

Лікувальна фізична культура, спортивна медицина й фізична реабілітація

УДК 616-036.82+616-089+616.366-002

ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ МІЖНАРОДНОЇ КЛАСИФІКАЦІЇ ФУНКЦІОНУВАННЯ В ПРОЦЕСІ ВПРОВАДЖЕННЯ ПРОГРАМИ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДЛЯ ОСІБ ПІСЛЯ ХОЛЕЦИСТЕКТОМІЇ

Наталія Голод¹, Тетяна Бугаєнко²

¹Івано-Франківський національний медичний університет, Івано-Франківськ, Україна, n.golod@ukr.net

²Сумський державний педагогічний університет імені А. С. Макаренка, Суми, Україна, bugaenkotv@ukr.net

<https://doi.org/10.29038/2220-7481-2024-03-83-95>

Анотації

Актуальність. Пацієнти після холецистектомії потребують якісного планування реабілітаційного процесу та втручання, адже мають несприятливий реабілітаційний прогноз щодо якості й тривалості життя, подальшого виникнення або загострення супутньої патології, хронічних неінфекційних захворювань, обмеження життєдіяльності та участі, що впливає на якість життя. **Мета дослідження** – аналізувати досвід застосування міжнародної класифікації функціонування (МКФ) у процесі впровадження програми фізичної реабілітації для осіб після холецистектомії на різних етапах реабілітації, здійснити аналіз наукових систематичних оглядів і рандомізованих клінічних досліджень із погляду клінічного застосування МКФ як інструменту оцінки для пацієнтів із різними захворюваннями. **Методи дослідження.** У дослідження включено 382 пацієнтів, яким проведено лапароскопічну холецистектомію. Здійснено оцінку за класифікацією МКФ, розробку індивідуальних реабілітаційних планів. Для обробки даних застосовували комп'ютерну програму «Functional profile of the patient after cholecystectomy (PROFCHOL)». Аналіз наукових систематичних оглядів та рандомізованих клінічних досліджень у базі Pubmed проведено із погляду доказової медицини. **Результати дослідження.** Організація реабілітаційного процесу потребує чіткого концептуального підходу та етапності, створює чіткий алгоритм роботи мультидисциплінарної реабілітаційної команди й покращує якість наданих послуг. Застосування комп'ютерного програмного забезпечення під час кодування доменів МКФ полегшує роботу фахівців із реабілітації та полегшує мультидисциплінарну взаємодію. Ознайомлення пацієнта після холецистектомії з реабілітаційним прогнозом, урахування особистісних чинників, зайнятової участі під час планування реабілітаційного втручання, узгодження цілей із пацієнтом покращує мотивацію для проходження реабілітації на всіх етапах реабілітаційного втручання й дає змогу не пропустити значущі для пацієнта цілі для реабілітації та є важливим елементом концепції реабілітації осіб після холецистектомії та забезпечує пацієнтоцентричний підхід. **Висновки.** МКФ є валідним інструментом оцінки функціонування, обмеження життєдіяльності й здоров'я осіб із різними захворюваннями, у тому числі хронічними неінфекційними.

Ключові слова: реабілітаційний діагноз прогноз, фізична терапія, холецистектомія, реабілітація, доказова медицина, МКФ, мультидисциплінарна командна взаємодія.

Nataliya Golod, Tetiana Buhaienko. Experience of Applying the International Classification of Functioning in the Process of Implementing a Physical Rehabilitation Program for Individuals After Cholecystectomy.

Topicality. Patients after cholecystectomy need high-quality planning of the rehabilitation process and intervention, as they have an unfavorable rehabilitation prognosis in terms of quality and life expectancy, further occurrence or exacerbation of comorbidities, chronic non-communicable diseases, limitation of life and participation, which affects the quality of life. **The Aim of the Research** is to analyze the experience of applying the International Classification of Functioning (ICF) in the process of implementing a physical rehabilitation program for people after cholecystectomy at different stages of rehabilitation, to analyze scientific systematic reviews and randomized clinical trials in terms of clinical application of the ICF as a tool for assessing patients with various diseases. **Methods of the Research.** The

study included 382 patients who underwent laparoscopic cholecystectomy. Assessment according to the ICF classification, development of individual rehabilitation plans. The computer program “Functional profile of the patient after cholecystectomy (PROFCHOL)” was used for data processing. Analysis of scientific systematic reviews and randomized clinical trials in the Pubmed database from the standpoint of evidence-based medicine. **Results of the Research.** The organization of the rehabilitation process requires a clear conceptual approach and stages, creates a clear algorithm for the work of a multidisciplinary rehabilitation team and improves the quality of services provided. The use of computer software in the coding of ICF domains facilitates the work of rehabilitation therapists and promotes multidisciplinary interaction. Familiarizing the patient after cholecystectomy with the rehabilitation prognosis, taking into account personal factors, class participation in planning the rehabilitation intervention, agreeing on goals with the patient increases motivation for rehabilitation at all stages of rehabilitation intervention and allows not to miss important rehabilitation goals for the patient and is an important element of the concept of rehabilitation of persons after cholecystectomy and provides a patient-centered approach. **Conclusions.** The ICF is a valid tool for assessing the functioning, disability and health of people with various diseases, including chronic non-communicable diseases.

Key words: rehabilitation diagnostics prognosis, physical therapy, cholecystectomy, rehabilitation, evidence-based medicine, ICF, multidisciplinary team interaction.

Вступ. Міжнародну класифікацію функціонування (МКФ) схвалено 22 травня 2001 р. 191 членом Всесвітньої організації охорони здоров'я під час 54-ї Всесвітньої асамблеї охорони здоров'я. МКФ доповнює Міжнародну класифікацію хвороб 10-го перегляду (МКХ) ВООЗ. На відміну від МКХ, дає змогу оцінювати стан особи із погляду біопсихосоціального підходу. Систему класифікації створено для отримання даних про здоров'я окремої особи та населення загалом, які потрібні для досягнення таких цілей у сфері охорони здоров'я, як вимірювання потреб й ефективності сфери охорони здоров'я, визначення загального стану здоров'я населення, забезпечення функціонування сучасної системи раннього втручання, інклюзивної освіти, абілітації й реабілітації. На сьогодні в різних країнах світу МКФ застосовується як інструмент оцінки функціонування в таких галузях, як соціальний захист, страхування, праця, економіка, освіта, розробка стратегії загального та соціального законодавства й екологічні зміни. МКФ – зручний інструмент для реалізації прийнятих міжнародних мандатів із прав людини, а також національного законодавства, оскільки прийнята, як одна із соціальних класифікацій Організації Об'єднаних Націй (ООН), на яку посилаються та в якій реалізуються Стандартні правила із забезпечення рівних можливостей для людей з обмеженнями життєдіяльності. МКФ оцінює такі основні компоненти особи, як функції й структура тіла, активність, участь та фактори зовнішнього середовища. Для фахівців охорони здоров'я такий інструмент оцінки функціонування особи надає більш широке бачення здоров'я й можливість краще планувати лікування, відновлення та реабілітацію для осіб із хронічними захворюваннями або інвалідністю [2]. Структура МКФ використовується в усьому світі для опису й візуалізації функціонування як результату взаємодії зі станом здоров'я та контекстними факторами [2; 18].

Не стали винятком пацієнти після холецистектомії, які потребують якісного планування реабілітаційного процесу й самого втручання. Проведені наукові дослідження вказують на те, що пацієнти після видалення жовчного міхура мають несприятливий реабілітаційний прогноз щодо якості й тривалості життя, подальшого виникнення, або загострення супутньої патології, хронічних неінфекційних захворювань [14; 15], метаболічного синдрому [1] і, як наслідок – обмеження життєдіяльності та участі, що впливає на якість життя [16].

Переломним моментом для розвитку реабілітації в Україні стало Розпорядження Кабінету Міністрів України № 1008-р. від 27 грудня 2017 р. «Про затвердження плану заходів із впровадження в Україні Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я та Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я дітей і підлітків» [4].

Наступним документом був Наказ МОЗ України № 981 від 23.05.2018 «Про затвердження перекладу Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я та Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я дітей і підлітків», (МКФ та МКФ-ДП), яку надано для впровадження в практику охорони здоров'я, що кардинально змінило підхід до реабілітації в галузі охорони здоров'я України [2].

Мета дослідження – проаналізувати досвід застосування міжнародної класифікації функціонування в процесі впровадження програми фізичної реабілітації для осіб після холецистектомії на різних етапах реабілітації, здійснити аналіз наукових систематичних оглядів і рандомізованих клінічних досліджень із погляду клінічного застосування МКФ як інструменту оцінки для пацієнтів із різними захворюваннями.

Матеріал і методи дослідження. У дослідження включено 382 пацієнтів, яким проведено лапароскопічну холецистектомію в хірургічному відділенні Івано-Франківської центральної міської клінічної лікарні. Критерії виключення – наявність у хворих нейропсихічної патології; відмова пацієнтів від участі в дослідженні, участь респондента в іншому дослідженні. Здійснювали подвійне засліплення оцінювачів і пацієнтів під час опитування, обстеження та в процесі обробки зібраних даних. Оцінка щодо наявності порушень функціонування, активності й участі, оцінки навколишнього середовища із використанням МКФ (версія Всесвітньої організації охорони здоров'я за 2001 р.) як інструменту оцінки; оцінка ступеня порушень за загальною класифікацією МКФ та розробка індивідуальних реабілітаційних планів із застосуванням проблемно-орієнтованого підходу [2]. Для обробки даних застосовували комп'ютерну програму «Functional profile of the patient after cholecystectomy (PROFCHOL)». Усі пацієнти під час поступлення у відділення закладів дали усвідомлену згоду на обробку персональних даних. Використані методи дослідження не суперечать умовам Гельсінської декларації 2008 р. та затверджені етичною комісією Івано-Франківського національного медичного університету (ІФНМУ) під час планування наукового дослідження на тему: «Теоретико-методичні основи фізичної терапії хворих після лапароскопічної холецистектомії» (державний реєстраційний номер 01119 U 2951). Здійснено аналіз наукових систематичних оглядів і рандомізованих клінічних досліджень у базі Pubmed із погляду доказової медицини.

Результати дослідження

Етапи реабілітаційного втручання поділено на гострий (стаціонарний), післягострий (амбулаторний, санаторно-курортний) і довготривалий. Якщо на гострому етапі реабілітації були деякі відмінності в протіканні раннього операційного періоду між пацієнтами, які поступили в хірургічне відділення в ургентному порядку з гострим калькульозним холециститом та хронічним, то вже на наступному післягострому етапі реабілітації вони фактично не відрізнялися між собою. Особи з гострим калькульозним холециститом у ранньому післяопераційному періоді мали вищий рівень болю згідно з візуально-аналоговою шкалою (ВАШ), більшу кількість операційних ускладнень безпосередньо під час самого оперативного втручання, більшу тривалість самого оперативного втручання й ін., а отже, більшу тривалість днів перебування в стаціонарі. Проте оцінка, згідно з МКФ, на момент виписки зі стаціонару заснована на об'єктивних дослідженнях, не показала достовірної різниці між цими двома категоріями пацієнтів. На наступних етапах реабілітації розробка індивідуальних реабілітаційних планів відбувалася за певною, розробленою нами концепцією. Оцінка структури та функції внутрішніх органів і систем організму, активність, участь особи формувалися на основі об'єктивних досліджень (лабораторних, інструментальних, фізикальних) опитувальників, спеціальних тестувань і валідних інструментів оцінки. Результати первинного обстеження та оцінка за МКФ дали змогу застосувати проблемно-орієнтований підхід. Після виявлених проблем визначали реабілітаційний прогноз, установлювали цілі, складали індивідуальний реабілітаційний план для кожного пацієнта. Підбір засобів реабілітаційних утручань обговорювали з кожним пацієнтом індивідуально, урахувавши побажання та наявні ресурси. Також обов'язково під час розробки індивідуального реабілітаційного плану (ІПП) ураховували заняттєву активність та участь кожного пацієнта (активність повсякденного життя, інструментальна активність, відпочинок і сон, освіта, робота, дозволя, соціальна участь), наявність шкідливих звичок й ін. Потрібно відзначити, що узгодження цілей із пацієнтами та підбір засобів для їх вирішення з урахуванням думки пацієнта, очікувань, дає хороший зворотний зв'язок і збільшує мотивацію й зацікавленість пацієнта до продовження реабілітації. Важливим вагомим фактором прийняття пацієнтом рішення про необхідність реабілітаційного втручання є оголошення реабілітаційного діагнозу, який ґрунтувався на результатах первинного обстеження, анамнезу та оцінки за МКФ. Вимірювання проміжних результатів реабілітаційних утручань обговорювались із пацієнтом, за необхідності – коригували ІПП. Орієнтація на кожного пацієнта, його вподобання, ролі, діяльності й участь дали змогу індивідуалізувати процес реабілітації та підвищити мотивацію. Зокрема, саме направленість усього реабілітаційного процесу на участь давала змогу виставити довготривалу ціль, значущу для пацієнта, а всі інші короткострокові цілі були спрямовані на досягнення цієї мети. Терміни реалізації реабілітаційного процесу були різними для кожного пацієнта, оскільки враховувався й реабілітаційний прогноз, який, крім віку, статі напряму, залежав від наявних супутніх захворювань [12].

Оцінка функціонування пацієнтів після холецистектомії з використанням МКФ є відправною точкою відходу від суто медичного підходу до реабілітації та переходом до біопсихосоціального й пацієнтоцілеспрямованого процесу реабілітації. У МКФ фахівці з реабілітації мали змогу поклада-

тися на всесвітньо прийнятту модель, що забезпечує універсальну мову для опису й класифікації функціонування. Біопсихосоціальна модель МКФ зображена на рис. 1 [2].



Рис. 1. Схематичне зображення стану здоров'я за МКФ [2]

Для більш зручного застосування МКФ в управлінні процесом реабілітацією пацієнтів після холецистектомії нами розроблено комп'ютерну програму «Functional profile of the patient after cholecystectomy (PROFCHOL)» для клінічного застосування в умовах реабілітаційного відділення. Програма застосовувалася на всіх етапах реабілітаційного процесу для оцінки й динаміки функціонування пацієнта. Саме перелік дисфункцій та обмежень життєдіяльності пацієнта в реабілітаційній клінічній практиці дав змогу описати функціональний стан, проілюструвати досвід функціонування пацієнта та зв'язок між цілями реабілітації й відповідними цілями втручання, сформулювати та підібрати необхідні ресурси для покращення конкретних аспектів функціонування людини і, як наслідок – зміни функціонального стану після реабілітаційних утручань. Формування цілей відбувалось у SMART-форматі (рис. 2).

- **S – specific – конкретні**
- **M – measurable – вимірювальні**
- **A – achievable/attainable – досяжні /здійсненні**
- **R – relevant – відповідні**
- **T – time-bound – визначені у часі**

Рис. 2. Цілі у SMART-форматі

Оцінку факторів навколишнього середовища проводили за певними критеріями та враховували наявність бар'єрів на всіх етапах розробки й упровадження реабілітаційного втручання [2; 16].

Застосування МКФ полегшило загальне розуміння функціонування та спілкування між членами реабілітаційної мультидисциплінарної команди. Наявність програмного забезпечення для викорис-

тання МКФ і впровадження ведення електронної документації, заснованого на об'єктивних інструментах обстеження стало вагомим кроком до застосування науково-доказової практики та подальшого вдосконалення управління реабілітаційним процесом для осіб після холецистектомії [16].

Етапність реабілітаційного процесу для осіб із калькульозним холециститом після холецистектомії зображена на рис. 3.

Для тих, які поступили у відділення в ургентному порядку, реабілітаційне обстеження відбувалось уже після оперативного втручання. Особи після холецистектомії з метаболічним синдромом [1] і супутніми захворюваннями післягострий етап реабілітації проходили в амбулаторних умовах протягом 21 дня.

Етапність реабілітаційного процесу для осіб із калькульозним холециститом після холецистектомії на післягострому етапі реабілітації представлено на рис. 4. Особи без метаболічного синдрому й хронічних захворювань отримували рекомендації щодо домашньої програми відновлення.

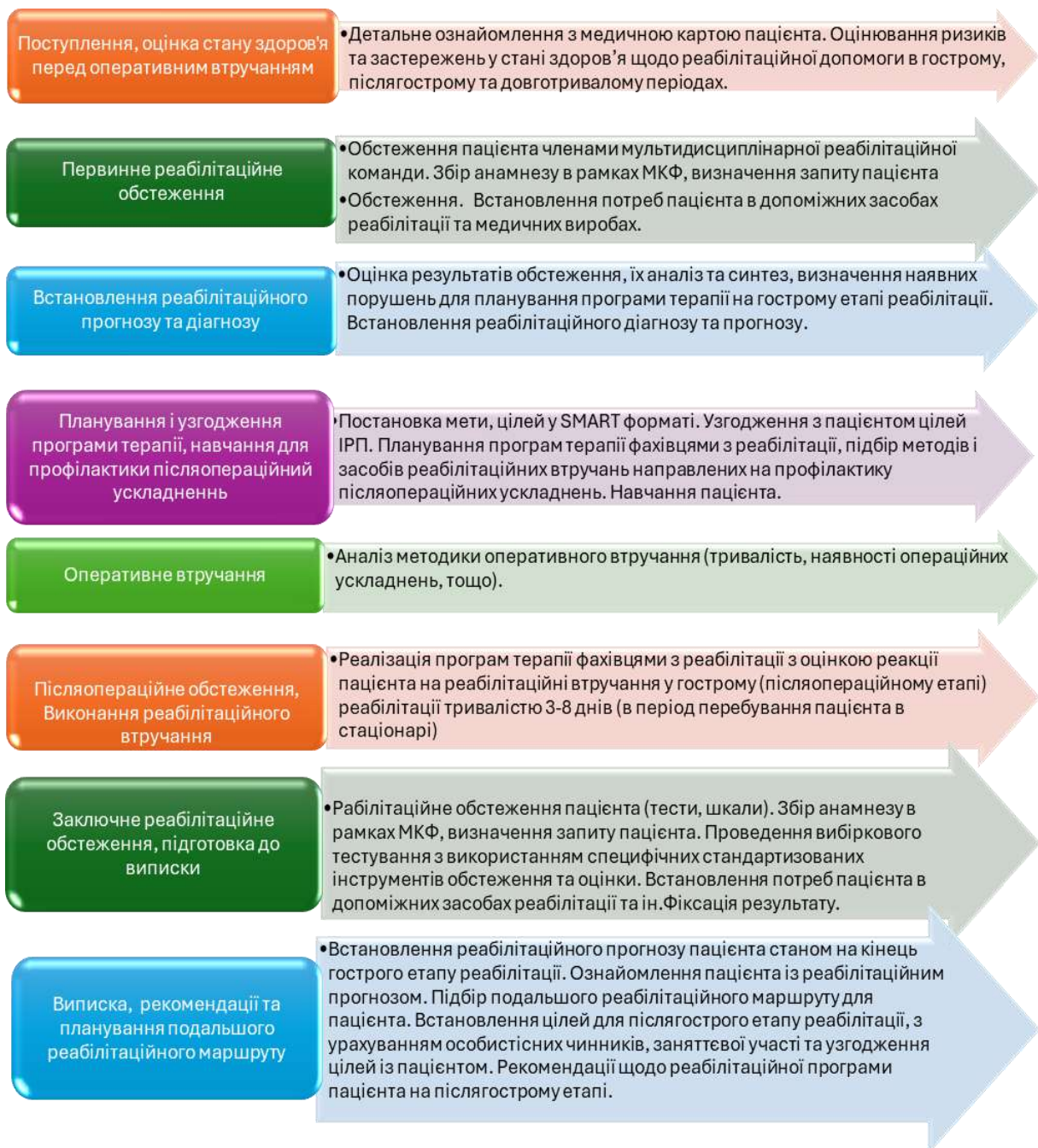


Рис. 3. Етапність реабілітаційного процесу для осіб із калькульозним холециститом після холецистектомії на гострому етапі реабілітації

На довготривалому етапі реабілітації для кожної особи з метаболічним синдромом та хронічними захворюваннями розроблялись індивідуальні реабілітаційні плани. На кожному етапі реабілітаційного втручання виконувалась оцінка стану особи за допомогою стандартизованих валідних інструментів та МКФ.

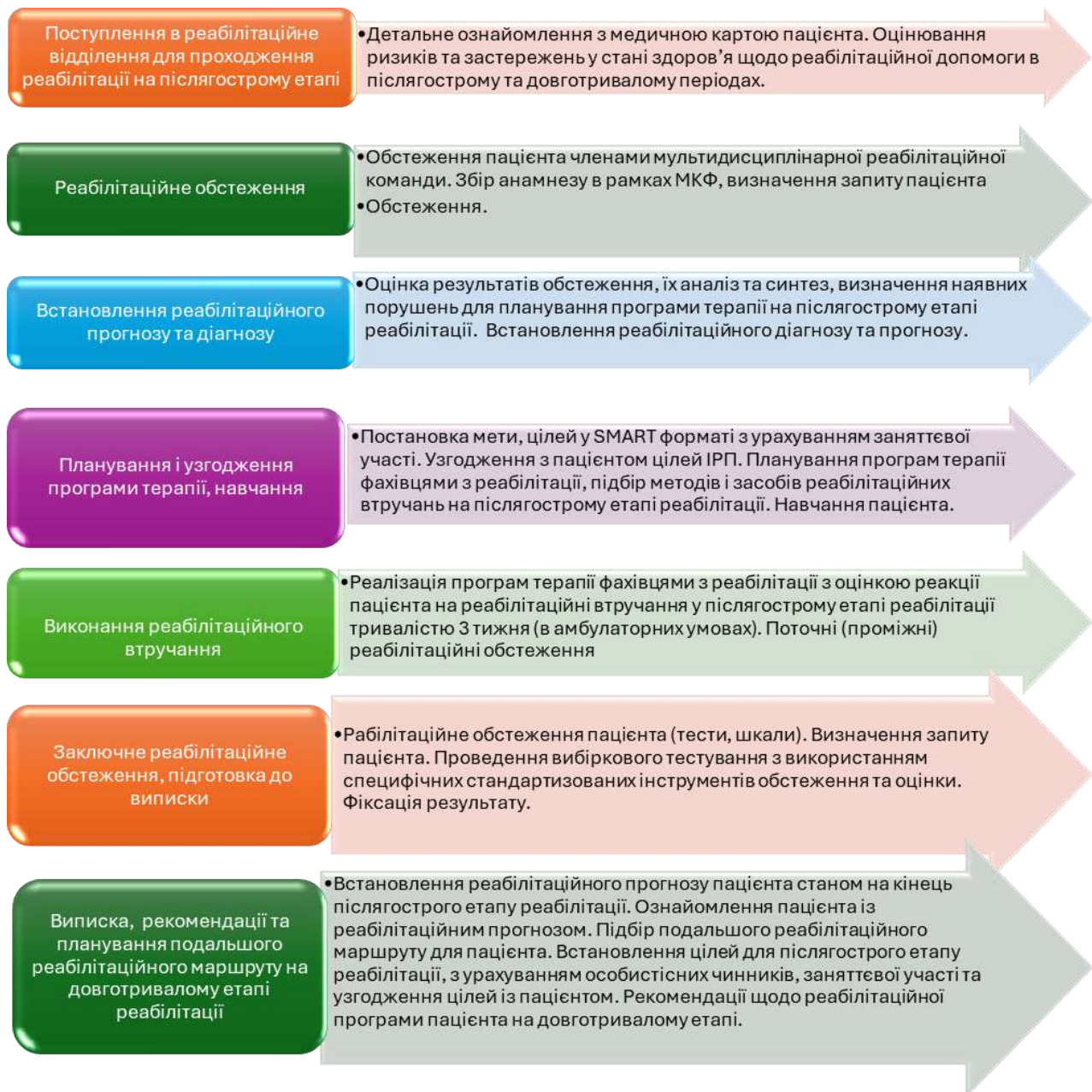


Рис. 4. Етапність реабілітаційного процесу для осіб із калькульозним холециститом після холецистектомії на післягострому етапі реабілітації

Дискусія. Застосування МКФ на довготривалих етапах реабілітації для осіб після холецистектомії дало змогу відстежити динаміку рівня функціонування, діяльності й участі на довготривалих післяопераційних етапах реабілітації, що збігається з результатами науковців R. H. Madden, T. Dune й ін., які оцінювали застосування МКФ як інструменту оцінки ефективності реабілітації в громаді. Зокрема, науковці відзначають, що саме МКФ дає змогу забезпечити комплексний аналіз досвіду й потреб в охороні здоров'я (фізичного, психічного, соціального) для забезпечення всебічного розуміння здоров'я та функціонування людей із хронічними захворюваннями. Повідомлялося про деякі обмеження його використання й необхідність класифікації компонента «особисті фактори» [23].

Застосування МКФ в осіб після холецистектомії, більшість із яких має супутні захворювання, притаманні метаболічному синдрому, заохочує застосовувати біопсихосоціальний та особистісно орієнтований підхід до охорони здоров'я і є корисним інструментом для спрямування клінічної оцінки й заохочення клініцистів ураховувати безліч факторів, які призвели до холецистектомії, її наслідки, із погляду реабілітаційного прогнозу, на вплив на здоров'я, що призвело до індивідуалізації реабілітації, орієнтоване на потреби кожного окремого пацієнта. До таких результатів досліджень прийшли також учені V. M. Alford, S. Ewen й ін. які стверджують, що використання загальної структури, яку можна зрозуміти в усіх дисциплінах охорони здоров'я, може покращити міждисциплінарну комунікацію й співпрацю, поліпшуючи надання медичної допомоги й загальних результатів для здоров'я населення [5].

За останні 20 років МКФ стала загальноновизнаною біопсихосоціальною основою реабілітації. Завдяки забезпеченню єдиних концепцій і загальної системи відліку класифікація МКФ змінила практику та статистику, що використовується для оцінки функціонування й інвалідності.

МКФ містить широкий спектр категорій для опису функцій і структур тіла, діяльності й участі. Крім того, фактори навколишнього середовища, які є одним із компонентів контекстуальних факторів, можуть бути визначені як бар'єр або фасилітатор для функціонування. Однак МКФ не класифікує особистісні фактори, проте вони є досить важливими під час реабілітаційних утручань, адже включають ресурси, засоби досягнення цілей, освіту й моделі поведінки особи. Урахування цих факторів під час розробки та впровадженні ІРП для осіб після холецистектомії дало змогу зрозуміти, як почуваються пацієнти, які в них очікування, як вони оцінюють і розуміють власну ситуацію, на що сподіваються та як справляються з проблемами у своєму повсякденному житті. Особистісні фактори та їх інтерпретація суттєво впливали на вибір реабілітаційної тактики. Урахування особистісних факторів, зазвичай, раніше зовсім не враховувалося під час медичного підходу. Саме врахування особистісних факторів дає змогу пацієнту керувати процесом реабілітації й робити його пацієнто-центрованим [10; 21].

Так, наприклад, вік і стать також є особистісними факторами, які ми обов'язково враховували в процесі розробки ІРП. На післягострих і довготривалих етапах реабілітації урахування особистісних факторів та факторів навколишнього середовища стало ще більш актуальним, особливо під час вибору засобів для фізичної активності, а саме: місцевість проживання, наявність ресурсів та місця для занять, тривалість часу для доїзду до реабілітаційного відділення, досвід самостійних занять, самодисципліна, мотивація, соціальне сприйняття, оточення, рівень освіти й ін. Загалом сукупність таких факторів і їх урахування під час розробки реабілітаційних програм до сьогодні не класифікується, проте, як зазначають науковці, є вельми важливою й може суттєво впливати на результати впровадження реабілітаційних програм та на якість життя [6; 31; 7; 21], функціонування й участь у суспільстві та соціальну інтеграцію, прихильність до реабілітації [31; 9].

Особистісні фактори (ОФ) пацієнтів після холецистектомії враховували під час установа цілей у процесі розробки й упровадження ІРП. Важливість особистісних факторів у мотивації відзначає також ряд науковців, які роблять висновки, що їх обов'язково треба враховувати під час планування реабілітації, повернення до роботи й постановки реалістичних цілей у реабілітації [11; 28].

Науковці підсумовують, що врахування особистих інтересів створює ресурси та запобігає розчаруванням у реабілітації, а отже, сприяє оптимістичному ставленню й прихильності пацієнта до реабілітації [33; 11].

Урахування особистісних факторів під час оцінки функціонування, розробки та впровадження ІРЦ є обов'язковим. Без цього ключового елемента МКФ модель функціонування залишається вузькою й зводить статус індивіда до статусу хвороби та інвалідності, позбавленої автономії, суб'єктивності й гуманності, а отже, ігнорує весь життєвий контекст індивіда. Науковці стверджують, що без особистісних факторів МКФ є негуманізованою моделлю [13; 32; 20].

Систематичний аналіз праць учених M. Karhula, S. Saukkonen й ін. засвідчив, що особистісні фактори відіграють суттєву роль у реабілітації. Вони значимі в підтримці процесу реабілітації, орієнтованого на людину та клієнта, є важливими під час планування реабілітації та документування інформації про функціонування. Урахування ОФ і їх розуміння може сприяти ключовим компонентам орієнтованої на людину й клієнта реабілітації, як-от: повага до цінностей, переконань, досвіду та контексту, а також залучення сім'ї, як це визначено клієнтом. Також стверджується, що особистісно орієнтована допомога може позитивно вплинути на результати реабілітації, хоча вона ще не була повністю реалізована в реабілітаційних установах [21; 37].

Процес реабілітації поєднує дві теоретичні рамки – теорію лікування, яка надає інструменти щодо того, як можна змінити певний фактор, і теорію сприяння, що визнає, що функціонування є складним і визначається багатьма факторами, і яка прагне моделювати ці комплекси взаємозв'язків [35].

Під час проведення дослідження в клінічній практиці ми жодного разу не простежили документування медичними працівниками в історії хвороби пацієнта ОФ, тому саме під час оцінки функціонування, розробки та впровадження ІРП враховували ОФ, проте, як відомо, врахування особистісних факторів, заняттєвої участі особи й мотивація є важливими предикторами дотримання втручань [26; 17].

Важливим моментом під час установаження реабілітаційного прогнозу була наявність у пацієнтів після холецистектомії шкідливих звичок і супутніх захворювань, що прогностично впливало на подальшу якість життя. Саме донесення інформації до пацієнта про реабілітаційний прогноз, вплив наявних шкідливих звичок і способу життя позитивно впливало на рішення про необхідність продовження реабілітації на більш пізніх етапах відновлення. Потрібно відзначити, що серед більшості пацієнтів, яким проводили холецистектомію, існує переконання, що після видалення жовчного міхура усі проблеми з порушенням роботи шлунково-кишкового тракту і їх наслідками завершуються, проте, як свідчать сучасні наукові дослідження, це не відповідає дійсності [1; 14; 15; 16].

На сьогодні застосування МКФ у практиці охорони здоров'я й надалі викликає багато дискусій і навіть опору, особливо серед фахівців-практиків із великим стажем застосування лише медичного підходу на рівні структури й функції організму людини. Проте сучасні наукові дослідження доводять адекватну внутрішню узгодженість, високу надійність і прийнятну похибку вимірювання для використання на хворих та літніх людях для оцінки показників структури й функцій тіла, активності та результатів участі, а саме постуральний баланс, м'язову силу, кардіореспіраторну функцію та фізичну підготовленість, а також активності (ходьба й рухливість) та участі (якість життя й соціальна реінтеграція) [8; 19; 34].

МКФ забезпечує основу для оцінки та розуміння впливу ішемічної хвороби серця на якість життя людини. Результати демонструють, що захворювання ССС виходить за межі лише фізичних симптомів, з обмеженнями активності, соціальною підтримкою й участю, а також особистим сприйняттям [22; 25].

МКФ зарекомендувала себе як хороший засіб оцінки стану здоров'я та якості життя також в осіб у разі серцевої недостатності, що підтверджується порівнянням результатів об'єктивних клінічних інструментів оцінки [2; 24].

Рандомізоване контрольоване дослідження з підтвердженням концепції, що МКФ є орієнтиром для фізичної терапії, ерготерапії для опису повного спектра функціонування людини. Контрольоване навчання й персоналізований зворотний зв'язок є активними складовими частинами втручання для покращення зв'язності про компоненти МКФ у реабілітаційних картах пацієнтів [25]. МКФ дає змогу визначити найефективніші стратегії лікування для полегшення руйнівних довгострокових наслідків критичної хвороби [27]. МКФ розроблена ВООЗ, щоб забезпечити спільну мову для полегшення спілкування в системі охорони здоров'я, серед лікарів, соціальних працівників, фізіотерапевтів, дієтологів, клінічних психологів. МКФ рекомендовано впроваджувати в структуру в міжпрофесійній освіті й практиці в країнах, що розвивається [2; 30]. МКФ є хорошим інструментом оцінки факторів навколишнього середовища, що впливають на ранню мобілізацію та фізичну інвалідність після інтенсивної терапії [29]. МКФ наголошує на здоров'ї й функціонуванні особи, а не на обмеженні життєдіяльності, дає змогу встановлювати цілі на різних етапах реабілітації осіб після холецистектомії, полегшує мультидисциплінарну взаємодію фахівців [16].

Висновки. ВООЗ і МОЗ України рекомендують застосовувати обидві міжнародні класифікації МКХ-11 та МКФ у процесі організації реабілітаційної допомоги. Для впровадження біопсихосоціального підходу для реабілітації осіб після холецистектомії необхідні оцінка функціонування, діяльності й участі за допомогою МКФ на всіх етапах реабілітації. Організація реабілітаційного процесу потребує чіткого концептуального підходу та етапності, створює чіткий алгоритм роботи мультидисциплінарної реабілітаційної команди й покращує якість наданих послуг. Застосування комп'ютерного програмного забезпечення під час кодування доменів МКФ полегшує роботу фахівців із реабілітації та полегшує мультидисциплінарну взаємодію. Ознайомлення пацієнта після холецистектомії з реабілітаційним прогнозом, врахування особистісних чинників, заняттєвої участі під час планування реабілітаційного втручання, узгодження цілей із пацієнтом покращує мотивацію для проходження реабілітації на всіх етапах реабілітаційного втручання та дає змогу не пропустити

значущі для пацієнта цілі для реабілітації і є важливим елементом концепції реабілітації осіб після холецистектомії й забезпечує пацієнтоцентричний підхід. Висновки систематичних оглядів та рандомізованих клінічних досліджень рекомендують використовувати МКФ як валідний інструмент оцінки функціонування, обмеження життєдіяльності й здоров'я осіб із різними захворюваннями, у тому числі з хронічними неінфекційними. Перспективи для майбутніх досліджень убачаємо в аналізі ефективності індивідуальних програм реабілітації для осіб після холецистектомії.

Джерела та література

1. Голод Н. Р. Метаболічний синдром як вагомий фактор при розробці концепції фізичної реабілітації для осіб після холецистектомії. *Фізичне виховання, спорт і культура здоров'я у сучасному суспільстві*. 2024. № 2. С. 61–70. <https://doi.org/10.29038/2220-7481-2024-02-61-70>
2. Міжнародна класифікація функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я. URL: <https://moz.gov.ua/uk/mkf>
3. Про затвердження перекладу Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я та Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я дітей і підлітків», (МКФ та МКФ-ДІП): Наказ МОЗ України від 23.05.2018 № 981. URL: [02_05_19-2.pdf](https://nuozu.edu.ua/02_05_19-2.pdf) (nuozu.edu.ua)
4. Про затвердження плану заходів із впровадження в Україні Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я та Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я дітей і підлітків: Розпорядження від 27 груд. 2017 р. № 1008-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1008-2017-p#Text>
5. 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. *Disability and Rehabilitation*. 2015. № 37 (8). P. 655–666. <https://doi.org/10.3109/09638288.2014.935875>
6. Andresen E. M., Fried-Oken M., Peters B., Patrick D. L. Initial constructs for patient-centered outcome measures to evaluate brain-computer interfaces. *Disability and Rehabilitation: Assistive Technology*. 2016. № 11 (7). P. 548–557.
7. Awad H., Alghadir A. Validation of the comprehensive international classification of functioning, disability and health core set for diabetes mellitus: physical therapists' perspectives. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*. 2013. № 92 (11). P. 968–979.
8. de Oliveira M. P. B., Pereira D. S., da Silva S. L. A., Alencar M. A., Iunes D. H., da Silva Alexandre T. Are assessment measures for components of the International Classification of Functioning, Disability and Health reproducible for use on pre-frail and frail older adults? A systematic review. *Experimental gerontology*. 2023. № 182. 112300. <https://doi.org/10.1016/j.exger.2023.112300>
9. Ditchman N., Sheehan L., Rafajko S., Haak C., Kazukauskas K. Predictors of social integration for individuals with brain injury: An application of the ICF model. *Brain injury*. 2016. № 30 (13–14). P. 1581–1589.
10. Dwyer K. J., Mulligan H. Community reintegration following spinal cord injury: Insights for health professionals in community rehabilitation services in New Zealand. *New Zealand Journal of Physiotherapy*. 2015. № 43 (3). P. 75–85.
11. Earde P. T., Praipruk A., Rodpradit P., Seanjumla P. Facilitators and barriers to performing activities and participation in children with cerebral palsy: Caregivers' perspective. *Pediatric Physical Therapy*. 2018. № 30 (1). P. 27–32.
12. Farin E. Patientenorientierung und ICF-Bezug als Herausforderungen für die Ergebnismessung in der Rehabilitation. *Die Rehabilitation*. 2008. № 47 (2). P. 67–76. <https://doi.org/10.1055/s-2008-1042445>
13. Geyh S., Schwegler U., Peter C., Müller R. 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*. 2019. № 41 (14). P. 1727–1738.
14. Golod N. Modern views on obesity and overweight in individuals after cholecystectomy as prerequisites for the substantiation and development of a physical rehabilitation program. *Journal of Education, Health and Sport*. 2018. № 8 (1). P. 443–456. eISSN 2391-8306. <https://dx.doi.org/10.12775/JEHS.2018.01.42>
15. Golod N. Modern views on diabetes mellitus in individuals after cholecystectomy as a prerequisite for the substantiation and development of a physical rehabilitation program. *Journal of Education, Health and Sport*. 2017. № 7 (10). P. 315–334. eISSN 2391-8306. <https://dx.doi.org/10.12775/JEHS.2017.10.026>
16. Golod N., Buhaienko T., Imber V., Kara S., Zastavna O., Prysiazhniuk O., Kravchuk M. The Results of the Examination of Patients After Laparoscopic Cholecystectomy in the Acute Period of Rehabilitation Using the International Classification of Functioning. *Acta Balneologica*. 2022. № 3 (278). P. 222–229. <https://doi.org/10.36740/ABAL202203104>

17. Grotkamp S., Cibis W., Brüggemann S., Coenen M., Gmünder H. P., Keller K., ... & Schmitt K. Personal factors classification revisited: A proposal in the light of the biopsychosocial model of the World Health Organization (WHO). *The Australian journal of rehabilitation counselling*. 2020. № 26 (2). P. 73–91.
18. Heerkens Y. F., de Weerd M., Huber M., de Brouwer C. P. M., van der Veen S., Perenboom R. J. M., van Gool C. H., Ten Napel H., van Bon-Martens M., Stallinga H. A., & van Meeteren N. L. U. Reconsideration of the scheme of the international classification of functioning, disability and health: incentives from the Netherlands for a global debate. *Disability and rehabilitation*. 2018. № 40 (5). P. 603–611. <https://doi.org/10.1080/09638288.2016.1277404>
19. Huang Y., Wang Y., Yang J., Johansson L., Ma B., Zhang X., Lu Q., Wang Y., Zhao Y. Application of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) in dementia research and practice: A scoping review. *Aging & mental health*. 2023. № 27 (2). P. 357–371. <https://doi.org/10.1080/13607863.2022.2053835>
20. Huber J. G., Sillick J., Skarakis-Doyle E. Personal perception and personal factors: incorporating health-related quality of life into the International Classification of Functioning, Disability and Health. *Disability and Rehabilitation*. 2010. № 32 (23). P. 1955–1965.
21. Karhula M., Saukkonen S., Xiong E., Kinnunen A., Heiskanen T., Anttila H. ICF Personal Factors Strengthen Commitment to Person-Centered Rehabilitation – A Scoping Review. *Frontiers in rehabilitation sciences*. 2021. № 2. 709682. <https://doi.org/10.3389/fresc.2021.709682>
22. Le J., Dorstyn D. S., Mpofu E., Prior E., Tully P. J. Health-related quality of life in coronary heart disease: a systematic review and meta-analysis mapped against the International Classification of Functioning, Disability and Health. *Quality of life research: an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*. 2018. № 27 (10). P. 2491–2503. <https://doi.org/10.1007/s11136-018-1885-5>
23. Madden R. H., Dune T., Lukersmith S., Hartley S., Kuipers P., Gargett A., Llewellyn, G. The relevance of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) in monitoring and evaluating Community-based Rehabilitation (CBR). *Disability and rehabilitation*. 2014. № 36 (10). P. 826–837. <https://doi.org/10.3109/09638288.2013.821182>
24. Moshki M., Khajavi A., Vakilian F., Minaee S., Hashemizadeh H. The content comparison of health-related quality of life measures in heart failure based on the international classification of functioning, disability, and health: a systematic review. *Journal of cardiovascular and thoracic research*. 2019. № 11 (3). P. 167–175. <https://doi.org/10.15171/jcvtr.2019.29>
25. O'Hoski S., Chauvin S., Vrkljan B., Beauchamp M. K. The Effect of Lifestyle Interventions on the International Classification of Functioning, Disability and Health Participation Domain in Older Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis. *The Gerontologist*. 2022. № 62 (6). e304–e316. <https://doi.org/10.1093/geront/gnab004>
26. Ormel H. L., Van Der Schoot G. G. F., Sluiter W. J., Jalving M., Gietema J. A., Walenkamp A. M. E. Predictors of adherence to exercise interventions during and after cancer treatment: a systematic review. *Psycho-oncology*. 2018. № 27 (3). P. 713–724.
27. Parry S. M., Granger C. L., Berney S., Jones J., Beach L., El-Ansary D., Koopman R., Denehy L. Assessment of impairment and activity limitations in the critically ill: a systematic review of measurement instruments and their clinimetric properties. *Intensive care medicine*, 2015. № 41 (5). P. 744–762. <https://doi.org/10.1007/s00134-015-3672-x>
28. Perfect E., Hoskin E., Noyek S., Davies T. C. A systematic review investigating outcome measures and uptake barriers when children and youth with complex disabilities use eye gaze assistive technology. *Developmental neurorehabilitation*. 2020. № 23 (3). P. 145–159.
29. Potter K., Miller S., Newman S. Patient-Level Barriers and Facilitators to Early Mobilization and the Relationship With Physical Disability Post-Intensive Care: Part 2 of an Integrative Review Through the Lens of the World Health Organization International Classification of Functioning, Disability, and Health. *Dimensions of critical care nursing: DCCN*. 2021. № 40 (3). P. 164–173. <https://doi.org/10.1097/DCC.0000000000000470>
30. Sagahutu J. B., Kagwiza J., Cilliers F., Jelsma J. The impact of a training programme incorporating the conceptual framework of the International Classification of Functioning (ICF) on behaviour regarding interprofessional practice in Rwandan health professionals: A cluster randomized control trial. *PloS one*. 2020. № 15 (2). e0226247. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0226247>
31. Scott-Roberts S., Purcell C. Understanding the functional mobility of adults with developmental coordination disorder (DCD) through the international classification of functioning (ICF). *Current Developmental Disorders Reports*. 2018. № 5. P. 26–33.
32. Simeonsson R. J., Lollar D., Björck-Åkesson E., Granlund M., Brown S. C., Zhuoying Q., ... & Pan Y. ICF and ICF-CY lessons learned: Pandora's box of personal factors. *Disability and rehabilitation*. 2014. № 36 (25). P. 2187–2194.

33. Sivan M., Gallagher J., Holt R., Weightman A., Levesley M., Bhakta B. Investigating the international classification of functioning, disability, and health (ICF) framework to capture user needs in the concept stage of rehabilitation technology development. *Assistive Technology*. 2014. № 26 (3). P. 164–173.
34. Veneri D., Gannotti M., Bertuccio M., Fournier Hillman S. E. Using the International Classification of Functioning, Disability, and Health Model to Gain Perspective of the Benefits of Yoga in Stroke, Multiple Sclerosis, and Children to Inform Practice for Children with Cerebral Palsy: A Meta-Analysis. *Journal of alternative and complementary medicine (New York, N. Y.)*. 2018. № 24 (5). P. 439–457. <https://doi.org/10.1089/acm.2017.0030>
35. Whyte J. Contributions of treatment theory and enablement theory to rehabilitation research and practice. *Archives of physical medicine and rehabilitation*. 2014. № 95 (1). P. S17–S23.
36. World Health Organization. The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Geneva: WHO, 2001.
37. Yun D., Choi J. Person-centered rehabilitation care and outcomes: a systematic literature review. *International Journal of Nursing Studies*. 2019. № 93.i. P. 74–83.

References

1. Golod, N. R. (2024). Metabolichnyi syndrom yak vahomyi faktor pry rozrobsi kontseptsii fizychnoi reabilitatsii dlia osib pislia kholetsystektomii [Metabolic syndrome as a significant factor in the development of the concept of physical rehabilitation for persons after cholecystectomy]. *Physical Education, Sport and Health Culture in Modern Society*, 2, 61–70. <https://doi.org/10.29038/2220-7481-2024-02-61-70> (in Ukrainian).
2. Mizhnarodna klasyfikatsiia funktsionuvannia, obmezhenia zhyttiediialnosti ta zdorovia [International classification of functioning, limitations of vital activities and health]. Retrieved from: <https://moz.gov.ua/uk/mkf> (in Ukrainian).
3. Pro zatverdzhennia perekladu Mizhnarodnoi klasyfikatsii funktsionuvannia, obmezhen zhyttiediialnosti ta zdorovia ta Mizhnarodnoi klasyfikatsii funktsionuvannia, obmezhen zhyttiediialnosti ta zdorovia ditei i pidlitkiv», (MKF ta MKF-DP): Nakaz MOZ Ukrainy vid 23.05.2018 № 981 [On the approval of the translation of the International Classification of Functioning, Limitations of Vital Activities and Health and the International Classification of Functioning, Limitations of Vital Activities and Health of Children and Adolescents", (ICF and ICF-DP): Order of the Ministry of Health of Ukraine dated 05/23/2018 No. 981]. Retrieved from: 02_05_19-2.pdf (nuozu.edu.ua) (in Ukrainian).
4. Pro zatverdzhennia planu zakhodiv iz vprovadzhennia v Ukraini Mizhnarodnoi klasyfikatsii funktsionuvannia, obmezhen zhyttiediialnosti ta zdorovia ta Mizhnarodnoi klasyfikatsii funktsionuvannia, obmezhen zhyttiediialnosti ta zdorovia ditei i pidlitkiv: Rozporiadzhennia vid 27 hrudnia 2017 roku № 1008-r. [On the approval of the plan of measures for the implementation in Ukraine of the International Classification of Functioning, Limitations of Vital Activities and Health and the International Classification of Functioning, Limitations of Vital Activities and Health of Children and Adolescents: Order of December 27, 2017 No. 1008-p.]. Retrieved from: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1008-2017-p#Text> (in Ukrainian).
5. Alford, V. M., Ewen, S., Webb, G. R., McGinley, J., Brookes, A., & Remedios, L. J. (2015). 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. *Disability and Rehabilitation*, 37(8), 655–666. <https://doi.org/10.3109/09638288.2014.935875> (in English).
6. Andresen, E. M., Fried-Oken, M., Peters, B., & Patrick, D. L. (2016). Initial constructs for patient-centered outcome measures to evaluate brain–computer interfaces. *Disability and Rehabilitation: Assistive Technology*, 11(7), 548–557 (in English).
7. Awad, H., & Alghadir, A. (2013). Validation of the comprehensive international classification of functioning, disability and health core set for diabetes mellitus: physical therapists' perspectives. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 92(11), 968–979 (in English).
8. de Oliveira, M. P. B., Pereira, D. S., da Silva, S. L. A., Alencar, M. A., Iunes, D. H., & da Silva Alexandre, T. (2023). Are assessment measures for components of the International Classification of Functioning, Disability and Health reproducible for use on pre-frail and frail older adults? A systematic review. *Experimental gerontology*, 182, 112300. <https://doi.org/10.1016/j.exger.2023.112300> (in English).
9. Ditchman, N., Sheehan, L., Rafajko, S., Haak, C., & Kazukauskas, K. (2016). Predictors of social integration for individuals with brain injury: An application of the ICF model. *Brain injury*, 30(13–14), 1581–1589 (in English).
10. Dwyer, K. J., & Mulligan, H. (2015). Community reintegration following spinal cord injury: Insights for health professionals in community rehabilitation services in New Zealand. *New Zealand Journal of Physiotherapy*, 43(3), 75–85 (in English).
11. Earde, P. T., Praipruk, A., Rodpradit, P., & Seanjumla, P. (2018). Facilitators and barriers to performing activities and participation in children with cerebral palsy: Caregivers' perspective. *Pediatric Physical Therapy*, 30(1), 27–32 (in English).

12. Farin, E. (2008). Patientenorientierung und ICF-Bezug als Herausforderungen für die Ergebnismessung in der Rehabilitation [Patient orientation and reference to the ICF as challenges in outcome assessment in rehabilitation]. *Die Rehabilitation*, 47(2), 67–76. <https://doi.org/10.1055/s-2008-1042445> (in English).
13. 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 (in English).
14. Golod, N. (2018). Modern views on obesity and overweight in individuals after cholecystectomy as prerequisites for the substantiation and development of a physical rehabilitation program. *Journal of Education, Health and Sport*, 8(1), 443–456. eISSN 2391-8306. <https://dx.doi.org/10.12775/JEHS.2018.01.42> (in English).
15. Golod, N. (2017). Modern views on diabetes mellitus in individuals after cholecystectomy as a prerequisite for the substantiation and development of a physical rehabilitation program. *Journal of Education, Health and Sport*, 7(10), 315–334. eISSN 2391-8306. <https://dx.doi.org/10.12775/JEHS.2017.10.026> (in English).
16. Golod, N., Buhaienko, T., Imber, V., Kara, S., Zastavna, O., Prysiazniuk, O., & Kravchuk, M. (2022). The Results of the Examination of Patients After Laparoscopic Cholecystectomy in the Acute Period of Rehabilitation Using the International Classification of Functioning. *Acta Balneologica*, 3(278), 222–229. <https://doi.org/10.36740/ABAL202203104> (in English).
17. Grotkamp, S., Cibis, W., Brüggemann, S., Coenen, M., Gmünder, H. P., Keller, K., ... & Schmitt, K. (2020). Personal factors classification revisited: A proposal in the light of the biopsychosocial model of the World Health Organization (WHO). *The Australian journal of rehabilitation counselling*, 26(2), 73–91 (in English).
18. Heerkens, Y. F., de Weerd, M., Huber, M., de Brouwer, C. P. M., van der Veen, S., Perenboom, R. J. M., van Gool, C. H., Ten Napel, H., van Bon-Martens, M., Stallinga, H. A., & van Meeteren, N. L. U. (2018). Reconsideration of the scheme of the international classification of functioning, disability and health: incentives from the Netherlands for a global debate. *Disability and rehabilitation*, 40(5), 603–611. <https://doi.org/10.1080/09638288.2016.1277404> (in English).
19. Huang, Y., Wang, Y., Yang, J., Johansson, L., Ma, B., Zhang, X., Lu, Q., Wang, Y., & Zhao, Y. (2023). Application of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) in dementia research and practice: A scoping review. *Aging & mental health*, 27(2), 357–371. <https://doi.org/10.1080/13607863.2022.2053835> (in English).
20. Huber, J. G., Sillick, J., & Skarakis-Doyle, E. (2010). Personal perception and personal factors: incorporating health-related quality of life into the International Classification of Functioning, Disability and Health. *Disability and Rehabilitation*, 32(23), 1955–1965 (in English).
21. Karhula, M., Saukkonen, S., Xiong, E., Kinnunen, A., Heiskanen, T., & Anttila, H. (2021). ICF Personal Factors Strengthen Commitment to Person-Centered Rehabilitation – A Scoping Review. *Frontiers in rehabilitation sciences*, 2, 709682. <https://doi.org/10.3389/fresc.2021.709682> (in English).
22. Le, J., Dorstyn, D. S., Mpofu, E., Prior, E., & Tully, P. J. (2018). Health-related quality of life in coronary heart disease: a systematic review and meta-analysis mapped against the International Classification of Functioning, Disability and Health. *Quality of life research: an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*, 27(10), 2491–2503. <https://doi.org/10.1007/s11136-018-1885-5> (in English).
23. Madden, R. H., Dune, T., Lukersmith, S., Hartley, S., Kuipers, P., Gargett, A., & Llewellyn, G. (2014). The relevance of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) in monitoring and evaluating Community-based Rehabilitation (CBR). *Disability and rehabilitation*, 36(10), 826–837. <https://doi.org/10.3109/09638288.2013.821182> (in English).
24. Moshki, M., Khajavi, A., Vakilian, F., Minaee, S., & Hashemizadeh, H. (2019). The content comparison of health-related quality of life measures in heart failure based on the international classification of functioning, disability, and health: a systematic review. *Journal of cardiovascular and thoracic research*, 11(3), 167–175. <https://doi.org/10.15171/jcvtr.2019.29> (in English).
25. O'Hoski, S., Chauvin, S., Vrkljan, B., & Beauchamp, M. K. (2022). The Effect of Lifestyle Interventions on the International Classification of Functioning, Disability and Health Participation Domain in Older Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis. *The Gerontologist*, 62(6), e304–e316. <https://doi.org/10.1093/geront/gnab004> (in English).
26. Ormel, H. L., Van Der Schoot, G. G. F., Sluiter, W. J., Jalving, M., Gietema, J. A., & Walenkamp, A. M. E. (2018). Predictors of adherence to exercise interventions during and after cancer treatment: a systematic review. *Psycho-oncology*, 27(3), 713–724 (in English).
27. Parry, S. M., Granger, C. L., Berney, S., Jones, J., Beach, L., El-Ansary, D., Koopman, R., & Denehy, L. (2015). Assessment of impairment and activity limitations in the critically ill: a systematic review of measurement instruments and their clinimetric properties. *Intensive care medicine*, 41(5), 744–762. <https://doi.org/10.1007/s00134-015-3672-x> (in English).
28. Perfect, E., Hoskin, E., Noyek, S., & Davies, T. C. (2020). A systematic review investigating outcome measures and uptake barriers when children and youth with complex disabilities use eye gaze assistive technology. *Developmental neurorehabilitation*, 23(3), 145–159 (in English).

29. Potter, K., Miller, S., & Newman, S. (2021). Patient-Level Barriers and Facilitators to Early Mobilization and the Relationship With Physical Disability Post-Intensive Care: Part 2 of an Integrative Review Through the Lens of the World Health Organization International Classification of Functioning, Disability, and Health. *Dimensions of critical care nursing: DCCN*, 40(3), 164–173. <https://doi.org/10.1097/DCC.0000000000000470> (in English).
30. Sagahutu, J. B., Kagwiza, J., Cilliers, F., & Jelsma, J. (2020). The impact of a training programme incorporating the conceptual framework of the International Classification of Functioning (ICF) on behaviour regarding interprofessional practice in Rwandan health professionals: A cluster randomized control trial. *PloS one*, 15(2), e0226247. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0226247> (in English).
31. Scott-Roberts, S., & Purcell, C. (2018). Understanding the functional mobility of adults with developmental coordination disorder (DCD) through the international classification of functioning (ICF). *Current Developmental Disorders Reports*, 5, 26–33 (in English).
32. Simeonsson, R. J., Lollar, D., Björck-Åkesson, E., Granlund, M., Brown, S. C., Zhuoying, Q., ... & Pan, Y. (2014). ICF and ICF-CY lessons learned: Pandora's box of personal factors. *Disability and rehabilitation*, 36(25), 2187–2194 (in English).
33. Sivan, M., Gallagher, J., Holt, R., Weightman, A., Levesley, M., & Bhakta, B. (2014). Investigating the international classification of functioning, disability, and health (ICF) framework to capture user needs in the concept stage of rehabilitation technology development. *Assistive Technology*, 26(3), 164–173 (in English).
34. Veneri, D., Gannotti, M., Bertuccio, M., & Fournier Hillman, S. E. (2018). Using the International Classification of Functioning, Disability, and Health Model to Gain Perspective of the Benefits of Yoga in Stroke, Multiple Sclerosis, and Children to Inform Practice for Children with Cerebral Palsy: A Meta-Analysis. *Journal of alternative and complementary medicine (New York, N. Y.)*, 24(5), 439–457. <https://doi.org/10.1089/acm.2017.0030> (in English).
35. Whyte, J. (2014). Contributions of treatment theory and enablement theory to rehabilitation research and practice. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 95(1), S17–S23 (in English).
36. World Health Organization (2001). *The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*. Geneva: WHO (in English).
37. Yun, D., & Choi, J. (2019). Person-centered rehabilitation care and outcomes: a systematic literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 93, 74–83 (in English).

Стаття надійшла до редакції 07.09.2024 р.