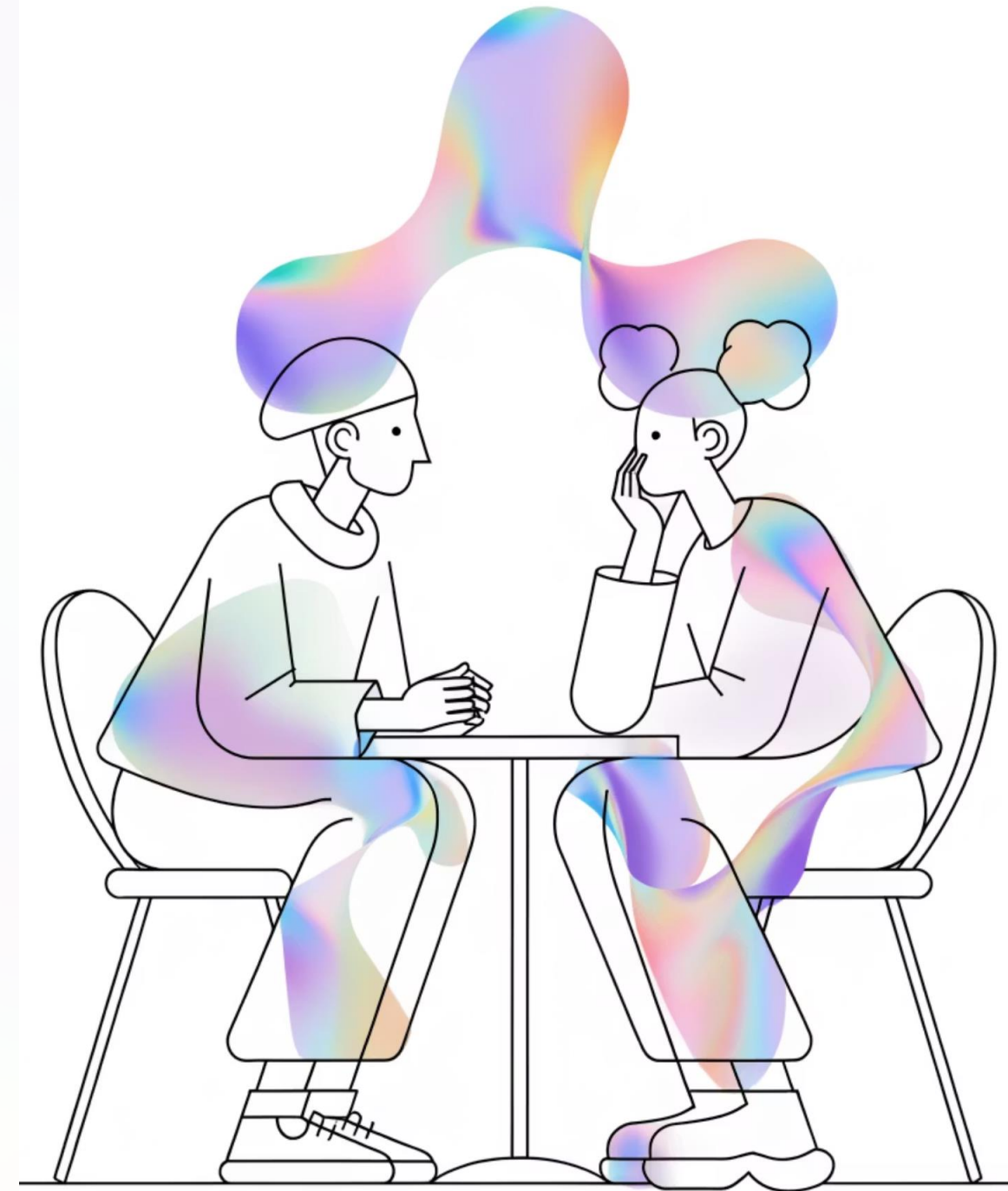


Процесс оценки по Канадской оценке выполнения деятельности (COPM)

Методология, клинические вызовы и стратегии их преодоления

«COPM – это не просто шкала, а процесс совместного осмысления пациентом своей деятельности»



Место СОРМ в эрготерапевтическом процессе

СОРМ используется как:

- Начальная оценка для выявления факторов, вызывающих проблемы в выполнении деятельности
- Инструмент для определения краткосрочных и долгосрочных целей
- Средство оценки изменений после вмешательства
- База для принятия решения о завершении или продолжении терапии

Два ключевых временных среза

1

Первичная оценка

Выявление проблем, оценка важности, базовые баллы выполнения и удовлетворённости

2

Повторная оценка

Через согласованный интервал — обычно 2–6 недель или после курса вмешательства

i Если достигнут желаемый уровень деятельности, пациент и эрготерапевт могут определить новые проблемы либо завершить вмешательство.

Теоретическая основа: клиенто-центрированность и субъективный опыт

СОРМ базируется на принципах САОТ (1991–2014), ставящих опыт пациента в центр оценки.

Деятельность — субъективный феномен

Важнее восприятие пациента, чем внешняя объективная оценка специалиста

Клиент — эксперт своей жизни

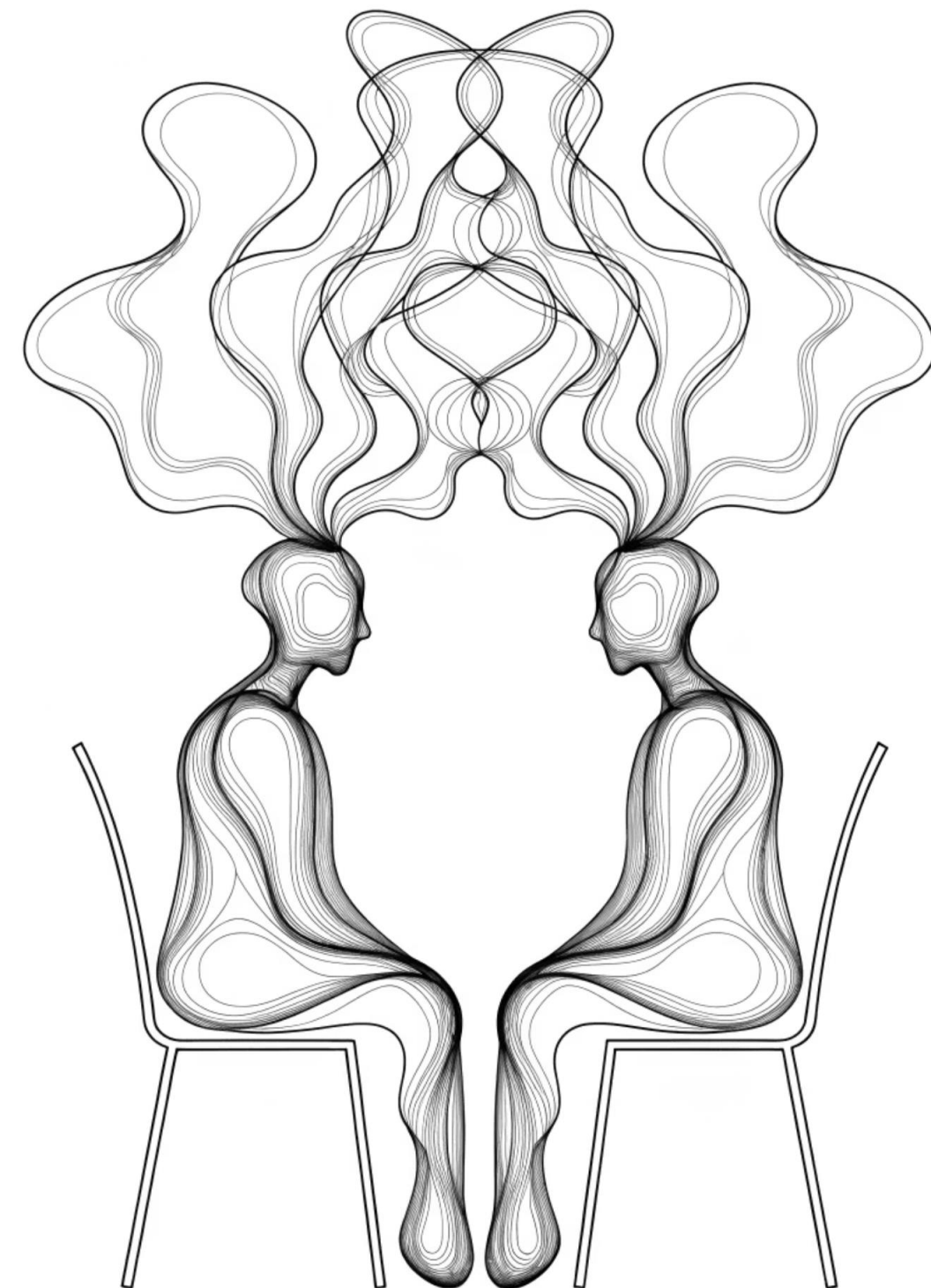
Пациент сам определяет проблемы и расставляет приоритеты

Два независимых параметра

Выполнение и удовлетворённость измеряются отдельно: человек может делать действие, но быть недовольным результатом

Роли и среда


Нереализованные ролевые ожидания и средовые барьеры формируют проблемы деятельности



Типичные трудности при использовании СОРМ

Клинические вызовы, с которыми сталкивается эрготерапевт в процессе интервью:

| Трудность | Проявление | Причина |
|---|---|--|
| Неспособность идентифицировать проблемы | «У меня нет проблем», «Не знаю, что сказать» | Отсутствие навыка рефлексии, привычка к пассивной роли |
| Психологическая травма | Отказ обсуждать определённые сферы, эмоциональные срывы | Ранние этапы инвалидизации, незавершённые процессы горевания |
| Ожидание экспертной роли терапевта | «Вы же специалист — вы и скажите, что мне делать» | Культурные установки, опыт патерналистской медицины |
| Трудности с дифференцированной оценкой | Всем проблемам ставит 10 или 1, не может различить | Бесструктурные переживания, отчаяние или надежда на чудо |

 «Не все пациенты склонны осмыслять своё состояние — они находятся в состоянии бесструктурных переживаний, отчаяния или надежд на чудо»

Стратегии преодоления клинических трудностей

Не может идентифицировать проблемы

Начните с описания обычного дня:
«Расскажите, как проходит ваше утро».
Затем: «Что из этого вам трудно?», «Что хотели бы делать иначе?»

Психологически травмирующие темы

Не настаивайте. Отметьте проблему как «требующую осторожного подхода», вернитесь позже. Предложите ухаживающему лицу выступить прокси.

Ожидает пассивной роли

Объясните: «Моя задача — помочь вам, но я не знаю, что для вас важно. Только вы можете это сказать. Мы будем работать вместе».

Все оценки одинаковые (1 0 или 1)

Используйте метод парных сравнений: «Если бы вы могли решить только одну проблему — какую?» Или визуальные аналоги: лица, ступеньки.

Случайные, нестабильные оценки

Повторите инструкцию. Попросите объяснить: «Почему именно 5, а не 7?»
При сохранении нестабильности — упрощённая 3-балльная шкала.

☑ Использование COPM помогает пациенту не только идентифицировать проблемы, но и чётко понять цель эрготерапии.

Структура формы COPM: демографические данные

Первая страница формы

| Поле | Содержание |
|-------------------------|--|
| Ф.И.О. клиента | Возраст, пол |
| Кто отвечает на вопросы | Родитель, опекун, сиделка (если не клиент) |
| Даты оценки | Первичная, планируемая повторная, фактическая повторная |
| Специалист / Учреждение | Программа: стационар, амбулатория, надомная реабилитация |

Клиническое применение вводного раздела

Начало сбора демографической информации — удобный момент для обсуждения того, как инвалидность влияет на повседневную жизнь пациента. Это создаёт доверительную атмосферу и подготавливает почву для интервью в формате COPM.

- Последняя страница формы предназначена для записи качественной информации — контекста, ролей пациента и средовых факторов.

Шаг 1 : Определение проблем в выполнении деятельности

Цель: получить перечень видов деятельности, которые пациент хочет, нуждается или от него ожидается выполнять, но испытывает трудности.

Самообслуживание (Шаг 1 А)


- Уход за собой: одевание, гигиена, питание
- Функциональная мобильность: пересаживание, перемещение
- Активность в социальной среде: транспорт, покупки, деньги

Продуктивная деятельность (Шаг 1 Б)

- Оплачиваемая и неоплачиваемая работа
- Ведение домашнего хозяйства
- Игра и школьное обучение

Досуг (Шаг 1 В)

- «Тихие» увлечения: хобби, чтение
- Активный отдых: спорт, прогулки
- Социальное общение: визиты, телефон, вечеринки

 «Не нужно чувствовать себя ограниченным этими категориями — следуйте за клиентом»




Шаг 2: Оценка важности проблем

Инструкция для пациента

«Насколько для вас важно выполнять это действие? Оцените по шкале от 1 до 10, где 1 — совсем не важно, 10 — чрезвычайно важно». Шкала предъявляется на карточке.

Клиническое значение

- Немедленно вовлекает пациента в определение приоритетов
- Позволяет эрготерапевту понять, на чём фокусироваться
- Ускоряет планирование вмешательства и постановку целей

 Оценка важности — обязательный шаг. Пропуск этого этапа приводит к работе над неактуальными для пациента проблемами.

Визуальная шкала важности

1

Совсем не важно

5

Умеренно важно

10

Чрезвычайно важно

Оценки вносятся в форму рядом с каждой проблемой в разделах 1А, 1Б, 1В.

Шаг 3: Выбор 5 проблем и первичная оценка

Отбор 5 приоритетных проблем

Покажите пациенту список с оценками важности. Попросите выбрать 5 самых значимых или «давящих» проблем. Уточните: «Это те проблемы, над которыми мы будем работать в первую очередь?»

- ❏ Маловероятно, что специалист будет эффективно работать более чем с 5 целями одновременно. Остальные проблемы фиксируются для возможной работы в будущем.

Двойная оценка по каждой проблеме

Выполнение

«Как вы можете оценить ваше выполнение данного действия в настоящий момент?»

Шкала: **1** (совсем не выполняется) → **10** (отлично)

Удовлетворённость

«Насколько вы удовлетворены тем, как выполняете данную деятельность сейчас?»

Шкала: **1** (совсем не удовлетворён) → **10** (полностью удовлетворён)

Удобнее оценивать выполнение и удовлетворённость для каждой проблемы последовательно, затем переходить к следующей.

Шаг 3 (продолжение): Подсчёт первичных баллов

Таблица для 5 проблем

| Проблема в деятельности | Выполнение | Удовлетворённость |
|-------------------------|------------|-------------------|
| 1. | | |
| 2. | | |
| 3. | | |
| 4. | | |
| 5. | | |
| ИТОГО (сумма) | A1 | B1 |

Формулы расчёта

Общий балл выполнения = $A1 \div C$

Общий балл удовлетворённости = $B1 \div C$

где C — количество выбранных проблем (обычно 5)

Диапазон обоих показателей: от **1** до **10**.

Полученные общие баллы вносятся в графу «ВСЕГО» и служат базовой точкой для отслеживания динамики при повторной оценке.

Шаг 4: Повторная оценка

Повторная оценка проводится в день, на который запланировано достижение цели. Интервал согласуется эрготерапевтом и пациентом совместно и фиксируется на первой странице формы.

| Проблемы | Вып. (1) | Удовл. (1) | Вып. (2) | Удовл. (2) |
|----------|----------|------------|----------|------------|
| 1. | | | | |
| 2. | | | | |
| 3. | | | | |
| 4. | | | | |
| 5. | | | | |
| Сумма | A1 | B1 | A2 | B2 |

Балл выполнения
(повторно)

$$A2 \div C$$

Балл удовлетворённости
(повторно)

$$B2 \div C$$

Изменение выполнения

$$(A2 \div C) - (A1 \div C)$$

Изменение
удовлетворённости

$$(B2 \div C) - (B1 \div C)$$

Клиническая интерпретация изменений (MCID)

Шкала интерпретации изменений

| Изменение балла | Интерпретация |
|-----------------|--|
| < 1,0 | Нет значимого изменения |
| 1,0 – 1,9 | Минимальное улучшение, может быть нестабильным |
| 2,0 – 2,9 | Умеренное клинически значимое улучшение |
| ≥ 3,0 | Выраженное клинически значимое улучшение |

Источник: Law et al., 1998; 2014

2

балла – MCID

Минимальное клинически важное различие для обеих шкал

Пример из практики

Первичный балл выполнения = 2,4 → повторный = 7,0 → изменение = **+4,6** → **выраженное улучшение**

- i** COPM не имеет нормативных данных — каждый пациент является своей собственной нормой. Изменение ≥ 2 баллов коррелирует с субъективным ощущением улучшения.



Работа с особыми популяциями



Дети (4–12 лет)

- Родители как прокси или совместное интервью
- Визуальные шкалы: смайлики, ступеньки вместо цифр
- Игровая форма вопросов



Подростки

- Прямое интервью с обсуждением ролей (ученик, друг, член семьи)
- Учёт возможного сопротивления авторитетам



Взрослые с когнитивными нарушениями

- Упрощённые формулировки, повторение инструкций
- Карточки с примерами деятельности
- Привлечение ухаживающего лица



Пожилые с деменцией (лёгкой)

- Фокус на привычных рутинах
- Оценка удовлетворённости через наблюдение за эмоциональными реакциями



«СОРМ может использоваться на всех уровнях развития и со всеми группами людей с ограниченными возможностями»

Качественная информация: последняя страница формы

Что фиксируется

- Контекст инвалидности: как давно, как повлияло на жизнь
- Роли пациента: мать, работник, супруг — важно для постановки целей
- Средовые факторы: доступность жилья, поддержка семьи
- Эмоциональное состояние: тревога, депрессия, мотивация к участию
- Комментарии, не вошедшие в основные разделы

Клиническая ценность

Качественная информация помогает интерпретировать количественные баллы и наполнить планирование вмешательства смыслом.

- ⓘ Низкая удовлетворённость при высоком выполнении может указывать на нереалистичные ожидания или влияние депрессии — это невозможно увидеть только по цифрам.

Записывайте всё, что пациент говорит «между делом» — именно в этих замечаниях часто скрыты ключевые смыслы и подлинные приоритеты.

Психометрические свойства COPM

Научное обоснование применения COPM в клинической практике подтверждено рядом крупных исследований.

| Свойство | Результат | Источник |
|-------------------------------|--|------------------------------------|
| Тест-ретестовая надёжность | $r = 0,80-0,89$ (выполнение); $r = 0,86-0,89$ (удовлетворённость) | Law et al., 1994; Cup et al., 2003 |
| Внутренняя согласованность | $\alpha = 0,90-0,95$ | Carswell et al., 2004 |
| Конструктивная валидность | Умеренная–высокая корреляция с мерами деятельности ($r = 0,60-0,75$) | McColl et al., 2000 |
| Чувствительность к изменениям | Высокая (Effect size 0,8–1,2) | Eyssen et al., 2011 |
| MCID | 2 балла (для обеих шкал) | Law et al., 2014 |

✔ Вывод: COPM является надёжным, валидным и чувствительным инструментом, рекомендованным для клинического использования в эрготерапии во всём мире.

Рекомендации по администрированию COPM

Практический чек-лист для каждого этапа работы с инструментом:

1

До интервью

- Подготовьте карточки со шкалами
- Создайте конфиденциальную обстановку
- Объясните цель совместной работы

2

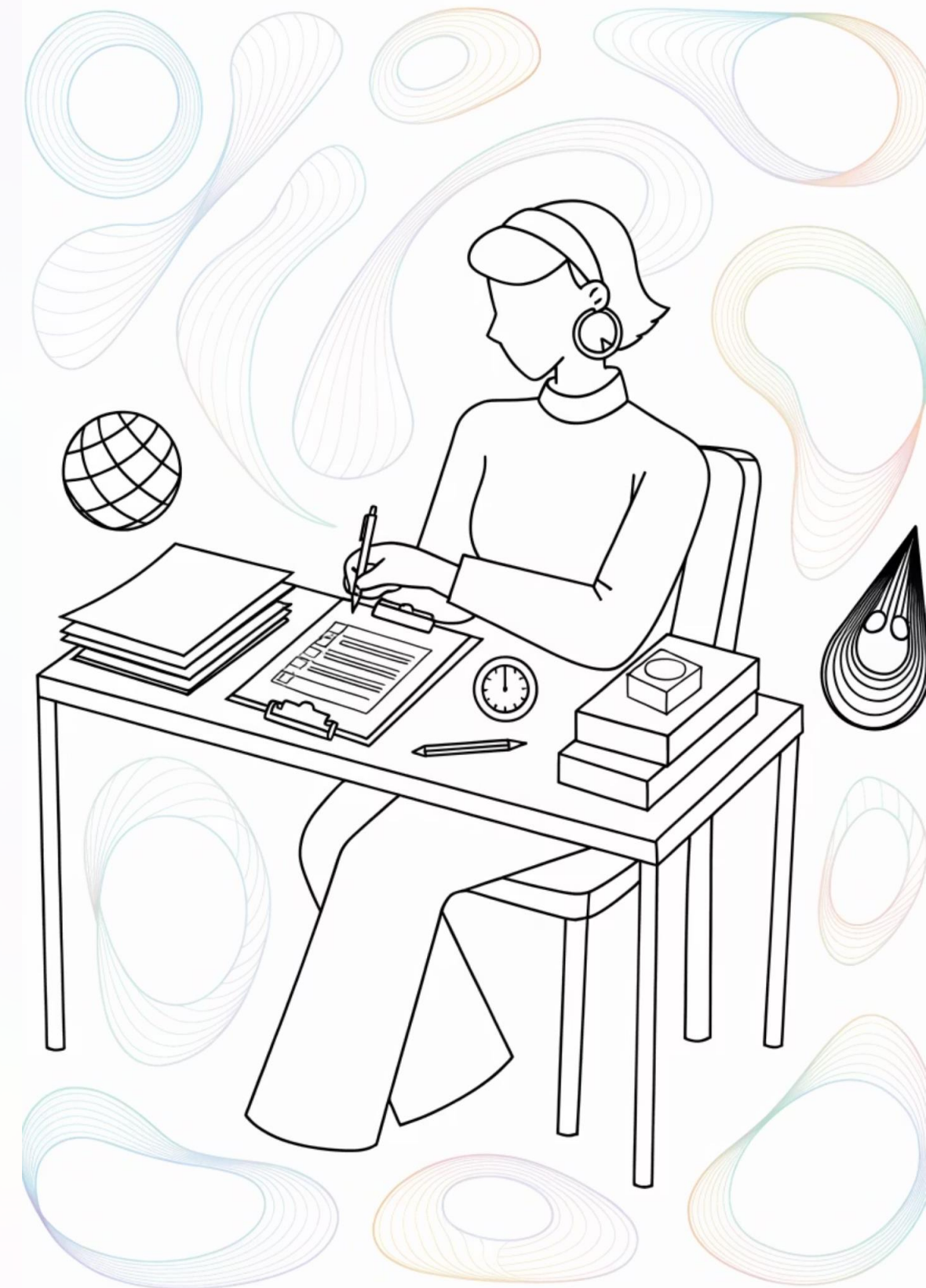
Во время интервью

- Начните с описания обычного дня
- Записывайте проблемы как действия, дословно
- При одинаковых оценках — метод парных сравнений
- Давайте время на размышление

3

После интервью

- Подтвердите с пациентом выбранные 5 проблем
- Укажите дату повторной оценки
- Дайте копию формы пациенту — это мотивирует



Частые ошибки и как их избежать

| Ошибка | Последствие | Коррекция |
|---|--|---|
| Эрготерапевт «переводит» слова пациента в свои формулировки | Потеря субъективной значимости проблемы | Записывайте только словами пациента |
| Пропуск оценки важности («и так понятно») | Работа над неактуальными проблемами | Важность — обязательный шаг без исключений |
| Оценка более 5 проблем в первичном протоколе | Перегрузка пациента и терапевта | Выберите 5 самых важных, остальное — в резерв |
| Отсутствие даты повторной оценки | Потеря стандартизации процесса | Всегда указывать дату на первой странице |
| Игнорирование качественных комментариев | Потеря контекста, поверхностное планирование | Фиксируйте всё, что говорит пациент «между делом» |
| Использование COPM вне клиенто-центрированной модели | Инструмент не работает | COPM идеологически несовместим с патерналистским подходом |

Клинический пример: применение COPM на практике

Пациент

Женщина, 68 лет. Перелом шейки бедра. Ходит с ходунками, живёт одна.

Выявленные проблемы и важность

Надеть носки и обувь — важность: **9**

Приготовить ужин (устаёт стоять) — важность: **8**

Выйти в магазин (страх падения) — важность: **10**

Динамика баллов

| Проблема | Вып.(1) | Удовл.(1) | Вып.(2) | Удовл.(2) |
|------------------|---------|-----------|---------|-----------|
| Носки и обувь | 2 | 1 | 8 | 8 |
| Приготовить ужин | 3 | 2 | 7 | 8 |
| Выйти в магазин | 1 | 1 | 6 | 7 |
| Среднее | 2,0 | 1,33 | 7,0 | 7,67 |

Вмешательство (6 недель): обучение использованию адаптивных устройств, тренировка ходьбы с ходунками.

✔ Изменение выполнения: **+5,0** | Изменение удовлетворённости: **+6,34** — выраженное клинически значимое улучшение. Цели достигнуты.

Резюме: ключевые положения процесса оценки COPM

- 1** COPM — это процесс, а не одноразовое тестирование
Включает интервью, совместный выбор проблем, двойную оценку и обязательную повторную оценку через согласованный интервал.
- 2** Трудности идентификации проблем — норма
Эрготерапевт должен владеть стратегиями: описание дня, наводящие вопросы, работа с прокси и визуальными шкалами.
- 3** Оценка важности — критический шаг
Без неё невозможно определить приоритеты и по-настоящему вовлечь пациента в процесс.
- 4** Изменение ≥ 2 баллов — клинически значимо
Это целевой показатель эффективности вмешательства, коррелирующий с субъективным ощущением улучшения у пациента.
- 5** COPM не работает вне клиенто-центрированной идеологии
Если специалист действует как «эксперт, знающий лучше» — инструмент теряет свой смысл и доказательную силу.

Литература для углублённого изучения

Law M. et al. (2014)

Canadian Occupational Performance Measure (5th ed.). CAOT Publications. — Основной источник методологии и нормативного руководства по COPM.

Cup E.H.C. et al. (2003)

Reliability and validity of the Canadian Occupational Performance Measure in stroke patients. *Clinical Rehabilitation*, 17(4), 402–409.

Eyssen I.C.J.M. et al. (2011)

Responsiveness of the Canadian Occupational Performance Measure. *Journal of Rehabilitation Research & Development*, 48(5), 517–528.

Carswell A. et al. (2004)

The Canadian Occupational Performance Measure: A research and clinical literature review. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 71(4), 210–222.

Русскоязычная версия

Мальцев С.Б. (перевод и адаптация формы COPM). Доступна через Российское общество эрготерапевтов.

Спасибо за внимание

«Сначала научитесь спрашивать — потом измеряйте. COPM даст вам и то, и другое.»

Спрашивайте

Задавайте вопросы о деятельности, слушайте пациента как эксперта своей жизни

Измеряйте

Фиксируйте исходные баллы, планируйте повторную оценку, отслеживайте изменения

Достигайте вместе

COPM — инструмент партнёрства. Он работает только тогда, когда пациент в центре процесса

