

DOI: 10.26693/jmbs07.03.236

УДК 615.8:614.253.8

Іваніків Н. М., Грибок Н. М.

ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ УЧАСТІ КЛІЄНТІВ В РЕАБІЛІТАЦІЙНОМУ ПРОЦЕСІ З ПОЗИЦІЇ КАНАДСЬКОЇ МОДЕЛІ ВИКОНАННЯ ЗАНЯТЬ

Дрогобицький державний педагогічний університет імені Івана Франка,
Дрогобич, Україна

Мета роботи полягала у визначенні аспектів участі пацієнта в процесі реабілітації та визначенні концептуалізації, що удосконалює участь пацієнта.

Матеріали та методи. Основним методом дослідження був метод аналізу, який був використаний для всебічного розгляду та оцінки участі клієнта у процесі реабілітації та загальної оцінки структури, яка могла б покращити участь клієнта.

Результати. Одна з цілей розвитку світової спільноти полягає у збереженні та зміцненні фізичного, соціального, психічного та духовного здоров'я людей. Проте людство зустрілося із проблемами глобального масштабу: екологічними, економічними, соціальними, моральними. Генетична обтяженість людства, екологічна криза, стихійні лиха та техногенні катастрофи, війни та локальні конфлікти, соціальна нестабільність – все це веде до зростання потреб реабілітації. Тому протягом останніх десятиліть змінилася роль як клієнта, так і родичів в процесі реабілітації з огляду на участь клієнта.

В даній роботі було розглянуто процес реабілітації з огляду на участь клієнта, адже варіант клієнто-орієнтованої структури, Canadian Occupational Performance Measure (COPM), оцінюється з точки зору перш за все – клієнтів, ерготерапевтів та членів реабілітаційної команди.

Основна мета – максимізувати участь пацієнтів у реабілітаційному процесі. Акцент ерготерапевта робиться на участі пацієнта у визначенні результатів та цілей. В процесі багаторічної практики і досвіду ерготерапевти розробили модель для клієнто-орієнтованої практики в ерготерапії, а саме: Канадську Модель Виконання Занять (CMOP). А результатом роботи використання цієї моделі стала розробка Канадської Оцінки Виконання Занять (COPM), яка стала хорошим інструментом для отримання результату на основі сприйняття клієнта.

Висновки. Реалізація підходу, орієнтованого на клієнта, полегшується, коли використовується структурований метод, але цього недостатньо.

Потрібна участь і мотивація всіх членів команди, а також підтримка в період впровадження. Також підтримка з боку керівництва, знання основної теорії, час для дискусій та роздумів, а також можливість розробити техніку особистого інтерв'ю, де вказуються важливі фактори для успішного впровадження.

Ключові слова: ерготерапевт, заняттєва активність, оцінка виконання занять, участь клієнта, клієнтоцентричний підхід.

Вступ. Зміни соціальної культури та культури здоров'я підкреслюють необхідність активізації участі клієнтів у процесі реабілітації [1]. Протягом останніх десятиліть, в Європі, змінилася роль як клієнта, так і родичів, що має вплинути на відношення клієнт-ерготерапевт, а також на методи, які використовуються як при зборі даних, так і при оцінці втручання. Кодекс етики для ерготерапевтів дуже чітко говорить з цього питання; під час кожного втручання ерготерапевт повинен разом з пацієнтом розробляти індивідуальний план [2]. У ньому також зазначено, що участь пацієнта передбачає, що терапевт базує всі втручання на побажаннях і потребах пацієнта та інформує пацієнта про альтернативні методи лікування. Турбота повинна бути надана з повагою до рівної цінності кожної людини та її гідності [3], ґрунтуватися на повазі до автономії та цілісності особистості. Необхідно надавати індивідуально адаптовану інформацію про стан здоров'я людини, а також про методи дослідження, догляду та лікування. Догляд та лікування, наскільки це можливо, повинні бути розроблені та проведені у співпраці з пацієнтом. Відповідно до загальних питань охорони здоров'я та соціального забезпечення, усі професійні працівники несуть відповідальність за впровадження систем забезпечення якості. Метою систем забезпечення якості є гарантувати, що до пацієнта та родичів ставляться з увагою та повагою, що їхня чесність гарантується, що вони отримують інформацію, і щоб вони

отримали можливість стати активними учасниками. Таким чином, очевидно, що клієнти повинні бути активними учасниками процесу реабілітації.

А. Донабедіан представив визначення якості медичної допомоги та підходи до її оцінки, охоплюючи структуру, процес і результат [4]. Вейд Д.Т. і де Джонг Б.А. обговорюють ці терміни з точки зору реабілітації, дійшовши висновку, що реабілітація є складним і багатодисциплінарним процесом, який нещодавно перейшов від переважно медичного підходу до такого, в якому психологічні та соціально-культурні аспекти є однаково важливими [5]. Структура передбачає реабілітаційну послугу з багатопрофільною командою, яка працює разом для досягнення спільних цілей для кожної людини, а також залучає та навчає пацієнта та його сім'ю. Цей процес є активним, спрямованим на вирішення проблем, зосередженим на інвалідності і включає компоненти оцінювання, постановки цілей, втручання та оцінювання. Результат відноситься до цілей реабілітації: максимізувати участь індивіда в його або її соціальному середовищі, мінімізувати біль і страждання, які переживає індивід, і мінімізувати страждання і стрес для сім'ї [5]. Д. Вейд також стверджує, що найбільш специфічною характеристикою фахівців, які займаються реабілітацією, цілком можуть бути навички постановки цілей. Оцінка участі клієнта є одним із питань реабілітації, яке потребує вирішення [6]. Проте важко відокремити вплив конкретних втручань від інших факторів, а відсутність вимірювання участі все ще залишається проблемою [5].

Клієнтоцентрований підхід до практики може бути одним із методів активізації участі клієнта в процесі реабілітації. У Канаді ерготерапевти працювали з рекомендаціями щодо практики з 1980-х років, використовуючи структуру А. Донабедіана [7]. Ерготерапевти розробили модель для клієнто-орієнтованої практики в ерготерапії, Канадську Модель Виконання Занять (CMOP). Вони також розглянули проблему відсутності показників результатів, заснованих на практиці, орієнтованій на клієнта, і розробили Канадську Оцінку Виконання Занять (COPM), інструмент для отримання результату на основі сприйняття клієнта. Інші моделі в ерготерапії також стосуються заняттєвої активності, але CMOP є єдиною, яка повністю ґрунтується на клієнтоцентрованій практиці та виконанні занять.

Мета дослідження – визначити аспекти участі клієнта в процесі реабілітації та визначити концептуалізацію, що удосконалює участь клієнта.

Матеріал та методи дослідження. Основний метод дослідження - метод аналізу, який був використаний для всебічного розгляду та оцінки участі клієнта у процесі реабілітації та загальної оцінки структури, яка могла б покращити участь клієнта.

Результати дослідження та їх обговорення.

Справжня участь включає спільні цілі та бажання між учасниками [8]. Учасники емоційно та мотиваційно взаємодіють один з одним. Щоб брати участь у плануванні, особу потрібно розглядати як гідного учасника та відчувати почуття впевненості. У моделі, яка акцентує увагу на участі клієнта, роль постачальника полягає в тому, щоб бути активним як партнер у процесі прийняття рішень під впливом бажань і здібностей клієнта, а також створювати варіанти на основі цих бажань, а також досвіду [9]. Така модель покращує контроль і статус клієнта, тоді як медична модель покращує контроль і статус постачальника. С. Джуелл вважав, що право пацієнта приймати рішення та брати участь у плануванні лікування є центральним для участі пацієнта [10]. Значення кожної окремої ситуації було принциповим. З точки зору медсестри участь пацієнта включає як формальну структуру медсестринського процесу, так і близькі стосунки між медсестрою та пацієнтом, а співпраця передбачає обмін інформацією або переговори між пацієнтом і медсестрою [10].

Участь клієнта та зосередженість на клієнті також є центральними функціями в останній версії класифікація функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я, МКФ [11]. У той час як версія 1980 року мала лінійну залежність між порушеннями, інвалідністю та вадами [12]. Остаточна версія МКФ систематично групує функціональні стани, пов'язані зі станом здоров'я, і підкреслює динамічність взаємодії між станом здоров'я та контекстуальними факторами. Акцент зміщено з наслідків хвороби на складові здоров'я. Перша частина класифікації – це функціонування та інвалідність, що включає два компоненти: функції та структури тіла, а також діяльність та участь. Діяльність – це виконання завдання чи дії особою, а участь – це залучення індивідів у життєві ситуації. Обмеження активності визначається як «труднощі, які людина може мати під час виконання діяльності», а обмеження участі як «проблеми, з якими людина може зіткнутися під час участі в життєвих ситуаціях» [11, с. 14]. Друга частина – контекстуальні фактори, що містять два компоненти: екологічні та особистісні фактори. Фактори довкілля поділяються на окремі фактори навколишнього середовища і послуги та системи. Вони можуть полегшувати або обмежувати діяльність. Тому вони кодуються з точки зору індивідів і ситуації. Особистісні фактори не класифікуються, але охоплюють конкретні передумови життя та спосіб життя людини, наприклад вік, стать, особистість, спосіб життя, звички, освіту та професію.

В МКФ акцент робиться на участі в повсякденній діяльності як важливій складовій здоров'я.

Це паралельно з фокусом ерготерапії, тобто використання осмисленої діяльності – заняття – розглядається як засіб втручання та цілі втручання. Ці аспекти значущого заняття та участі клієнтів також є важливою основою Канадської Оцінки Виконання Занять, COPM [13].

Акцент ерготерапевта на участі пацієнта у визначенні результатів, а також цілей є унікальним [14]. Терапію або реабілітацію можна розглядати як повторюваний цикл планування. Важливо визнавати результати, навіть якщо вони є лише невеликими частинами початкового набору цілей, і дати можливість людині віддати собі заслугу за досягнення. Результат повинен описувати не тільки те, що було досягнуто, але також коли і де. Пацієнт також повинен брати участь у встановленні терміну для оцінки. Мета – максимізувати участь пацієнтів.

Р. Кейн зазначає, що мало хто буде сумніватися у важливості включення сприйняття пацієнтів як центральної частини вимірювання результату, і що задоволеність пацієнтів є важливою складовою будь-якої таксономії областей результатів [15]. Необхідно пам'ятати про деякі проблеми. Наприклад, пацієнти можуть мати хибні спогади, або неприємні аспекти допомоги, які з часом можуть бути забуті, або пацієнт може не оцінити деякі аспекти реабілітації. Р. Кейн також наголошує, що головною метою реабілітації є досягнення автономії [15]. Пацієнти повинні відігравати центральну роль у прийнятті рішень щодо допомоги та її цілей. Для хороших рішень потрібна хороша інформація. Пацієнти повинні брати участь у визначенні значущості, що призначається для різних результатів. Значущість має бути заснована на важливості, що передбачає визнання переваг одного результату перед іншими. Немає жодної теоретичної причини, чому клієнти не можуть встановити власну значущість на основі своїх особистих уподобань [15].

Висновки. Для покращення активної участі клієнтів у формулюванні цілей потрібен структурований метод. Участь клієнтів у процесі реабілітації була розширена завдяки використанню COPM: було покращено процес формулювання цілі. В даному випадку COPM виступає як структура для забезпечення участі клієнта, та як показник результату, а також його корисність з точки зору клієнта, ерготерапевта та членів реабілітаційної команди. Клієнти отримали відгуки про покращення з часом, а інтерв'ю COPM було корисним у власних роздумах клієнтів. COPM сприяв комунікації в реабілітаційній команді, сприяв документації ерготерапевтів і заохочував терапевтів виконувати їх професійну роль.

Ерготерапевти сприймають оцінку COPM як корисну в процесі встановлення цілей та планування лікувальних заходів. Незважаючи на те, що проблеми виявлені, вони безпосередньо пов'язані з цілями і сформульовані як цілі. Клієнти отримують відгуки про покращення з часом. COPM забезпечує підхід, орієнтований на клієнта, полегшуючи спілкування в реабілітаційній команді та заохочуючи ерготерапевтів виконувати їх професійну роль.

Коли COPM використовується в командних умовах, вона надає команді більш широку інформацію про те, що є цілеспрямованим заняттям для клієнта. Основна увага приділяється виконанню занять, а не функції. За словами членів команди, використання COPM як командного інструменту збільшує участь клієнтів, і є хорошим показником результату, що веде до чітких цілей і зосереджується на цілях, які були значущими для клієнта.

Перспективи подальших досліджень полягають у більш детальному вивченні використання Канадської Оцінки Виконання Занять COPM, в якій варто розкрити питання клієнтоцентрованої практики. Відправною точкою для ерготерапевта має бути використання підходу, орієнтованого на клієнта. Адже використання COPM не забезпечує автоматично орієнтовану на клієнта практику.

References

1. American Association Occupational Therapy. Occupational therapy practice framework: Domain and process (4th ed.). *Am J Occup Ther.* 2020 Aug 1;74(Supplement_2):7412410010p1-7412410010p87. PMID: 34780625. doi: 10.5014/ajot.2020.74S2001
2. Brown M, Laughey W, Tiffin P, Finn GM. Forging a new identity: a qualitative study exploring the experiences of UK-based physician associate students. *BMJ Open.* 2020 Jan 19;10(1):e033450. PMID: 31959607. PMCID: PMC7044953. doi: 10.1136/bmjopen-2019-033450
3. Davis-Cheshire R, Davis K, Drumm L, Neal S, Norris E, Parker M, et al. The Perceived Value and Utilization of Occupational Therapy Models in the United States. *J Occup Ther Educ.* 2019;3(2):Article 11. doi: 10.26681/jote.2019.030211
4. Donabedian A. *Explorations in quality assessment and monitoring.* Vol. 1: The definition of quality and approaches to its assessment. Ann Arbor, Mich: Health Administration Press; 1980.
5. Wade DT, deJong BA. Recent advances in rehabilitation. *Br Med J.* 2000;320:1385-1388. PMID: 10818031. PMCID: PMC1118051. doi: 10.1136/bmj.320.7246.1385
6. Wade DT. Evidence relating to goal planning in rehabilitation. *Clin Rehabil.* 1998 Aug;12(4):273-275. PMID: 9744662. doi: 10.1191/026921598678166365

7. CAOT. Occupational therapy guidelines for client-centred practice. Canadian Association of Occupational Therapists, Toronto ON; CAOT Publications; 1991.
8. Boyt Schell B, Gillen G. *Willard and Spackman's Occupational Therapy*. 13th ed. Philadelphia & Baltimore: Wolters Kluwer; 2019.
9. James A, Pitonyak J. Activities of Daily Living and Instrumental Activities of Daily Living. In: Gillen GBS. *Willard's and Spackman's Occupational Therapy*. 13th ed. Philadelphia & Baltimore: Wolters Kluwer; 2019. p. 714-752.
10. Jewell SE. Patient participation: what does it mean to nurses? *J Adv Nurs*. 1994;19:433-438. PMID: 8014302. doi: 10.1111/j.1365-2648.1994.tb01104.x
11. WHO. *International classification of functioning, disability and health*. Geneva; World Health Organization; 2001.
12. WHO. *International classification of impairments, disabilities, and handicaps. A manual of classification relating to the consequences of disease*. Geneva; World Health Organization; 1980.
13. Law M, Baptiste S, Carswell A, McColl MA, Polatajko H, Pollock N. *Canadian Occupational Performance Measure*. 3d ed. Toronto ON; CAOT Publications ACE; 1998.
14. Rodger S, Kennedy-Behr A. *Occupation-Centered Practice with Children. A Practical Guide for Occupational Therapists*. 2nd ed. US: WILEY Blackwell; 2017.
15. Kane RL. Improving outcomes in rehabilitation. A call to Arms (and legs). *Med Care*. 1997;35(6):20-28. PMID: 9191711. doi: 10.1097/00005650-199706001-00004

UDC 615.8:614.253.8

Ensuring Clients' Participation in the Rehabilitation Process from the Position of the Canadian Model of Occupational Performance

Ivanikiv N. M., Hrybok N. M.

Abstract. *The purpose of the study* is to define aspects of the patient's participation in the rehabilitation process and to define a conceptualization that improves the participation of the client.

Materials and methods. The main research method is the method of analysis, which has been used to comprehensively review and evaluate the participation of the client in the rehabilitation process and an overall assessment of the structure that could improve the participation of the client.

Results and discussion. One of the goals of the world community development is to preserve and strengthen human physical, social, mental and spiritual health. However, humanity has faced global environmental, economic, social and moral problems. The genetic burden of mankind, the ecological crisis, natural disasters and man-made disasters, wars and local conflicts and social instability lead to an increase in the need for rehabilitation. Therefore, in recent decades, the role of both the client and relatives in the rehabilitation process has changed, taking into account the participation of the client.

In this paper, we consider the process of rehabilitation taking into account the participation of the client, as a variant of the client-oriented structure, the Canadian Occupational Performance Measure is evaluated primarily from the point of view of clients, occupational therapists and members of the rehabilitation team.

The main goal is to maximize the participation of patients in the rehabilitation process. The emphasis of the occupational therapist is on the participation of the patient in determining outcomes and goals. Through years of practice and experience, occupational therapists have developed a model for client-centered practice in occupational therapy, namely the Canadian Model of Occupational Performance. And the result of using this model is the development of the Canadian Occupational Performance Measure, which has become a good tool for obtaining a result based on the client's perception.

Conclusion. Implementing a customer-centric approach is easier when a structured approach is used, but this is not enough. Participation and motivation of all team members are required, as well as support during the implementation period. Management support, knowledge of the underlying theory, time for discussion and reflection, as well as the opportunity to develop a personal interview technique, which indicates important factors for successful implementation, are also required.

Keywords: occupational therapist, occupational performance, occupational performance measure, client participation, client-centered approach.

ORCID and contributionship:

Nataliia Ivanikiv : 0000-0002-1475-9507 ^{A,B,C,D,F}

Nina Hrybok : 0000-0002-8746-2800 ^{A,B,C,E,F}

A – Work concept and design, B – Data collection and analysis,
 C – Responsibility for statistical analysis, D – Writing the article,
 E – Critical review, F – Final approval of the article

CORRESPONDING AUTHOR

Nataliia Ivanikiv

Drohobych Ivan Franko State Pedagogical University,
Physical Therapy, Occupational Therapy Department
24, Ivan Franko St., Drohobych 82100, Ukraine
tel: +380992349097, e-mail: ivnatalija@ukr.net

The authors of this study confirm that the research and publication of the results were not associated with any conflicts regarding commercial or financial relations, relations with organizations and/or individuals who may have been related to the study, and interrelations of coauthors of the article.

Стаття надійшла 17.04.2022 р.

Рекомендована до друку на засіданні редакційної колегії після рецензування