



五

中华 OT 电子期刊

The Chinese OT e-Newsletter

2024 中秋 · 国庆版

——本期专题——

指南引领 循证实践



主编寄语



在这个充满喜悦与欢庆的时节，中国传统佳节中秋节与中华人民共和国国庆节不期而遇，双节同至，家国共欢。在此，祝福各位同道双节快乐！

循证实践是作业治疗领域不断发展进步的关键。本期《中华 OT 电子期刊》（2024 中秋·国庆版）以“指南引领、循证实践”为主题，特别邀请了部分国内作业治疗专家，对近年来美国作业治疗协会发表的作业治疗实践指南进行深入介绍与解读，涵盖成人脑卒中、脑外伤、阿尔茨海默和相关神经认知障碍、帕金森、慢性疾病以及儿童等多个作业治疗领域，旨在为国内作业治疗同道提供宝贵的借鉴与参考，汲取国际前沿的理念与方法，提升国内作业治疗实践能力，为广大患者提供更加优质、高效的康复服务。

同时，本期还邀请到香港李丹雯老师撰写了“香港职业治疗发展早期历史概述”，相信大家在了了解香港作业治疗独特发展历程的同时，也能有新的启发与思考。

2024 年 6 月 30 日，全国首家康复医学博物馆（筹）在河南省安阳市内黄县落成，作业治疗厅位于博物馆二楼，其中都展示了哪些内容？本期也将给大家做一个介绍。

2024 年中国康复医学会作业治疗学术年会期间举办了第四届作业治疗科普大赛，本期也将其中的部分优秀获奖作品展示给大家，希望能够为广大作业治疗师提供借鉴和参考。

另外，本期也收到来自青年作业治疗师以及实习生对作业治疗的一些心得，希望能够与大家共勉！

最后，再次祝愿各位同道双节愉快，身体健康，工作顺利！

本期编辑：闫彦宁

2024 年 9 月 23 日



编辑委员会

黄锦文	香港职业治疗学院
张瑞昆	台湾高雄长庚医院
李奎成	山东第二医科大学
闫彦宁	河北省人民医院
林国徽	广州市残疾人康复中心
郭凤宜	长和医疗
杨永红	四川大学华西医院
朱毅	郑州大学第五附属医院

本期责任编辑:

闫彦宁 河北省人民医院

编写秘书:

秦小露 河北省人民医院

目录

作业治疗发展

- 香港职业治疗发展早期历史概述 ---李丹雯 (2)
带你走进康复医学博物馆(筹)——作业治疗厅
---秦小露、闫彦宁 (11)

作业治疗循证实践

- 栏目介绍: 作业治疗循证实践 ---闫彦宁、刘晓露 (26)
《成人脑卒中作业治疗实践指南》解读
---刘晓露、闫彦宁 (27)
《成人创伤性脑损伤作业治疗实践指南》解读
---许振坤、李奎成 (32)
阿尔茨海默病和相关神经认知障碍的作业治疗实践指南解读
---刘静娅、黄福表 (37)
帕金森病患者作业治疗实践指南解读
---冯晓晴、陆佳妮 (40)
《成人慢病作业治疗实践指南》解读
---骆沁熹、杨永红 (44)
《儿童与青少年作业治疗实践指南》解读
---林可敬、王瑞雪、董安琴 (48)

作业治疗科普

- 栏目介绍: 作业治疗科普与专业发展
---蔡素芳、林燕清 (59)
“患手”的一天
---林玮佳、林燕清、周君仪、张心湄 (60)
康复, 抗癌路上的利器 ---怀宝玉、李奕凝 (64)
有关认知症人士的居家环境支持建议
---叶思媚、何爱群 (74)
追寻记忆的陪伴
---韩一凡、胡方婷、毕雪莲、武彩彩 (77)
“躺平”还是“走捷径”——脊髓损伤也能自力更生(生活辅具篇)
---郭均悦、王宁 (80)

作业治疗心得

- 作业治疗——我对的康复认识的新起点
---宋钰佳、葛新京 (84)
与过往认知说 Bye Bye——我的作业新解
---王子悦、葛新京 (86)
小组治疗益处多
---王宁 (88)

会议通讯

- 2024 中国康复医学会综合学术年会(厦门) --- (93)

作业治疗发展



香港职业治疗发展早期历史概述

李丹雯

英国伦敦职业治疗学院专业文凭 1979；加拿大专业注册证书 1988；澳洲专业注册证书 1989

感谢香港职业治疗学院创会会长黄锦文先生邀请，概述香港职业治疗发展的历史。职业治疗于 1949 年在香港展开序幕，起初职业治疗师皆从外地招聘，1968 至 1977 年间派员往海外受训，1978 年本地开展训练课程，与及香港职业治疗师协会成立，服务发展迈向专业。本文纪录最早期开展职业治疗服务为高街旧精神病院、荔枝角医院、湾仔分科诊所及玛丽医院，与现今服务撮要。内容乃职业治疗团队制作，感谢前辈及同业的参与，包括总监白太 Mrs EG White、尹智贤先生、麦子材先生、朱文丽博士、陈大勋师傅、黄荣基师傅、项再东师傅及总监李炯炽先生。

1. 1950 至 80 年代职业治疗在香港医务卫生署开展

1.1 高街旧精神病院

1949 年首位工艺导师在高街旧精神病院受聘，职业治疗展开序幕。1950 年得到赛马会资助 \$900 港元及物理治疗师 Miss Wallace Turner 带领筹组职业治疗部，1953 年合约暂聘首位职业治疗师贺甫金斯女士 (Ms JR Hopkins)，督导义工组及一名受薪工艺导师梁照师傅。梁师傅本在高街精神病院任职病房助理，因家业懂得织藤，获聘为工艺导师，在玛丽医院授徒麦润，麦当时因腰骨术后住院两年学懂织藤，出院后在北角慈善街童营教授织藤工艺。华员会职业治疗助理员代表陈大勋师傅忆述学艺经历。



旧精神病院 正立面历史悠久，见证香港精神科医疗服务的发展，得以保留为法定古迹。现今为 西营盘小区综合大楼。

另有两位病房助理区冠基和吴均也受聘为首批工艺导师。吴师傅在尚未有高街精神病院前，护送精神病人往返内地芳村精神病院接受治疗，区师傅则为厨务助理。两位也是织藤师傅。1957 年 11 月凯瑟琳·赖特女士 (Kathleen Wright) 从英国来到香港工作，几年后嫁给了一名负责港口卫生的医生，成为 Kathleen Smart 夫人。高街旧精神病院的病人依旧称呼她为「高街白太」，转到日间中心接受治疗的病人，多年后仍旧提起这位「高街白太」。1961 年赖特女士成为我们的第一位职业治疗总监。

1959 年两名工艺导师派往青山医院，协助开展职业治疗。这所新落成的精神病院于 1961 年正式启用，接收高街旧精神病院住院病人。旧精神病院仍维持精神科日间中心服务，直至 1971 年

般含道香港精神病学中心开幕才停用。曾在精神科日间中心服务的前辈职业治疗师包括皮雅仕女士 (Ms Gillian Piercy) 及许锦坤先生。总监赖特女士招聘工艺导师, 除藤工外, 包括木工、金工、车衣、缝纫和手工艺等。聘用小学教师黄荣基, 特免考工艺派往青山医院, 协助文书组开展印刷工作训练病人工作技能。

工艺制成品起初在高街精神病院展销, 1963 年于大会堂举办第七届职业治疗展览, 时任医务卫生署署长 Dr PH Teng 开幕致辞: 这些制成品都是伤病患者在普通体能科及精神科医院于职业治疗过程制作, 旨在鼓励病者培养兴趣、发展体能及重投社会。病者在工艺导师指导下, 努力工作的成果。在职业治疗接受复康计划, 包括职前训练, 重新适应家居及工作, 成为小区内独立及有贡献的成员。

青山医院首位高级职业治疗师部门主管 Mrs O' Connor (即 Ms Helen Sanderson) 女士回顾 1960 年起初病房内院友自行参与职业治疗「转移注意力」的活动即 (Diversional Therapy)

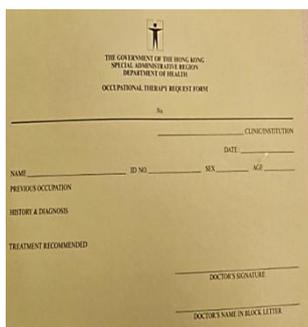
及后设立转介系统制度 (Referral & Progress reporting system) 踏出一小步亦算是突破性专业获得

认可的开始! 及后院友获医生转介接受治疗, 职业治疗师首先面见, 评核后安排院友到职业治疗部门, 根据他们的教育

程度、工作经历及治疗目标, 派到合适的工场接受训练。



首位高级职业治疗师 Ms Helen Sanderson 1960 年代在青山医院卖物会展示病人在职业治疗制作的工艺品。
(照片于青山医院博物馆)



職業治療轉介書



青山医院高级职业治疗师 O'Connor 1973 年荣休与同事合照

1.2 荔枝角医院

1950 年代荔枝角医院职业治疗展开序幕, 起初由义务工艺导师在两个房间, 用手工艺作治疗活动, 帮助骨科及肺结核患者康复。另有一间工场让康复后仍有残障者重投工作, 如编织废纸篮。1958 年佩吉。



马田女士 (Miss LP Martin) 到任开展职业治疗。马田女士擅长手工艺，用织布机编织地毯作治疗活动，训练下肢瘫痪长期住院病患者，制作地毯及绳结手艺，制成品精致畅销。当时市面尚未发展轻工业，除编织藤篮，工场亦为政府部门制造扫帚。



职业治疗工场训练活动配合当时市面工业工种，由工艺导师协助职业治疗师指导病患者工作技巧如(下行右起)煮食、修补衣服缝钮扣、清洁

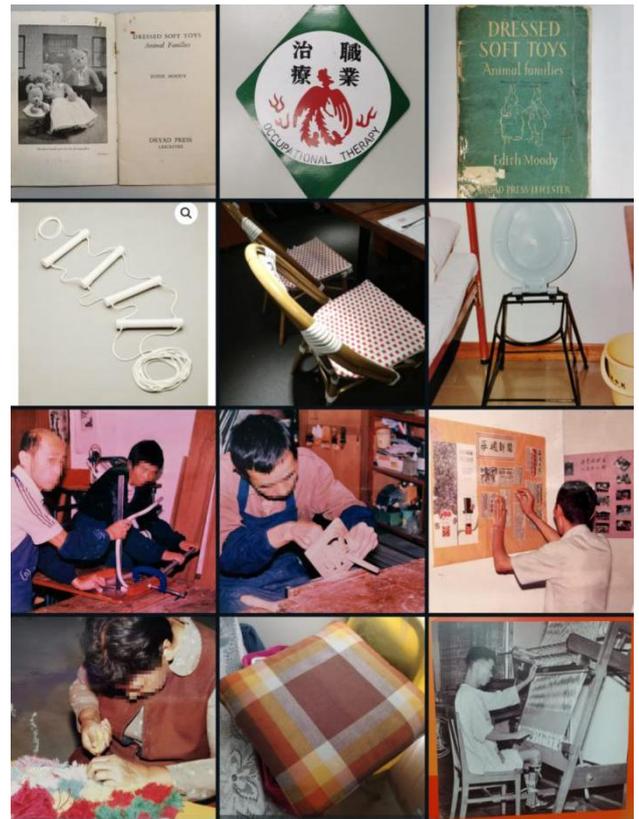


70 年代马田女士接替史提芬女士作为职业治疗总

监。位于喜灵洲的痲疯病医院于 1974 年关闭，以及玛嘉烈医院于 1975 年启用后，荔枝角医院转型为疗养院，接收余下的痲疯病人继续疗养。及后痲疯病人数目日减，荔枝角医院再改用作精神科疗养院。

痲疯病主诊医生 Dr Honey 转介术后的痲疯病人，玛嘉烈医院职业治疗师尹先生为他们制造手部矫形支架，改善手部功能。在病房附近的工场聘用已康复的痲疯病者黄先生为职业治疗助理，由玛丽医院职业治疗供应织藤原料，让疗养病者学习编织藤器。

1981 年香港本地培训的职业治疗师入职，正好配合荔枝角医院接收部份青山医院长期住院稳定的精神病患者，职业治疗提供训练病者自理能力、人际沟通及工作技能，让病者康复后融入小区。



职业治疗工场制成品，包括织布造枕袋、钩毛毡等手工艺，也制作木刻、墙报版、床边方便椅、编织藤椅、起床绳梯辅助器及布艺公仔等 (1960-1980 各医院)

职业治疗工场训练活动接上图由下而上右起:文书组打字及活字印刷卡片制作、书法字画、金工切割金属、复康脚踏车切割卡纸制作拼图、园艺组及木工家具制作 (1960-1980 各医院)

痲疯病者因曾多年在喜灵洲与外间隔絕，职业治疗也定期安排社交活动，让病者重获小区生活技能。曾在 1960 年代到喜灵洲痲疯病院义务为病者制造矫形支架的前辈职业治疗师 Mrs Nathalie Barr 女士于 1978 年重游旧地，在总监白太及玛嘉烈医院职业治疗部主管尹先生带领下参观荔枝角医院，痲疯病者热烈欢迎。荔枝角医院随着痲疯病患者及精神科疗养院患者已康复返回小区再次改变用途，职业治疗部搬到葵涌医院。职业治疗发展的历程恰如荔枝角医院经历多番转变，现址已改建成饶宗颐文化馆， 推广中国艺术和中国文化。

1.3 湾仔分科诊所

1955 年湾仔分科诊所职业治疗部开展服务，位于诊所地下，(照片：图则标示 22) 毗邻物理治疗部。1963 年职业治疗引进评估及训练身体机能残障病者操作日常活动，包括自理能力、清洁及穿衣，有需要时使用辅助器材，在小区内独立生活。后因人手短缺关闭。1967 年白太向总监史提芬女士提请服务需要，于 1968 年由 Mrs E. G. White 重开，新部门设于三楼，没有升降机，只可服务能够自行上落楼梯的病者，经西营盘专科诊所及大口环根德公爵夫人儿

童医院转介，包括骨科、内科及儿科：上肢受伤、截肢、中风患者、患脑痉挛、智障或自闭症的儿童。当时只有一位助理李德泉师傅协助，指导病者木工及手工艺治疗活动。治疗室设施简约，只有一张木工枱和基本家具，治疗活动包括木



湾仔分科诊所 1954 年 工务局图则
标示 22：职业治疗部



职业治疗师根据个别需要用柔软或热塑性塑料制作矫形支架，也有预制组件合成。压力衣 1975 年白太由外地引进配合胶垫、硅胶或支架等减低疤痕增生。

工、编织榄仔或篮子和活动泥胶。活动屏风分隔儿童治疗或自理训练区。1975 年九龙玛嘉烈医院落成，开展新部门人手调配，湾仔分科诊所职业治疗部关闭，服务调往戴麟趾康复中心。及后白太于玛嘉烈医院得到骨科主任梁秉中医生支持引进压力衣治疗，并与尹先生带领部门团队为当时因工业意外受伤病者术后制作矫形支架，帮助手部康复。1978 年白太接替

马田女士成为最后一位外籍职业治疗总监。

1.4 玛丽医院

玛丽医院是香港职业治疗服务发展的摇篮，1953 年首位职业治疗师 Ms JR Hopkins 贺甫金斯女士与工艺(织藤)导师在骨科和肺结核科病房开展职业治疗。1956 年在医院正座成立首个职业治疗部门，面积约 400 平方英尺，有一个巨大的热烟囱贯穿部门的中央。治疗活动包括木工、织藤、手工艺及连接锯片可用来制作拼图的复康脚踏车等。1970 年代在上肢外科及显微外科专家周肇平医生领导下，职业治疗师和物理治疗师在玛丽医院及戴麟趾康复中心职业治疗开展手部会诊。并辅助医生量度受伤病者手部功能以作治疗及康复研究。及后得到资助购入第一台评估身体机能器材以作职能康复服务。1993 年戴麟趾康复中心职业

治疗也开始由玛丽医院管理。2011 年由般含道迁至高街。1970 年代职业治疗精神科在港大叶宝明和施应嘉精神医学教授领导下开展。后得到系主任麦列菲菲教授支持，1998 年职业治疗精神科联合港大医学院精神医学系成立「卓越之友」提供小区成人精神复康服务。以会所模式运作，获得世界卫生组织纳入小区精神卫生服务指导模范。港岛西联网转介精神病复元人士，提供多项在职培训及病友互助安排，让精神病复元人士参与及管理会所日常运作，发展其工作技能。多年来玛丽医院职业治疗持续扩展，现在职业治疗普通科及精神科面积 16 倍增长。服务范围扩展至医院各专科的住院病人、日间医院服务、专科门诊、普通科门诊、职员诊所、华富小区中心和家访服务作评估及治疗。服务对象由早产婴儿至青少年、成人和老年患者。

1.5 1960 年代开展职业治疗

青山医院、赛马会九龙康复中心、伊利沙伯医院及油麻地精神科日间中心。

1.6 1970 年代开展职业治疗

戴麟趾康复中心、香港精神病学中心、九龙



左图为玛丽医院职业治疗部迁至地下 C 座，治疗活动包括织布及织纒仔等。右图是香港精神病学中心，木工及金工工场训练治疗活动。



赛马会九龙康复中心：物理治疗部儿科设于地下、职业治疗部于楼上、毗邻物理治疗成人科，对面为义肢部。

医院精神科、玛嘉烈医院及南葵涌分科诊所包括普通体能科、老人科和精神科日间医院等。

首间儿童体能智力测验中心于 1977 年雅兰街儿童体能智力测验中心开展服务，职业治疗师是综合专业队伍成员，为有发展障碍及行为问题的儿童提供全面评估及制定康复计划，协助安排学前及在学训练，及透过辅导、讲座及互助小组，为家长及儿童提供短期协助。



高级职业治疗师白太向港督戴麟趾爵士介绍新开幕戴麟趾康复中心



牛头角分科诊所开幕职业治疗总监白太向港督尤德爵士介绍部门设施

1.7 1980 年代开展职业治疗

葵涌医院、韦尔斯亲王医院、牛头角分科诊所、容凤书纪念中心、柴湾精神科日间医院及贝夫人分科诊所相继开展职业治疗。

1.8 临床教学

1980 年在九龙医院、玛嘉烈医院及葵涌医院职业治疗部设立首三间临床教学单位。临床教学导师分别为 Ms Pamela Duncan, Ms Margaret Ng 伍姑娘和 Mrs Cynthia Tang 邓太。

2. 香港职业治疗发展其它重要里程碑：

2.1 医务卫生署也曾于 1970 年代派员前辈陈荣先生到监狱署提供职业治疗服务。

2.2 社会福利署于 1973 年接管世界复康基金会日间中心，招聘职业治疗师，提供评估残疾人士身体功能及制订职能康复计划。及后香港职业训练局于 1982 年成立，并于 1991 年开设展亮技能发展中心，为 15 岁或以上的残疾人士提供职业训练及辅导服务。

2.3. 社会福利署为弱能及智障儿童也开设职业治疗服务。由卫生署儿童体能智力测验中心评估后转介，社署康复服务中央转介系统安排学前儿童教育及训练服务，资助机构提供职业治疗。

2.4. 职业治疗总监也曾于 1988 至 1991 年派员到社会福利署协助中央评估组订立高额伤残津贴的评核及培训评核员。

2.5 2000 年社署推行安老服务统一评估机制，集中处理长者的长期护理服务申请，职业治疗师与物理治疗师、护理及社工专业队伍协助制订评核工具内容及培训评核员。

2.6 香港医院管理局

1989 年医务卫生署分拆为医院事务署和卫生署。由医院事务署管理所有公立医院。1990 年医院管理局成立，1991 年接管所有公立医院及资助机构辖下医院。管治架构改组，李炯炽先生是医务卫生署最后一位总监，邓太为医管局首任职业治疗职系及服务统筹委员会主席。首个医疗复康工作小组成立，本人协助统筹治疗媒介、老人复康、胸肺复康及职能复康等工作小组，成员包括公营医院(公立及前津助医院)的职业治疗师，团队制订职业治疗在专科内的角色与服务发展。

医管局成立后积极培训管理阶层，如开办核心管理课程给高级部门主管，服务文化改变着重以病人为本。

公营医院分成网络，人手编制跟专科发展配合，职业治疗得以更多专科发展。详情可参阅医管局信息。

2.7 卫生署职业治疗 除了原来的儿童体能智力测验中心服务外，卫生署于 1998 年开展长者健康服务，专为长者提供综合基层健康服务，包括长者健康中心、长者外展队伍及健康教育推广等。

2.8 资助机构

a. 1960 年代 资助机构也开展职业治疗，前辈职业治疗师包括香港复康会医疗复康院 Mrs Nathalie Barr、香港红十字会肯尼迪中心特殊学校 Dr Kit Sinclair、根德公爵夫人儿童骨科医院 Mrs Pauline Jenks。

b. 1970 年代

葛量洪医院、广华医院、灵实医院、香港痲挛协会、匡智会特殊学校、匡智松岭综合职业训练中心、扶康会、香港盲人辅导会、南朗医院及基督教联合医院等。

c. 1980 年代

明爱医院、协康会、香港复康会麦理浩复康院、复康资源用具中心、新生精神康复会及九龙盲人安老院等。

d. 1990 年以后小区复康机构发展蓬勃：

香港心理卫生会、工程及医疗义务工作协会、耆康会护理安老院、竹林明堂护理安老院、香港圣公会护养院及东华三院赛马会复康中心等。

赛马会耆智园、基督教家庭服务中心、圣雅各布福群会、香港家庭福利会及基督教香港信义会等。详情可参阅香港社会服务联会或个别机构资料。

2.9 私营机构

1985 年区树洪健康中心设立职业治疗服务。1989 年首间私营职业治疗诊所开展，也有私人执业治疗师及医疗健康机构在小区提供职业治疗服务。

2.10 社康职业治疗服务

医院的职业治疗师可提供出院前后的家居探访作实地训练。其它小区复康机构包括香港复康会小区复康网络、香港认知障碍症协会及伸手助人协会等也有职业治疗服务。2001 年社会福利署改善家居及小区照顾服务。2005 年香港房屋协会开设全港首创的「长者安居资源中心」。



世界职业治疗联合会 1988 年在葡萄牙举行会议展览，冼洁玲博士(左一)与周慧思博士代表本港参展。



香港理工学院职业治疗首席讲师兼课程主任陈荣(左)、从南非到港服务 14 年擅长织布的高级职业治疗师 Mowat 女士(正中)与



香港职业治疗师协会欢送筹委会主席及职业治疗总监白太荣休:左二起为接任总监许锦明、笔者、葵涌医院沈秉韶医生、白太、会长冼洁玲博士合照 1986.

2022 年香港伤健协会安居乐生活改善计划。

3. 香港职业治疗师协会

香港职业治疗师协会于 1978 年成立，总监 Mrs EG White 白太是筹委会主席，当年三月三十日举行第一次会议。委员包括理工学院职业治疗系的两位讲师 Mrs A Novak 和 Ms J Smart，临床教学导师 Ms P Duncan，与青山医院职业治疗部主管 许锦明先生及玛嘉烈医院职业治疗部主管尹智贤先生。典礼于希尔顿酒店举行，由 Mrs Nathalie Barr 前辈赞助。会徽「火凤凰」是由许先生设计。白太于 1986 年荣休，许先生接替出任总监，是首位华人总监，及后李炯炽先生接任。1998

年香港职业治疗师协会改称香港职业治疗学会，更专注致力持续专业教育来提升职业治疗服务的素质。

4. 专业注册

辅助医疗业管理局于 1981 年成立，1990 年职业治疗师根据《辅助医疗业条例》开始注册。

5. 香港职业治疗学院

2002 年成立，促进国内作业治疗的孕育及发展，鼓励香港的职业治疗师认识及参与推动内地作业治疗服务、科研与人员培训。创会会长黄锦文先生，副会长梁国辉先生。

6. 专业培训

1981 年本地培训的首批职业治疗师于理工学院毕业入职。1994 年首届理工大学培训的大学学位毕业生加入职业治疗服务，迈进专业及科研新领域。

2013 年东华学院开办全港首间自资院校职业治疗学位课程，是继理工大学，第二间院校于 2017 年获得专业认可，2018/19 年获纳入指定专业/界别课程资助计划。

2024 年香港教育大学开展职业治疗课程。

展望未来：回顾过去职业治疗服务的蜕变可算是个奇妙的旅程，由起初用工艺作治疗活动在精神科、骨科及肺结核科开始，到现今多元化有目标性治疗活动、工场活动、度身制作复康支架、压力衣及附件、特别座椅等作业生活辅助用具及科技器材、改善家居或工场设施及促进无障碍环境等，提高伤病患者自理、社交及工作能力重返小区。服务范围由医院、康复中心、分科诊所、日间医院或中心扩展至小区外展、庇护工场、护老院、幼儿中心、学校、工厂、公司办事处、长者中心、健康中心及家居等。除精神科和骨科外，扩展到各专科，包括体能科、老人科、儿科、胸肺科、老年精神科、创伤及矫形外科、脊髓损伤科、脑外科、内科、外科等，发展各项复康疗程包括烧伤、手部、中风、胸肺、心脏、认知、防跌、职能、小区、安老服务、特殊教育、工伤复康及基层医疗健康服务等等。

70 多年来经历播种萌芽，灌溉耕耘，茁壮成长的阶段，迈进专业及科研新领域，实是前辈、本地精英及现职同业努力不断创新跃进的成果，留下深远的足迹印记。同业期待职业治疗在复康科研新领域、辅助科技及促进基层健康等领域上，持续得以更多丰盛的发展来服务社羣。

带你走进康复医学博物馆（筹）——作业治疗厅

秦小露、闫彦宁

河北省人民医院

2024 年 6 月 30 日，全国首家康复医学博物馆（筹）在河南省安阳市内黄县荣耀落成。这座博物馆面积达 5000 余平方米，以“心系康复、传承文明”为主题，犹如一部史诗，展现着康复医学的壮丽画卷。博物馆包括国际康复医学发展史厅、中国康复医学发展史厅、中医康复厅三大部分等。作业治疗厅位于博物馆二楼，系统性地展现了国内外作业治疗的发展历程，深度挖掘了作业治疗的历史底蕴，触摸其发展的脉络，从古老的作业治疗理念到现代的先进技术，作业治疗厅为公众了解作业治疗提供了有意义的参考（图 1、图 2）。

作业治疗厅内容由中国康复医学会作业治疗专业委员会负责撰写。主要编写人员为：河北省人民医院闫彦宁；山东第二医科大学李奎成；四川大学华西医院杨永红、刘沙鑫；上海第二康复医院胡军；广州市残联康复中心林国徽；中国康复研究中心博爱医院刘璇、黄富表；昆明医科大学王蕾。编写秘书为河北省人民医院秦小露。在编写期间也得到了中国康复医学会领导以及众多康复同道的大力支持。



图 1 康复医学博物馆作业治疗厅



图 2 中国康复医学会作业治疗专业委员会名誉主委闫彦宁主任与中国康复医学会作业治疗专业委员会主委李奎成教授出席康复医学博物馆作业治疗厅建成

以下为康复医学博物馆（筹）——作业治疗厅的主要内容介绍。

作业治疗(occupational therapy, OT)是一门独立的康复治疗学科。根据 2012 年世界作业治疗师联盟(World Federation of Occupational Therapist, WFOT)的定义,作业治疗是一门以康复对象为中心的健康职业,通过作业活动促进健康和幸福,使人们能够参与日常生活。作业治疗师通过与康复对象合作来提高其能力以便参与那些“想要做”“需要做”或“被期望做”的作业活动,或通过改变作业活动或改良环境来更好地提升其作业表现,从而提高他们的生活质量及回归社会的程度。

中国康复医学会作业治疗专业委员会 2019 年制定的中国作业治疗实践框架中提出作业治疗是一门以康复对象为中心,通过有选择的作业活动和(或)适当的环境干预来改善康复对象的躯体、心理和社会功能,促进活动和参与,提高生活质量的康复医学专业。

一、作业治疗常用模型

(一) 作业表现模型

作业表现模型(occupational performance model, OP)最早由 Reilly、Mosey 等于 20 世纪 60 年代初提出,是最早发表的作业治疗哲学框架(图 3)。1994 年美国作业治疗协会将 OP 模型命名为作业治疗实践框架(occupational therapy practice framework, OTPF),作为作业治疗世界性的指导蓝本。

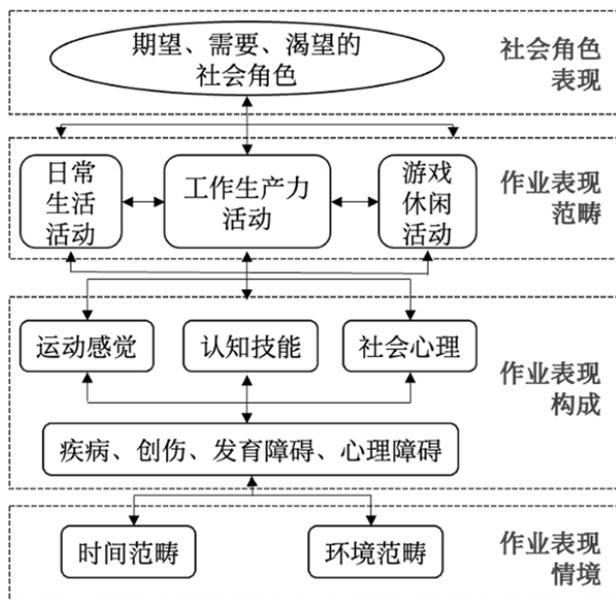


图 3 作业表现模型

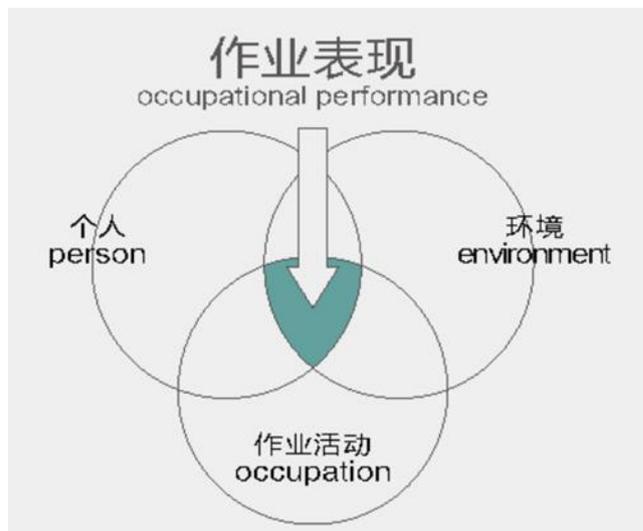


图 4 人-环境-作业活动模型

(二) 人-环境-作业活动模型

人-环境-作业活动模型(People-Environment-Occupation, PEO)是加拿大 Law 等人提出,阐

明了人类作业活动表现产生于人、环境和作业活动的相互作用结果。

（三）人类作业模型

人类作业模型（model of human occupation, MOHO）由美国 Gary Kielhofner 于 20 世纪 80 年代提出（图 5）。该模型融合了社会和行为科学的知识，为 OT 实践提供了基于作业的方法。

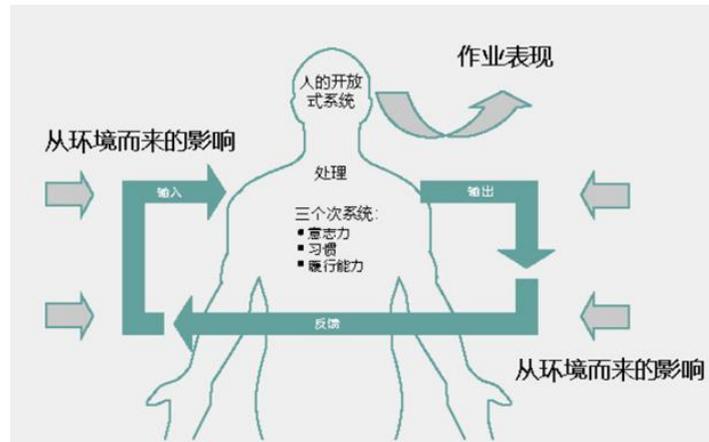


图 5 人类作业模型

二、作业治疗工作范畴

涉及残疾预防、神经系统疾病作业治疗、骨骼肌肉系统疾病作业治疗、社会心理作业治疗、发育障碍作业治疗、老年作业治疗、心肺作业治疗、其他疾病和损伤作业治疗、社区康复、灾难预防与应对、作业治疗研究等。

三、作业治疗常用技术

包括作业活动分析、作业治疗评定、治疗性作业活动、治疗性自我应用、日常生活活动能力训练与指导、感知觉与认知障碍作业治疗、职业康复、娱乐休闲训练与指导、辅助技术与环境改造、矫形器制作与应用等。

四、国际作业治疗发展历程

（一）19 世纪

工业化进程、社会改革运动（诸如“道德运动”等）以及医学心理学的发展为作业治疗的诞生奠定了基础。

（二）20 世纪初~40 年代

现代作业治疗发展早期，此时作业治疗理论体系不够完善，主要是利用“作业”来恢复功能。

1917 年，美国作业治疗学会的前身——美国作业治疗促进会（AOTA）成立，标志着作业治疗专业的正式诞生。

两次世界大战推动了作业治疗的快速发展，并在使作业治疗的对象从过去仅注重精神疾病患者，扩展到注重肢体功能障碍的患者。各国官方的支持使得作业治疗在实践和教育方面正式走上康复的舞台。



图 6 1917 年美国作业治疗协会创始人合影

（三）20 世纪 50~70 年代

此期的作业治疗不论是治疗观念、技术和知识，还是治疗对象均得以扩展。作业治疗的焦点开始逐步向慢性疾病方面转化。治疗的重点关注追求获得与发挥患者最大个人能力。服务模式也逐步开始从医院走向社区，并积极参与防止残疾发生和健康维护。

1952 年，世界作业治疗师联盟（WFOT）成立。这是作业治疗领域唯一的全球性组织。1959 年正式成为世界卫生组织（WHO）的相关组织。至 2024 年 4 月底 WFOT 有 111 个会员组织，代表全球 63.3 万名作业治疗师，有 1100 多个接受认证的教育项目。

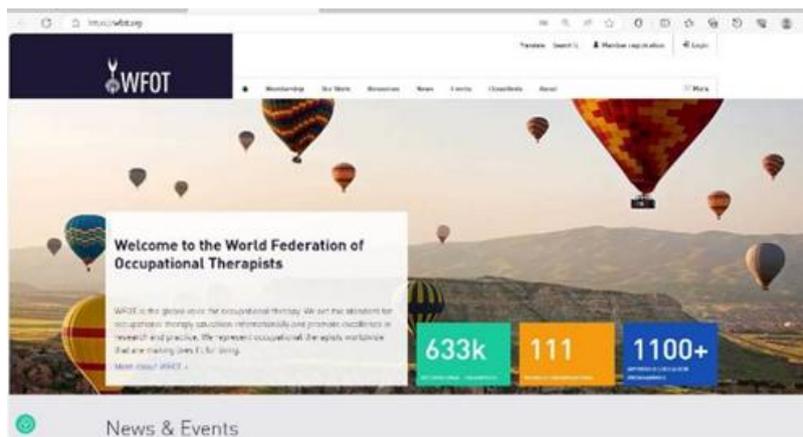


图 7 世界作业治疗师联盟（WFOT）官网首页

（四）20 世纪 80 年代以后

作业治疗领域开始更加强调理论基础的研究及与临床实践的紧密结合，以提供更加科学化的治

疗方法，诞生了“作业科学”。同时，多种作业治疗模型的出现、医学技术的进步和循证实践的兴起使得作业治疗领域呈现出更专业、更细化的趋势。作业治疗开始更加注重患者的社区参与和社会融入。随着国际视野和全球化的推进，在 WFOT 等各学术组织的推动下，作业治疗开始在国际上进行更广泛的合作和交流。

五、中国作业治疗发展历程

（一）中国古代

公元前 2600 年-1840 年，中国已经利用活动治疗疾病；唐尧时代已开始应用舞蹈治疗关节运动功能障碍；汉代名医华佗已提出利用职业劳动治疗疾病；宋代文学家欧阳修通过音乐治疗治好了自己的“幽忧之疾”；明、清医籍已有书画疗法、赏花疗法、音乐疗法的记载。

（二）中国内地现代作业治疗发展

1. 作业治疗服务发展

1951 年，华西大学医院（现四川大学华西医院）组织系统表显示（图 8），在医务部下设置有职业治疗部，表明华西医院已经有作业治疗部门建制（图 9）。1980 年现代作业治疗在内地逐渐开始兴起。1989 年卫生部发布了《医院分级管理(试行草案)》，要求二、三级医院必须设立康复医学科并应设立作业治疗科/室，这促进了国内第一批作业治疗室的建立，有力的推动了作业治疗专业的发展。此后，作业治疗从业者的数量不断增加、服务内容不断拓展、服务质量不断的提高。

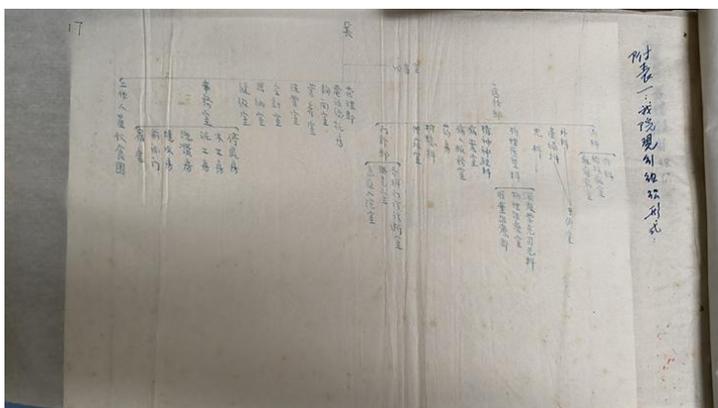
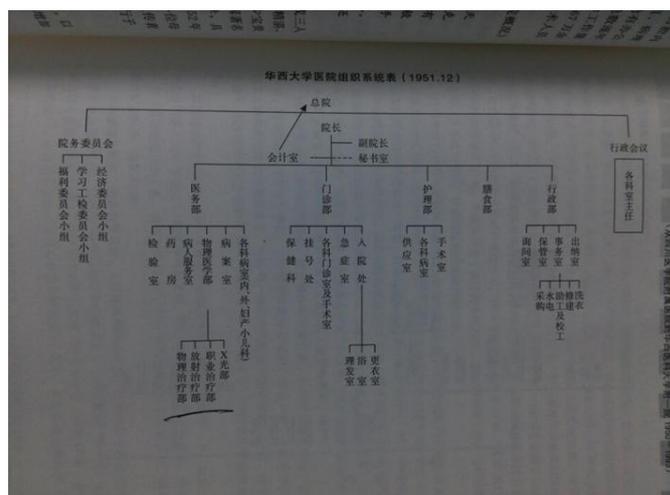


图 9 郑尚维、石应康，四川大学华西临床医学院。华西医院史稿，四川：四川辞书出版社，2007 年 9 月，第一版. p69.

图 8 原华西医科大学档案馆原始图片



1982 年，河北省人民医院（原河北省医院）成立内地首家综合医院康复医学科并建立了独立

的作业治疗室，开展了现代作业治疗工作（图 10）。



图 10 1982 年河北省人民医院（原河北省医院）内地首家综合医院康复医学科并建立了独立的作业治疗室

1988 年，中国康复研究中心成立并建立了内地第一个作业疗法科（图 11），使作业治疗的服务内涵进一步拓展，并举办了多期的作业治疗培训，为内地培养了一批早期作业治疗从业人员。



图 11 中国康复研究中心成立并建立了国内第一个作业疗法科



2. 作业治疗教育及培训

2002 年，首都医科大学在日本国际协力事业团帮助下开始招生康复治疗学专业（作业治疗方向）本科生，标志着我国内地开启了作业治疗本科教育项目（图 12）。



图 12 首都医科大学第一届康复治疗学专业（作业治疗方向）学生毕业照

2006 年，首都医科大学康复治疗学专业（作业治疗方向）课程国内首家通过 WFOT 认证（图 13），标志着我国首个作业治疗教育项目达到了国际水准。

图 13 首都医科大学康复治疗学专业（作业治疗方向）

课程 WFOT 认证证书

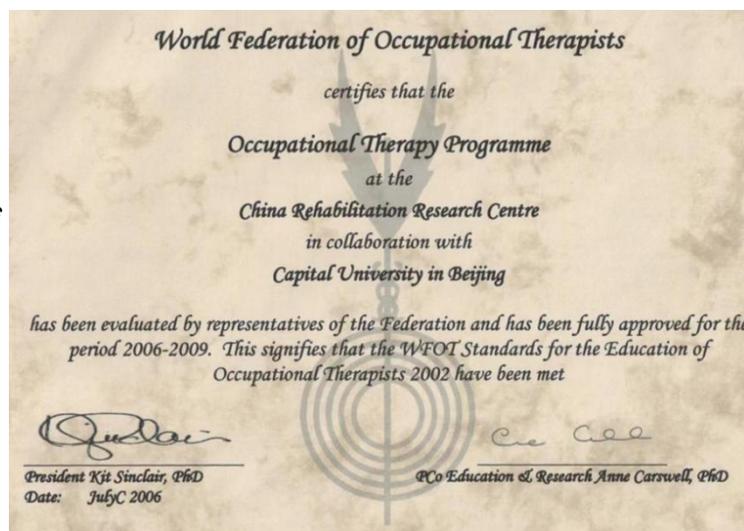


图 14 2007 年成立粤港作业治疗培训中心

2007 年，广东省工伤康复医院与香港职业治疗学院联合成立粤港作业治疗培训中心（图 14），为我国内地培训作业治疗人员。

2008 年，汶川地震发生后，中国康复医学会、香港复康会、香港理工大学、香港职业治疗学院等机构组织了多次作业治疗方面的培训，大大提高了中国内地作业治疗水平（图 15）。作业治疗在地震伤员康复中发挥了重要作用，并得到了社会的认可和重视。



图 15 四川大学——香港理工大学灾后重建支持及研究中心、华西医院地震伤员作业治疗技术加强培训班

2011 年，为推动国内作业治疗教育的发展，尽快与国际接轨，2 月中国康复医学会康复医学教育专业委员会成立了中国康复治疗教育国际化作业治疗专家委员会（图 16）。7 月中国康复医学会、挪威协力会和 WFOT 联合举办了第一届中国康复治疗教育国际化作业治疗师资培训班。截止 2023 年底，此培训班已经举办了 10 届，为我国培养了 500 余名作业治疗师资，对推动国内作业治疗教育发展发挥了重要作用。



图 16 中国康复医学会康复医学教育国际化作业治疗专家委员会成立



图 17 第一届中国康复治疗教育国际化作业治疗师资培训班举办

2013 年，由香港赛马会捐助，香港理工大学、四川大学共建的四川大学-香港理工大学灾后重建与管理学院正式运行，承办了第一届中国作业治疗教育论坛（图 18），它不仅促进了作业治疗学术交流和教育质量提升，也推动了灾难康复事业的进步，并提高了公众对作业治疗专业的认知。

图 18 2013 年第一届中国作业治疗教育论坛举行



2013 年 9 月，经过国家教育部的正式批准，四川大学-香港理工大学灾后重建与管理学院开始作业治疗硕士

项目招生工作（图 19）。该项目为我国内地首个作业治疗硕士研究生项目，共招生两届，培养了 60 名作业治疗硕士研究生，为国内作业治疗领域的发展与进步注入了新生力量。该课程于 2015 年顺利通过 WFOT 的认证。



图 19 四川大学-香港理工大学灾后重建与管理学院首届作业治疗硕士班合影

2017 年，教育部批准上海中医药大学设立康复作业治疗本科专业（图 20），标志着我国内地作业治疗本科教育的开始，作业治疗教育发展史上的一个里程碑。

教育部文件

教高[2017]2号

教育部关于公布2016年度普通高等学校本科专业备案和审批结果的通知

各省、自治区、直辖市教育厅（教委），新疆生产建设兵团教育局，有关部门（单位）教育司（局），部属各高等学校：

按照《普通高等学校本科专业设置管理规定》（教高〔2012〕9号）的要求，我部组织开展了2016年度普通高等学校本科专业设置工作，经申报、公示、审核等程序，对各地各高校向我部正式申报备案的专业予以备案；在以上工作基础上，根据教育部学位发展与专业设置专家委员会评议结果并征求有关行业部门意见，确定了审批同意设

上海市

上海理工大学	新媒体技术	080912T	工学	四年
上海应用技术大学	香料香精技术与工程	081704T	工学	四年
上海健康医学院	临床工程技术	082603T	工学	四年
上海中医药大学	预防医学	100401K	医学	五年
上海中医药大学	康复物理治疗	101009T	理学	四年
上海中医药大学	康复作业治疗	101010T	理学	四年
上海师范大学	食品安全与检测	082709T	工学	四年
上海戏剧学院	艺术管理	130102T	艺术学	四年
上海大学	电影制作	080912T	工学	四年
上海电机学院	电机电器智能化	080605T	工学	四年
上海杉达学院	卫生教育	040111T	教育学	四年
上海商学院	零售业管理	120215T	管理学	四年
上海视觉艺术学院	文物保护与修复	130409T	艺术学	四年
上海纽约大学	神经科学	071006TB	理学	四年

图 20 教育部正式文件颁布批准上海中医药大学设立康复作业治疗本科专业

2019 年，北京大学医学部与南加州大学作业治疗硕士-博士研究生培养项目启动（图 21），开始为我国培养作业治疗高端人才。截止 2024 年 1 月，该项目共招生 3 期，培养作业治疗硕士 19 名，博士 15 名。

图 21 北京大学与美国南加州大学作业治疗硕士-博士培养项目首批作业治疗硕士研究生开学典礼



3. 学术组织

2011 年 8 月，广东省康复医学会作业治疗师专业委员会成立（图 22），标志着我国第一个省级作业治疗学术组织诞生。



图 22 2011 年广东省康复医学会作业治疗师专业委员会成立

2011 年 10 月，中国康复医学会康复治疗专业委员会作业治疗学组成立（图 23），把作业治疗从业者凝聚在一起，加速了我国作业治疗的普及和推广。卓大宏教授对作业治疗学组的任务提出了 10 点建议（图 24）。



图 23 中国康复医学会康复治疗专业委员会作业治疗学组成立

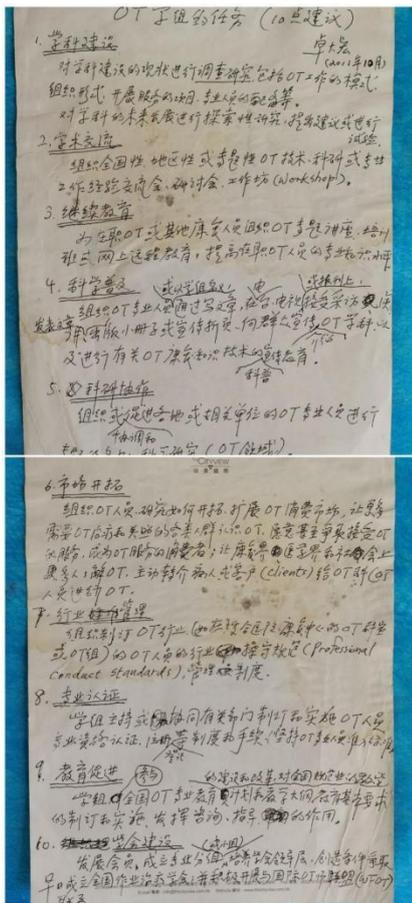


图 24 卓大宏教授亲笔对作业治疗学组的任务提出 10 点建议

2017 年 12 月, 中国康复医学会作业治疗专业委员会成立 (图 25), 标志着我国有了作业治疗专业的国家级学术组织。专委会的成立不仅为我国作业治疗工作者搭建了学术交流与合作的平台, 共同推进作业治疗专业的发展, 也为我国内地作业治疗进入国际大家庭打下了基础。



图 25 中国康复医学会作业治疗专业委员会在北京成立

2018 年 5 月, 在南非开普敦举行的世界作业治疗师联盟理事会会议上, 表决通过中国康复医学会作业治疗专委会成为其正式会员 (图 26)。这是中国作业治疗专业发展史上一个重要的里程碑, 标志着中国作业治疗师进入了国际大家庭。这也是我国内地康复治疗专业中第一个加入国际最高学术队伍的组织。



图 26 2018 年 WFOT 理事会表决通过中国康复医学会作业治疗专业委会成为正式会员

2020 年，受 WFOT 委托，中国康复医学会作业治疗专业委员会开始对我国内地作业治疗教育项目进行认证的书面材料审核及现场考核（图 27）。进一步推进了我国作业治疗国际化的进程。截止 2024 年 5 月我国共有 13 个 WFOT 认证的作业治疗教育项目，包括 12 个本科项目和 1 个硕士研究生项目（图 28）。



图 27 中国康复医学会作业治疗专业委员会对南京医科大学和广州医科大学作业治疗教育项目 WFOT 认证现场审核

中国大陆作业治疗教育WFOT认证课程
(截止2024年5月)

序号	学校	招生层次	WFOT 认证/复认证年份
1	首都医科大学	本科	2006年/2017年
2	昆明医科大学	本科	2010年/2017年
3	四川大学	本科	2014年/2020年
4	上海中医药大学	本科	2016年/2023年
5	福建中医药大学	本科	2016年/2023年
6	四川大学—香港理工大学灾后重建与管理学院	作业治疗硕士 (仅2013和2014年招生)	2015年
7	南京医科大学	本科	2020年
8	广州医科大学	本科	2020年
9	郑州大学	本科	2023年
10	山东中医药大学	本科	2023年
11	山东第二医科大学	本科	2023年
12	南方医科大学	本科	2023年
13	南通大学	本科	2023年

图 28 截止 2024 年 5 月我国共有 WFOT 认证作业治疗 12 个本科项目和 1 个硕士研究生项目

4. 重要学术活动

香港职业治疗学院于 2002 年成立，一致致力于内地作业治疗的普及与推广。2005 年由中国康复医学会、香港职业治疗学院联合举办第一届国际作业治疗研讨会在青岛召开（图 29），这是在内地首次举办的国际作业治疗学术会议，本次会议促进了我国与国外的作业治疗学术交流，并与 WFOT 建立了联系。



图 29 2005 国际作业治疗研讨会在青岛召开

中国康复医学会作业治疗专业委员会 2019 首次独立举办作业治疗学术年会，参会人数超过 1000 人（图 30）。显示出我国作业治疗队伍的发展壮大，表明作业治疗进入快速发展阶段。



图 30 中国康复医学会作业治疗专业委员会 2019 年学术年会

作业治疗循证实践



栏目介绍：作业治疗循证实践

刘晓露 闫彦宁 河北省人民医院康复医学科

如何将不断涌现的研究成果应用于临床实践是作业治疗面临的挑战之一。由专业学会牵头制定循证实践 (Evidence-based practice, EBP) 方案, 不仅可为作业治疗师提供基于证据的实践指导, 提升作业治疗的专业水平, 以便更有效地提供临床治疗服务, 提高患者的康复效率和生活质量。本期通过对近年来美国作业治疗协会 (American occupation therapy association, AOTA) 发表的部分作业治疗实践指南进行深入介绍与解读, 内容涵盖成人脑卒中、脑外伤、阿尔茨海默和相关神经认知障碍、帕金森、慢性疾病以及儿童等多个作业治疗领域, 旨在为国内作业治疗同道提供宝贵的借鉴与参考, 汲取国际前沿的理念与方法, 提升国内作业治疗实践能力, 为广大患者提供更加优质、高效的康复服务。

AOTA 制定指南通过系统评价 (搜集和分析与特定疾病相关的所有现有研究, 确保所依据的证据是全面和最新的)、多学科咨询小组评估制定指南主题、制定一系列临床问题指导系统评价的方向、根据研究的质量和一致性对证据进行临床推荐分级等一系列环节。其中临床推荐分级分为三个等级以支持临床决策, A: (强力推荐) 有强有力的证据表明作业治疗师应该向符合条件的患者提供该干预措施; 强有力的证据表明该干预措施改善了重要的结果, 而且益处远远超过了风险。B: (中等推荐) 有中等的证据表明作业治疗师可以常规地为符合条件的患者提供该干预措施; 有很高的确定性认为净效益是中等的, 或者有中等的确定性认为净效益是中等到显著的。D: (不推荐) 建议作业治疗从业人员不应向符合条件的患者提供该干预措施, 至少有公平的证据表明该干预措施是无效的, 或者风险大于收益。AOTA 在制定指南时也考虑不同文化和社会背景下的实践差异, 确保指南的适用性。指南每 5 年审查一次, 并根据需要对其进行更新。

AOTA 支持对作业治疗范围内的干预措施进行有效性的系统评价。基于证据的作业治疗实践依赖于三个来源的信息整合: ①临床经验和推理; ②患者及其家庭的偏好; ③来自最佳可用研究的发现。在使用实践指南时要根据服务对象的特定情况、需求以及对干预的反应, 结合自己的专业知识以及可使用的证据, 对指南中推荐的干预措施的适当性做出最终的临床判断。所以作业治疗师在使用这些临床推荐的建议时, 或者调整干预措施时应以满足患者的确切需求为基础, 应考虑: ①我到底需要提供什么样的干预? ②我提供干预的条件与研究中的条件匹配程度如何? ③干预措施的灵活性如何? 我能在多大程度上修改或适应它? AOTA 认为在缺乏明确证据支持特定干预措施的情况下, 并不意味着从业人员应该避免使用这些干预。相反, 当没有足够的证据支持循证实践时, AOTA 鼓励从业人员运用自身的专业知识、临床经验以及对患者具体情况的理解来指导实践。这种做法强调了个体化治疗的重要性, 允许治疗师根据患者的特定需求和情况灵活调整干预措施。

《成人脑卒中作业治疗实践指南》解读

刘晓露 闫彦宁

河北省人民医院

脑卒中是临床常见病多发病，具有致死率高、复发率高的特点，是全球成人长期获得性残疾的主要原因[1]。约 75%的脑卒中患者遗留有不同程度的运动、感觉、认知等功能障碍，以偏瘫最为常见，给个人、家庭和社会造成了沉重负担[2]。循证医学证实，尽早、长期、科学的康复训练能够促进运动功能改善、日常生活能力以及生活质量的提高[3]。

美国作业治疗协会 (American Occupational Therapy Association, AOTA) 2023 年发表了《Occupational Therapy Practice Guidelines for Adults With Stroke》[1] (《成人脑卒中作业治疗实践指南》)，以下简称《指南》，为对成人脑卒中患者实施作业治疗提供了基于证据的临床实践建议，旨在帮助作业治疗师理解和应用这些建议，从而为脑卒中患者及其照顾者提供更为有效的作业治疗服务。《指南》基于 168 项研究，聚焦于改善成人脑卒中患者的日常生活活动 (Activities of daily living, ADL) 和功能性活动 (Functional mobility, FM)、工具性日常生活活动 (Instrumental activities of daily living, IADL) 及社会参与，并首次增加了维持照顾者角色的干预措施。该《指南》针对这四个方面推荐了不同等级的临床干预策略。同时，也强调了在证据基础上应结合临床经验和患者特定目标进行个性化作业治疗的重要性。

一、《指南》中推荐的干预策略

1. 改善 ADL 和 FM 的临床干预策略

1.1 A 级推荐 (强有力的证据支持) 的干预策略

1.1.1 镜像疗法结合任务导向训练：通过镜子提供视觉反馈结合以任务为导向的功能性活动可以显著提高住院或居家康复的脑卒中患者的 ADL 和 FM。

1.1.2 运动想象结合任务导向训练：将通过使用视频、音频或图像辅助进行特定的运动或任务的想象作为任务导向训练的辅助，帮助各阶段的脑卒中患者改善 FM。

1.1.3 平衡训练：为亚急性和慢性脑卒中患者进行平衡训练，以改善 ADL (住院康复环境) 和 FM (住院康复和其他环境)。

1.1.4 三阶段多学科康复计划：即在脑卒中后 6 个月内，提供 “从医院到康复中心、再到家庭或社区” 三个阶段的连续康复照顾服务，可以促进患者 ADL 的改善。

1.1.5 脑卒中自我管理：采用面对面的自我管理教育 (团体和个人形式) 结合电话随访的方式，为脑卒中患者提供自我健康管理方法，以改善住院或门诊康复期间的 ADL。

1.2 B 级推荐（适度的证据支持）的干预策略

1.2.1 认知行为疗法：在医院或社区内为脑卒中后抑郁的患者提供小组或个人形式的认知行为治疗，以改善 ADL 表现。

1.2.2 单侧空间忽略干预：为具有单侧空间忽略的脑卒中患者提供基于活动的干预（例如，基于计算机的视觉扫描训练和视觉刺激训练、心理练习、镜像疗法、自主躯干旋转、前庭训练等），可以改善 ADL 表现。

1.2.3 创造性艺术活动：利用娱乐性质的干预，如音乐、骑马和其他创造性的艺术活动，可以改善脑卒中的 ADL 表现。

1.2.4 动作观察结合任务导向：通过视频观看他人的关节活动、伸手、抓握或功能任务随后让其进行模仿，可以改善急性和亚急性脑卒中患者的 ADL 和 FM。

1.2.5 太极：亚急性或慢性期的脑卒中患者通过进行太极活动可以改善其住院（或其他环境下）的 ADL 和 FM 表现。

1.2.6 水中活动：在门诊或社区中进行水中活动，可以改善亚急性期和慢性期脑卒中患者的 ADL 和 FM 表现。

1.2.7 居家 ADL 训练：为亚急性期居家的脑卒中患者提供包括被动、主动及抗阻运动及在食物准备、穿衣等方面的 ADL 训练，改善患者的居家 ADL 表现。

1.2.8 住院期间及出院后的居家 ADL 训练：住院期间每周 1~3 次被送回家中以及在出院后由多学科团队提供个体化的居家康复训练计划，包括体育活动、日常生活技能训练以及必要的健康教育和支持，在日常生活活动（ADL）和功能移动（FM）表现上有所改善，尤其是在改良 Rankin 量表得分上表现更好。

1.2.9 家庭自我照顾教育：在家庭环境中进行 ADL 教育。

1.2.10 虚拟现实：作为常规治疗的补充，采用商业游戏控制台（如 Wii、Kinect 等）或专为康复设计的程序来模拟现实生活的任务和环境。

1.2.11 早期活动：在脑卒中发作后的 24 小时内，根据患者的耐受性，尽快开始直立和下床活动。

1.2.12 被动关节活动：对重症监护的急性卒中患者提供为期 4 周的双上肢的被动关节活动训练可以改善 ADL 表现。

1.2.13 感觉再训练：为住院康复者提供各种类型的感觉再训练，以改善腿部、躯体感觉障碍患者的 ADL。

2. 改善 IADL 的临床干预策略

2.1 A 级推荐（强有力的证据支持）的干预策略：

2.1.1 强制性运动疗法：通过自我调节、躯干约束、机器人治疗等手段，进行功能任务的重塑、适应性和重复练习，以改善住院康复期间脑卒中患者的 IADL 表现。

2. 2B 级推荐（适度的证据支持）的干预措施：

2.2.1 药物管理：通过文本提醒和环境提示给予患者进行药物管理所需的更多的支持。

2.2.2 驾驶模拟训练：对有驾驶需求的患者进行驾驶模拟训练。

2.2.3 基于社区的健康赋能：包括小组讨论、家庭实践和电话随访三部分，以增强患者的自我效能感和自我管理技能，进而改善亚急性期居家脑卒中患者的 IADL 表现。

3. 改善社会参与的临床干预策略

《指南》中在社会参与方面只有 B 级推荐（适度的证据支持）的干预措施。包括：

3.1 多模式脑卒中教育结合支持性随访：提供适合患者身体需求的无障碍教育材料、结合电话或互联网随访，以改善社会参与。

3.2 基于参与障碍的干预：

（1）智能游戏训练结合作业治疗：在医院内进行基于虚拟现实的游戏训练结合作业治疗以提高活动的参与度。

（2）团体认知行为干预结合平衡训练：进行以平衡自我效能为目的的团体认知行为干预结合平衡训练用以克服对跌倒的恐惧，改善社会参与，促进社区融合。

（3）长期团体干预：在社区中进行长期的步行、力量和平衡等的团体干预，以改善社会参与。在实施作业治疗过程中，重要的是持续关注患者的需求，确保治疗计划能适应他们的变化，并基于其目标、兴趣和功能能力进行个性化的选择以最大限度地提高患者的参与度。

4. 维持照顾者角色的临床干预策略

4.1 A 级推荐（强有力的证据支持）的干预策略：

4.1.1 问题解决技能培训结合其他认知行为疗法：通过面对面指导和电话随访，教授照顾者重塑强化压力管理和消除消极情绪及想法的技巧，以改善他们的抑郁症状、促进健康和提升照护满意度。

4.1.2 解决问题技能培训结合脑卒中教育：通过面对面结合远程或仅远程的形式，量身定制教育和技能培训的内容，以满足照顾者的不同需求。

4.1.3 家庭支持组织：在患者出院前后给予个体化的长期教育和支持。

4.2 B 级推荐（适度的证据支持）的干预措施：

4.2.1 解决问题疗法：通过电话提供个性化的支持和培训，解决照顾者照护中遇到的问题。

4.2.2 以家庭为基础的干预：在家庭中实施长期个性化教育和多学科团队支持，以促进家庭成员之间的相互支持和整体福祉。

4.2.3 电话小组教育：为照顾者提供 8 周的电话小组教育课程，以减轻照护负担。

4.2.4 多模式照顾者干预：多种不同的干预策略结合，以更全面地解决照顾者的问题。

4.2.5 出院前的技能培训和家庭随访：在医院对照顾者进行基本照顾和日常活动协助的培训，并在患者出院后提供家庭环境适应性指导，以提升照顾者的照顾技能并改善患者和照顾者的生活质量。

4.2.6 提供健康教育、转诊服务和出院计划教育：在住院期间、进行家庭随访时以及进行电话随访时为脑卒中患者及其家庭照顾者提供全面的健康教育、转诊服务和出院计划支持，提高照顾者的照顾能力和社会参与能力，提高照顾质量。

二、《指南》中推荐策略的选择与使用

在脑卒中作业治疗领域，目前有关提升日常生活活动能力的多种干预策略都具有充分的证据支持，而在社会参与方面的研究证据尚待进一步丰富。现有的证据中可能存在信息不充分、不精确或偏见等问题，影响对干预措施效果的全面理解，仍需要通过进一步的系统评价来优化脑卒中作业治疗策略。因此，作业治疗师在应用 A 级推荐的干预措施时应根据患者的具体情况和需求进行个性化调整；在应用缺乏充分证据支持的干预措施时应保持谨慎，必要时结合专家共识、临床经验、患者和家庭的偏好及医疗政策进行实践。在实施过程中，作业治疗师应密切监测患者在治疗中的反应和进展，并根据反馈适时调整治疗方案，以为患者和照顾者提供基于循证和创新的高质量服务。

三、展望

作业治疗在脑卒中患者的康复过程中发挥着关键作用，其服务内容覆盖从急性期到家庭和社区的各个阶段，以提高患者在日常生活活动、工具性日常生活活动以及社会参与方面的作业表现，并为照顾者提供维持其照顾者角色的支持。在实施作业治疗时，作业治疗师与脑卒中患者及其照顾者、跨学科团队成员共同合作，以服务对象为中心，通过全面评估了解其需求、能力障碍，综合分析各种可能影响作业表现和参与的因素，并结合实践指南的证据、自身专业经验、患者及其家庭的意愿和偏好等，制定基于循证的、个性化的临床决策。

目前，对脑卒中患者及其照顾者提供循证、创新的作业治疗服务仍具有挑战性。在未来的研究中应以社会参与作为主要结局，针对不同恢复阶段、不同环境下的脑卒中患者提供更加个性化的干预，并延长观察时间到一年以上。此外，还应包括对照顾者的作业表现和社会参与的评价，以确定作业治疗干预能否有效提高照顾者的照顾技能和社会参与。同时，未来的作业治疗研究和实践还应关注健康管理领域，探索实施健康促进和预防性干预等措施，以提高患者社会和情感健康、身体活动、

症状管理等方面的作业表现,从而预防脑卒中复发及相关并发症的发生。随着远程通讯等高科技技术的不断发展,将为实施作业治疗相关的教育计划和研究体系提供更为便利的条件,既有利于作业治疗最佳实践证据的发展,也有利于最佳作业治疗实践的应用与推广。

参考文献:

- [1] HILDEBRAND M W, GELLER D, PROFFITT R. Occupational Therapy Practice Guidelines for Adults With Stroke [J]. *Am J Occup Ther*, 2023, 77(5).
- [2] 张先卓, 吕萌, 罗旭飞, 等. 脑卒中康复临床实践指南推荐意见研究 [J]. *中国康复理论与实践*, 2020, 26(02): 170-80.
- [3] 张通, 赵军, 白玉龙, 等中国脑血管病临床管理指南(节选版)——卒中康复管理 [J]. *中国卒中杂志*, 2019, 14(08): 823-31.
- [4] 闫彦宁. 作业治疗关注功能、生活、健康与幸福 [J]. *中国康复*, 2016, 31(1): 3-4.
- [5] REINHARD S. HOME ALONE REVISITED: FAMILY CAREGIVERS PROVIDING COMPLEX CARE [J]. *Innovation in Aging*, 2019, 3(Supplement_1): S747-S8.
- [6] DEYHOUL N, VASLI P, ROHANI C, et al. The effect of family-centered empowerment program on the family caregiver burden and the activities of daily living of Iranian patients with stroke: a randomized controlled trial study [J]. *Aging clinical and experimental research*, 2020, 32(7): 1343-52.
- [7] Occupational Therapy Practice Framework: Domain and Process-Fourth Edition [J]. *Am J Occup Ther*, 2020, 74(Supplement_2): 7412410010p1-p87.

《成人创伤性脑损伤作业治疗实践指南》解读

许振坤¹ 李奎成²

1-马来西亚国立大学

2-山东第二医科大学

创伤性脑损伤(Traumatic brain injury, TBI)常称颅脑损伤,是一种由于头部受到撞击、碰撞或颠簸、或穿透性损伤而引起的大脑功能障碍。研究显示 TBI 所致病死率和致残率均居各类外伤患者的首位。在我国占现代创伤人数的 10%~20%,国学者针对 2001~2007 年 210 家医院 338083 例颅脑损伤住院患者的回顾性分析表明,7 年间颅脑损伤患者人数呈增长趋势,颅脑损伤患者主要集中于 11~60 岁人群,占 85.4%,其中 31~40 岁最多,占 24.28%,年均增长率为 6.37%。在美国,脑外伤是导致死亡和残疾的主要原因之一,每年约有 290 万人受到脑外伤的影响,其中约 250 万人需要急诊治疗,6.1 万人死亡,22.4 万人住院。创伤性脑损伤的体征和症状包括认知障碍(如记忆、注意力、自我意识)、运动障碍(如平衡、力量、活动范围)、视觉障碍(如扫描、灵敏度)和情感、行为和心理障碍。大约 80%至 90%的 TBI 是轻度的(脑震荡)。对于中度至重度 TBI 患者,在受伤后 5 年约 57%中度至重度残疾、55%失业、33%需要日常活动照顾等。

美国作业治疗协会(American Occupational Therapy Association, AOTA)在 2023 年发表了《Occupational Therapy Practice Guidelines for Adults With Traumatic Brain Injury》(创伤性脑损伤成人作业治疗实践指南),为对成人创伤性脑损伤患者实施作业治疗提供了基于证据的临床实践建议,旨在帮助作业治疗师理解和应用这些建议,从而为创伤性脑损伤患者及其照顾者提供更为有效的作业治疗服务。该指南基于 62 项研究,审查了 6 项系统性回顾,并将结果综合为不同等级的临床推荐,用于作业治疗的临床实践。

一、指南中推荐的干预策略

1. 改善 TBI 意识紊乱患者觉醒和意识的临床干预策略

1.1 A 级推荐(强有力的证据支持)的干预策略

1.1.1 多模态感觉刺激:作业治疗师应使用家庭提供的多模态感官刺激(如触觉、声音、嗅觉)来改善 TBI 后意识紊乱患者的意识和唤醒。

1.1.2 单模式听觉刺激:使用熟悉的声音讲述结构化的熟悉故事,以改善 TBI 后意识紊乱成人的觉醒和意识。

1.2 B 级推荐(适度的证据支持)的干预策略

1.2.1 多模态感觉刺激：在适当的情况下，如在重症监护室，作业治疗师可以使用多模式感觉刺激(即触觉和声音)来改善 TBI 后意识紊乱患者的意识和唤醒。

1.2.2 基于小组的身体活动：进行团体体育活动干预(平衡、有氧、强化)来改善 TBI 患者的运动结果。

2. 针对运动、前庭功能障碍以及技能以提高 TBI 患者作业表现的临床干预策略

2.1 A 级推荐(强有力的证据支持)的干预策略

2.1.1 基于小组的身体活动：进行团体体育活动干预(平衡、有氧、强化)来改善 TBI 患者的运动结果。

2.1.2 虚拟现实：进行虚拟现实干预，以改善轻度至中度 TBI 患者的运动结果(如，步态速度，平衡，功能运动)。

3. 基于认知加工、活动和作业的以提高 TBI 认知障碍患者的参与的临床干预策略

3.1 A 级推荐(强有力的证据支持)的干预策略

3.1.1 特定认知结果的认知干预：作业治疗师提供基于小组的复合认知项目，以改善轻度至重度 TBI 患者的执行功能。

3.1.2 改善认知-情绪症状的干预：采用认知干预措施来改善患有轻度 TBI 脑震荡后的现役军人的认知和情绪症状。

3.1.3 策略训练：使用基于作业的策略培训，单独或与跨学科干预相结合，以改善轻度至中度 TBI 患者的认知结果(脑震荡后症状，前瞻性记忆，目标实现)。

3.2 B 级推荐(适度的证据支持)的干预策略

3.2.1 虚拟现实：使用基于虚拟现实的干预措施来改善轻度至中度 TBI 患者的认知结果(灵活性、移动技能、工作记忆、视觉搜索)。

3.2.2 基于锻炼和计算机的干预：对老年人(年龄 ≥ 55 岁)的 TBI 患者使用基于计算机的认知训练干预或太极干预来改善认知功能(记忆、注意力、启动)。

3.2.3 远程问题解决：电话解决问题疗法的基础上提供教育材料，以改善成人 TBI 患者的睡眠。

3.2.4 无错学习：用无错的学习方法来提高 ADL 的表现，并加速 TBI 后创伤性昏迷期间的技能习得。

3.2.5 技术支持的任务和习惯学习：作业治疗师可以考虑使用技术支持的任务和习惯学习方法来减少对 TBI 患者完成活动的提示需求。

4. 针对视觉障碍和视觉感知以提高 TBI 患者作业表现的临床干预策略

4.1 B 级推荐(适度的证据支持)的干预策略

4.1.1 视觉疗法：在适当的情况下，训练有素的作业治疗师可以为轻度 TBI 患者提供门诊个人视力治疗，以改善会聚、眼球跳动、视觉注意和视觉诱发电位。

5. 针对心理社会、行为和情绪技能以改善 TBI 患者的社会参与和其他日常活动和作业表现的临床干预策略

5.1 A 级推荐（强有力的证据支持）的干预策略

5.1.1 教育及技能培训：包括一对一的指导培训门诊项目，以改善或教授轻度至重度创伤性脑损伤患者相关症状的代偿策略，以改善生活质量、社会心理功能和社会关系。

5.2 B 级推荐（适度的证据支持）的干预策略

5.2.1 小组教育：为轻度到重度脑外伤的成年人提供小组教育干预，以改善愤怒管理、社会参与和心理社会健康。

5.2.2 个性化认知行为疗法：为轻度至重度脑外伤的患者提供认知行为疗法干预，重点是个性化的心理教育，以改善心理社会、行为和情感技能。

5.2.3 以目标为导向的干预措施：为轻度至重度 TBI 的患者提供目标集中的治疗，团体或个人形式，以改善社区活动，社会关系，情绪控制和情绪调节。

5.2.4 有氧运动、高强度运动或两者兼而有之：为轻中度慢性 TBI 患者，提供个体化有氧运动、高强度运动或两者兼而有之的干预措施来改善心理社会、行为和情绪技能。

6. 促进 TBI 患者的照顾者维持其照顾者角色的临床干预策略

6.1 A 级推荐（强有力的证据支持）的干预策略

6.1.1 个别照顾者干预：通过面对面，小组或通过电话的形式，对住院或社区环境下护理人员进行干预，以改善照顾者的整体健康和福祉。

6.1.2 个别照顾者干预：基于家庭的个人在线或电话干预，以提高 TBI 患者照顾者的知识和技能（例如，解决问题、沟通、获得服务和支持）。

6.1.3 家庭干预措施：提供基于家庭的在线、家访或面对面小组、技能建设指导，例如，沟通、解决问题、策略制定，以减轻照顾负担，改善照顾者的整体健康和福祉。

6.2 B 级推荐（适度的证据支持）的干预策略

6.2.1 家庭干预措施：提供以家庭为基础的团体干预，以改善照顾者获得服务的机会，健康信息知识，以及对 TBI 照顾者的支持感。

6.2.2 照顾者和配偶干预措施：为照顾者及其 TBI 配偶提供面对面或小组干预，以建立和加强关系，维持照顾者角色。

二、指南中推荐策略的选择与使用

根据这些实践指南所依据的系统评价的发现, 作业治疗从业者在做临床决策时应仔细考虑伤情的严重程度、症状的性质和恢复阶段。

1. 预防 TBI 的再次发生: 由于 TBI 患者再次受伤的风险较高, 使得研究预防方法的有效性变得尤为重要。多次脑损伤可能导致预后更差, 因此需要关注性别、伤害严重程度、酒精使用、社会经济地位、医疗护理寻求行为和 TBI 历史等风险因素。同时, 作业治疗师应提供教育和培训干预, 以预防 TBI 并降低年龄相关风险。

2. 睡眠障碍管理: TBI 后常见的睡眠障碍可能削弱个体应对症状的能力, 并可能加剧神经精神症状如抑郁、焦虑和冷漠, 从而影响健康、福祉以及参与康复和社区活动。作业治疗师应讨论睡眠障碍的影响, 并实施睡眠卫生干预, 包括优化睡眠环境、减少身体不适、调整日常活动(如增加日间活动、维持规律的起床时间、遵循一致的日常生活惯例), 以及限制咖啡因摄入至中午以前。

3. 同伴指导: 同伴指导干预可以提高 TBI 患者的参与度和生活质量, 增强应对 TBI 后抑郁的能力。成功同伴指导需要匹配导师和被指导者, 包括知识和意识培训, 确保双方积极参与。

4. 照顾者支持: 照顾者在 TBI 患者的康复中起着关键作用。作业治疗师应评估照顾者的需求, 并提供支持、培训和教育, 以改善患者为中心的结果。

5. 脑震荡后恢复活动: 大多数 TBI 为轻度, 治疗症状的最佳方法是损伤后逐渐恢复活动。轻度 TBI 不应等同于轻度局限性, 除了分级活动来管理症状外, 作业治疗师还应促进使用诸如补偿培训、亚症状阈值培训等干预措施。

6. 情境化治疗: 这种整体性治疗方法侧重于改善现实生活中的活动参与, 与客户的目标和兴趣相关。作业治疗师可以使用作业档案和加拿大作业表现量表等工具, 来识别客户在受伤前参与的日常活动。

三、总结

该指南针对意识障碍状态、运动和前庭障碍、认知功能、视力相关障碍以及 TBI 患者的心理社会、行为和情感技能的干预措施的证据进行了总结, 并依据证据的强度进行推荐。鉴于照顾者在 TBI 患者恢复过程中的关键作用, 也提供了以照顾者为中心的干预措施的证据。指南强调使用标准化的、基于表现的评估、客户和护理者的自我报告以及临床观察, 对于确定干预方法以及是否在个人或小组环境中使用这些方法至关重要。

该指南中指出了适用于作业治疗干预的证据空白, 如睡眠卫生、同伴指导、情境化治疗和以护理者为中心的干预。这些领域应成为未来研究的重点, 以增加基于作业的治疗 TBI 研究。现有的关于 TBI 护理干预的研究多为定性、案例研究和探索性研究, 缺乏具体的干预措施。此外, 许多证据并未明确指出照顾者的需求和幸福感如何直接影响 TBI 患者的康复。推荐的干预措施可能包括教育、

家庭改造、设备培训、处理技术、自我照顾任务培训、身体活动、休闲和社会参与、健康和福祉，以及促进患者和照顾者双方的职业平衡。

参考文献：

- [1] Wheeler, S., & Acord-Vira, A. (2023). Practice Guidelines—Occupational therapy practice guidelines for adults with traumatic brain injury. *American Journal of Occupational Therapy*, 77, 7704397010
- [2] Stein SC, Georgoff P, Meghan S, et al. 150 years of treating severe traumatic brain injury: a systematic review of progress in mortality [J]. *J Neurotrauma*, 2010, 27 (7) : 1343 — 1353. doi: 10. 1089 / neu. 2009. 1206.
- [3] 张溢华, 邱俊, 王昊, 徐伦山, 周继红 & 许民辉. (2016). 338083 例颅脑损伤流行病学特点分析. *创伤外科杂志* (06), 328-330.

《阿尔茨海默病和相关神经认知障碍的作业治疗实践指南》解读

刘静娅^{1,2}、黄富表^{1,2}

1、中国康复研究中心 作业治疗科；2、首都医科大学 作业疗法教研室

阿尔茨海默病 (Alzheimer's disease, AD) 是全球性的健康问题, 每年新增约 1000 万患者。同时, 神经认知障碍 (neurocognitive disorders, NCDs) 是一种后天综合征, 影响认知和记忆, 其症状会逐渐恶化。在早期和中期, 通过适当的干预可以改善功能, 但到了晚期患者可能需要 24 小时的护理。目前, 全球管理阿尔茨海默病患者的成本高达 1.3 万亿美元, 影响了 5500 万人, 这些患者因阿尔茨海默病及相关 NCDs 导致认知能力下降, 影响感知、思考、情绪和行为, 进而影响其日常生活和工作能力, 给全球健康管理带来了巨大的经济负担。

《美国作业治疗杂志》2024 年 1-2 月第 78 卷第 1 期出版了由 Smallfield, S 等作者撰写的《Occupational Therapy Practice Guidelines for Adults Living With Alzheimer's Disease and Related Neurocognitive Disorders》(《阿尔茨海默病和相关神经认知障碍的作业治疗实践指南》)^[1]。该指南通过整合 2018 年至 2021 年发表的 12 篇系统综述, 整理了针对 AD 和相关 NCDs 的成年障碍者的具有有效性证据支持的作业治疗干预措施及支持其照料者的干预措施, 为临床作业治疗工作人员提供有效循证作为参考和指导。同时指南强调, 在众多类型的 NCDs 中, 区分痴呆症和轻度认知障碍 (Mild Cognitive Impairment, MCI) 的症状非常重要。MCI 被认为是介于正常认知衰老和痴呆相关变化之间的认知障碍的中间阶段^[2], 治疗干预在疾病的早期阶段可能更有效, 这进一步加强了对这种痴呆前综合征进行临床定义的必要性^[3]。因此, 在指南的干预方式整合中也包含了针对 AD 和 MCI 的不同临床策略。

该指南基于系统综述, 提出了针对 AD 和相关 NCDs 的成人中的作业治疗服务中, 除了既往的无错误学习、锻炼干预之外^[4], 还包括了使用“家庭式、多感官或以人为中心的环境”、改善痴呆及针对照料者的干预措施。基于循证的作业治疗主要针对三个障碍领域: 认知、疼痛及痴呆症的行为和心理症状 (Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia, BPSD)。

一、患有 AD 及相关 NCDs 的成人的作业治疗干预的循证临床推荐

1.1 AD 和相关 NCDs (循证临床推荐的水平)

针对作业治疗实践范围内的干预措施的循证临床推荐, 旨在提高 AD 和相关 NCD 患者及其护理伙伴的表现和参与度。本文笔者简单用以下表格 (表 1) 进行总结。

表 1 总结该指南提出的临床建议及研究证据级别

干预障碍领域		人群	方法	证据级别	建议
认知障碍	痴呆	认知治疗干预	A: 强	可通过个体或团体认知导向训练	
		运动干预	A: 强	可使用步行计划和锻炼与记忆游戏和音乐疗法相结合, 进行个体或团体治疗	
		音乐干预	A: 强	音乐干预结合运动进行个体或团体治疗	
		怀旧干预	A: 强	可进行个体或团体怀旧干预	
	MCI	舞动治疗	B: 中等	团体舞蹈训练改善整体认知功能	
		认知治疗干预	B: 中等	可通过个体或团体认知导向训练	
心理状态	抑郁	痴呆	怀旧治疗	A: 强	个体或团体进行怀旧治疗干预
			药物与非药物	B: 中等	尝试进行多种非药物的行为干预
			音乐干预	B: 中等	个体或团体音乐干预(即聆听、唱歌或歌曲创作)
	MCI	运动干预	B: 中等	进行体育锻炼	
		基于认知的干预	B: 中等	基于认知的干预(剂量未报告)	
焦虑	痴呆	CBT	B: 中等	1 对 1 的认知行为疗法	
行为精神症状	痴呆及照料者	非药物干预	B: 中等	为照料者和痴呆者提供家庭或社区非药物干预措施, 例如教育、技能培训、社会支持、病例管理或多元干预	
疼痛	痴呆	疼痛干预	B: 中等	个性化的感官刺激干预	
照料人员心理健康	照料者	单一或多元教育, 并辅以同伴或心理支持干预	A: 强	可多元化的教育干预措施, 并通过同伴或心理支持(面对面或远程)来解决痴呆症患者护理伙伴的抑郁症问题(未报告剂量)。	
		行为激活	B: 中等	在家庭中提供行为激活(当面或电话)	
		CBT 或正念干预	B: 中等	可通过面对面、电话、线上或通过应用程序进行 CBT 或正念干预	

1.2 针对患有 AD 和相关 NCD 的成年人的作业治疗干预的专家意见临床推荐(针对重要/常见的临床干预措施制定的, 但由于缺乏研究而未达到循证临床推荐的水平)

该指南撰写团队起草了推荐并提供了支持使用干预措施的信息。通过审核获得允许以纳入实践指南。建议从业者可以考虑进行环境改造(如公共用餐、环境音乐、用餐区的鱼缸以及高对比度的餐具), 解决环境因素, 可帮助患有 AD 的成年人改善食物摄入量和维持体重。同时指南提出目前的研究不支持间隔检索(Spaced retrieval, 一种基于证据的记忆技术, 它使用程序记忆来帮助人们在逐渐延长的时间间隔内回忆信息)或技能培训, 因此应谨慎使用这些方法并仔细监测其有效性。从业者使用的任何方法都应以人为本, 强调环境改变和明确的结果以评估有效性。

二、《指南》中推荐策略的选择与使用

该指南为从业者给出了临床推理中推荐, 临床干预措施应尽可能与研究中的干预措施相似。

当无法找到完全适合自己的临床环境和康复对象特定需求的循证干预措施时,如需调整循证干预中的措施,则需要从业者积极思考康复对象和实践环境并记录具体改变的方式和原因。如果发现干预措施不适合康复对象则不应使用该干预措施。

在目前作为证据的研究中,并没有针对作业及其层面上持续测量的结果。特别是,关于休闲活动作为干预措施和结果的文献非常有限,这限制了对“促进参与”干预措施的理解。因此,建议在研究中使用评估和干预策略要包含休闲活动并对临床医生开放。对于远程医疗等支持替代服务的非直接服务方面的证据较为缺乏,作业治疗在患有 AD 和相关 NCDs 的成人中姑息治疗中的作用也未得到广泛研究。同时,在患有 AD 及相关 NCDs 成人中,康复对象和照料者的二元干预方法缺乏证据支持,需要更多证据表明作业治疗在照料者教育与二元关系中的作用。此外,目前缺乏针对患有 AD 和相关 NCD 的成人的标准化评估,难以体现神经功能和作业表现的关系,从业者需要考虑与神经功能和环境相关的机制以确保最佳实践。

三、总结

该指南概述了当前的循证依据,为从业者在针对患有 AD 和相关 NCD 的成年人及其照料者进行干预的临床决策提供参考,帮助从业者将循证依据转化为临床实践,可以很好地指导阿尔茨海默病及相关认知障碍患者的作业治疗实践。期待今后我国也可以有阿尔茨海默病及相关认知障碍的作业治疗实践指南出台,以促进我国阿尔茨海默病及相关认知障碍作业治疗的不断进步与发展。

参考文献:

- [1] Smallfield S, Metzger L, Green M, Henley L, Rhodus EK. Occupational Therapy Practice Guidelines for Adults Living With Alzheimer's Disease and Related Neurocognitive Disorders. *Am J Occup Ther.* 2024 Jan 1;78(1):7801397010. doi: 10.5014/ajot.2024.078101. PMID: 38306186; PMCID: PMC10985123.
- [2] Vega JN, Newhouse PA. Mild cognitive impairment: diagnosis, longitudinal course, and emerging treatments. *Curr Psychiatry Rep.* 2014 Oct;16(10):490. doi: 10.1007/s11920-014-0490-8. PMID: 25160795; PMCID: PMC4169219.
- [3] Petersen RC, Smith GE, Waring SC, Ivnik RJ, Tangalos EG, Kokmen E. Mild cognitive impairment: clinical characterization and outcome. *Arch Neurol.* 1999 Mar;56(3):303-8. doi: 10.1001/archneur.56.3.303. Erratum in: *Arch Neurol* 1999 Jun;56(6):760. PMID: 10190820.
- [4] Piersol CV, Canton K, Connor SE, Giller I, Lipman S, Sager S. Effectiveness of Interventions for Caregivers of People With Alzheimer's Disease and Related Major Neurocognitive Disorders: A Systematic Review. *Am J Occup Ther.* 2017 Sep/Oct;71(5):7105180020p1-7105180020p10. doi: 10.5014/ajot.2017.027581. PMID: 28809652.

帕金森病患者作业治疗实践指南解读

冯晓晴, 陆佳妮

同济大学附属养志康复医院 (上海市阳光康复中心) 作业治疗科

帕金森病 (Parkinson's disease, PD) 是一种常见的神经退行性疾病, 影响运动和非运动功能。PD 患者会经历运动缓慢、肌肉僵硬、震颤等运动症状, 以及认知障碍、疲劳、情绪问题、睡眠障碍等非运动症状, 严重影响患者的生活质量。尽管药物治疗和手术可以管理疾病, 但研究表明多学科、以患者为中心的方法能满足患者和照顾者需求的最佳途径。作业治疗通过活动促进 PD 患者的健康生活, 帮助他们克服活动限制, 提升活动表现, 同时支持照顾者, 维护心理健康。

美国作业治疗协会 (American Occupational Therapy Association, AOTA) 2022 年发表了《Occupational Therapy Practice Guidelines for People With Parkinson's Disease》(《帕金森病患者作业治疗实践指南》) [1], 以下简称《指南》, 为对 PD 患者实施作业治疗提供了基于证据的临床实践建议, 旨在提高帕金森患者对作业治疗的使用率, 改善 PD 患者的生活质量。该指南更新了成人神经退行性疾病作业治疗指南中的帕金森病部分并系统性回顾了有关 PD 患者的体力活动和损伤干预的证据, 覆盖了日常生活活动、工具性日常生活活动、教育、社交参与及照顾者干预等领域。指南整合了这些新证据以支持 PD 患者的作业治疗实践, 并反映了当前的研究进展, 促进了基于证据的临床决策。同时, 强调了锻炼、环境调整和自我管理策略的重要性。

一、《指南》中推荐的干预策略

1. 改善 ADL、睡眠和休息的临床干预策略

1.1 A 级推荐 (强有力的证据支持) 的干预策略:

1.1.1 多学科住院康复干预: 提供 4 至 8 周的多学科综合的干预措施来提升 PD 患者的 ADL 表现。

1.2 B 级推荐 (适度的证据支持) 的干预策略:

1.2.1 群体多模式锻炼计划: 包括柔韧性、平衡、Wii 游戏和基于功能的练习, 可以改善 PD 患者 ADL 的表现。

1.2.2 家庭手部运动计划: 包括手指交叉转圈、转动螺栓、使用塑形泥进行塑形或进行手工艺活动和使用木球进行某些游戏或练习, 旨在通过重复和有目的的练习来提高手部的灵活性、协调性和力量, 可以提高 ADL 表现。

1.2.3 抗阻力训练结合多模式锻炼计划: 包含热身、抗阻练习、平衡和协调任务, 特别是娱乐性和节奏性的有氧运动来改善睡眠质量和减少睡眠干扰。

1.2.4 正念冥想和运动计划: 在社区内进行基于正念冥想的复合运动的干预可改善 PD 患者的睡

眠质量、ADL表现及生活质量。

1.2.5 虚拟现实：使用虚拟现实（如Wii, Xbox, Kinect系统）进行每周2-3次，持续5-7周的干预，可以提高PD患者的ADL表现[2]。

1.2.6 基于认知行为疗法结合家庭活动和现场检查：在家庭环境或在门诊治疗过程中帮助PD患者改变影响睡眠的思想和行为可能有助于改善帕金森病患者的睡眠质量、嗜睡程度、疲劳感以及抑郁症状，并可能对他们的ADL和运动功能产生积极影响。

2. 改善IADL的临床干预策略

2.1 A级推荐（强有力的证据支持）的干预策略：

2.1.1 体育体能活动：包括教育、社交支持和互动、行为改变技巧（例如，设定目标、制定行动计划）以及活动监测（持续10周至12个月）的体育体能活动，以提高肢体活动水平（例如，步行、健身中心、瑜伽、探戈、平衡、灵活性训练）。

2.2 B级推荐（强有力的证据支持）的干预策略：

2.2.1 密集的书写训练：包括使用彩色目标区域或结合视觉和听觉刺激的书写和绘图练习以及进行书法作品创作可以改善PD患者的书写技能，提升书写幅度、方向、区域、力量和速度[3, 4]。

2.2.2 基于家庭的手写训练：包括手部练习和各种书写活动，每周两次，每次一小时，持续6个月，并配合每月家访，以自我报告的方式回顾进展，可改善PD患者的感知书写困难，提高书写可辨认性。

2.2.3 一对一的家庭治疗会话：内容包括用药评估、解决依从性问题、反思用药经验以及讨论关于服药的信念，理解这些信念如何影响他们的依从性。通过在家庭环境中提供一对一的依从性治疗会话，可以改善PD患者对药物治疗的依从性。通过评估和解决用药问题，以及探讨患者对服药的信念和经验，有助于提高患者的自我效能感，从而可能改善他们的治疗效果和生活质量。

2.2.4 基于社区的身体活动干预：如多模式运动计划或团体探戈舞蹈，持续6到12个月，以提升IADL参与和功能[5, 6]。

2.2.5 家庭定制作业治疗：包括活动建议、策略培训、任务适应、日常生活安排或环境调整（例如使用辅助设备），等一系列有组织的干预措施。通过提供个性化的活动建议和策略培训，以及适应和调整任务和环境，这种干预有助于提高患者的日常生活质量和独立性。

3. 改善教育、工作、志愿服务、休闲及社会参与方面的临床干预策略

3.1 B级推荐（适度的证据支持）的干预策略：

3.1.1 基于社区的探戈舞蹈课程：对PD患者提供进阶阿根廷探戈舞课程并与非PD患者配对，可以提高PD患者对日常活动的满意度[5]，增加他们的社交互动，减少孤立感，增强社区归属感。

二、《指南》中推荐策略的选择与使用

1. 多学科照护：帕金森病患者的作业治疗应由专业多学科团队进行[7]。作业治疗师应利用其专业知识，判断这种多学科模式是否适用于其服务的个体、家庭和环境。

2. 强调以患者为中心的目标导向性治疗：治疗师应采用全面标准化工具，如COPM、目标达成量表、Bangor目标设定访谈和患者特定功能量表，以制定和监测个性化功能目标并评估治疗成效。

3. 基于作业活动的表现评估：在PD干预研究中，作业治疗的效果评估尚不足。治疗师应结合自我报告和客观的作业及参与度评估工具，如运动技能、自理技能评估、日程规划和体能测试，以增强PD患者中作业治疗的应用。

4. 帕金森病晚期：多数作业治疗研究未涵盖H&Y 4和5阶段的晚期PD患者。治疗师应参与这些患者的治疗和护理，包括确保安全、提高舒适度、提供有意义的活动、培训照顾者、规划体位和压力护理，以及协助临终规划。

作业治疗对支持PD患者及其照料者具有独特价值，治疗师在实施干预时会考虑多种因素，以优化患者活动和表现。除了指南中提到的治疗方式，还有其他一些针对PD患者的作业治疗干预措施，如Lee Silvermann Voice Treatment-BIG运动方法[8]、非运动障碍干预、认知障碍干预、作业活动参与干预、工作表现和就业干预、亲密关系调整以及针对照顾者的干预。这些措施未被纳入当前指南，主要是因为缺乏足够的证据支持。未来的研究将基于新的证据和专家建议来探讨这些干预措施。尽管目前缺乏充分证据，这些方法仍被认为有一定的科学依据和专业推荐，可能对治疗有益。

三、展望

《指南》依据现有证据提出临床建议，并通过病例研究和决策在实践中进行示范。该《指南》指出了针对PD患者的作业治疗干预策略中的证据缺口，强调作业治疗师和研究人员应关注并探索这些缺口，以改善PD患者的照护。随着技术和研究的进步，未来PD的作业治疗将侧重于发展个性化和多学科综合治疗方法，并整合人工智能、远程通讯、可穿戴设备和虚拟现实等创新技术，以提升治疗的效率和患者的参与度。同时，将重视健康行为改变策略，以促进患者维持积极的生活方式，以及开发新的方法来改善患者的睡眠质量和认知功能。任务导向训练和自我管理支持策略的研究将继续深化，以提高患者执行特定任务的能力和自我管理疾病的效果。对于晚期帕金森病患者，将特别关注其症状管理和舒适护理，同时为照顾者提供更多支持。此外，加强作业治疗师的教育和培训，确保他们能够提供最新的治疗，并与政策制定者合作，推动支持PD患者的政策变革。持续的研究将填补现有证据的空白，并探索新的治疗方法，以推动作业治疗领域的发展，帮助帕金森病患者实现更健康、更有意义的生活。

参考文献

1. Wood, Julia., Henderson, Whitney., & Foster, E. R. (2022). Occupational Therapy Practice Guidelines for People With Parkinson's Disease. *The American journal of occupational therapy : official publication of the American Occupational Therapy Association*, 76(3). <https://doi.org/10.5014/ajot.2022.763001>
2. Silva, S. M. F. D., Bacha Jéssica Maria Ribeiro, Da, S. K. G., De, F. T. B., Camila, T. P., & Pompeu José Eduardo. (2018). Effects of virtual rehabilitation on cognition and quality of life of patients with Parkinson's disease. *Fisioterapia Em Movimento*, 31. <https://doi.org/10.1590/1980-5918.031.A012>
3. Nackaerts, E., Heremans, E., Vervoort, G., Bouwien C.M. Smits - Engelsman, Swinnen, S. P., Vandenberghe, W., Bergmans, B., & Nieuwboer, A. (2016). Relearning of Writing Skills in Parkinson's Disease After Intensive Amplitude Training. *Movement Disorders*, 31(8). <https://doi.org/10.1002/mds.26565>
4. Ziliotto, A., Cersosimo, M. G., & Micheli, F. E. (2015). Handwriting Rehabilitation in Parkinson Disease: A Pilot Study. *Annals of Rehabilitation Medicine*, 39(4), 586 - 591. <https://doi.org/10.5535/arm.2015.39.4.586>
5. Foster, E. R., Golden, L., Duncan, R. P., & Earhart, G. M. (2013). Community-based Argentine tango dance program is associated with increased activity participation among individuals with Parkinson's disease. *Archives of Physical Medicine & Rehabilitation*, 94(2), 240 - 249. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2012.07.028>
6. Nascimento, C., Ayan, C., Carral, J. C., & Stella, F. (2013). Effect of a multimodal exercise program on sleep disturbances and instrumental activities of daily living performance on Parkinson's and Alzheimer's disease patients. <https://doi.org/10.1111/ggi.12082>
7. Qamar, M. A., Harington, G., Trump, S., Johnson, J., & Frost, E. (2017). Multidisciplinary Care in Parkinson's Disease. *International Review of Neurobiology*, 132, 511. <https://doi.org/10.1016/bs.irn.2017.02.001>
8. Peterka, M., Odorfer, T., Schwab, M., Volkmann, J., & Zeller, D. (2020). LSVT-BIG therapy in Parkinson's disease: Physiological evidence for proprioceptive recalibration. *BMC Neurology*, 20(1). <https://doi.org/10.1186/s12883-020-01858-2>

《成人慢病作业治疗实践指南》解读

骆沁熹 杨永红

四川大学华西医院

慢病是最常见和最昂贵的健康问题之一。随着人口老龄化加剧和不健康生活方式，慢性病患病率和疾病负担将继续增加。慢性病不仅影响患者的日常生活还对其照顾者在成巨大的身体和情感压力。作业治疗师可以通过健康管理干预措施来缓解这些疾病的影响。这些健康管理干预措施侧重于“制定、管理和维持健康和常规保健（包括自我管理），以改善或维持健康，支持参与其他作业”。作业治疗师通过全面考虑患者的内在因素（如认知、心理、身体状态）和外在环境（如文化、社会支持、政策），积极改变慢性病的发展轨迹，减少失能，提高患者的独立性，并为照顾者减轻负担。这种方法强调了患者的整体福祉，并支持他们在家庭、工作和社会中的角色。

2022 年，美国作业治疗协会(American Occupational Therapy Association, AOTA)在《American Journal of Occupational Therapy》上发表了《Occupational Therapy Practice Guidelines for Adults With Chronic Conditions》[1]（《成人慢病作业治疗实践指南》），该指南基于 102 篇研究，提出了 A 级（强烈推荐）到 B 级（中等推荐）的证据支持对慢性病患者使用自我管理干预的临床建议。指南中报告的四项系统评价主要解决四种常见的、非传染性的，可通过健康行为改变的慢性身体状况：心脏病、慢性肺病、糖尿病和肾病[2-4]。

一、指南中推荐的干预策略

1. 自我管理干预慢病社区居住成年人的 ADL 以及睡眠和休息

1.身心自理教育	2.足部自我管理教育	3.运动锻炼
A 强烈推荐	A 强烈推荐	B 中等推荐
<ul style="list-style-type: none">◆ 干预：个人或小组形式的身心自我照护教育（为期6-7W，面对面进行，并附带3个月的随访）◆ 内容：睡眠、卫生、营养、身体活动及放松技巧◆ 疗效：患有心脏病、慢性阻塞性肺疾病（COPD）或其他至少一种慢性疾病的患者自述的睡眠质量	<ul style="list-style-type: none">◆ 干预：为期9个月，短信定制教育模块（含4次健康教育+1次随访/2w）；15min单次面对面教育◆ 内容：自我管理、风险因素、卫生、鞋类选择、预防措施、目标设定、问题解决策略◆ 疗效：糖尿病患者自我报告和观察到的足护理行为	<ul style="list-style-type: none">◆ 干预：12周，在门诊或家庭环境中进行均可◆ 内容：有氧运动和抗阻训练，伴或不伴随健康教育（克服ADL障碍、解决ADL问题和提高ADL表现的技术）◆ 疗效：心脏病或慢性阻塞性肺疾病（COPD）成人的ADL执行能力

2. 自我管理干预慢病社区居住成年人的 IADL 能力

2.1 糖尿病

<p>1.长期团体治疗</p> <p>A 强烈推荐</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 干预：长期团体治疗（1次/周，持续1-3个月） ◆ 内容：教育（诊断、自我管理）、技能（行动计划、目标设定、问题解决）和团体过程（社会支持、模仿） ◆ 疗效：糖尿病成人患者的HbA1c水平、自我监测的血糖（SMBG）水平、饮食习惯以及增加体力活动 	<p>2.短期团体治疗</p> <p>A 强烈推荐</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 干预：短期团体治疗（1-3天） ◆ 内容：教育（诊断、正念）、技能（行动计划、目标设定、问题解决） ◆ 疗效：糖尿病患者的HbA1c水平、自我监测的血糖（SMBG）水平和饮食行为 	<p>3.个性化，一对一</p> <p>A 强烈推荐</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 干预：个性化的1对1干预（7周-12个月） ◆ 内容：自我管理技能（如行动规划、目标设定和解决问题的方法）及教育 ◆ 疗效：成年糖尿病患者的饮食习惯和身体活动水平 	<p>4.团体+个人</p> <p>A 强烈推荐</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 干预：个性化的1对1干预（7周-12个月） ◆ 内容：诊断、自我管理以及生活方式的改变 ◆ 疗效：成年糖尿病患者的糖化血红蛋白(HbA1c)水平
---	---	--	---

个人电话咨询

B 中等推荐

- ◆ 干预：提供个人电话咨询（最多11次电话，在6个月内进行）
- ◆ 内容：解决自我管理的障碍和促进因素，并提供自我管理
- ◆ 疗效：糖尿病成人患者的HbA1c水平

2.2 肺部疾病

<p>1.团体教育课程</p> <p>B 中等推荐</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 干预：小组会议（共3次，每次90分钟） ◆ 内容：诊断教育、技能培训及自我管理 ◆ 疗效：哮喘成人患者的自我效能，自我治疗行为 	<p>2.单独教育课程</p> <p>B 中等推荐</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 干预：个人辅导（在6周内进行3次，每次30分钟） ◆ 内容：指导他们如何使用每日峰流速计和症状监测日记 ◆ 疗效：夜间醒来的情况、自我管理行为以及感知哮喘控制 	<p>3.团体+个体课程</p> <p>B 中等推荐</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 干预：团体和个人课程（每周1次，共7周） ◆ 内容：自我管理技能和同伴支持 ◆ 疗效：最大肺活量、加深对峰值流速监测的理解，减少哮喘诱因
---	---	---

2.3 心脏疾病

<p>1.个性化服务</p> <p>B 中等推荐</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 干预：个性化服务，面对面或结合电话方式（在2-6个月内进行4-18次通话） ◆ 内容：促进和支持身体活动的因素及障碍、设定目标、身体活动日记和疾病教育等 ◆ 疗效：心力衰竭和高血压患者的体力活动参与度、药物依从性，体重指数（BMI）、体重和血压 	<p>2.基于团体的干预</p> <p>B 中等推荐</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 干预：基于小组的照护，包括2.5h/次，1次/周，共持续5周的课程 ◆ 内容：诊断教育、目标设定、行动计划制定、自我监测技巧及团体支持 ◆ 疗效：高血压患者的血压水平、胆固醇水平、身体质量指数（BMI），体力活动量 	<p>1. 个性化课程</p> <p>B 中等推荐</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 干预：单人课程（1次60分钟面对面会话+后续的电话随访） ◆ 内容：行动计划、目标设定和诊断教育 ◆ 疗效：未接受透析的慢性肾病成人患者自我管理技能、自我效能和肾病相关知识
---	--	--

3. 自我管理干预慢病社区居住成年人的教育、工作、志愿服务、休闲和社会参与

多模式的体力活动干预方案

B 中等推荐

- ◆ 干预：一种多模式的体力活动干预方案，包括1次为期2h的面对面会议，会后1周和1个月时进行电话随访
- ◆ 内容：使用量身定制的计算机技术和健康咨询（定制的健康通讯，运动锻炼指导，解决问题，目标设定、增加身体活动的方法）
- ◆ 疗效：2型糖尿病患者的休闲活动和社会参与度

4. 中风患者的照顾者进行干预以维持他们对照顾者角色的参与

<p style="text-align: center;">1. 解决问题为导向干预</p> <p style="text-align: center;">B 中等推荐</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 干预：解决问题训练，含教育和紧迫问题的多步骤策略。社区照顾者：1次3h的单个培训，7次40min电话培训；急性出院的照顾者：3次个性化面对面培训，随后1次/周，7周电话培训 ◆ 内容：教育和指导使用解决问题的策略 ◆ 疗效：中风患者照顾者的抑郁情绪 	<p style="text-align: center;">2. 高强度团体干预</p> <p style="text-align: center;">B 中等推荐</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 干预：每周1次，每次2h，连续8周，随后每月1次，共10次，每次2小时，或每两月1次，每次90分钟，共15次 ◆ 内容：应对策略、解决问题的技能和疾病教育 ◆ 疗效：中风患者照顾者的抑郁情绪、生活质量 	<p style="text-align: center;">3. 团体教育</p> <p style="text-align: center;">B 中等推荐</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 干预：在医院进行2-7个1小时的团体课程 ◆ 内容：中风知识、可用资源、康复、预防以及日常生活技能的适应 ◆ 疗效：中风患者照顾者的医学知识 	<p style="text-align: center;">4. 安全转移与处理技巧</p> <p style="text-align: center;">B 中等推荐</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 干预：实操训练，3-5次30-45min/次的在院训练，1次后续家庭训练；或3次2-2.5h/次在院训练+3次电话随访 ◆ 内容：安全转移与处理技巧 ◆ 疗效：中风患者照顾者的生活质量、照护负担
--	--	---	---

二、指南中推荐策略的选择与调整

为了修改或调整基于证据的干预措施以适应实践，作业治疗师必须提前计划并积极思考他们需要做出的改变，以使干预措施适应患者和实践环境[5]。此外，他们必须记录他们如何以及为什么改变所研究的干预措施，以便他们环境中的其他人知道如何实施干预措施以及做出改变的原因。当从业者调整干预措施时，不再以证据为基础，而是以证据为依据。如果需要对干预进行广泛的调整，则干预可能不适合患者或环境。如果从业者发现干预措施不适合服务对象，不应使用该干预措施。临床应用干预应尽可能与研究中使用的干预相似。

三、总结

本实践指南汇总了最新研究证据，为针对心脏病、慢性肺病、糖尿病及肾脏疾病成人患者的自我管理干预措施，为作业治疗师提供临床决策依据，也还可用于作业治疗教育课程等。建议作业治疗师在为患有慢性疾病患者提供干预时常规采用多模式方法，包括教育、目标设定及解决问题等组成部分，并坚持长时间实施，以帮助患者建立自我管理的习惯和日常生活模式。此外，在规划和提

供服务时，治疗师还应考虑以下几点：结合标准化的表现评估与患者自述；远程医疗模式与面对面访问相结合；与跨专业团队成员合作。

参考文献：

- [1] Fields B , Smallfield S .Occupational Therapy Practice Guidelines for Adults With Chronic Conditions[J].The American journal of occupational therapy : official publication of the American Occupational Therapy Association, 2022, 76(2).DOI:10.5104/ajot.2022/762001.
- [2]Smallfield, S., Fang, L., & Kyler, D. (2021). Self-management interventions to improve activities of daily living and rest and sleep for adults with chronic conditions: A systematic review. American Journal of Occupational Therapy, 75, 7504190010. <https://doi.org/10.5014/ajot.2021.046946>
- [3] Kaldenberg, J., Newman, R., & Emmert, C. (2020). Self-management interventions for social and leisure participation among community-dwelling adults with chronic conditions: Systematic review of related literature from 1995 - 2018 [Critically Appraised Topic]. American Occupational Therapy Association. <https://www.aota.org/-/media/Corporate/Files/Secure/Practice/CCL/Productive%20Aging/Chronic-Conditions-CAT-Social-Leisure.pdf>
- [4] Rouch, S. A., Fields, B. E., Alibrahim, H. A., Rodakowski, J., & Leland, N. E. (2021). Evidence for the effectiveness of interventions for caregivers of people with chronic conditions: A systematic review. American Journal of Occupational Therapy, 75, 7504190030. <https://doi.org/10.5014/ajot.2021.042838> Highfield, L., Hartman, M. A., Mullen, P. D., Rodriguez, S. A.,
- [5] Fernandez, M. E., & Bartholomew, L. K. (2015). Intervention mapping to adapt evidence-based interventions for use in practice: Increasing mammography among African American women. BioMed Research International, 2015, 160103. <https://doi.org/10.1155/2015/16010326587531>

《儿童与青少年作业治疗实践指南》解读

林可敬¹, 王瑞雪¹, 董安琴^{1*}

1 郑州大学第五附属医院医院, 河南郑州, 450052

* 董安琴, 副教授, 邮箱: anqindong@163.com

儿童游戏、自我照顾、社会互动、学习和自我调节的基础在幼儿时期认知、运动、社会情感和自我照顾等能力有序发展的过程中逐步建立。当儿童及其家庭缺乏日常活动参与时, 可能会影响其健康、幸福和生活质量。早期识别发育迟缓迹象并及早干预进行对儿童发展、作业技能、社交互动和就业有积极影响。疾病、残疾或技能缺失均可能影响儿童和青少年的活动参与能力, 进而导致他们在社会中被边缘化、孤立, 以及自尊心降低¹。作业治疗能够促进那些有发育障碍或残疾的儿童和青少年在运动、认知、社交等作业技能的发展, 提升其在自我照顾、学习、社会交往等方面的活动参与能力。

作业治疗师需识别早期迹象, 提供筛查、评估和干预服务, 服务内容包括评估和分析儿童的优势和需求, 与家庭合作, 制定个性化的治疗和教育计划, 在自然环境和日常生活中进行干预, 使其能适应真实的生活、学习环境。

基于指南的临床实践是作业治疗师规范、高效诊疗的前提。美国作业治疗协会 (American Occupational Therapy Association, AOTA) 在 2020 年基于已发表的科学研究制定并发布了幼儿 (出生至 5 岁)、儿童和青少年 (5 至 21 岁) 两篇作业治疗实践指南, 为作业治疗的循证实践提供依据。本文将对这两份指南的要点部分进行解读。

1. 幼儿作业治疗实践指南 (出生至 5 岁)

指南通过系统回顾和分析多项研究, 综合了关于幼儿期认知发展、心理健康、运动能力以及日常生活技能等方面的干预措施, 旨在为作业治疗师提供基于证据的决策支持。指南旨在促进幼儿在家庭、托幼机构和社区中的全面发展, 改善他们的日常功能和参与能力。

1.1 认知发育

1.1.1 以治疗师为主导的早产儿干预

指南提出新生儿个体化发展护理计划^{2, 3}、指导家长与孩子一起游戏⁴、临床早期干预和家庭活动相结合⁵等措施, 可显著改善早产儿的专注力与对外界刺激的反应能力。

1.1.2 以治疗师主导的学龄前儿童干预

自闭症谱系障碍 (autism spectrum disorder, ASD) 儿童在接受关键反应治疗和积极行为支持后, 在 6 个月后随访时维持了这些技能⁶。针对注意缺陷多动障碍 (attention deficit

hyperactivity disorder, ADHD) 儿童, 强调注意力、抑制控制、眼手协调、视觉聚焦、平衡、感觉意识和听觉技能 7。对发育缓慢的学前儿童重点关注发展和感觉活动 8。

1.1.3 家长实施的干预

家长与孩子共同玩耍、读书 9 和根据需求喂养, 可显著改善儿童的认知发育。共享阅读和对话阅读对提高学前儿童的注意力、工作记忆和读写技能具有显著效果。此外触摸干预如袋鼠式护理 10 和按摩 11, 可促进婴幼儿的认知发展。KC 即将幼儿贴身抱在胸前, 这有助于改善幼儿的体温调节、情感联系以及整体发育。

1.1.4 学前教育团队实施的干预

使用特定课程, 如再读一次 12 和基于调查的发育知情 13, 可提高有学习延迟风险儿童的单词意识及对文字形式、字母及语音的掌握。互动故事书干预改善了幼儿阅读技能, 并且纸质书提高学前儿童字母命名的效果更显著。“儿童入学过渡计划” 14 可提升发育障碍儿童读写能力, 使其顺利过渡到幼儿园。

1.2 心理健康和积极行为

1.2.1 触摸

研究发现三次 30 分钟的皮肤接触能有效增强依附关系 15。每日 10 小时及更长时间的皮肤接触和 60 分钟的袋鼠式护理过程中母亲唱摇篮曲还可显著减轻母亲焦虑抑郁症状 16, 17。此外, 按摩(如专为婴儿设计的按摩、气功按摩以及自创的按摩方案)有助于婴幼儿的自我调节能力和行为改善 18。

1.2.2 亲子互动疗法 (PCIT)

PCIT 是一种手册化的干预方法, 通过单向镜子和耳机对家长提供指导, 以促进亲子互动 19。PCIT 在改善幼儿行为方面(如儿童的外显行为和挑战行为在显著减少)有效, 但各研究中 PCIT 强度差异很大, 从 1h/周持续 4 月到 60-90min/周持续 2 年不等 20。

1.2.3 基于培训的干预

家长培训能有效改善养育行为(包括家长的回应能力和亲子互动行为、应对儿童外显行为和内隐行为、使用积极育儿策略等方面) 21 和母婴依附 22。积极行为干预和支持显著改善了儿童的社交技能和行为问题 23。社会情感预防程序能有效提升高风险学前儿童行为和社交能力 24。

1.3 日常生活活动

1.3.1 喂养和饮食

重复暴露干预可改善儿童对食物接受度。2 至 4 岁的儿童在 6 周内经过六次暴露后, 对目标蔬菜的摄入量显著增加 25。蔬菜重复暴露并进行强化或奖励的效果比单独重复暴露效果更佳 26。此

外，使用母亲唱摇篮曲的录音配合非营养性吮吸（如使用奶嘴），每天 15 分钟，持续 5 天，会显著增加喂养的速度和每天喂养次数 27。

1.3.2 如厕

如厕的干预措施如家长教育、惩罚性语言对改善如厕效果并不显著或存在争议。在 18 至 30 个月的儿童中使用湿床警报可能有助于完成如厕 28。

1.3.3 休息和睡眠

培训父母逐步减少对儿童的哭声的响应、逐步减少儿童入睡时间 29 以及应用特定的干预措施（如皮肤接触 30、按摩 31、使用定位装置 32 等）可减少共睡现象并提高早期儿童期的睡眠质量。

2. 儿童和青少年作业治疗实践指南（5 至 21 岁）

该指南由美国职业治疗协会（AOTA）开发，旨在指导 5-21 岁儿童青少年的职业治疗决策和服务提供。通过系统回顾三项关于基于活动和职业干预的研究，该指南综合了证据，为教育、实践和研究提供了推荐。其主要目的是促进儿童青少年在家庭、学校和社区等自然环境中的最佳参与表现。该指南的主要发现与推荐如下：

2.1 日常生活活动

2.1.1 基础性日常生活活动

2.1.1.1 任务导向的活动和日常自我护理活动

强有力的证据表明，支持参与自我护理活动和日常，以提高脑瘫、自闭症、特发性关节炎残疾儿童的功能生活技能的参与和表现 33。

2.1.1.2 功能体育活动

强有力的证据表明，参与功能性活动和结构化锻炼计划能显著提升脑瘫儿童和青少年的功能灵活性。家庭为基础的体育活动每周进行，显著增加了参与者的身体活动量 34。

2.1.1.3 任务导向训练

参与运动和上肢伸展的任务导向训练，提高了痉挛性自闭症儿童的自我喂养能力和进餐参与度。

2.1.1.4 基于认知的干预

强有力的证据显示，认知干预能提升儿童和青少年的功能灵活性及自我护理能力。

2.1.1.5 基于技术的干预

视频建模尤其适用于小学生和青少年，它能有效提升儿童的自我护理能力和表现。网络干预也被证明对脑瘫儿童和青少年的自我护理有积极效果。此外，参与基于平衡的电子游戏训练的轻度脑瘫儿童和青少年在自我护理方面取得了显著进步。

2.1.2 工具性日常生活活动

2.1.2.1 健康的维护和管理

2.1.2.2 身体活动和健身

学校作业和活动干预能提升学生健康。组织课间休息、课外活动、课堂比赛、教练训练、体育计划、设备提供、社区活动和家长参与，可显著增加学生每日体育活动时间。

2.1.2.3 饮食和营养

通过技能互动课程和结构化体育活动，改善 5-21 岁儿童青少年饮食行为。研究显示，3-5 年级学生参加课后课程（LA Sprouts），涵盖烹饪、营养和园艺，显著提升了他们对食物、营养和家庭园艺的知识³⁵。

2.1.2.4 健康日常

针对 9 至 18 岁青少年的健康问题，采用以教育和技能为核心的干预措施，结合小组活动和活动导向的认知行为策略。

2.1.2.5 安全、驾驶和沟通管理

干预措施分为技术型和活动型两类。儿童和青年接受了驾驶方面的活动型技能培训。在自然环境中提供服务，期望儿童和青年执行任务，也是一个关键因素。

2.1.3 游戏和休闲

2.1.3.1 认知行为干预

12 周的体育课程能提升 ASD 儿童解决问题和决策的能力，并获得奖励。另一项研究将口头赞扬和标记与运动技能训练结合，帮助自闭症儿童掌握了特定的运动技能游戏，但这种技能并未延续到学校休息时间。

2.1.3.2 计算机和技术干预

一项系统评估提供了低强度的证据来支持残疾儿童使用虚拟现实游戏和电脑游戏。

2.1.3.3 结构化和引导式游戏参与

在学校操场上对 ASD 儿童进行积极指导和建模，以及引导他们参与游戏，能显著提高他们在课间休息时适当玩耍的频率。将玩具、游戏设备、同伴或兄弟姐妹融入引导游戏课程中，效果最佳³⁶。

2.1.4 休息和睡眠

进行睡眠准备活动，如睡眠教育和放松技巧，能提升睡眠质量³⁷。研究表明，睡眠指导计划对 ADHD 和行为睡眠障碍儿童及其照顾者在改善睡眠习惯、卫生和日常功能方面有积极效果

2.2 心理健康、积极行为和社会参与

2.2.1 作业和生活技能培训

作业治疗师通过训练生活技能帮助儿童和青少年适应高等教育，例如通过组织背包、计划活动和制作提醒清单等，提升 7-11 岁 ADHD 儿童的学校表现。

2.2.2 户外团体和营地

团体户外活动有助于提升 5 至 21 岁儿童和青少年的心理健康和社会参与。10 至 20 天的荒野治疗能有效减少反社会行为，一周的露营活动则能提高自卑儿童的自尊。

2.2.3 比赛

通过游戏化干预提升儿童青少年社交参与。对自闭症小学生实施的友谊培训小组干预，使得父母在社会技能评定量表上的评分显著提高。

2.2.4 体育活动

参与体育活动，如穿梭跑、跳绳和目标导向运动，持续 6 周，每周 2 次，显著提升了 7-9 岁 ADHD 儿童社会技能评分系统的协作性分量表得分。

2.2.5 视频和电脑游戏

电脑和电子游戏有助于提升儿童和青少年的社会技能，增进他们的社交参与和心理健康。例如，8 至 12 岁 ADHD 儿童通过参与计算机化游戏干预，其合作技能得到了显著提高 38。

2.2.6 瑜伽

12 周的学校瑜伽项目显著提升了学生的身体力量和能力。基于课堂的瑜伽活动，包括体式、呼吸、放松和吟诵，也提高了孩子们的社会适应行为。

2.2.7 冥想

对 10-12 岁儿童在课堂上进行冥想指导和每天午餐后 10 分钟的练习，结果显示他们的心理健康指标有显著提升。

2.2.8 动物辅助干预

治疗性骑马和豚鼠护理等方法对自闭症儿童的心理健康和社会参与有积极影响。

2.2.9 创意艺术

戏剧化的创意艺术活动能提升儿童和青少年的社会参与度。

2.3 学习、学术成就和成功参与学校

2.3.1 教育参与

2.3.1.1 稳定球

有证据表明，使用稳定球对学生行为有中等强度的正面影响。研究显示，二年级学生在课堂上使用稳定球时，其参与任务的行为有所增加。

2.3.1.2 加重背心

加重背心对自闭症儿童的效果不明显，其坐着时间、任务注意力及行为无显著改善。

2.3.1.3 瑜伽

针对六、九年级学生的社交情绪健康项目，包含 12 个 15 至 60 分钟的活动，内容涉及压力管理、身体和情绪意识、自我调节及建立健康人际关系。参与学生缺勤减少，学校参与度提高。

2.3.2 社会参与

2.3.2.1 同伴介导

同伴介导干预的 ASD 儿童在课堂社交技能上显著提升。

2.3.2.2 手册化程序

一项 16 阶段研究评估了课间休息的社会心理干预效果，发现干预显著提高了 ASD 儿童的同伴互动。

2.3.2.3 动物辅助活动

研究发现，经过 8 周，每周两次，每次 20 分钟的与豚鼠互动，ASD 儿童在课堂上的社会技能和社交行为有显著提升。

2.3.3 体力活动

2.3.3.1 基于活动和交互的程序

增加体力活动的显著积极结果。积极鼓励成人使用操场，每月的主题结合环境策略，包括操场标记，提供设备。

2.3.3.2 情境改变

改善环境能显著增加儿童体育活动。例如，操场标记、多样化的体育游戏设备，以及学校政策的调整，都能促进学生更多地使用操场。这些措施对学龄儿童有效。

2.3.3.3 电子游戏

电子游戏可能并不比其他提高身体活动的方法更为有效。

2.3.4 读写能力参与

2.3.4.1 嵌入式和补充性的创意素养活动

在课堂和补充活动中采用嵌入式创造性及参与式识字活动对提高学生的阅读积极性有积极作用。小组内的创造性讨论和轮流阅读活动尤其有效。

2.3.4.2 家长指导

通过家庭识字活动加强亲子间的互动，能够显著提升阅读的频率以及增加阅读书籍的数量。

2.3.4.3 同伴辅导

同伴辅导项目有效，特别是跨年龄辅导、直接阅读辅导以及持续 16 小时以上的辅导效果显著。

2.3.4.4 手写

研究表明，活动和职业干预能有效提高书写能力³⁹。这些研究采用了多种干预措施，包括针对手写问题的客户因素、感觉运动策略、治疗实践以及手写程序和策略的结合。研究对象为被诊断为有典型发育障碍或书写困难的人群。

3. 指南对中国作业治疗实践的启示

3.1 强调家庭参与：指南强调家庭在幼儿治疗中的核心作用，中国的作业治疗实践也应重视家庭参与，通过家长教育和培训，提升家庭干预的有效性。

3.2 跨学科合作：指南提倡跨学科合作，中国的医疗和教育体系应加强跨领域合作，共同促进幼儿的全面发展。

3.3 循证实践：基于证据的实践是指南的核心，中国的作业治疗师应不断学习最新研究成果，确保干预措施的科学性和有效性。

《指南》为幼儿期、儿童期、青少年期人群的作业治疗提供了详尽的循证支持和实践指导。通过借鉴该指南，中国的作业治疗实践可以更加科学、系统地提升幼儿的认知、情感、运动和日常生活技能，促进其全面发展；有效促进儿童青少年在日常生活、心理健康、学业和社会参与等方面的全面发展。作业治疗师及相关专业人员应充分利用这一指南，结合具体情况制定个性化的干预计划，为儿童青少年的健康成长贡献力量。

4. 小结

有关儿童作业治疗干预措施的文献和研究不断增长，作业治疗师必须跟上最新的研究进展，结合临床经验和客户特点，与家长或儿童本人以及多团队合作做出全面的决策，将证据转化为实践。本文对两篇幼儿与儿童作业治疗指南进行解读，目的是为了协助儿童家庭成员和作业治疗师挑选出有效的治疗干预方案，为患儿提供更优质的康复医疗服务。这对于帮助儿童和青少年达到功能上的独立性，并顺利融入社会，具有重大的意义。

参考文献

1. Cahill SM, Beisbier S. Occupational Therapy Practice Guidelines for Children and Youth Ages 5-21 Years. *Am J Occup Ther.* 2020;74(4):7404397010p7404397011-7404397010p7404397048.
2. Als H, Duffy FH, McAnulty G, et al. NIDCAP improves brain function and structure in preterm infants with severe intrauterine growth restriction. *J Perinatol.* 2012;32(10):797-803.
3. Als H, Duffy FH, McAnulty GB, et al. Is the Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP) effective for preterm infants with intrauterine growth

- restriction? *J Perinatol.* 2011;31(2):130-136.
4. Bann CM, Wallander JL, Do B, et al. Home-Based Early Intervention and the Influence of Family Resources on Cognitive Development. *Pediatrics.* 2016;137(4).
 5. Tang MH, Lin CK, Lin WH, Chen CH, Tsai SW, Chang YY. The effect of adding a home program to weekly institutional-based therapy for children with undefined developmental delay: a pilot randomized clinical trial. *J Chin Med Assoc.* 2011;74(6):259-266.
 6. Smith IM, Flanagan HE, Garon N, Bryson SE. Effectiveness of community-based early intervention based on pivotal response treatment. *J Autism Dev Disord.* 2015;45(6):1858-1872.
 7. Tamm L, Nakonezny PA. Metacognitive executive function training for young children with ADHD: a proof-of-concept study. *Atten Defic Hyperact Disord.* 2015;7(3):183-190.
 8. Golos A, Sarid M, Weill M, Weintraub N. Efficacy of an early intervention program for at-risk preschool boys: a two-group control study. *Am J Occup Ther.* 2011;65(4):400-408.
 9. Tachibana Y, Fukushima A, Saito H, et al. A new mother-child play activity program to decrease parenting stress and improve child cognitive abilities: a cluster randomized controlled trial. *PLoS One.* 2012;7(7):e38238.
 10. Feldman R, Rosenthal Z, Eidelman AI. Maternal-preterm skin-to-skin contact enhances child physiologic organization and cognitive control across the first 10 years of life. *Biol Psychiatry.* 2014;75(1):56-64.
 11. Abdallah B, Badr LK, Hawwari M. The efficacy of massage on short and long term outcomes in preterm infants. *Infant Behav Dev.* 2013;36(4):662-669.
 12. Justice LM, McGinty AS, Cabell SQ, Kilday CR, Knighton K, Huffman G. Language and literacy curriculum supplement for preschoolers who are academically at risk: a feasibility study. *Lang Speech Hear Serv Sch.* 2010;41(2):161-178.
 13. Nix RL, Bierman KL, Domitrovich CE, Gill S. Promoting Children's Social-Emotional Skills in Preschool Can Enhance Academic and Behavioral Functioning in Kindergarten: Findings from Head Start REDI. *Early Educ Dev.* 2013;24(7).
 14. Pears KC, Kim HK, Fisher PA, Yoerger K. Increasing pre-kindergarten early literacy skills in children with developmental disabilities and delays. *J Sch Psychol.* 2016;57:15-27.
 15. Cho ES, Kim SJ, Kwon MS, et al. The Effects of Kangaroo Care in the Neonatal Intensive Care Unit on the Physiological Functions of Preterm Infants, Maternal-Infant Attachment, and Maternal Stress. *J Pediatr Nurs.* 2016;31(4):430-438.
 16. Ahn HY, Lee J, Shin HJ. Kangaroo care on premature infant growth and maternal attachment and post-partum depression in South Korea. *J Trop Pediatr.* 2010;56(5):342-344.
 17. Lai HL, Chen CJ, Peng TC, et al. Randomized controlled trial of music during kangaroo care on maternal state anxiety and preterm infants' responses. *Int J Nurs Stud.* 2006;43(2):139-146.
 18. Silva LM, Schalock M, Gabrielsen K. Early intervention for autism with a parent-delivered Qigong massage program: a randomized controlled trial. *Am J Occup Ther.* 2011;65(5):550-559.
 19. Ros R, Hernandez J, Graziano PA, Bagner DM. Parent Training for Children With or at Risk for Developmental Delay: The Role of Parental Homework Completion. *Behav Ther.* 2016;47(1):1-13.
 20. Rodríguez GM, Bagner DM, Graziano PA. Parent training for children born premature:

a pilot study examining the moderating role of emotion regulation. *Child Psychiatry Hum Dev.* 2014;45(2):143-152.

21. Kierfeld F, Ise E, Hanisch C, Görtz-Dorten A, Döpfner M. Effectiveness of telephone-assisted parent-administered behavioural family intervention for preschool children with externalizing problem behaviour: a randomized controlled trial. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2013;22(9):553-565.

22. Evans T, Whittingham K, Sanders M, Colditz P, Boyd RN. Are parenting interventions effective in improving the relationship between mothers and their preterm infants? *Infant Behav Dev.* 2014;37(2):131-154.

23. Stanton-Chapman TL, Walker VL, Voorhees MD, Snell ME. The Evaluation of a Three-Tier Model of Positive Behavior Interventions and Supports for Preschoolers in Head Start. *Remedial and Special Education.* 2016;37(6):333-344.

24. Ștefan CA, Miclea M. Classroom Effects of a Hybrid Universal and Indicated Prevention Program for Preschool Children: A Comparative Analysis Based on Social and Emotional Competence Screening. *Early Education and Development.* 2012;23(3):393-426.

25. de Wild VWT, de Graaf C, Jager G. Use of Different Vegetable Products to Increase Preschool-Aged Children's Preference for and Intake of a Target Vegetable: A Randomized Controlled Trial. *J Acad Nutr Diet.* 2017;117(6):859-866.

26. Holley CE, Haycraft E, Farrow C. 'Why don't you try it again?' A comparison of parent led, home based interventions aimed at increasing children's consumption of a disliked vegetable. *Appetite.* 2015;87:215-222.

27. Chorna OD, Slaughter JC, Wang L, Stark AR, Maitre NL. A pacifier-activated music player with mother's voice improves oral feeding in preterm infants. *Pediatrics.* 2014;133(3):462-468.

28. Vermandel A, Van Kampen M, De Wachter S, Weyler J, Wyndaele JJ. The efficacy of a wetting alarm diaper for toilet training of young healthy children in a day-care center: a randomized control trial. *Neurourol Urodyn.* 2009;28(4):305-308.

29. Gradisar M, Jackson K, Spurrier NJ, et al. Behavioral Interventions for Infant Sleep Problems: A Randomized Controlled Trial. *Pediatrics.* 2016;137(6).

30. Bastani F, Rajai N, Farsi Z, Als H. The Effects of Kangaroo Care on the Sleep and Wake States of Preterm Infants. *J Nurs Res.* 2017;25(3):231-239.

31. Yates CC, Mitchell AJ, Booth MY, Williams DK, Lowe LM, Whit Hall R. The effects of massage therapy to induce sleep in infants born preterm. *Pediatr Phys Ther.* 2014;26(4):405-410.

32. Lacina L, Casper T, Dixon M, et al. Behavioral observation differentiates the effects of an intervention to promote sleep in premature infants: a pilot study. *Adv Neonatal Care.* 2015;15(1):70-76.

33. Law MC, Darrah J, Pollock N, et al. Focus on function: a cluster, randomized controlled trial comparing child- versus context-focused intervention for young children with cerebral palsy. *Dev Med Child Neurol.* 2011;53(7):621-629.

34. Grecco LA, Zanon N, Sampaio LM, Oliveira CS. A comparison of treadmill training and overground walking in ambulant children with cerebral palsy: randomized controlled clinical trial. *Clin Rehabil.* 2013;27(8):686-696.

35. Davis JN, Martinez LC, Spruijt-Metz D, Gatto NM. LA Sprouts: A 12-Week Gardening, Nutrition, and Cooking Randomized Control Trial Improves Determinants of Dietary Behaviors.

J Nutr Educ Behav. 2016;48(1):2-11. e11.

36. Kretzmann M, Shih W, Kasari C. Improving peer engagement of children with autism on the school playground: a randomized controlled trial. Behav Ther. 2015;46(1):20-28.

37. de Bruin EJ, Bögels SM, Oort FJ, Meijer AM. Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia in Adolescents: A Randomized Controlled Trial with Internet Therapy, Group Therapy and A Waiting List Condition. Sleep. 2015;38(12):1913-1926.

38. Bul KC, Kato PM, Van der Oord S, et al. Behavioral Outcome Effects of Serious Gaming as an Adjunct to Treatment for Children With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Randomized Controlled Trial. J Med Internet Res. 2016;18(2):e26.

39. Hoy MM, Egan MY, Feder KP. A systematic review of interventions to improve handwriting. Can J Occup Ther. 2011;78(1):13-25.

作业治疗科普



栏目介绍：作业治疗科普与专业发展

蔡素芳，林燕清

福建中医药大学附属康复医院

作业治疗（Occupational Therapy, OT）作为康复医学的重要组成部分，在改善患者生活质量、促进社会融入方面发挥着重要作用。近年来，作业治疗在康复医学中的作用越来越被认可。然而，公众对作业治疗的认知度仍然有限，甚至存在误解。这种认知缺乏和误解可能导致患者无法获得有效的作业治疗服务，因此作业治疗的科学普及显得尤为重要。通过科普活动不仅可以提升公众对作业治疗的认知，帮助其了解作业治疗的实际应用和效果，还可以促使更多医疗从业人员和社会工作者认识到作业治疗的重要性，从而推动作业治疗专业的进一步发展。

当前，作业治疗科普活动越来越受到重视，形式也更加丰富，主要包括义诊、云上科普大讲堂、公众讲座、发布科普文章和制作科普视频等形式。中国康复医学会作业治疗专委会每年参加中国康复医学会组织的“530 全国科技工作者日”活动、“全国科普日”活动以及《对话康复》访谈节目；2018 年加入 WFOT 以来，每年 10 月 27 日“世界作业治疗日”期间，会组织全国的作业治疗师们开展形式多样的庆祝活动，其中作业治疗科普也是其中一项重要的活动，并举办多期作业治疗科普大赛，在传播作业治疗专业知识、加强健康科普服务能力方面发挥了重要作用，创作了众多高质量、深入浅出、贴近民众需求的作业治疗科普作品。

中国康复医学会作业治疗专委会科普工作组于 2024 年 5 月正式成立，其愿景是整合全国各地优秀作业治疗师资源，致力于普及作业治疗专业知识、提升作业治疗行业影响力、提供优质的社会公益服务，推动作业治疗科普工作的科学性、系统性和全面性。2024 年 5 月由科普工作组负责举办第四届作业治疗科普大赛，大赛以“作业为本，融合创新”为主题。在全国范围内，经过初赛和决赛两个环节，评委专家从专业性与科学性、原创性与创新性、大众性、艺术性、规范性、演讲表现及内容等 6 个方面进行评分，最终从 83 支队伍中产生一等奖 2 名，二等奖 4 名，三等奖 8 名，优胜奖 15 名。

“中华 OT 电子期刊”作为中国作业治疗领域的重要学术与实践交流平台，也在科普工作中担任着重要角色。恰逢“中华 OT 电子期刊”（2024 中秋·国庆版）发行之际，我们将第四届作业治疗科普大赛中的部分优秀获奖作品展示给大家，希能够为广大作业治疗师进行科普提供借鉴和参考。

“患手”的一天

林玮佳、林燕清、周君仪、张心湄

福建中医药大学附属康复医院

研究背景

在临床中我们常常遇见这样的一群患者：平时在治疗室内，训练得热火朝天，“啵啵啵”的做着一些基础性的功能训练，但是当他们回到生活中，几乎不用、甚至忽略患手；然后还很疑惑“我训练得那么努力，我的患手怎么还是没有用呢？”为了让大众认识到脑损伤患者“患手”用起来的意义，我们精心制作了这样的一份科普作品《“患手”的一天》。

作品理念

1. “用进废退”理论

依据“用进废退”的理论，基于手的4大功能“支撑、固定、引导、对称”指导患手在日常生活中参与的方式方法，传达患手不论处于哪个功能阶段，都可以发挥一定的作用。



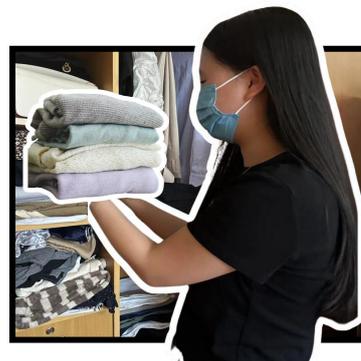
支撑



固定



引导

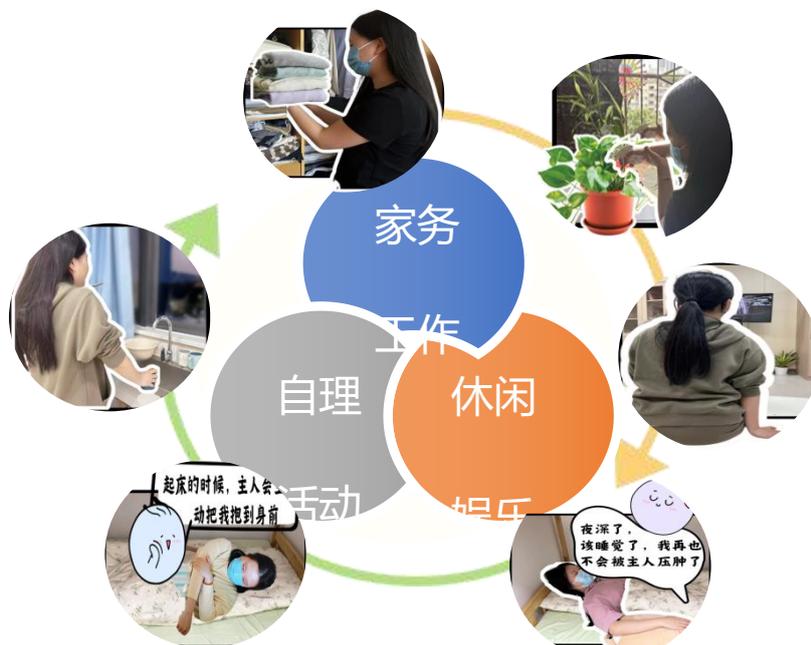


对称

2. “作业平衡”观点

人的日常生活是由一定量的自我照顾性的活动、工作、休闲或休息组成的，每个人有着不同的

生活方式，来满足各自的作业需求，以达到健康、幸福和满足。鼓励患者即使是生病了，也要分配时间在自理、家务、工作、休闲、休息等多个领域，而不能长时间无事可做或缺乏活动，或只有锻炼、睡觉这样单调的生活方式。



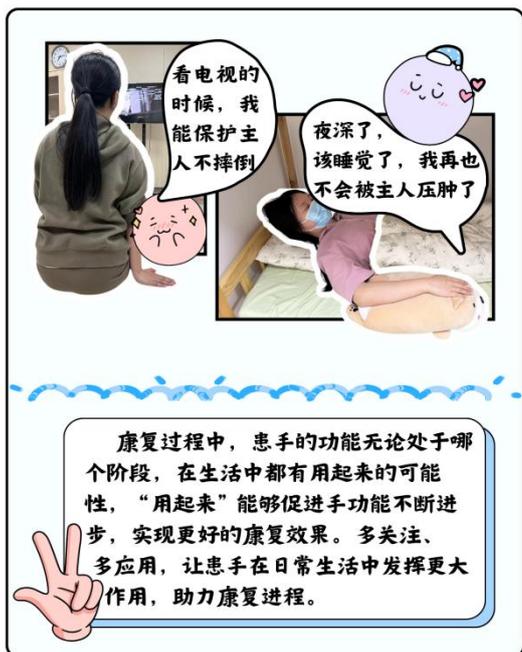
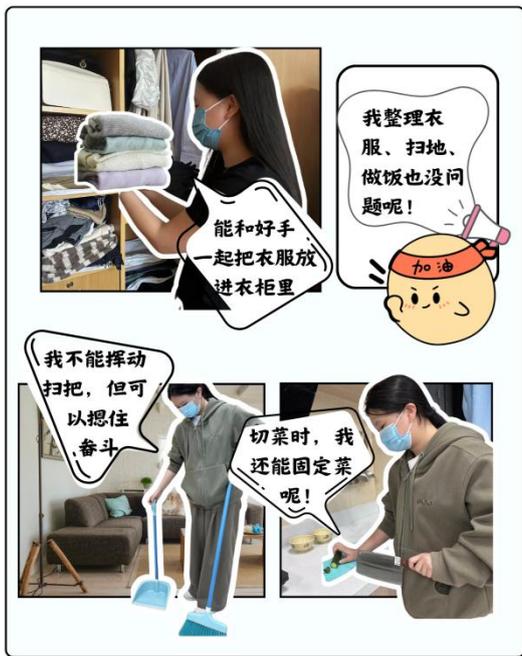
3. “24 小时康复”理念

“成功的康复不仅取决于各种治疗，更取决于患者如何度过每天治疗之外的剩余时间。如果患者在剩余的时间里以异常的运动模式活动，痉挛就会加重，治疗所取得的进步大部分将会丧失，而无法用于日常生活活动中。因此，应把康复看作是对每个患者一天 24 小时的管理或生活方式。”——摘自《循序渐进 偏瘫患者的全面康复治疗（第二版）》。该科普作品秉持着 24 小时康复理念，记录患者从早到晚，患手的一天生活。

作品呈现

该科普作品是以漫画的形式，采用拟人的手法，从“患手”的视角，讲述右利手偏瘫的女士，在经过作业治疗后，丰富多彩的一天生活。





厚德精术 博医济世

患手参与的生活更精彩

福建中医药大学附属康复医院
福建省康复医院

价值传导

康复过程中,患手的功能无论处于哪个阶段,在生活中都有用起来的可能性,“用起来”能够促进手功能不断进步,实现更好的康复效果。多关注、多应用,让患手在日常生活中发挥更大作用,助力康复进程。

康复，抗癌路上的“利器”

怀宝玉、李奕凝

上海市养志康复医院（上海市阳光康复中心）

研究背景

临床中，我们接触的大部分肿瘤患者都持有消极的生活态度，认为自己很多事情没办法完成，不愿意去尝试，对康复也缺乏认识。同时，我国肿瘤康复起步较晚，开展较少。但是，随着肿瘤治疗技术的更新迭代，如何让癌症患者从活得久到活得好，成为一个重要课题。因此，为了帮助更多肿瘤患者及公众接触康复、开始康复，我们以漫画形式呈现科普作品《康复，抗癌路上的“利器”》。



图 1-1 肿瘤患者生理、心理、社会共性需求

作品理念

1. 以患者为中心、多学科合作的肿瘤康复策略

无评估，不治疗，任何治疗都基于前期评估。因此，应该以患者为中心制定个性化治疗方案。肿瘤科临床医生是推动运动康复实施的关键人物。最理想的临床实践模式是多学科合作模式（《以功能障碍为中心的中国癌症患者运动康复专家共识》，中国康复医学会肿瘤康复专业委员会，2023），由肿瘤科临床医生进行初步筛查和运动风险分层，并告知癌症患者运动的重要性，进行合适转诊，由包括作业治疗师在内的专业康复人员评估和指导患者最适合其需求和喜好的活动。作业治疗师以作业为中心，关注患者日常生活独立性和作业表现，帮助癌症患者重建信心、提高生命质量。

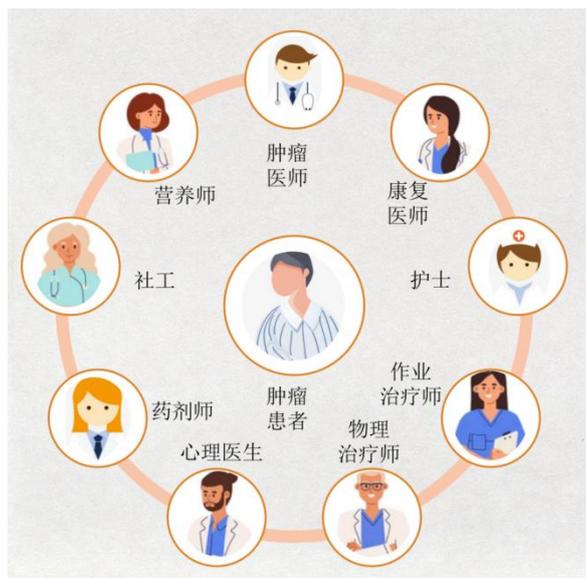


图 2-1 以患者为中心、多学科协作的肿瘤康复策略

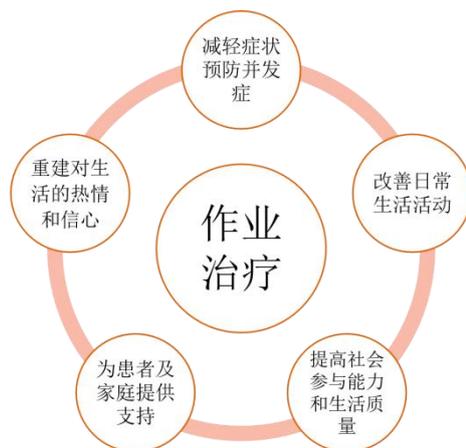


图 2-2 作业治疗在肿瘤康复中的角色

2. 以功能障碍为中心的疲劳、疼痛和压力管理

癌症相关性疲乏、疼痛、压力及焦虑抑郁等情绪障碍是最常见的癌症患者症状，严重影响了癌症患者日常生活活动能力和生存质量。大量临床证据支持运动可以改善上述常见症状和功能障碍。

有氧运动

活动锻炼是经**一级证据**证实有效的癌因性疲劳干预措施
最佳运动形式为有氧运动

图 2-3 运动帮助改善癌症患者症状及功能障碍

作品呈现

该作品使用 AI 作为工具，以漫画的形式呈现。从患有肿瘤的小安视角切入，叙述了她如何从患病初的焦虑不安、萎靡不振，到接触康复后慢慢振作，最后重建信心、接受事实并积极生活的故事。

图 3-1 AI 转换



康复，抗癌路上的“利器”

嗨，我叫小安，今年 28 岁，
是一名脑恶性肿瘤患者。



起初，我和大部分人一样，
觉得得了癌症天要塌下来。
开始康复后，生活质量有了大幅度提升。
一起来看看我的故事吧~

PART 1 不安

本来，我是一名室内建筑设计师，在业界也小有名气。



画画是我坚持了 10 年的兴趣爱好。



2

也喜欢到全国各地旅行。



旅行途中会用相机记录大好河山和人间烟火气。



但是，三个月前，
我被确诊为 II 级星形细胞瘤。

3

手术后躺在家里两个星期了，
睡不好，胃口差，疲劳乏力，心情也十分糟糕。



手术医生建议我进行康复治疗，但我只想静养。



4

PART 2 接受

在爸爸的鼓励下，我来到康复医院，
作业治疗师和我一起制定了康复目标和方案，



5

其中改善疼痛、乏力并自己洗澡是我的主要诉求。
因此，作业治疗师对我的疼痛情况进行了评估。

用数字式 0~10 代替文字来表示疼痛的程度。将一条直线等分为 10 段，按 0~10 分次序评估疼痛程度。书写方式为：在描述过去 24 小时内最严重的疼痛的数字上画圈。

0 无痛
1-3 轻度疼痛(疼痛不影响睡眠)
4-6 中度疼痛
7-9 重度疼痛(不能入睡或者睡眠中痛醒)
10 剧痛

她详细询问了我的疼痛部位、类型、持续时间，
并让我对疼痛进行打分。

同时，询问了我的疲劳程度。

简易疲劳量表中文版(FITC)
姓名: 小安 总分: 5A

- 请选择一个能够描述你现在疲乏的程度
没有疲乏 轻度疲乏
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- 请选择一个能够描述你过去 24h 内异常疲乏程度的数值
没有疲乏 轻度疲乏
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- 请选择一个能够描述你过去 24h 内最严重疲乏程度的数值
没有疲乏 轻度疲乏
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- 请选择过去 24h 内疲乏影响你的方式
没有影响 完全影响
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- 对日常活动的影响
没有影响 完全影响
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- 对情绪的影响
没有影响 完全影响
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- 对行走能力的影响
没有影响 完全影响
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- 对日常生活(包括日常家务和正常工作)的影响
没有影响 完全影响
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- 对他人关系的影响
没有影响 完全影响
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- 对日常兴趣的影响
没有影响 完全影响
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

还评估了日常生活能力，
详细询问了洗澡时的姿势动作、
疲劳程度、浴室的环境等。

改良 Barthel 指数评分					
项目	完全依赖	最大帮助	中等帮助	最小帮助	完全独立
修饰	0	1	5	4	5
洗澡	0	1	5	4	5
进食	0	2	5	8	10
用厕	0	2	5	8	10
穿衣	0	2	5	8	10
大便控制	0	2	5	8	10
小便控制	0	2	5	8	10
上下楼梯	0	2	5	8	10
床椅转移	0	5	8	12	15
平地行走	0	5	8	12	15
坐轮椅*	0	1	5	4	5
总分					84

最后，她告诉我，我背部的酸痛主要是由于
卧床时间太久导致，不用过于担心。

PART 3 信心

针对我的日常习惯，
她罗列了常见活动能量消耗，
用 MET 值(代谢当量)描述活动强度。

静态行为: $\leq 1.5\text{METs}$
低强度: $1.6\sim 2.9\text{METs}$
中等强度: $3.0\sim 5.9\text{METs}$
高强度: $\geq 6.0\text{METs}$

并针对我的疲劳、疼痛和日常生活受限，提出了专业建议。

1、省力原则

简化日常作业活动：比如能够使用凳子，不直接去够高处物品；

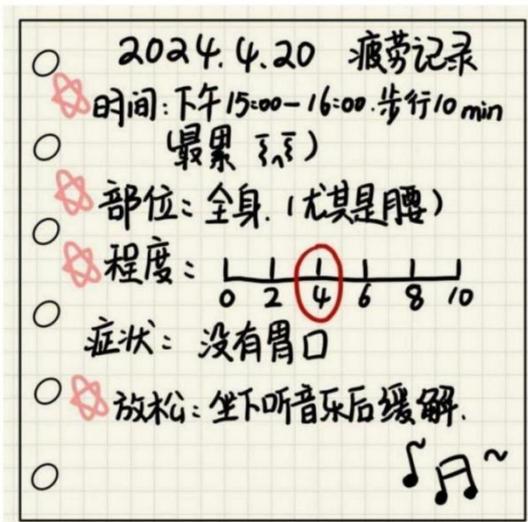


物品放在触手可及的位置，避免弯腰。



2、疲劳管理

每日疲劳记录：记录最疲劳的时刻和最有效预防疲劳的方法。



使用洗澡椅坐着洗澡 (2.0 MET)，花洒放在触手可及的位置。



擦干时使用大浴巾，减少弯腰低头等大幅度动作，避免过于疲劳。



周历计划：安排一周活动和休息时间，并优先考虑最有价值的活动和最想做的事情。

TIME	MON	TUE	WED	THUR	FRI	SAT	SUN
7:00	起床!!					起床	起床
8:00						起床!!	
8:30	开始工作!					早饭	早饭
9:00	开会					去书店	画画
10:00	下班!!					干饭啦!!!	午饭!!
11:30	继续工作!!					Hold on!	午饭!!
13:30							午饭!!
15:30							晚饭
16:30							晚饭
17:30							晚饭
18:30							晚饭
19:30							晚饭
20:30							晚饭
21:30							晚饭

也可借助手机 APP“Waking Up”进行。

3、有氧运动

分级有氧运动对于缓解疲劳最有效，比如排球 (4.0MET)、羽毛球 (4.5MET)、乒乓球 (4.0MET) 等球类活动；



还可以尝试健身气功八段锦(3.2MET)、团体操(5.1MET)等;



运动前应注重热身, 避免拉伤;

无特殊禁忌症, 每周需进行至少 150 分钟的中等强度
或 75 分钟的高等强度有氧运动,



换算成身体活动能量值 (运动强度×时间),
至少需要达到 12~15METs/周;
并进行核心肌群和颈部强化锻炼。



4、正念练习等冥想活动

正念最早由卡巴金博士提出, 源自东方禅修, 并去宗教化。
正念练习的要点即此时此刻、不加评判的觉察。



初学者可以进行观呼吸和身体扫描练习,
选择一个安静的环境, 舒适的坐位或者卧位。
可借助如微信小程序“睿心冥想”等手机音频进行。

5、瑜伽和其他放松活动

瑜伽 (3.1MET) 有助于改善疲劳和睡眠,



体感游戏 (3.0MET) 有助于集中注意力, 缓解疼痛, 改善情绪。



适当的站位活动可以减轻卧床带来的背部不适，



轻量的上肢运动配合呼吸
有助于改善耐力下降导致的疲劳。



6、体位管理

通过体位的转变和调整，
比如坐卧转换姿势，



常见的放松体位包括婴儿式、
双手环抱双腿坐位、
坐位前倾靠软枕等。



8、压力管理

平时也可尝试写下一天中
最焦虑或紧张的时刻，以及可能的原因。
深呼吸、艺术治疗等也是缓解压力的好方法。



如果焦虑和抑郁情绪持续两周及以上，
并且影响睡眠，
建议寻求专业心理医生的帮助。

9、提高睡眠质量

白天减少卧床、固定就寝和起床时间、
调节室内温度、锻炼身体、



避免酒精和咖啡因摄入、睡前限制液体摄入、
睡眠时听助眠的音乐如肖邦《摇篮曲》等。

PART4 重建

坚持一段时间治疗后，
我觉得疼痛和疲劳有了明显改善，
对生活也充满了信心，
之后也会考虑重返工作岗位。



10、身体形象管理

定期洗澡，保持衣服整洁干净，



可根据场合化妆，保持心情舒畅。



作业治疗师有话说

星形细胞瘤属于脑胶质瘤的一种，
脑胶质瘤是发病率最高的脑恶性肿瘤，
约占 40%-50%，
患者的生存周期可长达 20 年。

康复为肿瘤患者提高生活质量，
作业治疗基于循证依据（Evidence-based）、
以患者为中心（Client-centered）、
以作业为中心（Occupation-focused）制定
干预措施，为肿瘤患者提高作业表现和生活满意度。

目前，各类癌症正呈年轻化、慢病化趋势，
恐惧来源于未知，
我们对疾病的了解程度越高，
应对起来也就越从容。

生命不在于长度，而在于质量。
愿你身体健康，任何时候都能被温柔对待。

参考文献：

- [1]中国抗癌协会癌症康复与姑息治疗专业委员会, 中国临床肿瘤学会肿瘤支持与康复治疗专家委员会. 癌症相关性疲劳诊断与治疗中国专家共识. 中华医学杂志, 2022;102(03):180-189. DOI:10.3760/cma.j.cn112137-20210811-01789.
- [2]COOPER, & JILL. (2006). Occupational therapy in oncology and palliative care, 2nd edition.
- [3]Braveman, B., Hunter, E. G., Nicholson, J., Arbesman, M., & Lieberman, D. (2017). Occupational Therapy Interventions for Adults With Cancer. The American journal of occupational therapy : official publication of the American Occupational Therapy Association, 71(5), 7105395010p1-7105395010p5. <https://doi.org/10.5014/ajot.2017.715003>.
- [4]Kielhofner, G. . (1985). A model of human occupation . Williams & Wilkins.
- [5]中国临床肿瘤学会肿瘤支持与康复治疗专家委员会,中国抗癌协会肿瘤康复与姑息治疗专家委员会,中华医学会麻醉学分会,等. 癌痛管理中疼痛危险理念的形与管理方案专家建议[J]. 中华医学杂志,2023,103(21): 1591-1595.DOI:10.3760/cma.j.cn112137-20221214-02647.
- [6]中国临床肿瘤学会肿瘤支持与康复治疗专家委员会,中国抗癌协会肿瘤放射治疗专业委员会,重庆市医药生物技术协会癌症康复与姑息治疗专业委员会. 肺癌姑息治疗中国专家共识[J]. 中华医学杂志,2022,102(27): 2084-2095.DOI:10.3760/cma.j.cn112137-20220401-00680.
- [7]T/CSSS 002—2023,健康成年人身体活动能量消耗参考值[S].北京: 中国体育科学学会,2023.

26

作者单位：上海市阳光康复中心（上海市养志康复医院）

图片拍摄：怀宝玉、李奕凝

文案：怀宝玉、李奕凝

封面绘制：李奕凝

漫画转换：美图 AI

价值传导

作业治疗与癌症并不疏远，作业治疗本身是一门有温度、充满人文关怀的学科。未来在以循证为基础、以作业为中心、以患者为中心的思想指导之下，借助人工智能等新技术新工具的辅助，会有更多的癌症患者有尊严地走过生命的历程。

有关认知症人群居家的环境支持建议

叶思媚, 何爱群

广东省工伤康复医院

作品背景

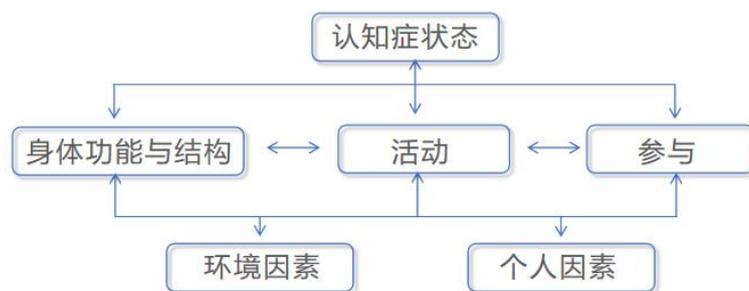
认知症是一种记忆力、思维、情绪行为以及日常生活能力退化的综合征。国际阿尔茨海默病协会 2018 年报告显示, 目前全球约有 5000 万人得了认知症, 每年有近 1000 万的新增病例, 人口老龄化的加速发展使认知症人群的数量逐年上升。认知症是全球老年人残疾和依赖的最主要原因之一。



作品理念

作业治疗的“全人”理念, 我们不仅关注康复对象身体功能的恢复, 更强调他的活动与参与。作业治疗坚信, 每个人都有追求有意义、充实生活的权利, 即便是认知症的人群也不例外。

而适宜的照顾管理模式可以延缓认知症人士的病情进展, 提高日常生活活动能力, 改善生活质量, 并减轻照顾者压力。结合 ICF 的理念, 环境因素是其中最重要的一环, 设置良好的家居环境支持, 可以帮助认知症人群更好地生活, 提高他们的独立性和生活质量。





有关认知症人士的居家环境支持建议



认知症是一种记忆力、思维、情绪行为和日常生活能力退化的综合征。作业治疗认为，每个人都有获得有意义生活的权利，认知症的人群也不例外。而良好的家居环境支持可以帮助认知症人士更好地生活，捍卫他们的独立性。

01 照明支持

[良好的照明支持可以让认知症人士更好的看清家居环境，清楚自己的定位以及物品的摆放，减少跌倒的风险。]



- 开关面板增加颜色边框，与墙面有颜色对比提醒
- 感应夜灯，双控夜光开关
- 窗户清洁，避免遮挡，保证充足自然光照
- 充足照明，保证室内照明无暗角

02 地面支持

[良好的地面支持可以减少认知症人士空间感知困难的烦恼，更安全的适应家居环境。]



- 选择单一的地板颜色，避免复杂的花纹
- 消除地面高度差，明亮地面标记
- 沙发与墙面，有色差增加辨识度
- 电线收纳，移除地毯，矮凳等增加跌倒风险物品

03 卫生间支持



- 卫生间门与墙面有色差，张贴图标
- 自动冲水功能的智能马桶，加装扶手
- 彩色马桶座圈增加辨识度，甚至拆除马桶盖，简化步骤
- 带扶手洗澡椅且固定稳
- 干湿分离，加装大片防滑垫
- 毛巾选用与墙面/毛巾架有对比的颜色
- 冷水水标识放大

04 厨房支持



- 餐具与桌布应有颜色区分，避免选用复杂图案，增加食物辨别困难
- 移除或锁上危险物品
- 厨房用品放在易取用的位置，同时可增加标识
- 煤气灶带熄火保护或警报功能

05 家具支持

[清除多余家具，简化生活环境，维持原有熟悉家具空间布局，避免大脑处理信息困难。]



- 圆角处理，家具边角可安装防撞贴
- 选透明门或贴物品标签，常用物放在方便拿取位置，避免记忆阅读困难
- 带扶手以及高度合适的沙发、椅子
- 日历、时钟提醒时间定向
- 做好宠物管理
- 插座保护
- 智能门锁
- 烟雾感应器
- 报警器

温馨提示：
为了提高安全性，还可以考虑这些~

关爱老人，关注认知症

叶思媚，何爱群

以上内容仅供参考，具体可以咨询您的作业治疗师，出具个性化的家居环境支持建议，感谢您的关注！

价值传导

本图文针对认知症人群居住环境设置方面进行建议，从照明、地面、卫生间、厨房、家具 5 个方面出发，为其提供具有安全性、稳定熟悉性及减少空间困惑的实践指导。及时发现环境设置中的问题，进而改造环境，使之更适合认知症人士居住。因篇幅有限，同时结合个人的实际居住情况，具体可咨询作业治疗师，出具更个性化的环境支持方案。

追寻记忆的陪伴——老年痴呆中的玩偶疗法作品介绍

韩一凡、胡方婷、毕雪莲、武彩彩

山东第二医科大学康复医学院

研究背景

阿尔茨海默症是以进行性认知功能障碍和行为损害为特征的中枢神经系统退行性病变。它的平均发病年龄从 65 岁降到了 55 岁，在全世界，最年轻的患者只有 19 岁。而玩偶疗法是一种以人为本的作业治疗方式，通过与玩偶搂抱、交谈、喂食等方式改善患者的负面情绪，唤起患者的养育本能、缓解激越行为，提高自我照顾能力。

作品理念

我们的作品通过生动形象、直观易懂的漫画科普，具有极强的趣味性、互动性、科普性和吸引力，向大家讲述了患有阿尔兹海默症的刘奶奶的故事，从阿尔兹海默症疾病引入到玩偶疗法介绍再到我们独有的智能互动式玩偶“多多”，不仅结合了玩偶疗法和感觉刺激疗法的优势，而且体现了“以人为本”的作业理念，让刘奶奶想了那些尘封的记忆，缓解了她的不安和焦虑，让她重返社交、重返社会、重回充满爱的世界。

作品呈现

阿尔兹海默症是一种致命的脑部神经退行性健康问题，而受疾病困扰的不仅仅是患者，还包括照顾他们的家人。玩偶疗法为阿尔兹海默症患者提供了一种非常好的作业治疗方法。以温情意象的宠物作为媒介，利用我们的养育本能，通过特殊的角色扮演，促进患者与他人的社交互动，帮助他们重返社会。

玩偶“多多”有贴心的定时吃饭、吃药提醒、日常健康管理，还具有精准的户外定向导航功能，可以随时发送位置给奶奶的家人们，为刘奶奶带来安全感；同时通过特殊的角色扮演与玩偶“多多”进行互动，抚摸和拥抱玩偶“多多”内含海绵和沙子的特制身体，可以提高刘奶奶的肌肉兴奋性，刺激其本体感觉。

追寻记忆的陪伴

· 记忆的偷窃者



曾经刘奶奶性格开朗，喜欢与大家交流，每天的生活充满了欢声笑语。

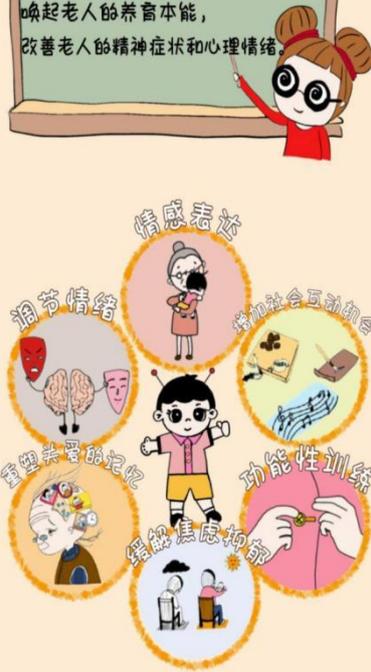
沟通能力下降
反应迟钝
短期记忆退化

渐渐地，刘奶奶总是一个人独自发呆，她的记忆正在被悄悄偷走。

阿尔茨海默病，85岁以上人群发病率达 20% 以上
全球约 3650 万患者，我国约 750 万患者，仅次于心脏病、癌症、中风的第四位“死亡杀手”

· 暖心陪伴者-玩偶疗法

具有温情意象的宠物式娃娃作为媒介，通过对娃娃进行照顾和互动，唤起老人的养育本能，改善老人的精神症状和心理情绪。



· 智能情景互动式玩偶

日常健康管理功能



奶奶，该到吃药时间啦！

好的，小宝！

户外定向导航功能

小宝，咱们这是到哪儿了呀？

奶奶，我知道，我可以实时定位，向家人发送咱们的位置信息



本体感觉刺激功能



奶奶，咱们刚吃完饭，出去活动一下吧！

填充物

海绵

大米

岁月易逝，疾病虽然带走了老人们的记忆，却不能夺走他们爱的能力，无法触及他们内心深处对子女的温情和爱。



玩偶娃娃就像是一缕温暖的阳光，照进痴呆老人的内心，驱散他们内心的灰暗，抚平他们的情绪，陪伴他们迎接明天~

价值传导

疾病带走了刘奶奶的记忆，却不能夺走她爱的能力。面对记忆的偷盗者，智能互动情景式玩偶“多多”不仅结合了玩偶疗法和感觉刺激疗法的优势，而且具有自身独特的功能，无一不体现“以人为本”的作业理念，让刘奶奶想了那些尘封的记忆，让她重返社交、重回充满爱的世界。那深藏在心底的爱，依旧念念不忘。是的，她也从未忘记爱我们！

“躺平”还是“走捷径”——脊髓损伤也能自力更生（生活辅具篇）

郭均悦、王宁

上海禾滨康复医院

研究背景

在神经重症康复的临床工作中，我们发现脊髓损伤病人在生活中存在“有功能用不了”、“没功能也要用”等问题，患者及家属不了解伤病后功能受限如何完成自理活动，于是我们在作业治疗中开始重视辅具的使用宣教与科普。

作品理念

1. ICF 评估常见功能问题

ICF 分类体系对脊髓损伤康复进程中的各个阶段均有非常好的指导作用。



2. 脊髓损伤的预后判断

- C5损伤患者可有少部分生活自理
- C6损伤患者可有大部分生活自理
- C7、C8损伤患者生活基本自理，可利用滑板转移
- C8~T2水平损伤患者能独立床上活动、独立轮椅活动、独立处理大小便、独立穿衣、写字
- T3~T12以下水平损伤患者生活能完全自理

不同损伤节段残留的功能不同，所以要教患者充分利用残留功能完成日常生活活动，因此为了提高脊髓损伤患者的独立性及生活质量，我们可以正确选择和使用辅具。

3. 辅具可以提高生活自理能力及生活质量

通过使用辅助器具，可使功能障碍者提高生活自理能力、工作能力及休闲娱乐能力，从而增强自信心，重返有价值有意义的生活，提高生活质量。——摘自《康复治疗师临床工作指南作业治疗技术》



价值传导

康复不仅是让患者动上一动，最终的目标还是回归自己的生活，回归家庭与社会，不只是 100 分才可以独立生活，有了辅具的帮助，学会小技巧也可以达到生活满分。所以脊髓损伤不会是一动不动，希望通过我们的工作让患者对生活依然抱有希望，重拾生活信心。

作品呈现

该作品以海报的形式，从衣食住行及其它方面，对生活中常见辅具进行展示与介绍。

上海禾滨康复医院 郭均悦 王宁

“躺平” 还是 “走捷径”

脊髓损伤患者也能自力更生

(生活辅具篇)

衣

屈伸胳膊不便或手指精细功能障碍时，患者可能无法独立完成穿衣动作，无法穿脱鞋袜以及完成系扣子等动作，这时**穿衣杖/系扣辅助器/穿袜器/穿鞋器**等便发挥了大作用。



食

进食是日常生活活动中非常重要的环节，因此独立进食也是许多患者的最大需求。那么帮助进食的辅具有哪些呢？**辅助筷/防滑吸盘碗/助食勺叉/双柄水杯/万能旋物器等**



行 (转移)

转移是将患者从一个地方转移到另一个地方，如床转移至轮椅，轮椅转移至马桶，适时使用辅具可以节省人力，提高转移安全性，解决转移难题。**转移机/移位板/助行器/轮椅等**都可以帮助转移。



住

床边护栏以为患者翻身坐起提供支撑，保障转移的安全性，方便起居转移。

其他

除了衣食住行以外，还有很多使用的辅具可以帮助我们提升自理能力，提高生活品质。比如：便于抓握以及操作的**长柄梳/长柄洗澡刷/长柄浴物器/擦便器**；使用**腕带手机壳/手机A助手**都可以帮助患者更好地操作手机；对于握力下降或者丧失的患者来说，**书写辅助器**固定了手指方便握笔与书写；**钥匙辅助器**可帮助精细功能差的患者顺利开锁；**万能袖带**更是可以和牙刷/梳子/叉勺等多种日常生活用品相结合。



不只是100分才可以独立生活，有了辅具的帮助，学会小技巧也可以达到生活满分，回归生活与社会，这也是我们作业治疗师的责任所在。我们肯定不会让患者“躺平”！

作业治疗心得



作业治疗—我对康复认识的新起点

宋钰佳、葛新京

河北省人民医院

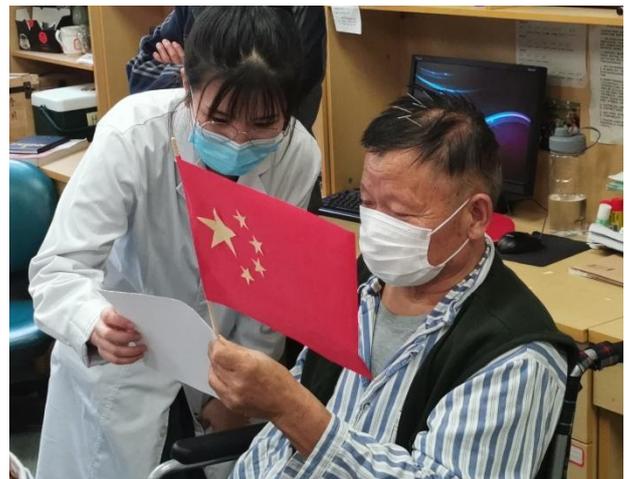
以前在学校学习时，我对作业治疗并没有系统的认知，只是把人、环境和作业孤立地进行理解。今年 7 月，我们来到河北省人民医院实习，这也是我的第一个实习部门，经过两个月的学习和实践，我慢慢了解到，在作业治疗中，病人不仅可以依靠锻炼来提高功能水平，还可以通过对环境的改造、辅助支具的使用、作业方式的改变等途径达到作业治疗目标。

经过这段时间的学习，我最深刻的体会就是：

1. “主动参与在作业治疗中是首要且重要的”：训练积极性高的患者训练效果也会大大提升。随着脑梗死、脑出血等疾病发病年轻化，此类患者对于康复的需求也越来越大、越来越迫切，针对患者需求进行作业治疗，有助于其恢复对生活的信心尽快重返社会。

2. “那里都是作业治疗的舞台”：作业治疗不仅仅局限于在治疗室，还需要患者勇敢地使用功能尚未恢复的肢体投入到日常生活活动中，将在治疗室学会的技能应用到吃饭、洗澡、穿衣等活动中，才能取得更大的进步。

3. “勇于交流能够建立信心”：作业治疗室经常会开展小组活动，也是最受患者欢迎的活动之一。通常为一周 1 次或两周 1 次，许多病友坐在一起讨论病情并分享自己的康复经验。大家一起做手工活动，有的患者在生病后不愿意表达，容易产生抑郁、焦虑的情绪，变得沉默寡言，自然也无法取得



良好的进步。此时小组活动就非常有必要，他们从病友口中得知的康复道路和心路历程会更容易应用到他们自己身上，也能更好地建立信心。



4. “漫漫康复之路，坚持才能走向成功”：康复是一个漫长的过程，进度的快慢、总时程的长短患者的病情起大部分决定作用。我经常听老师们说起几个月甚至几年都在医院做康复的患者。在如此冗长的康复道路中，患者应该如何调节自己的心态呢？作业治疗起到很重要的作用。让患者通过

利用残存的功能，学习新的技能，参与各种活动提升自信心，看到生活的希望；治疗师要让患者明白康复之事急不得，在锻炼的过程中要及时调整心态，勇于走向生活、拥抱生活。

通过这段时间的实习，让我把理论应用到了实践当中，也真切的体会到了患者对于康复的需求之大；也让我意识到学习是一段重复、重复、再重复的过程，需要患者与治疗师共同努力。对作业治疗的认识的升华也使我对于康复的含义有了更加深入的了解，成为我对康复认识的新起点，对我的职业生涯必将产生积极的影响。



与过往认知说 Bye Bye——我的作业新解

王子悦、葛新京

河北省人民医院

2024 年的夏天，告别大学校园的酷热，来到了心心念念的河北省人民医院，开启了我为期一年的康复治疗实习历程。

与过往认知不同，在实习期间，我认识到作业的全面性与重要性。不同于运动疗法应用各种手段康复患者，作业是一项综合科目，用我们老师的原话就是——“作业等于生活”，懂生活才会懂作业，作业与人类日常生活息息相关。原本的我只是简单的认为作业治疗无非就是一种运动治疗的补充方法和延伸，一切应以肢体锻炼为本，而后循序渐进，发展生活技能，从而回归家庭，回归社会。然而，经过两个月的学习，我发现作业治疗不仅关注患者的身体功能恢复，同时也更加重视其心理、社会及职业功能的改善，还兼顾患者社会角色，做到统筹规划，综合康复。在作业治疗室实习期间，我们应用综合手段，如，以肢体主动运动指导、小组活动、集体游戏和病友交流等方式，鼓励患者自发主动运用肢体活动，帮助恢复患者日常生活活动能力、学习和工作技能活动以及社交能力以利于其回归社会。



王阿姨是一位令我印象深刻的患者。她上肢与手功能极好却多愁善感，第一次见面，她沉默不

语，只是无声哭泣。看着她哭红的眼，努力安慰与开导会是每一位医生的本能做法，但同时一个想法也在我心中悄然而生——治疗师不是只会康复的机器，时刻关注患者情绪变化并正确引导也是康复治疗的一部分。在护工与各位治疗师的安慰与开导下，阿姨情绪逐渐平复。面对功能如此好的患者，似乎桌面上的工具都显得如此“小儿科”，拧螺丝，挑豆子，阿姨说这些活动都是小菜一碟。结合生活，



我在得知阿姨平日喜欢打牌过后，和阿姨做起了游戏，那就是打迷你扑克牌，既可以锻炼手指精细活动，还为患者所喜爱。同时，我会设置“奖惩制度”，如将举水瓶作为一项“惩罚”，保证训练具有趣味性的同时锻炼患者耐力。阿姨出院当天，很郑重的与我说了一句谢谢，在我心中，没有任

何事物会重过患者的一句肯定。

同样，环境改造也是作业治疗重要内容之一。人类生存于各类环境之中，良好的环境有助于患者生活独立自主。协助患者改造生活环境，也是作业治疗师的工作任务之一。实习期间，我也见到了有治疗师与患者交谈，了解其家居的环境，协商后到患者家中指导进行环境改造。排除功能障碍者在家庭环境中的风险。

一段实习经历，让我完美的实现了从理论到实践的蜕变，对于书本知识不只停留于书面意思，更重要的是与患者实际情况相结合，在尊重患者意愿的基础上，充分调动其积极性，为患者制定适宜的训练方案，以帮助他们康复。总之，作业治疗是一种全面、综合、动态的康复治疗方法，它通过有目的的作业活动帮助患者恢复或提高独立生活能力和劳动能力，使其能够作为家庭和社会的一员过着有意义的生活。

艰难困苦，玉汝于成。愿每位患者在不懈努力过后都能凤凰涅槃，浴火重生！



小组治疗益处多

王宁

上海禾滨康复医院

2022 年 7 月，我作为一名新手作业治疗师，正式上岗啦！带着满满的工作热情，投身于临床一线，使用着传统的作业治疗方法，日复一日。在 2023 年 4 月，我接触到了“小组治疗”。经过行业专家的指导，看了一些案例分享，也查阅了相关的文献……

什么是小组治疗呢？小组治疗是作业治疗中常用的治疗方式之一，临床上又叫团体治疗、集体治疗，它是将有相似兴趣爱好和共同治疗目标的患者聚集在一起，完成一个共同的作业活动。与治疗师与患者“一对一”的治疗模式不同，小组治疗时治疗师与患者通常为“一对多”模式。

那么什么样的患者适合进行小组治疗？如何实施小组治疗？小组治疗到底有哪些好处呢？我带着懵懂与疑问，开始探索“小组治疗”的奥妙。

我想，好的策划应该是成功的一半吧。于是，我就写了一个活动的策划，包括：活动主题、时间、地点、参与人员、报名方式、活动目的、活动内容、活动所需物品、活动流程以及人员安排等方面。然后开始带着这份策划在组内对治疗师进行讲解，治疗师又对各自的患者进行讲解与宣教。因为是第一次举办“小组治疗”，不仅是治疗师没有经验，患者以及家属也没见过这样的治疗方式，大家抱着凑热闹的想法都来报名，人数非常多！为了让大家了解小组治疗，切身感受到治疗效果，我们筛选了 10 位上肢功能相近的患者参加。在进行小组治疗时，患者、治疗师、陪护还有看热闹的人，把我们的活动区域围得水泄不通！尽管做了策划，但现场还是非常混乱，难以控制。嘈杂的环境，让部分认知障碍的患者无法专心完成任务；无差别化的任务让功能不同的患者参与程度不同；宣教不到位，部分参加小组治疗的患者参与度不高，而在场外观望的患者又积极参与了进来……。在混乱中，结束了第一次小组治疗。

有了初次的经历，我们组内开会进行讨论，对小组治疗的流程以及内容进行优化，制定出更加详细的方案。

首先，明确了什么样的患者参加；其次，完善了实施小组治疗的程序。通过访谈，我们还发现很多患者由于住院时间较长，对于回归家庭和社会感到担忧和不安，害怕回家之后功能减退，害怕与别人交流，不知道回家了自己每天应该做什么。他们在单调、日复一日的康复过程中，由于缺乏独立自主的能力、长时间脱离了日常活动，对于重新定义生活角色，适应当前的生活方式，提升生活能力感到迷茫。回归生活的小组活动，结合各种游戏模式的康复训练可以增加康复的多元性和有趣性，通过有目的地日常生活功能训练，既可以锻炼患者的肢体能力和生活能力，还可以增强生活积极性，重拾生活信心，转变生活方式。

在经过 2 周的沉淀,我们又筹备并举办了第二次小组治疗活动——以端午节为主题进行了一次香包制作的活动。相比于上次,我们发现,大部分患者的主动参与有所提升,部分患者情绪得到改善,康复信心也得到了增强。同时,我也惊喜地发现,我们治疗师团队的沟通与合作能力也有了提升。相比于上次而言,此次小组治疗活动初见成效。

在失败中站起来,在探索中不断成长。经历过春夏,我们的小组治疗活动流程趋于完善,并积累了一些经验:

1. 小组治疗前治疗师先向患者以及家属说明小组治疗的特点以及作用,争取得到患者的配合。从爱好、年龄、性格、学历、职业等多方面进行综合考虑,对有意向参加小组治疗的患者进行分组,感觉治疗小组为 4-6 人较为合适。

2. 根据每位患者的具体功能情况,制定小组治疗活动计划。治疗师首先讲解本次作业活动的治疗意义,并进行示范与注意事项的讲解。治疗过程中,要求患者尽可能独立自主地完成作业任务。小组治疗成员之间进行相互观察、鼓励,治疗师起到监督与指导的作用。

3. 活动结束后,参加小组活动的患者之间进行交流,分享心得体会与成功经验。

4. 治疗师对本次小组治疗进行总结与评价,使患者看到自己的进步,增强信心。

5. 根据患者功能的改善,有针对性的设计“进阶”小组治疗内容,可以更进一步地提高患者的躯体功能、改善认知以及情绪、提升生活自理能力等。

通过实施小组治疗,患者与治疗师都切身感受到了这种治疗方式的好处!除了达到功能训练作用,各位患者之间可通过相互观察、交流,促使个体在互动中学习并调整训练,有助于建立新的态度与行为方式,改善心理状态及人际关系。列举几个小组治疗最为显著的优点:

1. 作业小组治疗的过程中,通过治疗师的正确宣教以及引导,患者间进行有效的交流,有助于帮助患者正确认识自身疾病,确立康复目标,树立信心,增强动力。

2. 小组治疗趣味性高,打破了传统康复模式的枯燥乏味,明显提高患者的积极性。

3. 小组治疗增强了主动参与感,增强了对色彩的认知;患者间相互鼓励、分享成功经验,改善因疾病、住院带来的焦虑、抑郁等负面情绪,提升康复潜能,最大程度的恢复功能。

4. 邀请照顾者同时参与小组治疗,不仅可以使治疗在离开治疗师以后得到延续,也是对照顾者进行知识普及的好机会。

5. 小组治疗的实施也可以提高治疗师的工作效率。

总之,小组治疗是作业治疗的一种重要的治疗方式,是一项能提供高质量、低成本和良好医患关系的服务方式。通过小组治疗,患者彼此间能相互学习、分享,通过治疗师的引导在一个积极正向的气氛中达到康复治疗的目标。

在“生物-心理-社会”医学模式下，作业治疗师不仅仅需要帮助患者恢复躯体功能，更要让患者了解作业活动的意义。通过小组治疗，鼓励患者尽早地适应生活、积极融入生活，从而帮助其尽快恢复社会功能。这不仅可提高患者自身生活质量，也可以减轻家庭负担以及社会负担。

看似简单的小组治疗，其实一点儿也不简单！需要考的因素还是比较多的。我们在一次次的尝试与努力中得到了成长，不仅丰富了自我，一定程度上改变了作业治疗组的工作模式，提升了团队的工作效率与治疗质量；更好地帮助患者增强了战胜疾病的信心，增加了社会角色感，有助于其回归家庭和社会。

实践更好地证明了“小组治疗益处多”。作为一名青年作业治疗师，任重而道远。



(手功能障碍治疗小组)



(照顾者参与到小组治疗当中)



(ADL 烘焙小组)



(交流小组)

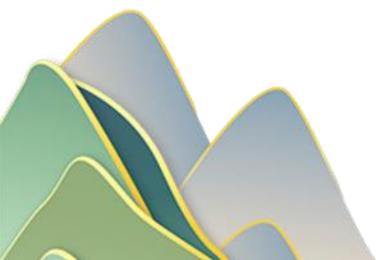


(感觉障碍训练小组)

参考文献:

- [1] 杨可钦, 赵彬, 陈国平, 等. 进阶式作业小组训练对脑卒中患者的生活自理能力和情绪状态的影响[J]. 中国康复: 2021, 36(5):295-297.
- [2] 孙李子慧, 华佳琪, 姚金佳. 作业小组治疗早期介入对老年脑卒中患者康复疗效的影响[J]. 按摩与康复医学:2018, 9(21):1-3.
- [3] 游菲, 王鹏, 马朝阳, 等. 小组模式康复训练对脑卒中偏瘫患者上肢功能和手功能的影响. 中华物理医学与康复杂志:2015, 37(8):593-596.
- [4] 郑晓英, 蔡素芳, 郭荟骅. 小组模式作业治疗对伴有情绪障碍脑卒中患者的康复疗效分析[J]. 中外医疗:2023, 17:45-48, 82.
- [5] 史海燕, 雒韵韵, 张超, 等. 引导式教育理念下的作业疗法小组治疗脑卒中跟患者康复疗效的观察[J]. 中国康复医学杂志:2022, 37(11):1558-1561.

会议通讯



2024 中国康复医学会综合学术年会 暨国际康复医疗产业博览会的通知

为充分发挥高端学术会议引领辐射作用，提升康复医学学术科研水平，促进康复产学研深度融合，推动国家康复事业高质量发展，积极助力健康中国战略实施，根据中国康复医学会年度学术活动计划，定于 10 月下旬在福建厦门举办 2024 中国康复医学会综合学术年会暨国际康复医疗产业博览会。有关具体信息见大会网址：<https://caac2024.sciconf.cn>。

一、会议时间：2024 年 10 月 23-27 日

二、会议地点：福建厦门国际会展中心

三、会议主题：融合发展 转化创新聚力打造康复医学新生态

四、会议主要内容：

（一）2024 国际康复主论坛：聚焦新时代康复医学科技发展前沿，邀请苏国辉、樊代明、孟安明、王辰、李蓬、李校堃、林圣彩、朱立国等院士和梁万年、励建安、徐建光、陈智轩、岳光辉等国内外知名专家作学术讲座。

（二）专题学术分论坛：设置 76 个分论坛，包括物理治疗、作业治疗、康复治疗、神经康复、重症康复、呼吸康复、脑功能检测与调控、脑机接口与康复、医康融合、智能康复等，以及康复与临床各专科相结合的学科领域。各分论坛将围绕先进康复理念、技术创新与服务经验展开研讨交流，展示国内外康复医学科技发展的最新成果。

（三）康复技术理论和实操培训班：开展康复护理教学师资、特色灸疗技术、BOBATH 概念指导下的脑卒中患者上肢治疗、可视化针刀、反复促通疗法(川平法®)临床应用、推拿促进脏腑功能康复等 6 个康复技术理论和实操培训班。加强康复师资骨干力量，促进相关诊疗理念和技术的推广，助推康复医学的进一步发展。

（四）2024 国际康复医疗产业博览会展示分享：包括康复机器人、智能康复设备、康复诊断评定设备及康复治疗与护理设备器具等在内的康复医学新技术、新产品，促进康复医学科技创新与成果转化。



欢度中秋 喜迎国庆

本期责任主编：闫彦宁

编辑秘书：秦小露

E-mail: hkiot@hkiot.org

Website: www.hkiot.org

