

ник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2014. – № 2. – С. 74–78.

3. Long – term neuromotor outcome at school entry of infants with congenital heart defects requiring open-heart surgery / A. Majnemer, C. Limperopoulos, M. Shevell [et al.] // J. Pediatr. – 2006. – Vol. 148 (1). – P. 72–77.

4. Mussatto K. Quality of life following surgery for congenital cardiac malformations in neonates and infants / K. Mussatto, J. Tweddell // Cardiology in the Young. – 2005. – Vol. 15 (Issue S1). – P. 174–178.

5. Miatton M., De Wolf D., François K. et al. Neuropsychological performance in school-aged children with surgically corrected congenital heart disease // J. Pediatr. – 2007. – Jul. – Vol. 151 (1). – P. 73–78.

6. Neurodevelopmental Outcomes for Children With Hypoplastic Left Heart Syndrome at the Age of 5 Years / C. Brosig, K. Mussatto, G. Hoffman [et al.] //

Pediatr Cardiol. – 2013. – Oct. – Vol. 34(7). – P. 1597–1604.

7. Конвенція про права інвалідів. Офіційний переклад. Ратифіковано Законом № 1767-VI (1767-17) від 16.12.2009.

8. Національна доповідь про вжиття заходів, спрямованих на здійснення Україною обов'язків у рамках Конвенції про права інвалідів. – К., 2015.

9. Міжнародна класифікація функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я (МКФ). Всесвітня Організація охорони здоров'я (ВООЗ): Женева, 2001. – 342 с.

10. Ипатов А.В. Международная классификация функционирования, ограниченной жизнедеятельности и проблемы инвалидности: монография / А. В. Ипатов, И. Л. Ферфильфайн, С. А. Рыков. – Дн-ск: Гамалия, 2004. – 304 с.



УДК 616-036.86

МІЖНАРОДНА КЛАСИФІКАЦІЯ ФУНКЦІОНУВАННЯ ЯК ЧАСТИНА СУЧАСНОЇ МОДЕЛІ НАДАВАННЯ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЇ ДОПОМОГИ

Проф. А. В. Іпатов, І. Я. Ханюкова, С. С. Паніна, Н. А. Саніна,
Н. О. Гондуленко

Державна установа «Український державний науково-дослідний інститут медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ України», м. Дніпро

Резюме

Международная классификация функционирования является универсальным глобальным инструментом оценивания уровней функционирования лиц с инвалидностью вследствие различной патологии. Включение данной классификации в состав модели оказания медико-социальной помощи поможет поднять качество проводимых экспертно-реабилитационных мероприятий до высокого, современного уровня. В статье изложены структура Международной классификации функционирования, основные ее разделы, приведен пример практического применения.

Ключевые слова: Международная классификация функционирования, медико-социальная экспертиза, реабилитация.

Summary

The international classification of functioning is a universal global tool for assessing the levels of functioning of persons with disabilities due to various pathologies. The inclusion of this classification in the model of rendering medical and social assistance will help raise the quality of the conducted expert-rehabilitation measures to a high, modern level. The article describes the structure of the International Classification of Functioning, its main sections, and gives an example of practical application.

Keywords: International classification of functioning, medical and social expertise, rehabilitation.

Проблема інвалідності населення – одна з найактуальніших за своєю медико-соціальною значущістю. Особи з інвалідністю складають бли-

зько 15 % населення нашої планети (понад 1 млрд. осіб), кожен десятий житель Європи має фізичні вади, і прогностично ця цифра буде постійно зрос-

тати. За даними Державної служби статистики України чисельність осіб з інвалідністю у нашій країні станом на 01.01.2017 року досягла 2 603 319 осіб або 6,7 % від загальної чисельності населення нашої держави, з них 136 302 вперше визнано інвалідами [2]. Ці дані дуже красномовно свідчать про гостроту та поширеність проблеми інвалідності.

Специфіка розуміння суспільством інвалідності як явища конструює сам контингент інвалідів, його масштаби і ставлення до нього. У міру історичної зміни уявлень про те, кого вважати інвалідом, змінювалися й відповідні завдання соціальної політики держави. Згідно з сучасним трактуванням міжнародних організацій ООН та ВООЗ, перешкоди до здійснення повноцінного здорового та активного життя породжуються не тільки і не стільки нездоров'ям інвалідів, пов'язаним із захворюваннями або травмами, скільки соціальними, інституційними та психологічними бар'єрами, що перешкоджають їх активній інтеграції у життя суспільства, успішній соціалізації та виконанню значущих функцій. За таких умов неповнота інформації про поширеність і характеристики інвалідності позбавляє суб'єкти політичної влади необхідних орієнтирів для проведення зваженої й обгрунтованої політики, спрямованої на скорочення тягаря інвалідності, усунення інституційних бар'єрів і дискримінації за цією ознакою [3].

Упродовж останніх років соціальна політика багатьох європейських країн стосовно осіб з інвалідністю зазнала суттєвих змін. Ставлення до цієї соціальної групи людей, як до пацієнтів, якими необхідно лише опікуватися, і які не можуть долучатися до активного суспільного життя, змінилося на ставлення до них, як до повноправних членів суспільства, що мають рівні права з іншими громадянами країни. Однак, ще чимало країн, у тому числі й Україна, під час формування державної соціальної політики стосовно людей з інвалідністю не враховують цих змін, надають пріоритетного значення «медичному», а не «соціальному» підходу до проблеми, що позначається на змісті та якості заходів, спрямованих на зменшення негативних наслідків «інвалідності». І найголовніше – не сприяє широкому залученню людей з інвалідністю до участі у суспільному житті, реалізації їхніх прав, як громадян країни. Зміна акцентів у трактуванні концепції інвалідності призводить до необхідності забезпечення комплексного підходу у створенні умов, які б сприяли реалізації прав осіб з інвалідністю на рівні з іншими громадянами країни [4].

Нині загальноприйнятним підходом до концептуального розуміння інвалідності є індивідуальний та комплексний підхід до визначення обмеження життєдіяльності. З цією метою Всесвітньою організацією охорони здоров'я розроблена концептуальна Міжнародна класифікація функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я (МКФ) [5].

Відповідно до неї, інвалідність є «парасольковим» терміном для порушень, обмежень активності і обмежень можливості участі. Інвалідність – це взаємодія людей з вадами здоров'я (наприклад, з цукровим діабетом, ішемічною хворобою серця,

психоневрологічними розладами тощо) з особистими і контекстовими факторами (такими як негативне ставлення, недоступність транспорту і громадських будівель і обмежена соціальна підтримка) [6].

МКФ є однією з ключових класифікацій Сім'ї міжнародних класифікацій ВООЗ WHO Family of International Classifications (WHO-FIC) [7]. Вона схвалена усіма 191 членами Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) 22 травня 2001 року під час 54-ї Всесвітньої асамблеї охорони здоров'я.

Міністерство охорони здоров'я України у 2016 році офіційно ініціювало складний та тривалий шлях впровадження Міжнародної класифікації функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я (МКФ) в українську реабілітацію. Для розвитку реабілітаційної медицини в Україні нашому медичному товариству та суспільству потрібно змінити саме розуміння «інвалідності» на сучасне та міжнародно узгоджене – обмеження життєдіяльності та функціонування. Така потреба підкріплена і висновком експертів Оціночної місії ВООЗ, які здійснювали комплексну оцінку системи реабілітації в Україні у 2015 році [8].

У 2017 році уряд затвердив план заходів з впровадження в Україні Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я та Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я дітей і підлітків (розпорядження Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2017 року № 1008-р). Документ спрямований на створення системи класифікації для отримання порівнюваних даних про здоров'я окремої людини та населення в цілому, які необхідні для досягнення основних цілей у сфері охорони здоров'я, включаючи визначення загального стану здоров'я населення, вимірювання потреб та ефективності сфери охорони здоров'я а також забезпечення функціонування сучасної системи раннього втручання, інклюзивної освіти, абілітації і реабілітації. Згідно з розпорядженням упродовж 2018 – 2019 років центральні органи виконавчої влади мають вжити відповідних заходів для впровадження МКФ та МКФ-ДП [9, 10].

В основі концепції здоров'я та інвалідності МКФ лежить поняття про те, що інвалідність є багатовимірним і універсальним явищем, пов'язаним зі здоров'ям. Функціонування людини розуміється як континуум станів здоров'я, і кожна людина проявляє ту чи іншу ступінь функціонування в кожній галузі, на рівні тіла, людини і суспільства.

У міжнародних класифікаціях ВООЗ зміни здоров'я (хвороба, розлад, травма і тощо) спочатку класифіковані в МКХ-10, яка визначає їхню етіологічну структуру. Функціонування й обмеження життєдіяльності, пов'язані зі змінами здоров'я, класифікуються в МКФ. Отже, формулювання діагнозу за МКХ доповнюється інформацією МКФ про функціонування.

Розуміння того, як захворювання впливає на функціонування людини, дає змогу краще планувати послуги, лікування та реабілітацію осіб з інвалідністю або хронічними захворюваннями. МКФ

створює більш інтегроване розуміння здоров'я, що формує вичерпний профіль індивіда, а не фокусується на хворобі або інвалідності [0]. Використання МКФ передбачає акцент на сильних сторонах окремих осіб, надання допомоги індивідам задля ефективнішої інтеграції в суспільне життя за допомогою втручань, спрямованих на підвищення їх можливостей, та врахування факторів середовища та їх індивідуальних факторів, які можуть заважати їх участі. Кваліфікатори: кваліфікатори ICF «можуть бути краще перекладені клінічно, оскільки рівень функціонування спостерігається у стандартизованому або клінічному середовищі та в повсякденному середовищі» [0].

Предметом особливої турботи також є те, щоб МКФ не використовувати як засіб для обмеження інтересів осіб з обмеженнями життєдіяльності. Зокрема, ВООЗ визнає, що самі терміни, що використані в класифікації, незважаючи на кращі наміри, можуть вважатися ярликом або клеймом. Через ці сумніви було прийнято рішення повністю виключити термін «соціальна недостатність» внаслідок його супутнього зневажливого значення в англійській мові і не використовувати термін «обмеження життєдіяльності» як назву складової, а залишити його як узагальнюючий термін [13].

Крім того, важливо підкреслити, що МКФ взагалі не класифікує людей. Це класифікація характеристик здоров'я людей в умовах контексту їх індивідуальних життєвих ситуацій і впливів навколишнього середовища. Це взаємодія характеристик здоров'я та контекстових чинників, які призводять до обмежень життєдіяльності. І якщо вони виникають, то не слід обмежуватися або давати індивіду характеристику виключно в термінах порушень, обмежень активності або обмежень можливості участі. Наприклад, замість терміна «розумово відстала людина» класифікація використовує фразу «людина з проблемою в навичках навчання». МКФ дає можливість уникнути використання термінів, які позначають зміну здоров'я або обмеження життєдіяльності людини, і завжди використовує якщо не позитивний, то нейтральний і конкретну мову [14,15].

Нині реабілітація перестала бути завданням, розв'язуваним суто медиками, і перетворилася на міждисциплінарне завдання. Постановкою мети реабілітації стало не усунення захворювання, що не завжди можливо, а відновлення чи компенсація за рахунок розвитку інших визначених функцій організму, відновлення і/або формування певних елементів активності та участі, створення відповідного оточуючого середовища, що складається не тільки з матеріальної компоненти, але і з відносинної. Відповідно, програма реабілітації вже не може формуватися одним лікарем, потрібний міждисциплінарний підхід, спільне визначення завдань реабілітації, узгоджене виконання програми в різних реабілітаційних організаціях. Програма реабілітації стала носити міжвідомчий характер. Саме в цьому випадку особливо яскраво проявляється універсальність МКФ, що пропонує різноманітні інструменти для цих дій і, крім цього, дає змогу проводити

моніторинг реабілітації та об'єктивно оцінювати її результати. Універсальність розробленого ВООЗ інструменту, будучи системним світоглядним поглядом на здоров'я, дозволяє використовувати його в цілях реабілітації не тільки на індивідуальному рівні, для створення стандартів оцінки стану й основи для розробки програми реабілітації (наприклад, базові набори МКФ), для наукових досліджень, а й для комплексної оцінки роботи системи реабілітації загалом – на рівні організації, територіального утворення, держави. Системна оцінка дотримання державою прав щодо реабілітації дозволяє розвивати систему реабілітації, проводити аналіз потреб у реабілітації на основі МКФ, розробляти державні програми і дорожні карти, спрямовані на поліпшення здоров'я громадян [16, 17, 18].

У сучасних дослідженнях засвідчено, що використання МКФ у практиці реабілітації інвалідів дає змогу оцінити поліпшення життєдіяльності та соціальної участі особи, навіть якщо порушення залишаються на колишньому рівні, що є необхідною умовою для досягнення кінцевої мети комплексної реабілітації. Слід підкреслити, що використання окремих шкал і методик не дає змогу провести системний аналіз стану пацієнта, визначити мету реабілітації. У той час, як застосування МКФ в практиці установи створює можливості для ефективної міждисциплінарної взаємодії на основі єдиної системи категорій для планування і проведення реабілітаційних заходів. Таким чином, застосування МКФ як інтегративного показника роботи кожного фахівця дає змогу об'єктивно оцінити ефективність проведених реабілітаційних заходів [19, 20, 21].

Застосування окремих елементів МКФ суттєво підвищить ефективність надання реабілітаційної допомоги особам з інвалідністю та удосконалить методологічні підходи щодо використання фізичної реабілітації [22].

МКФ є класифікацією доменів здоров'я і доменів, пов'язаних зі здоров'ям. Ці домени описані з позицій організму, індивіда та суспільства за допомогою двох основних переліків:

- 1) функції і структури організму;
- 2) домени соціальної активності та участі у суспільному житті.

З огляду на те, що функціональне здоров'я індивіда залежить від зовнішніх умов, МКФ містить перелік факторів навколишнього середовища, які взаємодіють з усіма цими категоріями. Ці терміни розширюють можливості класифікації, дозволяючи описати не тільки негативний, але й позитивний аспект.

Інформація в МКФ систематизована за розділами, кожен з яких складається з двох частин.

Частина перша – функціонування та обмеження життєдіяльності:

- а) функції (фізіологічні функції систем організму) та структури (анатомічні частини організму, такі, як органи та їх компоненти);
- б) активність (виконання завдання або дії індивідом), і участь (залучення індивіда до життєвої ситуації).

Частина друга – фактори контексту:

а) фактори навколишнього середовища (створюють фізичне або соціальне середовище, в якому люди живуть або проводять свій час);

б) особистісні чинники.

Кожен складник містить різні домени, які складаються з категорій, що є одиницями класифікації. Домен – це практичний і значимий набір взаємопов'язаних фізіологічних функцій, анатомічних

структур, дій, завдань та сфер життєдіяльності. В МКФ використовується буквено-цифрова система, в якій літери *b*, *s*, *d*, *e* позначають функції (*b*) та структури (*s*) організму, активність та участь (*d*) і фактори навколишнього середовища (*e*). За цими літерами слідує цифровий код, що починається з номера розділу (одна цифра), далі – позначення другого рівня (дві наступні цифри), третього та четвертого рівнів (по одній цифрі кожен).

Міжнародна класифікація функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я

Складові	Частина 1: Функціонування і обмеження життєдіяльності		Частина 2: Контекстові фактори	
	Функції та структури організму	Активність і участь	Чинники навколишнього середовища	Особистісні чинники
Домени	Функції організму Структури організму	Сфери життєдіяльності (задачі, дії)	Зовнішній вплив на функціонування та обмеження життєдіяльності	Внутрішній вплив на функціонування та обмеження життєдіяльності
Параметри	Зміни функцій організму (фізіологічні) Зміни структури організму (анатомічні)	Потенційна здатність виконання задачі у стандартних умовах. Реалізація виконання задачі в реальній життєвій ситуації	Вплив фізичного, соціального середовища, світу відносин та установок, що полегшує або ускладнює	Вплив особистісних якостей
Позитивний аспект	Функціональна і структурна цілісність	Активна участь	Чинники, що полегшують	Не використовується
Негативний аспект	Порушення. Обмеження життєдіяльності	Обмеження активності. Обмеження Можливості до участі	Чинники, що перешкоджають (бар'єри)	Не використовується

Міжнародна класифікація функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я будується навколо декількох основних компонентів:

- b функції організму,
- s структури організму,
- d активність і участь,
- e фактори навколишнього середовища.

Розділ функції організму включає в себе такі компоненти:

- b1 розумові функції,
- b2 сенсорні функції,
- b3 функції голосу і мови,
- b4 функції серцево-судинної, імунної, дихальної та систем крові,
- b5 функції травної, ендокринної систем і метаболізму,
- b6 уrogenітальні та репродуктивні функції,
- b7 нейром'язові, скелетні та пов'язані з рухом функції,
- b8 функції шкіри та пов'язаних з нею структур.

Розділ структури організму складається з таких складових:

- s1 структури нервової системи,
- s2 очей, вуха і пов'язаних з ними структур,

s3 структури, що беруть участь у голосоутворенні й мові,

s4 структури серцево-судинної, імунної та дихальної систем,

s5 структури, що відносяться до травної системи, метаболізму й ендокринної системи,

s6 структури, які відносяться до уrogenітальної і репродуктивної систем,

s7 структури, пов'язані з рухом,

s8 шкіра і пов'язані з нею структури.

Розділ активність і участь складається з таких компонентів:

d1 навчання і застосування знань,

d2 спільні завдання і вимоги,

d3 спілкування,

d4 мобільність,

d5 самообслуговування,

d6 побутове життя,

d7 міжособистісні взаємодії і відносини,

d8 головні сфери життя,

d9 життя в спільнотах, громадське і громадянське життя.

Розділ фактори навколишнього середовища складається з таких компонентів:

- e1 продукція і технології,

- e2 природне оточення і зміни навколишнього середовища, здійснені людиною,
- e3 підтримка і взаємозв'язок,
- e4 установки,
- e5 служби, адміністративні системи і політика.

У МКФ рекомендована система визначення тяжкості порушень активності та участі, яка може бути використана в експертизі. Оцінка відображає потенційну здатність індивіда з обмеженнями досягти найвищого рівня функціонування у типових або стандартних умовах. Визначається у відсотках.

- 0. НЕМАЄ труднощів (ніяких, відсутні, несуттєві, ...) 0–4 %;
- 1. ЛЕГКІ труднощі (незначні, слабкі, ...) 5–24 %;
- 2. ПОМІРНІ труднощі (середні, значущі, ...) 25–49 %;
- 3. ТЯЖКІ труднощі (високі, інтенсивні, ...) 50–95 %;
- 4. Абсолютні труднощі (повні, ...) 96–100 %.

Упровадження міжнародної класифікації функціонування активно проводиться в країнах пострадянського простору. Так, Смичек В. Б. (Білорусь) у

своїх публікаціях наводить приклад того, як на практиці здійснюється кодування за Міжнародною класифікацією функціонування [15].

Діагноз: Цукровий діабет, тип 2, вторинна сульфаміламідо-резистентність, тяжкий лабільний перебіг зі схильністю до гіпоглікемій, клініко-метаболічна декомпенсація. діабетична макроангіопатія судин нижніх кінцівок із ХАН 2 ст. Діабетична макроангіопатія коронарних артерій. ІХС: стенокардія напруження ФК 2. Атеросклеротичний кардіосклероз, Н 1. Діабетична проліферативна ангіопатія, ст. неоваскуляризації (vis. 0,11 / 0,15 з корекцією). Діабетична нефропатія 4 ст., масивна протеїнурія, ХНН, інтермітуюча стадія. Симптоматична артеріальна гіпертензія 3 ст. Діабетична дистальна полінейропатія, сенсорна форма, 1 стадії. Синдром діабетичної стопи, нейрошемічна форма, поверхнева виразка без ознак інфікування. Ожиріння 2 ст.

Жінка 56 років страждає на ЦД 2 типу 20 років, нерідкі тяжкі гіпоглікемії; нині не працює, освіта вища, основна професія – економіст.

МКФ
<p>Функції організму: b 210.3 функції зору; b 410.1 функції серця; b 415.3 функції кровоносних судин; b 420.3 функції артеріального тиску; b 455.3 функції толерантності до фізичного навантаження; b 530.2 функції підтримки ваги; b 540.3 загальні метаболічні функції; b 5401.3 вуглеводний обмін.</p> <p>Структури організму: s 220.3 структура очного яблука; s 410.3 структура серцево-судинної системи; s4100.2 серце; s4101.3 артерії; s 610.3 структура сечовидільної системи; s6100.3 нирки; s810.2 структура шкірного покриву (при синдромі діабетичної стопи).</p> <p>Активність і участь: d 450.3 ходьба; d 455.3 пересування; d 475.3 управління транспортом; d 570.0 турбота про здоров'я (дотримання збалансованого раціону харчування, відхід від шкідливих для здоров'я факторів і т. ін.); d 8451.3 виконання трудових обов'язків.</p> <p>Фактори навколишнього середовища: e 110 продукти, речовини і технології для особистого споживання; e 1100 + 2 продовольство; e 1101 + 1 лікарські засоби.</p>

Отже, як видно у вищенаведеному прикладі, Міжнародна класифікація функціонування дає змогу найповніше оцінити не тільки медичні фактори, які впливають на якість реабілітації та реабілітаційний прогноз, але враховує й особистісні та соціальні чинники, що впливають на процес реабілітації.

Висновки

- 1. Міжнародна класифікація функціонування

є потужним універсальним інструментом, який дозволяє з високим ступенем деталізації оцінити рівні функціонування хворих та осіб з інвалідністю внаслідок різних захворювань.

2. Застосування МКФ дає змогу оцінити обмеження життєдіяльності не тільки з медичної точки зору, але й враховувати різні соціальні, побутові чинники, та чинники навколишнього середовища, що надзвичайно важливо під час проведення меди-

ко-соціальної експертизи.

3. Широке впровадження МКФ до практики медико-соціальної експертизи та реабілітації відповідає вимогам сьогодення, і дає змогу значно підвищити якість експертно-діагностичних та реабілітаційних підходів у пацієнтів із різними патологіями.

Література

1. Всемирный доклад об инвалидности // Женева: ВОЗ, Всемирный банк [Электронный ресурс]. – 2011. – Режим доступа: http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/report/en/ – 17.11.17

2. Державна служба статистики України. [Електронний ресурс] – 2017. – Режим доступа: <http://data.gov.ua/users/633>.

3. WHO global disability action plan 2014-2021. [Електронний ресурс]. – Режим доступа: <http://www.who.int/disabilities/actionplan/en>.

4. Інвалідність та суспільство: навчальний посібник / [За ред. Л. Байда, О. Красюкова-Енс та ін.] – Київ, 2011.

5. World health organization: International classification of functioning disability and health. – 2001. [Електронний ресурс]. – Режим доступа: <http://www.who.int/classifications/en>.

6. Инвалидность и здоровье Информационный бюллетень, ноябрь 2017 г. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs352/ru/>.

7. Towards a Common Language for Functioning, Disability and Health: ICF. Geneva: World Health Organization. – 2002.

8. Assessment of the National Disability, Health and Rehabilitation System in Ukraine. December 2015. – 57. [Електронний ресурс]. – Режим доступа: http://www.wcpt.org/wcpt.org/files/Assessment_Rehabilitation_System-Ukraine.pdf.

9. Розпорядження Кабінету Міністрів України «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» від 27 грудня 2017 року № 1008-р. // Урядовий кур'єр. – 2018. – № 6.

10. Collaboration with WHO/NIH Joint Project. Developing the World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0 / T. B. Üstün, S. Chatterji, N. Kostanjsek, J. Rehm [et all.] // Bull World Health Organ. – 2010 – Vol. 88/ – P. 815–823. doi: 10.2471/BLT.09.067231.

11. Hemmingsson H. An occupational perspective on the concept of participation in the international classification of functioning, disability and health – some critical remarks / H. Hemmingsson, H. Jonsson // The American Journal of Occupational Therapy. – 2005. – Vol. 59 (5). – P. 569–576.

12. Operationalizing the International Classification of Functioning, Disability and Health in Clinical Settings /R. Brophy, M. Geoffrey, N. Lux, B. Jayne [et all.] // Rehabilitation Psychology/ – Vol. 50 (2). – 2005. – P. 122–131. doi:10.1037/0090-5550.50.2.122.

13. World Health Organization. ICF Checklist. – Geneva: World Health Organization. – 2001.

14. Конвенция о правах инвалидов, принятая Резолюцией Генеральной Ассамблеи ООН от 13 декабря 2006 г. № 61/106 (по состоянию на 26 октября 2012 г.). – 2012. – 29 с.

15. Смычек В. Б. Современные аспекты инвалидности / В. Б. Смычек – Минск: БГАТУ, 2012. – 268 с.

16. Романишин Н. Я. Основы построения реабилитационного диагноза в клинической практике физическим реабилитологом / Н. Я. Романишин // Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту. –2012. – №2 – С. 94–96.

17. Cape Town Global Call to include ICF in academic curricula. – [Електронний ресурс]. – Режим доступа: https://www.petitions24.com/icf_education (дата обращения: 30.08.2017).

18. Пономарева И. П. Прикладное значение международной классификации функционирования, ограниченной жизнедеятельности и здоровья в паллиативной гериатрии / И. П. Пономарева, К. И. Процаев, А. Н. Ильницкий [и др.] // Современные проблемы науки и образования. – 2015. – № 5 (дата обращения: 25.01.2018).

19. Лорер В. В. Применение Международной классификации функционирования, ограниченной жизнедеятельности и здоровья в оценке комплексной реабилитации инвалидов / В.В. Лорер, Т. Н. Жукова // Клиническая и специальная психология – 2017. Том 6. – № 3. – С. 116–134.

20. Голик В. А. Использование международной классификации функционирования, ограниченной жизнедеятельности и здоровья в экспертной неврологической практике / В. А. Голик, Е. Н. Мороз, С. А. Погорелова // Международный неврологический журнал. – 2011. – № 5 (43). – С. 104–110.

21. Роль и значение международной классификации функционирования, ограниченной жизнедеятельности и здоровья (МКФ) в организации должной профилактической помощи населению / Г. Г. Орлова, И.Е. Лукьянова, А. А. Дагаева, А. И. Денисенков [и др.]// Фундаментальные исследования. – 2013. – № 3-2. – С. 358–361; (дата обращения: 25.01.2018).

22. Макарова Е. В. Основні положення міжнародних класифікацій як критерії визначення стану здоров'я в реабілітації осіб з інвалідністю / Е. В. Макарова // Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту. – 2014. – №5. – С. 42-49.

