

Навчальний план 1: Основи ерготерапії

Хоакім Фаяс

Люк Веркрюссе

2020-2021

UKROTHER

STUDY PROGRAMME OCCUPATIONAL THERAPY IN UKRAINE



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

P. PORTO

ESCOLA
SUPERIOR
DE SAÚDE





Дисклеймер

«Підтримка Європейською комісією випуску цієї публікації не означає схвалення її змісту, який відображає лише думки авторів, тому Комісія не може нести відповідальність за будь-яке використання інформації, що міститься в ній».

Цей курс розроблений в рамках проекту CBHE Erasmus+ «UKROTHER - розробка освітньої програми з ерготерапії в Україні».

www.ukrothe.eu

Наукова редакторка: Ольга Мангушева (ГО «Українське товариство ерготерапевтів»)





Умовні позначення

	Питання для роздумів
	Навчальні цілі
	Запам'ятай
	Завдання/вправа
	Презентація (Power Point)
	Навчальна інструкція

	Електронний ресурс
	Мультимедійні матеріали
	Приклад
	Веб-сайт
	Самоперевірка



Зміст

Дисклеймер

Дисклеймер	2
------------------	---

Умовні позначення	3
-------------------------	---

Зміст	4
-------	---

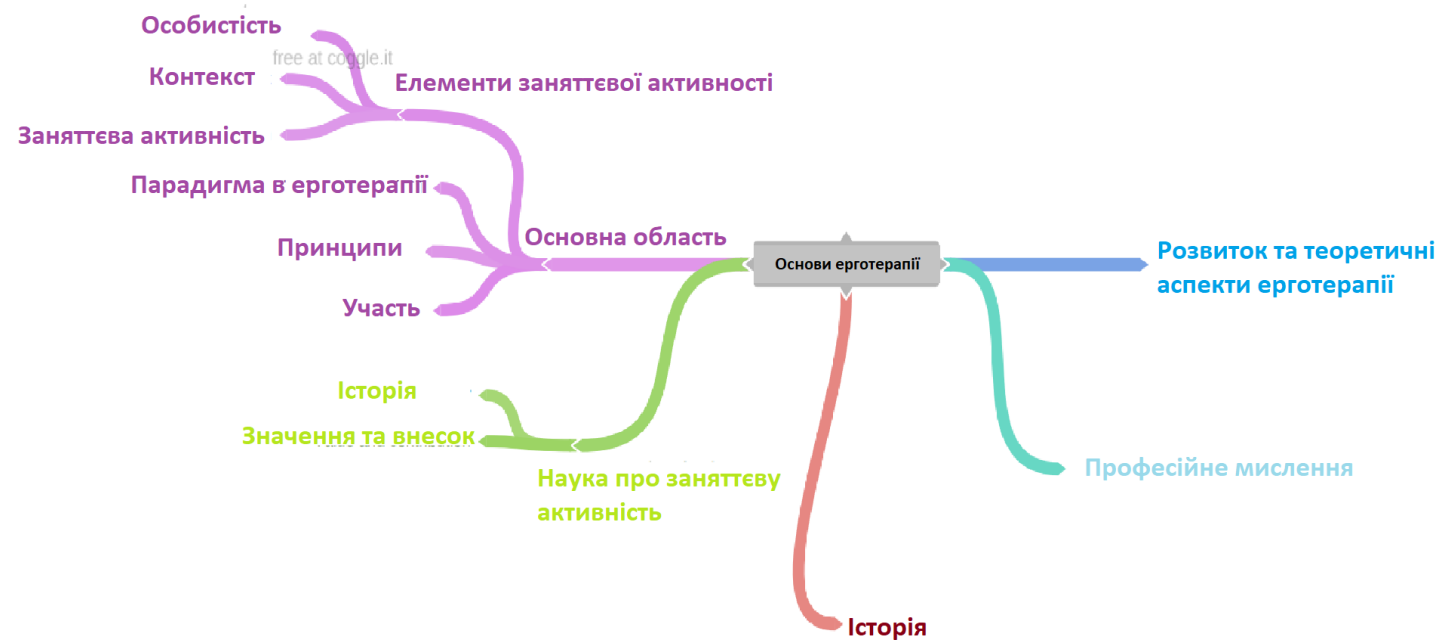
Вступ	7
-------	---

Мета	8
------	---

1.	Історія та розвиток професії	9
2.	Що таке ерготерапія?.....	17
3.	Основні напрямки в ерготерапії	18
3.1.	Розвиток парадигми ерготерапії	18
3.2.	Парадигма ерготерапії.....	22
3.3.	Складові заняттєвої активності	22
3.3.1.	Людина є істотою, для якої заняттєва активність є важливою складовою життя.	22
3.3.2.	Заняттєва активність - це результат динамічної взаємодії людини, діяльності та зовнішнього середовища	23
3.3.3.	Заняттєва активність надає життю змісту.....	23
3.3.4.	Заняттєва активність впливає на здоров'я та благополуччя	23
3.3.5.	Заняттєва активність регулює час і структурує життя	23
3.3.6.	Заняттєва активність допомагає краще зрозуміти себе	23
3.3.7.	Заняттєва активність має терапевтичний потенціал.....	23
3.3.8.	Заняття є в кожного різні (індивідуальність).....	24
3.3.9.	Заняття є контекстуально-орієнтованими (context-based).....	24
3.3.10.	Кожна людина має право здійснювати значущу діяльність	24
3.3.11.	Заняттєва активність веде до залучення, а залучення людини – до заняття.....	24
3.4.	Елементи заняттєвої активності	24
3.4.1.	Особа.....	25
3.4.2.	Середовище	26
3.4.3.	Заняттєва активність.....	26
3.5.	Участь	28



4.	Розвиток і теоретичне підґрунтя ерготерапії.....	30
5.	Професійне мислення	31
5.1	Різниця між клінічним та професійним мисленням	31
5.2	Визначення клінічного мислення:	31
5.3	Різні моделі клінічного мислення:.....	31
6.	Вступ до науки про заняттєву активність (Occupational science).....	34
6.1	Історія та розвиток	34
6.2	Роль та внесок науки про заняттєву активність:.....	35
	Додаток 1: Термінологія (ENOTHE)	37
	ІНША КОРИСНА ТЕРМІНОЛОГІЯ	40
	Додаток 2: Хронологія розвитку ерготерапії на Заході.....	42
	Література:.....	46





Вступ

Теорія є ключовим елементом практики. Теорія потрібна ерготерапевтам, щоб розуміти сферу практичної діяльності. Вона дозволяє ерготерапевту краще зрозуміти проблеми, задачі, можливості та обмеження своїх клієнтів. Обмін теоретичними знаннями об'єднує всіх ерготерапевтів у всьому світі.

Практична діяльність, яка ґрунтується на основі науково-доказової бази допоможе ерготерапевтам покращити якість своїх послуг клієнтам

У першому розділі цього навчального плану ми розглянемо історію, розвиток науки та концептуальні основи ерготерапії. Історія професії допоможе нам зрозуміти сучасне становище ерготерапії в світі.

Другий розділ стосується основних понять ерготерапії: концепції парадигми, сфери застосування ерготерапії, а також сучасних уявлень про залучення до виконання занять.

Професійне мислення як важлива навичка ерготерапевта розглядається в третьому розділі.

Четвертий розділ стосується теоретичних засад ерготерапії.

П'ятий розділ присвячений короткому вступу до науки про заняттєву активність.



Мета

Студент зможе:

- Пояснити, що таке парадигма, її суть та бачення в ерготерапії.
- Пояснювати професійну термінологію простими словами.
- Визначати основні компоненти у виконанні різних видів активності.
- Пояснювати поняття та важливість участі в соціумі.
- Визначати термін "Наука про заняттєву активність".
- Інтерпретувати соціальний та мультикультурний контекст, у якому люди взаємодіють та беруть участь у житті.
- Мати уявлення про соціальні зміни з урахуванням прав людини, колективної відповідальності та різноманітності.



Наприкінці цього силлабусу розміщено глосарій термінів

1. Історія та розвиток професії

Ерготерапевти намагаються зрозуміти природу заняттєвої ідентичності клієнтів (ким вони є і ким би хотіли бути), а також їх **виконання занять**. Вони вживають заходів, щоб зменшити вплив стану здоров'я на стан клієнта (або вплив навколишнього середовища на його стан) та максимізувати здатність кожного клієнта брати участь у важливих щоденних видах діяльності (Duncan 2021). Важливо вивчити розвиток ерготерапії, щоб розглянути професію у соціальній перспективі часу. Огляд історії професії дає нам можливість зрозуміти напружені моменти, які ерготерапевти повинні пояснити та поділитися своїм унікальним поглядом щодо своїх клієнтів з іншими професіоналами. Історія ерготерапії дає нам уявлення про те, як вирішити нові клінічні виклики та дати можливість професії еволюціонувати.

Короткий огляд...

У *доісторичні часи* багато уваги приділялося здоров'ю людини. Зрештою, підготовленість кожного мала прямий вплив на групу в цілому. Основними елементами поглядів на здоров'я були власна турбота, здоровий глузд, заснований на спостереженні, особистому досвіді та передачі досвіду предків.

В *давній античності* (грецька та римська античність, 2000 р. до н.е. до 500 р. н.е.) були зроблені перші кроки до сучасної медицини та з'явилась ідея про активну роль людини у збереженні здоров'я. Це стосувалось як окремої людини, так і суспільства в цілому. Медичні принципи, які розвивалися в той час, були цитовані і в XIX столітті. Для греків та, безумовно, для римлян, була різниця між фізичною та духовною діяльністю. Фізична праця була завданням для найнижчих класів населення, особливо для рабів. Верхівка не займалася фізичним навантаженням та працею; вони займалися тільки духовною діяльністю. Це були часи філософії. Це не означає, що здоров'ю не приділяли увагу. Фактично, центральним для переконань про здоров'я серед греків та римлян було те, що людина може залишатися здоровою лише за наявності рівноваги в організмі. Найважливіші теорії про це були ті, що стосувалися балансу між чотирма рідинами тіла: слиз, жовч, кров та чорна жовч, які сформулював Гіппократ (III ст. до н.е.).

Здоровий розум можливий лише в здоровому тілі (лат. *mens sana in corpore sano*). Відсутність фізичних навантажень, пов'язаних з роботою, загрожує несприятливими наслідками для здоров'я багатих людей, що робило спорт та гімнастику надзвичайно важливими для них. Гіппократ рекомендував ряд вправ та дій для повернення до здорового стану. Становище хворих або слабких людей не було сильним в цих суспільствах. Фактично, в деяких суспільствах, вбивство дітей або людей з відхиленнями від норми було виправдано, оскільки вони вважались слабкою ланкою держави. Хвороба або слабкість часто сприймалася як біда, яку людина сама на себе налила через недопустимість у способі життя.

Середньовіччя (500-1300 р.р.) зазначило поворот у уявленнях про місце активності в повсякденному житті. "Ora et labora", тобто "молись та працюй", було найважливішим гаслом для християнської релігійності. Це також мало важливий профілактичний ефект: живучи побожно

людина залишалася здоровою. Ще однією зміною стало посилення становища хворих і слабких у суспільстві. Вони мали право на захист. З іншого боку з'явилося переконання, що невдачі та зловживання спричинені нехристиянською поведінкою.

Також розвивалася медична наука. Грецькі та римські знання знову стали доступні, особливо ті, що стосувалися внутрішнього середовища людини. Вони були перетворені на правила - *regimen sanitatis*. Існувало переконання про те, що необхідно зберігати баланс, оскільки надлишок або нестача можуть призвести до захворювань. Шляхом позбавлення від цієї хвороби організм може одужати. Крім того, навколишнє середовище було важливим фактором. Наприклад, у разі кашлю рекомендувалося частіше виходити на свіже повітря. У середньовіччі наука про охорону здоров'я розвивалася, наприклад, університети навчали лікарів, проводилася наукова діяльність.

Під час *Ренесансу* (близько 1300-1700 рр.) цей інтелектуальний розвиток був посилено повторним відкриттям знань класиків, які були перетворені на власну ідеологію, **гуманізм**. Гуманізм зосереджується на людині з її гідністю та вірою в її власні можливості. *Homo universalis*, людина, яка розвинулася повністю згідно своїх здібностей, як фізичних, так і інтелектуальних, була уособленням цього переконання. Леонардо да Вінчі - найкращий збережений приклад.

Акцент на раціональності та тенденція ставити людину в центр були посилені в *епоху Просвітництва* (XVIII століття). Це час, коли з'явилися ідеї про рівність, свободу та братерство людей, про їхні права, які вони мають відстоювати самі. Цього саморозвитку можна досягти активною діяльністю, особливо роботою. Навколишнє середовище також змінилося, серед іншого, завдяки зростанню медичної допомоги, кількості лікарів та лікарень. Публікації про самолікування почали користуватися великою популярністю.

Ця раціональність також використовувалася при лікуванні психологічних хвороб. Важливим мислителем цього періоду є Філіп Пінель (1798), психіатр з Парижа. Він виступав за моральне поводження з хворими, серед іншого, за використання таких видів діяльності як терапія, наприклад, шляхом виконання простих робочих завдань в лікарні. Ці види роботи були необхідні для постійного функціонування закладу, такі як прання білизни, робота в саду, чищення картоплі тощо.

Період *промислової революції* (від кінця XVIII до кінця XIX століття) характеризується соціальними та політичними змінами внаслідок індустріалізації економіки. Видимість бідності, сконцентрованої в містах, де також проживали верхні соціальні класи, призвела до іноді жорстоких соціальних та політичних змін.

В різних місцях виникали ініціативи з боку осіб або колективів з метою створення гідних умов для менш привілейованих осіб: робітників, жінок, дітей, хворих або соціально чи фізично слабких осіб. По всій Європі були створені заклади, для надання бідним достойних умов і з метою навчання дітей.

У кількох місцях з'явилися ініціативи допомоги особам, які мали психічні розлади. У цьому контексті Семюел Тьюк (1800) був впливовою особистістю на початку 19 століття. Він керував низкою закладів для хворих на психічні розлади в Англії. Подібно до Пінеля, він вважав, що для одужання хворої людини важливо виконувати "значущі" заняття. Його лікування базувалось

на гуманістичних принципах. Він підкреслював гуманістичний підхід до пацієнтів як раціональних істот, які мають здатності до самоконтролю. Терапевт допомагав у пошуку правильних занять, за допомогою яких пацієнт міг би відновити свою самооцінку і відновити контроль над собою, що сприяло одужанню. Заняття проводилися у закладі, і, як правило, вони включали (оплачувану) ручну роботу. Не було встановленої професії терапевтів, будь-який член персоналу в закладі, лікар, медсестра або сторож, міг прийняти на себе цю роль. Прогресивні погляди та досвід призвели до того, що заклади ставали все більш професійними, і через двадцять років для всіх, хто був залучений до догляду за цими пацієнтами, були складені протоколи для роботи. Коноллі (1856) розвинув ідеї Тюка та розробив концепцію "без обмежень".

Фокус на заняттєвій активності у галузі охорони здоров'я з'явився в західному суспільстві. Це сталося під час розвитку **морального лікування**, яке визнається як основа філософії ерготерапії. "Моральне лікування" підкреслює гуманістичний підхід до пацієнтів і є частиною гуманістичного підходу. Гуманізм є рухом, що виник наприкінці 16-го століття. Добре відомі гуманісти - Еразм, Ж. Л. Вівес, Томас Мор.

Незважаючи на те, що корисний вплив праці, дозвілля та гри на тіло і розум вже згадувався в давнину, коріння ерготерапії сягає XIX століття. Ерготерапія тісно пов'язана з гуманним підходом до людей, в якому рівність відіграє важливу роль. Психіатри Пінель, Тюк та Коноллі вважаються попередниками ерготерапії. Їх гуманістичні принципи у лікуванні пацієнтів розвивалися, але їх можна простежувати і сьогодні в сучасному баченні ерготерапії.

Ерготерапія з'явилася на початку XX століття в Америці.

У 1917 р. групою з кількох осіб, представників різних професій, було засновано Національне товариство ерготерапії.

Сьюзен Трейсі, американська медсестра, зазначала, що коли хворі з порушенням активності, ортопедичними та пульмонологічними захворюваннями стають менш знервованими, то можуть краще переносити тривалий постільний режим. У 1910 р. вона опублікувала «Вивчення занять осіб з інвалідністю» як посібник для медсестер та доглядальників, котрий насправді за змістом був радше ілюстрованим посібником із заняттєвої терапії. Трейсі зазначає, що ерготерапевти використовують можливості, які має пацієнт. Навколишнє середовище пацієнта організовується таким чином, що певні види діяльності заохочуються і сприяють залученню як особи з порушенням стану здоров'я, так і здорової людини.

Елеонора Кларк, соціальний працівник, була стурбована "бездіяльністю" психічно хворих і організувала курс лікувальних занять та розваг. Кларк робила великий наголос на **тренуванні навичок**. Вона стала завідуючою відділення ерготерапії психіатричної лікарні, а в 1915 році відкрила першу офіційну школу ерготерапії в Чикаго.

Сьюзен Трейсі, Елеонора Кларк (а також Вільям Раш Дантон (психіатр), Джордж Едвард Бартон і Томас Бесселл Кіднер (архітектори) і Сьюзен Кокс Джонсон (викладач декоративно-прикладного мистецтва)) мали значний вплив на ранні ідеї та концепції ерготерапії.

Значний вплив на розвиток ерготерапії мав швейцарський психіатр Адольф Мейєр (1866-1950), який працював у США. Його можна вважати батьком американської психіатрії. Він часто відвідував Велику Британію, де працював у кількох установах та медичних центрах притулку, що мало значний вплив на його подальший розвиток та розуміння.

У той час існували заклади та притулки, які часто називали "будинками відчуження". Мешканцями цих центрів були переважно люди з проблемами психічного здоров'я, а також люди з дещо дивною поведінкою або ненормальною зовнішністю для так званих «нормальних», це були цільові групи для ерготерапевтів. Мейєр усвідомлював вплив інстинктів, звичок та інтересів, а також досвіду на життя людей, і він зацікавився впливом заняттєвої активності на цих пацієнтів.

У 1922 році Мейєр сформулював наступні п'ять принципів, які досі застосовуються в ерготерапії.

- Існує фундаментальний зв'язок між здоров'ям, роботою та повсякденною діяльністю.
- Виконуючи корисну для здоров'я активність, людина підтримує баланс між буттям, мисленням і діями.
- Існує єдність між тілом і розумом.
- Коли участь у соціальному житті перешкоджає або порушується повсякденна діяльність, функції розуму і тіла погіршуються.
- Оскільки активна дія зберігає розум і тіло, використання активності як терапії підходить для відновлення життєздатності. Завдяки цим вихідним пунктам, які сьогодні називають «заняттєвим баченням», були закладені основи ерготерапії:

Доктор Девід Хендерсон, молодий випускник з Шотландії, приїхав працювати з Мейєром. Він бачив роботу Слейгл в установі і був вражений тим впливом, який вона мала на пацієнтів, якими працювала. Він першим запровадив ерготерапію у Великобританії, а Доротей Робертсон призначив першою ерготерапевткою.

Ще двома важливими людьми для впровадження ерготерапії у Великобританії є Маргарет Барр Фултон та Елізабет Кассон. Фултон був першою кваліфікованою ерготерапевткою у Великобританії. Кассон, яка працювала секретарем у залі Червоного Хреста і була майстринею, організовувала з мешканцями багато освітніх заходів та дозвілля. Мотивована цим досвідом, вона почала вивчати медицину і стала першою жінкою-лікаркою, яка отримала диплом Університету Брістоля (1929).

Її медична підготовка в поєднанні з особистими, сімейними талантами та соціальними інтересами призвела до глибокого інтересу до ерготерапії. Це призвело до заснування першої британської школи ерготерапії в Дорсет-Хаусі, Брістоль.

Цей короткий зміст історії ерготерапії в США та Великобританії показує нам взаємозв'язок між зовнішніми впливами на ранній розвиток професії та основами, які ми знаємо сьогодні.

У XIX-XX століттях заняттєва активність з метою відновлення рухової функції застосовувалася рідко. Виняток становить француз Клемент Тіссо, який у 1780 році ще до Пінеля опублікував книгу

з докладними рекомендаціями використання занять та дозвілля для лікування опорно-рухових та суглобових порушень. У 1822 році капітан британської армії Джордж Вебб Де Ренці опублікував книгу "Книга для особи з однією рукою" із описом засобів та способів виконання повсякденних занять для осіб після ампутації верхньої кінцівки. Ідеї Тіссо і Де Ренці отримали подальший розвиток лише через століття під час і після Першої світової війни.

Перша світова війна мала великий вплив на розвиток ерготерапії в Європі та США. Поранені солдати потребували реабілітації. Слейгл змогла переконати армію, після початкового опору високопоставлених солдатів, що ерготерапія для них важлива як для фізичного, так і психічного здоров'я. Незабаром армія почала бачити переваги ерготерапії. На курсах з надзвичайних ситуацій медсестер готували стати «помічниками у відновленні» та відправляли до Європи. Вони працювали з ортопедичними та хірургічними, а також психіатричними пацієнтами.

Через Першу світову війну та велику епідемію поліомієліту в 1916 році ерготерапія для людей з фізичними розладами ставала дедалі популярнішою в США. У цей період зародилися наукові дослідження в галузі лікування людей з фізичними вадами.

Під час Першої світової війни вперше були розроблені методи оцінки результатів виконання рухових дій, що дало змогу робити більш науково обґрунтовані звіти. Під час війни також було започатковано біомеханічний аналіз занять, щоб у разі фізичної дисфункції можна було підібрати правильний вид активності. Пристосування до активності було розроблено таким чином, щоб пацієнт міг тренувати певні м'язи або рухові функції суглобів. Така інтерпретація ерготерапії пізніше стала відома як **"біомеханічний підхід"**. В Америці з'явилися допоміжні засоби реабілітації, а у Великій Британії були створені навчальні майстерні для поранених солдат. Вони вчилися справлятися з інвалідністю. Їх також навчали якомусь ремеслу, щоб вони могли знову брати участь у житті суспільства. Наприкінці війни тисячі солдатів проходили ту чи іншу форму ерготерапії.

Хокінг (2008) описує, що ерготерапія в 1918-1945 роках базувалася на ідеях художньо-ремісничого руху, який виник як реакція на індустріалізацію і, з іншого боку, на раціональне біомедичне мислення. Художньо-ремісничий рух припускав, що:

«... робота руками давала людям відчуття самотності, гідності та задоволення, а якщо робота була важкою - відчуття досягнення».

З іншого боку, вплив медиків того часу на розвиток ерготерапії був високим. Завдяки набутому під час Першої світової війни досвіду ерготерапії вони дедалі більше усвідомлювали її цінність, навіть незважаючи на те, що методи втручання були ще не систематичними і не мали достатнього теоретичного підґрунтя.

Ерготерапія для людей з обмеженими фізичними можливостями все більше зосереджувалася довкола медицини, де в цей час набув поширення **редукціоністський підхід**. Найважливішою характеристикою редукціоністського підходу є те, що він зводить цілісний феномен до окремих одиниць, які можна виміряти. Після Другої світової війни цей погляд перетворився на так звану **біомедичну модель**. Ерготерапія почала розробляти методи втручання, засновані на редукціоністських принципах: біомеханічний (кінезіологічний, ортопедичний, неврологічний) і

психоаналітичний підходи. Цілі формулювалися в контексті збільшення сили, координації, витривалості, результатів руху, подолання посттравматичного розладу або підвищення толерантності до фрустрації. Психологічним і соціальним аспектам лікування, навчанню справлятися з інвалідністю, як це було в перші роки, приділялося мало уваги. У роки перед Другою світовою війною використанню активності приділялося все менше уваги: наука і технології панували, ерготерапевти приділяли мало уваги вивченню заняттєвої активності як терапевтичного засобу. **Заняттєвий аналіз**, зроблений під впливом цього підходу, був механістичним за своєю природою.

Заняттєва активність адаптовувалася таким чином, щоб її можна було використовувати в рамках біомеханічних теорій відновлення функції м'язів і суглобів, таких як плетіння і т.д.

Біомеханічний підхід все ще можна побачити у допоміжних технологіях (реабілітаційних технологіях) допоміжних засобів, домашньої автоматизації та обладнання. Адаптовані ігри, наприклад, ігрові дошки з кілочками, які використовувалися, наприклад, для тренування функцій руки, також базувалися на цих принципах.

Також Друга світова війна сильно стимулювала ріст і розвиток ерготерапії як у США, так і в Європі. Ерготерапія широко застосовувалася для якнайшвидшої реінтеграції багатьох поранених солдат та цивільних осіб у заняттєвий процес. У психіатрії також пропонувані заходи набували дедалі більше заняттєвого характеру.

За своєю сутністю ерготерапія прагнула поєднати різні науки з метою теоретичного обґрунтування її застосування. В результаті, в ерготерапії використовувався цілий ряд підходів і методів втручання: розвиваючий неврологічний, сенсорної інтеграції, поведінковий терапевтичний, гуманістичний, психоаналітичний, груповий, динамічний, технологічний, ергономічний,

З іншого боку, Мері Райлі в 1962 році написала надихаючу статтю, в якій дала рекомендації довести це в ерготерапії в найближчі роки: *"...людина, використовуючи свої руки, натхненні енергією розуму і волі, може впливати на стан свого здоров'я"*.

Кілька ерготерапевтів у США та Європі прийняли виклик Мері Райлі. Вони шукали теоретичні засади ерготерапії, які б поєднували медичне та інтерпретаційне мислення - інтегральний підхід. В результаті в цей період з'являється багато статей і книг, в яких робиться спроба теоретичного обґрунтування ерготерапії.

Відбувається перелом у розумінні ерготерапії: відмовляються від медико-редукціоністської моделі. Це означає, що ерготерапія більше не розглядає людину лише як механічну машину (редукціонізм). Люди хочуть повернутися до початкових принципів (Meyer 1922) ерготерапії і спробувати надати їй нового змісту.

Кілгофнер (1985) робить потужний заклик залишити редукціоністську модель (розглядати людину як машину, яку можна відремонтувати) і знову поглянути на людину як на **біопсихосоціальну** одиницю. Він розглядає людину як відкриту систему, що взаємодіє з навколишнім середовищем. Він стверджує, що справа не стільки в активності, яку людина

здійснює, скільки в **ролях** і **завданнях**, які вона виконує в житті. Діяльність стає значущою для людини, коли вона співвідноситься з ролями і завданнями.

У 1998 Віллок запровадила чотири виміри концепції заняттєвої активності: діяльність (виконання заняття), буття (розмірковування про діяльність), приналежність (діяльність стосовно інших) та становлення (вплив заняттєвої активності на ріст та розвиток). Вона заявляє, що «діяльність», «буття», «приналежність» та «становлення» сприяють фізичному та соціальному добробуту людей.

За останні десять років поняття «заснований на контексті» (**context-based**) стало як ніколи важливим у практиці ерготерапії. Це бачення повертає нас до початкового мислення та норм і цінностей, на яких базується ерготерапія з моменту її становлення. Такі твердження, як: "Щоденна заняттєва активність корисна для людей", або: "Недостатній баланс між роботою, відпочинком та самообслуговуванням є шкідливим для людей", є загальноприйнятими, але недостатньо доведеними. Все більше і більше необхідно оцінювати та обґрунтовувати ерготерапевтичне втручання за допомогою наукових досліджень. Ця потреба призвела в 1989 році до виникнення нової дисципліни в Університеті Південної Каліфорнії, зосередженої на науці про заняттєву активність

Підсумок

В минулому столітті відбулися серйозні зміни в ерготерапії. На початку XX століття ерготерапія базувалася на цілісному погляді на людину, на основі морального поведіння, яке сформувалося в психіатрії та зосереджувалося на щоденній та значущій активності. У тридцяті роки ерготерапія потрапила під вплив медичного мислення, і підхід «здорового стану духу» вже не приймався: ерготерапія «повинна бути науково обґрунтована». Протягом 1940-1960-х років ерготерапія прийняла редукціоністське мислення, що призвело до використання широкого спектру вправ та графіків тренувань, спрямованих на поліпшення сенсорних та рухових функцій. Як результат, професія втратила свою більш феноменологічну спрямованість і вступила в кризу приблизно в 1970 р. З 1970-х років багато що змінилося в ерготерапії. Оскільки люди думають набагато раціональніше, терапія повинна базуватися на доказах, а не на тому, у що вони інтуїтивно вірять. Однак, в останні десятиліття в ерготерапії спостерігається пожвавлення значення "звичайних справ", повсякденної діяльності (заняттєво-орієнтована терапія), в якій основним акцентом є заняттєва історія, суб'єктивний досвід клієнта про його щоденну активність. Люди почали розуміти обмеження редукціонізму, який не має сенсу для спілкування, особливо для хронічно хворих, і не відповідає на питання, наприклад, як люди можуть адаптуватися до абсолютно нових умов життя. Люди знову почали замислюватися про цінності та норми професії, і цей процес все ще триває. На даний момент можна справедливо стверджувати, що професія пройшла багато фаз професіоналізації. Розвиток професії йде паралельно із зміною людини та суспільства.



У додатку 2 ви отримаєте структурований огляд розвитку ерготерапії.



Доповніть цю частину історії тим, що ви знаєте чи можете знайти про історію ерготерапії в Україні. Ви можете знайти інформацію з джерел Українського товариства ерготерапевтів (УТЕТ), на факультетах ерготерапії різних університетів, в Інтернеті,...



Охарактеризуйте соціальну ситуацію в Україні, яка впливає на розвиток професії «ерготерапія»



Пройдіть тест «На якого засновника ерготерапії ви схожі»:

<http://www.otcentennial.org/interact-2/which-ot-founder-are-you-take-our-quiz>



Короткий зміст історії, узагальненої на YouTube

<https://youtu.be/Zwt-QUvXzHo>

2. Що таке ерготерапія?

Ерготерапія - це наука з цілісним поглядом, що орієнтується на потреби клієнта. Коли ми звертаємося до людини, ми маємо на увазі не лише її психічне та фізичне здоров'я, але й благополуччя, що дає змогу людині повністю розкрити свій потенціал.

Ерготерапія надає практичну підтримку, щоб розширити можливості людей для сприяння якнайшвидшого відновлення в соціумі і подолання бар'єрів, які заважають їм займатися діяльністю (або заняттєвою активністю), що має для них значення. Ця підтримка підвищує незалежність і задоволеність людей у всіх аспектах життя. Ми зосереджуємося насамперед на заняттєвій активності людини. Заняттєва активність описує все, що ми робимо, щоб піклуватися про себе та інших.

Як ерготерапевти, ми зосереджені на практичній та цілеспрямованій діяльності, яка дозволяє людям жити незалежно. Це можуть бути важливі повсякденні завдання, такі як самообслуговування, пересування, спілкування, робота, дозвілля...

Ерготерапевти працюють з дорослими та дітьми різного віку з широким спектром захворювань; найчастіше з тими, хто має труднощі через психічні захворювання, фізичні або розумові вади. Вони працюють у різних установах, включаючи медичні організації, служби соціальної допомоги, житлові, освітні, волонтерські організації або як незалежні практикуючі фахівці.

Як ерготерапевти, ми розуміємо, як хвороба, травма, інвалідність або складні життєві події можуть вплинути на здатність людей виконувати повсякденні справи, які є важливими для них, і знаємо, як підтримати їх для досягнення максимального рівня незалежності та автономії.



Що таке ерготерапія

https://www.youtube.com/watch?v=Ud5Fp279g4Y&feature=emb_rel_pause

<https://www.aota.org/about/what-is-ot>

3. Основні напрямки в ерготерапії

"Коли ви їдете на велосипеді через село в прекрасний травневий день, ви бачите людей, які займаються різними справами. Хтось працює в саду, хтось п'є каву на терасі, а хтось розвішує білизну. Всі ці заняття є частиною чиеїсь ролі і надають сенсу життю людей. Діючи, люди беруть участь у житті суспільства. Коли ми глибше замислюємося над діяльністю у зв'язку з повсякденними заняттями, вона стає цікавою. Садівник може працювати в чужому саду, виконуючи роль садівника. Але той самий садівник може також працювати у власному саду у вільний час, тому що це його хобі. А якщо садівник має хронічну хворобу, садівництво також може бути частиною ерготерапевтичного втручання з певними цілями. У всіх випадках, однак, щоденне садівництво є діяльністю, про яку йдеться. Заняттєва активність - це основна сфера ерготерапії. Заняттєва активність веде до участі".

Знання про заняттєву активність та участь дають ерготерапевту інструменти для розуміння того, чим займається людина, а також допомагають краще зрозуміти наслідки хвороби або проблем. З терапевтичної точки зору, розуміння заняттєвої активності та участі допомагає ерготерапевтам міркувати про те, як можна знову зробити можливим повсякденну діяльність людини.

3.1. Розвиток парадигми ерготерапії

Вивчення парадигми і її змін допомагає нам зрозуміти розвиток теорії ерготерапії. Професійні знання існують про парадигму професії, моделі практики (див. моделі ерготерапії) та пов'язані з ними знання. Парадигма є фундаментальним баченням галузі та її професійної культури і є специфічною для ерготерапії. Концептуальні практичні моделі переводять парадигму в щоденну практику ерготерапії. Суміжні знання, які ми використовуємо з інших галузей, наприклад, психології, анатомії,...



Рисунок 1: Концентричні шари знань у концептуальних засадах (Kielhofner, 2009)

Парадигма в науці та філософії - це узгоджена система моделей і теорій, яка формує рамки, в яких аналізується та описується світ. Поняття "парадигма" ввів Кун (1970). Суть професії описується в професійній парадигмі.

Парадигма ерготерапії - це професійна парадигма, загальна основа формування теорій та практики ерготерапії за певний проміжок часу. Вона складається з переконань, які розділяють члени професійної групи протягом певного періоду часу. Парадигма завжди в русі. Це відбувається через консенсус у професійній групі щодо фундаментальних принципів та професійних цінностей.

Професійна парадигма має ряд функцій:

- Визначити зв'язок ерготерапії, вказавши характер та мету ерготерапії, уникаючи таким чином плутанини та забезпечуючи політичне та соціальне визнання та стабільність;
- забезпечити спільну основу для самих ерготерапевтів, незалежно від їх професійних особливостей або спеціалізації;
- орієнтувати навчальні програми на дослідження;
- надати рекомендації щодо досліджень в ерготерапії.

Парадигму ерготерапії можна розглядати як спільний консенсус щодо найбільш фундаментальних переконань цієї професії. Поширеною є думка про те, що є основним аспектом дисципліни. Це завжди дуже пов'язано із сучасним поглядом на світ та людей у цьому світі. З часом парадигми змінюються разом зі зміною світогляду. Таким чином, парадигма ерготерапії змінюється з часом. Парадигма ерготерапії складається з трьох елементів:

- Основні конструкції,
- Фокусні точки зору
- Інтегровані цінності.

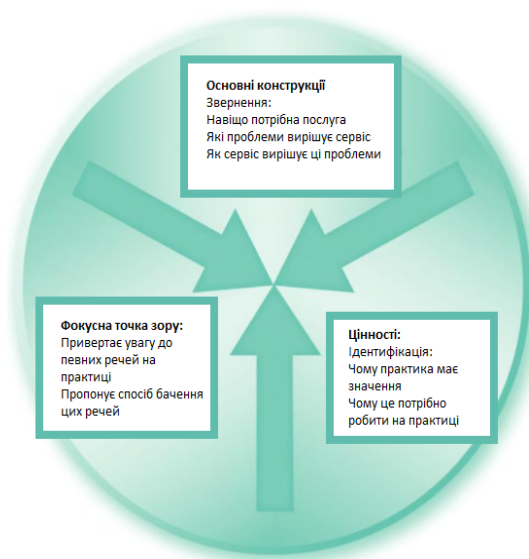


Рисунок 2: Елементи парадигми ерготерапії (Kielhofner, 2009)

Таблиця: Парадигматичні зміни в ерготерапії

Природа парадигми	Основні положення	Фокусна точка зору	Інтегровані цінності
Парадигма заняттєвої активності (1900–1940-ті рр.)	Заняттєва активність є істотно важливою для життя та впливає на здоров'я людей Заняттєва активність включає мислення, дії та існування і вимагає збалансованості кожного з цих елементів у повсякденному житті. Розум і тіло нерозривно пов'язані між собою. Заняттєва активність може бути використана для відновлення функцій	Зосередження уваги як на особистій мотивації, так і на впливі середовища на виконання занять	Людська гідність реалізується через виконання занять Заняттєва активність важлива для здоров'я Холізм
Криза	Ерготерапія зазнає все більшого тиску з боку медицини, щоб стати об'єктивною. Ерготерапія прагне отримати професійне визнання шляхом прийняття біомедичних пояснень та підходів щодо дисфункції		
Механістична парадигма (1960–1970-ті)	Виконання занять залежить від функціонування внутрішніх систем: психічної, нервової та кістково-м'язової. Пошкодження будь-якої з вищезазначених систем спричиняє дисфункцію. Функціональна ефективність відновлюється шляхом усунення або компенсації дефіцитів у цих системах	Цей період зосереджувався на внутрішніх механізмах, описаних у вищезгаданих основних конструкціях	Поглиблене знання внутрішніх систем. Об'єктивність і використання заняттєвої активності для точного визначення та вимірювання проблемних внутрішніх систем
Криза	Прийняття редукціонізму та орієнтація на внутрішні системи були визнані недостатніми. Видатні діячі ерготерапії закликали повернутися до заняттєвої активності з акцентом на її важливість для здоров'я		
Сучасна парадигма (від 1980-х років)	Заняттєва активність відіграє центральну роль у житті людини. Вона забезпечує мотивацію і сенс життя. Відсутність доступу (або обмежений доступ) до участі в заняттях може негативно позначитися на здоров'ї та якості життя. Використання заняттєвої активності для	Людина зосереджується на поверненні до заняттєвої активності з фокусом на її комплексність, а не на її складові	Повага до цінності людського життя. Важливість розширення можливостей та залучення людей до заняттєвої активності.

	вирішення проблем зі здоров'ям чи якості життя є ядром ерготерапії.		Інтеграція осіб у життя через значущу заняттєву активність.
	<p>Ерготерапія постійно розвивається. У наш час ми все більше і більше усвідомлюємо свою соціальну відповідальність як захисники заняттєвих прав наших клієнтів. Основна увага буде зосереджена на здоров'ї, добробуті та якості життя в контексті охорони здоров'я. (Pizzi & Richards 2017, Duncan 2021)</p> <p>На даний час робота ерготерапевта базується на біопсихосоціальній моделі (див. Навчальний план ICF), з акцентом на участь у заняттях.</p>		



Який зв'язок між поняттям «парадигма» та розвитком знань з ерготерапії?



<https://quizlet.com/157180310/paradigm-shifts-in-ot-practice-flash-cards/>

3.2. Парадигма ерготерапії

«Заняттєва активність» (Occupation) - центральне поняття в парадигмі ерготерапії. Це поняття визначається по-різному. Деякі приклади міжнародних визначень:

"Заняттєва активність - це звичайні та знайомі справи, якими люди займаються щодня" (Christiansen et al., 2011)

"Заняттєва активність- це вся діяльність, що має внутрішнє і зовнішнє значення". (Willcock, 2006)

"Заняттєва активність визначає і організовує сферу дій протягом певного періоду і сприймається індивідом як частина його соціальної ідентичності". (Creek, 1997)

«Заняттєва активність відноситься до сукупності видів діяльності та завдань повсякденного життя, названих, організованих і наділених цінністю та значенням окремими особами та культурою. Заняттєва активність - це все, що люди роблять, щоб зайняти себе, включаючи догляд за собою (самообслуговування), насолоду від життя (дозвілля) і внесок у соціальну та економічну структуру своїх спільнот (продуктивність); це сфера уваги і терапевтичний засіб ерготерапії". (Townsend & Polatajko, 2013)

Парадигма ерготерапії визначає суть і мету ерготерапії, іншими словами, те, що пов'язує ерготерапевтів. Це виражається в семи принципах.

3.3. Складові заняттєвої активності

3.3.1. Людина є істотою, для якої заняттєва активність є важливою складовою життя.

За своєю природою людина - істота заняттєва, і кожна людина відчуває потребу у виконанні щоденної діяльності. Заняттєва активність - це фундаментальна людська потреба, яка є біологічно зумовленою. Наприклад, спонтанність дитини, яка грається і пізнає, або пошукова поведінка людей, які опинилися в новому середовищі. Людина має внутрішнє прагнення пізнавати і контролювати навколишнє середовище. Це прагнення контролю змушує людину діяти. Людина також хоче вчитися на власному досвіді. Крім того, середовище або (суб)культура стимулює бажання відкривати для себе нові види діяльності і виконувати їх контрольовано і вправно.

3.3.2. Заняттєва активність - це результат динамічної взаємодії людини, діяльності та зовнішнього середовища

Три основні елементи можна виділити у щоденних діях, які постійно впливають один на одного. Основними елементами є людина, яка діє, контекст чи середовище та заняттєва активність.

3.3.3. Заняттєва активність надає життю змісту

Виконання заняттєвої активності надає сенс життю (Wilcock 2006). З точки зору заняттєвої активності - це індивідуальна діяльність у певному середовищі в певний момент; заняттєва активність за визначенням є унікальною і пропонує людині можливість створювати щось нове і значуще в кожній ситуації. Сенс є особистісним і значною мірою визначається культурою та контекстом, в якому перебуває людина. Сенс пов'язаний не лише з заняттєвою активністю, але й з чимось більшим, а саме з життям.

3.3.4. Заняттєва активність впливає на здоров'я та благополуччя

Хороший баланс у повсякденній діяльності необхідний для здоров'я та благополуччя. Виконання потреби у значущій заняттєвій участі сприяє духовному, фізичному та психосоціальному благополуччю.

3.3.5. Заняттєва активність регулює час і структурує життя

Щоденна діяльність дає людям (щоденний) ритм, а отже, і порядок у часі. Послідовне виконання дій призводить до формування звичок і рутини.

3.3.6. Заняттєва активність допомагає краще зрозуміти себе

Заняттєва активність дає досвід, виконуючи завдання. Досвід з'являється під час виконання певної діяльності. Людина може відчувати почуття збудження, страху, тривоги, апатії, нудьги, розслаблення і контролю при виконанні діяльності. Через досвід, який люди отримують, діючи або роблячи, вони отримують уявлення про свої можливості та обмеження.

3.3.7. Заняттєва активність має терапевтичний потенціал

Досвід, який створюється під час виконання повсякденних дій, відіграє важливу роль у процесі змін. У той же час, досвід, отриманий під час гри, сприяє наданню сенсу. Той факт, що виконання діяльності дає досвід і сприяє створенню сенсу, надає заняттєвій активності терапевтичного потенціалу.

Люди можуть відчувати дисфункцію у заняттєвій активності. Життя і заняття постійно змінюються. У багатьох випадках зміни в заняттєвій активності відбуваються спонтанно, наприклад, під час нормального розвитку дитини. Однак іноді зміни не відбуваються спонтанно, і люди відчувають перерви у своїй повсякденній діяльності, які вони сприймають як негативні. Тимчасове припинення заняттєвої активності внаслідок хвороби або зміни оточення називається заняттєвим перериванням. Справжня проблема полягає не в тому, що їхнє життя змінюється, а в тому, що вони іноді не можуть адаптувати свої повсякденні заняття до власних потреб або потреб свого оточення до цих змін.

Порушення в повсякденній активності можуть виникати як через фактори, які стосуються самої людини, так і через контекст. Це призводить до наступних додаткових відправних точок.

3.3.8. Заняття є в кожного різні (індивідуальність)

Якщо спочатку поглянути на людину та заняттєву активність, то можна сказати, що діяльність залежить від особистих можливостей її здійснення. Особисті цілі, інтереси, цінності та норми і навіть образ себе чи ідентичність також впливають на діяльність людини.

3.3.9. Заняття є контекстуально-орієнтованими (context-based)

Заняття завжди відбуваються у контексті: діяльність відбувається через динамічну взаємодію людини та контексту. Порушення у повсякденній активності може виникнути через перешкоди в контексті, наприклад, тому, що ініціатива щодо реалізації заняттєвої активності більше не може бути прийнята, оскільки відсутній вибір для видів активності, які мають значення для особистості, або через перешкоди у наприклад, контексті (від порогового рівня до дискримінації).

3.3.10. Кожна людина має право здійснювати значущу діяльність

Порушення у повсякденній діяльності є ризиком для добробуту людини. Порушення заняттєвої активності може призвести до депресії, нудьги, вигорання, розладів сну та занепокоєння. Оскільки ерготерапія вважає заняттєву активність надзвичайно важливою для здоров'я та добробуту людини, визначається наступна відправна точка: кожна людина має право здійснити або бути залученою до значущих дій (заняттєва справедливість).

3.3.11. Заняттєва активність веде до залучення, а залучення людини – до заняття.

Активність веде до залучення. Залучення є особистим і різним для кожного.

3.4. Елементи заняттєвої активності

У визначенні поняття наводяться характеристики та елементи, які відрізняють його від інших понять. Елементи можуть бути представлені в моделі. Одна з моделей, яка часто використовується в ерготерапії, - це модель РЕО.

Модель "Людина-середовище-заняттєва активність" (Person-Environment-Occupation, РЕО) - це модель, яка підкреслює виконання заняттєвої активності, сформоване взаємодією між людиною, середовищем і заняттям.

Людина (Person) включає роль, Я-концепцію, культурне походження, особистість, здоров'я, пізнання, фізичне виконання і сенсорні здібності.

Середовище (Environment) включає фізичне, культурне, інституційне, соціальне та соціально-економічне середовище.

Заняттєва активність (Occupation) відноситься до груп завдань, які людина виконує для самопідтримки, самовираження та самореалізації. Ці три сфери залежать одна від одної і впливають одна на одну. У цій моделі область перетину трьох сфер динамічно формує *виконання занять*, а також представляє рівень конгруентності взаємодії між особою, середовищем і заняттєвою активністю.



Рисунок 1: Модель «Людина-середовище-заняттєва активність»



РЕО-модель

https://www.youtube.com/watch?v=JJmT8y-_FcY

3.4.1. Особа

Кожна особа унікальна і має свою власну (життєву) історію. Людина - це самоорганізуюче, саморегульоване цілісне утворення, яке постійно взаємодіє з навколишнім середовищем. При погляді на людину важливі різні аспекти. Перш за все, власні цінності, норми та сподівання. Кожна людина створює свій власний образ реальності та світу, частиною якого вона є, запам'ятовуючи та інтерпретуючи свої особисті сприйняття та досвід. Тому кожен має власні цінності, норми та очікування. На них (частково) впливає середовище або оточення.

Роль та ідентичність тісно пов'язані між собою. Ідентичність також використовується для позначення певного соціального обличчя, тобто того, як людина сприймає себе, як її сприймають інші. Людина часто виконує різні ролі. Ролі можуть розвиватися і змінюватися на різних етапах життя. Роль містить права та обов'язки і вимагає очікуваних моделей поведінки та конкретних дій, видів діяльності та завдань, які регулярно виконуються і асоціюються з соціокультурними ролями. Виконання дій і завдань, пов'язаних з роллю, називається рольовою дією і пов'язане з **участю**. Участь тут можна розуміти як виконання та досвід рольових дій та/або діяльності, пов'язаної з навколишнім середовищем.

Для того, щоб мати можливість діяти, людина повинна мати (базові) навички та функції. Для багатьох людей розвиток і засвоєння (базових) навичок відбувається в ігровій формі. Дитина, яка із задоволенням грається на дитячому майданчику, майже автоматично піднімається на сходинку вище по драбині і таким чином розвиває координацію, силу і рівновагу. Під час повсякденних дій люди відчувають, які завдання і базові навички є або не є адекватними в певних ситуаціях. У нових ситуаціях люди будуть діяти заново і при необхідності пристосовувати **виконання** до мінливих обставин. Так ви вчитеся, так ви розвиваєтеся.

3.4.2. едовище

Середовище - це сукупність усіх явищ та умов, які оточують людину і впливають на її існування, дії та розвиток. Повсякденна діяльність людини відбувається в соціальному та фізичному оточенні, що знаходиться в контексті. У літературі терміни "середовище" і "контекст" часто використовуються як взаємозамінні.

При розгляді контексту важливі всі умови. Фізичні аспекти включають всі фізичні простори та об'єкти, які людина бачить, відчуває, нюхає, чує або пробує на смак. Соціокультурні аспекти включають усі соціальні та культурні фактори, які відіграють певну роль у цьому середовищі. З одного боку, це інші люди та соціальні відносини (таким чином, ерготерапевт також є частиною соціокультурного середовища клієнта), з іншого боку, соціокультурне середовище містить всі соціокультурні зразки, значення, норми та цінності, які діють в межах цієї конкретної групи.

3.4.3 Заняттєва активність

У попередніх пунктах пояснювалися елементи "особа" і "середовище". Динамічна взаємодія між людиною і середовищем проявляється під час повсякденної діяльності. У цьому пункті ми детальніше зупинимося на характеристиках заняттєвої активності.

Заняттєва активність - це цілеспрямоване виконання одного або кількох видів активності, що відповідає певній ролі в оточенні людини. Для цього середовище і активність повинні відповідати бажанням, потребам, навичкам і здатності людини діяти.

Сенс

Сенс може стосуватися як діяльності, так і життя в цілому. Для багатьох людей пошук "сенсу життя" є основним мотивом і ніколи не припиняється.

Заняттєва активність дозволяє людям відкривати і переглядати сенс.

Якщо розглядати сенс на рівні заняттєвої активності, то ці аспекти відіграють певну роль у формуванні її сенсу. Досвід і спогади, які часто можна простежити через чиясь (життєву) історію, також відіграють певну роль у формуванні сенсу. На основі попереднього досвіду і спогадів люди надають значення оточенню або середовищу. Цей сенс є особистим і важливим.

Після того, як людина знайшла сенс у власному середовищі, вона отримує мотивацію робити щось у цьому середовищі. Робити це, реалізувати заняттєву активність, походить від почуття, бажання або потреби прийти до конкретного результату або досвіду в середовищі, або на більш глибокому рівні, пошуку сенсу. Щоденні дії у певний, рутинний спосіб також можуть надавати сенс заняттєвій активності. Рутинна може виникати через те, що діяльність виконується певним чином, у певному контексті та у зв'язку з іншими видами діяльності (часовий аспект). Всі ці аспекти впливають на сенс заняттєвої активності.

Цілеспрямованість

Цілеспрямованість означає, що люди хочуть досягти чогось у певному середовищі або контексті. Мета заняттєвої активності може повністю зосереджуватися всередині людини (внутрішня) і бути

короткостроковою, наприклад, заклеїти шину на велосипеді або прочитати книгу для власного задоволення. Крім того, мета може також частково лежати поза людиною (бути зовнішньою) і бути пов'язаною з довгостроковим результатом, наприклад, вивчення тексту для того, щоб скласти іспит.

Заняттєва участь - це участь, яку люди (можуть) відчувати до і під час виконання занять. Участь - діяльність з позитивним значенням, яка є інтенсивною, привертає повну увагу, є сполучною, дає більше, ніж просто задоволення і дає відчуття соціального зв'язку. Для того щоб відчувати участь, людям необов'язково самим здійснювати діяльність. Перебуваючи в контексті заняттєвої активності, людина все одно може відчувати залученість.

Щоденні заняття також мають часовий аспект. Люди реалізують заняттєву активність по-своєму, і вона має певну тривалість. У багатьох випадках виконання активності призводить до певної рутини і певного набору дій. Робочий набір - це ряд робочих моделей, які людина розробила в певний момент свого життя. Якщо людина виконує певні дії по-іншому або більше не в змозі їх виконувати, то це впливає на рутину і **заняттєву модель**.

Напрямки

Заняття мають кілька напрямків. Різні напрямки мають певну узгодженість, в якій можна сказати, що один веде до іншого. Існує зв'язок між "діяльністю", "буттям" і "становленням". Оскільки люди роблять щось ("діяльність"), вони можуть розвиватися («становлення») і "бути" кимось («буття»). Самоусвідомлення та роль - це аспекти, які мають відношення до напрямку "буття". У той же час, заняттєва активність, до якої хтось залучений, може дати досвід "буття" (бути). Пізніше до цього напрямку було додано напрямок "приналежність". Завдяки цьому у людей також виникає відчуття, що вони належать або хочуть належати до певної групи.

Протягом багатьох років ерготерапевти розділяють повсякденну активність на категорії. Впорядкування - це розподіл понять, наприклад, видів діяльності, на **сфери виконання занять**. Добре відомою класифікацією в рамках ерготерапії є класифікація видів заняттєвої активності відповідно до їх значення в роботі, грі, дозвіллі та догляді за собою. Ерготерапевти здійснюють заняттєвий аналіз, наприклад, за допомогою Класифікованих правил виконання занять (TCOP).



1. Про цінності, переконання і елементи поняття «заняттєва активність»; перерахуйте, будь ласка, що ви робите в звичайний день і визначте, що ви вважаєте заняттями і яку цінність ви надаєте кожному з них; також опишіть, чим те, що ви робите, відрізняється від того, що ви бачите, як роблять інші, і, нарешті, опишіть вплив середовища на те, що ви робите в такий день.
2. Індивідуальні або групові вправи: Кожен учасник повинен подумати про те, що і як ви робили раніше, кілька років тому і як ви робите це зараз. Подумайте і напишіть, що змінилося і який вплив справили інші.
3. Що Ви знаєте про поняття «заняттєва активність» по відношенню до ерготерапії?



Клінічний випадок: Робота з пацієнтом з деменцією (Wong & Leland, 2018)

Пан Джонс, вік: 84 роки, діагноз: деменція. Сьогодні він живе в будинку для престарілих. Давайте уважно розглянемо, як пан Джонс вписався в модель РЕО (особа-середовище-заняття активність)

Поняття **ОСОБА** включає в себе фізичний і когнітивний аспект людей зі деменцією, а також їхні ставлення, вподобання і особистість до постановки діагнозу. У пана Джонса спостерігається втрата пам'яті, сплутаність свідомості, нечіткість мислення, зниження навичок вирішення проблем, втрата інтересу до звичайної діяльності та поведінкові симптоми (наприклад, агресія, хвилювання, неспокій), що впливає на його здатність виконувати повсякденні заняття і впливає на загальну якість життя.

Поняття **СЕРЕДОВИЩЕ** зосереджене на фізичному і соціальному контексті. Фізичне середовище пана Джонса можна охарактеризувати освітленням, спальнею, спільною з іншими територією, їдальнею, рівнем шуму і розміщенням меблів у кімнаті. Соціальне середовище в цьому контексті включає в себе політику і правила закладу; адміністративний і медперсонал; інших жителів закладу; а також сім'ю, осіб, які здійснюють догляд, і підтримку друзів.

Для пана Джонса аспект **ЗАНЯТТЄВА АКТИВНІСТЬ** включає в себе діяльність, що здійснюється в будинку для літніх людей, яку пан Джонс вважає значущою, розпорядок дня і час, необхідний для виконання поставлених завдань.

При цьому важливо, щоб середовище і заняття адаптувалися до змін в особі навіть тоді, коли можливості особи стали більш обмеженими. Позитивне співвідношення між сферами «людина», «середовище» та «заняття активність» сприяє участі.

3.5 Участь

Участь є важливим поняттям для ерготерапевта. Воно відповідає професійній парадигмі, оскільки ерготерапевти допомагають людям бути частиною життєвих ситуацій. У Міжнародній класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я (див. Навчальний план МКФ) участь визначається як "участь людини в життєвій ситуації". Можливими значеннями участі є:

1. брати участь у чомусь
2. бути частиною чогось
3. бути залученим у щось
4. бути прийнятим
5. мати доступ до певних життєвих потреб

Важливо підходити до цієї концепції з біопсихосоціальної точки зору.

З точки зору ерготерапії, щоб мати можливість реалізовувати прагнення, задовольняти потреби, змінювати або справлятися з середовищем, людина повинна мати заняттєву активність, займатися справами повсякденного життя. Мати заняттєву активність - це не те ж саме, що

виконувати заняття. Таунсенд і Полатайко (2007, стор. 24) стверджують, що люди часто проявляють заняттєву участь, не виконуючи занять. Більш широкий термін "залучення" охоплює все, що ми робимо для того, щоб "бути залученим або зайнятим": *брати участь*.

Під заняттєвою участю мається на увазі участь в *роботі, іграх або повсякденній діяльності*, які є частиною соціокультурного контексту людини і бажані і/або необхідні для її благополуччя.

Прикладами заняттєвої участі є робота на повну чи неповну зайнятість, регулярне заняття хобі, утримання будинку, відвідування школи та участь в клубі або іншій організації. Це визначення відповідає позиції Всесвітньої організації охорони здоров'я (WHO, 1999, р. 19) щодо участі.

Кожна сфера заняттєвої участі включає в себе сукупність пов'язаних з нею речей. Наприклад, менеджмент помешкання може включати в себе оплату оренди, ремонт і прибирання.



Що таке ерготерапія?

<https://youtu.be/Ud5Fp279g4Y>

4. Розвиток і теоретичне підґрунтя ерготерапії

Розвиток заняттєвої активності людини з точки зору ерготерапії спрямований на заняття і розвиток, ґрунтуючись на останніх досягненнях науки про заняттєву активність. У цій перспективі динамічна взаємодія між особою, середовищем і заняттям займає центральне місце (перспектива взаємодії).

Інша точка зору полягає в тому, що люди продовжують розвивати себе протягом усього життя, адаптують свої заняття, та набувають щоразу нових навичок, це відбувається через "діяльність", значуще виконання занять. Цей розвиток людини впродовж життя можна розглядати на рівні заняттєвої активності (мікрорівень) або на рівні особистості (мезорівень).

Принципи розвитку на мезорівні важливі для ерготерапевтів, щоб мати можливість аналізувати заняттєву активність і формувати втручання в адаптований спосіб.

Ці відправні точки такі:

- Безперервність розвитку: моделі дій, які повторюються протягом життя, і те, що шукає ерготерапевт.
- Численні фактори, що визначають розвиток: особа, заняття та середовище.
- Численні моделі розвитку: нелінійний розвиток та оволодіння заняттєвою активністю.

Множинні фактори, які можна виділити в людині: спадковість, індивідуальне навчання, пластичність і роль активної участі та мотивації.

Факторами, що впливають на здатність діяти, є вплив діяльності та очікування, пов'язані з діяльністю.

Факторами середовища є фізичні та соціальні, історичні та культурні.

Фактори взаємодії вказують на важливість взаємодії між особою і середовищем в контексті її розвитку.

Все це показує кількість аспектів, які впливають на дії людини та розвиток її діяльності.



Які теорії є важливими, актуальними та вирішальними для ерготерапевтів та їх роботи?

5. Професійне мислення

Клінічне мислення відрізняється від прийняття клінічних рішень і позначається різними термінами, включаючи професійне мислення.

Було визначено та описано багато типів або способів клінічного мислення, включаючи наративне, процедуральне, інтерактивне, умовне, етичне та прагматичне.

5.1 Різниця між клінічним та професійним мисленням

У літературі з ерготерапії ми знаходимо описи терапевтичного мислення (therapeutic reasoning) (Kielhofner and Forsyth 2002 у Duncan 2021), професійного мислення (professional reasoning) (Schell & Schell 2018 у Duncan 2021) та заняттєвого мислення (occupational reasoning) (Rogers 2010).

Заняттєве мислення (occupational reasoning) означає систематичний метод заняттєвого залучення людей до участі, який підтримує процес ерготерапії. (Rogers 2010, с. 57 в Duncan 2021, с. 179)

Важливо також згадати про взаємопов'язану природу клінічного мислення та прийняття клінічних рішень.

5.2 Визначення клінічного мислення:

Клінічне мислення - це процес, в якому фахівець, взаємодіючи зі співучасниками (клієнтом, особами, які здійснюють догляд, членами мультидисциплінарної команди), структурує значення, цілі та стратегії управління здоров'ям на основі клінічних даних, вибору самого клієнта, а також професійних оцінок і знань.

В ерготерапії клінічне мислення можна визначити як рефлексивне мислення, пов'язане з участю в професійній практиці, орієнтованій на клієнта. Згідно з Duncan (2021, с. 180), це охоплює мислення під час планування роботи з клієнтом, коли терапевт перебуває з клієнтом, після роботи з клієнтом, а також під час рефлексії часу, проведеного з клієнтом. Клінічне мислення постійно змінюється у відповідь на безліч прихованих і явних впливів і контекстуальних факторів, які можуть бути гальмівними або сприятливими.

5.3 Різні моделі клінічного мислення:

Дуже популярним способом мислення в наш час є використання наративного мислення, описаного Меттінглі та Флемінгом.

Наративне мислення спирається на фундаментальний підхід до розуміння людини і включає в себе розповідь і створення історій. Акцент робиться на розумінні стану здоров'я та історії хвороби людини. (Дункан, 2021, с. 181)

Інші підходи:

Етичне мислення: Мислення, яке супроводжує аналіз моральної проблеми, де одне моральне переконання або дія суперечить іншому, а потім генерує можливі рішення і визначає дії, які необхідно вжити.

Наукове мислення спирається на біомедичний підхід. Тут ми можемо класифікувати діагностичну обґрунтованість і процедурну обґрунтованість, де діагностична обґрунтованість забезпечує основу для процедурної обґрунтованості.

Процедуральне мислення включає систематичний збір даних, формування та перевірку гіпотез, а також обґрунтування, яке лежить в основі втручання. Відправною точкою є стан здоров'я, хвороба або функціонування.

В наративному мисленні ми можемо класифікувати інтерактивне мислення та умовне мислення.

Інтерактивне мислення використовується для того, щоб залучити людину до терапії, розглянути найкращий підхід до спілкування з людиною, зрозуміти, ким вона є і які проблеми з її точки зору, індивідуалізувати терапію, передати відчуття прийнятної довіри/надії, зняти напругу за допомогою гумору, побудувати спільну мову дій і значень, а також відстежувати, як проходить сеанс терапії.

Терапевт використовує *умовне мислення*, коли розмірковує власний стан людини і про те, як зміни залежать від участі в терапевтичному процесі. Цей тип міркувань використовується при спробі зрозуміти, що є значущим для людини в її соціальному та культурному середовищі.

Прагматичне мислення - це мислення, пов'язане з особистим, організаційним, політичним та економічним контекстами. (Дункан, 2021, с. 181)

У всьому світі ерготерапевти прагнуть до найкращої терапії, що ґрунтується на доказах. Ця прихильність і прагнення досягти досконалості підтримується клінічними або професійними міркуваннями. (Дункан, 2021, с. 194)



Що, на Вашу думку, є характерним для професійного мислення ерготерапевта?

<u>Види міркування</u>	<u>Процедуральне мислення</u>	<u>Наративне мислення</u>	<u>Прагматичне мислення</u>	<u>Інтерактивне мислення</u>	<u>Умовне мислення</u>	<u>Етичне мислення</u>
<i>Визначення</i>	<i>міркування щодо медичного діагнозу та обмежень</i>	<i>вихідна точка – життєва історія клієнта</i>	<i>починаємо з правил, процедур та варіантів</i>	<i>значення хвороби та обмежень. Розгляд стосунків між клієнтом та терапевтом. Клієнт – унікальний</i>	<i>міркування щодо бачення майбутнього та дії, які необхідно для цього вжити</i>	<i>етичні рішення</i>

Таблиця 1. Підсумки мислення (Le Grange)

6. Вступ до науки про заняттєву активність (Occupational science)

Ключове питання усіх дисциплін полягає у тому, як нові знання породжуються, перевіряються, а потім втілюються на практиці. Таким чином, подібно до інших дисциплін, ерготерапія знаходиться в цілісному періоді, у якому головним питанням є потреба закріпити епістемологічні основи, на яких вона базується.

Проте, на відміну від інших дисциплін, ерготерапія зазнала особливого напруження в частині зв'язку між її центральним філософським підґрунтям, тобто динамічною взаємодією між заняттєвою активністю і здоров'ям, та проблемою її практичного втілення.

Заняттєва наука може розглядатися як переконлива відповідь, яка вже позитивно вплинула на сферу практики ерготерапії, та повинна відіграти важливу роль в наступних десятиліттях (Duncan 2021, с. 198).

6.1 Історія та розвиток

Наука про заняттєву активність вперше була названа Єрксою та її колегами як "вивчення людини як істоти, із заняттєвою активністю, включаючи потребу та здатність виконувати дії та організовувати щоденну заняттєву активність у навколишньому середовищі протягом усього життя".

Наука про заняттєву активність була вперше запропонована Національним товариством сприяння ерготерапії в 1917 році (Wilcock, 2001, Wilcock 2003, Larson et al 2003 в Duncan 2021, с.199).

АОТА (Американська асоціація ерготерапії) запропонувала, щоб наука про заняттєву активність була зосереджена на "промоції заняттєвої активності як терапевтичного заходу, вивченні впливу заняттєвої активності на людину та поширенні наукових знань з цього питання". (Дункан 1917 в Дункан 2021, с.199)

Хоча наука про заняттєву активність виникла з ерготерапії, коли вона була офіційно запропонована наприкінці 1980-х років, вона була представлена як окрема галузь.

Наука про заняттєву активність (Clark et al., 1991 в Duncan 2021, с. 199) розглядалася як фундаментальна наука, тобто така, що займається універсальними питаннями про заняття, не переймаючись їхнім безпосереднім застосуванням. Натомість ерготерапія розглядалася як така, що займається застосуванням знань про заняттєву активність у терапевтичних цілях.

З огляду на складність заняттєвої активності та її зв'язок зі здоров'ям, наука про заняттєву активність завжди розглядалася як міждисциплінарна галузь (Yerxa та ін., 1989 в Duncan 2021, с. 199).

Mosey (1992) припустив, що наука про заняттєву активність повинна зосередитися на розробці теорії (фокус) за допомогою фундаментальних досліджень (форма), тоді як ерготерапія повинна займатися тестуванням і вдосконаленням системи координат (моделей) за допомогою прикладних досліджень.

Або:

Наука про заняттєву активність вивчає "діяльність"

Ерготерапія вивчає, як уможливити "заняттєву активність".

Питання фундаментальних і прикладних наук значною мірою фігурують в інших дискусіях про науку про заняттєву активність.

Очевидно, що наука про заняттєву активність і ерготерапія тісно пов'язані між собою, і що фактично перша виникла з другої. Можна сказати, що спочатку це були дві різні сфери знань, оскільки Національне товариство сприяння ерготерапії визнало необхідність розуміння заняттєвої активності та динамічного взаємозв'язку між заняттям та здоров'ям, і що це добре поєднувалося з терапевтичним застосуванням заняттєвої активності (Duncan 2021, p. 7). (Дункан, 2021, с. 200).

6.2 Роль та внесок науки про заняттєву активність:

Цінність науки про заняттєву активність добре задокументована багатьма людьми, такими як Еркас, Кларк, Земке, Моліне, Вілкок, і включає в себе наступне:

- Надання підтримки ерготерапевтам у їхній практичній діяльності
- Вдосконалення людини як заняттєвої істоти
- Пояснення взаємозв'язку між заняттєвою активністю та здоров'ям
- Диференціація ерготерапії від інших професій
- Покращення послуг, що виходять за межі традиційної охорони здоров'я та соціальної допомоги.

Хоча наука про заняттєву активність отримала офіційну назву лише наприкінці 1980-х років, її коріння знаходяться у фундаменті професії ерготерапевта. (Duncan 2021, с. 204)

Наука про заняттєву активність спрямована на поглиблення нашого розуміння людини як заняттєвої істоти та взаємозв'язку між заняттєвою активністю і здоров'ям.

Наука про заняттєву активність продовжує надавати корисну інформацію про фактори, які сприяють і перешкоджають здатності людей досягати і підтримувати здоров'я через заняття. Крім того, наука про заняттєву активність пояснює нові концепції (Durocher та ін., 2014, в Duncan 2021, с. 204), такі як соціальна інтеграція та заняттєва справедливість, які потребують подальших

наукових розробок щодо того, як вони можуть найбільш ефективно впливати на практику (Whiteford & Townsend 2010, в Duncan 2021, с. 204).



ЗАВДАННЯ

Напишіть коротке есе про науку про заняттєву активність. У разі необхідності знайдіть інформацію про науку про заняттєву активність в мережі Інтернет. Ознайомтеся з визначними постатями, які були вирішальними у розвитку цієї досить нової дисципліни. Зазначте у своїй роботі посилання на літературу.



Додаток 1: Термінологія (ENOTHE)

Наступні визначення були розроблені в рамках термінологічного проекту ENOTHE з 2001 по 2009 рік. Вони стали результатом співпраці ерготерапевтів з шести країн, які розмовляють різними мовами, і стали консенсусом щодо значення та взаємозв'язків між концептуальними рамками та всередині них.

Ці визначення та їх взаємозв'язок були опубліковані різними мовами. Англійську версію можна знайти в: Creek, J. (2010) The core concepts of Occupational Therapy - A Dynamic Framework for Practice (Основні поняття ерготерапії - динамічні рамки для практики). Видавництво Джессіки Кінгслі, Лондон і Філадельфія.

Форми заняттєвої активності

ЗАНЯТТЯ (OCCUPATION): це група видів активності, яка має особисте та соціокультурне значення, має назву в рамках культури та підтримує участь у житті суспільства. Заняття можна класифікувати як самообслуговування, продуктивність та/або дозвілля.

АКТИВНІСТЬ (ACTIVITY): АКТИВНІСТЬ - це структурована серія дій або завдань, які сприяють заняттям.

ЗАВДАННЯ (TASKS): Завдання - це серія структурованих кроків (дій та/або думок), спрямованих на виконання активності.

Дія

ВИКОНАННЯ ЗАНЯТТЯ (OCCUPATIONAL PERFORMACE): вибір, організація та здійснення активності у взаємодії з навколишнім середовищем.

ВИКОНАННЯ АКТИВНОСТІ (ACTIVITY PERFORMANCE): вибір, організація та здійснення активності у взаємодії з навколишнім середовищем.

ВИКОНАННЯ ЗАВДАННЯ (TASK PERFORMANCE): вибір, організація та виконання завдання у взаємодії з навколишнім середовищем.

СФЕРИ ВИКОНАННЯ ЗАНЯТТЄВОЇ АКТИВНОСТІ (OCCUPATIONAL PERFORMANCE AREAS): Сфери заняттєвої активності - це категорії завдань, видів активності та занять, які зазвичай є частиною повсякденного життя. Зазвичай їх називають самообслуговуванням, продуктивністю та дозвіллям.

Організація заняттєвої активності

ЗВИЧКА (HABIT): Звичка - це модель поведінки в повсякденному житті, набута шляхом частого повторення, яка вимагає мінімальної уваги і дозволяє ефективно функціонувати.

РУТИНА (ROUTINE): Рутинна - це встановлена і передбачувана послідовність завдань.

Межі заняттєвої активності



АВТОНОМНІСТЬ (AUTONOMY): Автономія - це свобода робити вибір, заснований на врахуванні внутрішніх і зовнішніх обставин, і діяти відповідно до цього вибору.

ЗАЛЕЖНІСТЬ (DEPENDENCE): Залежність - це стан потреби в підтримці для того, щоб мати можливість виконувати повсякденну активність на задовільному рівні.

НЕЗАЛЕЖНІСТЬ (INDEPENDENCE): Незалежність - це стан, коли людина здатна виконувати повсякденну активність на задовільному рівні.

ВЗАЄМОЗАЛЕЖНІСТЬ (INTERDEPENDENCE): Взаємозалежність - це стан взаємної залежності та впливу між членами соціальної групи.

Особистісні передумови для заняттєвої активності

КОМПОНЕНТИ ВИКОНАННЯ ЗАНЯТТЯ (OCCUPATIONAL PERFORMANCE COMPONENTS):

Компоненти виконання занять - це здібності та навички, які уможливають і впливають на виконання завдань, видів активності та занять. Їх можна класифікувати, наприклад, як фізичні, психосоціальні та афективні.

ФУНКЦІЯ (FUNCTION): Функція - це основні фізичні та психологічні компоненти, які підтримують заняттєву активність.

Функція також може бути здатністю використовувати компоненти виконання занять для виконання завдання, активності або занять.

ЗДАТНІСТЬ (ABILITY): Здатність - це особистісна характеристика, яка підтримує виконання заняття.

НАВИЧКА (SKILL): Навичка - це здатність, розвинута через практику, яка уможливорює заняттєву активність.

Джерело енергії для заняттєвої активності

МОТИВАЦІЯ (MOTIVATION): Мотивація - це спонукання, яке спрямовує дії людини на задоволення потреб.

ВОЛЕВИВЛЕННЯ (VOLITION): Волевиявлення - це здатність робити або продовжувати робити щось, а також усвідомлення того, що виконання заняття є добровільним.

ЗАЛУЧЕННЯ (ENGAGEMENT): Залучення - це почуття причетності, вибору, позитивного сенсу та відданості під час виконання заняття чи активності.

Соціальний устрій для заняттєвої активності

РОЛЬ (ROLE): Роль - це соціальні та культурні норми й очікування щодо виконання заняття, які пов'язані з контекстом індивідуальністю особи.

УЧАСТЬ (PARTICIPATION): Участь - це залучення до життєвих ситуацій через активність у соціальному контексті.

ЗАВДАННЯ (TASK) Завдання - це частина роботи, яку людина повинна виконати.

Місце виконання занять



ОБСТАНОВКА (SETTING) - це безпосереднє оточення, яке впливає на завдання, активність або виконання занять.

СЕРЕДОВИЩЕ (ENVIRONMENT): Середовище - це зовнішні фактори, які впливають на виконання заняттєвої активності. Ці фактори є фізичними, соціокультурними та часовими.

УМОВИ (CONTEXT): Контекст - це взаємозв'язки між середовищем, особистісними факторами і подіями, які впливають на завдання, активність або виконання занять.



ІНША КОРИСНА ТЕРМІНОЛОГІЯ

У наступному списку ми підсумовуємо термінологію, яку важливо знати ерготерапевту.

Чіткі визначення дозволяють нам говорити спільною мовою, необхідною для кращого розуміння один одного. Багато термінів також будуть зустрічатися в інших навчальних програмах.

Наведений нижче термінологічний список було складено на основі книги Кріка (2010), Шеллен і Гіллен (2019) та Майлза (2013)

Аналіз активності (Activity analysis): Розчленування активності на компоненти, та визначення послідовності їх виконання у контексті середовища.

Рух ремесел і мистецтв (Arts and crafts movement): Рух, що зародився в Англії, який відстоював дизайн і ручне ремесло як форму культурного опору механізації та знеособленому виробництву індустріалізму.

Біомеханічний підхід (Biomechanical approach): Терапевтичне втручання, спрямоване на покращення рухів і сили тіла; зазвичай ототожнюється з відновленням або покращенням сили, діапазону рухів або витривалості.

Біомедична модель (Biomedical model): Модель, заснована на наукових знаннях, яка пов'язує здоров'я і хворобу з психологічними, біологічними та науково пояснюваними змінами в організмі.

Біопсихосоціальна (Biopsychosocial): Біопсихосоціальна модель розглядає хворобу і здоров'я як продукт фізіологічних, психологічних і соціокультурних змінних. Ця точка зору протистоїть біомедичній моделі, в якій хвороба розглядається з точки зору відхилення від нормального біологічного функціонування, а перебіг і етіологія хвороби розуміються виключно з точки зору біологічних факторів, таких як генетична схильність або фізіологічні дисфункції.

Моральне втручання (Moral treatment): Термін, що використовується для позначення руху, який характеризується забезпеченням гуманних умов догляду за особами з психічними захворюваннями, під впливом ідей, що походять з епохи просвітництва.

Заняттєва деривація (Occupational deprivation): Відсутність доступу до участі в різноманітних самостійно обраних заняттях, які мають сенс для людини, сім'ї або громади.

Переривання заняттєвої активності (Occupational disruption): Тимчасова перерва у заняттєвій активності особи, яку можна виправити, повернувшись до цілеспрямованої та значущої заняттєвої активності. (Sima, Thomas, & D., 2017)

Заняттєва участь (Occupational engagement): виконання заняттєвої активності, що здійснюється за результатами особистісного вибору особою та значущості активності для особи у сприятливому (безбар'єрному) середовищі.



Заняттєва справедливість (Occupational justice): Критичний погляд на соціальні структури, який сприяє соціальним, політичним та економічним змінам, щоб люди могли реалізувати свій заняттєвий потенціал і відчувати добробут [і повноцінне громадянство].

Заняттєве опитування (Occupational mapping): Спільний процес між терапевтом і клієнтом, за допомогою якого можна дослідити суб'єктивний досвід людини у сфері заняттєвої активності.

Заняттєві зразки (Occupational pattern): Звички, рутини, ролі та ритуали, що використовуються в процесі залучення до заняттєвої активності або діяльності.

Наука про заняттєву активність (Occupational science): Академічна дисципліна соціальних наук, спрямована на вироблення сукупності знань про заняттєву активність шляхом створення теорії та систематичних методів дослідження.

Якість життя (Quality of life): Міра добробуту, що охоплює сприйняття особами свого становища в житті в контексті культури та системи цінностей, в якій вони живуть, а також у зв'язку з їхніми цілями, очікуваннями, стандартами та проблемами.

Редукціонізм (Reductionism): Спрощення і звуження явищ, при якому ціле розуміється в термінах його частин. В ерготерапії редукціонізм означає зосередження втручання на частинах людини (фізичній, емоційній чи когнітивній) або компонентах заняттєвої активності, а не на людині в цілому та пов'язаному з нею контексті.



Додаток 2: Хронологія розвитку ерготерапії на Заході

Період	Люди та суспільство	Уявлення про охорону здоров'я	Уявлення про заняттєву активність
Античність (2000 до н.е. – 500)	Раби та клас правителів Битва та перемога	4 види рідинних середовищ в організмі (гуморальна регуляція) <ul style="list-style-type: none"> - Слиз: холодний та вологий - Кров: тепла і волога - Жовта жовч: тепла і суха - Чорна жовч: холодна та суха У здоровому тілі — здоровий дух Стан рівноваги та цілісності	Увага приділяється міцному та гарному тілу Раби працюють та здобувають засоби для існування
Середньовіччя (500–1300)	Відсутній розподіл церкви та держави Релігія має першочергове значення Кріпаки та поміщики	4 рідинних середовища організму визначаються релігією/духовним життям після смерті Церква проявляє милосердя до хворих людей (піклування)	Монастирі, сповідь, молитва Працею займаються кріпаки Розвиток ремесл/гільдій
Відродження (1300–1600)	Повернення до індивідуалізму Початок науки Релігія все ще має великий вплив Розвиток гуманізму (Еразмус)	4 рідинних середовища організму Розпочато розвиток науки про тіло	Подвійне використання заняттєвої/ повсякденної активності як засіб влади/дисципліни
Просвітництво (кінець 18-го століття)	Свобода, рівність, братерство, розширення науки, відділення церкви від держави Людина у центрі	4 рідинних середовища організму Розпочато лікувальну діяльність Початок профілактичних заходів Моральна відповідальність за допомогу Догляд за хворими Саморозвиток	Розпочато індивідуальну інтерпретацію щоденних дій Встановлено баланс між активністю та відпочинком Вперше залучено ерготерапію у психіатрії Моральне поведіння



Період	Люди та суспільство	Уявлення про охорону здоров'я	Уявлення про заняттєву активність
Індустріалізація (друга половина 19-го століття)	Цивілізація, державне будівництво, урбанізація, дисципліна Початок індивідуалізму Початок віри в прогрес	Започаткування охорони здоров'я Вперше з'явилися захворювання, пов'язані з працею Здоров'я=відсутність хвороби	Тяжка праця В пріоритеті економічна вигода Оплачувана робота Сприяння розвитку суспільства Робочі будинки для бідного населення Право на гідність людини
1900–1913	Перші соціальні закони Розпочато емансипацію жінок	Зосереджена на одужанні Опіка	Зосереджена на освіту та роботу, повсякденну діяльність Ерготерапія в психіатричних та туберкульозних клініках США Сприятливий вплив заняттєвої активності Встановлення суспільства заради блага громади
1914–1918	Перша світова війна	Початок реабілітації, що є результатом медичної науки	Мобільні шпиталі для поранених солдатів у Європі, очолені волонтерами
1918–1940 Технологічність суспільства Віра в прогрес Заснування Ліги Націй	Декоративно-прикладне мистецтво Бурхливі двадцяті Економічна криза	Початок медичної моделі, природничо- наукового підходу редукціоністського підходу до тіла та свідомості	В психіатричних установах пацієнти працювали в пральнях, пекарнях Відродження творчої діяльності Використання декоративно- прикладного мистецтва у разі фізичної непрацездатності для виконання функцій тіла
1940–1945	Друга світова війна	Зосереджена на реабілітації Загалом фізично орієнтована Винахід пеніциліну	У США та Великобританії ерготерапія у великих об'ємах застосовується для поранених солдатів



Період	Люди та суспільство	Уявлення про охорону здоров'я	Уявлення про заняттєву активність
			Реміснича діяльність, спрямована на повернення до суспільства
1946–1970	Відбудова	Будівництво соціальної держави Медична модель Заснування ВООЗ ВООЗ дало визначення здоров'ю: стан повного фізичного, психічного та соціального благополуччя, а не просто відсутність хвороби	Зосереджена на відновленні працездатності, повернення до роботи Реміснича діяльність
1970–2000	Занепад Демократизація Емансипація Дискусія щодо того, що вважається "нормальним"	Розширення соціальної держави Соціально-медична модель Антипсихіатрія Рух осіб з обмеженням життєдіяльності	Спрямована на незалежність особистості у її повсякденній активності
2000–...	Технологізація Діджиталізація Мультикультуралізація Суспільство участі Мережеве суспільство	Зміцнення здоров'я Скорочення соціальної держави Самоврядування Зміна парадигми: громадяни самі несуть відповідальність за своє здоров'я Позитивне здоров'я (Huber 2014)	Надання людям можливості (сприяння) займатися заняттєвою активністю Заняттєва активність надає сенс життю Заняттєва активність зосереджена на клієнта, обґрунтована на основі доказів, контексту Увага приділяється групам, організаціям та популяціям

Таблиця 2 Хронологія розвитку ерготерапії на Заході



Ця навчальна програма базується на наступних наукових роботах:

Duncan, E. (2011). *Foundations for Practice in Occupational Therapy*. Elsevier Health Sciences.

Duncan, E. (2020-2021). *Foundations for Practice in Occupational Therapy*. London: Elsevier.

le Granse, M., van Hartingsveldt, M., & Kinébanian, A. (2012). *Grondslagen van de ergotherapie*.
Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

le Granse, M., van Hartingsveldt, M., & Kinébanian, A. (2017). *Grondslagen van de ergotherapie*.
Houten: Bohn Stafleu van Loghum.



Література:

- Boyt Schell, B., & Gillen, G. (2019). *Willard and Spackman's Occupational Therapy 13th edition*. Philadelphia & Baltimore: Wolters Kluwer.
- Creek, J. (2010). *The Core Concepts of Occupational Therapy. A dynamic Framework for Practice*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Crepeau, E., Cohn, J. S., & Shell, B. (2003). *Willard & Spackman's Occupational Therapy*. Philadelphia: Lippincott.
- Huber et al. (2011). How should we define health? *BMJ*(343:d4163). doi:10.1136/bmj.d4163
- Kielhofner, G. (2009). *Conceptual foundations of occupational therapy practice. 4th edition*. Philadelphia: FA Davis Co.
- Kielhofner, G. (2007). *Conceptual Foundations of Occupational Therapy*. F.A. Davis Company.
- Miles, E. (2013). Biopsychosocial Model. In M. Gellman, & T. J. (eds), *Encyclopedia of Behavioral Medicine*. doi:https://doi.org/10.1007/978-1-4419-1005-9_1095
- Pizzi, A., & Richards, L. (2017, July/August). Promoting Health, Well-Being and Quality of Life in Occupational Therapy: A Commitment to a Paradigm Shift for the Next 100 years. *The American Journal of Occupational Therapy*, 71(4).
- Sima, L., Thomas, Y., & D., L. (2017). Occupational disruption and Natural disaster: Finding a "New Normal" in a changed context. *Journal of Occupational Science*, 24(2), 128-139. doi:DOI: 10.1080/14427591.2017.1306790
- Townsend, E., & Polatajko, H. (2007). *Enabling Occupation II : Advancing an occupation therapy vision for health, wellbeing and justice through occupation*. Ottawa: CAOT Publishers.
- Townsend, E., & Polatajko, H. (2007). *Enabling Occupation II : Advancing on Occupational Therapy Vision for Health, Well-being & Justice through occupation*. COTA.
- WHO. (1999). *The World Health Report. Making a Difference*. Geneva: WHO .
- Wong, C., Leland, N.E., (2018). Applying the Person- Environment-Occupation model to improve Dementia Care. AOTA: Continuing Education Article

Foundations Occupational Therapy

Joaquim Faias

Luc Vercruysse

2020-2021

UKROTHE

STUDY PROGRAMME OCCUPATIONAL THERAPY IN UKRAINE



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

P. PORTO

ESOLA
SUPERIOR
DE SAUDE





Disclaimer

“The European Commission support for the production of this publication does not constitute endorsement of the contents which reflects the views only of the authors, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.”

This course is developed as part of the CBHE Erasmus+ project “Ukrothe – developing an Occupation Therapy program in Ukraine”.

www.ukrothe.eu



Icons legend

	Thinking question
	Learning objectives
	Don't forget
	Assignment/exercise
	Presentation (PowerPoint)
	Study instruction

	Toledo/Digital learning platform
	Image/sound clip
	Example
	Website
	(Self) test

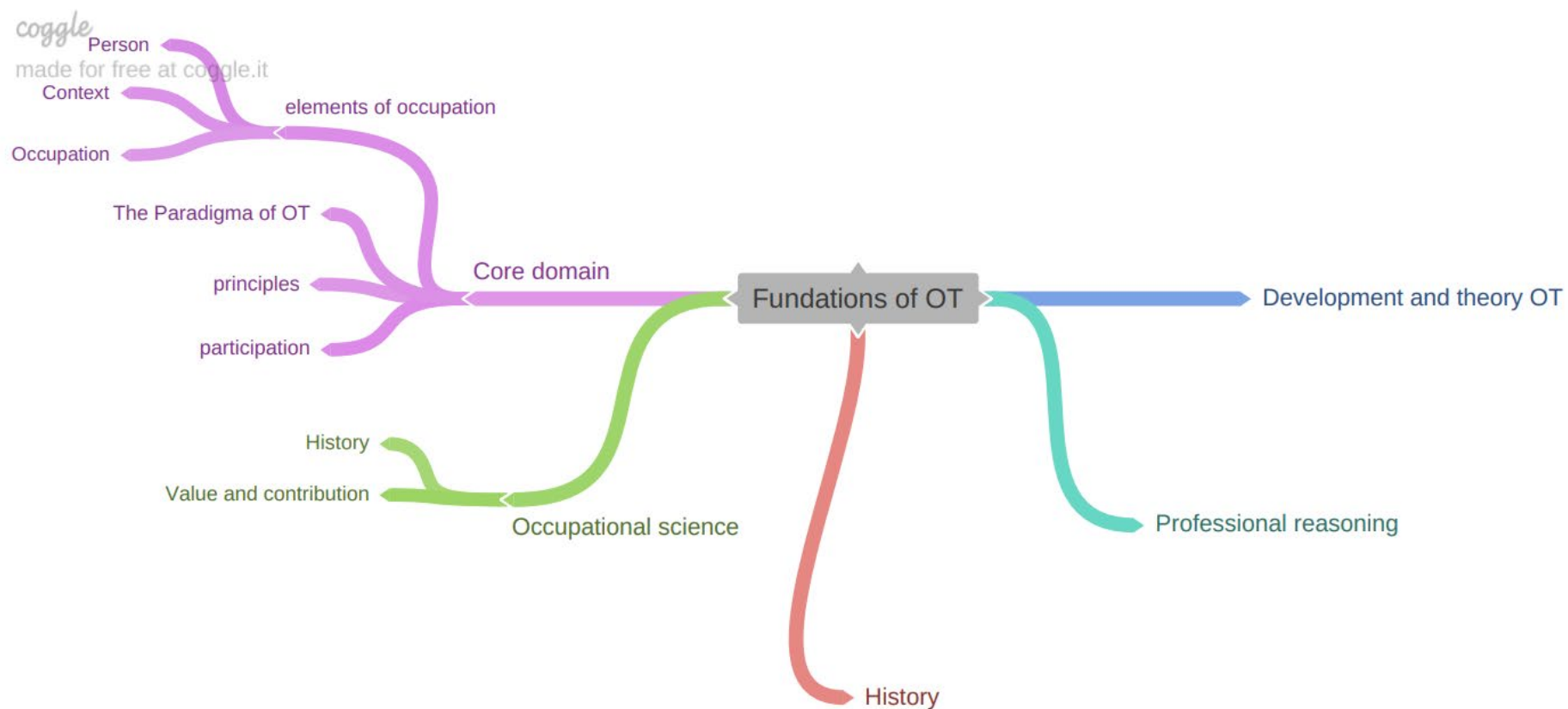


Table of content

Disclaimer	2
Icons legend	3
Table of content	4
Introduction	7
Learning objectives.....	8
1 History and development of the profession.....	9
2 What is occupational therapy?.....	17
3 The Core domain of Occupational Therapy	18
3.1 Development of the paradigm of Occupational Therapy	18
3.2 The paradigm of Occupational Therapy	21
3.3 Principles about occupation	21
3.3.1 <i>A Person is an occupational human being.....</i>	<i>21</i>
3.3.2 <i>Occupation is the result of the dynamic interaction of the person, the activities and the context</i>	<i>22</i>
3.3.3 <i>Occupation gives meaning to life.....</i>	<i>22</i>
3.3.4 <i>Occupation influences health and well-being.....</i>	<i>22</i>
3.3.5 <i>Occupation regulates time and structures life.....</i>	<i>22</i>
3.3.6 <i>Occupation gives personal experiences</i>	<i>22</i>
3.3.7 <i>Occupation has therapeutic potential</i>	<i>22</i>
3.4 Elements of occupation	23
3.4.1 <i>The person</i>	<i>24</i>
3.4.2 <i>The environment.....</i>	<i>25</i>
3.4.3 <i>Occupation.....</i>	<i>25</i>
3.5 Participation.....	27
4 Development and theory occupational therapy.....	29
5 Professional reasoning	30
5.1 What is Clinical reasoning or Professional reasoning:.....	30
5.2 Definition of clinical reasoning:	30
5.3 The different models of clinical reasoning:	30



6	Introduction to Occupational Science.....	33
6.1	History and development.....	33
6.2	The value and contribution of Occupational Science:	34
	Annex 1: Terminology.....	35
	Enothe Terminology.....	35
	Other useful terminology	37
	Annex 2 : Timeline of the development of occupational therapy in the western world	39
	References	42



Introduction

Theory is the keystone of practice. Occupational therapists need theory to understand the scope of practice. It enables the therapist to have a better insight in the problems, the challenges, the strengths, opportunities and limitations of their clients. Sharing theoretical knowledge connects all occupational therapists around the world.

Practice with clients based on theoretical concepts will guide them to improve the quality of their services and care.

In chapter one of this syllabus we study the history, the knowledge development and the core domain of occupational therapy. History of the profession helps us to understand the present situation.

Chapter two focuses on the concept of paradigm, the core domain of occupational therapy and recently understandings of participation.

Professional reasoning as an important skill of the occupational therapist comes up in chapter three.

Chapter four concerns theory in occupational therapy.

Chapter five addresses occupational science as a brief introduction.

Learning objectives

The student can

- put into words the occupational therapeutic paradigm and the underlying human vision
- explain professional terminology in simple terms
- identify the influencing components in the performance of activities
- explain the concept and importance of participation
- define the term “occupational science”
- interpret the social and multicultural context in which people act and participate
- have insight into social changes with respect for human rights, collective responsibility and diversity



At the end of the syllabus there is a glossary of terms

1 History and development of the profession

Occupational therapists endeavor to understand the nature of a client's occupational identity (who they are and who they would like to be), as well as their **occupational performance**. They take action to reduce the impact of a client's condition (or the effect of the environment in relation to their condition) and to maximize each client's ability to engage in valued daily activities. (Duncan 2021) It is important to study the development of occupational therapy to place the profession within the social perspective of the time. Looking at the history of the profession gives us the possibility to understand the tensions occupational therapists have to explain and share their unique view on their clients with and to other professionals. The history of occupational therapy gives us insight on how to address new clinical challenges and let evolve the profession.

A short overview...

In *the prehistoric times* there was a lot of attention for the health of the individual. After all, the fitness of everyone had a direct influence on the group as a whole. Central elements in the views on health were own care, a common sense approach, based on observation, personal experience and passing on insights from the ancestors.

In *classical antiquity* (Greek and Roman antiquity, 2000 B.C. to 500 A.D.) the first steps to modern medicine were made and the idea of being active in staying healthy arose. This applied both to the individual human being as well as to society as a whole. The medical principles that were developed at that time were quoted well into the nineteenth century.

For the Greeks, and certainly the Romans, there was a difference between physical and spiritual action. Physical work was a task for the lowest classes, especially slaves. The top class didn't perform physical effort and work; they only performed spiritual action. These were the heydays of philosophy. That doesn't mean that there was no attention for health. In fact, central to the beliefs about health among the Greeks and the Romans was that one could only stay healthy if there was a balance in the body. The most important theories about this were those of the balance between the four body fluids (humores), mucus, yellow bile, blood and black bile, as formulated by Hippocrates (3rd century B.C.).

A healthy mind can only be found in a healthy body, in Latin: *mens sana in corpore sano*. In the absence of the physical exertion of work, the wealthy run the risk of becoming unbalanced. That's why a lot of importance was attached to gymnasia, places where extensive sports were practiced. Hippocrates advised certain exercises or activities to become healthy again. The position of the sick or weak was not strong in these societies. In fact, in some societies, it was even justified to kill children or people with an abnormality, because they would weaken the state. Illness or weakness was often seen as calamity that one had called out about oneself, e.g. through immoderation.

The Middle Ages (500 to 1300 A.D.) marked a turning point in the conception of the place of action in daily life. *Ora et labora*, 'pray and work', was the most important motto for the Christian faith

community. This also had an important preventive effect: by living godly one remained healthy. Another change was the strengthening of the position of the sick and the weak in society. These were entitled to protection. The other side was the conviction that setbacks and mischief were brought about by unchristian behaviour

There was also development in medicine. The Greek and Roman insights became accessible again, especially those of the humores. These were translated into rules, the regimen sanitatis. The opinion was that there had to be balance and that by too much or too little disease could arise. By eliminating this illness the body would be able to recover. In addition, the environment was an important factor. In case of coughing, for example, it was recommended to go out into the open air more often. In the Middle Ages scientificisation of health care increased f.i. in universities doctors were trained and research was carried out.

During *the Renaissance* (about 1,300 to 1,700 A.D.) this intellectual development was reinforced by the rediscovery of the insights of the classics, which were translated into their own ideology, **humanism**. Humanism focuses on man with his dignity and belief in his own abilities. Homo universalis, the human being who has developed fully according to his abilities, both physical and intellectual, was the embodiment of that conviction. Leonardo da Vinci is the best preserved example.

The fact that humanism could embed itself so quickly was due to the invention of the art of printing, which suddenly brought writing within reach of many more people. The monopoly of the Church on knowledge thus disappeared. Until then, the care of the sick, including the mentally ill, had mainly been a Church affair. Psychiatric patients were locked up in madhouses. There was a more scientifically rooted interest in the functioning and improvement of mankind, especially through observation.

The emphasis on rationality and the tendency to put the human being at the center was reinforced during *the age of enlightenment* (18th century). It is a time when ideas about people's equality, freedom and fraternity and the right they have to develop themselves emerged. This self-development could be achieved by being active, and especially by work. The environment also changed, among other things through the growth of medical care, the number of physicians and hospitals. Publications on self-care could count on great interest.

This rationality was also used in the treatment of psychological complaints. An important thinker from this period is Philippe Pinel (1798), a psychiatrist in Paris. He advocated the moral treatment of the sick, among other things, the use of activities such as therapy by, f.i., simple worktasks in the hospital. Those activities were necessary to keep the institution running, such as doing the laundry, working in the garden, peeling potatoes and so on.

The Industrial Revolution (late 18th to late 19th century) is characterized by social and political changes as a result of the industrialization of the economy. The visibility of the misery, concentrated in the cities, where the upper social classes also lived, caused sometimes fierce social and political changes.

In various places, initiatives arose from individuals or collectives to create dignified conditions for the less fortunate, whether they were workers, women, children, the sick, or the socially or physically weak. Throughout Europe, workhouses were set up to give the poor a dignified existence and to educate the children.

In several places, small-scale initiatives to help individuals, such as the mentally ill, arose. In this context, Samuel Tuke (1800) was an influential person in the early 19th century. He ran a chain of institutions for the mentally ill in England. He saw, just like Pinel, that doing 'meaningful' activities was important for the recovery of a sick person. His treatment was based on humanitarian principles. He emphasized a human approach to patients as rational beings who have the capabilities of self-restraint. The therapist helped in the search for the right activities with which the patient could regain his self-esteem and regain a grip on himself and thus recover. The activity was carried out internally in the institution and usually included (paid) handicraft. There was no established therapist, every member of the staff in the institution, physician, nurse or keeper could take on that role. Progressive insight and experience led to the institutions becoming more and more professional, with the result, that twenty years later, prescriptions had been drawn up for everyone involved in the care of these patients. Conolly (1856) elaborated on Tuke's ideas and developed the "no-constraint vision".

The focus of occupation in health appeared in the Western society. It was during the development of the **moral treatment**, which is recognized as providing a central philosophical basis for occupational therapy. (Schwartz 1994 in Duncan 2021) The "moral treatment" emphasizes a human approach to patients and is part of a humanist approach. Humanism is a movement that originated at the end of the 16th century. Well-known humanists were Erasmus, J. L. Vives, Thomas More.

Although the beneficial effects of labour, activities and play on body and mind were already mentioned in ancient times, the roots of occupational therapy lie in the 19th century. Occupational therapy is closely linked to a human approach to people in which equality plays a major role.

Psychiatrists Pinel, Tuke and Conolly are seen as precursors of occupational therapy. Their humanistic principles in the treatment of patients have developed, but can still be seen in the current vision of occupational therapy.

Occupational therapy emerged at *the beginning of the 20th century* in America.

In 1917 the National Society for the Promotion of Occupational Therapy, was founded by a group existing of several individuals coming from various professional backgrounds.

Susan Tracy, an American nurse, noted that when active, orthopedic and tuberculosis patients became less nervous and could better tolerate prolonged bed rest. In 1910, she published the Handbook of Studies in Disabled Occupations: "A manual for nurses and attendants", actually more of an illustrated guide of handicraft activities. Tracy means that occupational therapists make use of the possibilities that the patient does have. The environment is constructed in such a way that these activities are provoked and promote the participation of both the patient and the healthy person.

Eleanor Clarke, a social worker, was concerned about the 'idleness' of psychiatric patients and took a course in curative occupations and recreations. Clarke put a lot of emphasis on **habit training**. She became head of the occupational therapy department of a psychiatric hospital and in 1915 started the first official school of occupational therapy in Chicago.

Susan Tracy, Eleanor Clarke (among others as William Rush Dunton (psychiatrist), George Edward Barton and Thomas Bessell Kidner (architects) and Susan Cox Johnson (teacher of arts and crafts)) had a significant impact on the early ideas and concepts of occupational therapy.

The Swiss psychiatrist **Adolf Meyer** (1866-1950), who worked in the United States, had a considerable impact on the development of occupational therapy. He can be considered the father of American psychiatry. He often visited the United Kingdom and several institutions and medical asylum centers, which had a major impact on his further development and insights.

In that time there were institutions and asylum centers which often got the name of “the house of alienation”. The inhabitants of those centers were mostly people with mental health problems, but also people with more or less strange behavior or abnormal appearance for the so called normal ones: all target groups for occupational therapists. Meyer recognized the impact of instincts, habits and interests, as well as experiences, on people’s lives and he developed an interest in the effect of occupation on these patients.

In 1922 Meyer formulated the following five principles, which still apply within occupational therapy.

- There is a fundamental connection between health, work and daily activities.
- By carrying out healthy activities one maintains a balance between being, thinking and doing.
- There is a unity between body and mind.
- When the participation in social life is hindered or daily activities are disturbed, the functions of mind and body deteriorate.
- Since active action preserves the mind and body, the use of activities as therapy is suitable to restore competence to act.

With these starting points, nowadays called 'vision on daily activities', the foundations for occupational therapy have been laid:

Doctor David Henderson, a young graduate from Scotland, came to work with Meyer. He saw Slagle’s work within the institution and was impressed by the effect she had on her patients. He was the first who introduced occupational therapy to the United Kingdom and Dorothea Robertson the first appointed occupational therapist.

Two other important persons for the introduction of occupational therapy in the United Kingdom are Margaret Barr Fulton and Elisabeth Casson. Fulton was the first qualified occupational therapist in the UK. Casson, who worked as a secretary at the Red Cross Hall and was very good with her hands, organized a lot of educational and recreational activities with the residents there. Motivated by these experiences, she started to study medicine, and became the first female doctor (1929).

Her medical training, combined with personal, family talents and social interest, resulted in a deep interest in occupational therapy. This resulted in the founding of the first British occupational therapy school at Dorset House, Bristol.

This summary of the history of occupational therapy within the United States and Britain shows us the connection between external influences on the early development of the profession and the foundations of it as we know it today.

In the 19th and 20th century activities were rarely used to restore motor function. An exception is the Frenchman Clement Tissot, who in 1780, before Pinel, published a book with detailed prescriptions for the use of manual labour and recreational activities for the treatment of musculoskeletal and joint disorders. In 1822 an English army captain George Webb De Renzy published a book entitled *Enchiridion*: “A hand for the one-handed, which described tools to replace the right hand”, which De Renzy himself missed. The ideas of Tissot and De Renzy were not further developed until more than a century later during and after the First World War.

The First World War had a high influence on the development of occupational therapy in Europe and the United States. The wounded soldiers needed rehabilitation. Slagle was able to convince the army, after initial resistance from high-ranking soldiers, that occupational therapy was important for them, both physically and mentally. Soon the army began to see the benefits. In emergency courses nurses were trained to become reconstruction aides and sent to Europe. They worked with orthopedic and surgical as well as psychiatric patients.

Because of the first World War, and a major *polio epidemic* in 1916, occupational therapy for people with a physical disorder became increasingly popular in the United States. Scientific research into the treatment of physically handicapped people originated in this period.

During the First World War, for the first time instruments were developed to measure the results of movement so that more scientific reporting became possible. During the war, kinesiological analysis of activities was also started so that one could choose the right activity in case of a physical abnormality. Adaptations to activities were designed so that the patient could exercise specific muscles or movement results of joints. This interpretation of occupational therapy later became known as the '**biomechanical approach**'. The American reconstruction aides were introduced and in Great Britain curative workshops were set up for the wounded soldiers. They learned to deal with the handicap. They were also trained in a craft so that they could participate in society again. At the end of the war thousands of soldiers had undergone some form of occupational therapy.

Hocking (2008) describes that occupational therapy in the years 1918-1945 was based on the ideas of the arts-and-crafts movement, which arose as a reaction to industrialization and on the other hand to rational biomedical thinking. The **arts-and-crafts movement** assumed that:

“... working with their hands gave craftsmen identity, dignity and pleasure and if work was difficult a sense of achievement”.

On the other hand, the influence of physicians at that time on the development of the profession has been high. Because of their experience with occupational therapy in the First World War, they increasingly recognized the value of occupational therapy, even though the treatments were not yet very systematic and had little theoretical foundation.

Occupational therapy for the physically handicapped focused more and more on medicine, where in this time the **reductionistic view** took off. The most important characteristic of the reductionistic

approach, is that it reduces phenomena to separate, measurable units. After the Second World War, this view developed into the so-called **biomedical model**. Occupational therapy began to develop treatment methods based on reductionist principles: biomechanical (kinesiological, orthopedic, neurological) and psychoanalytical approaches. Goals were formulated in terms of strength gain, coordination, endurance, movement results, exaggeration, handling trauma in the drift life or increasing frustration tolerance. Little attention was paid to the psychological and social aspects of treatment, learning to cope with the disability, as was the case in the early years. In the years before the Second World War, the use of activities received less and less emphasis: science and technology reigned supreme, occupational therapists paid little attention to studying activities as therapeutic agents. The **activity analyses** made under the influence of this approach were mechanistic in nature.

The activities were adapted in such a way that they could be used within the biomechanical theories about the restoration of function of muscles and joints, such as weaving at height, all kinds of adapted sanding blocks,...

The biomechanical approach can still be seen in the supporting technology (rehabilitation technology) of aids, home automatisation and facilities. Adapted games, f.i. game boards with pegs which were used for e.g. function training of the hand, were also based on these principles.

Also the Second World War strongly stimulated the growth and development of occupational therapy, both in the United States and in Europe. Occupational therapy was widely used to reintegrate the many injured and disabled soldiers and civilians into the labour process as quickly as possible. In psychiatry, too, the activities offered became more and more occupational in nature.

In terms of content, the occupational therapy sought to connect to different sciences in order to theoretically substantiate the treatment. As a result, a range of approaches and treatment methods were used in occupational therapy: developmental neurological, sensory integration, behavioral therapeutic, humanistic, psychoanalytical, group dynamic, technological, ergonomic, ...

On the other hand, Mary Reilly wrote an inspiring article in 1962 in which she instructed occupational therapy to prove this in the coming years: *"... man, through the use of his hands as they are energized by mind and will, can influence the state of his own health"*.

Several occupational therapists in the United States and Europe have taken up Mary Reilly's challenge. They were looking for an occupational therapy theory that integrates medical and interpretative thinking: an integral approach. As a result, many articles and books have appeared in this period in which an attempt is made to substantiate occupational therapy theoretically.

There is a turning point in thinking about occupational therapy: the medical-reductionistic model is abandoned. This means that occupational therapy no longer sees the human being only as a mechanical machine (reductionism). People want to go back to the original principles (Meyer 1922) of occupational therapy and try to give new content to it.

Kielhofner (1985) makes a powerful plea to leave the reductionistic model (to see man as a machine that can be repaired) and to look again at man as a **biopsychosocial** unit. He sees man as an open system in interaction with his environment. (syllabus 3 MOHO-model) He states that it is not so much

about the activities a person carries out, but rather about the **roles** and **tasks** a person fulfils in life. Activities become meaningful for people when they have a relation with roles and tasks.

Wilcock introduced four dimensions of the concept of occupation in 1998: doing (carrying out activities), being (reflecting on doing), belonging (doing in relation to others), and becoming (the influence of doing on growth and development). She states that 'doing', 'being', 'belonging' and 'becoming' contribute to people's physical and social well-being.

Over the last ten years, 'acting in context' (**context-based**) has become more central than ever within the occupational therapy practice. This vision brings us back to the original thinking and the norms and values that occupational therapy has been based on since its inception. Statements such as: 'Daily action is healthy for people', or: 'Insufficient balance between work, relaxation and self-care is unhealthy for people' are accepted but insufficiently proven. More and more it is necessary to evaluate and justify the ergotherapeutic intervention by means of research. This need led in 1989 to a new discipline at the University of Southern California, focused on **occupational science**.

Summary

In the last century there have been major changes in occupational therapy. At the beginning of the twentieth century, occupational therapy was based on a holistic view of the human being, based on moral treatment, which had developed in psychiatry and which focused on daily actions and meaningful activities. In the thirties, occupational therapy came under the influence of medical thinking and this 'healthy state of mind' approach was no longer accepted: occupational therapy 'had to be scientifically substantiated'. During the 1940-1960s, occupational therapy accepted this reductionist thinking, which resulted in an extensive range of exercises and training schedules aimed at improving sensory motor functions. As a result, the profession lost its more phenomenological orientation, and entered a crisis around 1970. Since the seventies a lot has changed in occupational therapy. People think much more rationally, therapy should be based on evidence and not on what they intuitively believe. In the last decades, however, occupational therapy has seen a revival of the value of 'ordinary doing', the daily activities (occupation-based therapy) in which the story, the subjective experience of the client about his daily activity is the central focus. People began to understand the limitations of reductionism, which offers little point of contact, especially for the chronically ill, and does not answer questions such as how people can adapt to totally new living conditions. People started to think again about the values and norms of the profession, and that process is still continuing. At this moment it can rightly be said that the profession has gone through many phases of professionalization. The development of the profession goes hand in hand with the image of man and society.



In Annex 2 you get a structured overview of the development of occupational therapy.



Complete this history part with what you know or can find about the Ukraine history of occupational therapy (ergotherapy). You can probably find information at the USET Ukrainian Society on Occupational Therapy, Ergotherapy faculties of divers universities, internet,...



Describe the social background in Ukraine that influences the development of the profession "occupational therapy"



Take the quiz:

<http://www.otcentennial.org/interact-2/which-ot-founder-are-you-take-our-quiz>



A summary of the history summarized by you tube

<https://youtu.be/Zwt-QUvXzHo>

2 What is occupational therapy?

Occupational therapy is a science with a holistic view, guided by the client's preferences. When we look to an individual we not only look to mental and physical health but also to the wellbeing of an individual and enables individuals to achieve their full potential.

Occupational therapy provides practical support to empower people to facilitate recovery and overcome barriers preventing them from doing the activities (or occupations) that matter to them. This support increases people's independence and satisfaction in all aspects of life. We focus primarily on the person's occupation. Occupation describes all the things we do to take care of ourselves and others.

As occupational therapist we are focused on practical and purposeful activities that allow people to live independently. This could be essential day-to-day tasks such as self-care, mobility, communication, work, leisure,...

Occupational therapists work with adults and children of all ages with a wide range of conditions; most commonly those who have difficulties due to a mental health illness, physical or learning disabilities. They work in a variety of settings including health organisations, social care services, housing, education, voluntary organisations or as independent practitioners.

As occupational therapists we understand how illness, injury, disability or challenging life events can affect people's ability to do the day-to-day things that are important for them and know how to support them to reach their maximum level of independence and autonomy.



What is occupational therapy

https://www.youtube.com/watch?v=Ud5Fp279g4Y&feature=emb_rel_pause

<https://www.aota.org/About-Occupational-Therapy/Patients-Clients/video-what-ot-can-do-occupational-therapy.aspx>

3 The Core domain of Occupational Therapy

“When you cycle through the village on a beautiful day in May, you see people doing different activities. One is working in the garden, another is drinking coffee on a terrace and yet another is hanging up his laundry. All these activities are part of someone's role and give meaning to people's lives. By acting, people participate in society. When we think more deeply about the activities in relation to daily occupation, it becomes interesting. The gardener can work in someone else's garden, from his role as a gardener. But the same gardener can also work in his own garden in his spare time, because it is his hobby. And when the gardener has a chronic illness, gardening can also be part of an occupational therapy intervention with certain objectives. In all cases, however, daily gardening is the activity where it is about. Occupation is the core domain of occupational therapy. Occupation leads to participation.”

Knowledge about occupation and participation gives the occupational therapist tools to understand the occupation of the person, and also helps to better understand the effects of illness or problems. From a therapeutic point of view, insight in occupation and participation helps occupational therapists to reason how people's daily activities can be made possible again.

3.1 Development of the paradigm of Occupational Therapy

The study of paradigm and paradigm shifts helps us to understand the theory development of occupational therapy. Professional knowledge exists of the paradigm of the profession, models of practice (See syllabus OT models) and related knowledge. The paradigm is the fundamental vision of the field and its professional culture and is specific for the occupational therapy. Conceptual practice models translate the paradigm to the daily practice of the occupational therapy. Related knowledge we use from other domains, e.g. psychology, anatomy,...



Figure 1 : Concentric layers of knowledge in the conceptual foundations (Kielhofner, 2009)

A paradigm in science and philosophy is a coherent system of models and theories that forms a framework within which reality is analyzed and described. The concept of 'paradigm' was introduced by Kuhn (1970). The core of a profession is described in a **professional paradigm**.

The occupational therapy paradigm is a professional paradigm, the general, common framework for the formation of theories and the practice of occupational therapy in a certain period of time. It consists of beliefs that are shared by members of the professional group in a certain period of time. A paradigm is always in motion. It comes about through consensus within the professional group about both fundamental principles and professional values.

The professional paradigm has a number of functions:

- to define the connection of occupational therapy by indicating the nature and purpose of the occupational therapy, thus avoiding confusion and ensuring political and social recognition and stability;
- to provide the common ground for occupational therapists themselves, regardless of their occupational setting or specialization;
- guide the curricula of training and research;
- Provide recommendations for occupational therapy research.

Paradigm of Occupational Therapy can be considered as a shared consensus regarding the most fundamental beliefs of the profession. It is a common belief in what is the focus or core aspect of the discipline. This is always very connected with the contemporary view on the world and the humans in this world. Over the time paradigms shift together with the change in world view. So also the occupational therapy paradigm shifts over the time.

The paradigm of occupational therapy consists of three elements:

- The core constructs,
- The focal viewpoints
- The integrated values.

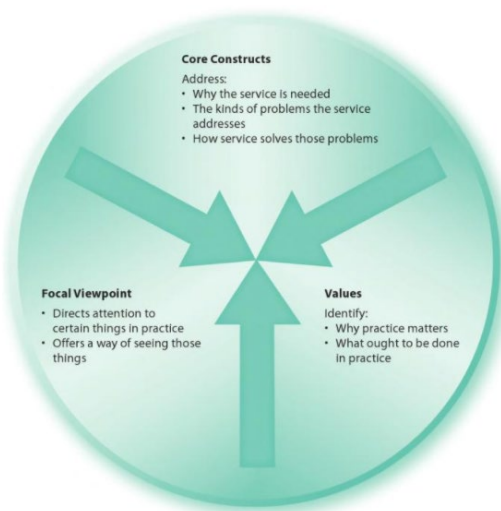


Figure 2 : Elements of occupational paradigm (Kielhofner, 2009)

Table : the paradigmshifts in occupational therapy throughout history

Paradigms	Core constructs	Focal viewpoint	Integrated values
<p>Paradigm of occupation (1900s–1940s)</p> <p>Focus on humanism</p>	<p>Occupation plays an essential role in human life and influences people's health.</p> <p>Occupation consists of alternation between modes of existing, thinking, acting and requires a balance of these in daily life.</p> <p>Mind and body are intrinsically linked.</p> <p>Occupation can be used to regain function.</p> <p>Idleness (lack of occupation) can result in damage of body and mind.</p>	<p>Environment, mind and body, with a focus on motivation and environmental factors in performance.</p>	<p>Human dignity is realized through performance of occupation.</p> <p>Occupation is important for health.</p> <p>Holistic viewpoint.</p>
Crisis	<p>In search of professional acceptance (crisis), because occupational therapists were placed under pressure from medicine to become more objective, occupational therapists focused now on biomedical explanations for practice.</p>		
<p>Mechanistic paradigm (1960s–1970s)</p> <p>Focus on reductionism</p>	<p>The ability to perform depends on the integrity of the nervous, musculoskeletal, and intrapsychical systems.</p> <p>Damage or abnormal development in the inner systems can result in incapacity.</p> <p>Functional performance can be restored by improving/compensating for limitations in inner systems.</p>	<p>This period focused on the internal mechanisms that is, internal intrapsychical, neurological, and kinesiological workings.</p>	<p>In-depth knowledge of inner systems. Objectivity use of occupation to address and measure disordered inner systems precisely.</p> <p>Value of media as a means to reduce incapacity.</p>
Crisis	<p>The acceptance of reductionism and focus on inner systems were recognized as incomplete. Prominent occupational therapy figures (i.e. Mary Reilly) called for a return to occupation, with a focus on the profession's roots i.e. the importance of occupation to health.</p> <p>More and more occupational therapists now became aware that they lose sight of the profession's roots and original reason for the profession's birth.</p>		
<p>Contemporary paradigm (1980s onwards)</p> <p>Focus on occupation</p>	<p>Occupation has a central role in human life; it provides motive and meaning to life.</p> <p>Lack of access (or restricted access) to occupations may have a negative effect on health and quality of life.</p> <p>The use of occupation to address impacts on health or quality of life is the core of occupational therapy.</p>	<p>This person focuses on a return to occupation and a focus on the whole, rather than its component parts</p> <p>The system approach to understanding organized complexity</p>	<p>Respect for the value of human life. The importance of individuals' empowerment and engagement in occupation.</p> <p>The integration of individuals into life through meaningful occupation. Occupation as a concept.</p> <p>Value of the patient's/client's perspective</p> <p>active engagement and empowerment</p> <p>client-centered practice</p>
	<p>Occupational therapy is constantly evolving and developing. We are nowadays more and more aware of our social responsibility as defenders of the occupational rights of our clients. Focus will be more on health, wellbeing and quality of life in a public health context. (Pizzi & Richards 2017 in Duncan 2021)</p> <p>Nowadays the work of the occupational therapist is based on a biopsychosocial model (see syllabus ICF) , with the focus on occupational participation.</p>		



What is the link between the concept of “paradigm” and the knowledge development in Occupational therapy?



<https://quizlet.com/157180310/paradigm-shifts-in-ot-practice-flash-cards/>

3.2 The paradigm of Occupational Therapy

“Occupation” is the central concept in the paradigm of occupational therapy. This concept is defined in different ways. Some examples of international definitions are:

“Occupations are the ordinary and familiar things that people do every day” (Christiansen et al., 2011)

“Occupation is all the ‘doing’ that has intrinsic or extrinsic meaning”. (Wilcock, 2006)

“Occupation defines and organizes a sphere of action over a period of time and is perceived by the individual as part of his or her social identity”. (Creek, 1997)

“Occupation refers to groups of activities and tasks of everyday life, named, organized, and given value and meaning by individuals and a culture. Occupation is everything people do to occupy themselves, including looking after themselves (self-care), enjoying life (leisure), and contributing to the social and economic fabric of their communities (productivity); the domain of concern and the therapeutic medium of occupational therapy”. (Townsend & Polatajko, 2013)

The occupational therapy paradigm defines the essence and purpose of occupational therapy, in other words, that what binds occupational therapists. *This is expressed in seven principles.*

3.3 Principles about occupation

3.3.1 A Person is an occupational human being

A person is by nature an occupational human being and every human being feels a need to perform daily activities. Occupation is a fundamental human need which is biologically determined. E.g. the spontaneity of a baby who plays and discovers, or of the search behavior of people who find themselves in a new environment. Man has an inner urge to get to know and control the environment. This urge for control makes people proceed to act. A person also wants to learn by doing. In addition, an environment or (sub)culture stimulates the desire to discover activities and to perform these activities in a controlled and skillful manner.

3.3.2 Occupation is the result of the dynamic interaction of the person, the activities and the context

Three core elements can be distinguished in daily actions which constantly influence each other. The core elements are the person acting, the context or environment, and the activity.

3.3.3 Occupation gives meaning to life

Performing activities gives meaning to life (Wilcock 2006). From the perspective of occupation, occupation is the individual activity in an environment at a certain moment; occupation is by definition unique and offers the human being the possibility to create something new and meaningful in every situation. Meaning is personal and is largely determined by the culture and context in which a person acts. Meaning is related to occupation, but also to something larger, namely life.

3.3.4 Occupation influences health and well-being

A good balance in daily activities is essential for health and well-being. Fulfilling the need for meaningful action promotes spiritual, physical and psychosocial well-being.

3.3.5 Occupation regulates time and structures life

Daily activities give people a (daily) rhythm and therefore an order in time. Consistent execution of activities leads to the formation of habits and routines.

3.3.6 Occupation gives personal experiences

Occupation gives experiences by performing tasks. The experience comes into being when performing a specific activity. A person can experience feelings of excitement, fear, anxiety, apathy, boredom, relaxation and control when performing activities. Through experiences that people gain while acting or doing, people gain insights into their possibilities and limitations.

3.3.7 Occupation has therapeutic potential

The experiences that are created during the performance of daily activities play a role in the change process. At the same time the experiences during the acting contribute to the giving of meaning. The fact that carrying out activities gives experiences and contributes to meaning gives the acting a therapeutic potential.

People can experience disturbances in occupation. Life and occupations change constantly. In many cases changes in occupation acting happen spontaneously, for example during the normal development of a child. Sometimes, however, changes do not happen spontaneous or people experience disruptions in their daily activities which they experience as negative. A temporary disruption of occupation as a result of illness or a change of environment is called an **occupational**

disruption. The fact that their lives change isn't the real problem, but that they can sometimes not adapt their daily actions to their own satisfaction or that of their environment to that change.

Disturbances in daily activities can arise from both the human being and the context of action. That leads to the following *additional starting points*.

3.3.7.1 Occupation is individual

If one first looks at the human being and the acting, then it can be stated that acting depends on the personal possibilities to carry out activities. Personal goals, interests, values and norms and even self-image or identity also influence a person's activities.

3.3.7.2 Occupation is context-based

Occupation always takes place in a context: an activity comes about through the dynamic interaction between the person and the context. A disturbance in daily activities can occur due to obstacles from the context, for example because the initiative to carry out activities can no longer be taken, because the choice for activities which are 'meaningful to the individual' is lacking, or due to obstacles in the context (from a threshold to discrimination), for example.

3.3.7.3 Every human being has the right to perform meaning activities

Disruptions in daily activities are a risk to human well-being. A disturbance in occupation can lead to depression, boredom, burn-out, sleep disorders and anxiety. Because occupational therapy considers occupation essential for human health and well-being, the following starting point is defined: every human being has the right to perform or be involved in meaningful action (**occupational justice**).

3.3.7.4 Occupation leads to engagement, engagement leads to occupation

Acting leads to involvement (engagement). Involvement is personal and different for everyone.

3.4 Elements of occupation

In a definition of a concept, properties and elements are given to distinguish it from other concepts. Elements can be represented in a model. A model commonly used within occupational therapy is the PEO model.

The Person-Environment-Occupation (PEO) model is a model that emphasizes occupational performance shaped by the interaction between person, environment, and occupation.

The *person* domain includes role, self-concept, cultural background, personality, health, cognition, physical performance, and sensory capabilities.

The *environment* includes physical, cultural, institutional, social, and socio-economic environment.

The *occupation* refers to the groups of tasks that a person engages in and meets his/her self-maintenance, expression and fulfilment. The three domains are dependent and affected by each other.

In this model, the overlapping area of the three domains shapes occupational performance dynamically, and also represents the level of congruence of the interaction between the person, environment and occupation.

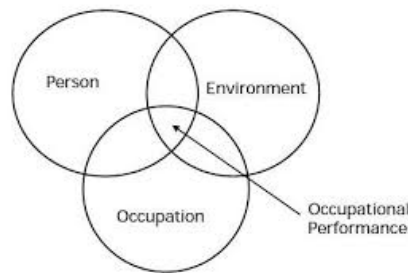


Figure 1: The PEO-model



The PEO-model

<https://www.youtube.com/watch?v=JJmT8y-FcY>

3.4.1 The person

Each person is unique and has his own (life) story. Man is a self-organizing, self-adjusting whole which constantly interacts with his environment. Different aspects are important when looking at the person. First of all, one's own values, norms and expectations. Every human being makes his own image of reality and the world of which he is part, by remembering and interpreting his personal perceptions and experiences. Everyone therefore has his own values, norms and expectations. These are (partly) influenced by the context or environment.

Role and identity are closely linked. Identity is also used to refer to someone's social face, i.e. how one perceives how one is perceived by others. A person often has different roles. Roles can develop and shift during the different phases of a life. A role contains rights and duties and requires expected behavioral patterns and specific actions, activities and tasks that are regularly performed and associated with socio-cultural roles. Executing activities and tasks from a role is called role-related action and is related to **participation**. Participation can be understood here as the execution and experience of role-related actions and/or environment-related activities.

In order to be able to act a person needs to have (basic) skills and functions. For many people the development and learning of (basic) skills are playful. A child who plays with pleasure in a playground will almost automatically go a step higher on a rope ladder and thus develop coordination, strength and balance. During daily actions, doing, people experience which tasks and basic skills are or are not adequate in certain situations. In new situations people will act again and if necessary adapt the execution (performance) to changing circumstances. This is how you learn, this is how you develop.

3.4.2 The environment

The environment is the sum of all phenomena and conditions which surround a person and which influence his existence, his actions and his development. The daily action of the person takes place within a social and physical environment, situated in the context. In the literature the terms 'environment' and 'context' are often used interchangeably.

All conditions are important when looking at the context. Physical aspects include all physical spaces and objects that a person sees, feels, smells, hears or tastes. Socio-cultural aspects include all the social and cultural factors that play a role in that environment. On the one hand these are other persons and social relations present (thus also an occupational therapist is part of the socio-cultural environment of a client), on the other hand the socio-cultural environment contains all socio-cultural patterns, meanings, norms and values which are valid within that particular group.

3.4.3 Occupation

In the previous paragraphs the elements person and context are explained. The dynamic interaction between the person and the context is expressed during the daily action. In this paragraph we shall elaborate on the characteristics of acting.

Occupation is the purposeful execution of one or more activities, appropriate for a certain role in a person's environment. For that purpose, the environment and the activity have to fit in with the wishes, needs, skills and capacity to act of the person.

Meaning

Meaning can relate to activities as well as to life as a whole. Man's pursuit of 'meaning of life' is for many a primary motive and never ceases.

Occupation enables people to discover and revise meaning.

If we look at the meaning on activity level, these dimensions play a role in the giving of meaning to activities. Experiences and memories, often traceable via someone's (life) story, also play a role in forming a meaning. Based on previous experiences and memories people give meaning to the context or environment. This meaning is individual and essential.

After a person has found meaning in the environment, the person will be provoked to do something in the environment. Doing this, carrying out activities, comes from a feeling, desire or need to come to a concrete outcome or experience in the environment, or on a deeper level, the search for meaning. Acting daily in a certain, routine manner can also give meaning to activities. A routine can arise from the fact that an activity is carried out in a certain manner, in a certain context and in relation to other activities (time aspect). All these aspects influence the meaning of an activity.

Purposefulness

Purposefulness means that people want to achieve something in a certain environment or context. The goal of an activity can lie entirely within the person (intrinsically) and in the short term, for example sticking a bicycle tire or reading a book for one's own pleasure. In addition, however, the goal may also

lie partly outside the person (being extrinsic) and be related to a longer-term outcome, e.g. studying a text in order to pass an exam.

Occupational engagement is the involvement that people (can) experience before and during the execution of activities. Engaging occupation in an activity with a positive meaning that is intense, attracts full attention, is cohesive, gives more than just pleasure and enables the feeling of social connection. In order to be engaged, people do not necessarily have to do the activity themselves. By being in the context of an activity, one can still experience involvement.

Daily occupations also have a time aspect. People carry out activities in their own way and this has a certain duration. In many cases, carrying out activities leads to a certain routine and a certain repertoire of actions. The working repertoire is a series of working patterns that a person has developed at a certain moment in his or her life. If a person performs certain activities differently or is no longer able to perform them, this will influence the routine and the **occupational pattern**.

Dimensions

Occupation has several dimensions. The different dimensions have a certain coherence in which one can be said to lead to the other. There's a connection between 'doing', 'being' and 'becoming'. Because people do something ('doing') they can develop (becoming) and 'be' someone (being). Identity and role are aspects which have a relation with the dimension 'being'. At the same time, the activities in which someone is involved can provide an experience of 'being' (being). Later the dimension 'belonging' was added to this. By doing people also have the feeling that they belong or want to belong to a certain group.

For many years, occupational therapists have divided the daily routine into categories. Ordering is the subdivision of concepts, for example activities, into **occupational performance areas**. A well-known classification within occupational therapy is the categorization of activities according to their meaning in work, play, leisure and self-care. Occupational therapists make analysis of occupation and activities by e.g. the use of the Taxonomic Code of Occupational Performance (TCOP).



1. *About values, beliefs and elements of the concept of "occupation"; please list what you do on a typical day and identify what you consider an occupation and what is the value you give to each one of them; also describe how what you do differs from what you see others doing and, finally, describe the influence of the environment on what you do in that day.*
2. *Individual or group exercise: Each participant should think about what you used to do and how, some years ago and how you do it now. Think about and write what changed and what was the influence of others.*
3. *What do you know about the concept "occupation" in relation to occupational therapy?*



Case: Client-dementia care (Wong & Leland, 2018)

Mr Jones is 84 years and diagnosed with dementia. Today he lives in a nursing home. Let's have a close look how Mr Jones fit in the PEO model.

The **PERSON** domain includes the physical and cognitive levels of people with dementia as well as their attitudes, preferences, and personality before the diagnosis. Mr Jones experience memory loss, confusion, unclear thinking, decline in problem-solving skills, loss of interest in usual activities, and behavioural symptoms (e.g., aggression, agitation, anxiety), what affects his ability to participate in activities and overall quality of life.

The **ENVIRONMENT** domain focuses on the physical and social contexts. The physical environment for Mr Jones exist out of the lighting, the bedroom, the common areas where he lives, the dining rooms, noise and the placement of furniture in the room. The social environment in this context incorporates the facility policy; administrative and nursing staff; other residents in the facility; and family, caregiver, and friend support.

For Mr Jones, the **OCCUPATION** domain includes the activities provided in the nursing home that Mr Jones find meaningful, routines, and the timing he has for tasks.

Important in this is that environment and occupation must adapt to the changes in person even when the abilities of the person have become more limited. And a good fit between person, environment and occupation promotes participation.

3.5 Participation

Participation is an important concept for the occupational therapist. It fits to the professional paradigm because occupational therapists enable people to be part of life situations. In the International classification of functioning, disability and health (see syllabus ICF) participation is defined as “*a person’s involvement in life situation*”. Possible meanings of involvement are:

1. *share in*
2. *being part of*
3. *being involved in*
4. *being accepted*
5. *have access to certain life needs*

It is important to approach the concept from a biopsychosocial perspective.

From the perspective of occupational therapy, to be able to realize aspirations, to satisfy needs, and to change or cope with the environment, a person must have occupation, the stuff of everyday life. To *have* occupations is not the same as to *perform* occupations. Townsend and Polatajko (2007, p. 24) argue that humans frequently *engage* in occupations without performing them. The broader term *engage* encompasses all that we do to “involve oneself or become occupied”: *Participate*.

Occupational participation refers to engagement in *work, play, or activities of daily living* that are part of one’s sociocultural context and are desired and/or necessary to one’s well-being.

Examples of occupational participation include working in a full- or part-time job, engaging routinely in a hobby, maintaining one’s home, attending school and participating in a club or other organization. This definition is consistent with the World Health Organization’s (WHO, 1999, p. 19) view on

participation. Each area of occupational participation involves a cluster of related things that one does. For example, maintaining one's living space may include paying the rent, doing repairs and cleaning.



What is occupational therapy?

<https://youtu.be/Ud5Fp279g4Y>

4 Development and theory occupational therapy

The development of human occupation from an occupational therapeutic perspective is focused on occupation and development, based on recent insights from occupational science. In that perspective the dynamic interaction between the person, the context and the occupation are central (interaction perspective).

Another viewpoint is that people continue to develop themselves throughout their lives, adapt their occupations and learn new skills time after time, this through 'doing', performing meaningful occupations. This lifelong development of the human being can be seen on the level of occupation (micro level) or on the level of the individual (meso level).

Principles of development at meso level are important for occupational therapists in order to be able to analyze the occupation and to be able to shape interventions in an adapted way.

These starting points are:

- Continuity of development: patterns of action that recur during the course of life and what the occupational therapist is looking for.
- The multiple determinants of the development: the person, the occupation and the environment.
- The multiple patterns of development: the non-linear development and the mastery of occupation.

The multiple determinants that can be distinguished in the person are heredity, individual learning, plasticity and the role of active participation and motivation.

Determinants that contribute to the ability to act are occupational exposure and occupational expectations.

Determinants of the environment can be distinguished physically and socially, historically and culturally.

The determinants of the interaction indicate the importance of the interaction between the person and the environment in the context of his development.

All of this shows the amount of aspects that influence the person's actions and the development of his actions.



Which theories are important, relevant and decisive for the occupational therapist and his/her work ?

5 Professional reasoning

Clinical reasoning is distinct from clinical decision making and is referred to using a variety of terms, including *professional reasoning*.

Many types or modes of clinical reasoning have been identified and described, including narrative, procedural, interactive, conditional, ethical and pragmatic reasoning.

5.1 What is Clinical reasoning or Professional reasoning:

The occupational therapy literature we find descriptions as therapeutic reasoning (Kielhofner and Forsyth 2002 in Duncan 2021), professional reasoning (Schell & Schell 2018 in Duncan 2021) and occupational reasoning (Rogers 2010).

Occupational reasoning stands for the systematic method of about the occupational engagement of humans that supports the occupational therapy process. (Rogers 2010, p. 57 in Duncan 2021, p. 179)

Important is also to mention the intertwined nature of clinical reasoning and clinical decision making.

5.2 Definition of clinical reasoning:

Clinical reasoning is a process in which the clinician, interacting with significant others (client, caregivers, healthcare team members), structures meaning, goals and health management strategies based on clinical data, client choices, and professional judgement and knowledge.

In occupational therapy, clinical reasoning can be defined as the reflexive thinking associated with engaging in a client-centered professional practice. According to Duncan (2021, p. 180) this includes the thinking when planning to be with the client, when the therapist is with the client afterwards when reflecting on time with the client. Clinical reasoning is constantly changing in response to a multitude of hidden and overt influences and contextual factors, which may be inhibitory or enabling. (

5.3 The different models of clinical reasoning:

A very popular way of reasoning nowadays is the use of *narrative reasoning* described by Mattingly and Fleming.

Narrative reasoning draws on a phenomenological approach to understanding the person and involves storytelling and story creation. The emphasis is on understanding the meaning of the person's illness and illness experience. (Duncan 2021, p181)

Others are:

Ethical reasoning: The thinking that accompanies analysis of a moral dilemma where one moral conviction or action conflicts with another, and then generating possible solutions and selecting action to be taken.

Scientific reasoning draws in a biomedical approach. Herein, we can classify diagnostical reasoning and procedural reasoning, where *diagnostical reasoning* provides a basis for *procedural reasoning*.

Procedural reasoning includes systematic data collection, hypothesis formation and testing, as well as the reasoning that underpins interventions. The starting point is the medical condition, illness or functioning.

In *narrative reasoning* we can classify Interactive reasoning and Conditional reasoning.

Interactive reasoning is used to engage the person in therapy, consider the best approach to communicate with the person, to understand who the person is and the problems from the person's point of view, individualize therapy, convey a sense of acceptable trust/hope, break tension through the use of humor, build a shared language of actions and meanings, and monitor how the treatment session is going.

A therapist uses *conditional reasoning* when thinking about the person's condition, and how change is conditional upon participation in the therapeutic process. This type of reasoning is used when trying to understand what is meaningful to the person in their social and cultural world.

Pragmatic reasoning is the reasoning related to the personal, organizational, political and economic contexts. (Duncan 2021, p181)

Around the world, occupational therapists are striving to the best evidence-based therapy possible. This commitment and aspiration to achieve excellence is supported by clinical or professional reasoning. (Duncan 2021, p. 194)



What in your opinion is typical for the professional reasoning of an occupational therapist?

<u>Types of reasoning</u>	<u>procedural reasoning</u>	<u>Narrative reasoning</u>	<u>Pragmatic reasoning</u>	<u>Interactive reasoning</u>	<u>conditional reasoning</u>	<u>cond</u>
<i>Definition</i>	<i>reasoning from the medical diagnosis and limitations</i>	<i>starting point is the life story of the client</i>	<i>we start with rules, procedures and options</i>	<i>meaning of the disease and limitation. We look also to the relationship between client and therapist Client is unique</i>	<i>reasoning about the vision to the future and the actions that are needed in this</i>	<i>et</i>

Table 1 summary reasoning (Le Granse)

6 Introduction to Occupational Science

How new knowledge is generated, tested and then infused into practice is a key concern in all disciplines. Like other disciplines then, occupational therapy finds itself in a holistic moment in which the need to consolidate the epistemological foundations upon which it is based, is of central concern.

Unlike other disciplines though, occupational therapy has experienced particular tensions with respect to the relationship between its central philosophical premise, that is, the dynamic interaction between occupation and health, and how this is addressed in practice.

Occupational science may be seen as a cogent response, one that has already had significant positive impacts on the practice terrain of occupational therapy and should play an even more important role in the next several decades. (Duncan 2021, p. 198)

6.1 History and development

Occupational science was first named by Yerxa and colleagues as ‘the study of the human as an occupational being including the need for and capacity to engage in and orchestrate daily occupations in the environment over the lifespan’.

A science of occupation was first mooted by the National Society for the Promotion of Occupational Therapy in 1917 (Wilcock, 2001, Wilcock 2003, Larson et al 2003 in Duncan 2021, p.199)

The AOTA (American Occupational Therapy Association), proposed that occupational science should concentrate on the ‘advancement of occupation as a therapeutic measure, the study of the effects of occupation upon the human being, and the dissemination of scientific knowledge of this subject’. (Duncan 1917 in Duncan 2021, p.199)

Although occupational science grew out of occupational therapy, when it was formally proposed in the late 1980s it was represented as a distinct entity.

Occupational Science (Clark et al., 1991 in Duncan 2021, p. 199) was seen as a basic science, that is, one that dealt with universal issues about occupation without concern for their immediate application. Occupational therapy however, was seen as being concerned with the application of knowledge about occupation for therapeutic ends.

Given the complexity of occupation and its relationship with health, occupational science has always been seen as an interdisciplinary field (Yerxa et al, 1989 in Duncan 2021, p. 199).

Mosey (1992) suggested that occupational science should concentrate on theory development (focus) through basic research (form), whereas occupational therapy should concern itself with the testing and refinement of frames of reference (models) through applied research.

Or:

Occupational science studies the “doing”

Occupational therapy enables the “doing”.

Issues of basic and applied sciences have featured heavily in other debates about occupational science.

It can be seen that occupational science and occupational therapy are closely linked, and that in fact the former emerged from the latter. Indeed, it could be said that they were initially two distinct entities because the National Society for the Promotion of Occupational Therapy recognized the need to understand occupation and the dynamic relationship between occupation and health, and that this sat comfortably alongside the therapeutic use of occupation. (Duncan 2021, p. 200)

6.2 The value and contribution of Occupational Science:

The value of occupational science has been well documented by many persons like Yerxa, Clark, Zemke, Molineux, Wilcock, and includes:

- Providing support for what occupational therapists do in practice
- Improving humans as occupational beings
- Explicating the relationship between occupation and health
- Differentiating occupational therapy from other professions
- Enhancing services outside of traditional health and social care boundaries.

Although the discipline of occupational science was only formally named in the late 1980s, the seeds were sown at the foundation of the occupational therapy profession. (Duncan 2021, p. 204)

Occupational science is concerned with furthering our understanding of humans as occupational beings and the relationship between occupation and health.

Occupational science continues to provide useful insights into the factors that facilitate and inhibit the ability of individuals to achieve and maintain health through occupation. In addition, occupational science is explicating new concepts (Durocher et al., 2014 in Duncan 2021, p. 204), such as social inclusion and occupational justice, which require further scholarly development as to how they can most powerfully inform practice (Whiteford & Townsend 2010, in Duncan 2021, p. 204)



TASK

Make a short essay about occupational science. You find information about it on the internet. Look at the persons who were decisive in the development of that rather new discipline. Take up the references of the literature in your work.



Annex 1: Terminology

Enothe Terminology

The following definitions were developed in the ENOTHE Terminology project between 2001 and 2009. It is the outcome of the collaboration of occupational therapists from six countries speaking different languages and became the consensus on the meaning and relationships between and within a conceptual framework.

These definitions and their relations were published in different languages. The English version can be found in *Creek, J. (2010) The core concepts of Occupational Therapy – A Dynamic Framework for Practice. Jessica Kingsley Publishers, London and Philadelphia*

Forms of action

OCCUPATION : Is a group of activities that has personal and sociocultural meaning, is named within a culture and supports participation in society. Occupations can be categorized as self-care, productivity and/or leisure.

ACTIVITY : An activity is a structured series of actions or tasks that contribute to occupations.

TASKS : A task is a series of structured steps (actions and/or thoughts) intended to accomplish the performance of an activity.

Action

OCCUPATIONAL PERFORMANCE : Is choosing, organizing and carrying out an occupation in interaction with the environment.

ACTIVITY PERFORMANCE : Is choosing, organizing and carrying out an activity in interaction with the environment.

TASK PERFORMANCE : Is choosing, organizing and carrying out a task in interaction with the environment

OCCUPATIONAL PERFORMANCE AREAS : Occupational performance areas are categories of tasks, activities and occupations that are typically part of daily life. They are usually called self-care, productivity and leisure.

Structuring action

HABIT : A habit is a performance pattern in daily life, acquired by frequent repetition, that requires minimal attention and allows efficient function.

ROUTINE : A routine is an established and predictable sequence of tasks.

Boundaries of action

AUTONOMY : Autonomy is the freedom to make choices based on consideration of internal and external circumstances and to act on those choices.



DEPENDENCE : Dependence is the condition of needing support in order to be able to perform everyday activities to a satisfactory level.

INDEPENDENCE : Independence is the condition of being able to perform everyday activities to a satisfactory level.

INTERDEPENDENCE : Interdependence is the condition of mutual dependence and influence between members of a social group.

Personal requisites for action

OCCUPATIONAL PERFORMANCE COMPONENTS : Occupation Performance components are abilities and skills that enable and affect engagement in tasks, activities and occupations. These can be categorized as, for example, physical, psychosocial and affective.

FUNCTION : Function is the underlying physical and psychological components that support occupational performance.

Function can also be the capacity to use occupational performance components to carry out a task, activity or occupation.

ABILITY : An ability is a personal characteristic that support occupational performance.

SKILL : A skill is an ability developed through practice which enables effective occupational performance.

Energy source for Action

MOTIVATION : Motivation is a drive that directs a person's actions towards meeting needs.

VOLITION: Volition is the ability to choose to do or continue to do something, together with an awareness that the performance of the activity is voluntary.

ENGAGEMENT : Engagement is a sense of involvement, choice, positive meaning and commitment while performing an occupation or activity.

Social contract for action

ROLE : A role is the social and cultural norms and expectations of occupational performance that are associated with the individual's social and personal identity.

PARTICIPATION : Participation is involvement in life situations through activity within a social context.

TASK : A task is a piece of work the individual is expected to do.

Place for Action

SETTING : The setting is the immediate surroundings that influence task, activity or occupational performance.

ENVIRONMENT : The environment is external factors that demand and shape occupational performance. These factors are physical, sociocultural and temporal.



CONTEXT : Context is the relationships between the environment, personal factors and events that influence the meaning of a task, activity or occupation for the performer.

Other useful terminology

In the follow list we sum up more terminology that is important to know as occupational therapist. Clear definitions allows us to speak a common language. needed to better understand each other. A lot of terms will also come back in other syllabi.

The followed terminology list has been compiled from the book by Creek (2010), Schellen & Gillen (2019) and Miles (2013)

Activity analysis: Breaking up an activity into the components that influence how it is chosen, organized and carried out in interaction with the environment.

Arts and crafts movement: A movement originating in England that championed design and manual craftsmanship as a form of cultural resistance to the mechanization and impersonal production of industrialism.

Biomechanical approach: Therapeutic intervention focused on improving body movement and strength; typically identified with remediation or improvements in strength, range of motion, or endurance.

Biomedical model: Model based on scientific knowledge that attributes health and illness to psychological, biological, and scientifically explainable changes in one's body

Biopsychosocial: The biopsychosocial model views disease and health as the product of physiological, psychological, and sociocultural variables. This viewpoint stands in contrast to the biomedical model, in which disease is viewed in terms of deviation from normal biological functioning, and where the experience and etiology of illness are understood solely in terms of biological factors, such as genetic predispositions or physiological dysfunctions.

Moral treatment: Term given for a movement characterized by the provision of humane conditions of care for persons with mental illness, influenced by the ideas emanating from the age of enlightenment.

Occupational deprivation: Lack of access to engagement in an array of self-selected occupations that have meaning to the individual, family, or community.

Occupational disruption: Refers to a temporary interruption to an individual's occupational engagement, which can be ameliorated through re-engagement in purposeful and meaningful occupations. (Sima, Thomas, & D., 2017)

Occupational engagement: One's doing, thinking, and feeling under certain environmental conditions in the midst of or as a planned consequence of therapy.



Occupational justice: A critical perspective of social structures that promotes social, political, and economic changes to enable people to meet their occupational potential and experience well-being [and full citizenship].

Occupational mapping: A collaborative process between the therapist and client through which the person's subjective experience of occupation can be explored.

Occupational pattern: Habits, routines, roles, and rituals used in the process of engaging in occupations or activities.

Occupational science: Academic discipline of the social sciences aimed at producing a body of knowledge on occupation through theory generation, and systematic, disciplined methods of inquiry.

Quality of life: A measure of well-being and encompasses individuals' perceptions of their position in life in the context of culture and value systems in which they live and in relation to their goals, expectations, standards, and concerns.

Reductionism: A simplification and narrowing of phenomena in which the whole is understood in terms of its parts. In occupational therapy, reductionism refers to focusing intervention on the parts of the person (physical, emotional, or cognitive) or parts of the occupation rather than the whole person and related context.



Annex 2 : Timeline of the development of occupational therapy in the western world

period	people and society	vision on healthcare	Vision on occupation
Ancient times (2000 B.C.-500 A.D.)	slaves and class of rulers fight and victory	four body fluids (the humores): - mucus: cold and moist - blood: warm and moist - yellow bile: warm and dry - black bile: cold and dry healthy mind in a healthy body state of balance and wholeness	a lot of attention for a strong and beautiful body work and livelihood is done by slaves
Middle Ages (500–1300)	no separation of church and state religion is all-important serfs and a top layer of landowners	four body juices determined by religion/spiritual life after death charity by the church for the ill people (care)	monasteries, confession, prayer living done by serfs rise crafts/guilds
Rebirth (1300–1600)	return to individualism beginning of science religion still has a lot of influence rise of humanism (Erasmus)	four body juices start knowledge development about the body	dual use of occupation/day to day acting, as a means of power/discipline and meaningful ?
enlightment (end 18th century)	freedom, equality, fraternity expansion science separation church and state rationality human being central	four body juices start curative action start of prevention moral responsibility to help care for the ill people self-development	start individual interpretation of daily actions balance between activity and rest first incitement to occupational therapy in psychiatry moral treatment
Industrialization (2nd half 19th century)	civilization, nation building, urbanisation, discipline beginning of individualism beginning of belief in progress	start of public health care first emergence of work-related diseases health = absence of disease	Working hard priority for economic advantage paid employment contribute to society workhouses for the poor



period	people and society	vision on healthcare	Vision on occupation
			right to human dignity
1900–1913	first social laws start women's emancipation	focused on recovery foster care	focused on education and work and daily activities occupational therapy in psychiatry and tuberculosis clinics in the United States beneficial effects of occupation Establishment of the Society for the benefit of the general public
1914–1918	First World War	starting rehabilitation, resulting from medical science	curative workshops for wounded soldiers in Europe, led by reconstructional aides
1918–1940 manufacturability of society belief in progress founding the League of Nations	arts and crafts roaring twenties economic depression	Start of the medical model, natural science approach reductionistic approach to body and mind	in psychiatry self- sufficient institutions patients worked in laundry, bakery revival of creative activities arts and crafts in the case of physically 'handicapped' use of handicraft activities to exercise body functions
1940–1945	Second World War	focus on rehabilitation mainly physically oriented penicillin invention	in the United States and United Kingdom a lot of occupational therapy for wounded soldiers craft activities aimed at returning to society
1946–1970	reconstruction	welfare state construction medical model establishment WHO WHO definition of Health: state of complete physical, mental and social well-being, not just absence of disease	focused on vocational rehabilitation, return to work craft activities



period	people and society	vision on healthcare	Vision on occupation
1970–2000	recession democratization emancipation discussion about 'what is normal'	expansion of the welfare state socio-medical model antipsychiatry disability movement	aimed at the independence of the individual in his daily actions
2000–...	technologization digitization multiculturalization participation society network society	health promotion reduction welfare state self-management paradigm shift: citizens themselves responsible for health positive health (Huber 2014)	Enabling people to act (enabling) on a daily occupation daily activities give meaning to life client centered evidence-based occupation- based/context-based attention for organizations and populations

Table 2 Timeline of the development of occupational therapy in the western world

This syllabus is mainly based on :

Duncan, E. (2011). *Foundations for Practice in Occupational Therapy*. Elsevier Health Sciences.

Duncan, E. (2020-2021). *Foundations for Practice in Occupational Therapy*. London: Elsevier.

le Granse, M., van Hartingsveldt, M., & Kinébanian, A. (2012). *Grondslagen van de ergotherapie*.
Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

le Granse, M., van Hartingsveldt, M., & Kinébanian, A. (2017). *Grondslagen van de ergotherapie*.
Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

References

- Boyt Schell, B., & Gillen, G. (2019). *Willard and Spackman's Occupational Therapy 13th edition*. Philadelphia & Baltimore: Wolters Kluwer.
- Creek, J. (2010). *The Core Concepts of Occupational Therapy. A dynamic Framework for Practice*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Crepeau, E., Cohn, J. S., & Shell, B. (2003). *Willard & Spackman's Occupational Therapy*. Philadelphia: Lippincott.
- Huber et al. (2011). How should we define health? *BMJ*(343:d4163). doi:10.1136/bmj.d4163
- Kielhofner, G. (2009). *Conceptual foundations of occupational therapy practice. 4th edition*. Philadelphia: FA Davis Co.
- Kielhofner, G. (2007). *Conceptual Foundations of Occupational Therapy*. F.A. Davis Company.
- Miles, E. (2013). Biopsychosocial Model. In M. Gellman, & T. J. (eds), *Encyclopedia of Behavioral Medicine*. doi:https://doi.org/10.1007/978-1-4419-1005-9_1095
- Pizzi, A., & Richards, L. (2017, July/August). Promoting Health, Well-Being and Quality of Life in Occupational Therapy: A Commitment to a Paradigm Shift for the Next 100 years. *The American Journal of Occupational Therapy*, 71(4).
- Sima, L., Thomas, Y., & D., L. (2017). Occupational disruption and Natural disaster: Finding a "New Normal" in a changed context. *Journal of Occupational Science*, 24(2), 128-139. doi:DOI: 10.1080/14427591.2017.1306790
- Townsend, E., & Polatajko, H. (2007). *Enabling Occupation II : Advancing an occupation therapy vision for health, wellbeing and justice through occupation*. Ottawa: CAOT Publishers.
- Townsend, E., & Polatajko, H. (2007). *Enabling Occupation II : Advancing on Occupational Therapy Vision for Health, Well-being & Justice through occupation*. COTA.
- WHO. (1999). *The World Health Report. Making a Difference*. Geneva: WHO .
- Wong, C., Leland, N.E., (2018). Applying the Person- Environment-Occupation model to improve Dementia Care. AOTA: Continuing Education Article