

# Основи ерготерапії

Joaquim Faias

Luc Vercruyse

2020-2021

# UKROTHe

STUDY PROGRAMME OCCUPATIONAL THERAPY IN UKRAINE



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

P.PORTO

ESCOLA  
SUPERIOR  
DE SAÚDE



Modrychi





## Застереження

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

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

[www.ukrothe.eu](http://www.ukrothe.eu)





## Icons legend

	Питання для обмислення
	Навчальні завдання
	Не забудьте
	Завдання/вправа
	Презентація (Power Point)
	Навчальна інструкція

	Toledo/Навчальна діджитал платформа
	Зображення/звуковий кліп
	Приклад
	Вебсайт
	(Само-) тестування



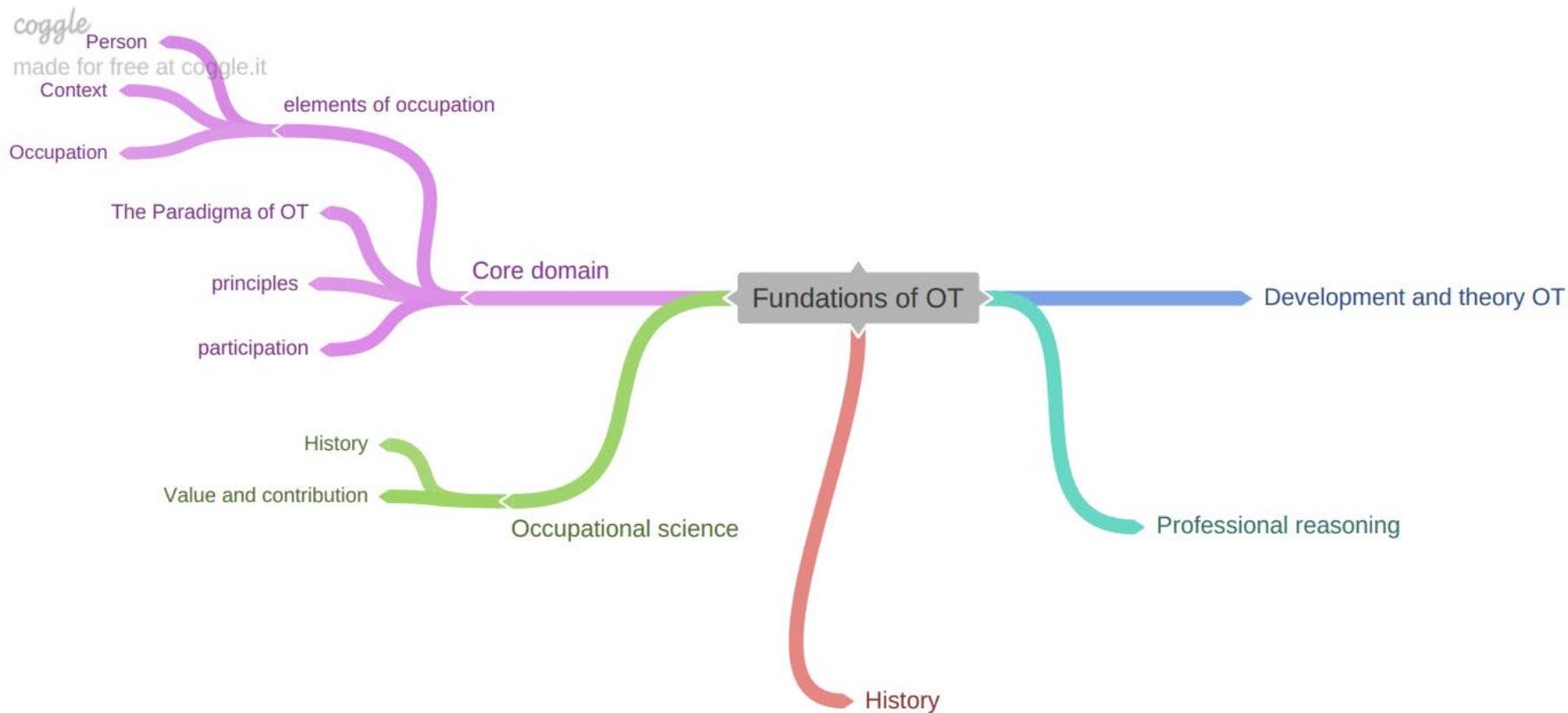
## Таблиця зі змістом

### Застереження

Icons legend .....	3
Таблиця зі змістом .....	4
<b>Вступ</b> <b>7</b>	
<b>Завдання навчання .....</b>	<b>8</b>
<b>1</b> <b>Історія та розвиток професії.....</b>	<b>10</b>
<b>2</b> <b>Що таке ерготерапія? .....</b>	<b>18</b>
<b>3</b> <b>Основна сфера ерготерапії .....</b>	<b>19</b>
2.1       Розробка парадигми ерготерапії .....	19
2.2       Парадигма ерготерапії.....	24
2.3       Принципи занять .....	25
2.3.1 <i>Людина-це професійна людина.....</i>	25
2.3.2 <i>Заняття - це результат динамічної взаємодії людини, діяльності та контексту.....</i>	25
2.3.3 <i>Заняття надають сенс життю .....</i>	25
2.3.4 <i>Заняття (рухова активність) впливає на здоров'я та самопочуття .....</i>	25
2.3.5 <i>Заняття (рухова активність) регулює час і структурує життя.....</i>	26
2.4       Елементи занять .....	27
2.4.1 <i>Людина.....</i>	28
2.4.2 <i>Середовище.....</i>	29
2.4.3 <i>Заняттєва активність .....</i>	30
2.5       Участь .....	33
<b>4</b> <b>Розвиток і теорія ерготерапії .....</b>	<b>35</b>
<b>5</b> <b>Професійні міркування .....</b>	<b>36</b>
4.1       Різниця між клінічними та професійними міркуваннями .....	36
4.2       Визначення клінічного міркування:.....	36
4.3       Різні моделі клінічного міркування: .....	37
<b>5 Введення до заняттєвої науки .....</b>	<b>39</b>
5.1       Історія та розвиток .....	39
5.2       Значення та внесок заняттєвої науки: .....	40



**Додаток 2: Хронологія розвитку ерготерапії на Заході ..... 43**





## Вступ

Теорія є наріжним каменем практики. Ерготерапевтам потрібна теорія, щоб зрозуміти обсяг практики. Вона дозволяє терапевту краще зрозуміти проблеми, виклики, сильні сторони, наявні можливості та обмеження своїх клієнтів. Обмін теоретичними знаннями об'єднує всіх ерготерапевтів у світі.

Практика з клієнтами на основі теоретичних концепцій допоможе їм поліпшити якість своїх послуг та надаваного догляду.

У першому розділі цього силлабусу ми вивчаємо історію, розвиток знань та основну галузь ерготерапії. Історія професії допомагає нам зрозуміти сучасну ситуацію.

У другому розділі основна увага приділяється концепції парадигми, основній галузі трудової терапії та найактуальнішому розумінню участі.

Професійне мислення як важлива навичка ерготерапевта висвітлюються у третьому розділі.

Глава четверта стосується теорії ерготерапії.

У п'ятому розділі представлено короткий вступ до науки про заняттєву активність.



## Завдання навчання

Студент може

- висловити словами ерготерапевтичну парадигму та що лежить в основі бачення людини
- пояснити професійну термінологію простими словами
- виявити компоненти впливу на виконання діяльності
- пояснити концепцію та важливість участі
- визначити термін "ерготерапевтична наука"
- інтерпретувати соціальний та полікультурний контекст, в якому люди діють та беруть участь
- мати розуміння соціальних змін з огляду на права людини, колективну відповідальність та різноманіття



У кінці цього ссиллабусу розміщено глосарій термінів



# 1 Історія та розвиток професії

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

## Короткий огляд...

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

У класичній античності (Стародавня Греція та Стародавній Рим, 2000р. до н.е. - 500 р. н.е.) були зроблені перші кроки у формуванні основ сучасної медицини, виникла ідея бути активними у процесі збереження здоров'я. Це стосувалось як окремої людини, так і суспільства в цілому. Медичні принципи, які були розроблені на той час, цитувались ще в дев'ятнадцятому столітті.

Для греків, і, звичайно, римлян, існувала різниця між фізичними та духовними діями. Фізична робота була завданням для найнижчих класів, особливо рабів. Вищий клас не виконував фізичної роботи і праці; вони займалися лише духовною діяльністю. Це були часи розквіту філософії. Це не означає, що не приділялося уваги здоров'ю. Насправді центральним для вірувань про здоров'я серед греків та римлян було те, що залишатися здоровим можна лише за умови балансу в організмі. Найважливішими теоріями щодо цього були теорії балансу між чотирма рідинами тіла (гуморес), слизом, жовчю, кров'ю та чорною жовчю, як сформулював Гіппократ (3 століття до н.е.).

Здоровий розум можна знайти лише у здоровому тілі, латиною: *mens sana in corpore sano*. За відсутності фізичного навантаження та праці заможні ризикують втратити баланс в організмі. Ось чому велике значення надавалося гімнастичним залам, місцям, де практикувалися різноманітні види спорту. Гіппократ радив певні вправи або види діяльності, щоб знову стати здоровими. Становище хворих чи слабких у цих суспільствах не було добрим. Насправді, в деяких суспільствах було навіть виправдано вбивати дітей чи людей з певними відхиленнями, оскільки вони «послабили» б державу. Хвороба або слабкість часто розглядалися як біда, яку хтось наклав на себе, напр. через непомірність своїх бажать.



Середньовіччя (500-1300 рр.н.е.) Ознаменувало переломний момент у концепції місця дії у повсякденному житті. *Ora et labora*, «молитися і працювати», було найважливішим девізом християнської спільноти. Це мало також важливий профілактичний ефект: живучи побожно, людина залишалася здоровою. Ще однією зміною стало посилення становища хворих і слабких у суспільстві. Вони мали право на захист. З іншого боку з'явилося переконання, що невдачі та зловживання спричинені нехристиянською поведінкою.

Спостерігався і розвиток в медицині. Грецьке та римське розуміння знову стали доступними, особливо концепція чотирьох рідин “*humores*”. Вона була введена в правила, режим санітарії. Думка полягала в тому, що має бути рівновага і що занадто багато або занадто мало певної рідини може спричинити виникнення хворіб. Усунувши цю дисгармонію, організм зміг би відновитись. Крім того, важливим фактором стало навколишнє середовище. Наприклад, у разі кашлю рекомендувалося частіше виходити на відкрите повітря. У середні віки науковість охорони здоров'я зростає, насамперед в університетах готували лікарів і проводили дослідження.

В епоху Відродження (приблизно від 1300 до 1700 р.н.е.) Цей інтелектуальний розвиток був підкріплений поновним відкриттям поглядів класиків античності, які були сформовані у власну ідеологію, гуманізм. Гуманізм зосереджується на людині з її гідністю та вірою у власні здібності. Ното *universalis*, людина, яка повністю розвинулася відповідно до своїх здібностей, як фізичних, так і інтелектуальних, була втіленням цього переконання. Леонардо да Вінчі – найкращий реальний приклад такої людини.

Акцент на раціональності та тенденція ставити людину в центр було посилено в епоху *просвітництва* (18 століття). Це час, коли з'явилися ідеї про рівність, свободу та братерство людей, про їхні права, які вони мають відстоювати самі. Цього саморозвитку можна досягти активною діяльністю, особливо роботою. Навколишнє середовище також змінилося, серед іншого завдяки зростанню медичної допомоги, кількості лікарів та лікарень. Публікації про самолікування почали користуватися великою зацікавленістю.

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

Промислова революція (кінець 18 - кінець 19 століття) характеризується соціальними та політичними змінами в результаті індустріалізації економіки. Видимість нещастя, зосередженого в містах, де також мешкали вищі соціальні класи, спричиняла інколи жорстокі соціальні та політичні зміни.

У різних місцях з боку окремих людей чи колективів виникали ініціативи створити гідні умови для менш щасливих людей: робітників, жінок, дітей, хворих, соціально чи фізично слабких



людей. По всій Європі були створені робочі будинки, щоб забезпечити задовільне існування і можливість навчати дітей.

Подекуди виникали невеликі за розміром ініціативи з надання допомоги окремим людям, наприклад психічно хворим. У цьому контексті Семюел Туке (1800) був впливовою людиною на початку 19 століття. Він керував мережею закладів для психічно хворих в Англії. Він бачив, як і Пінель, що виконання "значущої" роботи є важливим для одужання хворої людини. Його лікування базувалося на гуманітарних принципах. Він наголосив на гуманному підході до пацієнтів як до раціональних істот, які мають можливості самообмеження. Терапевт допоміг у пошуку правильних видів діяльності, за допомогою яких пацієнт міг би відновити свою самооцінку та відновити самовладання і таким чином відновити належний психічний стан. Діяльність здійснювалася внутрішньо в установі і, як правило, включала (платні) ремесла. Не було визначено терапевта, кожен співробітник закладу, лікар, медсестра чи охоронець могли взяти на себе цю роль. Прогресивне розуміння та досвід призвели до того, що заклади ставали дедалі професійнішими, в результаті чого через двадцять років були складені рецепти для всіх, хто займався опікою над цими пацієнтами. Коноллі (1856) детально опрацював ідеї Туке і розробив "безпримусовий підхід".

Основна увага на заняттєвість для збереження здоров'я з'явилася в Західному суспільстві. Це було під час розвитку **морального поведження**, яке визнано центральним філософським підґрунтям для ерготерапії. (Schwartz 1994, Duncan 2021). "Моральне поведження" підкреслює людяний підхід до пацієнтів і є частиною гуманного підходу. Гуманізм - це рух, що виник у кінці 16 століття. Відомими гуманістами були Еразм, Дж. Л. Вівес, Томас Море. Хоча про благотворний вплив праці, діяльності та гри на тіло і розум уже згадувалося в давнину, коріння ерготерапії лежать у 19 столітті. Ерготерапія тісно пов'язана з гуманним підходом до людей, у яких рівність відіграє головну роль. Психіатри Пінель, Туке і Коноллі розглядаються як попередники ерготерапії. Сформовані ними гуманістичні принципи в лікуванні пацієнтів все ще можна побачити в сучасному баченні ерготерапії.

Ерготерапія з'явилася на початку 20 століття в Америці.

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

Сьюзен Трейсі, американська медсестра, зазначила, що коли хворі з порушенням активності, ортопедичними та туберкульозними захворюваннями стають менш нервовими, то можуть краще переносити тривалий постільний режим. У 1910 р. вона опублікувала Довідник з вивчення професій, які передбачають роботу з людьми з обмеженими мовливостями: «Посібник для медсестер та санітарів», котрий насправді за змістом був радше ілюстрованим посібником з ремісничих видів діяльності. Трейсі зазначає, що ерготерапевти використовують можливості, які має пацієнт. Його навколишнє середовище побудоване таким чином, що ці види діяльності заохочуються і сприяють залученню як пацієнта, так і здорової людини.



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

У 1922 році Мейер сформулював наступні п'ять принципів, які досі використовуються в ерготерапії.

- Існує фундаментальний зв'язок між здоров'ям, роботою та повсякденною діяльністю.
- Здійснюючи здорову діяльність, людина підтримує баланс між буттям, мисленням і діями.
- Існує єдність між тілом і розумом.
- Коли вони заважають соціальному життю або порушують повсякденну діяльність, функції розуму та тіла погіршуються.
- Оскільки активні дії зберігають розум і тіло, використання діяльності в якості терапії підходить для відновлення компетентності діяти. Завдяки цим вихідним пунктам, які сьогодні називають "баченням щоденної діяльності", були закладені основи ерготерапії: Доктор Девід Хендерсон, молодий випускник з Шотландії, приїхав працювати з Мейером. Він бачив роботу Слагла в установі і був вражений його впливом на його пацієнтів. Він першим запровадив ерготерапію у Великобританії, а Доротей Робертсон - першим призначеним ерготерапевтом. Ще двома важливими людьми для впровадження трудової терапії у Великобританії є Маргарет Барр Фултон та Елізабет Кассон. Фултон був першим кваліфікованим ерготерапевтом у Великобританії. Кассон, яка працювала секретарем у залі Червоного Хреста і була дуже вмілою своїми руками, організовувала з мешканцями багато освітніх та розважальних заходів. Мотивована цим досвідом, вона почала вивчати медицину і стала першою жінкою-лікарем (1929). Її медична підготовка в поєднанні з особистими, сімейними талантами та соціальними інтересами призвела до глибокого інтересу до трудотерапії. Це призвело до заснування першої британської школи трудової терапії в Дорсет-Хаусі, Брістоль. Цей короткий зміст історії трудової терапії в США та Великобританії показує нам взаємозв'язок між зовнішніми впливами на ранній розвиток професії та основами, які ми знаємо сьогодні. У 19-20 століттях діяльність з відновлення рухової функції застосовувалася рідко. Виняток становить француз Клемент Тіссо, який у 1780 р. До Пінеля опублікував книгу з докладними рецептами використання ручної праці та розваг для лікування опорно-рухових та суглобових розладів. У 1822 році капітан британської армії Джордж Вебб Де Ренці опублікував книгу "Енчирідіон: рука для одноруких" із описом засобів для заміни



правої руки, чого сам Де Ренці пропустив. Ідеї Тіссо і Де Ренці отримали подальший розвиток лише через століття під час і після Першої світової війни.

Перша світова війна мала великий вплив на розвиток ерготерапії в Європі та США. Поранені солдати потребували реабілітації. Слагл зміг переконати армію, після початкового опору високопоставлених солдатів, що ерготерапія для них важлива як фізично, так і психічно. Незабаром армія почала бачити переваги. На курсах надзвичайних ситуацій медсестер готувались стати помічниками у відновленні та відправляли до Європи. Вони працювали з ортопедичними та хірургічними, а також психіатричними пацієнтами. Через Першу світову війну та велику епідемію поліомієліту в 1916 р. Трудові терапії для людей з фізичним розладом ставали дедалі популярнішими в США. Наукові дослідження щодо лікування людей з обмеженими фізичними можливостями виникли в цей період. Під час Першої світової війни вперше були розроблені прилади для вимірювання результатів руху таким чином, щоб стало можливо більше наукових звітів. Під час війни також було розпочато кінезіологічний аналіз діяльності, щоб можна було вибрати правильну діяльність на випадок фізичних відхилень. Адаптація до діяльності була розроблена таким чином, щоб пацієнт міг вправляти певні м'язи або результати руху суглобів. Це тлумачення трудової терапії пізніше стало відомим як "біомеханічний підхід". Були введені американські помічники з реконструкції, а у Великобританії були створені лікувальні майстерні для поранених солдатів. Вони навчилися боротися з гандикапом. Їх також навчили ремеслу, щоб вони могли знову брати участь у суспільстві. Наприкінці війни тисячі солдатів пройшли певний вид трудової терапії. Хокінг (2008) описує, що ерготерапія в 1918-1945 роках базувалася на ідеях художньо-ремісничого руху, що виник як реакція на індустріалізацію, а з іншого боку - на раціональне біомедичне мислення. Декоративно-прикладний рух припускав, що: «... робота руками приносила майстрам ідентичність, гідність та задоволення, а якщо робота була важкою, почуття досягнення». З іншого боку, вплив лікарів на той час на розвиток професії був високим. Завдяки досвіду роботи з ерготерапією у Першій світовій війні вони дедалі більше усвідомлювали цінність ерготерапії, хоча лікування ще не було надто систематичним та мало мало теоретичних підстав.

Ерготерапія для людей з обмеженими фізичними можливостями все більше і більше зосереджувалась на медицині, де в цей час редуccionістський погляд набув популярності. Найважливішою характеристикою редуccionістського підходу є те, що він зводить явища до окремих вимірюваних одиниць. Після Другої світової війни цей погляд перетворився на так звану біомедичну модель. Ерготерапія почала розробляти методи лікування, засновані на редуccionістських принципах: біомеханічному (кінезіологічному, ортопедичному, неврологічному) та психоаналітичному підходах.



Цілі були сформульовані з точки зору набору сили, координації, витривалості, результатів руху, перебільшення, поведження з травмами в житті заносу або підвищення терпимості до розладів. Мало уваги приділялось психологічним та соціальним аспектам лікування, навчанню справлятися з інвалідністю, як це було в перші роки. У роки до Другої світової війни використання видів діяльності все менше наголошувалося: наука і техніка панували найвищою мірою, ерготерапевти приділяли мало уваги вивченню діяльності як терапевтичних засобів. Аналізи діяльності, зроблені під впливом цього підходу, мали механістичний характер. Діяльність була адаптована таким чином, що їх можна було використовувати в рамках біомеханічних теорій відновлення функції м'язів і суглобів, таких як плетіння на висоті, всі види адаптованих шліфувальних блоків, ... Біомеханічний підхід все ще можна побачити в допоміжній технології (технології реабілітації) допоміжних засобів, автоматизації будинків та обладнання. Адаптовані ігри, ф.і. ігрові дошки з кілочками, які використовувались напр. функціональний тренінг руки, також базувалися на цих принципах. Також Друга світова війна сильно стимулювала ріст і розвиток ерготерапії як у США, так і в Європі. Ерготерапія широко застосовувалася для як найшвидшої реінтеграції багатьох поранених та інвалідів солдатів та цивільних осіб у трудовий процес. У психіатрії також пропонувані заходи набували дедалі більше професійного характеру.

За змістом ерготерапія прагнула підключитися до різних наук, щоб теоретично обґрунтувати лікування. В результаті в ерготерапії було використано цілий ряд підходів та методів лікування: неврологічний розвиток, сенсорна інтеграція, поведінковий терапевтичний, гуманістичний, психоаналітичний, групово-динамічний, технологічний, ергономічний.... З іншого боку, Мері Рейлі в 1962 р. Написала надихаючу статтю, в якій доручила ерготерапії довести це в найближчі роки: «... людина, використовуючи свої руки, коли вони живляться розумом і волею, може впливати стан власного здоров'я ». Кілька ерготерапевтів у США та Європі прийняли виклик Мері Рейлі. Вони шукали теорію ерготерапії, яка поєднує медичне та інтерпретаційне мислення: інтегральний підхід. Як результат, у цей період з'явилося багато статей та книг, в яких робиться спроба теоретично обґрунтувати трудову терапію. У роздумах про ерготерапію є переломний момент: від медико-редукціоністської моделі відмовляються. Це означає, що ерготерапія більше не розглядає людину лише як механічну машину (редукціонізм). Люди хочуть повернутися до початкових принципів (Майер 1922) ерготерапії та спробувати надати їй нового змісту. Кільгофнер (1985) виступає з потужним закликком залишити редукціоністську модель (бачити людину як машину, яку можна відремонтувати) і знову дивитись на людину як на біопсихосоціальну одиницю. Він розглядає людину як відкриту систему у взаємодії зі своїм оточенням. (конспект З МОНО-модель) Він заявляє, що мова йде не стільки про діяльність, яку людина



виконує, скільки про ролі та завдання, які людина виконує у житті. Діяльність стає значущою для людей, коли вони пов'язані з ролями та завданнями.

Вілкок ввів у 1998 р. Чотири виміри концепції занять: діяльність (здійснення діяльності), буття (розмірковування про діяльність), приналежність (діяльність стосовно інших) та становлення (вплив занять на ріст та розвиток). Вона заявляє, що „робити”, „бути”, „належати” та „ставати” сприяють фізичному та соціальному добробуту людей. За останні десять років «діяти в контексті» (на основі контексту) стало як ніколи важливим у практиці ерготерапії. Це бачення повертає нас до початкового мислення та норм та цінностей, на яких базується ерготерапія з моменту її створення. Такі твердження, як: "Щоденні дії корисні для людей", або: "Недостатній баланс між роботою, релаксацією та доглядом за собою є шкідливим для людей", але прийняті, але недостатньо доведені. Все більше і більше необхідно оцінювати та обґрунтовувати ерготерапевтичне втручання за допомогою досліджень. Ця потреба призвела в 1989 році до нової дисципліни в Університеті Південної Каліфорнії, зосередженої на науці про працю

#### Підсумок

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



У додатку 2 ви отримаєте структурований огляд розвитку ерготерапії.



Доповніть цю частину історії тим, що ви знаєте чи можете знайти про історію трудової терапії в Україні (ерготерапії). Ви можете знайти інформацію в Українському товаристві з ерготерапії USET, факультетах ерготерапії різних університетів, Інтернеті,...



Охарактеризуйте соціальне походження в Україні, яке впливає на розвиток професії «ерготерапія»



Пройдіть вікторину:

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



Короткий зміст історії, узагальненої на YouTube

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



## 2 Що таке ерготерапія?

Ерготерапія - це наука з цілісним поглядом, що керується уподобаннями клієнта. Коли ми дивимось на людину, ми дивимось не лише на психічне та фізичне здоров'я, але й на її добробут і даємо можливість людям розкрити весь свій потенціал.

Ерготерапія надає практичну підтримку для розширення можливостей людей сприяти одужанню та долати бар'єри, що заважають їм виконувати важливі для них види діяльності (або професій). Ця підтримка підвищує незалежність та задоволеність людей у всіх аспектах життя. Ми зосереджуємось насамперед на професії людей. Ерготерапія описує все, що ми робимо, щоб піклуватися про себе та інших.

Як ерготерапевти, ми зосереджені на практичній та цілеспрямованій діяльності, яка дозволяє людям жити самостійно. Це можуть бути важливі щоденні завдання, такі як самообслуговування, мобільність, спілкування, робота, відпочинок ...

Ерготерапевти працюють з дорослими та дітьми різного віку з широким спектром умов; найчастіше тими, хто відчуває труднощі через психічну хворобу, фізичні або навчальні вади. Вони працюють у різних закладах, включаючи організації охорони здоров'я, служби соціальної допомоги, житло, освіту, волонтерські організації або як незалежні практики.

Як ерготерапевти ми розуміємо, як хвороби, травми, інвалідність або складні життєві події можуть вплинути на здатність людей робити щоденні важливі для них справи та знаємо, як підтримати їх для досягнення максимального рівня незалежності та самостійності.



Що таке ерготерапія

[https://www.youtube.com/watch?v=Ud5Fp279g4Y&feature=emb\\_rel\\_pause](https://www.youtube.com/watch?v=Ud5Fp279g4Y&feature=emb_rel_pause)

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



### 3 Основна сфера ерготерапії

*“Коли ви їдете по селу в прекрасний травневий день, ви бачите, як люди роблять різні заходи. Один працює в саду, інший п’є каву на терасі, а інший вішає білизну. Усі ці заходи є частиною чиеїсь ролі та надають сенс життю людей. Діючи, люди беруть участь у суспільстві. Коли ми глибше замислюємось над діяльністю стосовно повсякденних занять, це стає цікавим. Садівник може працювати в чужому саду, виходячи з його ролі садівника. Але той самий садівник може також у вільний час працювати у власному саду, бо це його хобі. А коли садівник має хронічну хворобу, садівництво також може бути частиною терапевтичного втручання з певними цілями. Однак у всіх випадках щоденне садівництво - це та діяльність, про яку йде мова. Професія є основною сферою ерготерапії. Зайнятість веде до участі ”.*

Знання про заняття та участь дають ерготерапевту інструменти для розуміння занять людини, а також допомагають краще зрозуміти наслідки хвороби або проблеми. З терапевтичної точки зору, розуміння занять та участі допомагає ерготерапевтам міркувати, як повсякденна діяльність людей може бути знову можливою

#### 2.1 Розробка парадигми ерготерапії

Вивчення парадигми та змін парадигми допомагає нам зрозуміти теорію розвитку ерготерапії. Професійні знання існують з парадигми професії, моделей практики (див. Навчальну програму з ерготерапії) та відповідних знань. Парадигма є основним баченням галузі та її професійною культурою і є специфічною для ерготерапії. Концептуальні моделі практики перекладають парадигму на щоденну практику ерготерапії. Пов’язані знання, які ми використовуємо з інших доменів, наприклад психологія, анатомія, ...



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



Парадигма в науці та філософії - це цілісна система моделей та теорій, що формує структуру, в якій аналізується та описується реальність. Поняття "парадигми" було введено Куном (1970). Ядро професії описано в професійній парадигмі.

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

Професійна парадигма має ряд функцій:

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

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

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

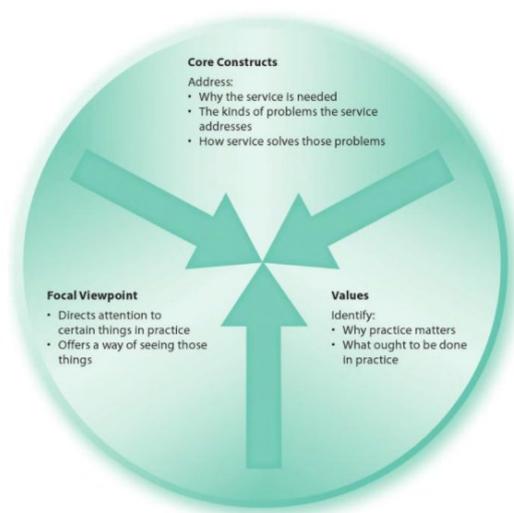


Рисунок 2: Елементи парадигми ерготерапії (Kielhofner, 2009)





Table : the paradigm shifts in occupational therapy throughout history

Парадигми	Основні конструкції	Фокусна точка зору	Інтегровані значення
Парадигма заняттєвої (рухової) активності (1900–40-ті рр.) Зосередьтеся на гуманізмі	Заняттєва (рухова) активність відіграє важливу роль у житті людини та впливає на стан її здоров'я. Заняття (активність) складається із чергування способів існування, мислення, дії та вимагає балансу між ними у повсякденному житті. Розум і тіло нерозривно пов'язані між собою. Заняття може бути використане для відновлення функцій. Бездіяльність (відсутність занять) може призвести до пошкодження тіла та розуму.	Навколишнє середовище, розум і тіло, з акцентом на мотивацію та фактори навколишнього середовища у роботі.	Гідність людини реалізується через виконання занять.  Заняття важливі для здоров'я. Холістичний підхід.
Криза	У пошуках професійного прийняття (криза), оскільки на ерготерапевтів чинився тиск з боку медицини, щоб стати більш об'єктивними, ерготерапевти зосереджуються зараз на біомедичних поясненнях практики.		
Механістична парадигма (1960–1970-ті) Зосередьтеся на редукціонізмі	Здатність виконувати дії залежить від цілісності нервової, кістково-м'язової та внутрішньопсихічної систем.  Пошкодження або аномальний розвиток внутрішніх систем може призвести до дисфункцій всього організму.  Функціональну ефективність можна відновити, якщо покращити / компенсувати обмеження у внутрішніх системах організму людини.	Цей період зосереджувався на внутрішніх механізмах, тобто внутрішній внутрішньопсихічній, неврологічній та кінезіологічній роботах	Поглиблене знання внутрішніх систем. Об'єктивність використання занять для точного визначення та вимірювання невідповідностей внутрішніх систем.  Значення медіа як засіб зменшення непрацездатності.
Криза	Прийняття редукціонізму та орієнтація на внутрішні системи були визнані неповними. Видатні діячі трудової терапії (наприклад, Мері Рейлі) закликали повернутися до професії з акцентом на коріння професії, тобто важливість занять для здоров'я. Усе більше і більше ерготерапевтів тепер усвідомлювали, що втрачають з виду коріння професії та першопричину народження цієї професії.		
Сучасна парадигма (1980-ті роки) Зосередьтеся на	Заняття відіграють центральну роль у житті людини; це забезпечує мотив і сенс життя. Відсутність (або обмежений доступ) до занять може негативно позначитися на здоров'ї та якості життя. Використання занять для вирішення наслідків щодо	Особа зосереджується на поверненні до занять та зосередженні на цілому, а не на його складових частинах. Системний підхід до розуміння організованої складності	Повага до цінності людського життя. Важливість розширення можливостей та залучення людей до занять.



занятті	здоров'я та якості життя є основою трудової терапії.		Інтеграція індивідів у життя через осмислене заняття. Заняття як поняття. Значення перспективи пацієнта / клієнта активне залучення та розширення можливостей практики, орієнтованих на клієнта
	<p>Ерготерапія постійно розвивається і розвивається. У наш час ми все більше і більше усвідомлюємо свою соціальну відповідальність як захисники професійних прав наших клієнтів. Основна увага буде зосереджена на здоров'ї, добробуті та якості життя в контексті охорони здоров'я. (Pizzi &amp; Richards 2017, Duncan 2021)</p> <p>В даний час робота ерготерапевта базується на біопсихосоціальної моделі (див. Навчальний план ICF), з акцентом на участь у заняттях.</p>		



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



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

## 2.2 Парадигма ерготерапії

«Заняття» - центральне поняття в парадигмі трудової терапії. Це поняття визначається по-різному. Деякі приклади міжнародних визначень:

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

"Заняття - це все те, " що робить ", що має внутрішнє і зовнішнє значення". (Вількок, 2006)

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

«Окупація відноситься до груп видів діяльності та завдань у повсякденному житті, які називають, організовують та надають значення та значення окремим людям та культурі.

Окупація - це все, що люди роблять для того, щоб зайняти себе, включаючи догляд за собою (самообслуговування), насолоду життям (дозвілля) та внесок у соціальну та економічну структуру своїх громад (продуктивність); сфера занепокоєння та терапевтичне середовище трудотерапії ". (Townsend & Polatajko, 2013) Парадигма ерготерапії визначає суть і мету трудотерапії, іншими словами, те, що пов'язує ерготерапевтів. Це виражається у семи принципах.



## 2.3 Принципи занять

### 2.3.1 Людина-це професійна людина

Людина за своєю природою є професійною людиною, і кожна людина відчуває потребу виконувати повсякденну діяльність. Заняття - це фундаментальна потреба людини, яка є біологічно обумовленою. Наприклад спонтанність дитини, яка грає та відкриває, або пошукова поведінка людей, які опинилися в новому середовищі. Людина має внутрішній потяг до пізнання навколишнього середовища та контролю над ним. Цей потяг до контролю змушує людей продовжувати діяти. Людина також хоче вчитися на практиці. Крім того, навколишнє середовище або (суб) культура стимулює бажання виявляти діяльність та виконувати цю діяльність контрольовано та вміло.

### 2.3.2 Заняття - це результат динамічної взаємодії людини, діяльності та контексту

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

### 2.3.3 Заняття надають сенс життю

Виконання занять надає сенс життю (Wilcock 2006). З точки зору заняття (**рухової активності**), заняття (**рухова активність**) - це індивідуальна діяльність у середовищі у певний момент; заняття (**рухова активність**) за визначенням є унікальним і пропонує людині можливість зробити щось нове та значуще у кожній ситуації. Сенс є особистим і багато в чому визначається культурою та контекстом, в якому людина діє. Сенс пов'язаний із заняттям (**руховою активністю**), а також з чимось більшим, а саме з життям.

### 2.3.4 Заняття (**рухова активність**) впливає на здоров'я та самопочуття



Хороший баланс у повсякденній діяльності необхідний для здоров'я та добробуту. Виконання потреби у значущих діях сприяє духовному, фізичному та психосоціальному добробуту.

### 2.3.5 Заняття **(рухова активність)** регулює час і структурує життя

Щоденні заходи дають людям (щоденний) ритм і, отже, порядок у часі. Послідовне виконання заходів призводить до формування звичок і певного режиму життя.

### 2.3.6 Заняття **(рухова активність)** дає особистий досвід

Заняття **(рухова активність)** дає досвід, виконуючи завдання. Досвід виникає під час виконання певної діяльності. Людина може відчувати почуття збудження, страху, тривоги, апатії, нудьги, розслабленості та контролю при виконанні діяльності. Завдяки досвіду, який люди отримують під час дії чи роботи, люди отримують уявлення про свої можливості та обмеження.

### 2.3.7 Заняття **(рухова активність)** має терапевтичний потенціал

Досвід, який створюється під час виконання щоденних дій, відіграє певну роль у процесі змін. У той же час відчуте під час занять сприяє наданню сенсу. Той факт, що здійснення діяльності дає досвід та сприяє значимості, надає терапевтичний потенціал.

Люди можуть відчувати порушення у заняттєвій активності. Життя та заняття постійно змінюються. У багатьох випадках зміни в ролі занять відбуваються спонтанно, наприклад, під час нормального розвитку дитини. Однак іноді зміни не відбуваються спонтанно або люди переживають зриви у своїй повсякденній діяльності, які вони сприймають як негативні. Тимчасове припинення професійної діяльності внаслідок хвороби або зміни навколишнього середовища називається професійним порушенням. Той факт, що їхнє життя змінюється, не є справжньою проблемою, але що вони іноді не можуть пристосувати свої щоденні дії до власного задоволення чи задоволення оточення до цих змін.

*Порушення у повсякденній діяльності можуть виникати як від людини, так і від контексту дії. Це призводить до наступних додаткових вихідних точок.*

Заняття **(рухова активність)** є індивідуальним



Якщо спочатку поглянути на людину та дію, то можна сказати, що діяння залежать від особистих можливостей здійснення діяльності. Особисті цілі, інтереси, цінності та норми і навіть образ себе чи ідентичність також впливають на діяльність людини.

Рід занять (**рухової активності**)- контекст

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

Кожна людина має право здійснювати значущу діяльність

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

Заняття призводить до заручин, заручини - до занять

Діяльність веде до залучення. Залучення особистого і різного для кожного.

## 2.4 Елементи занять

У визначенні поняття наводяться властивості та елементи, щоб відрізнити його від інших понять. Елементи можуть бути представлені у моделі. Модель, яка зазвичай використовується в рамках трудотерапії, - це модель РЕО.

Модель "Людина-Середовище-Заняття" (РЕО) - це модель, яка підкреслює професійні показники, сформовані взаємодією між людиною, оточенням та професією.



Домен людини включає роль, Я-концепцію, культурне походження, особистість, здоров'я, пізнання, фізичну працездатність та сенсорні можливості.

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

Заняттєва активність відноситься до груп завдань, якими людина займається та відповідає їй самообслуговуванню, вираженню та виконанню. Ці три домени залежать і впливають один на одного. У цій моделі область перекриття трьох domenів динамічно формує професійні показники, а також відображає рівень конгруентності взаємодії між людиною, оточенням та заняттєвою активністю.

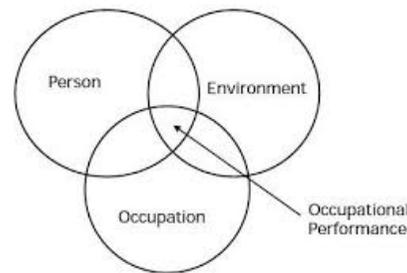


Рисунок 1: Модель «Людина-середовище-заняттєва активність»



PEO-модель

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

### 2.4.1 Людина

Кожна людина унікальна і має свою власну (життєву) історію. Людина - це одиниця, яка самоорганізується та саморегулюється, та постійно взаємодіє з навколишнім світом. При розгляді людини слід враховувати різні важливі аспекти. Перш за все, це власні цінності, норми й очікування. Кожна людина створює свій власний образ реальності та світу, частиною якого вона є, згадуючи та



інтерпретуючи її особисте сприйняття й досвід. Таким чином, кожна людина має свої власні цінності, норми й очікування. На них (частково) впливає контекст або навколишнє середовище.

Роль та самоусвідомлення тісно взаємопов'язані. Самоусвідомлення також використовується для позначення чийогось соціального обличчя, тобто того, як людина сприймає те, як її сприймають інші. Людина часто грає різні ролі. Ролі можуть розвиватися і змінюватися на різних етапах життя. Роль містить в собі права та обов'язки і вимагає очікуваних поведінкових моделей і конкретних дій, діяльності та завдань, які регулярно виконуються і пов'язані з соціокультурними ролями. Виконання дій і завдань з ролі називається рольовою дією і пов'язане з **участю**. Під участю тут може розумітися виконання і досвід рольових дій і / або діяльності, пов'язаної з навколишнім середовищем.

Для того щоб мати можливість діяти, людина повинна володіти (базовими) навичками і функціями. Для багатьох людей розвиток і навчання (базовим) навичкам є необтяжливим. Дитина, яка із задоволенням грає на дитячому майданчику, майже автоматично піднімається на сходинку вище по мотузковій драбині й тим самим розвиває координацію, силу і рівновагу. Виконуючи щоденні дії, люди вчаться відчувати, які завдання та базові навички відповідають чи не відповідають певній ситуації. У нових ситуаціях люди діятимуть знову і, за необхідності, адаптуватимуть виконання (здійснення) до обставин, що змінюються. Це модель нашого розвитку та навчання.

#### 2.4.2 Середовище

Середовище - це сума всіх явищ і умов, які оточують людину і які впливають на її існування, її дії та розвиток. Щоденні дії людини відбуваються в соціальному та фізичному середовищі, що знаходиться в даному контексті. У літературі терміни «середовище» і «контекст» часто використовуються як взаємозамінні.

Всі умови важливі при розгляді контексту. Фізичні аспекти включають в себе всі фізичні простори та об'єкти, які людина бачить, відчуває на дотик, нюх, слух або смак. Соціально-культурні аспекти включають всі соціальні та культурні фактори, які відіграють роль в цьому середовищі. З одного боку, це інші особи та наявні соціальні відносини (таким чином, ерготерапевт також є частиною соціокультурного середовища клієнта), з іншого боку, соціокультурне середовище містить всі соціокультурні моделі, значення, норми та цінності, які дійсні в рамках даної конкретної групи.



### 2.4.3 Заняттєва активність

У попередніх пунктах надається пояснення понять «людина» та «контекст». Динамічна взаємодія між людиною і контекстом виражається під час щоденних дій. У цьому пункті ми докладно зупинимося на характеристиках дії.

Заняття - це цілеспрямоване виконання однієї або декількох дій, що відповідають певній ролі в середовищі/оточенні людини. Для цього середовище та заняття повинні відповідати бажанням, потребам, навичкам і здатності людини діяти.

#### *Сенс*

Сенс може відноситися як до діяльності, так і до життя в цілому. Прагнення людини до «сенсу життя» є для багатьох основним та незмінним мотивом.

Заняття дозволяють людям відкривати для себе сенс і переглядати його.

Якщо поглянути на сенс на рівні діяльності, то цей напрям грає роль в доданні сенсу діяльності. Досвід й спогади, які часто можна простежити через чиюсь (життєву) історію, також грають роль у формуванні сенсу. Ґрунтуючись на попередньому досвіді та спогадах, люди надають сенс контексту або середовищу. Цей сенс є індивідуальним і важливим.

Після того, як людина знайде сенс в середовищі, її спровокують зробити щось в цьому середовищі. Ця дія, здійснення діяльності, походить від почуття, бажання або необхідності прийти до конкретного результату або досвіду в середовищі, або на більш глибокому рівні - знайти сенс. Щоденні дії певним, рутинним чином також можуть надати сенсу діяльності. Рутинна може виникнути в результаті того, що діяльність здійснюється певним чином, в певному контексті і по відношенню до інших видів діяльності (часовий аспект). Всі ці аспекти впливають на сенс діяльності.

#### *Цілеспрямованість*

Цілеспрямованість означає, що люди хочуть досягти чогось в певному середовищі або контексті. Мета діяльності може повністю знаходитися в людині (по суті) і в короткостроковій перспективі, наприклад, заклеювання (ремонт) велосипедної шини або читання книги для власного задоволення. Крім того, мета може також частково знаходитися за межами людини (якщо вона зовнішня) і може бути пов'язана з більш довгостроковим результатом, наприклад, вивчення тексту для складання іспиту.



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

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

### *Напрями*

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

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



- 1. Про цінності, переконання і елементи поняття «заняття»; перерахуйте, будь ласка, що ви робите в звичайний день і визначте, що ви вважаєте заняттями і яку цінність ви надаєте кожному з них; також опишіть, чим те, що ви робите, відрізняється від того, що ви бачите, як роблять інші, і,*



- нарешті, опишіть вплив середовища на те, що ви робите в такий день.*
- Індивідуальні або групові вправи: Кожен учасник повинен подумати про те, що і як ви робили раніше, кілька років тому і як ви робите це зараз. Подумайте і напишіть, що змінилося і який вплив справили інші.*
  - Що Ви знаєте про поняття «заняття» по відношенню до ерготерапії?*



Випадок: Догляд за пацієнтом з деменцією (Wong & Leland, 2018)

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

Область **ЛЮДИНА** включає в себе фізичний і когнітивний рівень людей зі слабоумством, а також їхнє ставлення, переваги і особистість до постановки діагнозу. У пана Джонса спостерігається втрата пам'яті, сплутаність свідомості, нечіткість мислення, зниження навичок вирішення проблем, втрата інтересу до звичайної діяльності та поведінкові симптоми (наприклад, агресія, хвилювання, неспокій), що впливає на його здатність брати участь в діяльності і загальну якість життя .

Область **СЕРЕДОВИЩЕ** зосереджена на фізичному і соціальному контексті. Фізичне середовище для пана Джонса існує поза освітленням, спальнею, загальними зонами, де він живе, їдалень, шуму і розміщення меблів у кімнаті. Соціальне середовище в цьому контексті включає в себе політику закладу; адміністративний і медперсонал; інших жителів закладу; а також сім'ю, осіб, які здійснюють догляд, і підтримку друзів.

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



виконання поставлених завдань.

При цьому важливо, щоб середовище і заняття адаптувалися до змін в людині навіть тоді, коли можливості людини стали обмеженішими. А хороше співвідношення між областями «людина», «середовище» та «заняттєва активність» сприяє участі.

## 2.5 Участь

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

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

Важливо підходити до цієї концепції з біопсихосоціальної точки зору.

З точки зору ерготерапії, щоб мати можливість реалізовувати прагнення, задовольняти потреби, змінювати або справлятися з середовищем, людина повинна мати заняттєву активність, займатися справами повсякденного життя. Мати заняттєву активність - це не те ж саме, що виконувати заняття. Таунсенд і Полатайко (2007, стор. 24) стверджують, що люди часто проявляють заняттєву участь, не виконуючи заняття. Більш широкий термін "залучатися" охоплює все, що ми робимо для того, щоб "бути залученим або зайнятим": *брати участь*.

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



Прикладами заняттєвої участі є робота на повну чи неповну зайнятість, регулярне заняття хобі, утримання будинку, відвідування школи та участь в клубі або іншій організації. Це визначення відповідає позиції Всесвітньої організації охорони здоров'я (WHO, 1999, р. 19) щодо участі. Кожна область заняттєвої участі включає в себе сукупність пов'язаних з нею речей. Наприклад, утримання житлової площі може включати в себе оплату оренди, ремонт і прибирання.



Що таке ерготерапія?

<https://youtu.be/Ud5Fp279g4Y>



## 4 Розвиток і теорія ерготерапії

Розвиток людської професії з професійної терапевтичної точки зору орієнтований на професію та розвиток, заснований на недавніх уявленнях про професійну науку. У цій перспективі динамічна взаємодія між людиною, контекстом та заняттям є центральними (перспектива взаємодії). Інша точка зору полягає в тому, що люди продовжують розвиватися протягом усього свого життя, пристосовувати свої професії та час від часу опановувати нові навички, завдяки „виконанню”, виконанню значущих професій. Цей розвиток людини протягом усього життя можна побачити на рівні занять (мікрорівень) або на рівні особистості (мезорівень). Принципи розвитку на мезорівні важливі для ерготерапевтів, щоб мати можливість аналізувати професію та мати можливість адаптувати форми втручання.

Ці вихідні точки:

- Безперервність розвитку: схеми дій, які повторюються протягом життя, і те, що шукає ерготерапевт.
- Різноманітні детермінанти розвитку: людина, рід занять та навколишнє середовище.
- Безліч моделей розвитку: нелінійний розвиток та оволодіння професією. Множинні детермінанти, які можна розрізнити в людині, - це спадковість, індивідуальне навчання, пластичність та роль активної участі та мотивації. Визначальними факторами, які сприяють здатності діяти, є професійний вплив та професійні очікування. Детермінанти навколишнього середовища можна виділити фізично та соціально, історично та культурно. Детермінанти взаємодії вказують на важливість взаємодії між людиною та навколишнім середовищем у контексті її розвитку. Все це показує сукупність аспектів, що впливають на дії людини та розвиток її дій.



Які теорії є важливими, актуальними та вирішальними для ерготерапевта та його / її роботи?



## 5 Професійні міркування

Клінічні міркування відрізняються від прийняття клінічних рішень та позначаються різними термінами, зокрема таким як **професійні міркування**.

Було визначено та описано багато типів та моделей клінічних міркувань, включаючи наративні, процедурні, інтерактивні, умовні, етичні та прагматичні міркування.

### 4.1 Різниця між клінічними та професійними міркуваннями

Література з ерготерапії містить описи терапевтичних міркувань (Kielhofner and Forsyth 2002 in Duncan 2021), професійних міркувань (Schell & Schell 2018 in Duncan 2021) та фахових міркувань (Rogers 2010).

Суть фахового міркування полягає у систематичному методі щодо професійної участі людей, що підтримує процес ерготерапії (Rogers 2010, с. 57 in Duncan 2021, с. 179).

Варто звернути увагу на взаємопов'язаний характер клінічних міркувань та прийняття клінічних рішень.

### 4.2 Визначення клінічного міркування:

***Клінічне міркування – це процес, у якому клініцист, взаємодіючи з важливими людьми (пацієнтами, вихователями, медичним персоналом), упорядковує значення, цілі та стратегії управління охорони здоров'я на основі клінічних даних, вибору клієнта, професійного судження та знань.***

В ерготерапії клінічне міркування можна визначити як рефлексивне мислення, пов'язане із залученням до професійної практики, що орієнтується на пацієнта. На думку Дункана (2021, с. 180) воно включає мислення, що виникає під час планування та у процесі перебування терапевта з пацієнтом та під час розмірковування про проведений час із ним. Клінічні міркування постійно змінюються у відповідь на безліч прихованих та явних впливів та контекстуальних факторів, які можуть бути перешкодою або рушійною силою.



### 4.3 Різні моделі клінічного міркування:

На сьогоднішній день дуже розповсюдженим шляхом міркування залишається використання нарративного міркування, яке описали вчені Меттінглі та Флемінг.

Наративне міркування базується на феноменологічному підході до розуміння людини та передбачає розповідь та створення історії.

Акцент робиться на розумінні значення хвороби людини та її переживання (Duncan 2021, с. 181).

Існують інші моделі міркування:

*Етичне міркування:* Мислення, що супроводжує аналіз моральної дилеми, у якій одне моральне переконання або дія суперечить іншому, після чого генеруються можливі вирішення та обираються дії, які необхідно вжити.

*Наукове міркування* базується на біомедичному підході. Тут можна виокремити діагностичне та процедурне міркування, де діагностичне міркування є основою для процедурного.

Процедурне міркування включає систематичний збір даних, формування гіпотез та їх перевірку, а також міркування, яке підтримує втручання. Вихідною точкою є медичний стан, хвороба та функціонування.

У *нарративному міркуванні* можна виокремити інтерактивне та умовне міркування.

*Інтерактивне міркування* використовується для залучення особистості до терапії, розгляду найкращого підходу до спілкування з цією особистістю, для розуміння ким є ця особистість і розуміння проблеми з її точки зору, для індивідуалізації терапії, передачі почуття прийнятої довіри/надії, знання напруги за допомогою гумору, встановлення розуміння та контролю проходження сеансу лікування.

Терапевт використовує *умовне міркування*, коли думає про стан людини та його зміни зумовлені терапевтичним процесом. Цей тип міркування використовують, під час спроби зрозуміти, що саме має значення для особистості в її соціальному та культурному світі.

*Прагматичне міркування* – це міркування, що стосується особистого, організаційного, політичного та економічного контексту (Duncan 2021, с. 181) .

У всьому світі ерготерапевти прагнуть досягти якомога краще обґрунтованої терапії. Ці прагнення та сподівання досягти досконалості підтверджуються клінічними або професійними міркуваннями (Duncan 2021, с. 194).



Що, на Вашу думку, є характерним для професійних міркувань ерготерапевта?

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

Таблиця 1. Підсумок видів міркування (Le Granse)



## 5 Введення до заняттєвої науки

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

Однак, на відміну від інших дисциплін, ерготерапія зазнала особливої напруженості стосовно зв'язку між її центральною філософською передумовою, тобто динамічною взаємодією між трудовою діяльністю та здоров'ям, та проблемою її практичного втілення.

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

### 5.1 Історія та розвиток

Вперше заняттєва наука була визначена Єрскою та її колегами як “вивчення людини як заняттєвої істоти, включаючи потребу та здатність займатися та організовувати повсякденні справи у навколишньому середовищі протягом усього життя”.

Заняттєву науку вперше було обговорено на зібранні Національним товариством сприяння ерготерапії у 1917 році (Wilcock, 2001, Wilcock 2003, Larson et al 2003 in Duncan 2021, с.199).

Американська асоціація ерготерапії внесла пропозицію, щоб заняттєва наука була зосереджена на “просуванні трудової діяльності як терапевтичної міри, вивченні впливу трудової діяльності на людину та поширенні знань з цього предмету” (Duncan 1917 in Duncan 2021, с.199).

Незважаючи на те, що заняттєва наука була розвинута з ерготерапії, наприкінці 1980-х вона була офіційно представлена як окремий елемент.

Заняттєва наука (Clark et al., 1991 in Duncan 2021, с. 199) розглядалась як фундаментальна наука, тобто така, що займається загальними проблемами трудової діяльності, незважаючи на їх негайне застосування. Між іншим, ерготерапія розглядалась як застосування знань про трудову діяльність для терапевтичних цілей.

Враховуючи складність трудової діяльності та її взаємозв'язок зі здоров'ям, заняттєва наука завжди розглядалась як міждисциплінарна сфера (Yerxa et al, 1989 in Duncan 2021, с. 199).



Мойсей (1992) запропонував, щоб заняттєва наука займалася розвитком теорії шляхом фундаментальних досліджень, тоді як ерготерапія – перевіркою та вдосконаленням систем відліку (моделей) за допомогою прикладних досліджень.

Або:

Заняттєва наука вивчає діяльність

Ерготерапія втілює діяльність

Питання фундаментальних та прикладних наук активно обговорювали в інших дискусіях щодо заняттєвої науки.

Отже, заняттєва наука та ерготерапія тісно пов'язані між собою, більше того, перша була розвинута на основі останньої. Дійсно, можна сказати, що спочатку вони були представлені як окремі елементи, оскільки Національне товариство сприяння ерготерапії визнало необхідність розуміння трудової діяльності та динамічних взаємозв'язків між працею та здоров'ям, і що це зручно для використання трудової діяльності у терапевтичних цілях (Duncan 2021, с. 200).

## 5.2 Значення та внесок заняттєвої науки:

Значення заняттєвої науки було підтверджено багатьма вченими: Єрксом, Кларком, Земке, Моліньо, Уїлкок, та включає наступне:

- Надання підтримки під час практики ерготерапевтів
- Удосконалення людей як заняттєвих істот
- Пояснення взаємозв'язку між трудовою діяльністю та здоров'ям
- Відмежування ерготерапії від інших професій
- Розширення послуг поза традиційними межами охорони здоров'я та соціальної допомоги.

Незважаючи на те, що заняттєва наука була офіційно представлена лише наприкінці 1980-х років, її фундамент був закладений на основі ерготерапії (Duncan 2021, с. 204).



Заняттєва наука займається подальшим поглибленням нашого розуміння людей як заняттєвих істот та взаємозв'язку між трудовою діяльністю та здоров'ям.

Заняттєва наука продовжує надавати корисну інформацію про фактори, що полегшують та гальмують можливість особистостей досягати та підтримувати здоров'я шляхом трудової діяльності. Крім того, заняттєва наука пояснює нові концепції (Durocher et al., 2014 in Duncan 2021, с. 204), такі як соціальна інтеграція та заняттєва справедливість, які потребують подальшого наукового розвитку щодо їхнього найефективнішого втілення на практиці (Whiteford & Townsend 2010, in Duncan 2021, с. 204).



#### ЗАВДАННЯ

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



**Якість життя:** Міра добробуту та уявлення людей про власне місце у житті в контексті культури та системи цінностей, в яких вони живуть, а також стосовно цілей, очікувань, норм та проблем.

**Редукціонізм:** Спрощення та звуження феноменів, в яких ціле пояснюється за допомогою його частин. В ерготерапії редукціонізм зосереджений на втручанні до певних частин людини (фізичних, емоційних або когнітивних) або до частин трудової діяльності, а не на всю особу та пов'язаний з нею контекст.



## Додаток 2: Хронологія розвитку ерготерапії на Заході

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



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



Період	Люди та суспільство	Уявлення про охорону здоров'я	Уявлення про трудову діяльність
		Загалом фізично орієнтована Винахід пеніциліну	кількості застосовується для поранених солдатів Реміснича діяльність, спрямована на повернення до суспільства
1946–1970	Відбудова	Будівництво соціальної держави Медична модель Заснування ВООЗ ВООЗ дало визначення здоров'ю: стан повного фізичного, психічного та соціального благополуччя, а не просто відсутність хвороби	Зосереджена на відновленні працездатності, повернення до роботи Реміснича діяльність
1970–2000	Занепад Демократизація Емансипація Дискусія щодо того, що вважається "нормальним"	Розширення соціальної держави Соціально-медична модель Антипсихіатрія Рух інвалідності	Спрямована на незалежність особистості у її повсякденній діяльності
2000–...	Технологізація Діджиталізація Мультикультуралізація Суспільство участі Мережеве суспільство	Зміцнення здоров'я Скорочення соціальної держави Самоврядування Зміна парадигми: громадяни самі несуть відповідальність за своє здоров'я Позитивне здоров'я (Huber <a href="#">2014</a> )	Надання людям можливості займатися (сприяти) повсякденною діяльністю Повсякденна діяльність надає сенс життю Трудова діяльність зосереджена на клієнта, обґрунтована на основі доказів, контексту Увага приділяється до організацій та населення

Таблиця 2 Хронологія розвитку ерготерапії на Заході

Ця навчальна програма базується на наступних наукових роботах:

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

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



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

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



Список джерел:

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



# Foundations Occupational Therapy

Joaquim Faias

Luc Vercruysse

2020-2021

# UKROTHER

STUDY PROGRAMME OCCUPATIONAL THERAPY IN UKRAINE



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

P.PORTO

ESCOLA  
SUPERIOR  
DE SAÚDE





## 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.”

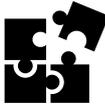
This course is developed as part of the CBHE Erasmus+ project “Ukrothe – developing an Occupation Therapy program in Ukraine”.

[www.ukrothe.eu](http://www.ukrothe.eu)



## Icons legend

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

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

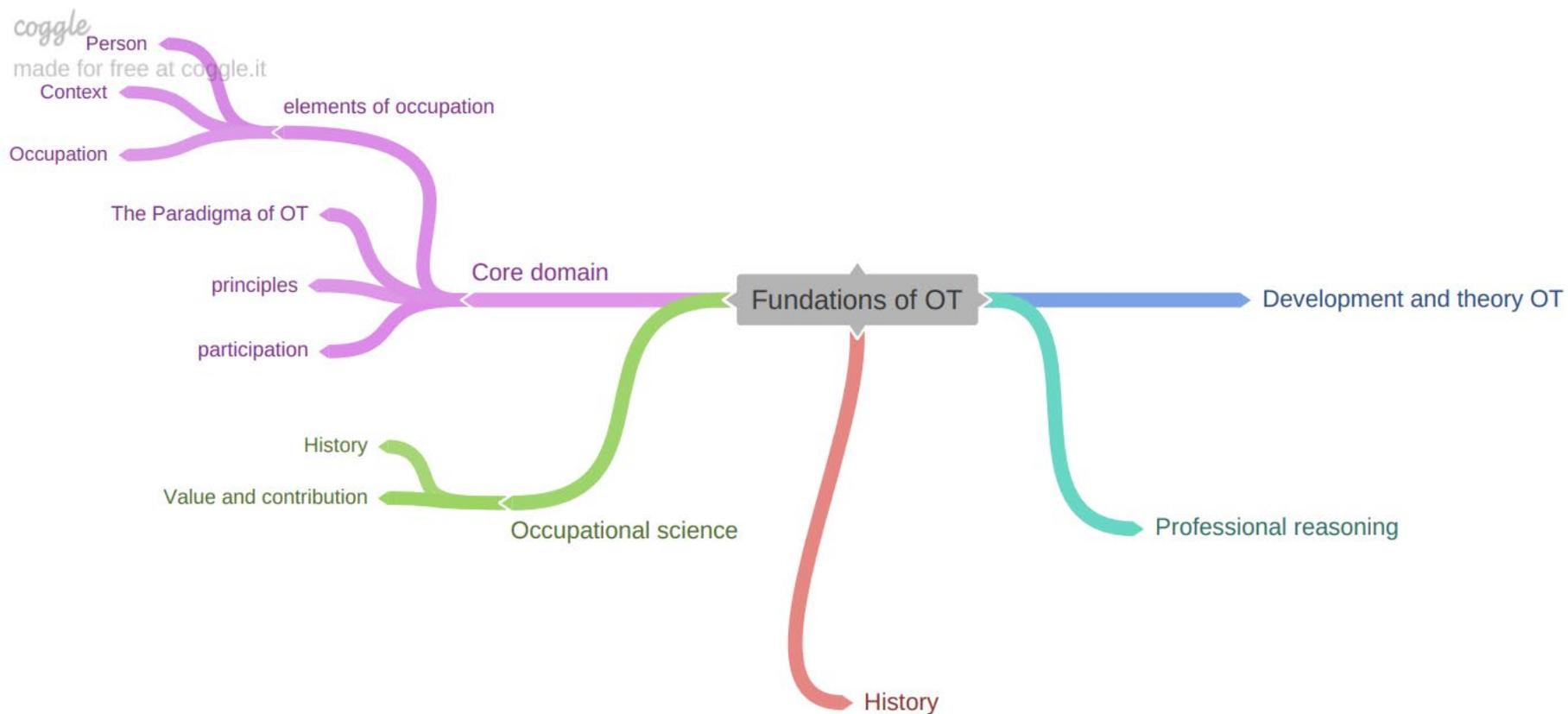


## Table of content

<b>Disclaimer</b> .....	<b>2</b>
<b>Icons legend</b> .....	<b>3</b>
<b>Table of content</b> .....	<b>4</b>
<b>Introduction</b> .....	<b>7</b>
<b>Learning objectives</b> .....	<b>8</b>
<b>1 History and development of the profession</b> .....	<b>9</b>
<b>2 What is occupational therapy?</b> .....	<b>17</b>
<b>3 The Core domain of Occupational Therapy</b> .....	<b>18</b>
2.1 Development of the paradigm of Occupational Therapy .....	18
2.2 The paradigm of Occupational Therapy .....	21
2.3 Principles about occupation .....	21
2.3.1 <i>A Person is an occupational human being</i> .....	21
2.3.2 <i>Occupation is the result of the dynamic interaction of the person, the activities and the context</i> .....	22
2.3.3 <i>Occupation gives meaning to life</i> .....	22
2.3.4 <i>Occupation influences health and well-being</i> .....	22
2.3.5 <i>Occupation regulates time and structures life</i> .....	22
2.3.6 <i>Occupation gives personal experiences</i> .....	22
2.3.7 <i>Occupation has therapeutic potential</i> .....	22
2.4 Elements of occupation .....	23
2.4.1 <i>The person</i> .....	24
2.4.2 <i>The environment</i> .....	25
2.4.3 <i>Occupation</i> .....	25
2.5 Participation.....	27
<b>3 Development and theory occupational therapy</b> .....	<b>29</b>
<b>4 Professional reasoning</b> .....	<b>30</b>
4.1 What is Clinical reasoning or Professional reasoning:.....	30
4.2 Definition of clinical reasoning: .....	30
4.3 The different models of clinical reasoning: .....	30



<b>5</b>	<b>Introduction to Occupational Science.....</b>	<b>33</b>
5.1	History and development .....	33
5.2	The value and contribution of Occupational Science:.....	34
	<b>Annex 1: Terminology.....</b>	<b>35</b>
	Enothe Terminology.....	35
	Other useful terminology .....	37
	<b>Annex 2 : Timeline of the development of occupational therapy in the western world .....</b>	<b>39</b>
<b>6</b>	<b>References .....</b>	<b>42</b>





## Introduction

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

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

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

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

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

Chapter four concerns theory in occupational therapy.

Chapter five addresses occupational science as a brief introduction.



## Learning objectives

The student can

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



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



# 1 History and development of the profession

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

## A short overview...

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

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

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

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

*The Middle Ages* (500 to 1300 A.D.) marked a turning point in the conception of the place of action in daily life. *Ora et labora*, 'pray and work', was the most important motto for the Christian faith community. This also had an important preventive effect: by living godly one remained healthy.



Another change was the strengthening of the position of the sick and the weak in society. These were entitled to protection. The other side was the conviction that setbacks and mischief were brought about by unchristian behaviour

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

Occupational therapy emerged at *the beginning of the 20<sup>th</sup> century* in America.

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

### *Summary*

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



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



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



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



Take the quiz:

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



A summary of the history summarized by you tube

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



## 2 What is occupational therapy?

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

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

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

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

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



What is occupational therapy

[https://www.youtube.com/watch?v=Ud5Fp279g4Y&feature=emb\\_rel\\_pause](https://www.youtube.com/watch?v=Ud5Fp279g4Y&feature=emb_rel_pause)

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



### 3 The Core domain of Occupational Therapy

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

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

#### 2.1 Development of the paradigm of Occupational Therapy

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



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

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



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

The professional paradigm has a number of functions:

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

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

The paradigm of occupational therapy consists of three elements:

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

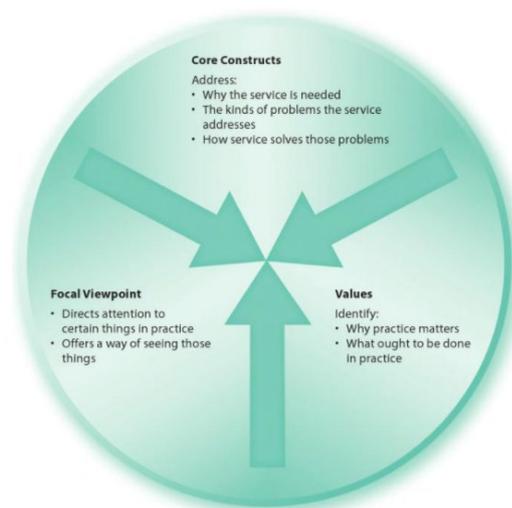


Figure 2 : Elements of occupational paradigm (Kielhofner, 2009)



Table : the paradigm shifts in occupational therapy throughout history

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



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



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

## 2.2 The paradigm of Occupational Therapy

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

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

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

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

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

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

## 2.3 Principles about occupation

### 2.3.1 A Person is an occupational human being

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



### **2.3.2 Occupation is the result of the dynamic interaction of the person, the activities and the context**

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

### **2.3.3 Occupation gives meaning to life**

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

### **2.3.4 Occupation influences health and well-being**

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

### **2.3.5 Occupation regulates time and structures life**

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

### **2.3.6 Occupation gives personal experiences**

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

### **2.3.7 Occupation has therapeutic potential**

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

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



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

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

### **Occupation is individual**

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

### **Occupation is context-based**

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

### **Every human being has the right to perform meaning activities**

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

### **Occupation leads to engagement, engagement leads to occupation**

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

## **2.4 Elements of occupation**

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

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

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

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

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



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

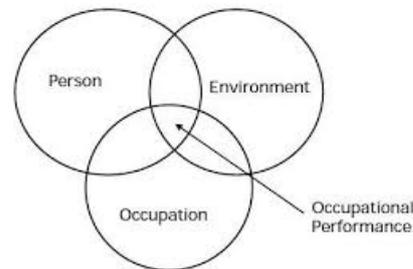


Figure 1: The PEO-model



The PEO-model

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

### 2.4.1 The person

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

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

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



## 2.4.2 The environment

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

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

## 2.4.3 Occupation

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

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

### *Meaning*

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

Occupation enables people to discover and revise meaning.

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

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

### *Purposefulness*

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



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

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

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

### *Dimensions*

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

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



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



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

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



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

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

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

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

## 2.5 Participation

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

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

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

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

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

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



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



What is occupational therapy?

<https://youtu.be/Ud5Fp279g4Y>



### 3 Development and theory occupational therapy

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

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

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

These starting points are:

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

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

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

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

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

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



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



## 4 Professional reasoning

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

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

### 4.1 What is Clinical reasoning or Professional reasoning:

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

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

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

### 4.2 Definition of clinical reasoning:

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

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

### 4.3 The different models of clinical reasoning:

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

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

Others are:

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



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

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

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

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

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

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

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



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



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

Table 1 summary reasoning (Le Granse)



## 5 Introduction to Occupational Science.

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

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

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

### 5.1 History and development

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

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

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

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

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

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

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



Or:

Occupational science studies the “doing”

Occupational therapy enables the “doing”.

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

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

## 5.2 The value and contribution of Occupational Science:

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

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

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

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

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



### TASK

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



## Annex 1: Terminology

### Enothe Terminology

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

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

#### Forms of action

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

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

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

#### Action

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

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

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

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

#### Structuring action

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

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

#### Boundaries of action

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



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

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

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

### **Personal requisites for action**

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

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

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

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

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

### **Energy source for Action**

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

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

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

### **Social contract for action**

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

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

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

### **Place for Action**

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

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



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

## Other useful terminology

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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



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

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



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



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

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

This syllabus is mainly based on :

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

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

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

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



## 6 References

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