

**ПРАКТИЧНА МОДЕЛЬ ЗАСТОСУВАННЯ КАНАДСЬКОГО
ІНСТРУМЕНТА ОЦІНКИ ВИКОНАННЯ ЗАНЯТЬ (CORM) У РЕАБІЛІТАЦІЇ
ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ТА ЦИВІЛЬНИХ ОСІБ НА ГОСТРОМУ
ТА ПІСЛЯГОСТРОМУ ЕТАПАХ РЕАБІЛІТАЦІЇ В УКРАЇНІ**

**A PRACTICAL MODEL FOR USING THE CANADIAN OCCUPATIONAL
PERFORMANCE MEASURE (CORM) IN THE REHABILITATION OF MILITARY
PERSONNEL AND CIVILIANS IN ACUTE AND POST-ACUTE REHABILITATION
IN UKRAINE**

Мангушева О. О.¹, Дерєка Т. Г.², Енемарк Ларсен А.³

¹Університет Індіанapolis, Коледж наук про здоров'я, кафедра ерготерапії, США;

Національний університет фізичного виховання і спорту України, м. Київ, Україна

²Університет Олександра Дубчека в Тренчині, кафедра фізіотерапії, Словаччина;

Національний університет фізичного виховання і спорту України, м. Київ, Україна

³Університетський коледж Копенгагена, факультет охорони здоров'я, Інститут акушерства,
фізіотерапії, ерготерапії та психомоторної терапії, кафедра ерготерапії, м. Копенгаген, Данія

¹ ORCID: 0000-0002-7528-2597

² ORCID: 0000-0003-0998-1821

³ ORCID: 0000-0003-1395-4156

Mangusheva O. O.¹, Dereka T. G.², Enemark Larsen A.³

¹University of Indianapolis, College of Health Sciences, School of Occupational Therapy, USA;

National University of Ukraine on Physical Education and Sport, Ukraine

²Alexander Dubcek University of Trencin, Physiotherapy Department, Trencin, Slovakia;

National University of Ukraine of Physical Education and Sport,
Therapy and Rehabilitation Department, Ukraine.

³Department of Occupational Therapy, Institute of Midwifery and Therapy, Department of Health,
Copenhagen University College, Denmark

DOI <https://doi.org/10.32782/2522-1795.2025.19.2.9>

Анотації

Мета. Метою дослідження було розробити і науково обґрунтувати модель ефективного застосування Канадського інструмента оцінки виконання занять (CORM) на гострому та післягострому етапах реабілітації військовослужбовців та цивільних осіб в Україні.

Матеріал і методи. Для розроблення моделі на основі конструктивістської обґрунтованої теорії проведено та проаналізовано 20 індивідуальних інтерв'ю з ерготерапевтами із шести областей України. Багаторівневий якісний аналіз був здійснений двома незалежними дослідниками з дотриманням методики занурення у читання інтерв'ю, постійного порівняльного аналізу, поступальних рівнів абстракції для формування кодів, концепцій і категорій у ході відкритого, аксіально-го та вибіркового кодування для створення графічної моделі. Для верифікації і доповнення даних було проведено засідання фокусної групи учасників інтерв'ю та використано якісні дані, отримані у результаті аналізу додаткових чотирьох інтерв'ю з клієнтами/пацієнтами ерготерапії.

Результати. У результаті аналізу даних розроблено модель ефективного застосування CORM в Україні з військовослужбовцями та цивільними особами на етапі гострої та післягострої реабілітації. Процес застосування CORM символічно зображений як механізм взаємодії ерготерапевта і клієнта ерготерапії, результатом якого є встановлені цілі для індивідуальної програми реабілітації. Модель базується на факторах терапевта та клієнта/пацієнта ерготерапії, які мають потенціал сприяти ефективній терапевтичній взаємодії або бути бар'єрами у процесі застосування CORM. Фактори, які стосуються ерготерапевта, охоплюють: заняттєву спрямованість, клієнтоорієнтованість, індивідуалізацію

процесу ерготерапії, навчання із застосування COPM, пояснення клієнту призначення COPM, ефективні навички інтерв'ювання та комунікації, доречне використання прикладів, травмаінформованість та адвокацію клієнта у залученні сім'ї до процесу реабілітації. Фактори клієнта/пацієнта, необхідні для ефективного застосування COPM, охоплюють: позитивне ставлення до клієнтоорієнтованості та заняттєвої спрямованості ерготерапії, наявність конкретного заняттєвого запиту, достатній рівень когніції та мовлення, розуміння сфер професійної діяльності ерготерапії, мотивацію, неупереджене ставлення до ерготерапевта, адекватне усвідомлення власного стану і заняттєву свободу. Учасники дослідження виокремили значний вплив COPM на професійне становлення фахівців, зокрема формування заняттєвої парадигми і покращення якості надання послуг за рахунок посилення заняттєвої спрямованості ерготерапії. Ерготерапевти також цінують інформативність COPM, властивість демонструвати прогрес клієнта/пацієнта, розширення сфери професійного впливу та середовища надання послуг, надання ерготерапії потенційно провідної ролі у мультидисциплінарній реабілітаційній команді і професійну гордість. У дискусії виділено унікальні чинники українського контексту під час повномасштабної війни, а також чинники, які знаходять підтвердження в іноземній літературі.

Висновки. У результаті якісного дослідження розроблено і науково обґрунтовано модель ефективного застосування COPM на гострому та післягострому етапах реабілітації військовослужбовців та цивільних осіб України. Модель буде корисною у процесі формальної освіти майбутніх ерготерапевтів та безперервного професійного розвитку практикуючих фахівців.

Ключові слова: ерготерапія, реабілітація, інструменти оцінки, обґрунтована теорія, військовослужбовці, індивідуальний реабілітаційний план, індивідуальна програма реабілітації, ефективна комунікація.

Objective. The aim of the study was to develop a scientifically based model for the effective use of the Canadian Occupational Performance Measure (COPM) in the acute and post-acute rehabilitation phase of military personnel and civilians in Ukraine.

Material and methods. To develop a model based on constructivist grounded theory, 20 individual interviews with occupational therapists from six regions of Ukraine were conducted and analyzed. Multi-level qualitative analysis was conducted by two independent researchers using the methodology of immersive interview reading, constant comparative analysis, sequential levels of abstraction to develop codes, concepts and categories during open, axial and selective coding resulting in a graphic model. To verify and supplement the data, we held a focus group with interview participants and conducted additional four interviews with occupational therapy clients/patients.

Results. As a result of data analysis, a model of effective use of the COPM in Ukraine with military personnel and civilians during acute and post-acute rehabilitation was developed. The process of using the COPM is symbolically depicted as a mechanism of interaction between an occupational therapist and an occupational therapy client/patient that results in the set goals for an individual rehabilitation program. The model is based on factors of the therapist and the occupational therapy client/patient that have the potential to promote effective therapeutic interaction or be barriers in the process of using the COPM. Factors that concern the occupational therapist include: occupational focus, client-centeredness, individualization of the occupational therapy process, training in the use of the COPM, explaining the purpose of the COPM to the client, effective interviewing and communication skills, appropriate use of examples, trauma-informed care, and client advocacy in involving the family in the rehabilitation process. The client/patient factors necessary for the effective use of the COPM are the following: a positive attitude towards the client-centeredness and occupational focus of occupational therapy, the presence of a specific occupational need, a sufficient level of cognition and speech, understanding of occupational therapy scope of practice, motivation, an unbiased attitude towards the occupational therapist, adequate insight into one's own condition and occupational freedom. The study participants identified a significant impact of the COPM on the professional development of therapists, in particular the development of an occupational paradigm and improving the quality of service provision due to the increased occupational focus of occupational therapy. Occupational therapists also appreciate the informative nature of the COPM, its ability to demonstrate progress of the client/patient, the expanded professional impact and environment of service provision, providing occupational therapy with a potentially leading role in the multidisciplinary rehabilitation team and professional pride. The discussion highlighted the unique factors of the Ukrainian context during a full-scale war, as well as factors that are supported by data from foreign literature.

Conclusions. As a result of qualitative research, a model of effective use of the COPM in the acute and post-acute stage of rehabilitation of the military personnel and civilians in Ukraine was developed and scientifically substantiated. The model will be useful in the process of formal education of occupational therapists and continuous professional development of practicing therapists.

Key words: occupational therapy, rehabilitation, outcome measures, grounded theory, military personnel, individual rehabilitation plan, individual program of rehabilitation, effective communication.

Вступ. Канадський інструмент оцінки виконання занять (Canadian Occupational Performance Measure, COPM) перекладений на понад 45 різних мов світу та активно застосовується ерготерапевтами як ефективний клієнтоорієнтований засіб установлення заняттєво спрямованих цілей та відстеження результату реабілітації у багатьох країнах світу [5]. Незважаючи на широке застосування COPM у світовій реабілітації, досвід застосування даного інструмента оцінки в Україні є обмеженим та мало дослідженим [13; 17]. Разом із цим COPM увійшов до переліку рекомендованих інструментів оцінювання Міністерством охорони здоров'я України для більшості нозологічних категорій пацієнтів [19]. Згідно з даними останніх досліджень, у застосуванні COPM із військовослужбовцями українські ерготерапевти стикаються з додатковими труднощами, що свідчить про необхідність поглибленого вивчення особливостей застосування даного інструмента оцінки з військовослужбовцями та ветеранами [14]. Додатково попередні дослідження вказують на те, що більшість практикуючих фахівців незнайомі із COPM та не знають, як правильно його застосовувати, що доводить актуальність розроблення практичних рекомендацій із застосування даного інструмента оцінки в українському контексті [13].

Відповідно, метою даного дослідження є науково обґрунтувати та розробити модель ефективного використання COPM у реабілітації військовослужбовців і цивільних осіб у гострому та післягострому періодах на основі аналізу індивідуального досвіду застосування COPM українськими ерготерапевтами.

Матеріали та методи. Для поглибленого вивчення досвіду застосування COPM українськими ерготерапевтами ми провели якісне дослідження на основі обґрунтованої теорії, розробленої Gleiser and Strauss для індуктивного аналізу пережитого досвіду з використанням розгорнутих індивідуальних інтерв'ю [4]. Обґрунтована теорія інтегрує процес збору даних та їх аналіз, включає принципи символічного інтеракціонізму та про-

понує систематичний підхід до створення теорії, що ґрунтується на емпіричних даних [3; 23]. У рамках ерготерапії обґрунтована теорія застосовувалася для вивчення досвіду жінок з інвалідністю у виконанні їхньої материнської ролі [6], ігрового досвіду дітей із порушеннями мобільності [22], процесів, що впливають на супервізію в ерготерапії [24], досвіду адаптації до хронічної хвороби або травми [25], виявлення фасилітаторів і бар'єрів у скеруванні клієнтів з онкологічними захворюваннями до ерготерапевтів [12] та багатьох інших досліджень якісного спрямування.

У нашому дослідженні для поглибленого вивчення досвіду застосування COPM в Україні ми використали принципи конструктивістської обґрунтованої теорії, яка на відміну від класичної обґрунтованої теорії визнає ключову роль дослідника та охоче інтегрує дані попередніх досліджень у підготовці до інтерв'ю [20]. На основі аналізу літератури щодо впливу COPM на процес надання ерготерапевтичних послуг [5] були сформовані такі дослідницькі питання:

1. Як українські ерготерапевти та клієнти ЕТ розуміють та ставляться до клієнтоорієнтованості та заняттєвої спрямованості ерготерапії?
2. Яким є досвід застосування COPM українських ерготерапевтів та клієнтів ерготерапії?
3. Які особливості застосування COPM із військовослужбовцями?

Дослідницькі питання, своєю чергою, стали основою для розроблення списку орієнтованих питань для напівструктурованого інтерв'ю, приклади яких подано в табл. 1.

Інтерв'ю були проведені з травня по липень 2024 р. Недирективні, відкриті питання були достатньо широкими для глибшого дослідження точки зору учасників інтерв'ю та пройшли пілотне тестування з одним з учасників дослідження [8]. Після пілотного інтерв'ю учасник оцінив питання як зрозумілі, об'єктивні, неупереджені та не запропоновав жодних змін до алгоритму проведення інтерв'ю. Дані, отримані у результаті пілот-

ного опитування, були включені до загального аналізу даних інтерв'ю із загальною вибіркою учасників. Під час інтерв'ю для мінімізації впливу особистості дослідника на результат інтерв'ю перша авторка підтримувала дружній, але нейтральний тон розмови, орієнтувалася на попередньо визначений алгоритм інтерв'ю, але скеровувала розмову, використовуючи стратегії активного слухання [8]. У результаті кожне інтерв'ю мало індивідуальний характер для розкриття унікального наративу кожного учасника. Питання для клієнтів ерготерапії охоплювали такі сфери: 1) досвід застосування СОПМ під час ерготерапії; 2) ставлення до клієнтоорієнтованості ерготерапії та залученість клієнта у процесі реабілітації; 3) ставлення до зосередженості на заняттєвій активності, досвід ерготерапії у цілому. Методологія аналізу охоплювала кроки, описані на рис. 1.

За методологією обґрунтованої теорії аналіз даних розпочинався на етапі збору

даних і передбачав формування нотаток на полях (memoing), рядкове кодування (line-by-line coding) та постійний порівняльний аналіз (constant comparative analysis process) [4]. За допомогою методу занурення у читання інтерв'ю незалежні дослідники розробили та узгодили між собою кодову книгу, що є збірником змістових одиниць, які за допомогою поступальних рівнів абстракції трансформуються у коди, концепції і категорії. Під час трьох етапів кодування (відкритого, аксіального та вибіркового) був здійснений подальший аналіз та організація даних [12]. Зазвичай аналіз та збір даних відбувається до моменту досягнення сатурації і припиняється, коли нові інтерв'ю не генерують нові коди та категорії, що відповідають на дослідницькі питання. У нашому дослідженні сатурація була досягнута на 10 інтерв'ю з ерготерапевтами, однак усі заплановані інтерв'ю

Таблиця 1

Алгоритм напівструктурованого інтерв'ю для ерготерапевтів

Тема	Приклади питань
Вступні питання	– Яка Ваша освіта, досвід роботи? Чи застосовували Ви СОПМ до участі у дослідженні? Чому?
Дослідження розуміння клієнтоорієнтованості та заняттєвої спрямованості	– Як Ви розумієте термін «клієнтоорієнтований» або «клієнтоцентричний»? Якому терміну ви надаєте перевагу? – Як Ви розумієте терміни «заняттєво спрямований», «заняттєво зосереджений» та «заняттєво орієнтований»? Якому терміну надаєте перевагу? Чому? – Як клієнти реагують на клієнтоорієнтовані/ заняттєво спрямовані послуги з ЕТ?
Досвід застосування СОПМ із цивільними та військовослужбовцями	– Наскільки корисним для Вас було навчання перед застосуванням СОПМ? Що саме було цінним? – Що було складним у застосуванні СОПМ? – Чи вважаєте Ви якісь запитання чи терміни українського перекладу складними для розуміння, двозначними чи недоречними? Якщо так, чи можете Ви порекомендувати інше формулювання? – Чи були випадки, коли Вам доводилося відмовлятися від запланованого використання СОПМ? Якщо так, то чому? Поясніть. – Які переваги та недоліки має СОПМ? – Чи будете Ви використовувати СОПМ у майбутньому? Чому? – Чи змінилося ваше ставлення до ерготерапії або СОПМ після участі у дослідженні? Як саме? – Чи змінилася ваша практична діяльність? Як саме?
Особливості застосування СОПМ із цивільними та військовослужбовцями	– Ви проводили СОПМ з клієнтами, з військовослужбовцями? Якщо так, чи відрізняється застосування СОПМ із клієнтами з воєнною травмою? Яким чином? З якими проблемами у застосуванні СОПМ із військовослужбовцями ви стикаєтеся?
Заключні питання, приклади з практики	– Поділіться історією успіху або складною історією застосування СОПМ. – Чи є ще щось, чим Ви бажаєте поділитися?

були проведені, дані враховані в аналізі для повноти розкриття основних тем інтерв'ю.

Кінцевою метою якісного аналізу було створення обґрунтованої теорії, яка має графічну модель, що символічно поєднує основні категорії. Для верифікації категорій, які впливали з аналізу інтерв'ю, було проведено засідання фокусної групи, під час якої учасники мали можливість підтвердити або спростувати висновки дослідників, а також додати чи уточнити свої відповіді. Інтерв'ю, проведені з клієнтами ерготерапії, були враховані для верифікації висновків.

Учасниками дослідження стали ерготерапевти та клієнти ерготерапії, які брали участь у дослідженні змістової валідації українського перекладу COPM [14]. Критеріями включення для ерготерапевтів були: працевлаштування на посаді ерготерапевта у закладі охорони здоров'я, участь у навчальному модулі із застосування COPM, застосування COPM із щонайменше п'ятьма клієнтами ерготерапії. Критеріями включення для клієнтів ерготерапії були: отримання

послуг ерготерапії із застосуванням COPM, вік понад 18 років, здатність відповідати на питання інтерв'ю, вільне володіння українською мовою. Кожен учасник був проінформований про мету дослідження, підписав інформовану згоду для участі у дослідженні та мав можливість залишити дослідження у будь-який час без будь-яких наслідків. Дані, зібрані у результаті інтерв'ю, були деідентифіковані для забезпечення конфіденційності відповідно до вимог Гельсінської декларації щодо проведення досліджень із людьми.

Результати дослідження. У ході нашого дослідження було проведено 20 індивідуальних інтерв'ю з ерготерапевтами та 4 інтерв'ю з клієнтами ерготерапії, які тривали від 40 до 60 хв. Інтерв'ю були проведені за допомогою онлайн-платформи Zoom, конвертовані у формат MP3 та дослівно занотовані за допомогою програми Transkriptor для подальшого аналізу.

Демографічні дані учасників представлені в табл. 2 та 3.



Рис. 1. Методологія дослідження

Таблиця 2

Демографічні дані ерготерапевтів

	Ерготерапевти (n=20)
Стать	Жінки: 20
Освіта	Магістр ерготерапії: 3 Фахівець із фізичної реабілітації: 4 Магістр фізичної терапії, ерготерапії: 13
Досвід роботи	0 – 1 років: 4 1 – 2 років: 5 3 – 5 років: 4 Понад 5 років: 7
Область	Дніпропетровська: 2, Вінницька: 2, Київська: 6, Рівненська: 3, Львівська: 4, Івано-Франківська: 3

Ми планували провести щонайменше 10 інтерв'ю з клієнтами ерготерапії, однак на віртуальне інтерв'ю з першим дослідником погодилося лише чотири клієнти ерготерапії. Потенційними причинами цього можуть бути недовіра до засобів віртуального зв'язку, високий рівень травматизації, виписки клієнтів на момент інтерв'ю або небажання клієнтів продовжувати участь у дослідженні. Зважаючи на невелику вибірку, ми не змогли проаналізувати інтерв'ю з клієнтами ерготерапії за допомогою обґрунтованої теорії, оскільки сатурація даних не була досягнута. Відповідно, ці дані були проаналізовані за методом простого змістового аналізу та використовувалися для верифікації та доповнення даних з інтерв'ю з ерготерапевтами. Демографічні дані клієнтів інтерв'ю представлено в табл. 3.

Таблиця 3

Демографічні дані клієнтів ерготерапії

	Клієнти ерготерапії (n=4)
Стать	Жінки: 2, Чоловіки: 2
Вік	35–40 років: 2 45–50 років: 2
Цивільний статус	Цивільні: 2 Військові: 2
Нозологічна категорія	Ампутація верхньої кінцівки: 1, Черепно-мозкова травма: 2, Наслідки оперативного втручання головного мозку: 1

У результаті опрацювання стенограм 20 інтерв'ю з ерготерапевтами два незалежні дослідники (один з яких не є ерготерапевтом) виокремили більше 300 істотно значущих

змістових одиниць (фраз або змістових повідомлень), які відповідають на дослідницькі питання, та визначили 39 первинних категорій. Відповідно до мети дослідження, на етапі аксіального кодування «застосування COPM» було взято за основну категорію, навколо якої ми далі організовували якісні дані. Відкриті категорії були згруповані у такі блоки [4]: 1) Причини (привід) застосування COPM (causal condition); 2) Особливості контексту застосування COPM (context); 3) Чинники, які впливають на застосування COPM (intervening conditions); 4) Стратегії, пов'язані з ефективним застосуванням COPM (strategies); 5) Очікувані і неочікувані наслідки застосування COPM (consequences). Після аксіального кодування даних було проведено засідання фокусної групи, на якій були присутні 10 учасників дослідження для верифікації, уточнення даних та доповнення висновків, виокремлених на етапі аксіального кодування.

У результаті вибіркового кодування основні категорії були організовані у логічну модель, у якій процес застосування COPM символічно зображений як механізм взаємодії ерготерапевта і клієнта ерготерапії, результатом якого є визначені цілі для індивідуальної програми ерготерапії (рис. 2). Модель демонструє фактори, які мають потенціал сприяти ефективній терапевтичній взаємодії або бути бар'єрами у процесі застосування COPM та згруповані окремо для ерготерапевта та клієнта ерготерапії. Окрім спільного результату, ефективна взаємодія приносить користь окремо для кожного з учасників процесу.

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

1) Заняттєва спрямованість практичної діяльності ерготерапевта. Учасники інтерв'ю дійшли згоди, що для успішного використання COPM ерготерапевт має дотримуватися принципу заняттєвої спрямованості, інакше заняттєві цілі, встановлені за допомогою COPM, можуть не досягатися у процесі реабілітаційного втручання і, відповідно, не є доречними для індивідуальної

програми/плану реабілітації. При цьому ерготерапевт повинен пояснити клієнтові цінність і користь заняттєвої активності для запобігання звуженню спрямованості цілей ерготерапії (табл. 4). Додатково учасникам інтерв'ю було запропоновано висловитися щодо таких термінів: «заняттєво орієнтований», «заняттєво спрямований» та «заняттєво зосереджений». Шістнадцять із 20 ерготерапевтів вибрали 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 СОПМ 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 щодо вибору між термінами «клієнтоцентричний» та «клієнтоорієтова-

ний», при цьому третина фахівців вважає ці терміни взаємозамінними.

3) Індивідуалізація практичної діяльності ерготерапевта. На етапі вибіркового кодування ми виявили тісний зв'язок клієнтоорієнтованості, заняттєвої спрямованості, яка втілюється у індивідуалізації процесу ерготерапії. Учасники інтерв'ю засвідчили, що підвищенням заняттєвої орієнтованості та клієнтоорієнтованості збільшувалися індивідуалізація процесу ерготерапії та якість наданих послуг. Ерготерапевти загалом погодилися, що завдяки СОПМ їм удалось визначити унікальні для їхніх клієнтів заняттєві потреби, які спрямовані не лише на відновлення функціональної незалежності, а й якості життя.

4) Навчання з використання СОПМ. Ерготерапевти одностайно погодилися, що навчання з використання СОПМ має бути обов'язковою вимогою до кожного ерготерапевта, який застосовує СОПМ. Серед ключових здобутків від навчання у рамках дослідження ерготерапевти перерахували такі: розуміння кроків застосування СОПМ, сформовані навички формулювати доречні питання, підхід індивідуалізованого інтерв'ю на протигагу шаблонному застосуванню СОПМ як опитувальника, скерування клієнта на проблемні сфери у поточному виконанні занять, розу-

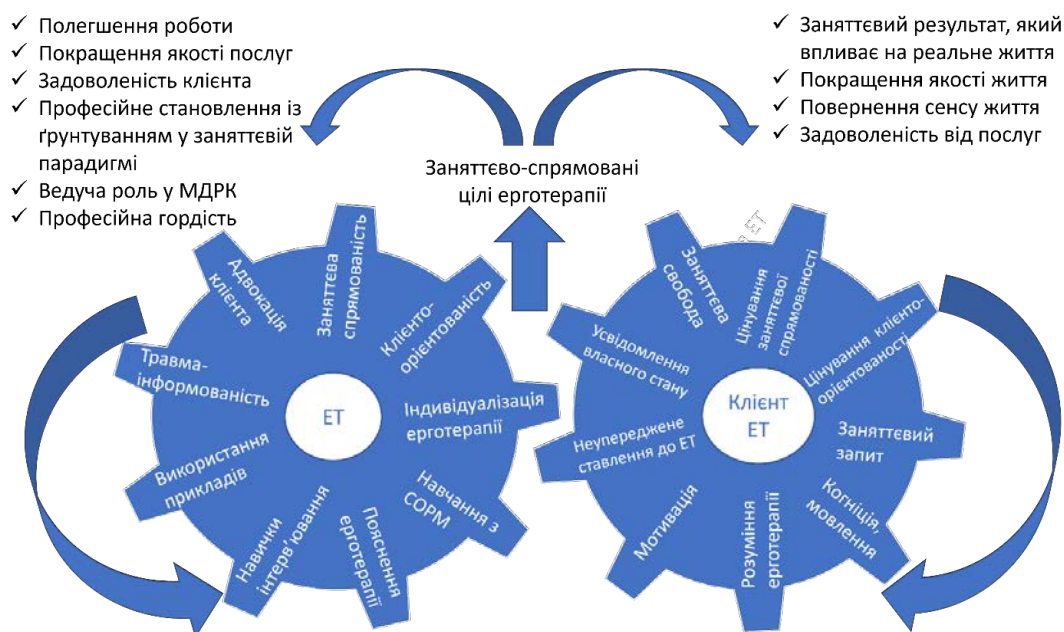


Рис. 2. Графічна модель ефективного застосування СОПМ

міння процесу вибору пріоритетних занять для встановлення цілей ерготерапії.

5) Пояснення ерготерапії перед застосуванням СОПМ. Чіткою темою, яка виплила з аналізу інтерв'ю, є нерозуміння ерготерапії клієнтами ерготерапії. Ерготерапевти вважають, що клієнти, адміністрація та члени мультидисциплінарної реабілітаційної команди (МДРК) погано обізнані про ерготерапію, мають хибне уявлення про ерготерапію, звужують компетенції ерготерапевта до відновлення верхньої кінцівки. Відповідно, ерготерапевти одностайно погодилися, що пояснення суті, спрямування та методів ерготерапії перед застосуванням СОПМ сприяють успіху у його адмініструванні.

6). 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 СОПМ 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 СОПМ на первинному оцінюванні не завжди дає найбільш оптимальний результат. Разом із цим інші ерготерапевти без проблем застосовують СОПМ на етапі первинного оцінювання. При цьому вони по-різному сприймають процес побудови терапевтичних стосунків із військовослужбовцями: ті, хто працює як із 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 із цим під час засідання фокусної групи.

Звучала думка про те, що важче застосовувати СОПМ із клієнтами старшого віку, чолові-

чої статі, а також вищого військового рангу. На етапі верифікації висновків під час засідання фокусної групи ерготерапевти дійшли висновку, що адміністрування СОПМ на пряму залежить від навичок ерготерапевта ефективно будувати терапевтичні стосунки з клієнтом та враховувати особливості клієнта. Учасники інтерв'ю одностайно погодилися, що інтерв'ю із СОПМ варто проводити у максимально можливому приватному середовищі.

7) Використання прикладів під час адміністрування СОПМ. Бланк СОПМ містить пояснення основних сфер заняттєвої активності, яке може доповнюватися прикладами із посібника СОПМ. Ерготерапевти по-різному ставляться до використання прикладів під час адміністрування СОПМ: тоді 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 нашкодити клієнта на цілі, які не відображають їхнього запиту, оскільки клієнти схильні погоджуватися з ерготерапевтом. Відповідно, ерготерапевти рекомендують з обережністю використовувати приклади під час адміністрування СОПМ.

8) Травма-інформованість практичної діяльності ерготерапевта. На використання СОПМ 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 з агресією, апатією, 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 СОПМ – від позитивних прикладів ефективної співпраці до ситуацій гіперопіки, різного бачення цілей реабілітації клієнтами ерготерапії та їхніми родинами, а також тиском родини на клієнта. Спільним баченням учасників інтерв'ю є важливість ролі ерготерапевта у балансуванні між бажаннями і потребами клієнта та бажаннями родини та пошуком компромісу. У табл. 4 подано приклади цитат учасників інтерв'ю, які співвідносяться з відповідними факторами.

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

1) Позитивне ставлення до заняттєвої спрямованості ерготерапії. Оскільки ерготерапія є новою професією в Україні, заняттєва спрямованість реабілітації та фактичне залучення до процесу виконання занять під час ерготерапевтичних утручань можуть сприйматися клієнтами як щось незрозуміле, незвичне та навіть неприйнятне. Деякі клієнти надають перевагу втручанням, спрямованим на структуру і функцію, порівняно з такими, які допомагають клієнтові покращити виконання цільових повсякденних занять.

2) Сприйняття клієнтоорієнтованості ерготерапії. На думку ерготерапевтів, клієнти по-різному ставляться до партнерського підходу до 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. Відповідно, легкість адміністрування та успіх інтерв'ю залежать від позитивного сприйняття клієнтоорієнтованого підходу власне клієнтом.

3) Заняттєвий запит. Для успішного застосування СОПМ важливо, щоб клієнт міг визначити власні заняттєві пріоритети. Ерготерапевти висловили різні думки щодо

заняттєвого запиту військовослужбовців, який залежить від складності травми та етапу реабілітації. Більшість наголошувала 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 ерготерапевтка зазначила, що СОПМ може використовуватися як скринінг для визначення доречності ерготерапевтичних послуг.

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

5) Розуміння клієнтом сфер професійної діяльності ерготерапії. Передумовою до застосування СОПМ 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, які можливості має фахівець. Ерготерапевти неодноразово розповідали 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 успіш-

Фактори, що впливають на процес застосування СОПМ

Фактори ерготерапевта	Фактори клієнта ерготерапії
1. Заняттєва спрямованість ерготерапевта «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). «І я їм пояснюю, що з верхньою кінцівкою ми будемо працювати для того, щоб відновити заняттєву активність, і що, окрім того, нам потрібно пропрацювати заняттєву активність, а не концентруватися на самій руці» (ЕТ 3).	1. Ставлення до заняттєвої спрямованості ерготерапії «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). «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, і це у вас дуже багато незрозумілих питань, нащо воно мені потрібно, мені треба рука» (ЕТ 13). «[Заняттєву спрямованість] гарно сприймають, працюють, дуже всі потім задоволені, що щось там змогли зробити» (ЕТ 1).
2. Клієнтоорієнтованість ерготерапевта «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).	2. Ставлення до клієнтоорієнтованості процесу ерготерапії «Усі 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 вирішуйте». Я кажу, ні, ви не самі вирішуйте, ви вирішуйте зі мною» (ЕТ 15). «Скажу чесно, бо є пацієнти, яким це подобається, що вони приймають активну участь, а інші не хочуть брати на себе відповідальність» (ЕТ 12).
3. Індивідуалізація процесу ерготерапії «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 вправ набір був, намагаємося цього уникати тепер» (ЕТ 17). «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, у кожної людини 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, ніж якийсь конкретний шаблон дати» (ЕТ 13).	3. Конкретний заняттєвий запит клієнта «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 із цим динозавром не розлучається взагалі, з ним весь час носиться, і він щасливий, і вона задоволена, і в них знову ті теплі стосунки, які були до її хвороби» (ЕТ 7). Заняттєвий запит військовослужбовців «Якщо проблеми цивільних – це одягнути верхній одяг, поголитися, то в їхньому плані вони ставлять собі цілі накласти джгуту, щоб карабіни могли вони заціпати та заціпки різного роду. Ну, тобто вона на якісь такі більш військові потреби зразу орієнтуються» (ЕТ 9). «Військові всі хочуть повернутися, і вони хочуть помсти. Хочуть повернутися і воювати далі, навіть незалежно від того, скільки в них поранень. Ну так, у них сама перша проблема, що ми хочемо повернутися: «Я не можу воювати» (ЕТ 4).
4. Навчання з використання СОПМ «Завдяки тренінгу з використання СОПМ я зрозуміла, що раніше використовувала його неправильно» (ЕТ 5). «Я раніше застосовувала СОПМ, і я скажу, він здається настільки простим... А насправді потрібно навчитися ще його використовувати» (ЕТ 2).	4. Достатній рівень когніції та мовлення «Але, наприклад, із мінусів [СОПМ] 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 СОПМ. І, на жаль, їх зараз дуже багато після інсультів» (ЕТ 20).
5. Пояснення ерготерапії пояснення перед застосуванням СОПМ «Напевно, відсотків 90 взагалі не знає, хто такий ерготерапевт, хто до них прийшов, і їх навіть це трішечки лякає» (ЕТ 13). «Є стереотип ще навіть такий у 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). «Тепер я розумію, що якщо я не поясню, хто я, не донесу свою цінність, то я і не маю сенсу представляти СОПМ, тому що він просто не зрозуміє цього. Тому це неймовірно важливо» (ЕТ 15).	5. Розуміння ерготерапії та сфер терапевтичного впливу «Це що ерго? Я щось не розумів, що це таке. Взагалі... фізіотерапевт зрозумілий, а ерготерапевт незрозумілий» (Клієнт 2). «Я довго не могла вимовити слово «ерготерапія» (Клієнт 1). «Під час СОПМ я їм пояснюю, що ми будемо працювати над досягненням ось таких цілей. Усі цілі є заняттєві, відповідно, вони далі очікують, що наше втручання буде пов'язане з роботою над заняттям» (ЕТ 3).

6. Навички інтерв'ювання, ефективної комунікації для розкриття і формування довіри клієнта «Має бути якісне інтерв'ю, щоб людина все-таки керувала процесом реабілітації разом із фахівцем. СОПМ допомагає змотивувати пацієнта. У нас дуже багато демотивованих пацієнтів. І частіше за все коли ти говориш про домашніх улюбленців, про дітей, про онуків, то вони розцвітають. Усе, там далі можна вже щось робити. Рухаємося» (ЕТ 7). «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). «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). «Із 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 у цьому плані, що вони – пацієнти у важкому стані» (ЕТ 14). «Я ніколи не проводжу такі розмови в палаті. У нас є індивідуальні кімнати або беру пацієнтів на обід, коли нікого немає у залі. Є різні люди. Зустрічаються такі хлопці, що сміються, наприклад. Висміюють» (ЕТ 9). «Оцей момент, щоб із 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).	6. Мотивація клієнта «Мотивація найголовніша. Бо поки він не поставить собі ту ціль і те завдання, він не знає, для чого він то [реабілітацію] робить» (ЕТ 12). «Більшість військових, вони дійсно мотивовані. Вони приїжджають, і вони готові навіть боротися з тим, що у нас повний безлад у 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, зачасти 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). «Так, у мене були такі пацієнти, з якими все-таки не вдалося в мене використовувати СОПМ. Це було ставлення людини самої до свого життя, до того, як вона проживає його. Я підходила з різних боків, 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). «Може бути таке, що воно [інтерв'ю з СОПМ] 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 у Донецьк, нехай мене доб'ють. Мені іншого не потрібно» (ЕТ 3).
7. Використання прикладів під час адміністрування СОПМ «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 усе проходить швидше, ну і, відповідно, з практикою швидше» (ЕТ 8). «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).	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 переді мною сидить дівчина, я не хочу жалітися. У мене все добре, у мене все виходить» (ЕТ 13). «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) «Дуже складно реагують військові, особливо на дівчину, якщо там буває так, то вони не знають, хто це. Узагалі, що я буду робити, яка моя роль, то я поясню, звичайно» (ЕТ 16).
8. Травма-інформованість ерготерапевта «Вони емоційніші, самі пацієнти... Тобто перед тим як проводити свою першу зустріч, я завжди спілкуюся з фізичним терапевтом, щоб трішки мені розказав. Можливо, вони більше знають, якісь теми не варто зачіпати. Тобто те, що є болючим» (ЕТ 16). «Тобто тут виходить так, що вони свіжі поранення мають, а я йду до них із листом про їхнє майбутнє. Як вони там його можуть побачити, те майбутнє, якого вони зараз 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).	8. Адекватне усвідомлення власного стану «Є ті, які хочуть чогось нереального. І ми розуміємо, що запити не завжди бувають реальними... Це рідко, але все ж таки є» (ЕТ 7). «І дуже сильно впливає, наприклад, якщо це військовий, який отримав, травму 2–3 місяці тому і ще в такому, скажімо, гострому стані. І є військові, наприклад, які ми проводимо через рік. Тому оці військові, наприклад 2–3 місяці, вони майже всі хочуть повернутися назад у частину, до хлопців. Ті, хто там рік і більше, вони вже задумуються над зміною роботи, чим вони будуть займатися, більше залучають родину, сім'ю, друзів і так далі» (ЕТ 13).
9. Адвокація клієнта у залученні сім'ї до процесу реабілітації «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 у 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, у результаті отримати гарний результат, який задовольнить усіх. Бо це також є важливим» (ЕТ 7).	9. Заняття свобода «Ти там питаєш, що в них зараз, із чим проблеми і як вони далі бачать своє життя, вони не можуть відповісти, бо вони не знають, на чому саме їм сконцентруватися, бо в чому буде подальша їхня робота. Чи вони будуть звільнені і будуть удома, чи вони повернуться у військову частину, будуть там виконувати щось, чи вони повернуться на передову, де зовсім інша робота» (ЕТ 16). «Невідомо, що вирішить ВЛК. У людини, наприклад, дев'ять контузій, із них тільки три визнані. 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 малофункціональний через свої когнітивні здібності» (ЕТ 20).

ного інтерв'ю клієнт повинен бути мотивований до активної участі в реабілітації і не ставити на собі хрест.

7) Неупереджене ставлення до фахівця. Упередженість клієнта може бути бар'єром до застосування СОПМ. 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 впливають розуміння клієнтом власного функціонального стану, реабілітаційного прогнозу та спроможність визначати реалістичні цілі. Ерготерапевти, які працюють в амбулаторних та стаціонарних умовах, зазначали, що СОПМ 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 з використанням СОПМ. Заняттєва свобода відрізняє цивільних клієнтів від військовослужбовців, оскільки особливо в контексті війни військовослужбовці не знають власної подальшої долі, а тому їм може бути важко визначатися із заняттєвими цілями.

Результати застосування СОПМ.

Графічна модель ефективного застосування СОПМ визначає спільний результат взаємодії ерготерапевта та клієнта: визначення заняттєвих цілей, спрямованих на покращення якості життя клієнта (рис. 2). Історії успіху застосування СОПМ, які ерготерапевти описали у ході інтерв'ю, свідчать про те, що заняттєво спрямована практична діяльність ерготерапевта за допомогою СОПМ сприяє відновленню мети, сенсу і задоволеності життя клієнта. Завдяки застосуванню СОПМ ерготерапевти змогли визначити унікальні для кожного клієнта заняттєві цілі. Приклади індивідуальних заняттєвих цілей, визначених клієнтами у співпраці з ерготерапевтом, продемонстровано в табл. 5.

Під час інтерв'ю ерготерапевти зазначили, що досвід застосування СОПМ у практичній діяльності у рамках дослідження суттєво вплинув на їхній професійний розвиток. Вплив застосування СОПМ на практичну діяльність ерготерапевтів охоплює такі основні тематичні блоки:

1) Професійне становлення фахівців. Ерготерапевти вважають, що СОПМ сприяє професійному становленню, роз'яснює завдання ерготерапевта та робить очевидним його унікальний внесок у рамках роботи мультидисциплінарної реабілітаційної команди, що є особливо цінним у контексті професій-

Таблиця 5

Приклади індивідуальних заняттєвих цілей, визначених за допомогою СОПМ

Заняттєві цілі	Стан здоров'я
– Керувати авто – Збирати/розбирати муляжі магазинів з патронами – Одягати берці	Ампутація
– Самостійно здійснювати менеджмент кишківника – Виготовляти вироби зі шкіри для побратимів – Малювати з донькою – Отримати грант для відкриття туристичного бізнесу для осіб, які пересуваються кріслом колісним – Планувати відкриття власної кондитерської	Ураження спинного мозку
– Здійснювати покупки у магазині – Уживати улюблену страву (шаурму обома руками) – Копати город і виконувати важку роботу по господарству	Черепно-мозкова травма
– Ремонтувати кран – Користуватися громадським транспортом – 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)	Інсульт

ного розвитку фахівців, які не мають формальної освіти з ерготерапії:

«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).

«Якщо б я це робила [застосовувала СОРМ] на початку своєї кар'єри, то я б уже 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).

«[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 у 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).

2) Формування заняттєвої парадигми практичної діяльності фахівців. Ерготерапевти доповіли, що внаслідок їхньої участі у дослідженні та застосування СОРМ їхня професійна діяльність набула заняттєвого спрямування:

«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], зосереджуватися на заняттєвій активності пацієнта. Цікавитися його інтересами, обов'язково розглядати його ролі в житті, майбутнє, думати про те, де він буде після наших утручань і як вони допоможуть йому в майбутньому» (ЕТ 14).

«Дуже сильно змінилося, і я почала більше заняттєву активність саме у своїх реабілітаційних утручаннях включати. Бо раніше

це було все-таки більше на функції руки, на структуру, а зараз це все-таки більше про заняттєву активність» (ЕТ 8).

«Уявлення про заняттєву орієнтованість стали чіткішими, ще більш і більш ґрунтовнішими. У мене з'явилося розуміння, над чим конкретніше мені зараз спрямувати свою діяльність, щоб і людина була зацікавлена, і щоб ми чогось досягли» (ЕТ 1).

«Уся 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).

«Я ще більше зрозуміла його цінність, і я його зараз ще більше буду використовувати... Можливо, досвід [роботи в] реабілітації 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).

3) Покращення якості наданих послуг за рахунок заняттєвої спрямованості. Ерготерапевти вважають, що, підвищуючи професійний рівень терапевта, СОРМ покращує якість наданих послуг, які впливають на якість життя клієнтів ерготерапії:

«[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).

«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).

4) Розширення сфер професійного впливу за рахунок інформативності СОРМ. СОРМ розширює вплив ерготерапевта на інші сфери заняттєвої активності поза активністю повсякденного життя:

«Дає велику можливість охопити всі сфери і зрозуміти навіть самій людині, що для неї важливим є» (ЕТ 8).

«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).

«У мене є пацієнт, із нього було дуже важко витягнути якусь інформацію, хоч якби не питаю, а він: «У мене не працює рука», все, і на цьому інтерв'ю закінчується ... а після СОРМ спрацювало, він сказав, що він не може ходити там у ліс по гриби, що він не любить рибалку, каже, а в мене ще вдома кран тече» (ЕТ 12).

5) Можливість продемонструвати прогрес реабілітації. Дана тема також знайшла підтвердження в інтерв'ю з клієнтами ерготерапії та свідчить про важливість об'єктивних показників для визначення прогресу ерготерапії:

«У 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 [людина] 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 13).

6) Провідна роль у МДРК. Ерготерапевти зазначили, що СОРМ дає змогу ерготерапевту скеровувати роботу МДРК на спільне досягнення заняттєвого запиту клієнта у формуванні індивідуального реабілітаційного плану: «[члени МДРК] орієнтуються, власне, на наші цілі, саме ерготерапевтів, і ерготерапевт стає вже провідною 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 почи-

нає уже тоді крутитися над твоєю ціллю. Це чудово» (ЕТ 14).

7) Розширення середовища реабілітації. Посилюючи заняттєве спрямування, застосування СОРМ впливає на розширення середовища реабілітації, упровадження принципів безбар'єрності, при цьому ерготерапевт утілює принцип адвокації за пацієнта. 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 із методів ерготерапевтичного втручання.

«Так ми можемо вийти, не обмежуватися самими стінами лікарні, ми можемо вийти на двір, у 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).

«Із СОРМ можемо визначити там, що клієнт хоче комунікувати з соціумом, із 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. Ідеши, вимагаєш, шукаєш служби, шукаєш власника, дзвониш, питаєш, просиш міняти двері. Ідеши до наших, просиш установити двері. І я вже повністю тут стараюся залучати і наших усіх членів команди у цей процес, ми мусимо змінювати, бо і хлопцям кажу, що ви повинні не мовчати, говорити, тому що так нічого не зміниться» (ЕТ 14).

8) Професійна гордість ерготерапевтів.

«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 будуть корисні своїй сім'ї, своїй родині, вони загалом громаді будуть корисні. Нам, людям, усім важливо відчувати себе корисними, бо не просто існувати, а бути дуже важливими для оточення» (ЕТ 15).

Під час інтерв'ю клієнти ерготерапії також висловили позитивне враження від результатів ерготерапії, подив та задоволеність від індивідуалізації процесу реабілітації: *«Я хочу побажати вам успіху... Тому що 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... Узагалі, я тішуся, що ви є, тому що ерготерапевт – це, напевно, ліхтарик у кінці тунелю, який я бачила на цьому шляху – свій ліхтарик» (Клієнт 1).*

Дискусія. У результаті нашого дослідження деякі з визначених українськими ерготерапевтами факторів, які впливають на застосування СОПМ та наслідки застосування СОПМ у практичній діяльності, є унікальними для контексту України. По-перше, зважаючи на новизну професії в Україні, більшість фахівців, які працюють на посадах ерготерапевтів у закладах охорони здоров'я, не мають формальної освіти з ерготерапії. Відповідно, унікальним для вітчизняного контексту є значний вплив СОПМ на професійний розвиток ерготерапевтів, зокрема формування у фахівців розуміння принципів клієнтоорієнтованості, заняттєвої спрямованості, формування заняттєвої парадигми професійної діяльності, розширення терапевтичного впливу на сфери заняттєвої активності поза межами активності повсякденного життя, розуміння і розширення ролі ерготерапевта у мультидисциплінарній команді та у процесі формування індивідуального реабілітаційного плану та індивідуальної програми реабілітації пацієнта/клієнта. Вплив СОПМ на професійне становлення ерготерапевтів підтверджується іншими вітчизняними дослідженнями.

Зокрема, у дослідженні Лазаревої та колег [10] було виявлено статистично значущу різницю в показниках заняттєвої спрямованості ерготерапевтичних послуг у результаті застосування СОПМ. При цьому показники клієнтоорієнтованості також збільшилися, однак без статистично значущої зміни для групи учасників дослідження.

В іноземній літературі відсутні дані про скептичне ставлення клієнтів ерготерапії до заняттєво спрямованого інтерв'ювання, про яке засвідчили деякі українські ерготерапевти, однак зустрічаються дані про різні трактування заняттєвої спрямованості клієнтами [21]. Причинами такого ставлення клієнтів можуть бути обмежене розуміння ерготерапії та ґрунтування суспільної думки про реабілітацію у цілому на пасивних методах реабілітації, тому наполегливою рекомендацією учасників дослідження є пояснення методів, принципів і завдань ерготерапії у спосіб, зрозумілий клієнту перед адмініструванням СОПМ.

По-друге, дослідження здійснювалося під час воєнного стану, та половина клієнтів, залучених до дослідження, були військовослужбовцями, тому застосування СОПМ 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. Ерготерапевти, які працюють із цивільними пацієнтами/клієнтами, також доповідали про високий рівень травматизації пацієнтів/клієнтів через війну, що триває. Відповідно, дані нашого дослідження вказують на критичну необхідність обізнаності ерготерапевтів із принципами травмаінформованої практики для надання ефективних, якісних та безпечних ерготерапевтичних послуг та запобігання ретравматизації пацієнтів/клієнтів ерготерапії.

По-третє, іноземна література документує ефективне застосування СОПМ із військовослужбовцями, однак переважна більшість досліджень відбувалася у мирному контексті з метою реінтеграції військовослужбовців

у цивільне життя [9; 18]. Учасники нашого дослідження, які працювали з військовослужбовцями, висвітлили вплив заняттєвої свободи (чи скоріше її відсутності) на застосування СОПМ та процес реабілітації у цілому. Зокрема, військовослужбовці, які не знали власного реабілітаційного прогнозу, реабілітаційного маршруту та не були впевнені, чи будуть повертатися на фронт, стикалися з невизначеністю, яка могла впливати на результати інтерв'ю за допомогою СОПМ.

Питання заняттєвої свободи дедалі частіше зустрічається в ерготерапевтичній літературі, зокрема в контексті можливості вибору щодо встановлення заняттєвих цілей та заняттєвої участі клієнта у зв'язку з обмеженнями реабілітаційного чи соціального середовища [7; 12]. Позитивні відгуки клієнтів ерготерапії у нашому дослідженні стосовно цінності заняттєвої участі (табл. 4) під час перебування у лікарні корелюють із результатами дослідження бразильських ерготерапевтів. Зокрема, автори демонструють важливість посилюючого залучення пацієнтів інтенсивної терапії до заняттєвої участі для холистичної реабілітації, перенесення страждань і знаходження сенсу життя через заняттєву участь, яка втілює їхні цінності [7].

Власне участь у інтерв'ю на основі СОПМ, під час якого клієнт реалізує свою власну суб'єктність, бере частину відповідальності за власну реабілітацію, визначає проблеми виконання занять, які втілюють його цінності, може розглядатися не тільки як інструмент оцінювання, а й як терапевтичний інструмент утручання. У контексті втрати автономії та незалежності, асоційованих із цим почуттями страху, тривожності і соціальної ізоляції надана клієнтові можливість скеровувати реабілітаційний процес через визначення цілей реабілітації у процесі адміністрування СОПМ відновлює його заняттєву свободу. Подібним чином надана клієнту можливість визначити заняття, завдання та дії, які він буде мати змогу виконувати під час перебування у медичному закладі, посилює його заняттєву свободу та уможливорює значущу заняттєву участь. Відповідно, ерготерапевти наголошували на важливості ске-

рування зосередженості клієнта на реалістичних цілях та реалістичних активностях у ході адміністрування СОПМ, визначення наступного логічного кроку для розширення заняттєвої участі в рамках індивідуальної програми реабілітації та збільшення функціональної незалежності.

Разом із цим чимало факторів запропонованої нами Моделі ефективного застосування СОПМ (рис. 2) знаходять підтвердження у світовій літературі. Численні іноземні дослідження впливу СОПМ на практичну діяльність ерготерапевтів корелюють із нашими результатами щодо позитивного впливу СОПМ на клієнтоорієнтованість. Зокрема, нещодавній огляд літератури засвідчив, що використання СОПМ сприяє формуванню партнерських стосунків ерготерапевта з клієнтом, покращує розуміння переконань, уподобань, потреб і цінностей клієнта ерготерапевтом у різних сферах практичної діяльності ерготерапевтів [5]. Клієнтоорієнтованість ерготерапевта також вважається передумовою застосування СОПМ та здійснює позитивний вплив на мотивацію клієнтів, збільшуючи їх активну участь під час утручань [5].

Іноземні дослідження також окреслюють можливість негативного ставлення до клієнтоорієнтованості з боку клієнтів, які звикли до пасивної ролі «пацієнта» та у прийнятті рішень покладаються на фахівця, що часто зустрічається у традиційних східних суспільствах [21; 26]. Іноземні дослідження підтверджують занепокоєння українських ерготерапевтів щодо адміністрування СОПМ із клієнтами з когнітивними розладами. Зокрема, японські колеги використовували Коротку шкалу психічного статусу (Mini Mental State Examination) перед застосуванням СОПМ із рекомендованим балом більше 20 для оптимального адміністрування СОПМ; однак, це не виключає можливості застосування СОПМ із пацієнта із більш помірною деменцією [17].

Як клієнти ерготерапії, так і ерготерапевти засвідчують, що саме формат напівструктурованого інтерв'ю СОПМ сприяє визначенню унікальних та значущих для клієнта заняттєвих цілей, при цьому експерти застерігають

від адміністрування СОРМ як опитувальника, що характерне для студентів та недосвідчених ерготерапевтів [5]. Зокрема, було доведено, що СОРМ є у чотири рази більш чутливим, аніж Опитувальник плеча, руки та кисті (DASH) та порівняно з іншими інструментами оцінки дає змогу визначити унікальні заняттєві потреби клієнтів [11]. Дана властивість СОРМ продемонстрована також у нашому дослідженні.

У контексті визначених військовослужбовцями специфічних проблем виконання занять постає питання не тільки наявності військового обладнання, необхідного для реабілітації військовослужбовців, навичок ерготерапевта використовувати дане обладнання, а й планування та організації надання послуг ерготерапії для військовослужбовців залежно від їхнього функціонального статусу та спроможності повертатися у зону бойових дій. Зокрема, у низці західних країн послуги ерготерапії для військовослужбовців у активних зонах бойових дій організовуються з інтеграцією специфічних військових завдань у процес ерготерапії для підтримки їхньої заняттєвої ролі та зміцнення заняттєвої ідентичності військового, наприклад заряджання зброї, одягання амуніції, фізичні навантаження [1]. Під час реабілітації внаслідок бойового та оперативного стресу максимально підтримуються «військове середовище» та передбачуваний військовий щоденний розпорядок як тактика менеджменту посттравматичного стресового розладу та метод попередження прийняття військовослужбовцями ролі «хворого» [9]. Натомість для ветеранів, які реінтегруються у громаду, використовуються інші підходи до організації реабілітації та, відповідно, встановлюються інші заняттєві цілі [9; 18]. При цьому в контексті травма-інформованої допомоги важливо враховувати, що військове обладнання може бути тригерним для пацієнтів/клієнтів та не буде доречним для використання під час реабілітації. Відповідно, наше дослідження висвітлює необхідність критичного аналізу і подальших наукових досліджень для пошуку найбільш оптимальної моделі реабілітації військовос-

лужбовців відповідно до їхнього прогнозованого реабілітаційного маршруту та спроможності повертатися у зону бойових дій.

Учасники нашого дослідження висловили думку про те, що СОРМ можна ефективно застосовувати з родиною клієнта ерготерапії, однак іноземні автори застерігають від цього, обґрунтовуючи це низькою кореляцією заняттєвих потреб, визначених родиною (проксі) із заняттєвими потребами, визначеними власне клієнтом ерготерапії [16]. Відповідно, слід з обережністю залучати родину до встановлення цілей утручання, оскільки цілі родини та клієнта можуть бути різними.

Наші дані засвідчують важливість поглибленого навчання з адміністрування СОРМ, що також відображається у світовій літературі. Авторами СОРМ та дослідниками багатьох країн рекомендується додаткове навчання, розвиток навичок та власного стилю інтерв'ювання [2; 5; 21]. При цьому цікавим є дослідження інформаційної упередженості у використанні СОРМ [21], у якому висвітлено потенційні помилки в адмініструванні СОРМ, наприклад: надмірне звуження або розширення цільових занять (функціональні дії чи групи занять), самооцінка на основі прогнозу, а не реального досвіду виконання занять перед інтерв'ю, проблема розуміння клієнтами оцінок виконання (performance) та задоволеності (satisfaction), завищення та заниження оцінок відповідно до надмірної впевненості або скромності клієнтів, які можуть поставити під загрозу достовірність результатів оцінювання. Відповідно, незважаючи на оманливу простоту СОРМ, автори цього та інших досліджень рекомендують поглиблене навчання тривалістю до 28 годин, включаючи практичну частину та супервізію адміністрування СОРМ [2; 21].

Висновки. У результаті даного дослідження було розроблено та науково обґрунтовано Модель ефективного використання Канадського інструмента оцінки виконання занять (СОРМ) у реабілітації військовослужбовців і цивільних осіб у гострому та післягострому періодах реабілітації в Україні. На основі методології обґрунтованої теорії, що включала аналіз індивідуаль-

ного досвіду застосування COPM українськими ерготерапевтами, було визначено фактори для оптимального застосування інструмента з даною категорією пацієнтів у контексті сучасних викликів війни. Дані дослідження також свідчать про позитивний вплив COPM на професійне становлення ерготерапевтів і обґрунтовує рекомендацію щодо поглибленого навчання з адміністрування COPM та інтеграції COPM в освітні програми з ерготерапії в українських закладах вищої та післядипломної освіти.

Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів. Автори висловлюють щирю вдячність усім ерготерапевтам, які брали участь у дослідженні.

Фінансування. Дослідження проводилося за сприяння Центрального агентства управління проектами Литви в рамках проекту «Віддалена функціональна оцінка: інноваційне рішення для реабілітації жертв війни в Україні» (№ 2023-K-063).

References

1. Baumann, M.L., Brown, A.N., Quick, C.D., Breuer, S.T., & Smith-Forbes, E.V. (2018). Translating Occupational Therapy's Current Role Within U.S. Army Combat and Operational Stress Control Operations. *Occupational Therapy in Mental Health*, 34(3), 258–271. <https://doi.org/10.1080/0164212X.2018.1425952>
2. Caire, J.-M., Maurel-Techene, S., Letellier, T., Heiske, M., Warren, S., Schabaille, A., & Destruhaut, F. (2022). Canadian Occupational Performance Measure: Benefits and Limitations Highlighted Using the Delphi Method and Principal Component Analysis. *Occupational Therapy International*, 2022, 9963030. <https://doi.org/10.1155/2022/9963030>
3. Charmaz, K., & Thornberg, R. (2021). The pursuit of quality in grounded theory. *Qualitative Research in Psychology*, 18(3), 305–327. <https://doi.org/10.1080/14780887.2020.1780357>
4. Creswell, J.W. & Creswell, J.D. (2018). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* (Fifth edition). SAGE.
5. Farber, R.S. (2000). Mothers With Disabilities: In Their Own Voice. *The American Journal of Occupational Therapy*, 54(3), 260–268. <https://doi.org/10.5014/ajot.54.3.260>
6. Farias, A.A.R., Souza, A.M. de, & Corrêa, V.A. C. (2024). Occupations, freedom, and values: A case study in a Coronary Intensive Care Unit. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 32, e3679. <https://doi.org/10.1590/2526-8910.ctoao282836792>
7. Hammersley, M., & Atkinson, P. (2019). *Ethnography: Principles in practice* (Fourth edition). Routledge.
8. Kerr, N.C., Ashby, S., Gerardi, S.M., & Lane, S.J. (2020). Occupational therapy for military personnel and military veterans experiencing post-traumatic stress disorder: A scoping review. *Australian Occupational Therapy Journal*, 67(5), 479–497. <https://doi.org/10.1111/1440-1630.12684>
9. Larsen, A.E., & Law, M. (2025). Canadian Occupational Performance Measure the state of the art – a review. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 32(1), 2473045. <https://doi.org/10.1080/11038128.2025.2473045>
10. Lazarieva, O.B., Mangusheva O.O., Klavina, A. & Enemark Larsen, A. (2025). Aktualnist vykorystannia Kanadskoho instrumenta otsinky vykonannia zaniat (COPM) dlya klientoorientovanoi ta zaniattievospriamovanoi erhotherapevtychnoi praktyky v Ukraini. [The impact of the Canadian occupational performance measure (COPM) on client-centered and occupation-focused occupational therapy practice in Ukraine]. *Sportyvna medytsyna, fizychna terapia ta erhotherapiia*, 1, 210–217. <https://doi.org/10.32782/spmed.2025.1.30> [in Ukrainian]
11. Lauritzson, A., Eckerdal, D., & Atroshi, I. (2023). Responsiveness of the patient-specific Canadian occupational performance measure and a fixed-items activity limitations measure in patients with dupuytren disease. *Journal of Patient-Reported Outcomes*, 7(1), 38. <https://doi.org/10.1186/s41687-023-00579-7>
12. Loubani, K., Polo, K.M., Baxter, M.F., & Rand, D. (2024). Identifying Facilitators of and Barriers to Referrals to Occupational Therapy Services by Israeli Cancer Health Care Professionals: A Qualitative Study. *The American Journal of Occupational Therapy*, 78(1), 7801205050. <https://doi.org/10.5014/ajot.2024.050414>
13. Mangusheva, O.O., Lazarieva, O.B., & Enemark Larsen, A. (2024). Exploring the use of the Canadian Occupational Performance Measure (COPM) in Ukraine: Determining the need. *Rehabilitation and Recreation*, 3, 32–40. <https://doi.org/10.32782/2522-1795.2024.18.3.3>
14. Mangusheva, O.O., Lazarieva, O.B., & Enemark Larsen, A. (2025). Translation, cross-

cultural adaptation and content validation of the Canadian Occupational Performance Measure (COPM) in the Ukrainian language. *Medicni Perspektivi*, 30(1), 135–149. <https://doi.org/10.26641/2307-0404.2025.1.325375>

15. Murthi, K., & Hammell, K.W. (2021). 'Choice' in occupational therapy theory: A critique from the situation of patriarchy in India. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 28(1), 1–12. <https://doi.org/10.1080/11038128.2020.1769182>

16. Nakken, N., Janssen, D.J.A., van den Bogaart, E.H.A., van Vliet, M., de Vries, G.J., Bootsma, G.P., Gronenschild, M.H.M., Delbressine, J.M.L., Muris, J.W.M., Wouters, E.F.M., & Spruit, M.A. (2017). Patient versus proxy-reported problematic activities of daily life in patients with COPD. *Respirology*, 22(2), 307–314. <https://doi.org/10.1111/resp.12915>

17. Ohno, K., Tomori, K., Sawada, T., Seike, Y., Yaguchi, A., & Kobayashi, R. (2021). Measurement Properties of the Canadian Occupational Performance Measure: A Systematic Review. *The American Journal of Occupational Therapy*, 75(6), 7506205100. <https://doi.org/10.5014/ajot.2021.041699>

18. Plach, H.L., & Sells, C.H. (2013). Occupational Performance Needs of Young Veterans. *The American Journal of Occupational Therapy*, 67(1), 73–81. <https://doi.org/10.5014/ajot.2013.003871>

19. Pro zatverdzhennia Pereliku rekomendovanykh instrumentiv otsiniuvannia funktsionuvannia, obmezhen zhyttiedialnosti ta zdorovia osoby, Nakaz MOZ Ukrainy. № 1946, 20 Nov. 2024 (Ukraine). [in Ukrainian]

20. Ramalho, R., Adams, P., Huggard, P., & Hoare, K. (2015). Literature Review and Constructivist Grounded Theory Methodology. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum:*

Qualitative Social Research, Vol 16, No 3 (2015). <https://doi.org/10.17169/FQS-16.3.2313>

21. Sawada, T., Tomori, K., Ohno, K., Takahashi, K., Saito, Y., & Levack, W. (2022). Information bias in the Canadian occupational performance measure: A qualitative study. *British Journal of Occupational Therapy*, 85(9), 722–732. <https://doi.org/10.1177/03080226221079234>

22. Skär, M.T., Lisa. (2000). How I Play: Roles and Relations in the Play Situations of Children with Restricted Mobility. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 7(4), 174–182. <https://doi.org/10.1080/110381200300008715>

23. Stanley, M., & Cheek, J. (2003). Grounded Theory: Exploiting the Potential for Occupational Therapy. *British Journal of Occupational Therapy*, 66(4), 143–150. <https://doi.org/10.1177/030802260306600403>

24. Sweeney, G., Webley, P., & Treacher, A. (2001). Supervision in Occupational Therapy, Part 2: The Supervisee's Dilemma. *British Journal of Occupational Therapy*, 64(8), 380–386. <https://doi.org/10.1177/030802260106400802>

25. Walder, K., & Molineux, M. (2017). Re-establishing an occupational identity after stroke – a theoretical model based on survivor experience. *British Journal of Occupational Therapy*, 80(10), 620–630. <https://doi.org/10.1177/0308022617722711>

26. Yang, S.-Y., Lin, C.-Y., Lee, Y.-C., & Chang, J.-H. (2017). The Canadian occupational performance measure for patients with stroke: A systematic review. *Journal of Physical Therapy Science*, 29(3), 548–555. <https://doi.org/10.1589/jpts.29.548>

Прийнято до публікації: 17.06.2025

Опубліковано: 30.07.2025

Accepted for publication on: 17.06.2025

Published on: 30.07.2025