

Національний університет фізичного виховання і спорту України  
Міністерство освіти і науки України

Кваліфікаційна наукова  
праця на правах рукопису

**МАНГУШЕВА ОЛЬГА ОЛЕКСАНДРІВНА**

УДК: 615.851.3:159.9.072:005.336.2(477)(043.3)

**ДИСЕРТАЦІЯ**  
**ВИКОРИСТАННЯ КАНАДСЬКОГО ІНСТРУМЕНТА ОЦІНКИ**  
**ВИКОНАННЯ ЗАНЯТЬ ДЛЯ ПІДВИЩЕННЯ КЛІЄНТООРІЄНТОВАНOSTI**  
**ТА ЗАНЯТТЄВОЇ СПРЯМОВАНOSTI ЕРГОТЕРАПЕВТИЧНИХ ПОСЛУГ В**  
**УКРАЇНІ**

227 Фізична терапія, ерготерапія

22 Охорона здоров'я

Подається на здобуття ступеня доктора філософії

Дисертація містить результати власних досліджень. Використання ідей,  
результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело

\_\_\_\_\_ О.О. Мангушева

Наукові керівники: Лазарева Олена Борисівна, доктор наук з фізичного виховання  
і спорту, професор;

Енемарк Ларсен Анетт, доктор філософії з наук про здоров'я

Київ – 2026

## АНОТАЦІЯ

*Мангушева О.О.* Використання Канадського інструмента оцінки виконання занять для підвищення клієнтоорієнтованості та заняттєвої спрямованості ерготерапевтичних послуг в Україні. – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття ступеня доктора філософії за спеціальністю 227 Фізична терапія, ерготерапія. – Національний університет фізичного виховання і спорту України, Київ, 2025.

Клієнтоорієнтованість та заняттєва спрямованість висвітлені у дисертації як фундаментальні засади сучасної парадигми ерготерапії, необхідні для надання якісних ерготерапевтичних послуг та актуальні з огляду на новизну ерготерапії в Україні як невід’ємної складової ефективної реабілітаційної допомоги особам з обмеженням функціонування різних вікових та нозологічних категорій.

Канадський інструмент оцінки виконання занять (COPM) є одним із найбільш уживаних інструментів оцінки результату ерготерапевтичних втручань у світі, який має доведений потенціал сприяти клієнтоорієнтованій ерготерапевтичній практиці. COPM застосовується як з цивільними клієнтами, так і з військовослужбовцями в різних країнах світу, однак україномовний переклад COPM досі не був валідований до застосування в Україні.

*Мета дослідження* - науково обґрунтувати, розробити і описати практичну модель та рекомендації для використання міжкультурно адаптованої та валідованої україномовної версії COPM для підвищення клієнтоорієнтованості та заняттєвої спрямованості ерготерапевтичних послуг в Україні.

*Методи дослідження:* використано змішані методи дослідження, теоретичний аналіз та узагальнення даних науково-методичної літератури, розроблення опитувальників для збору попередніх даних, здійснення когнітивного дебрифінгу та напівструктурованих інтерв’ю, метод обґрунтованої теорії для

якісного аналізу даних, аналіз бланків документації за СОРМ, метод Дельфі та методи математичної статистики.

*Наукова новизна* дисертаційної роботи полягає в тому, що в ній:

– *уперше* досліджено використання СОРМ у рамках надання ерготерапевтичних послуг у різних сферах практики в Україні;

– *уперше* здійснено науково-обґрунтований переклад та міжкультурну адаптацію україномовної версії інструмента СОРМ та посібника з адміністрування СОРМ;

– *уперше* досліджено зовнішню та змістову валідність україномовної версії СОРМ з вибіркою військовослужбовців/ветеранів та цивільних клієнтів ерготерапії;

– *уперше* в українському контексті описано принцип клієнтоорієнтованості крізь призму Канадської моделі виконання занять та залучення (СМОР-Е), запропоновані індикатори клієнтоорієнтованості у доменах *особи, заняттєвої активності та середовища*;

– *уперше* в українському науковому дискурсі запропоновано визначення ключових термінів для ерготерапевтичної практики українською мовою: *заняттєво орієнтована практика, заняттєво спрямована практика та практика на основі використання занять*;

– *уперше* досліджено вплив застосування СОРМ на клієнтоорієнтованість та заняттєву спрямованість ерготерапевтичних послуг як основоположних принципів сучасної ерготерапевтичної практики серед українських ерготерапевтів та клієнтів ерготерапії;

– *уперше* вивчено індивідуальний досвід та особливості застосування СОРМ з військовослужбовцями, досліджено особливості заняттєвих потреб українських військовослужбовців у контексті війни, що триває;

– *уперше* розроблено науково-обґрунтовану модель застосування СОРМ на гострому та післягострому етапах реабілітації військовослужбовців/ветеранів та цивільних клієнтів ерготерапії в Україні;

– *уперше* досліджено вплив СОРМ на становлення професійної ідентичності фахівців, які працюють на посадах ерготерапевтів, без спеціалізованої освіти з ерготерапії;

– *уперше* розроблено та валідовано практичні рекомендації щодо застосування СОРМ на етапі гострої та післягострої реабілітації військовослужбовців/ветеранів та цивільних осіб в Україні;

– *уперше* розроблено і проведено навчальний модуль для застосування СОРМ з метою підвищення клієнтоорієнтованості та заняттєвої спрямованості ерготерапевтичних послуг в Україні;

– *дістали подальшого розвитку* погляди щодо потенціалу СОРМ позитивно впливати на якість ерготерапевтичних послуг з огляду клієнтоорієнтованості та заняттєвої спрямованості;

– *підтверджено дані про* позитивний вплив СОРМ на клієнтоорієнтовану ерготерапевтичну практику та доцільність використання СОРМ для вимірювання ефективності ерготерапевтичних послуг.

Проведене опитування українських ерготерапевтів щодо використання СОРМ у практичній діяльності дозволило обґрунтувати актуальність дослідження. Виявлено, що незважаючи на те, що більшість (58%) респондентів опитування застосовують СОРМ певною мірою, частота використання є низькою. З'ясовано, що головним бар'єром до впровадження СОРМ в Україні на думку більшості фахівців (74%) є відсутність знань та навичок для адміністрування СОРМ.

Шляхом багатоетапного науково-обґрунтованого процесу було здійснено новий переклад та міжкультурну адаптацію інструмента СОРМ та посібника із адміністрування СОРМ. Для забезпечення мовної та культурної репрезентації

різних регіонів України пілотне тестування нового перекладу COPM відбулося у шести областях України із залученням 20 ерготерапевтів та 84 клієнтів ерготерапії. Частка військовослужбовців серед клієнтів ерготерапії становила 51%. Виявлено, що індекс змістової валідності (CVI) нової україномовної версії COPM відповідав 1,0 за оцінкою ерготерапевтів та 0,89 і вище за оцінкою клієнтів ерготерапії.

Установлено, що застосування COPM асоціюється із збільшення суб'єктивного сприйняття ерготерапевтами власного рівня клієнтоорієнтованості та заняттєвої спрямованості. Підвищення заняттєвої спрямованості ерготерапевтичних послуг унаслідок використання COPM протягом 3 місяців було статистично значущим ( $p < 0,05$ ). Водночас, приріст показників клієнтоорієнтованості не був статистично значущим ( $p > 0,05$ ). Отримані дані корелюють із результатами опитування клієнтів ерготерапії, за яким 82 клієнти (99%) доповіли, що COPM не тільки сприяв зосередженості терапії на їхніх пріоритетах, активному залученню до процесу встановлення цілей, а також спрямовував ерготерапевтичний процес на досягання заняттєвих цілей.

Виявлено, що, на думку ерготерапевтів, брак профільної освіти фахівців, орієнтування на медичну модель реабілітації, низька поінформованість і попередній досвід клієнтів та вузьконаправлені скерування на ерготерапевтичні послуги можуть перешкоджати впровадженню клієнтоорієнтованого та заняттєвоорієнтованого підходу у ерготерапевтичну практику.

Аналіз документації за COPM дозволив порівняти особливості заняттєвого запиту військовослужбовців/ветеранів та цивільних клієнтів. Виявлено, що незалежно від військового статусу, клієнти ерготерапії визначили найбільшу кількість проблем виконання занять у самообслуговуванні, далі – у продуктивності та зрештою у дозвіллі. При цьому, як у військовослужбовців ( $T=24,0$ ;  $z=4,29$ ;  $p < 0,001$ ), так і у цивільних клієнтів ( $T=18,0$ ;  $z=3,523$ ;  $p=0,001$ ), проблеми у сфері самообслуговування були статистично значуще частіше визначені, ніж у сфері дозвілля. Виявлено, що окрім самообслуговування військовослужбовці

пріоритезували заняття, пов'язані з веденням домашнього господарства, роботою, зокрема військовою службою або волонтерством та допомогою армії, фізичною підготовкою та спортом, використанням допоміжних засобів, функціональною мобільністю та пересуванням у громаді. З'ясовано, що військовослужбовці ідентифікували більше цілей для індивідуальної програми реабілітації ( $n=45$ ; 184 цілі), ніж цивільні пацієнти/клієнти ( $n=42$ ; 147 цілей) зі статистично значущою різницею ( $U=611,0$ ;  $z=-2,79$ ;  $p=0,005$ ), розмір ефекту  $r=0,30$ .

Порівняння змін у виконанні та задоволеності за СОРМ з мінімально значущою клінічною різницею (MCID) продемонструвало ефективність ерготерапевтичних послуг. Відмінності між групами щодо зміни виконання занять є статистично значущими ( $p < 0,05$ ) на користь цивільних, при цьому статистично значущої різниці щодо динаміки змін у задоволеності виконанням занять між групами не виявлено. Установлено, що цивільні клієнти відчували більшу зміну показників виконання занять, а відповідно і більшу ефективність ерготерапевтичних послуг, ніж військовослужбовці, у сферах самообслуговування ( $\bar{x}=3,88$  у порівнянні з  $\bar{x}=3,09$ ) і продуктивності ( $\bar{x}=3,92$  у порівнянні з  $\bar{x}=2,84$ ), але не у сфері дозвілля ( $\bar{x}=2,5$  у порівнянні з  $\bar{x}=3,45$ ), що відповідно корелювало з динамікою показників задоволеності виконанням занять. З'ясовано, що цивільні клієнти мали статистично значуще ( $t=2,30$ ;  $df=64$ ;  $p=0,024$ ) більше змін у виконанні продуктивних занять у порівнянні з військовослужбовцями, Cohen's  $d=0,566$  (середній розмір ефекту).

З метою вивчення індивідуального досвіду застосування СОРМ та розроблення практичної моделі застосування СОРМ в Україні, за методологією обґрунтованої теорії було проведено і проаналізовано 20 індивідуальних інтерв'ю з ерготерапевтами та 4 інтерв'ю з клієнтами ерготерапії, середня тривалість інтерв'ю становила 40 хвилин. Розроблена практична модель застосування СОРМ в Україні на етапі гострої та післягострої реабілітації військовослужбовців та цивільних осіб продемонструвала збалансовану партнерську взаємодію ерготерапевта та клієнта

ерготерапії, що забезпечується підготовкою обох учасників процесу. Виокремлені фактори, які стосуються компетентностей ерготерапевта, охоплюють уміння роз'яснювати мету і завдання ерготерапії, володіння ефективними навичками інтерв'ювання, доречне використання прикладів, забезпечення травмаінформованості процесу, посвяту адвокації клієнта, заняттєво спрямованим, клієнтоорієнтованим та індивідуалізованим послугам та проходження спеціалізованого навчання з адміністрування COPM. Фактори, що сприяють ефективному застосуванню COPM з боку клієнта, включають розуміння мети ерготерапії, цінування клієнтоорієнтованих та заняттєво-спрямованих послуг, необхідний рівень когніції, мовлення та мотивації, усвідомлення власного стану здоров'я, наявність заняттєвого запиту, неупереджене ставлення до ерготерапевта та заняттєва свобода.

Продемонстровано, що інтеграція COPM у процес надання ерготерапевтичних послуг сприяє покращенню якості та повернення сенсу життя клієнтів завдяки заняттєвому результату, що підвищує задоволеність ерготерапевтичними послугами. З'ясовано, що впровадження COPM у повсякденну практичну діяльність ерготерапевтів полегшує професійну практику, зміцнює професійну ідентичність, сприяє професійному становленню фахівців із ґрунтуванням у заняттєвій парадигмі професії та вказує на потенційно ведучу роль ерготерапевта у мультидисциплінарній реабілітаційній команді.

Для впровадження моделі застосування COPM у практичну діяльність було розроблено і валідовано практичні рекомендації. У валідації практичних рекомендацій за модифікованим методом Дельфі взяло участь 12 ерготерапевтів. Після двох раундів було валідовано 25 практичних рекомендацій, 21 з яких мали 100% рівень узгодженості, 2 рекомендації мали 92% та 2 рекомендації мали 83% узгодженості.

Здійснено аналіз та порівняння здобутих результатів з висновками та результатами інших досліджень, даними науково-методичної літератури.

Практичне значення отриманих результатів полягає у розробленні науково-обґрунтованого, міжкультурно адаптованого та валідованого українського перекладу СОРМ для використання у практичній та науковій діяльності ерготерапевтів; розробленні практичної моделі та практичних рекомендацій щодо ефективного застосування СОРМ на гострому та післягострому етапі реабілітації військовослужбовців та цивільних в Україні в умовах війни, що триває; визначенні особливостей заняттєвого запиту військовослужбовців, що спрямовує процес організації та надання ефективної реабілітаційної допомоги військовослужбовцям/ветеранам; виокремленні практичних результатів застосування СОРМ, які дозволять покращити якість ерготерапевтичних послуг як військовослужбовцям, так і цивільному населенню України.

Отримані в процесі дослідження результати дозволяють систематизувати та розширити існуючі уявлення про застосування СОРМ з військовослужбовцями/ветеранами та цивільними клієнтами в Україні. Виявлені спостереження підтвердили актуальність принципів клієнтоорієнтованості та заняттєвої спрямованості для формування чіткої професійної ідентичності фахівців з ерготерапії та продемонстрували їхній вплив на поліпшення якості життя клієнтів різних нозологічних груп. Уперше в українському науковому дискурсі було обґрунтовано та введено в науковий обіг термінологічні інтерпретації ключових для ерготерапії професійних понять, які стосуються заняттєвої парадигми професії, що сприяє уніфікації понятійно-категоріального апарату ерготерапії українською мовою. У результаті здійснення перекладу та валідації україномовної версії СОРМ увійшов до списку рекомендованих Міністерством охорони здоров'я України для використання у реабілітації осіб багатьох нозологічних категорій.

**Ключові слова:** ерготерапія, реабілітація, СОРМ, валідація, клієнтоорієнтованість, заняттєва активність, заняттєва спрямованість, військовослужбовці, травма, якість життя, обстеження, індивідуальна програма

реабілітації, індивідуальний реабілітаційний план, відновлення функціональної незалежності, соціальна реінтеграція.

## SUMMARY

*Mangusheva O.O.* Using the Canadian Occupational Performance Measure to enhance client-centeredness and occupational focus of occupational therapy services in Ukraine. – A qualifying scientific work on the rights of a manuscript.

Dissertation for the degree of Doctor of Philosophy in the specialty 227 Physical therapy, occupational therapy. – National University of Ukraine on Physical Education and Sport, Kyiv, 2025.

Client-centeredness and occupational focus are described in the dissertation as fundamental principles of contemporary paradigm of occupational therapy, necessary to deliver high quality occupational therapy services and relevant due to novelty of occupational therapy in Ukraine as an indispensable component of effective rehabilitation services to persons with limitations of functioning of various age and diagnostic groups.

The Canadian Occupational Performance Measure (COPM) is one of the most widely used outcome measures in occupational therapy in the world which has a proven potential to enhance client-centeredness in occupational therapy practice. The COPM is used with civilians as well as the military in different countries of the world, but the Ukrainian translation of the COPM has not been validated for use in Ukraine.

*The aim of the study* – is to scientifically substantiate, develop and describe a practical model and recommendations for the use of the cross-culturally adapted and validated Ukrainian version of the COPM to enhance client-centeredness and occupational focus of occupational therapy services in Ukraine.

*Research methods:* the study used mixed methods design, theoretical analysis and generalization of data from special scientific and methodological literature, development of questionnaires to generate preliminary data, conduct cognitive debriefing and semi-

structured interviews, grounded theory for qualitative analysis, quantitative analysis of the COPM documentation, modified Delphi method and methods of mathematical statistics.

*The scientific novelty* of the dissertation is that:

– *for the first time* we explored the use of the COPM in occupational therapy services in various practice areas in Ukraine;

– *for the first time* we conducted a scientifically substantiated translation and cross-cultural adaptation of the Ukrainian version of the COPM form and the COPM manual;

– *for the first time* we examined face and content validity of the Ukrainian version of the COPM with a sample of military personnel/veterans and civilian clients of occupational therapy;

– *for the first time* in Ukrainian context we described client-centeredness principle through the prism of the Canadian model of occupational performance and engagement (CMOP-E), suggested indicators of client-centeredness in the domains of the person, occupation and environment;

– *for the first time* in Ukrainian scientific discourse, we proposed definitions of key occupational therapy terms: occupation-centered, occupation-focused and occupation-based practice;

– *for the first time* we explored the impact of using the COPM on client-centeredness and occupational focus of occupational therapy services as fundamental principles of occupational therapy practice among Ukrainian occupational therapists and clients of occupational therapy;

– *for the first time* we explored individual experience and peculiarities of the use of the COPM with the military, specifics of occupational needs of Ukrainian military servicemen in the context of the ongoing war;

– *for the first time* we developed a scientifically substantiated model of using the COPM in acute and subacute rehabilitation of civilians and military in Ukraine;

- *for the first time* we investigated the impact of the COPM use on the development of professional identity of clinicians working as occupational therapists without specialized education in occupational therapy;

- *for the first time* we proposed and validated practical recommendations for the use of the COPM in acute subacute rehabilitation of civilians and military servicemen in Ukraine;

- *for the first time* we developed and conducted a learning module for the use of the COPM to enhance client-centeredness and occupational focus of occupational therapy services in Ukraine;

- *the study developed further* views regarding the potential of the COPM to positively impact the quality of occupational therapy services in relation to client-centeredness and occupational focus;

- *the study confirmed the data* on the positive impact of the COPM on client-centered practice and feasibility of using COPM to measure the effectiveness of occupational therapy services.

The conducted survey of occupational therapists regarding the use of the COPM in occupational therapy practice allowed us to substantiate the relevance of the study. We found that even though most survey respondents (58%) used COPM in some way, the frequency of use was low. Survey results established that the main barrier to the COPM implementation in Ukraine according to most professionals (74%) is lack of knowledge of and skills for administration of the COPM.

Through a multi-step scientifically substantiated process we conducted a new translation and cross-cultural adaptation of the COPM and the manual for the COPM administration. To ensure linguistic and cultural representation of various regions of Ukraine we conducted a pilot study of the new COPM translation in six regions of Ukraine involving 20 occupational therapists and 84 clients of occupational therapy. The share of military personnel among occupational therapy clients was 51%. We found that the

content validity index (CVI) of the new Ukrainian version of the COPM was equal to 1,0 as rated by occupational therapists and 0,89 and higher as rated by clients of occupational therapy.

Our study established that the use of the COPM is associated with increased subjective perception by occupational therapists of their own level of client-centeredness and occupational focus. The increase in occupational focus of occupational therapy services as a result of using the COPM for three months was statistically significant ( $p < 0,05$ ). However, the increase in client-centeredness ratings were not statistically significant ( $p > 0,05$ ). This data correlates with the results of the survey of occupational therapy clients, according to which 82 clients (99%) reported that the COPM not only facilitated their therapy to focus on their priorities, facilitated them to be actively engaged in the process of goal setting, but also directed the occupational therapy process towards achieving occupational goals. We found that, according to therapists, the lack of specialized education, orientation towards the medical model of rehabilitation, low awareness of occupational therapy, previous rehabilitation experience of clients and narrow-focus referrals for occupational therapy service may hinder the implementation of client-centered and occupation-focused approach in occupational therapy practice.

The analysis of the COPM documentation allowed us to compare the characteristics of the occupational performance needs of military personnel/veterans and civilian clients. We found that regardless of the military status, both groups identified most occupational performance issues in self-care, then – in productivity, and lastly in leisure. With that, both military ( $T=24,0$ ;  $z=4,29$ ;  $p < 0,001$ ) and civilian clients ( $T=18,0$ ;  $z=3,523$ ;  $p=0,001$ ) identified more areas in self-care as compared to leisure with statistically significant difference. The analysis of the nature of the identified occupational problems showed that in addition to self-care, military personnel prioritized activities related to housekeeping, work, in particular military service or volunteering and assistance to the army, physical training and sports, use of assistive devices, functional mobility, and movement in the community. We found that the military identified more goals for individual rehabilitation

programs (n=45; 184 goals), as compared to civilians (n=42; 147 goals) with statistically significant difference (U=611,0; z=-2,79; p=0,005), small effect size r=0,30.

Our study demonstrated that the COPM measures the effectiveness of occupational therapy services by comparing the changes in performance and satisfaction indicators with a minimal clinically important difference (MCID). We found that both military and civilians experienced clinically significant changes in performance as evident by the COPM. The differences between groups in relation to changes in performance as statistically significant (p < 0,05) in favor of civilians, however there was no statistically significant change in satisfaction between groups. Civilians experienced greater change in performance, and therefore greater effectiveness of occupational therapy services, as compared to military, in the areas of self-care ( $\bar{x}$ =3,88 as compared to  $\bar{x}$ =3,09) and productivity ( $\bar{x}$ =3,92 as compared to  $\bar{x}$ =2,84), but not in leisure ( $\bar{x}$ =2,5 as compared to  $\bar{x}$ =3,45), which also correlated with changes in satisfaction. Civilian clients had statistically significantly (t=2,30; df=64; p=0,024) greater changes in performance of productivity as compared to military Cohen's d=0,566 (moderate effect).

To explore individual experience of using the COPM and develop a practical model for the use of the COPM in Ukraine, with the use of grounded theory we conducted and analyzed 20 individual interviews with occupational therapists and 4 interviews with occupational therapy clients, the average duration of the interviews was 40 minutes. We developed a visual model for the use of the COPM in acute and subacute rehabilitation of military and civilians in Ukraine, which demonstrated a balanced partnership of occupational therapist and occupational therapy clients that is ensured through preparation of both participants of the process.

Factors, singled out as related to competencies of occupational therapists, include the ability to explain the aim and objectives of occupational therapy, effective interviewing skills, relevant use of examples, ensuring the process is trauma-informed, dedication to client advocacy, occupation-focused, client-centered and individualized

services, and specialized training in administration of the COPM prior to its use. Factors that facilitate the COPM use as related to the client include understanding the aim of occupational therapy, appreciation of client-centered and occupation-focused services, requisite level of cognition, speech and motivation, insight into one's health condition, occupational needs, unbiased treatment of the therapist and occupational freedom.

Our study demonstrated that integrating the COPM into occupational therapy services enhances quality of services, facilitates regaining a sense of life in consequence of the occupational outcome that has real-life implications and increases satisfaction with services. We found that implementing the COPM in daily practice of occupational therapists facilitates professional practice, strengthens professional identity of therapists, facilitates professional development grounded in occupational paradigm of the profession and highlights potentially leading role of occupational therapists in multidisciplinary teams.

To facilitate the implementation of the model of using the COPM in Ukraine, we developed and validated practical recommendations. Using modified Delphi method, 12 occupational therapists participated in validation of practical recommendations. After two rounds 25 recommendations were validated, 21 of which had 100% level of agreement, 2 recommendations had 92% and 2 recommendations had 83% agreement.

We analyzed and compared our results with conclusions and data from other studies, scientific and methodological literature.

The practical significance of the results obtained is the development of scientifically substantiated cross-culturally adapted and validated Ukrainian translation of the COPM for use in occupational practice practice and research; development of a practical model and recommendations for effective use of the COPM in acute and subacute rehabilitation of military personnel and civilians in Ukraine in the context of ongoing war; identifying distinctive characteristics of occupational needs of the military to guide the process of organizing effective rehabilitation services for the military and veterans; highlighting the

practical results of using the COPM that facilitate quality improvement of occupational therapy services to the military as well as civilian population of Ukraine.

The results obtained in the course of research allow for the systematization and expansion of existing ideas about the use of the COPM with military personnel and civilian clients in Ukraine. Our observations confirmed the significance of the principles of client-centeredness and occupational focus in shaping a clear professional identity of occupational therapy professionals and demonstrated their positive impact on improving the quality of life of clients across various diagnostic groups. For the first time in Ukrainian scientific discourse, terminological interpretations of key professional concepts in occupational therapy related to the occupational paradigm of the profession were substantiated and introduced for scientific use, contributing to the unification of the conceptual and categorical apparatus of occupational therapy in the Ukrainian language. As a result of the translation and content validation of the Ukrainian version, the COPM was included in the list of outcome measures recommended by the Ministry of Health of Ukraine for use in the rehabilitation of individuals across multiple diagnostic groups.

**Key words:** occupational therapy, rehabilitation, COPM, validation, client-centeredness, occupation, occupational focus, military servicemen, trauma, quality of life, examination, individual program of rehabilitation, individual rehabilitation plan, restoration of functional independence, social reintegration.

## Список публікацій здобувача за темою дисертації

### Наукові праці, в яких опубліковані основні наукові результати дисертації

1. Mangusheva O. O., Lazarieva O. B., Enemark Larsen A. Exploring the use of the Canadian Occupational Performance Measure (COPM) in Ukraine: determining the need. *Rehabilitation and recreation*. 2024. Vol. 18. No. 3. P. 32–40. [DOI: 10.32782/2522-1795.2024.18.3.3](https://doi.org/10.32782/2522-1795.2024.18.3.3). Періодичне наукове видання України, проіндексоване в базі даних Scopus (Q4). *Особистий внесок здобувача полягає в організації та проведенні досліджень, опрацюванні й аналізі отриманих результатів. Внесок Лазаревої О.Б полягає в постановці проблеми та частковому обговоренні результатів. Внесок Енемарк Ларсен, А. полягає в допомозі у проведенні дослідження та частковому обговоренні результатів.*

2. Лазарева О. Б., Мангушева О. О., Клавіна А., Енемарк Ларсен А. Актуальність використання канадського інструмента оцінки виконання занять (COPM) для клієнтоорієнтованої та заняттєвоспрямованої ерготерапевтичної практики в Україні. *Спортивна медицина, фізична терапія та ерготерапія*. 2025. № 1. С. 210–217. [DOI: 10.32782/spmed.2025.1.30](https://doi.org/10.32782/spmed.2025.1.30) Фахове видання України. *Особистий внесок здобувача полягає у організації та проведенні дослідження, опрацюванні та аналізі отриманих даних. Внесок Клавіної А. полягає в допомозі з обробкою матеріалів. Внесок Лазаревої О.Б. полягає у в постановці проблеми та частковому обговоренні результатів. Внесок Енемарк Ларсен, А. полягає у визначенні методів дослідження та частковому обговоренні результатів.*

3. Mangusheva O. O., Lazarieva O. B., Enemark Larsen A. Translation, cross-cultural adaptation and content validation of the Canadian Occupational Performance Measure (COPM) in the Ukrainian language. *Medicni perspektivi*. 2025. Vol. 30. No. 1. P. 135–149. [DOI: 10.26641/2307-0404.2025.1.325375](https://doi.org/10.26641/2307-0404.2025.1.325375). Періодичне наукове видання України, проіндексоване в базі даних Scopus (Q4). *Особистий внесок здобувача полягає в постановці завдань дослідження, визначенні методів, організації та*

проведенні досліджень, опрацюванні й аналізі отриманих результатів. Внесок Лазаревої О.Б. полягає у постановці проблеми та узагальненні даних. Внесок Енемарк Ларсен, А. полягає у допомозі із організацією та визначенням методів, частковому обговоренні результатів.

4. Мангушева О.О., Дерєка, Т.Г., Енемарк Ларсен, А. Практична модель застосування Канадського інструмента оцінки виконання занять (COPM) у реабілітації військовослужбовців та цивільних осіб на гострому та післягострому етапі реабілітації в Україні. *Rehabilitation and Recreation*. 2025. Т.19. № 2. С. 101 – 119. DOI: [10.32782/2522-1795.2025.19.2.9](https://doi.org/10.32782/2522-1795.2025.19.2.9). Періодичне наукове видання України, проіндексоване в базі даних Scopus (Q4). Особистий внесок здобувача полягає в постановці проблеми, організації та проведенні досліджень, аналізі та інтерпретації отриманих результатів. Внесок Дерєки Т.Г. полягає в обробці та частковому аналізі матеріалів. Внесок Енемарк Ларсен, А. полягає в допомозі з інтерпретацією та частковим обговоренням результатів.

#### **Наукові праці, які засвідчують апробацію матеріалів дисертації**

5. Mangusheva O., Enemark Larsen A. Using the Canadian Occupational Performance Measure for veterans in Ukraine : oral presentation (ID: 690). *Ist Occup. Ther. Eur. Congress*, 15-19 oct. 2024., Kraków, Poland : Occupational Therapy Europe Foundation and the Polish Occupational Therapy Association, 2024. P. 418–419. URL: <https://ot-europe2024.mazurkas.com.pl/book-of-abstracts/> Особистий внесок здобувача полягає в організації та проведенні досліджень, опрацюванні й аналізі отриманих результатів.

6. Мангушева О., Лазарева О., Енемарк Ларсен, А. Операціоналізація принципу клієнтоорієнтованості в ерготерапевтичній практиці крізь призму Канадської моделі виконання занять і залучення. *Мультидисциплінарний підхід у фізичній реабілітаційній медицині* : матеріали IV Всеукр. конф., Харків, 28 бер. 2025 р. Харків, 2025. Вип. 4. С. 137–139. URL: <https://drive.google.com/file/d/1pEDYsP2mBip2ExGOWoDis9q97t637zY7/view>

*Особистий внесок здобувача полягає в постановці проблеми та узагальненні наукових даних.*

7. Мангушева О., Лазарева О. Актуальність заняттєвої орієнтованості ерготерапії в Україні. *Проблеми здоров'я, фізичної терапії, реабілітації та ерготерапії* : матеріали XX Всеукр. дист. наук-практ. інтернет-конф., Суми, 27 груд. 2024 р. Суми : Вид-во СумДПУ імені А. С. Макаренка, 2024. С. 41–43. URL:

[https://sspu.edu.ua/images/2024/docs/nauka/konf/zbirnik\\_h\\_vseukrayinskoyi\\_ik\\_sumi\\_2024\\_f92ab.pdf](https://sspu.edu.ua/images/2024/docs/nauka/konf/zbirnik_h_vseukrayinskoyi_ik_sumi_2024_f92ab.pdf) *Особистий внесок здобувача полягає в постановці проблеми та узагальненні наукових даних.*

8. Мангушева О., Лазарева О. Найкращі практики перекладу, адаптації та валідації інструментів оцінки результатів реабілітації на основі звіту пацієнтів. *Сучасні проблеми фізичної терапії та ерготерапії : теорія і практика* : матеріали II Міжнар. наук-практ. конф., Суми, 29-30 травня 2025 р. Суми : СумДПУ імені А. С. Макаренка, 2025. С. 89–91. URL:

[https://sspu.edu.ua/images/2025/docs/nauka/konf/zbirnik\\_tr\\_sumi\\_2025\\_3989a.pdf](https://sspu.edu.ua/images/2025/docs/nauka/konf/zbirnik_tr_sumi_2025_3989a.pdf)

*Особистий внесок здобувача полягає в постановці проблеми та узагальненні наукових даних.*

## ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ .....	22
ВСТУП.....	23
РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНИЙ ФУНДАМЕНТ ТА ОСОБЛИВОСТІ ВИКОРИСТАННЯ КАНАДСЬКОГО ІНСТРУМЕНТА ОЦІНКИ ВИКОНАННЯ ЗАНЯТЬ У ЕРГОТЕРАПІЇ .....	34
1.1 Сучасні уявлення про клієнтоорієнтованість і заняттєву спрямованість як характерні риси сучасної парадигми ерготерапії .....	34
1.1.1 Теоретичне підґрунття і практичні принципи заняттєвої орієнтованості та заняттєвої спрямованості .....	35
1.1.2 Теоретичне підґрунття і практичні принципи клієнтоорієнтованості в ерготерапії .....	43
1.2 Досвід застосування Канадського інструмента оцінки виконання занять в різних країнах світу для забезпечення клієнтоорієнтованої та заняттєво спрямованої ерготерапії .....	52
1.3 Вітчизняний та міжнародний досвід застосування Канадського інструмента оцінки виконання занять із військовослужбовцями і ветеранами у процесі ерготерапії .....	58
Висновки до розділу 1 .....	63
РОЗДІЛ 2 МЕТОДИ ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ.....	65
2.1 Методи дослідження.....	66
2.1.1 Теоретичні методи дослідження .....	67
2.1.2 Емпіричні методи дослідження.....	68
2.1.2 Статистичні методи дослідження .....	73
2.2 Організація дослідження.....	76
РОЗДІЛ 3 ПЕРЕКЛАД, МІЖКУЛЬТУРНА АДАПТАЦІЯ І ЗМІСТОВА ВАЛІДАЦІЯ КАНАДСЬКОГО ІНСТРУМЕНТА ОЦІНКИ ВИКОНАННЯ ЗАНЯТЬ .....	83
3.1 Вивчення потенціалу до інтеграції СОРМ в ерготерапевтичну практику в Україні .....	83
3.1.1 Частота використання СОРМ у ерготерапевтичній практиці в Україні ...	84

3.1.2 Очікувані переваги та бар'єри до використання СОРМ у клінічній практиці .....	85
3.1.3 Версії перекладу СОРМ .....	87
3.1.4 Використання СОРМ з ветеранами та військовослужбовцями в Україні	88
3.2 Переклад, міжкультурна адаптація та оцінка змістової валідності українського перекладу СОРМ .....	89
3.2.1 Переклад та міжкультурна адаптація СОРМ .....	90
3.2.2 Змістова валідація СОРМ .....	95
3.3 Дослідження впливу СОРМ на клієнтоорієнтованість та заняттєву спрямованість ерготерапевтичних послуг .....	99
3.4 Вивчення особливостей заняттєвих потреб клієнтів ерготерапії в Україні..	105
3.4.1 Порівняння заняттєвих проблем, визначених за допомогою СОРМ, та цілей ІПР між групами військовослужбовців та цивільних осіб .....	106
3.4.2 Порівняння ефективності ерготерапевтичних втручань між групою військовослужбовців та цивільних осіб за допомогою СОРМ .....	112
Висновки до розділу 3 .....	118
<b>РОЗДІЛ 4 ПРАКТИЧНА МОДЕЛЬ ЗАСТОСУВАННЯ КАНАДСЬКОГО ІНСТРУМЕНТА ОЦІНКИ ВИКОНАННЯ ЗАНЯТЬ В УКРАЇНІ .....</b>	<b>120</b>
4.1 Розроблення практичної моделі застосування СОРМ в Україні на основі конструктивістської обґрунтованої теорії .....	120
4.1.1 Алгоритм збору та аналізу даних на основі конструктивістської обґрунтованої теорії .....	120
4.1.2 Результати відкритого кодування .....	122
4.1.3 Результати аксіального кодування .....	124
4.1.4 Верифікація даних .....	124
4.1.5 Результати аналізу інтерв'ю з клієнтами .....	125
4.1.6 Результати вибіркового кодування .....	126
4.1.6.1 Фактори, пов'язані з діяльністю ерготерапевта .....	126
4.1.6.2 Фактори, пов'язані з клієнтами ерготерапії .....	134
4.1.6.3 Результати застосування СОРМ .....	137
4.1.7 Практична модель застосування СОРМ з військовослужбовцями та цивільними особами в Україні .....	142

4.2 Розроблення та валідація практичних рекомендацій щодо застосування СОПМ на гострому та післягострому етапі реабілітації військовослужбовців та цивільних осіб в Україні .....	144
Висновки до розділу 4 .....	150
РОЗДІЛ 5 АНАЛІЗ ТА УЗАГАЛЬНЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ .....	151
ВИСНОВКИ .....	177
ДОДАТКИ .....	223

## ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ

<b>ADL</b>	– активність повсякденного життя
<b>CMOP-E</b>	– Канадська модель виконання занять і залучення
<b>CO-OP</b>	– Когнітивне орієнтування на виконання занять
<b>COPM</b>	– Канадський інструмент оцінки виконання занять
<b>COSMIN</b>	– Консенсусні стандарти для вибору інструментів вимірювання стану здоров'я
<b>CVI</b>	– індекс змістової валідності
<b>DASH</b>	– Обмеження плеча, руки, кисті
<b>IADL</b>	– інструментальна активність повсякденного життя
<b>ІПР</b>	– індивідуальна програма реабілітації
<b>ІРП</b>	– індивідуальний реабілітаційний план
<b>MCID</b>	– мінімальна клінічно значуща різниця
<b>МКФ</b>	– Міжнародна класифікація функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я
<b>МДРК</b>	– мультидисциплінарна реабілітаційна команда
<b>ПВЗ</b>	– проблеми виконання занять
<b>ПТСР</b>	– посттравматичний стресовий розлад
<b>WHODAS</b>	– оцінка обмеження життєдіяльності від Всесвітньої організації охорони здоров'я

## ВСТУП

**Обґрунтування вибору теми дослідження.** Ерготерапія є відносно новою реабілітаційною професією в Україні. Згідно Закону України про реабілітацію у сфері охорони здоров'я, ерготерапевти є фахівцями з реабілітації, які можуть надавати послуги у складі мультидисциплінарних реабілітаційних команд (МДРК) або автономно відповідно до цілей, визначених у індивідуальній програмі реабілітації (ІПР) [290]. На даний час ерготерапевтичні послуги надаються здебільшого фахівцями без спеціалізованої освіти з ерготерапії, що піднімає питання компетентності фахівців у їхній професійній діяльності. Згідно аналітичного звіту щодо кадрового потенціалу ерготерапевтів в Україні, здійсненого у 2025 році, переважна більшість практикуючих фахівців доповідають про суттєві прогалини щодо базових професійних навичок [296]. Для забезпечення якості ерготерапевтичних послуг в Україні фахівці з ерготерапії потребують ґрунтовної підготовки щодо фундаментальних засад професії з метою втілення цих принципів у власній практичній діяльності. Канадський інструмент оцінки виконання занять (COPM) може бути одним із засобів забезпечення клієнтоорієнтованості та заняттєвої спрямованості ерготерапевтичних послуг як основоположних принципів сучасної парадигми ерготерапії.

У контексті переходу до сучасної біопсихосоціальної моделі в українській реабілітації клієнтоорієнтованість реабілітаційних послуг із урахуванням особистих цілей та пріоритетів клієнта щодо їхньої заняттєвої активності набуває важливого значення [102, 292]. Останнім часом з'являються нові публікації, які засвідчують використання COPM у процесі надання ерготерапевтичних послуг [73, 102, 269], втім, вплив COPM на характер та якість ерготерапевтичних послуг не досліджувався. У доступній вітчизняній літературі станом на початок дисертаційного дослідження не виявлено досліджень, які могли б надати наукове обґрунтування принципів клієнтоорієнтованої та заняттєвоспрямованої ерготерапії

в Україні. Однак, протягом останнього року науковці почали звертати увагу на актуальність даної науково-практичної проблеми [102, 287].

СОРМ є одним із найбільш широко розповсюджених інструментів оцінки результату ерготерапевтичних втручань у світі [144, 158, 102, 253]. Розроблений у 1991 році з метою забезпечення високоякісної, заснованої на доказах клієнтоорієнтованої та заняттєвоспрямованої практичної діяльності ерготерапевтів, СОРМ успішно застосовується у адаптованих перекладах на 45 мов світу з широким спектром клієнтів ерготерапії різних нозологічних та вікових груп [144]. За допомогою індивідуалізованого напівструктурованого інтерв'ю, СОРМ скерує ерготерапевта до співпраці з клієнтом для визначення пріоритетних для нього проблем щодо виконання повсякденних занять внаслідок порушення стану здоров'я [22].

Зважаючи на відсутність валідованої офіційної версії СОРМ, у вітчизняній ерготерапевтичній практиці та наукових дослідженнях виявлено застосування невалідованих неліцензійних версій перекладу СОРМ з окремими нозологічними категоріями клієнтів фізичної терапії та ерготерапії [268, 269]. Це додатково засвідчило потребу у здійсненні науково-обґрунтованого перекладу, міжкультурної адаптації та валідації даного інструмента оцінки.

З часу повномасштабного російського вторгнення в Україну у 2022 році стрімко зріс попит на реабілітаційні послуги, зокрема ерготерапію [270, 272, 274, 277, 294]. У міжнародній літературі доведено ефективне застосування СОРМ з військовослужбовцями та ветеранами [51, 135, 143, 197, 161, 190]. Поодинокі дослідження вивчали особливості заняттєвого запиту військовослужбовців та ветеранів у інших країнах [190]. У вітчизняній літературі не було виявлено досліджень, спрямованих на вивчення особливостей застосування СОРМ з військовослужбовцями та характеру їхнього заняттєвого запиту на ерготерапевтичні послуги. Вивчення особливостей заняттєвого запиту

військовослужбовців та ветеранів дозволить спрямувати процес розроблення ефективної системи надання реабілітаційної допомоги даній категорії населення.

У кількох країнах світу був задокументований позитивний вплив СОРМ на клієнтоорієнтованість та полегшення процесу встановлення індивідуальних цілей реабілітації [26, 33, 62, 63, 79, 98, 131, 228, 158, 183, 185, 207, 261]. Однак, вплив СОРМ на заняттєву спрямованість ерготерапевтичних послуг досі не досліджувався.

Актуальність обраної теми дослідження обумовлена новизною ерготерапії як реабілітаційної професії в Україні, пріоритетом української системи охорони здоров'я надавати якісні індивідуалізовані ерготерапевтичні послуги військовослужбовцям та цивільним громадянам, а також потребою української ерготерапії у заняттєвоспрямованих, клієнтоорієнтованих та валідованих інструментах оцінки вимірювання результату.

**Зв'язок роботи з науковими планами, темами.** Дисертаційну роботу виконано відповідно до плану НДР НУФВСУ на 2021-2025 рр. за темою 4.1 «Підвищення рівня функціональної незалежності та заняттєвої участі осіб різних нозологічних груп за допомогою програм ерготерапевтичних втручань (номер державної реєстрації 0121U107532) та реалізовано у рамках проекту «Дистанційна функціональна оцінка: інноваційне рішення для реабілітації жертв війни в Україні» (№ 2023-k-063) з Центральним агентством управління проектами Литви. Внесок здобувачки, як співвиконавиці теми, полягав у розробці та описі моделі та практичних рекомендацій для застосування міжкультурно адаптованої валідованої україномовної версії Канадського інструмента оцінки виконання занять.

**Мета дослідження** – науково обґрунтувати, розробити і описати практичну модель та рекомендації для використання міжкультурно адаптованої та валідованої україномовної версії СОРМ для підвищення клієнтоорієнтованості та заняттєвої спрямованості ерготерапевтичних послуг в Україні.

**Завдання дослідження:**

1. На основі аналізу сучасної спеціальної науково-методичної літератури та провідного світового досвіду визначити зміст та найкращі практики для забезпечення клієнтоорієнтованості та заняттєвої спрямованості ерготерапевтичних послуг.

2. Дослідити використання СОРМ в Україні як практичного засобу реалізації принципів клієнтоорієнтованості та заняттєвої спрямованості у процесі надання ерготерапевтичних послуг для військовослужбовців/ветеранів та цивільних.

3. Здійснити науково-обґрунтований офіційний український переклад, міжкультурну адаптацію та змістову валідацію СОРМ.

4. На основі досвіду застосування СОРМ з військовослужбовцями/ветеранами та цивільними клієнтами, вивчити вплив СОРМ на клієнтоорієнтованість та заняттєву спрямованість ерготерапії в Україні.

5. Науково обґрунтувати, розробити та описати практичну модель, валідувати практичні рекомендації щодо застосування СОРМ для підвищення клієнтоорієнтованості та заняттєвої спрямованості ерготерапевтичних послуг в Україні.

**Об'єкт дослідження** – вплив СОРМ на клієнтоорієнтованість та заняттєву спрямованість ерготерапевтичних послуг в Україні.

**Предмет дослідження** – застосування СОРМ для підвищення клієнтоорієнтованості та заняттєвої спрямованості ерготерапевтичних послуг в Україні, зокрема військовослужбовців та ветеранів.

**Методи дослідження.** Методологічною основою дослідження було обрано методику змішаних досліджень як цілеспрямованого поєднання взаємопов'язаних якісних та кількісних методів дослідження для верифікації, доповнення і пояснення даних, отриманих на різних етапах дослідження. Теоретичний аналіз та узагальнення даних науково-методичної літератури був спрямований на пошук

інформації, яка б дозволила обґрунтувати актуальність та описати теоретичне підґрунтя принципів клієнтоорієнтованості та заняттєвої спрямованості як основоположних рис сучасної парадигми ерготерапії; проведений аналіз наукових джерел дозволив узагальнити міжнародний та вітчизняний досвід застосування COPM з цивільними клієнтами та військовослужбовцями/ветеранами.

У процесі роботи над дисертаційним дослідженням було проаналізовано 299 джерел науково-методичної літератури.

Аналіз медичної та реабілітаційної документації дозволив отримати інформацію про основний та супутні стани здоров'я клієнтів ерготерапії.

Соціологічні методи дослідження дозволили проаналізувати досвід застосування COPM в Україні, визначити зовнішню та змістову валідність розробленого нами адаптованого перекладу COPM на основі методології COSMIN (Consensus-based Standards for the selection of health status Measurement Instruments) [49], дослідити сприйняття українськими ерготерапевтами впливу COPM на клієнтоорієнтованість та заняттєву спрямованість ерготерапевтичних послуг.

Емпіричні методи дослідження дозволили зібрати, проаналізувати та систематизувати інформацію щодо особливостей заняттєвого запиту військовослужбовців та ветеранів у порівнянні з цивільними клієнтами ерготерапії за допомогою застосування COPM у процесі надання ерготерапевтичних послуг.

Методологія обґрунтованої теорії дозволила розробити модель застосування COPM на гострому та післягострому етапі реабілітації військовослужбовців/ветеранів та цивільних осіб в Україні; практичні рекомендації щодо застосування COPM були валідовані за методикою Дельфі (Delphi).

Статистичні дані були оброблені відповідними методами математичної статистики.

**Наукова новизна отриманих результатів** полягає в тому, що:

– *уперше* досліджено використання COPM у рамках надання ерготерапевтичних послуг у різних сферах практики в Україні;

– *уперше* здійснено науково-обґрунтований переклад та міжкультурну адаптацію україномовної версії інструмента COPM та посібника з адміністрування COPM;

– *уперше* досліджено зовнішню та змістову валідність україномовної версії COPM з вибіркою військовослужбовців/ветеранів та цивільних клієнтів ерготерапії;

– *уперше* в українському контексті описано принцип клієнтоорієнтованості крізь призму Канадської моделі виконання занять та залучення (CMOP-E), запропоновані індикатори клієнтоорієнтованості у доменах *особи, заняттєвої активності та середовища*;

– *уперше* в українському науковому дискурсі запропоновано визначення ключових термінів для ерготерапевтичної практики українською мовою: *заняттєво орієнтована практика, заняттєво спрямована практика та практика на основі використання занять*;

– *уперше* досліджено вплив застосування COPM на клієнтоорієнтованість та заняттєву спрямованість ерготерапевтичних послуг як основоположних принципів сучасної ерготерапевтичної практики серед українських ерготерапевтів та клієнтів ерготерапії;

– *уперше* вивчено індивідуальний досвід та особливості застосування COPM з військовослужбовцями, досліджено особливості заняттєвих потреб українських військовослужбовців у контексті війни, що триває;

– *уперше* розроблено науково-обґрунтовану модель застосування COPM на гострому та післягострому етапах реабілітації військовослужбовців/ветеранів та цивільних клієнтів ерготерапії в Україні;

– *уперше* досліджено вплив COPM на становлення професійної ідентичності фахівців, які працюють на посадах ерготерапевтів, без спеціалізованої освіти з ерготерапії;

– *уперше* розроблено та валідовано практичні рекомендації щодо застосування СОРМ на етапі гострої та післягострої реабілітації військовослужбовців/ветеранів та цивільних осіб в Україні;

– *уперше* розроблено і проведено навчальний модуль для застосування СОРМ з метою підвищення клієнтоорієнтованості та заняттєвої спрямованості ерготерапевтичних послуг в Україні;

– *дістали подальшого розвитку* погляди щодо потенціалу СОРМ позитивно впливати на якість ерготерапевтичних послуг з огляду клієнтоорієнтованості та заняттєвої спрямованості;

– *підтверджено дані про* позитивний вплив СОРМ на клієнтоорієнтовану ерготерапевтичну практику та доцільність використання СОРМ для вимірювання ефективності ерготерапевтичних послуг.

**Особистий внесок здобувача** полягає у постановці проблеми, теоретичній розробці та обґрунтуванні основних ідей та положень дисертаційного дослідження; теоретичному аналізі спеціальної науково-методичної літератури за темою дослідження; організації та здійсненні офіційного науково-обґрунтованого перекладу і міжкультурної адаптації СОРМ, зокрема модеруванні засідань експертної комісії, редагуванні та доопрацюванні усіх версій перекладу інструмента СОРМ та посібника з адміністрування СОРМ; організації та проведенні валідації офіційного українського перекладу СОРМ; зборі даних щодо впливу СОРМ на клієнтоорієнтованість та заняттєву спрямованість ерготерапевтичних послуг в Україні; розробленні практичної моделі застосування СОРМ в Україні на основі обґрунтованої теорії, зокрема проведенні індивідуальних інтерв'ю, здійсненні багатоетапного якісного аналізу, організації та модерування засідання фокусної групи; розробленні та організації валідації практичних рекомендацій щодо застосування СОРМ в Україні; у виконанні основного обсягу теоретичного

аналізу і систематизації даних, інтерпретації та узагальненні отриманих даних дисертаційної роботи.

У спільних працях здобувачеві належить формулювання проблеми і гіпотез дослідження, визначення мети і завдань, проведення теоретичних досліджень, організація та проведення емпіричних досліджень, аналіз та інтерпретація отриманих даних.

**Публікації.** За темою дисертаційного дослідження опубліковано 8 наукових праць, серед яких 3 статті опубліковано у періодичних наукових виданнях, які проіндексовані у базі даних Scopus (Q4); 1 праця опублікована у фаховому виданні України за спеціальністю 227 Фізична терапія, ерготерапія; 4 публікації апробаційного характеру (Додаток А).

**Апробація результатів дослідження.** Основні положення, результати і висновки дисертаційного дослідження були оприлюднені на 9 міжнародних та українських науково-практичних конференціях, науково-практичних семінарах та освітніх заходах: Національний конгрес з мультидисциплінарної реабілітації: формування стратегії роботи в умовах війни (Львів, 2023), 1st Occupational Therapy Europe Congress (Krakow, 2024), X Всеукраїнська дистанційна науково-практична інтернет-конференція «Проблеми здоров'я, фізичної терапії, реабілітації та ерготерапії» (Суми, 2024), I Всеукраїнська науково-практична конференція з ерготерапії «Ерготерапія – професія майбутнього» (Львів, 2024), I Науково-практичний семінар «Інструменти дистанційного оцінювання функціонального стану верхньої кінцівки у практиці фізичного терапевта та ерготерапевта» в рамках Міжнародного науково-дослідного проекту: «Дистанційне функціональне оцінювання: інноваційне рішення для реабілітації жертв війни в Україні» (Латвія, 2025), IV Всеукраїнська конференція «Мультидисциплінарний підхід у фізичній реабілітаційній медицині» (Харків, 2025), II Міжнародна науково-практична конференція «Сучасні проблеми фізичної терапії та ерготерапії» (Суми, 2025), II Науково-практичний семінар «Інструменти дистанційного оцінювання

функціонального стану верхньої кінцівки у практиці фізичного терапевта та ерготерапевта» в рамках Міжнародного науково-дослідного проекту: «Дистанційне функціональне оцінювання: інноваційне рішення для реабілітації жертв війни в Україні», (Київ, 2025), Конгрес Травми Ukraine 2025 Всеукраїнської асоціації хірургії пошкоджень та реабілітації (Київ, 2025) (Додаток Б).

**Практичне значення отриманих результатів** полягає у розробленні науково-обґрунтованого, адаптованого та валідованого офіційного українського перекладу СОРМ для використання у практичній та науковій діяльності; розробленні практичної моделі та практичних рекомендацій щодо ефективного застосування СОРМ на гострому та післягострому етапі реабілітації військовослужбовців/ветеранів та цивільних в Україні в умовах війни, що триває; визначенні особливостей заняттєвого запиту військовослужбовців, що спрямовує процес організації надання ефективної реабілітаційної допомоги військовослужбовцям та ветеранам; виокремленні практичних результатів застосування СОРМ, які охоплюють: встановлення клієнтоорієнтованих та заняттєво спрямованих цілей для індивідуальної програми реабілітації, покращення якості життя та повернення сенсу життя клієнтові за рахунок безпосереднього зв'язку з індивідуальним заняттєвим запитом клієнта, збільшення задоволеності клієнта ерготерапевтичними послугами, полегшення роботи ерготерапевта, становлення професійної ідентичності ерготерапевтів із ґрунтуванням у заняттєвій парадигмі, потенційна ведуча роль ерготерапевта у МДРК, які застосовують СОРМ, що дозволяє покращити якість ерготерапевтичних послуг як військовослужбовцям, так і цивільному населенню України. Отримані в процесі дослідження результати дозволяють систематизувати та розширити існуючі уявлення про застосування СОРМ з військовослужбовцями та цивільними клієнтами в Україні, а також обґрунтувати актуальність клієнтоорієнтованості та заняттєвої спрямованості для професійної діяльності ерготерапевтів з метою поліпшення якості життя клієнтів різних нозологічних груп.

Результати дослідження були впроваджені у клінічну практику Комунального некомерційного підприємства «Броварська багатoproфільна клінічна лікарня» (м. Бровари, Київська обл., 28.03.2025), Центру нейрореабілітації та відновлення після інсульту «Result» (м. Київ, 17.03.2025), Центру фізичної реабілітації «Фенікс» (м. Київ, 10.09.2025), Комунального підприємства «Рівненський обласний госпіталь ветеранів війни» (с. Клевань, Рівненська обл., 30.04.2025), Комунального некомерційного підприємства «Центральна міська лікарня» Рівненської міської ради (м. Рівне, 07.04.2025), Військово-медичного клінічного центру Західного регіону (м. Львів, 15.04.2025), Західного реабілітаційно-спортивного центру НКСІУ (с. Яворів, Львівська обл., 07.05.2025), Комунального некомерційного підприємства обласної клінічної лікарні Івано-Франківської обласної ради (м. Івано-Франківськ, 10.05.2025), Комунального некомерційного підприємства «Міська клінічна лікарня №4» Дніпровської міської ради (м. Дніпро, 19.03.2025), Комунального некомерційного підприємства «Вінницька обласна психоневрологічна лікарня ім. О. І. Ющенка» Вінницької обласної ради (м. Вінниця, 03.04.2025), що підтверджено відповідними актами впровадження (Додатки В.1 – В.10).

Матеріали, отримані у результаті дослідження, були впроваджені в освітній процес кафедри фізичної терапії та ерготерапії Українського Католицького Університету при викладанні дисципліни «Основи професійного мислення ерготерапевта» для здобувачів другого (магістерського) рівня вищої освіти, спеціальності 227 Терапія та реабілітація, Спеціалізації 227.2 «Ерготерапія» галузі знань 22 «Охорона здоров'я» (22.04.2025) (Додаток В.11) та навчальний процес кафедри терапії та реабілітації Національного університету фізичного виховання і спорту України при викладанні дисципліни «Терапевтичні уміння і навички ерготерапевта» для здобувачів другого (магістерського) рівня вищої освіти, спеціальності 227 Терапія та реабілітація, Спеціалізації 227.2 «Ерготерапія» галузі знань 22 «Охорона здоров'я» (11.12.2024) (Додаток В.12).

**Структура та обсяг дисертації.** Дисертаційна робота складається з анотації, вступу, п'яти розділів, висновків, списку використаних джерел та додатків. Загальний обсяг дисертації становить 284 сторінки. Робота містить 13 додатків, 22 таблиці та 16 рисунків. У бібліографії подано 299 наукових джерел.

## РОЗДІЛ 1

# ТЕОРЕТИЧНИЙ ФУНДАМЕНТ ТА ОСОБЛИВОСТІ ВИКОРИСТАННЯ КАНАДСЬКОГО ІНСТРУМЕНТА ОЦІНКИ ВИКОНАННЯ ЗАНЯТЬ У ЕРГОТЕРАПІЇ

### 1.1 Сучасні уявлення про клієнтоорієнтованість і заняттєву спрямованість як характерні риси сучасної парадигми ерготерапії

У контексті становлення ерготерапії як нової науково-обґрунтованої реабілітаційної професії в Україні постає потреба у вивченні її унікальної сфери практичної діяльності та самобутньої парадигми. Парадигма професії представляє фундаментальні засади, знання, цінності, визначні ознаки, бачення та світогляд, які формують основу для практичної діяльності фахівців та скеровують її розвиток [40]. Сучасна заняттєва парадигма ерготерапії зосереджується на заняттєвій активності як «рушійній силі життя, здоров'я та добробуту» [40, с.55] Заняттєва спрямованість ерготерапії відображається у сучасних визначеннях ключових термінів професії. Зокрема, згідно Закону України про реабілітацію у сфері охорони здоров'я ерготерапія є реабілітаційною професією, спрямованою на відновлення, розвиток та/або підтримку навичок, необхідних для оптимальної *заняттєвої участі* осіб з обмеженням повсякденного функціонування [291]. Всесвітня Федерація Ерготерапевтів наголошує, що «ерготерапія сприяє здоров'ю та добробуту, підтримуючи участь клієнтів ерготерапії у значущих *заняттях*, які вони хочуть або потребують виконувати, а також у заняттях виконання яких від них очікується» [247]. Аналіз численних визначень ерготерапії, представлених професійними асоціаціями різних країн, засвідчує, що спільною та концептуально визначальною рисою парадигми ерготерапії у різних культурних контекстах є орієнтація на *заняттєву активність* та індивідуальні потреби клієнта [60].

### 1.1.1 Теоретичне підґрунтя і практичні принципи заняттєвої орієнтованості та заняттєвої спрямованості

Центральним поняттєвим ядром сучасної парадигми ерготерапії є заняттєва активність (occupation). Використання заняттєвої активності або значущої цілеспрямованої діяльності на основі особистої мотивації до відновлення та холістичного підходу для покращення здоров'я і добробуту осіб із обмеженням функціонування знайшло обґрунтування у фундаментальних працях засновників професії [69, 160, 202, 218], та в подальшому було переосмисленим і деталізованим у працях сучасних теоретиків та розробників концептуальних та прикладних моделей ерготерапевтичної практики [68, 136, 233, 238]. Заняттєва активність є водночас метою і засобом ерготерапії, а використання заняттєво-орієнтованих методів оцінювання та втручання є ключовим показником професійної ідентичності [91, 90, 213, 238]. У ширшому розумінні, метою ерготерапії є забезпечення заняттєвої справедливості, яка спрямована на створення умов для рівних можливостей до змістовної та різноманітної заняттєвої участі з метою зміцнення здоров'я, сприяння розвитку та інклюзії [118].

На перший погляд, застосування будь-якої діяльності у рамках ерготерапевтичного процесу може видаватися таким, що втілює фундаментальні засади професії. Однак, критичний аналіз наукових джерел засвідчив, що орієнтація на заняттєву активність містить низку складних відтінків, які потребують концептуального розмежування та роз'яснення відповідною термінологією. Внаслідок здійсненого огляду літератури було виявлено три ключові терміни, які стосуються заняттєвої парадигми ерготерапії і використовуються для опису цілей, методів, засобів та процесу ерготерапевтичних втручань. Ці терміни подекуди вживаються взаємозамінно, характеризуючи ерготерапію як *заняттєво-орієнтовану* (occupation-centered), *заняттєво-спрямовану* (occupation-focused) та як терапію, яка ґрунтується на заняттєвій активності, або *практику на основі використання занять* (occupation-based) [97, 90].

Найбільш загальним поняттям є *заняттєва орієнтованість (occupation-centeredness)*, яка передбачає пріоритезацію та використання заняттєвої активності клієнта на усіх етапах реабілітаційного процесу як засіб та мету реабілітаційного процесу [97]. Відповідно, заняттєва орієнтованість охоплює принципи *заняттєво-спрямованої (occupation-focused)* та *заняттєво-обґрунтованої професійної діяльності або практики на основі використання занять (occupation-based practice)* [90, 95]. Аналіз наукових та науково-практичних джерел засвідчив актуальність заняттєвої орієнтованості у ерготерапії. Зокрема, низка професійних та освітніх стандартів англійських країн наголошують на важливості дотримання заняттєво-орієнтованої, заняттєво-спрямованої та заняттєво-обґрунтованої практики у освіті та професійній діяльності ерготерапевтів [196, 175].

*Заняттєво-спрямована практика забезпечує зосередженість ерготерапевтичних послуг на заняттєвих потребах клієнта та спрямування ерготерапевтичних послуг на досягнення змін у якості, безпеці, ефективності та задоволеності щодо виконання повсякденних занять, що сприяє розширенню, покращенню або уможливленню заняттєвої участі клієнта ерготерапії [97, 90]. Заняттєво-спрямоване оцінювання для формування цілей ППР може охоплювати первинне інтерв'ювання для формування заняттєвого профілю клієнта, визначення заняттєвого запиту, застосування опитувальників та спостережних методів оцінювання для визначення проблем у виконанні занять або труднощів щодо виконавчих моделей клієнта (заняттєвих ролей, звичок, рутин і ритуалів). Заняттєво-спрямоване втручання передбачає узгодженість із заняттєвими цілями клієнта і може охоплювати такі підходи до втручання, як пошук і реалізація компенсаторних стратегій, навчання використовувати допоміжні засоби реабілітації, адаптація середовища життєдіяльності клієнта, градування заняттєвої активності, освіти і навчання клієнтів [9, 174, 90, 91, 38, 265]. При цьому, залучення клієнта до безпосереднього виконання занять під час терапевтичного процесу не є обов'язковим.*

На противагу цьому, у рамках *заняттєво-обґрунтованої практики* або *ерготерапевтичної практики на основі використання занять* (occupation-based practice) ерготерапевт використовує заняттєву активність як засіб оцінювання та/або втручання. У ході спостережного оцінювання на основі використання занять, ерготерапевт залучає клієнта до виконання певної активності, що дає змогу оцінити виконавчі уміння і навички клієнта (рухові, процесуальні, соціальної взаємодії), наприклад, за допомогою стандартизованого інструмента оцінювання Assessment of Motor and Process Skills [91]. Подібним чином, різні активності можуть використовуватися у ході терапії для відновлення структур і функцій організму або виконавчих навичок. При цьому, критично важливо зауважити, що використання нецільових для клієнта занять з метою відновлення, розвитку або покращення окремих функцій організму зосереджується на усуненні порушень і відповідає застарілій механістичній або редукціоністській парадигмі професії. Іншими словами, сучасна заняттєва парадигма ерготерапії вимагає не просто використання занять, завдань та дій у ході реабілітаційного втручання, але передусім забезпечення заняттєвих результатів безпосередньо пов'язаних із покращенням якості життя клієнтів ерготерапії.

У цьому контексті, А. Fisher виділяє чотири типи активностей, які ерготерапевти використовують у практичній діяльності: вправи, штучні заняття, терапевтичні заняття та адаптивні заняття, стверджуючи, що лише два останні відповідають заняттєвій парадигмі професії [91]. Згідно з тлумаченням А. Fisher, терапевтичні вправи і штучні заняття як такі, що придумані терапевтом для включення у реабілітаційний процес для «зв'язку вправ з діяльністю», зумовлені клінічними пріоритетами фахівця, а не потребами клієнта, і зосереджені на усуненні порушень, а не уможливленні заняттєвої участі. Натомість, процес ерготерапії, який зосереджується на досягненні *особисто значущих* заняттєвих результатів, підтверджує концептуальну та практичну єдність заняттєвої орієнтованості і клієнтоорієнтованості як основи сучасної заняттєвої парадигми [91].

В той час, як існує обмежена кількість досліджень, яка порівнює ефективність практики, зосередженої на відновленні функцій, у порівнянні із заняттєво-спрямованою практикою, остання асоціюється із перевагою у покращенні загального здоров'я, спроможності виконувати заняттєві ролі, збільшенням функціональної незалежності, впевненості у власних силах щодо виписки і повернення додому, більшою мотивацією для участі у терапії та кращим узагальненням результатів втручань [42, 255].

Фундаментальні напрацювання провідних теоретиків ерготерапії, таких А. Fisher, С. Trombly, Е. Townsend та Н. Polatajko, наголошують, що терапія, зосереджена на відновленні функцій є трудомісткою та має обмежений вплив на фактичні функціональні результати, оскільки не гарантує узагальнення і перенесення результатів терапії у повсякденне життя клієнта і має обмежену доведену ефективність [91, 172, 121, 238]. Зокрема, низка досліджень засвідчує, що ерготерапія, спрямована на відновлення когнітивних функцій осіб після інсульту за допомогою використання комп'ютерних втручань та когнітивного перенавчання має низьку ефективність у порівнянні з холистичними, метакогнітивними, компенсаторними та заняттєво-спрямованими підходами [172, 103, 258]. Для ілюстрації зазначимо, що покращення рівноваги не гарантує успішної їзди на велосипеді, розвиток дрібної моторики не забезпечує ефективне користування комп'ютером, а покращення когнітивних функцій, таких як пам'ять чи увага не обов'язково веде до безпечного водіння автомобіля. Для ефективної заняттєвої участі клієнта необхідно інтегрувати цільову заняттєву активність у ерготерапевтичний процес. Додатково, сучасні дослідження засвідчують не лише ефективність у покращенні якості життя клієнтів, але і економічну доцільність заняттєвоспрямованої терапії [50, 169].

Дослідниками виявлено, що заняттєво-орієнтована практика є критично важливою для становлення та підтримання професійної ідентичності ерготерапевтів та вважається більш ефективною та індивідуалізованою,

зрозумілою, цінною та легкою для втілення в повсякденне життя клієнтів [85]. Орієнтація на заняттєву активність у повсякденній практиці ерготерапевтів підвищує професійну впевненість фахівців, сприяє більшій задоволеності терапевтів від власної професійної діяльності та визнанню унікального внеску ерготерапії членами МДРК [259]. Підтримуючи останнє положення, J.Gupta & S.Taff (2015) стверджують, що зосередженість на усуненні порушень робить самотутній внесок ерготерапії малопомітним для клієнтів, адже в такому випадку практична діяльність ерготерапевтів не містить рис, відмінних від діяльності фізичних терапевтів чи терапевтів мови і мовлення [107].

Впродовж минулого століття ефективність заняттєво-орієнтованої практики була доведена численними дослідженнями. Для прикладу, проведений Т.І. Wolf та колегами метааналіз 39 наукових досліджень засвідчив ефективність використання значущих повсякденних занять у реабілітації пацієнтів після інсульту для покращення виконання активності повсякденного життя (ADLs) [77]. Вивчення ефективності заняттєво-орієнтованих та клієнтоорієнтованих втручань у реабілітації осіб похилого віку, які проживають у громаді, продемонструвало вагомі докази покращення та підтримки виконання інструментальної активності повсякденного життя (IADLs) [177]. Систематичний огляд наукових досліджень щодо ефективності ерготерапевтичних послуг в умовах стаціонарної реабілітації осіб різних нозологічних категорій продемонстрував користь використання заняттєво-орієнтованих втручань для покращення функціональних результатів [255].

У сфері кистьової терапії, австралійські колеги, які провели систематичний огляд та мета аналіз ерготерапевтичних втручань у реабілітації клієнтів травмами верхньої кінцівки і дійшли висновку про те, що застосування заняттєво-орієнтованих втручань у комплексній мультимодальній програмі реабілітації забезпечує досягнення функціональних та заняттєвих результатів [76]. Рандомізоване клінічне дослідження Che Daud et al. (2016) виявило, що у порівнянні

з фізичними вправами заняттєво-орієнтовані втручання у програмі терапії кисті є більш ефективними для покращення функціонування, амплітуди руху, зменшення болю та покращення виконання занять та задоволеності виконанням занять [123]. Дослідження результатів терапії індукованої обмеженням засвідчило краще перенесення та узагальнення результатів за умови використання повсякденних занять у порівнянні з використанням терапевтичних вправ, а також підвищення мотивації використовувати уражену кінцівку [173]. Подібні результати були продемонстровані дослідженням М.Т.А.Омар et al. (2012) у педіатричній реабілітації клієнтів з опіками, а також метааналізом досліджень щодо ефективності заняттєво-спрямованих втручань у реабілітації осіб з хронічними захворюваннями, такими як ревматоїдний артрит, хронічне обструктивне захворювання легень, серцева недостатність та депресія із позитивним впливом індивідуальних та групових ерготерапевтичних втручань на ADL, IADL, участь у продуктивній діяльності та якість життя у рамках комплексної мультидисциплінарної реабілітації [113, 176].

У реабілітації осіб з опіками верхньої кінцівки, заняттєвоспрямований підхід *Cognitive orientation to occupational performance* (Когнітивне орієнтування на виконання занять, CO-OP) сприяв покращенню виконання клієнтами повсякденних занять, зменшенню обмеження життєдіяльності та болю, збільшенню амплітури рухів та силового захвату, а також зменшенню тривожності, депресії та покращення сну [78, 232]. Незважаючи на те, що дослідження не довело перевагу втручання за методом CO-OP (експериментальна група) над традиційними реабілітаційними втручаннями для відновлення функціонування верхньої кінцівки (контрольна група), клієнти ерготерапії експериментальної групи швидше досягли заняттєвих результатів, що суттєво покращило їхню якість життя [78].

Незважаючи на вищезгадані вагомні докази щодо ефективності заняттєвоорієнтованої та заняттєвоспрямованої терапії, сучасний акцент на біопсихосоціальной моделі реабілітації в цілому та заклик сучасних теоретиків до

повернення до заняттєвої парадигми в ерготерапії зокрема, ерготерапевти тяжіють до практики, зосередженої на дисфункції [5, 9, 47, 101, 104, 108, 129, 259]. Замість спрямування втручання на досягнення особистісно значущих заняттєвих цілей, фахівці часто вдаються до використання деконтекстуалізованих вправ для відновлення окремих функцій і структур організму через стандартизовані та повторювані рухи, що зводить ерготерапію до формального тренування навичок [104, 129]. Як наслідок, ерготерапія набуває механістичного характеру, і є спрямованою на усунення порушень, а не на уможливлення заняттєвої участі [90, 97, 238].

Подібні дані отримані у вітчизняному дослідженні Солтик І.Т та колег, які виявили, що у реабілітації осіб похилого віку, які постраждали від війни, ерготерапевти найчастіше застосовують втручання, спрямовані на відновлення функцій організму: координації рухів, зміцнення м'язів (34% респондентів), покращення дрібної моторики (20%), просторового мислення та балансу (18%), і лише 27% ерготерапевтів доповіли, що адаптують заняття для підвищення незалежності у повсякденному житті [294]. За визначенням заняттєвої спрямованості, оскільки функціональні вправи, ігри та навіть заняття рукоділлям чи ремеслами використовувалися з метою покращення окремих функцій, така практика не може вважатися заняттєво-спрямованою і більше узгоджується з медичним та редукціоністським підходом, спрямованим на усунення порушень, а не уможливлення участі у конкретних заняттях.

Труднощі із впровадженням заняттєвої парадигми у практичну діяльність ерготерапевтів задокументовані низкою авторів [57, 93, 95, 101, 104, 108, 259]. S.Mulligan та колеги описали розбіжності між цінностями та ставленнями фахівців до заняттєво-спрямованих, клієнтоорієнтованих та науково-доказових втручань та щоденною клінічною практикою [167]. Дослідження М.Н.Аас та Т.Вонсакен показало, що лише 26% методів оцінювання і 38% методів втручання, які

використовують норвезькі ерготерапевти, мають заняттєво-орієнтований характер [5].

А. Murray та колеги виявили низку бар'єрів до застосування заняттєвої філософії ерготерапії на гострому етапі реабілітації [47]. Серед перешкод до заняттєво-орієнтованої практики різними авторами було виокремлено контекстуальні обмеження середовища реабілітації, яке не сприяє заняттєвій участі пацієнтів, домінування медичної моделі реабілітації, обмежене фінансування, обмеження системи і вимог документації, вузьке розуміння ролі ерготерапевта, вузькоспеціалізовані скерування до ерготерапії, зосереджені на усуненні функціональних порушень, та звужені очікування від ерготерапевтичних втручань [9, 57, 85, 133, 259].

Дослідження Daud та колег (2016) також виявило низку бар'єрів, які пов'язані з недостатньою підготовкою ерготерапевтів щодо впровадження заняттєво-орієнтованих послуг у малазійській реабілітації, а також негативним сприйняттям заняттєвої орієнтованості деякими клієнтами ерготерапії. Зокрема, вказується на низьку поінформованість клієнтів і обмежену довіру до використання заняттєвої активності як методу втручання [57].

Дослідження заняттєвої спрямованості ерготерапевтичних послуг у сфері паліативної реабілітації в Австралії показало, що втрата можливості залучення до звичної заняттєвої активності призводить до заняттєвої депривації паліативних клієнтів, втрати заняттєвих ролей та збільшення тягаря опіки [133]. Водночас, автори виявили, що ерготерапевти висловлюють розчарування через обмеження у ресурсах, часі та змісті втручань, що знижує їх здатність впливати на якість життя пацієнтів [133].

Огляд концептуальних моделей ерготерапії, які скеровують процес надання ерготерапевтичних послуг, свідчить про те, що усі без виключення концептуальні моделі практики ерготерапії визначаються як заняттєво-орієнтовані та/або заняттєвоспрямовані. Зокрема, Канадська модель виконання занять і залучення

(СМОР-Е) є водночас заняттєвоорієнтованою (заняттєві потреби клієнта посідають центральне місце у процесі надання послуг) і заняттєвоспрямованою (процес терапії спрямований на покращення, адаптацію або оптимізацію виконання занять і уможливлення заняттєвої участі) [238]. Більше того, прикладні теорії та концептуальні моделі ерготерапії відображають зв'язок заняттєвої спрямованості із клієнтоорієнтованістю, оскільки заняттєва активність не розглядається як абстрактна діяльність, але як активність, яка має особистісне значення та мету для конкретного клієнта [40, 116].

Низка авторів досліджували питання нерозривного зв'язку між заняттєвою спрямованістю та клієнтоорієнтованістю в ерготерапевтичній практиці [91, 107, 244]. Зокрема J.Gupta & S.Taff вважають, що автентична клієнтоорієнтована ерготерапевтична практика обов'язково ґрунтується на партнерській взаємодії, інтеграції клієнтоорієнтованого підходу до оцінювання та втручання для розширення можливостей та покращення здоров'я клієнта [107].

### **1.1.2 Теоретичне підґрунття і практичні принципи клієнтоорієнтованості в ерготерапії**

Активне залучення клієнта до реабілітаційного процесу притаманне ерготерапії від початку її становлення, однак теоретичні положення про клієнтоорієнтовані засади ерготерапевтичної практики були вперше формально окреслені у 1983 році у основоположних регламентаційних документах Канадської асоціації ерготерапевтів [106]. Ці засади ґрунтувалися на принципах гуманістичної психології Карла Роджерса із акцентом на повазі до клієнта, активному слуханні та урахуванні сильних сторін клієнта [201]. Разом із цим, клієнтоорієнтованість в ерготерапії набула специфічних для професії ознак, таких як повага до автономії, цінностей, знань, можливостей клієнтів та аналіз потреб клієнтів як невід'ємної частини їх середовища та соціальних систем [205]. Подальший розвиток та критичне осмислення складових клієнтоорієнтованого підходу відображені у

дослідницькій та науково-методичній літературі багатьох науковців [18, 62, 100, 107, 109, 142, 165, 207, 236, 240].

Зокрема, E. Townsend та колеги акцентували на недирективному партнерському підході до прийняття рішень впродовж програми реабілітації, який ґрунтується на визнанні внеску клієнта у терапевтичний процес як експерта щодо власної заняттєвої історії, повазі до цінностей, переконань, заняттєвого досвіду і життєвої ситуації клієнта [239, 257]. В доповнення до вищевикладеного, T. Sumsion та колеги підкреслили центральну роль заняттєвих цілей клієнта у процесі оцінювання, втручання та оцінки результатів; важливість встановлення цілей на основі індивідуально сформульованого запиту клієнта (на противагу скеруванню та формулюванню терапевтом); урахування заняттєвих пріоритетів клієнта; зосередженість на розширенні можливостей клієнта у його заняттєвих ролях та різних середовищах життєдіяльності [225, 226]. Додатково, іншими дослідниками були запропоновані такі складові клієнтоорієнтованої практики, як збалансована партнерська взаємодія для відкритої комунікації та ділення інформацією, спільна відповідальність за результати ерготерапевтичного процесу, надання клієнтові можливості приймати інформовані рішення, інформування клієнта щодо прогнозу та очікуваного результату терапії, контекстуальна відповідність та доступність послуг, повага до різноманітності, особистих переконань та цінностей клієнта, врахування психоемоційних ресурсів та бар'єрів клієнта, неупередженість терапевта у процесі надання послуг, індивідуалізація реабілітаційної програми, залучення сім'ї до процесу надання реабілітаційної допомоги, а також формування навичок для самоменеджменту [62, 147, 165, 226, 287, 292].

Аналіз літератури дозволяє стверджувати, що клієнтоорієнтований підхід у ерготерапії має деякі спільні ознаки з пацієнт-центричним (пацієнт-орієтованим) підходом у медицині та фізичній терапії, зокрема: інтеграція партнерських стосунків та спільне прийняття рішень між лікарями (терапевтами), пацієнтами та їхніми родинами, врахування цінностей і побажання пацієнтів [70]. До специфічних

ознак пацієнт-орієнтованої практики в медицині належать: забезпечення фізичного комфорту та полегшення симптомів пацієнта; емоційна підтримка пацієнта для зменшення тривоги і страху; та оптимальна координація і доступність медичної допомоги [70]. Варто зауважити, що обмежений час консультації з лікарем може бути недостатнім для формування довірливих стосунків та міцного партнерства пацієнта з лікарем [70], в той час як реабілітаційні послуги, які надаються фізичними терапевтами та ерготерапевтами, є зазвичай тривалими і створюють передумови для розвитку терапевтичного альянсу, який на думку E. Doig та колег є фундаментом для клієнтоорієнтованої практики [62, 287].

Порівняльний аналіз принципів пацієнт-центричності у фізичній терапії з клієнтоорієнтованим підходом у ерготерапії Жарової І.О. та колег засвідчує, що обидва процеси ґрунтуються на ефективній комунікації, активній співпраці та індивідуалізації реабілітаційних послуг [287]. В той час як пацієнт-центрична фізична терапія має на меті формування терапевтичного альянсу між фізичним терапевтом та пацієнтом, у ерготерапії клієнтоорієнтованість забезпечує міцні терапевтичні стосунки ерготерапевта з клієнтом [287]. У порівнянні з пацієнт-центричною фізичною терапією, клієнтоорієнтована ерготерапія більшою мірою дозволяє клієнтові скеровувати терапевтичний процес та акцентує на психоемоційній підтримці клієнта, спільному пошуку підстав до надії, розробленні терапевтичних програм, які ґрунтуються на сильних сторонах клієнта для уможливлення заняттєвої участі [165, 287].

Ефективність клієнтоорієнтованого підходу в ерготерапії підтверджується результатами багатьох досліджень, присвячених різним результатам зокрема: досягнення значущих для клієнта цілей [177, 216], зменшення суб'єктивного сприйняття клієнтами власних обмежень та покращення якості життя [236], формування стратегій самоадвокації [216], збільшення незалежності у повсякденному функціонуванні [34], посилення комплаєнсу та дотримання рекомендацій щодо домашніх програм реабілітації [188], збільшення мотивації та

залученості клієнтів до процесу реабілітації [62, 260]. У результаті здійснення систематичного огляду публікацій щодо клієнтоорієнтованих ерготерапевтичних послуг у пост-інсультній реабілітації, M. Rodríguez-Bailón та колеги дійшли висновку, що результатом клієнтоорієнтованої ерготерапії є більша задоволеність виконанням занять та прийняття клієнтом власних обмежень щодо власної заняттєвої участі [210]. Задокументовано, що клієнтоорієнтованість позитивно сприймається клієнтами та асоціюється із більшою задоволеністю реабілітаційними послугами, зокрема через цінування клієнтами емпатії та поваги терапевта до їхніх особистих цінностей та особистої думки, що є критично важливим для певних категорій клієнтів з психоемоційними та соціальними проблемами [55, 216].

У рамках кистьової терапії для обґрунтування актуальності клієнтоорієнтованого підходу важливо відмітити напрацювання H.R.Rostami та колег, які підкреслюють провідне значення індивідуалізації втручань із використанням мотивуючої для клієнта заняттєвої активності. На думку науковців, досвід заняттєвої участі, яка відповідає меті, пріоритетам та інтересам клієнта, через взаємодію зі звичними повсякденними предметами і матеріалами забезпечує мультимодальну сенсорну стимуляцію мозку, активізує попередній досвід і сприяє реорганізації кортикальних карт, сенсорному перенавчанню, системним нейропластичним змінам, що призводить до відновлення чутливості та звичних патернів руху [173].

У рамках аналізу новітніх підходів до надання ерготерапевтичних послуг особливої уваги заслуговує клієнтоорієнтований та заняттєво-спрямований підхід СО-ОР, який ґрунтується на теоретичній рамці практики рухового навчання [248]. Початково розроблений для застосування у реабілітації дітей з диспраксією, СО-ОР пропонує уніфікований підхід до розроблення індивідуалізованих стратегій для досягання заняттєвих цілей клієнтів різних вікових груп на основі аналізу виконання занять [36]. На противагу традиційним ієрархічним підходам, які спрямовують реабілітаційне втручання на усунення дисфункцій або відновлення

функцій організму, СО-ОР пропонує клієнтам проблемно-орієнтований підхід до виконання пріоритетних для них завдань або повсякденних занять. У рамках СО-ОР цілі визначаються за допомогою СОПМ. Використовуючи глобальну когнітивну стратегію *Goal-plan-do-check* (Мета-план-виконання-перевірка), методика керованого відкриття (*guided discovery*), ерготерапевт допомагає клієнту розробити специфічні для конкретного заняття когнітивні стратегії для покращення їх виконання [192].

Протягом останніх 10 років, популярність СО-ОР постійно зростає [248], оскільки збільшується кількість наукових досліджень, які засвідчують ефективність підходу СО-ОР у реабілітації осіб різних нозологічних категорій. Зокрема, підхід СО-ОР продемонстрував покращення заняттєвої участі дітей з розладом дефіциту уваги і гіперактивності [99], церебральним паралічем [72, 169], дорослих з наслідками гострого порушення мозкового кровообігу [192, 43], та черепно-мозкової травми [174]. Важливо зазначити, що результатом застосування СО-ОР є покращення виконання не тільки тренуваних, але і нетренуваних занять. Для прикладу, рандомізоване клінічне дослідження з дітьми з розщепленням хребта та церебральним паралічем, задокументувало не тільки досягнення заняттєвих цілей, встановлених у рамках ППР, але і перенесення здобутих навичок, в тому числі використання когнітивних стратегій, на інші повсякденні заняття [231].

Втім, незважаючи на широке декларування клієнтоорієнтованого підходу як сучасного та невід'ємного принципу ерготерапевтичної практики у етичних кодексах, клінічних рекомендаціях, підручниках та настановчих документах у різних країнах, набувають обертів критичні рефлексії науковців щодо фактичного впровадження клієнтоорієнтованого підходу на практиці. W.Hammell неодноразово наголошувала на необхідності застосовувати здоровий скептицизм у аналізі фундаментальних постулатів професії, в тому числі стосовно принципу клієнтоорієнтованості [257]. W.Hammell підкреслює, що на практиці професійна діяльність ерготерапевтів не завжди відображає клієнтоорієнтовані засади професії

і недостатньо враховує думку клієнта [109]. Дослідниця звертається до прикладу новозеландських ерготерапевтів, які задокументували розчарування результатами власних досліджень, які засвідчили низький рівень клієнтоорієнтованості їхніх послуг, та дійшли до висновку про необхідність інтеграції у практичну діяльність інструментів оцінювання, які не тільки дають інформацію про те, «що не так з клієнтом», але і збирають дані про те, «ким є клієнт і які він має потреби» [110].

Низка публікацій звертають увагу на те, що клієнтоорієнтовані засади побудовані на неоліберальній ідеології, є характерними для середнього класу країн Заходу, і не завжди узгоджуються з цінностями інших суспільств [109, 257]. (K. R. W. Hammell, 2013; Whalley Hammell, 2015). Особливо варто підкреслити критичне переосмислення клієнтоорієнтованості як прояву колоніального етноцентризму, ейблізму та теоретичного імперіалізму західних теорій, які насаджуються традиційним суспільствам [111, 126]. На противагу індивідуалізму, незалежності та акценту на особистих досягненнях, традиційні суспільства цінують соціальну взаємозалежність, відчуття приналежності, гармонії і взаємні зобов'язання [126]. Відповідно, постає питання, наскільки культурно відповідними є засади та методи забезпечення клієнтоорієнтованості у країнах, де переважають традиційні ієрархічні зв'язки та цінності, наприклад, в Україні. У контексті ейблізму, Hammell переосмислює цілі ІПР зокрема осіб з прогресуючими захворюваннями або сталими неврологічними станами, які не мають потенціалу до відновлення і зазначає, що автентичний клієнтоорієнтований підхід вимагає зосередженості на розширенні можливостей клієнта (іншими словами – уможливленні заняттєвої участі) на противагу терапії, яка зосереджена на прагненні зробити клієнта «нормальним» (іншими словами – усунути дисфункцію) [110].

Огляд літератури засвідчив наступні бар'єри до забезпечення клієнтоорієнтованого підходу з позиції фахівців: різне бачення цілей, методів та очікувань від реабілітації фахівцями та клієнтами, вплив цінностей фахівців на цілепокладання, недостатній рівень підготовки фахівців та професійної впевненості

щодо впровадження принципів клієнтоорієнтованої практики, брак часу, організаційної підтримки та професійної автономії ерготерапевтів [79, 142, 166, 186, 191, 206, 226, 261]. У дослідженні D.Mshanga та колег було виявлено, що стать терапевта може впливати на впровадження клієнтоорієнтованого підходу [166]. Зокрема, виявлено, що ерготерапевти жіночої статі, прагнучи ефективності та результативності послуг, найбільше стурбовані часовими та фінансовими обмеженнями середовища їхньої професійної діяльності, а також високим рівнем стресу. Натомість, ерготерапевти чоловічої статі, пріоритезучи власну автономність та авторитетність, мають більше труднощів у залученні клієнтів до формулювання власних цілей [166]. Серед перешкод, які стосувалися клієнтів, було виокремлено соціальне і культурне середовище, вплив сім'ї, когнітивні порушення, низький рівень усвідомлення власних порушень та здатність до вирішення проблем [62, 206].

Критична рефлексія J.Gupta та S.Taff демонструє, що розподіл відповідальності у діаді «пацієнт-терапевт» є недостатнім критерієм для визначення автентичної клієнтоорієнтованої ерготерапевтичної практики [107]. Натомість, автори пропонують розглядати клієнтоорієнтованість як континуум від біомедичного підходу, зосередженого на порушеннях та функціях як найменш клієнтоорієнтованого, до біопсихосоціального піходу, спрямованого на досягнення змін у виконанні занять та заняттєвій участі як найбільш клієнтоорієнтованого [107]. Відповідно, автори підкреслюють, що з огляду на те, що в ерготерапії контекст має вирішальне значення, медичне середовище лікарень та клінік за своєю природою не підтримує клієнтоорієнтовану практику, яка найкраще втілюється у реабілітації у громаді [107].

Розвиваючи тему впровадження засад клієнтоорієнтованості у медичному середовищі, варто зауважити, що низка дослідників задокументувала труднощі із впровадженням клієнтоорієнтованого підходу через домінування медичної моделі у реабілітації та ієрархічного розподілу сил, зокрема на прикладі скандинавських

країн, Тайваню, Словенії та Танзанії [32, 131, 142]. Відомо, що у медичній моделі надання реабілітаційних послуг, звичній для українського контексту, пацієнт виконує призначення фахівця, а ефективність оцінюється об'єктивними показниками. Натомість клієнтоорієнтований підхід акцентує на свідомій та активній участі клієнта в ухваленні рішень з метою досягнення заняттєвих цілей та охоче інтегрує суб'єктивну оцінку задоволеності клієнта щодо покращення його якості життя. Відповідно, для успішного впровадження засад клієнтоорієнтованої практики, критично необхідним є зсув від пасивної до активної ролі клієнта у процесі реабілітації, що забезпечується як системними та концептуальними змінами у сфері охорони здоров'я, так і змінами суспільної думки щодо науково-доказових стратегій і підходів у реабілітації [131].

Для сприяння і розвитку навичок клієнтоорієнтованості в ерготерапії була розроблена рамка практики клієнтоорієнтованих стратегій (Client-centered Strategies Framework), яка заохочує фахівців до конкретних ініціатив на особистісному, професійному та громадському рівнях [206]. Викладені стратегії наголошують на важливості постійної саморефлексії фахівців; розвитку навичок асертивності, ефективної комунікації та прийняття спільних рішень; використанні заняттєво-орієнтованих моделей практики, інструментів оцінювання та інших структурованих засобів для активного залучення та розвитку збалансованих партнерських терапевтичних стосунків з клієнтами; освіті клієнтів щодо клієнтоорієнтованості та наданні послуг у середовищах та контекстах, які є значущими для клієнтів; залученні громади та адвокації для сприяння інклюзивній, орієнтованій на клієнта допомозі [206].

На завершення критичного огляду теоретичних та практичних засад клієнтоорієнтованості зауважимо, що практичні рекомендації щодо ефективної реалізації клієнтоорієнтованої та заняттєвоспрямованої реабілітаційної допомоги і тісно переплітаються у ключових аспектах. Відповідно до триетапного Дельфі опитування фахівців з ерготерапії було визначено чотири ключові характеристики

практики, орієнтованої на заняттєву активність: ґрунтування практичної діяльності на заняттєвій філософії ерготерапії, просування заняттєво-спрямованої термінології у документації, інтеграція контексту клієнта та розміщення заняттєвої активності в центрі практики, включаючи її використання у встановленні клієнтоорієнтованих цілей [95]. Узгоджуючись з цими даними, для забезпечення заняттєвої спрямованості L.S.Robinson, T. Brown та L. O'Brien рекомендували організувати професійну діяльність відповідно до заняттєво-орієнтованих концептуальних моделей, зокрема Канадської моделі виконання занять і залучення (CMOP-E) та впровадження заняттєво-спрямованих інструментів оцінки як Канадський інструмент оцінки виконання занять (COPM) [208]. Дослідники D.M. Parker та C.H. Sykes також акцентували увагу на необхідності розуміння CMOP-E як теоретичної моделі, на основі якої був розроблений інструмент оцінки COPM [183].

Модель CMOP-E скеровує ерготерапевта на дотримання принципів клієнтоорієнтованості та заняттєвої спрямованості ерготерапевтичних послуг, зокрема через цілісний аналіз духовних фізичних, когнітивних та афективних потреб і можливостей особи, її фізичного, соціального, культурного та інституційного середовища життєдіяльності, а також заняттєвої активності у сферах самообслуговування, продуктивності та дозвілля [239]. Критичний аналіз моделі CMOP-E дозволяє виокремити наступні показники клієнтоорієнтованого підходу у ерготерапії: 1) індивідуалізація інтерв'ювання для глибокого дослідження клієнта як духовної особи з унікальними цінностями, цілями і переконаннями, 2) визначення заняттєвих потреб клієнта із урахуванням суб'єктивної оцінки клієнтом власного виконання пріоритетної заняттєвої активності, 3) забезпечення контекстуальної конгруентності реабілітаційних втручань на основі аналізу фасилітаторів та бар'єрів не тільки поточних, але і майбутніх середовищ життєдіяльності, 4) інтеграцію стратегій уможливлення заняттєвих ролей не тільки за рахунок покращення виконання цільових для клієнта занять, але і сприяння залученню клієнта до життєвої ситуації [239]. Останній

показник є особливо актуальним для тих клієнтів ерготерапії, які не мають потенціалу до відновлення структур та функцій організму, але заняттєва участь яких може бути покращена за рахунок інклюзії, адвокації та забезпечення заняттєвої справедливості [40].

Вище окреслені обґрунтування відповідності моделі СМОР-Е клієнтоорієнтованим засадам професії спонукали нас обрати модель СМОР-Е у якості теоретичного фундаменту нашого дослідження [23, 79, 131]. Інструмент оцінки СОРМ не тільки максимально органічно узгоджується із моделлю СМОР-Е, але і є визнаним засобом забезпечення клієнтоорієнтованої практики, що було доведено низкою досліджень, та рекомендується до використання для клієнтоорієнтованих ерготерапевтичних послуг численними практичними настановами у різних країнах світу. Наприклад, у настановах норвезької, шведської та данської професійних асоціацій зазначається, що СОРМ є засобом сприяння клієнтоорієнтованій практиці з позиції структурування і організації співпраці між терапевтом та клієнтом, зокрема для визначення пріоритетів заняттєвих цілей клієнта як центральної частини клієнтоорієнтованої взаємодії [131].

## **1.2 Досвід застосування Канадського інструмента оцінки виконання занять в різних країнах світу для забезпечення клієнтоорієнтованої та заняттєво спрямованої ерготерапії**

Інструмент СОРМ був розроблений у 1991 році на запит Національної програми розвитку досліджень в галузі охорони здоров'я Канади та Канадського фонду ерготерапії та відтоді успішно інтегрований у практичну діяльність та дослідження у галузі ерготерапії у понад 50 країн світу [22, 144]. На момент розроблення СОРМ існуючі інструменти оцінки результату ерготерапевтичних втручань зосереджувалися виключно на оцінці компонентів виконання, тобто аспектів фізичного, когнітивного, сенсорного або соціального функціонування, але

не відображали зміни у виконанні заняттєвої активності як ключового показника результативності ерготерапевтичних послуг [22]. Відповідно, COPM розроблявся з метою впровадження ерготерапевтичних послуг, орієнтованих на клієнта та зосереджених на виконанні занять [22].

Перекладений на 45 мов світу, COPM успішно застосовується та рекомендується для виявлення змін у виконанні занять з особами різних нозологічних та вікових категорій. Зокрема, задокументоване успішне застосування COPM на різних етапах нейрореабілітації клієнтів після інсульту [8, 11, 20, 43, 61, 67, 75, 94, 112, 125, 192, 219, 230], ураження спинного мозку [33, 46, 194, 214, 241, 246], черепно-мозкової травми [4, 44, 132, 174, 185], опіків [25, 137, 154, 232], у реабілітації клієнтів з церебральним паралічем [28, 37, 41, 74, 78, 87, 128, 148, 163, 178], розладами аутистичного спектру [3, 15, 16, 120], ортопедичними травмами у рамках терапії кисті [19, 64, 65, 76, 114, 123, 127, 146, 200], ментальними розладами [17, 84, 115, 157] та багатьма іншими станами здоров'я. В Україні COPM успішно застосовувався з пацієнтами фізичної терапії з травматичними невропатіями верхньої кінцівки [268], інсультом [269], ампутаціями [73] та пацієнтами з хронічним калькульозним холіциститом після цистектомії [102]. Завдяки гнучкості адміністрування, клієнтоорієнтованості та заняттєвоспрямованості, які забезпечують культурну відповідність та індивідуалізацію кожного інтерв'ю, даний інструмент оцінки посідає провідне місце у ерготерапевтичній практиці [144, 158].

За майже 35 років існування, клініметричні властивості COPM були широко досліджені з клієнтами різних нозологічних груп, в тому числі у іншомовних перекладах. Низка досліджень засвідчує достатню змістову валідність COPM [145, 198], конвергентну валідність COPM у порівнянні з Disability Impact Profile та Multiple Sclerosis Quality of Life-54 [59, 237], дивергентну валідність у порівнянні з Sickness Impact Profile, Barthel Index, Occupational Self-Assessment, World Health Organization Well-Being Index, EuroQol-five domain five level questionnaire та Frenchay Activities Index [54, 59, 81], критеріальну валідність COPM у порівнянні з

Functional Independence Measure (FIM), Arthritis Impact Measurement Scale 2 (AIMS2), Pediatric Evaluation of Disability Inventory (PEDI) та Short-Form 36 Health Questionnaire [10, 138, 211, 235, 234], внутрішню узгодженість [249], міжрейтерну узгодженість [234], чутливість до виявлення змін [48, 204, 211], конструктивну валідність у порівнянні з DASH [45, 48] та Spinal Cord Independence Measure (SCIM) [33, 46], а також надійність у адмініструванні [33, 83, 237]. Варто зауважити, що поряд із дослідженнями, які підтверджують достатні психометричні властивості COPM, зустрічаються також критичні огляди, які вказують на недостатню якість частини з наведених досліджень, що зумовлює необхідність проведення подальших наукових робіт із дотриманням високих стандартів якості [158].

Одним із найвагоміших внесків COPM у реабілітацію є індивідуалізація клієнтоорієнтованих цілей, що доведено низкою досліджень. Наприклад, Е.Н. Сур і колеги порівнюючи дані оцінювання клієнтів після інсульту, отримані за допомогою Індексу Бартел, Індексу Активностей Френчай та COPM, дійшли до висновку, що COPM сприяє виявленню труднощів у виконанні занять, які залишаються поза увагою інших інструментів оцінки, що забезпечує COPM перевагу над іншими стандартизованими методами оцінювання [54]. Підтверджуючи цей висновок, інші автори доповідають, що у ході оцінювання COPM дозволяє клієнтам не обмежуватися списком стандартних проблем, визначених у опитувальниках, але дозволяє спонтанно повідомляти про унікальні проблеми, з якими вони стикаються у повсякденному житті у сферах самообслуговування, продуктивності та дозвілля [234].

Процес адміністрування COPM передбачає проведення напівструктурованого інтерв'ю, у ході якого клієнти ерготерапії визначають пріоритетні для них заняття, які вони не можуть виконувати внаслідок порушення стану здоров'я або обмежуючих факторів середовища [22]. Відповідно, клієнтоорієнтований підхід забезпечується тим, що думка клієнта не тільки враховується, а набуває ключового значення у процесі оцінювання та встановлення

індивідуальних цілей ерготерапії. Результати досліджень показують, що COPM сприяє подоланню розбіжностей між фахівцями та родиною з одного боку та клієнтами з іншого щодо різного бачення цілей, пріоритетів та сприйняття ефективних методів втручання і є дієвим інструментом активного залучення клієнта до процесу встановлення цілей [54, 79, 81, 166, 184, 207, 226]. Як інструмент оцінки, COPM дозволяє вимірювати прогрес щодо цілей терапії з суб'єктивної точки зору клієнта [22]. У ході інтерв'ю за допомогою COPM, клієнт оцінює не тільки важливість і пріоритетність певних занять або активностей, але повідомляє про рівень задоволеності власним виконанням цих занять [22, 102, 292]. Водночас, деякі дослідники стверджують, що власне впровадження COPM у професійну практику автоматично не забезпечує клієнтоорієнтований підхід, оскільки надають терапевтичному альянсу ключового значення [125].

Доведено, що COPM є корисним для практичної діяльності ерготерапевтів з наступних міркувань: поглиблення усвідомлення клієнтом власних заняттєвих потреб, розширення розуміння ерготерапевтом проблем і пріоритетів клієнта щодо виконання занять, підвищення точності прогнозування результату, сприяння партнерській взаємодії, спільному процесу встановлення цілей та плануванню втручань, підвищенню мотивації клієнтів щодо участі у реабілітаційних втручаннях, прийняттю командних рішень, інтеграції думки клієнта у процес прийняття рішень, документуванні клієнтоорієнтованих та заняттєво-спрямованих цілей, відстеження результатів ерготерапії, а також зміцнення професійної ідентичності ерготерапевтів [7, 23, 32, 33, 131, 145, 217]. Втім, COPM не оцінює причини порушення функціонування і не дає інформації про характер обмежень структур і функцій тіла, відповідно, для забезпечення ефективних та холистичних ерготерапевтичних послуг рекомендується поєднання використання COPM з іншими інструментами оцінювання [22, 229].

Задokumentовано, що COPM є більш чутливим до вимірювання клінічних змін у порівнянні з іншими інструментами оцінки, зокрема Short Form 36, Health

Assessment Questionnaire [229], Pediatric Outcomes Data Collection Instrument (PODCI) [64] та QuickDASH [146]. При цьому, зацентруємо увагу на тому, що втручання на рівні структур та функції організму за МКФ, корелюють з меншими змінами щодо заняттєвої участі та відповідно меншими змінами балів за результатами COPM, у порівнянні з втручаннями, спрямованими на зміну факторів середовища, способів, засобів та інструкцій щодо виконання занять, що підтверджує узгодженість COPM із заняттєво-спрямованою практикою [28, 262].

У вивченні чутливості інструментів оцінювання важливим показником є MCID (мінімальна клінічно значуща різниця), яка демонструє, що інструмент забезпечує відображення функціональних змін, які є значущими для реального життя клієнта [2, 162]. У різних дослідженнях MCID COPM коливалася від 1,9 до 3,5 балів в залежності від популяції, типу заняттєвих проблем, типу втручань, контекстуальних факторів та етапу реабілітаційного континууму [83, 203, 204]. Нещодавній критичний огляд міжнародних досліджень щодо MCID COPM виявив, що найбільш результативними ерготерапевтичними втручаннями із різницею у 2 і більше балів були: адаптація виконання занять ( $\Delta\bar{x}=4,9$ ), покращення та надання підтримки у заняттєвій участі ( $\Delta\bar{x}=3,64$  та  $\Delta\bar{x}=2,53$ ), оптимізація участі у складних значущих заняттях ( $\Delta\bar{x}=2,27$ ), тренування для покращення фізичного, психологічного, когнітивного чи соціального функціонування ( $\Delta\bar{x}=2,16$ ), при цьому середня зміна після втручань, спрямованих на адаптацію середовища та освіти клієнтів, наближалися до цього показника ( $\Delta\bar{x}=1,97$  та  $\Delta\bar{x}=1,96$ ) [2]. Разом із цим, показники щодо задоволеності виконанням занять за COPM послідовно перевищували 2,0 бали в усіх дослідженнях. Зважаючи на високу варіативність даних у проаналізованих дослідженнях, авторами огляду було запропоновано, що MCID може суттєво варіювати між різними нозологічними групами, етапами реабілітаційного континууму, типами втручань і контекстуальними факторами, і

потребує додаткового вивчення за допомогою критеріїв, що передбачають більш суворі критерії та методи з підвищеним рівнем строгості [2].

Разом із позитивними результатами впровадження СОРМ у практичну діяльність ерготерапевтів, низка авторів задокументували труднощі з адмініструванням СОРМ, зокрема з клієнтами, які мають низький рівень когніції, психоемоційні труднощі, або рівень усвідомленості власних обмежень, та можуть відчувати складнощі у оцінюванні абстрактних та суб'єктивних понять виконання та задоволеності за допомогою цифрових шкал [89, 144, 204, 229]. Цікавим також є дослідження Т. Sawada і колег [122], яке підкреслює, що адміністрування СОРМ вимагає від терапевта ефективних комунікативних навичок для запобігання упередженості та забезпеченню достовірного відображення запиту клієнта.

Заслужують на увагу дослідження, у яких виявлено, що ерготерапевти не впроваджують СОРМ у власну повсякденну практику через суб'єктивне переконання, що адміністрування СОРМ супроводжується значними часовими затратами [62, 142]. Однак, нове емпіричне дослідження щодо доцільності використання СОРМ у реабілітації осіб з опіками на гострому етапі не підтримує занепокоєння терапевтів, оскільки середній час адміністрування склав 9 хвилин [154].

Вищевикладені емпіричні дані дозволяють зробити висновок про те, що СОРМ забезпечує практичну реалізацію клієнто- і заняттєвоорієнтованої філософії ерготерапії, оскільки дозволяє визначити і виміряти зміни у виконанні пріоритетних для клієнта повсякденних занять у сферах самообслуговування, продуктивності та дозвілля, демонструючи зв'язок заняттєвої активності із здоров'ям людини та втілюючи основні засади клієнтоорієнтованої практики у рамках сучасного біопсихосоціального підходу до реабілітації.

### **1.3 Вітчизняний та міжнародний досвід застосування Канадського інструмента оцінки виконання занять із військовослужбовцями і ветеранами у процесі ерготерапії**

Через війну, що триває, великий відсоток клієнтів ерготерапії на усіх рівнях надання реабілітаційної допомоги є військовослужбовцями та ветеранами, що обґрунтовує необхідність вивчення досвіду застосування СОРМ з даною категорією клієнтів. З часу російського повномасштабного вторгнення в Україну у 2022 році вітчизняні науковці присвятили низку досліджень пошуку оптимальних та ефективних стратегій організації реабілітації військовослужбовців, зокрема з наслідками мінно-вибухових, осколкових та вогнепальних травм кінцівок [187, 272, 275], контузійно-травматичних пошкоджень голови та краніофасціальних травм [31, 286], пост-травматичним стресовим розладом [141, 267, 276], опіковими ураженнями [168], ампутаціями [73, 285], ураженнями спинного мозку [298], ортопедичними та іншими травмами внаслідок довготривалого використання засобів індивідуального бронезахисту [56]. Втім, частка досліджень, спрямованих на вивчення ефективності реабілітаційних втручань є суттєво меншою у порівнянні з оглядовими та аналітичними дослідженнями, що вказує на потребу у проведенні клінічних досліджень.

Зважаючи на відсутність офіційних статистичних даних щодо травм військовослужбовців та ветеранів, висновки розповсюдженість і характер поранень можна робити з результатів наукових досліджень. Зокрема, дослідження М.Г.Алегре та колег засвідчує, що 96% пацієнтів отримали травми внаслідок поранень осколками, а решта поранень були спричинені вогнепальними пострілами [180]. Характер травм розподілявся наступним чином: 52,7% отримали переломи кісток, 25,3% мали ампутації, решта пацієнтів мали ураження нервів, спинного мозку та інші травми [180]. С.Колісник і колеги звертають увагу на те, що множинні ампутації високого рівня спричиняються довгою тривалістю евакуації, ризиками

інфекцій внаслідок вибухових травм та неправильного використання джгутів, що спричиняє синдром джгута [139, 222].

Огляд літератури засвідчує, що крім порушення фізичного, психоемоційного та когнітивного функціонування, комплексні потреби ветеранів і військовослужбовців охоплюють також моральну травму, що призводить до виникнення емоцій, пов'язаних із самозвинуваченням, соромом, провиною, гнівом, руйнуванням фундаментальних цінностей і переконань, розчаруванням у владі, втратою релігійної віри та довіри до інших [264]. Науковці доповідають про порушення денного функціонування, тривогу, нервозність і відчуття напруження, знижену тривалість сну у контекстах і середовищах віддалених від фронтових дій, навіть під час перебування за кордоном [27], підвищений ризик хронічного болю, хронічного вживання опіоїдів, нейропатичного болю [13].

Дослідження N.S.Singh та колег, присвячене психічному здоров'ю ветеранів і військовослужбовців вказують на високу поширеність депресії, пост-травматичного стресового розладу (ПТСР), тривожності та нав'язливих спогадів, труднощів із соціальною адаптацією, включаючи відчуття ізоляції та нерозуміння своїми громадами [86]. Науковці також звертають увагу на проблеми з вживанням алкоголю, тютюну та інших психоактивних речовин ветеранам як спосіб подолання психологічних труднощів та хронічного болю [180, 86]. Вищевикладене ілюструє комплексність проблем, з якими стикаються поранені військовослужбовці та ветерани, та підкреслює необхідність холістичних ерготерапевтичних послуг та відповідних інструментів оцінювання для вирішення складних проблем, пов'язаних із заняттєвою участю даної категорії клієнтів.

Низка досліджень наголошують на важливості впровадження біо-психосоціальної моделі реабілітації на основі міждисциплінарної співпраці для ефективного відновлення та соціальної реінтеграції ветеранів, що передбачає обов'язкове залучення ерготерапевтів до реабілітаційної команди [139, 187, 256]. Українськими дослідниками задокументовані наступні ерготерапевтичні втручання

для ветеранів, зокрема після ампутацій: тренування ADL, десенсибілізацію та мобілізацію рубців, компресійну терапію та дзеркальну терапію [139]. Втім, аналіз інструментів оцінювання, які використовуються у вітчизняних дослідженнях, вказує на те, що переважна більшість спрямована на оцінювання структур і функцій організму, а не активності та участі за МКФ. Також очевидним є те, що заняттєві потреби військовослужбовців та ветеранів здебільшого залишаються поза увагу фахівців з реабілітації.

Систематичний огляд інструментів оцінки здоров'я (health measurement instruments) акцентує увагу на необхідності валідації інструментів оцінювання з ветеранами як окремою популяцією, зокрема зазначаючи, що WHOQOL-BREF є єдиним інструментом, який стосується фізичного, психічного, соціального та духовного благополуччя, але потребує валідації з ветеранами [130]. У вітчизняній реабілітації важливим досягненням є переклад і міжкультурна адаптація інструмента оцінки обмеження життєдіяльності від Всесвітньої організації охорони здоров'я WHODAS 2.0 [245].

Подібно до етапів формування індивідуального реабілітаційного плану (ІРП) у фізичній терапії [271], первинне реабілітаційне обстеження у ерготерапії включає з'ясування поточного обмеження повсякденного функціонування за допомогою інтерв'ювання, а також об'єктивне оцінювання функціональних можливостей клієнта. Задokumentовано, що у реабілітації українських військовослужбовців застосовуються наступні інструменти для оцінювання мобільності: Мануальне М'язове Тестування, Тест «Вставай і йди», 6- та 10-хвилинний тест ходьби; проблеми психічного здоров'я оцінюються за допомогою Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9), Generalized Anxiety Disorder-7 (GAD-7), Mississippi Combat Stress Assessment Scale (M-PTSD), Госпітальної шкали тривоги та депресії (Hospital Anxiety and Depression Scale – HADS) [139, 272]; функції верхньої кінцівки оцінюються за допомогою Simple Shoulder Test (SST), Ability of hand ABILHAND, DASH [187, 272]; ADL оцінюється за Індексом Бартел [139], а якість життя

оцінюється за Європейським опитувальником оцінки якості життя – European Quality of Life Questionnaire (EQ-5D) [272]. Втім, жоден із вищезгаданих інструментів оцінювання не спрямований на індивідуалізацію програми реабілітаційного втручання і не враховує особисті заняттєві цілі клієнта. Відповідно, вищевикладене підкреслює, що для проведення якісних досліджень у ерготерапії необхідно забезпечити фахівців та дослідників інструментами оцінювання, які є специфічними для ерготерапії, і досліджують ефективність досягнення саме заняттєвих цілей.

Втім, інструмент COPM успішно застосовується з ветеранами та військовослужбовцями протягом кількох останніх десятиліть у інших країнах світу. Зокрема, огляд літератури, зосереджений на ерготерапевтичних втручаннях для ветеранів з ПТСР від Кетт та авторів, демонструє, що більшість досліджень з цією популяцією використовували саме COPM для оцінки заняттєвої участі клієнтів [135].

У дослідженні Gentry & Pearson, було доведено ефективність COPM для відстеження результатів мультидисциплінарної реабілітації ветеранів з політравмою у багатопрофільному реабілітаційному центрі [98]. При цьому, автори статті рекомендують використовувати COPM для МДРК з метою впровадження клієнтоорієнтованих підходів у процесі надання реабілітаційних послуг. Додатково у цьому процесі підкреслюється ведуча роль ерготерапевтів у МДРК для успішного впровадження клієнтоорієнтованих послуг [98]. Подібним чином, S.M.Speicher et al використали COPM для оцінки ефективності міждисциплінарної програми реабілітації ветеранів з ПТСР та черепно-мозковою травмою, зокрема щодо впливу на виконання занять та задоволеність виконанням [220].

У інших наукових напрацюваннях COPM успішно застосовувався для вивчення ефективності тренування життєвих навичок серед бездомних ветеранів [197], вимірювання ефективності краніальної електростимуляції для лікування ПТСР [51], оцінці благополуччя студентів-ветеранів, які адаптуються до

академічного середовища [105], вивчення зменшення симптомів депресії, тривоги, стресу та ПТСР у ветеранів за допомогою ерготерапії та підводного плавання [143]. У аналізі А.М.Kelley та М.Showers інструмент COPM успішно використовувався у ході дослідження щодо прийняття рішень військовослужбовцями про повернення на службу, при цьому інтерв'ю проводилося дистанційно за допомогою телефону [134]. А.М.Cogan використала COPM для визначення заняттєвих потреб та стратегій втручання для військовослужбовців із легкою черепно-мозковою травмою та стійкими симптомами після струсу мозку [35].

У подібному дослідженні Plach & Sells вивчали заняттєві потреби молодих американських ветеранів, які служили у Іраку та Афганістані [190]. За допомогою COPM були визначені проблеми виконання занять, з якими найчастіше стикаються ветерани 20-29 років стосовно реінтеграції у громаду протягом першого року після служби у воєнних/конфліктних зонах. Більшість проблем, з якими стикалися ветерани, відповідали категорії самообслуговування, при цьому 70% ветеранів визначали керування автомобілем, сон (67%), вживання їжі/набір ваги (57%), менеджмент фінансів та фізичне здоров'я (50%) як найважливіші. Заняттєві проблеми, які стосувалися категорії продуктивності, зосереджувалися на участі у навчанні та працевлаштуванні (93% та 50% відповідно). У категорії дозвілля ветерани доповідали стосунки (80%) та надмірне вживання алкоголю (37%) як основні заняттєві проблеми. Важливим поняттям, яке розкривається у даному дослідженні є заняттєва свобода, яка на думку авторів є скомпрометована через обмежений вибір заняттєвої активності, доступний ветеранам внаслідок функціональних порушень [190].

У вітчизняному дослідженні Постоногової та колег COPM успішно застосовувався з військовослужбовцями після ампутацій, демонструючи позитивну кореляцію між COPM та DASH у оцінці ефективності індивідуалізованої програми реабілітації без використання протезування [73]. Успішне впровадження COPM у

реабілітацію військовослужбовців та ветеранів у різних країнах світу свідчить про потенціал застосування СОРМ в Україні з даною популяцією.

## **Висновки до розділу 1**

У сучасному науковому дискурсі клієнтоорієнтованість та заняттєва спрямованість розглядаються як ключові засади сучасної парадигми ерготерапії, які забезпечують ефективну та економічно доцільну практичну діяльність, дозволяючи клієнтам ерготерапії відчувати реальні зміни у їх заняттєвій участі, які безпосередньо покращують якість їхнього життя. Канадський інструмент оцінки виконання занять (СОРМ) має потенціал позитивно впливати на клієнтоорієнтованість та заняттєву спрямованість ерготерапевтичних послуг. Зважаючи на багаторічний досвід успішного застосування СОРМ у інших країнах, новизну ерготерапії як реабілітаційної професії у сфері охорони здоров'я в Україні, актуалізується потреба у вивченні впливу СОРМ на клієнтоорієнтованість та заняттєву спрямованість ерготерапевтичних послуг в Україні.

З часу повномасштабного вторгнення Росії в Україну суттєво збільшилася кількість військовослужбовців і ветеранів, які потребують ерготерапевтичних послуг. Унікальність, комплексність і складність заняттєвих потреб військовослужбовців і ветеранів зобумовлюється низкою фізичних, когнітивних, психоемоційних та моральних травм, з якими вони стикаються. Для ефективної організації та надання якісних реабілітаційних послуг військовослужбовцям і ветеранам України виникає необхідність дослідити їх заняттєві потреби. Зважаючи на успішне використання СОРМ з військовослужбовцями та ветеранами в інших країнах та великої кількості військовослужбовців та ветеранів в Україні, з'являється потреба у дослідженні особливостей впровадження СОРМ в українській ерготерапії з військовими клієнтами.

Вищезгадані факти доводять необхідність розроблення українського перекладу інструмента COPM і дослідження його впровадження в українській ерготерапії як з цивільними, так і з військовими клієнтами для визначення його впливу на заняттєву спрямованість та клієнтоорієнтованість ерготерапевтичних послуг в Україні. Розроблення практичної моделі застосування COPM сприятиме впровадженню даного інструмента оцінки у практичну діяльність ерготерапевтів.

Результати огляду літератури, описані у даному розділі, опубліковані у наукових працях [282, 280].

## РОЗДІЛ 2

### МЕТОДИ ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ

Виконання завдань дисертаційного дослідження вимагало ретельного та всебічного вивчення окреслених дослідницьких питань для напрацювання висновків із мінімальною упередженістю. Відповідно, для формування цілісного уявлення основних аспектів наукового пошуку було використано змішані методи дослідження, які уможливають поєднання якісних та кількісних методів збору, аналізу, інтерпретації та опису даних для взаємної компенсації недоліків обох методологічних підходів та посилення валідності висновків. Збір, аналіз, інтерпретація кількісних і якісних даних та розповсюдження результатів дослідження відбувалася на основі поєднання парадигм постпозитивізму та інтерпретивізму, що дозволило дослідити окреслені питання з достатньою глибиною та широтою та у найбільш зручний спосіб [58].

Вбудована у організацію дослідження тріангуляції даних дозволила інтегрувати різні точки зору для перевірки даних, отриманих з різних джерел та за допомогою різних методів [182]. Методологічною основою дослідження було поєднання системного аналізу, елементів пояснювального послідовного дизайну та конвергентного паралельного проектування, що передбачає як послідовний, так і одночасний збір кількісних і якісних даних на різних етапах дослідження для збагачення розуміння об'єкта та предмета дослідження [52; 58]. Схематично етапи дослідження зображені на рисунку (рисунок 2.1)



**Рисунок 2.1** – Поєднання кількісних та якісних методів дослідження

## 2.1 Методи дослідження

Загальнонаукові та спеціальні методи дослідження, які були використані у ході нашої роботи, охоплюють:

- *Теоретичні методи досліджень*: аналіз, порівняння, абстракція, індукція, дедукція та узагальнення даних спеціальної науково-методичної літератури;
- *Емпіричні методи досліджень*: опитування, інтерв'ювання, оцінювання проблем виконання занять за допомогою COPM, якісний аналіз поглиблених інтерв'ю на основі конструктивістської обґрунтованої теорії, експертне оцінювання практичної моделі застосування COPM на етапі гострої та післягострої реабілітації цивільних осіб та військовослужбовців за методикою Дельфі (Delphi).
- *Методи математичної статистики*

### 2.1.1 Теоретичні методи дослідження

*Теоретичний аналіз та узагальнення даних спеціальної науково-методичної літератури.* Для обґрунтування актуальності теми дослідження, визначення мети, гіпотез, формулювання завдань та вибору відповідних методів дослідження було проаналізовано 299 джерел науково-методичної літератури. Пошук літератури здійснювався за допомогою дослідницьких пошукових платформ EBSCOhost (англомовна закрита пошукова платформа із доступом до широкої колекції рецензованих баз даних з різних дисциплін, електронних журналів та електронних книг від EBSCO Information Services, Inc.), PubMed (англомовна база даних біомедичної літератури, охорони здоров'я та суміжних дисциплін у вільному доступі від Національного центру біотехнологічної (NCBI) у Національній медичній бібліотеці США (NLM), та Google Scholar (безкоштовна наукова пошукова система, яка індексує науково-методичний матеріал з різних дисциплін різними мовами).

Для аналізу науково-методичної літератури щодо використання СОРМ у ерготерапевтичній практиці та впливу СОРМ на клієнтоорієнтованість та заняттєву спрямованість ерготерапевтичних послуг було використано пошукові слова англійською мовою у назві публікації, ключових словах чи резюме з використанням логічних операторів «and» та «or»: «occupational therapy» (ерготерапія), «Canadian occupational performance measure, СОРМ» (Канадський інструмент оцінки виконання занять), «client/patient-centeredness, client-centered» (клієнто/пацієнтоорієнтованість), «occupation-centeredness, occupation-centered» (заняттєва орієнтованість), «occupation-focused» (заняттєва спрямованість/зосередженість), «occupation-based practice» (практика на основі використання занять).

Для вивчення і аналізу сучасних підходів та рекомендацій щодо здійснення перекладу та валідації інструментів оцінки на основі доповіді пацієнтів/клієнтів, пошуковий запит здійснювався англійською та українською мовами за наступними

пошуковими словами у назві публікації, ключових словах чи резюме з використанням логічних операторів «and» та «or»: «Canadian occupational performance measure, COPM» (Канадський інструмент оцінки виконання занять), «content validation» (змістова валідація/валідизація), «translation and cross-cultural adaptation» (переклад і міжкультурна адаптація), «patient-reported outcome measures» (інструменти оцінки результату на основі звіту пацієнта).

Сучасні підходи щодо організації дослідження за допомогою змішаних методів та використання якісних методів дослідження в ерготерапії було проаналізовано за результатами використання пошукових слів у назві публікації, ключових словах чи резюме з використанням логічних операторів «and» та «or»: «occupational therapy» (ерготерапія), «mixed methods design» (дизайн змішаних методів), «grounded theory» (обґрунтована теорія), «Delphi method» (метод Дельфі).

На етапі інтерпретації даних дослідження для розроблення практичних рекомендацій щодо використання COPM було здійснено пошуковий запит за допомогою пошукових слів у назві публікації, ключових словах чи резюме з використанням логічних операторів «and» та «or» українською та англійською мовами: «occupational therapy» (ерготерапія), «physical therapy» (фізична терапія), «quality of life» (якість життя), «individual rehabilitation plan» (індивідуальний план реабілітації), «effective communication» (ефективна комунікація).

### **2.1.2 Емпіричні методи дослідження**

Основним клінічним інструментом даного дослідження був *Канадський інструмент оцінки виконання занять (COPM)* – іпативний стандартизований інструмент оцінки, який дозволяє вимірювати ефективність ерготерапевтичних втручань шляхом порівняння показників виконання та задоволеності виконанням повсякденних знять клієнтом (Law et al., 2019). У результаті напівструктурованого інтерв'ю клієнт/пацієнт ерготерапії визначає проблеми виконання занять у трьох сферах заняттєвої активності – самообслуговуванні, продуктивності та дозвіллі. За

допомогою 10-бальної шкали клієнт/пацієнт визначає рівень важливості обраних занять (1-не важливе, 10-дуже важливе), а також за 10-бальною шкалою оцінює власне виконання занять та задоволеність виконанням занять (1-не можу виконати/не задоволений, 10-виконую дуже добре/дуже задоволений) [22]. Інтерв'ю проводиться під час первинного оцінювання на початку надання ерготерапевтичних послуг і дозволяє встановити ерготерапевтичні цілі для ППР [102]. На етапі завершення надання ерготерапевтичних послуг проводиться повторне опитування, під час якого клієнт повторно оцінює власне виконання занять та задоволеність виконанням занять для відстеження прогресу щодо виконання пріоритетних для пацієнта/клієнта занять [22, 229]. Мінімальна клінічно значуща різниця показників COPM до та після втручання варіює від 2.0 до 3.5 балів [2, 144].

*Методологія перекладу і міжкультурної адаптації COPM* відповідала сучасним міжнародним рекомендаціям і охоплювала шість етапів, з яких перші п'ять стосувалися процесу перекладу, а шостий включав пілотне тестування та апробацію розробленої версії перекладу: 1) попередній етап (підготовка до перекладу, отримання дозволу на офіційний переклад від COPM, Inc.); 2) прямий переклад українською мовою двома незалежними перекладачами; 3) синтез прямого перекладу; 4) зворотний переклад англійською мовою; 5) узгодження та підготовка остаточного варіанту перекладу; 6) комбіноване попереднє та пілотне тестування для оцінки змістової валідності та якості перекладу [243]. У нашому дослідженні методологія, яка вимагається COPM, Inc. для здійснення іншомовних перекладів, була вдосконалена здійсненням двох незалежних попередніх перекладів, залученням експертної комісії фахівців з ерготерапії на двох етапах перегляду розробленого україномовного перекладу та пілотним тестуванням COPM з цільовою вибіркою клієнтів.

*Соціологічні методи* із використанням опитування було застосовано на кількох етапах дослідження, при цьому розроблення кожного опитувальника

грунтувалося на даних, отриманих у ході аналізу науково-методичної літератури, відповідало меті конкретного етапу дослідження і залучало різні критерії включення та виключення, стратегії формування вибірки та способи розповсюдження опитувальників [52, 96]. Розроблення опитувальників відбувалося відповідно до рекомендацій K.Forsyth & F.Kviz із урахуванням наступних етапів: 1) визначення ключових змінних, які досліджуються на основі огляду літератури та/або консультаціями із представниками цільової вибірки, 2) визначення взаємозв'язків між змінними, 3) концептуальна операціоналізація змінних та визначення формату змінних, 4) визначення найбільш оптимального формулювання питань із урахуванням вимог до зовнішньої валідності, доречності, однозначності, чіткості, професійності, 5) форматування та визначення логічної структури опитувальника, 6) попереднє тестування опитувальника та дебрифінг з респондентами для визначення питань та термінів, які потрібно перефразувати або замінити, та оцінки логічної послідовності питань, 7) редагування і фіналізація опитувальника [96].

*Опитувальник 1: Вивчення використання СОРМ в Україні.* З метою отримання репрезентативних даних від великої кількості різних респондентів для даного анонімного онлайн опитувальника була використана стратегія випадкової вибірки з кількома варіаціями [96]. Опитувальник був розміщений на платформі Qualtrics ТМ. Критеріями включення були: працевлаштування на посаді ерготерапевта в Україні незалежно від сфери практичної діяльності, вікової або нозологічної групи пацієнтів/клієнтів. Критеріями виключення для учасників опитування були: працевлаштування за іншими спеціальностями. Опитувальник був розроблений на основі консультації з членами правління Українського товариства ерготерапевтів (УТЕТ) для узгодження запитань та експертом Університету Індіанapolisа (США) як зовнішнього рецензента. Опитувальник включав закриті та відкриті запитання, запитання з декількома варіантами відповідей та шкали Лайкерта для отримання точних, неупереджених та значущих

даних. Після пілотного тестування з одним респондентом для забезпечення зрозумілості питання, адекватності обсягу та структури опитування було додано варіанти відповідей до одного із запитань для розширення варіативності вибору та внесено зміни в організацію опитування для покращення структури [96]. Опитувальник був розповсюджений у соціальних мережах за допомогою анонімного посилання. Опитування тривало з 10 листопада 2023 року по 18 грудня 2023 року. Питання Опитувальника 1 відображені у додатку (додаток Г).

*Опитувальник 2: Оцінка клієнтоорієнтованості та заняттєвої спрямованості українських ерготерапевтів.* Для даного опитування була застосована неімовірнісна вибірка зручності [96]. Опитувальник був розроблений на основі огляду літератури та результатів попереднього етапу дослідження і мав на меті: 1) дослідити ставлення учасників дослідження до клієнтоорієнтованості та заняттєвої спрямованості як принципів ерготерапевтичної практики, 2) оцінити суб'єктивне сприйняття власного рівня клієнтоорієнтованості та заняттєвої спрямованості ерготерапевтів до участі у дослідженні та 3) зібрати дані щодо досвіду застосування і проблем із адмініструванням СОРМ серед групи учасників дослідження. Для запобігання упередженим відповідям учасників та забезпечення відвертості відповідей опитувальник був анонімним та не збирав демографічних даних учасників. Опитувальник містив відкриті та закриті питання, питання з кількома варіантами та вибір та рейтингові питання за шкалою Лайкерт від 1 до 10. Після пілотного застосування опитувальника з одним із учасників дослідження не було виявлено потреби вносити зміни. Опитувальник подано у додатку (додаток Д).

*Анонімний когнітивний дебрифінг клієнтів ерготерапії та ерготерапевтів.* З метою зменшення ризику упередженості результатів когнітивного дебрифінгу замість застосування інтерв'ю ми використали анонімне онлайн-опитування. Два окремі опитувальники для клієнтів ерготерапії та ерготерапевтів були розроблені на основі критеріїв COSMIN щодо оцінювання змістової валідності інструментів оцінки на основі звіту пацієнтів [49]. Опитувальники були протестовані в пілотному

режимі з одним респондентом із кожної групи учасників на предмет зрозумілості, вичерпності та об'єктивності перед його використанням для всієї вибірки. Дані, зібрані під час пілотного опитування, були включені в аналіз даних, оскільки не було внесено жодних змін у пілотну версію опитувальників. Опитувальники включали відкриті та закриті запитання зі шкалою Лайкерта для отримання наступної інформації: 1) спрощені демографічні дані респондентів, 2) процедури та адміністрування COPM, 3) оцінювання повноти, зрозумілості та актуальності COPM, 4) сприйняття впливу COPM на клієнтоорієнтованість і заняттєву спрямованість послуг ерготерапії. Для оптимальної тривалості опитування, опитувальник для клієнтів ерготерапії не містив відкритих запитань, окрім тих, які збирали спрощену демографічну інформацію. Опитувальники були розміщені на платформі Qualtrics TM. Опитувальники подано у додатках (додатки Е та Ж).

*Розгорнуті інтерв'ю з ерготерапевтами та клієнтами ерготерапії.* З метою розроблення практичної моделі застосування COPM було проведено якісне дослідження за методологією конструктивістської обґрунтованої теорії, яка передбачає якісний індуктивний аналіз розгорнутих інтерв'ю [199, 254]. Узгоджуючись з методологією досліджень за допомогою змішаних методів, поглиблене вивчення досвіду застосування COPM українськими ерготерапевтами мало на меті верифікувати або спростувати кількісні дані, отримані у ході попереднього етапу дослідження. Систематична інтеграція збору та аналізу даних відбувалася із використанням методики формування нотаток на полях (memoing), рядкового кодування (line-by-line coding) та постійного порівняльного аналізу (constant comparative analysis process) [30, 52]. Алгоритм проведення напівструктурованого інтерв'ю був розроблений на основі огляду літератури, результатів попередніх етапів даного дослідження та узгоджений з двома експертами з Університету Індіанаполіса (США), які мають досвід у застосуванні обґрунтованої теорії у якісних дослідженнях. Оскільки сатурація даних із групою клієнтів ерготерапії не була досягнута, результати розгорнутих інтерв'ю з

клієнтами були проаналізовані за допомогою простого тематичного аналізу [30, 52, 150]. Алгоритм проведення розгорнутих напівструктурованих інтерв'ю поданий у додатках (додатки И і К).

*Експертне оцінювання практичних рекомендацій* для застосування СОРМ на етапі гострої та післягострої реабілітації військовослужбовців та цивільних осіб в Україні було проведено за допомогою модифікованого методу Дельфі. На даному етапі дослідження була використана неімовірнісна вибірка зручності [52]. Оскільки рекомендації були розроблені на основі практичної моделі застосування СОРМ як результату попереднього якісного етапу дослідження, нами був обраний модифікований метод Дельфі, який зосереджується на оцінюванні валідності вже сформованих тверджень, а не генерацію ідей [95].

Збір даних здійснювався через онлайн-платформу Qualtrics XM. Інструментарій включав питання для оцінки важливості кожної рекомендації за 9-бальною шкалою, де 1 – найнижча, а 9 – найвища оцінка важливості [164, 215, 297]. Окрім кількісного оцінювання, учасники мали можливість надати якісний зворотний зв'язок: прокоментувати формулювання, аргументувати незгоду або запропонувати додаткові рекомендації.

Процедура передбачала ітеративний підхід. Після першого раунду учасники отримали узагальнений звіт із результатами. Рекомендації, які потребували уточнення, були винесені на повторне оцінювання у другому раунді з урахуванням внесених пропозицій. Рекомендації, які отримали >80% згоди учасників щодо важливості рекомендації, увійшли до підсумкового списку практичних рекомендацій [95].

### **2.1.2 Статистичні методи дослідження**

Під час дослідження використовувалися загальнонаукові методи статистичного аналізу.

Для статистичного аналізу категоріальних даних (частот відповідей респондентів на питання опитувальників 1 і 2) використовувався критерій  $\chi^2$  (хі-квадрат) Пірсона. Для перевірки відповідності спостережуваних частот теоретично очікуваному розподілу (рівномірному або розподілу 1:2) застосовувався критерій згоди Пірсона (Goodness-of-Fit Test).

З метою виявлення статистично значущих відмінностей у розподілах відповідей між незалежними вибірками використовувався критерій незалежності  $\chi^2$  (Test of Independence). У випадках, коли умови застосування критерію  $\chi^2$  не виконувалися (очікувані частоти в комірках таблиці спряженості складали  $< 5$ ), застосовувався двосторонній точний критерій Фішера (Fisher's Exact Test).

Опитувальники 3 та 4 генерували дані, які були проаналізовані за допомогою обчислення індексу змістової валідності CVI, який розраховується на основі оцінювання кожного пункту анкети змістової валідації за 4-бальною шкалою, у якій бали відповідають наступним якісним характеристикам: 4 – дуже доречний (дуже актуальний, великою мірою і т.д.), 3 – доречний (актуальний, достатньою мірою і т.д.), 2 – дещо доречний (дещо актуальний, слабкою мірою і т.д.), 1 – недоречний (неактуальний, дуже слабкою мірою) [21, 193, 263]. Індекс змістової валідності для кожного пункту (I-CVI) розраховувався як відношення кількості експертів, які оцінили пункт у 3 або 4 бали, до загальної кількості експертів:

$$I - CVI = \frac{\text{Кількість балів 3 і 4}}{\text{Кількість експертів, що поставили бали 3 і 4}} [263].$$

Описова статистика кількісних даних, залежно від типу розподілу, представлена у вигляді середнього арифметичного ( $\bar{x}$ ) та стандартного відхилення (SD) (для даних з нормальним розподілом) або у вигляді медіани (Me) та першого і третього квантилів (Q1–Q3) (для даних, розподіл яких відрізняється від

нормального, та порядкових змінних). Для окремих показників розраховано стандартну помилку (SE), а також найменше ( $X_{\min}$ ) і найбільше значення ( $X_{\max}$ ).

Порівняльному аналізу передувала перевірка припущень про нормальність розподілу емпіричних даних за W-критерієм Шапіро–Уїлка. Оскільки розподіл даних відрізнявся від нормального, порівняння показників здійснювалося за допомогою непараметричних критеріїв.

Порівняльний аналіз показників виконання занять та задоволеності виконанням між двома незалежними вибірками (військовослужбовці / цивільні) був здійснений за допомогою t-критерію Стюдента (для нормально розподілених даних) або непараметричного U-критерію Манна-Уїтні для незалежних вибірок (для даних, розподіл яких відрізняється від нормального, та порядкових змінних). Перед застосуванням t-критерію Стюдента рівність дисперсії перевірялася за допомогою критерію Левена.

Для оцінки практичної значущості виявлених відмінностей, окрім рівня статистичної значущості (p), здійснювався розрахунок розміру ефекту (Effect Size). У випадку застосування параметричного t-критерію Стюдента розмір ефекту визначався за допомогою показника d Коена (Cohen's d). Інтерпретація отриманих значень проводилася за класичною шкалою Дж. Коена, де  $d \approx 0,20$  свідчить про малий ефект,  $d \approx 0,50$  – про середній, а  $d \approx 0,80$  і вище – про великий ефект.

При використанні непараметричного U-критерію Манна-Уїтні для порядкових даних розмір ефекту розраховувався через показник r. Для інтерпретації цього показника також використовувалися рекомендації Дж. Коена, згідно з якими  $r \approx 0,10$  відповідає малому ефекту,  $r \approx 0,30$  – середньому, а  $r \approx 0,50$  – великому ефекту [39].

Для оцінки пріоритетності заняттєвих проблем у досліджуваних групах військовослужбовців та цивільних було застосовано ранговий дисперсійний аналіз Фрідмана ( $\chi^2$ , непараметричний аналіз Фрідмана). У випадку виявлення статистично значущих відмінностей проводили попарні апостеріорні порівняння

(post-hoc аналіз) за допомогою критерію знакових рангів Вілкоксона (Wilcoxon signed-rank test) з урахуванням поправки Бонферроні для множинних порівнянь, що дозволило уникнути помилок першого роду.

Для оцінювання впливу СОРМ на клієнтоорієнтованість та заняттєву спрямованість було здійснено порівняльний аналіз показників (за Опитувальниками 2 та 3), отриманих до та після участі у дослідженні, за Т-критерієм Вілкоксона (Wilcoxon signed-rank test).

Статистична обробка результатів застосування методу Дельфі здійснювалася з використанням методів описової статистики (розрахунок частот та часток). Для інтерпретації результатів оцінки експертів за 9-бальною шкалою були перекодовані (згруповані) у три категорії: «неважлива» (1–3 бали), «має значення» (4–6 балів) та «дуже важлива» (7–9 балів) [164, 215, 297]. Основним статистичним показником виступав відсоток узгодженості (Percentage of Agreement), який визначався як частка експертів, що оцінили рекомендацію у діапазоні 7–9 балів (категорія «рекомендація дуже важлива»). Поріг консенсусу був встановлений на рівні 80% узгодженості експертів.

Висунуті гіпотези перевірялися на рівні статистичної значущості альфа 0,05.

Статистичні дані були зібрані та проаналізовані за допомогою SPSS (Версія 28).

## **2.2 Організація дослідження**

Для репрезентативності вибірки учасників дослідження було проведено на базі десятих закладів охорони здоров'я та/або реабілітаційних закладів у шести областях України у період з січня 2024 по червень 2025 року: Комунальне некомерційне підприємство «Броварська багатопрофільна клінічна лікарня» (м.Бровари, Київська обл.), Центр нейрореабілітації та відновлення після інсульту «Result» (м.Київ), Центр фізичної реабілітації «Фенікс» (м.Київ), Комунальне

підприємство «Рівненський обласний госпіталь ветеранів війни» (с.Клевань, Рівненська обл.), Комунальне некомерційне підприємство «Центральна міська лікарня» Рівненської міської ради (м.Рівне), Військово-медичний клінічний центр Західного регіону (м.Львів), Західний реабілітаційно-спортивний центр НКСІУ (с.Яворів, Львівська обл.), Комунальне некомерційне підприємство обласної клінічної лікарні Івано-Франківської обласної ради (м.Івано-Франківськ), Комунальне некомерційне підприємство «Міська клінічна лікарня №4» Дніпровської міської ради (м.Дніпро), Комунальне некомерційне підприємство «Вінницька обласна психоневрологічна лікарня ім.О.І.Ющенко» Вінницької обласної ради (м.Вінниця). Протокол дослідження схвалено комітетом біоетики Національного університету фізичного виховання і спорту України на засіданнях 11.09.2023 року (Протокол №4/1) та 01.02.2024 року (Протокол №1).

У процесі дослідження було залучено чотири групи учасників: 1) фахівці, залучені до процесу перекладу та культурної адаптації COPM, 2) ерготерапевти, залучені до пілотної апробації, змістової валідації та розгорнутих інтерв'ю після досвіду застосування COPM, 3) клієнти ерготерапії, залучені до пілотної апробації та змістової валідації перекладу, 4) ерготерапевти, залучені до валідації практичних рекомендацій з використання COPM.

*Перша група учасників* була залучена під час першого етапу проведення дослідження з метою здійснення перекладу та міжкультурної адаптації COPM.

**Таблиця 2.1** – Характеристики першої групи учасників

Демографічні показники учасників групи 1	Кількість учасників групи 1, N=8
Стать	Жінки – 8
Професія	Ерготерапевти – 7 Професійний перекладач – 1
Навички володіння мовою	Володіння англійською та українською мовами – 8
Досвід роботи	5 років і більше (ерготерапевти) – 7
Науковий ступінь	Доктори філософії - 2

Критеріями включення для першої групи учасників були: досвід роботи на посаді ерготерапевта в Україні, вільне володіння мовою оригіналу (англійською) та цільовою мовою (українською), досвід перекладу ресурсів з ерготерапії, знання реабілітаційної термінології. Демографічні дані учасників представлені у таблиці (таблиця 2.1).

*Друга група учасників* включала ерготерапевтів, які брали участь у апробації, змістовій валідації та якісному дослідженні досвіду застосування СОРМ ерготерапевтами України. Критеріями включення для учасників Групи 2 були: працевлаштування на посаді (або у ролі) ерготерапевта в українському закладі охорони здоров'я, вільне володіння українською мовою та участь в онлайн-тренінгу з адміністрування СОРМ. Демографічні характеристики другої групи представлені у таблиці (таблиця 2.2).

**Таблиця 2.2** – Характеристики другої групи учасників

Характеристики	Учасники Групи 2, n (%), N=20
Стать	Жінки – n=20
Освіта	Формальна освіта з ерготерапії, n=3 Освіта з фізичної реабілітації, n=4 Освіта з фізичної терапії та ерготерапії (об'єднані), n=13
Досвід роботи	0 – 1 років: 4 1 – 2 років: 5 3 - 5 років: 4 Більше 5 років: 7
Сфера практичної діяльності	Загальна реабілітація: 18 Спеціалізована неврологічна реабілітація (УСМ): 2
Географічне представлення	Східна Україна: Дніпровська обл – 2 Центральна Україна: Вінницька обл – 2 Північна Україна: Київська обл – 5; Рівненська обл – 3 Західна Україна: Львівська обл – 5; Ів.-Франківська обл – 3

До *третьої групи учасників* увійшли клієнти ерготерапії, з якими учасники другої групи застосовували СОРМ під час пілотного тестування. Критеріями включення учасників третьої групи були: отримання послуг ерготерапії в Україні, вільне володіння українською мовою, вік старше 18 років, здатність відповідати на запитання про повсякденне життя та підписати інформовану згоду. Демографічні дані учасників третьої групи представлені у таблиці (таблиця 2.3).

**Таблиця 2.3** – Характеристики третьої групи учасників

Демографічні дані	Статистичні дані, n (%) N=84
Стать	Чоловіки – 66 (79%) Жінки – 18 (21%)
Вік	18-25 років – 6 (7%) 26-35 років – 22 (26%) 36-45 років – 18 (21%) 46-60 років – 25 (30%) Більше 60 років – 13 (15%)
Сімейний стан	Одружений – 47 (56%) Неодружений – 35 (42%) Співмешкаю – 2 (2%)
Діти	Мають дітей – 53 (63%) Не мають дітей – 31 (37%)
Військовий статус	Військовослужбовці (воєнна травма) – 43 (51%) Цивільні – 41 (49%)

З третьої групи на участь у розгорнутих інтерв'ю погодилося чотири клієнти ерготерапії: 2 цивільні жіночої статі та 2 військовослужбовця чоловічої статі.

До *четвертої групи учасників* увійшли 12 ерготерапевтів, які здійснювали валідацію практичних рекомендацій для застосування СОРМ на етапі гострої та післягострої реабілітації військовослужбовців та цивільних в Україні. Критеріями включення до експертної групи були: досвід ерготерапевтичної практики не менше 2 років, досвід застосування СОРМ у практичній діяльності, надання послуг

військовослужбовцям і ветеранам, проходження навчального курсу з використання SOPM.

**Таблиця 2.4** – Характеристики четвертої групи учасників

Характеристики	Учасники Групи 4, n (%) N=12
Стать	Жінки – n=12
Досвід роботи	2 – 3 роки: 2 (17%) 4 – 5 років: 3 (25%) Більше 5 років: 7 (58%)
Тип закладу охорони здоров'я	Державний заклад – 6 (50%) Військовий госпіталь – 2 (17%) Приватний реабілітаційний центр – 4 (33%)
Реабілітаційний етап надання послуг	Гострий, післягострий та довготривалий – 7 (58%) Гострий та/або післягострий та/або довготривалий – 3 (25%) Довготривалий – 2 (17%)
Основна нозологічна категорія клієнтів	Неврологічні нозології – 5 (42%) Ортопедичні нозології – 1 (8%) Різні нозологічні профілі клієнтів (відділення широкого профілю) – 6 (50%)
Географічне представлення	Східна Україна: Дніпровська обл – 2 Центральна Україна: Вінницька обл – 2 Північна Україна: Київська обл – 3 Рівненська обл – 2 Західна Україна: Львівська обл – 3

На **першому етапі** дослідження (вересень 2022 – грудень 2023 рр.) було проаналізовано спеціальну науково-методичну літературу та провідний світовий досвід щодо найкращих практик для забезпечення клієнтоорієнтованості та заняттєвої спрямованості ерготерапевтичних послуг, сформульовано дослідницькі гіпотези, конкретизовано об'єкт, предмет і мету дослідження та визначено потребу у підтвердженні актуальності теми дослідження. З метою підтвердження актуальності обраної тематики було проведено пілотне опитування щодо використання SOPM в Україні, за результатами якого було обґрунтовано потребу у

здійсненні нового офіційного перекладу СОРМ українською мовою. Дозвіл на переклад СОРМ було отримано від авторів даного інструмента оцінки. На основі аналізу науково-методичної літератури було підбрано відповідну методологію дослідження та здійснено новий офіційний переклад бланку СОРМ та посібника із застосування СОРМ українською мовою.

На **другому етапі** (січень 2024 – травень 2024 рр.) було проведено міжкультурну адаптацію та валідацію інструмента СОРМ. Для проведення даного етапу дослідження було укладено договори та меморандуми про співпрацю з десятима закладами охорони здоров'я та реабілітаційними закладами, до участі у дослідженні було запрошено двадцять одного ерготерапевта. Після проведення ознайомчої зустрічі та застосування критеріїв включення двадцять ерготерапевтів з десяти різних закладів охорони здоров'я або реабілітаційних центрів підписали інформовану згоду відповідно до вимог Гельсінської декларації про дослідження з людьми. Учасники були проінформовані про переваги та потенційні ризики участі у дослідженні та мали можливість залишити дослідження у будь-який час без будь-яких наслідків.

Перед безпосередньою участю у валідації нового перекладу СОРМ з метою отримання інформації про уявлення учасників дослідження другої групи щодо клієнтоорієнтованості та заняттєвої спрямованості власної професійної діяльності було проведено анонімне опитування. Інформація, отримана у результаті опитування, була використана для організації та планування змісту тренінгу з використання СОРМ. Тренінг був проведений перед застосуванням СОРМ з клієнтами ерготерапії у рамках дослідження. Самооцінювання власного рівня клієнтоорієнтованості та заняттєвої спрямованості було здійснено як пре-тест до участі у дослідженні. Бланки СОРМ були придбані на сайті СОРМ, Inc. та надіслані учасникам дослідження поштою. Перед збором даних для дослідження кожен учасник застосував СОРМ з мінімум п'ятьма клієнтами. Після пілотного тестування СОРМ ерготерапевти та клієнти ерготерапії взяли участь у когнітивному

дебрифінгу за допомогою анонімного опитування. У результаті опитування було отримано якісні та кількісні дані щодо впливу СОРМ на клієнтоорієнтованість та заняттєву спрямованість ерготерапевтичних послуг та здійснено статистичний аналіз.

На **третьому етапі** дослідження (червень 2024 – червень 2025 рр.) для верифікації попередніх даних було проаналізовано кількісні показники, отримані у ході дослідження, на основі статистичного аналізу бланків СОРМ. З метою вивчення особливостей застосування СОРМ з військовослужбовцями і ветеранами було проаналізовано характер визначених проблем виконання занять військовослужбовцями та цивільними клієнтами/пацієнтами у ході інтерв'ю за допомогою СОРМ. Для поглибленого вивчення досвіду застосування СОРМ в Україні та роз'яснення кількісних даних було проведено розгорнуті інтерв'ю з ерготерапевтами та їх клієнтами, які брали участь у валідації українського перекладу СОРМ на попередньому етапі дослідження. На основі якісного аналізу інтерв'ю за допомогою обґрунтованої теорії та розроблено практичну модель застосування СОРМ в Україні на етапі гострої та післягострої реабілітації військовослужбовців та цивільних осіб. Розроблено та валідовано рекомендації щодо застосування СОРМ в Україні за допомогою модифікованого методу Дельфі.

На **четвертому етапі** дослідження (липень 2024 – грудень 2025 рр.) було проаналізовано теоретичні та емпіричні дані дослідження, систематизовано результати, зроблено висновки про виконання завдань і наукову новизну дисертаційного дослідження, підготовлено дисертаційну роботу до апробації та офіційного захисту. Протягом виконання дисертаційного дослідження основні результати були апробовані на наукових конференціях та науково-практичних семінарах.

Загальний дизайн та організація дисертаційного дослідження представлені у додатку (додаток Л).

## РОЗДІЛ 3

### ПЕРЕКЛАД, МІЖКУЛЬТУРНА АДАПТАЦІЯ І ЗМІСТОВА ВАЛІДАЦІЯ КАНАДСЬКОГО ІНСТРУМЕНТА ОЦІНКИ ВИКОНАННЯ ЗАНЯТЬ

#### 3.1 Вивчення потенціалу до інтеграції COPM в ерготерапевтичну практику в Україні

Зважаючи на новизну ерготерапії в українській реабілітації, перед здійсненням перекладу, міжкультурної адаптації та валідації COPM було доцільно з'ясувати, наскільки обізнані українські фахівці з даним інструментом оцінки та наскільки зацікавлені використовувати його у власній професійній діяльності. З цією метою було здійснено пілотне опитування ерготерапевтів України щодо їх досвіду застосування COPM у процесі надання ерготерапевтичних послуг. Після застосування критеріїв виключення було проаналізовано 213 відповідей із 176 повними відповідями та 37 неповними відповідями, які мали щонайменше 41% результатів. Опитувальник включав низку питань, які стосувалися лише тих ерготерапевтів, які застосовують COPM у практичній діяльності, тому неповні відповіді були збережені, оскільки вони представляли відповіді фахівців із обмеженим досвідом застосування COPM, та не скомпрометували зібрані дані. Зміст відповідей на відкриті питання було проаналізовано та узагальнено в загальних темах. Сфери професійної діяльності ерготерапевтів, які взяли участь в опитуванні, представлені в таблиці (таблиця 3.1).

З 213 респондентів 122 (58%) ерготерапевти повідомили, що використовують COPM у процесі надання ерготерапевтичних послуг принаймі певною мірою. Більшість респондентів зазначили, що використовують COPM з менш ніж 25% клієнтів/пацієнтів, і ще менше респондентів використовують його частіше (таблиця

3.2). Критерій хі-квадрат підтвердив, що ця частота є статистично значуще вищою за очікувану при рівномірному розподілі ( $\chi^2=4,61$ ;  $df=1$ ;  $p=0,0001$ ).

**Таблиця 3.1** – Сфери практичної діяльності учасників опитування

Сфера професійної діяльності	N (%) працевлаштованих ерготерапевтів із 213 респондентів
Неврологія	118 (56%)
Педіатрія	40 (19%)
Ортопедія і травматологія	39 (18%)
Геріатрія	2 (1%)
Інше (інші сфери практики в тому числі освіта)	13 (6%)

### 3.1.1 Частота використання COPM у ерготерапевтичній практиці в Україні

З 213 респондентів 122 (58%) ерготерапевти повідомили, що використовують COPM у процесі надання ерготерапевтичних послуг принаймі певною мірою. Більшість респондентів зазначили, що використовують COPM з менш ніж 25% клієнтів/пацієнтів, і ще менше респондентів використовують його частіше (таблиця 3.2). Критерій хі-квадрат підтвердив, що ця частота є статистично значуще вищою за очікувану при рівномірному розподілі ( $\chi^2=4,61$ ;  $df=1$ ;  $p=0,0001$ ).

При цьому, 130 респондентів опитування вказали, що під час навчання в університеті вони не мали можливості опанувати методику адміністрування COPM, що відповідає 61% респондентів на це запитання. Тобто в статистично значуще більшій кількості випадків ( $\chi^2=10,90$ ;  $df=1$ ;  $p=0,0001$ ) ерготерапевти не опанували COPM у освітньому процесі.

**Таблиця 3.2** – Частота використання COPM

Частота	N (%) із 155 респондентів на це запитання
З 25% пацієнтів або менше	70 (45%)
З 25–50% пацієнтів	44 (28%)

## Продовження таблиці 3.2

У 50–75% пацієнтів	22 (14%)
З понад 75% пацієнтів	15 (10%)
З кожним пацієнтом	4 (3%)

Аналіз підтвердив, що в статистично значущій ( $\chi^2=34,81$ ;  $df=1$ ;  $p<0,0001$ ) більшості випадків ерготерапевти використовують СОРМ з часткою клієнтів/пацієнтів, яка не перевищує 50%.

### 3.1.2 Очікувані переваги та бар'єри до використання СОРМ у клінічній практиці

З метою з'ясування причин використання чи невикористання СОРМ, було важливо проаналізувати бачення українських ерготерапевтів щодо складності та корисності впровадження СОРМ у повсякденну професійну практику. У середньому респонденти оцінили складність використання СОРМ на 4,7 бали з 10 (1= максимально простий, 10 = максимально складний). Респонденти оцінили корисність СОРМ в середньому на 8 балів з 10 (1=зовсім не корисний, 10=дуже корисний).

Учасникам опитування було запропоновано поділитися власним баченням щодо застосування СОРМ у клінічній практиці за допомогою відкритих запитань. Відповіді щодо передбачуваних переваг використання СОРМ були згруповані за такими категоріями: 1) корисність (зручність, повнота оцінювання, інформативність, ефективність процесу оцінювання), 2) вимірювання результату (полегшення практики та систематизація процесу оцінки, можливість моніторингу ефективності втручання, наявність суб'єктивної та об'єктивної складової оцінки), 3) клієнтоорієнтованість (орієнтованість на задоволення потреб і цінностей клієнта, активне залучення клієнта в процес встановлення цілей, індивідуалізація оцінки, можливість розставляти пріоритети щодо цілей і об'єктивізувати суб'єктивну

оцінку клієнта), 4) полегшення процесу встановлення цілей для ППР (легкість встановлення реабілітаційних цілей при використанні COPM), 5) заняттєве спрямування (зростання розуміння важливості виконання занять як для пацієнта так і для терапевта).

Згідно отриманих кількісних результатів, головним бар'єром до впровадження COPM в Україні є відсутність знань та навичок адміністрування COPM: в статистично значущій ( $\chi^2=47,94$ ;  $df=1$ ;  $p<0,0001$ ) більшості респонденти вказали на дану проблему (таблиця 3.3).

**Таблиця 3.3** – Бар'єри до впровадження COPM в Україні

Бар'єри	N (%) із 164 відповідей
Відсутність знань та навичок адміністрування COPM	121 (74%)
Відсутність розуміння цінності COPM для практики ерготерапії	63 (38%)
Брак часу для використання COPM	60 (36%)
Відсутність інтеграції даних COPM у системи медичної документації	43 (26%)
Страх бути сприйнятим пацієнтами «непрофесійними»	24 (15%)
Недостатня «медична» спрямованість COPM	11 (7%)
Інше	3 (2%)

Установлено, що частота, з якою респонденти вказали на відсутність розуміння цінності як на бар'єр, статистично не відрізняється ( $\chi^2=1,75$ ;  $df=1$ ;  $p=0,1858$ ) від очікуваного розподілу 1:2. Тобто, цей бар'єр назвало приблизно третина опитаних. Так само й щодо брак часу для використання COPM ( $\chi^2=0,68$ ;  $df=1$ ;  $p=0,4082$ ). На решту бар'єрів як на найбільш значимі вказало статистично значуще ( $p<0,05$ ) менше третини респондентів.

У розширених коментарях респондентів щодо обґрунтування обмеженої інтеграції COPM у клінічну практику чотири фахівці зазначили, що у порівнянні з COPM віддають перевагу коротким шкалам та іншим інструментам оцінювання, таким як Barthel Index (BI, Індекс Бартел), Functional Independence Measure (FIM,

Оцінка функціональної незалежності) Pediatric Disability Evaluation Inventory (PEDI, Опитувальник оцінки дитячої інвалідності). Зауважимо, що усі вищезгадані інструменти оцінювання мають різні цілі, тому їх порівняння з COPM не є доречним. Двоє фахівців висловили думку, що COPM неможливо застосовувати у їхній сфері професійної діяльності, а саме у педіатричній практиці та у межах лікарні через коротке перебування пацієнтів.

Додатково, троє респондентів зазначили, що їхнім пацієнтам важко зрозуміти мету інтерв'ю на основі COPM, і один респондент зауважив, що пацієнтам із проблемами психічного здоров'я важко знайти мотивацію для встановлення індивідуальних цілей реабілітації. На думку двох респондентів перешкодою для впровадження COPM у рутинну практику є велика кількість клієнтів/пацієнтів та перевантаженість фахівців. Двадцять дев'ять респондентів мали запитання про використання та адміністрування COPM, активно висловлюючи бажання дізнатися більше про даний інструмент оцінки результату і навчитися правильно ним користуватися. Отримані коментарі вказують на те, що фахівці мають обмежений досвід роботи в ерготерапії, не володіють інформацією щодо найкращих практик застосування інструментів оцінювання у ерготерапії та потребують підсилення фахової підготовки.

### **3.1.3 Версії перекладу COPM**

На запитання щодо версії перекладу COPM, яку фахівці застосовують в Україні, дали відповідь 119 респондентів. Лише 13% респондентів (n=16) повідомили, що користуються ліцензованим українським перекладом, придбаним на веб-сайті COPM, Inc. Також, 9% (n=10) респондентів повідомили, що користуються ліцензованими або неліцензованими версіями російського перекладу COPM. Зрештою, переважна більшість ерготерапевтів (78%, n=93) користуються різними неліцензованими версіями українського перекладу COPM, здійсненими їхніми колегами або невідомим автором.

У ході дослідження ми отримали і порівняли три доступні нам переклади SOPM українською мовою, включаючи офіційний ліцензійний український переклад, доступний на веб-сайті SOPM Inc. у 2022 році, а також дві версії неліцензійних перекладів, які використовуються українськими ерготерапевтами у різних реабілітаційних закладах. Усі три версії мали різні переклади назви інструмента оцінки. Дослівний зворотній переклад варіантів включає наступні: «Канадська шкала ефективності діяльності», «Канадська оцінка виконання діяльності» та «Канадська оцінка виконання занять». Аналіз використаної термінології дає можливість стверджувати, що неліцензійні версії SOPM видаються калькованими перекладами, здійсненими з російської мови. Ключові поняття професії, такі як «заняття» та «виконання занять», а також ключові конструкції SOPM, такі як «виконання» і «задоволеність», мали різні переклади в усіх версіях.

### **3.1.4 Використання SOPM з ветеранами та військовослужбовцями в Україні**

У ході опитування респонденти мали можливість повідомити, чи використовували вони SOPM з військовослужбовцями або ветеранами та чи помітили вони відмінності у його використанні з даною категорією клієнтів порівняно з цивільним населенням. П'ятдесят п'ять ерготерапевтів (34%, n=160) доповіли, що використовують SOPM з військовослужбовцями та/або ветеранами. Тринадцять з них (24%) зазначили, що використання SOPM з ветеранами має певні особливості, зокрема через комплексність та рівень складності травм, відмінності в життєвих пріоритетах щодо відновлення, відмінності в цільових заняттях. Була висловлена думка про відсутність актуальності SOPM для клієнтів з ампутаціями, а також про те, що заняттєві проблеми військовослужбовців здебільшого обмежуються поверненням до військової служби. Додатково, двоє респондентів вважають, що військовослужбовці та ветерани мають низький рівень довіри до інструментів оцінки на основі інтерв'ю. З іншого боку, один респондент зазначив,

що з військовослужбовцями та ветеранами легше використовувати COPM, оскільки вони є більш мотивовані брати активну участь у процесі оцінювання, ніж цивільні клієнти.

Відповідно, даний етап дослідження підтвердив актуальність COPM для практичної діяльності ерготерапевтів в Україні та необхідність здійснення нового українського перекладу COPM для узгодження з термінологією професії. Результати пілотного опитування також висвітлили необхідність подальшого аналізу особливостей використання COPM з військовослужбовцями та ветеранами.

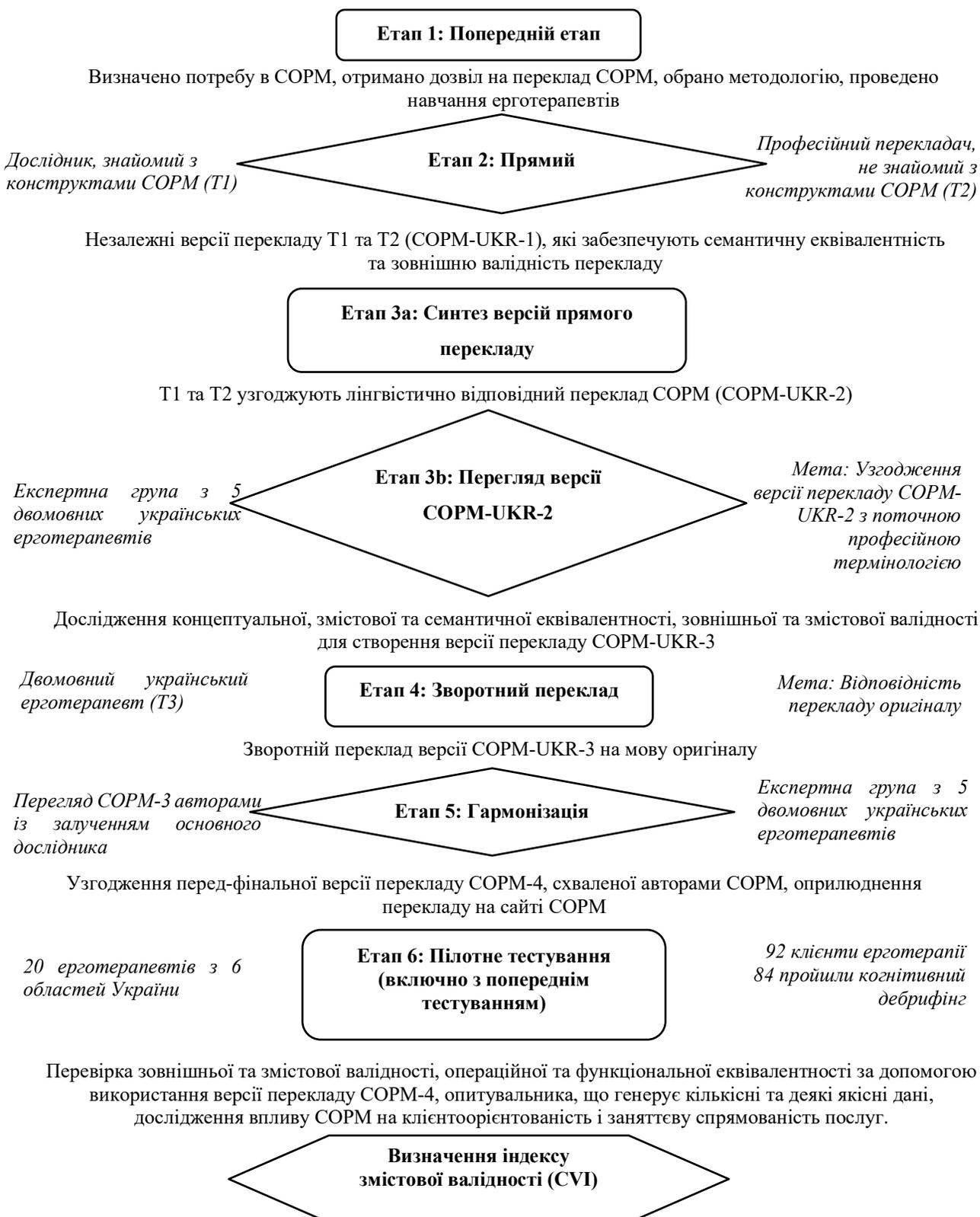
### **3.2 Переклад, міжкультурна адаптація та оцінка змістової валідності українського перекладу COPM**

Для реалізації поставленого завдання дисертаційного дослідження ми взяли за основу сучасні міжнародні рекомендації та методологію опублікованих наукових досліджень [49, 80, 155, 156, 195, 243]. Багатоетапний процес здійснення українського перекладу та міжкультурної адаптації та змістової валідації COPM представлено на рисунку (рисунок 3.1). Варто акцентувати на тому, що залучення фахівців з реабілітації у процесі здійснення перекладу та міжкультурної адаптації інструментів оцінки у сфері охорони здоров'я відповідає найкращим практикам, адже виходить за межі лінгвістичного перекладу [156, 243]. Відповідно, наше дослідження переслідувало мету забезпечити не тільки семантичну відповідність української версії COPM, але і такі досягнути таких видів еквівалентності, як: концептуальна (відповідність концептів або понять), змістова (відповідність, доречність та важливість понять у іншій культурі), операційна (прийнятність формату, методу або способу адміністрування), вимірювання (дослідження психометричних властивостей, зокрема змістової валідності), та функціональна (використання згідно початкової мети) [117].

### 3.2.1 Переклад та міжкультурна адаптація СОРМ

Попередній етап дослідження (*Етап 1*) частково описаний вище (розділ 3.1). Окрім обґрунтування потреби у здійсненні нового офіційного українського перекладу СОРМ та підтвердження актуальності даного інструмента оцінки для українських ерготерапевтів, на даному етапі було отримано офіційний дозвіл на переклад СОРМ від розробників, обрано методологію перекладу та визначено ролі залучених дослідників. Для здійснення етапів 2-5 (рисунок 3.1), було залучено першу групу учасників дослідження, які взяли участь у здійсненні перекладу та міжкультурної адаптації україномовної версії СОРМ. Перша група учасників включала аспірантку, професійного перекладача, п'ятьох ерготерапевтів експертного комітету та двомовного ерготерапевта для здійснення зворотного перекладу. Демографічні дані учасників цієї групи представлені у таблиці (таблиця 2.1)

З метою забезпечення семантичної еквівалентності, прямий переклад СОРМ, здійснений на *Етапі 2*, генерував дві незалежні попередні версії СОРМ українською мовою, здійснені аспіранткою та професійним перекладачем.



**Рисунок 3.1** – Етапи здійснення українського перекладу, міжкультурної адаптації та валідації COPM

Для забезпечення зовнішньої валідності перекладу, на *Emani 3a* шляхом синтезу двох незалежних версій була розроблена консенсусна версія перекладу COPM-2. З метою узгодження версії з сучасною ерготерапевтичною термінологією в українській мові, був застосований підхід комітету за участю п'яти експертів, які відповідали критеріям включення до дослідження (див. розділ 2.2). Під час *Emanu 3b* була експерти надали відгуки щодо ключової потенційно спірної термінології та сприяли узгодженню перекладу з професійною термінологією ерготерапії.

*Eman 4* включав одного двомовного ерготерапевта, який здійснив зворотний переклад COPM англійською для подальшого перегляду одним із розробників COPM.

На *Emani 5* відбулося рецензування зворотного перекладу одним із розробників COPM, узгодження та підготовка остаточної версії українського перекладу. Після цього знову була долучена експертна група для обговорення проблемних моментів перекладу, що залишилися.

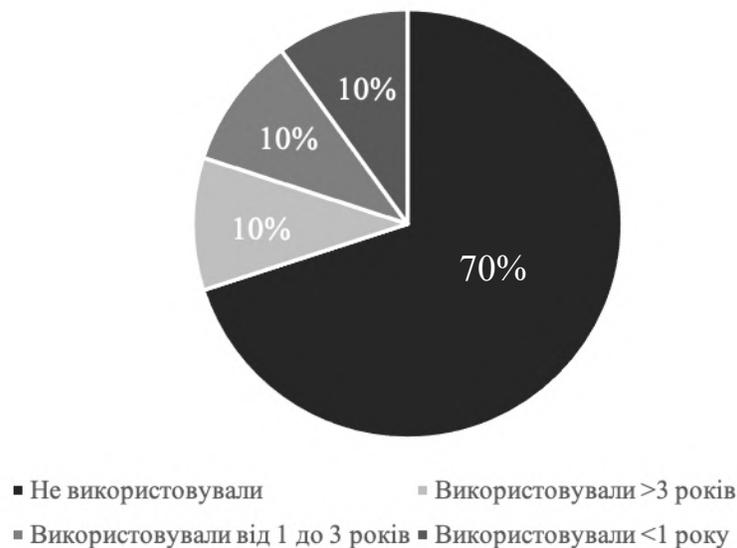
Під час багатоетапного процесу перекладу учасники групи 1 узгодили переклад низки термінів, які по-різному у різних версіях перекладу, а саме: заняттєва активність, виконання занять, інструмент оцінки, практика, терапія, що ґрунтується на заняттєвій активності, встановлення цілей втручання, оцінювання, визначення прогресу та результату, оцінювання, пересування у громаді та соціалізація. Крім того, група експертів рекомендувала використовувати жіночий і чоловічий рід у бланках COPM. Порівняльна таблиця перекладу ключових складних термінів COPM наведена у додатку (додаток М).

Після затвердження та публікації нової офіційної версії перекладу на сайті COPM, було здійснено пілотне тестування COPM у рамках надання ерготерапевтичних послуг на післягострому та гострому етапі надання реабілітаційних послуг.

*Eman 6:* Для забезпечення мовної та культурної репрезентації багатьох регіонів України, до пілотного тестування і валідації українського перекладу COPM

були залучені фахівці 10 закладів охорони здоров'я з шести різних регіонів України, які відповідали критеріям включення (див.розділ 2.2). З метою ознайомлення з загальною метою, етапами та процедурою дослідження була проведена онлайн-сесія відеоконференції, на якій були присутні 21 ерготерапевти. Інформовану згоду до участі у дослідженні підписало 20 фахівців, які взяли участь у інформаційній сесії для роз'яснення методів збору інформації, стратегій деідентифікації документації та графіку збору даних.

Додатково, учасники групи 2 даного дослідження (див.розділ 2.2), взяли участь у опитуванні, розробленому з метою збору попередньої інформації щодо досвіду застосування СОРМ, питань щодо адміністрування СОРМ, а також оцінки власного рівня клієнтоорієнтованості та заняттєвої спрямованості у процесі надання ерготерапевтичних послуг. Отримана інформація була використана для формування тренінгу з адміністрування СОРМ, у якому взяли участь усі учасники групи 2. У результаті проведеного опитування було виявлено, що лише 6 з 20 ерготерапевтів регулярно застосовували СОРМ до участі у дослідженні. Досвід використання СОРМ учасниками групи 2 представлений на рисунку (рисунок 3.2).



**Рисунок 3.2** – Використання СОРМ учасниками групи 2 до участі у дослідженні, n=20

Серед причин невикористання СОРМ у повсякденній практиці ерготерапевти насамперед зазначили низьку обізнаність з методикою застосування СОРМ. Інші озвучені причини включали наступні: брак розуміння доцільності та користі від СОРМ для ерготерапевтичної практики, відсутність якісного українського перекладу СОРМ, а також труднощі із залученням пацієнта до самостійного визначення проблем виконання занять. Троє фахівців визнали, що мали упереджене ставлення до СОРМ, зокрема щодо неможливості впровадження СОРМ в Україні через короткотривалість курсів реабілітації, довгу тривалість адміністрування СОРМ, та культурну невідповідність СОРМ в українському контексті. Ці та інші питання були адресовані протягом тренінгу з адміністрування СОМР для мінімізації особистих упереджень, які могли б вплинути на результати дослідження.

Клієнти ерготерапії десяти закладів охорони здоров'я, які відповідали критеріям включення, отримали інформацію про дослідження від закладу за допомогою відеозапису та детального опису процедури та вимог до участі в дослідженні, викладених в інформованій згоді (див. розділ 2.2). Відповідно, клієнти, які підписали інформовану згоду на участь у дослідженні, увійшли до третьої групи учасників (див. розділ 2.2). Група 3 складалася переважно з осіб чоловічої статі віком від 25 до 60 років, при цьому за військовим статусом учасники розподілилися майже порівну між військовослужбовцями/ветеранами, та цивільними клієнтами. Детальні демографічні дані учасників групи 3 даного дослідження представлені у таблиці (таблиця 2.3). В контексті первинного заняттєвого запиту, важливо було з'ясувати, чи планують військовослужбовці повертатися на військову службу за умови покращення функціонального стану. Виявилось, що переважна більшість учасників дослідження, які є військовослужбовцями або ветеранами, не планують повертатися до служби після реабілітації (рисунок 3.3). Протягом пілотного застосування СОРМ учасники групи 2 провели 92 первинних інтерв'ю СОРМ з клієнтами, які підписали інформовану згоду, а потім провели 87 інтерв'ю для повторного оцінювання. Загалом протяго

дослідження було проведено 179 інтерв'ю за допомогою COPM. Кожен ерготерапевт в середньому отримав дані від чотирьох клієнтів.



**Рисунок 3.3** – Наміри військовослужбовців (ветеранів) щодо повернення на військову службу після реабілітації, n=43

### 3.2.2 Змістова валідація COPM

Згідно сучасних міжнародних рекомендацій для здійснення зовнішньої та змістової валідації україномовної версії перекладу COPM було проведено когнітивний дебрифінг з ерготерапевтами та клієнтами ерготерапії [243]. У літературі задокументовано проведення когнітивного дебрифінгу шляхом інтерв'ювання [80, 155, 156], однак у нашому дослідженні ми обрали провести когнітивний дебрифінг шляхом анонімного опитування з метою отримання максимально об'єктивної інформації та мінімізації впливу особистих чинників (див. розділ 2.1.2). Додатково були проведені розгорнуті інтерв'ю з представниками обох груп учасників для глибшого дослідження досвіду застосування COPM (див. розділ 4). Клієнти ерготерапії взяли участь у анонімному опитуванні після участі у повторному оцінюванні за допомогою COPM наприкінці курсу ерготерапії. Ерготерапевти взяли участь у анонімному опитуванні після пілотного застосування

SOPM. Результати, представлені у таблиці, свідчать про те, що більшість ерготерапевтів і клієнтів ерготерапії вважають український переклад SOPM доречним, актуальним, зрозумілим і вичерпним (таблиця 3.4). Індекс змістової валідності (CVI) становить 0,89 або вище, що свідчить про відмінну змістову валідність українського перекладу SOPM [193].

**Таблиця 3.4** – Змістова валідність SOPM на основі анонімного когнітивного дебрифінгу ерготерапевтів та клієнтів ерготерапії

Пункти опитувальника	Відповіді ерготерапевтів, n=19	CVI	Відповіді клієнтів, n=84	CVI
Загальна доречність	4 – 19 (100%) 3 – 0 2 – 0 1 – 0	1,0	4 – 46 (55%) 3 – 37 (44%) 2 – 1 (1%) 1 – 0	0,99
Операціональна відповідність	4 – 15 (79%) 3 – 4 (21%) 2 – 0 1 – 0	1,0	Не оцінювалася	
Відповідність оцінювання самообслуговування у SOPM	4 – 15 (79%) 3 – 4 (21%) 2 – 0 1 – 0	1,0	4 – 43 (51%) 3 – 40 (48%) 2 – 1 (1%) 1 – 0	0,99
Особиста оцінка актуальності самообслуговування	Не оцінювалася		4 – 40 (48%) 3 – 39 (46%) 2 – 5 (6%) 1 – 0	0,94
Відповідність оцінювання продуктивності у SOPM	4 – 15 (79%) 3 – 4 (21%) 2 – 0 1 – 0	1,0	4 – 41 (49%) 3 – 39 (46%) 2 – 4 (5%) 1 – 0	0,95
Особиста оцінка актуальності продуктивності	Не оцінювалася		4 – 31 (57%) 3 – 49 (58%) 2 – 3 (4%) 1 – 1 (1%)	0,95

Продовження Таблиці 3.4

Відповідність оцінювання дозвілля у СОРМ	4 – 16 (84%) 3 – 3 (16 %) 2 – 0 1 – 0	1,0	4 – 37 (44%) 3 – 45 (54%) 2 – 2 (2%) 1 – 0	0,98
Особиста оцінка актуальності дозвілля	Не оцінювалася		4 – 26 (31%) 3 – 49 (58%) 2 – 7 (8%) 1 – 2 (2%)	0,89
Всебічність (повнота)	4 – 12 (63%) 3 – 7 (37%) 2 – 0 1 – 0	1,0	4 – 25 (30%) 3 – 58 (69%) 2 – 1 (1%) 1 – 0	0,99
Зрозумілість питань	4 – 11 (58%) 3 – 8 (42%) 2 – 0 1 – 0	1,0	4 – 32 (38%) 3 – 45 (54%) 2 – 7 (8%) 1 – 0	0,92
Зрозумілість системи оцінки	4 – 12 (63%) 3 – 7 (37%) 2 – 0 1 – 0	1,0	4 – 41 (49%) 3 – 42 (50%) 2 – 1 (1%) 1 – 0	0,99

За двостороннім критерієм Фішера доведено, що ерготерапевти статистично значуще ( $p=0,001$ ) частіше максимально оцінювали загальну доречність СОРМ порівняно з пацієнтами. Подібна тенденція спостерігалась і щодо оцінки сфер самообслуговування та продуктивності у СОРМ: за обома показниками частота випадків максимальної оцінки серед ерготерапевтів статистично значуще ( $p=0,0394$ ) переважала таку серед пацієнтів. З'ясувалося, що, на противагу пацієнтам, ерготерапевти статистично значуще частіше оцінюють у 4 бали відповідність розділу дозвілля ( $p=0,0217$ ) та всебічність (повноту) методики ( $\chi^2=7,51$ ;  $df=1$ ;  $p=0,0061$ ). Однак, частота максимальної оцінки зрозумілості питань ( $\chi^2=2,83$ ;  $df=1$ ;  $p=0,0927$ ) та зрозумілості системи оцінювання ( $\chi^2=1,28$ ;  $df=1$ ;  $p=0,2584$ ) у ерготерапевтів і пацієнтів статистично значуще не відрізнялась.

Отримані результати свідчать про високу узгодженість сприйняття СОРМ в аспекті його доступності, але певні розбіжність у сприйнятті його змістової значущості. Водночас, доречно наголосити, що ерготерапевти відповідали на запитання стосовно доречності та відповідності інструмента вцілому, а клієнти оцінювали СОРМ з огляду на його доречність, відповідність та актуальність у процесі власної реабілітації.

Варто зауважити, що з невідомих причин, один з учасників групи 2 (ерготерапевти) дав часткові відповіді на запитання анонімного когнітивного дебрифінгу, відповідно максимальна кількість відповідей на деякі питання становить 19. З метою розширення уявлення про процедуру проведення інтерв'ю, опитувальник містив додаткові запитання, зокрема щодо підготовки клієнта до інтерв'ю та середовища його проведення. Усі ерготерапевти, окрім одного (n=19, 95%), засвідчили пояснення мети ерготерапії та СОРМ перед її застосуванням та зазначили, що користувалися новим українським перекладом СОРМ виключно з клієнтами, які вільно володіють українською мовою. При цьому, лише 50% (n=10) ерготерапевтів повідомили, що вони завжди забезпечували приватність під час співбесід. Інша половина (n=10) учасників 2-ї групи зазначила, що умови їхнього робочого середовища не завжди дозволяють забезпечити конфіденційність взаємодії пацієнта з терапевтом з іншими людьми (як пацієнтами, так і персоналом), присутніми в кімнаті. Ерготерапевти доповіли, що конфіденційність сприяє більшій відкритості, довірі та підвищеному рівню комфорту, щоб поділитися подробицями про проблеми виконання занять, зокрема особисті, гігієнічні та сексуальні проблеми. Крім того, ерготерапевти повідомили про підвищену зосередженість клієнта під час інтерв'ю, проведеного в приватних умовах, що також запобігало відволіканню інших людей і розмовам, що відбувалися в кімнаті. Однак, один учасник групи 2 поділився, що конфіденційність не завжди була доречною для клієнтів-військовослужбовців, які могли частіше ділитися неправдивою

інформацією, зокрема щодо завищення рівня їхніх можливостей під час приватної бесіди.

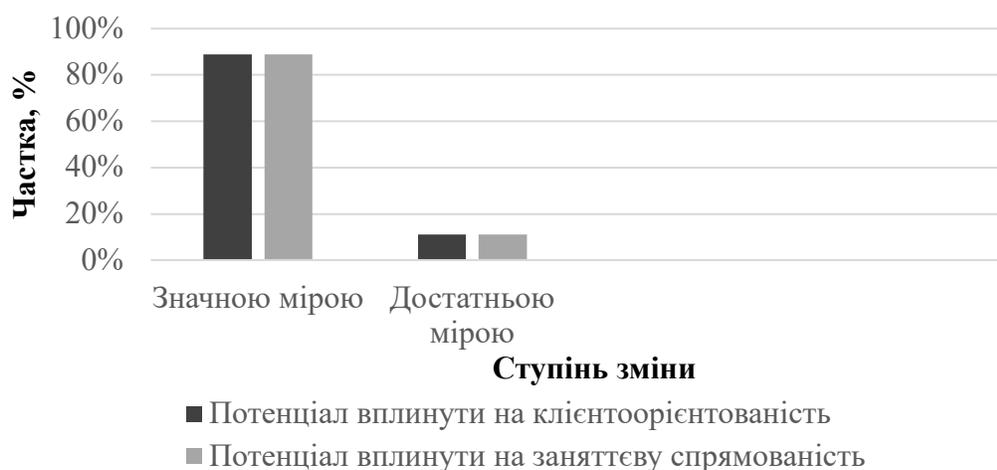
На запитання, чи може інтерв'ю на основі COPM негативно впливати на психічне здоров'я клієнтів, троє учасників зазначили, що незважаючи на те, що клієнти можуть відчувати смуток, усвідомлюючи свої обмеження, це зрівноважується надією на створення плану усунення цих обмежень протягом терапії. Усі учасники підкреслили позитивний вплив COPM на психічне здоров'я клієнта, зокрема: підвищення усвідомленості власних проблем, ясність у зосередженні на відповідних цілях, відчуття контролю та відповідальності за досягнення своєї мети, та підвищення мотивації для участі у терапії. Ерготерапевти оцінили корисність COPM на 9,9 балів з 10 балів (1=не корисний, 10=надзвичайно корисний), а складність застосування COPM - на 2,75 балів з 10 балів (1=простий, 10=надзвичайно складний).

Після здійснення змістової валідації української версії інструмента COPM, нами була застосована подібна процедура перекладу посібника із застосування COPM, яка охоплювала наступні етапи: 1) прямий переклад двома незалежними перекладачами, один з яких обізнаний із професійною термінологією ерготерапії; 2) синтез двох версій у єдину версію; 3) зворотній переклад англійською мовою; 4) гармонізація перекладу посібника із автором (розробником) COPM та опрацювання розбіжностей між зворотним перекладом та оригінальною версією, 5) фіналізація української версії посібника. Обсяг посібника складає 48 сторінок. Посібник доступний для придбання на сайті COPM, Inc.

### **3.3 Дослідження впливу COPM на клієнтоорієнтованість та заняттєву спрямованість ерготерапевтичних послуг**

Під час анонімного опитування ерготерапевтам також було запропоновано оцінити вплив COPM на клієнтоорієнтованість та заняттєву спрямованість

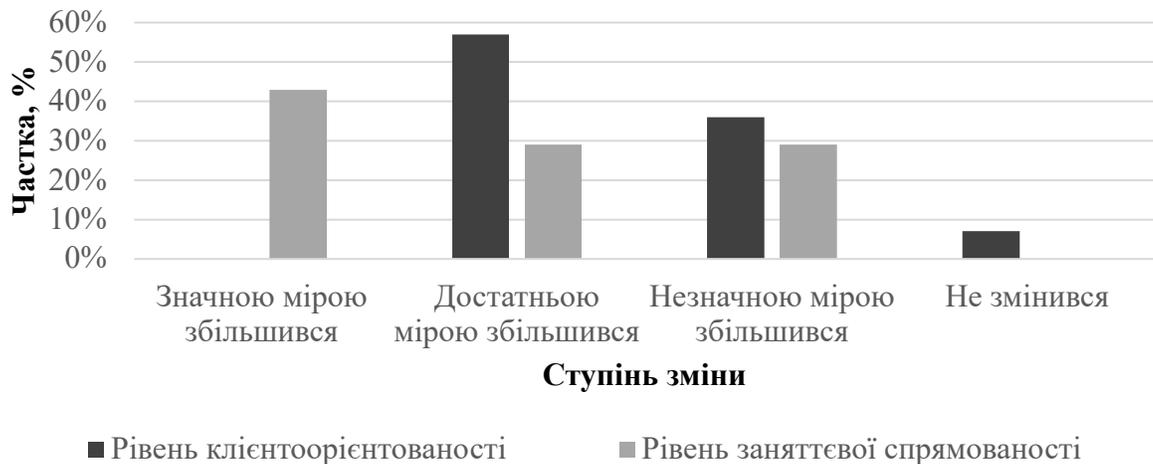
ерготерапевтичних послуг. Загалом, усі ерготерапевти засвідчили, що СОРМ має потенціал підвищувати рівень клієнтоорієнтованості та заняттєвої спрямованості практичної діяльності ерготерапевтів значною або достатньою мірою, що продемонстровано на рисунку (рисунок 3.4). При цьому, оцінюючи вплив СОРМ на власну професійну діяльність в контексті клієнтоорієнтованості, переважна більшість учасників доповіли про достатнє (n=8 з 16 відповідей; 43%) або незначне (n=5 з 16 відповідей; 36%) посилення клієнтоорієнтованості, що продемонстровано на рисунку (рисунок 3.5). При цьому, одна учасниця дослідження не відчула впливу СОРМ на рівень її клієнтоорієнтованості. У додаткових коментарях, ерготерапевти аргументували незначну зміну попередньо високим рівнем клієнтоорієнтованості до участі у дослідженні.



**Рисунок 3.4** – Оцінка потенціалу СОРМ підвищити рівень клієнтоорієнтованості та заняттєвої спрямованості ерготерапевтів

Дещо інша динаміка спостерігається із впливом СОРМ на заняттєву спрямованість ерготерапевтичних послуг, оскільки більшість фахівців доповіли про значне підсилення заняттєвої спрямованості власної професійної діяльності (n=6 з 14 відповідей; 43%). Про достатнє або незначне підвищення заняттєвої спрямованості доповіли по четверо учасників (по 28,5%). Кількісні оцінки було

доповнені розширеними відповідями учасників, які розкрили наступні теми, що стосувалися позитивного впливу СОРМ на професійну діяльність ерготерапевтів, а саме: поглиблене розуміння важливості зосередженості на заняттєвій активності у професійній діяльності, полегшення встановлення цілей і планування втручань, збільшення частоти та різноманітності повсякденних занять, які використовуються у процесі надання ерготерапевтичних послуг, віддалення від біомеханічної рамки практики та зосередженості на фізичній дисфункції, легкість пояснення мети та важливості ерготерапії.



**Рисунок 3.5** – Вплив СОРМ на професійну діяльність учасників дослідження

Загалом, доведено, що статистично значуще рідше ерготерапевти повідомляли, що СОРМ не вплинув на клієнтоорієнтованість ( $p=0,0013$ ) та заняттєву спрямованість ( $p=0,0002$ ).

З метою додаткової верифікації отриманих даних, нами був застосований порівняльний аналіз самооцінювання фахівців, здійснений до та після участі у пілотному застосуванні СОРМ, що представляє часовий проміжок у 3 місяці. Статистичні дані, отримані шляхом анонімного опитування ерготерапевтів та

представлені у таблиці, свідчать про високий рівень як клієнтоорієнтованості, так і заняттєвої спрямованості до початку участі у дослідженні (таблиця 3.5). Варто акцентувати увагу на тому, що 75% учасників групи 2 доповіли, що до участі у дослідженні встановлювали цілі на основі заняттєвого запиту клієнта, передусім оцінюючи заняттєву активність та участь, а потім – функціональні можливості клієнта, що узгоджується із заняттєвоспрямованим підходом та відповідно сучасною заняттєвою парадигмою ерготерапії. При цьому, 25% учасників групи 2 зазначали, що у власній професійній діяльності рухаються у висхідному напрямку від оцінювання та втручань, зосереджених на досягненні цілей на рівні структури і функції, до розгляду заняттєвих цілей, що узгоджується з біомедичним підходом у реабілітації.

**Таблиця 3.5** – Вплив використання COPM на клієнтоорієнтованість і заняттєву спрямованість ерготерапевтичних послуг (n=20)

	Кількість учасників (n)	Середній бал	Середня різниця	Стандартне відхилення (SD)	Мін. бал	Макс. бал
Клієнтоорієнтованість до участі у дослідженні	20	8,15	0.8	SD = 1,57	5	10
Клієнтоорієнтованість після участі у дослідженні	20	8,95		SD = 1,15	6	10
Заняттєва орієнтованість до участі у дослідженні	20	7,70	1.2	SD = 1,78	4	10
Заняттєва орієнтованість після участі у дослідженні	20	8,90		SD = 1,21	6	10

Статистичні дані представлені як середня різниця показників, які були проаналізовані за допомогою непараметричного Т-критерія Вілкоксона (Wilcoxon

signed ranks test). У результаті аналізу виявлено статистично значущу різницю ( $p < 0,05$ ) в показниках заняттєвої спрямованості, але не виявлено статистично значущої різниці ( $p > 0,05$ ) щодо покращення клієнтоорієнтованості ерготерапевтичних послуг учасників дослідження. Розмір ефекту щодо змін у заняттєвій спрямованості був визначений як середній:  $r = -0,575$  (Cohen's  $z(19) = -2,571$ ,  $p = 0,010$  [223]). Результати наведені в таблиці (таблиця 3.6).

**Таблиця 3.6** – Порівняльний аналіз клієнтоорієнтованості та заняттєвої спрямованості ерготерапевтичних послуг під впливом використання СОРМ

	Різниця між показниками заняттєвої спрямованості (ЗС2 – ЗС1)	Різниця між показниками клієнтоорієнтованості (КО2 – КО1)
z	-2,57	-1,727
p-рівень	0,010	0,084

**Примітка 1.** ЗС1 – середній бал заняттєвої спрямованості на первинному оцінюванні.

**Примітка 2.** ЗС2 – середній бал заняттєвої спрямованості на повторному оцінюванні.

**Примітка 3.** КО1 – середній бал клієнтоорієнтованості на первинному оцінюванні.

**Примітка 4.** КО2 – середній бал клієнтоорієнтованості на повторному оцінюванні.

Таким чином, зміни у професійному світогляді учасників відбулися переважно у площині розуміння заняттєвої спрямованості, тоді як підходи до взаємодії з клієнтом залишилися на попередньому рівні.

З метою доповнення і роз'яснення попередніх даних пілотного опитування ерготерапевтів України щодо використання СОРМ (див.розділ 3.1), учасники групи 2 нашого дослідження мали можливість визначити труднощі та перешкоди щодо інтеграції клієнтоорієнтованого та заняттєвоспрямованого підходу до надання ерготерапевтичних послуг вцілому. Найбільшими труднощами щодо впровадження клієнтоорієнтованого підходу учасники визначили наступні: 1) труднощі клієнтів із визначенням власних цілей (70%) та труднощі із залученням клієнтів до спільного процесу встановлення цілей ІРП (25%), 2) прихильність клієнтів до пасивних

методів реабілітації (60%), 3) брак досвіду клієнтів у скеруванні власної реабілітації (35%), 4) небажання клієнтів брати відповідальність за результати терапії (30%) та 5) коротка тривалість курсів (25 %).

Бар'єри до заняттєвої спрямованості ерготерапевтичних послуг окреслені у таблиці (таблиця 3.7). Застосування критерію Пірсона для перевірки гіпотези про відповідність спостережуваних частот очікуваним дозволив виявити, що статистично значуще бар'єрами до заняттєвої спрямованості ерготерапевтичних послуг респонденти вважали звичку до пасивних методів втручання або сприйняття заняттєвоспрямованого фокусу ерготерапії як «несерйозного» або «немедичного» ( $\chi^2=0,80$ ;  $df=1$ ;  $p=0,371$ ).

**Таблиця 3.7** – Бар'єри до заняттєвої спрямованості ерготерапевтичних послуг

Сприйняття бар'єрів до заняттєвої спрямованості ерготерапевтичних послуг ерготерапевтами	Кількість відповідей, n (%)
Клієнти/пацієнти більше звикли до пасивних методів втручання, тому сприймають цілі на рівні структури і функції як «лікування»	12 (60 %)
Клієнти/пацієнти сприймають заняттєвоспрямований фокус ерготерапії як «несерйозний» або «немедичний»	12 (60 %)
Клієнти/пацієнти краще реагують на цілі, які спрямовані на структури і функції порівняно із заняттєвоспрямованими (зосередженими) цілями	8 (40 %)
Скерування до ерготерапевта від лікарів (інших членів мультидисциплінарної команди) найчастіше зосереджене на структурі та функції	8 (40 %)
Клієнти/пацієнти краще розуміють цілі на рівні структури та функції тіла, ніж заняттєві цілі	7 (35 %)
Фахівці мають більше інструментів оцінки для отримання об'єктивних даних про пацієнта на рівні структури і функції порівняно з активністю й участю	5 (25 %)

## Продовження таблиці 3.7

Фахівці можуть краще відстежити прогрес реабілітації за допомогою інструментів оцінки, які зосереджені на структурі та функції порівняно з інструментами оцінки, які зосереджені на активності й участі	5 (25 %)
Для того щоб клієнт/пацієнт мав можливість бути активним, потрібно відновити структури і функції тіла	5 (25 %)
Реабілітаційний процес зазвичай є нетривалим (14 днів), тому зосередженість на структурі та функції є більш логічним	3 (15 %)

Зрештою, аналіз відповідей клієнтів ерготерапії вказує на те, що їхня думка корелює з думкою фахівців стосовно позитивного впливу СОРМ на провадження клієнтоорієнтованої та заняттєво спрямованої професійної діяльності, адже 82 клієнти (99%) доповіли, що СОРМ не тільки сприяв зосередженості терапії на їхніх пріоритетах, дозволив їм відчувати себе активно залученими до процесу встановлення та досягнення власних цілей, але і допоміг зосередити ерготерапевтичний процес навколо заняттєвій активності.

### **3.4 Вивчення особливостей заняттєвих потреб клієнтів ерготерапії в Україні**

Для з'ясування особливостей застосування СОРМ з військовослужбовцями та ветеранами було здійснено порівняльний аналіз показників виконання занять, визначених за допомогою СОРМ, у двох незалежних вибірках: військовослужбовців/ветеранів та цивільних осіб. Бланки СОРМ клієнтів ерготерапії, які відповідали критеріям включення і взяли участь у змістовій валідації нового українського перекладу СОРМ, підлягали статистичному аналізу. Зауважимо, що на етапі змістової валідації української версії СОРМ взяло участь 92 клієнти ерготерапії, 87 з яких пройшли як первинне, так і повторне опитування за допомогою СОРМ, але лише 84 з них взяли участь у когнітивному дебрифінгу (див.

розділ 2.2). Інформація щодо діагностичних груп клієнтів ерготерапії, дані яких підлягали кількісному аналізу на даному етапі дослідження, представлена у таблиці (таблиця 3.8).

**Таблиця 3.8** – Демографічні дані клієнтів за бланками СОРМ

	N, % (n=87)
Стать	Жіноча: 21 (24%) Чоловіча: 66 (76%)
Військовий статус	Військові: 45 (52%) Цивільні: 42 (48%)
Нозологічна група	Інсульт: 29 (33%) Ураження спинного мозку: 23 (26%) Черепно-мозкова травма: 8 (9%) Мінно-вибухова травма: 8 (9%) Ампутації: 6 (7%) Вогнепальні травми: 3 (3,5%) Ортопедичні травми: 3 (3,5%) Інші – 7 (8%)
Вікова група, років	18–25: 6 (7%) 26–35: 22 (25%) 36–45: 18 (21%) 46–60: 25 (29%) > 60: 16 (18%)

### **3.4.1 Порівняння заняттєвих проблем, визначених за допомогою СОРМ, та цілей ІПР між групами військовослужбовців та цивільних осіб**

Статистичні дані, отримані з бланків клієнтів двох незалежних груп, були порівняні за наступними показниками: кількості проблем виконання занять (ПВЗ) у трьох сферах заняттєвої активності та кількості цілей, встановлених для ІПР (таблиця 3.9).

Результати аналізу пріоритетності проблем у військовослужбовців підтвердили наявність статистично значущих відмінностей між кількістю цілей у різних сферах заняттєвої активності ( $\chi^2 = (n=36, df=2) = 21,74; p < 0,001$ ). Аналіз

середніх рангів дозволив вибудувати ієрархію проблемних сфер: самообслуговування (середній ранг 2,50) – є найбільш проблемною сферою; продуктивність (середній ранг 1,99); дозвілля (середній ранг 1,51) – найменш проблемна сфера. Коефіцієнт конкордації Кендалла ( $W = 0,30$ ) вказує на помірну узгодженість результатів усередині групи, що свідчить про типовість такої структури проблем для даного контингенту пацієнтів.

**Таблиця 3.9** – Описові дані щодо розподілу ПВЗ між сферами заняттєвої активності та кількості цілей ІПР обох груп

Показники	Me	Q1	Q3	Min	Max
Кількість ПВЗ у самообслуговуванні обох груп (n=84)	3,0	2,0	4,0	1,0	7,0
Цивільні (n=40)	3,0	2,0	4,0	1,0	6,0
Військовослужбовці (n=44)	3,0	2,0	4,0	1,0	7,0
Кількість ПВЗ у продуктивності обох груп (n=82)	2,0	1,0	3,0	1,0	5,0
Цивільні (n=41)	2,0	1,0	3,0	1,0	4,0
Військовослужбовці (n=41)	3,0	1,0	3,0	1,0	5,0
Кількість ПВЗ у дозвіллі обох груп (n=77)	2,0	1,0	3,0	1,0	5,0
Цивільні (n=38)	2,0	1,0	3,0	1,0	4,0
Військовослужбовці (n=39)	2,0	1,0	3,0	1,0	5,0
Загальна кількість ПВЗ обох груп (n=87)	7,0	5,0	9,0	2,0	15,0
Цивільні	6,5	5,0	8,0	3,0	11,0
Військовослужбовці	7,0	5,0	9,0	2,0	15,0
Кількість цілей для ІПР (n=87)	4,0	3,0	5,0	1,0	5,0
Цивільні	3,0	3,0	4,0	1,0	5,0
Військовослужбовці	4,0	4,0	5,0	2,0	5,0

**Примітка 1.** Me – медіана.

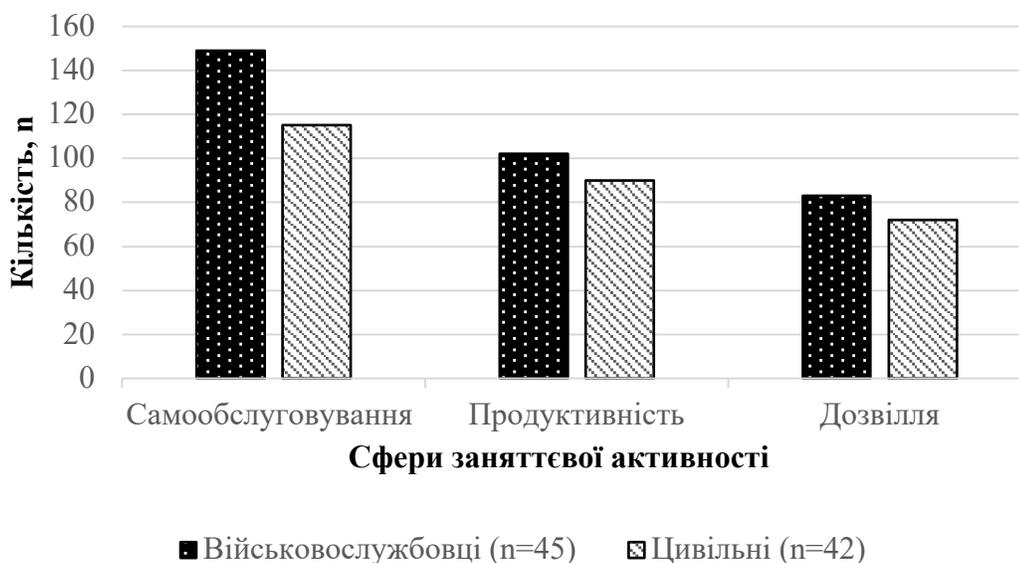
**Примітка 2.** Q1-Q3 – перший і третій квантили.

Установлено, що проблеми у сфері самообслуговування у військовослужбовців зустрічаються статистично значуще ( $T=24,0$ ;  $z=4,29$ ;  $p<0,001$ ) частіше, ніж у сфері дозвілля.

При цьому залежно від сфери кількість цілей у цивільних також статистично значуще ( $\chi^2 = (n=35, df=2) = 10,96; p = 0,004$ ) відрізняється. Причому, аналогічно до військовослужбовців, найвищий ранговий показник виявився у сфері самообслуговування. І, знов-таки, попарні порівняння показали, що проблеми у сфері самообслуговування у цивільних зустрічаються статистично значуще ( $T=18,0; z=3,523; p=0,001$ ) частіше, ніж у сфері дозвілля.

Порівняльний аналіз кількості ПВЗ між двома групами виявив, що як військовослужбовці, так і цивільні пацієнти/клієнти визначали найбільше проблем ПВЗ у сфері самообслуговування, менше у сфері продуктивності і найменше – у сфері дозвілля (рисунок 3.6) При цьому, військовослужбовці в цілому визначили суттєво більше ПВЗ, ніж цивільні пацієнти/клієнти. За алгоритмом адміністрування СОРМ після визначення ПВЗ пацієнти/клієнти ерготерапії у співпраці з ерготерапевтом визначають до п'яти цілей, які беруться за основу для складання ІПР. Подібним чином, військовослужбовці визначили суттєво більше цілей для ІПР: 184 (військовослужбовці) у порівнянні з 147 (цивільні пацієнти/клієнти).

Результати статистичного аналізу засвідчили статистично значущу різницю між двома групами щодо кількості визначених цілей індивідуальної програми реабілітації ( $U=611,0; z=-2,79; p=0,005$ ) на користь військових. Розрахунок розміру ефекту ( $r = 0,30$ ) за шкалою Коена свідчить про середню силу ефекту, що підтверджує практичну значущість виявлених відмінностей [223].



**Рисунок 3.6** – Кількість ПВЗ, визначених учасниками за допомогою СОРМ

Подальший аналіз документації дозволив визначити відмінності у визначених сферах виконання занять між групою цивільних та військовослужбовців: для цивільних клієнтів найбільш актуальними були заняттєві проблеми, пов'язані з веденням домашнього господарства, особистим доглядом, активним відпочинком, соціалізацією та пересуванням у громаді. Цивільні клієнти визначили найменше заняттєвих проблем у сферах навчання/гри, спокійного відпочинку та роботи (рисунок 3.7).



**Рисунок 3.7** – Проблеми виконання занять цивільних клієнтів

Натомість, військовослужбовці визначили найбільше заняттєвих проблем у сфері особистого догляду, ведення домашнього господарства, роботи, активного відпочинку та функціональної мобільності. Найменш актуальними для військовослужбовців виявилися сфери навчання/гри, спокійного відпочинку та соціалізації (рисунок 3.8).



**Рисунок 3.8** – Проблеми виконання занять військовослужбовців

Змістовий аналіз документації виявив дещо відмінні тенденції щодо виду занять, які клієнти ерготерапії визначають як проблемні та пріоритетні у кожній з груп для ІПР. У таблиці подано по три найбільш частотні проблеми виконання занять, визначені клієнтами у порівнянні між двома незалежними вибірками військовослужбовців та цивільних осіб, у кожній сфері заняттєвої активності за СОРМ (таблиця 3.10).

У порівнянні з цивільними пацієнтами/клієнтами, військовослужбовці визначили більше цілей, які пов'язані з оплачуваною чи неоплачуваною роботою, при цьому найбільше цілей даної категорії стосувалося військової служби або волонтерства, яке також було пов'язане з допомогою військовим. Натомість,

цивільні особи суттєво більше визначали потреб у виконанні занять, пов'язаних із веденням домашнього господарства. Функціональні переміщення військовослужбовців суттєво більшою мірою охоплювали використання допоміжних засобів реабілітації та уміння здійснювати необхідні переміщення з використанням крісел колісних. У порівнянні з цивільними пацієнтами/клієнтами, військовослужбовці приділяли більше уваги фізичній підготовці та спорту. Формулювання цілей щодо пересувань у громаді для цивільних переважно включало цілі переміщуватися до магазину та/або аптеки, в той час як військовослужбовці визначали цілі відвідувати громадські місця, подорожувати.

**Таблиця 3.10 – Найбільш поширені ПВЗ, визначені за допомогою COPM**

Сфери заняттєвої активності		Найбільш частотні ПВЗ цивільних осіб (n=277)	Найбільш частотні ПВЗ військовослужбовців (n=334)
Самообслуговування	Особистий догляд	Одягання (25) Прийом душу (15) Туалет та гігієна (7)	Туалет, особиста гігієна (36) Одягання (24) Прийом душу (14)
	Функціональна мобільність	Пересування у межах помешкання (7) Використання ДЗР для мобільності (7) Долання сходів (4)	Переміщення та мобільність у кріслі колісному (13) Інші види переміщення (5) Долання сходів (5)
	Пересування у громаді	Пересування до магазину/аптеки (10) Керування авто (7) Орієнтування у громаді (когнітивні проблеми) (5)	Користування громадським транспортом/мобільність у громаді (9) Керування авто (8) Здійснення покупок (6)
Продуктивність	Оплачувана чи неоплачувана робота	Будівництво/ручна праця (6) Офісна робота(5) Керування авто (2)	Військова служба (17) Офісна робота (7) Волонтерство (5)
	Ведення домашнього господарства	Приготування їжі (28) Прибирання помешкання/подвір'я (16) Садівництво (6) Домашній ремонт (6)	Приготування їжі (15) Прибирання будинку/квартири/палати (8) Здійснення покупок (6)

Продовження таблиці 3.10

Продуктивність	Навчання та/або гра	Гра в карти (1)	Освіта (комп'ютерне програмування, мови) (2) Гра у настільні ігри (3)
	Дозвілля	Спокійний відпочинок	Перегляд ТБ (4) Сон (3) Заняття на комп'ютері (2)
Активний відпочинок		Прогулянки (6) Рибальництво (6) Садівництво (4)	Спорт/ тренування (16) Прогулянки (8) Рибальництво (6)
Соціалізація		Зустрічі з сім'єю/друзями (11) Користування телефоном (8) Користування соцмережами (3)	Відвідування місць/людей для соціалізації (14) Користування телефоном/планшетом (9) Розмови/перебування з людьми (5)

### 3.4.2 Порівняння ефективності ерготерапевтичних втручань між групою військовослужбовців та цивільних осіб за допомогою СОРМ

Успішна інтеграція інструмента оцінки результату забезпечує оцінку ефективності ерготерапевтичних втручань шляхом порівняння показників, отриманих до та після реалізації програми втручань. Відповідно, для нас важливо було з'ясувати, чи демонструє СОРМ зміни у результаті проведення ерготерапевтичних втручань, та чи відрізняються ці показники між групами військовослужбовців та цивільних осіб. Оскільки інструмент СОРМ відстежує результати ІПР стосовно покращення виконання пріоритетних для клієнта занять та задоволеності виконанням, ці показники були порівняні між двома групами учасників щодо середніх значень (таблиця 3.11).

Порівняльний аналіз середніх показників зміни виконання занять та задоволеності ними виявив, що цивільні клієнти мали вищі бали порівняно з

військовими. Попередня перевірка на нормальність розподілу показників виконання за критерієм Шапіро-Уїлка показала, що дані в обох групах узгоджуються з нормальним законом розподілу (для військових:  $W=0,960$ ,  $p=0,122$ ; для цивільних:  $W=0,973$ ,  $p=0,441$ ; в обох випадках  $p > 0,05$ ). Тому для аналізу було застосовано параметричний t-критерій Стюдента. Розрахунки підтвердили, що відмінності між групами щодо зміни виконання занять є статистично значущими ( $p < 0,05$ ) на користь цивільних. Розрахунок розміру ефекту за Коеном ( $d = 0,42$ ) свідчить про наявність помірного (наближеного до середнього) ефекту, що підтверджує практичну значущість виявлених відмінностей.

**Таблиця 3.11** – Ефективність ерготерапевтичних втручань за СОРМ

Групи учасників	Перевірка нормальності розподілу		Описова статистика			Порівняльний аналіз	
	Зміна у виконанні занять						
	W	p	N	$\bar{x}$	SD	t	p
Цивільні	0,973	0,441	41	3,77	1,75	1,99	0,049
Військовослужбовці	0,960	0,122	45	3,12	1,28		
Обидві групи			86	3,43	1,55		
Групи учасників	Зміна у задоволеності виконанням занять						
	W	p	N	Me	Q3-Q1	U	p
	Цивільні	0,934	0,019	41	4,00	4,45	801,5
Військовослужбовці	0,988	0,915	45	3,25	2,10		
Обидві групи			86	3,60	3,25		

**Примітка 1.** W – критерій Шапіро-Уїлка.

**Примітка 2.** n – обсяг вибірки.

**Примітка 3.**  $\bar{x}$  – середнє.

**Примітка 4.** SD – стандартне відхилення.

**Примітка 5.** Me – медіана.

**Примітка 6.** Q3-Q1 – кватильний розмах.

**Примітка 7.** t – критерій Стюдента для незалежних вибірок.

**Примітка 8.** U – критерій Манна-Уїтні.

**Примітка 9.** p – досягнутий рівень значущості критерія.

Натомість показник зміни задоволеності виконанням занять у військових мав розподіл, відмінний від нормального ( $W = 0,934$ ;  $p=0,019$ ), тому порівняння

здійснювалося за непараметричним U-критерієм Манна-Уїтні. Статистично значущих відмінностей між групами за цим показником виявлено не було ( $U=801,5$ ;  $z=1,04$ ;  $p=0,297$ ). Розрахунок розміру ефекту ( $r = 0,11$ ) також вказує на малу силу відмінностей. Це свідчить про те, що суб'єктивне відчуття задоволеності результатами реабілітації покращилося в обох групах без суттєвої різниці. Однак, враховуючи зафіксовану перевагу цивільних у показнику виконання, ми припустили, що ефективність програми може різнитися залежно від конкретних сфер активності. Для перевірки цього припущення було проведено подальший детальний аналіз. Відмінності у змінах показників щодо окремих сфер заняттєвої активності представлені у таблиці (табл. 3.12).

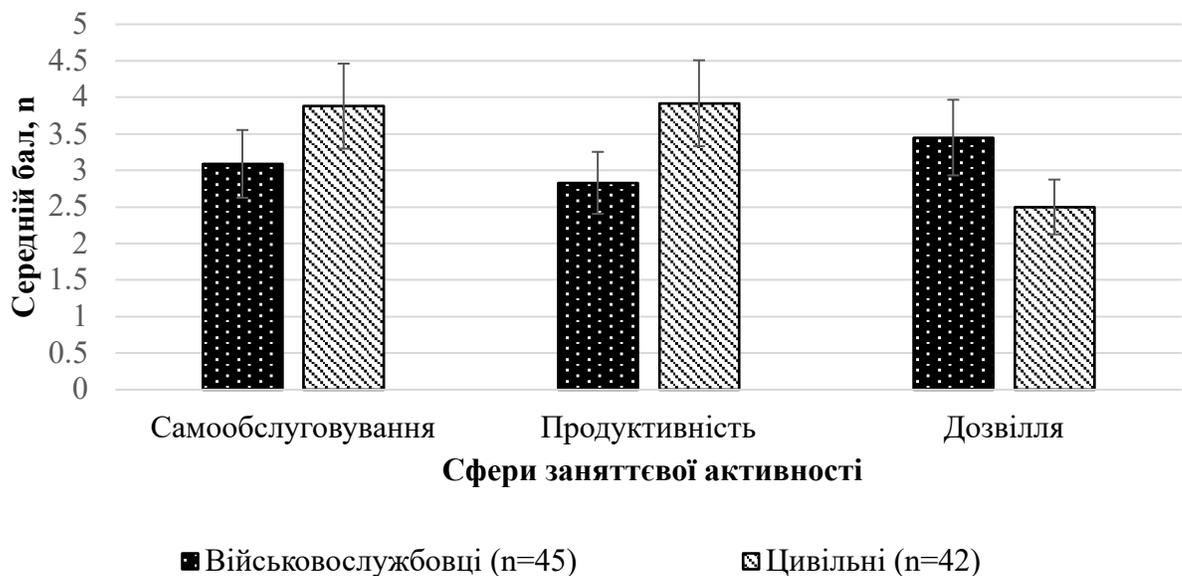
**Таблиця 3.12** – Відмінності у змінах показників COPM між групами за сферами заняттєвої активності

Показник COPM	Група учасників	Критерій Шапіро-Уїлка		Описова статистика			
		W	p	n	$\bar{x}$	SD	SE
<b>Зміна виконання</b>							
Самообслуговування	Цивільні	0,976	0,605	36	3,88	2,05	0,34
	Військово-службовці	0,935	0,185	43	3,09	1,77	0,27
Продуктивність	Цивільні	0,976	0,652	33	3,92	2,18	0,38
	Військово-службовці	0,947	0,106	33	2,84	1,61	0,28
Дозвілля	Цивільні	0,906	0,074	18	2,50	2,07	0,49
	Військово-службовці	0,946	0,168	27	3,45	2,30	0,44
<b>Зміна задоволеності</b>							
Самообслуговування	Цивільні	0,939	0,048	36	4,0	1,4	6,5
	Військово-службовці	0,970	0,317	43	3,0	2,0	4,6
Продуктивність	Цивільні	0,924	0,024	33	3,7	2,0	6,5
	Військово-службовці	0,943	0,834	33	3,0	2,0	5,0

Продовження таблиці 3.12

Дозвілля	Цивільні	0,869	0,17	18	2,0	0,0	5,0
	Військово-службовці	0,951	0,233	27	4,0	1,5	6,0

Порівняльний аналіз показників СОРМ між двома групами дозволяє стверджувати, що цивільні клієнти відчули більшу зміну показників виконання занять, а відповідно і більшу ефективність ерготерапевтичних послуг, ніж військовослужбовці, у сферах самообслуговування ( $\bar{x}=3,88$  у порівнянні з  $\bar{x}=3,09$ ) і продуктивності ( $\bar{x}=3,92$  у порівнянні з  $\bar{x}=2,84$ ), але не у сфері дозвілля ( $\bar{x}=2,5$  у порівнянні з  $\bar{x}=3,45$ ) (рисунок 3.9).



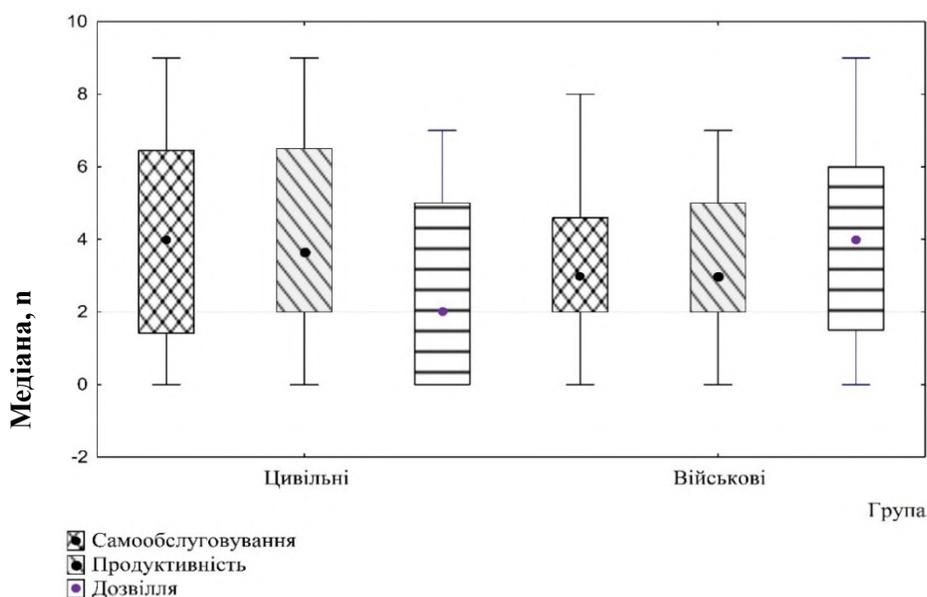
**Рисунок 3.9** – Зміни у виконанні занять, визначені учасниками за допомогою СОРМ

Подібними є показники задоволеності виконанням занять, адже цивільні пацієнти/клієнти продемонстрували більшу зміну показників виконання занять, а відповідно і більшу ефективність ерготерапевтичних послуг, ніж військовослужбовці, у сферах самообслуговування ( $Me=4,0$  у порівнянні з  $Me=3,0$ )

і продуктивності ( $Me=3,7$  у порівнянні з  $Me=3,0$ ), але не у сфері дозвілля ( $Me=2,0$  у порівнянні з  $Me=4,0$ ) (рисунок 3.10).

Статистично значуща різниця була продемонстрована між двома групами щодо змін у виконанні занять у сфері продуктивності. Відповідно, у результаті ерготерапевтичних втручань, цивільні клієнти мали статистично значуще ( $t=2,30$ ;  $df=64$ ;  $p=0,024$ ) більше змін у виконанні продуктивних занять у порівнянні з військовослужбовцями, Cohen's  $d=0,566$  (середній розмір ефекту). Водночас між групою військовослужбовців (ветеранів) та цивільними клієнтами не було виявлено статистично значущої ( $p>0,05$ ) зміни щодо усіх інших показників виконання занять, визначених за допомогою COPM.

Мінімальною клінічно значущою зміною у виконанні та задоволеності виконанням занять за результатами COPM вважають показники між 2,0 та 3,5 балами [2]. Зважаючи на невелику тривалість ерготерапевтичних послуг (від 2 тижнів до 2 місяців), у нашому дослідженні вважаємо доцільним прийняти зміну у 2,0 бали як мінімальну клінічно значущу зміну у виконанні та задоволеності. Відповідно, вцілому, обидві групи продемонстрували клінічно значущу зміну у показниках як виконання, так і задоволеності виконанням занять у результаті ерготерапевтичних послуг.



**Рисунок 3.10** – Зміни у задоволеності виконанням занять, визначені учасниками за допомогою COPM

Водночас статистично значущих відмінностей між динамікою задоволеності самообслуговування, продуктивності та дозвілля не встановлено ( $p > 0,05$ ).

Для того, щоб переконатися, що виявлені відмінності між групою цивільних клієнтів та військовослужбовців не є виключно наслідком гендерного дисбалансу, було проведено додатковий аналіз порівняння підгруп «жінки-цивільні» та «чоловіки-цивільні» за допомогою критерію Манна-Уїтні (таблиця 3.13).

Виявлено, що ці підгрупи статистично значуще відрізняються лише за показником «кількість цілей для ППР» ( $p = 0,031$ ).

**Таблиця 3.13** – Результати порівняння показників за критерієм Манна-Уїтні (U) у групах цивільних осіб за статтю та між цивільними й військовими

Показники	Цивільні (жінки/чоловіки)			Цивільні/військові чоловіки		
	U	z	p	U	z	p
Динаміка виконання	166,0	-1,13	0,257	410,0	0,85	0,393
Динаміка задоволеності	209,5	0,001	0,999	404,5	0,93	0,353
Кількість ПВЗ щодо самообслуговування	176,5	-0,62	0,534	333,5	-1,54	0,125
Кількість ПВЗ щодо продуктивності	167,0	1,11	0,268	413,5	-0,25	0,806
Кількість ПВЗ щодо дозвілля	128,0	-1,47	0,142	320,0	-1,38	0,168
Загальна кількість ПВЗ	205,0	0,38	0,706	432,0	-0,55	0,582
Кількість цілей для ППР	134,0	-2,16	0,031	240,0	-3,19	0,001

**Примітка 1.** U – критерій Манні-Уїтні.

**Примітка 2.** z – стандартизована тестова статистика.

**Примітка 3.** p – досягнутий рівень значущості.

Однак, при порівнянні групи «Чоловіки-цивільні» з групою «Військові чоловіки» (виключаючи жінок з аналізу), статистично значуща відмінність за показником «кількість цілей для ППР» також зберігається ( $p = 0,001$ ). Цей факт свідчить про те, що гендерна специфіка існує всередині групи цивільних за даним показником, але ключова відмінність між цивільним і військовим контингентом не

є виключно наслідком включення жінок до цивільної групи, оскільки вона зберігається при порівнянні лише чоловіків. Відповідно, гендерний дисбаланс має низький вплив на основний виявлений результат між групами цивільних та військовослужбовців.

### **Висновки до розділу 3**

У результаті проведеного дослідження виявлено, що використання СОРМ в Україні є обмеженим, а версії перекладу, що використовуються у процесі надання ерготерапевтичних послуг, відрізняються і не узгоджуються із професійною термінологією ерготерапії, що аргументувало потребу у створенні нового офіційного перекладу і валідації СОРМ українською мовою. Результати апробації розробленої нами нової науково-обґрунтованої та адаптованої української версії СОРМ вказують на те, що вона має достатній рівень змістової валідності і може бути застосована ерготерапевтами України у наданні ерготерапевтичних послуг як з цивільними клієнтами, так і з військовослужбовцями та ветеранами. Дослідження показало, що як ерготерапевти, так і клієнти однаково добре розуміють запитання та систему оцінювання СОРМ (без статистично значущої різниці). Отриманий результат підтверджує, що інструмент є доступним і «дружнім» до користувача.

Дослідження підтвердило позитивний вплив СОРМ на клієнтоорієнтованість та заняттєву спрямованість ерготерапевтичних послуг, при цьому професійна діяльність учасників дослідження статистично значуще змінилася у площині заняттєвої спрямованості. Водночас, як ерготерапевти, так і клієнти ерготерапії засвідчили потенціал СОРМ позитивно впливати як на клієнтоорієнтованість, так і на заняттєву спрямованість ерготерапевтичних послуг.

У результаті аналізу було визначено системні фактори, які можуть перешкоджати впровадженню клієнтоорієнтованого та заняттєвоорієнтованого підходу у ерготерапевтичну діяльність. Зокрема, низка інформованість, прогалини

у професійній підготовці, брак професійної впевненості, орієнтування на медичний підхід у реабілітації на противагу заняттєво-орієнтованому, особливості скерування від лікарів, а також попередній досвід та очікуванні клієнтів можуть впливати на те, чи застосовує ерготерапевт клієнтоорієнтований та заняттєвоспрямований підхід, та відповідно, чи може ерготерапевт інтегрувати СОРМ у власну професійну діяльність.

Статистичний аналіз документації засвідчив, що інструмент СОРМ продемонстрував цінність для оцінки ефективності ерготерапевтичних втручань. Порівняльний аналіз застосування СОРМ з військовослужбовцями та цивільними особами виявив певні відмінності заняттєвого запиту між групами, а також ефективності ерготерапевтичних втручань, зокрема військовослужбовці статистично значуще визначали більше цілей для ІПР, а цивільні клієнти мали статистично значуще більші зміни у сфері виконання занять, зокрема у сфері продуктивності. Однак, виявлені відмінності є незначними і підтверджують можливість розроблення моделі застосування СОРМ для клієнтів незалежно від військового статусу. Вищезотримані дані вказують на необхідність подальшого якісного аналізу досвіду і особливостей застосування СОРМ з військовослужбовцями та ветеранами.

Результати досліджень, описані у даному розділі, опубліковані у наукових працях [151, 152, 153, 266, 281].

## РОЗДІЛ 4

### ПРАКТИЧНА МОДЕЛЬ ЗАСТОСУВАННЯ КАНАДСЬКОГО ІНСТРУМЕНТА ОЦІНКИ ВИКОНАННЯ ЗАНЯТЬ В УКРАЇНІ

#### 4.1 Розроблення практичної моделі застосування СОРМ в Україні на основі конструктивістської обґрунтованої теорії

З метою розроблення практичної моделі застосування СОРМ було необхідно поглиблено дослідити досвід застосування СОРМ українськими ерготерапевтами у рамках надання ерготерапевтичних послуг. Для розв'язання даного завдання було використано методологію конструктивістської обґрунтованої теорії, яка передбачає одночасний збір та індуктивний аналіз якісних даних, отриманих за допомогою розгорнутих напівструктурованих індивідуальних інтерв'ю (рисунок 4.1). Між травнем та серпнем 2024 року нами було проведено 20 інтерв'ю з українськими ерготерапевтами та 4 інтерв'ю з клієнтами ерготерапії, кожне з яких тривало від 40 до 60 хвилин. Інтерв'ю були проведені за допомогою онлайн платформи Zoom, конвертовані у формат MP3, дослівно занотовані за допомогою програми Transkriptor® та деідентифіковані для подальшого якісного індуктивного аналізу.

##### 4.1.1 Алгоритм збору та аналізу даних на основі конструктивістської обґрунтованої теорії

Методика проведення напівструктурованих інтерв'ю ґрунтувалася на розробленому алгоритмі, який охоплював недирективні відкриті питання для глибшого дослідження досвіду та точки зору учасників інтерв'ю щодо застосування СОРМ в Україні. Для мінімізації суб'єктивного впливу дослідників на результат інтерв'ю, під час інтерв'ювання підтримувався дружній але нейтральний тон розмови. Стратегії активного слухання були застосовані з метою розкриття

унікального наративу кожного учасника. У результаті, кожне інтерв'ю мало індивідуальний характер.



**Рисунок 4.1** – Методологія розроблення практичної моделі застосування COPM

Відповідно до методології обґрунтованої теорії, аналіз та збір даних триває до моменту досягнення сатурації і припиняється, коли нові інтерв'ю не генерують нові коди та категорії, які відповідають на дослідницькі питання. У нашому дослідженні сатурація була досягнута на 10 інтерв'ю з ерготерапевтами, однак усі заплановані інтерв'ю були проведені та дані враховані у аналізі для повноти розкриття основних тем інтерв'ю.

Багатоетапний аналіз інтерв'ю на основі поступальної абстракції був здійснений двома незалежними дослідниками, один з яких є ерготерапевтом, а інший – фізичним терапевтом. Шляхом занурення у читання стенограм інтерв'ю, формування нотаток, рядкового кодування та постійного порівняльного аналізу, дослідники здійснили три етапи кодування якісних даних: відкрите, аксіальне та

вибіркове кодування (див. рисунок 4.1). Оскільки сатурація даних інтерв'ю з клієнтами не була досягнута через невелику кількість клієнтів ерготерапії, які погодилися взяти участь у розгорнутих інтерв'ю, дані були проаналізовані за методом звичайного змістового аналізу [119].

#### **4.1.2 Результати відкритого кодування**

У результаті опрацювання стенограм 20 інтерв'ю з ерготерапевтами два незалежні дослідники виокремили більше 300 істотно значущих змістових одиниць (фраз або змістових повідомлень), які стосуються дослідницького завдання, та узгодили 39 первинних змістових категорій, з яких була сформована кодова книга. Первинні змістові категорії, виокремлені у результаті відкритого кодування та зв'язки між ними представлені у рисунку (рисунок 4.2).

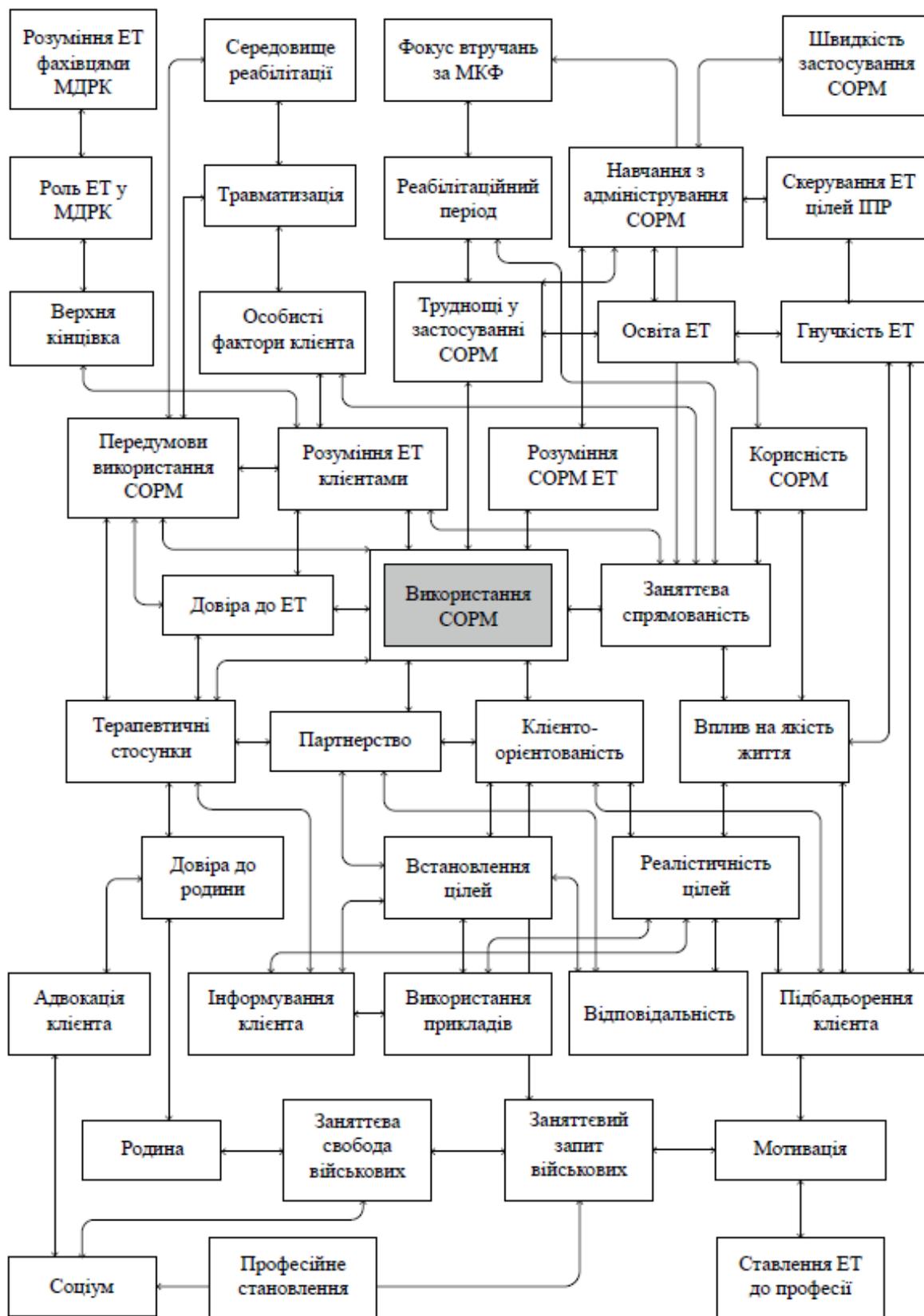


Рисунок 4.2 – Первинні змістові категорії інтерв'ю

### 4.1.3 Результати аксіального кодування

Відповідно до мети і завдань дослідження, на етапі аксіального кодування «застосування COPM» було взято за основну категорію, навколо якої ми далі організували якісні дані. Відповідно до методології, запропонованої J. W. Creswell та C. N. Poth [53], первинні змістові категорії були згруповані у змістові блоки, зображені на рисунку (рисунок 4.3). Розподіл первинних категорій за блоками у результаті аксіального кодування із прикладами отриманих якісних даних подано у додатку (додаток Н).



**Рисунок 4.3** – Змістові блоки якісних даних на етапі аксіального кодування

### 4.1.4 Верифікація даних

Для верифікації категорій, які впливли з аналізу інтерв'ю, було проведено засідання фокусної групи, під час якої учасники мали можливість підтвердити або спростувати зміст категорій, виокремлених на етапі аксіального кодування, доповнити чи уточнити свої відповіді. На засіданні фокусної групи були присутні 10 учасників. Оскільки сатурація даних відбулася на етапі 10 інтерв'ю, дана кількість учасників вважається достатньою для верифікації даних. Усі первинні

змістові категорії, згруповані у блоки на етапі аксіального кодування та підкріплені цитатами з інтерв'ю, були представлені учасникам засідання фокусної групи.

Учасники фокусної групи верифікували усі 39 змістових категорій. Дискусійними виявилися наступні теми: залучення родини до процесу застосування СОРМ, особливості встановлення терапевтичного контакту з військовослужбовцями, особливості заняттєвих цілей військовослужбовців та факторів, що впливають на успіх застосування СОРМ з військовослужбовцями. Усі доповнення і уточнення були враховані на наступному етапі вибіркового кодування та описані у наступних підрозділах (див. розділ 4.1.6).

#### **4.1.5 Результати аналізу інтерв'ю з клієнтами**

Зважаючи на те, що з клієнтами ерготерапії було проведено лише 4 інтерв'ю, застосування методології обґрунтованої теорії для аналізу цих даних було неможливим. Натомість, дані, отримані у ході інтерв'ю з клієнтами, були використані для верифікації та інтерпретації відкритих категорій, зокрема: розуміння ерготерапії клієнтами, ставлення до клієнтоорієнтованості, відповідальності та партнерства, встановлення цілей, зосередженість на заняттєвих цілях, використання прикладів, зрозумілість та цінність СОРМ та вплив заняттєво-спрямованої ерготерапії на якість життя.

Під час інтерв'ю клієнти ерготерапії висловили позитивне враження від процесу та результатів ерготерапії, а також подив та задоволеність від індивідуалізації процесу реабілітації. Зокрема, одна клієнтка зазначила: «Я хочу побажати вам успіху... Тому що ну, я особисто захоплена ерготерапевтами, і я хочу, щоб вони мали майбутнє в Україні, тому що це дуже важливо. Ерготерапія важлива тому, що ви вказуєте шлях, дорогу, якою ми маємо йти... Взагалі, я тішуся, що ви є, тому що ерготерапевт – це, напевно, це ліхтарик в кінці тунелю, який я бачила на цьому шляху – свій ліхтарик» (Клієнт 1).

#### **4.1.6 Результати вибіркового кодування**

На етапі вибіркового кодування ми дійшли висновку про те, що для розроблення логічної моделі застосування СОРМ в Україні ключовими змістовими блоками були наступні: 1) фактори, що пов'язані з діяльністю ерготерапевта, 2) фактори, що пов'язані з клієнтами ерготерапії, 3) очікувані результати застосування СОРМ.

##### **4.1.6.1 Фактори, пов'язані з діяльністю ерготерапевта**

У результаті багатоетапного аналізу якісних даних ми виокремили наступні фактори, які стосуються вимог до ерготерапевта:

**1) Заняттєва спрямованість практичної діяльності ерготерапевта.** Учасники інтерв'ю одностайно висловили переконання, що для успішного використання СОРМ ерготерапевт має дотримуватися принципу заняттєвої спрямованості, інакше заняттєві цілі, встановлені за допомогою СОРМ, можуть не досягатися у процесі реабілітаційного втручання і, відповідно, не будуть відображені у ІПР та ІРП. При цьому, ерготерапевт повинен пояснити клієнтові цінність і користь заняттєвої активності для запобігання звуженню та спрямованості цілей ерготерапії на усунення порушень/дисфункції (таблиця 4.1).

Додатково, учасникам інтерв'ю було запропоновано висловитися щодо наступних термінів: «заняттєво-орієнтований», «заняттєво-спрямований» та «заняттєво-зосереджений». Шістнадцять з 20 ерготерапевтів обрали термін «заняттєво-спрямований» як найбільш прозорий та розуміють його як принцип, що стосується процесу ерготерапії, яка зосереджена і спрямована на відновлення заняттєвої участі пацієнта/клієнта.

**2) Клієнтоорієнтованість практичної діяльності ерготерапевта.** Усі 20 учасників інтерв'ю вважають клієнтоорієнтованість необхідною передумовою застосування СОРМ та доповіли, що практикують у клієнтоорієнтований спосіб, дослухаючись до потреб клієнта. Водночас, ерготерапевти наголосили на

важливості інформування клієнта про реалістичність визначених клієнтом цілей для конкретної програми реабілітації, виходячи з діагнозу, реабілітаційного прогнозу, тривалості реабілітації та можливостей середовища реабілітації. Думки ерготерапевтів розділилися порівну щодо вибору між термінами «клієнтоцентричний» та «клієнтоорієнтований», при цьому третина фахівців вважає дані терміни взаємозамінними.

**3) Індивідуалізація практичної діяльності ерготерапевта.** На етапі вибіркового кодування ми виявили тісний зв'язок клієнтоорієнтованості та заняттєвої спрямованості, який втілюється у індивідуалізації процесу ерготерапії. Учасники інтерв'ю засвідчили, що з підвищенням заняттєвої орієнтованості та клієнтоорієнтованості збільшувалася індивідуалізація процесу ерготерапії та якість наданих послуг. Ерготерапевти загалом погодилися, що завдяки СОРМ їм вдалося визначити унікальні для їхніх клієнтів заняттєві потреби, спрямовані не тільки на відновлення функціональної незалежності, але і якості життя і соціальної реінтеграції.

**4) Навчання з використання СОРМ.** Ерготерапевти одноставно погодилися, що навчання з використання СОРМ має бути обов'язковою вимогою до кожного ерготерапевта, який застосовує СОРМ. Серед ключових здобутків від навчання у рамках дослідження ерготерапевти перерахували наступні: розуміння кроків застосування СОРМ, сформовані навички формулювати доречні питання, підхід індивідуалізованого інтерв'ю на протипагу шаблонному застосуванню СОРМ як опитувальника, скерування клієнта на проблемні сфери у поточному виконанні занять, розуміння процесу вибору пріоритетних занять для встановлення цілей ерготерапії.

**5) Пояснення ерготерапії пояснення перед застосуванням СОРМ.** Чіткою темою, яка виплила з аналізу інтерв'ю, є нерозуміння ерготерапії клієнтами ерготерапії. Ерготерапевти вважають, що клієнти, адміністрація закладів охорони здоров'я та члени мультидисциплінарної реабілітаційної команди (МДРК) погано

обізнані про ерготерапію, мають хибне уявлення про ерготерапію, звужують компетенції ерготерапевта до відновлення верхньої кінцівки. Відповідно, ерготерапевти одноставно погодилися, що пояснення суті, спрямування та методів ерготерапії перед застосуванням СОРМ сприяє успіху у його адмініструванні.

**б). Навички інтерв'ювання, ефективної комунікації для побудови довірливих терапевтичних стосунків.** Яскравою темою, яка простежувалася у переважній більшості інтерв'ю, була тема довіри клієнта до ерготерапевта. Ерготерапевти повідомили, що для адміністрування СОРМ важливо володіти навичками ефективної комунікації та інтерв'ювання, використовувати стратегії підвищення мотивації, підбадьорювати клієнта, щоб сприяти більшому розкриттю клієнта, залучення до спільного встановлення цілей та реабілітації. Деякі ерготерапевти вважають, що на побудову довірливих терапевтичних стосунків та розкриття клієнта може піти час, тому застосування СОРМ на первинному оцінюванні не завжди дає найбільш оптимальний результат. Разом із цим, інші ерготерапевти без проблем застосовують СОРМ на етапі первинного оцінювання. При цьому, ерготерапевти по-різному сприймають процес побудови терапевтичних стосунків з військовослужбовцями: ті, хто працюють як з військовими, так і з цивільними клієнтами, доповідають, що військовослужбовці важче йдуть на контакт і для побудови терапевтичних стосунків з військовослужбовцями потрібно більше зусиль та розуміння. Водночас, ерготерапевти, які працюють виключно з військовослужбовцями, не погодилися з цим під час засідання фокусної групи.

Задокументовано, що ерготерапевтам може бути важче застосовувати СОРМ з клієнтами чоловічої статі старшого віку та вищого військового рангу. На етапі верифікації висновків під час засідання фокусної групи, ерготерапевти дійшли висновку, що адміністрування СОРМ напряму залежить від навичок ерготерапевта ефективно будувати терапевтичні стосунки з клієнтом та враховувати особливості клієнта. Учасники інтерв'ю одноставно погодилися, що інтерв'ю з СОРМ варто проводити у максимально можливому приватному середовищі.

**7) Використання прикладів під час адміністрування СОРМ.** Бланк СОРМ містить пояснення основних сфер заняттєвої активності, яке може доповнюватися прикладами із посібника СОРМ. Ерготерапевти по-різному ставляться до використання прикладів під час адміністрування СОРМ: в той час, як деякі фахівці висловили думку про те, що приклади є корисними для клієнтів, які не мають чіткого заняттєвого запиту, інші вважають, що приклади можуть бути надто директивними і наштовхнути клієнта на цілі, які не відображають їх запиту, оскільки клієнти схильні погоджуватися із ерготерапевтом. Відповідно, ерготерапевти рекомендують з обережністю використовувати приклади під час адміністрування СОРМ.

**8)Травма-інформованість практичної діяльності ерготерапевта.** На використання СОРМ впливає психологічний стан клієнта, який залежить від складності травми, коморбідних психічних станів, етапу реабілітації, попереднього досвіду реабілітації та прийняття власного стану. Ерготерапевти зазначили, що як цивільні так і військові клієнти у воєнний час часто мають депресію, посттравматичний стресовий розлад, апатію, емоційну лабільність, деякі зустрічаються із агресією апатія, зневіреністю, тому ерготерапевт повинен застосовувати травма-інформований підхід у своїй роботі. Деякі ерготерапевти рекомендують збирати максимум інформації від членів реабілітаційної команди перед первинним оцінюванням. Водночас, інші ерготерапевти вважають, що інформація від інших членів МДРК може вплинути на їх упередженість у спілкуванні з клієнтом.

**9) Адвокація клієнта у залученні сім'ї до процесу реабілітації.** Ерготерапевти поділилися різним досвідом взаємодії та залучення родини до процесу застосування СОРМ від позитивних прикладів ефективної співпраці до ситуацій гіперопіки, різного бачення цілей реабілітації клієнтами ерготерапії та їх родинами, а також тиском родини на клієнта. Незважаючи на протилежні точки зору щодо можливості застосування СОРМ з родиною та впливу родини на

встановлення цілей, під час засідання фокусної групи учасники дослідження дійшли згоди про те, що родину важливо залучати у процесі встановлення цілей якщо члени родини розглядаються як клієнти ерготерапії. Водночас, розуміючи потенційний негативний вплив на клієнта в деяких випадках важливо дотримуватися принципу клієнтоорієнтованості і зосереджуватися на клієнті/пацієнті, даючи клієнту можливість бути почутим, і попереджуючи домінування думки родини. Спільним баченням учасників інтерв'ю є важливість ролі ерготерапевта у балансуванні між бажаннями і потребами клієнта та бажаннями родини та пошуком компромісу.

У таблиці подано приклади цитат учасників інтерв'ю, які співвідносяться з відповідними факторами (таблиця 4.1).

Таблиця 4.1 – Фактори, що впливають на процес застосування СОРМ

Фактори ерготерапевта	Фактори клієнта ерготерапії
<p>1. Заняттєва спрямованість ерготерапевта.</p> <p>«Заняття – це вже є життя людини, і ми його маємо покращити. Якщо людина залучена до якогось заняття, вона щось виконує, вона швидше відновлюється і психологічно, і морально, і фізично.» (ЕТ 4)</p> <p>«Я їм пояснюю, що з верхньою кінцівкою ми будемо працювати для того, щоб відновити заняттєву активність, і що, окрім того, нам потрібно пропрацьовувати заняттєву активність, а не концентруватись на самій руці.» (ЕТ 3)</p>	<p>1. Ставлення до заняттєвої спрямованості ерготерапії.</p> <p>«Це відгук їх, вони кажуть: «Мене це розвантажує... я не оточений тільки білими халатами... не тільки крапельниці, не тільки уколи... а я розумію, що в межах лікарні, виявляється, можна більше, можна почувати себе людиною... Життя триває, так?» (ЕТ 15)</p> <p>«Був чоловік. 60 років, ніби все спочатку пішло добре, ми проговорили про самообслуговування, про переміщення, і коли вже пішла [розмова про] продуктивність і так далі, він сказав: «Я не хочу, я не буду відповідати, от в мене є рука... у вас дуже багато незрозумілих питань, нащо воно мені потрібно, мені треба рука.» (ЕТ 13)</p> <p>«[Заняттєву спрямованість] гарно сприймають, працюють, дуже всі потім задоволені, що щось там змогли зробити.» (ЕТ 1)</p>
<p>2. Клієнтоорієнтованість ерготерапевта.</p> <p>«Ми не нав'язуємо ті цілі, які нас цікавлять, як стандартні, а ми дізнаємося про життя людини і працюємо саме з тим, що для неї релевантно в даному випадку» (ЕТ 5)</p>	<p>2. Ставлення до клієнтоорієнтованості процесу ерготерапії.</p> <p>«Всі, загалом, задоволені. Думають, що це ж приємно, коли враховують твої побажання. Це приємно, коли до тебе дослухаються. Особливо ти пацієнт, а тут до тебе дослухаються. Це дуже важливо. Вони говорять: «Це вау, це круто, що ви ділитесь зі мною». А інколи кажуть: «Ви самі вирішуєте». Я кажу, ні... ви вирішуєте зі мною. (ЕТ 15)</p> <p>«Скажу чесно, бо є пацієнти, яким це подобається, що вони приймають активну участь, а інші не хочуть брати на себе відповідальність.» (ЕТ 12)</p>
<p>3. Індивідуалізація процесу ерготерапії.</p> <p>«Раніше, як ви знаєте, було більше [акценту втручання] там на дрібну моторику, на збільшення сили, а зараз саме от на запит пацієнта, саме намагаємося підібрати заняття те, яке йому потрібно, а не стандартний для всіх... комплекс вправ набір був, намагаємося цього уникати тепер.» (ЕТ 17)</p>	<p>3. Конкретний заняттєвий запит клієнта:</p> <p>«До нас потрапила пацієнтка після інсульту, вона дуже молода, в неї мала дитина... Вона каже: «Я хочу зв'язати іграшку для мого [сина]»... Я досі про це коли говорю, в мене мурашки шкірою, бо дитина її боялася спочатку. Бо рука була слабка, мама погано ходила, підтягувала трохи ногу і так далі. І дитина це відчувала дуже сильно і сторонилася. А для молодшої дівчини це було просто ножем по серцю. І тут вона мені пише, що її дитина з цим динозавром не розлучається взагалі, з ним весь час носить, і він щасливий, і вона задоволена, і в них знову ті теплі стосунки, які були до її хвороби» (ЕТ 7)</p>

## Продовження таблиці 4.1

<p>«Ми відходимо від тієї, скажімо, структури ЛФК, яка була раніше і все давалося однаково по шаблону всім. Насправді воно так не працює. Кожна людина індивідуальна, в кожній людині свої потреби в такій чи іншій мірі більше, менше. Тобто, наприклад, та сама сім'я впливає, там родина, друзі, полон, ті самі заняття. Тому тут треба більше чути, бачити саму людину, що вона робила, що вона хоче робити і що вона буде робити.» (ЕТ 13)</p>	<p>Заняттєвий запит військовослужбовців</p> <p>«Якщо проблеми цивільних — це одягнути верхній одяг, поголитися, то в їхньому плані вони ставлять собі цілі накласти джгути, щоб карабіни могли вони заціпати та заціпки різного роду. Ну, тобто, вона на якісь такі більш військові потреби зразу орієнтуються». (ЕТ 9)</p> <p>«Військові всі хочуть повернутися і вони хочуть помсти. Хочуть повернутися і воювати далі, навіть незалежно від того, скільки в них поранень. Ну, так, в них сама перша проблема, що ми хочемо повернутися: «Я не можу воювати.» (ЕТ 4)</p>
<p>4. Навчання з використання СОРМ.</p> <p>«я раніше застосовувала СОРМ, і я скажу, він здається настільки простим... А насправді потрібно навчитися ще його використовувати.» (ЕТ 2)</p>	<p>4. Достатній рівень когніції та мовлення:</p> <p>«Але, наприклад, з мінусів [СОРМ] є те, що в нас є дуже багато пацієнтів, на жаль, які мають афатичні порушення, або там, наприклад, порушення розуміння та якісь когнітивні порушення, які не дозволяють провести СОРМ. І, на жаль, їх зараз дуже багато після інсультів» (ЕТ 20)</p>
<p>5. Пояснення ерготерапії пояснення перед застосуванням СОРМ.</p> <p>«Напевно, відсотків 90 взагалі не знає, хто такий ерготерапевт, хто до них прийшов, і їх навіть це трішечки лякає» (ЕТ 13)</p> <p>«Є стереотип ще навіть такий в команді, тобто не всі до кінця розуміють роль ерготерапевта і навіть фізичний терапевт може сказати, «От я не буду працювати з рукою, є ерготерапевт, він буде займатися нею». (ЕТ 16)</p> <p>«Тепер я розумію, що якщо я не поясню, хто я, не донесу свою цінність, то я і не маю сенсу представляти СОРМ, тому що він просто не зрозуміє цього. Тому це неймовірно важливо.» (ЕТ 15)</p>	<p>5. Розуміння ерготерапії та сфер терапевтичного впливу:</p> <p>«Це що ерго? Я щось не розумів, що це таке. Взагалі,... фізіотерапевт зрозумілий, а ерготерапевт незрозумілий.» (Клієнт 2)</p> <p>«Я довго не могла вимовити слово ерготерапія.» (Клієнт 1)</p> <p>«Під час СОРМ я їм пояснюю, що ми будемо працювати над досягненням ось таких цілей. Всі цілі є заняттєві, відповідно вони далі очікують, що наше втручання буде пов'язане з роботою над заняттям.» (ЕТ 3)</p>
<p>6. Навички інтерв'ювання, ефективної комунікації для розкриття і формування довіри клієнта.</p> <p>«Має бути якісне інтерв'ю, щоб людина все таки керувала процесом реабілітації разом з фахівцем. СОРМ допомагає змотивувати пацієнта. У нас дуже багато демотивованих пацієнтів. І частіше за все, коли ти говориш про домашніх улюбленців, про дітей, про</p>	<p>6. Мотивація клієнта:</p> <p>«Мотивація найголовніша. Бо поки він не поставить собі ту ціль і те завдання, він не знає, для чого він то [реабілітацію] робить». (ЕТ 12)</p> <p>«Більшість військових, вони дійсно мотивовані. Вони приїжджають і вони готові навіть боротися з тим, що у нас повний безлад в країні, що вони нічого не можуть отримати і вони постійно судяться і досягають своєї мети, борючись з усім, що навколо. Але якщо взяти так людей, які більш старші, зачасту</p>

## Продовження таблиці 4.1

<p>то вони розцвітають. Все, там далі можна вже щось робити. Рухаємося.» (ЕТ 7)</p> <p>«Вони більше замкнуті, Менше йдуть на контакт. Це ще залежно від людини, яка вона взагалі була до початку війни і після вони міняються. Як ти ще знайдеш підхід, як ти поясниш.»(ЕТ 17)</p> <p>«Немає бажання спілкуватися, розкриватися, відкриватися... і я так зауважила, що на початку ніхто тобі з військових, на перших заняттях вони ніколи з тобою не будуть розмовляти, скільки часу я працюю.» (ЕТ 9)</p> <p>«З цивільними легше, тому що травма війни – це поєднана травма. Плюс може бути і ЧМТ, і контузії, ну ви розумієте це, і осколкові поранення всього тіла. Просто важче в цьому плані, що вони, пацієнти в важкому стані» (ЕТ 14)</p> <p>«Я ніколи не проводжу такі розмови в палаті. У нас є індивідуальні кімнати, або беру пацієнтів на обіді, коли нікого немає в залі. Є різні люди. Зустрічаються такі хлопці, що сміються, наприклад. Висміюють.» (ЕТ 9)</p> <p>«Оцей момент, щоб з людиною трошки більш відлучитися від усіх, щоб ніхто нічого не чув, тому що людині важко розкритися, коли там хтось її слухає...Менеджмент сечового, кишківника, це дуже інтимні питання.» (ЕТ 18)</p>	<p>це так, я зустрічала люди 40 плюс років, то вони дуже, які вже ставлять на собі хрест і кажуть: «Що я вже зроблю, я вже старий», і так далі.» (ЕТ 8)</p> <p>«Так, в мене були такі пацієнти, з якими все-таки не вдалося в мене використовувати СОРМ. Це було ставлення людини самої до свого життя, до того, як вона проживає його. Я підходила з різних сторін, намагалася і підтримати, і якимось мотивувати, але людина просто поставила на собі хрест і, на жаль, в цьому випадку я не змогла нічого зробити. Тому такі випадки зустрічаються.» (ЕТ 8)</p> <p>«Може бути таке, що воно [інтерв'ю з СОРМ] не дасть результату, якщо людина ще абсолютно не сприймає свого стану, Я просто можу навести приклад. Пацієнт... говорив, якщо я не буду ходити, відвезіть мене назад в Донецьк, нехай мене доб'ють. Мені іншого не потрібно.» (ЕТ 3)</p>
<p>7. Використання прикладів під час адміністрування СОРМ.</p> <p>«Ми просто приводимо приклади з життя, я кажу, давайте будемо аналізувати, ви мені розкажете, чим ви живете, а я вам розкажу, що це може бути. Тоді [якщо] на їхньому прикладі, на їхньому власному житті, то їм набагато зрозуміліше і простіше...Тепер із переліком занять все проходить швидше, ну і відповідно з практикою швидше.» (ЕТ 8)</p> <p>«Це класно, коли пацієнт знає, що він хоче, оцей, скажімо так, ідеальний пацієнт, але не з усіма так проходило. Тому, відповідно, я так відштовхувалася від цього, якби можна було якимось підібрати... Приклади дуже допомогли...» (ЕТ 15)</p>	<p>7. Неупереджене ставлення до ерготерапевта: «Був ще один пацієнт... був військовий, стався інсульт..Він відмовився відповідати, що в нього не виходить. Аргументуючи це тим, що «Я не звик, що в мене нічого не виходить, а тут передо мною сидить дівчина, я не хочу жалітися. У мене все добре, у мене все виходить». (ЕТ 13)</p> <p>«Люди такі, а що це за дівчинка сидить і розпитує про те, як я живу і що я роблю? Чому я взагалі повинен їй розповідати?» (ЕТ 20)</p> <p>«Дуже складно реагують військові, особливо на дівчину, якщо там буває так, то вони не знають, хто це. Взагалі, що я буду робити, яка моя роль, то я поясню, звичайно.» (ЕТ 16)</p>

## Продовження таблиці 4.1

<p>8. Травма-інформованість ерготерапевта.</p> <p>«Вони емоційніші, самі пацієнти... Тобто, перед тим, як проводити свою першу зустріч, я завжди спілкуюсь з фізичним терапевтом, щоб трішки мені розказав. Можливо, вони більше знають якісь теми, не варто зачіпати. Тобто, те, що є болючим» (ЕТ 16)</p> <p>«Тобто тут виходить так, що вони свіжі поранення мають, а я йду до них з листом про їх майбутнє. Як вони там його можуть побачити, те майбутнє, якого вони наразі не хочуть бачити. Вони ще знаходяться в тих п'ятих етапах прийняття, свого стану, тому їм це важко. І мені важко з ними про це говорити, тому що я можу зайти в ту яму, яку не треба розкопувати.» (ЕТ 2)</p>	<p>8. Адекватне усвідомлення власного стану.</p> <p>«Є ті, які хочуть чогось нереального. І ми розуміємо, що запити не завжди бувають реальними... Це рідко, але все ж таки є» (ЕТ 7)</p> <p>«І дуже сильно впливає, наприклад, якщо це військовий, який отримав, наприклад, травму 2-3 місяці тому, і ще такому, скажімо, в гострому стані. І є військові, наприклад, які ми проводимо через рік. Тому оці військові, наприклад, 2-3 місяці, вони майже всі хочуть повернутися назад в частину, до хлопців. Ті, хто там рік і більше, вони вже задумуються над тим, над зміною роботи, чим вони будуть цивільно можуть займатися, більше залучають родину, сім'ю, друзів і так далі.» (ЕТ 13)</p>
<p>9) Адвакація клієнта у залученні сім'ї до процесу реабілітації.</p> <p>«У нас дуже часто, якщо чесно, така от битва титанів, бо у родичів свій погляд на те, що має вміти клієнт. У клієнта свій погляд на те, що він має вміти. Мені здається, що ерготерапевт дуже важливу роль відіграє в тому, щоб донести цінність того, що хоче і родич клієнта так само. І отут ми як буферна така зона, яка намагаємося трошки все це зліпити в одне, в результаті отримати гарний результат, який задовольнить всіх. Бо це також є важливим.» (ЕТ 7)</p>	<p>9) Заняттєва свобода:</p> <p>«Ти там питаєш, що в них зараз, з чим проблеми, і як вони далі бачать своє життя, вони не можуть відповісти, бо вони не знають, на чому саме їм сконцентруватись, бо в чому буде подальша їхня робота. Чи вони будуть звільнені і вони будуть вдома, чи вони повернуться в військову частину, будуть там виконувати щось, чи вони повернуться на передову, де зовсім інша робота.» (ЕТ 16)</p> <p>«Невідомо, що вирішить ВЛК. У людини, наприклад, дев'ять контузій, з них тільки три визнаних. А після четвертої людину мають списати. І ніяких гарантій, що після четвертої людину спишуть. Це дає досить значні ураження і когнітивні, і функціональні в тому плані, що він мало функціональний через свої когнітивні здібності.» (ЕТ 20)</p>

#### 4.1.6.2 Фактори, пов'язані з клієнтами ерготерапії

Узгоджуючись із попереднім блоком, на основі аналізу інтерв'ю ми виокремили фактори, які стосуються клієнтів ерготерапії, охоплюють наступні:

##### 1) Позитивне ставлення клієнта до заняттєвої спрямованості ерготерапії.

Оскільки ерготерапія є новою професією в Україні, заняттєва спрямованість реабілітації та фактичне залучення до процесу виконання занять під час

ерготерапевтичних втручань може сприйматися клієнтами як щось незрозуміле, незвичне та навіть неприйнятне. Деякі клієнти надають перевагу втручанням, спрямованим на структуру і функцію у порівнянні із такими, які допомагають клієнтові покращити виконання цільових повсякденних занять. Водночас, у результаті встановлених довірливих терапевтичних стосунків на момент застосування СОРМ більшість клієнтів позитивно ставляться до заняттєвої спрямованості.

**2) Сприйняття клієнтоорієнтованості ерготерапії.** На думку ерготерапевтів, клієнти по-різному ставляться до партнерського підходу у реабілітації та їх активного залучення до встановлення цілей реабілітації. Переважно, клієнти старшого віку звикли до пасивної ролі у процесі реабілітації та більш схильні виконувати вказівки фахівця, а молодші клієнти більш охоче йдуть на співпрацю. Ця тенденція була підтверджена результатами інтерв'ю з клієнтами. Відповідно, легкість адміністрування та успіх інтерв'ю залежить від позитивного сприйняття клієнтоорієнтованого підходу власне клієнтом.

**3) Заняттєвий запит.** Для успішного застосування СОРМ важливо, щоб клієнт міг визначити власні заняттєві пріоритети. Учасниками дослідження були озвучені різні бачення особливостей заняттєвих потреб військовослужбовців, але у результаті дискусії, учасники фокусної групи дійшли згоди про те, що рівень травми або інвалідизації впливає на заняттєвий запит більше, ніж військовий статус. Більшість наголошували на тому, що заняттєві потреби військовослужбовців спрямовані на заняття, пов'язані зі службою, близькі або наближені до служби. Водночас, інші ерготерапевти свідчили про те, що незалежно від службового стану, клієнти насамперед мають запит на задоволення базових людських потреб у самообслуговуванні. Також одна учасниця дослідження зазначила, що СОРМ може використовуватися як скринінг для визначення доречності ерготерапевтичних послуг.

#### **4) Достатній рівень когніції та мовлення для участі у інтерв'ю.**

Ерготерапевти висловили думку, що у застосуванні СОРМ основною вимогою до клієнта є його спроможність брати участь у інтерв'ю та визначати пріоритетні для нього повсякденні заняття. Деякі ерготерапевти вважають, що якщо клієнт має афазію або когнітивні порушення, можливо застосовувати СОРМ з його родичами. При цьому, деякі учасники повідомляли про те, що цілі родини та клієнта часто на збігаються. Ерготерапевти також доповідали труднощі із поясненням пацієнтам різниці між самооцінюванням виконання та задоволеності обраних клієнтом занять, а також сфер функціональної мобільності та соціалізації.

#### **5) Розуміння клієнтом сфер професійної діяльності ерготерапії.**

Передумовою до застосування СОРМ для клієнта ерготерапії є розуміння сфер професійної компетентності, можливостей та завдань ерготерапевта, оскільки переважна більшість клієнтів ерготерапії, які вперше проходять реабілітацію, не знайомі з ерготерапією як реабілітаційною професією. Клієнти ерготерапії будуть більш схильні відповідати на питання фахівця, аналізувати власні проблеми виконання занять, якщо вони розуміють, можливість має фахівець. Ерготерапевти неодноразово розповіли про здивування клієнтів, коли вони дізналися, участь у яких заняттях ерготерапевт їм може допомогти відновити.

**6) Мотивація клієнта.** Як клієнти, так і ерготерапевти доповідали, що для успішного інтерв'ю клієнт повинен бути мотивований до активної участі у реабілітації і “не ставити на собі хрест”.

**7) Неупереджене ставлення до фахівця.** Упередженість клієнта може бути бар'єром до застосування СОРМ. У інтерв'ю з ерготерапевтами звучала тема упередженого ставлення деяких клієнтів до ерготерапевтів через нерозуміння сутності і методів ерготерапії як професії, а також через стать та вік ерготерапевта.

**8) Адекватне усвідомлення власного стану.** Ерготерапевти засвідчили, що на результат інтерв'ю впливає розуміння клієнтом власного функціонального стану, реабілітаційного прогнозу та спроможність визначати реалістичні цілі.

Ерготерапевти, які працюють у амбулаторних та стаціонарних умовах зазначали, що СОРМ значно легше використовувати на довготривалому етапі реабілітації.

**9) Заняттєва свобода.** Неочікуваною, але логічною темою, яка звучала у багатьох інтерв'ю був вплив заняттєвої свободи на процес та результат інтерв'ю із використанням СОРМ. Заняттєва свобода відрізняє цивільних клієнтів від військовослужбовців, оскільки особливо у контексті війни військовослужбовці не знають власної подальшої долі, а тому їм може бути важко визначитися із заняттєвими цілями.

#### 4.1.6.3 Результати застосування СОРМ

Історії успіху застосування СОРМ, які ерготерапевти описали у ході інтерв'ю, свідчать про те, що заняттєво-спрямована практична діяльність ерготерапевта за допомогою СОРМ сприяє відновленню мети, сенсу, задоволеності життям та покращенню якості життя клієнта. Завдяки застосуванню СОРМ ерготерапевти змогли визначити унікальні для кожного клієнта заняттєві цілі. Приклади індивідуальних заняттєвих цілей, визначених клієнтами у співпраці з ерготерапевтом, продемонстровані у таблиці (таблиця 4.2).

**Таблиця 4.2** – Приклади індивідуальних заняттєвих цілей, визначених за допомогою СОРМ

Стан здоров'я	Заняттєві цілі
Ампутація	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Керувати авто</li> <li>➤ Збирати/розбирати муляжі магазинів з патронами</li> <li>➤ Одягати берци</li> </ul>
Ураження спинного мозку	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Самостійно здійснювати менеджмент кишківника</li> <li>➤ Виготовляти вироби зі шкіри для побратимів</li> <li>➤ Малювати з донькою</li> <li>➤ Отримати грант для відкриття туристичного бізнесу для осіб, які пересуваються кріслом колісним</li> </ul>

## Продовження таблиці 4.2

	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Планувати відкриття власної кондитерської</li> </ul>
Черепно-мозкова травма	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Здійснювати покупки у магазині</li> <li>➤ Вживати улюблену страву (шаурму обома руками)</li> <li>➤ Копати город і виконувати важку роботу по господарству</li> </ul>
Інсульт	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Ремонтувати кран</li> <li>➤ Користуватися громадським транспортом</li> <li>➤ Зв'язати гачком м'яку іграшку для 2-річного сина, щоб він не боявся маму, яка після інсульту виглядає і рухається інакше (як об'єкт відновлення довіри і близьких стосунків між мамою і сином)</li> </ul>

Отримані дані засвідчують позитивний вплив СОРМ на професійну діяльність ерготерапевтів щодо змісту, організації та ефективності ерготерапевтичних втручань. Крім того, ерготерапевти зазначили суттєвий вплив СОРМ на їх власний професійний розвиток, клієнтоорієнтованість та заняттєву спрямованість. Основні результати для практичної діяльності ерготерапевтів охоплюють:

✓ **Полегшення роботи:** СОРМ полегшує процес встановлення клієнтоорієнтованих та заняттєвоспрямованих цілей.

✓ **Покращення якості наданих послуг** за рахунок заняттєвої спрямованості: СОРМ покращує якість наданих послуг, оскільки за впливають на реальне життя та якість життя клієнтів ерготерапії.

✓ **Розширення репертуару заняттєвих цілей** за рахунок інформативності СОРМ та охоплення усіх сфер заняттєвої активності: СОРМ розширює вплив ерготерапевта на інші сфери заняттєвої активності поза активністю повсякденного життя. Наприклад, ерготерапевти одного із закладів зазначили, що завдяки заняттєвому запиту кількох пацієнтів щодо участі у садівництві, визначеному під час інтерв'ю за допомогою СОРМ, вони організували терапевтичне садівництво на території закладу як один з методів ерготерапевтичного втручання.

✓ **Можливість продемонструвати прогрес реабілітації** у спосіб, зрозумілий для клієнта: COPM дозволяє продемонструвати прогрес реабілітації у кількісних показниках, що є важливим для міжпрофесійної та міжсекторальної комунікації та оцінки ефективності реабілітаційних втручань. Водночас, COPM дозволяє клієнтам оцінити відчутні результати, пов'язані з їх повсякденним життям.

✓ **Розширення середовища реабілітації:** COPM впливає на розширення середовища реабілітації, впровадження принципів безбар'єрності та адвокації.

✓ **Професійне становлення фахівців:** COPM сприяє професійному становленню, ефективно роз'яснює завдання ерготерапевта та робить очевидним його унікальний внесок у рамках роботи мультидисциплінарної реабілітаційної команди, що є особливо цінним у контексті професійного розвитку фахівців, які не мають формальної освіти з ерготерапії

✓ **Формування заняттєвої парадигми практичної діяльності фахівців:** COPM зміщує фокус втручання ерготерапевта на заняттєву активність, сприяє формуванню і ґрунтуванню практичної діяльності ерготерапевтів у заняттєвій парадигмі.

✓ **Ведуча роль у МДРК:** COPM дозволяє ерготерапевту скеровувати роботу МДРК на спільне досягнення заняттєвого запиту клієнта у формуванні індивідуального реабілітаційного плану.

✓ **Професійна гордість ерготерапевтів:** COPM сприяє визначенню значущих для клієнтів цілей, та відповідно скеровує ерготерапевтів до досягнення значущих результатів, за які ерготерапевти відчують професійну гордість.

Приклади цитат, які ілюструють виокремлені вище змістові блоки подані у таблиці (таблиця 4.3).

Таблиця 4.3 – Вплив СОРМ на практичну діяльність ерготерапевтів

Результат	Цитати з інтерв'ю з ерготерапевтами
Полегшення роботи	<p>“Це виявилось легше для постановки цілей для тих пацієнтів, які були невизначені, що вони хочуть від ерготерапії, і СОРМ чудово допомагає в цьому плані” (ЕТ 14)</p> <p>“СОРМ дуже полегшує мені дати людині зрозуміти, що я від неї хочу і що їй треба взяти від мене. (ЕТ 8)</p> <p>“До СОРМ “були такі, що чесно придумували, або підглядали у своїх колег, бо просто не могли зрозуміти, що саме для того пацієнта потрібно” (ЕТ 9)</p> <p>“СОРМ напряду скеровує тебе, напряду вказує, над чим тобі треба працювати, цілком дає тобі зрозумілі цілі, які ти маєш поставити в реабілітаційному процесі. Тому я вважаю, що кожному ерготерапевту було би дуже корисно використовувати СОРМ в своїй практиці. Це дійсно дуже важливо.” (ЕТ 8)</p>
Покращення якості послуг	<p>«[За допомогою СОРМ]...можна надати якісну послугу ерготерапії, тому що цілі будуть справді ті, які потрібні для пацієнта, а не для того, щоб держава заплатила за пакет.» (ЕТ 5)</p> <p>«Коли люди бачать результати і досягаються цілі на тому рівні, у них з'являється сенс життя. І ми, по суті, людині надаємо сенс життя. Це дуже багато значить.» (ЕТ 5)</p>
Розширення репертуару заняттєвих цілей	<p>«Дає велику можливість охопити всі сфери і зрозуміти навіть самій людині, що для неї важливим є.» (ЕТ 8)</p> <p>«Я почала більше приділяти часу не тільки самообслуговуванню в основному, а більше якимось таким активностям, які приносять пацієнту задоволення. Не тільки, наприклад, потрібні в побуті, а ще й приносять пацієнту задоволення.» (ЕТ 12)</p> <p>«В мене є пацієнт, з нього було дуже важко витягнути якусь інформацію, хоч якби не питаю, а він: «В мене не працює рука», все, і на цьому інтерв'ю закінчується... а після СОРМ спрацювало, він сказав, що він не може ходити там в ліс по гриби, що він не любить рибалку, каже а в мене ще вдома кран тече.» (ЕТ 12)</p>
Розширення середовища реабілітації	<p>«Ми можемо вийти, не обмежуватися самими стінами лікарні, ми можемо вийти на двір, в кафе...Можемо там і каву купити, і недалеко є магазини, можемо також сходити. Я і по місту з пацієнткою їздила. Тобто навчилися заходити в автобус, щоб вона заплатила, тобто, щоб вона знала, де їй вийти. Ну, знов таки, це за допомогою цього [СОРМ], що я більше дізналася про людину.» (ЕТ 18)</p> <p>«З СОРМ можемо визначити там, що клієнт хоче комунікувати з соціумом, з людьми, хоче в аптеку, тому що в нас на базі вже відкрили нову пошту. Це все в межах госпіталю. І аптека є, і магазин. А тут буває просто банально в аптеці вузькі двері. Йдеш, вимагаєш, шукаєш служби, шукаєш власника, дзвониш, питаєш, просиш міняти двері. Йдеш до наших, просиш встановити двері. І я вже повністю тут стараюся залучати і наших всіх членів команди в цей процес ми мусимо змінювати, бо і хлопцям хочу, що ви повинні не мовчати, говорити, тому що так нічого не зміниться.» (ЕТ 14)</p>

## Продовження таблиці 4.3

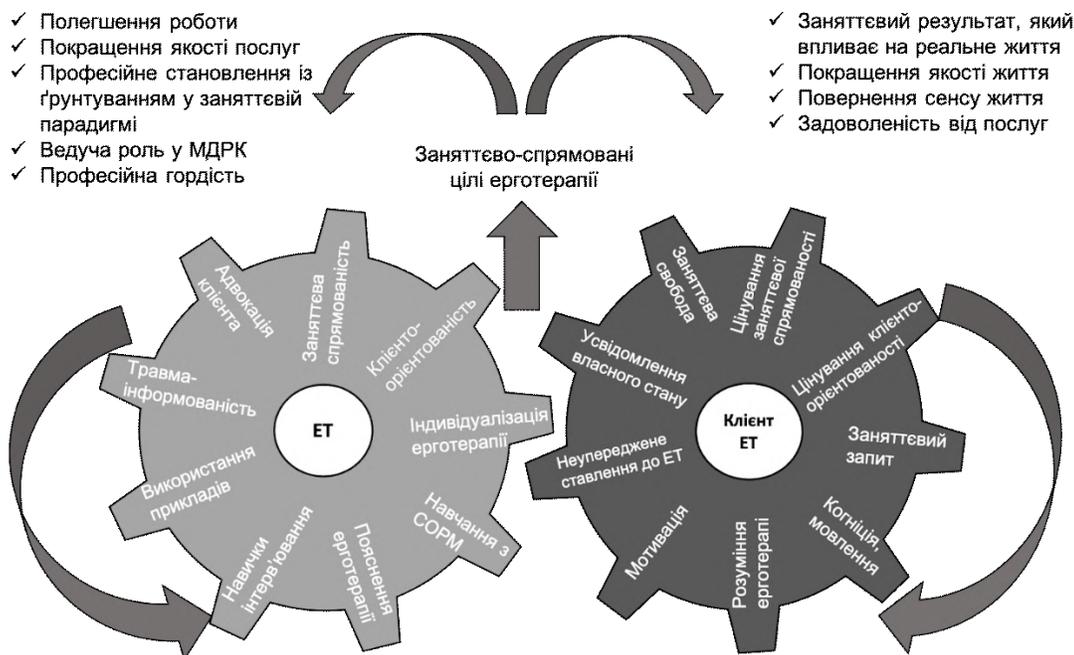
Відстеження прогресу реабілітації та задоволеність клієнта	<p>«В кінці, як ми оцінюємо повторно те, що ми робили на початку, в них з'являється більша мотивація працювати далі. Вони бачать результат, вони бачать, що вони щось досягнули і є до чого ще працювати. І на другий цикл вони більш мотивовані, ніж ті, наприклад... Які, ну ти показуєш, наприклад, той самий Vox and Blocks, ось у вас було 15 кубиків, зараз у вас 40 кубиків. Ну, добре, 40 кубиків, а яка користь цього для мене? А коли вона [клієнтка] бачить, що вона там може ходити сама в магазин, сама заплатити, принести додому, приготувати той самий борщ, то для них це більш цінне, ніж якісь цифри.» (ЕТ 14)</p>
Вплив на професійний розвиток ерготерапевтів	<p>«Так, цей інструмент дуже сильно вплинув, бо коли я почала працювати, ... я ще не розуміла конкретно над чим працювати, бо коли бачила колег, вони працювали над тим, щоб просто відновлювати функцію руки. І тоді я ... просто не розуміла, тоді чим ми відрізняємося від фізичних терапевтів. І коли почала застосовувати СОРМ, мені стало набагато зрозуміліше, набагато легше навіть пояснювати, хто такий ерготерапевт.» (ЕТ 8)</p> <p>«якщо б я це робила [застосовувала СОРМ] на початку своєї кар'єри, то я б вже чітко знала, що я маю робити. Вибачте, я б плегічною рукою не махала. Я б знала чітко, що мені потрібно зробити компенсацію для того, щоб людина могла поїсти сама, а не працювати на рух.» (ЕТ 9)</p> <p>«[Після участі у дослідженні професійна діяльність] зовсім змінилася, тому що я була фахівцем вузьким, яка працювала суто над однією функцією тіла. А тепер... я рада, що я в цій професії, що я можу зосереджуватися, бути клієнтоорієнтованою, зосереджуватися на діяльності. І ще й тим паче цей інструмент оцінки, він просто 100% пояснює суть моєї роботи.» (ЕТ 13)</p>
Грунтування у заняттєвій парадигмі	<p>«Ерготерапія в Україні тепер заняттєво спрямованою стає, і ми не хочемо зосереджуватися лише на функціях тіла, на структурах. Ми повністю хочемо відповідати вимогам Всесвітньої організації [Всесвітньої федерації ерготерапевтів], зосереджуватись на заняттєвій активності пацієнта. Цікавитися його інтересами, обов'язково розглядати його ролі в житті, майбутнє, думати про те, де він буде після наших втручань і як вони допоможуть йому в майбутньому.» (ЕТ 14)</p> <p>«Дуже сильно змінилося, і я почала більше заняттєву активність саме в своїх реабілітаційних втручаннях включати. Бо раніше це було все-таки більше на функції руки, на структуру, а зараз це все-таки більше про заняттєву активність.» (ЕТ 8)</p> <p>«Уявлення про заняттєву орієнтованість стали чіткішими, ще більш і більш ґрунтовнішими. В мене з'явилося розуміння, над чим конкретніше мені зараз куди спрямувати свою діяльність, щоб і людину була зацікавлена, і щоб ми чогось досягли.» (ЕТ 1)</p> <p>«Вся база ерготерапевтична, про яку ми говоримо, про цю ідентифікацію від фізичної терапії, дає дуже круте розуміння. Тому використовуєш СОРМ і ти знайдеш грааль ерготерапії.» (ЕТ 2)</p> <p>«Я ще більше зрозуміла його цінність і я його зараз ще більше буду використовувати... Можливо, досвід [роботи в] реанімації мені допомагає зрозуміти цінність цієї заняттєвої спрямованості людини.. Наскільки це важливо для відновлення когнітивного функціонування людини. Це не лише відновлення суто самого заняття, а це є загальне відновлення людини через заняття.» (ЕТ 3)</p>

## Продовження таблиці 4.3

Ведуча роль ЕТ у МДРК	«[члени МДРК] орієнтуються, власне, на наші цілі, саме ерготерапевтів, і ерготерапевт стає вже ведучою особою. Я вам просто невимовно вдячна, як приємно, що ти стаєш ведучою особою, і ти не суто займаєшся руками, а ти вже реально стаєш майже центром. Пацієнт є центр, але я маю на увазі саме в команді, ти тягнеш команду, ти говориш ціль, яку пацієнт висловив, він сказав, що це дуже важливо, і команда починає уже тоді крутитися над твоєю ціллю. Це чудово.» (ЕТ 14)
Професійна гордість	«Я більше почала цінувати те, що я роблю, і більше почала цінувати свої результати.» (ЕТ 15) «Я отримую насолоду від того, що я допомагаю пацієнтові робити те, що він любить, що він потім зможе це використовувати. Не відновити, можливо, адаптувати, але зробити його трішки щасливішим, щоб він почував себе повноцінним членом суспільства. Я дуже люблю свою професію... я цим живу...» (ЕТ 17) «Вони розуміють, що вони будуть корисні своїй сім'ї, своїй родині, вони загалом громаді будуть корисні. Нам, людям, всім важливо відчувати себе корисними, бо не просто існувати, а бути дуже важливими для оточення.» (ЕТ 15)

#### 4.1.7 Практична модель застосування СОРМ з військовослужбовцями та цивільними особами в Україні

Кінцевою метою якісного аналізу було створення обґрунтованої теорії, яка має візуальну модель, що символічно поєднує основні категорії, які стосуються дослідницької проблеми. Відповідно, ґрунтуючись на принципах символічного інтеракціонізму для аналізу емпіричних даних, дослідниками було розроблено практичну модель застосування СОРМ у реабілітації військовослужбовців та цивільних осіб на гострому та післягострому етапі реабілітації, зображену на рисунку (рисунок 4.4).



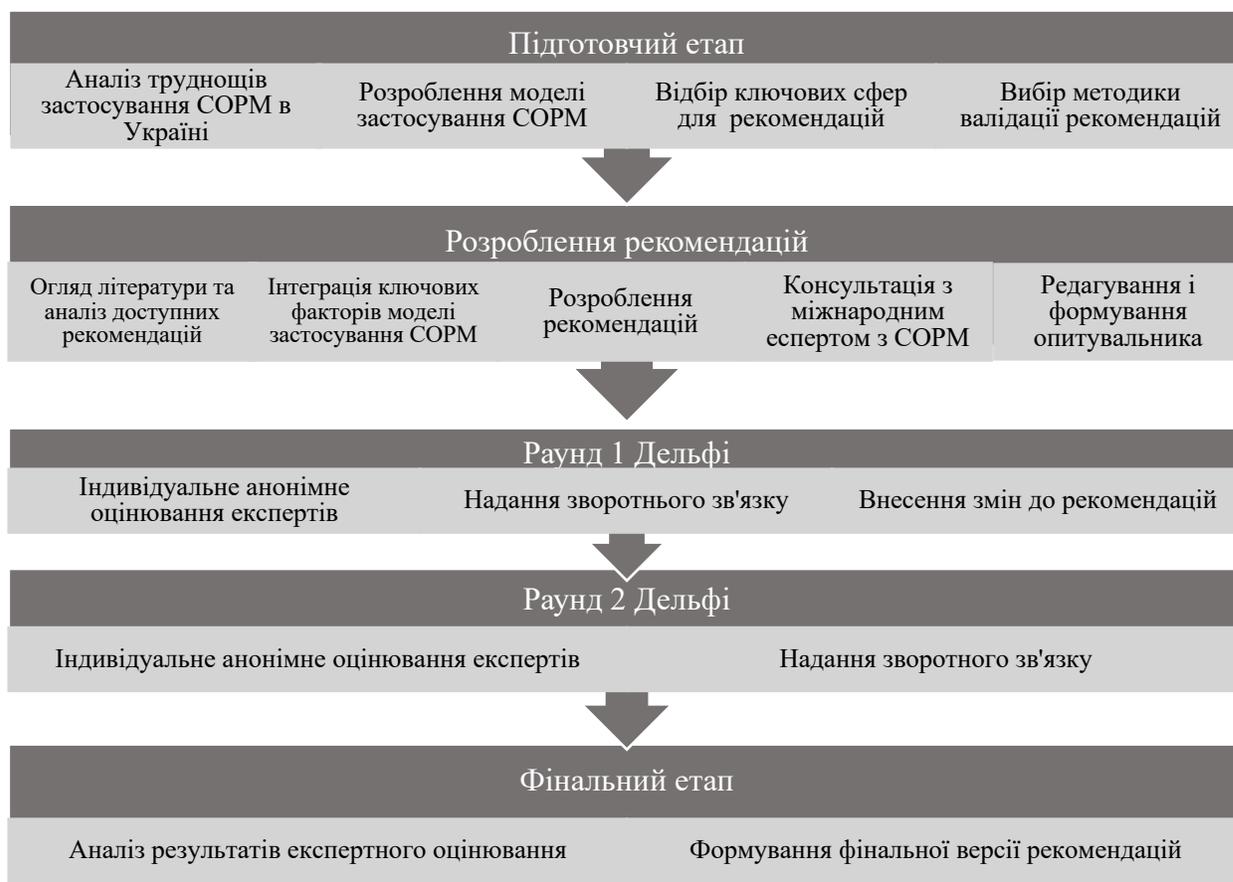
**Рисунок 4.4** – Графічна модель ефективного застосування СОПМ

Графічна модель ефективного застосування СОПМ насамперед визначає спільний результат взаємодії ерготерапевта та клієнта: визначення заняттєвих цілей, спрямованих на покращення якості життя клієнта. Процес застосування СОПМ символічно зображений як механізм взаємодії ерготерапевта і клієнта ерготерапії, основним результатом якого є визначені цілі для індивідуальної програми ерготерапії. Модель демонструє фактори, які мають потенціал сприяти ефективній терапевтичній взаємодії або бути бар'єрами у процесі застосування СОПМ та згруповані окремо для ерготерапевта та клієнта ерготерапії. Крім основного результату, ефективна взаємодія полегшує і покращує якість роботи ерготерапевта, а також сприяє задоволеності клієнта завдяки впливу заняттєвого результату на повсякденне життя клієнта.

## **4.2 Розроблення та валідація практичних рекомендацій щодо застосування СОРМ на гострому та післягострому етапі реабілітації військовослужбовців та цивільних осіб в Україні**

Запропонована модель застосування СОРМ на гострому та післягострому етапі реабілітації військовослужбовців та цивільних осіб в Україні не є ієрархічною, не передбачає чіткого алгоритму дій та, відповідно, є недостатньою для успішної інтеграції СОРМ в Україні. Для вирішення цієї проблеми постала необхідність розробити практичні рекомендації, які можуть сприяти впровадженню СОРМ у повсякденну ерготерапевтичну практику українських ерготерапевтів.

Розроблення рекомендацій мало на меті доповнити алгоритм адміністрування СОРМ, охопити основні елементи розробленої нами моделі, зокрема фактори клієнта та фактори ерготерапевта, які впливають на застосування СОРМ в Україні, зокрема з військовослужбовцями, а також інтегрувати досвід і рекомендації сучасних наукових досліджень. Зокрема, було виявлено, що на основі багатоетапного дослідження нідерландські колеги сформулювали 40 інструкцій для застосування СОРМ з дітьми [252]. За прикладом даної наукової розробки та у результаті здійсненого аналізу міжнародного та вітчизняного досвіду подібних досліджень, було обрано модифікований метод Дельфі для оцінки та досягнення консенсусу щодо важливості та доречності розроблених рекомендацій [215, 252, 297]. Процес розроблення і валідації практичних рекомендацій щодо застосування СОРМ на гострому та післягострому етапі реабілітації військовослужбовців та цивільних осіб в Україні описаний на рисунку (рисунок 4.5).



**Рисунок 4.5** – Етапи розроблення практичних рекомендацій для застосування COPM

Згідно сучасних вимог до реалізації модифікованого методу Дельфі у наукових дослідженнях у галузі охорони здоров'я, для анонімного опитування було необхідно залучити фахівців зі спеціалізованими знаннями для проведення щонайменше двох раундів опитування із забезпеченням зворотного зв'язку респондентам на кожному етапі [215]. Зважаючи на недостатню обізнаність українських фахівців щодо COPM, нами було використано ймовірнісну вибірку зручності. До участі на даному етапі дисертаційного дослідження були запрошені 20 ерготерапевтів, які взяли участь у валідації україномовної версії COPM, 12 з яких виявили бажання долучитися до оцінювання практичних рекомендацій, підписали інформовану згоду та підтвердили відсутність конфлікту інтересів, формуючи четверту групу учасників дисертаційного дослідження (див. розділ 2.2). Відповідно

до опису шкали оцінювання, бали 1-3 відповідали критерію «рекомендація неважлива», бали 4-6 – «рекомендація має значення, а бали 7-9 – «рекомендація має дуже велике значення» (див. розділ 2.1.2). Перший раунд оцінювання тривав тиждень, після чого ерготерапевти отримали результати першого раунду оцінювання. Результати першого раунду представлені у таблиці (таблиця 4.4). Повні формулювання практичних рекомендацій подано у додатку (Додаток П).

**Таблиця 4.4** – Результати першого раунду опитування експертів щодо практичних рекомендацій для застосування СОРМ в Україні

Зміст рекомендації	1. Коли проводити СОРМ												
Експертна оцінка	1	2	3	4	5	6	7	8	9	РН, %	РЗ, %	РДВ, %	
	РН			РЗ			РДВ					100	
								2	10			100	
Зміст рекомендації	2: Травмаінформованість												
Експертна оцінка	1	2	3	4	5	6	7	8	9	РН, %	РЗ, %	РДВ, %	
								2	10			100	
Зміст рекомендації	3. Ефективна комунікація												
Експертна оцінка	1	2	3	4	5	6	7	8	9	РН, %	РЗ, %	РДВ, %	
							1	4	7			100	
Зміст рекомендації	4. Скринінг												
Експертна оцінка	1	2	3	4	5	6	7	8	9	РН, %	РЗ, %	РДВ, %	
							1	3	8			100	
Зміст рекомендації	5. Пояснення ерготерапії												
Експертна оцінка	1	2	3	4	5	6	7	8	9	РН, %	РЗ, %	РДВ, %	
									21			100	
Зміст рекомендації	6. Пояснення клієнтоорієнтованого підходу в ерготерапії												
Експертна оцінка	1	2	3	4	5	6	7	8	9	РН, %	РЗ, %	РДВ, %	
								3	9			100	
Зміст рекомендації	7. Пояснення заняттєвоспрямованого підходу в ерготерапії												
Експертна оцінка	1	2	3	4	5	6	7	8	9	РН, %	РЗ, %	РДВ, %	
								5	7			100	
Зміст рекомендації	8. Пояснення мети СОРМ												
Експертна оцінка	1	2	3	4	5	6	7	8	9	РН, %	РЗ, %	РДВ, %	
							1	3	8			100	
Зміст рекомендації	9. Присутність родини												
Експертна оцінка	1	2	3	4	5	6	7	8	9	РН, %	РЗ, %	РДВ, %	
						1		3	8			92	
Зміст рекомендації	10. Застосування СОРМ з родиною												
Експертна оцінка	1	2	3	4	5	6	7	8	9	РН, %	РЗ, %	РДВ, %	
							1	4	7			100	
Зміст рекомендації	11. Приватність												
Експертна оцінка	1	2	3	4	5	6	7	8	9	РН, %	РЗ, %	РДВ, %	
							1	1	10			100	
Зміст рекомендації	12. Особливості адміністрування												
Експертна оцінка	1	2	3	4	5	6	7	8	9	РН, %	РЗ, %	РДВ, %	
							1		11			100	
Зміст рекомендації	13. Як скоротити час												

## Продовження таблиці 4.4

Експертна оцінка	1	2	3	4	5	6	7	8	9	РН, %	РЗ, %	РДВ, %
						2			10			83
Зміст рекомендації	14. Приклади											
Експертна оцінка	1	2	3	4	5	6	7	8	9	РН, %	РЗ, %	РДВ, %
							1	3	8			100
Зміст рекомендації	15. Широта заняттєвих цілей											
Експертна оцінка	1	2	3	4	5	6	7	8	9	РН, %	РЗ, %	РДВ, %
							1	3	8			100
Зміст рекомендації	16. Зосередженість на теперішньому часі											
Експертна оцінка	1	2	3	4	5	6	7	8	9	РН, %	РЗ, %	РДВ, %
							1	2	9			100
Зміст рекомендації	17. Формулювання клієнта											
Експертна оцінка	1	2	3	4	5	6	7	8	9	РН, %	РЗ, %	РДВ, %
							3	4	5			100
Зміст рекомендації	18. Кількість визначених проблем виконання занять											
Експертна оцінка	1	2	3	4	5	6	7	8	9	РН, %	РЗ, %	РДВ, %
								2	10			100
Зміст рекомендації	19. Реалістичність цілей											
Експертна оцінка	1	2	3	4	5	6	7	8	9	РН, %	РЗ, %	РДВ, %
								5	7			100
Зміст рекомендації	20. Різниця між виконанням за задоволеністю											
Експертна оцінка	1	2	3	4	5	6	7	8	9	РН, %	РЗ, %	РДВ, %
							2	2	8			100
Зміст рекомендації	21. Наступні кроки											
Експертна оцінка	1	2	3	4	5	6	7	8	9	РН, %	РЗ, %	РДВ, %
							1	3	8			100
Зміст рекомендації	22. Повторне оцінювання (інтер-рейтерна надійність)											
Експертна оцінка	1	2	3	4	5	6	7	8	9	РН, %	РЗ, %	РДВ, %
						2		1	9			83
Зміст рекомендації	23. Повторне оцінювання (достовірність)											
Експертна оцінка	1	2	3	4	5	6	7	8	9	РН, %	РЗ, %	РДВ, %
	1						2	1	8			92
Зміст рекомендації	25. Повторне оцінювання (мінімальна клінічно значуща різниця)											
Експертна оцінка	1	2	3	4	5	6	7	8	9	РН, %	РЗ, %	РДВ, %
							2	3	7			100
Зміст рекомендації	25. Візуальна шкала											
25. Візуальна шкала												
Експертна оцінка	1	2	3	4	5	6	7	8	9	РН, %	РЗ, %	РДВ, %
								3	9			100

**Примітка 1.** РН – рекомендація неважлива.

**Примітка 2.** РЗ – рекомендація має значення.

**Примітка 3.** РДВ – рекомендація дуже важлива.

Абсолютний консенсус був досягнутий на рівні 100% узгодженості думок для рекомендацій номер 1-8, 10, 11, 12, 14-21, 24, 25. Консенсус досягнутий на рівні 92% узгодженості думок експертів для рекомендацій 9 і 23. Консенсус досягнутий на рівні 83% узгодженості думок експертів для рекомендацій 13 і 22. Учасники опитування запропонували два коментарі до рекомендацій 9 та 10, які стосувалися формулювання рекомендацій, але не впливали на їх зміст. Відповідно після зміни формулювання рекомендацій 9 і 10 було проведено додатковий раунд опитування. До опитування також увійшли рекомендації 13 та 22, які отримали нижчий рівень узгодженості. Результати другого раунду опитування, який тривав 10 днів, представлені у таблиці (таблиця 4.5).

**Таблиця 4.5** – Результати другого раунду опитування експертів щодо практичних рекомендацій для застосування СОРМ в Україні

Зміст рекомендації	9. Присутність родини											
Експертна оцінка	1	2	3	4	5	6	7	8	9	РН, %	РЗ, %	РДВ, %
						2		3	7			83
Зміст рекомендації	10. Застосування СОРМ з родиною											
Експертна оцінка	1	2	3	4	5	6	7	8	9	РН, %	РЗ, %	РДВ, %
						1	1	1	9			92
Зміст рекомендації	13. Як скоротити час											
Експертна оцінка	1	2	3	4	5	6	7	8	9	РН, %	РЗ, %	РДВ, %
			1					2	9			92
Зміст рекомендації	22. Повторне оцінювання (інтер-рейтерна надійність)											
Експертна оцінка	1	2	3	4	5	6	7	8	9	РН, %	РЗ, %	РДВ, %
	1					1		3	7			83

**Примітка 1.** РН – рекомендація неважлива.

**Примітка 2.** РЗ – рекомендація має значення.

**Примітка 3.** РДВ – рекомендація дуже важлива.

У результаті 2 раунду опитування було досягнуто 92% узгодженості думок експертів щодо рекомендацій 10 та 13, при цьому один із експертів рекомендував об'єднати пункти 9 і 10. На думку дослідників, дана рекомендація не є доцільним, тому вона не відображена у фінальному варіанті практичних рекомендацій.

Рекомендації 9 та 22 отримали 83% узгодженості від експертів. Відповідно до прийняттого рівня узгодженості думок >80%, усі розроблені рекомендації увійшли до підсумкового списку рекомендацій щодо застосування СОРМ на гострому та післягострому етапі реабілітації військовослужбовців та цивільних осіб.

#### **Висновки до розділу 4**

За методикою обґрунтованої теорії у ході дослідження було розроблено практичну модель застосування СОРМ на етапі гострої та післягострої реабілітації військовослужбовців та цивільних осіб в Україні. Запропонована модель демонструє партнерську взаємодію між ерготерапевтом та клієнтом ерготерапії, у результаті якої встановлюються заняттєво-спрямовані та клієнтоорієнтовані цілі для ІПР. Модель окреслює фактори, які можуть бути бар'єрами або сприяти успішному застосуванню СОРМ, акцентує на активній участі клієнта, важливості цінування та дотримання принципів заняттєвої спрямованості та клієнтоорієнтованості обома учасниками процесу, а також демонструє переваги застосування СОРМ.

На основі розробленої моделі було розроблено практичні рекомендації для сприяння ефективному впровадженню СОРМ у процес надання ерготерапевтичних послуг, які були валідовані за методикою модифікованого протоколу Дельфі із рівнем узгодженості, що перевищував 80%.

Результати дослідження, описані у даному розділі, опубліковані у науковій праці [283].

## РОЗДІЛ 5

### АНАЛІЗ ТА УЗАГАЛЬНЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ

Незважаючи на тривалу історію існування ерготерапії як окремої реабілітаційної професії у інших країнах світу, досвід надання ерготерапевтичних послуг в Україні є обмеженим останнім десятиліттям. Офіційно ерготерапія увійшла до переліку професій України у 2016 році [288], а законодавче врегулювання професійної діяльності ерготерапевтів у сфері охорони здоров'я відбулося у 2020 році із прийняттям Закону України про реабілітацію у сфері охорони здоров'я [291].

Ерготерапія позиціонується як клієнтоорієнтована та заняттєво-орієнтована професія у багатьох країнах [60, 247], однак клієнтоорієнтованість та заняттєва спрямованість ерготерапевтичних послуг до початку нашого наукового пошуку не були описані та досліджені в українському контексті. Принцип клієнтоорієнтованості ерготерапевтичних послуг чітко корелює із сучасною біопсихосоціальною моделлю функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я, забезпечуючи індивідуалізацію реабілітаційної допомоги, врахування не тільки медичних, але і заняттєвих, психоемоційних, соціальних потреб, особистих цілей та цінностей клієнта для покращення якості життя [124]. Іноземні дослідження свідчать про те, що клієнтоорієнтовані реабілітаційні послуги асоціюються із підвищенням рівня задоволеності реабілітаційними послугами завдяки активному залученню клієнта до прийняття рішень [62, 144, 206]. Зважаючи на актуальність клієнтоорієнтованості у розбудові сучасної системи реабілітації в Україні, була виявлена необхідність дослідження клієнтоорієнтованості ерготерапевтичних послуг, визначення індикаторів клієнтоорієнтованості та бар'єрів до клієнтоорієнтованої практичної діяльності ерготерапевтів, а також вивчення ставлення до клієнтоорієнтованості ерготерапевтів та клієнтів ерготерапії.

Заняттєва спрямованість є основною засадою ерготерапії як окремої науково-доказової професії, підтвердженою низкою наукових досліджень та закріпленою клінічними та практичними настановами у багатьох країнах [23, 79, 131]. Забезпечення заняттєвої спрямованості ерготерапевтичних послуг є особливо актуальною в Україні у контексті розмежування фізичної терапії та ерготерапії як окремих реабілітаційних професій. В той час як фізична терапія спрямована на максимальне відновлення та підтримання рухової і функціональної спроможності осіб з обмеженнями повсякденного функціонування, завданням ерготерапії є відновлення, розвиток та/або підтримка навичок, необхідних для заняттєвої активності та заняттєвої участі клієнта [291]. Аналіз даних вітчизняної науково-методичної літератури виявив недостатній рівень розуміння важливості заняттєвої орієнтованості та заняттєвої спрямованості в українській ерготерапії, а також відсутність визначення даних термінів, що підкреслило необхідність напрацювання теоретичного та методологічного підґрунтя для розвитку понятійно-термінологічного апарату в українській ерготерапії.

У процесі надання ерготерапевтичних послуг особливу роль відіграють інструменти оцінювання, які структурують взаємодію між клієнтом та ерготерапевтом, скеровують цілі ІПР, дозволяють визначити сфери очікуваного терапевтичного впливу та критерії ефективності втручання [102]. Відповідно, для забезпечення клієнтоорієнтованої та заняттєво спрямованої ерготерапевтичної практики необхідно мати клієнтоорієнтовані та заняттєво спрямовані інструменти оцінювання. Іноземними дослідженнями доведено позитивний вплив СОРМ на клієнтоорієнтованість реабілітаційної допомоги [54, 79, 144, 207], однак його вплив на заняттєву спрямованість послуг не досліджувався. Аналіз доступних версій перекладу СОРМ українською мовою на початку нашого дослідження засвідчив необхідність здійснення нового офіційного перекладу даного інструмента для узгодження з термінологічною базою ерготерапії українською мовою. Вищезгадане дало можливість стверджувати, що дослідження впливу СОРМ на

клієнтоорієнтованість та заняттєву спрямованість ерготерапевтичних послуг в Україні є актуальним і необхідним для розвитку ерготерапії як нової реабілітаційної професії в Україні.

Зауважимо, що оскільки дослідження проводилося в період повномасштабної війни в Україні, велика кількість клієнтів ерготерапії була військовослужбовцями. Актуальність тематики була підтверджена пілотним дослідженням, проведеним нами та описаним у третьому розділі даного дисертаційного дослідження. Результати опитування, проведеного серед ерготерапевтів України, засвідчили необхідність у дослідженні впливу СОРМ на процес та результат надання ерготерапевтичних послуг не тільки для цивільних осіб, але також і військовослужбовців.

Для формування робочої гіпотези, визначення мети і завдань дослідження та вибору методів дослідження були використані праці провідних іноземних та українських науковців. Зокрема, праці А.Енемарк Ларсен щодо здійснення перекладу, міжкультурної адаптації та валідації СОРМ данською мовою, впливу СОРМ на клієнтоорієнтованість ерготерапії у Данії, систематичні огляди використання СОРМ у ерготерапевтичній практиці у всьому світі, якісні дослідження та рекомендації для застосування обґрунтованої теорії, настанови з найкращих практик перекладу інструментів оцінки результату на основі звіту пацієнта, а також дослідження, спрямовані на валідацію реабілітаційних моделей та практичних рекомендацій за допомогою методу Дельфі, слугували теоретичним та методологічним підґрунтям для нашого дослідження [49, 80, 81, 82, 145, 150, 158, 195, 210, 221, 227, 229, 252, 254, 297].

Метою нашого дисертаційного дослідження було дослідити вплив СОРМ на підвищення клієнтоорієнтованості та заняттєвої спрямованості ерготерапевтичних послуг в Україні військовослужбовцями/ветеранами та цивільними особами. З огляду на актуальність і потенційну значущість дослідження було поставлено такі наукові завдання, як: здійснення аналізу спеціальної наукової літератури щодо

найкращої практики забезпечення клієнтоорієнтованості та заняттєвої спрямованості у ерготерапії; дослідження використання COPM в Україні; здійснення нового офіційного перекладу COPM українською мовою; здійснення змістової валідації українського перекладу COPM; дослідження впливу COPM на клієнтоорієнтованість та заняттєву спрямованість ерготерапевтичних послуг в Україні; наукове обґрунтування, розроблення і валідацію моделі та практичних рекомендацій щодо застосування COPM в Україні.

Аналіз, узагальнення та порівняння результатів дисертаційного дослідження із сучасними науковими даними дає змогу стверджувати, що отримано наукову інформацію, яка *підтверджує, доповнює та розширює* теоретико-методичні дані за тематикою дослідження. У результаті проведення наукового дослідження було також отримані *абсолютно нові дані* з проблеми дослідження.

За результатами дисертаційного дослідження **уперше** досліджено використання COPM в ерготерапевтичній практиці українських ерготерапевтів. З'ясовано, що незважаючи на популярність COPM в інших країнах, використання COPM в Україні є обмеженим, а використання COPM з українськими військовослужбовцями є вкрай обмеженим.

**Уперше** здійснено науково-обґрунтований переклад та міжкультурну адаптацію Канадського інструмента оцінки виконання занять (COPM) українською мовою. Переклад офіційно опублікований на сторінці COPM Inc. як єдиний рекомендований до використання авторською колегією COPM Inc. **Уперше** досліджено зовнішню і змістову валідність COPM з вибіркою військовослужбовців/ветеранів та цивільних осіб в Україні.

**Уперше** досліджено вплив застосування COPM на клієнтоорієнтованість та заняттєву спрямованість як основоположних принципів ерготерапевтичної практики серед українських ерготерапевтів та клієнтів ерготерапії. **Уперше** в українських наукових дослідженнях описано та операціоналізовано принцип клієнтоорієнтованості крізь призму Канадської моделі виконання занять та

залучення (CMOP-E). Запропоновані індикатори клієнтоорієнтованості у доменах *особи, заняттєвої активності та середовищ і контекстів*, які можуть слугувати основою для розроблення інструмента оцінки клієнтоорієнтованості ерготерапевтичних послуг. У рамках моделі CMOP-E виокремлено COPM як інструмент оцінювання, який має потенціал забезпечити клієнтоорієнтованість у практичній діяльності ерготерапевта. **Уперше** в українському науковому дискурсі запропоновано визначення ключових термінів для ерготерапевтичної практики українською мовою: *заняттєва орієнтованість, заняттєва спрямованість та практика на основі використання занять*.

**Уперше** досліджено індивідуальний досвід застосування COPM ерготерапевтами в Україні, зокрема вивчено особливості застосування COPM з військовослужбовцями/ветеранами та **уперше** досліджено особливості заняттєвих потреб українських військовослужбовців/ветеранів у контексті війни, що триває. З'ясовано, що COPM позитивно впливає на становлення професійної ідентичності фахівців, які працюють на посадах ерготерапевтів без спеціалізованої освіти з ерготерапії.

**Уперше** розроблено науково-обґрунтовану модель застосування COPM на гострому та післягострому етапах реабілітації військовослужбовців/ветеранів та цивільних клієнтів ерготерапії в Україні. **Уперше** розроблено та валідовано практичні рекомендації щодо застосування COPM на етапі гострої та післягострої реабілітації військовослужбовців та цивільних осіб. **Уперше** розроблено і проведено навчальний модель для застосування COPM з метою підвищення клієнтоорієнтованості та заняттєвої спрямованості ерготерапевтичних послуг в Україні.

Зроблено *внесок у міжнародні дослідження*, присвячені міжкультурній адаптації, оцінці актуальності, доцільності та валідності використання перекладів COPM іншими мовами у інших культурних та соціальних контекстах. Здійснений нами науково-обґрунтований та валідований переклад COPM доповнив перелік

понад 40 іншомовних версій перекладу COPM, які успішно застосовуються у ерготерапевтичній практиці різних країн світу [144, 145, 249, 237, 260]. Зроблено внесок у дослідження психометричних властивостей COPM. Доведено, що український переклад COPM має достатню змістову валідність, при цьому індекс змістової валідності української версії COPM (від 0,89 до 1,0) є вищим, ніж у інших подібних дослідженнях (від 0,78 до 1,0) [145].

Зроблено *внесок у розвиток української ерготерапії*, оскільки здійснений нами науково-обґрунтований переклад COPM знаменує собою перший переклад інструмента оцінювання, спеціально розробленого для ерготерапевтичної практики та рекомендованого Міністерством охорони здоров'я України до використання з пацієнтами різних нозологічних груп [289]. З огляду на становлення ерготерапії як науково-доказової регульованої професії у сфері охорони здоров'я в Україні, дослідження відповідає нагальній потребі у розробці, перекладі та адаптації клінічних інструментів оцінювання для впровадження у практичну діяльність ерготерапевтів в Україні.

*Підтверджено та доповнено* дані досліджень щодо успішного використання COPM у ерготерапевтичній практиці з клієнтами різних нозологічних груп, вікових категорій, культурних та соціальних контекстів на різних етапах надання ерготерапевтичних послуг [15, 46, 63, 179, 198, 229, 227, 251]. Незважаючи на широке використання COPM у дослідницькій діяльності, наявності понад 500 публікацій, які вивчали різні аспекти застосування COPM, та широку популярність COPM у різних країнах світу, питання частоти застосування COPM у повсякденній ерготерапевтичній практиці є недостатньо дослідженим. Отримані нами дані про обмежене використання COPM в українській ерготерапевтичній практиці *узгоджуються* з фрагментарними даними щодо низької частоти використання COPM в рутинній ерготерапевтичній практиці в інших країнах [7, 89, 140]. Зокрема, одним із найвищих показників частоти використання COPM у рутинній ерготерапевтичній практиці, який нам вдалося виокремити з наукової літератури, є

37% у японському закладі післягострої реабілітації за результатами ретроспективного перехресного аналізу [212]. На противагу цьому, у дослідженні австралійських колег щодо рутинного використання COPM у реабілітації у громаді (community-based rehabilitation) за результатами ретроспективного аналізу документації закладу протягом 8 років, 96% пацієнтів пройшли первинне оцінювання за допомогою COPM, і 68% взяли участь у COPM інтерв'ю під час повторного оцінювання і виписки [253]. Закцентуємо увагу на тому, що у контексті дискусії щодо частоти використання COPM, варто наголосити, що у науковій літературі представлено докази того, що фахівці з реабілітації у цілому і ерготерапевти зокрема рідко застосовують будь-які стандартизовані інструменти оцінювання та оцінки результату, надаючи перевагу нестандартизованим методам обстеження та оцінювання [6, 19, 140, 209]. Загалом, рутинне використання інструментів оцінювання супроводжується такими труднощами, як обізнаність фахівця з інструментом оцінювання та компетентність у його використанні, доречність, релевантність, цінність, практичність, включаючи часові вимоги та врахування потреб клієнта [66].

*Отримано нові дані* щодо частоти застосування COPM в Україні. За результатами нашого пілотного опитування за участі 213 українських ерготерапевтів було виявлено, що 58% (n=122) ерготерапевтів, які взяли участь у опитуванні, використовують COPM певною мірою у повсякденній ерготерапевтичній практиці, при цьому дана частота є статистично значуще вищою за очікувану при рівномірному розподілі ( $\chi^2=4,61$ ;  $df=1$ ;  $p=0,0001$ ). Однак, переважна більшість з цих фахівців (45%, n=70) застосовують COPM рідко (з 25% клієнтів і менше) або з менше, ніж з половиною клієнтів (28%, n=44) і лише 13% (n=19) фахівців застосовують COPM з понад 75% клієнтів. За браком подібних досліджень у іноземній науковій літературі, робити висновки про частоту використання COPM в Україні у порівнянні з іншими країнами є недоцільно. Втім, з часу нашого дослідження було отримано дані, які частково підтверджують

низький рівень застосування СОРМ в Україні. Зокрема, у дослідженні І.Солтик з 12 ерготерапевтами м.Хмельницького лише 4 ерготерапевти епізодично доповіли про використання СОРМ [292].

*Отримано відмінні дані* щодо бажання ерготерапевтів продовжувати використовувати СОРМ у практичній діяльності після рутинного адміністрування у рамках наукового дослідження. Так, у результаті участі у нашому дослідженні, 15 з 20 ерготерапевтів висловили бажання застосовувати СОРМ у подальшій професійній практиці з понад 75% клієнтів ерготерапії, які спроможні брати участь у інтерв'ю за допомогою СОРМ. У подібних дослідженнях, 50% японських ерготерапевтів висловили бажання регулярно застосовувати СОРМ у нейрореабілітації [32], та лише один з трьох канадських ерготерапевтів, що застосовували СОРМ протягом 5 місяців, планував продовжувати рутинне використання СОРМ у гериатричній реабілітації [89].

*Отримано відмінні дані* щодо причин порівняно невисокої частоти використання СОРМ у рутинній практиці українських ерготерапевтів відрізняються від причин відмови від СОРМ іноземними колегами. В той час, як в інших країнах, зокрема як висвітлено у дослідженні французьких та британських колег щодо бар'єрів до впровадження СОРМ у ерготерапевтичні послуги, ерготерапевти можуть утримуватися від використання СОРМ передусім з огляду на труднощі адміністрування з певними нозологічними категоріями клієнтів, особливості середовища практики та готовності дотримуватися принципів клієнтоорієнтованості [23, 89], основним бар'єром до застосування СОРМ в Україні у статистично значущій ( $\chi^2=47,94$ ;  $df=1$ ;  $p<0,0001$ ) більшості за звітом фахівців є брак знань про СОРМ та умінь для його адміністрування (74% респондентів опитування), а також обмежене розуміння цінності СОРМ для ерготерапевтичної практики (38% респондентів). Виявлено, що в статистично значуще більшій кількості випадків ( $\chi^2=10,90$ ;  $df=1$ ;  $p=0,0001$ ) ерготерапевти не опанували СОРМ під час формального навчання у закладах вищої освіти. Наші дані були підтверджені

І.Солтик, яка з'ясувала, що лише 1 з 12 ерготерапевтів м.Хмельницького проходив навчання з СОПМ у закладі вищої освіти [292].

Додатково, серед п'яти основних бар'єрів до використання СОПМ в Україні було також зазначено відсутність інтеграції результатів СОПМ у систему документації, брак часу, страх бути сприйнятими непрофесійними перед клієнтами та «недостатньо медичне спрямування» СОПМ. Певною мірою, ці дані можна пояснити недостатнім рівнем формальної освіти фахівців, які працюють ерготерапевтами, та домінуванням біомедичного підходу до реабілітації в українській системі охорони здоров'я попри декларований Міністерством охорони здоров'я підхід до біопсихосоціальної моделі функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я. Ці дані також викликають занепокоєння щодо заняттєво-орієнтованості та клієнтоорієнтованості практичної діяльності українських ерготерапевтів.

У результаті нашого дослідження *підтверджено дані* низки досліджень щодо тривалості адміністрування СОПМ, що у середньому становить 30 хвилин [144] і свідчить про те, що брак часу не повинен бути перешкодою до впровадження СОПМ у рутинну ерготерапевтичну практику.

*Підтверджено і доповнено* дані колег з Великої Британії, Франції, Нідерландів, Данії, Норвегії та Канади щодо потенціалу СОПМ позитивно впливати на клієнтоорієнтованість ерготерапевтичних послуг у контексті індивідуалізації оцінювання та втручання, а також полегшення процесу встановлення цілей ІПР [7, 23, 89, 79, 251]. Зокрема, у нашому дослідженні 57% (n=8) учасників-ерготерапевтів, які відповіли на дане питання, доповіли про вплив СОПМ на підвищення рівня їх клієнтоорієнтованості достатньою мірою, при цьому ерготерапевти зазначили, що рівень їх клієнтоорієнтованості був високим до участі у дослідженні. Разом із цим, 89% (n=17) учасників нашого дослідження вважають, що СОПМ має потенціал підвищувати рівень клієнтоорієнтованості ерготерапевтичних послуг значною мірою, а решта ерготерапевтів, які дали

відповідь на це питання (11%, n=2) вважають, що COPM може підвищувати клієнтоорієнтованість достатньою мірою.

Забезпечуючи триангуляцію даних, результати щодо позитивного впливу COPM на клієнтоорієнтованість, отримані від ерготерапевтів, були підтверджені за допомогою опитування клієнтів ерготерапії, 99% з яких засвідчили, що COPM дозволив їх ерготерапевтам зосередитися на тому, що було важливим для них високою (47%, n=39) або достатньою мірою (52%, n=43), у такий спосіб індивідуалізуючи реабілітаційне втручання. Крім того, 99% клієнтів (n=82) доповіли, що COPM дозволив їх ерготерапевту зосередитися на їх пріоритетах щодо заняттєвої активності для встановлення цілей індивідуальної програми реабілітації значною або достатньою мірою. Подібні дані були отримані у дослідженні колег з Норвегії, які вивчали психометричні властивості COPM у реабілітації осіб похилого віку, які проживають вдома [198]. Більшість учасників норвезького дослідження (82%) доповіли, що інтерв'ю за допомогою COPM є корисним для встановлення індивідуальних цілей щодо заняттєвої активності, як є важливою для них, зазначаючи, що інтерв'ю на основі COPM мотивувало їх покращувати виконання важливих для них занять [198].

Отримані нами подальші дані *підтверджують* висновки S. Rosewilliam та колег щодо того, що клієнтоорієнтовані інструменти оцінювання, як COPM або Goal Attainment Scale (GAS) є рекомендованими для встановлення клієнтоорієнтованих цілей індивідуальної програми реабілітації пацієнтів, але не гарантують забезпечення клієнтоорієнтованого підходу [125]. Відтак, на наступному етапі нашого дослідження не було виявлено статистично значущої зміни у клієнтоорієнтованості ерготерапевтів до та після участі у дослідженні. Середня різниця показника клієнтоорієнтованості учасників дослідження (n=20) становила 0,8 бала за шкалою від 1 до 10 (SD=1,565 до участі у дослідженні, SD=1,146 після участі у дослідженні). Частково, це можна пояснити високим рівнем клієнтоорієнтованості учасників до участі у дослідженні згідно самозвіту. З іншого

боку, ці дані можу означати, що незважаючи на доведений високий потенціал СОРМ сприяти клієнтоорієнтованій практиці, клієнтоорієнтованість може бути скоріше передумовою, ніж результатом успішного адміністрування СОРМ зокрема для клієнтоорієнтованих ерготерапевтів, на чому наголошують низка інших досліджень [7, 80]. Зрештою, важливим є розуміння, що ключовою складовою клієнтоорієнтованості є ефективні терапевтичні стосунки між терапевтом і клієнтом [125].

*Доповнено* дані досліджень іноземних науковців щодо впливу СОРМ на заняттєву спрямованість ерготерапевтичних послуг. Зокрема, Colquhoun та колеги (2012) вивчали вплив СОРМ на практичну діяльність канадських ерготерапевтів у геріатричній практиці з позиції наступних параметрів: 1) зосередженості на заняттєвій активності, 2) знання важливих для клієнта проблем виконання занять, 3) прийняття клінічних рішень щодо початкового втручання, 4) прийняття клінічних рішень щодо подальшого втручання, 5) знання фахівцем сприйняття клієнтом результатів втручання, 6) здатність фахівця чітко формулювати результати втручання, 7) зв'язку документації з цілями та втручаннями та 8) відображення результатів ерготерапії у документації [7]. У результаті було виявлено статистично значущу різницю ( $p < .006$ ) щодо усіх вищезгаданих показників професійної практики, крім заняттєвого спрямування та зв'язку документації з цілями та втручаннями. На противагу цим даним, наше дослідження отримало *відмінні дані* та довело значний позитивний вплив застосування СОРМ на заняттєву спрямованість ерготерапевтичних послуг. Зокрема, отримані нами дані вказують на те, що усі ерготерапевти, які застосовували СОРМ під час дослідження, засвідчили позитивний вплив на заняттєву спрямованість суттєвою (43%,  $n=6$ ), достатньою (28,5%,  $n=4$ ) або незначною мірою (28,5%,  $n=4$ ). При цьому, переважна більшість ерготерапевтів (89%,  $n=17$ ) вважає, що СОРМ має потенціал посилити заняттєву спрямованість ерготерапії значною мірою, а решта (11%,  $n=2$ ) доповідає про потенціал СОРМ посилювати заняттєву орієнтованість достатньою мірою.

Наші подальші дослідження верифікували дані висновки і виявили статистично значущу зміну у заняттєвій спрямованості ерготерапевтичних послуг учасників до та після участі у дослідженні ( $z(19) = -2,571$ ,  $p = 0,010$ ) із середнім розміром ефекту ( $r = -0,575$ ) [223]. Середня різниця показника заняттєвої спрямованості учасників дослідження ( $n=20$ ) становила 1,2 бали за шкалою від 1 до 10 ( $SD=1,780$  до участі у дослідженні,  $SD=1,210$  після участі у дослідженні). Ми припускаємо, що відмінності у впливі COPM на заняттєву спрямованість ерготерапевтичних послуг в Україні у порівнянні з іншими країнами можуть бути зумовлені відмінностями у професійній підготовці. Канадська освіта в ерготерапії є виразно заняттєво-орієнтованою, відтак практична діяльність канадських ерготерапевтів більшою мірою відповідає заняттєвій парадигмі професії. Натомість, в Україні велика частина фахівців, які працюють на посадах ерготерапевтів, мають освіту з фізичної терапії, що може зумовлювати більший вплив COPM на їх професійну діяльність як першого заняттєво-спрямованого інструмента оцінювання, який інтегрується у їхню професійну діяльність. Ці дані підкреслюють необхідність впровадження COPM у програми формальної та неформальної освіти практикуючих ерготерапевтів в Україні.

Комплексне вивчення впливу COPM на клієнтоорієнтованість та заняттєву спрямованість ерготерапевтичних послуг в Україні було б недостатнім без аналізу особливостей його адміністрування в контексті війни, зокрема з військовослужбовцями та ветеранами, та ідентифікації чинників, що сприяють його ефективному впровадженню у ерготерапевтичну практику. Відтак, наступний етап нашого дослідження був присвячений розробці моделі застосування COPM в Україні та формулюванню практичних рекомендацій для ерготерапевтів з метою підтримки його впровадження.

Для реалізації завдання зі створення практичної моделі застосування COPM в Україні було використано методику якісного аналізу інтерв'ю на основі обґрунтованої теорії [53]. Розроблена нами модель застосування COPM на етапі

гострої та післягострої реабілітації цивільних та військовослужбовців *розширює та доповнює* уявлення про процес клієнтоорієнтованої терапії як партнерства, ілюструючи взаємодію між клієнтом та терапевтом за допомогою візуальної моделі [144, 165, 239, 240]. Серед передумов, пов'язаних з практичною діяльністю ерготерапевта, що сприяють успішному застосуванню СОРМ нами було виокремлено наступні: 1) клієнтоорієнтованість, 2) заняттєва спрямованість, 3) індивідуалізація ерготерапевтичних послуг, 4) навички адміністрування СОРМ у результаті спеціалізованого навчання, 5) пояснення ерготерапії перед застосуванням СОРМ, 6) навички інтерв'ювання, ефективної комунікації для побудови довірливих стосунків, 7) виправдане використання прикладів повсякденних занять під час адміністрування СОРМ, 8) травмаінформованість, 9) адвокація клієнта у співпраці з сім'єю у процесі реабілітації.

Наші висновки *узгоджуються* з даними, отриманими у низці досліджень Eнемарк Larsen A., Verkerk G., Tuntland, H. та колег щодо важливості забезпечення клієнтоорієнтованої та заняттєвоспрямованої практики та спроможності СОРМ визначати унікальні та індивідуальні потреби клієнтів ерготерапії [79, 80, 144, 146, 198, 251]. Зокрема, у дослідженні чутливості СОРМ до визначення обмежень активності та участі пацієнтів з хворобою Дюпюїтрена було виявлено, що СОРМ є у чотири рази більш чутливим за QuickDASH для визначення індивідуалізованих заняттєвих проблем клієнтів (Обмеження плеча, руки, кисті) [146]. Відповідно, висновки учасників дослідження про позитивний вплив СОРМ на розширення сфер терапевтичного впливу ерготерапевтів поза активністю повсякденного життя *підтверджує і доповнює* вищевикладене.

*Підтверджено та доповнено* висновки інших дослідників щодо важливості спеціалізованого навчання з адміністрування СОРМ [23, 122, 144, 183, 229]. Українські ерготерапевти високо оцінили користь від тренінгового навчання, яке вони отримали у ході дослідження, зауважуючи, що раніше неправильно використовували СОРМ, або не використовували за браком розуміння процесу

адміністрування. У цьому контексті заслуговує на увагу дослідження інформаційної упередженості при застосуванні COPM, у якому розкрито можливі помилки в процесі її адміністрування [122]. Зокрема, йдеться про такі ризики, як: надмірне звуження або розширення спектру цільових занять (окремих функціональних дій чи груп занять), здійснення самооцінки на основі очікувань, а не реального досвіду виконання занять, труднощі в інтерпретації клієнтами понять «виконання» (performance) та «задоволеність» (satisfaction), а також викривлення оцінок унаслідок надмірної впевненості або, навпаки, надмірної скромності. Усі ці фактори мають потенціал негативно впливати на достовірність результатів оцінювання та підкреслюють необхідність спеціалізованого навчання. Незважаючи на оманливу простоту адміністрування COPM, рекомендований обсяг навчання варіює від кількох годин до 28 годин навчального модуля із додатковою супервізією використання у практичній діяльності [23, 122].

*Підтверджено і доповнено* висновки, отримані у дослідженнях інших науковців щодо необхідності встановлення позитивних терапевтичних стосунків перед адмініструванням COPM [183] та важливості розвитку навичок ефективної комунікації як передумови впровадженню COPM [122, 278]. За результатами нашого дослідження виявлено, що ефективна комунікація також передбачає мінімізацію впливу думки фахівця на клієнта у процесі встановлення цілей індивідуальної програми реабілітації. Зокрема, учасники нашого дослідження доповіли, що використання прикладів щодо проблем виконання занять або цільових занять та активностей може полегшити процес адміністрування COPM, але водночас може нав'язувати клієнту бачення терапевта і скеровувати клієнта до визначення тих цілей, які узгоджуються з пропозиціями терапевта. Разом із цим, нами виявлено необхідність пояснення ерготерапії перед початком застосування COPM, оскільки більшість клієнтів не обізнані з метою, методами та засобами втручання у ерготерапії. Відповідно, ми дійшли висновку, що використання відкритих, нейтральних та неінтерпретативних запитань та використання прикладів

виключно за умови необхідності забезпечує об'єктивність та ефективність інтерв'ювання за СОРМ.

*Набули подальшого розвитку* напрацювання N. Nakken та колег щодо впливу розбіжностей між цілями клієнта та його родини/доглядальників на процес встановлення цілей індивідуальної програми реабілітації [184]. Отримані нами дані свідчать про те, що такі розбіжності стають причиною конфліктів між клієнтом та родиною, а індивідуальні цілі та інтереси клієнта можуть залишатися поза увагою, оскільки клієнта можуть сприймати як об'єкта догляду, а не повноцінного учасника реабілітаційного процесу. Подібним чином, S.E.Plant та колеги виявили труднощі у процесі залучення членів родини, якщо вони переслідують власні цілі [191]. Відповідно, для мінімізації домінуючого впливу родичів або доглядальників у процесі встановлення реабілітаційних цілей та забезпечення автономії клієнта, захисту його заняттєвих прав, критично важливою стає адвокація клієнта. Тому, узгоджуючись із рекомендаціями розробників СОРМ та інших дослідників, ми не рекомендуємо застосування СОРМ з родичами/доглядальниками замість клієнта для забезпечення максимальної клієнтоорієнтованості ерготерапевтичних послуг.

Останнім із чинників, що сприяє ефективному використанню СОРМ відповідно до результатів нашого дослідження, є впровадження принципу травмаінформованості у процес надання ерготерапевтичних послуг. Цей аналіз представляє собою *новий, раніше незадокументований емпіричний матеріал*, що наразі не має аналогів у міжнародній науковій літературі. Незважаючи на те, що у сучасних дослідженнях доведено, що психоемоційні чинники мають суттєвий вплив на рівень повсякденного функціонування [12], новизна отриманих даних зобумовлена контекстом збору даних та контингентом учасників, оскільки дослідження проводилося в умовах повномасштабної війни, що призвела до високого рівня колективної та індивідуальної травматизації. За даними скринінгового дослідження 2050 осіб, приблизно одна з трьох осіб, що проживали в Україні у 2023 році, доповідала про симптоми, що узгоджуються принаймні з

одним психічним розладом, охоплюючи ПТСР, генералізований тривожний розлад, депресивний розлад, тривалий розлад горя, розлад вживання алкоголю та канабісу [159]. Лонгітюдне дослідження І.Пінчук та колег засвідчило збільшення кількості госпіталізацій у психіатричних відділеннях в Україні із психічною травмою, пов'язаною з війною, між 2022 та 2024 роками [189]. Дослідження ментального здоров'я українських військовослужбовців з ПТСР задокументувало, що окрім невротичних реакцій, частого головного болю, емоційної нестійкості, проблем із пам'яттю, внутрішньої напруги та вживання алкоголю у період підвищеної тривожності, військовослужбовці також демонструють когнітивні порушення, які переважно відповідають діагностичним критеріям помірному когнітивного розладу [92]. Дані нашого дослідження корелюють з вищезгаданими психоемоційними труднощами, адже ми виявили, що застосування СОРМ супроводжувалося низкою додаткових нюансів та бар'єрів, наприклад: політравма, психічний та соціальний стан військовослужбовців, конфлікти з родинами, недовіра до оточуючих, страх соціуму, невизначеність майбутнього тощо.

Крім того, за даними Малярвої Ю.М. та колег фахівці з реабілітації визнають, що мають високий рівень стресу через воєнний стан, що негативно впливає на їх спроможність ефективно спілкуватися з клієнтами. З іншого боку, клієнти доповідають, що відчують тривогу через нестачу емоційної підтримки з боку терапевта [278]. Результати нашого дослідження підкреслюють нагальну потребу в інтеграції принципів травмаінформованої практики в професійну підготовку та практичну діяльність ерготерапевтів для забезпечення ефективної і безпечної взаємодії та запобіганню ретравматизації клієнтів.

Узгоджуючись із передумовами, пов'язаними з практичною діяльністю ерготерапевта, нами було викоремлено фактори, які стосуються клієнта ерготерапії та його участі у процесі адміністрування СОРМ. До них належать наступні: 1) позитивне сприйняття клієнтоорієнтованого реабілітаційного процесу, 2) позитивне ставлення до заняттєвої спрямованості ерготерапії, 3) наявність

заняттєвого запиту, 4) достатній рівень когніції та комунікації для участі в інтерв'ю, 5) розуміння сфер професійної діяльності ерготерапії, 6) мотивація, 7) неупереджене ставлення до ерготерапевта, 8) адекватне усвідомлення власного стану та 9) заняттєва свобода.

Виклики, що супроводжують реалізацію клієнтоорієнтованої реабілітаційної допомоги, не є специфічними лише для України або ерготерапевтичної практики. Зокрема, подібні труднощі відзначаються у консервативних суспільствах Тайваню, Танзанії та Японії, де переважає медична модель реабілітації із пасивною роллю пацієнта, а особистий вибір базується на чітких ієрархічних соціальних відносинах та взаємозалежності [32, 166, 212]. В Україні Д.Дячук та колеги вивчали питання запровадження пацієнт-орієнтованого підходу у клінічну практику лікарів [70]. Результати нашого дослідження *підтверджують та доповнюють* їх напрацювання і висновки, зокрема про те, що бар'єрами до клієнтоорієнтованої практики в Україні є не тільки недостатня підготовка фахівців, але і схильність клієнта відігравати пасивну роль, брак розуміння процесу та готовності бути залученим до партнерських стосунків, брати відповідальність за результат втручання [70]. Відповідно, для забезпечення клієнтоорієнтованого підходу важливою складовою надання ерготерапевтичних послуг є систематичне інформування та навчання клієнтів щодо їх ролі у процесі терапії та принципів партнерської взаємодії для збільшення автономності та активного залучення клієнта у терапевтичний процес. Для сприяння встановленню реалістичних цілей ППР, навчання клієнтів також повинно передбачати забезпечення клієнтів об'єктивною інформацією про їх стан здоров'я, окреслення реабілітаційного прогнозу та формування адекватного усвідомлення клієнтами власного функціонального стану.

Дослідження дозволяє переосмислити процес застосування СОРМ не як опитування або інтерв'ю, у якому фахівець очікує готові відповіді від клієнта, а як терези партнерської взаємодії, у яких скельця впливу, вибору та скерування переважають на бік терапевта тоді, коли цього потребує і бажає сам клієнт.

Відповідно, клієнтоорієнтованість проявляється в умінні фахівця майстерно та чутливо відповідати на потреби клієнта. Це твердження знаходить відгук у висновках інших колег, які акцентують увагу на гнучкості у підході встановлення цілей, зауважуючи, що у деяких випадках на етапах надання гострої та післягострої реабілітації клієнти можуть потребувати медичної моделі надання послуг та директивної ролі фахівця з огляду на складність травм, відсутність досвіду заняттєвої участі, а відповідно неспроможності визначити власні цілі та пріоритети [191]. У такому випадку, процес адміністрування СОРМ може бути більше скерованим фахівцем, ніж клієнтом, а процес реабілітації може зосереджуватися на базових активностях повсякденного життя. Відповідно, ефективне впровадження СОРМ вимагає від ерготерапевта уміння скеровувати процес взаємодії відповідно до бажання і готовності клієнта бути активним учасником процесу.

*Підтверджено і доповнено* висновки іноземних досліджень щодо труднощів у адмініструванні СОРМ, пов'язаних із трактуванням заняттєвої спрямованості, формулюванням заняттєвого запиту, розуміння сфер і методів професійної діяльності ерготерапевта, які впливають на участь клієнта у інтерв'юванні [14, 32, 80, 212]. Результати нашого дослідження засвідчують, що на думку ерготерапевтів найбільшими бар'єрами до впровадження заняттєвоспрямованих ерготерапевтичних послуг є саме негативне ставлення клієнтів до заняттєвоспрямованих методів оцінювання та втручання як «несерйозних», «немедичних» (60% респондентів, n=20), краще сприйняття та розуміння цілей, спрямованих на усунення порушень структур і функцій організму (40% респондентів, n=20) у порівнянні з заняттєво-спрямованими. З огляду на відсутність підтверджень у міжнародній науковій літературі щодо скепсису деяких клієнтів ерготерапії стосовно заняттєво-спрямованих методів оцінювання та втручання, задокументованого у нашому дослідженні, постає потреба у систематичному роз'ясненні ерготерапевтами сфер професійної діяльності та науково-доказової бази щодо заняттєвої спрямованості професії. Інформування і навчання клієнтів є

необхідним для формування довіри до методів, які використовуються в ерготерапевтичній практиці, та сприятиме більш повному виявленню клієнтом актуальних для нього проблем, що стосуються різних сфер заняттєвої активності.

Отриманий у результаті нашого дослідження матеріал щодо характеру заняттєвого запиту клієнтів ерготерапії *підтверджує і доповнює* іноземні дослідження, які свідчать про те, що незалежно від нозологічної групи, військового статусу, віку, статі або національності клієнти ерготерапії зазвичай ідентифікують найбільше проблем у сфері самообслуговування, менше у сфері продуктивності і ще менше у сфері дозвілля [32, 80, 198, 212]. Зокрема, у нашому дослідженні з 334 ПВЗ військовослужбовці (n=45) визначили 149 ПВЗ у самообслуговуванні, 102 – у сфері продуктивності і 83 у сфері дозвілля. Подібним чином, цивільні клієнти визначили загалом 277 ПВЗ: 115 проблем у виконанні самообслуговування, 90 – у сфері продуктивності, і 72 – у сфері дозвілля. Установлено, що у сфері самообслуговування як військовослужбовці ( $T=24,0$ ;  $z=4,29$ ;  $p<0,001$ ), так і цивільні ( $T=18,0$ ;  $z=3,523$ ;  $p=0,001$ ) мають статистично значуще більше ПВЗ, ніж у сфері дозвілля. Це може пояснюватися тим, що первинним є завжди задоволення базових потреб людини щодо активності повсякденного життя. З іншого боку, отримані дані порушують важливе питання: чи справді виявлені проблеми відображають пріоритети клієнтів, чи ж акцент на труднощах у самообслуговуванні зобумовлений обмеженим уявленням клієнтів про потенціал ерготерапевтичного впливу для участі у інших сферах заняттєвої активності? Незважаючи на те, що наше дослідження не дає відповіді на дане питання, запропонована нами модель застосування СОРМ на гострому та післягострому етапі реабілітації в Україні сприяє тому, щоб визначені у ході інтерв'ю заняттєві потреби максимально відображали пріоритети і потреби клієнта.

*Підтверджено та доповнено* іноземні дослідження щодо успішного застосування СОРМ з військовослужбовцями [135, 143, 190]. *Новизною* нашого дослідження є визначення відмінностей у заняттєвому запиті та відповідно цілях

ІПР військовослужбовців та ветеранів у порівнянні з цивільними клієнтами. Відтак. Статистичний аналіз виявив, що військовослужбовці статистично значуще ідентифікували більше цілей для ІПР ( $n=45$ ; 184 цілі), ніж цивільні пацієнти/клієнти ( $n=42$ ; 147 цілей) ( $U=611,0$ ;  $z=-2,79$ ;  $p=0,005$ ), розмір ефекту  $r=0,30$  (середній розмір ефекту).

Новизною дослідження є також отримані дані щодо ефективності ерготерапевтичних втручань військовослужбовців у порівнянні з цивільними клієнтами. Зміна показників виконання занять у групі цивільних клієнтів ( $\bar{x}=3,77$ ,  $SD=1,75$ ) зі статистично значущою різницею ( $t=1,99$ ,  $p=0,049$ ) є вищою, ніж у групі військовослужбовців ( $\bar{x}=3,12$ ,  $SD=1,28$ ). Подальший аналіз відмінностей між групами за трьома сферами виконання занять виявив, що у результаті ерготерапевтичного втручання цивільні клієнти продемонстрували статистично значуще більші зміни у виконанні продуктивних занять порівняно з військовослужбовцями ( $t=2,30$ ;  $df=64$ ;  $p = 0,024$ ) із середнім розміром ефекту (Cohen's  $d = 0,566$ ). Ці дані можуть пояснюватися більшою комплексністю та складністю травм військовослужбовців, посиленою критичністю та вимогливістю військовослужбовців до себе, а також особливостями заняттєвого запиту військовослужбовців та обмежень середовища втручання. Наші дані доповнюють висновки авторів вітчизняного дослідження ефективності індивідуалізованої програми ерготерапії для військовослужбовців з ампутаціями, де був успішно застосований СОРМ, при цьому зміни у виконанні занять, пов'язаних з особистою гігієною, приготуванням їжі та водінням перевищували 2,0 бали за СОРМ [73].

Статистично значущих відмінностей між групами щодо інших сфер виконання занять за результатами СОРМ виявлено не було. Зокрема, цікаво, що суб'єктивне відчуття задоволеності результатами реабілітації за показниками СОРМ статистично не відрізнялося між групою цивільних та військовослужбовців ( $U=801,5$ ;  $z=1,04$ ;  $p=0,297$ ), що також корелює із малим розміром ефекту ( $r = 0,11$ ).

*Доповнено* іноземні дослідження стосовно характеру заняттєвих потреб військовослужбовців та ветеранів. На відміну від дослідження Н.Л. Plach щодо потреб ветеранів, інтегрованих у суспільство, які проживають у мирній країні, нами було виявлено значний запит українських військовослужбовців та ветеранів щодо занять, пов'язаних з роботою, зокрема військовою службою або волонтерством, пов'язаним із допомогою армії, фізичною підготовкою та спортом [190]. Іншою особливістю заняттєвого запиту українських військовослужбовців був значний акцент на використання допоміжних засобів реабілітації та уміння здійснювати необхідні переміщення на/з крісел колісних, функціональної мобільності у межах громади та країни.

У результаті нашого дослідження *отримано нові дані* щодо важливості заняттєвої свободи для формування заняттєвого запиту. Учасники нашого дослідження відзначили, що відсутність заняттєвої свободи негативно впливає як на застосування СОРМ, так і на загальний процес реабілітації. Зокрема, військовослужбовці, які не мали чіткого уявлення про свій реабілітаційний прогноз, маршрут та можливість повернення до зони бойових дій, часто перебували в стані невизначеності, що могло впливати на достовірність і результативність інтерв'ю за СОРМ. Ці спостереження узгоджуються з висновками бразильських дослідників, які підкреслюють важливість заняттєвої свободи для процесу відновлення, подолання страждань і пошуку сенсу життя через заняттєву активність, яка узгоджується з особистими цінностями [88]. В контексті втрати автономії та незалежності, асоційованих з цим почуттями страху, тривожності і соціальної ізоляції, надана клієнтові можливість скеровувати реабілітаційний процес через визначення цілей реабілітації у процесі адміністрування СОРМ відновлює його заняттєву свободу, дозволяючи їм реалізувати власну суб'єктність. Подібним чином, надана клієнту можливість визначити заняття, завдання та дії, які він буде мати змогу виконувати під час перебування у реабілітаційному закладі, посилює його заняттєву свободу та уможлиблює значущу заняттєву участь. Відповідно, наші

дані *доповнюють* положення G.J. Restall & M.Y. Egan щодо професійної діяльності ерготерапевтів, заснованої на стосунках, які підкреслюють важливість урахування соціальних детермінант здоров'я, структурних та системних проблем, що впливають на заняттєву участь людей у процесі реабілітації (collaborative relationship-focused occupational therapy) [205].

Вищевикладене дає можливість стверджувати, що наше дослідження *підтвердило* та *доповнило* висновки вітчизняних науковців щодо необхідності удосконалення і реорганізації державної системи реабілітації військовослужбовців на засадах комплексної допомоги [277]. У низці західних країн реабілітаційні втручання військовослужбовців інтегрують військові завдання (наприклад, заряджання зброї, одягання амуніції, специфічні фізичні навантаження) з метою підтримки заняттєвої ідентичної військовослужбовця, стратегії подолання ПТСР, профілактики прийняття ролі «хворого» та забезпечення реінтеграції у заняттєву роль військового. Водночас, для ветеранів, які інтегруються у життя поза зоною бойових дій, застосовуються інші реабілітаційні підходи та цілі спрямовані на реінтеграцію у соціум [242]. Зважаючи на специфічні труднощі виконання занять військовослужбовців, результати нашого дослідження підкреслюють потребу у розробленні оптимальної моделі надання ерготерапевтичних послуг військовим відповідно до індивідуальних реабілітаційних маршрутів, а також в залежності від їх функціонального стану та спроможності повернутися до зони бойових дій. Зокрема, постає питання етичності та доцільності використання бойової амуніції та муляжів зброї у реабілітаційних закладах, де реабілітаційні послуги надаються не тільки військовослужбовцям, але і цивільним особам без диференціації клієнтів щодо чіткого плану повернення до зони бойових дій, функціональних можливостей та реабілітаційного прогнозу. Інтеграція специфічних для військової служби занять та матеріалів у реабілітаційний процес може бути тригерною щодо пост-травматичний стресових реакцій та відповідно не узгоджується із принципом травмаінформованості реабілітаційних послуг.

*Підтверджено та доповнено* низку досліджень, які доводять чутливість СОРМ до виявлення змін у виконанні повсякденних занять, а відповідно можуть свідчити про ефективність ерготерапевтичного втручання [144, 158, 198, 212, 237]. Наше дослідження показало, що як військовослужбовці, так і цивільні продемонстрували клінічно значущі покращення у виконанні та задоволеності виконання занять внаслідок ерготерапевтичних втручань із різницею у 2,0 та більше балів між первинним та повторм оцінюванням. При цьому, цивільні пацієнти продемонстрували більші зміни у виконання занять у сфері самообслуговування ( $3,88 \pm 2,05$ ), ніж військовослужбовці ( $3,09 \pm 1,77$ ) та у сфері продуктивності ( $3,92 \pm 2,18$ ) у порівнянні з цивільними ( $2,83 \pm 1,61$ ). Однак, у сфері дозвілля кращі результати, навпаки, були у військовослужбовців ( $3,45 \pm 2,30$  проти  $2,50 \pm 2,07$ ). Аналогічна тенденція спостерігалася щодо рівня задоволеності: цивільні мали вищі показники щодо зміни в самообслуговуванні ( $Me=4,0$ ,  $Q1=1,4$ ,  $Q3=6,5$ ) у порівнянні з військовослужбовцями ( $Me=3,0$ ,  $Q1=2$ ,  $Q3=4,6$ ). Цивільні також відчули більше змін у задоволеності виконанням продуктивних занять ( $Me=3,7$ ,  $Q1=2,0$ ,  $Q3=6,5$ ) у порівнянні з військовослужбовцями ( $Me=3,0$ ,  $Q1=2$ ,  $Q3=5$ ). Втім, військовослужбовці залишилися більше задоволеними виконанням дозвілля ( $Me=4,0$ ,  $Q1=1,5$ ,  $Q3=6$ ), ніж цивільні ( $Me=2,0$ ,  $Q1=0$ ,  $Q3=5$ ). Варто зауважити, що серед наслідків застосування СОРМ з огляду клієнта учасники нашого дослідження виокремили наступні: покращення якості життя, заняттєвий результат, який впливає на актуальні заняттєві потреби, повернення сенсу життя та задоволеність ерготерапевтичним послугами. Відтак, наше дослідження *підтвердило та доповнило* праці вітчизняних науковців щодо ефективності ерготерапії для військовослужбовців та ветеранів з метою їх соціальної реінтеграції та покращення якості життя [73, 168, 294].

*Підтверджено і доповнено* висновки іноземних досліджень щодо комунікативних та когнітивних навичок як передумов для застосування СОРМ [122, 144, 183]. Зокрема, японські колеги використовували Коротку шкалу

психічного статусу (Mini Mental State Examination) перед застосуванням COPM із рекомендованим балом більше 20 для оптимального адміністрування COPM [122]. Результати нашого дослідження *підтверджують* те, що COPM не є доречним для застосування з клієнтами, які унаслідок значних когнітивних та комунікативних порушень неспроможні критично оцінювати власний стан та брати участь у інтерв'ю за COPM. Однак, узгоджуючись з рекомендаціями інших науковців ми дійшли висновку, що цілком прийнятним є адаптувати шкалу оцінювання COPM для полегшення її сприйняття клієнтами [183, 252].

*Підтверджено* дані А. Di Tomasso та С. Wilding & G. Whiteford, які засвідчують тенденцію ерготерапевтів, які працюють у закладах охорони здоров'я, пристосовуватися до домінуючого медичного підходу і надавати послуги, орієнтовані на порушення замість зосередженості на досягненні заняттєвих цілей, покращення якості виконання занять, відновлення заняттєвих ролей, рутин і звичок [171, 259]. Зокрема, нами задокументовано, що чверть учасників нашого дослідження до застосування COPM у власній практичній діяльності надавали перевагу інструментам оцінювання, які зосереджені на структурах і функціях, у порівнянні з інструментами оцінювання, які дають дані про обмеження активності та участі.

На даний час емпіричні дані щодо порівняльної ефективності ерготерапевтичних втручань, спрямованих на покращення структур і функцій організму, у порівнянні з втручаннями, спрямованими на заняттєву активність і участь, залишаються обмеженими. Водночас, результати систематичного огляду С.У. Lee та Т.Н. Howe (2024) підтверджують ефективність використання значущих занять у реабілітації пацієнтів після інсульту [149]; мета-аналіз рандомізованих клінічних досліджень, здійснений Н.У. Park і колегами, свідчить про статистично значущі покращення когнітивного функціонування у результаті впровадження заняттєво-орієнтованих втручань у реабілітації пацієнтів з черепно-мозковою травмою [181], а висновки систематичного огляду, проведеного I. Novak та

співавторами (2019) доводять вищу ефективність втручань, зосереджених на активності та участі, зокрема у контексті реабілітації дітей з церебральним паралічем [169]. Цікавими також є дані L.G. Richards та співавторів, які встановили, що ерготерапевтичні втручання, орієнтовані на сфери заняттєвої активності вищого рівня, сприяють досягненню кращих результатів порівняно з втручаннями, зосередженими виключно на базових активностях повсякденного життя (ADLs) [29].

Результати досліджень інших науковців, викладені вище, підкреслюють значущість *отриманих нами нових даних* щодо позитивного впливу COPM на формування професійної ідентичності ерготерапевтів, заснованої на заняттєвій парадигмі. В той час, як дані про потенціал COPM полегшувати процес встановлення цілей та підвищувати задоволеність клієнтів є підтверджені іншими дослідженнями [14, 144], позитивний вплив COPM на заняттєву спрямованість практичної діяльності та розвиток професійної гордості ерготерапевтів досі не були задокументовані. Учасники нашого дослідження засвідчили, що із впровадженням COPM у надання ерготерапевтичних послуг, заняттєва спрямованість їх професійної діяльності значно посилилася та більшою мірою відповідає оновленому визначенню ерготерапії від Всесвітньої федерації ерготерапевтів, яке акцентує власне на використанню заняттєвої активності у процесі терапії [247]. Опитані ерготерапевти вважають, що COPM є особливо корисним для формування професійної ідентичності тих фахівців, які не мають формальної освіти з ерготерапії та не розуміють різницю між завданнями фізичного терапевта та ерготерапевта. Варто зауважити, що зв'язок заняттєвої спрямованості з формуванням чіткої професійної ідентичності ерготерапевтів був доведений іншими науковцями [170]. Відповідно, ці дані ще раз підкреслюють важливість впровадження COPM у практичну діяльність для забезпечення заняттєвої спрямованості ерготерапевтичних послуг в Україні.

*Набули подальшого розвитку* напрацювання Н.Л.Colquhoun та колег [7,14] щодо впливу COPM на практичну діяльність ерготерапевтів. Зокрема, нами було виявлено, що COPM сприяє формуванню позитивного сприйняття ролі ерготерапевта серед інших учасників мультидисциплінарної реабілітаційної команди. Визначаючи пріоритетні заняттєві потреби клієнта, ерготерапевт відіграє ключову координаційну роль у формуванні індивідуальної програми реабілітації, яка реалізується спільними зусиллями членів мультидисциплінарної реабілітаційної команди. Відповідно, застосування COPM у процесі надання ерготерапевтичних послуг продемонструвало потенціал покращувати міжпрофесійну співпрацю, сприяти кращій узгодженості командних дій, та підвищувати ефективність реабілітації.

На останньому етапі нашого дослідження на основі розробленою нами практичної моделі застосування COPM в реабілітації військовослужбовців та цивільних осіб на етапі гострої та післягострої реабілітації в Україні було розроблено практичні рекомендації, які *узгоджуються* із рекомендаціями щодо застосування COPM у педіатричній практиці [252].

Як підсумок, звернемо увагу на те, що з часу здійснення нами нового офіційного перекладу COPM українською мовою та його валідації, апробації перших результатів дослідження та проведення навчальних заходів із адміністрування COPM у 2023-2024 роках, протягом останніх років спостерігається підвищення уваги до COPM у науково-практичній літературі [73, 102, 292]. Вагомим практичним результатом нашої роботи є внесення COPM до списку рекомендованих Міністерством охорони здоров'я України інструментів оцінювання для використання у реабілітації осіб багатьох нозологічних категорій [289].

Результати дослідження, викладені у цьому розділі, представлено у наукових працях [151, 152, 153, 276, 280, 281, 282, 283].

## ВИСНОВКИ

У дисертаційній роботі розв'язано науково-прикладне завдання, пов'язане зі створенням практичної моделі та рекомендацій для використання адаптованої та валідованої україномовної версії СОРМ з метою підвищення клієнтоорієнтованості та заняттєвої спрямованості ерготерапевтичних послуг в Україні.

1. Успішне впровадження якісних ерготерапевтичних послуг як невід'ємної складової сучасної реабілітації осіб різних вікових та нозологічних категорій в Україні вимагає дотримання фахівцями основоположних принципів сучасної професійної парадигми ерготерапії. Аналіз літературних джерел засвідчив, що клієнтоорієнтованість та заняттєва орієнтованість мають першорядне значення у процесі надання ерготерапевтичних послуг та асоціюються з реальними змінами у заняттєвій участі клієнтів, покращенням якості життя, соціальної реінтеграції та, як наслідок, забезпечують економічно доцільні ерготерапевтичні послуги.

2. Опрацювання науково-практичних джерел дозволило окреслити конкретні індикатори клієнтоорієнтованості крізь призму процесуальної ерготерапевтичної моделі СМОР-Е, які характеризують клієнтоорієнтовану практику як збалансоване партнерство між ерготерапевтом та клієнтом із зосередженням на індивідуальних особливостях особи клієнта, його заняттєвої активності та середовища життєдіяльності. Розроблений на основі моделі СМОР-Е, СОРМ вважається одним із провідних інструментів оцінки результату, які мають потенціал сприяти клієнтоорієнтованій ерготерапевтичній практиці.

3. Вивчення науково-практичної літератури дозволило з'ясувати, що заняттєва парадигма ерготерапії пов'язана з різними практичними підходами, які мають змістові і прикладні нюанси. У контексті застосування СОРМ окреслено особливості практичної реалізації наступних підходів: *заняттєвоорієнтована практика, заняттєвоспрямована практика та практика, на основі використання занять* (що ґрунтується на заняттєвій активності). Аналіз вищезгаданих підходів

дозволив виокремити заняттєву спрямованість як характерну рису практичної діяльності, зосередженої на заняттєвих результатах, яка є показником ефективності та якості ерготерапевтичних послуг, та може забезпечуватися у процесі використання СОРМ.

4. Новизна ерготерапії як первинної реабілітаційної професії в Україні супроводжується низьким рівнем спеціалізованої профільної освіти фахівців, які працюють на посадах ерготерапевтів. Зокрема у ході всеукраїнського опитування виявлено, що незважаючи на широку обізнаність ерготерапевтів щодо СОРМ у інших країнах, низький рівень застосування СОРМ в Україні пов'язаний з обмеженою обізнаністю фахівців щодо заняттєвоспрямованих методів оцінювання, зокрема відсутністю навичок адміністрування СОРМ та недостатнім розумінням значущості СОРМ для ерготерапевтичної практики, на що у статистично значущій ( $\chi^2=47,94$ ;  $df=1$ ;  $p<0,0001$ ) більшості вказали 74% респондентів на дане питання. Виявлено, що впровадження СОРМ у практику є обмеженим, адже 58% респондентів засвідчили застосування СОРМ у повсякденній практичній діяльності певною мірою, однак лише 10% респондентів доповіли, що застосовують СОРМ з переважною більшістю клієнтів. Аналіз засвідчив, що у статистично значущій ( $\chi^2=34,81$ ;  $df=1$ ;  $p<0,0001$ ) більшості випадків частка клієнтів, з якими застосовувався СОРМ, не перевищувала 50%. Встановлено, що в статистично значущій більшості ( $\chi^2=10,90$ ;  $df=1$ ;  $p=0,0001$ ) ерготерапевти не опановували СОРМ у освітньому процесі, про що доповіли 61% респондентів. Разом із цим, з'ясовано, що українські ерготерапевти, які інтегрували СОРМ у повсякденну практику, цінують такі властивості СОРМ, як зручність, інформативність, вимірювання результату та моніторинг ефективності втручання, клієнтоорієнтованість, полегшення процесу встановлення індивідуальних цілей та заняттєву спрямованість. Частина опитаних фахівців, які використовували СОРМ з військовослужбовцями/ветеранами (24%) доповіли про труднощі і застереження

щодо використання COPM з військовими, що зобумовило подальший поглиблений та порівняльний аналіз застосування COPM з військовослужбовцями/ветеранами.

5. Здійснено офіційний науково-обґрунтований переклад, міжкультурну адаптацію та змістову валідацію україномовної версії бланків COPM та посібника із адміністрування COPM, які узгоджуються із сучасною термінологією ерготерапії. Унаслідок пілотного застосування COPM 20 ерготерапевтами з 84 клієнтами ерготерапії, половина з яких була військовослужбовцями, виявлено, що нова версія українського перекладу COPM має відмінну змістову валідність, оскільки CVI становить 1,0 за оцінкою ерготерапевтів та 0,89 або вище за оцінкою клієнтів ерготерапії. Незважаючи на певні відмінності між групою ерготерапевтів та клієнтів щодо оцінки відповідності та доречності питань COPM, частота максимальної оцінки зрозумілості питань ( $\chi^2=2,83$ ;  $df=1$ ;  $p=0,0927$ ) та зрозумілості системи оцінювання ( $\chi^2=1,28$ ;  $df=1$ ;  $p=0,2584$ ) у ерготерапевтів і клієнтів статистично значуще не відрізнялась. При цьому, з'ясовано, що фахівці оцінили корисність COPM на 9,9 балів з 10 балів (1=не корисний, 10=надзвичайно корисний), а складність застосування COPM - на 2,75 балів з 10 балів (1=простий, 10=надзвичайно складний). Отримані дані дозволяють стверджувати, що COPM може бути рекомендованим для застосування із військовослужбовцями/ветеранами та цивільними клієнтами у процесі надання ерготерапевтичних послуг в Україні.

6. Виявлено, що на думку фахівців та клієнтів ерготерапії COPM має потенціал підвищувати рівень клієнтоорієнтованості та заняттєвої спрямованості ерготерапевтичних послуг. З'ясовано, що в результаті використання COPM протягом 3 місяців статистично значуще ( $p<0,05$ ) підвищився рівень заняттєвої спрямованості за самооцінюванням фахівців, при цьому середня зміна становила 1,2 бали за шкалою від 1 до 10 ( $SD=1,780$  до участі у дослідженні,  $SD=1,210$  після участі у дослідженні). Однак, середня зміна показників клієнтоорієнтованості за самооцінюванням ерготерапевтів ( $n=20$ ) становила у середньому 0,8 бали за шкалою від 1 до 10 балів, що не відповідало статистично значущій різниці ( $p>0,05$ ).

Вцілому, на думку ерготерапевтів, статистично значуще рідше використання СОРМ не вплинуло на клієнтоорієнтованість ( $p=0,0013$ ) та заняттєву спрямованість ( $p=0,0002$ ) їхньої професійної діяльності.

7. Отримані дані корелюють із результатами оцінки потенціалу СОРМ впливати на практичну діяльність ерготерапевтів, за якою 17 (89%) фахівців вважають, що СОРМ може сприяти як підвищенню клієнтоорієнтованості так і заняттєвої спрямованості ерготерапевтичних послуг значною мірою, при цьому 2 (11%) оцінюють вплив СОРМ на дані показники як достатній. Отримані дані узгоджуються із результатами опитування клієнтів ерготерапії, за яким 82 клієнти (99%) доповіли, що СОРМ не тільки сприяв зосередженості терапії на їхніх пріоритетах, дозволив їм відчутти себе активно залученими до процесу встановлення та досягнення власних цілей, але і допоміг зосередити ерготерапевтичний процес навколо заняттєвої активності.

При цьому, виявлено, що основними бар'єрами до заняттєвої спрямованості ерготерапевтичних послуг ерготерапевти вважали тяжіння клієнтів до пасивних методів втручання або сприйняття заняттєвоспрямованого фокусу ерготерапії як «несерйозного» або «немедичного» ( $\chi^2=0,80$ ;  $df=1$ ;  $p=0,371$ ). З'ясовано, що вузьконаправлені скерування лікарів, обмежений досвід клієнтів щодо активного залучення до процесу прийняття рішень та низька поінформованість клієнтів щодо наукової обґрунтованості ерготерапії як заняттєвоспрямованої професії негативно впливають на відкритість клієнтів до заняттєвоспрямованих методів оцінювання та втручання. Отримані дані також підкреслюють необхідність інформування лікарів та інших фахівців з реабілітації про методи і засоби заняттєвоспрямованої ерготерапії для забезпечення належних скерувань до ерготерапевтів, оптимальної координації послуг та ефективної міжпрофесійної комунікації.

8. Порівняння показників СОРМ між двома незалежними групами військовослужбовців/ветеранів та цивільних клієнтів ерготерапії виявили, що:

– Існує помірна узгодженість всередині груп щодо ієрархії визначених заняттєвих проблем у різних сферах заняттєвої активності (коефіцієнт конкордації Кендалла  $W=30$ ). Незалежно від військового статусу, клієнти ерготерапії насамперед пріоритезували проблеми у виконанні самообслуговування, потім – продуктивності, та зрештою дозвілля. У обох групах статистично значуще частіше зустрічалися проблеми у сфері самообслуговування, ніж у сфері дозвілля ( $p \leq 0,001$ ).

– Військовослужбовці/ветерани визначали статистично значуще ( $U=611,0$ ;  $z=-2,79$ ;  $p=0,005$ ) більше цілей для індивідуальної програми реабілітації ( $n=45$ ; 184 цілі), ніж цивільні клієнти ерготерапії ( $n=42$ ; 147 цілей) із середнім розміром ефекту ( $r = 0,30$ ).

– У результаті ерготерапевтичних втручань цивільні клієнти мали статистично значуще ( $p < 0,05$ ) більші загальні зміни у виконанні занять ( $\bar{x} = 3,77$ ,  $SD=1,75$ ), ніж військовослужбовці/ветерани ( $\bar{x} = 3,12$ ,  $SD=1,28$ ), з помірним розміром ефекту ( $d=0,42$ ), натомість статистично значущих відмінностей щодо зміни у задоволеності виконанням занять між групами не було виявлено ( $U=801,5$ ;  $z=1,04$ ;  $p=0,297$ ).

– Подальший аналіз відмінностей між групами у трьох сферах заняттєвої активності підтвердив наявність даної тенденції, адже цивільні клієнти відчули більшу ефективність ерготерапевтичних послуг, ніж військовослужбовці/ветерани щодо виконання занять, пов'язаних із самообслуговуванням ( $\bar{x}=3,88$  проти з  $\bar{x}=3,09$ ), та продуктивністю ( $\bar{x}=3,92$  проти  $\bar{x}=2,84$ ). Група цивільних доповіла про виражений прогрес щодо задоволеності виконанням самообслуговування ( $Me=4,0$  у проти  $Me=3,0$ ) та продуктивності ( $Me=3,7$  проти  $Me=3,0$ ). Однак, військовослужбовці/ветерани показали більшу динаміку відновлення у заняттях, пов'язаних із дозвіллям, де середня зміна у виконанні становила  $\bar{x}=3,45$  проти  $\bar{x}=2,5$  у цивільних; військовослужбовці також залишилися більше задоволеними виконанням дозвілля ( $Me=4,0$ ,  $Q1=1,5$ ,  $Q3=6$ ), ніж цивільні ( $Me=2,0$ ,  $Q1=0$ ,  $Q3=5$ ).

– Аналіз характеру визначених проблем виконання занять засвідчив, що переважна більшість заняттєвих проблем цивільних клієнтів зосереджувалася на веденні домашнього господарства (що охоплює здійснення покупок, приготування їжі, прибирання, ремонт, виховання дітей), особистому догляді, активному відпочинку та соціалізації. На противагу цьому, окрім самообслуговування та ведення домашнього господарства військовослужбовці/ветерани пріоритезували заняття, пов'язані з роботою, зокрема військовою службою або волонтерством та допомогою армії, фізичною підготовкою та спортом, використанням допоміжних засобів, функціональною мобільністю та пересуванням у громаді. При цьому, виявлено, що у процесі надання реабілітаційних послуг деякі ерготерапевти застосовують військову амуніцію та муляжі зброї. Втім, лише 20% військовослужбовців зазначили, що планують повертатися на військову службу. Це підкреслює потребу у диференціації, плануванні та організації реабілітаційних послуг військовослужбовцям в залежності від особливостей їхнього заняттєвого запиту та функціонального статусу, зокрема спроможності повертатися до зони бойових дій, з метою забезпечення травмаінформованості реабілітаційних послуг.

9. Отримані результати підтвердили клінічну значущість SOPM для оцінювання ефективності ерготерапевтичних послуг різних категорій клієнтів. Зокрема, виявлено виражений прогрес показників виконання та задоволеності, які в обох групах перевищили межу мінімальної клінічно значущої різниці (MCID). Зокрема, у групі цивільних клієнтів середня зміна виконання становила  $3,77 \pm 1,75$  балів (від 1 до 10), у військовослужбовців/ветеранів –  $3,12 \pm 1,28$ .

10. Розроблена практична модель застосування SOPM в Україні на етапі гострої та післягострої реабілітації військовослужбовців/ветеранів та цивільних осіб демонструє збалансовану партнерську взаємодію ерготерапевта та клієнта ерготерапії, що забезпечується підготовкою обох учасників процесу. Виокремлені фактори, які стосуються компетентностей ерготерапевта, охоплюють уміння роз'яснювати мету і завдання ерготерапії, володіння ефективними навичками

інтерв'ювання, доречне використання прикладів, забезпечення травмаінформованості процесу, посвяту адвокації клієнта, заняттєвоспрямованим, клієнтоорієнтованим та індивідуалізованим послугам та проходження спеціалізованого навчання з адміністрування СОРМ. Фактори, що сприяють ефективному застосуванню СОРМ з боку клієнта, включають розуміння мети ерготерапії, цінування клієнтоорієнтованих та заняттєвоспрямованих послуг, необхідний рівень когніції, мовлення та мотивації, усвідомлення власного стану здоров'я, наявність заняттєвого запиту, неупереджене ставлення до ерготерапевта та заняттєва свобода. З'ясовано, що СОРМ виступає як засобом так і передумовою забезпечення клієнтоорієнтованості та заняттєвої спрямованості ерготерапевтичних послуг.

11. Продемонстровано, що інтеграція СОРМ у процес надання ерготерапевтичних послуг сприяє покращенню якості та повернення сенсу життя клієнтів завдяки заняттєвому результату, що впливає на реальне життя, і як наслідок підвищує задоволеність від послуг. З'ясовано, що впровадження СОРМ у повсякденну практичну діяльність ерготерапевтів полегшує професійну практику, зміцнює професійну ідентичність фахівців, та сприяє професійному становленню із ґрунтуванням у заняттєвій парадигмі професії.

12. Отримані дані підтверджують доцільність впровадження СОРМ у повсякденну ерготерапевтичну практику в Україні з метою забезпечення клієнтоорієнтованості та заняттєвої спрямованості ерготерапевтичних послуг, а відповідно – надання послуг, які відповідають сфері практичної діяльності ерготерапевтів та сучасним науково-обґрунтованим принципам заняттєвої парадигми професії. Дослідження засвідчує необхідність інтеграції навчальних модулів із застосування та адміністрування СОРМ у профільні освітні програми та цикли післядипломної освіти спеціалізації з ерготерапії.

Наступні дослідницькі кроки можуть бути спрямовані на оцінку додаткових психометричних властивостей СОРМ в українському контексті, зокрема

критеріальної валідності та тестової-ретестової надійності. Перспективним видається застосування COPM у клінічних дослідженнях різних напрямків як засобу оцінки результату ерготерапевтичних втручань. Матеріал досліджень може стати основою для розроблення інструмента оцінки клієнтоорієнтованості ерготерапевтів. Подальші дослідження ефективності заняттєвоорієнтованих методів втручання є необхідним для зміцнення науково-доказової бази ерготерапії.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. 2023 ACOTE Standards and Interpretive Guide. *Accred. Council Occup. Ther. Educ.* 2025. № 26. URL: <https://acoteonline.org/accreditation-explained/standards/> (date of access: 05.05.2024).
2. A clinically significant difference on the COPM : a rev. / M. A. McColl et al. *Canad. J. Occup. Ther.* 2023. Vol. 90, № 1. P. 92–102. DOI: [10.1177/00084174221142177](https://doi.org/10.1177/00084174221142177).
3. A contextual intervention adapted for autism spectrum disorders: a pilot study with single-subject design / A. Z. Pashazadeh et al. *J. Rehab.* 2020. P. 120–137. DOI: [10.32598/RJ.21.1.2932.1](https://doi.org/10.32598/RJ.21.1.2932.1).
4. A performance-based teleintervention for adults in the chronic stage after acquired brain injury: an exploratory pilot randomized controlled crossover study / A. Beit Yosef. *Brain Sci.* 2022. Vol. 12, № 2. P. 213. DOI: [10.3390/brainsci12020213](https://doi.org/10.3390/brainsci12020213).
5. Aas M. H., Bonsaksen T. Exploring occupation-based practice among occupational therapists in hospitals and rehabilitation institutions. *Scand. J. Occup. Ther.* 2023. Vol. 30, № 7. P. 1074–1084. DOI: [10.1080/11038128.2022.2059564](https://doi.org/10.1080/11038128.2022.2059564).
6. Actual vs. best practices for young children with cerebral palsy: a survey of paediatric occupational therapists and physical therapists in Quebec, Canada / M. N. Saleh et al. *Develop. Neurorehab.* 2008. Vol. 11, № 1. P. 60–80. DOI: [10.1080/17518420701544230](https://doi.org/10.1080/17518420701544230).
7. Administration of the Canadian Occupational Performance Measure: Effect on practice / H. L. Colquhoun et al. *Canad. J. Occup. Ther.* 2012. Vol. 79, № 2. P. 120–128. DOI: [10.2182/cjot.2012.79.2.7](https://doi.org/10.2182/cjot.2012.79.2.7).
8. Ahn Y.-S., Kim H. Effects of stroke arts and craft group occupational therapy intervention program on improving the quality of life and activity of daily living. *Ther. Sci. Rehab.* 2018. Vol. 7, № 4. P. 67–77. DOI: [10.22683/tsnr.2018.7.4.067](https://doi.org/10.22683/tsnr.2018.7.4.067).

9. Aiken F. E., Fournier A. M., Cheng I. K. S., Polatajko H. J. The meaning gap in occupational therapy: finding meaning in our own occupation. *Canad. J. Occup. Ther.* 2011. Vol. 78, № 5. P. 294–302. DOI: [10.2182/cjot.2011.78.5.4](https://doi.org/10.2182/cjot.2011.78.5.4).
10. Altuntaş O., Değerli M. N. Ö., Temizkan E., Ekiçi G. Psychometric properties of the Canadian occupational performance measure in older individuals. *Turk. J. Med. Sci.* 2024. Vol. 54, № 1. P. 338–347. DOI: [10.55730/1300-0144.5796](https://doi.org/10.55730/1300-0144.5796).
11. Aramaki A. L., Sampaio R. F., Cavalcanti A., Dutra F. C. M. S. E. Use of client-centered virtual reality in rehabilitation after stroke : a feasibility study. *SciELO J.* 2019. Vol. 77, № 9. P. 622–631. DOI: [10.1590/0004-282x20190103](https://doi.org/10.1590/0004-282x20190103).
12. Assessment of the relationship between prognostic risk factors for lower back pain and extent of its interference with daily activities / A. A. Zgurskyi et al. *Україна. Здоров'я нації.* 2025. Т. 3, № 81. С. 185–193. DOI: [10.32782/2077-6594/2025.3/21](https://doi.org/10.32782/2077-6594/2025.3/21).
13. Battle C., Baker E., Dmytriiev D. Predictors of chronic pain, chronic opioid use and neuropathic pain in Ukrainian military patients with isolated thoracic injuries sustained during the Russia-Ukraine conflict: a single-centre prospective observational study. *Eur. J. Trauma Emergency Surg.* 2025. Vol. 51, № 1. P. 237. URL: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00068-025-02914-7> (date of access: 11.05.2024).
14. Behaviour change domains likely to influence occupational therapist use of the Canadian occupational performance measure / H. L. Colquhoun et al. *Occup. Ther. Int.* 2020. P. 1–12. DOI: [10.1155/2020/3549835](https://doi.org/10.1155/2020/3549835).
15. Beheshti S. Z., Hosseini S.-S., Maroufizadeh S., Almasi-Hashiani A. Occupational performance of children with autism spectrum disorder and quality of life of their mothers. *BMC Res. Notes.* 2022. Vol. 15, № 1. P. 18. URL: <https://bmcrenotes.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13104-021-05890-4> (date of access: 24.05.2024).

16. Bernie C., Williams K., Graham F., May T. Coaching while waiting for autism spectrum disorder assessment: protocol of a pilot feasibility study for a randomized controlled trial on occupational performance coaching and service navigation support / *JMIR Res. Protocols*. 2021. Vol. 10, № 1. P. e20011. URL: <https://www.researchprotocols.org/2021/1/e20011> (date of access: 12.02.2024).
17. Bjørkedal S. T. B., Torsting A. M. B., Møller T. Rewarding yet demanding: client perspectives on enabling occupations during early stages of recovery from schizophrenia. *Scand. J. Occup. Ther.* 2016. Vol. 23, № 2. P. 97–106. URL: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/11038128.2015.1082624> (date of access: 7.03.2024).
18. Blain J., Townsend E. Occupational therapy guidelines for client-centred practice: impact study findings. *Canad. J. Occup. Ther.* 1993. Vol. 60, № 5. P. 271–285. URL: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/000841749306000508> (date of access: 8.01.2024).
19. Blenkiron E. L. Uptake of standardised hand assessments in rheumatology: why is it so low? *Br. J. Occup. Ther.* 2005. Vol. 68, № 4. P. 148–157. URL: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/030802260506800402> (date of access: 14.03.2024).
20. Boone A. E., Wolf T. J., Engsberg J. R. Combining virtual reality motor rehabilitation with cognitive strategy use in chronic stroke. *Am. J. Occup. Ther.* 2019. Vol. 73, № 4. P. 7304345020p1–7304345020p9. DOI: [10.5014/ajot.2019.030130](https://doi.org/10.5014/ajot.2019.030130).
21. Bull C., Crilly J., Latimer S., Gillespie B. M. Establishing the content validity of a new emergency department patient-reported experience measure (ED PREM): a delphi study. *BMC Emergency Med.* 2022. Vol. 22, № 1. P. 65.
22. Canadian Occupational Performance Measure manual. 5th ed. / M. Law et al. Canada, CAOT Publications ACE, 2014. 56 p.

23. Canadian occupational performance measure: benefits and limitations highlighted using the delphi method and principal component analysis / J.-M. Caire et al. *Occup. Ther. Int.* 2022. № 1. P. 9963030. [DOI: 10.1155/2022/9963030](https://doi.org/10.1155/2022/9963030).
24. Canadian Occupational Performance Measure Supported by Talking Mats: An Evaluation of the Clinical Utility / V. Hagelskjær et al. *Occup. Ther. Int.* 2019. Vol. 2019. P. 1–11. URL: <https://doi.org/10.1155/2019/9367315> (date of access: 12.08.2025).
25. Cancio J. M., Stav W. B., Colaianni D. An occupation-based review of outcome measures used to assess hand function after burn injury. *J. Burn Care Res.* 2024. Vol. 46, № 1. P. 28–37. [DOI: 10.1093/jbcr/irae130](https://doi.org/10.1093/jbcr/irae130).
26. Capdevila E., Rodríguez-Bailón M., Kapanadze M., Portell M. Clinical utility of the Canadian occupational performance measure in older adult rehabilitation and nursing homes: perceptions among occupational therapists and physiotherapists in Spain. *Occup. Ther. Int.* 2020. № 1. P. 1–13. [DOI:10.1155/2020/3071405](https://doi.org/10.1155/2020/3071405).
27. Castle C. L., Heinze N., Gomes R. S. M. A cross-sectional study of sleep, mood, well-being, motivations, and perceived support in Ukrainian veterans and active-duty military personnel with disability, and their supporters, preparing for a sporting event. *Frontiers in Psychology.* 2023. Vol. 14. P. 1089735. URL: <https://www.frontiersin.org/journals/psychology/articles/10.3389/fpsyg.2023.1089735/full> (date of access: 09.03.2025).
28. Change in parent-identified goals in young children with cerebral palsy receiving a context-focused intervention: associations with child, goal and intervention factors / N. Pollock et al. *Phys. Occup. Ther. Pediatr.* 2014. Vol. 34, № 1. P. 62–74. [DOI: 10.3109/01942638.2013.799627](https://doi.org/10.3109/01942638.2013.799627).
29. Characterizing occupational therapy practice in stroke rehabilitation / L. G. Richards et al. *Arc. Phys. Med. Rehab.* 2005. Vol. 86, № 12. P. 51–60. [DOI: 10.1016/j.apmr.2005.08.127](https://doi.org/10.1016/j.apmr.2005.08.127).

30. Charmaz K., Thornberg R. The pursuit of quality in grounded theory. *Qualitative Research in Psychology*. 2021. Vol. 18, № 3. P. 305–327. [DOI: 10.1080/14780887.2020.1780357](https://doi.org/10.1080/14780887.2020.1780357).
31. Chebotaryova L., Kovalenko O., Solonovych A., Solonovych O. Posttraumatic stress disorder and mild traumatic brain injury – common consequences of war: issues of pathogenesis and differential diagnosis : review. *Family Med. Eur. Pract.* 2023. № 2. P. 64–72. [DOI: 10.30841/2786-720X.2.2023.282496](https://doi.org/10.30841/2786-720X.2.2023.282496).
32. Chen Y., Rodger S., Polatajko H. Experiences with the COPM and client-centred practice in adult neurorehabilitation in Taiwan. *Occup. Ther. Int.* 2002. Vol. 9, № 3. P. 167–184. [DOI: 10.1002/oti.163](https://doi.org/10.1002/oti.163).
33. Client-centred assessment and the identification of meaningful treatment goals for individuals with a spinal cord injury / C. Donnelly et al. *Spinal Cord*. 2004. Vol. 42, № 5. P. 302–307. [DOI: 10.1038/sj.sc.3101589](https://doi.org/10.1038/sj.sc.3101589).
34. Client-centred home modifications improve daily activity performance of older adults / S. Stark et al. *Canad. J. Occup. Ther.* 2009. Vol. 76, № 1. P. 235–245. [DOI: 10.1177/000841740907600s09](https://doi.org/10.1177/000841740907600s09).
35. Cogan A. M. Occupational needs and intervention strategies for military personnel with mild traumatic brain injury and persistent post-concussion symptoms : a review. *Occup. Ther. J. Res.* 2014. Vol. 34, № 3. P. 150–159. [DOI: 10.3928/15394492-20140617-01](https://doi.org/10.3928/15394492-20140617-01).
36. Cognitive orientation to daily occupational performance (CO-OP). Part III--the protocol in brief / H. J. Polatajko et al. *Phys. Occup. Ther. Pediatr.* 2001. Vol. 20, № 2/3. P. 107–123.
37. Cognitive orientation to daily occupational performance (CO-OP): a new approach for children with cerebral palsy / D. Cameron et al. *Phys. Occup. Ther. Pediatr.* 2017. Vol. 37, № 2. P. 183–198. [DOI: 10.1080/01942638.2016.1185500](https://doi.org/10.1080/01942638.2016.1185500).

38. Cognitive orientation to daily occupational performance approach in people with multiple sclerosis : a pilot study / M. Saeidi Borujeni et al. *Austral. Occup. Ther. J.* 2023. Vol. 70, № 6. P. 701–711. [DOI: 10.1111/1440-1630.12900](https://doi.org/10.1111/1440-1630.12900).
39. Cohen J. A power primer. *Psych. Bul.* 1992. Vol. 112, № 1. P. 155–159. [DOI: 10.1037/0033-2909.112.1.155](https://doi.org/10.1037/0033-2909.112.1.155).
40. Cole M. B., Tufano R. Applied theories in occupational therapy : a practical approach. 2nd ed. SLACK Incorporated, 2020.
41. Comparing the priorities of parents and young people with cerebral palsy / J. Maggs et al. *Disability and Rehab.* 2011. Vol. 33, № 17/18. P. 1650–1658. [DOI: 10.3109/09638288.2010.542875](https://doi.org/10.3109/09638288.2010.542875).
42. Comparison of occupation-based and impairment-based occupational therapy for subacute stroke: a randomized controlled feasibility study / K. Tomori et al. *Clin. Rehab.* 2015. Vol. 29, № 8. P. 752–762. [DOI: 10.1177/0269215514555876](https://doi.org/10.1177/0269215514555876).
43. Comparison of two cognitive interventions for adults experiencing executive dysfunction post-stroke : a pilot study / V. Poulin et al. *Disab. Rehab.* 2017. Vol. 39, № 1. P. 1–13. [DOI: 10.3109/09638288.2015.1123303](https://doi.org/10.3109/09638288.2015.1123303).
44. Completing an interdisciplinary outpatient intervention improves patient rehabilitation goals following a mild traumatic brain injury / M. M. Bonn et al. *Phys. Theor. Pract.* 2023. Vol. 39, № 2. P. 310–316. [DOI: 10.1080/09593985.2021.2022046](https://doi.org/10.1080/09593985.2021.2022046).
45. Construct validity of the Canadian Occupational Performance Measure in participants with tendon injury and dupuytren disease / L. A. van de Ven-Stevens et al. *Phys. Ther.* 2015. Vol. 95, № 5. P. 750–757. [DOI: 10.2522/ptj.20130590](https://doi.org/10.2522/ptj.20130590).
46. Construct validity, test-retest reliability, and the ability to detect change of the Canadian Occupational Performance Measure in a spinal cord injury population / A. Berardi et al. *Spinal Cord Series and Cases.* 2019. Vol. 5, № 1. P. 52. [DOI: 10.1038/s41394-019-0196-6](https://doi.org/10.1038/s41394-019-0196-6).

47. Contemporary occupational therapy philosophy and practice in hospital settings / A. Murray et al. *Scand. J. Occup. Ther.* 2021. Vol. 28, № 3. P. 213–224. [DOI: 10.1080/11038128.2020.1750691](https://doi.org/10.1080/11038128.2020.1750691).
48. Convergent validity and responsiveness of the Canadian Occupational Performance Measure for the evaluation of therapeutic outcomes for patients with carpometacarpal osteoarthritis / C.-T. Raquel et al. *J. Hand Ther.* 2021. Vol. 34, № 3. P. 439–445. [DOI: 10.1016/j.jht.2020.03.011](https://doi.org/10.1016/j.jht.2020.03.011).
49. COSMIN methodology for evaluating the content validity of patient-reported outcome measures: a delphi study / C. B. Terwee et al. *Quality of Life Res.* 2018. Vol. 27, № 5. P. 1159–1170. [DOI: 10.1007/s11136-018-1829-0](https://doi.org/10.1007/s11136-018-1829-0).
50. Cost effectiveness of the occupation-based approach for subacute stroke patients: result of a randomized controlled trial / H. Nagayama et al. *Topics in Stroke Rehab.* 2017. Vol. 24, № 5. P. 337–344. [DOI: 10.1080/10749357.2017.1289686](https://doi.org/10.1080/10749357.2017.1289686).
51. Cranial electrotherapy stimulation in the treatment of posttraumatic stress disorder: a pilot study of two military veterans / A. G. Bracciano et al. *J. Neurother.* 2012. Vol. 16, № 1. P. 60–69. [DOI: 10.1080/10874208.2012.650100](https://doi.org/10.1080/10874208.2012.650100).
52. Creswell J. W., Creswell J. D. Research design: qualitative, quantitative, and mixed methods approaches. 5th ed. Thousand Oaks, CA: Sage Publication, Inc., 2018. 275 p.
53. Creswell J. W., Poth C. N. Qualitative Inquiry and Research Design: Choosing among Five Approaches. 5th ed. Thousand Oaks, CA: Sage Publication, Inc., 2025. 515 p.
54. Cup E. H., Scholte op Reimer W. J. M., Thijssen M. C. E., van Kuyk-Minis M. A. Reliability and validity of the Canadian Occupational Performance Measure in stroke patients. *Clin. Rehab.* 2003. Vol. 17, № 4. P. 402–409. [DOI: 10.1191/0269215503cr635oa](https://doi.org/10.1191/0269215503cr635oa).

55. Custer M. G., Huebner R. A., Howell D. M. Factors predicting client satisfaction in occupational therapy and rehabilitation. *Am. J. Occup. Ther.* 2015. Vol. 69, № 1. P. 6901290040p1–6901290040p10. [DOI: 10.5014/ajot.2015.013094](https://doi.org/10.5014/ajot.2015.013094).
56. Danko D., Yudenko O. Substantiation of the use of innovative physical therapy tools in the Armed Forces of Ukraine with myofascial pain syndrome due to long-term use of personal protective equipment. *Ukr. Scien. Med. Youth J.* 2024. Vol. 146, № 2. P. 136–144. [DOI: 10.32345/USMYJ.2\(146\).2024.136-144](https://doi.org/10.32345/USMYJ.2(146).2024.136-144).
57. Daud A. Z. C., Judd J., Yau M., Barnett F. Issue in applying occupation-based intervention in clinical practice : a delphi study. *Procedia – Social and Behav. Sci.* 2016. Vol. 222. P. 272–282. [DOI: 10.1016/j.sbspro.2016.05.158](https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2016.05.158).
58. Dawadi S., Shrestha S., Giri R. A. Mixed-Methods research: a discussion on its types, challenges, and criticisms. *J. Pract. Stud. Educ.* 2021. Vol. 2, № 2. P. 25–36. [DOI: 10.46809/jpse.v2i2.20](https://doi.org/10.46809/jpse.v2i2.20).
59. Dedding C., Cardol M., Eyssen I. C., Beelen A. Validity of the Canadian Occupational Performance Measure: a client-centred outcome measurement. *Clin. Rehab.* 2004. Vol. 18, № 6. P. 660–667. [DOI: 10.1191/0269215504cr746oa](https://doi.org/10.1191/0269215504cr746oa).
60. Definitions of occupational therapy from member organizations / World Federation of Occupational Therapists. 2013, October. URL: <https://wfot.org/resources/definitions-of-occupational-therapy-from-member-organisations> (date of access: 22.06.2025).
61. Development of a person-centred lifestyle intervention for older adults following a stroke or transient ischaemic attack / A. Lund et al. *Scand. J. Occup. Ther.* 2012. Vol. 19, № 2. P. 140–149. [DOI: 10.3109/11038128.2011.603353](https://doi.org/10.3109/11038128.2011.603353).
62. Doig E., Fleming J., Cornwell P. L., Kuipers P. Qualitative exploration of a client-centered, goal-directed approach to community-based occupational therapy for adults with traumatic brain injury. *Am. J. Occup. Ther.* 2009. Vol. 63, № 5. P. 559–568. [DOI: 10.5014/ajot.63.5.559](https://doi.org/10.5014/ajot.63.5.559).

63. Doig E., Fleming J., Kuipers P., Cornwell P. L. Clinical utility of the combined use of the Canadian occupational performance measure and goal attainment scaling. *Am. J. Occup. Ther.* 2010. Vol. 64, № 6. P. 904–914. [DOI: 10.5014/ajot.2010.08156](https://doi.org/10.5014/ajot.2010.08156).
64. Dorich J. M., Cornwall R. A. Psychometric comparison of patient-reported outcome measures used in pediatric hand therapy. *J. Hand Ther.* 2020. Vol. 33, № 4. P. 477–483. [DOI: 10.1016/j.jht.2019.05.001](https://doi.org/10.1016/j.jht.2019.05.001).
65. Dorich J. M., Cornwall R., Uhl T. ICF linking of patient-reported therapy goals for children with acquired upper extremity impairment. *J. Hand Ther.* 2023. Vol. 36, № 1. P. 74–84. [DOI: 10.1016/j.jht.2021.05.001](https://doi.org/10.1016/j.jht.2021.05.001).
66. Duncan E. A., Murray J. The barriers and facilitators to routine outcome measurement by allied health professionals in practice : a systematic review. *BMC Health Services Res.* 2012. Vol. 12, № 1. [DOI: 10.1186/1472-6963-12-96](https://doi.org/10.1186/1472-6963-12-96).
67. Duncan Millar J., Van Wijck F., Pollock A., Ali M. International consensus recommendations for outcome measurement in post-stroke arm rehabilitation trials. *Eur. J. Phys. Rehab. Med.* 2021. Vol. 57, № 1. [DOI: 10.23736/S1973-9087.20.06575-2](https://doi.org/10.23736/S1973-9087.20.06575-2).
68. Dunn W., Brown C., McGuigan A. The ecology of human performance: a framework for considering the effect of context. *Am. J. Occup. Ther.* 1994. Vol. 48, № 7. P. 595–607. [DOI: 10.5014/ajot.48.7.595](https://doi.org/10.5014/ajot.48.7.595).
69. Dunton W. R. Prescribing occupational therapy. Springfield, IL : Charles C. Thomas, 1928.
70. Diachuk D. D., Moroz G. Z., Hidzyska I. M., Kravchenko A. M. Implementation of patient-centered care and medical care improvement: current state (review). *Клінічна та профілактична медицина.* 2023. Vol. 1. P. 67–77. [DOI: 10.31612/2616-4868.1\(23\).2023.10](https://doi.org/10.31612/2616-4868.1(23).2023.10).
71. Effect of home-based bimanual training in children with unilateral cerebral palsy (the COAD-study) : a case series / L. Beckers et al. *Develop. Neurorehab.* 2021. Vol. 24, № 5. P. 311–322. [DOI: 10.1080/17518423.2021.1886189](https://doi.org/10.1080/17518423.2021.1886189).

72. Effectiveness of cognitive orientation to (daily) occupational performance (CO-OP) on children with cerebral palsy: a mixed design / N. Ghorbani et al. *Res. Develop. Disabil.* 2017. Vol. 71. P. 24–34. [DOI: 10.1016/j.ridd.2017.09.007](https://doi.org/10.1016/j.ridd.2017.09.007).

73. Effectiveness of individualized occupational therapy interventions without the use of prosthetics for military servicemen with unilateral upper extremity amputations / A. Postonogova et al. *Phys. Rehab. Recreat. Health Tech.* 2025. Vol. 10, № 5. P. 329–335. [DOI: 10.15391/prrht.2025-10\(5\).03](https://doi.org/10.15391/prrht.2025-10(5).03).

74. Effectiveness of modified constraint-induced movement therapy in children with unilateral spastic cerebral palsy: a randomized controlled trial / P. B. Aarts et al. *Neurorehab. Neural. Repair.* 2010. Vol. 24, № 6. P. 509–518. DOI: [10.1177/1545968309359767](https://doi.org/10.1177/1545968309359767).

75. Effectiveness of occupational therapy interventions on activities of daily living, cognitive function, and physical function in middle-aged and older people with chronic stroke: a systematic review with meta-analysis / E. Vásquez-Carrasco et al. *J. Clin. Med.* 2025. Vol. 14, № 7. P. 2197. [DOI: 10.3390/jcm14072197](https://doi.org/10.3390/jcm14072197).

76. Effectiveness of occupational therapy interventions on function and occupational performance among adults with conditions of the hand, wrist, and forearm : a systematic review and meta-analysis / M. Sheerin et al. *Aust. Occup. Ther. J.* 2024. Vol. 71, № 1. P. 175–189. [DOI: 10.1111/1440-1630.12905](https://doi.org/10.1111/1440-1630.12905).

77. Effectiveness of occupation-based interventions to improve areas of occupation and social participation after stroke : an evidence-based review / T. J. Wolf et al. *Am. J. Occupa. Ther.* 2015. Vol. 69, № 1. P. 6901180060p1-6901180060p11. [DOI: 10.5014/ajot.2015.012195](https://doi.org/10.5014/ajot.2015.012195).

78. Effects of an occupation-based intervention on hand and upper extremity function, daily activities, and quality of life in people with burn injuries : a randomized controlled trial / M. Khanipour et al. *Am. J. Occup. Ther.* 2023. Vol. 77, № 5. P. 7705205090. [DOI: 10.5014/ajot.2023.050115](https://doi.org/10.5014/ajot.2023.050115).

79. Enemark L. A., Rasmussen B., Christensen J. R. Enhancing a client-centred practice with the Canadian Occupational Performance Measure. *Occup. Ther. Int.* 2018. P. 1–11. [DOI: 10.1155/2018/5956301](https://doi.org/10.1155/2018/5956301).
80. Enemark L. A., Wehberg S., Christensen J. R. Looking into the content of the Canadian Occupational Performance Measure (COPM) : a Danish cross-sectional study. *Occup. Ther. Int.* 2020. P. 1–11. [DOI: 10.1155/2020/9573950](https://doi.org/10.1155/2020/9573950).
81. Enemark L. A., Wehberg S., Christensen J. R. The validity of the Danish version of the Canadian Occupational Performance Measure. *Occup. Ther. Int.* 2020. P. 1–11. [DOI: 10.1155/2020/1309104](https://doi.org/10.1155/2020/1309104).
82. Enemark Larsen A., Christensen J. R., Wehberg S. The responsiveness of the Danish version of the Canadian Occupational Performance Measure. *Br. J. Occup. Ther.* 2022. Vol. 85, № 8. P. 561–569. [DOI: 10.1177/03080226211067422](https://doi.org/10.1177/03080226211067422).
83. Enemark Larsen A., Wehberg S., Christensen J. R. The reliability of the Danish version of the Canadian Occupational Performance Measure. *Brit. J. Occup. Ther.* 2022. Vol. 85, № 5. P. 367–376. [DOI: 10.1177/03080226211030090](https://doi.org/10.1177/03080226211030090).
84. Ercan Doğu S., Kayıhan H., Kukurcan A., Örsel S. The effectiveness of a combination of occupational therapy and social skills training in people with schizophrenia : a rater-blinded randomized controlled trial. *Br. J. Occup. Ther.* 2021. Vol. 84, № 11. P. 684–693. [DOI: 10.1177/03080226211022953](https://doi.org/10.1177/03080226211022953).
85. Estes J., Pierce D. E. Pediatric therapists' perspectives on occupation-based practice. *Scand. J. Occup. Ther.* 2012. Vol. 19, № 1. P. 17–25. [DOI: 10.3109/11038128.2010.547598](https://doi.org/10.3109/11038128.2010.547598).
86. Experiences of mental health and functioning among conflict-affected populations: a qualitative study with military veterans and displaced persons in Ukraine / N. S. Singh et al. *Am. J. Orthopsychiatry.* 2021. Vol. 91, № 4. P. 499–513. [DOI: 10.1037/ort0000537](https://doi.org/10.1037/ort0000537).

87. Family priorities for activity and participation of children and youth with cerebral palsy / L. A. Chiarello et al. *Phys. Ther.* 2010. Vol. 90, № 9. P. 1254–1264. [DOI: 10.2522/ptj.20090388](https://doi.org/10.2522/ptj.20090388).
88. Farias A. A. R., Souza A. M. de, Corrêa V. A. C. Occupations, freedom, and values: a case study in a coronary intensive care unit. *Cadernos Brasileiros de Ter. Ocup.* 2024. Vol. 32. P. e3679. [DOI: 10.1590/2526-8910.ctoao282836792](https://doi.org/10.1590/2526-8910.ctoao282836792).
89. Feasibility of the Canadian occupational performance measure for routine use / H. Colquhoun et al. *Br. J. Occup. Ther.* 2010. Vol. 73, № 2. P. 48–54. [DOI: 10.4276/030802210X12658062793726](https://doi.org/10.4276/030802210X12658062793726).
90. Fisher A. G. Occupation-centred, occupation-based, occupation-focused: Same, same or different? *Scand. J. Occup. Ther.* 2013. Vol. 20, № 3. P. 162–173. [DOI: 10.3109/11038128.2012.754492](https://doi.org/10.3109/11038128.2012.754492).
91. Fisher A. G. Uniting practice and theory in an occupational framework. *Am. J. Occup. Ther.* 1998. Vol. 52, № 7. P. 509–521. [DOI: 10.5014/ajot.52.7.509](https://doi.org/10.5014/ajot.52.7.509).
92. Fitkalo O. S. Effects of post-traumatic stress disorder with mental and behavioral disorders on the military's mental health. *The Odessa Med. J.* 2024. Vol. 4. P. 29–33. [DOI: 10.32782/2226-2008-2024-4-584](https://doi.org/10.32782/2226-2008-2024-4-584).
93. Fleming-Castaldy R. P., Gillen, G. Ensuring that education, certification, and practice are evidence based. *Am. J. Occup. Ther.* 2013. Vol. 67, № 3. P. 364–369. [DOI: 10.5014/ajot.2013.006973](https://doi.org/10.5014/ajot.2013.006973).
94. Flinn N. A., Schamburg S., Fetrow J. M., Flanigan J. The effect of constraint-induced movement treatment on occupational performance and satisfaction in stroke survivors. *Occup. Ther. J. Res.* 2005. Vol. 25, № 3. P. 119–127. [DOI: 10.1177/153944920502500305](https://doi.org/10.1177/153944920502500305).
95. Ford E., Di Tommaso A., Molineux M., Gustafsson L. Identifying the characteristics of occupation-centred practice: a delphi study. *Australian Occup. Ther. J.* 2022. Vol. 69, № 1. P. 25–37. [DOI: 10.1111/1440-1630.12765](https://doi.org/10.1111/1440-1630.12765).

96. Forsyth K., Kviz F. Survey research design. *Research in occupational therapy: methods of inquiry for enhancing practice*. F. A. Davis Company, 2006. P. 91–109.
97. Foundations for practice in occupational therapy. 6th ed. / ed. E. A. S. Duncan. Churchill Livingstone, 2021.
98. Gentry C., Pearson S. Utilization of Canadian Occupational Performance Measure (COPM) to track patient outcomes in a multidisciplinary VA Polytrauma Rehabilitation Center. *Am. J. Occup. Ther.* 2019. Vol. 73, № 4(1). P. 7311500052p1. [DOI: 10.5014/ajot.2019.73S1-PO8018](https://doi.org/10.5014/ajot.2019.73S1-PO8018).
99. Gharebaghy S., Rassafiani M., Cameron D. Effect of cognitive intervention on children with ADHD. *Phys. Occup. Ther. Pediatr.* 2015. Vol. 35, № 1. P. 13–23. [DOI: 10.3109/01942638.2014.957428](https://doi.org/10.3109/01942638.2014.957428).
100. Gill T., Brockett M. The guidelines for the client-centred practice of occupational therapy: the basis for practice in Canada. *Canad. J. Occup. Ther.* 1987. Vol. 54, № 2. P. 53–54. [DOI: 10.1177/000841748705400201](https://doi.org/10.1177/000841748705400201).
101. Gillen A., Greber C. Occupation-Focused Practice: challenges and choices. *Br. J. Occup. Ther.* 2014 Vol. 77, № 1. P. 39–41. [DOI: 10.4276/030802214x13887685335580](https://doi.org/10.4276/030802214x13887685335580).
102. Golod N. R., Zharova I. O., Nikanorov O. K. Experience utilizing the canadian occupational performance measure (copm) in the development of individual rehabilitation programs for middle-aged individuals with chronic calculous cholecystitis after cholecystectomy. *Rehab. Recreat.* 2025. Vol. 19, № 3. P. 8–20. [DOI: 10.32782/2522-1795.2025.19.3.1](https://doi.org/10.32782/2522-1795.2025.19.3.1).
103. Gopi Y., Wilding E., Madan C. R. Memory rehabilitation: restorative, specific knowledge acquisition, compensatory, and holistic approaches. *Cognitive Proces.* 2022. Vol. 23, № 4. P. 537–557. [DOI: 10.1007/s10339-022-01099-w](https://doi.org/10.1007/s10339-022-01099-w).

104. Gray J. M. Putting occupation into practice: occupation as ends, occupation as means. *Am. J. Occup. Ther.* 1998. Vol. 52, № 5. P. 354–364. [DOI: 10.5014/ajot.52.5.354](https://doi.org/10.5014/ajot.52.5.354).

105. Gregg B. T., Howell D. M., Shordike A. Experiences of veterans transitioning to postsecondary education. *Am. J. Occup. Ther.* 2016. Vol. 70, № 6. P. 7006250010p1-7006250010p8. [DOI: 10.5014/ajot.2016.021030](https://doi.org/10.5014/ajot.2016.021030).

106. Guidelines for the client-centred practice of occupational therapy H39–33/1983E / Department of National Health and Welfare & Canadian Association of Occupational Therapists. Ottawa, ON. Department of National Health and Welfare, 1983.

107. Gupta J., Taff S. D. The illusion of client-centred practice. *Scand. J. Occup. Ther.* 2015. Vol. 22, № 4. P. 244–251. [DOI: 10.3109/11038128.2015.1020866](https://doi.org/10.3109/11038128.2015.1020866).

108. Gustafsson L., Molineux M., Bennett S. Contemporary occupational therapy practice: the challenges of being evidence based and philosophically congruent. *Austral. Occup. Ther. J.* 2014. Vol. 61, № 2. P. 121–123. [DOI: 10.1111/1440-1630.12110](https://doi.org/10.1111/1440-1630.12110).

109. Hammell K. R. W. Client-centred practice in occupational therapy : critical reflections. *Scand. J. Occup. Ther.* 2013. Vol. 20, № 3. P. 174–181. [DOI: 10.3109/11038128.2012.752032](https://doi.org/10.3109/11038128.2012.752032).

110. Hammell K. R. W. Empowerment and occupation: a new perspective: autonomisation et occupation : une nouvelle perspective. *Canad. J. Occup. Ther.* 2016. Vol. 83, № 5. P. 281–287. [DOI: 10.1177/0008417416652910](https://doi.org/10.1177/0008417416652910).

111. Hammell K. W. Sacred texts: a sceptical exploration of the assumptions underpinning theories of occupation. *Canad. J. Occup. Ther.* 2009. Vol. 76, № 1. P. 6–13. [DOI: 10.1177/000841740907600105](https://doi.org/10.1177/000841740907600105).

112. Han D.-S., Chuang P.-W., Chiu E.-C. Effect of home-based reablement program on improving activities of daily living for patients with stroke: a pilot study. *Medicine*. 2020. Vol. 99, № 49. P. e23512. [DOI: 10.1097/MD.00000000000023512](https://doi.org/10.1097/MD.00000000000023512).

113. Hand C., Law M., McColl M. A. Occupational therapy interventions for chronic diseases : a scoping review. *Am. J. Occup. Ther.* 2011. Vol. 65, № 4. P. 428–436. [DOI: 10.5014/ajot.2011.002071](https://doi.org/10.5014/ajot.2011.002071).

114. Hannah S. D. Psychosocial issues after a traumatic hand injury: facilitating adjustment. *J. Hand Ther.* 2011. Vol. 24, № 2. P. 95–103. [DOI: 10.1016/j.jht.2010.11.001](https://doi.org/10.1016/j.jht.2010.11.001).

115. Harper K., Stalker C. A., Templeton G. The use and validity of the Canadian Occupational Performance Measure in a Posttraumatic Stress Program. *Occup. Ther. J. Res.* 2006. Vol. 26, № 2. P. 45–55. [DOI: 10.1177/153944920602600203](https://doi.org/10.1177/153944920602600203).

116. Hemmingsson H., Jonsson H. An occupational perspective on the concept of participation in the international classification of functioning, disability and health – some critical remarks. *Am. J. Occup. Ther.* 2005. Vol. 59, № 5. P. 569–576. [DOI: 10.5014/ajot.59.5.569](https://doi.org/10.5014/ajot.59.5.569).

117. Herdman M., Fox-Rushby J., Badia X. Quality of life research. 1998. Vol. 7, № 4. P. 323–335. [DOI: 10.1023/A:1008846618880](https://doi.org/10.1023/A:1008846618880).

118. Hocking C. Occupational justice as social justice: the moral claim for inclusion. *J. Occup. Sci.* 2017. Vol. 24, № 1. P. 29–42. [DOI: 10.1080/14427591.2017.1294016](https://doi.org/10.1080/14427591.2017.1294016).

119. Hsieh H.-F., Shannon S. E. Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Res.* 2005. Vol. 15, № 9. P. 1277–1288. [DOI: 10.1177/1049732305276687](https://doi.org/10.1177/1049732305276687).

120. Impact of a contextual intervention on child participation and parent competence among children with autism spectrum disorders: a pretest–posttest repeated-measures design / W. Dunn et al. *Am. J. Occup. Ther.* 2012. Vol. 66, № 5. P. 520–528. [DOI: 10.5014/ajot.2012.004119](https://doi.org/10.5014/ajot.2012.004119).

121. Impairment-based interventions to improve social participation outcomes for adults poststroke (January 1, 2009–December 31, 2019) / R. Proffitt et al. *Am. J. Occup. Ther.* 2022. Vol. 76, № 4. [DOI: 10.5014/ajot.2022.050090](https://doi.org/10.5014/ajot.2022.050090).

122. Information bias in the Canadian occupational performance measure: a qualitative study / T. Sawada et al. *Br. J. Occup. Ther.* 2022. Vol. 85, № 9. P. 722–732. DOI: [10.1177/03080226221079234](https://doi.org/10.1177/03080226221079234).

123. Integration of occupation based intervention in hand injury rehabilitation: a randomized controlled trial / A. Z. Che Daud et al. *J. Hand Ther.* 2016. Vol. 29, № 1. P. 30–40. DOI: [10.1016/j.jht.2015.09.004](https://doi.org/10.1016/j.jht.2015.09.004).

124. International classification of functioning, disability and health (ICF) / World Health Organization. 2001. URL: <https://www.who.int/standards/classifications/international-classification-of-functioning-disability-and-health> (date of access: 04.01.2024).

125. Is the practice of goal-setting for patients in acute stroke care patient-centred and what factors influence this? a qualitative study / S. Rosewilliam et al. *Clin. Rehab.* 2016. Vol. 30, № 5. P. 508–519. DOI: [10.1177/02692155155584167](https://doi.org/10.1177/02692155155584167).

126. Iwama M. Culture and occupational therapy: meeting the challenge of relevance in a global world. *Occup. Ther. Int.* 2007. Vol. 14, № 4. P. 183–187. DOI: [10.1002/oti.234](https://doi.org/10.1002/oti.234).

127. Jack J., Estes R. I. Documenting Progress: hand therapy treatment shift from biomechanical to occupational adaptation. *Am. J. Occup. Ther.* 2010. Vol. 64, № 1. P. 82–87. DOI: [10.5014/ajot.64.1.82](https://doi.org/10.5014/ajot.64.1.82).

128. Jackman M., Novak I., Lannin N. Effectiveness of functional hand splinting and the cognitive orientation to occupational performance (CO-OP) approach in children with cerebral palsy and brain injury: two randomised controlled trial protocols. *BMC Neur.* 2014. Vol. 14, № 1. P. 144. DOI: [10.1186/1471-2377-14-144](https://doi.org/10.1186/1471-2377-14-144).

129. Jewell V., Pickens N. D., Burns S. Occupational therapy interventions in skilled nursing facilities : a scoping review. *Annals Int. Occup. Ther.* 2019. Vol. 2, № 2. P. 79–90. DOI: [10.3928/24761222-20190218-03](https://doi.org/10.3928/24761222-20190218-03).

130. Jomy J. Health measurement instruments and their applicability to military veterans : a system. rev. *BMJ Military Health*. 2023. Vol. 171, № 2. P. e002219. [DOI: 10.1136/military-2022-002219](https://doi.org/10.1136/military-2022-002219).
131. Karstensen J. K., Kristensen H. K. Client-centred practice in Scandinavian contexts : a critical discourse analysis. *Scand. J. Occup. Ther.* 2021. Vol. 28, № 1. P. 46–62. [DOI: 10.1080/11038128.2020.1769183](https://doi.org/10.1080/11038128.2020.1769183).
132. Kassberg A.-C., Prellwitz M., Malinowsky C., Larsson-Lund M. Interventions aimed at improving the ability to use everyday technology in work after brain injury. *Scand. J. Occup. Ther.* 2016. Vol. 23, № 2. P. 147–157. [DOI: 10.3109/11038128.2015.1122835](https://doi.org/10.3109/11038128.2015.1122835).
133. Keesing S., Rosenwax L. Is occupation missing from occupational therapy in palliative care? *Austral. Occup. Ther. J.* 2011. Vol. 58, № 5. P. 329–336. [DOI: 10.1111/j.1440-1630.2011.00958.x](https://doi.org/10.1111/j.1440-1630.2011.00958.x).
134. Kelley A. M., Showers M. Evaluation of the military functional assessment program for return-to-duty decision making : a longitudinal study. *Military Med.* 2019. Vol. 184, № 1. P. 160–167. [DOI: 10.1093/milmed/usy373](https://doi.org/10.1093/milmed/usy373).
135. Kerr N. C., Ashby S., Gerardi S. M., Lane S. J. Occupational therapy for military personnel and military veterans experiencing post-traumatic stress disorder : a scoping rev. *Austral. Occup. Ther. J.* 2020. Vol. 67, № 5. P. 479–497. [DOI: 10.1111/1440-1630.12684](https://doi.org/10.1111/1440-1630.12684).
136. Kielhofner G., Burke J. P. A Model of human occupation. Part 1. Conceptual framework and content. *Am. J. Occup. Ther.* 1980. Vol. 34, № 9. P. 572–581. [DOI: 10.5014/ajot.34.9.572](https://doi.org/10.5014/ajot.34.9.572).
137. Kittrick A. M., Jones A., Morgan L. T. Timepoint for return to occupations post-burn injury using the Canadian Occupational Performance Measure (COPM). *Austral. Occup. Ther. J.* 2024. Vol. 71, № 5. P. 786–797. [DOI: 10.1111/1440-1630.12948](https://doi.org/10.1111/1440-1630.12948).

138. Kjekken I., Slatkowsky-Christensen B., Kvien T. K., Uhlig T. Norwegian version of the Canadian Occupational Performance Measure in patients with hand osteoarthritis: validity, responsiveness, and feasibility. *Arthritis Care & Res.* 2004. Vol. 51, № 5. P. 709–715. [DOI: 10.1002/art.20522](https://doi.org/10.1002/art.20522).

139. Kolisnyk S., Muryn O., Svyst O. Comprehensive rehabilitation of a serviceman with triple limb amputation following combat polytrauma: a case study from Ukraine's wartime context. *J. Rehab. Med.* 2025. Vol. 57. P. jrm42950. [DOI: 10.2340/jrm.v57.42950](https://doi.org/10.2340/jrm.v57.42950).

140. Korner-Bitensky N., Desrosiers J., Rochette A. A national survey of occupational therapists' practices related to participation post-stroke. *J. Rehab. Med.* 2008. Vol. 40, № 4. P. 291–297. [DOI: 10.2340/16501977-0167](https://doi.org/10.2340/16501977-0167).

141. Kramar T. V., Skliarenko O. E. World experience in rehabilitation and adaptation of military personnel with post-traumatic stress disorder. *Sci. Notes Taurida National V.I. Vernadsky Univer. Series Psychology.* 2024. Vol. 4. P. 143–148. [DOI: 10.32782/2709-3093/2024.4/23](https://doi.org/10.32782/2709-3093/2024.4/23).

142. Krizaj T., Hurst J. Perceptions of a client-centred approach among Slovenian occupational therapists. *Int. J. Ther. Rehab.* 2012. Vol. 19, № 2. P. 70–78. [DOI: 10.12968/ijtr.2012.19.2.70](https://doi.org/10.12968/ijtr.2012.19.2.70).

143. Krpalek D., Achondo N., Daher N., Javaherian H. Reducing veterans' symptoms of depression, anxiety, stress, and posttraumatic stress, and enhancing engagement in occupations with SCUBA diving and occupational therapy. *J. Veterans Studies.* 2020. Vol. 6, № 1. P. 98. [DOI: 10.21061/jvs.v6i1.158](https://doi.org/10.21061/jvs.v6i1.158).

144. Larsen A. E., Law M. Canadian Occupational Performance Measure the state of the art : a rev. *Scand. J. Occup. Ther.* 2025. Vol. 32, № 1. P. 2473045. [DOI: 10.1080/11038128.2025.2473045](https://doi.org/10.1080/11038128.2025.2473045).

145. Larsen A. E., Morville A.-L., Hansen T. Translating the Canadian Occupational Performance Measure to Danish, addressing face and content validity.

*Scand. J. Occup. Ther.* 2019. Vol. 26, № 1. P. 33–45. [DOI: 10.1080/11038128.2017.1388441](https://doi.org/10.1080/11038128.2017.1388441).

146. Lauritzson A., Eckerdal D., Atroshi I. Responsiveness of the patient-specific Canadian occupational performance measure and a fixed-items activity limitations measure in patients with dupuytren disease. *J. Patient-Report. Outcomes*. 2023. Vol. 7, № 1. P. 38. [DOI: 10.1186/s41687-023-00579-71](https://doi.org/10.1186/s41687-023-00579-71).

147. Law M., Baptiste S., Mills J. Client-centred practice. What does it mean and does it make a difference? *Canad. J. Occup. Ther.* 1995. Vol. 62, 5. P. 250–257. [DOI: 10.1177/000841749506200504](https://doi.org/10.1177/000841749506200504).

148. Learning to cope with mirror movements in unilateral spastic cerebral palsy: a brief report / C. Adler et al. *Develop. Neurorehab.* 2019. Vol. 22, № 2. P. 141–146. [DOI: 10.1080/17518423.2018.1474501](https://doi.org/10.1080/17518423.2018.1474501).

149. Lee C.-Y., Howe T.-H. Effectiveness of Activity-Based Task-Oriented Training on Upper Extremity Recovery for Adults With Stroke: A Systematic Review. *The American Journal of Occupational Therapy*. 2024. Vol. 78, no. 2. URL: <https://doi.org/10.5014/ajot.2024.050391> (date of access: 11.12.2025).

150. Loubani K., Polo K. M., Baxter M. F., Ran, D. Identifying facilitators of and barriers to referrals to occupational therapy services by Israeli Cancer Health Care Professionals : a qualitative study. *Am. J. Occup. Ther.* 2024. Vol. 78, № 1. P. 7801205050. [DOI: 10.5014/ajot.2024.050414](https://doi.org/10.5014/ajot.2024.050414).

151. Mangusheva O., Enemark Larsen A. Using the Canadian Occupational Performance Measure for veterans in Ukraine : oral presentation. *Ist Occup. Ther. Eur. Congress*, 15-19 oct. 2024., Kraków, Poland / eds. *Occup. Ther. Eur. Found.* Polish *Occup. Ther. Association*.

152. Mangusheva O. O., Lazarijeva O. B., Enemark Larsen A. Exploring the use of the Canadian Occupational Performance Measure (COPM) in Ukraine: determining the need. *Rehabilitation and recreation*. 2024. Vol. 18, № 3. P. 32–40. [DOI: 10.32782/2522-1795.2024.18.3.3](https://doi.org/10.32782/2522-1795.2024.18.3.3).

153. Mangusheva O. O., Lazarieva O. B., Enemark Larsen A. Translation, cross-cultural adaptation and content validation of the Canadian Occupational Performance Measure (COPM) in the Ukrainian language. *Medicni perspektivi*. 2025. Vol. 30, №. 1. P. 135–149. [DOI: 10.26641/2307-0404.2025.1.325375](https://doi.org/10.26641/2307-0404.2025.1.325375).

154. Mc Kittrick A., Jones A., Lam H., Biggin E. A feasibility study of the Canadian Occupational Performance Measure (COPM) in the burn cohort in an acute tertiary facility. *Burns*. 2022. Vol. 48, № 5. P. 1183–1189. [DOI: 10.1016/j.burns.2021.09.005](https://doi.org/10.1016/j.burns.2021.09.005).

155. McKenna S. P. Measuring patient-reported outcomes: moving beyond misplaced common sense to hard science. *BMC Med*. 2011. Vol. 9. P. 86. [DOI: 10.1186/1741-7015-9-86](https://doi.org/10.1186/1741-7015-9-86).

156. McKenna S. P., Wilburn J., Thorsen H., Brodersen J. Adapting patient-reported outcome measures for use in new languages and cultures. *Rasch models in health* / eds. K. B. Christensen, S. Kreiner, M. Mesbah. 1st ed. Wiley, 2012. P. 303–316. [DOI: 10.1002/9781118574454.ch16](https://doi.org/10.1002/9781118574454.ch16).

157. McNulty M. C., Beplat A. L. The validity of using the Canadian Occupational Performance Measure with older adults with and without depressive symptoms. *Phys. Occup. Ther. Geriatr*. 2008. Vol. 27, № 1. P. 1–15. [DOI: 10.1080/02703180802206231](https://doi.org/10.1080/02703180802206231).

158. Measurement properties of the Canadian Occupational Performance Measure : a system. rev. / K. Ohno et al. *Am. J. Occup. Ther*. 2021. Vol. 75, № 6. P. 7506205100. [DOI: 10.5014/ajot.2021.041699](https://doi.org/10.5014/ajot.2021.041699).

159. Mental health in Ukraine in 2023 / D. Martsenkovskyi et al. *J. Associat. Eur. Psychiatr*. 2024. Vol. 67, № 1. P. e27. [DOI: 10.1192/j.eurpsy.2024.12](https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2024.12).

160. Meyer A. The philosophy of occupational therapy. *Archiv. Occup. Ther*. 1922. Vol. 1. P. 1–10.

161. Miguel-Cruz A. Psychosocial risk factors and their impact on the performance of everyday activities in Canadian veterans. *J. Military and Veterans'*

*Health*. 2021. P. 28–41. URL: <https://jmvh.org/wp-content/uploads/2021/11/AMMA-JMVH-October-2021-Cruz.pdf> (date of access: 23.10.2025).

162. Minimal changes in health status questionnaires: distinction between minimally detectable change and minimally important change / H. C. de Vet et al. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2006. Vol. 4, № 1. P. 54. DOI: [10.1186/1477-7525-4-54](https://doi.org/10.1186/1477-7525-4-54).

163. Mirror movements after bimanual intensive therapy in children with unilateral cerebral palsy: a randomized controlled trial / R. Araneda et al. *Develop. Med. Child. Neur.* 2022. Vol. 64, № 11. P. 1383–1391. DOI: [10.1111/dmcn.15257](https://doi.org/10.1111/dmcn.15257).

164. Modified delphi process to identify research priorities and measures for adult lifestyle programs to address type 2 diabetes and other cardiometabolic risk conditions / P. Brauer et al. *Canad. J. Diabet.* 2022. Vol. 46, № 4. P. 411–418. DOI: [10.1016/j.jcjd.2022.01.003](https://doi.org/10.1016/j.jcjd.2022.01.003).

165. Mroz T. M., Pitonyak J. S., Fogelberg D., Leland N. E. Client centeredness and health reform: key issues for occupational therapy. *Am. J. Occup. Ther.* 2015. Vol. 69, № 5. P. 6905090010p1-6905090010p8. DOI: [10.5014/ajot.2015.695001](https://doi.org/10.5014/ajot.2015.695001).

166. Mshanga D., Duncan E. M., Buchanan H. Occupational therapists' perspectives on the implementation of client-centred practice in Tanzania. *Br. J. Occup. Ther.* 2019a. Vol. 82, № 12. P. 732–742. DOI: [10.1177/0308022619858859](https://doi.org/10.1177/0308022619858859).

167. Mulligan S., White B. P., Arthanat S. An examination of occupation-based, client-centered, evidence-based occupational therapy practices in new hampshire. *Occup. Ther. J. Res.* 2014. Vol. 34, № 2. P. 106–116. DOI: [10.3928/15394492-20140226-01](https://doi.org/10.3928/15394492-20140226-01).

168. Nesterchuk N. Ye., Petrovska N. S. Occupational therapy for military personnel following a palm burn injury. *Rehabil. Recreat.* 2025. Vol. 19, № 2. P. 120–132. DOI: [10.32782/2522-1795.2025.19.2.10](https://doi.org/10.32782/2522-1795.2025.19.2.10).

169. Novak I., Honan I. Effectiveness of paediatric occupational therapy for children with disabilities : a system. rev. *Austral. Occup. Ther. J.* 2019. Vol. 66, № 3. P. 258–273. DOI: [10.1111/1440-1630.12573](https://doi.org/10.1111/1440-1630.12573).

170. Occupational therapists' experiences of implementing occupation-based practice in neurology, and its impact on professional identity / B. Bolt et al. *Br. J. Occup. Ther.* 2022. Vol. 85, № 8. P. 595–602. URL: <https://doi.org/10.1177/03080226211058368> (date of access: 08.12.2024).

171. Occupational therapists' perceptions of occupation in practice: An exploratory study / A. Di Tommaso et al. *Australian Occupational Therapy Journal*. 2016. Vol. 63, no. 3. P. 206–213. URL: <https://doi.org/10.1111/1440-1630.12289> (date of access: 11.12.2025).

172. Occupational therapy for cognitive impairment in stroke patients / E. Gibson et al. *Coch. Database Syst. Rev.* 2022. Vol. 3, № 3. P. CD006430.

173. Occupation-based intervention versus rote exercise in modified constraint-induced movement therapy for patients with median and ulnar nerve injuries : a randomized controlled trial / H. R. Rostami et al. *Clin. Rehab.* 2017. Vol. 31, № 8. P. 1087–1097. [DOI: 10.1177/0269215516672276](https://doi.org/10.1177/0269215516672276).

174. Occupation-based strategy training for adults with traumatic brain injury: a pilot study / D. R. Dawson et al. *Arch. Phys. Med. Rehab.* 2013. Vol. 94, № 10. P. 1959–1963. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2013.05.021>.

175. Occupation-centered practice debriefing / Royal College of Occupational Therapists. 2023. October 25. URL: <https://www.rcot.co.uk/support-the-profession/campaigns/ot-week/ot-week-2023/narratives-evidence> (date of access: 05.09.2024).

176. Omar M. T. A., Hegazy F. A., Mokashi S. P. Influences of purposeful activity versus rote exercise on improving pain and hand function in pediatric burn. *Burns*. 2012. Vol. 38, № 2. P. 261–268. [DOI: 10.1016/j.burns.2011.08.004](https://doi.org/10.1016/j.burns.2011.08.004).

177. Orellano E., Colón W. I., Arbesman M. Effect of occupation- and activity-based interventions on instrumental activities of daily living performance among community-dwelling older adults : a system. rev. *Am. J. Occup. Ther.* 2012. Vol. 66, № 3. P. 292–300. [DOI: 10.5014/ajot.2012.003053](https://doi.org/10.5014/ajot.2012.003053).

178. Østensjø S., Øien I., Fallang B. Goal-oriented rehabilitation of preschoolers with cerebral palsy – a multi-case study of combined use of the Canadian Occupational Performance Measure (COPM) and the Goal Attainment Scaling (GAS). *Develop. Neurorehab.* 2008. Vol. 11, № 4. P. 252–259. DOI: [10.1080/17518420802525500](https://doi.org/10.1080/17518420802525500).

179. Outcomes of an Occupational Therapy School-Based Consultation Service for Students with fine motor difficulties / D. Reid et al. *Canad. J. Occup. Ther.* 2006. Vol. 73, № 4. P. 215–224. DOI: [10.1177/000841740607300406](https://doi.org/10.1177/000841740607300406).

180. Overview of pain in Ukrainian war injured / M. G. Alegre et al. *Injury.* 2025. Vol. 56, № 2. P. 112046. DOI: [10.1016/j.injury.2024.112046](https://doi.org/10.1016/j.injury.2024.112046).

181. Park H. Y., Maitra K., Martinez K. M. The effect of occupation-based cognitive rehabilitation for traumatic brain injury: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Occup. Ther. Int.* 2015. Vol. 22, № 2. P. 104–116. DOI: [10.1002/oti.1389](https://doi.org/10.1002/oti.1389).

182. Parker D. M. An exploration of client-centered practice in occupational therapy: perspectives and impact. *University of Birmingham Research Archive : e-theses repository.* 2013. URL: <https://etheses.bham.ac.uk/id/eprint/4432/> (date of access: 05.10.2024).

183. Parker D. M., Sykes C. H. A Systematic review of the Canadian Occupational Performance Measure: a clinical practice perspective. *Br. J. Occup. Ther.* 2006. Vol. 69, № 4. P. 150–160. DOI: [10.1177/030802260606900402](https://doi.org/10.1177/030802260606900402).

184. Patient versus proxy-reported problematic activities of daily life in patients with COPD / N. Nakken et al. *Respirology.* 2017. Vol. 22, № 2. P. 307–314. DOI: [10.1111/resp.12915](https://doi.org/10.1111/resp.12915).

185. Phipps S., Richardson P. Occupational therapy outcomes for clients with traumatic brain injury and stroke using the Canadian Occupational Performance Measure. *Am. J. Occup. Ther.* 2007. Vol. 61, № 3. P. 328–334. DOI: [10.5014/ajot.61.3.328](https://doi.org/10.5014/ajot.61.3.328).

186. Phoenix M., Vanderkaay S. Client-centred occupational therapy with children: a critical perspective. *Scand. J. Occup. Ther.* 2015. Vol. 22, № 4. P. 318–321. [DOI: 10.3109/11038128.2015.1011690](https://doi.org/10.3109/11038128.2015.1011690).

187. Physical therapy and occupational therapy for military personnel with gunshot shoulder injury / O. Kalinkina et al. *Ukraine. Nation's Health*. 2025. № 2. P. 153–161. [DOI: 10.32782/2077-6594/2025.2/21](https://doi.org/10.32782/2077-6594/2025.2/21).

188. Picha K. J., Mills K. Occupational therapists assessment of client self-efficacy for home exercise programs : a short report. *Musculoskeletal Care*. 2023. Vol. 21, № 2. P. 556–561. [DOI: 10.1002/msc.1703](https://doi.org/10.1002/msc.1703).

189. Pinchuk I., Yachnik Y., Goto R., Skokauskas N. Mental health services during the war in Ukraine: 2-years follow up study. *Int. J. Mental Health Systems*. 2025. Vol. 19, № 1. P. 11. [DOI: 10.1186/s13033-025-00667-9](https://doi.org/10.1186/s13033-025-00667-9).

190. Plach H. L., Sells C. H. Occupational performance needs of young veterans. *Am. J. Occup. Ther.* 2013. Vol. 67, № 1. P. 73–81. [DOI: 10.5014/ajot.2013.003871](https://doi.org/10.5014/ajot.2013.003871).

191. Plant S. E., Tyson S. F., Kirk S., Parsons J. What are the barriers and facilitators to goal-setting during rehabilitation for stroke and other acquired brain injuries? : a systematic review and meta-synthesis. *Clin. Rehab.* 2016. Vol. 30, № 9. P. 921–930. [DOI: 10.1177/0269215516655856](https://doi.org/10.1177/0269215516655856).

192. Polatajko H. J. Pilot randomized controlled trial investigating cognitive strategy use to improve goal performance after stroke. *Am. J. Occup. Ther.* 2012. Vol. 66, № 1. P. 104–109. [DOI: 10.5014/ajot.2012.001784](https://doi.org/10.5014/ajot.2012.001784).

193. Polit D. F., Beck C. T., Owen S. V. Is the CVI an acceptable indicator of content validity? Appraisal and recommendations. *Res. Nursing Health*. 2007. Vol. 30, № 4. P. 459–467. [DOI: 10.1002/nur.20199](https://doi.org/10.1002/nur.20199).

194. Preliminary examination of Coaching in Context with clients with spinal cord injury / C. Cadematori et al. *Spinal Cord Series and Cases*. 2021. Vol. 7, № 1. P. 27. [DOI: 10.1038/s41394-021-00391-9](https://doi.org/10.1038/s41394-021-00391-9).

195. Principles of good practice for the translation and cultural adaptation process for Patient-Reported Outcomes (PRO) Measures: report of the ISPOR task force for translation and cultural adaptation / D. Wild et al. *Value in Health*. 2005. Vol. 8, № 2. P. 94–104. [DOI: 10.1111/j.1524-4733.2005.04054.x](https://doi.org/10.1111/j.1524-4733.2005.04054.x).
196. Professional standards for occupational therapy practice, conduct and ethics / Royal College of Occupational Therapists. 2021. February. URL: <https://www.rcot.co.uk/explore-resources/standards-guidelines/professional-standards-conduct-ethics> (date of access: 21.05.2024).
197. Program effectiveness of life skills classes for homeless veterans / D. LeVan. *Am. J. Occup. Ther.* 2020. Vol. 74, № 4(1). P. 7411510322p1-7411510322p1. [DOI: 10.5014/ajot.2020.74S1-PO8400](https://doi.org/10.5014/ajot.2020.74S1-PO8400).
198. Psychometric properties of the Canadian Occupational Performance Measure in home-dwelling older adults / H. Tuntland et al. *J. Multidis. Healthcare*. 2016. Vol. 9. P. 411–423. [DOI: 10.2147/JMDH.S113727](https://doi.org/10.2147/JMDH.S113727).
199. Ramalho R., Adams P., Huggard P., Hoare K. Literature review and constructivist grounded theory methodology. *Forum Qualitative Sozialforschung*. 2015. Vol. 16, № 3. [DOI: 10.17169/FQS-16.3.2313](https://doi.org/10.17169/FQS-16.3.2313).
200. Ransby T. B., Jacobsen N. S., Hansen A. Ø. Are occupational therapists in hand therapy working in an occupation-centered way? : a cross sectional survey. *Hand Therapy*. 2024. Vol. 29, № 3. P. 124–134. [DOI: 10.1177/17589983241268188](https://doi.org/10.1177/17589983241268188).
201. Reilly A., Boone T. Carl Rogers on personal power: inner strength and its revolutionary. New York : Delacorte Press, 1977. 299 p. [DOI: 10.1177/105960117700200418](https://doi.org/10.1177/105960117700200418).
202. Reilly M. The Eleanor Clarke Slagle: occupational therapy can be one of the great ideas of 20th century medicine. *Canad. J. Occup. Ther.* 1963. Vol. 30, № 1. P. 5–19. [DOI: 10.1177/000841746303000102](https://doi.org/10.1177/000841746303000102).
203. Responsiveness and minimal clinically important difference of the canadian occupational performance measure among patients with frozen shoulder / S. W. Kim et

al. *Am. J. Occup. Ther.* 2024. Vol. 78, № 4. P. 7804205060. [DOI: 10.5014/ajot.2024.050573](https://doi.org/10.5014/ajot.2024.050573).

204. Responsiveness of the Canadian Occupational Performance Measure / I. C. J. M. Eyssen et al. *J. Rehab. Res. Develop.* 2011. Vol. 48, № 5. P. 517. [DOI: 10.1682/JRRD.2010.06.0110](https://doi.org/10.1682/JRRD.2010.06.0110).

205. Restall G. J., Egan M. Y. Collaborative relationship-focused occupational therapy: evolving lexicon and practice. *Canad. J. Occup. Ther.* 2021. Vol. 88, № 3. P. 220–230. [DOI: 10.1177/00084174211022889](https://doi.org/10.1177/00084174211022889).

206. Restall G., Ripat J., Stern M. A framework of strategies for client-centred practice. *Canad. J. Occup. Ther.* 2003. Vol. 70, № 2. P. 103–112. [DOI: 10.1177/000841740307000206](https://doi.org/10.1177/000841740307000206).

207. Richard L. F., Knis-Matthews L. Are we really client-centered? Using the Canadian Occupational Performance Measure to see how the client's goals connect with the goals of the occupational therapist. *Occup. Ther. Mental Health.* 2010. Vol. 26, № 1. P. 51–66. DOI: [10.1080/01642120903515292](https://doi.org/10.1080/01642120903515292).

208. Robinson L. S., Brown T., O'Brien L. Embracing an occupational perspective: occupation-based interventions in hand therapy practice. *Austral. Occup. Ther. J.* 2016. Vol. 63, № 4. P. 293–296. [DOI: 10.1111/1440-1630.12268](https://doi.org/10.1111/1440-1630.12268).

209. Rochette A., Korner-Bitensky N., Desrosiers J. Actual vs best practice for families post-stroke according to three rehabilitation disciplines. *J. Rehab. Med.* 2007. Vol. 39, № 7. P. 513–519. [DOI: 10.2340/16501977-0082](https://doi.org/10.2340/16501977-0082).

210. Rodríguez-Bailón M., López-González L., Merchán-Baeza J. A. Client-centred practice in occupational therapy after stroke : a system. rev. *Scand. J. Occup. Ther.* 2022. Vol. 29, № 2. P. 89–103. [DOI: 10.1080/11038128.2020.1856181](https://doi.org/10.1080/11038128.2020.1856181).

211. Roe D., Brown T., Thyer L. Validity, responsiveness, and perceptions of clinical utility of the Canadian Occupational Performance Measure when used in a sub-acute setting. *Disab. Rehab.* 2020. Vol. 42, № 19. P. 2772–2789. DOI: [10.1080/09638288.2019.1573934](https://doi.org/10.1080/09638288.2019.1573934).

212. Routine use proportion and determining factors of the Canadian Occupational Performance Measure in the real-world setting : a retrospective cross-sectional study in Japan / T. Sawada et al. *Br. J. Occup. Ther.* 2020. Vol. 83, № 8. P. 538–544. DOI: [10.1177/0308022620905444](https://doi.org/10.1177/0308022620905444).

213. Routledge companion to occupational therapy: theories, concepts and models / eds M. N. Ikiugu et al. Routledge, 2025. DOI: [10.4324/9781003526766](https://doi.org/10.4324/9781003526766).

214. Safety and efficacy of transcranial direct current stimulation in upper extremity rehabilitation after tetraplegia : protocol of a multicenter randomized, clinical trial / T. Arora et al. *Spinal. Cord.* 2022. Vol. 60, № 9. P. 774–778. URL: <https://www.nature.com/articles/s41393-022-00768-z> (date of access: 16.09.2024).

215. Schifano J., Niederberger M. How Delphi studies in the health sciences find consensus : a scoping rev. *System. Rev.* 2025. Vol. 14, № 1. P. 14. DOI: [10.1186/s13643-024-02738-3](https://doi.org/10.1186/s13643-024-02738-3).

216. Shea C.-K., Jackson N. Client perception of a client-centered and occupation-based intervention for at-risk youth. *Scand. J. Occup. Ther.* 2015. Vol. 22, № 3. P. 173–180. DOI: [10.3109/11038128.2014.958873](https://doi.org/10.3109/11038128.2014.958873).

217. Simmons D. C., Crepeau E. B., White B. P. The predictive power of narrative data in occupational therapy evaluation. *Am. J. Occup. Ther.* 2000. Vol. 54, № 5. P. 471–476. DOI: [10.5014/ajot.54.5.471](https://doi.org/10.5014/ajot.54.5.471).

218. Slagle E. C. The occupational therapy programme in the State of New York. *J. Mental Sci.* 1934. Vol. 80, № 331. P. 639–649. DOI: [10.1192/bjp.80.331.639](https://doi.org/10.1192/bjp.80.331.639).

219. Song C.-S., Lee H.-S., Yeom H.-Y. An analysis of the association between upper extremity function and the Wolf Motor Function Test in chronic hemiparetic stroke. *PNF and Movement.* 2020. Vol. 18, № 3. P. 445–452. DOI: [10.21598/JKPNFA.2020.18.3.445](https://doi.org/10.21598/JKPNFA.2020.18.3.445).

220. Speicher S. M., Walter K. H., Chard K. M. Interdisciplinary residential treatment of posttraumatic stress disorder and traumatic brain injury: effects on symptom

severity and occupational performance and satisfaction. *Am. J. Occup. Ther.* 2014. Vol. 68, № 4. P. 412. [DOI: 10.5014/ajot.2014.011304](https://doi.org/10.5014/ajot.2014.011304).

221. Stanley M., Cheek J. Grounded theory: exploiting the potential for occupational therapy. *Br. J. Occup. Ther.* 2003. Vol. 66, № 4. P. 143–150. [DOI: 10.1177/030802260306600403](https://doi.org/10.1177/030802260306600403).

222. Stevens R. A., Baker M. S., Zubach O. B., Samotowka M. Misuse of tourniquets in Ukraine may be costing more lives and limbs than they save. *Military Med.* 2024. Vol. 189, № 11/12. P. 304–308. [DOI: 10.1093/milmed/usad503](https://doi.org/10.1093/milmed/usad503).

223. Sullivan G. M., Feinn R. Using effect size – or why the p value is not enough. *J. Grad. Med. Educ.* 2012. Vol. 4, № 3. P. 279–282. [DOI: 10.4300/jgme-d-12-00156.1](https://doi.org/10.4300/jgme-d-12-00156.1).

224. Sumsion T. A revised occupational therapy definition of client-centred practice. *Br. J. Occup. Ther.* 2000. Vol. 63, № 7. P. 304–309. [DOI: 10.1177/030802260006300702](https://doi.org/10.1177/030802260006300702).

225. Sumsion T. Client-Centred Practice: the true impact. *Can. J. Occup. Ther.* 1993. Vol. 60, № 1. P. 6–8. [DOI: 10.1177/000841749306000103](https://doi.org/10.1177/000841749306000103).

226. Sumsion T., Smyth G. Barriers to client-centredness and their resolution. *Can. J. Occup. Ther.* 2000. Vol. 67, № 1. P. 15–21. [DOI: 10.1177/000841740006700104](https://doi.org/10.1177/000841740006700104).

227. Systematic review of measurement properties of the Canadian Occupational Performance Measure in geriatric rehabilitation / M. W. M. de Waal et al. *Eur. Geriatr. Med.* 2022. Vol. 13, № 6. P. 1281–1298. [DOI: 10.1007/s41999-022-00692-8](https://doi.org/10.1007/s41999-022-00692-8).

228. Targeted applications of the Canadian Occupational Performance Measure / M. A. McColl et al. *Canad. J. Occup. Ther.* 2005. Vol. 72, № 5. P. 298–300. [DOI: 10.1177/000841740507200506](https://doi.org/10.1177/000841740507200506).

229. The Canadian occupational performance measure : a research and clinical literature review / A. Carswell et al. *Canad. J. Occup. Ther.* 2004. Vol. 71, № 4. P. 210–222. [DOI: 10.1177/000841740407100406](https://doi.org/10.1177/000841740407100406).

230. The Canadian occupational performance measure for patients with stroke: a systematic review / S.-Y. Yang et al. *J. Phys. Ther. Sci.* 2017. Vol. 29, № 3. P. 548–555. [DOI: 10.1589/jpts.29.548](https://doi.org/10.1589/jpts.29.548).

231. The cognitive orientation to daily Occupational Performance (CO-OP) Approach is superior to ordinary treatment for achievement of goals and transfer effects in children with cerebral palsy and spina bifida – a randomized controlled trial. *Disability Rehab.* / M. Peny-Dahlstrand et al. 2023. Vol. 45, № 5. P. 822–831. [DOI: 10.1080/09638288.2022.2043459](https://doi.org/10.1080/09638288.2022.2043459).

232. The investigation of the effects of occupation-based intervention on anxiety, depression, and sleep quality of subjects with hand and upper extremity burns: a randomized clinical trial / M. Khanipour et al. *Burns.* 2022. Vol. 48, № 7. P. 1645–1652. [DOI: 10.1016/j.burns.2022.02.014](https://doi.org/10.1016/j.burns.2022.02.014).

233. The person-environment-occupation model: a transactive approach to occupational performance / M. Law et al. *Canad. J. Occup. Ther.* 1996. Vol. 63, № 1. P. 9–23. [DOI: 10.1177/000841749606300103](https://doi.org/10.1177/000841749606300103).

234. The reproducibility and validity of the Canadian Occupational Performance Measure in parents of children with disabilities / G. J. Verkerk et al. *Clin. Rehab.* 2006. Vol. 20, № 11, P. 980–988. [DOI: 10.1177/0269215506070703](https://doi.org/10.1177/0269215506070703).

235. Thyer L., Brown T., Roe D. The validity of the Canadian Occupational Performance Measure (COPM) when used in a sub-acute rehabilitation setting with older adults. *Occup. Ther. Health Care.* 2018. Vol. 32, № 2. P. 137–153. [DOI: 10.1080/07380577.2018.1446233](https://doi.org/10.1080/07380577.2018.1446233).

236. Tonga E., Düger T., Karataş M. Effectiveness of client-centered occupational therapy in patients with rheumatoid arthritis: exploratory randomized controlled trial. *Arch. Rheumat.* 2015. Vol. 31, № 1. P. 6–13. [DOI: 10.5606/ArchRheumatol.2016.5478](https://doi.org/10.5606/ArchRheumatol.2016.5478).

237. Torpil B., Ekici Çağlar G., Bumin G., Pekçetin S. Validity and reliability of the Turkish Canadian Occupational Performance Measure (COPM-TR) for people with

multiple sclerosis. *Occup. Ther. Health Care*. 2021. Vol. 35, № 3. P. 306–317. [DOI: 10.1080/07380577.2021.1933673](https://doi.org/10.1080/07380577.2021.1933673).

238. Townsend E. A., Polatajko H. J. *Enabling occupation II: Advancing an occupational therapy vision for health, well-being & justice through occupation*. Ottawa : CAOT Publishers. 2013.

239. Townsend E., Brintnell S., Staisey N. Developing guidelines for client-centred occupational therapy practice. *Canadian J. Occup. Ther.* 1990. Vol. 57, № 2. P. 69–76. [DOI: 10.1177/000841749005700205](https://doi.org/10.1177/000841749005700205).

240. Townsend E., Langille L., Ripley D. Professional tensions in client-centered practice: using Institutional Ethnography to generate understanding and transformation. *Am. J. Occup. Ther.* 2003. Vol. 57, № 1. P. 17–28. [DOI: 10.5014/ajot.57.1.17](https://doi.org/10.5014/ajot.57.1.17).

241. Training unsupported sitting in people with chronic spinal cord injuries: A randomized controlled trial / C. L. Boswell-Ruys et al. *Spinal Cord*. 2010. Vol. 48, № 2. P. 138–143. URL: <https://www.nature.com/articles/sc200988> (date of access: 04.11.2024).

242. Translating occupational therapy's current role within U.S. Army Combat and Operational Stress Control Operations / M. L. Baumann et al. *Occup. Ther. Mental Health*. 2018. Vol. 34, № 3. P. 258–271. URL: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/0164212X.2018.1425952> (date of access: 04.11.2024).

243. Translation, cross-cultural adaptation, and validation of measurement instruments: a practical guideline for novice researchers / P. Cruchinho et al. *J. Multidisc. Healthcare*. 2024. Vol. 17. P. 2701–2728. [DOI: 10.2147/JMDH.S419714](https://doi.org/10.2147/JMDH.S419714).

244. Trombly C. A. Occupation: purposefulness and meaningfulness as therapeutic mechanisms. *Am. J. Occup. Ther.* 1995. Vol. 49, № 10. P. 960–972. [DOI: 10.5014/ajot.49.10.960](https://doi.org/10.5014/ajot.49.10.960).

245. Tymruk-Skoropad K., Muzyka O., Pavlova I. Measuring health and disability of Ukrainian cadets – translation and cross-cultural adaptation of the WHODAS 2.0. *Physiother. Quarterly*. 2022. Vol. 31, № 4. P. 49–56. [DOI: 10.5114/pq.2023.116343](https://doi.org/10.5114/pq.2023.116343).

246. Type and timing of rehabilitation following acute and subacute spinal cord injury : a systematic review / A. S. Burns et al. *Global Spine J*. 2017. Vol. 7, № 3. P. 175S–194S. [DOI: 10.1177/2192568217703084](https://doi.org/10.1177/2192568217703084).

247. Updated definition of occupational therapy / World Federation of Occupational Therapists. 2025, July 14. URL: <https://wfot.org/news/2025/updated-definition-of-occupational-therapy> (date of access: 26.11.2025).

248. Valera-Gran D., Delgado-Lobete L., Montes-Montes R., Navarrete-Muñoz E. M. Research on the cognitive orientation to daily occupational performance approach : a bibliometric review. *Am. J. Occup. Ther.* 2024. Vol. 78, № 6. P. 7806205100. [DOI: 10.5014/ajot.2024.050802](https://doi.org/10.5014/ajot.2024.050802).

249. Validity, responsiveness and feasibility of an Italian version of the Canadian Occupational Performance Measure for patients with ankylosing spondylitis / A. Spadaro et al. *Clin. Exp. Rheumatol*. 2010. Vol. 28, № 2. P. 215–222.

250. Van Biljon H. M., Engelbrecht M., Van der Walt J., Soeker S. Occupational therapy practice with burn injuries : a rapid review. *South African J. Occup. Ther.* 2024. Vol. 54, № 1. P. 87–94. [DOI:10.17159/2310-3833/2024/vol54no1a10](https://doi.org/10.17159/2310-3833/2024/vol54no1a10).

251. Verkerk G. J. Q., van der Molen-Meulmeester L., Alsem M. W. How children and their parents value using the Canadian Occupational Performance Measure (COPM) with children themselves. *J. Pediatr. Rehab. Med.* 2021. Vol. 14, № 1. P. 7–17. [DOI: 10.3233/PRM-190604](https://doi.org/10.3233/PRM-190604).

252. Verkerk G., van der Molen-Meulmeester L., van Hartingsveldt M., Alsem M. Instructions for administering the Canadian Occupational Performance Measure with children themselves. *Phys. Occup. Ther. Pediatr.* 2023. Vol. 43, № 1. P. 58–73. [DOI: 10.1080/01942638.2022.2079392](https://doi.org/10.1080/01942638.2022.2079392).

253. Vyslysel G., Barker D., Hubbard I. J. The Canadian Occupational Performance Measure (COPM) as routine practice in community-based rehabilitation : a retrospective chart review. *Archiv. Rehab. Res. Clin. Translat.* 2021. Vol. 3, № 3. P. 100134. [DOI: 10.1016/j.arrct.2021.100134](https://doi.org/10.1016/j.arrct.2021.100134).

254. Walder K., Molineux M. Re-establishing an occupational identity after stroke – a theoretical model based on survivor experience. *Br. J. Occup. Ther.* 2017. Vol. 80, № 10. P. 620–630. [DOI: 10.1177/0308022617722711](https://doi.org/10.1177/0308022617722711).

255. Wall G., Isbel S., Gustafsson L., Pearce C. Occupation-based interventions to improve occupational performance and participation in the hospital setting : a system. rev. *Disab. Rehab.* 2024. Vol. 46, № 13. P. 2747–2768. [DOI: 10.1080/09638288.2023.2236021](https://doi.org/10.1080/09638288.2023.2236021).

256. Webster J. B. Lower limb amputation care across the active duty military and veteran populations. *Phys. Med. Rehab. Clin. North Am.* 2019. Vol. 30, № 1. P. 89–109. [DOI: 10.1016/j.pmr.2018.08.008](https://doi.org/10.1016/j.pmr.2018.08.008).

257. Whalley Hammell K. R. Client-centred occupational therapy: the importance of critical perspectives. *Scand. J. Occup. Ther.* 2015. Vol. 22, № 4. P. 237–243. [DOI: 10.3109/11038128.2015.1004103](https://doi.org/10.3109/11038128.2015.1004103).

258. White J., Lockwood K. J. The effect of cognitive retraining after stroke on everyday living : a systematic review and meta-analysis. *Clin. Rehab.* 2025. Vol. 39, № 7. P. 872–889. [DOI: 10.1177/02692155251336981](https://doi.org/10.1177/02692155251336981).

259. Wilding C., Whiteford G. From practice to praxis: reconnecting moral vision with philosophical underpinnings. *Br. J. Occup. Ther.* 2009. Vol. 72, № 10. P. 434–441. [DOI: 10.1177/030802260907201004](https://doi.org/10.1177/030802260907201004).

260. Wressle E., Marcusson J., Henriksson C. Clinical utility of the Canadian Occupational Performance Measure – Swedish version. *Canad. J. Occup. Ther.* 2002. Vol. 69, № 1. P. 40–48. [DOI: 10.1177/000841740206900104](https://doi.org/10.1177/000841740206900104).

261. Wressle E., Samuelsson K. Barriers and bridges to client-centred occupational therapy in Sweden. *Scan. J. Occup. Ther.* 2004. Vol. 11, № 1. P. 12–16. [DOI: 10.1080/11038120410019135](https://doi.org/10.1080/11038120410019135).

262. Wright F. V. How do changes in body functions and structures, activity, and participation relate in children with cerebral palsy? *Develop. Med. Child Neur.* 2008. Vol. 50, № 4. P. 283–289. [DOI: 10.1111/j.1469-8749.2008.02037.x](https://doi.org/10.1111/j.1469-8749.2008.02037.x).

263. Yusoff M. S. B. ABC of content validation and content validity index calculation. *Educ. Med. J.* 2019. Vol. 11, № 2. P. 49–54. [DOI: 10.21315/eimj2019.11.2.6](https://doi.org/10.21315/eimj2019.11.2.6).

264. Zasiiekina L., Duchyminska T., Bifulco A., Bignardi G. War trauma impacts in Ukrainian combat and civilian populations: moral injury and associated mental health symptoms. *Military Psychology.* 2024. Vol. 36, № 5. P. 555–566. [DOI: 10.1080/08995605.2023.2235256](https://doi.org/10.1080/08995605.2023.2235256).

265. Zera S. M., Preissner K., Fischer H., Stoffel A. Cognitive orientation to daily occupation group in the adult day rehabilitation setting : a feasibility study. *Br. J. Occup. Ther.* 2022. Vol. 85, № 1. P. 14–22. [DOI: 10.1177/03080226211008713](https://doi.org/10.1177/03080226211008713).

266. Актуальність використання канадського інструмента оцінки виконання занять (COPM) для клієнтоорієнтованої та заняттєвоспрямованої ерготерапевтичної практики в Україні / О. Б. Лазарева та ін. *Спортивна мед., фіз. терапія та ерготерапія.* 2025. № 1. С. 210–217. [DOI: 10.32782/spmed.2025.1.30](https://doi.org/10.32782/spmed.2025.1.30).

267. Балаж М. С. Ерготерапія військовослужбовців та ветеранів із посттравматичним стресовим розладом : огляд літ. 2023. *Health & Education.* № 2. С. 46–52. [DOI: 10.32782/health-2023.2.8](https://doi.org/10.32782/health-2023.2.8),

268. Бісмак О. В. Канадська оцінка виконання діяльності як важливий інструмент для оцінки потреб осіб з травматичними невропатіями верхньої кінцівки. *Науковий Часопис НПУ ім. М. П. Драгоманова. Серія 15 : Наук.-пед. проблеми фіз. культури (фіз. культура і спорт) :* зб. наук. пр. К. : Вид-во НПУ ім. М. П. Драгоманова, 2019. Вип. 10 (118). С. 12–16.

269. Дідо Ю. М. Відновлення рухової функції верхньої кінцівки у осіб з правопівкульним ішемічним інсультом, ускладненим неглектом, засобами фізичної терапії та ерготерапії : дис. ... д-ра філософії : 227 Фізична терапія, ерготерапія; 22 / Охорона здоров'я. К. : НУФВСУ, 2025. – 236 с.

270. Дуля А., Спіріна Т. До питання реабілітації учасників бойових дій в Україні. *Humanitas*. 2024. Vol. 1. P. 38–43. [DOI: 10.32782/humanitas/2024.1.6](https://doi.org/10.32782/humanitas/2024.1.6).

271. Зарічнюк І. Р., Нестерчук Н. Є. Основні аспекти індивідуального реабілітаційного плану у фізичній терапії. *Public Health J*. 2024. №. 1. С. 66–72. [DOI: 10.32782/pub.health.2024.1.9](https://doi.org/10.32782/pub.health.2024.1.9).

272. Заславський П. С. Ефективність фізичної терапії, ерготерапії у процесі реабілітації військовослужбовців із наслідками вогнепального поліструктурного перелому кісток передпліччя за показниками залученості до виконання активностей повсякденного життя, психоемоційного статусу. *Rehabilitation and Recreation*. 2023. №. 16. С. 29–36. [DOI: 10.32782/2522-1795.2023.16.4](https://doi.org/10.32782/2522-1795.2023.16.4).

273. Калінкіна О. Д. Виноградова М. С., Шевчук Ю. В., Калінкін К. Л. Фізична терапія та ерго терапія військових з вогнепальною травмою плеча. *Україна. Здоров'я нації*. 2025. Т. 1, № 79. С. 153–161. [DOI: 10.32782/2077-6594/2025.2/21](https://doi.org/10.32782/2077-6594/2025.2/21)

274. Крук І. М., Григус І. М. Сучасний погляд на психологічну реабілітацію військовослужбовців з посттравматичним стресовим розладом. *Rehabilitation and Recreation*. 2023. № 15. С. 50–56. [DOI: 10.32782/2522-1795.2023.15.6](https://doi.org/10.32782/2522-1795.2023.15.6).

275. Крук І. М., Григус І. М. Фізична терапія військовослужбовців з наслідками вогнепальних поранень. *Rehabilitation and Recreation*. 2022. № 12. С. 44–51. [DOI: 10.32782/2522-1795.2022.12.6](https://doi.org/10.32782/2522-1795.2022.12.6).

276. Лазарева О. Б., Мангушева О. О., Клавіна А., Енемарк Ларсен А. Актуальність використання канадського інструмента оцінки виконання занять (COPM) для клієнтоорієнтованої та заняттєвоспрямованої ерготерапевтичної практики в Україні. *Спортивна мед., фіз. терапія та ерготерапія*. 2025. Т. 1. С. 210–217. [DOI: 10.32782/spmed.2025.1.30](https://doi.org/10.32782/spmed.2025.1.30).

277. Логвиненко І. О., Нестерчук Н. Є. Фізична терапія військовослужбовців, учасників бойових дій, безпосередньо взявших участь в операції об'єднаних сил. *Реабілітаційні та фізкульт.-рекреац. аспекти розвитку людини*. 2021. № 8. С. 34–39. DOI: [10.5281/zenodo.5510444](https://doi.org/10.5281/zenodo.5510444) (дата звернення: 04.11.2025).

278. Малярова Ю. М., Солтик І. Т., Сербова О. В. Ефективна комунікація в системі «терапевт – пацієнт» в умовах клінічного закладу. *Rehab. Recreat.* 2025. Т. 19, № 1. С. 83–92. DOI: [10.32782/2522-1795.2025.19.1.8](https://doi.org/10.32782/2522-1795.2025.19.1.8).

279. Мангушева О. О. Короткий термінологічний словник ерготерапії. ГО «Українське товариство ерготерапевтів», 2021. 17 с. URL: <https://ergo-ukraine.com.ua/resources/korotkij-terminologichnij-slovník-ergoterapiyi> (дата звернення: 02.02.2024).

280. Мангушева О., Лазарева О. Актуальність заняттєвої орієнтованості ерготерапії в Україні. *Проблеми здоров'я, фізичної терапії, реабілітації та ерготерапії* : матеріали 10 Всеукр. дист. наук-практ. інтернет-конф., 27 груд., 2024 р., Суми. Суми, 2024. С. 41–43.

281. Мангушева О., Лазарева О. Найкращі практики перекладу, адаптації та валідації інструментів оцінки результатів реабілітації на основі звіту пацієнтів. *Сучасні проблеми фізичної терапії та ерготерапії : теорія і практика* : матеріали 2 Міжнар. конф., 29-30 травня 2025 р. С. 89–91.

282. Мангушева О., Лазарева О., Енемарк Ларсен, А. Операціоналізація принципу клієнтоорієнтованості в ерготерапевтичній практиці крізь призму Канадської моделі виконання занять і залучення. *Мультидисциплінарний підхід у фізичній реабілітаційній медицині* : матеріали 4 Всеукр. конф., 28 бер. 2025 р., Харків. Х., 2025. Вип. 4. С. 137–139. URL: <https://drive.google.com/file/d/1pEDYsP2mBip2ExGOwoDis9q97t637zY7/view> (дата звернення: 15.11.2025).

283. Мангушева О.О., Дереха, Т.Г., Енемарк Ларсен, А. Практична модель застосування Канадського інструмента оцінки виконання занять (COPM) у реабілітації військовослужбовців та цивільних осіб на гострому та післягострому етапі реабілітації в Україні. *Rehabilitation and Recreation*. 2025. № 2. С. 101-119. [DOI: 10.32782/2522-1795.2025.19.2.9](https://doi.org/10.32782/2522-1795.2025.19.2.9).

284. Нестерчук, Н. Є., & Петровська, Н. С. Ерготерапія військовослужбовців після опіку долоні. *Rehabilitation and Recreation*. 2025. Т. 19, № 2. С. 120–132. [DOI: 10.32782/2522-1795.2025.19.2.10](https://doi.org/10.32782/2522-1795.2025.19.2.10).

285. Одинець Т., Белов Є., Ванюк О. Фізична терапія військовослужбовців після ампутацій. *Phys. Culture Sport: Sci. Perspective*. 2023. № 4. Р. 46–49. [DOI: 10.31891/pcs.2023.4.6](https://doi.org/10.31891/pcs.2023.4.6).

286. Остап'як З., Лапковський Е., Стовбан М., Наконечна С. Ефективність корекції стоматологічної дисфункції та функціональних рухових патернів у військовослужбовців з наслідками бойової краніофасіальної травми засобами фізичної терапії. *Україна. Здоров'я нації*. 2024. Т. 4. С. 80–85. [DOI: 10.32782/2077-6594/2024.4/13](https://doi.org/10.32782/2077-6594/2024.4/13).

287. Порівняльний аналіз пацієнт-центричності у фізичній терапії та клієнтоорієнтованості в ерготерапії / І. О. Жарова та ін. *Спортивна мед., фіз. терапія та ерготерапія*. 2025. Vol. 2. С. 179–183. [DOI: 10.32782/spmed.2025.2.25](https://doi.org/10.32782/spmed.2025.2.25).

288. Про затвердження Зміни № 5 до національного класифікатора України ДК 003:2010 : наказ Міністерства розвитку України від 10.08.2016 р. № 1328. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v1328731-16#Text> (дата звернення: 04.11.2025).

289. Про затвердження Переліку рекомендованих інструментів оцінювання функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я особи : Наказ МОЗ України від 20.11.2024 р. № 1946. URL: <https://moz.gov.ua/uk/decrees/nakaz-moz-ukrayini-vid-20-11-2024-1946-pro-zatverdzhennya-pereliku-rekomendovanih-instrumentiv-ocinyuvannya-funkcionuvannya-obmezhen-zhittyediyalnosti-ta-zdorov-ya-osobi> (дата звернення: 04.11.2025).

290. Про реабілітацію осіб з інвалідністю : Закон України від 06.10.2005 р. № 2961-IV. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2961-15#Text> (дата звернення: 02.12.2025).

291. Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я : Закон України від 15.12.2021 р. № 4170-IX. Дата оновлення: 19.12.2024. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1053-20#Text> (дата звернення: 02.12.2025).

292. Солтик І. Т. Визначення ключових пріоритетів для розвитку ерготерапії в Україні. *Health & Education*. 2024. Вип. 2. С. 199–205. DOI: [10.32782/health-2024.2.25](https://doi.org/10.32782/health-2024.2.25).

293. Солтик І. Клієнтоорієнтовані ерготерапевтичні підходи у відновленні функціональної незалежності військовослужбовців із бойовою травмою. *Phys. Culture Sport: Sci. Perspective*. 2025. № 3. Р. 17–31. DOI: [10.31891/pcs.2025.3.2](https://doi.org/10.31891/pcs.2025.3.2).

294. Солтик І. Т., Малярюва Ю. М., Штоковецька Н. Я. Ерготерапія людей похилого віку, які зазнали травм війни. *Health & Education*. 2025. № 1. Р. 162–169. DOI: [10.32782/health-2025.1.24](https://doi.org/10.32782/health-2025.1.24).

295. Сфера професійної діяльності ерготерапевта / Українське товариство ерготерапевтів. 2025. 28 с. URL: <https://ergo-ukraine.com.ua/resources/sfera-profesijnoyi-diyalnosti-ergoterapevta> (дата звернення: 16.12.2025).

296. Терещенко А., Ковалик А. Кадровий потенціал ерготерапевтів в Україні : проект «Реабілітація в Україні» (Rehab4U). Львів, 2025 Червень. 66 с. URL: [https://drive.google.com/file/d/10AZWxNeSw3jAjWQk0U8bS4u1Ds2oUXtF/view?usp=drive\\_link](https://drive.google.com/file/d/10AZWxNeSw3jAjWQk0U8bS4u1Ds2oUXtF/view?usp=drive_link) (date of access: 11.12.2025).

297. Тимрук-Скоропад К., Павлова Ю. Валідизація моделі легеневої реабілітації пацієнтів із хронічним обструктивним захворюванням легень з використанням методу Дельфі. *Фізична активність, здоров'я і спорт*. 2019. Т. 2, №34. С. 68–83. URL: <https://sportscience.ldufk.edu.ua/index.php/fazis/article/view/1033> (дата звернення: 17.12.2024).

298. Фізична терапія військовослужбовців з ураженням спинного мозку / А. Г. Кононенко та ін. *Public Health Journal*. 2024. № 1. С. 73–80. URL: <https://doi.org/10.32782/pub.health.2024.1.10> (дата звернення: 10.12.2025).

299. Шевчук Ю. В., Жарова І. О., Калінкіна О. Д., Виноградова М. С. Стратегії зменшення ризику падінь для осіб з остеоартрозом нижніх кінцівок засобами фізичної терапії та ерготерапії. *Art of Medicine*. 2025. Vol. 4, № 36.

## **ДОДАТКИ**

## ДОДАТОК А

## СПИСОК ПУБЛІКАЦІЙ ЗДОБУВАЧА

## Список публікацій здобувача за темою дисертації

*Наукові праці, в яких опубліковані основні наукові результати дисертації*

1. Mangusheva O. O., Lazarijeva O. B., Enemark Larsen A. Exploring the use of the Canadian Occupational Performance Measure (COPM) in Ukraine: determining the need. *Rehabilitation and recreation*. 2024. Vol. 18. No. 3. P. 32–40. [DOI: 10.32782/2522-1795.2024.18.3.3](https://doi.org/10.32782/2522-1795.2024.18.3.3). Періодичне наукове видання України, проіндексоване в базі даних Scopus (Q4). *Особистий внесок здобувача полягає в організації та проведенні досліджень, опрацюванні й аналізі отриманих результатів. Внесок Лазаревої О.Б. полягає в постановці проблеми та частковому обговоренні результатів. Внесок Енемарк Ларсен, А. полягає в допомозі у проведенні дослідження та частковому обговоренні результатів.*

2. Лазарева О. Б., Мангушева О. О., Клавіна А., Енемарк Ларсен А. Актуальність використання канадського інструмента оцінки виконання занять (COPM) для клієнтоорієнтованої та заняттєвоспрямованої ерготерапевтичної практики в Україні. *Спортивна медицина, фізична терапія та ерготерапія*. 2025. № 1. С. 210–217. [DOI: 10.32782/spmed.2025.1.30](https://doi.org/10.32782/spmed.2025.1.30) Фахове видання України. *Особистий внесок здобувача полягає у організації та проведенні дослідження, опрацюванні та аналізі отриманих даних. Внесок Клавіної А. полягає в допомозі з обробкою матеріалів. Внесок Лазаревої О.Б. полягає у в постановці проблеми та частковому обговоренні результатів. Внесок Енемарк Ларсен, А. полягає у визначенні методів дослідження та частковому обговоренні результатів.*

3. Mangusheva O. O., Lazarijeva O. B., Enemark Larsen A. Translation, cross-cultural adaptation and content validation of the Canadian Occupational Performance Measure (COPM) in the Ukrainian language. *Medicni perspektivi*. 2025. Vol. 30. No. 1. P. 135–149. [DOI: 10.26641/2307-0404.2025.1.325375](https://doi.org/10.26641/2307-0404.2025.1.325375). Періодичне наукове видання України, проіндексоване в базі даних Scopus (Q4). *Особистий внесок здобувача*

полягає в постановці завдань дослідження, визначенні методів, організації та проведенні досліджень, опрацюванні й аналізі отриманих результатів. Внесок Лазарєвої О.Б. полягає у постановці проблеми та узагальненні даних. Внесок Енемарк Ларсен, А. полягає у допомозі із організацією та визначенням методів, частковому обговоренні результатів.

4. Мангушева О.О., Дерєка, Т.Г., Енемарк Ларсен, А. Практична модель застосування Канадського інструмента оцінки виконання занять (COPM) у реабілітації військовослужбовців та цивільних осіб на гострому та післягострому етапі реабілітації в Україні. *Rehabilitation and Recreation*. 2025. Т.19. № 2. С. 101 – 119. DOI: [10.32782/2522-1795.2025.19.2.9](https://doi.org/10.32782/2522-1795.2025.19.2.9). Періодичне наукове видання України, проіндексоване в базі даних Scopus (Q4). *Особистий внесок здобувача полягає в постановці проблеми, організації та проведенні досліджень, аналізі та інтерпретації отриманих результатів. Внесок Дерєки Т.Г. полягає в обробці та частковому аналізі матеріалів. Внесок Енемарк Ларсен, А. полягає в допомозі з інтерпретацією та частковим обговоренням результатів.*

#### ***Наукові праці, які засвідчують апробацію матеріалів дисертації***

5. Mangusheva O., Enemark Larsen A. Using the Canadian Occupational Performance Measure for veterans in Ukraine : oral presentation (ID: 690). *1st Occup. Ther. Eur. Congress*, 15-19 oct. 2024., Kraków, Poland : Occupational Therapy Europe Foundation and the Polish Occupational Therapy Association, 2024. P. 418–419. URL: <https://ot-europe2024.mazurkas.com.pl/book-of-abstracts/> *Особистий внесок здобувача полягає в організації та проведенні досліджень, опрацюванні й аналізі отриманих результатів.*

6. Мангушева О., Лазарєва О., Енемарк Ларсен, А. Операціоналізація принципу клієнтоорієнтованості в ерготерапевтичній практиці крізь призму Канадської моделі виконання занять і залучення. *Мультидисциплінарний підхід у фізичній реабілітаційній медицині* : матеріали IV Всеукр. конф., Харків, 28 бер.

2025 р. Харків, 2025. Вип. 4. С. 137–139. URL:  
<https://drive.google.com/file/d/1pEDYsP2mBip2ExGOwoDis9q97t637zY7/view>

*Особистий внесок здобувача полягає в постановці проблеми та узагальненні наукових даних.*

7. Мангушева О., Лазарева О. Актуальність заняттєвої орієнтованості ерготерапії в Україні. *Проблеми здоров'я, фізичної терапії, реабілітації та ерготерапії* : матеріали XX Всеукр. дист. наук-практ. інтернет-конф., Суми, 27 груд. 2024 р. Суми : Вид-во СумДПУ імені А. С. Макаренка, 2024. С. 41–43. URL:

[https://sspu.edu.ua/images/2024/docs/nauka/konf/zbirnik\\_h\\_vseukrayinskoyi\\_ik\\_sumi\\_2024\\_f92ab.pdf](https://sspu.edu.ua/images/2024/docs/nauka/konf/zbirnik_h_vseukrayinskoyi_ik_sumi_2024_f92ab.pdf) *Особистий внесок здобувача полягає в постановці проблеми та узагальненні наукових даних.*

8. Мангушева О., Лазарева О. Найкращі практики перекладу, адаптації та валідації інструментів оцінки результатів реабілітації на основі звіту пацієнтів. *Сучасні проблеми фізичної терапії та ерготерапії : теорія і практика* : матеріали II Міжнар. наук-практ. конф., Суми, 29-30 травня 2025 р. Суми : СумДПУ імені А. С. Макаренка, 2025. С. 89–91. URL:

[https://sspu.edu.ua/images/2025/docs/nauka/konf/zbirnik\\_tr\\_sumi\\_2025\\_3989a.pdf](https://sspu.edu.ua/images/2025/docs/nauka/konf/zbirnik_tr_sumi_2025_3989a.pdf)

*Особистий внесок здобувача полягає в постановці проблеми та узагальненні наукових даних.*

**ДОДАТОК Б**  
**ВІДОМОСТІ ПРО АПРОБАЦІЮ РЕЗУЛЬТАТІВ ДИСЕРТАЦІЙНОГО**  
**ДОСЛІДЖЕННЯ**

№	Назва конференції/семінару	Місце та дата проведення	Форма участі
1	Національний конгрес з мультидисциплінарної реабілітації: формування стратегії роботи в умовах війни	Львів, 24-25 листопада 2023 р.	доповідь
2	1st Occupational Therapy Europe Congress	Kraków, Poland 15-19 October 2024 у.	публікація, доповідь
3	X Всеукраїнська дистанційна науково-практична інтернет-конференція «Проблеми здоров'я, фізичної терапії, реабілітації та ерготерапії»	Суми, 27 грудня 2024 р.	публікація, доповідь
4	I Всеукраїнська науково-практична конференція з ерготерапії «Ерготерапія – професія майбутнього»	Львів 1-2 березня 2024 р.	доповідь
5	I Науково-практичний семінар «Інструменти дистанційного оцінювання функціонального стану верхньої кінцівки у практиці фізичного терапевта та ерготерапевта» в рамках Міжнародного науково-дослідного проекту: «Дистанційне функціональне оцінювання: інноваційне рішення для реабілітації жертв війни в Україні»	Латвія, 03 березня 2025	доповідь
6	IV Всеукраїнська конференція «Мультидисциплінарний підхід у фізичній реабілітаційній медицині»	Харків, 28 березня 2025 р.	публікація, доповідь
7	II Міжнародна науково-практична конференція «Сучасні проблеми фізичної терапії та ерготерапії»	Суми, 29-30 травня 2025 року р.	публікація, доповідь
8	II Науково-практичний семінар «Інструменти дистанційного оцінювання функціонального стану верхньої кінцівки у практиці фізичного терапевта та ерготерапевта»	Київ, 05 червня 2025 р.	доповідь

	в рамках Міжнародного науково-дослідного проекту: «Дистанційне функціональне оцінювання: інноваційне рішення для реабілітації жертв війни в Україні»		
9	Конгрес Травми Ukraine 2025	Київ, 16-17 жовтня 2025 р.	доповідь

## ДОДАТОК В.1

## АКТ

впровадження результатів наукових досліджень  
в практику роботи КНП «Обласна клінічна лікарня Івано-  
Франківської обласної ради»

м. Київ

«10» травня 2025 р.

Ми, ті, що підписалися нижче, склали цей акт про те, що виконавці теми Лазарева Олена Борисівна та Мангушева Ольга Олександрівна, за результатами роботи, виконаної протягом 2024 р. відповідно до плану НДР Національного університету фізичного виховання і спорту України на 2021–2025 рр. за темою «Підвищення рівня функціональної незалежності та заняттєвої участі осіб різних нозологічних груп за допомогою програм ерготерапевтичних втручань» (номер державної реєстрації 0121U107532), внесли у практику роботи КНП «Обласна клінічна лікарня Івано-Франківської обласної ради» такі рекомендації та пропозиції:

Назва пропозиції, форма впровадження і коротка характеристика	Наукова новизна та її значення, рекомендації з подальшого використання	Ефект від впровадження
<p><b>Назва пропозиції:</b> Алгоритм застосування Канадського інструмента оцінки виконання занять (СОРМ) з клієнтами/пацієнтами різних нозологічних груп. <b>Форма впровадження:</b> практичні рекомендації щодо алгоритму застосування Канадського інструмента оцінки виконання занять (СОРМ) з клієнтами/пацієнтами різних нозологічних груп. <b>Переваги над аналогами:</b> Запропонований алгоритм побудовано на основі принципів клієнтоорієнтованості та заняттєвої спрямованості ерготерапевтичних послуг, а кінцева мета ерготерапевтичних заходів спрямована на збільшення заняттєвої участі цивільних та військових клієнтів/пацієнтів.</p>	<p><b>Наукова новизна:</b> Вперше розроблено алгоритм застосування Канадського інструмента оцінки виконання занять (СОРМ), спрямований на: полегшення побудови терапевтичних стосунків між ерготерапевтом та клієнтами/пацієнтами різних нозологічних груп; отримання показників виконання та задоволеності виконанням цільових занять клієнтами/пацієнтами ерготерапії; клієнтоорієнтоване та заняттєво-спрямоване встановлення цілей ерготерапії; оцінки змін у показниках виконання та задоволеності виконанням цільових занять клієнтами/пацієнтами ерготерапії для відстеження результативності ерготерапевтичних втручань; поліпшення координації та управління реабілітаційним процесом на рівні закладу; підвищення якості реабілітаційних послуг та задоволеності клієнта/пацієнта. <b>Рекомендації:</b> Результати дослідження можуть використовуватися у практичній діяльності ерготерапевтів, які працюють з різними нозологічними групами цивільних та військових пацієнтів.</p>	<p>Впровадження алгоритму та рекомендацій щодо застосування Канадського інструмента оцінки виконання занять (СОРМ) сприяло підвищенню рівня клієнтоорієнтованості та заняттєвої спрямованості ерготерапевтичних послуг, ефективності процесу реабілітації у закладі та поліпшенню якості життя клієнтів/пацієнтів, що мало соціально-економічний ефект.</p>

**Автори розробки:**

Доктор наук з фізичного виховання і спорту, професор НУФВСУ  
аспірантка кафедри терапії і реабілітації НУФВСУ

Олена ЛАЗАРСВА  
Ольга Мангушева

**Представник НУФВСУ:**

Проректор з науково-педагогічної роботи

Ольга БОРИСОВА

**Представник установи, де виконувалося впровадження:**

Генеральний Директор КНП «Обласна клінічна лікарня  
Івано-Франківської обласної ради»

Остап ГРИЩУК

## ДОДАТОК В.2

**АКТ**  
**впровадження результатів наукових досліджень**  
**в практику роботи Комунального Некомерційного**  
**Підприємства «Броварська Багатопрофільна Клінічна**  
**Лікарня»**

м. Київ «28» березня 2025 р.  
 Ми, ті, що підписалися нижче, склали цей акт про те, що виконавці теми Лазарева Олена Борисівна та Мангушева Ольга Олександрівна, за результатами роботи, виконаної протягом 2024 р. відповідно до плану НДР Національного університету фізичного виховання і спорту України на 2021–2025 рр. за темою «Підвищення рівня функціональної незалежності та заняттєвої участі осіб різних нозологічних груп за допомогою програм ерготерапевтичних втручань» згідно (номер державної реєстрації 0121U107532) внесли у практику роботи Комунального некомерційного підприємства «Броварська багатопрофільна клінічна лікарня» такі рекомендації та пропозиції:

<i>Назва пропозиції, форма впровадження і коротка характеристика</i>	<i>Наукова новизна та її значення, рекомендації з подальшого використання</i>	<i>Ефект від впровадження</i>
<p><i>Назва пропозиції:</i> Алгоритм застосування Канадського інструмента оцінки виконання занять (СОРМ) з клієнтами/пацієнтами різних нозологічних груп.  <i>Форма впровадження:</i> практичні рекомендації, щодо алгоритму застосування Канадського інструмента оцінки виконання занять (СОРМ) з клієнтами/пацієнтами різних нозологічних груп.  <i>Переваги над аналогами:</i> Запропонований алгоритм побудовано на основі принципів клієнтоорієнтованості та заняттєвої спрямованості ерготерапевтичних послуг, а кінцева мета ерготерапевтичних заходів спрямована на збільшення заняттєвої участі цивільних та військових клієнтів/пацієнтів.</p>	<p><i>Наукова новизна:</i>          Алгоритм застосування Канадського інструмента оцінки виконання занять (СОРМ) спрямовано на: полегшення побудови терапевтичних стосунків між ерготерапевтом та клієнтами/пацієнтами різних нозологічних груп; отримання показників виконання та задоволеності виконанням цільових занять клієнтами/пацієнтами ерготерапії; клієнтоорієнтоване та заняттєво-спрямоване встановлення цілей ерготерапії; оцінки змін у показниках виконання та задоволеності виконанням цільових занять клієнтами/пацієнтами ерготерапії для відстеження результативності ерготерапевтичних втручань; поліпшення координації та управління реабілітаційним процесом на рівні закладу; підвищення якості реабілітаційних послуг та задоволеності клієнта/пацієнта.  <i>Рекомендації:</i> Результати дослідження можуть використовуватися у практичній діяльності ерготерапевтів, які працюють з різними нозологічними групами цивільних та військових пацієнтів.</p>	<p>Впровадження алгоритму та рекомендацій щодо застосування Канадського інструмента оцінки виконання занять (СОРМ) сприяло підвищенню рівня клієнтоорієнтованості та заняттєвої спрямованості ерготерапевтичних послуг, ефективності процесу реабілітації у закладі та поліпшенню якості життя клієнтів/пацієнтів, що мало соціально-економічний ефект.</p>

**Автори розробки:**

Доктор наук з фізичного виховання і спорту, професор НУФВСУ  
 аспірантка кафедри терапії і реабілітації НУФВСУ

Олена ЛАЗАРЄВА  
 Ольга Мангушева

**Представник НУФВСУ:**

Проректор з науково-педагогічної роботи

Ольга БОРИСОВА

**Представник установи, де виконувалося впровадження:**

Директор КНП «Броварська Багатопрофільна Клінічна Лікарня»  
 заслужений лікар України

Валентин БАГНЮК

## ДОДАТОК В.3

**АКТ**  
**впровадження результатів наукових досліджень**  
**в практику роботи Комунального некомерційного**  
**підприємства «Міська клінічна лікарня №4» Дніпровської**  
**міської ради**

м. Київ

«19» березня 2025 р.

Ми, ті, що підписалися нижче, склали цей акт про те, що виконавці теми Лазарєва Олена Борисівна та Мангушева Ольга Олександрівна, за результатами роботи, виконаної протягом 2024 р. відповідно до плану НДР Національного університету фізичного виховання і спорту України на 2021–2025 рр. за темою «Підвищення рівня функціональної незалежності та заняттєвої участі осіб різних нозологічних груп за допомогою програм ерготерапевтичних втручань» згідно (номер державної реєстрації 0121U107532) внесли у практику роботи КНП «Міська клінічна лікарня №4» Дніпровської міської ради такі рекомендації та пропозиції:

<i>Назва пропозиції, форма впровадження і коротка характеристика</i>	<i>Наукова новизна та її значення, рекомендації з подальшого використання</i>	<i>Ефект від впровадження</i>
<p><i>Назва пропозиції:</i> Алгоритм застосування Канадського інструмента оцінки виконання занять (СОРМ) з клієнтами/пацієнтами різних нозологічних груп.  <i>Форма впровадження:</i> практичні рекомендації, щодо алгоритму застосування Канадського інструмента оцінки виконання занять (СОРМ) з клієнтами/пацієнтами різних нозологічних груп.  <i>Переваги над аналогами:</i> Запропонований алгоритм побудовано на основі принципів клієнтоорієнтованості та заняттєвої спрямованості ерготерапевтичних послуг, а кінцева мета ерготерапевтичних заходів спрямована на збільшення заняттєвої участі цивільних та військових клієнтів/пацієнтів.</p>	<p><i>Наукова новизна:</i>  Алгоритм застосування Канадського інструмента оцінки виконання занять (СОРМ) спрямовано на: полегшення побудови терапевтичних стосунків між ерготерапевтом та клієнтами/пацієнтами різних нозологічних груп; отримання показників виконання та задоволеності виконанням цільових занять клієнтами/пацієнтами ерготерапії; клієнтоорієнтоване та заняттєво-спрямоване встановлення цілей ерготерапії; оцінки змін у показниках виконання та задоволеності виконанням цільових занять клієнтами/пацієнтами ерготерапії для відстеження результативності ерготерапевтичних втручань; поліпшення координації та управління реабілітаційним процесом на рівні закладу; підвищення якості реабілітаційних послуг та задоволеності клієнта/пацієнта.  <i>Рекомендації:</i> Результати дослідження можуть використовуватися у практичній діяльності ерготерапевтів, які працюють з різними нозологічними групами цивільних та військових пацієнтів.</p>	<p>Впровадження алгоритму та рекомендацій щодо застосування Канадського інструмента оцінки виконання занять (СОРМ) сприяло підвищенню рівня клієнтоорієнтованості та заняттєвої спрямованості ерготерапевтичних послуг, ефективності процесу реабілітації у закладі та поліпшенню якості життя клієнтів/пацієнтів, що мало соціально-економічний ефект.</p>

**Автори розробки:**

Доктор наук з фізичного виховання і спорту, професор НУФВСУ  
аспірантка кафедри терапії і реабілітації НУФВСУ

Олена ЛАЗАРЄВА  
Ольга Мангушева

**Представник НУФВСУ:**

Проректор з науково-педагогічної роботи

Ольга БОРИСОВА

**Представник установи, де виконувалося впровадження:**

Генеральний директор КНП «Міська клінічна лікарня №4»  
Дніпровської міської ради

Татяна БУТ



## ДОДАТОК В.4

**АКТ**  
**впровадження результатів наукових досліджень**  
**в практику роботи Комунального некомерційного**  
**підприємства «Центральна міська лікарня» Рівненської**  
**міської ради**

м. Київ

« 7 » квітня 2025 р.

Ми, ті, що підписалися нижче, склали цей акт про те, що виконавці теми Лазарева Олена Борисівна та Мангушева Ольга Олександрівна, за результатами роботи, виконаної протягом 2024 р. відповідно до плану НДР Національного університету фізичного виховання і спорту України на 2021–2025 рр. за темою «Підвищення рівня функціональної незалежності та заняттєвої участі осіб різних нозологічних груп за допомогою програм ерготерапевтичних втручань» згідно (номер державної реєстрації 0121U107532) внесли у практику роботи Комунального некомерційного підприємства «Центральна міська лікарня» Рівненської міської ради такі рекомендації та пропозиції:

<i>Назва пропозиції, форма впровадження і коротка характеристика</i>	<i>Наукова новизна та її значення, рекомендації з подальшого використання</i>	<i>Ефект від впровадження</i>
<p><i>Назва пропозиції:</i> Алгоритм застосування Канадського інструмента оцінки виконання занять (СОРМ) з клієнтами/пацієнтами різних нозологічних груп.  <i>Форма впровадження:</i> практичні рекомендації, щодо алгоритму застосування Канадського інструмента оцінки виконання занять (СОРМ) з клієнтами/пацієнтами різних нозологічних груп.  <i>Переваги над аналогами:</i> Запропонований алгоритм побудовано на основі принципів клієнтоорієнтованості та заняттєвої спрямованості ерготерапевтичних послуг, а кінцева мета ерготерапевтичних заходів спрямована на збільшення заняттєвої участі цивільних та військових клієнтів/пацієнтів.</p>	<p><i>Наукова новизна:</i>  Алгоритм застосування Канадського інструмента оцінки виконання занять (СОРМ) спрямовано на: полегшення побудови терапевтичних стосунків між ерготерапевтом та клієнтами/пацієнтами різних нозологічних груп; отримання показників виконання та задоволеності виконанням цільових занять клієнтами/пацієнтами ерготерапії; клієнтоорієнтоване та заняттєво-спрямоване встановлення цілей ерготерапії; оцінки змін у показниках виконання та задоволеності виконанням цільових занять клієнтами/пацієнтами ерготерапії для відстеження результативності ерготерапевтичних втручань; поліпшення координації та управління реабілітаційним процесом на рівні закладу; підвищення якості реабілітаційних послуг та задоволеності клієнта/пацієнта.  <i>Рекомендації:</i> Результати дослідження можуть використовуватися у практичній діяльності ерготерапевтів, які працюють з різними нозологічними групами цивільних та військових пацієнтів.</p>	<p>Впровадження алгоритму та рекомендацій щодо застосування Канадського інструмента оцінки виконання занять (СОРМ) сприяло підвищенню рівня клієнтоорієнтованості та заняттєвої спрямованості ерготерапевтичних послуг, ефективності процесу реабілітації у закладі та поліпшенню якості життя клієнтів/пацієнтів, що мало соціально-економічний ефект.</p>

**Автори розробки:**

Доктор наук з фізичного виховання і спорту, професор НУФВСУ  
аспірантка кафедри терапії і реабілітації НУФВСУ

Олена ЛАЗАРЄВА  
Ольга Мангушева

**Представник НУФВСУ:**

Проректор з науково-педагогічної роботи

Ольга БОРИСОВА

**Представник установи, де вкоцувалося впровадження:**

Директор КНП «Центральна міська лікарня»  
Рівненської міської ради

Юрій ОРДИНСЬКИЙ



## ДОДАТОК В.6

**АКТ**  
**впровадження результатів наукових досліджень**  
**в практику роботи Західного реабілітаційного-спортивного**  
**центру Національного комітету спорту інвалідів України**

м. Київ

« 7 » травня 2025 р.

Ми, ті, що підписалися нижче, склали цей акт про те, що виконавці теми Лазарева Олена Борисівна та Мангушева Ольга Олександрівна, за результатами роботи, виконаної протягом 2024 р. відповідно до плану НДР Національного університету фізичного виховання і спорту України на 2021–2025 рр. за темою «Підвищення рівня функціональної незалежності та заняттєвої участі осіб різних нозологічних груп за допомогою програм ерготерапевтичних втручань» згідно (номер державної реєстрації 0121U107532) внесли у практику роботи Західного реабілітаційного-спортивного центру НКСиУ такі рекомендації та пропозиції:

Назва пропозиції, форма впровадження і коротка характеристика	Наукова новизна та її значення, рекомендації з подальшого використання	Ефект від впровадження
<p><i>Назва пропозиції:</i> Алгоритм застосування Канадського інструмента оцінки виконання занять (СОРМ) з клієнтами/пацієнтами різних нозологічних груп.</p> <p><i>Форма впровадження:</i> практичні рекомендації щодо алгоритму застосування Канадського інструмента оцінки виконання занять (СОРМ) з клієнтами/пацієнтами різних нозологічних груп.</p> <p><i>Переваги над аналогами:</i> Запропонований алгоритм побудовано на основі принципів клієнтоорієнтованості та заняттєвої спрямованості ерготерапевтичних послуг, а кінцева мета ерготерапевтичних заходів спрямована на збільшення заняттєвої участі цивільних та військових клієнтів/пацієнтів.</p>	<p><i>Наукова новизна:</i> Алгоритм застосування Канадського інструмента оцінки виконання занять (СОРМ) спрямовано на: полегшення побудови терапевтичних стосунків між ерготерапевтом та клієнтами/пацієнтами різних нозологічних груп; отримання показників виконання та задоволеності виконанням цільових занять клієнтами/пацієнтами ерготерапії; клієнтоорієнтоване та заняттєво-спрямоване встановлення цілей ерготерапії; оцінки змін у показниках виконання та задоволеності виконанням цільових занять клієнтами/пацієнтами ерготерапії для відстеження результативності ерготерапевтичних втручань; поліпшення координації та управління реабілітаційним процесом на рівні закладу; підвищення якості реабілітаційних послуг та задоволеності клієнта/пацієнта.</p> <p><i>Рекомендації:</i> Результати дослідження можуть використовуватися у практичній діяльності ерготерапевтів, які працюють з різними нозологічними групами цивільних та військових пацієнтів.</p>	<p>Впровадження алгоритму та рекомендацій щодо застосування Канадського інструмента оцінки виконання занять (СОРМ) сприяло підвищенню рівня клієнтоорієнтованості та заняттєвої спрямованості ерготерапевтичних послуг, ефективності процесу реабілітації у закладі та поліпшенню якості життя клієнтів/пацієнтів, що мало соціально-економічний ефект.</p>

**Автори розробки:**

Доктор наук з фізичного виховання і спорту, професор  
 Завідувач кафедри терапії та реабілітації НУФВСУ

Олена ЛАЗАРЄВА

Аспірантка кафедри фізичної терапії та ерготерапії

Ольга МАНГУШЕВА

**Представник НУФВСУ:**

Проректор з науково-педагогічної роботи,  
 Доктор наук з фізичного виховання і спорту, професор

Ольга БОРИСОВА

**Представник установи, де виконувалось впровадження:**

Директор ЗРСЦ

Наталія РОДА



## ДОДАТОК В.7

**АКТ**  
**впровадження результатів наукових досліджень**  
**в практику роботи Військово-медичного центру Західного**  
**регіону**

м. Київ

« 15 » Квітня 2025 р.

Ми, ті, що підписалися нижче, склали цей акт про те, що виконавці теми Лазарева Олена Борисівна та Мангушева Ольга Олександрівна, за результатами роботи, виконаної протягом 2024 р. відповідно до плану НДР Національного університету фізичного виховання і спорту України на 2021–2025 рр. за темою «Підвищення рівня функціональної незалежності та заняттєвої участі осіб різних нозологічних груп за допомогою програм ерготерапевтичних втручань» (номер державної реєстрації 0121U107532) внесли у практику роботи Військово-медичного центру Західного регіону такі рекомендації та пропозиції:

<i>Назва пропозиції, форма впровадження і коротка характеристика</i>	<i>Наукова повизна та її значення, рекомендації з подальшого використання</i>	<i>Ефект від впровадження</i>
<p><i>Назва пропозиції.</i> Алгоритм застосування Канадського інструмента оцінки виконання занять (COPM) з клієнтами/пацієнтами різних нозологічних груп.</p> <p><i>Форма впровадження:</i> практичні рекомендації, щодо алгоритму застосування Канадського інструмента оцінки виконання занять (COPM) з клієнтами/пацієнтами різних нозологічних груп.</p> <p><i>Переваги над аналогами:</i> Запропонований алгоритм побудовано на основі принципів клієнтоорієнтованості та заняттєвої спрямованості ерготерапевтичних послуг, а кінцева мета ерготерапевтичних заходів спрямована на збільшення заняттєвої участі цивільних та військових клієнтів/пацієнтів.</p>	<p><i>Наукова повизна:</i> Алгоритм застосування Канадського інструмента оцінки виконання занять (COPM) спрямовано на: полегшення побудови терапевтичних стосунків між ерготерапевтом та клієнтами/пацієнтами різних нозологічних груп; отримання показників виконання та задоволеності виконанням цільових занять клієнтами/пацієнтами ерготерапії; клієнтоорієнтоване та заняттєво-спрямоване встановлення цілей ерготерапії; оцінки змін у показниках виконання та задоволеності виконанням цільових занять клієнтами/пацієнтами ерготерапії для відстеження результативності ерготерапевтичних втручань; поліпшення координації та управління реабілітаційним процесом на рівні закладу; підвищення якості реабілітаційних послуг та задоволеності клієнта/пацієнта.</p> <p><i>Рекомендації:</i> Результати дослідження можуть використовуватися у практичній діяльності ерготерапевтів, які працюють з різними нозологічними групами цивільних та військових пацієнтів.</p>	<p>Впровадження алгоритму та рекомендацій щодо застосування Канадського інструмента оцінки виконання занять (COPM) сприяло підвищенню рівня клієнтоорієнтованості та заняттєвої спрямованості ерготерапевтичних послуг, ефективності процесу реабілітації у закладі та поліпшенню якості життя клієнтів/пацієнтів, що мало соціально-економічний ефект.</p>

**Автори розробки:**

Доктор наук з фізичного виховання і спорту, професор НУФВСУ  
 аспірантка кафедри терапії і реабілітації НУФВСУ

Олена ЛАЗАРЄВА  
 Ольга Мангушева

**Представник НУФВСУ:**

Проректор з науково-педагогічної роботи

Ольга БОРИСОВА

**Представник установи, де виконувалось впровадження:**

Начальник клінки реабілітаційного та відновлювального лікування  
 Військово-медичного центру Західного регіону  
 Полковник медичної служби

Роман СКОРОПАД



## ДОДАТОК В.8

## АКТ

впровадження результатів наукових досліджень  
в практику роботи Центру нейрореабілітації «Result»

м. Київ

«17» *березня* 2025 р.

Ми, ті, що підписалися нижче, склали цей акт про те, що виконавці теми Лазарева Олена Борисівна та Мангушева Ольга Олександрівна, за результатами роботи, виконаної протягом 2024 р. відповідно до плану НДР Національного університету фізичного виховання і спорту України на 2021–2025 рр. за темою «Підвищення рівня функціональної незалежності та заняттєвої участі осіб різних нозологічних груп за допомогою програм ерготерапевтичних втручань» (номер державної реєстрації 0121U107532), внесли у практику роботи Центру нейрореабілітації «Result» такі рекомендації та пропозиції:

Назва пропозиції, форма впровадження і коротка характеристика	Наукова новизна та її значення, рекомендації з подальшого використання	Ефект від впровадження
<p><i>Назва пропозиції:</i> Алгоритм застосування Канадського інструмента оцінки виконання занять (COPM) з клієнтами/пацієнтами різних нозологічних груп. <i>Форма впровадження:</i> практичні рекомендації, щодо алгоритму застосування Канадського інструмента оцінки виконання занять (COPM) з клієнтами/пацієнтами різних нозологічних груп. <i>Переваги над аналогами:</i> Запропонований алгоритм побудовано на основі принципів клієнтоорієнтованості та заняттєвої спрямованості ерготерапевтичних послуг, а кінцева мета ерготерапевтичних заходів спрямована на збільшення заняттєвої участі цивільних та військових клієнтів/пацієнтів.</p>	<p><i>Наукова новизна:</i> Вперше розроблено алгоритм застосування Канадського інструмента оцінки виконання занять (COPM), спрямований на: полегшення побудови терапевтичних стосунків між ерготерапевтом та клієнтами/пацієнтами різних нозологічних груп; отримання показників виконання та задоволеності виконанням цільових занять клієнтами/пацієнтами ерготерапії; клієнтоорієнтоване та заняттєво-спрямоване встановлення цілей ерготерапії; оцінки змін у показниках виконання та задоволеності виконанням цільових занять клієнтами/пацієнтами ерготерапії для відстеження результативності ерготерапевтичних втручань; поліпшення координації та управління реабілітаційним процесом на рівні закладу; підвищення якості реабілітаційних послуг та задоволеності клієнта/пацієнта. <i>Рекомендації:</i> Результати дослідження можуть використовуватися у практичній діяльності ерготерапевтів, які працюють з різними нозологічними групами цивільних та військових пацієнтів.</p>	<p>Впровадження алгоритму та рекомендацій щодо застосування Канадського інструмента оцінки виконання занять (COPM) сприяло підвищенню рівня клієнтоорієнтованості та заняттєвої спрямованості ерготерапевтичних послуг, ефективності процесу реабілітації у закладі та поліпшенню якості життя клієнтів/пацієнтів, що мало соціально-економічний ефект.</p>

## Автори розробки:

Доктор наук з фізичного виховання і спорту, професор НУФВСУ  
аспірантка кафедри терапії і реабілітації НУФВСУ

Олена ЛАЗАРЄВА  
Ольга Мангушева

## Представник НУФВСУ:

Проректор з науково-педагогічної роботи

Ольга БОРИСОВА

## Представник установи, де виконувалося впровадження:

Керівник Центру нейрореабілітації «Result»

Андрій ОЛЕНЧЕНКО



## ДОДАТОК В.9

**АКТ**  
впровадження результатів наукових досліджень  
в практику роботи Центру фізичної реабілітації «Фенікс»

м. Київ

« 10 » вересня 2025 р.

Ми, ті, що підписалися нижче, склали цей акт про те, що виконавці теми Лазарєва Олена Борисівна та Мангушева Ольга Олександрівна, за результатами роботи, виконаної протягом 2024 р. відповідно до плану НДР Національного університету фізичного виховання і спорту України на 2021–2025 рр. за темою «Підвищення рівня функціональної незалежності та заняттєвої участі осіб різних нозологічних груп за допомогою програм ерготерапевтичних втручань» (номер державної реєстрації 0121U107532), внесли у практику роботи Центру фізичної реабілітації «Фенікс» такі рекомендації та пропозиції:

<i>Назва пропозиції, форма впровадження і коротка характеристика</i>	<i>Наукова новизна та її значення, рекомендації з подальшого використання</i>	<i>Ефект від впровадження</i>
<p><i>Назва пропозиції:</i> Алгоритм застосування Канадського інструмента оцінки виконання занять (СОРМ) з клієнтами/пацієнтами різних нозологічних груп. <i>Форма впровадження:</i> практичні рекомендації щодо алгоритму застосування Канадського інструмента оцінки виконання занять (СОРМ) з клієнтами/пацієнтами різних нозологічних груп. <i>Переваги над аналогами:</i> Запропонований алгоритм побудовано на основі принципів клієнтоорієнтованості та заняттєвої спрямованості ерготерапевтичних послуг, а кінцева мета ерготерапевтичних заходів спрямована на збільшення заняттєвої участі цивільних та військових клієнтів/пацієнтів.</p>	<p><i>Наукова новизна:</i> Вперше розроблено алгоритм застосування Канадського інструмента оцінки виконання занять (СОРМ), спрямований на: полегшення побудови терапевтичних стосунків між ерготерапевтом та клієнтами/пацієнтами різних нозологічних груп; отримання показників виконання та задоволеності виконанням цільових занять клієнтами/пацієнтами ерготерапії; клієнтоорієнтоване та заняттєво-спрямоване встановлення цілей ерготерапії; оцінки змін у показниках виконання та задоволеності виконанням цільових занять клієнтами/пацієнтами ерготерапії для відстеження результативності ерготерапевтичних втручань; поліпшення координації та управління реабілітаційним процесом на рівні закладу; підвищення якості реабілітаційних послуг та задоволеності клієнта/пацієнта. <i>Рекомендації:</i> Результати дослідження можуть використовуватися у практичній діяльності ерготерапевтів, які працюють з різними нозологічними групами цивільних та військових пацієнтів.</p>	<p>Впровадження алгоритму та рекомендацій щодо застосування Канадського інструмента оцінки виконання занять (СОРМ) сприяло підвищенню рівня клієнтоорієнтованості та заняттєвої спрямованості ерготерапевтичних послуг, ефективності процесу реабілітації у закладі та поліпшенню якості життя клієнтів/пацієнтів, що мало соціально-економічний ефект.</p>

**Автори розробки:**

Доктор наук з фізичного виховання і спорту, професор НУФВСУ  
аспірантка кафедри терапії і реабілітації НУФВСУ

Олена ЛАЗАРЄВА  
Ольга Мангушева

**Представник НУФВСУ:**

Проректор з науково-педагогічної роботи

Ольга БОРИСОВА

**Представник установи, де виконувалося впровадження:**

Керівник Центру фізичної реабілітації «Фенікс»

Анастасія ДЬОМНА

## ДОДАТОК В.10

**АКТ**  
**впровадження результатів наукових досліджень**  
**в практику роботи КНП «Вінницька обласна клінічна**  
**психоневрологічна лікарня ім.акад. О.І. Ющенко Вінницької**  
**обласної ради»**

м. Київ

« 3 » квітня 2025 р.

Ми, ті, що підписалися нижче, склали цей акт про те, що виконавці теми Лазарева Олена Борисівна та Мангушева Ольга Олександрівна, за результатами роботи, виконаної протягом 2024 р. відповідно до плану НДР Національного університету фізичного виховання і спорту України на 2021–2025 рр. за темою «Підвищення рівня функціональної незалежності та зайнятої участі осіб різних професійних груп за допомогою програм ерготерапевтичних втручань» (номер державної реєстрації 0121U107532) внесли у практику роботи КНП «Вінницька обласна клінічна психоневрологічна лікарня ім.акад. О.І. Ющенко Вінницької обласної ради» такі рекомендації та пропозиції:

<i>Назва пропозиції, форма впровадження і коротка характеристика</i>	<i>Наукова новизна та її значення, рекомендації з подальшого використання</i>	<i>Ефект від впровадження</i>
<p><i>Назва пропозиції:</i> Алгоритм застосування Канадського інструмента оцінки виконання занять (COPM) з клієнтами/пацієнтами різних нозологічних груп.</p> <p><i>Форма впровадження:</i> практичні рекомендації, щодо алгоритму застосування Канадського інструмента оцінки виконання занять (COPM) з клієнтами/пацієнтами різних нозологічних груп.</p> <p><i>Переваги над аналогами:</i> Запропонований алгоритм побудовано на основі принципів клієнтоорієнтованості та заняттєвої спрямованості ерготерапевтичних послуг, а кінцева мета ерготерапевтичних заходів спрямована на збільшення зайнятої участі цивільних та військових клієнтів/пацієнтів.</p>	<p><i>Наукова новизна:</i>  Алгоритм застосування Канадського інструмента оцінки виконання занять (COPM) спрямовано на: полегшення побудови терапевтичних стосунків між ерготерапевтом та клієнтами/пацієнтами різних нозологічних груп; отримання показників виконання та задоволеності виконанням цільових занять клієнтами/пацієнтами ерготерапії; клієнтоорієнтоване та заняттєво-спрямоване встановлення цілей ерготерапії; оцінки змін у показниках виконання та задоволеності виконанням цільових занять клієнтами/пацієнтами ерготерапії для відстеження результативності ерготерапевтичних втручань; поліпшення координації та управління реабілітаційним процесом на рівні закладу; підвищення якості реабілітаційних послуг та задоволеності клієнта/пацієнта.</p> <p><i>Рекомендації:</i> Результати дослідження можуть використовуватися у практичній діяльності ерготерапевтів, які працюють з різними нозологічними групами цивільних та військових пацієнтів.</p>	<p>Впровадження алгоритму та рекомендацій щодо застосування Канадського інструмента оцінки виконання занять (COPM) сприяло підвищенню рівня клієнтоорієнтованості та заняттєвої спрямованості ерготерапевтичних послуг, ефективності процесу реабілітації у закладі та поліпшенню якості життя клієнтів/пацієнтів, що мало соціально-економічний ефект.</p>

**Автори розробки:**

Доктор наук з фізичного виховання і спорту, професор НУФВСУ  
аспірантка кафедри терапії і реабілітації НУФВСУ

Олена ЛАЗАРЄВА  
Ольга Мангушева

**Представник НУФВСУ:**

Проректор з науково-педагогічної роботи

Ольга БОРИСОВА

**Представник установи, де виконувалося впровадження:**

Керівник КНП «Вінницька обласна клінічна психоневрологічна лікарня ім.акад. О.І. Ющенко Вінницької обласної ради»

Софія КУЧЕРУК

## ДОДАТОК В.11

**АКТ**  
**впровадження результатів наукових досліджень**  
**в освітній процес кафедри фізичної терапії та ерготерапії**  
**Українського Католицького Університету**

м. Київ

«22» квітня 2025 р.

Ми, ті, що підписалися нижче, склали цей акт про те, що виконавці теми Лазарева Олена Борисівна та Мангушева Ольга Олександрівна, за результатами роботи, виконаної протягом 2023 - 2025 р. відповідно до плану НДР Національного університету фізичного виховання і спорту України на 2021–2025 рр. за темою «Підвищення рівня функціональної незалежності та заняттєвої участі осіб різних нозологічних груп за допомогою програм ерготерапевтичних втручань» згідно (номер державної реєстрації 0121U107532) внесли такі рекомендації і пропозиції:

Назва пропозиції, форма впровадження і коротка характеристика	Наукова новизна та її значення, рекомендації з подальшого використання	Ефект від впровадження
<p><i>Назва пропозиції:</i>            «Науково-обгрунтована операціоналізація ключових для ерготерапевтичної практики принципів клієнтоорієнтованості та заняттєвої спрямованості в українській системі охорони здоров'я».</p> <p><i>Форма впровадження –</i>            Методичні та практичні рекомендації, педагогічні розробки для практичних занять з дисципліни «Основи професійного мислення ерготерапевта» у вигляді електронних засобів навчального призначення для зазначеної дисципліни, яка викладається на кафедрі фізичної терапії та ерготерапії Українського Католицького Університету для студентів другого (магістерського) рівня вищої освіти, які навчаються за спеціальністю 227 «Терапія та реабілітація», за спеціалізацією 227.2 «Ерготерапія» галузі знань 22 Охорона здоров'я.</p> <p><i>Переваги над аналогами:</i> аналогів в Україні не має.</p>	<p><i>Наукова новизна:</i> Вперше визначено ознаки, бар'єри та методи підвищення клієнтоорієнтованості та заняттєвої спрямованості ерготерапевтичних послуг на основі Канадської моделі виконання занять та залучення.</p> <p><i>Рекомендації:</i>            Рекомендовано для використання у процесі підготовки здобувачів вищої освіти за спеціальністю 227 «Терапія та реабілітація», за спеціалізацією 227.2 «Ерготерапія» галузі знань 22 Охорона здоров'я другого (магістерського) рівня вищої освіти.</p>	<p>Розроблено науково-обгрунтовані заходи підвищення клієнтоорієнтованості та заняттєвої спрямованості ерготерапевтичної практики для збільшення індивідуалізації та покращення якості надання ерготерапевтичних послуг. Доповнено зміст лекційних та практичних занять з дисципліни «Основи професійного мислення ерготерапевта», що сприятиме підвищенню знань студентів, формуванню наукового мислення, розвитку інтелектуальних і творчих здібностей, та вдосконаленню підготовки висококваліфікованих ерготерапевтів, що є соціально та економічно значущим для країни.</p>

**Автори розробки:**

Доктор наук з фізичного виховання і спорту, професор  
 Завідувач кафедри терапії та реабілітації НУФВСУ

Олена ЛАЗАРЄВА

Аспірантка кафедри фізичної терапії та ерготерапії

Ольга МАНГУШЕВА

**Представник НУФВСУ:**

Проректор з навчально-методичної роботи,  
 Доктор наук з фізичного виховання і спорту, професор

Оксана ШИНКАРУК

**Представник Українського Католицького Університету:**

Проректор зі стратегічної співпраці  
 Кандидат історичних наук, доцент

Олег ТУРІН



## ДОДАТОК В.12

**АКТ**  
впровадження результатів наукових досліджень  
в освітній процес кафедри фізичної терапії та ерготерапії  
Національного університету фізичного виховання і спорту України

«11» червня 2024 р.

м. Київ

Ми, ті, що підписалися нижче, склали цей акт про те, що виконавиця теми Мангушева Ольга Олександрівна за результатами роботи, виконаної протягом 2023-2024 р. відповідно до Плану науково-дослідної роботи Національного університету фізичного виховання і спорту України на 2021–2025 рр. за темою «Підвищення рівня функціональної незалежності та зайнятої участі осіб різних нозологічних груп за допомогою програм ерготерапевтичних втручань» (номер державної реєстрації 0121U107532), внесла такі рекомендації і пропозиції:

Назва пропозиції, форма впровадження і коротка характеристика	Наукова новизна та її значення, рекомендації з подальшого використання	Ефект від впровадження
<p><i>Назва пропозиції:</i> «Алгоритм застосування Канадського інструмента оцінки виконання занять з пацієнтами різних нозологічних груп» <i>Форма впровадження –</i> Доповнення змісту лекцій та практичних занять з дисципліни «Терапевтичні вміння та навички ерготерапевта» у вигляді навчально-методичної документації з зазначеної дисципліни, яка викладається на кафедрі фізичної терапії та ерготерапії НУФВСУ для студентів другого (магістерського) рівня вищої освіти, які навчаються за спеціальністю 227 «Терапія та реабілітація», за спеціалізацією 227.2 «Ерготерапія» галузі знань 22 Охорона здоров'я. <i>Перевачи над аналогами:</i> аналогів в Україні не має.</p>	<p>Здійснено науково-обґрунтований переклад, міжкультурну адаптацію та валідацію першого специфічного для ерготерапії інструмента оцінювання українською мовою. Рекомендовано для використання у процесі підготовки здобувачів вищої освіти за спеціальністю 227 «Терапія та реабілітація», за спеціалізацією 227.2 «Ерготерапія» галузі знань 22 Охорона здоров'я другого (магістерського) рівня вищої освіти.</p>	<p>Розроблено практичні рекомендації для застосування даного інструмента оцінювання для забезпечення клієнтоорієнтованого та заняттєво-спрямованого підходу до надання ерготерапевтичних послуг цивільному населенню та військовослужбовцям. Доповнено зміст лекційних та практичних занять з дисципліни «Терапевтичні вміння та навички ерготерапевта» сприятиме підвищенню знань студентів, формуванню наукового мислення, розвитку інтелектуальних і творчих здібностей, та вдосконаленню підготовки висококваліфікованих ерготерапевтів загалом.</p>

**Автор розробки**

аспірантка кафедри фізичної терапії та ерготерапії

Ольга МАНГУШЕВА

**Представники НУФВСУ:**Проректор з навчально-методичної роботи,  
доктор наук з фізичного виховання та спорту, професор

Оксана ШИНКАРУК

**Завідувач кафедри терапії та реабілітації,**

доктор наук з фізичного виховання та спорту, професор

Олена ЛАЗАРЄВА



## ДОДАТОК Г

**Опитувальник 1: Вивчення використання Канадського інструмента оцінки виконання занять (COPM) в Україні.**

1. Чи працюєте Ви на посаді ерготерапевта або виконуєте обов'язки ерготерапевта?  
*Так/Ні*
2. В якій сфері практичної діяльності ви працюєте?
  - *Неврологія*
  - *Травматологія/ортонедія*
  - *Педіатрія*
  - *Геріатрія*
  - *Інше*
3. Чи використовуєте Ви Канадський інструмент оцінки виконання занять (COPM) у повсякденній практичній діяльності?  
*Так/Ні*
4. Чи вивчали Ви Канадський інструмент оцінки виконання занять (COPM) під час навчання в Університеті (НЕ на тренінгах, воркшопах)?  
*Так/Ні*
5. Як часто ви використовуєте Канадський інструмент оцінки виконання занять (COPM) у практичній діяльності? (Якщо ви не використовуєте COPM, будь ласка, пропустіть це питання)
  - *Використовую з 25% пацієнтів і менше*
  - *Використовую з 25%-50% пацієнтів*
  - *Використовую з більше ніж половиною (50%) пацієнтів*
  - *Використовую з більше ніж 75% пацієнтів*
  - *Використовую з кожним пацієнтом*
6. Якщо Ви відповіли, що не використовуєте Канадський інструмент оцінки виконання занять (COPM) у практичній діяльності, або використовуєте його рідко, поясніть, чому. Будь ласка, дайте розгорнуту відповідь.  
*Розгорнута відповідь*
7. Яку версію Канадського інструмента оцінки виконання занять ви використовуєте (нагадуємо: опитування є анонімним) (Якщо ви не використовуєте COPM, будь ласка, пропустіть це питання)

- *Лицензовану версію українського перекладу, придбану з сайту СОРМ*
  - *Українську версію перекладу СОРМ, яку використовує заклад (Ви не знаєте, хто є автором перекладу)*
  - *Українську версію перекладу СОРМ, здійсненого колегами вашого закладу*
  - *Лицензовану російську версію (або іншої мови) переклад, придбаний з сайту СОРМ*
  - *Російську (або іншої мови) версію перекладу СОРМ, (не знаєте, хто є автором перекладу)*
8. На Вашу думку, наскільки СКЛАДНИМ у користуванні є Канадський інструмент оцінки виконання занять (СОРМ)? (Якщо Ви не маєте відповіді, будь ласка, пропустіть це питання.)  
*1 – дуже простий, 10 – надзвичайно складний*
9. На Вашу думку, наскільки КОРИСНИМ для ерготерапевтичної практики є Канадський інструмент оцінки виконання занять?  
(Якщо Ви не маєте відповіді, будь ласка, пропустіть це питання.)  
*1 – дуже некорисний, 10 – надзвичайно корисний*
10. У чому ви бачите основну ЦІННІСТЬ Канадського інструмента оцінки виконання занять (СОРМ)?  
*Розгорнута відповідь*
11. На Вашу думку, які існують перешкоди до регулярного застосування СОРМ ерготерапевтами у клінічній практиці? Оберіть УСІ доречні відповіді та ДОДАЙТЕ власний варіант:
- *Недостатня обізнаність фахівців щодо мети і способів застосування СОРМ*
  - *Недостатнє розуміння цінності СОРМ для практичної діяльності ерготерапевта*
  - *Недостатньо часу для використання СОРМ*
  - *Побоювання здаватися непрофесійними перед пацієнтами*
  - *Недостатньо "медичне" спрямування СОРМ*
  - *Відсутність інтеграції результатів СОРМ у систему документації*
  - *Інше*
12. Чи застосовуєте ви СОРМ для роботи з військовослужбовцями та ветеранами?  
*Так/Ні*

13. Чи помітили Ви якісь особливості щодо використання Канадського інструмента оцінки виконання занять (COPM) з військовослужбовцями та ветеранами у порівнянні з іншими категоріями пацієнтів?

*Розгорнута відповідь*

14. Якщо Ви використовуєте Канадський інструмент оцінки виконання занять (COPM) з військовослужбовцями і ветеранами, виходячи з Вашої практики, до виконання яких занять найчастіше прагнуть повернутися військовослужбовці і ветерани? Будь ласка, дайте розгорнуту відповідь. (Якщо Ви не працюєте з військовослужбовцями і ветеранами, будь ласка, пропустіть це питання)

*Розгорнута відповідь*

15. Які питання Ви маєте стосовно використання Канадського інструмента оцінки виконання занять (COPM)?

## ДОДАТОК Д

**Опитувальник 2: Оцінка клієнтоорієнтованості та заняттєвої спрямованості українських ерготерапевтів.**

1. Яке твердження нижче найкраще характеризує вашу професійну діяльність сьогодні?
  - *У професійній діяльності я спочатку оцінюю активність/участь, а далі за потреби оцінюю структури/функції пацієнта. При цьому цілі ерготерапії будуються на основі цілей активності/участі*
  - *У професійній діяльності я керуюся послідовністю МКФ від відновлення структури/функції до активності/участі пацієнта. При цьому, я спочатку обстежую структури і функції, і коли пацієнт готовий, переходжу до активності/участі.*
2. Напишіть, будь ласка, від 3 до 5 різних цілей, над якими ви працюєте з пацієнтами (найкраще взяти з вашої документації у тому вигляді, у якому вони там записані):  
*Розгорнута відповідь*
3. В який спосіб ви пояснюєте вашим пацієнтам/клієнтам те, чим ви займаєтеся (простими словами, без термінології):  
*Розгорнута відповідь*
4. Оцініть, будь ласка, за шкалою від 1 до 10 ваш рівень заняттєвої зосередженості (спрямованості). Заняттєва зосередженість проявляється у тому, що основним фокусом уваги у процесі терапії є заняттєва активність/участь.  
*1 – низкий рівень заняттєвої спрямованості, 10 – дуже високий рівень заняттєвої спрямованості*
5. Оцініть, будь ласка, за шкалою від 1 до 10 ваш рівень зосередженості вашої професійної діяльності на структурах та функціях клієнта/пацієнта, наприклад: діапазон руху, сила, тонус, координація, пам'ять, увага, тощо.  
*1 – низкий рівень зосередженості на структурах/функціях, 10 – дуже високий рівень зосередженості на структурах/функціях*
6. Будь ласка відмітьте усе, що стосується вашого бачення, чому професійна практика ерготерапевта може бути більше зосередженою на структурах і

функціях і менше зосередженою на заняттєвій активності і участі. Також, додайте свої думки у полі "інше":

- *Для того, щоб пацієнт мав можливість бути активним, необхідно відновити структури і функції тіла*
- *Пацієнти/клієнти краще реагують на цілі, які встановлюються на рівні структури і функції у порівнянні з заняттєво-зосередженими цілями*
- *Пацієнти/клієнти краще розуміють цілі, які встановлені на рівні структури і функції у порівнянні з заняттєвими цілями*
- *Пацієнти/клієнти сприймають заняттєвий фокус цілей ерготерапії як "несерйозний" або "немедичний"*
- *Ерготерапевти відчують себе ближче до/частиною "МЕДИЧНОЇ спільноти", якщо встановлюють цілі на рівні структури і функції*
- *Пацієнти/клієнти звикли до пасивної реабілітації, тому сприймають цілі на рівні структури і функції як "лікування"*
- *Реабілітаційний процес зазвичай є нетривалим (14 днів) і зосереджуватися на структурі і функції є більш логічно*
- *Цілі на рівні структури і функції полегшують розуміння членами міждисциплінарної команди мети ерготерапії*
- *Скерування до ерготерапевта від лікарів (або інших членів мультидисциплінарної команди) найчастіше зосереджене на структурі і функції*
- *Як фахівець я краще володію техніками і методами впливу на структуру і функцію, ніж методами і техніками впливу на активність і участь*
- *Як фахівець я маю більше інструментів оцінки для отримання об'єктивних даних про пацієнта на рівні структури і функції у порівнянні з активністю та участю*
- *Як фахівець я можу відстежити прогрес реабілітації за допомогою інструментів оцінки, які зосереджені на структурі і функції у порівнянні з інструментами оцінки, які зосереджені на активності та участі*
- *Інше*

7. Будь ласка, оцініть за шкалою від 1 до 10 вашу професійну діяльність з позиції клієнтоорієнтованості. Клієнтоорієнтованість трактується як партнерська взаємодія між ерготерапевтом та клієнтом ерготерапії з метою досягнення цілей клієнта.

*1 – низкий рівень клієнторієнтованості, 10 – дуже високий рівень клієнтоорієнтованості*

8. Будь ласка, поясніть вашу оцінку вище

*Розгорнута відповідь*

9. Що є бар'єром до клієнтоорієнтованої практичної діяльності? Будь ласка, відмітьте УСЕ, що стосується ВАШОГО БАЧЕННЯ щодо бар'єрів до клієнтоорієнтованої практичної діяльності ерготерапевта. Також, додайте свої думки нижче у полі "інше":

- *Пацієнти/клієнти не звикли скеровувати власну реабілітацію*
- *Пацієнти/клієнти звикли до пасивних методів реабілітації*
- *Пацієнти/клієнти не готові брати відповідальність за результати терапії, бо вважають це відповідальністю фахівця*
- *Пацієнти/клієнти не вміють визначати власні цілі для реабілітації*
- *Тривалість реабілітації є надзвичайно малою і недостатньою для клієнтоорієнтованості*
- *Цілі ерготерапії визначають (скеровують) лікарі або мультидисциплінарна команда вцілому*
- *Умови праці або формат надання ерготерапевтичних послуг не сприяють клієнтоорієнтованій практиці*
- *Очікування/скерування лікарів не сприяють клієнтоорієнтованій практичній діяльності*
- *Мені, як фахівцю, легше встановлювати цілі для пацієнтів замість того, щоб очікувати визначення цілей від пацієнта*
- *Мені, як фахівцю, важко залучати пацієнта/клієнта до спільного встановлення цілей*
- *Інше*

10. Які бар'єри до застосування COPM ви можете назвати?

*Розгорнута відповідь*

11. Чи маєте ви упереджене ставлення до застосування COPM у практичній діяльності (вважаєте, що даний інструмент є недоречним і некорисним для вашої професійної практики)?

*Так/Ні*

12. Які питання щодо застосування COPM ви маєте?

*Розгорнута відповідь*

## ДОДАТОК Е

**Опитувальник 3: Когнітивний дебріфінг з ерготерапевтами (Змістова валідація українського перекладу COPM та оцінка впливу COPM на клієнтоорієнтованість та заняттєву спрямованість ерготерапевтичних послуг)**

1. Чи надавали ви інформовану згоду для участі у дослідженні?  
*Так/Ні*
2. Ваша освіта (що стосується ерготерапії)? Наприклад: бакалавр чи магістр з Фізичної реабілітації, магістр з ерготерапії.  
*Коротка відповідь*
3. Скільки років ви працюєте на посаді (у ролі) ерготерапевта)?  
*Коротка відповідь*
4. Чи застосовували ви РЕГУЛЯРНО Канадський інструмент оцінки виконання занять (COPM) з пацієнтами ДО УЧАСТІ У ДОСЛІДЖЕННІ?  
*Так/Ні*  
Якщо так:
  5. Як довго Ви застосовуєте COPM у практичній діяльності?
    - Почала застосовувати під час дослідження
    - Від кількох місяців - до року
    - 1-2 роки
    - 2-3 роки
    - 3 і більше років
  6. Як часто Ви застосовували COPM до участі у дослідженні із пацієнтами, які СПРОМОЖНІ взяти участь у інтерв'ю?
    - До 25% пацієнтів, які можуть взяти участь у інтерв'ю
    - 25-50% пацієнтів, які можуть взяти участь у інтерв'ю
    - 50-75% пацієнтів, які можуть взяти участь у інтерв'ю
    - 75-100% пацієнтів, які можуть взяти участь у інтерв'ю
 Якщо ні:
  7. Чому Ви не застосовували COPM у практичній діяльності до участі у даному дослідженні? *Розгорнута відповідь*

8. Чи пояснювали Ви кожному клієнту (пацієнту), що таке ерготерапія перед початком застосування СОРМ?
- Так
  - Ні
  - Інколи пропускала (пропускав) цей крок
9. Чи пояснювали Ви мету і призначення СОРМ клієнту (пацієнту) перед початком інтерв'ю?
- Так
  - Ні
  - Інколи пропускала (пропускав) цей крок
10. Чи застосовували Ви СОРМ виключно з україномовними клієнтами або клієнтами, які добре володіють українською мовою?
- Так
  - Ні
  - Інколи дозволяла (дозволяв) собі застосовувати з пацієнтами, для яких українська мова є складною для розуміння
11. Чи Ви завжди мали змогу дотримуватися приватності розмови з клієнтом (пацієнтом)? Іншими словами, чи завжди інтерв'ю з СОРМ проводилося у окремій кімнаті/палаті або у реабілітаційній залі у такий спосіб, щоб поруч не було інших клієнтів (пацієнтів) або фахівців?
- Так
  - Ні
  - Умови організації робочого середовища не завжди дозволяють забезпечити приватність розмови з клієнтом/пацієнтом
12. На Вашу думку, чи впливає приватність розмови під час інтерв'ю з СОРМ на якість інтерв'ю та/або отриманий результат? В який спосіб? Будь ласка, дайте розширену відповідь або приклад із практики.  
*Розгорнута відповідь*
13. Наскільки зміст бланку СОРМ відповідає зазначеній меті інтерв'ю (отримати інформацію про проблеми з виконанням повсякденних занять, а також рівень їх задоволеності власним виконанням занять)?
- 4: цілком відповідає меті інтерв'ю
- 3: відповідає меті інтерв'ю
- 2: не дуже відповідає мені інтерв'ю

*1: не відповідає меті інтерв'ю*

14. Наскільки доречною (підходящою) є бальна система оцінки (від 1 до 10) для отримання уявлення про важливість, виконання та задоволеність від виконання певної активності (занять) пацієнтом (пацієнтом)?

*4: дуже доречно*

*3: доречно*

*2: не дуже доречно*

*1: зовсім не доречно*

15. Чи мали ваші пацієнти труднощі із використанням системи оцінки від 1 до 10 для оцінювання важливості, виконання та задоволеності? Які саме труднощі виникали? В який спосіб ви їх вирішували?

*Розгорнута відповідь*

16. Наскільки інтерв'ю на основі СОРМ дає клієнтам можливість розповісти ерготерапевту про заняття, які стосуються самообслуговування?

*4: цілком дає можливість*

*3: дає можливість*

*2: не дуже дає можливість*

*1: не дає можливість*

17. Наскільки інтерв'ю на основі СОРМ дає клієнтам можливість розповісти ерготерапевту про заняття, які стосуються продуктивної діяльності, роботи або навчання?

*4: цілком дає можливість*

*3: дає можливість*

*2: не дуже дає можливість*

*1: не дає можливість*

18. Наскільки інтерв'ю на основі СОРМ дає пацієнтам можливість розповісти ерготерапевту про заняття, які стосуються відпочинку та дозвілля?

*4: цілком дає можливість*

*3: дає можливість*

*2: не дуже дає можливість*

*1: не дає можливість*

19. Чи траплялися у вашій практиці так, що сфери виконання занять, які зазначали пацієнти, не підходили до однієї з трьох запропонованих категорій? Будь ласка, дайте приклад. *Розгорнута відповідь*
20. Наскільки різнобічним (широким) є уявлення ерготерапевта про проблеми виконання занять, з якими стикається клієнт (пацієнт) після проведення інтерв'ю за допомогою СОРМ?
- 4: високою мірою різнобічним (широким)  
 3: достатньою мірою різнобічним (широким)  
 2: незначною мірою різнобічним (широким)  
 1: дуже низькою мірою різнобічним (широким)
21. Поясніть, будь ласка, чому ви так вважаєте? *Розгорнута відповідь*
22. Наскільки простий у використанні БЛАНК оцінки СОРМ?
- 4: дуже простий у використанні  
 3: достатньо простий у користуванні  
 2: складний у користуванні  
 1: дуже складний у користуванні
- Якщо у Вас є труднощі із використанням бланку оцінки СОРМ, зазначте, які саме: *Розгорнута відповідь*
23. Наскільки система підрахунку балів у СОРМ є зрозумілою для ВАС як фахівця та зручною для використання для Вас ЗАРАЗ після участі у навчанні та дослідженні?
- 4: дуже зрозуміла  
 3: достатньо зрозуміла  
 2: незрозуміла  
 1: дуже незрозуміла
24. Якщо у Вас зараз є (або були до навчання) труднощі з розумінням системи підрахунку балів СОРМ, зазначте, які саме: *Розгорнута відповідь*
25. Чи були у бланку СОРМ якісь терміни або слова, які Вам доводилося перефразувати або пояснювати пацієнтам/клієнтам? Які саме і як Ви їх перефразували? Будь ласка, додайте зауваження щодо українського перекладу СОРМ. *Розгорнута відповідь*

26. Чи може опитування за допомогою СОРМ позитивно або негативно вплинути на психологічний стан клієнта/пацієнта? В який спосіб?  
*Розгорнута відповідь*
27. Якою мірою інтерв'ю СОРМ дозволяє залучити клієнта (пацієнта) до встановлення цілей, які є актуальними для клієнта (пацієнта)?  
4: Дуже високою мірою  
3: Достатньою мірою  
2: Недостатньою мірою  
1: Дуже недостатньою мірою
28. Якою мірою, на Вашу думку, застосування СОРМ може посилити орієнтованість ерготерапії на клієнта?  
4: значною мірою  
3: достатньою мірою  
2: незначною мірою  
1: дуже низькою мірою
29. Якою мірою, на Вашу думку, застосування СОМР може посилити заняттєву спрямованість ерготерапії?  
4: значною мірою  
3: достатньою мірою  
2: незначною мірою  
1: дуже низькою мірою
30. Після участі у дослідженні та опанування СОРМ, чи змінився рівень заняттєвої орієнтованості конкретно ВАШОЇ професійної діяльності?  
4: значною мірою збільшився  
3: достатньою мірою збільшився  
2: незначною мірою збільшився  
1: зовсім не змінився
31. Будь ласка, поясніть вашу відповідь вище і дайте приклад. *Розгорнута відповідь*
32. Оцініть, будь ласка, Вашу власну практичну діяльність на даний момент: Наскільки заняттєво-спрямованою є Ваша професійна діяльність зараз:  
1-зовсім не є заняттєво-спрямованою – 10 – є повністю заняттєво-спрямованою

33. Після участі у дослідженні та опанування СОРМ, чи змінився рівень клієнтоорієнтованості конкретно ВАШОЇ професійної діяльності?  
 4: значною мірою збільшився  
 3: достатньою мірою збільшився  
 2: незначною мірою збільшився  
 1: зовсім не змінився
34. Будь ласка, поясніть вашу відповідь вище і дайте приклад. *Розгорнута відповідь*
35. Оцініть, будь ласка, Вашу власну практичну діяльність на даний момент: Наскільки клієнтоорієнтованою є Ваша практична діяльність зараз?  
 1- зовсім не є клієнтоорієнтованою – 10 – є повністю клієнтоорієнтованою
36. Чи змінився ваш стиль або спосіб проведення інтерв'ю за допомогою СОРМ після участі у дослідженні? Яким чином? *Розгорнута відповідь*
37. Чи потрібен СОРМ як інструмент оцінки українським ерготерапевтам? Яку цінність Ви у ньому бачите? *Розгорнута відповідь*
38. Наскільки КОРИСНИМ є Канадський інструмент оцінки виконання занять (СОРМ) для ерготерапевтичної практики?  
 1- зовсім не корисний – 10 – надзвичайно корисний
39. На Вашу думку, наскільки СКЛАДНИМ у користуванні є Канадський інструмент оцінки виконання занять (СОРМ)? (попереднє питання стосувалося виключно бланку, дане питання дає загальну оцінку СОРМ як інструмента).  
 1- Дуже простий – 10 – надзвичайно складний
40. Як часто Ви плануєте застосовувати СОРМ у майбутній практичній діяльності із пацієнтами, які СПРОМОЖНІ взяти участь у інтерв'ю?
- Не планую застосовувати
  - До 25% пацієнтів, які можуть взяти участь у інтерв'ю
  - 25-50% пацієнтів, які можуть взяти участь у інтерв'ю
  - 50-75% пацієнтів, які можуть взяти участь у інтерв'ю
  - 75-100% пацієнтів, які можуть взяти участь у інтерв'ю
41. Оскільки дане опитування анонімне, я запрошую Вас надати будь-які коментарі щодо СОРМ та/або участі у дослідженні. Можливо, під час інтерв'ю Ви не змогли розповісти про якийсь випадок, яким хочете поділитися? Щиро дякую Вам за участь!

## ДОДАТОК Ж

**Опитувальник 4: Когнітивний дебрифінг з клієнтами ерготерапії (Змістова валідація українського перекладу COPM та оцінка впливу COPM на клієнтоорієнтованість та заняттєву спрямованість ерготерапевтичних послуг)**

1. Чи надавали ви інформовану згоду для участі у дослідженні?
2. Чи використовував ваш ерготерапевт Канадський інструмент оцінки виконання занять під час ерготерапії?
3. Будь ласка, поділіться загальною інформацією про себе.Ваша стать:
  - *Чоловіча*
  - *Жіноча*
  - *Не бажая відповідати*
4. Ваш вік:
  - *18-25*
  - *25-35*
  - *35-45*
  - *45-60*
  - *старше 60*
5. Ваш основний діагноз (травма):
6. Чи Ви отримали військову травму або поранення?
7. Чи плануєте ви повернутися до бойових дій, якщо дозволить стан здоров'я?
  - *Так*
  - *Ні*
  - *Важко передбачити*
8. Ваш сімейний стан
9. Ви маєте дітей?
10. Яка ваша професія (фах, вид роботи)? або Чим ви займалися до травми (захворювання, поранення)?
11. Наскільки комфортно ви себе почували під час інтерв'ю (розмови) з ерготерапевтом?
  - *4: Дуже комфортно*
  - *3: Комфортно*
  - *2: Некомфортно*
  - *1: Дуже некомфортно*

12. Наскільки питання інтерв'ю на основі COPM відповідали меті інтерв'ю (отримати інформацію про ваше повсякденне життя, визначити проблеми з виконанням повсякденних занять, а також рівень вашої задоволеності виконанням занять)
- 4: Цілком відповідали меті інтерв'ю
  - 3: Відповідали меті інтерв'ю
  - 2: Не дуже відповідали меті інтерв'ю
  - 1: Зовсім не відповідали меті інтерв'ю
13. Наскільки інтерв'ю дало вам можливість розповісти вашому ерготерапевту про проблеми щодо виконання завдань, які стосуються вашого самообслуговування?
- 4: цілком дало можливість
  - 3: дало можливість
  - 2: не дуже дало можливість
  - 1: не дало можливість
14. Наскільки актуально для вас було мати можливість розповісти ерготерапевту про заняття і завдання, які стосуються вашого самообслуговування?
- 4: дуже актуально
  - 3: актуально
  - 2: не дуже актуально
  - 1: зовсім неактуально
15. Наскільки інтерв'ю дало вам можливість розповісти ерготерапевту про проблеми щодо виконання завдань і занять, які стосуються вашої продуктивної діяльності (це робота, домашні та сімейні обов'язки або навчання)?
- 4: цілком дало можливість
  - 3: дало можливість
  - 2: не дуже дало можливість
  - 1: не дало можливість
16. Наскільки актуально для вас було мати можливість розповісти ерготерапевту про заняття, які пов'язані із вашою продуктивною діяльністю (це робота, домашні або сімейні обов'язки або навчання)?
- 4: дуже актуально
  - 3: актуально

- 2: не дуже актуально
- 1: зовсім неактуально

17. Наскільки інтерв'ю на основі СОРМ дало вам можливість розповісти ерготерапевту про проблеми виконання занять, які стосуються вашого відпочинку та дозвілля?

- 4: цілком дало можливість
- 3: дало можливість
- 2: не дуже дало можливість
- 1: не дало можливість

18. Наскільки актуально для вас було мати можливість розповісти ерготерапевту про заняття, які пов'язані з вашим відпочинком та дозвіллям?

- 4: дуже актуально
- 3: актуально
- 2: не дуже актуально
- 1: зовсім неактуально

19. Якою мірою запитання інтерв'ю з СОРМ охопили більшість найважливіших аспектів вашого повсякденного життя?

- 4: дуже великою мірою
- 3: достатньою мірою
- 2: недостатньою мірою
- 1: зовсім недостатньою мірою

20. Наскільки легко Вам було зрозуміти запитання, які ставив ваш ерготерапевт?

- 4: дуже легко
- 3: легко
- 2: нелегко
- 1: дуже нелегко

21. Наскільки ви вважаєте систему оцінювання (визначення балів від 1 до 10) зрозумілою (легкою для розуміння)?

- 4: дуже зрозуміла
- 3: зрозуміла
- 2: незрозуміла
- 1: дуже незрозуміла

22. Якою мірою, на вашу думку, інструмент СОРМ допоміг вашому ерготерапевту зосередитися на тому, чого ВИ хочете досягти для постановки цілей терапії?

- 4: значною мірою
- 3: достатньою мірою
- 2: слабкою мірою
- 1: дуже слабкою мірою

23. Якою мірою, на вашу думку, СОРМ допоміг вашому ерготерапевту зосередитися на вашій активності та повсякденних заняттях для постановки цілей?

- 4: значною мірою
- 3: достатньою мірою
- 2: слабкою мірою
- 1: дуже слабкою мірою

24. Якою мірою ви відчували, що Ви залучені до процесу скеровування цілей та напрямку вашої ерготерапії?

- 4: значною мірою
- 3: достатньою мірою
- 2: слабкою мірою
- 1: дуже слабкою мірою

## ДОДАТОК И

### Алгоритм напівструктурованого інтерв'ю з ерготерапевтами

1. Загальна інформація: освіта, досвід роботи, сфера практичної діяльності, досвід застосування СОРМ до участі у дослідженні, частота застосування СОРМ у практичній діяльності.
2. Які аспекти навчання з адміністрування СОРМ були корисними? Чому?
3. Розуміння термінів: “клієнтоорієнтований” та “клієнтоцентричний”. Якому терміну ви надаєте перевагу?
4. Розуміння термінів: “заняттєво-спрямований”, “заняттєво-зосереджений” та “заняттєво-орієнтований”. Якому терміну ви надаєте перевагу?
5. Як пацієнти сприймають ерготерапію на початку втручання?
6. Яким чином СОРМ впливає на розуміння клієнтом мети і завдань ерготерапії? Чому?
7. З якими труднощами у застосуванні СОРМ Ви стикалися? Чи є терміни або запитання на бланку СОМР, які є складними для розуміння, двозначними або недоречними? Якщо так, чи можете ви порекомендувати інше формулювання?
8. Скільки часу ви витрачали на інтерв'ю СОРМ в середньому? Чи змінилася тривалість застосування протягом участі у дослідженні?
9. Чи були випадки, коли вам доводилося відмовлятися від запланованого використання СОРМ? Якщо так, то чому? Поясніть.
10. Ви проводили СОРМ з клієнтами з воєнною травмою? Якщо так, чи відрізняється застосування СОРМ з клієнтами з військовою травмою? Яким чином?
11. Чим ерготерапія для осіб з воєнною травмою відрізняється? З якими проблемами ви стикаєтеся?
12. Чи змінилося ваше ставлення до ерготерапії та/або СОРМ після участі у дослідженні? Як саме?
13. Чи змінилася ваша практична діяльність? Чи визначення заняттєвих проблем клієнта вплинуло на ваші подальші втручання? У який спосіб?
14. Ставлення до заняттєвої спрямованості: чи важливою є заняттєва орієнтованість, чи змінилося ставлення до заняттєвої орієнтованості у результаті дослідження? Як клієнти/пацієнти ставляться до заняттєво-спрямованої терапії?

15. Ставлення до клієнтоорієнтованості: чи важливою є клієнтоорієнтованість, чи змінилося ставлення до клієнтоорієнтованості у практичній діяльності? Як клієнти/пацієнти ставляться до клієнтоорієнтованої терапії?
16. Чи вплинуло застосування СОРМ вплинуло на вашу професійну ідентичність? Якщо так, у який спосіб?
17. Чи плануєте ви використовувати СОРМ у майбутньому? Чи є ситуації, в яких ви не будете застосовувати СОРМ?
18. Загальна оцінка СОРМ: переваги та недоліки.
19. Поділіться історією успіху або невдачі щодо застосування СОРМ у Вашій практичній діяльності.

## ДОДАТОК К

**Алгоритм напівструктурованого інтерв'ю з клієнтами ерготерапії**

1. Загальна інформація: вік, діагноз, військовий статус, плани щодо повернення до бойових дій.
2. Наскільки комфортно ви себе почували під час інтерв'ю/бесіди з ерготерапевтом? Чому?
3. Чи Ви вважаєте, що питання інтерв'ю на основі СОРМ допомогли вам визначити проблеми у виконанні повсякденних занять? Чи маєте щось додати?
4. Чи є сфери вашого життя, які не були охоплені питаннями інтерв'ю СОРМ? Які саме?
5. Чи є певна сфера виконання занять (самообслуговування, продуктивність, дозвілля), яка є більш/менш актуальною?
6. Чи були якісь питання важкими для розуміння? Які саме? Чи можете ви порадити інше формулювання?
7. Чи ви мали труднощі у процесі оцінювання власного виконання та/або задоволеності виконанням занять? Що саме? Як ерготерапевт може допомогти пацієнту краще зрозуміти бальну систему оцінки?
8. Наскільки легко вам було визначити проблеми виконання занять? Чи допоміг вам у цьому терапевт? Яким чином?
9. Наскільки легко вам було визначати пріоритети у проблемах виконання занять? Чи допоміг вам у цьому терапевт? Яким чином?
10. Чи вам важливо бути залученими до процесу встановлення цілей? Чи питали вас інші фахівці, що для вас є важливим для встановлення цілей реабілітації?
11. Чим інтерв'ю з використанням СОРМ відрізнялося від обстеження та оцінювання інших фахівців сфери реабілітації та працівників сфери охорони здоров'я?
12. Чи допомогло вам опитування на основі СОРМ зрозуміти мету ерготерапії? Як ви розумієте мету ерготерапії?
13. Чи змінилися ваші очікування щодо курсу ерготерапії після початкової бесіди за допомогою інтерв'ю – яким чином?
14. Чи важливо для вас бачити прогрес у терапії за допомогою балів?
15. У чому на вашу думку цінність ерготерапії?

16. Чи є ще щось, що ви б хотіли зазначити щодо вашого досвіду роботи з ерготерапевтом та СОРМ?

## ДОДАТОК Л

Таблиця Л.1 – Організація дисертаційного дослідження

Етап	Основні напрями дисертаційного дослідження	Дизайн	Джерела/ групи учасників	Матеріали	Результати
Перший етап дослідження	Провести аналіз сучасної спеціальної науково-методичної літератури та провідного світового досвіду щодо найкращих практик забезпечення клієнтоорієнтованих та заняттєво спрямованих ерготерапевтичних послуг	Теоретичний аналіз та узагальнення даних спеціальної науково-методичної літератури	299 науково-методичних джерел	Опубліковані статті, дисертаційні дослідження, настанови та рекомендації щодо застосування СОРМ в ерготерапії	Сформульовано основні гіпотези дослідження
	Підтвердити актуальність обраної теми дослідження і дослідити використання СОРМ в Україні	Соціологічний метод опитування із поєднанням кількісних та якісних методів дослідження	Ерготерапевти, які працюють в Україні (n=213)	Опитувальник 1: Використання СОРМ в Україні	Обґрунтовано тему і завдання дисертаційного дослідження
	Здійснити офіційний переклад і міжкультурну адаптацію СОРМ українською мовою	Науково-обґрунтований, багатоетапний процес перекладу і міжкультурної адаптації СОРМ-UKR із залучення групи експертів	Перша група учасників дослідження (n=8)	Канадський інструмент оцінки виконання занять (СОРМ)	Здійснено переклад СОРМ-UKR, який узгоджується з ерготерапевтичною термінологією. Розроблено алгоритм змістової валідації СОРМ-UKR
Другий етап дослідження	Здійснити зовнішню та змістову валідацію СОРМ-UKR з вибіркою військовослужбовців та цивільних осіб в Україні	Науково-обґрунтований багатоетапний процес змістової валідації із поєднанням кількісних та якісних методів дослідження	Друга група учасників: ерготерапевти (n=20) Третя група учасників: клієнти ерготерапії (n=84)	Канадський інструмент оцінки виконання занять (СОРМ) Опитувальник 3 (анонімний когнітивний дебрифінг для ерготерапевтів) Опитувальник 4 (анонімний когнітивний дебрифінг для клієнтів ерготерапії)	Доведено достатню зовнішню та змістову валідність СОРМ-UKR

	Дослідити вплив СОРМ на клієнтоорієнтованість та заняттєву спрямованість ерготерапевтичних послуг в Україні	Соціологічний метод опитування із поєднанням кількісних та якісних методів дослідження Залежні непараметричні статистичні порівняні за допомогою тесту підписаного рангу Вілкоксона (Wilcoxon signed ranks test)	Друга група учасників: ерготерапевти (n=20)	Опитувальник 2 (пре-тест) Опитувальник 3 (анонімний когнітивний дебрифінг для ерготерапевтів) Опитувальник 4 (анонімний когнітивний дебрифінг для клієнтів ерготерапії) SPSS (Версія 28)	Доведено позитивний вплив СОРМ на клієнтоорієнтованість та заняттєву спрямованість ерготерапевтичних послуг в Україні
Третій етап дослідження	Дослідити особливості застосування СОРМ з військовослужбовцями і ветеранами в Україні.	Кількісний аналіз документації на основі СОРМ Незалежні параметричні вибірки порівняні за допомогою t-критерію. Незалежні непараметричні вибірки порівняні за допомогою U-критерію Манн-Уїтні	Третя група учасників: клієнти ерготерапії (n=87; військовослужбовці, n=45 цивільні, n=42)	Заповнені бланки СОРМ SPSS (Версія 28)	Визначено особливості проблем виконання занять військовослужбовців та цивільних осіб за допомогою СОРМ
	Розробити та науково обґрунтувати практичну модель щодо застосування СОРМ для підвищення клієнтоорієнтованості та заняттєвої спрямованості ерготерапевтичних послуг в Україні.	Якісний аналіз розгорнутих інтерв'ю на основі конструктивістської обґрунтованої теорії	Друга група учасників: ерготерапевти (n=20) Чотири клієнти ерготерапії з третьої групи учасників (n=4) Два незалежні дослідники	Алгоритм проведення напівструктурованих інтерв'ю з ерготерапевтами та клієнтами ерготерапії Стенограми 24 інтерв'ю, дослівно затранскрибовані за допомогою програми Transkriptor®	Практична модель застосування СОРМ на гострому та післягострому етапі реабілітації військовослужбовців та цивільних осіб в Україні
	Розробити та науково обґрунтувати практичні рекомендації щодо застосування СОРМ в Україні.	Експертне оцінювання практичних рекомендацій за допомогою модифікованого методу Дельфі	Четверта група учасників: ерготерапевти (n=12)	Алгоритм експертного оцінювання практичних рекомендацій за модифікованим методом Дельфі	Практичні рекомендації щодо застосування СОРМ в Україні
<b>Четвертий етап дослідження</b>					
Систематизувати результати дослідження, сформулювати висновки, визначити наукову новизну, забезпечити впровадження результатів дисертаційного дослідження у навчальний процес та клінічну практику, підготувати дисертаційну роботу до апробації та офіційного захисту.					

## ДОДАТОК М

Таблиця М.1 – Порівняльна таблиця перекладу ключових термінів COPM

Оригінальна англomовна версія COPM	Попередній офіційний переклад COPM	T1 перекладач	T2 перекладач	Версія COPM-UKR-2	Версія COPM-UKR-3	Версія COPM-UKR-4
Occupation	Діяльність	Заняттєва активність	Заняттєва діяльність	Заняттєва активність	Заняттєва активність	Заняттєва активність
Occupational performance	Ефективність діяльності	Виконання занять	Виконання Заняттєвої діяльності	Виконання занять	Виконання занять	Виконання занять
Practice	Професійна практика	Практична діяльність	Практика	Практика	Професійна діяльність	Професійна діяльність
Outcome measure	Шкала	Оцінка	Інструмент оцінки	Інструмент оцінки	Інструмент оцінки	Інструмент оцінки
Occupation-based practice	відсутній	Ґрунтується на заняттєвій активності	Практика заняттєвої діяльності	Ґрунтується на заняттєвій активності	Ґрунтується на заняттєвій активності	Ґрунтується на заняттєвій активності
Goal setting	Встановлення цілі	Постановка цілей	Розроблення цілей	Постановка цілей	Встановлення цілей	Встановлення цілей
Scoring	Підрахування балів	Підрахунок балів	Бальна оцінка	Підрахунок балів	Підрахунок балів	Підрахунок балів
Assessment	Оцінювання	Оцінювання	Оцінка	Оцінювання	Оцінювання	Оцінювання
Individualized	Індивідуалізований	Індивідуальний	Індивідуальний	Індивідуальний	Індивідуалізований	Індивідуалізований
Self-care	Самообслу-говування	Самообслу-говування	Самообслу-говування	Самообслу-говування	Самообслу-говування	Самообслу-говування
Performance	Ефективність	Виконання	Виконання	Виконання	Виконання	Виконання
Satisfaction	Задоволення	Задоволеність	Задоволеність	Задоволеність	Задоволеність	Задоволеність
Community Management	Керування справами	Пересування у громаді	Вправність у громаді	Пересування у громаді	Пересування у громаді	Пересування у громаді
Occupational performance problem	Проблеми ефективності діяльності	Проблеми виконання занять	Проблеми виконання заняттєвої діяльності	Проблеми виконання занять	Проблеми виконання занять	Проблеми виконання занять
Household management	Хатнє господарювання	Ведення домашнього господарства	Вправність у хатніх справах	Ведення домашнього господарства	Ведення домашнього господарства	Ведення домашнього господарства
Recreation	Відпочинок	Відпочинок	Дозвілля	Відпочинок	Відпочинок	Відпочинок

## ДОДАТОК Н

Таблиця Н.1 – Результати аксіального кодування з прикладами якісних даних

Змістові блоки	<b>Первинні категорії</b>
	<i>Цитати з інтерв'ю</i>
Причини і привід до застосування СОРМ	<b>Встановлення цілей, мотивація, корисність СОРМ</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Планування процесу ерготерапії та встановлення цілей.  <i>«СОРМ напряду скеровує тебе, напряду вказує, над чим тобі треба працювати, цілком дає тобі зрозумілі цілі, які ти маєш поставити в реабілітаційному процесі. Тому я вважаю, що кожному ерготерапевту було би дуже корисно використовувати СОРМ в своїй практиці. Це дійсно дуже важливо.» (ЕТ 8)</i>  <i>“[За допомогою СОРМ]...можна надати якісну послугу ерготерапії, тому що цілі будуть справді ті, які потрібні для пацієнта, а не для того, щоб держава заплатила за пакет.” (ЕТ 5)</i>  <i>«Планування втручання, планування своєї роботи, бо тоді ми можемо відсіяти менш вагомі заняття, менш важливі для особи, і власне працювати над тим, що потрібно» (ЕТ 6)</i>  <i>«Тому що я більш точно можу поставити цілі, повпливати саме на запит пацієнта, попрацювати з тим, що він хоче отримати від реабілітації, а не просто згинання-розгинання» (ЕТ 16)</i>  <i>«До використання СОРМ як ви встановлювали цілі? – З пацієнтом придумували і були такі, що чітко знали, що потрібно, а були такі, що чесно придумували, або підглядали у своїх колег, бо просто не могли зрозуміти, що саме для пацієнта потрібно» (ЕТ 9)</i> </li> <li>● Визначені цілі мотивують клієнта до відновлення та активної участі у реабілітації.  <i>“Мотивація найголовніша. Бо поки він не поставить собі ту ціль і те завдання, він не знає, для чого він то [реабілітацію] робить”. (ЕТ 12)</i>  <i>«СОРМ допомагає змотивувати пацієнта. У нас дуже багато демотивованих пацієнтів» (ЕТ 7)</i>  <i>«СОРМ повністю дає динаміку і пацієнт бачить поліпшення або погіршення свого стану... І це ж їх мотивує у подальшому.» (ЕТ 14)</i> </li> </ul>

## Продовження таблиці Н.1

Особливості контексту	Середовище реабілітації, розуміння ерготерапії фахівцями МДРК, верхня кінцівка, травматизація, реабілітаційний період, соціум
	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Застосування СОРМ на різних реабілітаційних етапах, середовищах реабілітації           <p><i>“Післягострого пацієнта забираємо зразу в відділення. І там з ними важче приводить СОРМ, бо вони ще... не налаштовані, якщо чесно, на комунікацію і там максимум, що це можна, це залучить його до якогось самообслуговування, бо він ще не знає, що він хоче...” (ЕТ 12)</i></p> <p><i>“Направду, зараз є пацієнти, у мене достатньо, скажімо так, складними травмами, захворюваннями, і тому трошки на них, насправді, йде складувати...З амбулаторними взагалі проблем немає. В них легше, вони можуть спробувати те, що вони хочуть, обширніше. Все-таки, коли пацієнт хоче повернутися, він хоче водити машину, це легше, зрозуміло, ніж коли пацієнт стаціонарі. (ЕТ 15)</i></p> <p><i>“Вони вже побули вдома, вони вже зіткнулися з проблемами...і вони вже мають вже сформовані такі проблеми і з ними набагато легше проводить інтерв'ю.” (ЕТ 12)</i></p> <p><i>“Дуже сильно впливає, наприклад, якщо це військовий, який отримав, наприклад, травму 2-3 місяці тому, і ще такому, скажімо, в гострому стані. І є військові, наприклад, які ми проводимо через рік. Тому оці військові, наприклад, 2-3 місяці, вони майже всі хочуть повернутися назад в частину, до хлопців. Ті, хто там рік і більше, вони вже задумуються над тим, над зміною роботи, чим вони будуть цивільно можуть займатися, більше залучають родину, сім'ю, друзів і так далі.”(ЕТ 13)</i></p> </li> <li>● Клієнти, адміністрація та МДРК погано обізнані про ерготерапію, мають хибне уявлення про ерготерапію, звужують компетенції ерготерапевта до відновлення верхньої кінцівки.           <p><i>“Напевно, відсотків 90 взагалі не знає, хто такий ерготерапевт, хто до них прийшов, і їх навіть це трішечки лякає”(ЕТ 13)</i></p> <p><i>“Я кажу [адміністрації], що я ерготерапевт, це не фізичний, це зовсім не те. Ну, єдине, що нас вже не асоціюють не з масажистами, не з ЛФК, ми добились того, але ще плутають між собою. Тобто вони вважають, що ми взаємозамінні” (ЕТ 12)</i></p> <p><i>“Є стереотип, ще навіть такий в команді, тобто не всі до кінця розуміють роль ерготерапевта і навіть фізичний терапевт може сказати, От я не буду працювати з рукою, є ЕТ, він буде займатися нею”. (ЕТ 16)</i></p> <p><i>“Чомусь завжди люди думають, що ерготерапевт – це тільки рука. Відновить мені руку. І фізичним терапевтам на цьому наголошується, тому що, якщо рука, «зразу йдіть до ерготерапевта» (ЕТ 17)</i></p> </li> <li>● Вплив соціуму, обмеженої психологічної допомоги           <p><i>«Їм важко сприймати себе і бачити в соціумі. І це така трошки проблема з тим, що у нас немає психологічної допомоги нормальної в країні»</i></p> </li> </ul>

## Продовження таблиці Н.1

Фактори, що впливають на застосування СОРМ	Особисті фактори клієнта, травматизація, соціум
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Особисті фактори, травматизація (комплексна травма, воєнна травма, емоційна лабільність, апатія, зневірення, депресія, ПТСР, страх соціуму, докори сумління, заняттєва свобода, замкнутість, агресія, прийняття травми/інвалідизації, етап реабілітації, вік, попередній досвід реабілітації, упереджене ставлення до ерготерапевта через вік, стать ерготерапевта, залежність від психоактивних речовин)  <i>“Так, в мене були такі пацієнти, з якими все-таки не вдалося в мене використовувати СОРМ. Це було ставлення людини самої до свого життя, до того, як вона проживає його. Я підходила з різних сторін, намагалася і підтримати, і якимось мотивувати, але людина просто поставила на собі хрест і, на жаль, в цьому випадку я не змогла нічого зробити.” (ЕТ 8)</i>  <i>“воно [інтерв’ю з СОРМ] не дасть результату, якщо людина ще абсолютно не сприймає свого стану, Я просто можу навести приклад. Пацієнт...говорив, якщо я не буду ходити, відвезіть мене назад в Донецьк, нехай мене доб’ють. Мені іншого не потрібно. (ЕТ 3)</i>  <i>“З цивільними легше, тому що травма війни – це поєднана травма. Плюс може бути і ЧМТ, і контузії, ну ви розумієте це, і осколкові поранення всього тіла. Просто важче в цьому плані, що вони, пацієнти в важкому стані” (ЕТ 14)</i>  <i>“В мене був військовий, який сказав, що я не буду носити ортез, бо мені соромно, бо я інвалід, я не вийду на вулицю в ортезі. Я кажу, що ви герой, ви не інвалід, а він каже, я інвалід” (ЕТ 12)</i>  <i>“Ім дуже важко відволікатися і взагалі ідентифікувати себе як людину в цивільному житті. Тобто вони бачать себе тільки на полі бою і все” (ЕТ 8)</i>  <i>“є одні пацієнти, яких хочуть поділитися своїми переживаннями і відновитися, а інші вони закриваються в депресії і вони не можуть, ти до них не можеш просто достукатись.”(ЕТ 12)</i>  <i>«Залежність у нас дуже велика проблема насправді, бо військові, коли вертаються, це часто куріння трави дуже поширений, це алкоголь часто дуже глушить в собі оці всі і звуки в ушах, і безсоння, і так далі. Тому так як ми працюємо подалі від цивілізації, це гори. Вони знаходять собі де завгодно хоч щось, там їм посилки присилають, там ще щось. вони себе починають глушити, і біль, якщо це ампутація, то це фантомні болі постійні, плюс ПТСР, тобто від цього нікуди не дінешся. (ЕТ 8)</i>  <i>“Люди такі, а що це за дівчинка сидить і розпитує про те, як я живу і що я роблю? Чому я взагалі повинен їй розповідати?” (ЕТ 20)</i>  <i>“Дуже складно реагують військові, особливо на дівчину, якщо там буває так, то вони не знають, хто це. Взагалі, що я буду робити, яка моя роль, то я поясню, звичайно.” (ЕТ 16)</i>  <i>«Був це один пацієнт... був військовий, стався інсульт..Він відмовився відповідати, що в нього не виходить. Аргументуючи це тим, що “Я не звик, що в мене нічого не виходить, а тут передо мною сидить дівчина, я не хочу жалітися. У мене все добре, у мене все виходить”. (ЕТ 13)</i> </li> </ul>

## Продовження таблиці Н.1

Фактори, що впливають на застосування СОРМ	Особисті фактори, родина, довіра до родини
	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Особисті фактори клієнта (продовження):           <p><i>“Напевно, частіше від стану пацієнта, бо бувало таке, що вони просто або втомлювалися через те, що багато їм доводилося згадувати, думати. Деякі просто ще такі депресивні доволі були, що їм було важко згадувати про те, що вони там любили робити раніше, бо вони себе вважали, що вже все, вже нічого з цього не буде.” (ЕТ 10)</i></p> <p><i>“Занадто самопевненість в собі пацієнта, що це мені не потрібно. Він почав, так, це мені не треба, та це я можу, але насправді він цього не може. І він, ну, занадто певний якби в собі був, і я розумію, що ні. Ну, тобто, закінчуємо, переходимо далі, в нього там запит на руку, добре, проводимо на руку. і на дрібну моторику тестування і на цьому закінчили. фактично він не хотів визнавати, що в нього є якісь обмеження.(ЕТ 18)</i></p> <p><i>“Дуже важко пояснити то пацієнтам, які мають 60-70 років, які вирости в Радянському Союзі і вони вважають, що це ЛФК, а масаж це взагалі... Номер один. І якщо чесно, я вам скажу, що я не можу поборотися з масажем. І геть в мене пацієнтка питала, скільки грошей заплатити вашому масажисту, щоб він до мене прийшов (ЕТ 12)</i></p> <p><i>І це є пацієнти деякі... старшого віку. То в них оце поняття фізкультури, ЛФК, воно більше в них в голові засідає і вони такі, ну що, давайте там будемо гантелі, ще щось, або сідати там, мотомет крутити, плегічною руковою, вони думають, що це їм більше допоможе. (ЕТ 10)</i></p> </li> <li>● Родина впливає на встановлення цілей (спостерігаються наступні явища: тиск родини, різні бачення цілей родиною та клієнтом, гіперопіка, негативний або позитивний вплив родини)           <p><i>“У нас дуже часто, якщо чесно, така от битва титанів, бо у родичів свій погляд на те, що має вміти клієнт. У клієнта свій погляд на те, що він має вміти... Бо родичу здається, що пацієнт нічого не хоче робити, а пацієнту здається, що до нього всі прискіпуються. І отут ми як буферна така зона, яка намагаємося трошки все це зліпити в одне, в результаті отримати гарний результат, який задовольнить всіх. Бо це також є важливим. (ЕТ 7)</i></p> <p><i>“Дуже важко через гіперопіку самих родичів, пацієнтам не дають нічого пробувати робити, тому на заняттях, після того, як вони знають, що прийдуть готувати, вони хочуть йти.” (ЕТ 13)</i></p> <p><i>“Вони [родичі] не готові прийняти того, типу, а на що я тут, або на що ми наймали тоді сиділку, я ж їй гроші плачу, хай вона там одягає його, вмие, і так далі.” (ЕТ 20)</i></p> <p><i>“Так, класно залучати ще родичів. От, наприклад, у нас буквально на цьому тиждні прийшла дружина нашого пацієнта, він приготував їй каву...ви б бачили її очі. Каже, все, я розумію, що мій чоловік відновлюється.” (ЕТ 7)</i></p> <p><i>“У них обірвані соціальні зв'язки з сім'єю, вони не повноцінні. У них соціальні зв'язки повноцінні з друзями, з побратимами, вони найбільш виражені. Плюс в деяких випадках це комплекс типу вижившого, комплекс того, хто перебуває не там. Вони фактично, за рахунок того, що перебувають там, вони ізольовані від соціуму і ізольовані від власної сім'ї. Вони відвикають. Сім'ї звикають жити без них, а вони без сім'ї”. (ЕТ 20)</i></p> </li> </ul>

## Продовження таблиці Н.1

Фактори, що впливають на застосування СОРМ	<b>Передумови використання СОРМ, освіта ерготерапевта, розуміння СОРМ ерготерапевтами, заняттєва спрямованість, клієнтоорієнтованість, відповідальність</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• На застосування СОРМ впливає брак освіти або неякісна освіта з ерготерапії.  <i>“Тому що не було навчання по ерготерапії. Я кажу з особистого досвіду, коли вчилася, я не знала, що таке ерготерапія. І наші викладачі не могли нам пояснювати, бо вони не знали, що це є.” (ЕТ 9)</i>  <i>“Коли я навчалася тільки на бакалаврі на асистента, у мене не було поняття, хто такий ерготерапевт взагалі. Ну, не пояснювали. Нам казали, що там бусинки щось перекладають, ну, коротше, щось таке роблять”. (ЕТ 7)</i> </li> <li>• На застосування СОРМ впливає те, чи ерготерапевт проходив навчання з використання СОРМ (тренінг).  <i>“я теж раніше застосовувала СОРМ, і я скажу, він здається настільки простим... А насправді потрібно навчитися ще його використовувати.” (ЕТ 2)</i>  <i>“Завдяки тренінгу з використання СОРМ я зрозуміла, що використовувала його неправильно” (ЕТ 5)</i>  <i>“Навчання було дуже корисне, тому що до навчання зовсім по-іншому сприймався цей інструмент. Він набагато довше проводився, не так навіть пояснювався пацієнту. Тобто для мене це було щось невідоме, таке невідоме, як прірва, в якій я не розбиралася.” (ЕТ 17)</i>  <i>Я би, наприклад, якийсь курс в кожен університет давала, щоб проводити навчання, як ви нам проводили (ЕТ 2)</i> </li> <li>• На застосування СОРМ впливає те, чи ерготерапевт практикує у клієнтоорієнтований та заняттєво-спрямований спосіб  <i>“Ми не нав'язуємо ті цілі, які нас цікавлять, які стандартні, а ми дізнаємося про життя людини і працюємо саме з тим, що для неї релевантно в даному випадку” (ЕТ 5)</i>  <i>“Клієнтоорієнтована робота — це робота орієнтована на потреби людини. Тобто, що тут ми беремо до уваги якщо беремо її основні заняттєві ролі, життєві ролі, те, що для неї важливо.” (ЕТ 6)</i>  <i>“Заняття – це вже є життя людини, а ми його маємо покращити. якщо людина залучена до якогось заняття, вона щось виконує, вона швидше відновлюється і психологічно, і морально, і фізично.” (ЕТ 4)</i>  <i>«Заняттєва спрямованість має більшу користь, бо якщо ми просто будемо давати якісь завдання, які пацієнту можуть бути взагалі нецікаві, то не буде ефективності від нашої роботи. Тобто йому буде нецікаво, він може взагалі відмовитися від виконання цієї діяльності.” (ЕТ 10)</i> </li> <li>• Клієнти по-різному сприймають заняттєву спрямованість і клієнтоорієнтованість  <i>“[Заняттєву спрямованість] гарно сприймають, працюють, дуже всі потім задоволені, що щось там змогли зробити. (ЕТ 1)</i>  <i>“ Не завжди позитивно. Я вам чесно розкажу, що в мене була жіночка, ну це було десь півроку назад... сказала, що ті вправи їй допомагають набагато більше, як це [заняття], що ми з вами робили” (ЕТ 12)</i>  <i>“Скажу чесно, бо є пацієнти, яким це подобається, що вони приймають активну участь, а інші не хочуть брати на себе відповідальність.” (ЕТ 12)</i> </li> </ul>

## Продовження таблиці Н.1

Фактори, що впливають на застосування СОРМ	Розуміння ерготерапії клієнтами, терапевтичні стосунки, середовище реабілітації
	<ul style="list-style-type: none"> <li> <p>• Розвиток терапевтичних стосунків</p> <p><i>“[Залежить] наскільки добре ми дамо розуміння, що таке ерготерапія, наскільки ми, наприклад, добре задаємо інтерв'ю питання, наскільки людина нам відкриється, чим точніше вона сама для себе зрозуміє, що їй потрібно, що вона хоче робити, і наші можливості, скажімо так, збільшаться.” (ЕТ 13)</i></p> <p><i>“Немає бажання спілкуватися, розкриватися, відкриватися. Ми не хотіли, але якщо з ними працювати, і я так зауважила, що на початку ніхто тобі з військових, на перших заняттях вони ніколи з тобою не будуть розмовляти, скільки часу я працюю.” (ЕТ 9)</i></p> <p><i>“Також є пацієнти, які скептично трошки відносяться... ми хочемо провести в перший день СОРМ, але коли вже починаємо з ними так зближуватися, контакт йде, це вже десь третій день може бути.” (ЕТ 18)</i></p> <p><i>“вони більше замкнуті, Менше йдуть на контакт. Це ще залежно від людини, яка вона взагалі була до початку війни і після вони міняються. Як ти ще знайдеш підхід, як ти поясниш. (ЕТ 17)</i></p> </li> <li> <p>• Деякі ерготерапевти вважають, що для побудови терапевтичних стосунків з військовослужбовцями потрібно більше зусиль, розуміння. Разом із цим, постає питання меж професійних стосунків та вигорання ерготерапевта:</p> <p><i>“З ними треба проживати їх день, їх тиждень, їх місяць...Тобто постійно бути в колі їх поточних справ для того, щоб зрозуміти, а що ж вони хочуть зараз, на сьогодні. То виходить, що мені треба максимально бути з кожним, відчувати кожного як свого рідного або двоюрідного брата. Тобто проживати їх життя разом з ними”.</i> (ЕТ 2)</p> <p><i>“Ну, ми з ним спілкувалися добре, дуже добре, так. Навіть на вайбері переписувалися з ним. Так, він такий допускав. Але він прям допустив мене ще в свою зону комфорту. Він розповідав мені про свої особисті проблеми. Але насправді, я кажу, що за допомогою інтерв'ю він допустив мене в цю зону комфорту, я дізналася, що мені потрібно.” (ЕТ 9)</i></p> </li> <li> <p>• Середовище реабілітації, матеріали</p> <p><i>“Тому що от вони там нас розбирають, в магазини збирають, в нас є муляжі з патронами, вони там носять ці бронезилети, в нас є навіть муляж гранатомету...Якщо це про повернення до керування транспортним засобом, то це буде транспортний засіб не просто автомобіль, а якийсь там вантажів, АБТР і так далі. У них зовсім різні запити і ми намагаємося підібрати втручання, щоб допомогти.”(ЕТ 17)</i></p> </li> </ul>

## Продовження таблиці Н.1

Терапевтичні стосунки, партнерство, гнучкість, інформування клієнта, підбадьорення клієнта	
Ефективні стратегії	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Інформування, довіра клієнта для розвитку терапевтичних стосунків  <i>“Якщо у людей вже є якесь сформоване уявлення, що ерготерапія – це рука, то в процесі цього СОРМ проведення, вони вже від мене мають децю інше очікування. І я їм пояснюю, що з верхньою кінцівкою ми будемо працювати для того, щоб відновити заняттєву активність, і що, окрім того, нам потрібно пропрацьовувати саму заняттєву активність, а не концентруватись на самій руці”. (ЕТ 3)</i>  <i>“Наприклад, коли вони бачать ці кольорові кубики, ці кольорові прищепки, для них це як тригер, що вони не малі діти, вони не хочуть займатися отаким все. воно має бути чітко інколи сформульовано, щоб вони розуміли, що це є інструмент, який для них буде корисним. І що це не просто розмови, а що воно є цілеспрямоване для них. Для життя. (ЕТ 6)</i>  <i>“коли ти проводиш СОРМ, ти з людиною зближаєшся. Це такий перший контакт, коли людина розуміє, що вона може відкритися, що вона може тобі довіритися, що її проблеми будуть почуті. Бо частіше за все від них, на жаль, коли вони особливо приїжджають з державних закладів, з лікарень, то вони трошки такі боязкі, бо я зараз щось скажу, а мені скажуть, у нас нема на то часу, або що ти взагалі від мене хочеш, відмахнуться і все. А якщо ти людині приділяєш час і можеш з нею поговорити про її проблеми, чому ж вона до тебе вирішила звернутися? то змінюється і подальший контакт з клієнтом. Вони якимось так тепліше стають до тебе.” (ЕТ 7)</i>  <i>“А є такі пацієнти, наприклад, дуже сором'язливі, дівчата, які, ну, там треба трошки поюли, щоб жінка дійсно розкрилася і розказала, що, наприклад, в питаннях гігієни є проблеми, бо це дуже інтимно. Наприклад, з використанням гігієнічних засобів є складність. (ЕТ 12)</i> </li> <li>● Ерготерапевт повинен вміти чітко пояснити мету ерготерапії, користь від заняттєвої спрямованості:  <i>“І я їм пояснюю, що з верхньої кінцівки ми будемо працювати для того, щоб відновити заняттєву активність, і що, окрім того, нам потрібно пропрацьовувати саму заняттєву активність, а не концентруватись на самій руці.(ЕТ 3)</i>  <i>“Дуже часто чую, щоб рука працювала. А коли ти починаєш пояснювати, а навіщо вам рука, о, тоді він вже говорить, так я ж не можу ні ложкою їсти, ні чистити зуби, ні приготувати їсти, я нічого не можу. Кажу, о, і тоді, коли ти наштотуєш пацієнта, тоді він тільки розуміє. А пацієнти, які не перший раз... вони вже знають, о, а ми тої цілі вже з вами досягли, ми вже то вже використали, я тепер хочу ось це. Коли вони побачили, що це реально, що це разом досяжно, то тоді вони вже в них, то в нас дві цілі, на другий курс в нас вже 4 цілі (ЕТ 17)</i> </li> <li>● Ерготерапевти повинні бути гнучкими і змінювати напрямок реабілітації відповідно до потреб клієнта:  <i>“Коли він [клієнт] розповідає, то відповідно трошки змінюється стратегія загалом... Інколи ти собі план будуєш такий, але ти розумієш, що ти мусиш трошки розгалужитися, бо в нього інші цілі, відповідно до яких треба підлаштовуватися, бути, скажімо так, гнучкішим”. (ЕТ 15)</i> </li> </ul>

## Продовження таблиці Н.1

Заняттєва свобода, використання прикладів, підбадьорення клієнта, реалістичність цілей, адвокація клієнта	
Ефективні стратегії	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Браку заняттєвої свободи, фокус на теперішній час:  <i>“Тобто тут виходить так, що вони свіжі поранення мають, а я йду до них з листом про їх майбутнє. Як вони там його можуть побачити, те майбутнє, якого вони наразі не хочуть бачити. Вони ще знаходяться в тих п'ятих етапах прийняття, свого стану, тому їм це важко. І мені важко з ними про це говорити, тому що я можу вийти в ту яму, яку не треба розкопувати.” (ЕТ 2)</i> </li> <li>● Опитування варто проводити у приватному середовищі  <i>“Я ніколи не проводжу такі розмови в палаті. У нас є індивідуальні кімнати, або беру пацієнтів на обіді, коли нікого немає в залі. Є різні люди. Зустрічаються такі хлопці, що сміються, наприклад. Висміюють.(ЕТ 9)</i> </li> <li>● Ерготерапевти повинні інформувати клієнта про реалістичність визначених клієнтом цілей  <i>«Вони нам говорять запит за їхній фах, за їхню професію, але в більшості вона є відразу нереалістичною. Я про це спілкуюся, ми з ними говоримо, і от власне тут ми не можемо зразу переключати їх, що давайте це нереалістично, давайте ми будемо брати якусь альтернативу.” (ЕТ 6)</i> </li> <li>● Навички інтерв'ювання:  <i>“Якщо чесно, ну, коли ти починаєш дивитися в бланк, сам пацієнт напружується і він не так швидко з тобою йде на контакт. Бо коли ти говориш собі з ним спокійно, собі там це, він набагато собі так, він собі вільніше почуває і тобі більше відкривається. А коли ти вже починаєш дивитися в бланк, Все, він квадратні очі, все, мене тестують, а що це зі мною буде? Ну, а наші люди чогось дуже бояться, ну, все, що зв'язане з тестуванням. (ЕТ 12)</i>  <i>« Ми знаходимо свій підхід. Якщо хочеш в кафе, давай одягайся. Треба ключик знаходити”. (ЕТ 19)</i>  <i>“Тобто такі цілі і пропрацьовування в інструменті цьому, вони дають розуміння пацієнту, що він не сам. що у нього є його адвокат, або його друг, або людина, яка трошки більше про нього знає і думає, і думає туди там вже, коли він буде водити, сидіти або ходити, і що він може завжди прийти і спитати, так, а що там, ми там правильно, як рухаємось” (ЕТ 2)</i> </li> <li>● Використання прикладів занять є корисним у первинному інтерв'ю  <i>“Ми просто приводимо приклади з життя, я кажу, давайте будемо аналізувати, ви мені розкажете, чим ви живете, а я вам розкажу, що це може бути. Тоді на їхньому прикладі, на їхньому власному житті, то їм набагато зрозуміліше і простіше»(ЕТ 8)</i>  <i>“Це класно, коли пацієнт знає, що він хоче, оцей, скажімо так, ідеальний пацієнт, але не з усіма так проходило. Тому, відповідно, я так відштовхувалася від цього, якби можна було якось підібрати.Приклади дуже допомогли...”(ЕТ 15)</i>  <i>“Я користуюся роздруківкою в телефоні і постійно просто даю приклади. Тому що якщо ти говориш тільки про СОРМ самовслуговування, розкажіть, що самовслуговування важко. Треба завжди людині говорити, наводити безліч прикладів.”(ЕТ 14)</i> </li> </ul>

## Продовження таблиці Н.1

Полегшення роботи, скерування цілей ІПР, фокус втручань за МКФ, швидкість застосування	
Наслідки застосування СОРМ	<ul style="list-style-type: none"> <li>● СОРМ полегшує роботу, дозволяє зібрати максимум інформації про клієнта, структурувати інформацію  <i>“Це виявилось легше для постановки цілей для тих пацієнтів, які були невизначені, що вони хочуть від ерготерапії, і СОРМ чудово допомагає в цьому плані” (ЕТ 14)</i>  <i>“Він інформативний, він наскільки полегшує роботу ерготерапевта.” (ЕТ 9)</i>  <i>«Тепер із переліком занять все проходить швидше, ну і відповідно з практикою швидше» (ЕТ 8)</i>  <i>“в мене вже сформовані проблеми виконаних занять, і тоді ми переходимо до постановки цілій, обов'язково довгострокових, і тоді їх вже розбиваємо на короткострокові, і їх я записую в наш протокол реабілітаційний, ерготерапевтичний, і потім я пишу програму реабілітації... Це дає мені дуже гарну структуру.” (ЕТ 2)</i>  <i>“Колосально. Одним словом, колосально. Я ж вам кажу, що дуже багато мені чого це дало, і я вам скажу, що даже в деяких В питаннях, напевно, я сама виросла за допомогою СОРМ, і в розумінні того, як його правильно проводити. Я вам скажу, що це дуже полегшує роботу.” (ЕТ 4)</i> </li> <li>● СОРМ розширює вплив ерготерапевта на інші сфери заняттєвої активності поза активністю повсякденного життя  <i>“Дає велику можливість охопити всі сфери і зрозуміти навіть самій людині, що для неї важливим є.” (ЕТ 8)</i>  <i>“до СОРМ моє, можна сказати, тоді ще розуміння ерготерапії – це була рука і самообслуговування, і кухня, на жаль.” (ЕТ 3)</i>  <i>“Я почала більше приділяти часу не тільки самообслуговуванню, а більше таким активностям, які приносять пацієнту задоволення. Не тільки, наприклад, потрібні в побуті, а ще й приносять йому задоволення.” (ЕТ 12)</i>  <i>“В мене є пацієнт, з нього було дуже важко витягнути якусь інформацію, хоч якби не питаю, а він - в мене не працює рука, все, і на цьому інтерв'ю закінчується... а після СОРМ спрацювало, він сказав, що він не може ходити там в ліс по гриби, що він не любить рибалку, каже а в мене ще вдома кран тече. (ЕТ 12)</i>  <i>“СОРМ змінює цілому роботу, бо іноді таке відчуття, наче пацієнт вже все вміє, наче в нього все виходить. Але ось коли проходиш інтерв'ю з ним, ти дізнаєшся, що в нього є ще якісь там заняття, які він любить робити, просто він про них не розповідав, бо не думав, що це якби... Щоби взагалі там можна займатися” (ЕТ 10)</i> </li> <li>● СОРМ дозволяє ерготерапевту скеровувати роботу МДРК:  <i>“Ми допомагаємо фізичним терапевтам, Вони там працюють над функцією, так, походити там, вставати. І тому команді також це допомагає... взагалі, ерготерапевти, як на мене, ми такі люди в команді, які дійсно спонукаємо всіх інших, щоб ми клієнтоорієнтованими були.</i>  <i>[члени МДРК] орієнтуються, власне, на наші цілі, саме ерготерапевтів, і ерготерапевт стає вже ведучою особою. Я вам просто невимовно вдячна, як приємно, що ти стаєш ведучою особою, і ти не суто займаєшся руками, а ти вже реально стаєш майже центром. Пацієнт є центр, але я маю на увазі саме в команді, ти тягнеш команду, ти говориш ціль, що пацієнт висловив, він сказав, що це дуже важливо, і команда починає уже тоді крутитися над твоєю ціллю. Це чудово.” (ЕТ 14)</i> </li> </ul>

## Продовження таблиці Н.1

Наслідки застосування СОРМ	Вплив на якість життя, заняттєвий запит
	<p>“Це відгук їх, вони кажуть, мене це розвантажує...я не оточений тільки білими халатами, а я розумію, що в межах лікарні, виявляється, можна більше, можна почувати себе людиною...Життя триває, так?” (ЕТ 15)</p> <p>“[клієнт] казав, що життя закінчилося і так далі. Ми поїхали в гори, поїхали в цивілізацію більше, щоб він зрозумів, що він така ж людина, яка була, тільки з новими, можна сказати, можливостями. І тоді він почав вже бачити своє майбутнє, він почав вже думати, як діяти далі, як облаштовувати своє житло, сім'ю і так далі.” (ЕТ 8)</p> <p>“так як я використовую його при інтерв'ю, я зразу даю пацієнту зрозуміти, що я працюю саме над активністю і участю його. Ну, типу, не дрібна моторика, не... Ну, бо ж ми... Ви самі розумієте, що якщо ми будемо працювати над дрібною моторикою, ми можемо працювати, працювати, і з того нічого не добитися, і пацієнт від нас поїде просто повністю залежний від сторонньої особи. А так ми працюємо над активністю і спокійно їх відпускаємо. Спокійною душею, так сказати.» (ЕТ 18)</p> <p>“Наше завдання – покращити якість життя людини. Ми це не можемо зробити без неї.” (ЕТ 3)</p> <p>“Була жіночка 55 років, по самообслуговуванню все робила, одягалася, ринкові гігієнічні в неї було супер, переміщувалася, в магазин ходила, готувала. Каже, я готую все, що хочу...Вона каже, так, я дуже хочу компота, але не можу. Кажу, а чому не можете? Каже, мені дуже важко закрутити банку цим закруточним ключом. Каже, мені дуже важко закрутити банку цим закаточним ключем. Кажу, а чому ж ви не говорили? Вона каже, я не знаю, я думала, я не можу собі приготувати, я можу сходити в магазин, я можу помити, можу почистити. Вона каже, я не подумала, що це реально для мене важливо, що я хочу там зимою випити того компоту.” (ЕТ 13)</p> <p>“жінки, коли їм, наприклад, пропонуєш, а чи наносили ви макіяж раніше? І в них так змінюється одразу вираз обличчя. І це просто мурашки шкірою, коли ти кажеш, а може чоловік там прислати ту туш, будемо пробувати однією рукою, хоча б вікіна фарбуємо. І вони так змінюються, так посміхаються і кажуть, а що, в мене правда може вийти? Коли ти кажеш, що це можна зробити навіть після інсульту в тих умовах, в яких ми є з вами зараз, Вони відкриваються зовсім по-іншому. (ЕТ 7)</p> <p>“Був в мене пацієнт, який сказав, що для нього важливо їсти шаурму, але не просто шаурму їсти, він хоче їсти її двома руками. У нього черпномозкова травма, він каже, ви пробували їсти шаурму однією рукою? Ну, наскільки важливо в житті для людини їсти шаурму двома руками? А для нього це просто... Він так каже, я зараз шаурму перестав їсти, бо я не можу, каже, воно мене нервує. І от, власне, тобто, що ніби на життя воно його сильно не вклинає, але це для нього дуже було таке важливе... І без СОРМ я би про це не знала.” (ЕТ 6)</p> <p>“СОРМ дуже розгорнуто дає можливість розібрати все по полицках і пацієнту дати можливість оцінити навіть результат в кінці. Ну і залучення його до процесу самого, коли він визначає собі сам цілі. Навіть я помітила по своїм пацієнтам, що для них це є важливим. Вони одразу беруть все в свої руки і вони запам'ятовують, що вони хотіли робити і що для них було важливим.” (ЕТ 15)</p>

## Продовження таблиці Н.1

Вплив на якість життя, заняттєвий запит	
Наслідки застосування СОРМ	<ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Вплив на якість життя</b>  <i>”Мені було дуже приємно працювати з пацієнтом з шийною травмою. Вони є досить тяжкі через порушену функціональність рук. І завжди ти зосереджуєшся, знову ж таки, на чому? На самообслуговуванні. Зосередились ми на самообслуговуванні, навчилися, власне, з цим пацієнтом їсти, якісь такі навички, мінімальні персональні гієни робити. Але він був завжди якийсь сумний, і це було помітно. І от СОРМ проводимо, а він батьком маленької донечки. А донечка була далеко. І ми виявили, що він хотів би періодично їздити додому, що все-таки йому ці госпіталю, вони вже набридли. І все те саме було з ерготерапії, що самообслуговування, ріжемо, кришимо, готуємо, одягаємося. І коли ми виявили проблему, власне, що він не може повноцінно виконувати роль батька... Донечка любила малювати, просила його малювати. І тут вже роль ерготерапії була у всій красі. Ми хотіли спочатку спробувати в його руки якимось той пензель вкласти, і все-таки нам вдалося вкласти без адаптації, і він вже хвалився успіхом того, як він малює з донькою, і як, власне, він був залучений, і йому було просто приємно виконувати роль батька. (ЕТ 14)</i> <p><i>“В мене була жіночка, 41 рік. Вона 15 років тому отримала токсичну енцефалопатію... За період реабілітації ми з нею, в принципі, проговорили, цілі за допомогою СОРМ, Я от якраз дізналася, що вона 15 років нічого не робила. Ми спочатку сконцентрувалися на одяганні, на взуванні, щоб вона могла собі обійти. І вона, коли це зробила, ми це з нею зробили буквально за пів тижня. Вона в шоці... Ми зробили чаю, каву, вона почистила яйця. Вона вперше за 15 років взяла і намалювала картину хлопцям військовим. Така дуже симпатична картина.” (ЕТ 20)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Інтерв’ю за допомогою СОРМ допомагає клієнтам зрозуміти суть професії та зацікавити пацієнтів брати участь в ерготерапії:  <i>“СОРМ дуже полегшує мені дати людині зрозуміти, що я від неї хочу і що її треба взяти від мене. (ЕТ 8)</i> <p><i>“Тепер я розумію, що якщо я не поясню, хто я, не донесу свою цінність, то я і не маю сенсу представляти СОРМ, тому що він просто не зрозуміє цього. Тому це неймовірно важливо. Коли я почала більше розглядати СОРМ, я тоді більш чітко почала розуміти цінність самої ерготерапії.” (ЕТ 15)</i> <p><i>“це, напевно, єдиний інструмент, який саме відповідає за те, над чим ми маємо працювати, за заняттєвою активністю. Більше немає такого інструменту, щоб він допоміг визначити пріоритетні заняття для пацієнта. (ЕТ 10)</i> <p><i>“Військові якимось спочатку все сприймають і тебе, і взагалі, що це якась іграшка, що це за дитячий садочок. Але... тепер мої заняття ставляться в пріоритеті навіть з фізичними терапевтами. Тому важко пояснювати було пацієнтам, але кожен раз тепер легше. якимось знаходиш слова, і пацієнти між собою спілкуються, навіть я чула, і запитують один в одного, чи проводили їм такий цікавий тест, чи говорили з ними на те, що їм важко, що для них важливо (ЕТ 17)</i></p> </p></p></li> </ul> </li> </ul>

## Продовження таблиці Н.1

Заняттєва спрямованість, клієнтоорієнтованість, корисність СОРМ	
Наслідки застосування СОРМ	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Заняттєва спрямованість реабілітації впливає на сенс життя, мотивацію клієнта: <ul style="list-style-type: none"> <li>“[Заняттєва спрямованість] приишвидишує процес відновлення пацієнта, дає мотивацію, перш за все...дає можливість розуміти, що вони є цінними і що вони і надалі зможуть займатися тим, чим вони займалися, скажімо так, до війни. Вони розуміють, що вони будуть корисні своїй сім'ї, своїй родині, вони загалом громаді будуть корисні. Нам, людям всім важливо відчувати себе корисними, бо не просто існувати, а бути дуже важливими для оточення. (ЕТ 15)</li> <li>“Коли люди бачать результати і досягаються цілі на тому рівні, у них з'являється сенс життя. І ми, по суті, людині надаємо сенс життя. Це дуже багато значить. (ЕТ 5)</li> <li>“Заняттєва орієнтованість має більшу користь, бо якщо ми просто будемо давати якісь завдання, які пацієнту можуть бути взагалі нецікаві, то не буде ефективності від нашої роботи. (ЕТ 10)</li> <li>“Взагалі, в принципі, після знайомства з СОРМ в мене був такий трошки мені вибух в голові, такий бам, нічого собі. Тобто ми по факту реально змінюємо життя людям. Ми спроможні вплинути на реальне життя людини, так? Так, на реальне життя людини. Коли ти дивишся, скільки взагалі пройшло людей, і зверталися за допомогою. Їх життя стало хоч на трошечки краще. Ти розумієш, що ти живеш не зарма. Це круто. Це дуже круто.” (ЕТ 7)</li> </ul> </li> <li>● СОРМ покращує якість надання послуг через індивідуалізацію втручання, підвищення клієнтоорієнтованості та заняттєвої спрямованості: <ul style="list-style-type: none"> <li>“Ми відходимо від тієї, скажімо, структури ЛФК, яка була раніше і все давалося однаково по шаблону всім. Насправді воно так не працює. Кожна людина індивідуальна, в кожній людині свої потреби в такій чи іншій мірі більше, менше. Тобто, наприклад, та сама сім'я впливає, там родина, друзі, полон, ті самі однакові заняття. Тому тут треба більше чути, бачити саму людину, що вона робила, що вона хоче робити і що вона буде робити. Ніж якийсь конкретний шаблон дати” (ЕТ 13)</li> <li>“Раніше, як ви знаєте, було більше [акцент втручання] там на дрібну моторику, на збільшення сили, а зараз саме от на запит пацієнта, саме намагаємося підібрати заняття те, яке йому потрібно, а не стандартний для всіх, знаєте, як комплекс прав набір був, намагаємося цього уникати тепер, а працювати клієнтоорієнтовано. Раніше, знаєте, бувало таке завантаження, що ми могли двох пацієнтів поставити на один час. Ну просто це брак терапевтів, Зараз дуже багато пацієнтів. То зараз все в нас дуже змінилося. У нас немає такого, тому що пацієнту треба приділити час і в них усіх різні запит, як я можу їх ставити разом. Тому, звичайно, змінилося зовсім світогляд, як воно все було.” (ЕТ 17)</li> <li>“С терапевти в нас, які взяли СОРМ, пішли і кажуть, ми до кінця не зробили, бо ми втомилися. Чому втомилися? Ну, бо немає... базової такої речі, вони думали, що це легко, бо він виглядає легко. Розуміння проблем виконання занять, пацієнтоорієнтованості. Вся база ерготерапевтична, про яку ми говоримо, про цю ідентифікацію від фізичної терапії, дає дуже круте розуміння. Тому використовуєш СОРМ і ти знайдеш грааль ерготерапії. (ЕТ 2)</li> </ul> </li> </ul>

## Продовження таблиці Н.1

Ставлення ерготерапевтів до професії, професійне становлення	
Наслідки застосування СОРМ	<ul style="list-style-type: none"> <li> <p>СОРМ сприяє формуванню заняттєвої парадигми фахівців:</p> <p><i>“Ерготерапія в Україні тепер заняттєво спрямованою стає, і ми не хочемо зосереджуватися лише на функціях тіла, на структурах. Ми повністю хочемо відповідати вимогам Всесвітньої організації [Всесвітньої федерації ерготерапевтів], зосереджуватись на заняттєвій активності пацієнта. Цікавитися його інтересами, обов'язково розглядати його ролі в житті, майбутнє, думати про те, де він буде після. наших втручань і як вони допоможуть йому в майбутньому”.</i> (ЕТ 14)</p> <p><i>“Дуже сильно змінилося і я почала більше заняттєву активність саме в своїх реабілітаційних втручаннях включати. Бо раніше це було все-таки більше на функції руки, на структуру, а зараз це все-таки більше про заняттєву активність.”</i> (ЕТ 8)</p> <p><i>“Я зрозуміла, наскільки важливо, щоб втручання було заняттєво спрямованим. Я все згадую ті випадки, про які я розповідала, що коли я навіть не думала, що в людини є проблема якимось заняттям так зі сторони мені ставалося. Можливо, досвід реанімації мені допомагає зрозуміти цінність у цієї заняттєвої спрямованості людини.. І не лише цінність, а зараз я ще більше розумію, наскільки це важливо. Наскільки це важливо для відновлення когнітивного функціонування людини. відбувається з людьми. Це не лише відновлення суто самого заняття, а це є загальне відновлення людини через заняття.(ЕТ 3)</i></p> <p><i>“Уявлення про заняттєву орієнтованість стали чіткішими, ще більш і більш ґрунтовнішими. В мене з'явилося розуміння, над чим конкретніше мені зараз куди спрямувати свою діяльність, щоб і людину була зацікавлена, і щоб ми чогось досягли. Тому так, незважаючи на те, що ми паралельно і працюємо з рукою, і ми робимо ту діяльність, на яку акцентувала людина увагу, що нам треба телефоном користуватися, було письмо. Тому це досить вплинуло.”</i> (ЕТ 1)</p> <p><i>“Тоді, коли я прийшла на роботу, я бачила, як працюють мої колеги. Ми використовували, як завжди, ММТ, ганіометрію, фугельмаєра використовували на верхню кінцівку, 9 кінцівків, 9 лунок, боксин, блокс. Це все інструменти, які стосуються структури функції тіла. А цей зовсім інший. А вже ось тепер, коли ми більше почали, так як ви кажете, зосереджуватись саме на потребах нашого пацієнта. Бо колись ми працювали на силу амплітуду, скажімо так, відверто. На жаль, так і є. Тому що не було навчання по ерготерапії.”</i> (ЕТ 9)с</p> </li> </ul>

## Продовження таблиці Н.1

Ставлення ерготерапевтів до професії, професійне становлення	
Наслідки застосування СОРМ	<ul style="list-style-type: none"> <li>Через сприяння заняттєвих результатів ерготерапії, СОРМ позитивно впливає на професійне становлення та якість ерготерапевтичних послуг: <p><i>“Так, цей інструмент дуже сильно вплинув, бо коли я почала працювати, в мене ще трошки були такі незрозумілості щодо цієї професії. Я ще не розуміла конкретно над чим працювати, бо коли бачила колег, вони працювали над тим, щоб просто відновлювати функцію руки. І тоді я ... просто не розуміла, тоді навіть ми, чим ми відрізняємося від фізичних терапевтів. І коли почала застосовувати СОРМ, мені стало набагато зрозуміліше, набагато легше навіть пояснювати, хто такий ерготерапевт.” (ЕТ 8)</i></p> <p><i>“якщо б я це робила [застосовувала СОРМ] на початку своєї кар'єри, то я б вже чітко знала, що я маю робити. Вибачте, я б плегічною рукою не махала. Я б знала чітко, що мені потрібно зробити компенсацію для того, щоб людина могла поїсти сама, а не працювати на рух.” (ЕТ 9)</i></p> <p><i>“Я б сказала, що це ключове, яке допомагає і самому терапевту стати на цю дорогу, так як ми вийшли з фізичних терапевтів, то ... [СОРМ] підказує, чим ми повинні займатися...тому що ми ж як фізичні терапевти виходили. Так, так. І нас якби більше був курс на це, на фізичні якості, відновлення. А тут ти переосмислюєш, ти розумієш, що ерготерапевт трошки не тим повинен займатися, ну якби не тим, а основне його завдання, це є заняття. І, тобто, потрібно фокусуватись на тому, шукати, що для пацієнта є важливим, проблемним, і допомагати вирішуванню. Оце мені, після вашого тренінгу, семінару, я передивилась свою роботу і зараз я працювала по-іншому з деякими своїми пацієнтами. Я більше орієнтувалась на заняттях і проблемах пацієнта. Зараз більше пояснювала, хто такий ерготерапевт, чим ми займаємось, яка наша робота, які можливості в нас” (ЕТ 16)</i></p> <p><i>“[Після участі у дослідженні професійна діяльність] зовсім змінилася, тому що я була фахівцем вузьким, яка працювала суто над однією функцією тіла. А тепер ...я рада, що я в цій професії, що я можу зосереджуватися, бути клієнтоорієнтованою, зосереджуватися на діяльності. І ще й тим паче цей інструмент оцінки, він просто 100% пояснює суть моєї роботи.” (ЕТ 14)</i></p> <p><i>“Ну так, я, якщо чесно, відчула себе більш як ерготерапевт... коли я взагалі прийшла на роботу, так, я не мала взагалі... Ну, я знала, що це той, хто займається, так, повертає людину до максимально того життя, яке в неї було, але не знала, ну, як. Прийшла потім якась там з руками, добре, але все одно щось не те. І це мені допомогло зрозуміти, що саме таке ерготерапія в принципі.” (ЕТ 12)</i></p> <p><i>“В кінці, як ми оцінюємо повторно те, що ми робили на початку, в них з'являється більша мотивація працювати далі. Вони бачать результат, вони бачать, що вони щось досягнули і є до чого ще працювати. І на другий цикл вони більш замотивовані. повертаються, ніж ті, наприклад... Які, ну ти показуєш, наприклад, той самий бокс-н-бокс, ось у вас було 15 кубиків, зараз у вас 40 кубиків. Ну, хороши, 40 кубиків, а яка користь, це для мене. А коли вона бачить, що вона там може ходити сама в магазин, сама заплатити, принести додому, приготувати той самий борщ, то для них це більш цінно, ніж якісь цифри»</i></p> </li> </ul>

## Продовження таблиці Н.1

Ставлення ерготерапевтів до професії, професійне становлення	
Наслідки застосування СОРМ	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Посилюючи заняттєве спрямування, застосування СОРМ впливає на розширення середовища реабілітації, впровадження принципів безбар'єрності, при цьому ерготерапевт втілює принцип адвокації за пацієнта:  <i>“Так ми можемо вийти, не обмежуватися самими стінами лікарні, ми можемо вийти на двір. Там якісь кафешки...Можемо там і каву купити, і недалеко є магазини, можемо також сходити. Я і по місту з пацієнткою їздила. Тобто навчилися заходити в автобус, щоб вона заплатила, тобто, щоб вона знала, де їй вийти. Ну, знов таки, це з-за цього [СОРМ], що я більше дізналася про людину.” (ЕТ 18)</i>  <i>“З СОРМ можемо визначити там, що клієнт хоче комунікувати з соціумом, з людьми, хоче в аптеку, тому що в нас на базі вже відкрили нову пошту. Це все в межах госпіталю. І аптека є, і магазин. А тут буває просто банально в аптеці вузькі двері. Йдеш, вимагаєш, шукаєш служби, шукаєш власника, дзвониш, питаєш, просиш міняти двері. Йдеш до наших, просиш встановити двері. І я вже повністю тут стараюся залучати і наших всіх членів команди в цей процес ми мусимо змінювати, бо і хлопцям хочу, що ви повинні не мовчати, говорити, тому що так нічого не зміниться. (ЕТ 14)</i>  <i>“Якщо, наприклад, ми беремо навіть період – зима і літо-весна. Літо-весна, рання осінь, коли тепло, наші можливості в лікарні трішечки розширюються. Тобто ми можемо залучати їх не тільки в приміщенні, в залі, чи, наприклад, тільки в магазин і назад. Дуже багато хлопців, які, наприклад, не з міст, а з села. Ми можемо навіть покосити дати, спробувати на вулиці.” (ЕТ 13)</i> </li> <li>● СОРМ позитивно впливає на професійну гордість ерготерапевтів:  <i>“Більше почала цінувати те, що я роблю, і більше почала цінувати свої результати.” (ЕТ 15)</i>  <i>“Класні результати. Люди задоволені, я задоволена. Вони поїхали додому, вже планують на наступний раз приїжджати, і вони вже кажуть, от ми вже будемо з-по тих питань, що Ви задували, будемо думати, на чим ми будемо працювати в наступний раз. І людина хоче повернутися, і хоче повернутися до мене, як до терапевта. І це для мене є дуже важливо. “ (ЕТ 4)</i>  <i>“ СОРМ допомагає більше зрозуміти себе як фахівця, і потребу самої професії в медицині взагалі при будь-яких порушеннях.” (ЕТ 12)</i>  <i>“Мені подобається задоволення пацієнта, в якого щось виходить. Оце насправді для мене найкраще. Коли пацієнт щасливий, він тобі приходить на емоціях і розказує, що в мене вийшло. В мене вийшло. І це мотивує і тебе, і пацієнта щось робити. Через те, що коли людина задоволена тим, що вона зробила, то це багато вартує, як на мене.” (ЕТ 12) “Я отримую насолоду від того, що я допомагаю пацієнтові робити те, що він любить, що він потім зможе це використовувати. Не відновити, можливо, адаптувати, але зробити його трошки щасливішим, щоб він почував себе повноцінним членом суспільства. Я дуже люблю свою професію... я цим живу...” (ЕТ 17)</i> </li> </ul>

## ДОДАТОК П

### Практичні рекомендації щодо застосування СОРМ на етапі гострої та післягострої реабілітації в Україні

#### 1. Коли проводити СОРМ:

Ерготерапевт приймає рішення, коли використовувати СОРМ, на основі власного професійного мислення. Якщо ви плануєте використовувати СОРМ як інструмент оцінки результату ерготерапії, проведіть СОРМ у рамках первинного оцінювання для встановлення цілей ерготерапії. Важливо, щоб до проведення СОРМ ерготерапевт встановив позитивний первинний терапевтичний контакт і довіру з пацієнтом/клієнтом.

#### 2. Травма-інформованість:

Дотримуйтеся принципів травмаінформованості, емпатії, визнання значного впливу травми на пацієнта/клієнта та його родину/доглядальників. Розвивайте відчуття безпеки, впевненості в собі, спонукайте, але не примушуйте давати відповідь на ваші запитання, спостерігайте за емоційним станом та реакцією пацієнта/клієнта на бесіду, приймайте рішення зупинити проведення інтерв'ю і за потреби надати невідкладну психологічну допомогу для саморегуляції дистресу та складних емоцій. Ніколи не дозволяйте інструменту (СОРМ) керувати процесом, а завжди зважайте на емоційну реакцію пацієнта/клієнта.

#### 3. Ефективна комунікація:

Підтримуйте доброзичливий тон під час розмови, використовуйте стратегії активного слухання, вербального та невербального спілкування для заохочення розкриття пацієнта/клієнта, задавайте подальші питання для роз'яснення, по-можливості давайте пацієнту/ клієнту висловитися, зважаючи на обмежений час первинного оцінювання

#### 4. Скринінг:

Перед застосуванням СОРМ переконайтеся, що пацієнт/клієнт може брати участь у бесіді, відповідати на питання, оцінювати власний стан та власне виконання занять

**5. Пояснення ерготерапії:**

Перед застосуванням СОРМ простими словами поясніть пацієнту/клієнту, як ерготерапевт може допомогти особам із обмеженнями життєдіяльності. Орієнтуйтеся на функціональний стан пацієнта/клієнта.

**6. Пояснення клієнтоорієнтованості:**

Перед застосуванням СОРМ простими словами поясніть пацієнту/клієнту, що ерготерапевт орієнтується на індивідуальні потреби кожного пацієнта/клієнта, які стосуються його повсякденного життя, і процес ерготерапії є партнерством між пацієнтом/клієнтом та ерготерапевтом.

**7. Пояснення заняттєвої спрямованості:**

Перед застосуванням СОРМ простими словами поясніть пацієнту/клієнту, що цілі ерготерапії зосереджуються на тій активності, яка є важливою для пацієнта/клієнта. Поясніть пацієнту/клієнту, що заняттєвоорієнтована ерготерапія є ефективною і науково доказовою.

**8. Пояснення мети СОРМ:**

Поясніть пацієнту/клієнту, що на основі результатів СОРМ ерготерапевт та пацієнт/клієнт спільно встановлюють цілі ерготерапії. СОРМ також допомагає відстежити прогрес та оцінити результати ерготерапевтичного втручання.

**9. Присутність родини:**

Обговоріть з пацієнтом/клієнтом, чи бажає він/вона, щоб під час інтерв'ю були присутні родичі або доглядальники. Поясніть пацієнту/клієнту та родині/доглядальникам, що інтерв'ю на основі СОРМ покликане дослідити бачення пацієнта/клієнта (а не родичів/доглядальників) щодо заняттєвих проблем пацієнта/клієнта. У подальшому, СОРМ можна додатково провести з родичами пацієнта/клієнта, і

обговорити результати бесіди з пацієнтом/клієнтом. У випадку конфліктних ситуацій між пацієнтом/клієнтом та родиною, захищайте інтереси пацієнта/клієнта, його/її автономію та право приймати рішення на принципах заняттєвої справедливості.

#### **10.Застосування СОРМ з родиною:**

Якщо ви проводите СОРМ з родичами пацієнта/клієнта СОРМ, зауважте, що в такому випадку ви досліджуєте проблеми виконання занять з точки зору родини/доглядальника. Родина/доглядальник стає клієнтом ерготерапії. Відповідно, цілі втручання, які ви визначаєте на основі проведеного з родиною/доглядальниками СОРМ можуть бути спрямованими на освіту і навчання родичів/доглядальників. При цьому, важливо дотримуватися принципу захисту інтересів пацієнта/клієнта.

#### **11.Приватність:**

Забезпечте приватність інтерв'ю на основі СОРМ. Організуйте максимально комфортне середовище для інтерв'ю, враховуючи освітлення, температуру, положення і розміщення пацієнта/клієнта та ерготерапевта у кабінеті, потенційні раптові звуки, які можуть бути тригерами для пацієнтів/клієнтів.

#### **12.Особливості адміністрування - НЕ опитувальник:**

Переконайтеся, що ви не використовуєте СОРМ як опитувальник, а збираєте необхідну інформацію у ході бесіди з пацієнтом/ клієнтом (напівструктурованого інтерв'ю). Розпитайте пацієнта/клієнта про те, що для нього зараз важливо і цінно робити, які завдання (заняття, активність) пацієнт/клієнт хоче виконувати, але не може, або виконанням яких завдань (занять, активності) пацієнт/клієнт не задоволений.

#### **13.Як скоротити час:**

Не витрачайте час на дослідження і обговорення причин проблем із виконанням занять, зробіть це пізніше. Ваша увага повинна зосереджуватися на виконанні 5 кроків проведення СОРМ, зазначених у бланку.

**14. Використання прикладів:**

Використовуйте приклади тільки тоді, коли доречно, наприклад: коли пацієнт/клієнт не може самостійно визначити, які заняття є для нього важливими. Пам'ятайте, що приклади можуть вплинути на індивідуалізацію цілей, оскільки пацієнт/клієнт може бути схильним погодитися із пропозицією ерготерапевта навіть тоді, коли запропонована активність не є пріоритетною.

**15. Широта заняттєвих цілей:**

Переконайтеся, що пацієнт/клієнт розглядає усі три сфери заняттєвої активності (самообслуговування, продуктивність, дозвілля) під час бесіди. Поясніть пацієнту/клієнту, що метою реабілітації може бути будь-яка активність, важлива для нього/неї. Поясніть важливість заняттєвої участі під час перебування у реабілітаційному закладі для відновлення, профілактики та адаптації.

**16. Зосередженість на теперішньому часі:**

Скеруйте розмову на поточний час (найближче майбутнє), зважаючи на поточний функціональний стан та можливості середовища життєдіяльності/реабілітації. Однак, дайте можливість пацієнту/клієнту вільно висловлювати проблеми та побажання щодо власної заняттєвої участі.

**17. Формулювання клієнта:**

У бланку СОМР бажано записувати формулювання пацієнта/клієнта щодо бажаних занять.

**18. Кількість визначених проблем виконання занять:**

Поясніть пацієнту/клієнту, що цілком допустимо занотовувати багато бажаних та цінних занять. Записуйте усе, що визначає клієнт. Поясніть пацієнту/клієнту, що цілком допустимо оцінювати багато занять на 10 щодо важливості. Також, цілком допустимо визначати проблеми виконання занять лише в одній з трьох сфер заняттєвої активності. Зі списку визначених бажаних занять, допоможіть клієнту визначити до 3-5 пріоритетних занять, які можуть бути цілями вашого реабілітаційного втручання. При цьому, не

обов'язково обирати лише ті заняття, які отримали найвищий бал. Обговоріть з пацієнтом/клієнтом, над чим він/вона бажає працювати під час курсу реабілітації.

**19.Реалістичність цілей:**

Якщо пацієнт/клієнт обирає заняття/активність, яку неможливо виконати (або симулювати) у даному середовищі реабілітації або на даному етапі реабілітації, поясніть це пацієнту/клієнту. Переконайтеся, що пацієнт/клієнт розуміє, що метою ерготерапії є покращити виконання значущих для пацієнта/клієнта занять.

**20.Різниця між виконанням та задоволеністю:**

Якщо пацієнт/клієнт не може зрозуміти різницю між виконанням і задоволеністю, повторіть інструкції, зазначені у бланку. Простими словами поясніть, що виконання – це оцінка того, наскільки ДОБРЕ пацієнт/клієнт виконує завдання/активність. Задоволеність – це оцінка того, наскільки пацієнт/клієнт ЗАДОВОЛЕНИЙ тим, як він/вона виконує це завдання/активність. Поясніть, що бали виконання та задоволеності можуть співпадати, але не обов'язково співпадають.

**21.Наступні кроки:**

Поясніть пацієнту/клієнту, що буде відбуватися після проведення первинного оцінювання за допомогою СОРМ.

**22.Повторне оцінювання (інтер-рейтерна надійність):**

Бажано, але не обов'язково, щоб повторне оцінювання виконував той самий ерготерапевт, який проводив первинне оцінювання.

**23.Повторне оцінювання (достовірність):**

Під час повторного оцінювання не показуйте пацієнту/клієнту бали, проставлені ним під час первинного оцінювання.

**24.Повторне оцінювання (мінімальна клінічно значуща різниця):**

Після повторного оцінювання, обговоріть з пацієнтом/клієнтом результати ерготерапевтичного втручання, продемонстровані різницею балів між первинним та повторним оцінюванням. Різниця у 2 - 3.5 бали вважється клінічно значущою.

### **25. Візуальна шкала:**

Під час оцінювання обов'язково використовуйте картки бланку СОРМ з візуальною бальною шкалою, які допоможуть пацієнту/клієнту оцінювати важливість, виконання та задоволеність від 1 до 10. Не покладайтеся на вербальне оцінювання "від 1 до 10", обов'язково покажіть картку пацієнту/клієнту. Ви можете адаптувати візуальну бальну шкалу для полегшення сприйняття пацієнта шляхом додавання кольорів та інших візуальних підказок (смайликів).