

Навчальний план 2:

Теорії та моделі ерготерапії

Анн-Марі Денольф

Лоренцо Білье

Хоакім Фаяс

Марія Жоао Трігейро

Паула Португаль

2023 (переглянуто)

UKROTHE

STUDY PROGRAMME OCCUPATIONAL THERAPY IN UKRAINE

[Typ
hier]



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

P.PORTO

ESKOLA
SUPLENTE
DE SAÚDE





Дисклеймер

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




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

www.ukrothe.eu

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



Пояснення до умовних позначок

	Питання для обмірковування
	Завдання/вправи
	Співпраця

	Відео/звуковий кліп
	Веб-сайт
	Самоосвіта



Зміст

Inhoud

Дисклеймер	2
Зміст	4
1 Теорії, концептуальні моделі та теоретичні рамки практики.....	8
2 Модель «Особа – Середовище – Виконання занять» (РЕОР)	11
2.1 Передумови моделі РЕОР	11
2.2 Теоретичний опис моделі РЕОР	11
2.3 Процес ерготерапії у моделі РЕОР	15
3 Модель заняттєвої активності людини (МОНО)	21
3.1 Передумови виникнення МОНО	21
3.2 Теоретичний опис моделі МОНО	21
3.2.1 Характеристика моделі	22
3.2.2 Структура та опис МОНО	22
3.2.3 Рівні повсякденної активності: навички, виконання занять та участь	28
3.2.4 Виміри виконання занять: заняттєва ідентичність, заняттєва компетентність та заняттєва адаптація	29
3.3 Процес ерготерапії в МОНО	31
3.4 Оцінювання	32
3.5 Клінічний Випадок	33
3.6 Підсумок МОНО	35
4 Канадська модель виконання занять та залучення (СМОР-Е)	37
4.1 Передумови СМОР-Е	37
4.2 Теоретичний опис СМОР-Е	38
4.2.1 Концепції СМОР-Е	38
4.2.2 Призначення та структура СМОР-Е	41
4.3 Канадська процесуальна рамка практики	42
4.3.1 Призначення та структура (CPPF)	43
4.3.2 Поняття Канадської процесуальної рамки практики (CPPF)	45
4.4 Оцінювання: СОПМ	46
4.5 Клінічний Випадок	47
4.6 СМСЕ	49
4.7 Підсумок	50
5 Модель КАВА	51
5.1 Передумови моделі КАВА	51
5.2 Теоретичний опис моделі	52
5.2.1 Опис	52
5.2.2 Практичне застосування	56
5.2.3 Принципи використання моделі КАВА	57
5.3 Процес у моделі КАВА	57
5.5 Підсумок	60
6 Модель виконання занять – Австралія (ОРМ(А))	61
6.1 Передумови ОРМ(А)	61



6.2 Теоретичний опис ОРМ(А).....	61
6.2.1 Структура ОРМ(А).....	61
6.3 Процес ерготерапії в ОРМ(А).....	64
6.4 Оцінювання	64
6.5 Клінічний Випадок	65
6.6 Підсумок.....	66
Література.....	67



Вступ

У цьому навчальному плані ми розглянемо деякі аспекти, які мають на меті прояснити відмінності та зв'язки між теоріями, моделями та теоретичними рамками практики з точки зору різних теоретиків ерготерапії.

Буде представлено п'ять моделей, враховуючи їх передумови, теоретичну та концептуальну організацію та деякі основні аспекти їх застосування:

Особа – середовище – виконання занять від Чарльза Крістіансена та Керолін Баум;

Модель заняттєвої активності людини від Гері Кілхофнера;

Канадська модель виконання занять та залучення, від САОТ, розроблена Сью Таунсенд і Гелен Полатайко;

Модель Kawa від Майкла Івами.

Модель виконання занять з Австралії – OPM Australia, від К. Чаппаро і Дж.Ранка.



Цілі навчання

1. Розуміти різницю між теорією, концептуальними моделями та теоретичними рамками практики;
2. Зрозуміти передумови практичних моделей ерготерапії;
3. Описати основні концепції, що лежать в основі кожної з основних моделей практики ерготерапії;
4. Проаналізувати взаємозв'язки між основними поняттями кожної з ерготерапевтичних моделей практики;
5. Проаналізувати основні відмінності та взаємозв'язки між різними моделями практики ерготерапії;
6. Застосовувати основні поняття на життєвих прикладах людей з типовим розвитком та людей із заняттєвими проблемами;
7. З'ясувати, як використовуються основні концепції кожної з моделей практики ерготерапії;
8. Використовувати професійну термінологію, висловлюючи цю термінологію простими словами;
9. Застосовувати професійну термінологію ерготерапії;
10. Обирати та пояснювати інструменти оцінювання моделей ерготерапії;
11. Критично аналізувати «запит» клієнта та системи клієнта відповідно до різних моделей;
12. Інтегрувати та систематизувати дані клієнта за допомогою моделі ерготерапії;
13. Висловлювати різноманіття людського буття (з обмеженими можливостями або без них) беручи до уваги суспільні цінності та норми та враховуючи міжкультурні аспекти.



1 Теорії, концептуальні моделі та теоретичні рамки практики

Теорію можна розглядати як «інструмент для мислення» (Parham, 1987). Цей опис однаково стосується моделі, теоретичної рамки практики та парадигми. Проте, хоча кожен із термінів описує концептуальний інструмент, їх не варто розглядати як взаємозамінні.

Теорії, як правило, розглядаються як продукт наукових дисциплін, завданням яких є пояснення природних явищ.

Моузі (1985, 1989) стверджує, що концептуальні системи, що організовують прикладні знання в ерготерапії, належним чином називають **теоретичними рамками практики**. Термін **модель** часто використовується для опису концептуальної системи, що розвивається. «Рамки практики — це інтегровані добірки теоретично обґрунтованої інформації, організовані таким чином, щоб вони надавали вказівки для ідентифікації та усунення проблеми, оскільки це стосується певних елементів сфери інтересів професії». (Mosey, 1989)

ґерха (1988) писала, що існує важлива якісна риса ерготерапії, яка повинна бути більш помітною для очей. «Ця якісна риса є поєднанням практики ерготерапії та знань, на яких вона базується».

Розвиток формальної теорії відбувся відносно пізно в генезисі ерготерапії. Хоча її розвиток вітається, спосіб, у який він стався, можливо, не завжди був корисним. Одним із прикладів цього є різниця в теоретичній глибині деяких професійних «моделей» практики.

Моделі — це спрощені уявлення структури та змісту явища чи системи, що описують або пояснюють складні взаємозв'язки між поняттями всередині системи та об'єднують елементи теорії та практики. Модель має спростити розуміння. Вона бере кілька різних елементів, показує зв'язки між ними та перетворює їх у єдине ціле. Модель також дає вказівки для практики.

Концептуальна модель ерготерапії, як правило, тісно пов'язана з парадигмою/професійною моделлю та дає загальні вказівки щодо практики ерготерапії, що зазвичай застосовуються до всіх типів пацієнтів або до широкої групи.

У повсякденній практиці ерготерапевти використовують різноманітні моделі, які зосереджуються на таких поняттях, як особа, середовище та виконання занять. Основою цих моделей є РЕОР-модель (четверте видання), що відповідає сучасним розробкам в ерготерапії та суспільстві (Bass, 2015). Усі моделі ерготерапії описують зв'язок між наступними основними елементами: особою, заняттєвою активністю (її заняттями) та середовищем. Найпоширенішими моделями в Західних країнах є Канадська модель виконання занять та залучення (СМОР-Е) (Полатайко та ін., 2013), Модель заняттєвої активності людини (МОНО) (Кілгофнер, 2008) та модель «Особа-Середовище-Виконання занять» (РЕОР-model) (Баум та ін. 2015). Проте, кожна з цих моделей пропонує різні точки зору. Модель СМОР-Е підкреслює заняттєву участь як глибоку емоційну участь у повсякденній активності (Polatajko та ін., 2013). МОНО зосереджується на внутрішньому розвитку та зміні особистої та повсякденної активності/заняттєвих процесів (заняттєва адаптація) (Kielhofner, 2008). РЕОР наголошує на необхідності бути компетентним у повсякденній заняттєвій активності, щоб забезпечити участь у повсякденному та соціальному житті, спрямованому на відчуття благополуччя (Вонг та Фішер, 2015).



Важливо використовувати кілька усталених концептуальних моделей або рамок практики, але ми також повинні вітати нові концептуальні моделі, засновані на теоретичних аргументах і баченні майбутнього розвитку.

Розробка моделей потребує поступового тестування та доопрацювання.

Ми можемо розглянути наступні етапи розвитку концептуальної моделі практики (Дункан, 2021, с. 41):

- Розробка початкових концептуальних ідей,
- Уточнення концептуальних ідей
- Перевірка теорії на практиці
- Розробка засобів для практики (Технології для застосування)
- Збільшення доказової бази для концептуальної моделі
- Зовнішня перевірка концептуальної моделі і відповідних інструментів для практики

При виборі теоретичної рамки практики для використання разом із цими концептуальними моделями важливо, щоб вони були обрані перед оцінюванням клієнта та постановкою цілей, оскільки вони можуть вплинути на зібрану інформацію та використання втручань. Ці рамки практики можуть запропонувати додаткові знання, інструменти оцінювання та пріоритети для використання обраної концептуальної моделі та забезпечення втручання на заняттєвій основі. (Дункан, 2021)

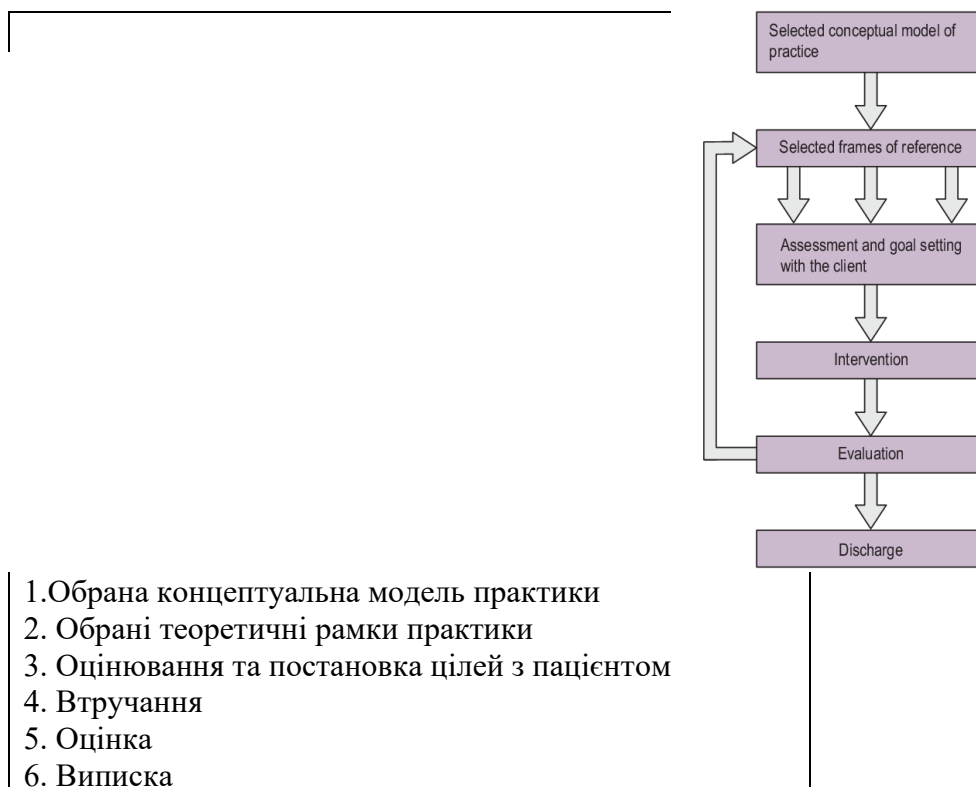


Рисунок 1: Взаємозв'язок між концептуальними моделями практики та теоретичними рамками практики (Дункан, 2021, стор. 42)

Йеркса припускає, що розгляд людини як ієрархічно влаштованої, складної відкритої системи, яка має взаємопов'язані рівні функціонування, може допомогти терапевту зрозуміти складність практики ерготерапії. Цей погляд на людину вимагає розуміння



комплексу факторів, що підтримують ефективність людини у виконанні завдань, занять та ролей у житті.

Існує багато **теоретичних рамок практики** в ерготерапії, які дуже відрізняються за своїм обсягом і корисністю. Згідно з Хагедорн (1997), термін «рамка практики» може використовуватись у двох різних але пов'язаних значеннях. У першому значенні цей термін використовується для позначення теорії, що стосується ерготерапії, яка була запозичена з різних фундаментальних наук. Кілгофнер використовував цей термін у цьому значенні, тобто це «запозичені» знання. У другому сенсі термін означає версію теорії, адаптовану та застосовану для практики ерготерапії.

Основа теоретичної рамки практики містить теорії та знання, які були розроблені в рамках однієї з фундаментальних наук. Якщо знання складні, їх можна розділити на конкретну точку зору або набір теорій. Первинні рамки практики, які мають відношення до ерготерапії, містять інформацію про те, як людина функціонує у своєму повсякденному житті, і пропонують пояснення щодо дисфункції. Є дві важливі основні рамки практики:

1. Фізіологічна рамка практики.
 - а. Біомеханічна прикладна рамка практики, яка стосується функціонального руху;
 - б. Прикладна нейророзвиваюча рамка практики, яка стосується розвитку та навчання (перенавчання) рухового контролю;
 - с. Когнітивна прикладна рамка практики стосується того, як ми сприймаємо та інтерпретуємо наше оточення.
2. Психологічна рамка практики.
 - а. Біологічна – нейробіологічні основи поведінки та сприйняття;
 - б. Поведінкова – навчені реакції на подразники середовища;
 - с. Когнітивна – вивчення психічних процесів мислення та навчання;
 - д. Феноменологічна – стосується суб'єктивних внутрішніх переживань.

В інших навчальних розділах теоретичні рамки практики будуть розглянуті з урахуванням потреб і цілей втручання ерготерапії. У цьому навчальному плані ми зосередимося на таких моделях практики ерготерапії:

- (1) Модель «Особа – середовище – виконання занять», від Чарльза Крістіансена та Керолін Баум;
- (2) Модель заняттєвої активності людини, автор Гері Кілхофнер;
- (3) Канадська модель виконання занять та залучення, Сью Таунсенд і Гелен Полатайко;
- (4) Kawa Model, від Майкла Івами.
- (5) Модель Виконання Занять з Австралії – OPM (A), Крістін Чапаро та Руді Ранка



Зверніться до навчального плану 1 щодо
Оснoв Ерготерапії



Своїми словами опишіть різницю між
теоріями, моделями і теоретичними
рамками практики



2 Модель «Особа – Середовище – Виконання занять» (РЕОР)

Модель РЕОР припускає, що виконання «занять, завдань і ролей» здійснюється «особою» у «середовищі» і що ці три основні елементи є основою повсякденної активності (виконання занять). Модель РЕОР демонструє, що повсякденна активність дозволяє людям брати участь і сприяти своєму добробуту. Модель РЕОР підтримує особистісно орієнтовану практику. У цій моделі центральне місце займає дослідження життєвої історії або наратив (розповідь) клієнта. Модель процесу РЕОР починається з цієї розповіді, яка допоможе ерготерапевту зрозуміти та інтерпретувати особисту історію людини. Ерготерапевт отримує інформацію про цінність і значення повсякденної активності для людини. Спільне прийняття рішень є важливим елементом у моделі РЕОР. Це перша модель ерготерапії, яка також описує роботу ерготерапевта з організаціями та спільнотами. Це якісна основа як для індивідуальної, так і для соціальної перспективи ерготерапії (як на рівні окремого клієнта, так і на рівні груп та популяцій, - *прим.редакторки*). Метою моделі РЕОР є надання ерготерапії корисного, методичного та комплексного інструмента для формування профілактики та втручання з особою, організацією чи спільнотою (Baum et al., 2015; Bass et al. 2015; Van Hartingsveldt et al., 2010).



[Person-Environment-Occupation-Performance Model / PEOP - InfOT - YouTube](#)

2.1 Передумови моделі РЕОР

Розробку моделі РЕОР Крістіансена і Баум розпочато в 1985 році, а вперше опубліковано в 1991 році (Christiansen and Baum, 1991). Її розроблено в період, коли редуccionістська біомедична парадигма була центральною для професії ерготерапії. В той час ерготерапія в основному була спрямована на відновлення функцій і усунення обмежень. В той період люди почали усвідомлювати, що редуccionізм пропонує небагато точок впливу, особливо для людей з хронічними розладами, і що він не дає відповіді на питання стосовно того, як люди можуть адаптуватися до абсолютно інших умов життя (Kinébanian & Van de Velde, 2012). Виходячи з необхідності більше зосередитися на основній сфері заняттєвої активності в ерготерапії, почалася розробка моделей, орієнтованих на заняттєву активність (Fisher, 2014). РЕОР була першою моделлю, спрямованою на заняттєву активність, і на початку вона сприяла поверненню заняттєвої парадигми ерготерапії в центр освітньої, практичної діяльності та наукових досліджень.

2.2 Теоретичний опис моделі РЕОР

РЕОР – це модель, яка зосереджена на основній категорії ерготерапії – заняттєвій активності (виконанні занять). Модель може бути застосована на практиці до окремого клієнта та його системи, організації та спільноти (населення). Для цієї мети було розроблено три версії моделі РЕОР для процесу практичної діяльності ерготерапії:



модель практики, орієнтовану на людину, на організацію та модель процесу ерготерапії, орієнтована на громаду (популяцію). Увага до зміцнення здоров'я та профілактики в організаціях і громадах є важливою можливістю для ерготерапії. Модель PEOP має чотири характеристики.

2.2.1 Характеристики Моделі PEOP

1. Модель PEOP цінує співпрацю

Ерготерапія вимагає активної співпраці фахівця з клієнтом та його системою, або організацією та спільнотою, які мають труднощі чи проблеми заняттєвої активності та участі. Модель PEOP і модель процесу PEOP сприяють розвитку відносин співпраці, в яких діалог між фахівцем та клієнтом займає центральне місце. Вирішальними є інтереси та цілі окремої особи, організації чи спільноти. Лише людина здатна визначити цілі та результати, які необхідні та важливі в її житті (в організації або спільноті). Окрім спільної роботи з особою та її системою, організацією чи спільнотою, міжпрофесійна співпраця також є важливим питанням PEOP-моделі. Ерготерапевт часто працює разом з іншими фахівцями з реабілітації, соціального забезпечення, освіти та системи зайнятості. У цьому процесі людина та оточення беруть активну участь у процесі формування наративу, здійснення оцінювання, втручання та оцінки результату. (Bart, 2013; Van Zaalen et al., 2018) У цьому міжпрофесійному співробітництві ерготерапевти часто виконують функцію зв'язкової ланки між біомедичним світом медичних працівників і практичною реальністю повсякденного життя людей, з якими ми працюємо. Таунсенд та її колеги (2013) вказують, що інтеграція біомедичної та соціальної моделі є сильною стороною та додатковою цінністю професії.

2. Виконання занять (occupational performance)

«Діяльність» (doing) є центральним фокусом PEOP-моделі. Виконання занять є центральним поняттям моделі і визначається як «виконання значущих дій, завдань і ролей у взаємодії людини та її оточення». PEOP-модель припускає, що повсякденна активність підтримує участь (активну участь і залучення) і благополуччя клієнта (здоров'я та якості життя) (Бас та ін., 2015)

PEOP-модель базується на наступних принципах (Baum et al., 2015):

- Люди є істотами, які прагнуть пізнавати свій світ і володіти ним
- Досвід успіху в повсякденних справах дає людям впевненість у власних силах мотивує їх приймати нові виклики.
- Виконання занять пояснюється як виконання значущих дій, завдань і ролей через складну взаємодію особи з її оточенням.
- Виконання занять підтримує заняттєву участь і благополуччя.
- Виконання занять пов'язане з етапами життя людини та ролями, які вона виконує. Наприклад, день дитини в основному наповнений грою та навчанням; заняттєва активність дорослих в основному визначається роботою та турботою про сім'ю; літнім людям часто потрібно більше часу для виконання повсякденних справ,...

3. Системна перспектива

Модель PEOP - це системна модель, яка передбачає, що взаємодія між компонентами: особою, середовищем і виконанням занять, завдань і ролей є динамічною та взаємною. Системні моделі базуються на принципі, згідно з яким кожен компонент має потенціал для впливу на інші компоненти та систему в цілому. Коли люди виконують заняттєву активність, вони роблять це у взаємодії з середовищем. Взаємодія та обмін між особою та середовищем під час виконання занять розглядається як «пропускна здатність»



моделі. Будь-яка зміна можливостей особи, вибору повсякденної активності та характеристик середовища може потенційно вплинути на повсякденну поведінку людини, організації чи спільноти (Баум та ін., 2015).

4. Клієнтоцентрованість

Особистісно-орієнтована професійна діяльність базується на ідеях Карла Роджерса і стала відправною точкою в ерготерапії в Канаді з 1980-х років, а потім і в решті світу (САОТ, 1983; Rogers & Carmichael, 1942). Сьогодні все більше уваги приділяється рівності у співпраці та організації втручання через діалог (Sumsion & Law, 2006).

Практична діяльність, яка орієнтована на особистість, набувала широкого розповсюдження протягом десятиліть і отримала назву «клієнтоорієнтованість». Цей термін запроваджений канадськими ерготерапевтами (Mroz et al., 2015). Особистісно-орієнтована робота характеризується повагою до особи клієнта, співпрацею з ним і розподілом з ним відповідальності за процес (Restall & Egan, 2021). На основі моделі РЕОР ерготерапевт працює в альянсі з людиною, її системою підтримки, організацією чи спільнотою.

Автори моделі РЕОР використовують термін «особистісно орієнтована діяльність» як значення особистих життєвих обставин. Якщо мова йде про окремого клієнта, ми задаємо питання про місце, де людина живе, як вона надає життю сенс і що вона вважає важливим робити в повсякденному житті. У разі, якщо клієнтом є група або організація, питання щодо місії та бачення є значущими відправними точками для формування роботи ерготерапевта з групами. «Орієнтована на громаду» професійна діяльність ерготерапевта стосується сфер інтересів, які визначаються спільно з громадянами та мають значення для повсякденної діяльності мешканців мікрорайону чи району. Ерготерапевт працює з особою, організацією чи спільнотою над їхніми проблемами та викликами.

2.2.2 Опис моделі РЕОР

Малюнок нижче надає візуальне представлення РЕОР-моделі та пояснює, що виконання занять визначається якістю виконання діяльності, завдань і ролей, а також характером заняттєвої активності, внутрішніми та зовнішніми факторами, унікальними для кожної людини та її середовища. Виконання (та участь – *прим.редакторки*) завжди залежить від контексту та критично важливе як для добробуту, так і для якості життя клієнта.

Активність, завдання та ролі (заняттєва активність)

Активність, завдання та ролі людини різні на кожному етапі життя. На кожному етапі життя є інші теми, які є важливими для врахування з метою втручання ерготерапії. Різні етапи життя описані в загальному вигляді нижче. У книзі «Ерготерапія, виконання, участь і добробут» (Baum et al, 2015) в рамках опису моделі РЕОР написано окремий розділ про кожен етап розвитку людини, і ви можете знайти більше інформації про кожен життєвий етап.

Особа

Внутрішні особисті фактори складаються з:

- когнітивних
- психічних
- фізіологічних
- сенсорних та рухових
- духовних

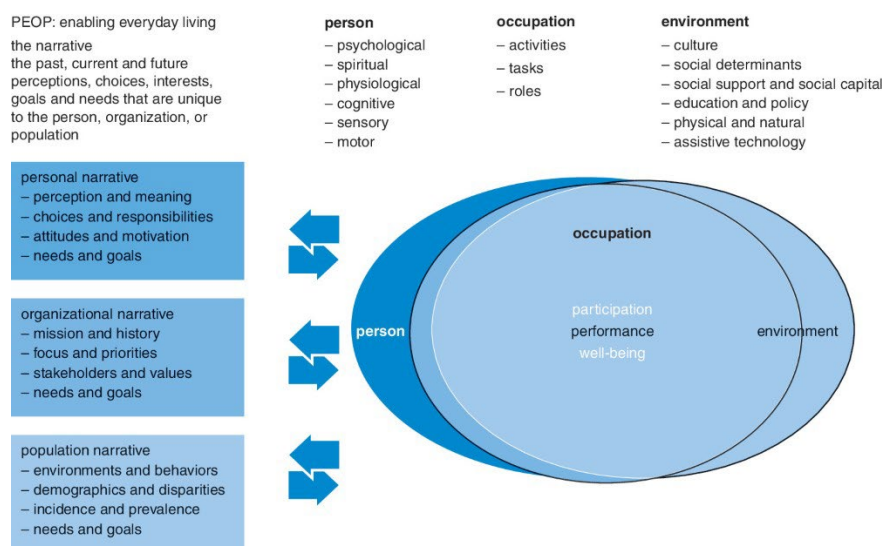
Середовище



Фактори зовнішнього середовища складаються з:

- культури
- соціальних детермінантів
- соціальної підтримки та соціального капіталу
- політики в галузі освіти та охорони здоров'я
- фізичного та природного середовища
- допоміжних технологій

Усі ці особисті фактори та чинники середовища розглядаються, щоб визначити, сприяють вони чи створюють перешкоду для виконання повсякденної активності. Взаємодія між людиною, оточенням і діяльністю, завданнями та ролями призводить до повсякденної активності (діяльності), участі (активного залучення) та добробуту (здоров'я та якості життя). Це відбувається лише за умови відповідності між особою та середовищем, яке оптимально підтримує особу та її систему, організацію чи спільноту у їхніх важливих щоденних заняттях, завданнях і ролях.



РЕОР: забезпечення повсякденного життя

Розповідь/ наратив

Минуле, теперішнє та майбутнє

Сприйняття, вибір, інтереси, цілі та потреби, що є унікальними для кожної людини, організації або населення

Особа

Психологічні
Духовні
Психологічні
Когнітивні
Сенсорні
Рухові

Заняттєва активність

Заняття
Завдання
Ролі

Середовище

Культурні аспекти
Соціальна підтримка та
соціальний капітал
Освіта та поведінка
Фізичні та природні
(фактори)
Допоміжні методики

Особистий наратив

- сприйняття і значення
- вибір та відповідальність
- відношення та мотивація
- потреби та цілі



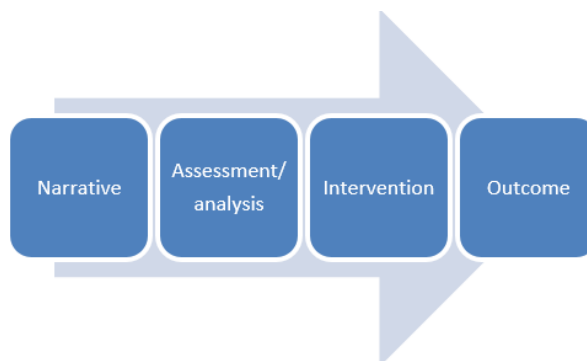
Наратив організації
- місія та історія
- фокус і пріоритети
- зацікавлені сторони та цінності
- потреби та цілі

Наратив популяції
- середовище та поведінка
- демографія та диспропорції
- випадки та поширеність
- потреби та цілі

Рисунок 2: Особа-середовище-заняттєва активність-виконання (Baum et al, 2015)

2.3 Процес ерготерапії у моделі РЕОР

- Модель РЕОР як модель процесу ерготерапії заснована на заняттєвій активності, є клієнтоорієнтованою та базується на доказах (Bass, 2015)
- Модель РЕОР обґрунтовує запитання щодо виконання заняттєвої активності, вказаної особою, організацією чи спільнотою. Йдеться про людей (зі здібностями та обмеженнями) у середовищі (що сприяє та заважає), які прагнуть виконувати заняття, що для них важливі або такі, які від них очікуються (Бас, 2015).
- Як ерготерапевт ви активно співпрацюєте з людиною, організацією чи спільнотою в пошуку рішень для усунення перешкод і досягнення цілей. Ерготерапевти заохочують клієнтів до співпраці у виборі напрямку втручання. Терапевт поважає цінності та норми клієнта, а також те, як клієнт долає складну ситуацію (стратегії подолання).
- Професійне мислення скеровує ерготерапевта у виборі інструментів оцінювання, які можна використовувати, втручань та інструментів оцінки, які можна застосовувати для оцінки втручання.
- Як модель процесу ерготерапії РЕОР підтримує клієнта та ерготерапевта у спільному створенні реалістичного плану. Цей спільний процес прийняття рішень (Квіпер та ін., 2020) залежить від навичок терапевта у формуванні стосунків і постановці правильних запитань, щоб вплинути на мотивацію людини. Крім того, терапевт надає клієнту інформацію про можливі варіанти, необхідні для правильного вибору (Баум, 2015).
- Як модель процесу ерготерапії РЕОР має чотири основні компоненти, які можуть відбуватися одночасно в процесі ерготерапії:
 - розповідь/наратив
 - оцінювання/аналіз
 - втручання
 - результат



Наратив, оцінювання/аналіз, втручання, результат

Рисунок 3: Модель РЕОР



Розповідь/нарратив

Новим аспектом у процесуальній моделі РЕОР є етап розповіді або нарративу, на якому розкривається особиста (життєва) історія людини або історія організації та спільноти. Ви використовуєте бесіди та спостереження, щоб прояснити історію особи, організації чи спільноти, пояснюючи, які питання та потреби має клієнт. Останніми роками нарратив все частіше застосовується в сфері догляду та соціального забезпечення (Болмеср та ін., 2006) і використовується для розуміння заняттєвої активності та значення, яке вона має для людини з точки зору широкого контексту життєвої ситуації (Маттінглі та Фімінг, 1994). Особистісно-орієнтована розповідь стосується унікальної точки зору людини та глибших емоцій, які виникли внаслідок життєвих подій і викликів, з якими людина зіткнулася. Розповідь, що орієнтована на організацію та громаду, стосується унікальної точки зору та історії організації та спільноти. Нарратив містить важливу довідкову інформацію у формі розповіді про те, як людина, організація чи спільнота сприймають минуле, сьогодення та майбутнє, і надає значення вибору, інтересам, цінностям, цілям і бажанням (Басс та ін., 2015).

Через розповідь особи, організації чи спільноти генерується інформація про:

- сприйняття минулого, теперішнього та майбутнього
- відповідність між питаннями та проблемами людини, організації чи спільноти та можливостями ерготерапії

Оцінювання та аналіз

Оцінювання та аналіз пов'язані з виявленням внутрішніх і зовнішніх факторів, які формують можливості (здібності особи та сприятливі фактори середовища) і перешкоди (обмеження особи та бар'єри середовища) щодо повсякденної активності. Проводиться аналіз для опису впливу повсякденної активності, особистих факторів і факторів середовища один на одного і визначення, якою мірою вони сприяють чи перешкоджають заняттєвій участі. На основі цього визначається заняттєва проблема, яка методично описується поетапно. Це призводить до:

- індивідуального плану дій
- виконання плану дій (втручання)
- результату або результативності (результату), що веде до щоденних дій, участі та добробуту.

Втручання

Структура моделі РЕОР сприяє досягненню цілей щодо покращення участі та добробуту в межах виявлених можливостей. Використовуючи модель процесу ерготерапії РЕОР, ви як ерготерапевт гарантуєте, що втручання базується на заняттєвій активності, орієнтоване на особу та базується на доказах. Плануючи втручання та реалізуючи план для організацій та/або спільнот, ерготерапевт може виконувати ті ж кроки, що й у випадку з окремим клієнтом та його системою, але аналіз базуватиметься на конкретній ситуації організації чи населення.

Результат

Для того, щоб вас цінували та сприймали як професіонала та професійну групу, важливо застосовувати втручання, які є ефективними та мають додаткову цінність для клієнта. Важливо повідомити про це фахівців, які скеровують клієнтів до вас, політиків і фінансові організації, такі як медичні страхові компанії.



Модель РЕОР наголошує на необхідності бути компетентним у повсякденній діяльності, щоб забезпечити участь і благополуччя клієнтів. У моделі РЕОР як особисті фактори, так і чинники середовища є важливими в процесі оцінки та втручання в ерготерапії. Як особисті фактори, так і чинники середовища можуть бути можливостями або перешкодами в повсякденній активності. Використовуючи модель процесу ерготерапії РЕОР, стає зрозуміло, як можливості особи та середовища, сприяють повсякденній активності та як обмеження особи та бар'єри середовища перешкоджають повсякденній діяльності. Модель РЕОР починається з розповіді і, таким чином, дає зрозуміти, що початковою точкою є сенс повсякденної активності під час ерготерапевтичного втручання щодо особи та її систему, організації чи спільноти.

2.4 Оцінювання

Спеціальних інструментів оцінювання на основі моделі РЕОР не розроблено. Звичайно, при використанні моделі РЕОР можна застосувати інші відповідні інструменти оцінювання, які використовуються у ерготерапії. Дивіться також навчальну програму 6 щодо інструментів оцінювання.

2.5 Клінічний випадок

Модель РЕОР: Випадок Барбари

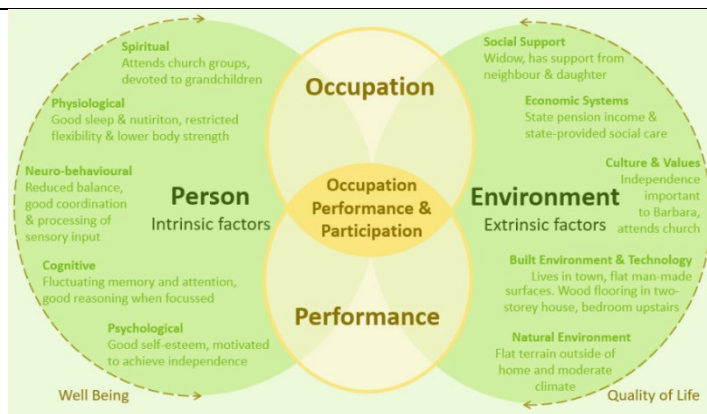
Барбара – 72-річна жінка. Вона вдова, живе сама, але сім'я поруч. Ймовірно, у неї респіраторна інфекція, і вона перебуває в лікарні. Під час перебування в лікарні вона падає і ламає стегно. Їй зробили операцію на кульшовому суглобі, і вона залишилася в гострому ортопедичному відділенні, де її спостерігала реабілітаційна команда, у складі якої був ерготерапевт.

З огляду на дану сферу професійної діяльності мета ерготерапевта полягає у тому, щоб допомогти Барбарі повернутися додому в громаду.

Для отримання необхідної інформації застосовуються такі інструменти оцінювання:

- **САМ-ICU** для швидкої оцінки психічного стану, оскільки пацієнти з переломом стегна старше 65 років є групою високого ризику щодо делірію. Якщо виявлено делірій, направте її до лікаря або медсестри для виявлення основної проблеми, наприклад інфекції грудної клітки, зневоднення або болю.
- **Канадський інструмент оцінки виконання занять (CORM)** для визначення заняттєвих сфер, важливих для Барбари, і її задоволення виконання занять. Якщо Барбара не спроможна самостійно заповнити бланк, CORM можна заповнити за допомогою інших осіб, наприклад членів сім'ї чи медичного персоналу.
- **Шкала Бартел** з аналізом активності щодо миття, одягання, годування, додання сходів і переміщення (робота з фізичними терапевтами та медсестрами).
- Домашнє відвідування з використанням інструменту «БЕЗПЕЧНІШИЙ ДІМ» (SAFER HOME) для оцінки її домашнього середовища, щоб скласти перелік обмежень і ризиків.

При необхідності Барбара може пройти реабілітацію вдома. Це передбачає відвідування пацієнтки фахівцями з реабілітації, з можливістю прокату обладнання та пакетом соціальної допомоги, якщо родина цього потребує.



Заняттєва активність

Виконання занять

Участь

Виконання

Особа

Внутрішні фактори

Духовні

Відвідує церковні групи, проводить час з онуками

Фізіологічні

Гарний сон та харчування, обмежена гнучкість та знижена фізична сила

Нейро-поведінкові

Порушена рівновага, гарна координація та обробка сенсорної інформації

Когнітивні

Коливання пам'яті та уваги, добре мислення при сконцентрованості

Психологічні

Адекватне самосприйняття, вмотивованість до незалежності

Середовище

Зовнішні фактори

Соціальна підтримка

Вдова, має підтримку від сусідів та доньки

Економічні системи

Державний пенсійний дохід та державний соціальний догляд

Культура та цінності

Незалежність важлива для Барбари

Відвідує церкву

Побудоване середовище та технології

Живе у місті, плоскі штучні поверхні, дерев'яна підлога у двоповерховому будинку, спальня на другому поверсі

Природне середовище

Рівнинна місцевість та помірний клімат

Якість життя

Барбара демонструє парез нижньої частини тіла і не може витримувати повну вагу протягом будь-якого часу без болю, але здатна самостійно нарізати, готувати та їсти їжу. З інформації, отриманої за допомогою COPM, Барбара повідомляє, що вона задоволена тим, що не готує гарячу їжу щодня. Вона звикла готувати прості страви, оскільки овдовіла, а гарячі страви їсть лише тоді, коли відвідує доньку. Тому табурет на кухні не потрібний для тривалого стояння. Однак труднощі з вставанням із сидячого



положення через обмеження згинання стегна понад 90° і слабкі м'язи нижньої частини тіла спонукали ерготерапевта запропонувати ходунки для підтримки під час вставання. Ерготерапевт також рекомендувала збільшення висоти ліжка, дивана і унітаза за допомогою адаптивного обладнання. РЕОР модель – Навчання протягом життя з ерготерапевтом.

[РЕОР model – Lifelong Learning with OT \(wordpress.com\)](#)

2.6 Резюме: висновок і перспективи

Модель РЕОР і пов'язану з нею процесуальну модель РЕОР було розроблено як корисний і систематичний інструмент для формування втручання ерготерапії для окремих осіб, організацій та громад. Зміст і модель процесу можна використовувати в будь-якому контексті професійної діяльності ерготерапевта, з людьми різного віку та для всіх можливих потреб. Зосередженість на формуванні нарративу як початку процесу ерготерапії добре відповідає цінності та значенню, яке щоденна активність має для людей.

Ця модель може сприяти підвищеній увазі до роботи з соціальної точки зору. Застосовуючи процесуальну модель процесу РЕОР, орієнтовану на організацію та громаду, стає зрозуміло, що основна сфера ерготерапії може багато чого запропонувати, а також сприяє участі та добробуту всіх громадян для організацій та громад. Використовуючи модель РЕОР ви можете належним чином представити себе як ерготерапевта в різних професійних контекстах і розвивати свою професію.

Модель «Особа-середовище-виконання занять»	
Розробники	Чарльз Крістіансен і Керолін Баум
Походження	Розроблено, щоб підкреслити погляд на виконання занять як взаємодію між особою та її середовищем
Населення	Будь-який вік
Теоретичні основи	<ul style="list-style-type: none"> Загальна теорія систем Теоретики ерготерапії (Хау і Бріггс, Кілгофнер і Берк, Рейлі, Рід) Екологічні теорії Нейроповедінкові теорії Психологічні теорії (особистість, мотивація, цінності, свобода волі)
Концепції та припущення	<ul style="list-style-type: none"> Виконання є результатом складної взаємодії між особою та середовищем, у якому він чи вона виконує завдання та виконує ролі Стадія розвитку впливає на успішність Виконанню сприяють внутрішні чинники (особисті), фактори середовища та значення заняттєвої активності Ерготерапевтичне втручання може полегшити адаптацію людини, коли він або вона стикається з проблемами виконання занять Особисте відчуття компетентності впливає на виконання
Відносини клієнт/терапевт	Важлива активна участь пацієнта; Терапевт як викладач - фасилітатор
Очікуваний результат	Компетентність, виконання занять Розвиток «життєвих навичок» Поліпшення здоров'я та самопочуття
Оцінювання	Оцініть «сильні та слабкі сторони» особи Зверніть увагу на середовище людини



	<p>Може бути формальним, стандартизованим, спостереженням, інтерв'ю</p> <p>Результати повинні бути спрямовані на добробут</p>
Втручання	<ul style="list-style-type: none"> • Використовує модель, орієнтовану на активи • Створює план, орієнтований на клієнта/сім'ю • Має бути унікальним для кожної людини та керуватися цілями клієнтів • Принципи втручання: <ul style="list-style-type: none"> o Використовує заняттєву активність як терапевтичний інструмент o Використовує компенсаторні адаптивні стратегії для подолання внутрішніх дисфункцій (психологічних, когнітивних, фізіологічних, нейроповедінкових) o Змінює фізичне середовище в межах культурних параметрів o Розвиває соціальні мережі o Працює над усуненням бар'єрів, які обмежують виконання занять o Навчає клієнта, сім'ю та інших (наприклад, роботодавців) стратегіям оптимізації виконання занять, зміцнення здоров'я та запобігання вторинним захворюванням

In: Christiansen, C.; Baum, C. (1997) Enabling Function and Well-being, 2nd ed. Slack - USA

3 Модель заняттєвої активності людини (МОНО)

Модель заняттєвої активності людини (МОНО) описує, як людина обирає та виконує повсякденні заняття у своєму середовищі. Кожна активність є результатом взаємодії між мотивацією (волевиявленням), особистими ролями і звичками (звикання) і можливостями (виконавча спроможність) людини та середовищем (середовищем). МОНО приділяє багато уваги розумінню мотивації людей формувати повсякденну активність. (Taylor et al. 2017)



[Model of Human Occupation - МОНО - InfOT - YouTube](#)

3.1 Передумови виникнення МОНО

Модель заняттєвої активності людини (МОНО) було розроблено й описано Гері Кілгофнером у Сполучених Штатах приблизно в 1980 році. Відтоді модель застосовувалася на практиці та розвивалася як в Америці, так і в Західній Європі. У 80-ті роки більшість моделей зосереджувались на (функціональних) розладах. Деякі ерготерапевти визнали, що ерготерапія стала надто стурбована «лікуванням» і усуненням порушень, і хотіли повернутися до початкового фокусу ерготерапії на «заняттєву активність».

На додаток до цих моделей МОНО зосереджувалася на розумінні мотивації клієнта та повсякденної активності.

МОНО можна успішно використовувати в поєднанні з іншими моделями та теоретичними рамками практики. Модель в основному орієнтована на окремих осіб, але все більше уваги приділяється її застосуванню для організацій. Зараз модель існує у п'ятій редакції. Важливими змінами порівняно з попередніми редакціями є вплив середовища на повсякденну активність і менш сильна роль теорії систем у теоретичній основі. Незважаючи на смерть Гарі Кілхофнера в 2010 році, розробка моделі продовжується під керівництвом його партнера Рене Тейлор з Університету Іллінойса в Чикаго.



Visit <http://www.moho.uic.edu/>

3.2 Теоретичний опис моделі МОНО

МОНО - це модель, орієнтована на заняттєву активність, оскільки вона є центральною в ерготерапії.

Модель фокусується на трьох темах:

1. Як щоденна активність спричиняється мотивацією, організується у патерни (моделі) та виконується в середовищі;

2. Як можна вплинути на повсякденну активність (або заняттєві проблеми) внаслідок хвороби, розладів, обмежень та/або особистих факторів чи факторів середовища;
3. Яким чином ерготерапія допомагає людям брати участь у повсякденній та значущій заняттєвій активності, яка приносить задоволення та сприяє їхньому фізичному та емоційному благополуччю.

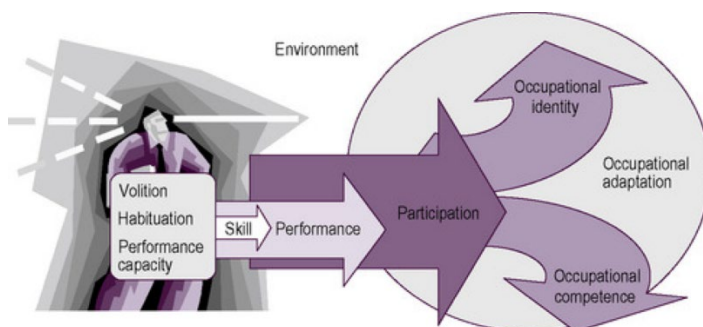
3.2.1 Характеристика моделі

Характеристики моделі:

- Особистісно-орієнтована: зосередження на потребах, перспективах і досвіді людини, в тому числі за допомогою використання життєвих історій або наративу.
- Холістична: розглядає людину як цілісність тіла та розуму, як частину свого середовища.
- Ґрунтується на доказових даних: валідність, позитивний вплив і актуальність МОНО для ерготерапевтичної практики підтверджуються дослідженнями.
- Орієнтована на практичну діяльність: спрямована на застосування на практиці, зокрема шляхом пропозиції інструментів оцінювання, програм втручання та описів клінічних випадків.
- Поважає різноманітність: поважає індивідуальність і культурний контекст кожної людини і застосовується в різних країнах з різними культурами.
- Розроблена, щоб доповнити інші моделі та теорії та підкреслити важливість значущої заняттєвої активності.

3.2.2 Структура та опис МОНО

МОНО представляє людину, яка складається з взаємопов'язаних компонентів: волевиявлення, звикання та виконання. Компоненти впливають один на одного та на середовище, таким чином формуючи заняттєву активність людини. Окрім внутрішніх процесів, МОНО розрізняє навички, виконання занять та участь. Це призводить до розвитку заняттєвої ідентичності, заняттєвої компетентності та заняттєвої адаптації.



Середовище

Волевиявлення

Звикання

Здатність до виконання

Уміння

Виконання

Участь

Заняттєва ідентичність

Заняттєва адаптація

Заняттєва компетентність



Рисунок 4: Модель МОНО (Kielhofner, 2008)

1. Людина

Волевиявлення, звикання та виконавча здатність стосуються мотивації людини. Волевиявлення має великий вплив на заняттєву активність людей. Волевиявлення впливає на те, як люди сприймають світ з можливостями та викликами, що він представляє, а також на те, як вони відчують своє життя та сприймають себе. Думки та почуття людини завжди впливають на мотивацію щоденної активності: «як у мене це виходить?» (особиста причинність – ефективність – *прим.редакторки*), «наскільки я вважаю важливим це робити?» (цінності), «скільки задоволення я отримую від цього?» (інтереси).



Думки та почуття відносно себе як діяча у власному світі

Особиста причинність/ефективність
почуття компетентності та ефективності

Цінності

Що важливо та доцільно робити?

Інтереси

Що приємно та дає задоволення робити?

Рисунок 5: Волевиявлення (Kielhofner, 2008)

Волевиявлення або мотивація - це динамічний і циклічний процес передбачення, прийняття рішень, переживання та інтерпретації. Інтереси, цінності та особиста причинність людини впливають на те, як вона передбачає повсякденну активність. Люди схильні помічати у своїй ситуації те, що відповідає їхнім здібностям, що вони вважають важливим і що їх цікавить. Передбачаючи, людина створює очікування щодо своєї щоденної активності. На основі цих очікувань людина робить вибір і вирішує, що робити. Під час виконання занять ми отримуємо різний досвід: ми знаходимо їх більш-менш приємними, ми відчуваємо більшу чи меншу впевненість у їх виконанні. Цей досвід впливає на те, як ми ставимося до якості нашого життя. Хороший баланс між тим, чого ми хочемо, і нашим досвідом того, що ми робимо, і як ми це робимо, сприяє задоволенню, яке ми відчуваємо.

Особиста причинність, цінності та інтереси сильно впливають на нашу інтерпретацію того, що ми зробили, і наш досвід цього, або значення, яке ми надаємо тому, що ми зробили. Досвід під час терапії також є критичним фактором для того, якою мірою людина отримує користь від терапії.

Мотивація людини виконувати повсякденну активність формується динамічною взаємодією між цими трьома елементами: уявлення людини про власну особисту причинність, цінності, інтереси. Особиста причинність (відчуття ефективності – *прим.редакторки*) - це внутрішній образ, який хтось має про власні можливості для здійснення активності. Він формується через усвідомлення особистих здібностей у фізичній, інтелектуальній та соціальній сферах (відчуття особистих можливостей) і відчуття ефективності (самоефективності).

Цінності стосуються переконань людини щодо того, що робити правильно та важливо. Вони надають сенс заняттєвій активності та висувають вимоги до того, як людина хоче виконувати цю активність. Цінності тісно пов'язані з культурою різних груп, до яких належить особа: що має значення в культурі кожної групи, які очікування щодо виконання повсякденних занять, які амбіції бажані в цьому культурному середовищі?

Цінності впливають на почуття власної гідності, яке людина отримує від виконання певної активності.

Інтереси стосуються того, що людина любить робити і в чому вона знаходить задоволення. Кожна людина має власну модель інтересів: модель уподобань щодо діяльності, яка виникає з досвіду.

Особиста причинність, цінності та інтереси тісно пов'язані: люди люблять бути вправними в тому, що для них важливо, і часто люблять робити те, що добре вміють. Через взаємодію цих елементів людина формує модель думок і почуттів про себе як про заняттєву істоту у світі. Протягом життя кожна людина розвиває унікальну особисту історію заняттєвої активності, досвіду та роздумів, які впливають на мотивацію. Люди пережили досвід і дізналися, що вони можуть робити, а що ні (особиста причинність), виявили, що їм подобається робити (інтереси), і сформували переконання щодо того, що вони вважають важливим і значущим робити (цінності).

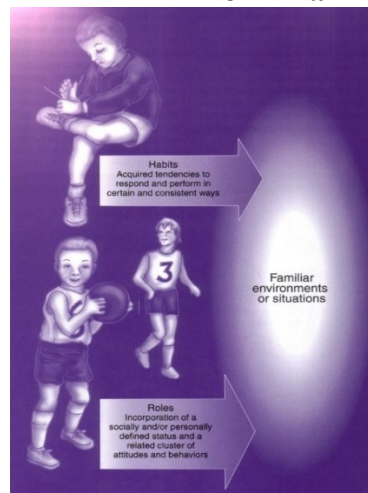
Взаємодія між цими елементами волевиявлення є основою вибору заняттєвої активності. Це можуть бути свідомі рішення щодо повсякденної активності, спрямованої на короткий термін (вибір активностей), як-от спільний обід, відвідування лекції... Крім того, добре обдуманий вибір робиться для заняттєвої активності, яка вимагає довгострокових зобов'язань або зобов'язань (вибір занять та заняттєвих ролей), таких як вибір освіти чи народження дітей.

2. Звикання

Для виконання багатьох наших повсякденних справ нам не потрібно розмірковувати. Ми виконуємо їх у рутинний, звичайний спосіб: звична ранкова рутина одягання та сніданку, звична поїздка на роботу чи школу. У нас є певна послідовність виконання таких занять, яка може відрізнятися між буднями та вихідними.

Звикання забезпечує своєрідну схему (внутрішню готовність) до виконання повсякденної активності. Ми виконуємо деякі дії у певний спосіб, який ми опанували через повторення. Ці процедури дозволяють нам виконувати діяльність ефективно та без надмірних витрат енергії.

Відповідно до МОНО, звикання визначається **звичками** та **ролями**.



Знайоме середовище або ситуації
Звички



Набуті тенденції реагувати та діяти певним та послідовним чином
Ролі

включення соціально та/або особистісно визначеного статусу та відповідного кластера ставлення та поведінки

Рисунок 6: Звикання (Kielhofner, 2008)

Звички — це більш-менш фіксовані моделі поведінки, які формуються шляхом повторення, завдяки чому повсякденні заняття виконуються певним послідовним чином у знайомому середовищі чи ситуації. Через свої звички ми сприймаємо своє життя як звичне.

Вони по-різному впливають на нашу щоденну заняттєву активність, визначають спосіб виконання рутинних дій, регулюють наше використання часу. Вони теж особистісні: типові для певної людини. Звички здебільшого автоматизовані й не потребують свідомих зусиль. Це дозволяє нам приділяти увагу іншим речам.

У нас різні ролі залежно від соціальних груп, до яких ми належимо, і для цього ми постійно пристосовуємося до норм групи та реакції інших. Кожна роль має свої звички. Наш соціальний статус помітний у кожній ролі. Ідентифікація з роллю означає інтерналізацію вашої особистої інтерпретації ролі, а також того, що суспільство групи очікує від вас. Тут також простежуються ролі. Кожна людина має кілька ролей, які часто змінюються протягом життя. Ролі засвоюються в процесі соціалізації. Ролі пов'язані з відповідною поведінкою, одягом, використанням мови... Подумайте, наприклад, про роль реабілітаційного пацієнта, ІТ-спеціаліста, перукаря, ерготерапевта та студента. Ви ототожнюєте себе з ролями, які є важливими для вас і вашого середовища, і ви поводитесь і дієте так, як очікують інші, а також ви самі. Ці очікування частково явні, частково неявні та тісно пов'язані з культурою. Роль сина вимагає від батьків певної поведінки та певних моделей занять, які можуть змінитися, якщо, наприклад, батьки стають уразливими, а син стає неформальним опікуном. Роль стажера або службовця вимагає від вас вчасно приходити на роботу і дотримуватися домовленостей.

3. Виконавча здатність

визначається фізичними та розумовими здібностями особи, які роблять можливим щоденну заняттєву активність. З одного боку, це **об'єктивні показники здатності**, сила м'язів, чутливість, координація та виконавчі функції. З іншого боку, кожна людина має своє **суб'єктивне переживання** своїх здібностей та спроможності. Важливо звернути увагу на суб'єктивний досвід у терапії, оскільки він розкриває багато про виконавчу здатність та (пережиті) обмеження в ній. Наприклад, коли ми їздимо на велосипеді, наше тіло може викликати у нас приємне відчуття прискорення або докладання зусиль, щоб рухатися вперед за сильного зустрічного вітру.



Процесуальні навички

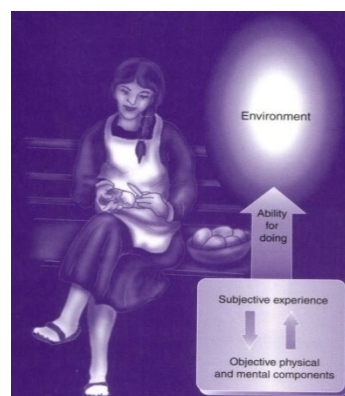
Рухові навички

Навички спілкування/соціальної взаємодії

Рисунок 7. Компоненти виконавчої здатності (Kielhofner, 2008)

4. Середовище

Між людиною та середовищем завжди існує взаємодія. Більшість людей виконують повсякденну заняттєву активність у різних середовищах: удома, по сусідству, на роботі, в магазинах, у спортзалі... Навколишнє середовище впливає на те, що люди роблять і як вони це роблять: аспекти середовища висувають вимоги до повсякденної активності, підтримують її або перешкоджають їй. Те, як це впливає на повсякденну діяльність, залежить від людини та її цінностей, інтересів, особистої причинності, звичок, ролей і виконавчої здатності. Елементи середовища пропонують можливості і ресурси, які роблять можливим вибір у повсякденній діяльності. Наприклад, вода дає можливість поплавати. Вимоги середовища можуть спричинити у людини максимальний рівень виконання або продуктивність, але водночас можуть викликати незацікавленість чи нудьгу (наприклад, якщо середовище ставить вимоги нижче рівня можливостей людини). Страх і зневіра можуть виникнути, коли оточення ставить занадто високі вимоги до людини. Одне й те саме середовище може бути великим викликом для однієї людини, або не викликати зацікавленості у іншій. Сукупність можливостей, ресурсів, вимог і обмежень середовища називається впливом середовища.



Середовище

Здатність до діяльності

Суб'єктивний досвід

Об'єктивні фізичні та психічні компоненти

Рисунок 8: Середовище (Kielhofner, 2008)



В середовищі людини можна виділити три виміри:

Матеріальне середовище: простір, де виконується заняттєва активність (побудоване середовище чи природа), об'єкти, які використовуються, включаючи інструменти та допоміжні технології, доступність (фізична доступність, доступність інформації, цифрова доступність) і безпека середовища.

Соціальне середовище: присутність важливих людей, таких як сім'я, друзі, сусіди, колеги, якість стосунків з іншими, ставлення та манери спільноти та суспільства.

Заняттєве середовище: наявність заняттєвої активності, яка відповідає інтересам, ролям, здібностям і культурним уподобанням особи; якості цієї заняттєвої активності, тобто структура, гнучкість, безперервність і відповідність культурі; а також фінансування та політичний вплив на доступність активності.

Кожна людина відчуває вплив свого середовища на різних рівнях: безпосередньому, локальному та глобальному. Безпосередній рівень стосується, наприклад, домашнього середовища, робочого місця, у навчальній або процедурній кімнаті в реабілітаційному центрі. Локальний рівень стосується громади, у якій хтось проживає, спортивного комплексу чи супермаркету. Глобальний рівень – це система соціальних послуг, охорони здоров'я, ставлення суспільства до людей з інвалідністю. Фізичне, соціальне та заняттєве середовище присутні на кожному рівні. Культурні аспекти є частиною кожного виміру середовища. Те, як це впливає на повсякденні заняття, залежить від людини та її цінностей, інтересів, особистої причинності, звичок, ролей і виконавчої здатності.

3.2.3 Рівні повсякденної активності: навички, виконання занять та участь

Повсякденна заняттєва активність стає помітною у діяльності, пов'язаній з роботою, навчанням чи грою, у активності для відпочинку чи ігор, а також активність повсякденного життя. У активності, яку можна спостерігати, МОНО виділяє три рівні: навички, виконання занять та участь.

Навички (заняттєві навички) — це рухові, процесуальні та навички соціальної взаємодії, необхідні для виконання занять. Вони є будівельним блоком реалізації заняттєвої активності. Це видимі цілеспрямовані дії під час виконання, такі як дотягування до предмета в шафі та його хапання, вибір відповідних предметів і матеріалів для виконання занять, реагування на невербальні сигнали під час спільної роботи. У навичках використовуються основні здібності та функції.

Виконання повсякденних занять (виконання занять) стосується виконання активностей, які утворюють узгоджене ціле, таких як одягання, здійснення покупок, фізичні вправи. Ролі та звички відіграють важливу роль у виконанні занять. Виконання також визначається характеристиками завдання та впливом середовища: воно вимагає використання предметів і простору та роботи зі стимулами в навколишньому середовищі (наприклад, люди, звуки, світло).

Участь (заняттєва участь) означає участь у суспільстві через виконання значущих ролей і пов'язану з ними щоденну діяльність, наприклад, волонтерство та навчання в



початковій школі. Ця участь у суспільстві має особисте та соціальне значення та важлива для благополуччя людини.

3.2.4 Виміри виконання занять: заняттєва ідентичність, заняттєва компетентність та заняттєва адаптація

У відповідь на життєві події чи виклики люди змінюються, щоб завдання та заняття, які вони виконують, сприяли їхньому благополуччю. Таким чином, заняттєва участь веде до заняттєвої адаптації протягом життя.

Заняттєва адаптація складається з двох компонентів: заняттєвої ідентичності та заняттєвої компетентності.

Від народження люди взаємодіють з навколишнім середовищем і розвивають своє волевиявлення, мотивацію, звикання та виконавчу здатність. Завдяки участі в суспільстві людина формує заняттєву ідентичність і компетентність з часом, оскільки людина розвивається і реагує на зміни в житті, включаючи негаразди, хвороби або обмеження. Більшість людей у певний момент свого життя відчуватимуть проблеми з адаптацією до заняттєвої активності, які вимагають коригування ідентичності та компетентності.

Заняттєва ідентичність — це суб'єктивне бачення себе як людини, якою ти є і хочеш стати (через заняття і активності, до виконання яких людина залучається — *прим.редакторки*), яке люди будують через дії та переживання протягом свого життя. Побудова заняттєвої ідентичності починається з самопізнання своїх минулих здібностей та інтересів і поширюється на ціннісне бачення майбутнього, якого бажає людина. Ідентичність стосується опису себе, який включає ролі та стосунки, цінності, самооцінку, особисті бажання та цілі.

Волевиявлення (мотивація), ролі та звички та суб'єктивний досвід інтегровані в заняттєву ідентичність.

Заняттєва участь (наприклад, наявність роботи та спілкування з колегами) сприяє формуванню ідентичності. Розповідь історії життя (заняттєвий наратив) надає зв'язності та сенсу волевиявленню, звиканню, виконавчій здатності та середовищу та сприяє формуванню заняттєвої ідентичності.

Заняттєва компетентність - це ступінь, в якому людина має заняттєву модель поведінки, яка відповідає її заняттєвій ідентичності. Компетентність пов'язана із втіленням ідентичності у активність.

Заняттєва компетентність включає:

- задоволення власних очікувань щодо ролей, цінностей і стандартів заняттєвої активності
- дотримання розпорядку дня, який дозволяє людині брати на себе обов'язки
- брати участь у різноманітних повсякденних справах, які забезпечують відчуття власних здібностей, контролю, задоволення та реалізації
- дотримання власних цінностей і вжиття заходів для досягнення бажаних результатів у житті.



Компетентність починається з організації щоденного життя для виконання простих обов'язків і особистих стандартів, а потім поширюється на виконання рольових зобов'язань і досягнення повноцінного способу життя.



3.3 Процес ерготерапії в МОНО

Кілгофнер визначає терапевтичне мислення як спосіб, у який ерготерапевти використовують теорію, щоб зрозуміти клієнта, працювати з ним для створення, впровадження та оцінки плану втручання.

Уточнення проблеми

Крок 1: Створіть запитання для процесу професійного мислення та використовуйте їх у роботі з клієнтом. Основою ефективного втручання є стосунки між клієнтом і ерготерапевтом, у яких ерготерапевт вчиться розуміти клієнта. Концепція МОНО дозволяє клієнту та ерготерапевту подумати про те, які питання вони мають для процесу збору інформації щодо питань про заняттєву активність людини. На малюнку нижче показано сім загальних питань, що ґрунтуються на теорії МОНО. Ерготерапевт може використати їх з клієнтом, щоб прояснити заняттєву проблему.

Це створює у клієнта та ерготерапевта враження про сильні та слабкі сторони (проблеми) заняттєвої активності. Наприкінці цього кроку вони також роблять висновок, які аспекти кроку 2 потребують подальшого аналізу.

Крок 2: Зберіть інформацію з клієнтом та про клієнта

На основі висновків, зроблених клієнтом і ерготерапевтом на першому етапі, ерготерапевт використовує структуровані та неструктуровані інструменти оцінювання на цьому кроці, щоб отримати додаткову інформацію про конкретні аспекти заняттєвої активності.

Крок 3: Сформулюйте пояснення заняттєвої проблеми клієнта враховуючи сильні та слабкі сторони.

Ерготерапевт максимально залучає клієнта до пояснення його основної заняттєвої проблеми. На цьому третьому кроці вони спільно аналізують інформацію з кроку 2. Ерготерапевт поєднує цю інформацію зі своїми знаннями теоретичних концепцій МОНО.

Метою цього кроку є створення нових ідей як основи для бажаних змін.

Втручання

Крок 4: Встановіть цілі та сплануйте стратегії залучення клієнтів до втручання.

На цьому етапі клієнт і ерготерапевт визначають цілі, разом вони вивчають, які аспекти заняттєвої участі допоможуть клієнту досягти змін, і вони спільно вирішують, які стратегії втручання необхідні. Таблиця професійного мислення (Kielhofner, 2008) містить багато прикладів можливих змін, вимірів заняттєвої участі та стратегій втручання у зв'язку з вимогами клієнтів. Необхідно, щоб ерготерапевт спілкувався та співпрацював з клієнтом для розробки плану терапії; зрештою, успіх терапії залежить від готовності клієнта прийняти запропоновані цілі та стратегії. Ерготерапевт може вибрати одну з наступних стратегій втручання (Kielhofner, 2008):

- підтвердження: підтвердження поваги до досвіду та точки зору клієнта;
- визначення: роз'яснити клієнту його можливості, а також фактори в його середовищі, які сприяють його активності та участі;
- надання зворотного зв'язку: поділіться думками щодо заняттєвої проблеми клієнта, щоб він отримав більше розуміння своєї проблеми або отримав можливість порівняти різні погляди на потенційні рішення (у цьому випадку стосується волі/волевиявлення);
- консультування: консультування щодо реалістичності та бажаності цілей та можливих методів досягнення цих цілей. Кілгофнер розглядає консультування як частину спільного прийняття рішень клієнтом і терапевтом. Важливо, щоб ерготерапевт добре розумів волевиявлення клієнта, наприклад, щоб знати, що заважає клієнту прийняти певні рішення;



- обговорення: активне обговорення ситуації з клієнтом, щоб мати спільну точку зору або згоду щодо того, що клієнт хоче зробити;
- структурування: пропозиція орієнтирів для прийняття рішень, наприклад, пропонуючи альтернативи, встановлюючи обмеження, даючи правила для методів роботи;
- коучинг: інструктаж, демонстрація, навчання, вербальні інструкції, фізичне скерування, коли клієнт вивчає нові способи поведінки або вдосконалює свої навички через навчання;
- заохочення: забезпечувати емоційну підтримку клієнта щодо його дій;
- надання фізичної підтримки: пропозиція фізичної підтримки, щоб клієнт міг успішно виконати завдання у разі відсутності рухових навичок.

Крок 5: запровадити та контролювати план втручання.

На цьому етапі ерготерапевт і клієнт реалізують план втручання. При цьому ерготерапевт уважно стежить за процесом, в тому числі спілкуючись про це з клієнтом. Цілком можливо, що можуть виникнути нові ситуації або може стати доступною нова інформація, що вимагатиме коригування розуміння клієнтом ситуації або плану терапії. Нова інформація, звичайно, також може підтвердити обраний план втручання.

Оцінка

Крок 6: зберіть інформацію для оцінки результатів.

Визначити результати терапії можна за допомогою:

- запитати у клієнта, наскільки він досяг своїх цілей;
- повторити структуроване оцінювання, щоб визначити, наскільки покращилися бали клієнта.

Можливе використання обох методів у поєднанні.

Ці шість кроків у процесі професійного мислення не завжди чітко дотримуються певної послідовності. Під час визначення заняттєвої проблеми, впровадження втручання та оцінки ерготерапевту може знадобитися повернутися до попереднього етапу, якщо виникне нове запитання.

3.4 Оцінювання

Для того, щоб зрозуміти людину, її цінності, інтереси, особисту причинність і здібності, ролі, звички та досвід у повсякденній заняттєвій активності в середовищі, звичному для людини, існують різні інструменти оцінювання МОНО. Ці інструменти можуть допомогти ерготерапевту в методичному зборі більш глибокої інформації.

Отримана інформація аналізується, щоб як клієнт, так і терапевт добре зрозуміли заняттєві проблеми людини. Цілі встановлюються спільно з клієнтом і так само обираються стратегії втручання в ерготерапії. Інструменти оцінювання можна використовувати повторно після втручання для визначення результатів терапії.

Інструменти оцінювання, що ґрунтуються на МОНО, є холістичними (розглядають клієнта в цілому – *прим.редакторки*) та дають змогу зрозуміти, як різні компоненти впливають один на одного.

Більшість перевірених, стандартизованих і напівструктурованих інструментів оцінювання МОНО доступні (за окрему плату) на веб-сайті Університету Ілліноїса в Чікаго МОНО-IRM (uic.edu)

Кілгофнер розрізняє чотири типи інструментів оцінювання:

- спостереження
- самозвіт або самооцінка, в якій перспектива клієнта є центральною
- (напів)структуровані інтерв'ю
- поєднання методів



3.5 Клінічний Випадок

Модель МОНО: Клінічний випадок Майка (Історія Майка Ленартса)

За наполегливою порадою своєї дружини Міке Майк Ленартс (37 років) звернувся до ерготерапевта. Майк і Міке виявляють, що баланс у їхньому сімейному житті втрачено, оскільки Майк є все менше і менше активним після автомобільної аварії вісім місяців тому. Через стійкі когнітивні та рухові обмеження в результаті набутої черепно-мозкової Майк вимушений визнати, що більше не може працювати автомеханіком. Їхня донька Яна часто запитує Майка, коли він знову буде тренувати її футбольну команду. Поки що відповідей немає; Майк весь день сидить на дивані.

Майк фактично більше не впізнає себе і не бачить, як він може змінити своє життя.

Особиста причинність

Майк мало впевнений у власних силах через свої обмеження. Міке помічає, що Майк напружений і уникає занять, які, на його думку він спроможний виконати.

Майк все частіше просить про допомогу, що, на думку Міке, робить його надмірно залежним. Останнім часом це все більше напружує їхні стосунки.

Інтереси

До аварії Майк із задоволенням займався спортом: двічі на тиждень він брав участь у інтенсивних тренуваннях в парку їхнього рідного міста і завжди викладався на усі сто. Тепер, коли він більше не може цього робити, його інтерес до спорту значно зменшився. Зараз він в основному дивиться гонки Формули-1, але це не приносить йому задоволення.

Старі моделі поведінки (рутини)

Майк розуміє, що зараз не може бути тим партнером і батьком, яким хоче бути. Його ролі як працівника та тренера зникли. Через свої обмеження він більше не може виконувати свої повсякденні заняття відповідно до старих моделей поведінки. Йому доводиться думати майже про все.

Вимоги середовища

Міке та Яна — найважливіші люди в оточенні Майка. Сама Міке відчуває необхідний тиск через те, що вона перекваліфікувалася на медсестру після банкрутства її спеціалізованого магазину чоловічого одягу під час карантину через COVID-19. Вона хоче, щоб Майк зараз займався покупками та приготуванням їжі. Майк не наважується; він вважає, що це є занадто амбітним завданням для нього. Тренування футбольної команди Яни з батьками також здаються йому занадто складним завданням.

План підходу до втручання

Разом з Майком ерготерапевт склав план дій з метою спонукання Майка до активності, в тому числі поза завданнями, які безпосередньо стосуються його сім'ї. Ерготерапевт розробив новий розподіл обов'язків у сім'ї, з яким могли б погодитися і Майк, і Міке.

Важливим акцентом у плані терапії є посилення його особистої причинності: ерготерапевт обговорює з Майком, що принесло йому радість від тренувань футбольної команди доньки. Разом вони знаходять альтернативу, а саме роль «читаючого батька» у класі Яни, і далі Майк з гордістю розповідає усім про цю роль;

Майк вивчає стратегії компенсації своїх обмежень, що дозволяє йому готувати прості гарячі страви. Покращення його навичок щодо виконання занять також підвищує його особисту причинність;

Майк відновлює фітнес-тренування в тренажерному залі, де особистий тренер підтримує його робити це відповідно до його поточних можливостей. Він також насолоджується відновленням спілкування з іншими у цьому середовищі;



Ерготерапевт навчає Майка розпізнавати та справлятися зі стресом під час виконання повсякденних занять;

Крім того, впроваджуються втручання, спрямовані на відповідне пристосування вимог середовища до Майка:

Міке отримує інформацію про набуту черепно-мозкову травму і отримує більше розуміння наслідків можливостей і обмежень Майка стосовно його щоденної активності.

Вони обговорюють спільні очікування щодо розподілу повсякденних занять.

Замість здійснення покупок у магазині вони тепер купують продукти з доставкою додому.

Разом з Майком ерготерапевт інформує вчителя своєї доньки про власні можливості та потребу у вільному просторі та невеликій групі дітей (для своєї волонтерської діяльності в школі - *прим. редакторки*).

Van Hartingsveldt, M., Kos, D. & M. le Granse (2023). *Grondslagen van ergotherapie*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum



3.6 Підсумок МОНО

Модель заняттєвої активності людини (МОНО) - це модель, яка може бути застосована до будь-якої особи чи спільноти, які мають проблеми із виконанням повсякденної заняттєвої активності. Велику увагу модель приділяє мотивації до щоденної активності. Модель описує, як мотивується, організовується (за моделями) і виконується заняттєва активність. МОНО розрізняє три взаємопов'язані компоненти особистості: волевиявлення, звикання та виконавча здатність. Ці компоненти у взаємодії з середовищем формують основу заняттєвої активності. У заняттєвій активності виділяють три рівні: навички, виконання занять і участь. Пристосування або адаптація повсякденної активності виникає внаслідок розвитку заняттєвої ідентичності та заняттєвої компетентності людини. МОНО базується на теорії систем. З цієї точки зору, зміна щоденної поведінки є динамічним процесом, який включає одночасні та взаємодіючі зміни в (компонентах) людини, середовища та відносин між ними.

Модель заняттєвої активності людини	
Розробники	Гері Кілгофнер (Gary Kielhofner)
Витоки	Під впливом розробок на тему заняттєвої поведінки в Університеті Південної Каліфорнії та магістерської дисертації Гері Кілгофнера, яка була вдосконалена/доопрацьована разом з Дженіс Берк і Синтією Херд Ігі для публікації 1980 року. Роан Берріс і Енн Невілл-Джен разом із багатьма іншими брали участь у першому виданні підручника. До другого видання долучилися двадцять дві людини.
Вік цільової групи	Будь-якого віку
Теоретичні основи	<ul style="list-style-type: none"> • Теорія систем • Теоретики ерготерапії (Рейлі, Шеннон, Нельсон) • Екологічні теорії (Гібсон, Лоутон) • Теорії особистості (Селігман, Олпорт, Маслоу)
Концепції та припущення	<ul style="list-style-type: none"> • Заняттєва активність людини: «виконання культурно значущої активності, ігор або повсякденних завдань у потоці часу та в контексті свого фізичного та соціального світу» • Зміна пов'язана із внутрішньою організацією особи (наприклад, ріст, збільшення сили, набуття навичок) або нових умов середовища. • Компонент (система) моделі «людина» є динамічною, мінливою, відкритою системою, що складається з трьох підсистем: волевиявлення, звикання, виконавча здатність щод розуму, мозку, тіла. • Ці компоненти влаштовуються (самоорганізуються) відповідно до вимог ситуації, якої вони стосуються; кожен вносить різні, але додаткові функції в роботу всієї системи. • Середовище впливає на заняттєву поведінку.



	<ul style="list-style-type: none"> Виконання занять : «значуща послідовність дій, у якій людина реалізовує заняттєву форму» (Kielhofner, 1995, стор. 113), використовуючи рухові, процесуальні навички та уміння та навички соціальної взаємодії. Заняттєва дисфункція: інвалідність призводить до втрати сенсу життя або неможливості включити себе до «особистого наративу» з надією, баченням можливостей, враховуючи втрату/обмеження звичок і ролей; дисфункція виникає, коли люди не використовують свої можливості розумним чином, щоб відповідати розумним очікуванням суспільства, і коли поведінка негативно впливає на цілісність людської системи.
Стосунки між клієнтом і терапевтом	Детально не досліджено, окрім зауваження, що збір даних має бути інтерактивним.
Очікуваний результат	Розробити теорію обставин окремого пацієнта на основі інтерв'ю, структурованих оцінок і ситуаційних засобів. Уможливити процес адаптації та мінімізувати вплив порушень.
Оцінювання	<p>Процес оцінювання є інтерактивним із клієнтом, аналітичним і ставить запитання у трьох основних сферах:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Організація людської системи – сильні та слабкі сторони клієнтів 2. Вплив середовища – як воно уможлиблює заняттєву поведінку або обмежує її. 3. Системна динаміка – оцінювання умінь і навичок, продемонстрованих під час виконання занять у своєму середовищі.
Втручання	<p>Принципи розробки програми:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Сприяння самоорганізації. 2. Використання заняттєвих форм як контексту для змін (заняттєва форма – це типовий спосіб виконання певного заняття, прийнятний у певному культурному контексті – <i>прим. редакторки</i>) 3. Використання середовища як контексту для розвитку заняттєвої активності. 4. Втручання на усіх етапах континууму функціонування: <ol style="list-style-type: none"> a. Мета — підтримати зміни або реорганізацію. b. Врахування того, що одним з основних інструментів, який мають у своєму розпорядженні терапевти, є зміна відповідного середовища, щоб підтримати або прискорити зміни в системі людини. в. Терапія зосереджена на заміні релей і використовує значущі заняттєві форми для зміни навичок.



4 Канадська модель виконання занять та залучення (СМОР-Е)

Ерготерапевти Канади є великими новаторами в ерготерапії. Приблизно у 2000 році вони дали поштовх розвитку особистісно-орієнтованій роботі (особистісно-орієнтованій практиці). Канадська модель виконання занять та залучення (СМОР-Е) (Полатайко та ін., 2013) і канадська рамка процесу практики (CPPF) (Крейк та ін., 2013) широко вивчаються у освітніх курсах ерготерапії. Наразі канадійці бачать, що ерготерапія може зробити цінний внесок у початок соціального перетворення та мінімізації соціальної нерівності (Фейріс та ін., 2019; Ірвін Браун та ін., 2020). Вони більше зосереджуються на людині у її зв'язку з іншими, ніж власне на людині (Ірвін Браун та ін., 2020; Рестал та Іген, 2021). Це буде відображено в спеціальних моделях. Майбутнє визначить, чи скористаємося ми цією інформацією у нашій щоденній діяльності, щоб зміцнити наше суспільство.



[Canadian Occupational Performance and Engagement Model - InfOT - YouTube](#)

4.1 Передумови СМОР-Е

У 1997 році Канадська асоціація ерготерапевтів (САОТ) представила Канадську модель виконання занять (СМОР) (САОТ 1997). У цій роботі САОТ зосередилася на основній сфері ерготерапії: виконанні заняттєвої активності та клієнтоцентричності. СМОР описує виконання повсякденної активності (виконання занять) як динамічну взаємодію особи (особи), заняттєвої активності (занять) та середовища (середовища). Автори описали виконання занять наступним чином:

«Виконання занять стосується здатності обирати, організовувати та задовільно виконувати значущі заняття, які є культурно визначеними та відповідають віку, щоб піклуватися про себе, насолоджуватися життям і робити внесок у соціальну та економічну структуру громади (САОТ 1997)».

Завдяки СМОР центр уваги перемістився від розширення можливостей клієнта (функціональної спроможності – прим. редакторки) до забезпечення повсякденної заняттєвої активності та участі. Втручання також чітко зосереджуються на середовищі (Таунсенд 2002). У 2007 році СМОР було розширено до СМОР-Е (Таунсенд та Полатайко, 2013), де «Е» означає “engagement” - залучення. Ця зміна дає зрозуміти, що бачення здоров'я, благополуччя та справедливості через повсякденну активність не обмежується реалізацією заняттєвої активності (виконанням занять). Залучення до повсякденної активності (заняттєве залучення) також є важливим аспектом участі людей і є набагато ширшим поняттям, ніж фактичне виконання занять. Залучення передбачає участь у чомусь, що ви здійснюєте самі, але також у тому, що робите з іншими, або в тому, що робить хтось інший (і при цьому ви є свідком – прим. редакторки). Мова йде про те, щоб враховувати те, що може зробити хтось інший, подумати про те, що ви хочете зробити, поміркувати над тим, що ви зробили наодинці чи з кимось іншим, і так далі. Таким чином, залучення йде набагато далі, ніж виконання занять.

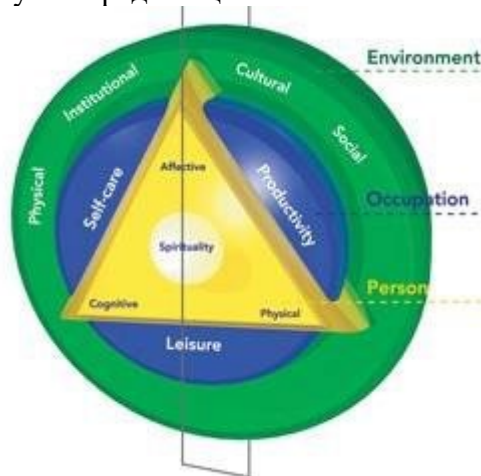
Люди можуть відчувати більше чи менше залучення під час повсякденної активності, вони можуть бути повністю поглинуті активністю, або вони можуть нудьгувати та відволікатися під час виконання занять (Джонсон 2008). Крім того, люди часто залучені до повсякденної активності, фактично не виконуючи цю діяльність. Подумайте про футбольний матч, де двадцять два футболісти фактично грають у футбол і де тисячі

людей залучені до перегляду. Люди також можуть отримувати значення і сенс від участі в повсякденній активності іншого (Полатайко та ін. 2013).

4.2 Теоретичний опис СМОР-Е

4.2.1 Концепції СМОР-Е

Канадська модель виконання занять та залучення (СМОР-Е) описує погляд ерготерапії на уможливлення повсякденної активності через чотири концепції особи, заняттєвої активності, плину життєвого шляху та середовища.



Середовище

Заняттєва активність
Особа

Фізичне Інституційне Культурне Соціальне
Самообслуговування Продуктивність Дозвілля
(у трикутнику): Духовність (в середині)
Афективний Когнітивний Фізичний

Малюнок 9: Компоненти СМОР-Е (САОТ, 2002)

Особа

У СМОР-Е особа — це людина з внутрішнім духовним і соціокультурним досвідом і спостережуваними компонентами, які стосуються виконання занять. На малюнку особа зображена у формі трикутника і охоплює духовні, емоційні, когнітивні та фізичні можливості, які безпосередньо пов'язані з душею, розумом і тілом.

Духовність

Духовність як центральне ядро особистості є унікальною для СМОР-Е. Духовність стосується сенсу або мети життя (Браун, 2019; Шел & Гилен, 2019). Інші поняття, пов'язані з духовністю, включають: надію та довіру, мету життя, силу, альтруїзм, зв'язок, безумовну любов, віру та релігійне поклоніння (МакКолл, 2011). Духовність живе в людині, вона також формується середовищем і надає сенс щоденній заняттєвій активності (САОТ, 2002). За Хасселкусом (2011), повсякденна активність є вираженням духовності, з одного боку, і духовність є джерелом мотивації для повсякденної активності, з іншого боку. Визнання людей духовними істотами означає визнання їхніх внутрішніх цінностей і повагу до їхніх переконань, цінностей і цілей. Як ерготерапевт, ви вступаєте в контакт з духовністю, якщо хочете зрозуміти досвід людини та значення,



яке щоденна заняттєва активність має для цієї людини. Важливо, щоб ви усвідомлювали свої власні духовні цінності, різні духовні концепції та те, як вони пов'язані із загальними принципами професійної допомоги, такими як альтруїзм (Хемфіл, 2019). Ви досліджуєте чиюсь духовність, слухаючи клієнта та обговорюючи з ним його життя і разом розмірковуючи про щоденні дії, які є значущими для клієнта чи не дуже.

Афективний компонент

Афективна сфера описує почуття та відчуття людини. Він містить усі соціальні та емоційні функції та відображає внутрішньо- та міжособистісні навички. (Law et al., 2002), як-от вираження емоцій, оцінка ситуацій, робота зі своїми та чужими почуттями. Як ерготерапевт ви спостерігаєте та обговорюєте почуття, які хтось відчуває під час повсякденної активності, самостійно чи разом з іншими. Ви слухаєте, які емоції підсилюють або протидіють щоденній активності.

Пізнавальний компонент (когнітивний)

Когнітивна сфера описує мислення та містить усі ментальні функції, як когнітивні, так і інтелектуальні. Це включає сприйняття, концентрацію, пам'ять, розуміння, міркування, планування та судження (Ло та ін., 2002). Як ерготерапевт ви спостерігаєте за загальним процесом когнітивних навичок під час щоденної активності. Ви спостерігаєте, як когнітивні якості чи обмеження стимулюють або перешкоджають щоденній діяльності. фізичний.

Фізичний компонент

Фізичний домен описує заняттєву активність і включає всі сенсорні, моторні та сенсомоторні функції: сенсорні функції, поставу та рух, силу, кондицію, фізичну форму тощо. Як ерготерапевт ви спостерігаєте, як людина виконує повсякденні заняття і оцінюєте, які фізичні можливості вона має. Ви зосереджуєтеся на тому, що хтось хотів би зробити і що для цього фізично потрібно. За схемою вище особа розділена на різні сфери. Насправді такий суворий поділ неможливий, але він допомагає спостерігати та розмірковувати про повсякденну активність. Ерготерапевти бачать людину як ціле в особистому контексті. Повсякденні заняття плануються з увагою до всіх сфер заняттєвої активності людини, різноманітних видів занять та всіх аспектів середовища, які розглядаються нижче.

Заняттєва активність

У СМОР-Е щоденна діяльність (заняттєва активність) — це зв'язок між особою та середовищем. При цьому особа, виконуючи заняття, впливає на середовище. (Полатайко та ін., 2013). У СМОР-Е заняттєва активність організована за трьома сферами:

- самобслуговування
- продуктивність
- дозвілля

Заняттєва активність (Occupation) - це виконання або залучення до діяльності, яка набуває значення в конкретному контексті (Пірс, 2001). Це значення не є чітко видимим, оскільки значення, цілі, цінності та переконання, що стоять за повсякденною активністю, неможливо спостерігати безпосередньо (САОТ, 2002). Значення стає зрозумілим, коли людина про це говорить (Полатайко та ін., 2013; Рід та ін., 2011).

Повсякденна активність і хід життя (заняттєвий життєвий цикл)

Динамічна взаємодія між особою, середовищем і заняттєвою активністю розвивається з часом (Пірс, 2001). Взаємодія особа-заняттєва активність-середовище змінюється протягом життя у відповідь на можливості та виклики. Вони формують життєвий хід повсякденної активності (заняттєвий життєвий хід) кожної людини (Райт і Сугерман,



2009; Девіс і Полатайко, 2011). З віком і через зміни в обставинах повсякденна активність людини буде розвиватися в нові види занять (Лоу та ін., 2002).

Хоча ви можете розглядати хід щоденної активності як накопичення досвіду, це непередбачувано. Моделі активності змінюються, коли люди стикаються з труднощами та йдуть непередбаченими шляхами з новими вимогами (Пірс, 2001). Затримка розвитку, хвороба, хронічне захворювання чи інші особисті проблеми можуть змінити моделі поведінки людей. Події в навколишньому середовищі, такі як оновлення міст або технологічний розвиток, також змушують людей адаптувати свою повсякденну діяльність. Розглянемо, наприклад, навички, необхідні під час роботи з новою комп'ютерною програмою. Як ерготерапевт ви зустрічаєтеся з людьми в моменти труднощів у їхній повсякденній активності. Ви підтримуєте їх у розробці нових моделей дій.

Середовище

У СМОР-Е середовище нерозривно пов'язане з повсякденною активністю. Середовище відіграє важливу роль у значенні, яке люди надають своїй повсякденній активності. Постійне залучення середовища необхідне для розуміння питання діяльності та пошуку рішень. У СМОР-Е середовище поділяється на чотири елементи (САОТ, 2002): культурне, інституційне, фізичне і соціальне.

Культурне

Культурне середовище включає церемоніальні дії, звичаї та рутину, засновану на етичних цінностях у групі людей. Культура тут розглядається як взаємодія матеріальних (певний одяг чи посуд) і нематеріальних (певна музика чи привітання) речей, які спільно використовуються та змінюються з часом. (Лоу та ін., 2002). Вони є культурними цінностями груп або спільнот.

Як ерготерапевт ви запитуєте людей про глибше значення активності, наприклад, чому людина з хронічним болем хоче піклуватися про батьків або приготувати складну страву. Також важливо знати власні погляди та культурні звички. Подумайте про структуру в сім'ях або про західне бачення самореалізації та особистісно-орієнтованого підходу.

Інституційне

Інституційне середовище стосується (урядових) організацій та їх бачення та методів роботи, які стають видимими в процесі прийняття політики та рішень. Подумайте про можливості, правила та субсидії для інклюзивної освіти, участі в трудовій діяльності, житла, правової підтримки та доступної інфраструктури тощо (Лоу та ін., 2002)

Як ерготерапевт ви плануєте, які засоби можуть впливати на повсякденну активність. Ви працюєте разом з організаціями для, наприклад, компенсацій і субсидій, матеріальної допомоги, фінансової та юридичної підтримки, щоб можна було вирішити питання діяльності окремих осіб і громад.

Фізичне

Фізичне середовище - це природне та збудоване середовище у вузькому та широкому значенні. Це стосується спрєктованих будинків, кварталів, парків, доріг, громадського транспорту, будівель та інших об'єктів. Природа, клімат і погода також є частиною фізичного середовища (Лоу та ін., 2002).

Як ерготерапевт, ви робите інвентаризацію відповідних фізичних елементів середовища. Ви аналізуєте, як, наприклад, у випадку клієнта з задишкою погодні умови, планування ванної кімнати, спальні чи робочого місця впливають на повсякденну діяльність. Для оптимальної щоденної активності у рамках підходу, зосередженому на середовищі (на основі заняттєвої активності та контексту), ви працюєте в будинках, садах, (громадських) будівлях або транспортних системах, де люди живуть і працюють.

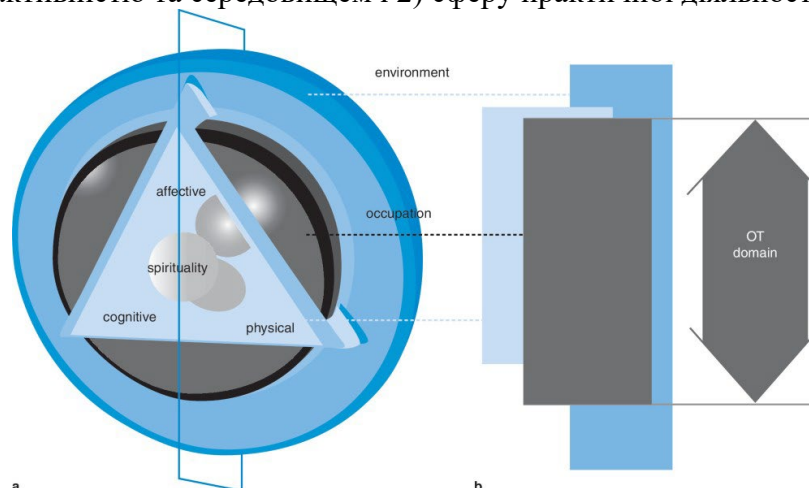
Соціальне

Соціальне середовище складається із соціальних відносин, які люди мають з іншими людьми, групами та організаціями. Це стосується моделей стосунків або мереж людей у спільноті, наприклад, у районі, у школі чи на роботі. Соціальне середовище також включає формування групи на основі спільних інтересів, цінностей і переконань, наприклад, у групах друзів або церковних громадах (Лоу та ін., 2002). Соціальні відносини можуть сильно впливати на нашу повсякденну активність. Подумайте про вплив булінгу на функціонування дитини в школі.

Як ерготерапевт ви обговорюєте соціальні стосунки людини та її системи та те, як їх можна зміцнити. Наприклад, поміркуйте, наскільки важливим є середовище у випадку сім'ї біженців з дитиною з тяжкими вадами, яка нещодавно переселилася до нової місцевості і не знає закладів догляду.

4.2.2 Призначення та структура СМОР-Е

СМОР-Е - це змістовна модель ерготерапії, яка розглядає повсякденну заняттєву активність людей у контексті в цілому. СМОР-Е пояснює дві речі: 1) взаємну взаємодію між особою, активністю та середовищем і 2) сферу практичної діяльності ерготерапії.



Середовище

Сфера ЕТ (ерготерапії)

Заняттєва активність

(у трикутнику): *Духовність (в середині)*

Афективна Когнітивна Фізична (складові)

Малюнок 10: Канадська модель виконання занять та залучення (СМОР-Е) (Полатайко та ін., 2007 р. а. вид зверху b. поперечний переріз)

Взаємодія особа-заняттєва активність-середовище

Модель СМОР-Е описує три основні складові поняття (особа-заняттєва активність-середовище) ерготерапії та графічно зображує реабілітаційну перспективу ерготерапії. Ця модель показує, що заняттєва участь завжди є результатом динамічної взаємодії між особою, її заняттєвою активністю та середовищем і відбувається у певному контексті. Динамічна взаємодія означає, що, виконуючи щось, може змінюватися сама особа, її активність і/або середовище. Коли одна складова моделі змінюється, це впливає на дві інші. Наприклад, якщо ви переїжджаєте з узбережжя Північного моря до Швейцарії (середовище), ви навчитеся по-іншому ходити пішки та їздити на велосипеді



(активність). Можливо, ваші м'язи ніг зміцнюються і вам подобаються гори, але ви сумуєте за морем (особа).

Сфера практичної діяльності ерготерапії

Поперечний переріз СМОР-Е показує, що в ерготерапії заняттєва активність завжди є центральною, тоді як увага до особистих факторів і чинників середовища чітко розмежована. Як ерготерапевт ви зосереджуєтесь на тих аспектах особи та її оточення, які мають прямий зв'язок із заняттєвою активністю: сфера професійної діяльності ерготерапії (Полатайко та ін., 2013). Ерготерапія необхідна лише тоді, коли особа, організація чи громада стикаються з труднощами в заняттєвій активності. Якщо є особисті обмеження, які не пов'язані з питаннями активності, тоді немає причин скеровувати особу до ерготерапевта. Наприклад, якщо літній клієнт хоче мати можливість знову гуляти по сусідству після тривалого перебування в лікарні, варто оцінити, як довго він може ходити. Чи можливо це з ходунками чи без них і які існують безпечні маршрути? У цьому випадку особисті аспекти та середовище, які не мають нічого спільного власне з прогулянками, випадають поза межами професійної уваги.

На малюнку показано, що ерготерапія зосереджена на заняттєвій активності людини (заняттях), особі, яка реалізує активність (заняттєвій особі) і впливі повсякденної активності (заняттєві впливи) на особу та середовище. Схема підкреслює особистісно-орієнтовану роботу ерготерапевта, оскільки особа зображена посередині, вона твердо ґрунтується на середовищі та охоплює щоденну заняттєву активність.

Виконання занять і залучення

Ерготерапевти працюють в особистісно-орієнтований спосіб (особисто-орієнтований), коли уможливають заняттєву участь (ерготерапія є професією, яка спрямована на розширення можливостей клієнта) і зосереджуються на оптимальному виконанні та залученні до повсякденної діяльності (виконання занять і залучення).

Розширення моделі і включення поняття залучення дає зрозуміти, що участь у повсякденній активності не припиняється на її реалізації. Залучення до повсякденних справ є ширшим, ніж фактичне виконання. Це участь у чомусь, що:

- ви робите самі;
- ви робите разом з іншими;
- робить хтось інший.

Ви можете відчувати більше чи менше залучення під час повсякденної діяльності. Ви можете бути повністю поглинуті якоюсь справою або вам може бути нудно і тому ви відволікаєтесь (подумайте про нудну зустріч) (Полатайко та ін., 2013). Часто ви займаєтесь повсякденною активністю, не виконуючи її фактично, наприклад, коли дивитесь захоплюючий спортивний матч. Ви також можете отримувати значуще залучення із своєї участі в повсякденній діяльності інших (САОТ, 2002). Залучення виходить за межі виконання. Це стосується як виконання занять, так і відчуття участі.

Практичне застосування

СМОР-Е допомагає розпізнавати сприятливі та перешкоджаючі фактори в середовищі та можливості людини, що впливають на щоденну заняттєву активність. Модель забезпечує основу для професійного мислення в ерготерапії (Law et al., 2002), зокрема щодо того, що людина повинна робити та як на це впливають особистісні фактори та фактори середовища. Як ерготерапевт ви задасте собі питання про кожен аспект моделі, щоб прояснити закономірності повсякденної активності.

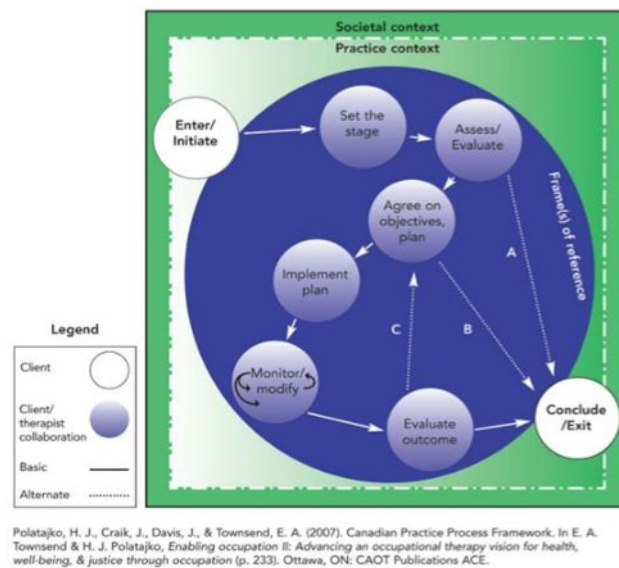
4.3 Канадська процесуальна рамка практики

Канадська процесуальна рамка практики (CPPF) є моделлю процесу ерготерапії та забезпечує основу для втручання в ерготерапії (на відміну від СМОР-Е, яка є змістовною концептуальною заняттєво-обґрунтованою моделлю – *прим.редакторки*). CPPF дає наступні орієнтири для професії:

- орієнтованість на особу;
- практика, що ґрунтується на заняттєвій активності;
- науково обґрунтована (доказова) ерготерапія.

4.3.1 Призначення та структура (CPPF)

CPPF сприяє співпраці між клієнтом та ерготерапевтом і підтримує фокус на розширення можливостей клієнта (уможливлення заняттєвої активності) осіб і систем, організацій і спільнот (Крейк та ін., 2013; Девіс та ін., 2013). Оскільки клієнти є експертами власної заняттєвої активності, має сенс залучати їх якомога більше до визначення та впровадження ерготерапії. CPPF стимулює таку активну участь клієнта і може бути використана для особи, організації та спільноти (Крейк та ін., 2013).



Соціальний контекст

Практичний контекст

Початок --- підготовка --- оцінювання/оцінка --- узгодження цілей та плану ---
реалізація плану --- контроль/внесення змін --- оцінка результату ---
завершення/виписки

Малюнок 11: CPPF (Полатайко та ін., 2007)

Зображення CPPF ілюструє співпрацю між особою, організацією чи спільнотою та ерготерапевтом у контексті професійної діяльності. Контекстуальними елементами є **соціальний контекст** (зовнішня квадратна рамка)

контекст практики/професійної діяльності (внутрішня квадратна рамка)

рамка практики (велике коло)

Вісім пунктів дій у практичному контексті формують орієнтир процесу ерготерапії:

- вступ/ініціювати: встановити контакт з особою, організацією чи спільнотою після скерування або укладання контракту
- підготувати: отримати уявлення про заняттєвий репертуар і заняттєві проблеми



- оцінити: аналіз заняттєвих проблем
- узгодити цілі та план: спільно погодити особистісно орієнтовані цілі та план дій
- реалізувати план: реалізувати та виконати план у формі втручань
- контролювати/модифікувати: коригувати та адаптувати втручання та розмірковувати над власною роллю
- оцінити результат: спільно оцінити втручання та цілі
- завершити/вийти: висновки та виписка

Точки дії, оформлені у вигляді маленьких кіл, рухаються в різних контекстах. У шести середніх точках дії співпраця між клієнтом (білий колір) і ерготерапевтом (синій колір) виділена кольором. Переходи кольорів демонструють, що обидві сторони мають свій внесок і відповідальність, іноді більше, іноді менше. На зображенні видно, що CPPF — це структура і модель процесу в одному. У кожній точці дії різні контексти визначають спільні рішення клієнта та ерготерапевта (Крейк та ін., 2013; Девіс та ін., 2013).

Канадська процесуальна рамка практики (CPPF): Клінічний випадок Марі

Марі 70 років, вона самотня, і вона любить займатися садівництвом, робити покупки з друзями та щосереди доглядати за своїми трьома онуками, віком 1, 5 і 7 років. У Марі ревматизм. Останнім часом вона доповідає про сильний біль, зниження сили і легку втомлюваність. Вона ледве може підняти свого молодшого онука Кирила та забрати двох інших зі школи. Вона не знає, як бути далі, і незадоволена, коли усвідомлює, що не може подбати про онуків. Через скерування від ревматолога Марі має першу зустріч з ерготерапевтом Марком з місцевої лікарні. (Canadian model of client-centered enablement (CMCE): уможливлення CPPF: вступ/ініціація)

Марі та Марк знайомляться. Марк пояснює, що таке ерготерапія, а Марі каже, що вона тривалий час хворіла на ревматизм і завжди могла з ним добре боротися. Тепер вона боїться відмовитися від деяких важливих для неї занять (CMCE: Навчання та залучення CPPF: підготовка)

Марк слухає та пропонує використати Канадський інструмент оцінки виконання занять (CORM) для оцінювання. У результаті ерготерапевт отримав наступну інформацію щодо важливих для клієнта занять: піднімання Кирила (щоб посадити на велосипед, у автокрісло, на сходах); приготування їжі; покупки з друзями. Марі поставила низькі бали щодо виконання та задоволеності щодо виконання цих занять. За допомогою застосування СМОР-Е та біомеханічної рамки практики Марк і Марі дійшли висновку, що їй подобається піклуватися про своїх онуків і робити покупки, але іноді завдання виходять за межі її можливостей (CMCE: співпраця та консультування CPPF : Оцінювання)

Марк і Марі домовляються про візит додому до Марі, щоб спостерігати за виконанням обраних занять, і просить Марі заповнити Шкалу активностей (Activities Scale). Ерготерапевт спостерігає, що Кирил дуже рухливий, а Марі довго знаходиться у зігнутому положенні під час піднімання дитини. Марі все робить швидко, крім приготування їжі, тому що нарізати продукти їй важко. Шкала активності показує, що Марі багато робить на початку та в кінці дня і майже не відпочиває в середу. У четвер вона надто втомилася, щоб піти з друзями по магазинах. Виходячи з СМОР-Е та біомеханічної рамки практики, можливості Марі не відповідають вимогам заняттєвої активності та середовища. Вимоги не відповідають можливостям (CMCE: Координація Співпраця Навчання Спеціалізація CPPF: Узгодження цілей і плану)



Визначеними цілями є: збалансована модель активності та виконання наступних завдань без болю: піднімання онука, приготування їжі та здійснення покупок. План наступний: скласти план активності на тиждень, пройти курс на зміцнення м'язів, фізичну терапію для піднімання дитини та визначити альтернативний спосіб для виконання цього завдання та нарізати овочі сидячи. Марк пропонує запитати дочку, чи можливо переглянути розклад догляду за дітьми. (СМСЕ: Співпраця, Навчання, Адаптація, Координація, Адвокація, CPPF: Реалізація плану)

Марі починає з курсу зміцнення м'язів у відділенні Марка, а також з фізичної терапії. Марі радиться з донькою і з наступного місяця діти будуть приходити до неї у вівторок. Її донька радить інший спосіб піднімання Кирила у дитячу коляску. Марк підтримує Марі в її плануванні та показує Марі, як правильно готувати їжу за допомогою адаптованих кухонних приладів (СМСЕ: Навчання, Залучення, Координація, Адаптація, Тренування, Спеціалізація, CPPF: Моніторинг/зміна плану)

Через кілька тижнів Марі та Марк перевіряють, чи все працює. Марі помічає ефект кращого розподілу активності та покращення переміщення/піднімання онука. Вона відчувається сильнішою і менше втомлюється. Їй дуже подобаються курси зміцнення і фізична терапія. (СМСЕ: співпраця, залучення адвоката CPPF: оцінка результату)

Марі та Марк повторно використали Канадський інструмент оцінки виконання занять (COPM) через два місяці, і всі бали підвищилися. Марі бачить, що якщо вона виконує певні дії іншим способом, вона може виконувати їх краще і відчувати себе краще фізично. Вона щаслива, що знову бере участь у здійсненні покупок з друзями. (СМСЕ: Співпраця, залучення CPPF: Завершення/виписки) Марк і Марі дійшли висновку, що ерготерапевт допоміг Марі. Вона, безсумнівно, скористається рекомендаціями та порадами в майбутньому.

Van Hartingsveldt et al. (Red.), Grondslagen van ergotherapie, https://doi.org/10.1007/978-90-368-2829-1_1

4.3.2 Поняття Канадської процесуальної рамки практики (CPPF)

Соціально-практичний контекст

Як клієнт так і ерготерапевт є частиною соціального контексту. Модель CPPF чітко показує, що співпраця між клієнтом та ерготерапевтом починається тоді, коли вони зустрічаються у певному контексті практики, якщо можливо, там, де у клієнта є потреба: вдома, у школі, на роботі чи у громаді. Контекст професійної діяльності ерготерапевта (вдома у клієнта чи в організації ерготерапевта) є частиною соціального контексту, наприклад регіону з притаманною йому природою та інфраструктурою, мовою та культурою, економікою та структурою догляду (Крейк та ін., 2013). На малюнку є пунктирна лінія між двома контекстами, що вказує на те, що вони закріплені один в одному та впливають на стосунки між клієнтом та ерготерапевтом. Наприклад, у деяких регіонах (з багатьма закладами первинної медичної допомоги) ерготерапевт може легко зустрітися з клієнтом вдома, у школі чи на роботі, тоді як в інших середовищах практичної діяльності ерготерапевта це іноді нелегко.

На початку ерготерапії виникає співпраця, у якій ви та клієнт привносите свої особисті характеристики, досвід та знання. Клієнти приносять із собою історію свого життя та



заняттєвий репертуар, а також можливості, навички та знання про власне здоров'я та благополуччя. Організація чи спільнота мають свої можливості, місію та історичну обізнаність. Наприклад, щодо розвитку і зміни в структурі та культурі організації чи спільноти. Як ерготерапевт, ви приносите з собою бачення, цінності та теорії професії, а також свій професійний та особистий досвід і знання.

Практичний контекст описується за допомогою чотирьох елементів середовища СМОР-Е. Наприклад, у реабілітаційному центрі культурне середовище складається з норм і цінностей закладу та її фахівців; інституційне середовище пропонує правила закладу; соціальне середовище складається з колективу фахівців і клієнтів; фізичне середовище складається процедурних кабінетів, реабілітаційної зали, відкритого майданчика тощо.

4.4 Оцінювання: СОРМ

З метою практичного застосування моделі СМОР-Е Канадська асоціація ерготерапевтів розробила Канадський інструмент оцінки виконання занять (СОРМ).

СОРМ — це індивідуальний інструмент оцінки, орієнтований на клієнта, розроблений для використання ерготерапевтами для реєстрації змін у сприйнятті клієнта власної заняттєвої активності з часом. Він був розроблений як інструмент оцінки для вимірювання ефективності втручання. СОРМ можна використовувати з клієнтами різних вікових груп і з різними заняттєвими проблемами (Лоу та ін. 2014).

Канадський інструмент оцінки виконання занять (СОРМ) є найбільш широко використовуваним інструментом вимірювання результатів у ерготерапії у світі. СОРМ — це орієнтований на клієнта інструмент оцінки результатів, за допомогою якого люди можуть визначити та оцінити пріоритети повсякденних проблем, які обмежують їх участь у повсякденному житті. Інструмент фокусується на виконанні занять в усіх сферах життя, включаючи самообслуговування, дозвілля та продуктивність. Цей багатофункціональний інструмент призначений для використання людьми будь-якого віку та з усіма типами фізичних, когнітивних та емоційних порушень.

Канадський інструмент оцінки виконання занять (СОРМ) забезпечує індивідуалізовану допомогу. Розроблений для використання ерготерапевтами, інструмент оцінки визначає проблеми, що мають особисте значення для клієнта, і виявляє зміни в самосприйнятті клієнтом власного виконання занять з часом.

Мультидисциплінарні команди охорони здоров'я використовують СОРМ як початкову оцінку, орієнтовану на клієнта. Надійність і валідність СОРМ добре доведена.

Клієнт визначає сфери труднощів, оцінює важливість здатності виконувати певні заняття в кожній сфері, ступінь, до якого вони відчувають свою спроможність виконувати ці заняття на даний момент, і своє власне задоволення поточним виконанням занять. Таким чином, вимірювання справді орієнтоване на клієнта, і результати клієнта можна оцінити лише щодо нього самого.

Зосереджуючись на кожній заняттєвій сфері по черзі, клієнта просять визначити повсякденні заняття, які вона хоче або повинна виконувати, а також такі, виконання яких від неї очікується. Найпростіший спосіб зробити це — попросити клієнта зосередитися на типовому дні чи тижні. Проблеми, які визначає клієнт, фіксуються у бланку ерготерапевтом.

Для кожної зсери виконання занять є підрозділи. Наприклад, самообслуговування поділяється на особистий догляд, функціональну мобільність та пересування у громаді. Для кожного з цих підрозділів є додаткові підказки. Наприклад, підказки щодо особистого догляду включають одягання, купання, вживання їжі та гігієну. З досвідом та під час роботи з конкретними групами людей терапевти виробляють власний стиль інтерв'ю та знатимуть, які підказки використовувати з клієнтом. Цей інструмент не



передбачає жорстку стандартизовану процедуру, а скоріше є рамкою для мислення про клієнта разом із клієнтом, залишаючись зосередженим на заняттєвих результатах. Це допускає розмовний стиль оцінювання, а не жорсткий підхід запитань та відповідей. Після виявлення проблем із виконанням занять клієнта просять оцінити їх відповідно до того, наскільки важливою для них є здатність виконувати кожне визначене заняття. Це спосіб визначення пріоритетів втручання з орієнтацією на клієнта. Після оцінки важливості проблем клієнта просять вибрати максимум п'ять пріоритетів, які ерготерапевт записує у бланк.

Використовуючи картки оцінки, які представляють візуальну аналогову шкалу (VAS) (1–10, де 1 означає, що я не можу це зробити взагалі, а 10 означає, що я можу це зробити надзвичайно добре), людину просять оцінити свої п'ять головних проблем щодо поточного виконання занять та задоволеності поточним виконанням. Задоволеність оцінюється таким же чином, тобто за шкалою VAS 1–10, де 1 означає, що особа зовсім не задоволена своїм виконанням, а 10 означає, що вона надзвичайно задоволена власним результатом. Під час повторного оцінювання клієнт знову виставляє бали за виконання та задоволеність щодо кожного заняття, після чого підраховуються нові бали.



COPM забезпечує основу для встановлення цілей втручання у ерготерапії. COPM, як інструмент оцінки, застосовується на початку надання послуг, а потім знову за визначенням клієнта та терапевта. [Learn to Use the COPM | COPM](#)

[About the COPM | COPM](#)

[The COPM - Step 1 - Problem Definition - YouTube](#)

[The COPM - Step 2 - Rating Importance - YouTube](#)

[The COPM - Step 3 - Selecting Problems for Scoring - YouTube](#)

[The COPM - Step 4 - Scoring Performance and Satisfaction - YouTube](#)

[The COPM - Step 5 - Client Reassessment - YouTube](#)

[Using the COPM Electronically - Question & Answer Session - YouTube](#)

4.5 Клінічний Випадок

СМОР-Е: Райан

Раян — 12-річний хлопчик, у якого при народженні була черепно-мозкова травма, що призвело до глобальної затримки розвитку та пов'язаних з цим проблем із мобільністю. Раян користується кріслом колісним, і його батьки допомагають йому у переміщенні з/на крісло колісне.

Батькам стало надто важко піднімати та переміщувати Раяна, а його мама при виконанні цього завдання кілька разів травмувалася. Райан живе в дуже зайнятій родині з трьома молодшими братами та сестрами та батьками. Сім'я нещодавно переїхала до помешкання, де є кімната, придатна для використання як спальня з ванною кімнатою. Сім'ю направили до ЕТ, щоб перевірити домашню обстановку та допомогти з проектуванням зручної ванної кімнати та спальні.

Оцінка середовища

Під час початкової оцінки ЕТ зміг зустрітися з Райаном та його братами та сестрами та зрозуміти труднощі, з якими вони стикаються. Ванна кімната на першому поверсі є сімейною ванною кімнатою, а на 1-му поверсі була дуже маленька ванна кімната з душем, яку не можна було використовувати як сімейну ванну кімнату. Як кімната,



визначена як спальня Райана, так і сімейна ванна кімната знаходяться на першому поверсі. У ванній на першому поверсі була стандартна ванна, умивальник і туалет. Батьки Райана піднімали та виносили Райана у ванну, оскільки він не мав доступу до жодного іншого місця для миття в будинку.

Ерготерапевтом було обговорено адаптацію ванної кімнати, і варто взяти до уваги, що у Райана є троє молодших братів і сестер, які всі користувалися ванною. Оскільки це була єдина ванна кімната в домі, було важливо передбачити ванну, доступну для Райана. Його мама пояснила, що він використовував надувний пристрій (круг) у ванні, щоб підтримувати його на воді. Він отримав користь від розслаблення та відчуття невагомості під час купання. Таким чином, Райан міг самостійно лежати у ванні, але піднімати і переміщувати його було важко батькам.

Важливість купання

Оцінюючи середовище, культуру та цінності цієї конкретної сім'ї ЕТ дізнався, що вони приділяли велику увагу важливості купання дітей. Сім'я не хотіла, щоб ванну замінили через те, що вони вважали, що це матиме вплив на решту сім'ї. Крім того, мама розповіла, як вона використовувала ванну для себе як форму релаксації після напруженого тижня догляду за дітьми.

В такий спосіб, фізичне середовище не сприяло тому, щоб Райан, як користувач крісла колісного, мав безпечний доступ до ванни. Ванна не була на тій висоті, щоб дозволити доглядальникам легко переміщувати в неї Райана, і там не було місця, де можна було б одягнути Райана після ванни.

Соціальне середовище складалося з «зайнятого» домашнього господарства з чотирма дітьми, одна з яких мала особливі потреби. У рамках оцінювання ерготерапевту необхідно було враховувати всю сім'ю, а також їхні бажання та потреби.

У рамках всебічного та цілісного оцінювання з Райаном та його батьками були розглянуті заняттєві сфери продуктивності, самообслуговування та дозвілля. Відбулася розмова про те, наскільки купання як заняття важливе для догляду за собою, а також є для Райана дозвіллям.

Пошук рішення

ЕТ підтримує Райана в оптимізації його заняттєвої участі, покращенні якості його життя та сприянні включенню в культурне та соціальне середовище вдома. Після демонстрації різних типів ванн і у співпраці з ЕТ і сім'єю для Райана та його сім'ї було обрано особливу ванну. Розмір ванни дозволяв Райану продовжувати використовувати свій надувний пристрій і повністю лежати на воді, а також був достатньо великий для його росту в майбутньому. Крім того, ванною матимуть можливість користуватися інші члени сім'ї, які можуть переміщуватися без використання підйомних механізмів. Сім'я була щаслива, що естетика ванни гармонійно вписувалася в решту будинку, а іншим дітям у будинку було комфортно користуватися ванною. Рейковий підйомник був встановлений у стелі ванної кімнати з купальним ременем, що позбавило батьків необхідності піднімати Райана. У ванній кімнаті була встановлена лава для переодягання, щоб Райана можна було підняти з ванни, висушити й одягнути перед тим, як пересаджувати на крісло колісне.

Досягнений позитивний результат

Подальший візит, коли ванна кімната була повністю облаштована, дозволив ерготерапевту оцінити втручання та завершити процес ерготерапії. Сім'я була в захваті від змін, і батьки більше не доповідали про травмування. Райан міг насолоджуватися

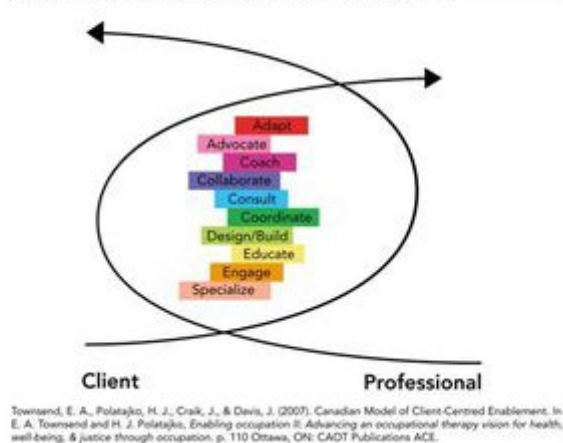
перевагами ванни в безпечному середовищі разом зі своїми молодшими братами і сестрами.

4.6 CMCE

Канадська модель клієнтоцентричного розширення можливостей (Canadian Model of Client-centered Enablement (CMCE – дослівно – Канадська модель клієнтоцентричного уможливлення – *прим.редакторки*) описує десять навичок розширення можливостей (уможливлення). Вони включають адаптацію (adapt), адвокацію (advocate), коучинг (coach), співпрацю (collaborate), консультації (consult), координацію (coordinate), проектування/виробництво (design/build), передачу знань (educate), залучення до (engagement) і застосовування конкретних технік (specialize) (Таунсенд та ін. 2013a)

Canadian Model of Client-Centred Enablement (CMCE)

Figure 4.3 Canadian Model of Client-Centred Enablement (CMCE)



Канадська модель клієнтоцентричного розширення можливостей

адаптація
адвокація
коучинг
співпраця
консультування
координація
проектування/створення
освіта
залучення
спеціалізація

Клієнт

Фахівець

Малюнок 12: CPPF (Таунсенд та ін., 2007)

Уможливлення (розширення можливостей клієнта) є основною компетентністю ерготерапевтів і відправною точкою орієнтованої на клієнта ерготерапії (Таунсенд та ін. 2013a).

CMCE — це візуальна метафора «орієнтованого на клієнта уможливлення». Модель складається з двох асиметрично вигнутих ліній, які представляють динаміку, зміни,



варіації та прийняття ризику у відносинах між клієнтом і фахівцем. Асиметричні вигнуті лінії вказують на можливості різних форм співпраці. Розвиток, який відбувається у співпраці між клієнтом і фахівцем, гарантує, що ці лінії не є симетричними, прямими, статичними, стандартизованими та прогнозованими.

Мета відносин між клієнтом і ерготерапевтом полягає в тому, щоб зробити щоденну активність можливою. Залучення людей є відправною точкою і відбувається в соціальних структурах, які впливають на щоденне та соціальне життя. Перетини кривих ліній вказують на межі відносин клієнт-фахівець у моделі. Ці два перетину є початком і кінцем зустрічі між клієнтом і ерготерапевтом. Це точки дій для початку/ініціювання та завершення/виписки з Канадської процесуальної рамки практики (CPPF) (Крейк та ін. 2013; Девіс та ін. 2013).

Стрілки вказують, що обидва продовжують рух у різних напрямках, ілюструючи те, що ерготерапевт лише ненадовго супроводжує шлях клієнта. Клієнт продовжує інтегрувати свою повсякденну активність, а ерготерапевт продовжує та ініціює інше спільне втручання на новому перехресті з іншим клієнтом (Таунсенд та ін. 2013a).

СМСЕ визначає навички уможливлення за допомогою прямокутників різної довжини та кольорів. Оскільки кожен клієнт і кожен контекст різні, різні навички завжди мають різний пріоритет.

4.7 Підсумок

Ерготерапевти зосереджуються на участі клієнта в повсякденній активності та на значенні, яке люди надають заняттєвій активності у своєму контексті. Канадська модель виконання занять і залучення (СМОР-Е) чітко визначає фактори підтримки та перешкоди у повсякденній активності окремих осіб, організацій та громад. Канадська процесуальна рамка практики (CPPF) описує процес ерготерапії у восьми точках дії з використанням конкретних навичок особи, організації, громади та ерготерапевта. CPPF підтримує особистісно-орієнтовану роботу. СМОР-Е та CPPF були розроблені на основі наукових досліджень і широко використовуються в практиці, освіті та дослідженнях.

5 Модель КАВА

Модель Kawa була розроблена через потребу досягнути та аналізувати повсякденну активність незалежно від культурних особливостей, культурних цінностей і норм. Група японських ерготерапевтів на чолі з професором Майклом Івамою взялася за цей виклик, щоб розробити альтернативну модель ерготерапії. Вони зазнавали дедалі більших труднощів у застосуванні моделей ергоотерапії, розроблених у «західному світі», у своєму власному контексті, який суттєво відрізнявся від західного. На основі якісного дослідження вони розробили модель Kawa (Івама, 2006; Лім, 2008). Мета полягала в тому, щоб надати альтернативну перспективу та описати та зрозуміти такі поняття, як повсякденна активність і благополуччя, з об'єктивної соціальної та культурної точки зору.



[The Kawa Model - InfOT - YouTube](#)

5.1 Передумови моделі KAWA

Кава, що означає річка, є метафорою життєвого потоку. Життя — це складна й глибока подорож у часі й просторі, як річка. Оптимальний стан здоров'я і благополуччя в житті можна представити зображенням глибокої, сильної і безперешкодної течії води в річці. Використовуючи модель, ви можете візуалізувати повний огляд життя людини (людей) у певний момент. У процесі ерготерапії це може сприяти вам або клієнту глибше розуміння ситуації і скерувати до вибору інструментів для втручання. Метою ерготерапії в цій візуалізації людського життя є розширення можливостей та покращення життєвого потоку людини (Івама, 2006).

Західна точка зору

З огляду західної точки зору особа вважається незалежною, а середовище та особа є чітко розрізненими елементами. Але західні концепції повсякденної активності, згідно з якими людина діє цілеспрямовано і осмислено в певному середовищі як незалежна, автономна і самодетермінуюча істота, не є універсальними. (Івама, 2006)

Східна точка зору

Східний погляд відрізняється від західного у багатьох аспектах і лежить в основі моделі Kawa. У той час як індивідуалізм, автономія та незалежність є важливими поняттями в західній точці зору, колектив, соціальна ієрархія та взаємозалежність є більш центральними у східній точці зору (Iwama, 2006).

З погляду Сходу це «я» децентралізоване по відношенню до великого цілого. У рамках цього бачення «я» не є окремою сутністю і може розглядатися як невіддільна частина більшого цілого, такого як сім'я, суспільство, а також як невід'ємна частина природи, космосу. Дана точка зору передбачає зв'язок із досвідом інших. Однак у рамках цього східного бачення цей зв'язок розглядається не як лінійна подія, а як мережевий зв'язок, у якому все може впливати на все. Колективний інтерес і взаємний консенсус мають



пріоритет над індивідуальним інтересом. Важливою якістю вважається спокій в побуті. Тому гармонія та єдність є важливими поняттями.

Крім того, східні культури мають соціально та культурно обумовлену ієрархію. У той час, як відповідно до західної філософії люди більше прагнуть отримати певний статус, досягнутий завдяки особистим можливостям і талантам, східний погляд вважає, що статус зазвичай призначається більше на основі віку та соціальної мережі, до якої хтось належить. Ця соціальна ієрархія впливає на повсякденні відносини та дії. Кодекс поведінки базується на тому, як людина розташовує себе по відношенню до інших в ієрархічному сенсі. Залежно від місця та ситуації призначається роль і береться відповідальність за виконання цієї ролі на благо інших.

Застосовуючи моделі, які походять з іншої культури, відмінної від культури клієнта, важливо знати про можливі відмінності в сприйнятті та значенні певних понять (Івама, 2006). Культура нерозривно пов'язана з питаннями здоров'я та охорони здоров'я. У межах певної культури люди дізнаються, що таке здоров'я та здоров'я, визначають, що таке бути хворим, як людина справляється з хворобою, що можна зробити, щоб одужати, і коли і якої допомоги слід шукати (Kinébanian et al., 2010; Black, 2019; Hammel, 2020; Hasselkus, 2007). Ерготерапевт зосереджений на розумінні значення заняттєвої активності для людини (Martins & Reid, 2007). Повсякденна активність (заняттєва активність) є культурно обумовленим поняттям і має різне значення та зміст у різних культурах (Kinébanian et al., 2010; Iwama, 2005; Brooke et al., 2007). Використання моделей ерготерапії, заснованих на концепціях, які (можливо) не зрозумілі людині (Hammel, 2019) або не відповідають реальності людини, несе ризик того, що людина не зрозуміє запитання терапевта. З іншого боку, існує ризик того, що терапевт інтерпретує розповідь людини у спосіб, який не було передбачено людиною.

5.2 Теоретичний опис моделі

5.2.1 Опис

Модель Кава має відкритий дизайн, що означає, що ви можете вільно використовувати модель як забажаєте. Структурні елементи можна тлумачити по-різному, а саму модель використовувати у різний спосіб. Ви можете попросити клієнта намалювати свою «річку», але ви також можете візуалізувати історію клієнта самостійно, намалювавши річку.

На додаток до використання в індивідуальних процесах ерготерапії, модель Кава пропонує багато інших можливостей, таких як використання в групових втручаннях, дослідженнях і міждисциплінарній роботі. Це проста для розуміння модель, відкрита для ваших власних інтерпретацій і потужна, тому що життєві теми та аспекти, які впливають на повсякденну діяльність, здоров'я та благополуччя, зроблені наочно. Використання метафори «річка» та її потоку води, потоку життя, стимулює уяву та робить ситуації проникливими, коли їх малюють на папері.

Структура моделі

Кава означає «річка», а модель Кава означає метафору потоку життя. Ви можете візуалізувати річку життя в цілому, де річка має початок (народження) і кінець (кінець життя). Роблячи зріз, ви візуалізуєте певний момент із життя людини.



Народження

Час

Малюнок 2

Малюнок 3

Малюнок 6

Кінець життя

Малюнок 13: Життя, як річка, тече від народження до кінця життя (utoronto.ca)

Вода (Mizu)

Вода в моделі Kawa є метафорою життєвої енергії/життєвого струму людини. Подібно до того, як життя людей пов'язане та формується всім, що їх оточує, вода, що тече в річці, торкається скель, стін, берегів та всіх інших елементів, які складають контекст річки. Вода впливає на всі елементи в річці і навпаки, елементи в річці визначають течію річки. Якщо є багато місця для води, буде хороший потік річки (життя). Якщо місця мало, потік води буде заблокований, повільним і важким. Це означає погіршення здоров'я та благополуччя.

Вода знову впливає на стихію в річці. Коли вода стикається з елементами в річці, вона іноді може захоплювати предмети (збільшуючи потік) або сплющувати елементи (роблячи потік менш перешкодою). Але потік води також може пошкодити елементи в річці. Об'єкти можуть потрапити в пастку, перешкоджаючи течії (навіть) більше, або об'єкти в річці можуть зрости разом через обмежений потік зниженої якості води.

Бічна стінка річки та дно річки (Торімакі: kawa no soku-heki nd kawa no zoko)

Бічні стіни та дно річки представляють середовище людини, як соціальне, так і фізичне. Соціальне середовище в основному включає людей, які мають безпосередні стосунки з людиною. Як фізичне, так і соціальне середовище може посилити або послабити потік річки/життєвого потоку.

Залежно від того, як людина переживає соціальне та фізичне середовище в певний момент, відображаються стіни річки.

Перебіг життя буде оптимальним, коли соціальне середовище сприймається як гармонійне; стіни річки досить далеко одна від одної, а дно річки глибоке та рівне. Це дає багато простору та мало тертя для течії води. Якщо течія хороша, каміння буде розміщено в руслі течією, а не перешкоджатиме течії.

Однак, коли людина не сприймає навколишнє середовище як гармонійне, а радше як обмеження та перешкоду, річка стає вузькою та мілкою, і в ній менше місця для течії. У

цій ситуації інші елементи в річці, швидше за все, спричинять перешкоду або блокування течії.

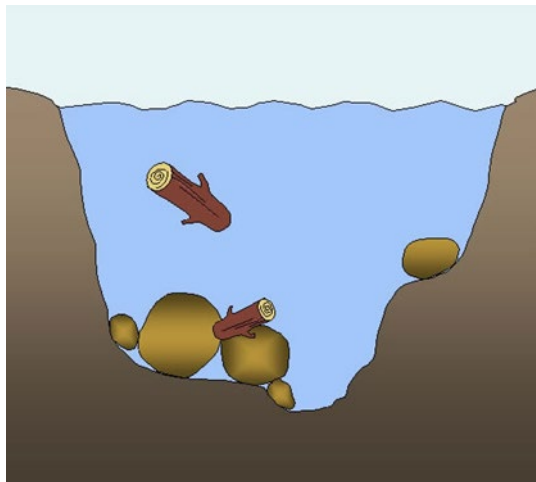
Каміння (Iwa)

Каміння представляє собою окремі життєві умови, які сприймаються людиною як такі, що заважають і які важко усунути. Каміння може бути різного розміру та форми, і в деяких річках буде більше каміння, ніж в інших. Каміння може бути присутнім від джерела річки, наприклад, при вроджених розладах, але також можуть спонтанно з'являтися в річці, наприклад, при хворобі, і можуть бути навіть тимчасовими. Ефект каміння стає помітним, коли камінь контактує з середовищем. Функціональні обмеження внаслідок патології м'язів у дитини (наприклад, неможливість самостійно відкрити вхідні двері) залежать від фізичного та соціального середовища. У цьому конкретному прикладі, коли батьки завжди присутні або є контроль середовища, не повинно виникнути проблем з точки зору практичного відкривання вхідних дверей. Однак це стає проблемою, коли ці параметри (батьки) відсутні. Звичайно, у цьому конкретному прикладі відіграє роль більше факторів.

Великі або нагромаджені камені можуть серйозно перешкоджати течії річки. Інші камені залишаються непоміченими, доки, наприклад, не вдаряться об стінки річки і таким чином не стикаються з соціальним чи фізичним середовищем.

Дрейфуючі колоди (Рюбоку)

Колоди представляють особисті риси та ресурси. Це може бути, наприклад, характер чи риси особистості, спеціальні навички та/або нематеріальні (друзі, родина) і матеріальні (гроші, багатство) речі, які можуть позитивно чи негативно впливати на обставини життєвого шляху людини. У деяких ситуаціях колоди можуть покращити та прискорити течію, відсуваючи інші елементи в річці вбік, створюючи більше місця для течії води. Коли колоди застрягають за камінням, фактично перешкоджаючи і блокуючи течію річки.



Малюнок 14: Поперечний розріз, що демонструє основні поняття (utoronto.ca)

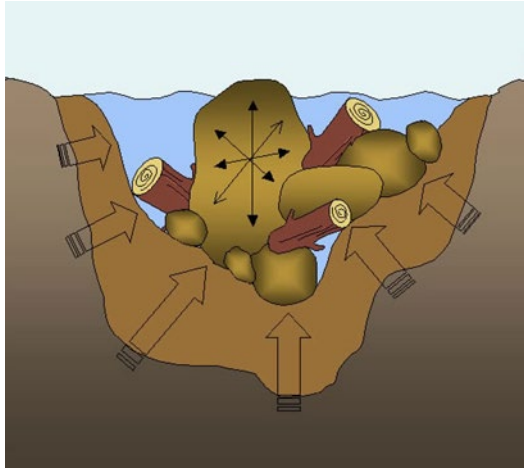
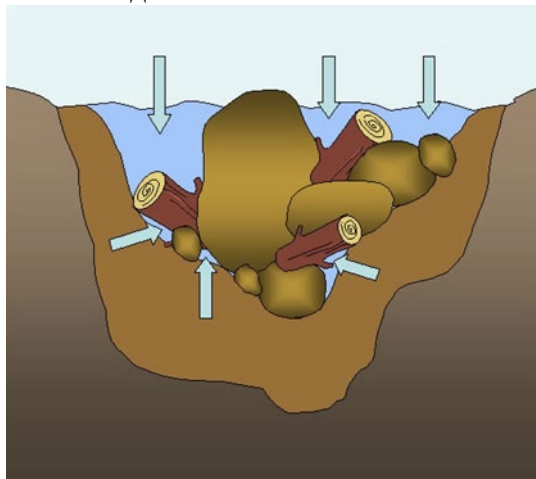


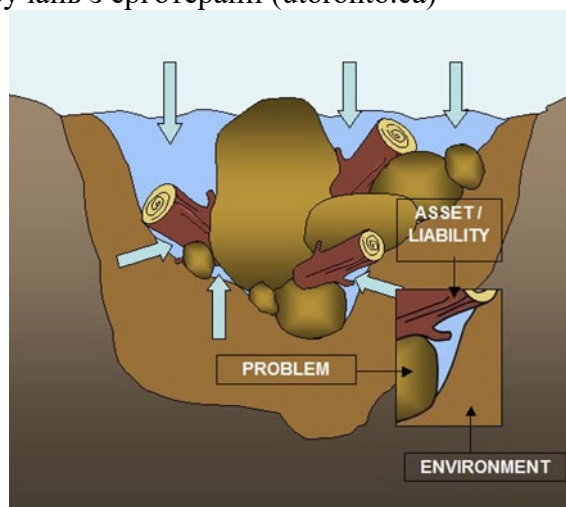
Рисунок 15: Поперечний розріз КАВА клієнта, що показує вплив компонентів річки на потік (utoronto.ca)

Проміжки між перешкодами в річці (Сукіма)

У метафорі річки проміжки між бар'єрами та перешкодами річки є місцем, де тече вода, символізуючи потік життя. Наприклад, проміжки, через які тече вода, можуть прилягати до каміння, стінок річки або колод.



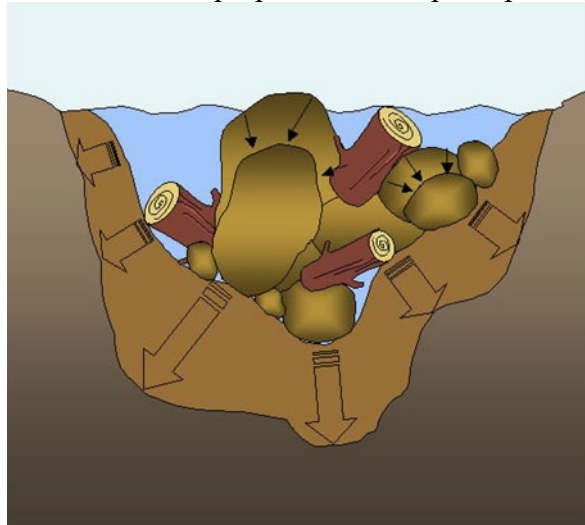
Малюнок 16: Поперечний переріз кількох проміжків у Кава клієнта, що вказує на потенційні цілі для втручання з ерготерапії (utoronto.ca)



сильна сторона/зобов'язання
проблема

ОТОЧЕННЯ

Малюнок 17: Розріз прогалини в Кава клієнта, що вказує на важливість розуміння контексту клієнта для встановлення пріоритетів для ерготерапії (utoronto.ca)



Малюнок 18: Поперечний розріз Кава клієнта. Ерготерапевти у партнерстві зі своїми клієнтами фокусуються на тому, щоб зупинити подальшу обструкцію життєвої енергії/потіку та шукати кожен можливість у ширшому контексті, щоб покращити та максимізувати життєвий потік клієнта (utoronto.ca)

5.2.2 Практичне застосування

Апелюючи до творчості клієнта варто дати йому можливість самостійно намалювати свою ситуацію. Ви також можете намалювати річку від імені клієнта. Іншим варіантом застосування є використання шаблону з поперечним перерізом річки та вільними елементами, які можна розмістити таким чином, щоб вони відображали ситуацію, або використання програми.

(Kawa App - APK завантажити для Android | Aptoide)

Модель Кава використовує метафору річки для зображення «течії» річки; візуалізувати плин життя. Використання метафор звертається до «уяви». Зображення на малюнку робить ситуацію більш наочною. Таким чином, модель Кава є засобом використання сили метафор і образів у ерготерапії.

Зображення заохочують до творчості та полегшують аналіз ситуації. Метафора визначається як «надання імені чомусь, що насправді означає щось інше» (Торнеке та Хейз, 2017).

Метафори є частиною повсякденного мовлення і, таким чином, впливають на те, як ми сприймаємо, думаємо та діємо. Якщо ви звернете на це увагу, то здивуєтеся, наскільки часто ми використовуємо метафори в нашому спілкуванні.

Метафори є здебільшого культурно обумовленими, тому значення метафори не є універсальним (Лакофф, 1999). Метафори надають більш потужний заряд тексту, позначаючи емоції, звертаючись до них і намагаючись їх прояснити. (Roam, 2011; 2012). Там, де емоції важко передати словами (Sinek, 2009), це можуть зробити зображення.

Зображуючи повсякденну активність клієнта на малюнку та використовуючи метафору річки, ви впорядковуєте інформацію та отримуєте загальне уявлення про важливі для клієнта речі.

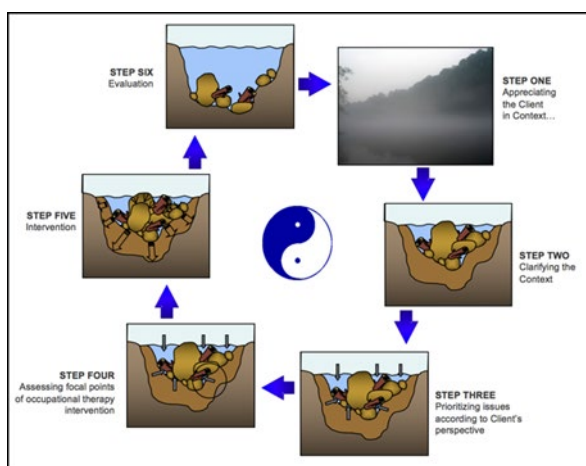
5.2.3 Принципи використання моделі КАВА

- «Відкиньте всі універсальні припущення щодо актуальності та відповідності цієї моделі, почніть працювати зі своїм клієнтом з чистого, неупередженого аркуша.
- Якщо модель і метафора, на якій вона заснована, не резонують ні з клієнтом, ні з ерготерапевтом, її слід змінити або відкласти в обмін на більш відповідну та актуальну модель.
- Розповідь клієнта стає моделлю, на якій ми будемо процес ерготерапії. Вірте, що розповідь клієнта виникне через процес надання йому чи їй можливості це зробити.
- Будьте свідомі своєї власної культурної точки зору. Терапевти не тільки цінують культуру, втілену в клієнті, але й культуру, що діє всередині них, поєднуючи з ерготерапією, якої вони навчилися та яку досвідчили, а також з інституційними умовами, які встановлюють мандат і структуру для терапевтичного процесу» (Тео та Івама, 2015, стор. 7).

5.3 Процес у моделі КАВА

У моделі КАВА процес клінічного обґрунтування має 6 етапів:

1. Розгляд клієнта в контексті
2. Уточнення контексту
3. Визначення пріоритетів відповідно до бачення клієнта
4. Оцінка фокусів ерготерапевтичного втручання
5. Втручання
6. Оцінка



Крок один -----	Крок два -----	Крок три ----
Розміщення клієнта в контексті	Уточнення контексту	Визначення пріоритетів відповідно до точки зору клієнта
-- Крок чотири -----	Крок п'ять -----	Крок шість
Оцінка фокусів ерготерапевтичного втручання	Втручання	Оцінка



Малюнок 19: Запропонований шестиетапний підхід до використання моделі КАВА у практичних контекстах ерготерапії (Iwama, 2006, стор. 165)

«Поняття, що лежать в основі моделі Kawa, можна використовувати як інструмент суб'єктивного оцінювання для діагностики в ерготерапії, щоб визначити, які дії/ролі/процеси, що відбуваються в життєвому контексті клієнта, є для нього важливими, і які проблеми вони відчують у зв'язку зі своїм середовищем.

Модель Kawa як інструмент суб'єктивного оцінювання також дозволяє ерготерапевту та клієнту визначити, які внутрішні та зовнішні підтримки та ресурси вони мають, і які з них можуть допомогти або підірвати втручання ерготерапії.

Інтерв'ю за моделлю Kawa не обов'язково має відбуватися в певному порядку. Потік інтерв'ю нагадує саму річку: ви можете ставити питання про берег річки, яке веде до питання про течію річки, яке може призвести до каміння, знову веде до течії річки тощо. Це означає, що інтерв'ю може бути гнучким, як показано на схемі вище.

В інтерв'ю за моделлю Kawa важливо те, як клієнт пояснює компоненти, які складають її життєвий процес, а не те, чи терапевт погоджується з клієнтом щодо того, чи цей елемент є камінням чи колодою. У моделі Kawa ерготерапія спрямована на річку клієнта — його життєвий досвід, з його точки зору. Клієнти визначають свої питання та проблеми та пояснюють їхнє значення, до чого ерготерапевти можуть запропонувати підхід, який зосереджений на повсякденних реаліях людини та який зрештою має значення для цієї людини. Тому намагайтеся дозволити клієнту вільно висловлюватися. Мета моделі полягає не в дотриманні певної процедури, а в поясненнях, які клієнт дає про свій досвід повсякденного життя» (Teoh & Iwama, 2015, стор. 6).

5.4 Клінічний Випадок

Модель КАВА: Випадок Рані

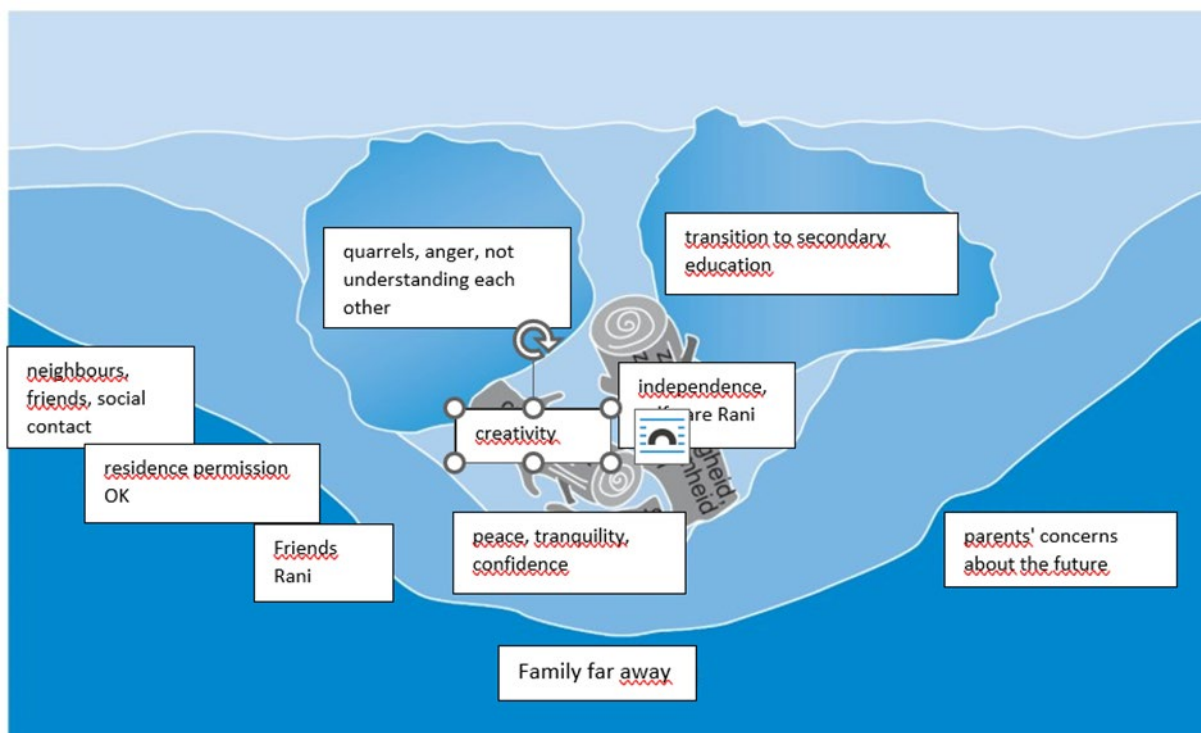
На півдорозі первинної зустрічі з родиною Амхалі моя голова крутиться від інформації. Батьки багато розповідають і цю інформацію складно систематизувати та аналізувати. Що може запропонувати ерготерапія цій сім'ї?

Батьки Рані за порадою вчителя звернулися до дитячої ерготерапії. Після літніх канікул Рані пішла в 7 клас. Вона любить школу і має хороших друзів, з якими вона проводить час. Вона стикається з труднощами як вдома, так і в школі. У стосунках між батьками та Рані все частіше виникають конфлікти щодо самостійності виконання занять. Наприклад, вранці вони не можуть дійти згоди щодо того, що «слід» робити, батькам необхідно повторювати кожен крок кілька разів, і Рані починає хвилюватися.

Працювати самостійно в школі важко. З третього класу Рані отримує додаткову підтримку в школі через порушення мови. Коли Рані була в 5 класі, їй поставили діагноз аутизм. Батьки шукають способи стимулювати її незалежність і водночас зберегти затишок і тепло щоденних ритуалів сімейного життя.

Ерготерапевт вирішує обрати модель Kawa. Ерготерапевт планує використати цю модель, щоб отримати візуальне уявлення про те, які фактори відіграють роль у цій родині: де є протиріччя, де є простір для змін (можливості) і які особисті (сімейні) характеристики та ресурси можна використати для розширення простору, що призведе до оптимізації повсякденної діяльності в сім'ї.

Вони працюють з олівцями, папером і фломастерами. На основі інформації батьків і Рані формується така річка:



Свари, гнів, незрозуміння один одного
Сусіди, друзі, соціальні контакти

перехід до середньої освіти
незалежність

Творчість

Дозвіл на проживання

Друзі мир, спокій, впевненість
Сім'я далеко

хвилювання батьків про майбутнє

Наведений вище випадок є прикладом ситуації, в якій модель Кава може мати додаткову цінність. Малювання річки допомагає батькам чітко уявити свою ситуацію. Тепер вони бачать, що відбувається, які є перешкоди і як це впливає на їхні бажання/цілі щодо підвищення незалежності Рані.

Колоду, яка символізує незалежність Рані, можна вивільнити. Однак, здається, її важко зрушити з місця. Малюнок ясно показує, що існують інші пріоритети, перш за все, щоб звільнити місце для колод, які можуть покращити «потік» сімейного життя.

Русло річки, яке представляє занепокоєння батьків щодо переходу до середньої освіти, демонструє, що камінь, який представляє цей перехід, повністю застряг. Коли хвилювань менше, камінь опускається, і таким чином стає меншою перешкодою. Ерготерапевт може обговорити з батьками, що було б гарною ідеєю обговорити ці проблеми з учителем і, можливо, разом зорієнтуватися щодо відповідної подальшої освіти для Рані.

Крім того, в річці є ще один великий камінь, який перешкоджає течії річки. У родині велика напруга через труднощі у спілкуванні між батьками та Рані. Багато сварок, багато злості і в таких ситуаціях важко зрозуміти один одного. Необхідно дізнатися більше про аутизм і краще зрозуміти поведінку Рані. Спрямовані втручання до психоосвіти щодо аутизму можуть зменшити цей камінь (перешкоду).



Як тільки у річці з'явиться більше місця, сім'я може почати самостійно займатися повсякденними справами. Креативність, спокій і впевненість можна використовувати як важливі ключові якості. Для цього разом можна скласти план.

Коли Рані знову зможе самостійно виконувати більше завдань і її самовпевненість зросте, це прискорить «течію» річки, це покращить повсякденну діяльність у всій родині; є ясність щодо обов'язків, ролей і завдань, краща співпраця та хороша координація між батьками та Рані.

Ван Хартінгсвельдт, М.; Кос, Д. і М. Ле Гранс. 2023. Grondslagen van ergotherapie. Хаутен: Бон Стафлеу Ван Логу

5.5 Підсумок

У цьому розділі пояснюється модель Кава. Модель Кава була розроблена на основі практики, має на меті бути культурно актуальною та відобразити життєвий потік людей, не надаючи йому певних цінностей. Метафора річки є центральною, а вода, що тече в цій річці, відображає потік життя. Русло річки, наявне каміння та коряги визначають течію в річці, або те, скільки місця вода повинна протікати. Роль ерготерапії полягає в тому, щоб забезпечити та/або оптимізувати потік життя.

[Microsoft Word - kawamannual-withcover-291215.docx \(kawamodel.com\)](#)



Чи можете ви думати про своє минуле, теперішнє та майбутнє життя як про річку?

Подумайте про річку життя людини з обмеженими можливостями. Чи можете ви уявити, з якими перешкодами стикається людина у плані того, що він/вона не може зробити? Чому людина не може виконувати ті дії, які повинна виконувати? Що потрібно змінити, щоб підвищити його/її заняттєві результати?

Які проміжки між цими перешкодами можуть допомогти покращити виконання занять?



6 Модель виконання занять – Австралія (ОПМ(А))

Модель виконання занять (Австралія), скорочено ОПМ(А), була розроблена в 1986 році в Університеті Сіднея Крістін Чаппаро та Джуді Ранкою, щоб проілюструвати складну мережу факторів, що стосуються виконання занять людиною, і сферу практичної діяльності ерготерапії. Ця змістовна модель, яка зосереджена на результатах повсякденної діяльності, припускає, що люди, беручи участь у повсякденній активності, можуть надати більшого значення відчуттю компетентності, автономії та управління часом.

Інформація про модель, її розвиток і застосування на практиці вперше з'явилася в навчальних джерелах і була представлена на конференціях кінця 1980-х – початку 1990-х років. Модель вперше опублікована у 1997 році (Чаппаро та Ранка, 1997).



Occupational Performance Model - OPM Australia | Australia

6.1 Передумови ОПМ(А)

ОПМ(А) має кілька цілей:

- пояснення складності виконання занять
- створення структури для практики ерготерапії
- навчальні програми з ерготерапії та сприяти дослідженням, пов'язаним із повсякденною активністю

Повсякденна активність завжди розглядається як відповідь на виклики внутрішнього контексту (чинники, що залежать від людини, які впливають на виконання занять) та/або зовнішні фактори (психологічні, когнітивні, сенсорні, соціальні, фізичні, культурні та духовні фактори).

6.2 Теоретичний опис ОПМ(А)

ОПМ(А) пропонує цікаву структуру, яку ерготерапевти можуть використовувати, щоб краще зрозуміти та працювати з унікальним досвідом людей, які стикаються з перешкодами у своїй щоденній активності.

6.2.1 Структура ОПМ(А)

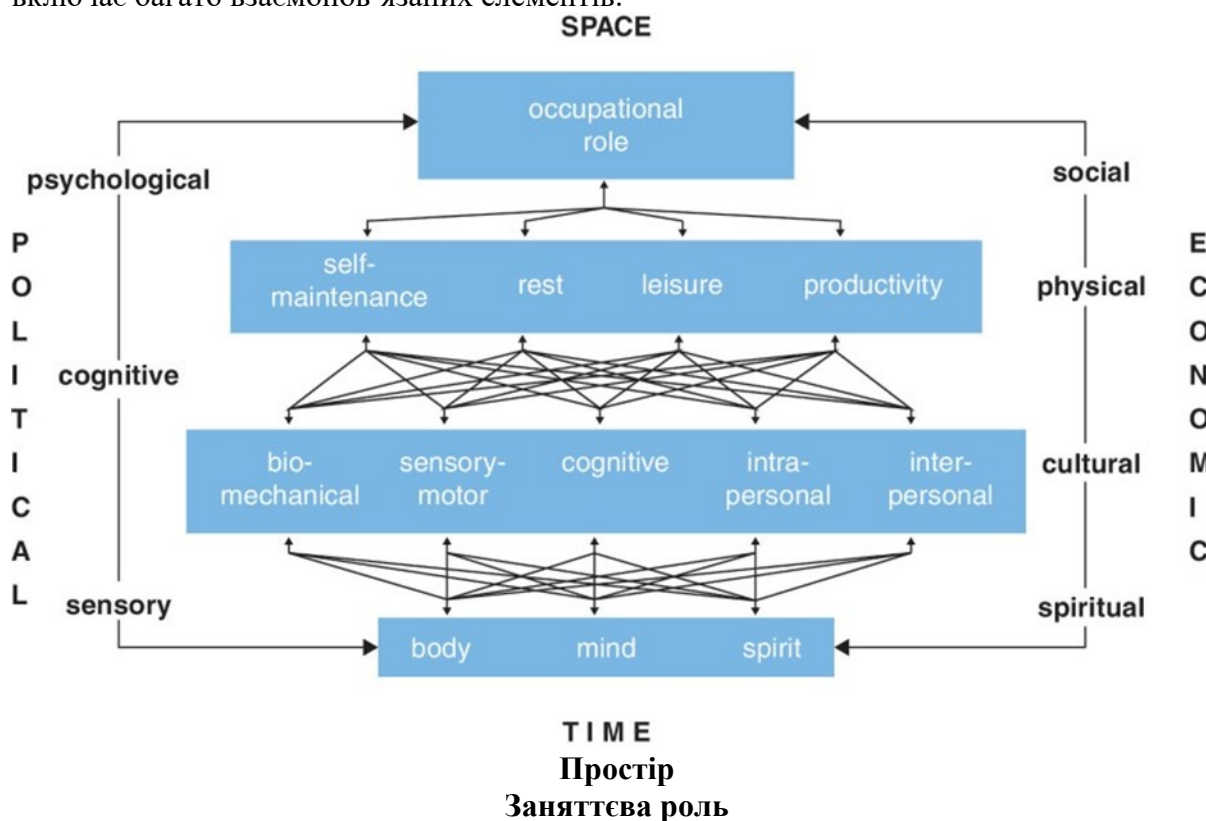
Спосіб, у який ерготерапевт використовує ОПМ(А), є унікальним для кожної людини чи групи й ґрунтується на тому, чого конкретно потребує ця особа чи група.

ОПМ(А) (див. Малюнок 20) показує модель з її поняттями. Стрілки на схемі вказують на можливі зв'язки між поняттями та їх компонентами.

ОПМ(А) визначає щоденну активність (виконання занять) як: «Здатність сприймати, запам'ятовувати, планувати та виконувати ролі, процедури, завдання та підзавдання з метою самозабезпечення, продуктивності, дозвілля та відпочинку у відповідь на вимог внутрішнього та/або зовнішнього середовища».

У зв'язку «особа-середовище-продуктивність» структурна основа моделі розглядає взаємодію між двома середовищами, пов'язаними з заняттєвою активністю: внутрішнім середовищем людини та зовнішнім середовищем.

Вісім основних понять утворюють теоретичну структуру цієї моделі. Кожне з цих понять включає багато взаємопов'язаних елементів.



Політичний

Економічний

Фізіологічний

Соціальний

самообслуговування відпочинок дозволя продуктивність

Фізичний

Когнітивний

Культурний

біомеханічний сенсомоторний пізнавальний внутрішньоособистісний

Сенсорний

Духовний

Тіло мислення дух

Рисунок 20: Модель виконання занять Австралії OPM(A) (Чаппаро та ін., 2017)

Поняття 1: Центральним поняттям моделі є виконання занять.

Це здатність сприймати, бажати, згадувати, планувати та виконувати ролі, процедури, завдання та підзавдання з метою самопідтримки, продуктивності, дозволя та відпочинку у відповідь на вимоги внутрішнього та/або зовнішнього середовища.

Це поняття не згадується окремо на діаграмі, оскільки виконання занять містить інші сім понять. Кожне з цих понять складається з кількох частин, які пов'язані одна з одною.

Поняття 2: Заняттєві ролі

Ролі — це моделі поведінки, унікальні для кожної людини в контексті, в якому відбувається щоденна активність. Ролі створюються відповідно до потреб і/або вибору та змінюються протягом життя людини.

Поняття 3: Сфери виконання занять



Це категорії рутин, завдань і підзавдань, які виконують люди для виконання вимог заняттєвих ролей. До цих категорій належать заняття, пов'язані з самообслуговуванням, заняття, пов'язані з продуктивністю/школами, заняття, пов'язані з дозвіллям/іграми та заняття, пов'язані з відпочинком.

- Відпочинок означає цілеспрямоване прагнення до бездіяльності. Він може охоплювати час, присвячений сну, а також розпорядок дня, завдання, підзавдання та ритуали, вжиті для того, щоб розслабитися.
- Самообслуговування – це рутини, завдання та підзавдання, які виконуються для збереження здоров'я та благополуччя людини у її середовищі. Ці рутини, завдання та підзавдання можуть існувати у формі звичних розпорядків (одягання, прийом їжі) або випадкових незвичних завдань (прийом ліків), яких вимагають обставини.
- Продуктивність/школа: це рутини, завдання та підзавдання, які виконуються, щоб дати людині можливість забезпечити себе, сім'ю чи громаду шляхом виробництва товарів або надання послуг.
- Дозвілля – це рутини, завдання та підзавдання для розваг, творчості та святкування, наприклад, садівництво, шиття, ігри.

Поняття 4: *Необхідні навички для виконання занять* (можливості щодо виконання занять) є складовими атрибутами виконавця, а також компонентами заняттєвих завдань. Ці компоненти виконання занять класифікуються як біомеханічні, сенсомоторні, когнітивні, внутрішньо- та міжособистісні навички.

- Біомеханічний компонент виконання: з точки зору виконавця, цей компонент відноситься до роботи та взаємодії фізичних структур тіла під час виконання завдання. Це може включати діапазон рухів, м'язову силу, хапання, м'язову та серцево-судинну витривалість, кровообіг, усунення відходів організму. З точки зору завдання або підзавдання, цей компонент відноситься до біомеханічних атрибутів завдання; наприклад щодо взаємодії з різними предметами відповідно до їх розміру, ваги та розташування.
- Сенсомоторний компонент виконання: з точки зору виконавця, цей компонент відноситься до взаємодії та між сенсорною стимуляцією і руховими реакціями тіла під час виконання завдання. Це може включати регуляцію м'язового тону під час діяльності, генерацію відповідних рухових реакцій, реєстрацію сенсорних стимулів і координацію. З точки зору завдання або підзавдання, цей компонент відноситься до сенсорних аспектів завдання щодо кольору, текстури, температури, рухів, звуків, запахів і смаків.
- Когнітивний компонент виконання: з точки зору виконавця, цей компонент відноситься до роботи та взаємодії між розумовими процесами, що використовуються під час виконання заняття. Це може включати: мислення, сприйняття, розпізнавання, запам'ятовування, судження, навчання, знання, увага та вирішення проблем. З точки зору завдання або підзадачі, цей компонент відноситься до когнітивних вимірів завдання або підзадачі. Зазвичай вони визначаються складністю завдання.
- Внутрішньоособистісний компонент виконання: з точки зору виконавця, цей компонент відноситься до роботи та взаємодії та між внутрішніми психологічними процесами, що використовуються під час виконання заняття. Це може включати емоції, самооцінку, настрій, афект, раціональність і захисні механізми. З точки зору завдання або підзавдання, цей компонент відноситься до внутрішньоособистісних атрибутів, які можуть бути стимульовані завданням або підзавданням і необхідні для ефективного виконання завдання, наприклад оцінка, задоволення та мотивація.
- Міжособистісний компонент виконання: з точки зору виконавця, цей компонент стосується постійної та змінної взаємодії між особою та іншими під час виконання заняття, що сприяє розвитку особистості як учасника суспільства. Це може включати



взаємодію між окремими особами у відносинах, таких як шлюби, сім'ї, спільноти та організації, як офіційні, так і неформальні. Інтерактивні приклади включають обмін, співпрацю, емпатію, вербальне та невербальне спілкування

Поняття 5: *Основні елементи виконання занять:* людське тіло, розум, духовність.

- Тіло: визначається як усі відчутні фізичні компоненти структури людини
- Розум: це ядро нашого свідомого та несвідомого інтелекту, яке є основою нашої здатності розуміти та міркувати
- Духовність: той аспект людини, який шукає почуття гармонії всередині себе та між собою, природою, іншими та в деяких випадках вищим іншим; шукає існуючу таємницю життя; внутрішнє переконання; надія і сенс.

Поняття 6: *Зовнішній контекст*

Інтерактивний психологічний, когнітивний, сенсорний, соціальний, фізичний, культурний і духовний контекст, у якому відбувається щоденна діяльність. Економічне та політичне середовище є компонентами зовнішнього контексту і також впливають на повсякденну активність.

- Фізичне оточення: стосується природного та створеного оточення людини, яке формує фізичні межі та сприяє формуванню поведінки.
- Сенсорне середовище: відноситься до сенсорного оточення людини. Сенсорні аспекти навколишнього середовища дають людині інформацію про фізичні, соціокультурні аспекти середовища та його здатність виживати.
- Культурне середовище: означає організовану структуру, що складається із систем цінностей, вірувань, ідеалів і звичаїв, які визначають межі поведінки людини чи групи людей.
- Соціальне середовище: відноситься до організованої структури, створеної моделями стосунків між людьми, які функціонують у групі, що, у свою чергу, сприяє встановленню меж поведінки.

Поняття 7: *Простір*

Наприклад, робота з об'єктами (фізичний простір) і надання значення простору (простір, що можна досягнути органами чуття).

Поняття 8: *Час*

Наприклад, цикл місяця і сонця (фізичний час) і час розуміння (відчутний час) (ван Хартінгвелдт та ін. 2023; Чаппаро та Ранка, 1997).

6.3 Процес ерготерапії в OPM(A)

Жодна модель процесу не описана в OPM(A).

6.4 Оцінювання

OPM(A) використовує систему аналізу «Сприйняття, пригадування, планування і виконання» (PRPP) як модель оцінювання та втручання. Оцінювання за моделлю PRPP – це стандартизоване, орієнтоване на клієнта, орієнтоване на критерії екологічно валідне оцінювання виконання занять. Воно використовується з клієнтами будь-якого віку, статі, діагнозу чи культурного походження, чия заняттєва участь скомпрометована через труднощі з когнітивними вимогами, які пред'являються заняттям та контекстом. Дане оцінювання дає інформацію про майстерність виконання та здатність застосовувати когнітивні стратегії. PRPP оцінює вміння застосовувати стратегії, які узгоджуються з параметрами уваги та сприйняття (P - perceive), навчання, пам'яті та пригадування (R - recall), планування, прийняття рішень і суджень (P - plan), а також здатності діяти згідно з рішеннями та виконувати плани (P - perform). Інструмент PRPP використовується на



міжнародному рівні та був перекладений кількома мовами. Він підтвердив свою ефективність у різних сферах ерготерапевтичної практики, включаючи набуті черепномозкові травми, психічне здоров'я, проблеми з навчанням і розвитком, розлади сенсорної обробки, розлади аутистичного спектру, хронічний біль, нейрокогнітивні розлади, пов'язані з ВІЛ, деменцію, і використовується як з немовлятами так і з людьми похилого віку англomовного і неанглomовного походження, а також корінних жителів, які проживають у містах, передмістях, сільських і віддалених місцях (маються на увазі корінні жителі Австралії та Нової Зеландії – *прим.редакторки*).

PRPP є стандартизованим інструментом, який оцінює використання когнітивних стратегій під час щоденної активності як у дорослих, так і у дітей (Чаппаро та Ранка, 2017).

Оцінювання ефективності виконання для верхніх кінцівок (Upper Limb Performance Assessment - UPLA) — це екологічно валідний інструмент оцінювання, який ґрунтується на критеріях та складається з двох етапів для оцінки впливу верхніх кінцівок на виконання занять із урахуванням біомеханічних/рухових дій, що впливають на виконання завдання (Чаппаро та Ранка, 2011).

Перший етап, Майстерність виконання завдань (Task Performance Mastery), використовується для аналізу та оцінки ступеня, до якого людина може виконувати рухові дії будь-якого необхідного або бажаного завдання в власному контексті. Помилки ідентифікуються за допомогою спеціальної системи класифікації. Кроки, виконані без помилок, використовуються для розрахунку відсоткового балу майстерності.

Другий етап, Порівняльний аналіз виконання – (Comparative Analysis of Performance - CAP-M), використовується для визначення конкретного діапазону рухів і рухових дій, що сприяють помилкам, виявленим на першому етапі. Другий етап базується на порівняльному методі спостереження та використовує поняття позитивних і негативних симптомів. Симптоми, виявлені за допомогою Порівняльного аналізу виконання, використовуються для вибору та застосування втручань, орієнтованих на порушення, а також для включення цих втручань у програми заняттєво-орієнтованої терапії.

Валідність CAP-M була доведена (Pe, Коплі & Ранка, 2010). Інструмент UPLA використовувався для оцінювання виконання завдань і рухових змін верхніх кінцівок у дорослих із набутою черепномозковою травмою до та після ін'єкції ботулінотоксину А.

6.5 Клінічний Випадок

Застосування ОРМА: Абдель «Назад до роботи»

Пан Абдель відчуває серйозні фізичні обмеження у своїй повсякденній активності внаслідок аварії на мотоциклі (ампутація лівої гомілки, відновлення після перелому зап'ястка). Пан Абдель прибув до Нідерландів як переміщена особа і має статус тимчасового проживання. Його пріоритетом є самообслуговування та повернення до роботи (**заняттєві сфери**).

Нещодавно почав працювати в індустрії гостинності офіціантом (**заняттєва активність**). Кожна роль має свої власні рольові вимоги, такі як очікування та процедури, пов'язані з певною роллю (**біомеханічні, сенсомоторні, когнітивні, між- та внутрішньоособистісні компоненти**).

Для пана Абделя дуже важливо, щоб він виглядав доглянутим і міг оволодіти необхідними навичками, включаючи маневрування між столиками з підносами, наповненими напоями, на досить невеликій терасі (**простір**).



Він хотів би повернутися до роботи якнайшвидше (**час**), тому що боїться втратити роботу.

Використовуючи поняття ОПМ(А), пан Абдель визначає свої цілі в бажаному напрямку та складає план втручання разом з ерготерапевтом.

Використання системи PRPP дає можливість отримати гарне уявлення про ролі, завдання та рутини, важливі для пана Абделя.

Allen CK, Blue T. Cognitive disabilities model: How to make clinical judgments. In: Katz N, editor. Cognition and occupation in rehabilitation: cognitive models for intervention in occupational therapy. Bethesda, MD: American Occupational Therapy Association; 1988. pp. 225–80.

6.6 Підсумок

Модель виконання занять (Австралія) — це професійна та практична модель, розроблена для опису та скерування практики ерготерапії. Ерготерапевти мають можливість використовувати бажані методи втручання та інші практичні моделі, але в межах загальних основ теорії ерготерапії.



Література

- Bailliard AL, Dallman AR, Carroll A, Lee BD, Szendrey S. Doing occupational justice: a central dimension of everyday occupational therapy practice. *Can J Occup Ther Rev Can Ergother*. 2020;87(2):144–52.
- Barr, H. Toward a theoretical framework for interprofessional education. *J Interprof Care*. 2013;27(1): 4-9
- Bass, JD. Baum, CM; & CH Christiansen, CH. 2015. Interventions and outcomes: The Person-Environment-Performance (PEOP) occupational therapy process. In: Christiansen, CH; Baum, CM; Bass, JD., editors. *Occupational therapy: performance, participation and well-being*. Thorofare: SLACH Incorporated. 2015, pp. 57-80.
- Baum CM, Christiansen CH, Bass JD. The Person-Environment-Occupation-Performance (PEOP) model. In: Christiansen CH, Baum CM, Bass JD, editors. *Occupational therapy: Performance, participation and well-being*. Thorofare: SLACK Incorporated; 2015. p. 49-56
- Baum, CM; Bass, JD; & CH Christiansen, CH. (2015. Interventions and outcomes: The Person-Environment-Performance (PEOP) occupational therapy process. In: Christiansen, CH; Baum, CM; Bass, JD., editors. *Occupational therapy: performance, participation and well-being*. Thorofare: SLACH Incorporated. 2015, pp. 57-80.
- Black RM. Culture, diversity and culturally effective care. In: Schell BAB, Gillen G, editors. *Willard & Spackmann's occupational therapy*. 13th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2019. pp. 223–39.
- Bohlmeijer E, Mies L, Westerhof G. *De betekenis van levensverhalen. Theoretische beschouwingen en toepassingen in onderzoek en praktijk*. Houten: Bohn Stafleu en van Loghum; 2006.
- Bonder B, Martin L. *Culture in clinical care: strategies for competence*. 2nd edition. Slack Incorporated; 2013.
- Brand W. *Visueel werken: effectiever samenwerken door zakelijk tekenen*. BIS Publishers; 2020.
- Brooke KE, Desmarais CD, Forwell SJ. Types and categories of personal projects: a revelatory means of understanding human occupation. *Occup Ther Int*. 2007;14(4):281–96
- Brown C. *Ecological models in occupational therapy*. In: Willard and Spackman's occupational therapy. 13th edition. Philadelphia, PA: Wolters Kluwer; 2019. pp. 622–32.
- Canadian Association of Occupational therapists. *Enabling occupation, an occupational therapy perspective*. Ottawa: CAOT Publications ACE; 2002.
- CAOT, NHW 1983. *Guidelines for the client-centered practice of occupational therapy*. Ottawa: Department of National Health and Welfare.
- CAOT. (1997). *Enabling occupation: An occupational therapy perspective*. Ontario: CAOT Publications ACE.
- Chapparo C, Ranka J, Nott M. *Occupational performance model (Australia): a description of constructs, structure and propositions*. In: Curtin M, Egan M, Adams J, editors. *Occupational therapy for people experiencing illness, injury or impairment: promoting occupation and participation*. 7th ed. Edinburgh: Elsevier; 2017. pp. 134–47.
- Chapparo C, Ranka J, Nott M. *The perceive, recall, plan & perform (PRPP) system of task analysis and intervention*. In: Curtin M, Egan M, Adams J, editors. *Occupational therapy for people experiences illness, injury or impairment*. 7th ed. Edinburgh: Elsevier; 2017. pp. 243–57.
- Chapparo, C., & Ranka, J. (1997). *Towards a model of occupational performance: Model*



- Chapparo, C., Ranka, J. (2011). Occupation analysis: Cognition and acquired brain impairment. In Lynette Mackenzie, Gjyn OToole (Eds.), *Occupation Analysis in Practice*, (pp. 147-162). Chichester, UK: Wiley-Blackwell Publishing.
- Christiansen, C.A. & C. Baum. (1991). *Occupational therapy: Overcoming human performance deficits*. Thorofare, NJ: Slack.
- Craik, J., Davis, J., & Polatajko, H. J. (2013). *Introducing the Canadian Practice Process Framework (CPPF): Amplifying the context*. In Enabling occup II: Advancing an occupational therapy vision for health, well-being & justice through occupation (pag. 229–246). Ottawa: CAOT Publications ACE.
- Davis JA, Polatajko HJ. *Occupational development*. In: Introduction to occupation, the art and science of living. New Jersey: Pearson Education Inc.; 2011. pp. 135–74.
- Davis, J., Craik, J., & Polatajko, H. J. (2013). *Using the Canadian Practice Process Framework: Amplifying the process*. In Enabling Occup II: Advancing an occupational therapy vision for health, well-being & justice through occupation (pg. 247–282). Ottawa: CAOT Publications ACE.
- development. In C. Chapparo and J. Ranka (Eds.). *Occupational Performance Model (Australia)*: Monograph 1 (pp. 24-45). Occupational Performance Network: Sydney retrieved at 20/05/2023 from www.occupationalperformance.com/origin
- Duncan, E. (2021). *Foundations for Practice in Occupational Therapy*. 6th Ed. Elsevier.
- Eijssen I, Van Hartingsveldt M, Verkerk G. COPM: de nieuwe Nederlandse vertaling. *Ergother Mag*. 2018;3:32–5.
- Farias L, Laliberte Rudman D, Pollard N, Schiller S, Serrata Malfitano AP, Thomas K, et al. Critical dialogical approach: a methodological direction for occupation-based social transformative work. *Scand J Occup Ther*. 2019;26(4):235–45.
- Fisher, AG. (2014). Occupation-centered, occupation-based, occupation-focused: Same, same or different? Previously published in *Scandinavian Journal of Occupational Therapy* 2013;20 : 162-173. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 21(sup1), 96-107.
- Groen-van de Ven LJ, Jukeme J, Smits C, Span M. Gezamenlijke besluitvorming. In: Kuiper C, Verhoef J, Munten G, editors. *Evidence-based practice voor paramedici*. Amsterdam: Boom uitgevers; 2016.
- Hagedorn, R. (1997). *Foundations for practice in occupational Therapy*, Churchill Livingstone
- Hammell KW. *Building globally relevant occupational therapy from the strength of our diversity*. World Federation of Occupational Therapists Bulletin. 2019;75(1):13–26
- Hammell KW. *Engagement in living: critical perspectives on occupation, rights, and wellbeing*. Canadian Association of Occupational Therapists; 2020.
- Hasselkus BR. *The meaning of everyday occupation*. Thorofare, NJ: Slack; 2011.
- Hasselkus BR. *The meaning of everyday occupation*. Thorofare: SLACK Incorporated; 2007.
- Hemphill B. *Occupational therapy and spirituality*. London: Routledge; 2019.
- Irvine-Brown L, Tommaso AD, Malfitano APS, Molineux M. Experiences of occupational therapy education: contexts, communities and social occupational therapy. *Cad Bras Ter Ocupacional*. 2020;28(1):330–42.
- Iwama M. The Kawa (river) model: nature, life flow & the power of culturally relevant occupational therapy. In: Kronenberg FA, SS, Pollard N, editors. *Occupational therapy without borders*. Edinburgh: Churchill Livingstone; 2005.
- Iwama MK. (2006) *The Kawa model: culturally relevant occupational therapy*. Elsevier; 20
- Jonsson, H. (2008). A new direction in the conceptualization and categorization of occupation. *Journal of Occupational Science*, 15(1), 3–8.
- Kelly G, Mcfarlane H. Culture or cult? The mythological nature of occupational therapy. *Occup Ther Int*. 2007;14(4):188–202.



- Kielhofner, G. & K. Forsyth. (2008). Therapeutic reasoning: Planning, implementing and evaluating the outcomes of therapy. In G. Kielhofner (Ed.), *Model of Human Occup: Theory and practice*. Baltimore (MD): Lippincott, Williams & Wilkins.
- Kielhofner, G. (2008). *Model of human occupation: Theory and application*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Kielhofner, G. (2009). Introduction to the model of human occupation. In G. Kielhofner (Ed.), *Model of human occupation: Theory and application (4th ed.)* (pp. 1-7).
- Kinébanian A, Stomph M. *Diversity matters: guiding principles on diversity and culture*. WFOT bull. 2010 May 1;61(1):5–13.
- Kinébanian, A. & D. Van de Velde. (2012). Oorsprong en ontwikkeling van het beroep. In: le Granse, M., van Hartingsveldt, M.J. & A. Kinébanian. (Eds) *Grondslagen van de ergotherapie*. Amsterdam: Reed Business.
- Lakoff G, Johnson M. *Leven in metaforen*. Sun, Nijmegen; 1999.
- Law M, Baptiste S, Carswell A, McColl MA, Polatajko, H., Pollock N. Canadian Occupational Performance Measure (COPM). 5th edition. Altona: COPM Inc; 2019.
- Law M, Polatajko, H., Baptiste S, Townsend EA. *Core concepts of occupational therapy*. In: Enabling occupation: an occupational therapy perspective. Ottawa: CAOT Publications ACE; 2002. pp. 29–56.
- Law, M., Baptiste, S., Carswell, A., McColl, M. A., Polatajko, H. J., & Pollock, N. (2014). *Canadian Occup Per Meas (COPM)*. Ottawa: CAOT Publications ACE.
- Le Granse, M.; van Hartingsveldt, M. & A. Kinébanian. 2017. *Grondslagen van de ergotherapie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Lim KH, Iwama MK. *Emerging models—an Asian perspective: the Kawa River model*. Foundations for practice in occupational therapy. Edinburgh: Elsevier Churchill Livingstone; 2006. pp. 161–89.3.
- Lim KH. No title. *Personal journeys of recovery: exploring the experiences of mental health service users engaging with the Kawa ‘River’ model*. 2018.
- Lim KH. *Working in a transcultural context. Occupational therapy and mental health*. Oxford: Churchill Livingstone Elsevier; 2008. pp. 251–75.
- Martins V, Reid D. New-immigrant women in urban Canada: insights into occupation and sociocultural context. *Occup Ther Int*. 2007;14(4):203–20.
- Mattingly C, Feming M. *Clinical reasoning: forms of inquiring in the therapeutic practice*. Philadelphia: F.A. Davies; 1994.
- McColl MA. *Spirituality and occupational therapy*. Ottawa: CAOT; 2011.
- Mosey, A. the proper focus of scientific inquiry in occupational therapy: frames of reference. *OTJR: Occupation, Participation and Health*. 1989;9: 195-201
- Mroz TM, Pitonyak, JS; Fogelberg, D; & NE Leland. Client-centeredness and health reform; key issues for occupational therapy. *Am J Occup Ther*. 2015;69(5):6905090010p1-p8.
- Pierce D. *Untangling occupation and activity*. *Am J Occup Ther*. 2001;55(2):138–46.
- Polatajko, H. J., Davis, J., Stewart, D., Cantin, N., Amoroso, B., & Purdie L. (2013). *Specifying the domain of concern: Occupation as core*. In E. A. Townsend & H. J. Polatajko (Eds.), *Enabling occupation II: Advancing an occupational therapy vision for health, well-being & justice through occupation* (2nd ed., pag. 13–36). Ottawa: CAOT Publications ACE.
- Polatajko, H.; Davis, J.; Steward, D.; Cantin, N; Amorose, B. & Purdie, L. (2013) Specifying the domain of concern: Occupation as core. In Townsend, E.A.; & H.J. Polatajko (Eds). *Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Well-being & Justice through occupation* (2nd ed., pp. 13-36). Ottawa: CAOT Publications ACE.



- Rae N, Copley J, Ranka J. The Clinical Utility of the Comparative Analysis of Performance — Motor (CAP-M) for Children with Cerebral Palsy. *British Journal of Occupational Therapy*. 2010;73(12):579-588. doi:10.4276/030802210X12918167234163
- Restall GJ, Egan MY. Collaborative relationship-focused occupational therapy: evolving lexicon and practice. *Can J Occup Ther*. 2021;88(3):220–30.
- Restall GJ, MacLeod Schroeder NJ, Dubé CD. The equity lens for occupational therapy: a program development and evaluation tool: L'Equity Lens for Occupational Therapy: un outil pour le développement et l'évaluation de programme. *Can J Occup Ther Rev Can Ergother*. 1 juni 2018;85(3):185–95.
- Restall, GJ. & MY Egan. Collaborative relationship-focused occupational therapy: evolving lexicon and practice. *Can J Occup Ther*. 2021:00084174211022889.
- Roam D. *Blah blah blah: What to do when words don't work*. Penguin; 2011.
- Roam D. *The back of the napkin: solving problems and selling ideas with pictures*. Portfolio; 2013.
- Rogers, CR; & L. Carmichael. 1942. *Counseling and psychotherapy: newer concepts in practice*. Boston: Houghton Mifflin.
- Rudman DL. Mobilizing occupation for social transformation: radical resistance, disruption, and re-configuration: mobiliser l'occupation pour une transformation sociale: résistance radicale, perturbation et reconfiguration. *Can J Occup Ther*. 2021;88(2):96–107.
- Schell B, Gillen G. Willard and Spackman's occupational therapy. 13th edition. Philadelphia, PA: Wolters Kluwer; 2019.
- Sinek S. *Start with why: How great leaders inspire everyone to take action*. Penguin; 2009.
- Steultjens E, Cup E, Zajec J, van Hees S. *Ergotherapierichtlijn CVA*. Nijmegen/Utrecht. Hogeschool van Arnhem en Nijmegen/Ergotherapie Nederland; 2013.
- Sumsion, T. & M. Law. A review of evidence on the conceptual elements informing client-centred practice. *Can J Occup Ther*. 2006;73(3): 153-162.
- Taylor, RR; Kielhofner, G., red. 2017. Kielhofner's model of human occupation: theory and application. Fifth edition. Philadelphia: Wolters Kluwer; 499 pp.
- Teoh J. Y. & Iwama M. K. (2015) *The Kawa Model Made Easy A Guide to Applying the Kawa Model in Occupational Therapy Practice (2nd edition)*
- Törneke N, Hayes SC. *Metaphor in practice*. Oakland: Context Press; 2017.
- Townsend EA, Beagan B, Kumas-Tan Z, Versnel J, Iwama M, Landry J, et al. Enabling: occupational therapy's core competency. In: Enabling occupation II: advancing an occupational therapy vision for health well-being, & justice through occupation. 2nd edition. Ottawa: CAOT Publications ACE; 2013. pp. 87–133.
- Townsend, E. A. (2002). *Enabling occupation, An occup ther perspective*. Ottawa: CAOT Publications ACE.
- Townsend, E. A., & Polatajko, H. (2013). *Enabling occupation II: Advancing an occupational therapy vision for health well-being, & justice through occupation*. Ottawa: CAOT Publications ACE.
- Townsend, E. A., Cockburn, L., Letts, L., Thibeault, R., & Trentham, B. (2013a). *Enabling social change*. In E. A. Townsend & H. J. Polatajko (Eds.), *Enabling occupation II: Advancing an occupational therapy vision for health well-being, & justice through occupation* (2nd ed., pg. 53–176). Ottawa: CAOT Publications ACE.
- Townsend, EA, Cockburn, L. Letts, L; Thibeault, R; & B. Trentham. (2013b) *Enabling social change*. In: Townsend EA, & HJ Polatajko (Eds) *Enabling occupation II: advancing an occupational therapy vision for health, well-being and justice through occupation*. 2nd ed. Ottawa: CAOT Publications ACE; pp. 153-76.
- Van Dijk, K; Nas, A.; Van Barschot, K. Derkx, J. 2022. Ergovaardig deel 1 (4^o druk) *Inventaris en analyse*. Amsterdam: Boom Uitgevers.



- Van Hartingsveldt, M; Kos, D. & M. Le Granse. 2023. *Grondslagen van ergotherapie*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Van Hartingsveldt, MJ; Logister-Proost, I; & A. Kinébanian. 2010. *Beroepsprofiel Ergotherapeut*. Utrecht: Ergotherapie Nederland.
- Van Zaalen, Y; Deckers, S; & S. Schulamm. *Handboek interprofessioneel samenwerken in zorg en welzijn*. Bussum: Uitgeverij Cotinho; 2018.
- Wong, S.R. & G. Fisher. (2015). Comparing and Using Occupation-Focused-Models. *Occup. Ther. Health Care.*, 29(3), 297-315.
- Wright R, Sugarman L. Occupational therapy and life course development: a workbook for professional practice. Oxford: Wiley/Blackwell; 2009.

Syllabus 2: Theories and models of occupational therapy

Anne-Marie Denolf

Lorenzo Billiet

Joaquim Faias

Maria João Trigueiro

Paula Portugal

2023 (revised)

UKROTHE

STUDY PROGRAMME OCCUPATIONAL THERAPY IN UKRAINE



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

P.PORTO

ESGUA
UNIVERSITY
OF LISBON





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
	Assignment /exercise
	Collaboration




	Image/sound clip
	Website
	Self-study



Table of content

Disclaimer.....	2
Icons legend.....	3
Table of content	4
Introduction	6
Learning objectives	7
1 Theories, Conceptual Models and Frames of Reference	8
2 The Person – Environment – Occupational Performance Model (PEOP).....	11
2.1. Background of the PEOP Model.....	11
2.2. Theoretical description of the PEOP Model.....	11
2.2.1 <i>Characteristics</i>	12
2.2.2 <i>Description of the PEOP Model</i>	13
2.3. The process in PEOP Model	14
2.4. Assessment	16
2.5. Case	16
2.6. Summary : conclusion and future perspective	17
3 Model of Human Occupation (MOHO)	19
3.1. Background of MOHO	19
3.2. Theoretical description of the MOHO model.....	19
3.2.1 <i>Characteristics of the model</i>	19
3.2.2 <i>Structure and description of MOHO</i>	20
3.2.3 <i>Levels in daily activities: skills, performance of daily activities and participation...</i>	24
3.2.4 <i>Dimensions of occupational performance: occupational identity, occupational competence and occupational adaptation</i>	24
3.3. The process in MOHO	25
3.4. Assessment	27
3.5. Case	27
3.6. MOHO summary	29
4 Canadian Model of Occupational Performance and Engagement (CMOP-E) ..	31
4.1. Background of the CMOP-E	31
4.2. Theoretical description of CMOP-E.....	32
4.2.1. <i>The concepts of the COPM-E</i>	32
4.2.2. <i>Purpose and structure of the CMOP-E</i>	34
4.3. The process in CMOP-E.....	36
4.3.1. <i>Purpose and structure of the CPPF</i>	36
4.3.2. <i>The concepts of the CPPF</i>	38
4.4. Assessment : COPM.....	39
4.5. Case	41
4.6. CMCE.....	42
4.7. Summary	43
5 Kawa Model.....	44
5.1. Background of the KAWA-model	44
5.2. Theoretical description of the model.....	45



5.2.1 Description	45
5.2.2 Practical application	48
5.2.3 Principles for use of the KAWA model	49
5.3. The process in KAWA model	49
5.4. Case	50
5.5. Summary	52
6 Occupational Performance Model – Australia (OPM(A))	53
6.1. Background of the OPM(A)	53
6.2. Theoretical description of the OPM(A)	53
<i>Structure of the OPM(A)</i>	53
6.3. process in the OPM(A)	56
6.4. Assessment	56
6.5. Case	57
6.6. Summary	57
Literature	58



Introduction

In this syllabus, we will go through some aspects that intend to clarify the differences and relationships between Theories, Models and frame of references in the perspective of different occupational therapy authors.

Five models will then be introduced, considering their background, theoretical and conceptual organization, and some main aspects of its application:

Person – Environment – Occupational Performance, from Charles Christiansen and Carolyn Baum;

Model of Human Occupation, from Gary Kielhofner;

Canadian Model of Occupational Performance and Engagement, from CAOT and developed by Sue Townsend and Helen Polatajko;

Kawa Model, from Michael Iwama.

Occupational Performance Model – OPM Australia, by Chapparo, C., and Ranka, J.



Learning objectives

1. Understand the difference between Theory, Conceptual Models and Frames of Reference;
2. Understand the background of Occupational Therapy Models of Practice;
3. Describe the main concepts that underly each of the main occupational therapy models of practice;
4. Analyze the relationships between the main concepts of each of the occupational therapy models of practice;
5. Analyze the main differences and interconnections between the different occupational therapy models of practice;
6. Apply the main concepts using life examples of people with typical development and people with occupational challenges;
7. Understand how the main concepts of each of the occupational therapy models of practice are used.
8. use professional terminology, and put in words this terminology into simple terms;
9. apply the professional terminology of occupational therapy
10. select and explain assessments of occupational therapy models
11. critically analyse the 'demand' of the client and client system from different models
12. integrate and organise data from a client using an occupational therapy model
13. express the diversity of being human (with or without disabilities), taking into account societal values and norms and expressing intercultural aspects

1 Theories, Conceptual Models and Frames of Reference

A Theory can be view as a “tool for thinking” (Parham, 1987). This description applies equally for a model, frame of reference and paradigm. However, while each of the terms describes a conceptual tool, they should not be viewed as interchangeable.

Theories are generally thought of as the product of the scientific disciplines, whose task is to explain natural phenomena.

Mosey (1985, 1989) argues that conceptual systems which organize applied knowledge in occupational therapy are appropriately referred to as **frame of reference**. The term **model** is often used to describe a developing conceptual system. “Frames of reference are integrated collections of theoretically based information, organized in such a way that they provide guidelines for problem identification and remediation as it relates to specified elements of the profession’s domain of concern.” (Mosey, 1989)

Yerxa (1988) wrote “an essential quality of occupational therapy needs to be made more visible to the eye. That quality is the complexity of occupational therapy practice and the knowledge upon which it is based”.

The development of formalized theory came relatively late in the genesis of occupational therapy. Whilst its development is welcomed, the manner in which it has occurred has, perhaps, not always been helpful. One example of this is the variance in theoretical depth of some of the profession's ‘models’ of practice.

Models are simplified representations of structure and content of a phenomena or system that describes or explains complex relationships between concepts within the system and integrates elements of theory and practice. A model ought to make things simpler to understand. It takes several different elements, shows the relationships between them and makes them into a unified whole. It also gives guidance to the practice.

An occupational therapy conceptual model tends to be related closely to the paradigm/professional model and gives general guidance on the practice of occupational therapy, usually applicable to all types of patients or to a wide group.

In daily practice occupational therapists use a variety of person-environment-occupational performance models. The basis of these models is the PEOP-model (fourth edition) that is in line with current developments in occupational therapy and in society. (Bass, 2015) All occupational therapy content models describe the relationship between the core domain, daily activities (occupational performance) and the core elements, person, activities (occupation) and environment. The most commonly used models in Western countries are the Canadian Model of Occupational Performance and Engagement (CMOP-E). (Polatajko et al., 2013), the Model Of Human Occupations (MOHO). (Kielhofner, 2008) and the Person-Environment-

Occupation-Performance (PEOP-model). (Baum et al. 2015). However, each of these models offer different perspectives. The outcome of the CMOP-E emphasizes occupational engagement as deep emotional involvement in daily activities. (Polatajko et al., 2013. The MOHO focuses on the intrinsic development and change of personal and daily activities/occupation processes (occupational adaptation). (Kielhofner, 2008). The PEOP emphasizes the necessity of being competent in daily activities to enable participation in daily and social life, aimed at experiencing well-being. (Wong and Fisher, 2015)

It's important to use a few established conceptual models or frames of reference but we also should welcome new conceptual models, based on theoretical arguments and a vision for future development. Kielhofner (2009)

Development of models require gradual testing and refinement.

We can consider the following developmental stages of a conceptual model of practice (Duncan, 2021, p. 41):

- Developing initial conceptual ideas,
- Refining conceptual ideas
- Teste theory in practice
- Developing tools for practice (Technology for Application)
- Increasing the evidence base for the conceptual model
- Verify the Conceptual Model and Associated Tools for Practice Externally

When selecting frames of reference to use alongside these conceptual models, it is important that they are chosen before assessment and goal-setting, as they may influence the gathered information and the use of interventions. These frames of reference can bring additional knowledge, tools and priorities to support the selected conceptual model and ensure occupation-based interventions. (Duncan, 2021)

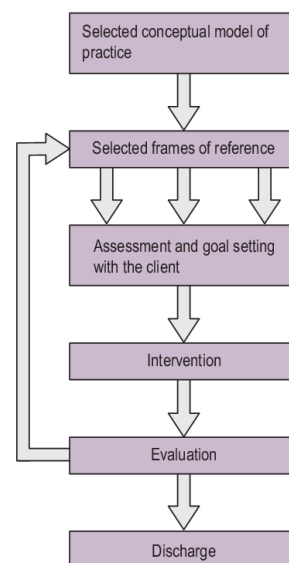


Figure 1: The relationship between conceptual models of practice and frames of reference (Duncan, 2021, p. 42)

Yerxa suggest that viewing the person as hierarchically arranged, complex open system which has interrelated levels of function, can assist the therapist in understanding the complexities of occupational therapy practice. This view of the person requires an understanding of the complex factors which support the performance of a person in the tasks, occupations and roles of life.

There are many **frames of reference** in occupational therapy, varying widely in their scope and utility. The term Frame of reference, according to Hagedorn (1997) can be used in two different senses but related. In the first sense, the term is used to indicate theory relevant to occupational therapy which has been taken from various basic sciences. Kielhofner used the term in this sense, i.e. to “borrow” knowledge. In the second sense, the term means a version of theory adapted and applied for occupational therapy practice.

A primary frame of reference contains theories and knowledge which have been evolved within one of the basic sciences. When knowledge is complex it may be divided to a particular perspective or set of theories. Primary frames of reference which are relevant to occupational therapy are those which contains information about how a human being functions in his daily life and propose explanations to account for dysfunction. There are two important primary frames of reference:

1. The physiological frame of reference.
 - a. The biomechanical applied frame of reference, concern with functional movement;
 - b. The neurodevelopmental applied frame of reference, concern with development or re-education of motor control;
 - c. The cognitive applied frame of reference, concern with the way we perceive and interpret our surroundings.
2. The psychological frame of reference.
 - a. Biological – neurobiological basis of behavior and perception;
 - b. Behavioral – learnt responses to environmental stimuli;
 - c. Cognitive – study of mental processes of reasoning and learning;
 - d. Phenomenological – concerned with subjective inner experiences.

In other curricular units, frames of reference will be developed considering the needs and goals of intervention. In this syllabus, we will focus on the following Models of practice of occupational therapy:

- (1) Person – Environment – Occupational Performance Model, from Charles Christiansen and Carolyn Baum;
- (2) Model of Human Occupation, by Gary Kielhofner;
- (3) Canadian Model of Occupational Performance and Engagement, by Sue Townsend and Helen Polatajko;
- (4) Kawa Model, from Michael Iwama.
- (5) Occupational Performance Model Australia– OPM (A), by Christine Chaparo and Rudy Ranka



Refer to syllabus 1 about Occupational Therapy Foundations



Say, in your own words, the differences between Theories, Models and Frames of reference?

2 The Person – Environment – Occupational Performance Model (PEOP)

The PEOP model assumes that the performance of 'activities, tasks and roles' is done by the 'person' in the 'environment' and that these three core elements are the basis of daily activities (occupational performance). The PEOP model shows that daily activities enable people to participate and contribute to their well-being. The PEOP model supports person-centered practice. In this model, the input of people with their life story or narrative (narrative) has a central place. The PEOP OT process model starts with this narrative to understand and interpret the person's personal story. The OT gets information about the value and meaning of daily activities for the person. Shared decision-making is an important element in the PEOP model. This is the first occupational therapy model that also describes working with an organization and a community. It is a qualitative foundation for both the individual and the socio-social perspective of occupational therapy. The purpose of the PEOP model is to provide the OT an useful, methodical and comprehensive tool to shape prevention and intervention together with the person, an organization or a community. (Baum et al., 2015; Bass et al. 2015; Van Hartingsvelt et al., 2010)



[Person-Environment-Occupation-Performance Model / PEOP - InfOT - YouTube](#)

2.1. Background of the PEOP Model

The development of Christiansen and Baum's PEOP model started in 1985 and the model was first published in 1991 (Christiansen and Baum, 1991). It was developed during the period when the reductionist biomedical paradigm was central to the profession. At that time, occupational therapy was mainly aimed at restoring disorders and removing limitations. In that period, people began to realize that reductionism offered few points of leverage, especially for people with a chronic disorder, and that it didn't give an answer on questions about how people can adapt to completely different living conditions (Kinébanian & Van de Velde, 2012). Based on the need to focus more on the core domain of daily activities in occupational therapy, the development of occupation-centered models has started (Fisher, 2014). The PEOP was the first model aimed at daily activities and in the early days it contributed to putting the occupational paradigm of occupational therapy back at the center in education, practice and research.

2.2. Theoretical description of the PEOP Model

The PEOP-model focuses on the core domain of occupational therapy, daily activities (occupational performance). The model can be applied in practice to a person and his system, an organization and in a community (population). Three versions of the PEOP OT process model have been developed for this purpose: a person-centered, an organization-centered and a community-centered (population-centered) OT process model. Attention to health promotion and preventions in organizations and communities is an important opportunity for occupational therapy. The PEOP model has four characteristics.

2.2.1 Characteristics

1. The PEOP Model values collaboration

Occupational therapy focuses on a collaborative relationship with the person and his system, organization and communities who have questions or challenges about their daily activities and participation. The PEOP-model and the PEOP OT process model facilitate the development of a collaborative relationship in which dialogue is central. The interests and goals of the person, organization or community are decisive. Only the person is able to identify the goals and outcomes that are needed and important in their lives, organizations and communities. In addition to working together with the person and his system, organization and community, interprofessional collaboration is also an important issue in the PEOP-model. The OT often works together with other professionals in care, welfare, education and work. In this process, the person and the environment are actively involved in the process of narrative, assessment, intervention and evaluation of the outcome. (Barr, 2013; Van Zaalen et al., 2018) In this interprofessional collaboration, the OT often fulfills the bridging function between the biomedical world of healthcare professionals and the practical reality of the daily lives of the people you work with. Townsend and colleagues (2013) indicates that the integration of the biomedical and social model is the strength and added value of the profession.

2. Occupational performance

“Doing” is the central focus of the PEOP-model. Occupational performance is defined as “carrying out meaningful activities, tasks and roles in the interaction of the person and his environment” The PEOP-model assumes that daily activities support participation (active participation and involvement) and well-being (health and quality of life). (Bass et al., 2015)

The PEOP-model is based on the following principles (Baum et al., 2015):

- Humans are naturally acting beings to discover their world and to get a grip on it
- Experiences of success in daily business give people a good feeling and motivate them to take on new challenges.
- Daily activities are explained as performing meaningful activities, tasks and roles through complex interaction with the person and his environment.
- Daily activities support participation and well-being.
- Daily activities are related to the life stage of the person and the roles that come in. f.i for children, the day is mainly filled with playing and learning; in adults, daily activities are mainly determined by working and caring for the familie; elderly people often need more time to carry out daily routines,...

3. A system perspective

The PEOP model is a system model that assumes that the interaction between the components: person, environment and the performance of activities, tasks and roles is dynamic and mutual. System models are based on the principle that every component has the potential to have an impact on other components and on the system as a whole. When people perform activities, they do so in interaction with the environment. The mutual interaction and transaction between the person and the environment when performing activities is seen as the throughput of the model. Any change in personal capabilities, choices regarding daily activities, and environmental characteristics can have the potential to influence the day-to-day behavior of a person, an organization, or a community. (Baum et al., 2015)

4. Client-centered

Person-centered practice is based on the ideas of Carl Rogers and had been a starting point in occupational therapy in Canada since the 1980s and later in the rest of the world. (CAOT, 1983; Rogers & Carmichael, 1942). Nowadays, there's an increasing emphasis on equality in the cooperation and shaping the intervention through dialogue. (Sumsion & Law, 2006)

Person centered practice has been part of the identity of occupations for decades, always using the term client-centered, introduced by Canadian occupational therapists to the profession. (Mroz et al., 2015). Person-oriented work is characterized by having respect for the other, cooperating with the other and sharing power with the other. (Restall & Egan, 2021) Based on the PEOP model, the OT works in alliance with the person, his system, the organization or community.

The authors of the PEOP model use the term “person-oriented work” as the meaning of personal living circumstances. It's about the place where one lives, how one is giving meaning to life and what the person considers important to do in daily life. “Organization-oriented” tasks on the questions of people who live, receive education or work in the organization. The mission and vision are the meaningful starting points for the priorities of the policy and the goals of the organization. “Community-oriented” work concerns the areas of interest that are defined together with the citizen and that have significance for the daily activities of the residents of a neighborhood or district. The OT works with the person, organization or community on their questions and challenges.

2.2.2 Description of the PEOP Model

The figure underneath provides a visual presentation of the PEOP-model and makes clear that occupational performance is determined by the performance of activities, tasks and roles, but also the nature of activity, the intrinsic and extrinsic factors that are unique to each person and his environment. Performance is always context-dependant and critically important to both well-being and quality of life.

Activities, tasks and roles (occupation)

Activities, tasks and roles of the person are different in each stage of life. In each phase of life, there are other themes that are important during occupational therapy prevention and intervention. The different life phases are described in general below. In the book Occupational Therapy, Performance, Participation and Well-being (Baum et al., 2015) about the PEOP model, a chapter has been written about each life stage and you can find more information per life stage.

Person

Intrinsic personal factors consist of:

- cognitive
- psychic
- physiological
- sensory and motor
- spiritual

Environment

Extrinsic environmental factors consist of:

- culture
- social determinants
- social support & social capital
- education and health policy
- physical and natural environment
- assistive technology

All these personal and environmental factors are examined to see whether they are facilitators or form a barrier to the performance of daily activities.

The interaction between the person, the environment and the activities, tasks and roles leads to daily activities (the doing), participation (active involvement) and well-being (health and quality of life). This only happens if there is a person-environment fit that optimally supports the person and his system, organization or community in their important daily activities, tasks and roles.

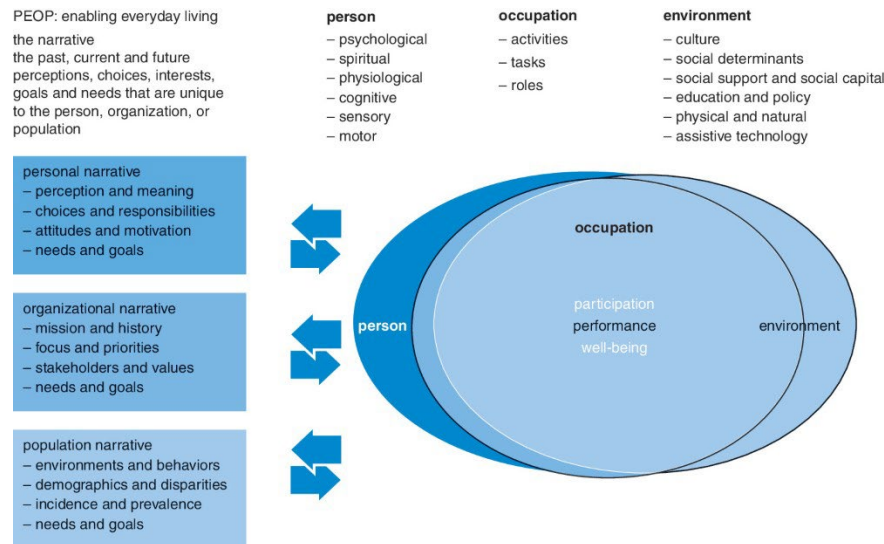


Figure 2: Person-Environment-Occupation-Performance (Baum et al. 2015)

2.3. The process in PEOP Model

The PEOP OT process model is occupation-based, person-centered and evidence-based. (Bass, 2015)
The PEOP OT process model reasons from the questions about the performance of activities indicated by the person, organization or community. It is about the people (with abilities and limitations) in the environment (that facilitates and hinders) who are eager to do the things that are important to them or are expected to do them. (Bass, 2015)

As an occupational therapist you actively work together with the person, organization or community in the search for solutions to obstacles and the achievement of goals. Individuals are encouraged to make their own choices with regard to the intervention. The therapist respects the client's values and norms and how the client deals with the challenging situation (coping).

Evidence supports your professional reasoning as an occupational therapist about the assessment instruments that can be used, the interventions that can be applied and which outcome measures you want to use to evaluate the intervention.

The PEOP OT process model supports the person and occupational therapist in jointly creating a realistic plan. This shared decision-making process (Kuiper et al., 2020) depends on the therapist's skills in shaping the relationship and asking the right questions in provoking the person's motivation. In addition, the therapist provides information about the options that are necessary to make good choices (Baum, 2015).

The PEOP OT process model has four primary components that may occur simultaneously during the occupational therapy process:

- narrative
- assessment and analysis/evaluation
- intervention
- result

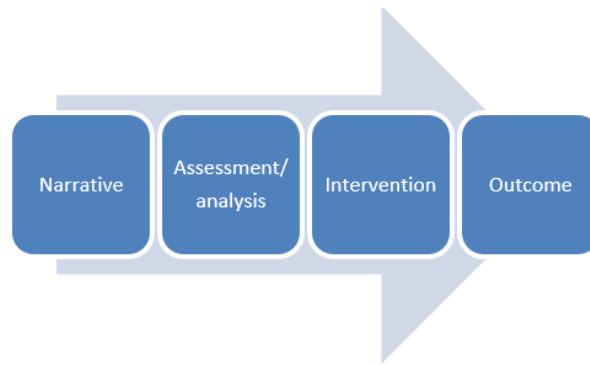


Figure 3 : The PEOP OT model

Narrative

A new aspect within the PEOP OT process model is the step of the narrative, the personal (life) story of the person or the (historical) story of the organization and community. You use conversations and observations to clarify the story and questions of the person, organization or community, making it clear what the questions are and what people need. In recent years, the narrative has been increasingly applied in care and welfare (Bohlmeyer, et al., 2006) and is used to understand the activity question and the meaning it has for the person from the broader context of the life situation (Mattingly & Feming, 1994) The person-centered narrative addresses the person's unique perspective and the deeper emotions that have arisen based on the life event and challenges the person has faced. The organization-oriented and community-oriented narrative addresses the unique perspective and story of the organization and community. The narrative contains important background information in story form, about how the person, organization or community perceives the past, present and future, and gives importance to choices, interests, values, goals and wishes .(Bass, et al., 2015)

Through the narrative of the person, organization or community, information is generated about:

- the perception of past, present and future
- the match between the questions and challenges of the person, organization or community and the possibilities of occupational therapy

Assessment and analysis

Assessment and analysis is about identifying the intrinsic and extrinsic factors, which form the possibilities (abilities of the person and facilitators of the environment) and obstacles (limitations of the person and barriers of the environment) of daily activities. An analysis takes place to describe the influence of daily activities, personal and environmental factors on each other and to see to what extent these are facilitating or hindering. Based on this, the occupational question is defined, which is described in the phases in a methodical way. This leads to:

- a personalized action plan
- the implementation of the action plan (intervention)
- the result or the outcome (outcome), leading to daily action, participation and well-being

Intervention

The structure of the model supports applying the PEOP model in such a way that the goals of improving participation and well-being are achieved within the given possibilities. By using the PEOP OT process model, you as an occupational therapist ensure that the intervention is occupation-based, person-centered and evidence-based. When planning the intervention and implementing the plan for organizations and/or communities, the occupational therapist can follow the same steps as with the person and his system, but the analysis will be based on the specific situation of the organization or population.

Result

In order to be valued and seen as a professional and as a professional group, it is important to carry out interventions that are effective and have added value. It is important to communicate this to referrers, policymakers and funding bodies, such as health insurers.

The PEOP model emphasizes the necessity of being competent in day-to-day activities to enable participation and well-being. In the PEOP model, both personal and environmental factors are important in the occupational therapy process of assessment and intervention. Both are opportunities or barriers in daily activities. By using the PEOP OT process model, it becomes clear how the capacities of the person and the facilitators of the environment promote daily activities and how the limitations of the person and the barriers of the environment hinder daily activities. The PEOP OT process model starts with the narrative and thus makes it clear that the meaning of daily activities in the occupational therapy intervention with the person and his system, organization or community is the starting point.

2.4. Assessment

No specific assessment instruments have been developed based on the PEOP model. Naturally, other relevant occupational therapy assessment instruments can be applied when using the PEOP model. See also Syllabus 6 on assessment tools.

2.5. Case

PEOP model Case Barbara

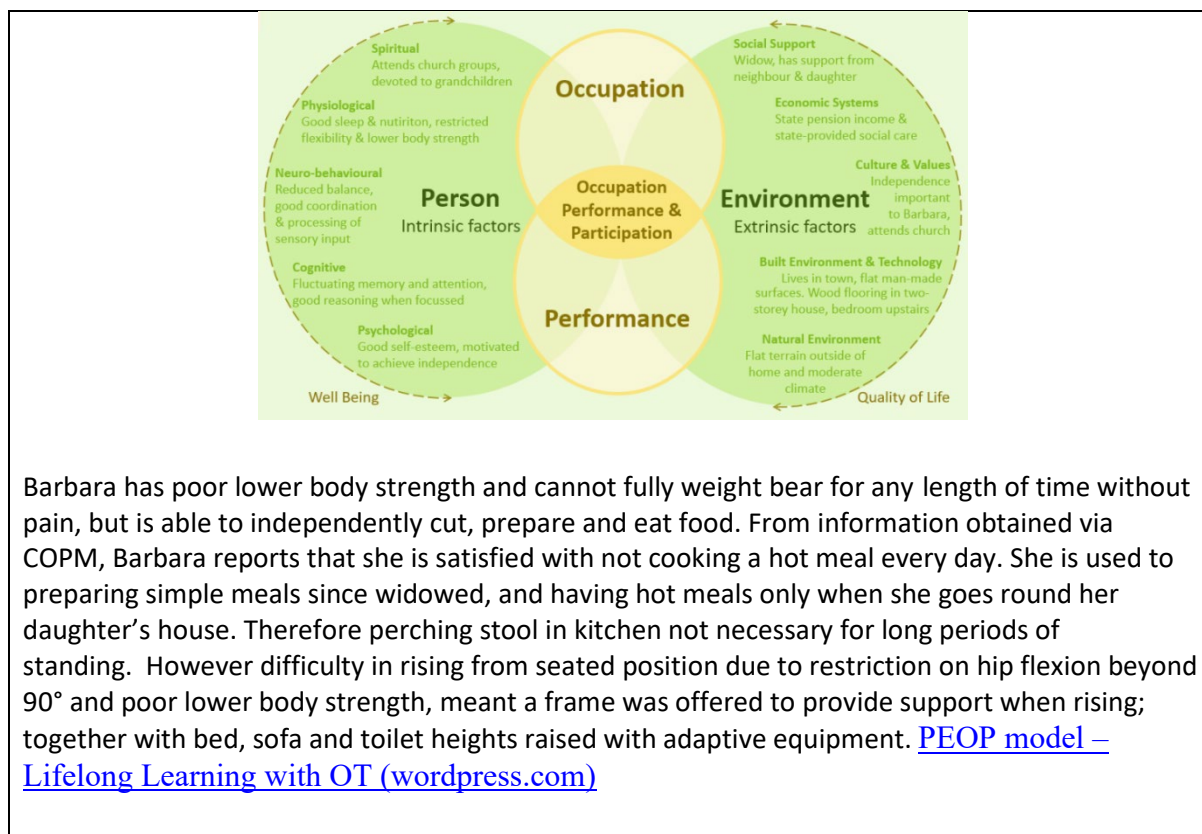
Barbara is a 72 years old female. She's a widow, lives alone but her family is nearby. She possibly has a chest infection and is in the hospital. During her stay in the hospital she falls and fractures her hip. She had a hip operation and stay in an acute orthopaedic ward where she's seen by a rehabilitation team OT.

Because of the scope of the service they works in, an orthopaedic OT's goal would be to get Barbara to get back to her home in the community.

In order to obtain the necessary information, following assessments are carried out :

- **CAM-ICU** to quickly assess mental state because hip fracture patients over 65 are high-risk group for delirium. If positive for delirium, refer her to doctor or nurse for investigation of underlying issue eg chest infection, dehydration or pain.
- **Canadian Occupational Performance Measure** to identify areas of occupational importance to Barbara, and her satisfaction with them. If Barbara doesn't have the capacities, the COPM can still be completed by proxy eg family member or healthcare staff.
- **Barthel Index of ADL** with activity analysis of washing, dressing, feeding, stairs & transfer tasks (working with physiotherapy and nursing teams).
- Home visit incorporating **SAFER-HOME tool** to assess her home environment to make an inventory of the limitations & risks.

If appropriate , Barbara can complete rehabilitation at home. This involves visits from health professionals at home with equipment loans & a social care package, if family is unable to assist with personal care.



2.6. Summary : conclusion and future perspective

The PEOP model and the associated PEOP OT process model have been developed as a useful and systematic tool to shape the occupational therapy intervention together with the person, organization and community. The content and process model can be used in all practical contexts, with people of all ages and for all possible action questions. The focus on the narrative as the start of the occupational therapy process fits well with the value and meaning that daily activities have for people.

This model can support the increased focus on working from a social perspective. By applying the organization-oriented and community-oriented PEOP OT process model, it becomes clear that the core domain of occupational therapy has a lot to offer and also contributes to the participation and well-being of all citizens for organizations and communities. By using the PEOP and the PEOP OT process model, you can properly profile yourself as an occupational therapist in the various professional contexts and propagate your profession.

Person- Environment – Occupational Performance Model	
Developers	Charles Christiansen and Carolyn Baum
Origin	Developed to emphasize a view of performance as an interaction between a person and his or her environment
Population	All ages
Theoretical foundations	<ul style="list-style-type: none"> • General systems theory • Occupational Therapy theorists (howe and Briggs, Kielhofner and Burke, reilly, Reed) • Environmental theories • Neurobehavioral theories

	<ul style="list-style-type: none"> • Psychological theories (personality, motivation, values, agency)
Concepts and assumptions	<ul style="list-style-type: none"> • Performance results from complex interactions between person and the environments in which he or she carries out tasks and roles • Developmental stage influences performance • Performance is facilitated by intrinsic enablers (in person), environmental factors and meaning of occupation • Occupational Therapy intervention can facilitate a person's adaptation when he or she encounters problems in performance • A personal sense of competence influences performance
Client/therapist relationship	Active patient involvement is important; Therapist as teacher - facilitator
Expected outcome	Competence, occupational performance Development of "life performance skills" Improved health and well-being
Assessment	Assess person's "asset, deficits" Pay attention to person's environment Could be formal, standardized, observation, interview Outcomes should focus on well-being
Intervention	<ul style="list-style-type: none"> • Uses a problem – asset-oriented model • Produces a client/family centred plan • Should be unique to each person and be driven by clients goals • Intervention principles: <ul style="list-style-type: none"> ○ Uses occupation as therapeutic medium ○ Uses compensatory adaptative strategies to overcome intrinsic factors (psychological, cognitive, physiological, neurobehavioral) ○ Modifies physical environment within cultural parameters ○ Develops social networks ○ Works to remove barriers that limit occupational performance ○ Educates the client, family and others (e.g. employers) in strategies to optimize performance, promote health and prevent secondary conditions

In: Christiansen, C.; Baum, C. (1997) Enabling Function and Well-being, 2nd ed. Slack - USA

3 Model of Human Occupation (MOHO)

The Model Of Human Occupation (MOHO) describes how a person chooses and performs daily activities in an environment. Each activity is a result of an interaction between a person's motivation (volition), personal roles and habits (habitation) and capabilities (performance capacity), and the environment (environment). MOHO pays a lot of attention to understanding people's motivation to shape daily activities. (Taylor et al. 2017)



[Model of Human Occupation - MOHO - InfOT - YouTube](#)

3.1. Background of MOHO

The Model of Human Occupation was developed and described by Gary Kielhofner in the United States around 1980. The model has since been applied in practice and further developed, both in America and in Western Europe. In the 80ths, most models focused on (functional) disorders. Some occupational therapists recognized that occupational therapy had become too concerned with “cure” and remediating impairment and wanted to go back to the original focus of OT “Occupation”.

In addition to those models, MOHO focused on understanding client motivation and daily activities. The MOHO can be used well in combination with other models and frames of reference. The model is mainly aimed at individuals, but more and more attention is being paid to its application for organizations. The model is now in its 5th edition. Important changes compared to previous editions are the influence of the environment on daily activities and a less strong role of system theory in the theoretical foundation. Despite the death of Gary Kielhofner in 2010, development of the model continues under the direction of his partner Renée Taylor, University of Illinois at Chicago.



Visit <http://www.moho.uic.edu/>

3.2. Theoretical description of the MOHO model

MOHO is an occupation-focused model, because daily activities are central.

The model focuses on three themes:

1. How daily activities are motivated organized in patterns and executed in an environment;
2. How daily activities can be influenced (or activity oriented questions can arise) as a result of illness, disorders, limitations and/or personal or environmental factors;
3. How occupational therapy enables people to participate in daily and meaningful activities that are fulfilling and promote their physical and emotional well-being.

3.2.1 Characteristics of the model

The characteristics of the model are:

- Person-centered : focusing on the person's needs, perspectives, and experiences, including through the use of life stories or narratives.
- Holistic: sees man as a whole of body and mind, as part of his environment.

- Evidence-based: the validity, positive impact and relevance of the MOHO and model concepts for practice are supported by research.
- Practice-oriented: aimed at application in practice, including by offering assessment instruments, intervention programs and case descriptions.
- Respects diversity: respects the individuality and cultural background of each person and is applied in different countries with different cultures.
- Developed to complement other models and theories and highlight the importance of meaningful activities.

3.2.2 Structure and description of MOHO

The MOHO represents the person as composed of interrelated components: volition, habituation and performance. The components influence each other and the environment, so shaping the occupation. In addition to the internal processes, the MOHO distinguishes skills, performance of daily activities and participation. This leads to occupational identity, competence and adaptation.

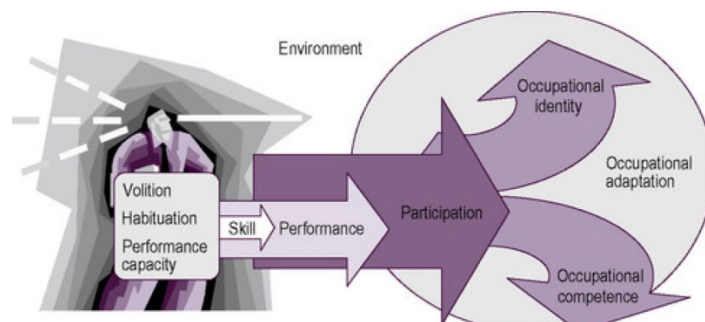


Figure 4: The MOHO-model (Kielhofner, 2008)

1. The person

Volition, habituation and performance volition concerns the person's motivation. Volition has a major influence on people's activities. Volition influences how people perceive the world with the opportunities and challenges it presents, as well as how they experience their lives and perceive themselves. The thoughts and feelings of the person always influence the motivation for daily activities: 'how am I doing?' (**personal effectiveness**), 'how important do I think it is to do this?' (**values**), "how much pleasure do I get to do it?" (**interests**).



Figure 5: Volition (Kielhofner, 2008)

Volition or motivation is a dynamic and cyclical process of anticipating, making choices, experiencing and interpreting. The person's interests, values and personal effectiveness influence how they anticipate daily activities. People tend to notice in their situation what fits their abilities, what they consider important and what interests them. By anticipating, the person creates expectations about his daily activities. Based on these expectations, the person makes choices and decides what to do.

While performing an activity we gain all kinds of experiences: we find the activity more or less enjoyable, we feel more or less sure about performing it. These experiences influence how we feel about our quality of life. A good balance between what we want and our experience of what we do and how we do it contributes to the satisfaction we experience.

Personal effectiveness, values and interests strongly influence our interpretation of what we have done and our experience of it, or the meaning we give to what we have done. Experience during therapy also appears to be a critical factor for the extent to which the person benefits from the therapy.

The person's motivation to perform daily activities is formed by the dynamic interaction between these three elements: the image the person has of their own personal effectiveness the values the interests. Personal effectiveness (personal causation) is about the inner image that someone has of their own possibilities to realize activities. It is formed by the awareness of personal capacities in the physical, intellectual and social fields (sense of personal capacity) and the feeling of effectiveness (self efficacy).

Values refer to the person's beliefs about what is right and important to do. This gives meaning to activities and makes demands on how the person wants to perform the activity. Values are closely related to the culture of the different groups of which the person belongs: what matters in the culture of each group, what expectations there are about the performance of activities, what ambitions are desirable in that cultural environment?

Values influence the sense of self-esteem that a person derives from performing certain activities.

Interests are about what a person likes to do and what a person finds satisfaction in. Each person has their own interest pattern: a pattern of preferences for activities that arise from experiences.

Personal effectiveness, values and interests are closely linked: people like to be good at things they care about and often like things they are good at. Through the interplay of these elements, a person forms a pattern of thoughts and feelings about himself as an occupational being (klopt dit?) in the world. In the course of life, each person develops a unique personal history of activities, experiences and reflections that influence motivation. People have experienced and learned what they are able to perform and not (personal effectiveness), discovered what they like to do (interests) and build up convictions of what they consider important and meaningful to do (values).

The interaction between these elements of volition is the basis for choices in activities. These can be conscious decisions for activities aimed at the short term (activity choices), such as lunch together, attending a lecture,... In addition, well-considered choices are made for activities that require a long-term commitment or obligation (occupational choices), such as choosing an education or having children. Occupational choices are made less than activity choices, but have a greater impact on our lives.

2. Habituation

For a lot of our daily activities, we don't have to think about. We do them in a natural, routine way: the familiar morning routine of getting dressed and breakfast, the familiar ride to work or school. We have a usual way, which may differ between weekdays and weekends.

Habituation provides a kind of scheme (internalized readiness) for the performance of daily activities. It's preferable to perform some activities in the same way we have learned through repetition. These routines allow us to perform activities efficiently and without spending energy.

According to the MOHO, habituation is determined by **habits** and **roles**.

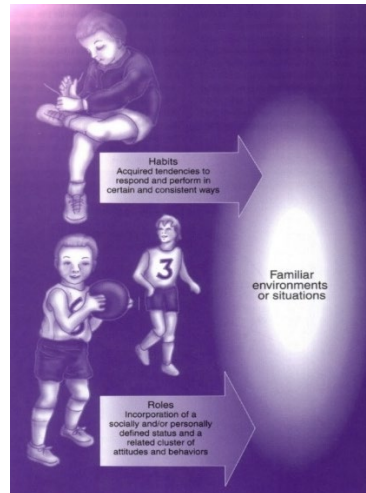


Figure 6: Habituation (Kielhofner, 2008)

Habits are more or less fixed patterns of behavior that are formed through repetition, so that daily activities are performed in a certain, consistent way in familiar environments or situations. Because of our habits we experience our life as familiar.

They influence our daily activities in different ways. They determine how routine activities are performed. They regulate our use of time. They are also personal: they are typical for a certain person. Habits are mostly automated and require little conscious effort. This allows us to give our attention to other things.

We have different **roles** according to the social groups we belong to, and to do so we constantly adjust to the norms of the group and the reactions of others. Each role has its own habits. Our social status is visible in every role. Identifying with a role means internalizing your personal interpretation of the role, as well what society of the group expects of you. The roles are also visible here. Everyone has multiple roles, which often change in the course of life. Roles are acquired through the process of socialization. Roles are related to the associated behavior, clothing, language use,... Think, for example, of the role of rehabilitation patient, IT specialist, hairdresser, occupational therapist and student. You identify with roles that are important to you and your environment and you behave and act in a way that others, but also yourself, expect. These expectations are partly explicit, partly implicit and closely linked to culture. The role of the son demands certain behavior and certain patterns of occupation from the parents, which can change if, f.i. the parents become vulnerable and the son becomes an informal caregiver. The role of a trainee or employee requires you to come in time at work and keep to agreements.

3. Performance capacity is determined by the physical and mental capacities of the person, which make daily activities possible. On the one hand, these are **objective capacities**, s.a. muscle strength, sensitivity, coordination and executive functions. On the other hand, each person has his own **subjective experience** of his abilities. It is important to pay attention to subjective experience in therapy, because it reveals a lot about the performance capacity and (experienced) limitations in it. F.i. When we cycle, our body can give us the pleasant feeling of speeding up or making the effort to move forward in a strong headwind.

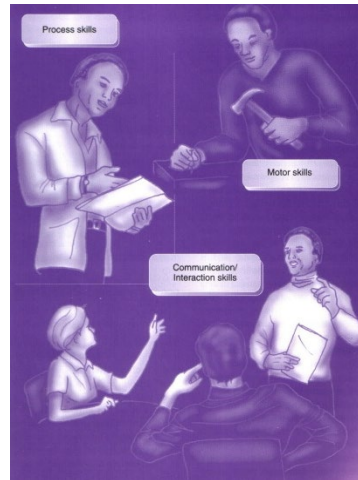


Figure 7: Performance components (Kielhofner, 2008)

4. Environment

There's always an interaction between the person and the environment. Most people perform daily activities in different environments: their home, neighbourhood, work, shops, the gym,... The environment influences what people do and how they do it: aspects in the environment make demands on daily activities, support it or obstruct it. How this affects daily activities depends on the person and his values, interests, personal effectiveness, habits, roles and performance capacity. Elements of the environment offer possibilities (opportunities) and resources that provoke or allow choices in daily activities. F.i. Water offers the opportunity to go sailing. The demands of the environment can challenge the person to maximum performance, but also evoke disinterest or boredom. F.i. if the environment sets demands below the level of the person, or fear and despondency, when the environment sets too high demands. The same environment can challenge one person and bore the other. The total of possibilities, resources, requirements and limitations of the environment is called the **environmental impact**.

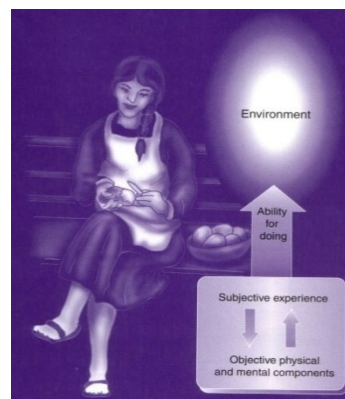


Figure 8: Environment (Kielhofner, 2008)

Three dimensions can be distinguished in a person's environment:

The **material** environment: spaces where activities are performed (built environment, or in nature), objects used, including tools and assistive technology, accessibility (physical accessibility, accessibility of information, digital accessibility) and safety of the environment.

The **social** environment: presence of people of importance, such as family, friends, neighbours, colleagues, the quality of relationships with others, the attitudes and manners of the neighborhood and society.

The **occupational** environment : the presence of activities that match the interests, roles, capacities and cultural preferences of the person; the qualities of these activities, s.a. structure, flexibility,

continuity and appropriate culture; as well as financing and political influence on availability of activities.

Every person experiences influence from their environment on different levels: direct, local and global. The direct level concerns, f.i. the home, workplace, education room or treatment room in the rehabilitation center. The local level is about the neighborhood where someone lives, the sports complex or the supermarket. The global level includes the system of social services, health care, society's attitudes towards people with disabilities. The physical, social and occupational environment are present at every level. Cultural aspects are part of every environmental dimension. How this affects daily activities depends on the person and his values, interests, personal effectiveness, habits, roles and performance capacity.

3.2.3 Levels in daily activities: skills, performance of daily activities and participation

Daily activities become visible in activities for work, school or study, activities for relaxation or play and activities of daily living. In the visible activity, the MOHO distinguishes three levels: skills, performing daily activities and participation.

Skills (occupational skills) are the motor, process, communication and interaction skills that are necessary for the performance of an activity. They are the building block of the implementation. They are observable goal-directed actions during the performance, such as reaching for and grasping an object in the closet, choosing the right objects and materials for the activity, responding to non-verbal cues while working together. In the skills the underlying capacities, functions are used.

Performance of daily activities (occupational performance) refers to the performance of activities that form a coherent whole, such as getting dressed, shopping, exercising. Roles and habits play an important role in performance. The performance is also determined by the characteristics of the task and by the influence of the environment: it requires the use of objects and space and dealing with stimuli in the environment (s.a. people, sounds, light).

Participation (occupational participation) refers to participating in society through the performance of meaningful roles and the associated daily activities, s.a. volunteering and learning at primary school. This participation in society has a personal and social meaning and is important for the well-being of the person.

3.2.4 Dimensions of occupational performance: occupational identity, occupational competence and occupational adaptation

In response to life events or challenges, people change so that the tasks and activities they perform contribute to their well-being. In this way, participation leads to **occupational adaptation** in the course of life.

Occupational adaptation has two components : **occupational identity** and **occupational competence**.

From birth, people interact with their environment and develop their motivation, habituation and performance capacity. Through participation in society, the person forms occupational identity and competence over time as the person develops and responds to changes in life, including adversity, illness or limitations. Most people will, at some point in their lives, experience activity adaptation problems that require adjustment of reform of identity and competence.

Occupational identity is a subjective image of oneself as the person you are and wants to become, which people build through doing and experiencing over the course of their lives. Building occupational identity starts with self-knowledge of one's past abilities and interests and extends to a value-based vision of the future that the person desires. Identity refers to a description of oneself, which includes roles and relationships, values, self-image, and personal desires and goals.

Motivation (volition), roles and habits and subjective experiences are integrated into the identity.

Participation, s.a. having a job and interacting with colleagues, contributes to the formation of an identity. Telling the life story (occupational narrative) gives coherence and meaning to motivation, habituation, capacities and environment and contributes to the formation of an identity.

Occupational competence is the extent to which the person has an occupational pattern that fits the occupational identity. Competence has to do with converting identity into activity.

Occupational competence includes:

- meeting one's own expectations of roles, values and performance standards
- maintaining a routine that allows the person to take responsibilities
- participate in a variety of daily activities that provide a sense of one's own abilities, control, satisfaction, and fulfillment
- pursuing own values and taking action to achieve desired outcomes in life.

Competence begins with organizing one's life to meet simple responsibilities and personal standards and then extends to taking on role obligations and achieving a fulfilling lifestyle.

3.3. The process in MOHO

Kielhofner defines therapeutic reasoning as the way occupational therapists use theory to understand the client, work with them to create, implement, and evaluate an intervention plan

Question clarification

Step 1: Generate questions for the reasoning process and use them

The basis of a valuable intervention is the relationship between the client and the occupational therapist, in which the occupational therapist learns to understand the client. The concepts of the MOHO allow the client and the occupational therapist to think about what questions they have for the process of collecting information about the activity question. The figure underneath shows seven general questions based on MOHO theory. The occupational therapist can discuss this with the client in order to clarify the problem.

This gives the client and the occupational therapist an impression of the strengths and weaknesses (challenges) of the activity. At the end of this step, they also conclude which aspects in step 2 require further analysis.

Step 2: collect information with and about the client

Based on the conclusions reached by the client and occupational therapist in step 1, the occupational therapist uses structured and unstructured assessments in this step to obtain further information about specific aspects of the activity.

Step 3: formulate an explanation for the client's action question with strengths and challenges

The occupational therapist involves the client as much as possible in explaining his treatment question. In this third step they jointly analyze the information from step 2. The occupational therapist combines this information with his knowledge of the theoretical concepts of the MOHO.

The aim of this step is to generate new insights as a basis for the desired change.

Intervention

Step 4: Set goals and plan for client engagement and intervention strategies

In this step, the client and the occupational therapist determine their goals, together they examine which dimensions of occupational engagement will help the client to achieve change and they jointly decide on the intervention strategies that are required. The therapeutic reasoning table (Kielhofner 2008) contains many examples of change possibilities, dimensions of occupational engagement and intervention strategies in relation to treatment demands from clients. It is necessary for the occupational therapist to communicate and collaborate with the client to develop the therapy plan; after all, the success of the therapy depends on the willingness of the client to accept goals and strategies. The occupational therapist can choose from the following intervention strategies (Kielhofner 2008):

- validating: affirming respect for the client's experiences and perspectives;
- identify: clarify to the client his personal possibilities as well as factors in his environment that promote his actions and participation;
- provide feedback: share views on the action question with the client, so that he gains more insight into his question or is given the opportunity to compare a different view of the future with his own view (in this case relates to will/volition);
- advising: advising on the feasibility and desirability of goals and on possible methods to achieve these goals. Kielhofner views counseling as part of shared decision-making by client and therapist. It is important that the occupational therapist has a good view of the volition of the client, for example to understand what makes it difficult for the client to make a decision;
- negotiation: actively taking and giving with the client to have a common perspective or agreement on what the client wants to do;
- structuring: offering benchmarks for choosing or acting itself by, for example, offering alternatives, setting limits, giving rules for working methods;
- coaching: instructing, demonstrating, forward chaining, verbal instruction, physical guidance as the client explores new ways of acting or increases his skills through training;
- encourage: provide emotional support and confirmation to the client in relation to his actions;
- providing physical support: offering physical support, so that the client can successfully perform the task in the event of a lack of motor skills.

Step 5: implement and monitor the intervention plan

In this step, the occupational therapist and the client implement the intervention plan. At the same time, the occupational therapist carefully monitors its progress, among other things by communicating about this with the client. It is possible that new situations may arise or new information may become available that necessitates an adjustment of the client's understanding of the situation or of the therapy plan. New information can of course also confirm the opinion or the intervention plan.

Evaluation

Step 6: collect information to evaluate results

Determining the results of the therapy can be done by:

- to check with the client to what extent he has achieved his goals;
- retake structured assessments to determine how much the client's scores have improved.

It is possible to use both methods in combination.

These six steps in the process of professional reasoning do not always follow each other strictly. During the clarification of the question, the intervention and the evaluation, it may be necessary for the occupational therapist to go back to an earlier step if a new question arises.

3.4. Assessment

In order to understand the person, his own values, interests, personal effectiveness and capabilities, roles, habits and experiences in daily activities in environments relevant to the person, there are various MOHO assessment tools. These instruments can assist the occupational therapist in methodically gathering more in-depth information.

The information obtained is analyzed so that both the person and the therapist get a good understanding of the person's activity question. Goals are set with the person and occupational therapy intervention strategies are selected. Assessment instruments can be administered again after the intervention(s) to determine the results of the therapy.

Assessment tools based on the MOHO are holistic and provide insight into how the different components influence each other.

Most of MOHO's validated, standardized, and semi-structured assessment tools are available (for a fee) through the UIC Model of Occupation Clearinghouse website. [MOHO-IRM Web \(uic.edu\)](http://uic.edu)

Kielhofner distinguishes four types of assessment instruments:

- observation
- self-report or self-evaluation in which the perspective of the client is central
- (semi-)structured interviews
- combination of methods

3.5. Case

MOHO model : Case Mike (The story of Mike Lenaerts)

On the urgent advice of his wife Mieke, Mike Lenaerts (37 years old) contacted the occupational therapist. Mike and Mieke both find that the balance in their family life is lost, now that Mike is doing less and less after his car accident eight months ago. Due to permanent cognitive and motor limitations as a result of NAH (Non-Congenital Brain Injury), Mike is saddened to no longer be able to work as a car mechanic. Their daughter Jana often asks Mike when he will come back to give training to her girls soccer team. So far in vain; Mike sits on the sofa all day.

Mike actually doesn't recognize himself anymore and doesn't see how he can give a different turn to his life.

Personal effectiveness

Mike has little confidence in his own abilities due to his limitations. Mieke notices that Mike is tense and avoids activities that he believes he has the capabilities to do.

It is increasingly common for Mike to ask Mieke for help with activities, which, according to Mieke, makes him unnecessarily dependent. This has been causing more and more tension in their relationship lately.

Interests

Before his accident, Mike enjoyed challenging himself physically: twice a week he participated in a boot camp training in the park of their hometown and always went to the extreme. Now that he can no longer do this, his interest in sports has greatly diminished. He now mainly watches Formula 1 races, but that gives him little satisfaction.

Old routines

Mike realizes he can't be the partner and father he wants right now. His roles as employee and trainer have disappeared.

Due to his limitations, he can no longer carry out his activities according to his old routines. He has to think about almost everything.

Requirements of the environment

Mieke and Jana are the most important people in Mike's environment.

Mieke himself is experiencing the necessary pressure due to his retraining path to become a nurse after the bankruptcy of his menswear specialty store during the lockdown due to COVID-19. He wants Mike to take care of the shopping and cooking now. Mike doesn't dare; he thinks that is too ambitious for him.

The training of Jana's football team with parents on the side also feels like too high a demand for him.

Plan of approach

Together with Mike, the occupational therapist has drawn up a plan of action with the aim of getting Mike to undertake activities, also outside his family, and to create a new division of tasks in the family that both Mike and Mieke can agree with.

An important focus in the action plan is to strengthen his personal effectiveness by: the occupational therapist discusses with Mike what gave him the joy of training the girls' national team. Together they find an alternative, namely being a reading father in Jana's class, who proudly tells that everywhere;

Mike learns strategies to compensate for his limitations, allowing him to prepare simple hot meals. Improving his skills and performance also increases his personal effectiveness;

Mike resumes fitness training in a gym where a personal coach supports him to do so in a way that suits his current capabilities. He also enjoys contact with others there again;

The occupational therapist teaches Mike to recognize and deal with stress during his activities;

In addition, there are interventions aimed at appropriately attuning the requirements from the environment to Mike:

Mieke gains more insight into the consequences of Mike's possibilities and limitations for his daily actions. They discuss their mutual expectations about the distribution of daily activities.

As an alternative to shopping, they will now have it delivered at home.

Together with Mike, the occupational therapist informs the teacher about his options and the need for a clear space and a small group of children.

Van Hartingsveldt, M.; Kos, D. & M. le Granse. 2023. *Grondslagen van ergotherapie*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum

3.6. MOHO summary

The Model of Human Occupation (MOHO) is an occupational therapy content model that can be applied to any person or community that have problems with the performance of daily activities satisfactorily. The model pays a lot of attention to the motivation for daily activities. It describes how this activity is motivated, organized (in patterns) and executed. The MOHO distinguishes three interrelated components in the person: volition, habituation and performance capacity. These components, in interaction with the environment, form the basis for day-to-day activities. Three levels are distinguished in activities: skills, performance of daily actions and participation. Adjustment or adaptation of daily activities arises from the occupational identity and the occupational competence of the person. The MOHO is based on systems theory. From this perspective, change in daily behavior is a dynamic process that involves simultaneous and interacting changes in (the components of) the person, the environment and the relationship between them.

Model of Human Occupation	
Developers	Gary Kielhofner
Origin	Influenced from original occupational behaviour work at University of Southern California and Gary's Kielhofner's master's thesis, which was refined/elaborated upon with Janice Burke and Cynthia Heard Igi for 1980 publication. Roann Barris and Anne Neville-Jan, together with many others, contributed to the first edition textbook. Twenty-two people contributed to the second edition.
Population	All ages
Theoretical foundations	<ul style="list-style-type: none"> • Systems theory • Occupational Therapy theorists (Reilly, Shannon, Nelson) • Environmental theories (Gibson, Lawton) • Personality theories (Seligman, Allport, Maslow)
Concepts and assumptions	<ul style="list-style-type: none"> • Human occupation: "doing culturally meaningful work, play or daily living tasks in the stream of time and in the context of one's physical and social world" • Change is a function of changes in the internal organization (e.g. growth, increased strength, skill acquisition) or new environmental conditions. • Human system is a dynamic, changing, open system comprised of three subsystems: volition, habituation, mind-brain-body performance. • These systems arrange themselves according to the demands of the situation in which they are performing; each contributes different but complementary functions to the operation of the whole system. • Environment influences occupational behaviour. • Occupational performance: "meaningful sequences of action in which a person completes an occupational form" (Kielhofner, 1995, p. 113) using motor, process, communication and interaction skills. • Occupational dysfunction: Disability results in breakdown of life's meaning or unable to place self in a "personal narrative" with possibilities and hope, loss/restrictions of habits and roles; dysfunction occurs when people don't use their capacities in reasonable way to respond to reasonable societal expectations and when behaviour negatively affects integrity of human system.
Client/therapist relationship	Not explored in detail other than notation that data gathering is to be interactive.
Expected outcome	Develop a theory of the circumstances of the individual patient based on interview, structured assessments and situations means. Enable an adaptive process and minimize the impact of impairments.

Assessment	Assessment process is interactive with client, analytical and asks questions in three framework areas: <ol style="list-style-type: none">1. Human system's organization – clients' assets and liabilities2. Environmental influences – how it affords or presses occupational behavior.3. Systems dynamics – examine skills demonstrated when engaged in occupations in their environment.
Intervention	Principles of Program development: <ol style="list-style-type: none">1. Promoting self-organization.2. Using occupational forms as a context for change.3. Using the environment as the context for assembling occupations.4. Intervening across a functional continuum:<ol style="list-style-type: none">a. Goal is to support change or reorganization.b. Assert the primary tool which therapists have at their disposal is to change the relevant environment to support or precipitate a change in the human system.c. Therapy focuses on replacing tools and uses meaningful occupational forms to produce changes in skills.

In: Christiansen, C.; Baum, C. (1997) Enabling Function and Well-being, 2nd ed. Slack - USA

4 Canadian Model of Occupational Performance and Engagement (CMOP-E)

Occupational therapists in Canada are the great innovators in occupational therapy around the year 2000. They gave an impulse to person-centered work (person-centered practice). The Canadian Model of Occupational performance (CMOP-E) (Polatajko et al., 2013) and the Canadian Practice Process Framework (CPPF) (Craig et al., 2013) are widely used in occupational therapy courses. Canadians currently see that occupational therapy can make a valuable contribution to initiating social transition and minimizing inequality. (Faris et al., 2019; Irvine-Brown et al., 2020) They focus more on the human being in relation to others than on the person (Irvine-Brown et al., 2020; Restal & Egan, 2021). This will be reflected in custom models. The future will determine whether we will take over this relational side of our daily activities to strengthen our society.



[Canadian Occupational Performance and Engagement Model - InfOT - YouTube](#)

4.1. Background of the CMOP-E

In 1997, the Canadian Association of Occupational Therapists (CAOT) introduced the Canadian Model of Occupational Performance (CMOP) (CAOT 1997). With this, the CAOT focused on the core domain of occupational therapy: occupational performance and on client-centered working. The CMOP describes the performance of daily activities (occupational performance) as the dynamic interaction of the person (person), the activities (occupation) and the environment (environment). The authors described occupational performance as follows:

“Occupational performance refers to the ability to choose, organize, and satisfactorily perform meaningful occupations that are culturally defined and age appropriate for looking after one's self, enjoying life, and contributing to the social and economic fabric of a community (CAOT 1997)”.

With the CMOP, the focus shifted from increasing the client's capabilities to enabling day-to-day trading. The interventions also explicitly focus on the environment (Townsend 2002). In 2007, the CMOP was expanded to CMOP-E (Townsend and Polatajko 2013), where the 'E' stands for engagement. This makes it clear that the vision of health, well-being and justice through daily activities is not limited by the implementation (occupational performance). The involvement in daily activities (occupational engagement) is also an important aspect of people's participation and is a much larger concept than the actual performance of an activity. This involves being involved in something that you do yourself, something that you do with others, or something that someone else does. It's about coming up with something that someone else can do, thinking about what you want to do, reflecting on what you did alone or with someone else, and so on. Involvement therefore goes much further than performing activities.

People can experience more or less involvement during daily activities, they can become completely absorbed in an activity, or they can be bored and distracted during the performance of the activity (Jonsson 2008). In addition, people are often involved in daily activities without actually performing the activity. Think of a football match, where 22 football players actually perform the activity of playing football and where thousands of people are engaged by watching it. People can also derive meaning from being involved in and with the daily activities of the other (Polatajko et al. 2013b).

4.2. Theoretical description of CMOP-E

4.2.1. The concepts of the COPM-E

The Canadian Model of Occupational Performance and Engagement (CMOP-E) describe the occupational therapy view on (enabling) daily activities through the four concepts of person, daily activities, life course and environment.

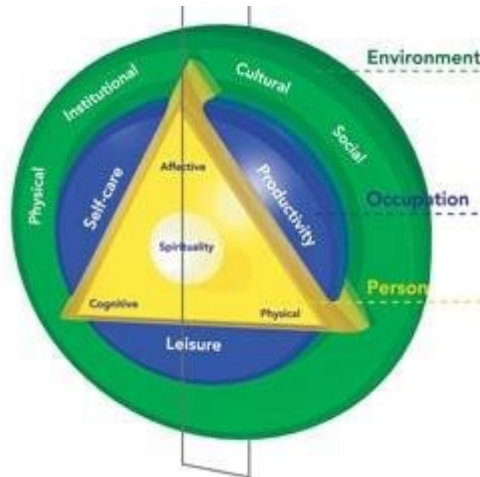


Figure 9: Components of the CMOP-E (CAOT, 2002)

Person

In CMOP-E, a person is someone with inner spiritual and socio-cultural experiences and observable performance components. This is included in the figure as a person with spiritual, affective, cognitive, and physical capabilities, which are directly linked to the soul, mind, and body.

Spiritual

Spirituality as the central core of the person is unique to the CMOP-E. It is a place in man where the meaning or purpose of life is said to arise.(Brown, 2019; Schel & Gillen, 2019). Other concepts associated with spirituality include: hope and trust, life purpose, power, altruism, connectedness , unconditional love, faith and religious worship. (McColl, 2011) Spirituality resides in the person, is also shaped by the environment and gives meaning to daily activities (CAOT, 2002). According to Hasselkus (2011) daily activities are an expression of spirituality on the one hand and spirituality is a source of motivation for daily activities on the other hand. Recognizing individuals as spiritual beings means acknowledging their intrinsic values and respecting their beliefs, values, and goals. As an occupational therapist, you come into contact with spirituality if you want to understand a person's experiences and the meaning that daily activities have for that person. It is important that you are aware of your own spiritual values, the different spiritual concepts and how these connect with general principles of care such as 'doing good'. (Hemphill, 2019) You explore someone's spirituality by listening and talking about life and the choices they make. And by reflecting together on the daily activities that are meaningful or not so meaningful.

Affective

The affective domain describes a person's feeling and feeling. It contains all social and emotional functions and reflects the intra- and interpersonal skills. (Law et al., 2002), such as expressing emotions, assessing situations, dealing with one's own and others' feelings. As an occupational

therapist, you observe and discuss the feelings someone experiences during daily activities, alone or together with others. You listen to which emotions reinforce or counteract daily activities.

Cognitive

The cognitive domain describes thinking and contains all mental functions, both cognitive and intellectual. This includes perception, concentration, memory, understanding, reasoning, planning, and judgment (Law et al., 2002). As an occupational therapist, you look at the total process of cognitive skills during daily activities. You observe how the cognitive qualities or limitations stimulate or hinder daily activities. The physical domain describes doing and includes all sensory, motor, and sensorimotor functions. This includes sensory functions, posture and movement, strength, condition, fitness, etc. As an occupational therapist, you observe how a person performs daily activities and what the physical (im)possibilities are. You focus on what someone would like to do (differently) and what is physically required to do so. The person is divided above into different domains. In reality, this strict division is not possible, but it helps to observe and reflect on daily activities. Occupational therapists see a person as a whole within the personal context. Daily activities are mapped out with attention to all domains of the person, the various activities and all environmental aspects as explained below.

Occupation

In CMOP-E, daily action (occupation) is the connection between the person and the environment. In doing so, the person influences the environment by performing activities. (Polatajko et al., 2013). In the CMOP-E, occupation is organized into three areas of activity:

- *self-care*
- *productivity*
- *leisure*

Occupation is performing or being involved in activities that acquire meaning in a specific context (Pierce, 2001). That meaning is not clearly visible, because meaning, goals, values and beliefs behind daily activities are not directly observable. (CAOT, 2002) The meaning becomes clear when a person talks about it. (Polatajko et al., 2013; Reed et al., 2011)

Daily activities and course of life (occupational life course)

The dynamic interaction between the person, environment and daily activities develops over time (Pierce, 2001). The person-activity-environment interactivities change throughout life in response to opportunities and challenges. They form the life course of the daily activities (occupational life course) of each person. (Wright & Sugerman, 2009; Davis & Polatajko, 2011). With age and due to changes in circumstances, a person's daily activities will further develop into new activity experiences. (Law et al., 2002).

Although you can see the course of daily activities as an accumulation of experiences, this is not predictable. Patterns of activity change as people encounter challenges and tread unforeseen paths with new demands. (Pierce, 2001). Developmental delay, illness, a chronic condition or other personal challenges can change people's behavior patterns. Developments in the environment, such as urban renewal or technological developments, also challenge people to adapt their daily activities. Consider, for example, the skills required when working with a new computer program. As an occupational therapist you meet people at a time of challenges in their daily activities. You support them in developing new patterns of action.

Environment

In CMOP-E, the environment is inextricably linked to daily activities. The environment plays an important role in the meaning that people give to their daily activities. The continuous involvement of the environment is necessary to understand an activity question and to find solutions. In the CMOP-E, the environment is divided into four elements (CAOT, 2002): cultural, institutional, physical and social.

Cultural

The cultural environment includes ceremonial activities, customs and routines based on the ethical values in a group of people. Culture is seen here as an interplay of material (certain clothing or dishes) and immaterial (certain music or greetings) things that are shared and change over time. (Law et al., 2002). They are the cultural values of groups or communities.

As an occupational therapist, you ask people about the deeper meaning of activities, for example why someone with chronic pain wants to take care of a parent or cook a complicated dish. It is also important to be aware of your own views and cultural habits. Think of the structures within families, or the Western vision of self-direction and a person-oriented approach.

Institutional

The institutional environment concerns (government) organizations and their visions and working methods, which become visible in policy and decision-making processes. Think of the facilities, rules and subsidies for inclusive education, labor participation, housing, legal support and accessible infrastructure, etc. (Law et al., 2002)

As an occupational therapist, you map out which facilities may influence daily activities. You work together with organizations for, for example, compensation and subsidies, help in kind, financial and legal support, so that the activity questions of individuals and communities can be resolved.

physical

The physical environment is the natural and built environment in the narrow and broad sense. It concerns the (design of) houses, neighborhoods, parks, roads, public transport, buildings and other objects in the area. Nature, climate and weather are also part of the physical environment. (Law et al., 2002)

As an occupational therapist, you make an inventory of the relevant physical environmental elements. You analyze how, for example, in the case of someone with shortness of breath, the weather conditions, the layout of a bathroom, classroom or workplace influence daily activities. For an optimal daily action and environment-based (occupation- and context-based) approach, you work in homes, gardens, (public) buildings or transport systems where people live and work.

Social

The social environment consists of the social relationships that people have with other persons, groups and organizations. It concerns the relationship patterns or networks of people in a community, such as in a neighborhood, at school or at work. The social environment also includes group formation based on common interests, values and beliefs, such as in groups of friends or church communities. (Law et al., 2002). Social relationships can strongly influence our daily activities. Think of the impact of bullying on functioning at school.

As an occupational therapist, you discuss the social relationships of a person and his system and how they can be strengthened. For example, in the case of a refugee family with a child with severe disabilities, who recently lived here and who don't know the care facilities.

4.2.2. Purpose and structure of the CMOP-E

The CMOP-E is an occupational therapy content model that looks at the daily activities of persons in the context as a whole. The CMOP-E clarifies two things: the mutual interaction between person, activity and environment and the occupational therapy domain.

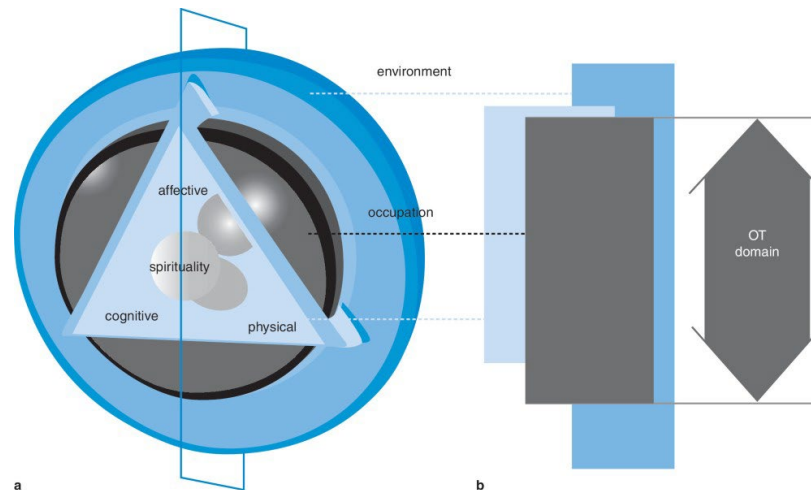


Figure 10: Canadian Model of Occupational Performance and Engagement (CMOP-E) (Polatajko et al., 2007. a. topview b. cross section)

Person-activity-environment interaction

The CMOP-E model describes the three core concepts (person-activity-environment) of occupational therapy and graphically depicts the occupational therapy perspective. This model shows that daily activities are always the result of a dynamic interaction between person, activity and environment and take place in a context. A dynamic interaction means that by doing things the person himself, the activities and/or the environment can change. When one concept changes, it affects the other two concepts. For example, if you move from the North Sea coast to Switzerland (environment), you learn to walk and cycle differently (activity). Perhaps your leg muscles are getting stronger and you enjoy the mountain trips, but you miss the sea (person).

Occupational therapy domain

The cross-section of the CMOP-E shows that in occupational therapy daily activities are always central, while attention to personal and environmental factors is clearly demarcated. As an occupational therapist, you focus on those aspects of the person and their environment that have a direct link with daily activities: the occupational therapy domain. (Polatajko et al., 2013). There is only reason for occupational therapy if a person, organization or community experiences challenges in daily activities. If there are personal limitations that are not linked to activity questions, then there is no reason to concern yourself with this as an occupational therapist. For example, if an elderly gentleman wants to be able to walk in his neighborhood again after a long hospital stay, see how long he can walk. Is this possible with or without a rollator and which safe routes are there? In that case, the personal and environmental aspects that have nothing to do with those walks, such as communicating about the layout of the backyard, fall outside the scope of attention.

The figure shows that occupational therapy focuses on human activities (human occupation), the person acting (occupational person) and the influence of daily activities (occupational influences) on the person and the environment. The figure emphasizes person-centered working by the person in the middle, who stands firmly in the environment and embraces daily activities.

Occupational performance and engagement

Occupational therapists work in a person-oriented way (person-centered) when enabling daily activities (enabling occupation) and focus on optimal implementation of and involvement in daily activities (occupational performance and engagement).

The addition of engagement makes it clear that participation in daily activities does not stop at implementation. Involvement in day-to-day operations is broader than actual implementation. It is being involved in something that:

- you do alone;
- you do together with others;
- someone else does.

You can experience more or less involvement during daily activities. You are completely absorbed in an activity or you are bored and distracted (think of a boring meeting). (Polatajko et al., 2013). Often you are involved in daily activities without actually performing the activity, for example when you watch an exciting sports match. You can also derive meaning from your involvement in the daily activities of others. (CAOT, 2002). Engagement goes beyond performance. It concerns both doing an activity and the feeling of participation.

Practical application

The CMOP-E helps to recognize the facilitating and hindering factors in the environment and the (im)possibilities of the person that influence daily activities. It provides a framework for occupational therapy thinking (Law et al., 2002), in particular about what the person needs to do and how personal and environmental factors influence this. As an occupational therapist, you ask yourself questions about every aspect in order to clarify the patterns in daily activities.

4.3. The process in CMOP-E

The Canadian Practice Process Framework (CPPF) is a process model and provides a framework for occupational therapy intervention. The CPPF gives direction:

- person-centered;
- occupation-based);
- scientifically (evidence-based) occupational therapy.

4.3.1. Purpose and structure of the CPPF

The CPPF strengthens the collaboration between the person and the occupational therapist and supports enabling the daily action (enabling occupation) of persons and systems, organizations and communities. (Craik et al., 2013; Davis et al., 2013) Because people are experts in their own daily activities, it makes sense to involve them as much as possible in determining and implementing occupational therapy. The CPPF stimulates this active involvement and can be used with the person, organization and community with a demand for action. (Craik et al., 2013)

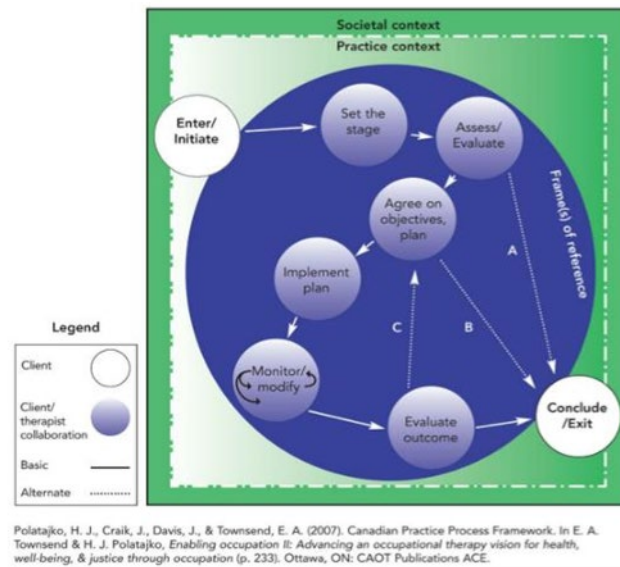


Figure 11: CPPF (Polatajko et al., 2007)

The image of the CPPF illustrates the collaboration between the person, organization or community and the occupational therapist in the context. The contextual elements are the

social context (outer square frame)

practice context (inner square frame)

frames of reference (great circle)

The **eight action points** in the practical context form the guideline of the occupational therapy **process**:

- enter/initiate: make contact with the person, organization or community after referral or contract
- set the stage: gain insight into the occupational repertoire and the activity questions
- assess/evaluate: analyze the action questions
- agree on objectives and plan: jointly agree on person-oriented goals and plan of action
- implement plan: implement and execute the plan in the form of interventions
- monitor/modify: adjust and adapt interventions and reflect on one's own role
- evaluate the outcome: jointly evaluate the interventions and the goals
- conclude/exit: conclusions and close

The action points – designed in small circles – move through the different contexts. In the middle six action points, the cooperation between the person (white) and the occupational therapist (blue) is shown in color. The color transitions show that both have their own input and responsibility, sometimes more, sometimes less. The image shows that the CPPF is a framework and process model in one. In each action point, the different contexts co-determine the joint decisions of the person and the occupational therapist. (Craik et al., 2013; Davis et al., 2013).

CPPF Case Marie (Including CMCE)

Marie is 70, single and enjoys gardening, shopping with friends and babysitting her three grandchildren, ages 1, 5 and 7, on Wednesdays. Marie has rheumatism. Recently she has a lot of pain, little strength and is easily tired. She can barely lift her youngest grandchild Cyriel and pick up the other two from school. She doesn't know how to proceed and is unhappy when she considers that she can't look after her grandchildren. Through the rheumatologist, Marie has a first appointment with OT Marc from the local hospital. (CMCE: enablement CPPF: Enter/initiate)

Marie and Marc get acquainted. Marc explains what OT is and Marie says that she has had rheumatism for a long time and was always able to deal with it well. Now she's afraid she has to let go some activities that are important for her. (CMCE : *Educate & Engage* CPPF: *Set the stage*)

Marc listens and proposes a COPM. The COPM form states: Lifting Cyriel (in a bicycle seat, in a car seat, on the stairs); to cook; shopping with friends, with low scores for fulfillment and satisfaction. With the help of the CMOP-E and the biomechanical frame of reference, Marc and Marie conclude that she enjoys caring for her grandchildren and shopping, but sometimes goes beyond her limits. (CMCE : *Collaborate Consult* CPPF: *Assess/evaluate*)

Marc and Marie agree on a home visit to observe the lifting activities and ask Marie to fill in the Activities Scale. Cyriel is very mobile and Marie stands in a bent position for a long time when lifting. The stairs are smooth. Marie does everything quickly except cooking, because cutting is difficult. The Activity Scale shows that Marie does a lot at the beginning and end of the day and hardly takes any rest on Wednesdays. On Thursday she is too tired to go shopping with her friends. Reasoning from the CMOP-E and the biomechanical frame of reference, Marie's capabilities do not match with the requirements of the activities and the environment. The load and load capacity are out of balance. (CMCE : *Coordinate Collaborate Educate Specialize* CPPF: *Agree on objectives and plan*)

The goals are: a balanced activity pattern and lifting, cooking and shopping without pain. The plan is: make weekly plans, follow a lifting course, physiotherapy, lift Joep differently and cut vegetables while sitting. Marc suggests asking her daughter if another babysitting day is possible. (CMCE: *Collaborate Educate Adapt Coordinate Advocate* CPPF: *Implement plan*)

Marie starts with the lifting course in Marc's department and also with physiotherapy. Marie consults with her daughter and from next month the children will come on Tuesday. Her daughter advises to lift Cyriel into the baby carrier and will have the stairs covered. Marc supports Marie in her planning and shows Marie how to cook in a good posture with adapted kitchen tools. (CMCE: *Educate Engage Coordinate Adapt Coach Specialize* CPPF: *Monitor/modify*)

After a few weeks, Marie and Marc check whether everything is working. Marie notices the effect of a better spread of activities and better lifting. She feels stronger and less tired. She finds the lifting course and the physiotherapy very much. Marc asks his colleagues if Marie can stop earlier. (CMCE: *Collaborate Engage Advocate* CPPF: *Evaluate outcome*)

Marie and Marc repeat the COPM after two months and all scores have gone up. Marie sees that if she does certain activities in another way, she can do them better and feel better physically. She is happy that she is again participating in the shopping with her friends. (CMCE: *Collaborate Engage* CPPF: *Conclude/exit*) Marc and Marie conclude that the OT has helped Marie. She can certainly use the instructions and advice in the future.

Van Hartingsveldt et al. (Red.), Grondslagen van ergotherapie, https://doi.org/10.1007/978-90-368-2829-1_1

4.3.2. The concepts of the CPPF

The person and the occupational therapist are both part of a **social context**. The CPPF figure makes it clear that the collaboration between the person and the occupational therapist starts when they meet in the practice context, if possible where the person has a demand: at home, at school, at work or in

the neighborhood. The **practical context** – whether in a person's home or in the organization of the occupational therapist – is part of the social context, such as the region with its nature and infrastructure, language and culture, economy and care structure. (Craik, et al., 2013) In the figure there is a dotted line between the two contexts, indicating that the two are anchored in each other and influence the person-occupational therapist relationship. For example, in some regions (with many primary care practices), an occupational therapist can easily meet with the person at home, at school or at work, while this is sometimes not easy in other healthcare institutions.

At the start of occupational therapy, cooperation arises in which you and the person bring your personal characteristics, experiences and knowledge. People bring with them their life story and occupational repertoire, as well as the possibilities, skills and knowledge about their own health and well-being. An organization or community takes its capabilities, mission and historical awareness with it. For example, about developments and changes in the structure and culture of the organization or community. As an occupational therapist, you bring the vision, values and theories of the profession and your professional and personal experiences and knowledge with you.

The **practical context** is described with the four environmental elements of the CMOP-E. For example, in a rehabilitation center, the cultural environment consists of the norms and values of the institution and the professionals; the institutional environment from the policy of the institution; the social **environment** of the team of professionals and the rehabilitation patients; the physical environment from the treatment rooms, hall, outdoor area, etc.

4.4. Assessment : COPM

For the purpose of applying the CMOP-E, the Canadian Association of Occupational Therapists developed the Canadian Occupational Performance Measure (COPM).

The COPM is an individualized client-centered measurement instrument developed for use by occupational therapists to record changes in the client's perspective on daily activities over time. It was developed as an evaluation tool to measure the effectiveness of the intervention. The COPM can be used with clients from different age groups and with various problems in daily trading (Law et al. 2014).

The Canadian Occupational Performance Measure (COPM) is the most well used outcome measure in occupational therapy in the world. The COPM is a client-centered outcome measure for individuals to identify and prioritize everyday issues that restrict their participation in everyday living. focuses on occupational performance in all areas of life, including self-care, leisure and productivity. This multifunctional tool is designed for use with people of all ages and with all types of physical, cognitive and affective impairment.

The Canadian Occupational Performance Measure (COPM) enables personalized health care. Designed for use by occupational therapists, the measure identifies issues of personal importance to the client and detects changes in a client's self-perception of occupational performance over time.

The COPM provides the basis for setting intervention goals. The COPM, as an outcome measure, is administered at the beginning of services, and again as determined by the client and therapist. Multidisciplinary health care teams use the COPM as an initial client-centered assessment. Reliability and validity of the COPM is well established.

The person identifies the areas of difficulty, rates the importance of being able to perform in each area, the degree to which they feel they perform at present and their own satisfaction with their current occupational performance. Thus, the measure is truly client-centered, and the person's performance can only be measured against himself or herself.

Focusing on each occupational area in turn, the person is asked to identify daily activities that they want to, need to or are expected to perform. The most straight forward way to do this is to ask the person to focus on a typical day or week. The problems that the person identifies are recorded on the form by the therapist.

There are subdivisions for each of the occupational performance areas. For example, self-care is subdivided into personal care, functional mobility and community management. For each of these subdivisions there are additional prompts. For instance, personal care prompts are dressing, bathing, feeding and hygiene. With practice, and through working with specific groups of people, therapists will develop their own interview style and will know what prompts to use with the client. This measure is not a rigid standardized procedure, but rather a framework for thinking about the person, with the person, while remaining focused on occupational performance. It allows for a conversational style of assessment rather than a rigid question and answer approach.

Once the occupational performance problems have been identified, the person is asked to score these according to how important it is to them to be able to perform each identified task. This is a way of identifying priorities for treatment, with a client-centered focus. Once the problems have been scored for importance, the person is asked to select a maximum of five priorities and these are recorded on the form by the therapist.

Using scoring cards, which present a visual analogue scale (VAS) (1–10, with 1 meaning not able to do it at all and 10 meaning able to do it extremely well), the person is asked to rate their top five problems in terms of current performance and satisfaction with current performance. Satisfaction is rated in the same manner, i.e. a VAS 1–10 scale, with 1 indicating that the person is not at all satisfied with their performance and 10 indicating that they are score, and the other a satisfaction with performance score. At re-assessment the person scores each problem again for performance and satisfaction, and the new scores are calculated.



[Learn to Use the COPM | COPM](#)

[About the COPM | COPM](#)

[The COPM - Step 1 - Problem Definition - YouTube](#)

[The COPM - Step 2 - Rating Importance - YouTube](#)

[The COPM - Step 3 - Selecting Problems for Scoring - YouTube](#)

[The COPM - Step 4 - Scoring Performance and Satisfaction - YouTube](#)

[The COPM - Step 5 - Client Reassessment - YouTube](#)

[Using the COPM Electronically - Question & Answer Session - YouTube](#)

4.5. Case

CMOP-E Case Ryan

Ryan is a 12-year-old boy who had a brain injury at birth which resulted in global developmental delay and associated problems with mobility. Ryan is a full-time wheelchair user and his parents have been lifting him for transfers.

Lifting and carrying has now become too difficult for his parents and his mum has injured herself on several occasions. Ryan lives in a very busy household with three younger siblings and his parents. The family has recently moved to a property which has a room suitable for use as a bedroom with a bathroom. The family were referred to OT to review the home environment and assist with designing an accessible bathroom and bedroom facilities.

Environmental assessment

At the initial assessment, the OT was able to meet Ryan and his siblings and gain understanding of the difficulties they were having. The bathroom on the ground floor is the family bathroom and on the 1st floor there was a very small ensuite with a shower, inappropriate for use as a family bathroom. Both the room identified as Ryan's bedroom and the family bathroom are on the ground floor. There was a standard bath in the ground floor bathroom, wash hand basin and WC. Ryan's parents have been lifting Ryan in and out of the bath, as he did not have access to any other washing facilities in the house.

Adaptations to the bathroom were discussed and it was to take in account that Ryan had three younger siblings who all used the bath, as this was the only bathroom in the house, it was important to foresee a bath accessible for Ryan. His mum explained that he was using a flotation device in the bath to support him. He benefited from the relaxation and the feeling of weightlessness during the bath. Ryan was able to lie down in the bath, but lifting him was difficult for the parents.

The importance of bathing

When assessing the environment, the culture of this particular family meant that they placed a lot of emphasis on the importance of bathing the children. The family did not wish to have the bath removed due to the effect they felt it would have on the rest of the family. In addition, mum had described how she used the bath as a form of relaxation after a busy week caring for the children. The physical environment was not supportive of Ryan, as a wheelchair user, to access the bath safely. The bath was not at the correct height for the carer, and there was no place to dress Ryan after the bath.

The social environment was a busy household with four children, one with special needs and the entire family had to be accounted for within the assessment, as well as their wishes and needs.

As part of a comprehensive and holistic assessment, the occupational domains of productivity, self-care and leisure were reviewed with Ryan and his parents. A discussion took place about how bathing as an occupation is important for self-care and is also leisure time for Ryan.

Finding the solution

The OT is supporting Ryan to optimize his occupational engagement, improving his quality of life and promoting inclusion within the cultural and social environment in the home. Following a demonstration of baths and in collaboration with the OT and family, a specific bath was provided for Ryan and his family. The size of the bath allowed Ryan to continue to use his flotation device

and fully lie down and would allow for growth in the future. In addition, the bath can be used by the rest of the family who can transfer without using any of the lifting mechanisms the bath affords. The family were happy that the aesthetics of the bath fitted in with the rest of the home and the other children in the house were comfortable in using the bath. A ceiling track hoist in the bathroom with a bathing sling, negate the need for lifting. A changing bench was provided in the bathroom to allow Ryan to be lifted out the bath and dried and dressed before being hoisted to his wheelchair.

Positive outcome achieved

A follow up visit when the bathroom was completed and the bath installed, allowed the occupational therapist to evaluate the intervention and complete the occupational therapy process. The family were delighted with the adaptations to the home and no further injuries had occurred. Ryan was able to enjoy the benefits of a bath in a safe environment along with his younger siblings.

4.6. CMCE

The Canadian Model of Client-Centered Enablement (CMCE) describes ten enablement skills. These involves adaptation (adapt), advocacy (advocate), coaching (coach), collaboration (collaborate), consultation (consult), coordination (coordinate), designing/manufacturing (design/build), transferring knowledge (educate), being involved in (engage) and applying specific techniques (specialize). (Townsend et al. 2013a)

Canadian Model of Client-Centred Enablement (CMCE)

Figure 4.3 Canadian Model of Client-Centred Enablement (CMCE)

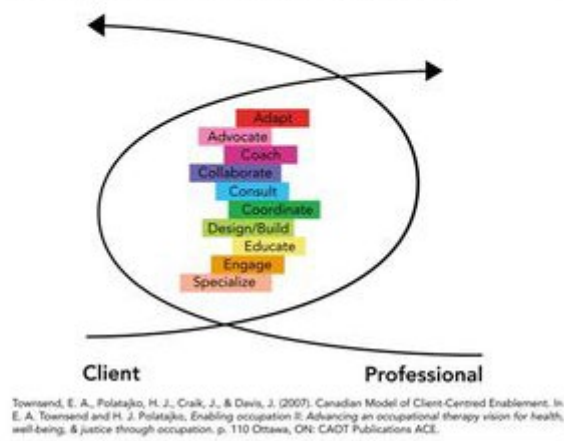


Figure 12: CPPF (Townsend et al., 2007)

Enabling is a core competence of occupational therapists and a starting point of client-centered occupational therapy. (Townsend et al. 2013a).

The CMCE is a visual metaphor for “client-centered enabling.” The model consists of two asymmetrical curved lines that represent dynamics, change, variation and risk-taking in the relationship between client and professional. The asymmetrical curved lines indicate the possibilities of the various forms of collaboration. The development that takes place in the collaboration between client and professional ensures that these lines are not symmetrical, straight, static, standardized and predictive.

The purpose of the relationship between client and occupational therapist is to make daily activities possible. The involvement of people is the starting point and takes place within the social structures that influence daily and social life. The intersections of the curved lines indicate the boundaries of the client-professional relationship in the model. These two intersections are the start and end of the meeting between client and occupational therapist. They are the action points enter/initiate and conclusion/exit from the Canadian Practice Process Framework (CPPF) (Craig et al. 2013; Davis et al. 2013).

The arrows indicate that both continue in different directions, illustrating that the occupational therapist only briefly follows the path of the client. The client continues to integrate his daily activities and the occupational therapist continues and initiates another joint intervention at a new intersection with another client (Townsend et al. 2013a).

The CMCE represents the enablement skills by means of rectangles of different lengths and shades of colour. Because every client and every context is different, the skills are always used with a different priority.

4.7. Summary

Occupational therapists focus on being involved in daily activities and the meaning that people give to this within their context. The Canadian Model of Occupational Performance and Engagement (CMOP-E) makes clear the supporting and hindering factors in the daily activities of individuals, organizations and communities. The Canadian Practice Process Framework (CPPF) describes the occupational therapy process in eight action points using specific skills of the person, the organization, the community and the occupational therapist. The CPPF supports person-oriented and -oriented working. The CMOP-E and the CPPF have been developed on the basis of scientific research and are widely used in practice, education and research.

5 Kawa Model

The Kawa model was developed from the need to understand daily activities independently of cultural perspectives and cultural values and norms. A group of Japanese occupational therapists, led by Prof. Michael Iwama, took up this challenge to develop an alternative occupational therapy model. They experienced increasing difficulty in applying the occupational therapy models developed in the 'Western world' in their own context, outside the Western context. Based on a qualitative study, they developed the Kawa model. (Iwama, 2006; Lim, 2008). The aim was to provide an alternative perspective and to describe and understand concepts such as daily activity and well-being from an objective social and cultural point of view.



[The Kawa Model - InfOT - YouTube](#)

5.1. Background of the KAWA-model

Kawa, meaning river, is a metaphor for life flow. Life is a complex and profound journey through time and space, like a river. An optimal state of health and well-being in one's life can be represented by the image of a deep, strong and unobstructed flow of water in the river. By using the model you can visualize a complete overview of the life of the person(s) at a certain moment. Within the occupational therapy process, this can offer you or the person a lot of insight at various times and can provide tools for interventions. The purpose of occupational therapy in this visualization of human life is to enable and improve the person's life flow. (Iwama, 2006)

Western view

From this Western view, man is seen as an independent being and the environment and the person are clearly distinguishable elements. But the Western conceptions of everyday activity, whereby man acts purposefully and meaningfully within a specific environment as an independent, autonomous and self-determining being, are not universal. (Iwama, 2006)

Eastern view

An Eastern view is different from the Western view in many aspects and underlies the Kawa model. While individualism, autonomy and independence are important concepts in the Western view, the collective, social hierarchy and interdependence are more central in the Eastern view (Iwama, 2006)

From the Eastern view it is "self"; decentralized in relation to the greater whole. Within this vision, 'the self' is not a separate entity and can be seen as an inseparable part of a larger whole such as a family, society, but also as an inseparable part of nature, the cosmos. There is always a connection to the experiences of others. Within this Eastern vision, however, this connection is not seen as a linear event, but as a network connection in which everything can influence everything. The collective interest and the mutual consensus takes precedence over the individual interest. Calmness in being is considered an important quality. Harmony and unity are therefore important concepts.

In addition, Eastern cultures have a socially culturally determined hierarchy. Where in the Western view people strive more to obtain a certain status, achieved as a result of personal possibilities and talents, in the Eastern view a status is generally assigned more based on age and the social network someone is part of. This social hierarchy influences everyday relationships and actions. A code of conduct is based on how one places oneself in relation to others in a hierarchical order. Depending on the place and situation, a role is assigned and responsibility will be taken to perform this role for the good.

When applying the models that originate in a different culture than that of the person, it is important to be aware of possible differences in perception and meaning of certain concepts. (Iwama, 2006). Culture is inextricably linked to matters of health and healthcare. In their culture, people learn what healthy and health are, how being sick is defined, how one deals with illness, what one could do to get better and when and what help one should seek. (Kinébanian et al., 2010; Black, 2019; Hammel, 2020; Hasselkus, 2007) The occupational therapist is focused on understanding the meaning of activities for the person. (Martins & Reid, 2007) Daily activity (occupation) is a culturally determined concept and has a different meaning and content in different cultures. (Kinébanian et al., 2010; Iwama, 2005; Brooke et al., 2007) Using occupational therapy models based on concepts that are (possibly) not understood by the person (Hammel, 2019) or do not correspond to the reality of the person, carries the risk that the person does not understand the questions of the therapist. On the other hand, there is a risk that the therapist will interpret the person's story within their own frame of reference in a way that was not intended by the person.

5.2. Theoretical description of the model

5.2.1 Description

The Kawa model has an open design, which means that you are free to use the model as you wish. Different interpretations can be given to the structural elements and the model can be used in different ways. You can ask the person to sketch their 'river', but you can also visualize the person's story yourself by drawing a river.

In addition to use within individual occupational therapy processes, the Kawa model offers many other possibilities, such as use within group interventions, research and interdisciplinary work. It is an easy-to-understand model, open to your own interpretations and powerful because life themes and aspects that influence daily activities, health and well-being are made visual. The use of the metaphor 'the river' and its flow of water, life flow, appeals to the imagination and makes situations insightful when they are drawn on paper.

Structure of the model

Kawa means 'river' and the Kawa model stands for the metaphor river, stream of life. You can visualize the river of life as a whole, where the river has a beginning (birth) and an end (end of life). By making a cross section you visualize a certain moment in the person's life.

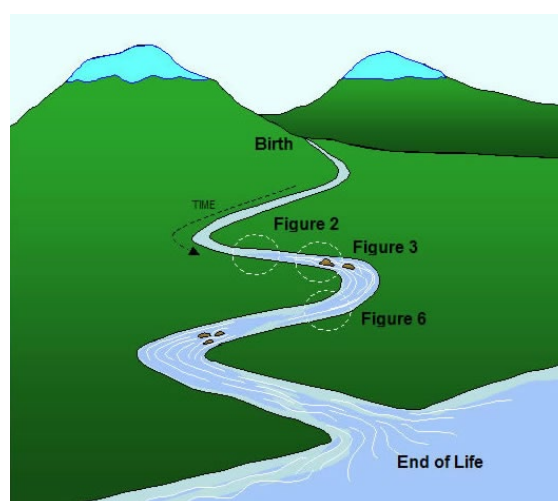


Figure 13: Life is like a river, flowing from birth to end of life (utoronto.ca)

Water (Mizu)

The water in the Kawa model is a metaphor for the life energy/life current of the person. Just as people's lives are connected and shaped by all that is around them, the water that flows in the river touches the rocks, walls and banks and all other elements that make up the river's context. The water influences all elements in the river and vice versa, the elements in the river determine the flow of the river.

If there is a lot of room for the water there will be a good flow and there will be a good life flow. If there is little space, the flow of the water will be blocked, the flow will be slow and the flow will be difficult. This represents reduced health and well-being.

The water again influences the elements in the river. As the water collides with the elements in the river, it can sometimes entrain objects (increasing flow) or flatten elements (making flow less impeded). But the flow of the water can also damage elements in the river and disturb elements. Elements can become trapped, impeding the flow (even) more, or elements in the river can grow together due to the limited flow of the reduced quality of the water.

Side wall of the river and bottom of the river (Torimaki: kawa no soku-heki nd kawa no zoko)

The side walls and bottom of the river represent the environment of the person, both social and physical. The social environment mainly includes the people who have a direct relationship with the person. Both the physical and social environment can strengthen or weaken the flow of the river/lifestream.

Depending on how the person experiences the social and physical environment at a certain moment, the river walls are displayed.

The flow of life will be optimal when the social environment is perceived as harmonious; the river walls are quite far apart and the river bottom is deep and flat. This gives a lot of space and little friction for the water to flow. If the current is good, the rocks will be placed in the bed by the current, rather than obstructing the current.

However, when the person does not perceive the environment as harmonious but rather as restrictive and hindering, the river is narrow and shallow and there is less room for the water to flow. In this situation, the other elements in the river are more likely to cause an obstruction or blockage of the flow.

Rocks (Iwa)

The rocks represent separate living conditions that are perceived by the person as hindering and difficult to remove in their life. Rocks can be of different size and shape and some rivers will have more rocks than others. The rocks can be present from the source of the river, such as in congenital disorders, but can also arise spontaneously in the river, such as in disease, and can even be transient. The effect of a rock becomes visible when and how the rock comes into contact with the environment. The limitations as a result of a muscle disease in a child (for example, no longer being able to open the front door independently) depend on the physical and social environment. In this particular example, when a parent is always present or there is environmental control, there should be no problem in terms of practically opening the front door. However, this becomes a problem when these options are absent. Of course, more factors play a role in this specific example.

Large or piled-up rocks can seriously hinder the flow of the river. Other rocks go unnoticed until, for example, they hit the river walls and thus collide with the social or physical environment.

Driftwood (Ryuboku)

Driftwood represents personal traits and resources. This can be, for example, character or personality, special skills and/or intangible (friends, family) and material (money, wealth) things that can have a positive or negative influence on the circumstances of the person's lifestream. In some situations, the driftwood can improve and speed up the flow by pushing other elements in the river aside, making more room for the water to flow. When the driftwood gets stuck or gets stuck behind rocks, the driftwood actually has an obstructing and blocking effect on the flow of the river.

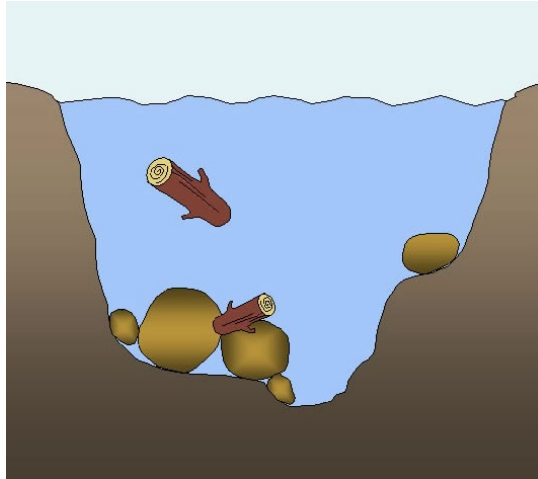


Figure 14: Cross-section view showing the basic concepts (utoronto.ca)

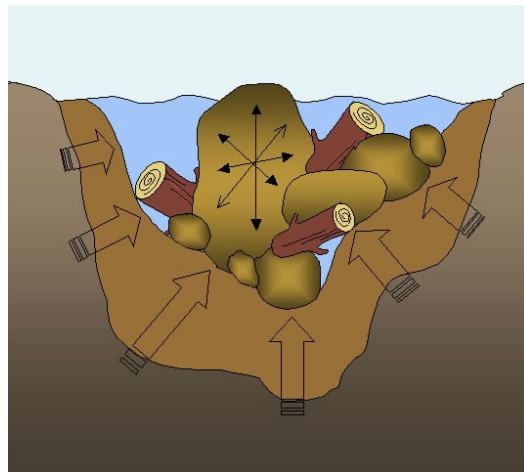


Figure 15: cross section view of a client's KAWA showing the effect of river components on flow (utoronto.ca)

Spaces between obstacles in the river (Sukima)

In the metaphor of the river, spaces between the barriers and obstacles of the river are where the water flows, representing the stream of life. For example, the spaces through which the water flows can be adjacent to the rocks, the river walls or the driftwood.

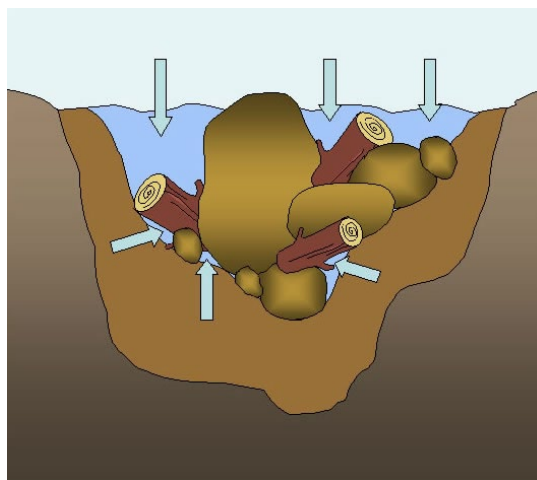


Figure 16: Cross sectional view of several gaps in the client's KAWA pointing to potential targets for occupational therapy interventions (utoronto.ca)

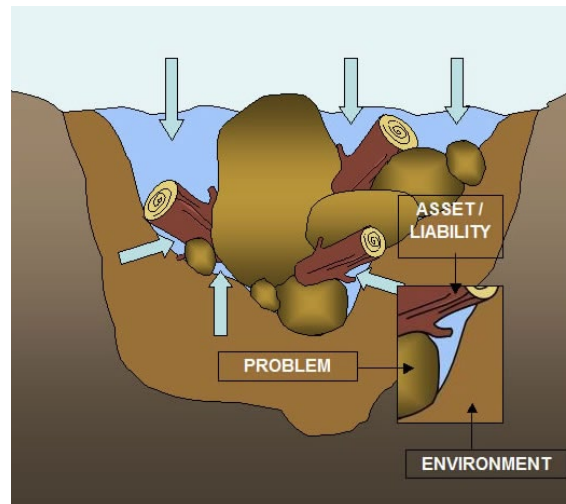


Figure 17: Cross sectional view of a gap in the client's KAWA pointing to the importance of understanding the client's context to set priorities for occupational therapy (utoronto.ca)

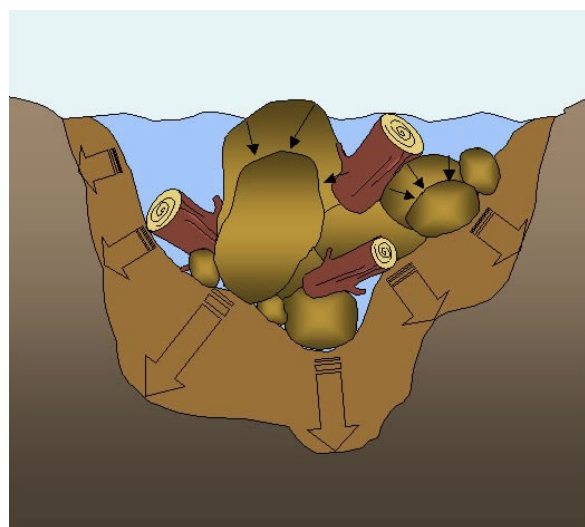


Figure 18: Cross sectional view of a client's Kawa. Occupational herapists, in partnership with their clients are directed to stem further obstruction of life energy/flow and look for every opportunity in the broader context, to enhance and maximize and maximize the client's life flow (utoronto.ca)

5.2.2 Practical application

To appeal to creativity and to give as much space as possible to the person to sketch his situation, you can ask the person to draw the river himself. You can also sketch the river on behalf of the person. Other possibilities are using a template with a cross-section of a river and loose structural elements that can be placed in such a way that they reflect the situation or using an app.

[\(Kawa App - APK Download for Android | Aptoide\)](#)

The Kawa model uses the river metaphor to depict the "flow" of the river; to visualize (visualize) the flow of life. The use of metaphors appeals to 'imagination', you see something in front of you. By depicting this in a drawing you reinforce this and make it concrete. The Kawa model is therefore a means of using the power of metaphors and images in occupational therapy.

Images appeal more to creativity and make it easier to come up with A metaphor is defined as "giving a name to something that actually belongs to something else" (Torneke & Hayes, 2017)

Metaphors are part of everyday language and thus influence the way we perceive, think and act. If you pay attention to it, it is remarkable how often we use metaphors in our communication.

Metaphors are often culturally determined and the meaning of a metaphor is therefore not universal. “(Lakoff, 1999) Metaphors provide a more powerful charge of the text, denoting emotions, addressing and trying to clarify emotions. (Roam, 2011; 2012) Where emotions are difficult to capture in words (Sinek, 2009) images do.

By visualizing daily activities in a drawing and by using the metaphor of the river, you organize information and gain an overview of the things that matter.

5.2.3 Principles for use of the KAWA model

- “Discard all universal assumptions about the relevance and appropriateness this model, start working with your client from a clean, objective slate.
- If the model and the metaphor on which it is based fail to resonate with either the client or occupational therapist, it should be modified or placed aside in exchange for a more appropriate and relevant model.
- The client’s narrative becomes the model on which we base the occupational therapy process. Trust that the client's narrative will emerge through a process of enabling him or her to do so.
- Be aware of your own cultural lens. The therapists will not only appreciate the culture embodied within the client but also the cultures at play within themselves, with the occupational therapy they have learnt and experienced and the institutional conditions that set the mandate and structure for the therapeutic process.” (Teoh & Iwama, 2015, p. 7)

5.3. The process in KAWA model

In the KAWA model the process of clinical reasoning has 6 steps:

1. Appreciating the client in context
2. Clarifying the context
3. Prioritizing issues according to the client's perspective
4. Assessing focal points of occupational therapy intervention
5. Intervention
6. Evaluation

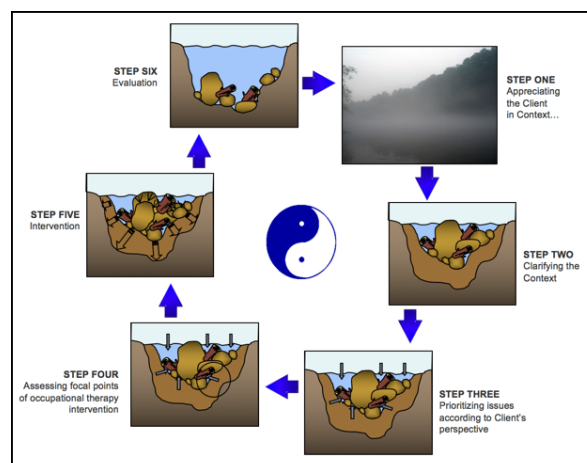


Figure 19: A suggested six-step approach in employing the KAWA model in occupational therapy practice contexts (Iwama, 2006, p. 165)

“The underlying constructs of the Kawa Model can be utilized as a subjective assessment tool for occupational therapy diagnosis, to identify what activities / roles / processes occurring within the client’s life contexts are important to them, and what issues they experience in relation to their environments.

The Kawa Model as a subjective assessment tool also allows the occupational therapist and client to determine what supports and resources they have internally and externally which can aid or undermine the occupational therapy intervention.

The Kawa interview doesn’t have to follow a particular order. The interview flow resembles a river itself: You can be asking a River bank question which leads to a River Flow question which can lead to a Rock, leading back to River Flow again, etc -Meaning that the interview can be back and forth in The nature, as indicated in the diagram above.

What matters in the Kawa interview is how the person explains the components that make up their life process, and not whether the therapist agrees with the client on whether something is Rock or Driftwood. In Kawa Model, occupational therapy is all about the client’s river - about their life experience, from their viewpoint. The clients will identify their issues and problems and explain their meaning, to which occupational therapists can offer an approach that is centered on the person’s day-to-day realities and that is ultimately meaningful to that person. So try to allow the client to express themselves freely. The aim of the model is not to follow a particular procedure but rather in the explanations that the client gives about their experience of day to day living”. (Teoh & Iwama, 2015, p. 6)

5.4. Case

KAWA Model : Case Rani

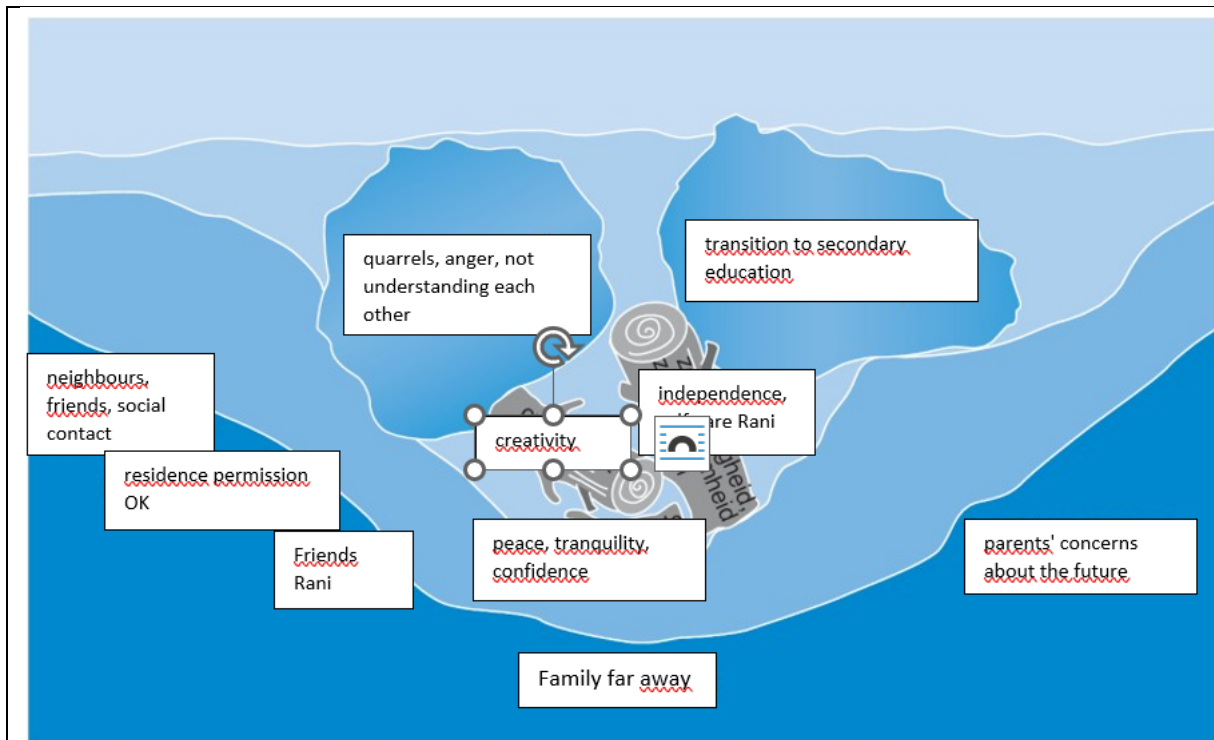
Halfway through the introductory meeting with the Amhali family, my head is swirling with information. Parents tell a lot and it is difficult to organize and place this information. What can occupational therapy offer this family?

Rani's parents have contacted the children's occupational therapy on the advice of the teacher. Rani went to group 7 of primary school after the summer holidays. She enjoys school and has good friends with whom she hangs out. She faces challenges both at home and at school. In the relationship between parents and Rani there is more and more conflict about independence in tasks. For example, in the morning they don’t agree about what 'should' be done, it is necessary for parents to repeat each step several times and Rani becomes increasingly agitated.

Working independently at school is difficult. From group 3 Rani receives extra guidance at school because of language. When Rani was in group 5, the diagnosis of autism was made. Parents are looking for ways to stimulate her independence and at the same time keep the daily rituals of family life cozy and warm.

The OT decides to choose the Kawa model. How nice would it be if we used this model to gain a visual insight into which factors play a role in this family. Where the friction is, where there is space for change (possibilities) and which personal (family) characteristics and resources can be used to enlarge the spaces, resulting in optimizing the daily activities in the family.

They work with pencils, paper and markers. Based on input from both parents and Rani, this river emerges:



The case above provides an example of a situation in which the Kawa model can be of added value. Drawing the river helps parents to get a clear picture of their situation. They now see what is happening, what obstacles are and how this also 'stucks' their wishes/goals regarding increasing Rani's independancy.

The piece of driftwood, which represents Rani's self-maintenance, can be pried loose. However, it seems difficult to get moving. The drawing makes it clear that there are other priorities first to make space for the pieces of driftwood that can improve the 'flow' of family life.

The riverbed, which represents the concerns of the parents regarding the transition to secondary education, ensures that the rock, which represents this transition, is completely stuck. When worries are less, the rock sinks and shrinks, making it less of an obstacle. The occupational therapist can discuss with the parents that it would be a good idea to discuss these concerns with the teacher and to possibly orientate together on suitable further education for Rani.

In addition, there is another large rock in the river that obstructs the flow of the river. There is a lot of tension in the family due to the difficulties in communication between parents and Rani. There are a lot of fights, a lot of anger and it's hard to understand each other in these situations. There is a need to learn more about autism and better understand Rani's behavior. Investing in psycho-education around autism may make this boulder smaller.

As soon as there is more space, you can start working independently on the daily activities. Creativity, calmness and confidence can be used as important core qualities. A plan can be drawn up for this together.

When Rani can perform more activities herself again and her self-reliance increases, this will accelerate the 'flow' of the river, it will improve the daily activities in the entire family; there is clarity in responsibilities, roles and tasks, better cooperation and good coordination between parents and Rani.

Van Hartingsveldt, M.; Kos, D. & M. le Granse. 2023. *Grondslagen van ergotherapie*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum

5.5. Summary

This chapter explains the Kawa model. The Kawa model has been developed from practice, aims to be culturally relevant and to map the life flow of people without attaching certain values to it. The metaphor of the river is central, with the water flowing in that river reflecting the stream of life. The riverbed, the rocks and the driftwood present determine the current in the river, or how much place the water has to flow. The role of occupational therapy is to enable and/or optimize the flow of life.

[Microsoft Word - kawamannual-withcover-291215.docx \(kawamodel.com\)](#)



Can you think on your past, present and future life as a river?

Think about the life river of a person with disabilities. Can you imagine what are the obstacles that person faces in terms of what he/she is unable to do? Why is he/she unable to do the activities it was supposed to do? What need to change in order to promote his/her occupational performance? What are the spaces between those obstacles that can help enhance occupational performance?

6 Occupational Performance Model – Australia (OPM(A))

The Occupational Performance Model (Australia), abbreviated OPM(A) was developed in 1986 at the University of Sydney by Christine Chapparo and Judy Ranka to illustrate the complex network of factors involved in human occupational performance, and the domain of concern of occupational therapy. This content model, which focuses on the output of daily activities, assumes that people, by participating in daily activities, can give greater meaning to the sense of competence, autonomy and the management of time.

Information about the model, its development and application to practice first appeared in curriculum documents and was presented at conferences in the late 1980s and early 1990s. It first appeared in published form in 1997. (Chapparo & Ranka, 1997)



[Occupational Performance Model - OPM Australia | Australia](#)

6.1. Background of the OPM(A)

OPM(A) has several goals:

- explanation of the complexity of occupational performance
- providing a structure for the occupational therapy practice
- occupational therapy curricula and contribute to research related to daily activities

Daily activities are always seen as a response to challenges from the internal context (person-dependent factors that influence the performance of activities) and/or from external factors (psychological, cognitive, sensory, social, physical, cultural and spiritual factors).

6.2. Theoretical description of the OPM(A)

The OPM(A) offers an interesting structure that occupational therapists can use to better understand and work with the unique experience of people who encounter obstacles in their daily activities.

Structure of the OPM(A)

The way in which the occupational therapist uses the OPM(A) is unique for each person or group and is based on what this person or group specifically needs.

The OPM(A) (see fig. 20) shows the model with its constructs. The arrows in the diagram indicate possible connections between the constructs and their components.

OPM(A) defines daily trading (occupational performance) as: “The ability to perceive, remember, plan and perform roles, routines, tasks and sub-tasks for the purpose of self-reliance, productivity, leisure and rest, in response to the demands of the internal and/or external environment”. Bron 10?

In a person-environment-performance relationship, the structural framework of the model considers the interactions addressing between two environments relative to occupation: a person’s internal environment and the external environment.

Eight major constructs form the theoretical structure of this model. Each of these constructs incorporates many interrelating elements.

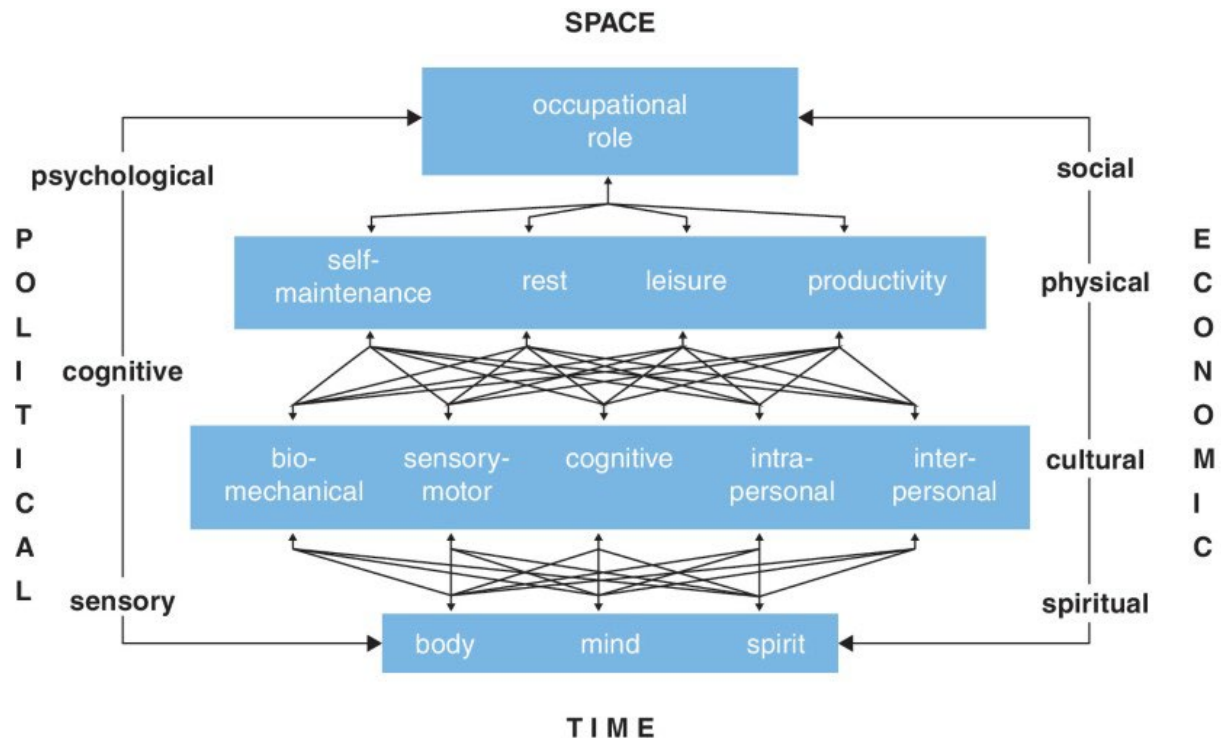


Figure 20: Occupational Performance Model Australia OPM(A) (Chapparo et al., 2017)

Construct 1: Central is *occupational performance*.

This is the ability to perceive, desire, recall, plan and carry out roles, routines, tasks and subtasks for the purpose of self-maintenance, productivity, leisure and rest in response to demands of the internal and/or external environment.

This construct is not mentioned separately in the diagram, because occupational performance contains the other seven constructs. Each of these constructs consists of a number of parts that are related to each other.

Construct 2: Occupational roles

Roles are behavior patterns, unique to each person within the context in which daily activities take place. Roles are created according to need and/or choice and change during a person's life.

Construct 3: Occupational performance areas

These are categories of routines, tasks and subtasks performed by people to fulfil the requirements of occupational performance roles. These categories include self-maintenance occupations, productivity/school occupations, leisure/play occupations and rest occupations.

- Rest refers to the purposeful pursuit of non-activity. This can include time devoted to sleep, as well as routines, tasks, sub-tasks and rituals undertaken in order to relax.
- Self-Maintenance are routines, tasks and subtasks done to preserve a person's health and well-being in the environment. These routines, tasks and subtasks can be in the form of habitual routines (dressing, eating) or occasional non-habitual tasks (taking medication) that are demanded by circumstance.

- Productivity/school : are routines, tasks and subtasks which are done to enable a person to provide support for self, family or community through the production of goods or provision of services.
- Leisure are those routines, tasks and sub-tasks for purposes of entertainment, creativity and celebration, for example gardening, sewing, games.

Construct 4: *Required skills for the performance of the activity* (occupational performance capacities) are the component attributes of the performer as well as the components of occupational tasks. These components of occupational performance are classified as biomechanical, sensorimotor, cognitive, intra- and interpersonal skills.

- Biomechanical performance component: from the perspective of the performer, this component refers to the operation and interaction of and between physical structures of the body during task performance. This can include range of motion, muscle strength, grasp, muscular and cardiovascular endurance, circulation, elimination of body waste. From the perspective of the task or sub-task, this component refers to the biomechanical attributes of the task; for example, size, weight, dimension and location of objects.
- Sensorimotor performance component: from the perspective of the performer, this component refers to the operation and interaction of and between sensory input and motor responses of the body during task performance. This can include regulation of muscle tone during activity, generation of appropriate motor responses, registration of sensory stimuli and coordination. From the perspective of the task or sub-task, this component refers to the sensory aspects of the task; for example, colour, texture, temperature, movement, sound, smell and taste.
- performance component: from the perspective of the performer, this component refers to the operation and interaction of and between mental processes used during task performance. This can include: thinking, perceiving, recognizing, remembering, judging, learning, knowing, attending and problem solving. From the perspective of the task or sub-task, this component refers to the cognitive dimensions of the task or sub-task. These are usually determined by the complexity of the task.
- Intrapersonal performance component: from the perspective of the performer, this component refers to the operation and interaction of and between internal psychological processes used during task performance. This can include emotions, self-esteem, mood, affect, rationality and defense mechanisms. From the perspective of the task or sub-task, this component refers to the intrapersonal attributes that can be stimulated by the task or sub-task and are required for effective task performance, such as, valuing, satisfaction and motivation.
- Interpersonal performance component: from the perspective of the performer, this component refers to the continuing and changing interaction between a person and others during task performance that contributes to the development of the individual as a participant in society. This can include interaction among individuals in relationships such as marriages, families, communities and organizations both formal and informal. Interactive examples include sharing, cooperation, empathy, verbal and non-verbal communication

Construct 5: *Core elements of occupational performance* : the human body, mind, spirit.

- Body: is defined as all of the tangible physical components of human structure
- Mind: is the core of our conscious and unconscious intellect that is the basis of our ability to understand and reason
- Spirit: that aspect of humans which seeks a sense of harmony within self and between self, nature, others and in some cases an ultimate other; seeks an existing mystery to life; inner conviction; hope and meaning.

Construct 6: External context

An interactive psychological, cognitive, sensory, social, physical, cultural and spiritual context within which daily activities take place. The economic and political environment are components of the external context and also influence daily activities.

- Physical environment: refers to the natural and constructed surroundings of a person that form physical boundaries and contribute to shaping behavior.
- Sensory environment: refers to the sensory surroundings of a person. Sensory aspects of the environment give a person information about the physical-socio-cultural aspects of the environment and its survivability
- Cultural environment: refers to an organized structure composed of systems of values, beliefs, ideals and customs which contribute to the behavioral boundaries of a person or group of people.
- Social environment: refers to an organized structure created by the patterns of relationships between people who function in a group which in turn contributes to establishing the boundaries of behavior.

Construct 7: Space

For example, dealing with objects (physical space) and giving meaning to space (felt space).

Construct 8: Time

For example, the cycle of the moon and the sun (physical time) and understanding time (felt time).

(van Hartingsveldt et al. 2023; Chapparo & Ranka, 1997)

6.3. process in the OPM(A)

No process model is described in the OPM(A).

6.4. Assessment

The OPM(A) uses **The Perceive, Recall, Plan & Perform (PRPP) System of Task Analysis** as an assessment and intervention model. The PRPP Assessment is a standardized, client centered, criterion referenced, ecological occupational therapy assessment of occupational performance. It is used with clients of any age, gender, diagnosis, or cultural background whose performance is compromised by difficulties with the cognitive demands presented by occupations and contexts. The assessment yields information about performance mastery and cognitive strategy application capacity. Strategy application behaviors assessed align with dimensions of attention and perception (P), learning, memory and recall (R), planning, decision-making and judgment (P), and the capacity to act on decisions and follow-through with plans (P). The PRPP assessment is used internationally and has been translated into several languages. It has established validity in a variety of practice domains including acquired brain impairment, mental health, learning and developmental disabilities, sensory processing disorders, autism, chronic pain, HIV-associated neurocognitive disorders, and dementia, and is used with babies through to the very aged from English and non-English speaking and indigenous backgrounds who live in city, suburban, rural and remote locations.

The PRPP is standardized and assesses the use of cognitive strategies during daily actions in both adults and children. (Chapparo & Ranka, 2017)

The Upper Limb Performance Assessment is an ecologically valid, criterion-referenced, two-stage assessment of upper limb contributions to task performance and the biomechanical/motor actions impacting on task performance (Ranka, & Chapparo, 2011).

Stage one, Task Performance Mastery (TPM), is used to analyze and assess the degree to which a person can perform the motor steps of any needed or desired task in context. Errors are identified using a specific classification system. Steps performed without error are used to calculate a percentage mastery score.

Stage two, the Comparative Analysis of Performance – Motor (CAP-M), is used to identify the specific range of motion and motor actions contributing to errors identified in Stage one. Stage two is based on a comparative method of observation, and employs concepts of positive and negative symptoms. The symptoms identified through the CAP-M are used to select and apply impairment-focused interventions, and to embed these interventions within task oriented therapy programs.

The validity of the CAP-M has been demonstrated (Rae, Copley & Ranka, 2010). The ULPA has been used to investigate upper limb task performance and action changes in adults with acquired brain injury pre- and post- injection with Botulinum toxin A.

6.5. Case

OPMA Case Abdel “Back to work”

Mr. Abdel experiences serious physical limitations in his daily activities as a result of a motorcycle accident (amputation of the left lower leg, recovery of a fractured wrist). Mr Abdel came to the Netherlands as an asylum seeker and has temporary residence status. His priority is self-care and return to work (**occupational areas**).

He recently started working in the hospitality industry as a waiter (**occupational role**). Each role has its own role requirements, such as the expectations and routines associated with a particular role (**biomechanical, sensorimotor, cognitive, inter- and intrapersonal components**).

For Mr. Abdel it is very important that he looks well-groomed and that he can master the necessary skills, including maneuvering between the tables with trays full of drinks on a fairly small terrace (**space**).

He would like to get back to work as soon as possible (**time**) because he is afraid of losing his job.

Using the constructs of the OPM(A), Mr. Abdel determines his goals in the desired direction and draws up an intervention plan together with the occupational therapist.

The use of the PRPP system offers the opportunity to get a good picture of the roles, tasks and routines that are important to Mr. Abdel.

Allen CK, Blue T. Cognitive disabilities model: How to make clinical judgments. In: Katz N, editor. Cognition and occupation in rehabilitation: cognitive models for intervention in occupational therapy. Bethesda, MD: American Occupational Therapy Association; 1988. pp. 225–80.

6.6. Summary

The Occupational Performance Model (Australia) is a professional and practice model developed to unite occupational therapy and to direct occupational therapy practice. Therapists have the option to use preferred methods of intervention and other practice models but within a common view of occupational therapy.

Literature

- Bailliard AL, Dallman AR, Carroll A, Lee BD, Szendrey S. Doing occupational justice: a central dimension of everyday occupational therapy practice. *Can J Occup Ther Rev Can Ergother*. 2020;87(2):144–52.
- Barr, H. Toward a theoretical framework for interprofessional education. *J Interprof Care*. 2013;27(1): 4-9
- Bass, JD. Baum, CM; & CH Christiansen, CH. 2015. Interventions and outcomes: The Person-Environment-Performance (PEOP) occupational therapy process. In: Christiansen, CH; Baum, CM; Bass, JD., editors. *Occupational therapy: performance, participation and well-being*. Thorofare: SLACH Incorporated. 2015, pp. 57-80.
- Baum CM, Christiansen CH, Bass JD. The Person-Environment-Occupation-Performance (PEOP) model. In: Christiansen CH, Baum CM, Bass JD, editors. *Occupational therapy: Performance, participation and well-being*. Thorofare: SLACK Incorporated; 2015. p. 49-56
- Baum, CM; Bass, JD; & CH Christiansen, CH. (2015. Interventions and outcomes: The Person-Environment-Performance (PEOP) occupational therapy process. In: Christiansen, CH; Baum, CM; Bass, JD., editors. *Occupational therapy: performance, participation and well-being*. Thorofare: SLACH Incorporated. 2015, pp. 57-80.
- Black RM. Culture, diversity and culturally effective care. In: Schell BAB, Gillen G, editors. *Willard & Spackmann's occupational therapy*. 13th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2019. pp. 223–39.
- Bohlmeijer E, Mies L, Westerhof G. De betekenis van levensverhalen. Theoretische beschouwingen en toepassingen in onderzoek en praktijk. Houten: Bohn Stafleu en van Loghum; 2006.
- Bonder B, Martin L. *Culture in clinical care: strategies for competence*. 2nd edition. Slack Incorporated; 2013.
- Brand W. *Visueel werken: effectiever samenwerken door zakelijk tekenen*. BIS Publishers; 2020.
- Brooke KE, Desmarais CD, Forwell SJ. Types and categories of personal projects: a revelatory means of understanding human occupation. *Occup Ther Int*. 2007;14(4):281–96
- Brown C. Ecological models in occupational therapy. In: Willard and Spackman's occupational therapy. 13th edition. Philadelphia, PA: Wolters Kluwer; 2019. pp. 622–32.
- Canadian Association of Occupational therapists. *Enabling occupation, an occupational therapy perspective*. Ottawa: CAOT Publications ACE; 2002.
- CAOT, NHW 1983. *Guidelines for the client-centered practice of occupational therapy*. Ottawa: Department of National Health and Welfare.
- CAOT. (1997). *Enabling occupation: An occupational therapy perspective*. Ontario: CAOT Publications ACE.
- Chapparo C, Ranka J, Nott M. Occupational performance model (Australia): a description of constructs, structure and propositions. In: Curtin M, Egan M, Adams J, editors. *Occupational therapy for people experiencing illness, injury or impairment: promoting occupation and participation*. 7th ed. Edinburgh: Elsevier; 2017. pp. 134–47.
- Chapparo C, Ranka J, Nott M. The perceive, recall, plan & perform (PRPP) system of task analysis and intervention. In: Curtin M, Egan M, Adams J, editors. *Occupational therapy for people experiences illness, injury or impairment*. 7th ed. Edinburgh: Elsevier; 2017. pp. 243–57.
- Chapparo, C., & Ranka, J. (1997). *Towards a model of occupational performance: Model*
- Chapparo, C., Ranka, J. (2011). *Occupation analysis: Cognition and acquired brain impairment*. In Lynette Mackenzie, Gjyn OToole (Eds.), *Occupation Analysis in Practice*, (pp. 147-162). Chichester, UK: Wiley-Blackwell Publishing.
- Christiansen, C.A. & C. Baum. (1991). *Occupational therapy: Overcoming human performance deficits*. Thorofare, NJ: Slack.

- Craik, J., Davis, J., & Polatajko, H. J. (2013). Introducing the Canadian Practice Process Framework (CPPF): Amplifying the context. In *Enabling occup II: Advancing an occupational therapy vision for health, well-being & justice through occupation* (pag. 229–246). Ottawa: CAOT Publications ACE.
- Davis JA, Polatajko HJ. Occupational development. In: *Introduction to occupation, the art and science of living*. New Jersey: Pearson Education Inc.; 2011. pp. 135–74.
- Davis, J., Craik, J., & Polatajko, H. J. (2013). Using the Canadian Practice Process Framework: Amplifying the process. In *Enabling Occup II: Advancing an occupational therapy vision for health, well-being & justice through occupation* (pg. 247–282). Ottawa: CAOT Publications ACE.
- development. In C. Chapparo and J. Ranka (Eds.). *Occupational Performance Model (Australia): Monograph 1* (pp. 24-45). Occupational Performance Network: Sydney retrieved at 20/05/2023 from www.occupationalperformance.com/origin
- Duncan, E. (2021). *Foundations for Practice in Occupational Therapy*. 6th Ed. Elsevier.
- Eijssen I, Van Hartingsveldt M, Verkerk G. COPM: de nieuwe Nederlandse vertaling. *Ergother Mag*. 2018;3:32–5.
- Farias L, Laliberte Rudman D, Pollard N, Schiller S, Serrata Malfitano AP, Thomas K, et al. Critical dialogical approach: a methodological direction for occupation-based social transformative work. *Scand J Occup Ther*. 2019;26(4):235–45.
- Fisher, AG. (2014). Occupation-centered, occupation-based, occupation-focused: Same, same or different? Previously published in *Scandinavian Journal of Occupational Therapy* 2013;20 : 162-173. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 21(sup1), 96-107.
- Groen-van de Ven LJ, Jukeme J, Smits C, Span M. Gezamenlijke besluitvorming. In: Kuiper C, Verhoef J, Munten G, editors. *Evidence-based practice voor paramedici*. Amsterdam: Boom uitgevers; 2016.
- Hagedorn, R. (1997). *Foundations for practice in occupational Therapy*, Churchill Livingstone
- Hammell KW. Building globally relevant occupational therapy from the strength of our diversity. *World Federation of Occupational Therapists Bulletin*. 2019;75(1):13–26
- Hammell KW. Engagement in living: critical perspectives on occupation, rights, and wellbeing. Canadian Association of Occupational Therapists; 2020.
- Hasselkus BR. *The meaning of everyday occupation*. Thorofare, NJ: Slack; 2011.
- Hasselkus BR. *The meaning of everyday occupation*. Thorofare: SLACK Incorporated; 2007.
- Hemphill B. *Occupational therapy and spirituality*. London: Routledge; 2019.
- Irvine-Brown L, Tommaso AD, Malfitano APS, Molineux M. Experiences of occupational therapy education: contexts, communities and social occupational therapy. *Cad Bras Ter Ocupacional*. 2020;28(1):330–42.
- Iwama M. The Kawa (river) model: nature, life flow & the power of culturally relevant occupational therapy. In: Kronenberg FA, SS, Pollard N, editors. *Occupational therapy without borders*. Edinburgh: Churchill Livingstone; 2005.
- Iwama MK. (2006) *The Kawa model: culturally relevant occupational therapy*. Elsevier; 20
- Jonsson, H. (2008). A new direction in the conceptualization and categorization of occupation. *Journal of Occupational Science*, 15(1), 3–8.
- Kelly G, Mcfarlane H. Culture or cult? The mythological nature of occupational therapy. *Occup Ther Int*. 2007;14(4):188–202.
- Kielhofner, G. & K. Forsyth. (2008). Therapeutic reasoning: Planning, implementing and evaluating the outcomes of therapy. In G. Kielhofner (Ed.), *Model of Human Occup: Theory and practice*. Baltimore (MD): Lippincott, Williams & Wilkins.
- Kielhofner, G. (2008). *Model of human occupation: Theory and application*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Kielhofner, G. (2009). Introduction to the model of human occupation. In G. Kielhofner (Ed.), *Model of human occupation: Theory and application* (4th ed.) (pp. 1-7).
- Kinébanian A, Stomph M. Diversity matters: guiding principles on diversity and culture. *WFOT bull*. 2010 May 1;61(1):5–13.

- Kinébanian, A. & D. Van de Velde. (2012). Oorsprong en ontwikkeling van het beroep. In: le Granse, M., van Hartingsveldt, M.J. & A. Kinébanian. (Eds) Grondslagen van de ergotherapie. Amsterdam: Reed Business.
- Lakoff G, Johnson M. *Leven in metaforen*. Sun, Nijmegen; 1999.
- Law M, Baptiste S, Carswell A, McColl MA, Polatajko, H., Pollock N. *Canadian Occupational Performance Measure (COPM)*. 5th edition. Altona: COPM Inc; 2019.
- Law M, Polatajko, H., Baptiste S, Townsend EA. Core concepts of occupational therapy. In: *Enabling occupation: an occupational therapy perspective*. Ottawa: CAOT Publications ACE; 2002. pp. 29–56.
- Law, M., Baptiste, S., Carswell, A., McColl, M. A., Polatajko, H. J., & Pollock, N. (2014). *Canadian Occup Per Meas (COPM)*. Ottawa: CAOT Publications ACE.
- Le Granse, M.; van Hartingsveldt, M. & A. Kinébanian. 2017. *Grondslagen van de ergotherapie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Lim KH, Iwama MK. Emerging models—an Asian perspective: the Kawa River model. *Foundations for practice in occupational therapy*. Edinburgh: Elsevier Churchill Livingstone; 2006. pp. 161–89.3.
- Lim KH. No title. *Personal journeys of recovery: exploring the experiences of mental health service users engaging with the Kawa ‘River’ model*. 2018.
- Lim KH. *Working in a transcultural context. Occupational therapy and mental health*. Oxford: Churchill Livingstone Elsevier; 2008. pp. 251–75.
- Martins V, Reid D. New-immigrant women in urban Canada: insights into occupation and sociocultural context. *Occup Ther Int*. 2007;14(4):203–20.
- Mattingly C, Feming M. *Clinical reasoning: forms of inquiring in the therapeutic practice*. Philadelphia: F.A. Davies; 1994.
- McColl MA. *Spirituality and occupational therapy*. Ottawa: CAOT; 2011.
- Mosey, A. the proper focus of scientific inquiry in occupational therapy: frames of reference. *OTJR: Occupation, Participation and Health*. 1989;9: 195-201
- Mroz TM, Pitonyak, JS; Fogelberg, D; & NE Leland. Client-centeredness and health reform; key issues for occupational therapy. *Am J Occup Ther*. 2015;69(5):6905090010p1-p8.
- Pierce D. Untangling occupation and activity. *Am J Occup Ther*. 2001;55(2):138–46.
- Polatajko, H. J., Davis, J., Stewart, D., Cantin, N., Amoroso, B., & Purdie L. (2013). Specifying the domain of concern: Occupation as core. In E. A. Townsend & H. J. Polatajko (Eds.), *Enabling occupation II: Advancing an occupational therapy vision for health, well-being & justice through occupation* (2nd ed., pag. 13–36). Ottawa: CAOT Publications ACE.
- Polatajko, H.; Davis, J.; Steward, D.; Cantin, N; Amorose, B. & Purdie, L. (2013) Specifying the domain of concern: Occupation as core. In Townsend, E.A.; & H.J. Polatajko (Eds). *Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Well-being & Justice through occupation* (2nd ed., pp. 13-36). Ottawa: CAOT Publications ACE.
- Rae N, Copley J, Ranka J. The Clinical Utility of the Comparative Analysis of Performance — Motor (CAP-M) for Children with Cerebral Palsy. *British Journal of Occupational Therapy*. 2010;73(12):579-588. doi:10.4276/030802210X12918167234163
- Restall GJ, Egan MY. Collaborative relationship-focused occupational therapy: evolving lexicon and practice. *Can J Occup Ther*. 2021;88(3):220–30.
- Restall GJ, MacLeod Schroeder NJ, Dubé CD. The equity lens for occupational therapy: a program development and evaluation tool: L’Equity Lens for Occupational Therapy: un outil pour le développement et l’évaluation de programme. *Can J Occup Ther Rev Can Ergother*. 1 juni 2018;85(3):185–95.
- Restall, GJ. & MY Egan. Collaborative relationship-focused occupational therapy: evolving lexicon and practice. *Can J Occup Ther*. 2021:00084174211022889.
- Roam D. *Blah blah blah: What to do when words don’t work*. Penguin; 2011.
- Roam D. *The back of the napkin: solving problems and selling ideas with pictures*. Portfolio; 2013.

- Rogers, CR; & L. Carmichael. 1942. Counseling and psychotherapy: newer concepts in practice. Boston: Houghton Mifflin.
- Rudman DL. Mobilizing occupation for social transformation: radical resistance, disruption, and re-configuration: mobiliser l'occupation pour une transformation sociale: résistance radicale, perturbation et reconfiguration. *Can J Occup Ther.* 2021;88(2):96–107.
- Schell B, Gillen G. Willard and Spackman's occupational therapy. 13th edition. Philadelphia, PA: Wolters Kluwer; 2019.
- Sinek S. Start with why: How great leaders inspire everyone to take action. Penguin; 2009.
- Steultjens E, Cup E, Zajec J, van Hees S. Ergotherapierichtlijn CVA. Nijmegen/Utrecht. Hogeschool van Arnhem en Nijmegen/Ergotherapie Nederland; 2013.
- Sumsion, T. & M. Law. A review of evidence on the conceptual elements informing client-centred practice. *Can J Occup Ther.* 2006;73(3): 153-162.
- Taylor, RR; Kielhofner, G., red. 2017. Kielhofner's model of human occupation: theory and application. Fifth edition. Philadelphia: Wolters Kluwer; 499 pp.
- Teoh J. Y. & Iwama M. K. (2015) The Kawa Model Made Easy A Guide to Applying the Kawa Model in Occupational Therapy Practice (2nd edition)
- Törneke N, Hayes SC. Metaphor in practice. Oakland: Context Press; 2017.
- Townsend EA, Beagan B, Kumas-Tan Z, Versnel J, Iwama M, Landry J, et al. Enabling: occupational therapy's core competency. In: Enabling occupation II: advancing an occupational therapy vision for health well-being, & justice through occupation. 2nd edition. Ottawa: CAOT Publications ACE; 2013. pp. 87–133.
- Townsend, E. A. (2002). Enabling occupation, An occup ther perspective. Ottawa: CAOT Publications ACE.
- Townsend, E. A., & Polatajko, H. (2013). Enabling occupation II: Advancing an occupational therapy vision for health well-being, & justice through occupation. Ottawa: CAOT Publications ACE.
- Townsend, E. A., Cockburn, L., Letts, L., Thibeault, R., & Trentham, B. (2013a). Enabling social change. In E. A. Townsend & H. J. Polatajko (Eds.), *Enabling occupation II: Advancing an occupational therapy vision for health well-being, & justice through occupation* (2nd ed., pg. 53–176). Ottawa: CAOT Publications ACE.
- Townsend, EA, Cockburn, L. Letts, L; Thibeault, R; & B. Trentham. (2013b) Enabling social change. In: Townsend EA, & HJ Polatajko (Eds) *Enabling occupation II: advancing an occupational therapy vision for health, well-being and justice through occupation*. 2nd ed. Ottawa: CAOT Publications ACE; pp. 153-76.
- Van Dijk, K; Nas, A.; Van Barschot, K. Derkx, J. 2022. Ergovaardig deel 1 (4° druk) Inventaris en analyse. Amsterdam: Boom Uitgevers.
- Van Hartingsveldt, M; Kos, D. & M. Le Granse. 2023. Grondslagen van ergotherapie. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Van Hartingsveldt, MJ; Logister-Proost, I; & A. Kinébanian. 2010. Beroepsprofiel Ergotherapeut. Utrecht: Ergotherapie Nederland.
- Van Zaalen, Y; Deckers, S; & S. Schulamm. Handboek interprofessioneel samenwerken in zorg en welzijn. Bussum: Uitgeverij Cotingo; 2018.
- Wong, S.R. & G. Fisher. (2015). Comparing and Using Occupation-Focused-Models. *Occup. Ther. Health Care.*, 29(3), 297-315.
- Wright R, Sugarman L. Occupational therapy and life course development: a workbook for professional practice. Oxford: Wiley/Blackwell; 2009.