

DOI: 10.26693/jmbs06.05.350

УДК 615.851.3(091)

Іваніків Н. М., Грибок Н. М.

ІСТОРИЧНИЙ РОЗВИТОК, ПОРІВНЯННЯ І ВИКОРИСТАННЯ ЗАНЯТТЕВО-ОРІЄНТОВАНИХ МОДЕЛЕЙ ЕРГОТЕРАПІЇ

Дрогобицький державний педагогічний університет імені Івана Франка,
Україна

Мета дослідження полягала у здійсненні порівняльного аналізу моделей ерготерапії на прикладі моделей заняттєвої діяльності (РЕОР), канадської моделі заняттєвої діяльності (СМОР), та компетентної заняттєвої діяльності в навколишньому середовищі (СОРЕ), а також подати короткий історичний опис розвитку та становлення моделей в ерготерапії.

Матеріали та методи. Основним методом дослідження є метод аналізу, який був використаний для всебічного розгляду та опису історичного розвитку, порівняння і використання заняттєво-орієнтованих моделей в ерготерапії.

Результати. Заняттєво-орієнтовані моделі ерготерапії не ототожнюються з певною групою клієнтів, дані моделі дотримуються загальної лінії мислення, і це зміцнює теорії, адже, вибір моделі, яка буде використовуватися для підтримки практики, в кінцевому підсумку, залежатиме від знань ерготерапевта. Розуміння цих моделей надасть ерготерапевту знання про те, щоб розглядати людину як особистість та орієнтувати його на клінічні міркування. Варто зазначити, що на даний момент дуже популярна практика, яка орієнтована насамперед на клієнта, вона є основою для взаємодії з людьми у всіх країнах. Під час ерготерапевтичної допомоги ерготерапевт повинен переходити від одного розділу до іншого, щоб забезпечити коригування та вдосконалення. Використання адаптації та ресурсів є засобом вимірювання успіху. Насправді успіх в ерготерапії розглядається як важливий елемент, адже, він підвищує самооцінку та мотивацію приймати нові виклики.

Висновки. Аналізовані нами моделі ерготерапії ґрунтуються на гуманістичних цінностях, вказуючи на те, що ерготерапія виділяє заняттєву активність як позитивну взаємодію людини та навколишнього середовища для впливу на загальне самопочуття. Всі три обговорювані моделі забезпечують чітку структуру процесу ерготерапії. Практична цінність дослідження у цій галузі полягає у виявленні та поясненні можливостей для найефективнішого використання заняттєво-орієнтованих моделей.

Ключові слова: ерготерапевт, заняттєва діяльність, заняттєва активність, моделі ерготерапії, середовище.

Вступ. У міру того, як охорона здоров'я рухається до розуміння важливості функції, участі та заняттєвої діяльності, ерготерапевтам буде корисно використовувати теорії, орієнтовані на заняттєву активність для керівництва втручанням. Більшість ерготерапевтів розуміють, що застосування моделей, орієнтованих на заняттєву активність, підтримує найкращі практики, але багато хто зазвичай не використовують ці моделі. Перешкоди у застосуванні теорії включають недостатнє розуміння моделей та обмежені стратегії їх вибору і застосування для досягнення максимальної вигоди для клієнта. Тому необхідне порівняння заняттєво-орієнтованих моделей, надання рекомендацій щодо вибору і поєднання цих моделей на практиці, та забезпечення систематичного підходу до інтеграції моделей, орієнтованих на заняттєву активність, з системами відліку для менеджменту, оцінкою та втручанням.

Обраними моделями для порівняння є: модель заняттєвої діяльності (РЕОР), канадська модель заняттєвої діяльності (СМОР), та компетентна заняттєва діяльність в навколишньому середовищі (СОРЕ). Ці моделі були розроблені в однакових часових рамках і є репрезентативними щодо теорії ерготерапії трьох різних країн.

Мета дослідження – здійснити порівняльний аналіз моделей ерготерапії на прикладі моделей заняттєвої діяльності (РЕОР), канадської моделі заняттєвої діяльності (СМОР), та компетентної заняттєвої діяльності в навколишньому середовищі (СОРЕ).

Орієнтована на клієнта практика зараз є основою для взаємодії з людьми у багатьох країнах. Модель РЕОР була обрана для представлення американської теорії, оскільки вона має чіткий виклад і може застосовуватися до всіх вікових груп і не є специфічною для певної групи клієнтів. Дана модель чітко розбита на декілька елементів, і кожен з них пояснюється окремо.

Американські теоретики Крістенсен та Баум вперше опублікували обґрунтування моделі РЕОР у 1991 році, а потім, переопублікували її у 1997 році з деякими змінами та доповненнями. Крістенсен і Баум порівняли модель РЕОР з моделлю «екологічних систем» Хоу і Бриггса та теорією самовизначення Децита і Райана і заявили, що ці

моделі мають деяку подібність. Модель PEOP також побудована на попередніх наукових дослідженнях ерготерапії та реабілітації [1, 2]. Модель PEOP – це концептуальна основа, яку ерготерапевти можуть використовувати для підтримки своєї практики. Вона складається з трьох основних частин процесу: по-перше, це дозволяє враховувати характеристики клієнта; по-друге, як вони підтримують оптимальні досягнення у своїй повсякденній діяльності та, нарешті, свою мотивацію. Переконавання полягає в тому, що ролі, діяльність та завдання повинні бути важливими для людини. Успішне досягнення особистих цілей та заняттєва діяльність формують особистість і дозволяють їй досягти почуття самоідентичності всередині себе та світу. Вважається також, що внутрішні фактори (психологічні, когнітивні, нейроповедінкові та фізіологічні здібності) та зовнішні фактори, що впливають на їхнє оточення (фізичне, культурне, соціальне та суспільство), є основою або дисфункції, або успіху заняттєвої діяльності. В моделі PEOP підхід до втручання зосереджений на вирішенні проблем. Процес такий:

- ідентифікація або скерування справи;
- скринінг і первинна оцінка;
- визначення потреб;
- план втручання;
- втручання і формувальна оцінка;
- підсумкове оцінювання;
- припинення лікування [1].

Під час ерготерапевтичної допомоги ерготерапевт повинен переходити від одного розділу до іншого, щоб забезпечити коригування та вдосконалення. Успіх розглядається як важливий елемент, оскільки, як вважають, він підвищує самооцінку та мотивацію приймати нові виклики. Використання адаптації та ресурсів є засобом вимірювання успіху [3].

Як і у випадку з моделлю PEOP, CMOP можна обґрунтувати подібним чином. Однак CMOP має власний інструмент оцінки. Ця модель була обрана для представлення канадської теорії завдяки унікальності її розвитку. Канадські ерготерапевти створили модель на початку 1980-х років на підтримку використання цього підходу і продовжили розробку моделі та її застосування в різних клінічних умовах. Як і PEOP, ця модель дає чіткий процес застосування ерготерапії. Крім того, його додаток можна використовувати для всіх вікових груп, а також для PEOP, незалежно від групи клієнтів [4].

CMOP є теоретичною, скерованою на процес основою для ерготерапії як клієнтоорієнтованої практики. Канадська асоціація ерготерапії (CAOT) та Департамент національного здоров'я та соціального забезпечення спільно розробили цю модель. Модель розроблена на основі керівних

принципів канадського вимірювання заняттєвої діяльності. Робоча група канадської асоціації ерготерапії з'ясувала, що вони впевнено взяли участь у створенні концептуального підґрунтя для практики. Раніше модель називалась «Модель заняттєвої діяльності», але в 1997 р. додали слово канадська до назви, із додаванням багатьох нових концепцій [4].

Модель визначає заняттєву діяльність як таку, що стосується самообслуговування, продуктивності та дозвілля. Принципи цієї моделі полягають у тому, що для досягнення клієнтом оптимальних показників у повному обсязі існує тристороння взаємодія середовища, заняттєвої активності та людини, яку слід враховувати. Ключовою частиною моделі є інстинктивне відчуття себе і те, як терапевт може полегшити це для клієнта під час терапії. Модель описує метод втручання для терапії із застосуванням канадської моделі заняттєвої діяльності як специфічного стандартизованого інструменту оцінки. У цій моделі для ерготерапії використовується процес з семи етапів:

1. Виявлення проблем та встановлення пріоритетів.
2. Визначення теорії та необхідних підходів.
3. Точне визначення заняттєвої діяльності та чинників оточуючого середовища.
4. Оцінка сильних сторін та можливостей клієнта.
5. Розробка орієнтованих на клієнта цілей і процесу їх досягнення.
6. Використання заняття для виконання обраних цілей.
7. Дотримання процесу заняттєвого оцінювання [4, 5].

Канадська модель заняттєвої діяльності – це інструмент оцінки, орієнтований на клієнта, який працює як напівструктуроване інтерв'ю, де клієнт визначає проблеми у сфері заняттєвої діяльності. Визначені сфери ефективності оцінюються як за результатами діяльності, так і за задоволеністю, і пріоритети ставляться щодо важливості діяльності для клієнта. Інструмент також дозволяє оцінювати результати. Незважаючи на те, що це інструмент, характерний для моделі, інші інструменти можуть бути використані поряд, коли це потрібно, якщо вони дотримуються підходу, орієнтованого на клієнта.

COPE є остаточною моделлю, яку потрібно пояснити, і вона обрана як репрезентативна для британського підходу у вищезгаданій «сім'ї PEOP». Це найновіша з трьох моделей, проте вона дотримується подібної концепції, як і дві інші. Розмарі Хагедорн використала цю модель, щоб проілюструвати основні процеси та підходи ерготерапії. Хоча ця модель не широко обговорюється, вона була

обрана, щоб продемонструвати теоретичну схожість цього часу в ерготерапії в іншій країні [5, 6].

Розмарі Хагедорн розробляла модель COPE протягом 1995-2000 років, заявляючи, що вплив отримала робота, що проводиться американськими теоретиками щодо заняттєвої діяльності. COPE – це модель, яка застосовує теорію до процесу ерготерапії. Розмарі описує свою модель як «орієнтовану на людину», оскільки клієнт, а також терапевти повинні брати участь у визначенні сфер, що потребують втручання.

Модель окреслює виконання заняттєвої активності у вигляді ієрархії рівнів: організаційного, ефективного та розвиваючого. Розмарі Хагедорн також стверджує, що компетентна, адаптивна заняттєва діяльність залежить від відповідності між вимогами до діяльності, породженими завданням, і оточенням та здатністю людини реагувати на це. Тільки після виявлення проблем та процесу змін, цілі та потреби можуть бути конкретизовані [5, 7].

Наступним етапом процесу COPE є вибір теоретичних підходів. Переконання полягають в тому, що діяльність та виконання завдань вимагають від людини адаптації, реакції та навчання. Розмарі Хагедорн стверджує, що основними процесами втручання є: терапевтичне використання себе, оцінка потенціалу та потреб індивідуальних здібностей, аналіз та адаптація середовища. Модель COPE використовує «трикутник спілкування», щоб скерувати терапевта в процес терапії. Трикутник спілкування складається з трьох областей, які є частиною компетентної діяльності: людина, рід занять та середовище. Терапевт знаходиться у центрі трикутника.

Усі три моделі, що обговорюються, дотримуються орієнтованого на клієнта підходу. Однак модель РЕОР може бути застосована в рамках підходу, орієнтованого на сім'ю («сім'я» може бути замінена на «клієнт»), коли клієнт «нездатний самостійно приймати рішення». Модель COPE є найбільш гнучкою у впровадженні, оскільки її фокус може змінитися від відносно директивного до повністю орієнтованого на клієнта, відповідно до ситуації та у відповідь на прогрес клієнтів [2, 5, 8].

Моделі можуть застосовуватися до всіх груп клієнтів, однак у випадку, коли у клієнта є недоліки, що перешкоджають самостійному прийняттю рішень, застосування РЕОР та СМОР є більш складним через орієнтованість на клієнта у підході. СМОР – це єдиний стандартизований інструмент оцінки для конкретної моделі, що обговорювались. РЕОР підтримує використання як нестандартних, так і стандартизованих оцінок, які орієнтовані на клієнта та відповідних груп клієнтів. COPE дотримується подібної філософії, згідно з якою будь-який орієнтований на клієнта, добре перевірений

інструмент може бути використаний для початку, а подальша оцінка може бути зроблена на основі обраної системи оцінювання [3].

СМОР забезпечує чіткий процес для орієнтованого на клієнта підходу до терапевтичного втручання. Такий процес забезпечує людині центральне місце в соціально-екологічному контексті, а не розташування поза середовищем. На відміну від інших двох обговорюваних моделей, ця модель була розроблена національною асоціацією ерготерапії, а не базується виключно на роботі однієї або двох осіб. Розмарі Хагедорн описує цю модель, що вона є чіткою як у викладі, так і в застосуванні. Ця модель із вибраних трьох мала найбільше досліджень та оцінок. Як зазначалося раніше, ця модель також відрізняється тим, що має власний інструмент оцінки. Модель СМОР була добре вивчена і має велику кількість доступної інформації

Чарльз Крістіансен і Керолін Баум стверджували, що їхня модель РЕОР базується на загальноприйнятій інформації та дослідженнях, однак модель, поки що, не пройшла належного великого тестування. Модель РЕОР дає основу для оцінки поведінки людей, яка поєднує знання про вади, що перешкоджають роботі, середовище, що підтримує ефективність, та індивідуальні потреби, уподобання, стилі та цілі. Обмеження, яке було виявлено, – це процес заняттєвої терапії, який супроводжує модель заняттєвої діяльності. Особисте оточення, здається цілком лінійним у своєму фокусі. У цьому сенсі він не має гнучкості підходу, виявленої в моделі COPE [7].

Розмарі Хагедорн описала модель COPE як відображення британської ідеї та практики. Ця модель не використовувалася широко, і автор зазначає, що причиною цього є те, що модель є відносно нова. Також ця модель не оцінювалась та не досліджувалась самостійно. Однак вона має найбільш гнучкий підхід порівняно з іншими, які вже обговорювались (СМОР та РЕОР). Розмарі також заявляє, що модель базується на перевірених і прийнятих гіпотезах і припущеннях [7].

Моделі РЕОР, СМОР та COPE мають подібність між собою, часто для пояснення подібної ідеї використовуються лише різні терміни. Всі моделі зосереджуються на орієнтованій на клієнта практиці, коли клієнт активно взаємодіє з терапевтом для виявлення областей дисфункції та процесу і шляху вирішення проблем. Цей процес розширює можливості клієнта і, отже, дає більше шансів на успіх у процесі терапії. Подібність у концепції між моделями дозволяє забезпечити більшу солідарність в теорії ерготерапії та посилює обґрунтованість концепції.

Процес ерготерапії визначений у всіх трьох моделях. Прихід клієнта передбачає збір даних,

виявлення проблеми, розробку плану дій з набором цілей, що мають значення для клієнта та залучення його, а також оцінку як досягаються результати, визначені в процесі. У кожній моделі свій підхід до цього процесу. РЕОР застосовує лінійний підхід, тоді як СМОР вважає клієнта центральним, а ерготерапевт працює поряд.

Модель COPE ставить терапевта головним у процесі втручання. Однак усі моделі націлені на терапію, щоб забезпечити оптимальні заняттєві показники здоров'я та добробуту. Усі моделі вважають, що при роботі з клієнтом врахування як особистих факторів (нейро-поведінкових, когнітивних, фізіологічних, психологічних та емоційних) та факторів зовнішнього середовища (фізичних, соціальних, культурних) є необхідним, оскільки вони відіграють центральну роль у заняттєвій діяльності. Моделі розглядають кожного нового клієнта як особистість, а заняттєва активність має певне значення з точки зору потреб цієї людини.

Висновки. Всі три обговорювані моделі забезпечують чітку структуру процесу ерготерапії. Розуміння цих моделей надасть ерготерапевту знання про те, щоб розглядати людину як особистість та

орієнтувати його на клінічні міркування. Моделі не ототожнюються з певною групою клієнтів, однак СМОР підходить для ситуації, коли потрібен клієнтоорієнтований підхід. Модель COPE із гнучким підходом підтримуватиме міркування терапевта в ситуаціях, коли клієнти не в змозі вирішити проблему або терапевт вимагає більшої директивності. Усі моделі дотримуються загальної лінії мислення, і це зміцнює теорії. Вибір моделі, яка буде використовуватися для підтримки практики, в кінцевому підсумку залежатиме від знань ерготерапевта. Всі ці моделі ерготерапії ґрунтуються на гуманістичних цінностях і ерготерапія виділяє заняттєву активність як позитивну взаємодію людини та навколишнього середовища для впливу на загальне самопочуття.

Перспективи подальших досліджень полягають у більш детальному вивченні та практичному використанні моделей ерготерапії на прикладі моделей заняттєвої діяльності (РЕОР), канадської моделі заняттєвої діяльності (СМОР), та компетентної заняттєвої діяльності в навколишньому середовищі (COPE).

References

1. Hagedorn R. *Tools for Practice in Occupational Therapy- A Structured Approach to Core Skills and Processes*. Edinburgh: Churchill Livingstone; 2000. p.9-12.
2. Brown M, Laughey W, Tiffin P. Forging a new identity: a qualitative study exploring the experiences of UK-based physician associate students. *BMJ Open*. 2020; 10(1): e033450 PMID: 31959607. PMCID: PMC7044953. doi: 10.1136/bmjopen-2019-033450
3. Law M, Baum C, Dunn W. *Measuring Occupational Performance – Supporting Best Practice in Occupational Therapy*. 3th ed. Thorofare (NJ): Slack Inc; 2017. 475 p.
4. Warren A. An Evaluation of the Canadian Model of Occupational Performance and the Canadian Occupational Performance Measure in Mental Health Practice. *Br J Occ Ther*. 2002; 65(11): 115-121. doi: 10.1177/030802260206501106
5. Hagedorn R. *Occupational Therapy - Perspectives and Processes*. 3rd ed. Edinburgh: Churchill Livingstone; 2001. 328 p.
6. Davis-Cheshire R, Davis K, Drumm L, Neal S, Norris E, Parker M, et al. The Perceived Value and Utilization of Occupational Therapy Models in the United States. *J Occ Ther Educ*. 2019; 3(2): 1-23. doi: 10.26681/jote.2019.030211
7. Hagedorn R. *Foundations for Practice in Occupational Therapy*. 3rd ed. Edinburgh: Churchill Livingstone; 2001. p. 10, 21, 55, 150-155.
8. Gregory M. The Impact of Interprofessional Education on Healthcare Team Performance: A Theoretical Model and Recommendations. In: Paige J, Sonesh ShC, Garbee DD, Bonanno LS, Eds. *Comprehensive Healthcare Simulation: Inter Professional Team Training and Simulation, Comprehensive Healthcare Simulation*. Switzerland: Springer Nature; 2020. 312 h. doi: 10.1007/978-3-030-28845-7

УДК 615.851.3(091)

ИСТОРИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ, СРАВНЕНИЕ И ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МОДЕЛЕЙ ЭРГОТЕРАПИИ

Иваникив Н. Н., Грибок Н. Н.

Резюме. Цель исследования заключается в осуществлении сравнительного анализа моделей эрготерапии на примере моделей оккупационной деятельности (РЕОР), канадской модели оккупационной деятельности (СМОР) и компетентной оккупационной деятельности в окружающей среде (COPE), а также подать краткое историческое описание развития и становления моделей в эрготерапии.

Матеріали і методи. Основним методом дослідження є метод аналізу, який був використаний для всебічного розгляду і опису історичного розвитку, порівняння і використання окупаційних моделей в ерготерапії.

Результати. Моделі ерготерапії не ототожнюються з певною групою клієнтів, дані моделі підтримуються загальною лінією мислення, і це зміцнює теорії, адже вибір моделі, яка буде використовуватися для підтримки практики, в кінцевому підсумку, буде залежати від знань ерготерапевта. Розуміння цих моделей надасть ерготерапевту знання про те, як розглядати людину як особистість і орієнтувати її на клінічні спостереження. Варто зазначити, що на даний момент дуже популярною практикою, орієнтованою переважно на клієнта, є використання моделі для взаємодії з людьми в усіх країнах. Під час ерготерапевтичної допомоги ерготерапевт повинен переходити від одного розділу до іншого, щоб забезпечити корекції і вдосконалення. Використання адаптації і ресурсів є засобом вимірювання успіху. Насправді успіх в ерготерапії розглядається як важливий елемент, адже він підвищує самооцінку і мотивацію приймати нові виклики.

Висновки. Розглядавані нами моделі ерготерапії базуються на гуманістичних цінностях, вказуючи на те, що ерготерапія виділяє заняття як позитивне взаємодія людини і оточуючого середовища для впливу на загальне самопочуття. Всі три обговорювані моделі забезпечують чітку структуру процесу ерготерапії. Практична цінність дослідження в цій області полягає в виявленні і поясненні можливостей для ефективного використання окупаційних моделей.

Ключові слова: ерготерапевт, окупаційна діяльність, окупаційна активність, моделі ерготерапії, середовище.

UDC: 615.851.3(091)

Historical Development, Comparing and Using Activity-Oriented Models of Occupational Therapy

Ivanikiv N. M., Hrybok N. M.

Abstract. *The purpose of the study is to make a comparative analysis of occupational therapy models based on Person-Environment-Occupation-Performance Model, Canadian Model of Occupational Performance, and competent environmental activities (Care of People with dementia in their Environments), as well as to provide a brief historical review of the development and formation of models in occupational therapy.*

Materials and methods. The main research method is the method of analysis, which is used to comprehensively consider and describe the historical development, comparison and using activity-oriented models in occupational therapy.

Results and discussion. Selecting more effective activity-oriented models requires comparing occupation models, making recommendations for selecting and combining these models in practice, and providing a systematic approach to integrating occupational engagement models with reference systems for guidance, evaluation, and intervention.

All models follow a common line of thinking, and this reinforces theories. The choice of model to be used to support the practice will ultimately depend on the therapist's knowledge. Understanding these models will provide the therapist with the knowledge to view the individual as a person and to guide the therapist to clinical considerations. Models are not identified with a specific group of customers, but Canadian Model of Occupational Performance is suitable for situations where a client-oriented approach is required. The Care of People with dementia in their Environments model with a flexible approach will support the therapist's reasoning in situations where clients are unable to solve the problem or the therapist requires more guidance. It is worth noting that at the moment, a very popular practice, which is focused primarily on the client, is the basis for interaction with people in all countries. During occupational therapy, the therapist should move smoothly from one section to another to provide adjustment and improvement. In fact, success in occupational therapy is seen as an important element, because it is believed that it increases self-esteem and motivation to accept new challenges.

Conclusion. The analysed models of occupational therapy are based on humanistic values, indicating that occupational therapy distinguishes classes as a positive interaction between man and the environment to influence the general well-being. All three discussed models provide a clear structure of the occupational therapy process. The practical value of the research in this area is to identify and explain opportunities for the most effective use of occupation-focused models.

Keywords: occupational therapist, occupational performance, occupational activity, occupational therapy models, environment.

ORCID and contributionship:

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

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

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

CORRESPONDING AUTHOR

Nataliia Ivanikiv

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

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

Стаття надійшла 14.08.2021 р.

Рекомендована до друку на засіданні редакційної колегії після рецензування