



中華 OT 電子期刊

The Chinese OT e-Newsletter

2024 中秋·國慶版

——本期專題——

指南引領 循證實踐



主編寄語



在這個充滿喜悅與歡慶的時節，中國傳統佳節中秋節與中華人民共和國國慶日不期而遇，雙節同至，家國共歡。在此，祝福各位同道雙節快樂！

循證實踐是作業治療領域不斷發展進步的關鍵。本期《中華 OT 電子期刊》（2024 中秋·國慶版）以“指南引領、循證實踐”為主題，特別邀請了部分國內作業治療專家，對近年來美國作業治療協會發表的作業治療實踐指南進行深入介紹與解讀，涵蓋成人腦卒中、腦外傷、阿爾茨海默和相關神經認知障礙、帕金森、慢性疾病以及兒童等多個作業治療領域，旨在為國內作業治療同道提供寶貴的借鑒與參考，汲取國際前沿的理念與方法，提升國內作業治療實踐能力，為廣大患者提供更加優質、高效的康復服務。

同時，本期還邀請到香港李丹雯老師撰寫了“香港職業治療發展早期歷史概述”，相信大家瞭解香港作業治療獨特發展歷程的同時，也能有新的啟發與思考。

2024 年 6 月 30 日，全國首家康復醫學博物館（籌）在河南省安陽市內黃縣落成，作業治療廳位於博物館二樓，其中都展示了哪些內容？本期也將給大家做一個介紹。

2024 年中國康復醫學會作業治療學術年會期間舉辦了第四屆作業治療科普大賽，本期也將其中的部分優秀獲獎作品展示給大家，希望能夠為廣大作業治療師提供借鑒和參考。

另外，本期也收到來自青年作業治療師以及實習生對作業治療的一些心得，希望能夠與大家共勉！

最後，再次祝願各位同道雙節愉快，身體健康，工作順利！

本期編輯：闫彦宁

2024 年 9 月 23 日



編輯委員會

黃錦文	香港職業治療學院
張瑞昆	臺灣高雄長庚醫院
李奎成	山東第二醫科大學
閔彥寧	河北省人民醫院
林國徽	廣州市殘疾人康復中心
郭鳳宜	長和醫療
楊永紅	四川大學華西醫院
朱毅	鄭州大學第五附屬醫院

本期責任編輯：

閔彥寧 河北省人民醫院

目錄

作業治療發展

- 香港職業治療發展早期歷史概述 ---李丹雯 (5)
- 帶你走進康復醫學博物館 (籌) ---作業治療廳
---秦小露、閔彥寧 (14)

作業治療循證實踐

- 欄目介紹：作業治療循證實踐 ---閔彥寧、劉曉露 (29)
- 《成人腦卒中作業治療實踐指南》解讀
---劉曉露、閔彥寧 (30)
- 《成人創傷性腦損傷作業治療實踐指南》解讀
---許振坤、李奎成 (34)
- 阿爾茨海默病和相關神經認知障礙的作業治療實踐指南解讀
---劉靜姪、黃富表 (38)
- 帕金森病患者作業治療實踐指南解讀
---馮曉晴、陸佳妮 (41)
- 《成人慢病作業治療實踐指南》解讀
---駱沁熹、楊永紅 (45)
- 《兒童與青少年作業治療實踐指南》解讀
---林可敬、王瑞雪、董安琴 (49)

作業治療科普

- 欄目介紹：作業治療科普與專業發展
---蔡素芳、林燕清 (59)
- “患手”的一天
---林瑋佳、林燕清、周君儀、張心湄 (60)
- 康復，抗癌路上的利器 ---懷寶玉、李奕凝 (64)
- 有關認知症人士的居家環境支持建議
---葉思媚、何愛群 (74)
- 追尋記憶的陪伴
---韓一凡、胡方婷、畢雪蓮、武彩彩 (77)
- “躺平”還是“走捷徑”——脊髓損傷也能自力更生(生活輔具篇)
---郭均悅、王寧 (80)

作業治療心得

- 作業治療——我對的康復認識的新起點
---宋鈺佳、葛新京 (84)
- 與過往認知說 Bye Bye——我的作業新解
---王子悅、葛新京 (86)
- 小組治療益處多 ---王寧 (88)

會議通訊

- 2024 中國康復醫學會綜合學術年會 (廈門) --- (93)

作業治療發展



香港職業治療發展早期歷史概述

李丹雯

英國倫敦職業治療學院專業文憑 1979；加拿大專業註冊證書 1988；澳洲專業註冊證書 1989

感謝香港職業治療學院創會會長黃錦文先生邀請，概述香港職業治療發展的歷史。職業治療於 1949 年在香港展開序幕，起初職業治療師皆從外地招聘，1968 至 1977 年間派員往海外受訓，1978 年本地開展訓練課程，與及香港職業治療師協會成立，服務發展邁向專業。本文紀錄最早期開展職業治療服務為高街舊精神病院、荔枝角醫院、灣仔分科診所及瑪麗醫院，與現今服務撮要。內容乃職業治療團隊製作，感謝前輩及同業的參與，包括總監白太 Mrs EG White、尹智賢先生、麥子材先生、朱文麗博士、陳大勳師傅、黃榮基師傅、項再東師傅及總監李炯熾先生。

1. 1950 至 80 年代職業治療在香港醫務衛生署開展

1.1 高街舊精神病院

1949 年首位工藝導師在高街舊精神病院受聘，職業治療展開序幕。1950 年得到賽馬會資助 \$900 港元及物理治療師 Miss Wallace Turner 帶領籌組職業治療部，1953 年合約暫聘首位職業治療師賀甫金斯女士 (Ms JR Hopkins)，督導義工組及一名受薪工藝導師梁照師傅。梁師傅本在高街精神病院任職病房助理，因家業懂得織藤，獲聘為工藝導師，在瑪麗醫院授徒麥潤，麥當時因腰骨術後住院兩年學懂織藤，出院後在北角慈善街童營教授織藤工藝。華員會職業治療助理員代表陳大勳師傅憶述學藝經歷。



舊精神病院 正立面歷史悠久，見證香港精神科醫療服務的發 展，得以保留為法定古跡。現今為 西營盤社區綜合大樓。

另有兩位病房助理區冠基和吳均也受聘為首批工藝導師。吳師傅在尚未有高街精神病院前，護送精神病人往返內地芳村精神病院接受治療，區師傅則為廚務助理。兩位也是織藤師傅。1957 年 11 月凱薩琳·賴特女士 (Kathleen Wright) 從英國來到香港工作，幾年後嫁給了一名負責港口衛生的醫生，成為 Kathleen Smart 夫人。高街舊精神病院的病人依舊稱呼她為「高街白太」，轉到日間中心接受治療的病人，多年後仍舊提起這位「高街白太」。1961 年賴特女士成為我們的第一位職業治療總監。

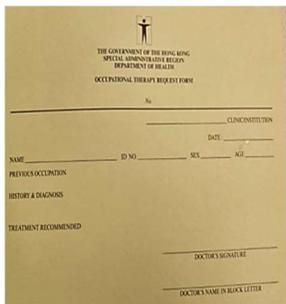
1959 年兩名工藝導師派往青山醫院，協助開展職業治療。這所新落成的精神病院於 1961 年正式啟用，接收高街舊精神病院住院病人。舊精神病院仍維持精神科日間中心服務，直至 1971 年般含道香港精神病學中心開幕才停用。曾在精神科日間中心服務的前輩職業治療師包括皮雅仕女士 (Ms Gillian Piercy) 及許錦坤先生。總監賴特女士招聘工藝導師，除藤工外，包括木工、金工、車衣、縫紉和手工藝等。聘用小學教師黃榮基，特免考工藝派往青山醫院，協助文書組開展印刷工作訓練病人工作技能。

工藝製成品起初在高街精神病院展銷，1963 年於大會堂舉辦第七屆職業治療展覽，時任醫務衛生署署長 Dr PH Teng 開幕致辭：這些製成品都是傷病患者在普通體能科及精神科醫院於職業治療過程製作，旨在鼓勵病者培養興趣、發展體能及重投社會。病者在工藝導師指導下，努力工作的成果。在職業治療接受復康計畫，包括職前訓練，重新適應家居及工作，成為社區內獨立及有貢獻的成員。

青山醫院首位高級職業治療師部門主管 Mrs O' Connor (即 Ms Helen Sanderson) 女士回顧 1960 年起初病房內院友自行參與職業治療「轉移注意力」的活動即 (Diversional Therapy) 及後設立轉介系統制度 (Referral & Progress reporting system) 踏出一小步亦算是

突破性專業獲得認受的開始！及後院友獲醫生轉介接受治療，職業治療師首先面見，評核後安排院友到職業治療部門，根據他們的教育程度、工作經歷及治療目標，派到合適的工場接受

訓練。



職業治療轉介書



首位高級職業治療師 Ms Helen Sanderson 1960 年代在青山醫院賣物會展示病人在職業治療製作的工藝品。
(照片於青山醫院博物館)



青山醫院高級職業治療師 O'Connor 1973 年榮休與同事合照

1.2 荔枝角醫院

1950 年代荔枝角醫院職業治療展開序幕，起初由義務工藝導師在兩個房間，用手工藝作治療活動，幫助骨科及肺癆患者康復。另有一間工場讓康復後仍有殘障者重投工作，如編織廢紙籃。1958 年佩吉·馬田女士 (Miss LP Martin) 到任開展職業治療。馬田女士擅長手工藝，用織布機編織地氈作治療活動，訓練下肢癱瘓長期住院病患者，製作地氈及繩結手藝，製成品精緻暢銷。當時市面尚未發展輕工業，除編織藤籃，工場亦為政府部門製造掃帚。



70 年代馬田女士接替史提芬女士作為職業治療總監。位於喜靈洲的痲瘋病醫院於 1974 年關閉，以及瑪嘉烈醫院於 1975 年啟用後，荔枝角醫院轉型為療養院，接收餘下的痲瘋病人繼續療養。及後痲瘋病人數目日減，荔枝角醫院再改用作精神科療養院。



職業治療工場訓練活動配合當時市面工業工種，由工藝導師協助職業治療師指導病患者工作技巧如(下行右起)煮食、修補衣服縫紉鈕扣、清潔家居抹床、(上行右起)穿合膠花、輕工業裝配、活字印刷 (1960-1980 各醫院)



職業治療工場訓練活動接上圖由下而上右起:文書組打字及活字印刷卡片製作、書法字畫、金工切割金屬、復康腳踏車切割卡紙製作拼圖、園藝組及木工傢具製作 (1960-1980 各醫院)



職業治療工場製成品，包括織布造枕袋、鉤毛氈等手工藝，也製作木刻、壁報版、床邊方便椅、編織藤椅、起床繩梯輔助器及布藝公仔等 (1960-1980 各醫院)

痲瘋病主診醫生 Dr Honey 轉介術後的痲瘋病人，瑪嘉烈醫院職業治療師尹先生為他們製造手部矯形支架，改善手部功能。在病房附近的工場聘用已康復的痲瘋病者黃先生為職業治療助理，由瑪麗醫院職業治療供應織藤原料，讓療養病者學習編織藤器。

1981 年香港本地培訓的職業治療師入職，正好配合荔枝角醫院接收部份青山醫院長期住院穩定的精神病患者，職業治療提供訓練病者自理能力、人際溝通及工作技能，讓病者康復後融入社區。痲瘋病者因曾多年在喜靈洲與外間隔絕，職業治療也定期安排社交活動，讓病者重獲社區生活技能。曾在 1960 年代到喜靈洲痲瘋病院義務為病者製造矯形支架的前輩職業治療師 Mrs Nathalie Barr

女士於 1978 年重遊舊地，在總監白太及瑪嘉烈醫院職業治療部主管尹先生帶領下參觀荔枝角醫院，痲瘋病者熱烈歡迎。荔枝角醫院隨著痲瘋病患者及精神科療養院患者已康復返回社區再次改變用途，職業治療部搬到葵涌醫院。職業治療發展的歷程恰如荔枝角醫院經歷多番轉變，現址已改建成饒宗頤文化館，推廣中國藝術和中國文化。

1.3 灣仔分科診所

1955 年灣仔分科診所職業治療部開展服務，位於診所地下，（照片：圖則標示 22）毗鄰物理治療部。1963 年職業治療引進評估及訓練身體機能有殘障病者操作日常活動，包括自理能力、清潔及穿衣，有需要時使用輔助器材，在社區內獨立生活。後因人手短缺關閉。1967 年白太向總監史提芬女士提請服務需要，於 1968 年由 Mrs E. G. White 重開，新部門設於三樓，沒有升降機，只可服務能夠自行上落樓梯的病者，經西營盤專科診所及大口環根德公爵夫人兒童醫院轉介，包括骨科、內科及兒科：上肢受傷、截肢、中風患者、患腦癱瘓、智障或自閉症的兒童。當時只有一位助理李德泉師傅協助，指導病者木工及手工藝治療活動。治療室設施簡約，只有一張木工枱和基本傢俱，治療活動包括木工、編織橈仔或籃子和活動泥膠。活動屏風分隔兒童治療或自理訓練區。1975 年九龍瑪嘉烈醫院落成，開展新部



灣仔分科診所 1954 年 工務局圖則
標示 22：職業治療部



職業治療師根據個別需要用柔軟或熱塑性塑膠製作矯形支架，也有預製組件合成。壓力衣 1975 年白太由外地引進配合膠墊、矽膠或支架等減低疤痕增生。

門人手
調配，灣

仔分科診所職業治療部關閉，服務調往戴麟趾康復中心。及後白太於瑪嘉烈醫院得到骨科主任梁秉中醫生支持引進壓力衣治療，並與尹先生帶領部門團隊為當時因工業意外受傷病者術後製作矯形支架，幫助手部康復。1978 年白太接替馬田女士成為最後一位外籍職業治療總監。

1.4 瑪麗醫院

瑪麗醫院是香港職業治療服務發展的搖籃，1953 年首位職業治療師 Ms JR Hopkins 賀甫金斯女士與工藝(織藤)導師在骨科和肺結核科病房開展職業治療。1956 年在醫院正座成立首個職業治療部門，面積約 400 平方英尺，有一個巨大的熱煙囪貫穿部門的中央。治療活動包括木工、織藤、手工藝及連接鋸片可用來製作拼圖的復康腳踏車等。1970 年代在上肢外科及顯微



左圖為瑪麗醫院職業治療部遷至地下 C 座，治療活動包括織布及織撈仔等。右圖是香港精神病學中心，木工及金工工場訓練治療活動。

外科專家周肇平醫生領導下，職業治療師和物理治療師在瑪麗醫院及戴麟趾康復中心職業治療開展手部會診。並輔助醫生量度受傷病者手部功能以作治療及康復研究。及後得到資助購入第一台評估身體機能器材以作職能康復服務。1993 年戴麟趾康復中心職業治療也開始由瑪麗醫院管理。2011 年由般含道遷至高街。1970 年代職業治療精神科在港大葉寶明和施應嘉精神醫學教授領導下開展。後得到系主任麥列菲菲教授支持，1998 年職業治療精神科聯合港大醫學院精神醫學系成立「卓越之友」提供社區成人精神復康服務。以會所模式運作，獲得世界衛生組織納入社區精神衛生服務指導模範。港島西聯網轉介精神病復元人士，提供多項在職培訓及病友互助安排，讓精神病復元人士參與及管理會所日常運作，發展其工作技能。多年來瑪麗醫院職業治療持續擴展，現在職業治療普通科及精神科面積 16 倍增長。服務範圍擴展至醫院各專科的住院病人、日間醫院服務、專科門診、普通科門診、職員診所、華富社區中心和家訪服務作評估及治療。服務物件由早產嬰兒至青少年、成人和老年患者。



賽馬會九龍康復中心：物理治療部兒科設於地下、職業治療部於樓上、毗鄰物理治療成人科，對面為義肢部。

1.5 1960 年代開展職業治療

青山醫院、賽馬會九龍康復中心、伊利沙伯醫院及油麻地精神科日間中心。

1.6 1970 年代開展職業治療

戴麟趾康復中心、香港精神病學中心、九龍醫院精神科、瑪嘉烈醫院及南葵涌分科診所包括普通體能科、老人科和精神科日間醫院等。

首間兒童體能智力測驗中心於 1977 年雅蘭街兒童體能智力測驗中心開展服務，職業治療師是綜合專業隊伍成員，為有發展障礙及行為問題的兒童提供全面評估及制定康復計畫，協助安排學前及在學訓練，及透過輔導、講座及互助小組，為家長及兒童提供短期協助。



高級職業治療師白太向港督戴麟趾爵士介紹新開幕戴麟趾康復中心



牛頭角分科診所開幕職業治療總監白太向港督尤德爵士介紹部門設施

1.7 1980 年代開展職業治療

葵涌醫院、威爾斯親王醫院、牛頭角分科診所、容鳳書紀念中心、柴灣精神科日間醫院及貝夫人分科診所相繼開展職業治療。

1.8 臨床教學

1980 年在九龍醫院、瑪嘉烈醫院及葵涌醫院職業治療部設立首三間臨床教學單位。臨床教學導師分別為 Ms Pamela Duncan, Ms Margaret Ng 伍姑娘和 Mrs Cynthia Tang 鄧太。

2. 香港職業治療發展其它重要里程碑：

2.1 醫務衛生署也曾於 1970 年代派員前輩陳榮先生到監獄署提供職業治療服務。

2.2 社會福利署於 1973 年接管世界復康基金會日間中心，招聘職業治療師，提供評估殘疾人士身體功能及制訂職能康復計畫。及後香港職業訓練局於 1982 年成立，並於 1991 年開設展亮技能發展中心，為 15 歲或以上的殘疾人士提供職業訓練及輔導服務。

2.3. 社會福利署為弱能及智障兒童也開設職業治療服務。由衛生署兒童體能智力測驗中心評估後轉介，社署康復服務中央轉介系統安排學前兒童教育及訓練服務，資助機構提供職業治療。

2.4. 職業治療總監也曾於 1988 至 1991 年派員到社會福利署協助中央評估組訂立高額傷殘津貼的評核及培訓評核員。

2.5 2000 年社署推行安老服務統一評估機制，集中處理長者的長期護理服務申請，職業治療師與物理治療師、護理及社工專業隊伍協助制訂評核工具內容及培訓評核員。

2.6 香港醫院管理局

1989 年醫務衛生署分拆為醫院事務署和衛生署。由醫院事務署管理所有公立醫院。1990 年醫院管理局成立，1991 年接管所有公立醫院及資助機構轄下醫院。管治架構改組，李炯熾先生是醫務衛生署最後一位總監，鄧太為醫管局首任職業治療職系及服務統籌委員會主席。首個醫療復康工作小組成立，本人協助統籌治療媒介、老人復康、胸肺復康及職能復康等工作小組，成員包括公營醫院(公立及前津助醫院)的職業治療師，團隊制訂職業治療在專科內的角色與服務發展。

醫管局成立後積極培訓管理階層，如開辦核心管理課程給高級部門主管，服務文化改變著重以病人為本。

公營醫院分成網絡，人手編制跟專科發展配合，職業治療得以更多專科發展。詳情可參閱醫管局資訊。

2.7 衛生署職業治療 除了原來的兒童體能智力測驗中心服務外，衛生署於 1998 年開展長者健康服務，專為長者提供綜合基層健康服務，包括長者健康中心、長者外展隊伍及健康教育推廣等。

2.8 資助機構

a. 1960 年代 資助機構也開展職業治療，前輩職業治療師包括香港復康會醫療復康院 Mrs Nathalie Barr、香港紅十字會甘迺迪中心特殊學校 Dr Kit Sinclair、根德公爵夫人兒童骨科醫院 Mrs Pauline Jenks。

b. 1970 年代

葛量洪醫院、廣華醫院、靈實醫院、香港痲痺協會、匡智會特殊學校、匡智松嶺綜合職業訓練中心、扶康會、香港盲人輔導會、南朗醫院及基督教聯合醫院等。

c. 1980 年代

明愛醫院、協康會、香港復康會麥理浩復康院、復康資源用具中心、新生精神康復會及九龍盲人安老院等。

d. 1990 年以後社區復康機構發展蓬勃：

香港心理衛生會、工程及醫療義務工作協會、耆康會護理安老院、竹林明堂護理安老院、香港聖公會護養院及東華三院賽馬會復康中心等。

賽馬會耆智園、基督教家庭服務中心、聖雅各福群會、香港家庭福利會及基督教香港信義會等。詳情可參閱香港社會服務聯會或個別機構資料。

2.9 私營機構

1985 年區樹洪健康中心設立職業治療服務。1989 年首間私營職業治療診所開展，也有私人執業治療師及醫療健康機構在社區提供職業治療服務。

2.10 社康職業治療服務

醫院的職業治療師可提供出院前後的家居探訪作實地訓練。其它社區復康機構包括香港復康會社區復康網絡、香港認知障礙症協會及伸手助人協會等也有職業治療服務。2001 年社會福利署改善家居及社區照顧服務。2005 年香港房屋協會開設全港首創的「長者安居資源中心」。2022 年香港傷健協會安居樂生活改善計畫。



香港理工學院職業治療首席講師兼課程主任陳榮(左)、從南非到港服務 14 年擅長織布的高級職業治療師 Mowat 女士(正中)與高級講師冼潔玲(右)合照。

3. 香港職業治療師協會

香港職業治療師協會於 1978 年成立，總監 Mrs EG White 白太是籌委會主席，當年三月三十日舉行第一次會議。委員包括理工學院職業治療系的兩位講師 Mrs A Novak 和 Ms J Smart，臨床教學導師 Ms P Duncan，與青山醫院職業治療部主管 許錦明先生及瑪嘉烈醫院職業治療部主管尹智賢先生。典禮於希爾頓酒店舉行，由 Mrs Nathalie Barr 前輩贊助。會徽「火鳳凰」是由許先生設計。白太於 1986 年榮休，許先生接替出任總監，是首位華人總監，及後李炯熾先生接任。1998 年香港職業治療師協會改稱香港職業治療學會，更專注致力持續專業教育來提升職業治療服務的素質。



世界職業治療師聯會 1988 年在葡萄牙舉行會議展覽，冼潔玲博士 (左一) 與周慧思博士代表本港參展。



香港職業治療師協會歡送籌委會主席及職業治療總監白太榮休:左二起為接任總監許錦明、筆者、葵涌醫院沈秉韶醫生、白太、會長冼潔玲博士合照 1986.

4. 專業註冊

輔助醫療業管理局於 1981 年成立，1990 年職業治療師根據《輔助醫療業條例》開始註冊。

5. 香港職業治療學院

2002 年成立，促進國內作業治療的孕育及發展，鼓勵香港的職業治療師認識及參與推動內地作業治療服務、科研與人員培訓。創會會長黃錦文先生，副會長梁國輝先生。

6. 專業培訓

1981 年本地培訓的首批職業治療師於理工學院畢業入職。1994 年首屆理工大學培訓的大學學位畢業生加入職業治療服務，邁進專業及科研新領域。

2013 年東華學院開辦全港首間自資院校職業治療學位課程，是繼理工大學，第二間院校於 2017 年獲得專業認可，2018/19 年獲納入指定專業/界別課程資助計畫。

2024 年香港教育大學開展職業治療課程。

展望未來：回顧過去職業治療服務的蛻變可算是個奇妙的旅程，由起初用工藝作治療活動在精神科、骨科及肺結核科開始，到現今多元化有目標性治療活動、工場活動、度身製作復康支架、壓力衣及附件、特別座椅等作業生活輔助用具及科技器材、改善家居或工場設施及促進無障礙環境等，提高傷病患者自理、社交及工作能力重返社區。服務範圍由醫院、康復中心、分科診所、日間醫院或中心擴展至社區外展、庇護工場、護老院、幼兒中心、學校、工場、公司辦事處、長者中心、健康中心及家居等。除精神科和骨科外，擴展到各專科，包括體能科、老人科、兒科、胸肺科、老年精神科、創傷及矯形外科、脊髓損傷科、腦外科、內科、外科等，發展各項復康療程包括燒傷、手部、中風、胸肺、心臟、認知、防跌、職能、社區、安老服務、特殊教育、工傷復康及基層醫療健康服務等等。

70 多年來經歷播種萌芽，灌溉耕耘，茁壯成長的階段，邁進專業及科研新領域，實是前輩、本地精英及現職同業努力不斷創新躍進的成果，留下深遠的足跡印記。同業期待職業治療在復康科研新領域、輔助科技及促進基層健康等領域上，持續得以更多豐盛的發展來服務社羣。

帶你走進康復醫學博物館（籌）——作業治療廳

秦小露、閔彥寧

河北省人民醫院

2024 年 6 月 30 日，全國首家康復醫學博物館（籌）在河南省安陽市內黃縣榮耀落成。這座博物館面積達 5000 餘平方米，以“心系康復、傳承文明”為主題，猶如一部史詩，展現著康復醫學的壯麗畫卷。博物館包括國際康復醫學發展史廳、中國康復醫學發展史廳、中醫康復廳三大部分等。作業治療廳位於博物館二樓，系統性地展現了國內外作業治療的發展歷程，深度挖掘了作業治療的歷史底蘊，觸摸其發展的脈絡，從古老的作業治療理念到現代的先進技術，作業治療廳為公眾瞭解作業治療提供了有意義的參考（圖 1、圖 2）。

作業治療廳內容由中國康復醫學會作業治療專業委員會負責撰寫。主要編寫人員為：河北省人民醫院閔彥寧；山東第二醫科大學李奎成；四川大學華西醫院楊永紅、劉沙鑫；上海第二康復醫院胡軍；廣州市殘聯康復中心林國徽；中國康復研究中心博愛醫院劉璿、黃富表；昆明醫科大學王蕾。編寫秘書為河北省人民醫院秦小露。在編寫期間也得到了中國康復醫學會領導以及眾多康復同道的大力支持。



圖 1 康復醫學博物館作業治療廳



圖 2 中國康復醫學會作業治療專業委員會名譽主委閔彥甯主任與中國康復醫學會作業治療專業委員會主委李奎成教授出席康復醫學博物館作業治療廳建成

以下為康復醫學博物館（籌）——作業治療廳的主要內容介紹。

作業治療(occupational therapy, OT)是一門獨立的康復治療學科。根據 2012 年世界作業治療師聯盟(World Federation of Occupational Therapist, WFOT)的定義,作業治療是一門以康復物件為中心的健康職業,通過作業活動促進健康和幸福,使人們能夠參與日常生活。作業治療師通過與康復物件合作來提高其能力以便參與那些“想要做”“需要做”或“被期望做”的作業活動,或通過改變作業活動或改良環境來更好地提升其作業表現,從而提高他們的生活品質及回歸社會的程度。

中國康復醫學會作業治療專業委員會 2019 年制定的中國作業治療實踐框架中提出作業治療是一門以康復物件為中心,通過有選擇的作業活動和(或)適當的環境幹預來改善康復物件的軀體、心理和社會功能,促進活動和參與,提高生活品質的康復醫學專業。

一、作業治療常用模型

(一) 作業表現模型

作業表現模型(occupational performance model, OP)最早由 Reilly、Mosey 等於 20 世紀 60 年代初提出,是最早發表的作業治療哲學框架(圖 3)。1994 年美國作業治療協會將 OP 模型命名為作業治療實踐框架(occupational therapy practice framework, OTPF),作為作業治療世界性的指導藍本。

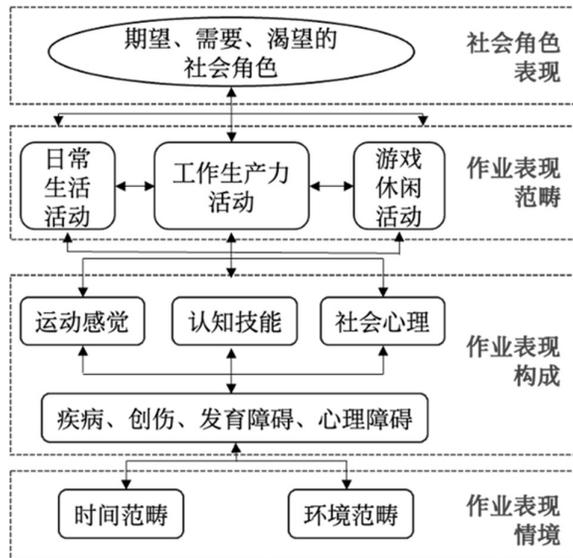


圖 3 作業表現模型

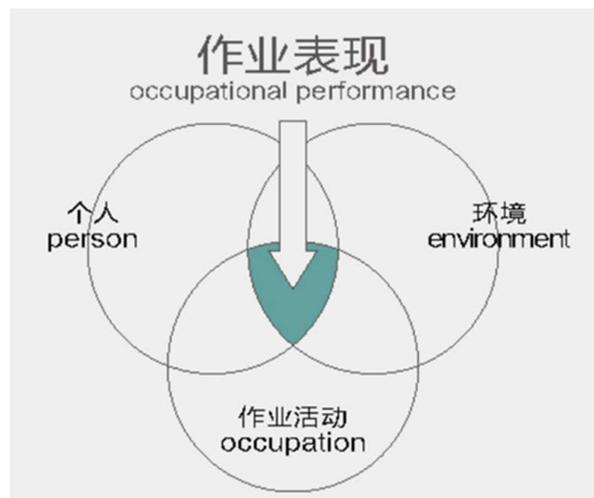


圖 4 人-環境-作業活動模型

(二) 人-環境-作業活動模型

人-環境-作業活動模型(People-Environment-Occupation, PEO)是加拿大 Law 等人提出,闡明瞭人類作業活動表現產生於人、環境和作業活動的相互作用結果。

(三) 人類作業模型

人類作業模型 (model of human occupation, MOHO) 由美國 Gary Kielhofner 於 20 世紀 80 年代提出 (圖 5)。該模型融合了社會和行為科學的知識，為 OT 實踐提供了基於作業的方法。

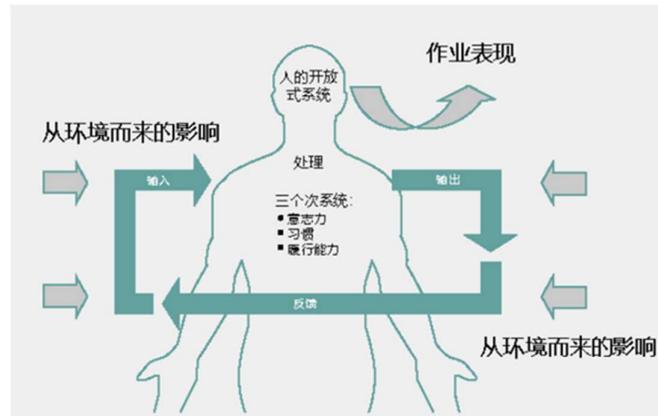


圖 5 人類作業模型

二、作業治療工作範疇

涉及殘疾預防、神經系統疾病作業治療、骨骼肌肉系統疾病作業治療、社會心理作業治療、發育障礙作業治療、老年作業治療、心肺作業治療、其他疾病和損傷作業治療、社區康復、災難預防與應對、作業治療研究等。

三、作業治療常用技術

包括作業活動分析、作業治療評定、治療性作業活動、治療性自我應用、日常生活活動能力訓練與指導、感知覺與認知障礙作業治療、職業康復、娛樂休閒訓練與指導、輔助技術與環境改造、矯形器製作與應用等。

四、國際作業治療發展歷程

(一) 19 世紀

工業化進程、社會改革運動 (諸如 “道德運動” 等) 以及醫學心理學的發展為作業治療的誕生奠定了基礎。

(二) 20 世紀初~40 年代

現代作業治療發展早期，此時作業治療理論體系不夠完善，主要是利用 “作業” 來恢復功能。1917 年，美國作業治療學會的前身——美國作業治療促進會 (AOTA) 成立，標誌著作業治療專業的

正式誕生。

兩次世界大戰推動了作業治療的快速發展，並在使作業治療的物件從過去僅注重精神疾病患者，擴展到注重肢體功能障礙的患者。各國官方的支持使得作業治療在實踐和教育方面正式走上康復的舞臺。



圖 6 1917 年美國作業治療協會創始人合影

（三）20 世紀 50~70 年代

此期的作業治療不論是治療觀念、技術和知識，還是治療物件均得以擴展。作業治療的焦點開始逐步向慢性疾病方面轉化。治療的重點關注追求獲得與發揮患者最大個人能力。服務模式也逐步開始從醫院走向社區，並積極參與防止殘疾發生和健康維護。

1952 年，世界作業治療師聯盟（WFOT）成立。這是作業治療領域唯一的全球性組織。1959 年正式成為世界衛生組織（WHO）的相關組織。至 2024 年 4 月底 WFOT 有 111 個會員組織，代表全球 63.3 萬名作業治療師，有 1100 多個接受認證的教育項目。

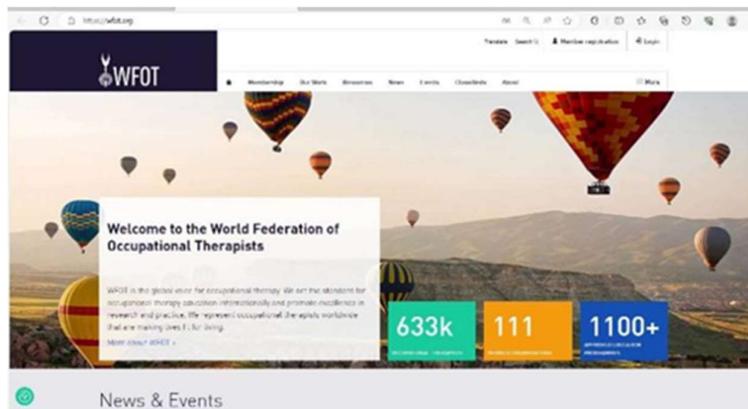


圖 7 世界作業治療師聯盟（WFOT）官網首頁

（四）20 世紀 80 年代以後

作業治療領域開始更加強調理論基礎的研究及與臨床實踐的緊密結合，以提供更加科學化的治療方法，誕生了“作業科學”。同時，多種作業治療模型的出現、醫學技術的進步和循證實踐的興

起使得作業治療領域呈現出更專業、更細化的趨勢。作業治療開始更加注重患者的社區參與和社會融入。隨著國際視野和全球化的推進，在 WFOT 等各學術組織的推動下，作業治療開始在國際上進行更廣泛的合作和交流。

五、中國作業治療發展歷程

(一) 中國古代

西元前 2600 年-1840 年，中國已經利用活動治療疾病；唐堯時代已開始應用舞蹈治療關節運動功能障礙；漢代名醫華佗已提出利用職業勞動治療疾病；宋代文學家歐陽修通過音樂治療治好了自己的“幽憂之疾”；明、清醫籍已有書畫療法、賞花療法、音樂療法的記載。

(二) 中國內地現代作業治療發展

1. 作業治療服務發展

1951 年，華西大學醫院（現四川大學華西醫院）組織系統表顯示（圖 8），在醫務部下設置有職業治療部，表明華西醫院已經有作業治療部門建制（圖 9）。1980 年現代作業治療在內地逐漸開始興起。1989 年衛生部發佈了《醫院分級管理(試行草案)》，要求二、三級醫院必須設立康復醫學科並應設立作業治療科/室，這促進了國內第一批作業治療室的建立，有力的推動了作業治療專業的發展。此後，作業治療從業者的數量不斷增加、服務內容不斷拓展、服務品質不斷的提高。

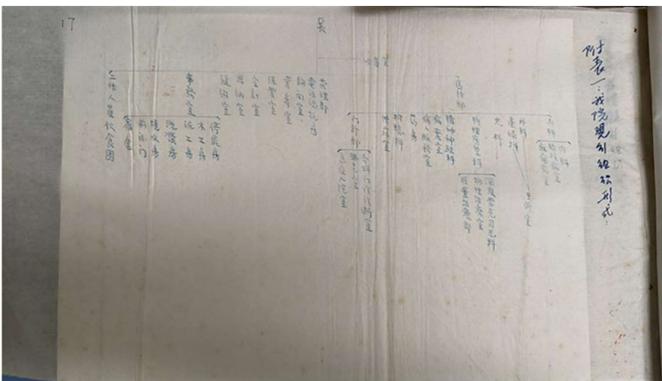
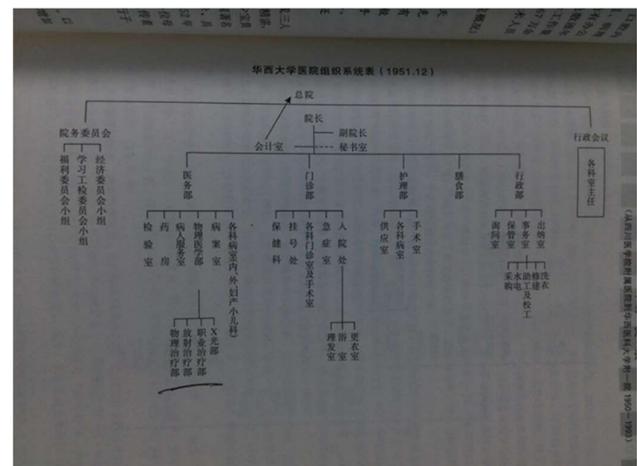


圖 9 鄭尚維、石應康，四川大學華西臨床醫學院。華西醫院史稿，四川：四川辭書出版社，2007 年 9 月，第一版. p69.

圖 8 原華西醫科大學檔案館原始圖片



1982 年，河北省人民醫院（原河北省醫院）成立內地首家綜合醫院康復醫學科並建立了獨立的作業治療室，開展了現代作業治療工作（圖 10）。



圖 10 1982 年河北省人民醫院（原河北省醫院）內地首家綜合醫院康復醫學科並建立了獨立的作業治療室

1988 年，中國康復研究中心成立並建立了內地第一個作業療法科（圖 11），使作業治療的服務內涵進一步拓展，並舉辦了多期的作業治療培訓，為內地培養了一批早期作業治療從業人員。



圖 11 中國康復研究中心成立並建立了國內第一個作業療法科



2. 作業治療教育及培訓

2002 年，首都醫科大學在日本國際協力事業團幫助下開始招生康復治療學專業（作業治療方向）本科生，標誌著我國內地開啟了作業治療本科教育項目（圖 12）。



圖 12 首都醫科大學第一屆康復治療學專業（作業治療方向）學生畢業照

2006 年，首都醫科大學康復治療學專業（作業治療方向）課程國內首家通過 WFOT 認證（圖 13），標誌著我國首個作業治療教育項目達到了國際水準。

圖 13 首都醫科大學康復治療學專業（作業治療方向）
課程 WFOT 認證證書



圖 14 2007 年成立粵港作業治療培訓中心

2007 年，廣東省工傷康復醫院與香港職業治療學院聯合成立粵港作業治療培訓中心（圖 14），為我國內地培訓作業治療人員。

2008 年，汶川地震發生後，中國康復醫學會、香港復康會、香港理工大學、香港職業治療學院等機構組織了多次作業治療方面的培訓，大大提高了中國內地作業治療水準（圖 15）。作業治療在地震傷患康復中發揮了重要作用，並得到了社會的認可和重視。



圖 15 四川大學——香港理工大學災後重建支持及研究中心、華西醫院地震傷患作業治療技術加強培訓班

2011 年，為推動國內作業治療教育的發展，儘快與國際接軌，2 月中國康復醫學會康復醫學教育專業委員會成立了中國康復治療教育國際化作業治療專家委員會（圖 16）。7 月中國康復醫學會、挪威協力會和 WFOT 聯合舉辦了第一屆中國康復治療教育國際化作業治療師資培訓班。截止 2023 年底，此培訓班已經舉辦了 10 屆，為我國培養了 500 餘名作業治療師資，對推動國內作業治療教育發展發揮了重要作用。



圖 16 中國康復醫學會康復醫學教育國際化作業治療專家委員會成立



圖 17 第一屆中國康復治療教育國際化作業治療師資培訓班舉辦

2013 年，由香港賽馬會捐助，香港理工大學、四川大學共建的四川大學-香港理工大學災後重建與管理學院正式運行，承辦了第一屆中國作業治療教育論壇（圖 18），它不僅促進了作業治療學術交流和教育品質提升，也推動了災難康復事業的進步，並提高了公眾對作業治療專業的認知。



圖 18 2013 年第一屆中國作業治療教育論壇舉行

2013 年 9 月，經過國家教育部的正式批准，四川大學-香港理工大學災後重建與管理學院開始作業治療碩士專案招生工作（圖 19）。該項目為我國內地首個作業治療碩士研究生項目，共招生兩屆，培養了 60 名作業治療碩士研究生，為國內作業治療領域的發展與進步注入了新生力量。該課程於 2015 年順利通過 WFOT 的認證。



圖 19 四川大學-香港理工大學災後重建與管理學院首屆作業治療碩士班合影

2017 年，教育部批准上海中醫藥大學設立康復作業治療本科專業（圖 20），標誌著我國內地作業治療本科教育的開始，作業治療教育發展史上的一個里程碑。

教 育 部 文 件

教函[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），部属有关高等学校：

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，根据教育部学科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，确定了审批专业设置

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	082503T	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	071005TH	理学	四年

圖 20 教育部正式檔頒佈批准上海中醫藥大學設立康復作業治療本科專業

2019 年，北京大學醫學部與南加州大學作業治療碩士-博士研究生培養專案啟動（圖 21），開始為我國培養作業治療高端人才。截止 2024 年 1 月，該專案共招生 3 期，培養作業治療碩士 19 名，博士 15 名。

圖 21 北京大學與美國南加州大學作業治療碩士-博士培養專案首批次工作治療碩士研究生開學典禮



3. 學術組織

2011 年 8 月，廣東省康復醫學會作業治療師專業委員會成立（圖 22），標誌著我國第一個省級作業治療學術組織誕生。



圖 22 2011 年廣東省康復醫學會作業治療師專業委員會成立

2011 年 10 月，中國康復醫學會康復治療專業委員會作業治療學組成立（圖 23），把作業治療從業者凝聚在一起，加速了我國作業治療的普及和推廣。卓大宏教授對作業治療學組的任務提出了 10 點建議（圖 24）。



圖 23 中國康復醫學會康復治療專業委員會作業治療學組成立

2020 年，受 WFOT 委託，中國康復醫學會作業治療專業委員會開始對我國內地作業治療教育專案進行認證的書面材料審核及現場考核（圖 27）。進一步推進了我國作業治療國際化的進程。截止 2024 年 5 月我國共有 13 個 WFOT 認證的作業治療教育項目，包括 12 個本科項目和 1 個碩士研究生項目（圖 28）。



圖 27 中國康復醫學會作業治療專業委員會對南京醫科大學和廣州醫科大學作業治療教育專案 WFOT 認證現場審核

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

圖 28 截止 2024 年 5 月我國共有 WFOT 認證作業治療 12 個本科項目和 1 個碩士研究生專案

4. 重要學術活動

香港職業治療學院於 2002 年成立，一致致力於內地作業治療的普及與推廣。2005 年由中國康復醫學會、香港職業治療學院聯合舉辦第一屆國際作業治療研討會在青島召開（圖 29），這是在內地首次舉辦的國際作業治療學術會議，本次會議促進了我國與國外的作業治療學術交流，並與 WFOT 建立了聯繫。



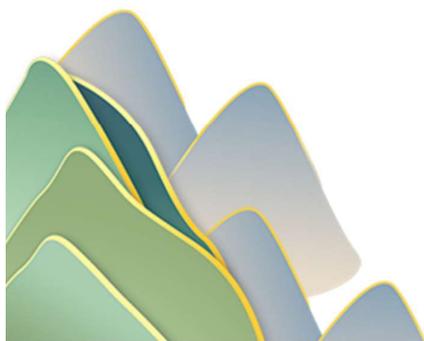
圖 29 2005 國際作業治療研討會在青島召開

中國康復醫學會作業治療專業委員會 2019 首次獨立舉辦作業治療學術年會，參會人數超過 1000 人（圖 30）。顯示出我國作業治療隊伍的發展壯大，表明作業治療進入快速發展階段。



圖 30 中國康復醫學會作業治療專業委員會 2019 年學術年會

作業治療循證實踐



欄目介紹：作業治療循證實踐

刘晓露、闫彦宁 河北省人民醫院康復醫學科

如何將不斷湧現的研究成果應用於臨床實踐是作業治療面臨的挑戰之一。由專業學會牽頭制定循證實踐(Evidence-based practice, EBP)方案,不僅可為作業治療師提供基於證據的實踐指導,提升作業治療的專業水準,以便更有效地提供臨床治療服務,提高患者的康復效率和生活品質。本期通過對近年來美國作業治療協會(American occupation therapy association, AOTA)發表的部分作業治療實踐指南進行深入介紹與解讀,內容涵蓋成人腦卒中、腦外傷、阿爾茨海默和相關神經認知障礙、帕金森、慢性疾病以及兒童等多個作業治療領域,旨在為國內作業治療同道提供寶貴的借鑒與參考,汲取國際前沿的理念與方法,提升國內作業治療實踐能力,為廣大患者提供更加優質、高效的康復服務。

AOTA 制定指南通過系統評價(搜集和分析與特定疾病相關的所有現有研究,確保所依據的證據是全面和最新的)、多學科諮詢小組評估制定指南主題、制定一系列臨床問題指導系統評價的方向、根據研究的品質和一致性對證據進行臨床推薦分級等一系列環節。其中臨床推薦分級分為三個等級以支持臨床決策,A:(強力推薦)有強有力的證據表明作業治療師應該向符合條件的患者提供該幹預措施;強有力的證據表明該幹預措施改善了重要的結果,而且益處遠遠超過了風險。B:(中等推薦)有中等的證據表明作業治療師可以常規地為符合條件的患者提供該幹預措施;有很高的確定性認為淨效益是中等的,或者有中等的確定性認為淨效益是中等到顯著的。D:(不推薦)建議作業治療從業人員不應向符合條件的患者提供該幹預措施,至少有公平的證據表明該幹預措施是無效的,或者風險大於收益。AOTA 在制定指南時也考慮不同文化和社會背景下的實踐差異,確保指南的適用性。指南每 5 年審查一次,並根據需要對其進行更新。

AOTA 支持對作業治療範圍內的幹預措施進行有效性的系統評價。基於證據的作業治療實踐依賴於三個來源的資訊整合:①臨床經驗和推理;②患者及其家庭的偏好;③來自最佳可用研究的發現。在使用實踐指南時要根據服務物件的特定情況、需求以及對幹預的反應,結合自己的專業知識以及可使用的證據,對指南中推薦的幹預措施的適當性做出最終的臨床判斷。所以作業治療師在使用這些臨床推薦的建議時,或者調整幹預措施時應以滿足患者的確切需求為基礎,應考慮:①我到底需要提供什麼樣的幹預?②我提供幹預的條件與研究中的條件匹配程度如何?③幹預措施的靈活性如何?我能在多大程度上修改或適應它? AOTA 認為在缺乏明確證據支持特定幹預措施的情況下,並不意味著從業人員應該避免使用這些幹預。相反,當沒有足夠的證據支持循證實踐時,AOTA 鼓勵從業人員運用自身的專業知識、臨床經驗以及對患者具體情況的理解來指導實踐。這種做法強調了個體化治療的重要性,允許治療師根據患者的特定需求和情況靈活調整幹預措施。

《成人腦卒中作業治療實踐指南》解讀

闫彦宁、刘晓露

河北省人民醫院

腦卒中是臨床常見病多發病，具有致死率高、復發率高的特點，是全球成人長期獲得性殘疾的主要原因[1]。約 75%的腦卒中患者遺留有不同程度的運動、感覺、認知等功能障礙，以偏癱最為常見，給個人、家庭和社會造成了沉重負擔[2]。循證醫學證實，儘早、長期、科學的康復訓練能夠促進運動功能改善、日常生活能力以及生活品質的提高[3]。

美國作業治療協會(American Occupational Therapy Association, AOTA)2023 年發表了《Occupational Therapy Practice Guidelines for Adults With Stroke》[1]（《成人腦卒中作業治療實踐指南》），以下簡稱《指南》，為對成人腦卒中患者實施作業治療提供了基於證據的臨床實踐建議，旨在幫助作業治療師理解和應用這些建議，從而為腦卒中患者及其照顧者提供更為有效的作業治療服務。《指南》基於 168 項研究，聚焦於改善成人腦卒中患者的日常生活活動(Activities of daily living, ADL)和功能性活動(Functional mobility, FM)、工具性日常生活活動(Instrumental activities of daily living, IADL)及社會參與，並首次增加了維持照顧者角色的幹預措施。該《指南》針對這四個方面推薦了不同等級的臨床幹預策略。同時，也強調了在證據基礎上應結合臨床經驗和患者特定目標進行個性化作業治療的重要性。

一、《指南》中推薦的幹預策略

1. 改善 ADL 和 FM 的臨床幹預策略

1.1 A 級推薦（強有力的證據支持）的幹預策略

1.1.1 鏡像療法結合任務導向訓練：通過鏡子提供視覺回饋結合以任務為導向的功能性活動可以顯著提高住院或居家康復的腦卒中患者的 ADL 和 FM。

1.1.2 運動想像結合任務導向訓練：將通過使用視頻、音訊或圖像輔助進行特定的運動或任務的想像作為任務導向訓練的輔助，說明各階段的腦卒中患者改善 FM。

1.1.3 平衡訓練：為亞急性和慢性腦卒中患者進行平衡訓練，以改善 ADL(住院康復環境)和 FM(住院康復和其他環境)。

1.1.4 三階段多學科康復計畫：即在腦卒中後 6 個月內，提供“從醫院到康復中心、再到家庭或社區”三個階段的連續康復照顧服務，可以促進患者 ADL 的改善。

1.1.5 腦卒中自我管理：採用面對面的自我管理教育(團體和個人形式)結合電話隨訪的方式，為腦卒中患者提供自我健康管理方法，以改善住院或門診康復期間的 ADL。

1.2 B 級推薦（適度的證據支持）的幹預策略

1.2.1 認知行為療法：在醫院或社區內為腦卒中後抑鬱的患者提供小組或個人形式的認知行為治療，以改善 ADL 表現。

1.2.2 單側空間忽略幹預：為具有單側空間忽略的腦卒中患者提供基於活動的幹預（例如，基於電腦的視覺掃描訓練和視覺刺激訓練、心理練習、鏡像療法、自主軀幹旋轉、前庭訓練等），可以改善 ADL 表現。

1.2.3 創造性藝術活動：利用娛樂性質的幹預，如音樂、騎馬和其他創造性的藝術活動，可以改善腦卒中的 ADL 表現。

1.2.4 動作觀察結合任務導向：通過視頻觀看他人的關節活動、伸手、抓握或功能任務隨後讓其進行模仿，可以改善急性和亞急性腦卒中患者的 ADL 和 FM。

1.2.5 太極：亞急性或慢性期的腦卒中患者通過進行太極活動可以改善其住院（或其他環境下）的 ADL 和 FM 表現。

1.2.6 水中活動：在門診或社區中進行水中活動，可以改善亞急性期和慢性期腦卒中患者的 ADL 和 FM 表現。

1.2.7 居家 ADL 訓練：為亞急性期居家的腦卒中患者提供包括被動、主動及抗阻運動及在食物準備、穿衣等方面的 ADL 訓練，改善患者的居家 ADL 表現。

1.2.8 住院期間及出院後的居家 ADL 訓練：住院期間每週 1~3 次被送回家中以及在出院後由多學科團隊提供個體化的居家康復訓練計畫，包括體育活動、日常生活技能訓練以及必要的健康教育和支持，在日常生活活動（ADL）和功能移動（FM）表現上有所改善，尤其是在改良 Rankin 量表得分上表現更好。

1.2.9 家庭自我照顧教育：在家庭環境中進行 ADL 教育。

1.2.10 虛擬實境：作為常規治療的補充，採用商業遊戲控制台（如 Wii、Kinect 等）或專為康復設計的程式來類比現實生活的任務和環境。

1.2.11 早期活動：在腦卒中發作後的 24 小時內，根據患者的耐受性，儘快開始直立和下床活動。

1.2.12 被動關節活動：對重症監護的急性卒中患者提供為期 4 周的雙上肢的被動關節活動訓練可以改善 ADL 表現。

1.2.13 感覺再訓練：為住院康復者提供各種類型的感覺再訓練，以改善腿部、軀體感覺障礙患者的 ADL。

2. 改善 IADL 的臨床幹預策略

2.1 A 級推薦（強有力的證據支持）的幹預策略：

2.1.1 強制性運動療法：通過自我調節、軀幹約束、機器人治療等手段，進行功能任務的重塑、適應性和重複練習，以改善住院康復期間腦卒中患者的 IADL 表現。

2.2B 級推薦（適度的證據支持）的幹預措施：

2.2.1 藥物管理：通過文本提醒和環境提示給予患者進行藥物管理所須的更多的支持。

2.2.2 駕駛模擬訓練：對有駕駛需求的患者進行駕駛模擬訓練。

2.2.3 基於社區的健康賦能：包括小組討論、家庭實踐和電話隨訪三部分，以增強患者的自我效能感和自我管理技能，進而改善亞急性期居家腦卒中患者的 IADL 表現。

3. 改善社會參與的臨床幹預策略

《指南》中在社會參與方面只有 B 級推薦（適度的證據支持）的幹預措施。包括：

3.1 多模式腦卒中教育結合支持性隨訪：提供適合患者身體需求的無障礙教育材料、結合電話或互聯網隨訪，以改善社會參與。

3.2 基於參與障礙的幹預：

(1) 智慧遊戲訓練結合作業治療：在醫院內進行基於虛擬實境的智慧遊戲的訓練結合作業治療以提高活動的參與度。

(2) 團體認知行為幹預結合平衡訓練：進行以平衡自我效能為目的的團體認知行為幹預結合平衡訓練用以克服對跌倒的恐懼，改善社會參與，促進社區融合。

(3) 長期團體幹預：在社區中進行長期的步行、力量 and 平衡等的團體幹預，以改善社會參與。

在實施作業治療過程中，重要的是持續關注患者的需求，確保治療計畫能適應他們的變化，並基於其目標、興趣和功能能力進行個性化的選擇以最大限度地提高患者的參與度。

4. 維持照顧者角色的臨床幹預策略

4.1 A 級推薦（強有力的證據支持）的幹預策略：

4.1.1 問題解決技能培訓結合其他認知行為療法：通過面對面指導和電話隨訪，教授照顧者重塑強化壓力管理和消除消極情緒及想法的技巧，以改善他們的抑鬱症狀、促進健康和提升照護滿意度。

4.1.2 解決問題技能培訓結合腦卒中教育：通過面對面結合遠端或僅遠端的形式，量身定制教育和技能培訓的內容，以滿足照顧者的不同需求。

4.1.3 家庭支持組織：在患者出院前後給予個體化的長期教育和支持。

4.2 B 級推薦（適度的證據支持）的幹預措施：

4.2.1 解決問題療法：通過電話提供個性化的支持和培訓，解決照顧者照護中遇到的問題。

4.2.2 以家庭為基礎的幹預：在家庭中實施長期個性化教育和多學科團隊支持，以促進家庭成員之間的相互支持和整體福祉。

4.2.3 電話小組教育：為照顧者提供 8 周的電話小組教育課程，以減輕照護負擔。

4.2.4 多模式照護者幹預：多種不同的幹預策略結合，以更全面地解決照顧者的問題。

4.2.5 出院前的技能培訓和家庭隨訪：在醫院對照顧者進行基本照顧和日常活動協助的培訓，並在患者出院後提供家庭環境適應性指導，以提升照顧者的照顧技能並改善患者和照顧者的生活品質。

4.2.6 提供健康教育、轉診服務和出院計畫教育：在住院期間、進行家庭隨訪時以及進行電話隨訪時為腦卒中患者及其家庭照顧者提供全面的健康教育、轉診服務和出院計畫支持，提高照顧者的照顧能力和社會參與能力，提高照顧品質。

二、《指南》中推薦策略的選擇與使用

在腦卒中作業治療領域，目前有關提升日常生活活動能力的多種幹預策略都具有充分的證據支持，而在社會參與方面的研究證據尚待進一步豐富。現有的證據中可能存在資訊不充分、不精確或偏見等問題，影響對幹預措施效果的全面理解，仍需要通過進一步的系統評價來優化腦卒中作業治療策略。因此，作業治療師在應用 A 級推薦的幹預措施時應根據患者的具體情況和需求進行個性化調整；在應用缺乏充分證據支持的幹預措施時應保持謹慎，必要時結合專家共識、臨床經驗、患者和家庭的偏好及醫療政策進行實踐。在實施過程中，作業治療師應密切監測患者在治療中的反應和進展，並根據回饋適時調整治療方案，以為患者和照護者提供基於循證和創新的高品質服務。

三、展望

作業治療在腦卒中患者的康復過程中發揮著關鍵作用，其服務內容覆蓋從急性期到家庭和社區

的各個階段，以提高患者在日常生活活動、工具性日常生活活動以及社會參與方面的作業表現，並為照顧者提供維持其照顧者角色的支持。在實施作業治療時，作業治療師與腦卒中患者及其照顧者、跨學科團隊成員共同合作，以服務物件為中心，通過全面評估瞭解其需求、能力障礙，綜合分析各種可能影響作業表現和參與的因素，並結合實踐指南的證據、自身專業經驗、患者及其家庭的意願和偏好等，制定基於循證的、個性化的臨床決策。

目前，對腦卒中患者及其照顧者提供循證、創新的作業治療服務仍具有挑戰性。在未來的研究中應以社會參與作為主要結局，針對不同恢復階段、不同環境下的腦卒中患者提供更加個性化的幹預，並延長觀察時間到一年以上。此外，還應包括對照顧者的作業表現和社會參與的評價，以確定作業治療幹預能否有效提高照顧者的照顧技能和社會參與。同時，未來的作業治療研究和實踐還應關注健康管理領域，探索實施健康促進和預防性幹預等措施，以提高患者社會和情感健康、身體活動、症狀管理等方面的作業表現，從而預防腦卒中復發及相關併發症的發生。隨著遠端通訊等高科技技術的不斷發展，將為實施作業治療相關的教育計畫和研究體系提供更為便利的條件，既有利於作業治療最佳實踐證據的發展，也有利於最佳作業治療實踐的應用與推廣。

參考文獻：

- [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] 張先卓, 呂萌, 羅旭飛, 等. 腦卒中康復臨床實踐指南推薦意見研究 [J]. 中國康復理論與實踐, 2020, 26(02): 170-80.
- [3] 張通, 趙軍, 白玉龍, 等中國腦血管病臨床管理指南(節選版)——卒中康復管理 [J]. 中國卒中雜誌, 2019, 14(08): 823-31.
- [4] 閔彥寧. 作業治療關注功能、生活、健康與幸福 [J]. 中國康復, 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): 741241001p1-p87.

《成人創傷性腦損傷作業治療實踐指南》解讀

許振坤¹ 李奎成²

1-馬來西亞國立大學

2-山東第二醫科大學

創傷性腦損傷(Traumatic brain injury, TBI)常稱顱腦損傷，是一種由於頭部受到撞擊、碰撞或顛簸、或穿透性損傷而引起的大腦功能障礙。研究顯示 TBI 所致病死率和致殘率均居各類外傷患者的首位。在我國占現代創傷人數的 10%~20%，國學者針對 2001~2007 年 210 家醫院 338083 例顱腦損傷住院患者的回顧性分析表明，7 年間顱腦損傷患者人數呈增長趨勢，顱腦損傷患者主要集中於 11~ 60 歲人群，占 85.4%，其中 31~ 40 歲最多，占 24.28%，年均增長率為 6.37%。在美國，腦外傷是導致死亡和殘疾的主要原因之一，每年約有 290 萬人受到腦外傷的影響，其中約 250 萬人需要急診治療，6.1 萬人死亡，22.4 萬人住院。創傷性腦損傷的體征和症狀包括認知障礙(如記憶、注意力、自我意識)、運動障礙(如平衡、力量、活動範圍)、視覺障礙(如掃描、靈敏度)和情感、行為和心理障礙。大約 80%至 90%的 TBI 是輕度的(腦震盪)。對於中度至重度 TBI 患者，在受傷後 5 年約 57%中度至重度殘疾、55%失業、33%需要日常活動照顧等。

美國作業治療協會(American Occupational Therapy Association, AOTA)在 2023 年發表了《Occupational Therapy Practice Guidelines for Adults With Traumatic Brain Injury》(創傷性腦損傷成人作業治療實踐指南)，為對成人創傷性腦損傷患者實施作業治療提供了基於證據的臨床實踐建議，旨在幫助作業治療師理解和應用這些建議，從而為創傷性腦損傷患者及其照顧者提供更為有效的作業治療服務。該指南基於 62 項研究，審查了 6 項系統性回顧，並將結果綜合為不同等級的臨床推薦，用於作業治療的臨床實踐。

一、指南中推薦的幹預策略

1. 改善 TBI 意識紊亂患者覺醒和意識的臨床幹預策略

1.1 A 級推薦(強有力的證據支持)的幹預策略

1.1.1 多模態感覺刺激：作業治療師應使用家庭提供的多模態感官刺激(如觸覺、聲音、嗅覺)來改善 TBI 後意識紊亂患者的意識和喚醒。

1.1.2 單模式聽覺刺激：使用熟悉的聲音講述結構化的熟悉故事，以改善 TBI 後意識紊亂成人的覺醒和意識。

1.2 B 級推薦(適度的證據支持)的幹預策略

1.2.1 多模態感覺刺激：在適當的情況下，如在重症監護室，作業治療師可以使用多模式感覺刺激(即觸覺和聲音)來改善 TBI 後意識紊亂患者的意識和喚醒。

1.2.2 基於小組的身體活動：進行團體體育活動幹預(平衡、有氧、強化)來改善 TBI 患者的運動結果。

2. 針對運動、前庭功能障礙以及技能以提高 TBI 患者作業表現的臨床幹預策略
 - 2.1 A 級推薦（強有力的證據支持）的幹預策略
 - 2.1.1 基於小組的身體活動：進行團體體育活動幹預(平衡、有氧、強化)來改善 TBI 患者的運動結果。
 - 2.1.2 虛擬實境：進行虛擬實境幹預，以改善輕度至中度 TBI 患者的運動結果(如，步態速度，平衡，功能運動)。
 3. 基於認知加工、活動和作業的以提高 TBI 認知障礙患者的參與的臨床幹預策略
 - 3.1 A 級推薦（強有力的證據支持）的幹預策略
 - 3.1.1 特定認知結果的認知幹預：作業治療師提供基於小組的複合認知項目，以改善輕度至重度 TBI 患者的執行功能。
 - 3.1.2 改善認知-情緒症狀的幹預：採用認知幹預措施來改善患有輕度 TBI 腦震盪後的現役軍人的認知和情緒症狀。
 - 3.1.3 策略訓練：使用基於作業的策略培訓，單獨或與跨學科幹預相結合，以改善輕度至中度 TBI 患者的認知結果(腦震盪後症狀，前瞻記憶，目標實現)。
 - 3.2 B 級推薦（適度的證據支持）的幹預策略
 - 3.2.1 虛擬實境：使用基於虛擬實境的幹預措施來改善輕度至中度 TBI 患者的認知結果(靈活性、移動技能、工作記憶、視覺搜索)。
 - 3.2.2 基於鍛煉和電腦的幹預：對老年人(年齡 ≥ 55 歲)的 TBI 患者使用基於電腦的認知訓練幹預或太極幹預來改善認知功能(記憶、注意力、啟動)。
 - 3.2.3 遠端問題解決：電話解決問題療法的基礎上提供教育材料，以改善成人 TBI 患者的睡眠。
 - 3.2.4 無錯學習：用無錯的學習方法來提高 ADL 的表現，並加速 TBI 後創傷性昏迷期間的技能習得。
 - 3.2.5 技術支持的任務和習慣學習：作業治療師可以考慮使用技術支持的任務和習慣學習方法來減少對 TBI 患者完成活動的提示需求。
 4. 針對視覺障礙和視覺感知以提高 TBI 患者作業表現的臨床幹預策略
 - 4.1 B 級推薦（適度的證據支持）的幹預策略
 - 4.1.1 視覺療法：在適當的情況下，訓練有素的作業治療師可以為輕度 TBI 患者提供門診個人視力治療，以改善會聚、眼球跳動、視覺注意和視覺誘發電位。
 5. 針對心理社會、行為和情緒技能以改善 TBI 患者的社會參與和其他日常活動和作業表現的臨床幹預策略
 - 5.1 A 級推薦（強有力的證據支持）的幹預策略
 - 5.1.1 教育及技能培訓：包括一對一的指導培訓門診項目，以改善或教授輕度至重度創傷性腦損傷患者相關症狀的代償策略，以改善生活品質、社會心理功能和社會關係。
 - 5.2 B 級推薦（適度的證據支持）的幹預策略

5.2.1 小組教育：為輕度到重度腦外傷的成年人提供小組教育幹預，以改善憤怒管理、社會參與和心理社會健康。

5.2.2 個性化認知行為療法：為輕度至重度腦外傷的患者提供認知行為療法幹預，重點是個性化的心理教育，以改善心理社會、行為和情感技能。

5.2.3 以目標為導向的幹預措施：為輕度至重度 TBI 的患者提供目標集中的治療，團體或個人形式，以改善社區活動，社會關係，情緒控制和情緒調節。

5.2.4 有氧運動、高強度運動或兩者兼而有之：為輕中度慢性 TBI 患者，提供個體化有氧運動、高強度運動或兩者兼而有之的幹預措施來改善心理社會、行為和情緒技能。

6. 促進 TBI 患者的照顧者維持其照顧者角色的臨床幹預策略

6.1 A 級推薦（強有力的證據支持）的幹預策略

6.1.1 個別照顧者幹預：通過面對面，小組或通過電話的形式，對住院或社區環境下護理人員進行幹預，以改善照顧者的整體健康和福祉。

6.1.2 個別照顧者幹預：基於家庭的個人線上或電話幹預，以提高 TBI 患者照顧者的知識和技能（例如，解決問題、溝通、獲得服務和支持）。

6.1.3 家庭幹預措施：提供基於家庭的線上、家訪或面對面小組、技能建設指導，例如，溝通、解決問題、策略制定，以減輕照顧負擔，改善照顧者的整體健康和福祉。

6.2 B 級推薦（適度的證據支持）的幹預策略

6.2.1 家庭幹預措施：提供以家庭為基礎的團體幹預，以改善照顧者獲得服務的機會，健康資訊的知識，以及對 TBI 照顧者的支持感。

6.2.2 照顧者和配偶幹預措施：為照顧者及其 TBI 配偶提供面對面或小組幹預，以建立和加強關係，維持照顧者角色。

二、指南中推薦策略的選擇與使用

根據這些實踐指南所依據的系統評價的發現，作業治療從業者在做臨床決策時應仔細考慮傷情的嚴重程度、症狀的性質和恢復階段。

1. 預防 TBI 的再次發生：由於 TBI 患者再次受傷的風險較高，使得研究預防方法的有效性變得尤為重要。多次腦損傷可能導致預後更差，因此需要關注性別、傷害嚴重程度、酒精使用、社會經濟地位、醫療護理尋求行為和 TBI 歷史等風險因素。同時，作業治療師應提供教育和培訓幹預，以預防 TBI 並降低年齡相關風險。

2. 睡眠障礙管理：TBI 後常見的睡眠障礙可能削弱個體應對症狀的能力，並可能加劇神經精神症狀如抑鬱、焦慮和冷漠，從而影響健康、福祉以及參與康復和社區活動。作業治療師應討論睡眠障礙的影響，並實施睡眠衛生幹預，包括優化睡眠環境、減少身體不適、調整日常活動（如增加日間活動、維持規律的起床時間、遵循一致的日常生活慣例），以及限制咖啡因攝入至中午以前。

3. 同伴指導：同伴指導幹預可以提高 TBI 患者的參與度和生活品質，增強應對 TBI 後抑鬱的能力。成功同伴指導需要匹配導師和被指導者，包括知識和意識培訓，確保雙方積極參與。

4. 照顧者支持：照顧者在 TBI 患者的康復中起著關鍵作用。作業治療師應評估照顧者的需求，並提供支持、培訓和教育，以改善患者為中心的結果。

5. 腦震盪後恢復活動：大多數 TBI 為輕度，治療症狀的最佳方法是損傷後逐漸恢復活動。輕度 TBI 不應等同於輕度局限性，除了分級活動來管理症狀外，作業治療師還應促進使用諸如補償培訓、亞症狀閾值培訓等幹預措施。

6. 情境化治療：這種整體性治療方法側重於改善現實生活中的活動參與，與客戶的目標和興趣相關。作業治療師可以使用作業檔案和加拿大作業表現量表等工具，來識別客戶在受傷前參與的日常活動。

三、總結

該指南針對意識障礙狀態、運動和前庭障礙、認知功能、視力相關障礙以及 TBI 患者的心理社會、行為和情感技能的幹預措施的證據進行了總結，並依據證據的強度進行推薦。鑒於照顧者在 TBI 患者恢復過程中的關鍵作用，也提供了以照顧者為中心的幹預措施的證據。指南強調使用標準化的、基於表現的評估、客戶和護理者的自我報告以及臨床觀察，對於確定幹預方法以及是否在個人或小組環境中使用這些方法至關重要。

該指南中指出了適用於作業治療幹預的證據空白，如睡眠衛生、同伴指導、情境化治療和以護理者為中心的幹預。這些領域應成為未來研究的重點，以增加基於作業的 TBI 研究。現有的關於 TBI 護理幹預的研究多為定性、案例研究和探索性研究，缺乏具體的幹預措施。此外，許多證據並未明確指出照顧者的需求和幸福感如何直接影響 TBI 患者的康復。推薦的幹預措施可能包括教育、家庭改造、設備培訓、處理技術、自我照顧任務培訓、身體活動、休閒和社會參與、健康和福祉，以及促進患者和照顧者雙方的職業平衡。

參考文獻：

[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] 張溢華, 邱俊, 王昊, 徐倫山, 周繼紅 & 許民輝. (2016). 338083 例顱腦損傷流行病學特點分析. *創傷外科雜誌* (06), 328-330.

《阿爾茨海默病和相關神經認知障礙的作業治療實踐指南》解讀

刘静娅^{1, 2}、黄富表^{1, 2}

1、中國康復研究中心 作業治療科；2、首都醫科大學 作業療法教研室

阿爾茨海默病 (Alzheimer's disease, AD) 是全球性的健康問題，每年新增約 1000 萬患者。同時，神經認知障礙 (neurocognitive disorders, NCDs) 是一種後天綜合症，影響認知和記憶，其症狀會逐漸惡化。在早期和中期，通過適當的幹預可以改善功能，但到了晚期患者可能需要 24 小時的護理。目前，全球管理阿爾茨海默病患者的成本高達 1.3 萬億美元，影響了 5500 萬人，這些患者因阿爾茨海默病及相關 NCDs 導致認知能力下降，影響感知、思考、情緒和行為，進而影響其日常生活和工作能力，給全球健康管理帶來了巨大的經濟負擔。

《美國作業治療雜誌》2024 年 1-2 月第 78 卷第 1 期出版了由 Smallfield, S 等作者撰寫的《Occupational Therapy Practice Guidelines for Adults Living With Alzheimer's Disease and Related Neurocognitive Disorders》(《阿爾茨海默病和相關神經認知障礙的作業治療實踐指南》)^[1]。該指南通過整合 2018 年至 2021 年發表的 12 篇系統綜述，整理了針對 AD 和相關 NCDs 的成年障礙者的具有有效性證據支持的作業治療幹預措施及支持其照料者的幹預措施，為臨床作業治療工作人員提供有效循證作為參考和指導。同時指南強調，在眾多類型的 NCDs 中，區分癡呆症和輕度認知障礙 (Mild Cognitive Impairment, MCI) 的症狀非常重要。MCI 被認為是介於正常認知衰老和癡呆相關變化之間的認知障礙的中間階段^[2]，治療幹預在疾病的早期階段可能更有效，這進一步加強了對這種癡呆前綜合症進行臨床定義的必要性^[3]。因此，在指南的幹預方式整合中也包含了針對 AD 和 MCI 的不同臨床策略。

該指南基於系統綜述，提出了針對 AD 和相關 NCDs 的成人中的作業治療服務中，除了既往的無錯誤學習、鍛煉幹預之外^[4]，還包括了使用“家庭式、多感官或以人為中心的環境”、改善癡呆及針對照料者的幹預措施。基於循證的作業治療主要針對三個障礙領域：認知、疼痛及癡呆症的行為和心理症狀 (Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia, BPSD)。

一、患有 AD 及相關 NCDs 的成人的作業治療幹預的循證臨床推薦

1.1 AD 和相關 NCDs (循證臨床推薦的水準)

針對作業治療實踐範圍內的幹預措施的循證臨床推薦，旨在提高 AD 和相關 NCD 患者及其護理夥伴的表現和參與度。本文筆者簡單用以下表格 (表 1) 進行總結。

表 1 總結該指南提出的臨床建議及研究證據級別

幹預障礙領域	人群	方法	證據級別	建議	
認知障礙	癡呆	認知治療幹預	A：強	可通過個體或團體認知導向訓練	
		運動幹預	A：強	可使用步行計畫和鍛煉與記憶遊戲和音樂療法相結合，進行個體或團體治療	
		音樂幹預	A：強	音樂幹預結合運動進行個體或團體治療	
		懷舊幹預	A：強	可進行個體或團體懷舊幹預	
	MCI	舞動治療	B：中等	團體舞蹈訓練改善整體認知功能	
		認知治療幹預	B：中等	可通過個體或團體認知導向訓練	
心理狀態	抑鬱	癡呆	懷舊治療	A：強	個體或團體進行懷舊治療幹預
			藥物與非藥物	B：中等	嘗試進行多種非藥物的行為幹預
		音樂幹預	B：中等	個體或團體音樂幹預（即聆聽、唱歌或歌曲創作）	
		MCI	運動幹預	B：中等	進行體育鍛煉
	基於認知的幹預		B：中等	基於認知的幹預（劑量未報告）	
	焦慮	癡呆	CBT	B：中等	1 對 1 的認知行為療法
行為精神症狀	癡呆及照料者	非藥物幹預	B：中等	為照料者和癡呆者提供家庭或社區非藥物幹預措施，例如教育、技能培訓、社會支持、病例管理或多元幹預	
疼痛	癡呆	疼痛幹預	B：中等	個性化的感官刺激幹預	
照料人員心理健康	照料者	單一或多元教育，並輔以同伴或心理支持幹預	A：強	可多元化的教育幹預措施，並通過同伴或心理支持（面對面或遠端）來解決癡呆症患者護理夥伴的抑鬱症問題（未報告劑量）。	
		行為啟動	B：中等	在家庭中提供行為啟動（當面或電話）	
		CBT 或正念幹預	B：中等	可通過面對面、電話、線上或通過應用程式進行 CBT 或正念幹預	

1.2 針對患有 AD 和相關 NCD 的成年人的作業治療幹預的專家意見臨床推薦（針對重要/常見的臨床幹預措施制定的，但由於缺乏研究而未達到循證臨床推薦的水準）

該指南撰寫團隊起草了推薦並提供了支持使用幹預措施的資訊。通過審核獲得允許以納入實踐指南。建議從業者可以考慮進行環境改造（如公共用餐、環境音樂、用餐區的魚缸以及高對比的餐具），解決環境因素，可幫助患有 AD 的成年人改善食物攝入量和維持體重。同時指南提出目前的研究不支持間隔檢索（Spaced retrieval，一種基於證據的記憶技術，它使用程式記憶來說明人們在逐漸延長的時間間隔內回憶資訊）或技能培訓，因此應謹慎使用這些方法並仔細監測其有效性。從業者使用的任何方法都應以人為本，強調環境改變和明確的結果以評估有效性。

二、《指南》中推薦策略的選擇與使用

該指南為從業者給出了臨床推理中推薦，臨床幹預措施應盡可能與研究中選擇的幹預措施相似。當無法找到完全適合自己的臨床環境和康復物件特定需求的循證幹預措施時，如需調整循證幹預中的措施，則需要從業者積極思考康復物件和實踐環境並記錄具體改變的方式和原因。如果發現幹預措施不適合康復物件則不應使用該幹預措施。

在目前作為證據的研究中，並沒有針對作業及其層面上持續測量的結果。特別是，關於休閒活動作為幹預措施和結果的文獻非常有限，這限制了對“促進參與”幹預措施的理解。因此，建議在研究中使用評估和幹預策略要包含休閒活動並對臨床醫生開放。對於遠端醫療等支持替代服務的非直接服務方面的證據較為缺乏，作業治療在患有 AD 和相關 NCDs 的成人中姑息治療中的作用也未得到廣泛研究。同時，在患有 AD 及相關 NCDs 成人中，康復物件和照料者的二元幹預方法缺乏證據支持，需要更多證據表明作業治療在照料者教育與二元關係中的作用。此外，目前缺乏針對患有 AD 和相關 NCD 的成人的標準化評估，難以體現神經功能和作業表現的關係，從業者需要考慮與神經功能和環境相關的機制以確保最佳實踐。

三、總結

該指南概述了當前的循證依據，為從業者在針對患有 AD 和相關 NCD 的成年人及其照料者進行幹預的臨床決策提供參考，幫助從業者將循證依據轉化為臨床實踐，可以很好地指導阿爾茨海默病及相關認知障礙患者的作業治療實踐。期待今後我國也可以有阿爾茨海默病及相關認知障礙的作業治療實踐指南出臺，以促進我國阿爾茨海默病及相關認知障礙作業治療的不斷進步與發展。

參考文獻：

- [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.

帕金森病患者作業治療實踐指南解讀

馮曉晴, 陸佳妮

同濟大學附屬養志康復醫院（上海市陽光康復中心）作業治療科

帕金森病（Parkinson's disease, PD）是一種常見的神經退行性疾病，影響運動和非運動功能。PD患者會經歷運動緩慢、肌肉僵硬、震顫等運動症狀，以及認知障礙、疲勞、情緒問題、睡眠障礙等非運動症狀，嚴重影響患者的生活品質。儘管藥物治療和手術可以管理疾病，但研究表明多學科、以患者為中心的方法能滿足患者和照顧者需求的最佳途徑。作業治療通過活動促進PD患者的健康生活，幫助他們克服活動限制，提升活動表現，同時支持照顧者，維護心理健康。

美國作業治療協會（American Occupational Therapy Association, AOTA）2022年發表了《Occupational Therapy Practice Guidelines for People With Parkinson's Disease》（《帕金森病患者作業治療實踐指南》）[1]，以下簡稱《指南》，為對PD患者實施作業治療提供了基於證據的臨床實踐建議，旨在提高帕金森患者對作業治療的使用率，改善PD患者的生活品質。該指南更新了成人神經退行性疾病作業治療指南中的帕金森病部分並系統性回顧了有關PD患者的體力活動和損傷幹預的證據，覆蓋了日常生活活動、工具性日常生活活動、教育、社交參與及照顧者幹預等領域。指南整合了這些新證據以支持PD患者的作業治療實踐，並反映了當前的研究進展，促進了基於證據的臨床決策。同時，強調了鍛煉、環境調整和自我管理策略的重要性。

一、《指南》中推薦的幹預策略

1. 改善ADL、睡眠和休息的臨床幹預策略

1.1 A級推薦（強有力的證據支持）的幹預策略：

1.1.1 多學科住院康復幹預：提供4至8周的多學科綜合的幹預措施來提升PD患者的ADL表現。

1.2 B級推薦（適度的證據支持）的幹預策略：

1.2.1 群體多模式鍛煉計畫：包括柔韌性、平衡、Wii遊戲和基於功能的練習，可以改善PD患者ADL的表現。

1.2.2 家庭手部運動計畫：包括手指交叉轉圈、轉動螺栓、使用塑形泥進行塑形或進行手工藝活動和使用木球進行某些遊戲或練習，旨在通過重複和有目的的練習來提高手部的靈活性、協調性和力量，可以提高ADL表現。

1.2.3 抗阻力訓練結合多模式鍛煉計畫：包含熱身、抗阻練習、平衡和協調任務，特別是娛樂性和節奏性的有氧運動來改善睡眠品質和減少睡眠幹擾。

1.2.4 正念冥想和運動計畫：在社區內進行基於正念冥想的複合運動的幹預可改善PD患者的睡眠品質、ADL表現及生活品質。

1.2.5 虛擬實境：使用虛擬實境（如Wii, Xbox, Kinect系統）進行每週2-3次，持續5-7周的幹預，可以提高PD患者的ADL表現[2]。

1.2.6 基於認知行為療法結合家庭活動和現場檢查：在家庭環境或在門診治療過程中下幫助PD患者改變影響睡眠的思維和行為可能有助於改善帕金森病患者的睡眠品質、嗜睡程度、疲勞感以及抑鬱症狀，並可能對他們的ADL和運動功能產生積極影響。

2. 改善IADL的臨床幹預策略

2.1 A級推薦（強有力的證據支持）的幹預策略：

2.1.1 體育體能活動：包括教育、社交支持和互動、行為改變技巧（例如，設定目標、制定行動計畫）以及活動監測（持續10周至12個月）的體育體能活動，以提高肢體活動水準（例如，步行、健身中心、瑜伽、探戈、平衡、靈活性訓練）。

2.2 B級推薦（強有力的證據支持）的幹預策略：

2.2.1 密集的書寫訓練：包括使用彩色目的地區域或結合視覺和聽覺刺激的書寫和繪圖練習以及進行書法作品創作可以改善PD患者的書寫技能，提升書寫幅度、方向、區域、力量和速度[3, 4]。

2.2.2 基於家庭的手寫訓練：包括手部練習和各種書寫活動，每週兩次，每次一小時，持續6個月，並配合每月家訪，以自我報告的方式回顧進展，可改善PD患者的感知書寫困難，提高書寫可辨認性。

2.2.3 一對一的家庭治療會話：內容包括用藥評估、解決依從性問題、反思用藥經驗以及討論關於服藥的信念，理解這些信念如何影響他們的依從性。通過在家庭環境中提供一對一的依從性治療會話，可以改善PD患者對藥物治療的依從性。通過評估和解決用藥問題，以及探討患者對服藥的信念和經驗，有助於提高患者的自我效能感，從而可能改善他們的治療效果和生活品質。

2.2.4 基於社區的身體活動幹預：如多模式運動計畫或團體探戈舞蹈，持續6到12個月，以提升IADL參與和功能[5, 6]。

2.2.5 家庭定制作業治療：包括活動建議、策略培訓、任務適應、日常生活安排或環境調整（例如使用輔助設備），等一系列有組織的幹預措施。通過提供個性化的活動建議和策略培訓，以及適應和調整任務和環境，這種幹預有助於提高患者的日常生活品質和獨立性。

3. 改善教育、工作、志願服務、休閒及社會參與方面的臨床幹預策略

3.1 B級推薦（適度的證據支持）的幹預策略：

3.1.1 基於社區的探戈舞蹈課程：對PD患者提供進階阿根廷探戈舞課程並與非PD患者配對，可以提高PD患者對日常活動的滿意度[5]，增加他們的社交互動，減少孤立感，增強社區歸屬感。

二、《指南》中推薦策略的選擇與使用

1. 多學科照護：帕金森病患者的作業治療應由專業多學科團隊進行[7]。作業治療師應利用其專業知識，判斷這種多學科模式是否適用於其服務的個體、家庭和環境。

2. 強調以患者為中心的目標導向性治療：治療師應採用全面標準化工具，如COPM、目標達成量表、Bangor目標設定訪談和患者特定功能量表，以制定和監測個性化功能目標並評估治療成效。

3. 基於作業活動的表現評估：在PD幹預研究中，作業治療的效果評估尚不足。治療師應結合自我報告和客觀的作業及參與度評估工具，如運動技能、自理技能評估、日程規劃和體能測試，以增強PD患者中作業治療的應用。

4. 帕金森病晚期：多數作業治療研究未涵蓋H&Y 4和5階段的晚期PD患者。治療師應參與這些患者的治療和護理，包括確保安全、提高舒適度、提供有意義的活動、培訓照顧者、規劃體位和壓力護理，以及協助臨終規劃。

作業治療對支持PD患者及其照料者具有獨特價值，治療師在實施幹預時會考慮多種因素，以優化患者活動和表現。除了指南中提到的治療方式，還有其他一些針對PD患者的作業治療幹預措施，如Lee Silvermann Voice Treatment-BIG運動方法[8]、非運動障礙幹預、認知障礙幹預、作業活動參與幹預、工作表現和就業幹預、親密關係調整以及針對照顧者的幹預。這些措施未被納入當前指南，主要是因為缺乏足夠的證據支持。未來的研究將基於新的證據和專家建議來探討這些幹預措施。儘管目前缺乏充分證據，這些方法仍被認為有一定的科學依據和專業推薦，可能對治療有益。

三、展望

《指南》依據現有證據提出臨床建議，並通過病例研究和決策在實踐中進行示範。該《指南》指出了針對PD患者的作業治療幹預策略中的證據缺口，強調作業治療師和研究人員應關注並探索這些缺口，以改善PD患者的照護。隨著技術和研究的進步，未來PD的作業治療將側重於發展個性化和多學科綜合治療方法，並整合人工智慧、遠端通訊、可穿戴設備和虛擬實境等創新技術，以提升治療的效率和患者的參與度。同時，將重視健康行為改變策略，以促進患者維持積極的生活方式，以及開發新的方法來改善患者的睡眠品質和認知功能。任務導向訓練和自我管理支持策略的研究將繼續深化，以提高患者執行特定任務的能力和自我管理疾病的效果。對於晚期帕金森病患者，將特別關注其症狀管理和舒適護理，同時為照顧者提供更多支持。此外，加強作業治療師的教育和培訓，確保他們能夠提供最新的治療，並與政策制定者合作，推動支持PD患者的政策變革。持續的研究將填補現有證據的空白，並探索新的治療方法，以推動作業治療領域的發展，幫助帕金森病患者實現更健康、更有意義的生活。

參考文獻

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>

《成人慢病作業治療實踐指南》解讀

骆沁熹 杨永红

四川大學華西醫院

慢病是最常見和最昂貴的健康問題之一。隨著人口老齡化加劇和不健康生活方式，慢性病患者率和疾病負擔將繼續增加。慢性病不僅影響患者的日常生活還對其照顧者在成巨大的身體和情感壓力。作業治療師可以通過健康管理幹預措施來緩解這些疾病的影響。這些健康管理幹預措施側重於“制定、管理和維持健康和常規保健（包括自我管理），以改善或維持健康，支持參與其他作業”。作業治療師通過全面考慮患者的內在因素（如認知、心理、身體狀態）和外環境（如文化、社會支持、政策），積極改變慢性病的發展軌跡，減少失能，提高患者的獨立性，並為照顧者減輕負擔。這種方法強調了患者的整體福祉，並支持他們在家庭、工作和社會中的角色。

2022 年，美國作業治療協會 (American Occupational Therapy Association, AOTA) 在《American Journal of Occupational Therapy》上發表了《Occupational Therapy Practice Guidelines for Adults With Chronic Conditions》[1]（《成人慢病作業治療實踐指南》），該指南基於 102 篇研究，提出了 A 級（強烈推薦）到 B 級（中等推薦）的證據支持對慢性病患者使用自我管理幹預的臨床建議。指南中報告的四項系統評價主要解決四種常見的、非傳染性的，可通過健康行為改變的慢性身體狀況：心臟病、慢性肺病、糖尿病和腎病[2-4]。

一、指南中推薦的幹預策略

1. 自我管理幹預慢病社區居住成年人的 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. 自我管理幹預慢病社區居住成年人的 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、加深对峰流速监测的理解，减少哮喘诱因
---	---	--

2.3 心臟疾病

<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. 自我管理幹預慢病社區居住成年人的教育、工作、志願服務、休閒和社會參與

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. 中風患者的照顧者進行幹預以維持他們對照顧者角色的參與

<p>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。社区照护者：1次3h的单人培训，7次40min电话培训；急性出院的照护者：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>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>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>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、指南中推薦策略的選擇與調整

為了修改或調整基於證據的幹預措施以適應實踐，作業治療師必須提前計畫並積極思考他們需要做出的改變，以使幹預措施適應患者和實踐環境[5]。此外，他們必須記錄他們如何以及為什麼改變所研究的幹預措施，以便他們環境中的其他人知道如何實施幹預措施以及做出改變的原因。當從業者調整幹預措施時，不再以證據為基礎，而是以證據為依據。如果需要對幹預進行廣泛的調整，則幹預可能不適合患者或環境。如果從業者發現幹預措施不適合服務物件，不應使用該幹預措施。臨床應用幹預應盡可能與研究中使用的幹預相似。

三、總結

本實踐指南匯總了最新研究證據，為針對心臟病、慢性肺病、糖尿病及腎臟疾病成人患者的自我管理幹預措施，為作業治療師提供臨床決策依據，也還可用於作業治療教育課程等。建議作業治療師在為患有慢性疾病患者提供幹預時常規採用多模式方法，包括教育、目標設定及解決問題等組成部分，並堅持長時間實施，以幫助患者建立自我管理的習慣和日常生活模式。此外，在規劃和提供服務時，治療師還應考慮以下幾點：結合標準化的表現評估與患者自述；遠端醫療模式與面對面訪問相結合；與跨專業團隊成員合作。

參考文獻：

- [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>

《兒童與青少年作業治療實踐指南》解讀

林可敬 1, 王瑞雪 1, 董安琴 1*

1 鄭州大學第五附屬醫院醫院, 河南鄭州, 450052

* 董安琴, 副教授, 郵箱: anqindong@163.com

兒童遊戲、自我照顧、社會互動、學習和自我調節的基礎在幼兒時期認知、運動、社會情感和
自我照顧等能力有序發展的過程中逐步建立。當兒童及其家庭缺乏日常活動參與時, 可能會影響其
健康、幸福和生活品質。早期識別發育遲緩跡象並及早幹預進行對兒童發展、作業技能、社交互動
和就業有積極影響。疾病、殘疾或技能缺失均可能影響兒童和青少年的活動參與能力, 進而導致他
們在社會中被邊緣化、孤立, 以及自尊心降低¹。作業治療能夠促進那些有發育障礙或殘疾的兒童
和青少年在運動、認知、社交等作業技能的發展, 提升其在自我照顧、學習、社會交往等方面的活
動參與能力。

作業治療師需識別早期跡象, 提供篩查、評估和幹預服務, 服務內容包括評估和分析兒童的優
勢和需求, 與家庭合作, 制定個性化的治療和教育計畫, 在自然環境和日常生活中進行幹預, 使其
能適應真實的生活、學習環境。

基於指南的臨床實踐是作業治療師規範、高效診療的前提。美國作業治療協會 (American
Occupational Therapy Association, AOTA) 在 2020 年基於已發表的科學研究制定並發佈了幼兒
(出生至 5 歲)、兒童和青少年 (5 至 21 歲) 兩篇作業治療實踐指南, 為作業治療的循證實踐提供
依據。本文將對這兩份指南的要點部分進行解讀。

1. 幼兒作業治療實踐指南 (出生至 5 歲)

指南通過系統回顧和分析多項研究, 綜合了關於幼兒期認知發展、心理健康、運動能力以及日
常生活技能等方面的幹預措施, 旨在為作業治療師提供基於證據的決策支持。指南旨在促進幼兒在
家庭、托幼機構和社區中的全面發展, 改善他們的日常功能和參與能力。

1.1 認知發育

1.1.1 以治療師為主導的早產兒幹預

指南提出新生兒個體化發展護理計畫^{2,3}、指導家長與孩子一起遊戲⁴、臨床早期幹預和家庭
活動相結合⁵等措施, 可顯著改善早產兒的專注力與對外界刺激的反應能力。

1.1.2 以治療師主導的學齡前兒童幹預

自閉症譜系障礙 (autism spectrum disorder, ASD) 兒童在接受關鍵反應治療和積極行為支
持後, 在 6 個月後隨訪時維持了這些技能⁶。針對注意缺陷多動障礙 (attention deficit
hyperactivity disorder, ADHD) 兒童, 強調注意力、抑制控制、眼手協調、視覺聚焦、平衡、感
覺意識和聽覺技能⁷。對發育緩慢的學前兒童重點關注發展和感覺活動⁸。

1.1.3 家長實施的幹預

家長與孩子共同玩耍、讀書 9 和根據需求餵養，可顯著改善兒童的認知發育。共用閱讀和對話閱讀對提高學前兒童的注意力、工作記憶和讀寫技能具有顯著效果。此外觸摸幹預如袋鼠式護理 10 和按摩 11，可促進嬰幼兒的認知發展。KC 即將幼兒貼身抱在胸前，這有助於改善幼兒的體溫調節、情感聯繫以及整體發育。

1.1.4 學前教育團隊實施的幹預

使用特定課程，如再讀一次 12 和基於調查的發育知情 13，可提高有學習延遲風險兒童的單詞意識及對文字形式、字母及語音的掌握。互動故事書幹預改善了幼兒閱讀技能，並且紙質書提高學前兒童字母命名的效果更顯著。“兒童入學過渡計畫” 14 可提升發育障礙兒童讀寫能力，使其順利過渡到幼稚園。

1.2 心理健康和積極行為

1.2.1 觸摸

研究發現三次 30 分鐘的皮膚接觸能有效增強依附關係 15。每日 10 小時及更長時間的皮膚接觸和 60 分鐘的袋鼠式護理過程中母親唱搖籃曲還可顯著減輕母親焦慮抑鬱症狀 16, 17。此外，按摩（如專為嬰兒設計的按摩、氣功按摩以及自創的按摩方案）有助於嬰幼兒的自我調節能力和行為改善 18。

1.2.2 親子互動療法（PCIT）

PCIT 是一種手冊化的幹預方法，通過單向鏡子和耳機對家長提供指導，以促進親子互動 19。PCIT 在改善幼兒行為方面（如兒童的外顯行為和挑戰行為在顯著減少）有效，但各研究中 PCIT 強度差異很大，從 1h/周持續 4 月到 60-90min/周持續 2 年不等 20。

1.2.3 基於培訓的幹預

家長培訓能有效改善養育行為（包括家長的回應能力和親子互動行為、應對兒童外顯行為和內隱行為、使用積極育兒策略等方面）21 和母嬰依附 22。積極行為幹預和支持顯著改善了兒童的社交技能和行為問題 23。社會情感預防程式能有效提升高風險學前兒童行為和社交能力 24。

1.3 日常生活活動

1.3.1 餵養和飲食

重複暴露幹預可改善兒童對食物接受度。2 至 4 歲的兒童在 6 周內經過六次暴露後，對目標蔬菜的攝入量顯著增加 25。蔬菜重複暴露並進行強化或獎勵的效果比單獨重複暴露效果更佳 26。此外，使用母親唱搖籃曲的錄音配合非營養性吮吸（如使用奶嘴），每天 15 分鐘，持續 5 天，會顯著增加餵養的速度和每天餵養次數 27。

1.3.2 如廁

如廁的幹預措施如家長教育、懲罰性語言對改善如廁效果並不顯著或存在爭議。在 18 至 30 個月的兒童中使用濕床警報可能有助於完成如廁 28。

1.3.3 休息和睡眠

培訓父母逐步減少對兒童的哭聲的回應、逐步減少兒童入睡時間 29 以及應用特定的幹預措施（如皮膚接觸 30、按摩 31、使用定位裝置 32 等）可減少共睡現象並提高早期兒童期的睡眠品質。

2. 兒童和青少年作業治療實踐指南（5 至 21 歲）

該指南由美國職業治療協會（AOTA）開發，旨在指導 5-21 歲兒童青少年的職業治療決策和服務提供。通過系統回顧三項關於基於活動和職業幹預的研究，該指南綜合了證據，為教育、實踐和研究提供了推薦。其主要目的是促進兒童青少年在家庭、學校和社區等自然環境中的最佳參與表現。該指南的主要發現與推薦如下：

2.1 日常生活活動

2.1.1 基礎性日常生活活動

2.1.1.1 任務導向的活動和日常自我護理活動

強有力的證據表明，支持參與自我護理活動和日常，以提高腦癱、自閉症、特發性關節炎殘疾兒童的功能生活技能的參與和表現³³。

2.1.1.2 功能體育活動

強有力的證據表明，參與功能性活動和結構化鍛煉計畫能顯著提升腦癱兒童和青少年的功能靈活性。家庭為基礎的體育活動每週進行，顯著增加了參與者的身體活動量³⁴。

2.1.1.3 任務導向訓練

參與運動和上肢伸展的任務導向訓練，提高了痙攣性自閉症兒童的自我餵養能力和進餐參與度。

2.1.1.4 基於認知的幹預

強有力的證據顯示，認知幹預能提升兒童和青少年的功能靈活性及自我護理能力。

2.1.1.5 基於技術的幹預

視頻建模尤其適用於小學生和青少年，它能有效提升兒童的自我護理能力和表現。網絡幹預也被證明對腦癱兒童和青少年的自我護理有積極效果。此外，參與基於平衡的電子遊戲訓練的輕度腦癱兒童和青少年在自我護理方面取得了顯著進步。

2.1.2 工具性日常生活活動

2.1.2.1 健康的維護和管理

2.1.2.2 身體活動和健身

學校作業和活動幹預能提升學生健康。組織課間休息、課外活動、課堂比賽、教練訓練、體育計畫、設備提供、社區活動和家長參與，可顯著增加學生每日體育活動時間。

2.1.2.3 飲食和營養

通過技能互動課程和結構化體育活動，改善 5-21 歲兒童青少年飲食行為。研究顯示，3-5 年級學生參加課後課程（LA Sprouts），涵蓋烹飪、營養和園藝，顯著提升了他們對食物、營養和家庭園藝的知識³⁵。

2.1.2.4 健康日常

針對 9 至 18 歲青少年的健康問題，採用以教育和技能為核心的幹預措施，結合小組活動和活動導向的認知行為策略。

2.1.2.5 安全、駕駛和溝通管理

幹預措施分為技術型和活動型兩類。兒童和青年接受了駕駛方面的活動型技能培訓。在自然環境中提供服務，期望兒童和青年執行任務，也是一個關鍵因素。

2.1.3 遊戲和休閒

2.1.3.1 認知行為幹預

12 周的體育課程能提升 ASD 兒童解決問題和決策的能力，並獲得獎勵。另一項研究將口頭讚揚和標記與運動技能訓練結合，幫助自閉症兒童掌握了特定的運動技能遊戲，但這種技能並未延續到學校休息時間。

2.1.3.2 電腦和技術幹預

一項系統評估提供了低強度的證據來支持殘疾兒童使用虛擬實境遊戲和電腦遊戲。

2.1.3.3 結構化和引導式遊戲參與

在學校操場上對 ASD 兒童進行積極指導和建模，以及引導他們參與遊戲，能顯著提高他們在課間休息時適當玩耍的頻率。將玩具、遊戲裝置、同伴或兄弟姐妹融入引導遊戲課程中，效果最佳 36。

2.1.4 休息和睡眠

進行睡眠準備活動，如睡眠教育和放鬆技巧，能提升睡眠品質 37。研究表明，睡眠指導計畫對 ADHD 和行為睡眠障礙兒童及其照顧者在改善睡眠習慣、衛生和日常功能方面有積極效果

2.2 心理健康、積極行為和社會參與

2.2.1 作業和生活技能培訓

作業治療師通過訓練生活技能幫助兒童和青少年適應高等教育，例如通過組織背包、計畫活動和製作提醒清單等，提升 7-11 歲 ADHD 兒童的學校表現。

2.2.2 戶外團體和營地

團體戶外活動有助於提升 5 至 21 歲兒童和青少年的心理健康和社會參與。10 至 20 天的荒野治療能有效減少反社會行為，一周的露營活動則能提高自卑兒童的自尊。

2.2.3 比賽

通過遊戲化幹預提升兒童青少年社交參與。對自閉症小學生實施的友誼培訓小組幹預，使得父母在社會技能評定量表上的評分顯著提高。

2.2.4 體育活動

參與體育活動，如穿梭跑、跳繩和目標導向運動，持續 6 周，每週 2 次，顯著提升了 7-9 歲 ADHD 兒童社會技能評分系統的協作性分量表得分。

2.2.5 視頻和電腦遊戲

電腦和電子遊戲有助於提升兒童和青少年的社會技能，增進他們的社交參與和心理健康。例如，8 至 12 歲 ADHD 兒童通過參與電腦化遊戲幹預，其合作技能得到了顯著提高 38。

2.2.6 瑜伽

12 周的學校瑜伽項目顯著提升了學生的身體力量和能力。基於課堂的瑜伽活動，包括體式、呼吸、放鬆和吟誦，也提高了孩子們的社會適應行為。

2.2.7 冥想

對 10-12 歲兒童在課堂上進行冥想指導和每天午餐後 10 分鐘的練習，結果顯示他們的心理健康指標有顯著提升。

2.2.8 動物輔助幹預

治療性騎馬和豚鼠護理等方法對自閉症兒童的心理健康和社會參與有積極影響。

2.2.9 創意藝術

戲劇化的創意藝術活動能提升兒童和青少年的社會參與度。

2.3 學習、學術成就和成功參與學校

2.3.1 教育參與

2.3.1.1 穩定球

有證據表明，使用穩定球對學生行為有中等強度的正面影響。研究顯示，二年級學生在課堂上使用穩定球時，其參與任務的行為有所增加。

2.3.1.2 加重背心

加重背心對自閉症兒童的效果不明顯，其坐著時間、任務注意力及行為無顯著改善。

2.3.1.3 瑜伽

針對六、九年級學生的社交情緒健康項目，包含 12 個 15 至 60 分鐘的活動，內容涉及壓力管理、身體和情緒意識、自我調節及建立健康人際關係。參與學生缺勤減少，學校參與度提高。

2.3.2 社會參與

2.3.2.1 同伴介導

同伴介導幹預的 ASD 兒童在課堂社交技能上顯著提升。

2.3.2.2 手冊化程式

一項 16 階段研究評估了課間休息的社會心理幹預效果，發現幹預顯著提高了 ASD 兒童的同伴互動。

2.3.2.3 動物輔助活動

研究發現，經過 8 周，每週兩次，每次 20 分鐘的與豚鼠互動，ASD 兒童在課堂上的社會技能和社交行為有顯著提升。

2.3.3 體力活動

2.3.3.1 基於活動和交互的程式

增加體力活動的顯著積極結果。積極鼓勵成人使用操場，每月的主題結合環境策略，包括操場標記，提供設備。

2.3.3.2 情境改變

改善環境能顯著增加兒童體育活動。例如，操場標記、多樣化的體育遊戲裝置，以及學校政策的調整，都能促進學生更多地使用操場。這些措施對學齡兒童有效。

2.3.3.3 電子遊戲

電子遊戲可能並不比其他提高身體活動的方法更為有效。

2.3.4 讀寫能力參與

2.3.4.1 嵌入式和補充性的創意素養活動

在課堂和補充活動中採用嵌入式創造性及參與式識字活動對提高學生的閱讀積極性有積極作用。小組內的創造性討論和輪流閱讀活動尤其有效。

2.3.4.2 家長指導

通過家庭識字活動加強親子間的互動，能夠顯著提升閱讀的頻率以及增加閱讀書籍的數量。

2.3.4.3 同伴輔導

同伴輔導專案有效，特別是跨年齡輔導、直接閱讀輔導以及持續 16 小時以上的輔導效果顯著。

2.3.4.4 手寫

研究表明，活動和職業幹預能有效提高書寫能力³⁹。這些研究採用了多種幹預措施，包括針對手寫問題的客戶因素、感覺運動策略、治療實踐以及手寫程式和策略的結合。研究物件為被診斷為有典型發育障礙或書寫困難的人群。

3. 指南對中國作業治療實踐的啟示

3.1 強調家庭參與：指南強調家庭在幼兒治療中的核心作用，中國的作業治療實踐也應重視家庭參與，通過家長教育和培訓，提升家庭幹預的有效性。

3.2 跨學科合作：指南提倡跨學科合作，中國的醫療和教育體系應加強跨領域合作，共同促進幼兒的全面發展。

3.3 循證實踐：基於證據的實踐是指南的核心，中國的作業治療師應不斷學習最新研究成果，確保幹預措施的科學性和有效性。

《指南》為幼兒期、兒童期、青少年期人群的作業治療提供了詳盡的循證支持和實踐指導。通過借鑒該指南，中國的作業治療實踐可以更加科學、系統地提升幼兒的認知、情感、運動和日常生活技能，促進其全面發展；有效促進兒童青少年在日常生活、心理健康、學業和社會參與等方面的全面發展。作業治療師及相關專業人員應充分利用這一指南，結合具體情況制定個性化的幹預計畫，為兒童青少年的健康成長貢獻力量。

4. 小 結

有關兒童作業治療幹預措施的文獻和研究不斷增長，作業治療師必須跟上最新的研究進展，結合臨床經驗和客戶特點，與家長或兒童本人以及多團隊合作做出全面的決策，將證據轉化為實踐。本文對兩篇幼兒與兒童作業治療指南進行解讀，目的是為了協助兒童家庭成員和作業治療師挑選出有效的治療幹預方案，為患兒提供更優質的康復醫療服務。這對於幫助兒童和青少年達到功能上的獨立性，並順利融入社會，具有重大的意義。

參考文獻

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. Ştefan 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.

作業治療科普



欄目介紹：作業治療科普與專業發展

蔡素芳, 林燕清

福建中醫藥大學附屬康復醫院

作業治療(Occupational Therapy, OT)作為康復醫學的重要組成部分,在改善患者生活品質、促進社會融入方面發揮著重要作用。近年來,作業治療在康復醫學中的作用越來越被認可。然而,公眾對作業治療的認知度仍然有限,甚至存在誤解。這種認知缺乏和誤解可能導致患者無法獲得有效的作業治療服務,因此作業治療的科學普及顯得尤為重要。通過科普活動不僅可以提升公眾對作業治療的認知,幫助其瞭解作業治療的實際應用和效果,還可以促使更多醫療從業人員和社會工作者認識到作業治療的重要性,從而推動作業治療專業的進一步發展。

當前,作業治療科普活動越來越受到重視,形式也更加豐富,主要包括義診、雲上科普大講堂、公眾講座、發佈科普文章和製作科普視頻等形式。中國康復醫學會作業治療專委會每年參加中國康復醫學會組織的“530 全國科技工作者日”活動、“全國科普日”活動以及《對話康復》訪談節目;2018 年加入 WFOT 以來,每年 10 月 27 日“世界作業治療日”期間,會組織全國的作業治療師們開展形式多樣的慶祝活動,其中作業治療科普也是其中一項重要的活動,並舉辦多期作業治療科普大賽,在傳播作業治療專業知識、加強健康科普服務能力方面發揮了重要作用,創作了眾多高品質、深入淺出、貼近民眾需求的作業治療科普作品。

中國康復醫學會作業治療專委會科普工作組於 2024 年 5 月正式成立,其願景是整合全國各地優秀作業治療師資源,致力於普及作業治療專業知識、提升作業治療行業影響力、提供優質的社會公益服務,推動作業治療科普工作的科學性、系統性和全面性。2024 年 5 月由科普工作組負責舉辦第四屆作業治療科普大賽,大賽以“作業為本,融合創新”為主題。在全國範圍內,經過初賽和決賽兩個環節,評委專家從專業性與科學性、原創性與創新性、大眾性、藝術性、規範性、演講表現及內容等 6 個方面進行評分,最終從 83 支隊伍中產生一等獎 2 名,二等獎 4 名,三等獎 8 名,優勝獎 15 名。

“中華 OT 電子期刊”作為中國作業治療領域的重要學術與實踐交流平臺,也在科普工作中擔任著重要角色。恰逢“中華 OT 電子期刊”(2024 中秋·國慶版)發行之際,我們將第四屆作業治療科普大賽中的部分優秀獲獎作品展示給大家,希能夠為廣大作業治療師進行科普提供借鑒和參考。

“患手”的一天

林瑋佳、林燕清、周君儀、張心湄

福建中醫藥大學附屬康復醫院

研究背景

在臨床中我們常常遇見這樣的一群患者：平時在治療室內，訓練得熱火朝天，“啾啾啾”的做著一些基礎性的功能訓練，但是當他們回到生活中，幾乎不用、甚至忽略患手；然後還很疑惑“我訓練得那麼努力，我的患手怎麼還是沒有用呢？”為了讓大眾認識到腦損傷患者“患手”用起來的意義，我們精心製作了這樣的一份科普作品《“患手”的一天》。

作品理念

1. “用進廢退”理論

依據“用進廢退”的理論，基於手的4大功能“支撐、固定、引導、對稱”指導患手在日常生活中參與的方式方法，傳達患手不論處於哪個功能階段，都可以發揮一定的作用。



支撐



固定



引導



對稱

2. ”作業平衡”觀點

人的日常生活是由一定量的自我照顧性的活動、工作、休閒或休息組成的，每個人有著不同的

生活方式，來滿足各自的作業需求，以達到健康、幸福和滿足。鼓勵患者即使是生病了，也要分配時間在自理、家務、工作、休閒、休息等多個領域，而不能長時間無事可做或缺乏活動，或只有鍛煉、睡覺這樣單調的生活方式。



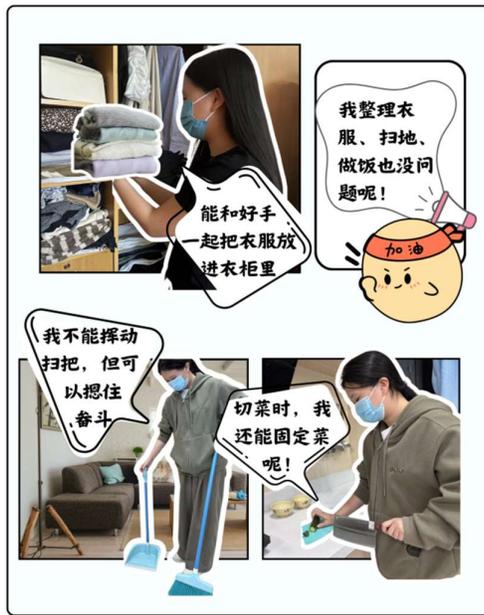
3. “24 小時康復” 理念

“成功的康復不僅取決於各種治療，更取決於患者如何度過每天治療之外的剩餘時間。如果患者在剩餘的時間裡以異常的運動模式活動，痙攣就會加重，治療所取得的進步大部分將會喪失，而無法用於日常生活活動中。因此，應把康復看作是對每個患者一天 24 小時的管理或生活方式。”——摘自《循序漸進 偏癱患者的全面康復治療（第二版）》。該科普作品秉持著 24 小時康復理念，記錄患者從早到晚，患手的一天生活。

作品呈現

該科普作品是以漫畫的形式，採用擬人的手法，從“患手”的視角，講述右利手偏癱的女士，在經過作業治療後，豐富多彩的一天生活。





厚德精术 博医济世

患手参与的生活更精彩

福建中医药大学康复医院
福建康复医院

價值傳導

康復過程中，患手的功能無論處於哪個階段，在生活中都有用起來的可能性，“用起來”能夠促進手功能不斷進步，實現更好的康復效果。多關注、多應用，讓患手在日常生活中發揮更大作用，助力康復進程。

康復，抗癌路上的“利器”

怀宝玉、李奕凝

上海市養志康復醫院（上海市陽光康復中心）

研究背景

臨床中，我們接觸的大部分腫瘤患者都持有消極的生活態度，認為自己很多事情沒辦法完成，不願意去嘗試，對康復也缺乏認識。同時，我國腫瘤康復起步較晚，開展較少。但是，隨著腫瘤治療技術的更新反覆運算，如何讓癌症患者從活得久到活得好，成為一個重要課題。因此，為了幫助更多腫瘤患者及公眾接觸康復、開始康復，我們以漫畫形式呈現科普作品《康復，抗癌路上的“利器”》。



圖 1-1 腫瘤患者生理、心理、社會共性需求

作品理念

1. 以患者為中心、多學科合作的腫瘤康復策略

無評估，不治療，任何治療都基於前期評估。因此，應該以患者為中心制定個性化治療方案。腫瘤科臨床醫生是推動運動康復實施的關鍵人物。最理想的臨床實踐模式是多學科合作模式（《以功能障礙為中心的中國癌症患者運動康復專家共識》，中國康復醫學會腫瘤康復專業委員會，2023），由腫瘤科臨床醫生進行初步篩查和運動風險分層，並告知癌症患者運動的重要性，進行合適轉診，由包括作業治療師在內的專業康復人員評估和指導患者最適合其需求和喜好的活動。作業治療師以作業為中心，關注患者日常生活獨立性和作業表現，幫助癌症患者重建信心、提高生命品質。

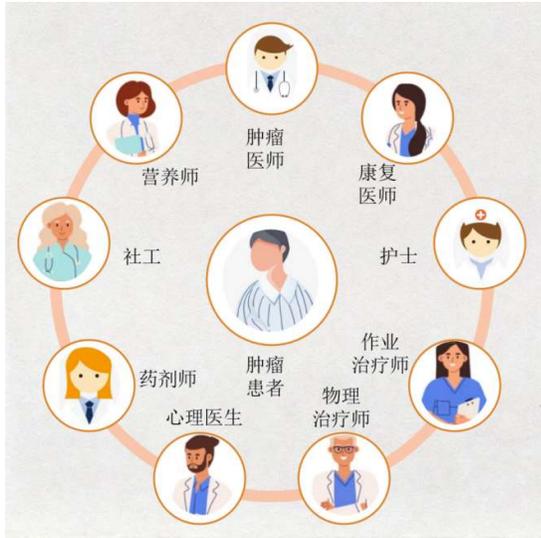


圖 2-1 以患者為中心、多學科協作的腫瘤康復策略

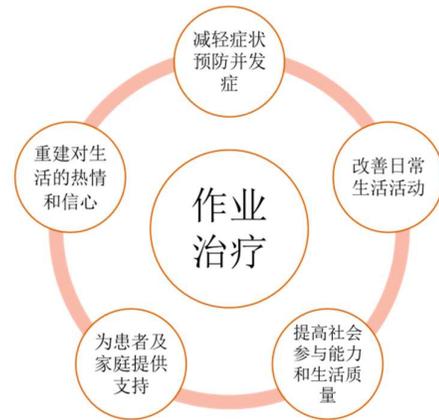


圖 2-2 作業治療在腫瘤康復中的角色

2. 以功能障礙為中心的疲勞、疼痛和壓力管理

癌症相關性疲乏、疼痛、壓力及焦慮抑鬱等情緒障礙是最常見的癌症患者症狀，嚴重影響了癌症患者日常生活活動能力和生存品質。大量臨床證據支持運動可以改善上述常見症狀和功能障礙。



圖 2-3 運動幫助改善癌症患者症狀及功能障礙

作品呈現

該作品使用 AI 作為工具，以漫畫的形式呈現。從患有腫瘤的小安視角切入，敘述了她如何從患病初的焦慮不安、萎靡不振，到接觸康復後慢慢振作，最後重建信心、接受事實並積極生活的故事。

圖 3-1 AI 轉換



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面画圈。

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。

6

同时，询问了我的疲劳程度。

简易疲劳量表中文版(BFT-C)
姓名: 小安 总分: 54

1. 请选择一个能够描述你现在的疲劳程度的数字
没有疲劳 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 极度疲劳

2. 请选择一个能够描述你过去 24h 内最常疲劳程度的数字
没有疲劳 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 极度疲劳

3. 请选择一个能够描述你过去 24h 内最严重疲劳程度的数字
没有疲劳 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 极度疲劳

4. 请选择过去 24h 内疲劳影响你的方式

A. 对日常活动的影响
没有影响 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 完全影响

B. 对情绪的影响
没有影响 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 完全影响

C. 对行动能力的影响
没有影响 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 完全影响

D. 对日常生活(包括日常家务和正常工作)的影响
没有影响 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 完全影响

E. 对他人关系的影响
没有影响 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 完全影响

F. 对日间功能的影响
没有影响 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 完全影响

7

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: ≤ 1.5 METs
低强度: 1.6~2.9 METs
中等强度: 3.0~5.9 METs
高强度: ≥ 6.0 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；



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	3	4	5
洗澡	0	1	3	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
盘轮椅*	0	1	3	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。

8

9

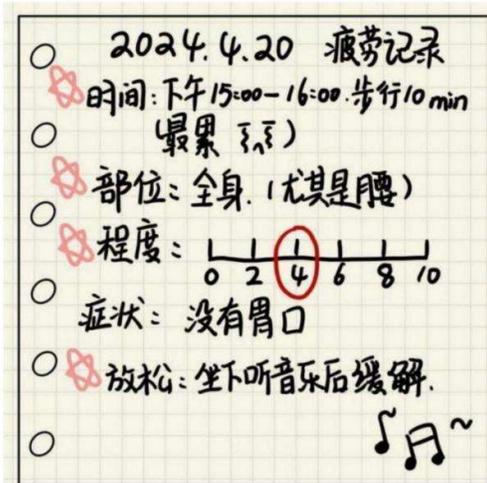
物品放在触手可及的位置，避免弯腰。



10

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。



12

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。



11

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。

7:00	起床!!	起床!!	起床!!
8:00	开始工作!	起床!!	起床!!
8:20	开始工作!	起床!!	起床!!
9:00	开会	开会	开会
10:00	开会	开会	开会
11:20	下班!!	下班!!	下班!!
12:30	继续工作!!	午饭啦!!!	午饭!!
13:30	继续工作!!	Hold on!	午饭!!
15:30	下班啦!!	下班啦!!	晚饭!!
16:30	下班啦!!	下班啦!!	晚饭!!
17:30	晚饭!!!	晚饭!!!	晚饭!!!
18:30	晚饭!!!	晚饭!!!	晚饭!!!
19:30	运动一下!!!	运动一下!!!	运动一下!!!
20:30	晚安啦!!	晚安啦!!	晚安啦!!
21:30	晚安啦!!	晚安啦!!	晚安啦!!

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；



13

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，

14



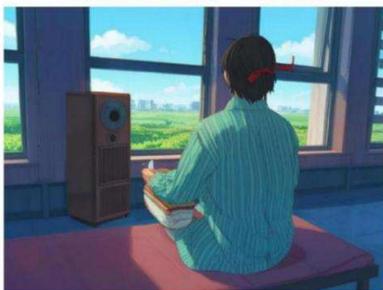
换算成身体活动能量值（运动强度×时间），至少需要达到 12~15METs/周；并进行核心肌群和颈部强化锻炼。



15

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，

16



体感游戏（3.0MET）有助于集中注意力，缓解疼痛，改善情绪。



17

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。



18

6、体位管理

通过体位的转变和调整，
比如坐卧转换姿势，



19

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。



20



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。



21

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业委员会. 癌症相关性疲乏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业委员会,中国抗癌协会肿瘤康复与姑息治疗专业委员会,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业委员会,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

價值傳導

作業治療與癌症並不疏遠，作業治療本身是一門有溫度、充滿人文關懷的學科。未來在以循證為基礎、以作業為中心、以患者為中心的思想指導之下，借助人工智慧等新技術新工具的輔助，會有更多的癌症患者有尊嚴地走過生命的歷程。

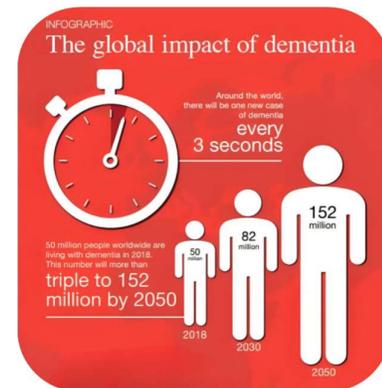
有關認知症人群居家的環境支持建議

叶思媚, 何爱群

廣東省工傷康復醫院

作品背景

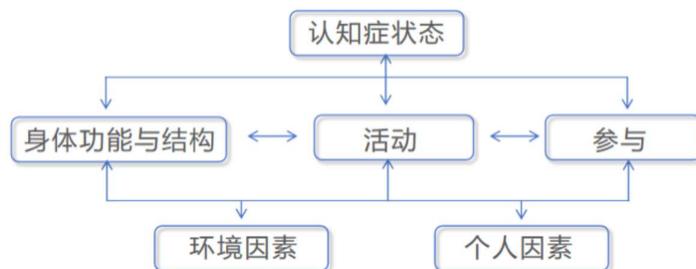
認知症是一種記憶力、思維、情緒行為以及日常生活能力退化的綜合症。國際阿爾茨海默病協會 2018 年報告顯示，目前全球約有 5000 萬人得了認知症，每年有近 1000 萬的新增病例，人口老齡化的加速發展使認知症人群的數量逐年上升。認知症是全球老年人殘疾和依賴的最主要原因之一。



作品理念

作業治療的“全人”理念，我們不僅關注康復物件身體功能的恢復，更強調他的活動與參與。作業治療堅信，每個人都有追求有意義、充實生活的權利，即便是認知症的人群也不例外。

而適宜的照顧管理模式可以延緩認知症人士的病情進展，提高日常生活活動能力，改善生活品質，並減輕照顧者壓力。結合 ICF 的理念，環境因素是其中最重要的一環，設置良好的家居環境支持，可以幫助認知症人群更好地生活，提高他們的獨立性和生活品質。



作品呈現



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，每个人都有选择有意义生活的权利，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，提高他们的独立性。

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
- 冷热水标识放大

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

温馨提示：
为了提高安全性，还可以考虑这些~

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
- 警报器

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，出具更个性化的家居环境支持建议，感谢您的关注！

價值傳導

本圖文針對認知症人群居住環境設置方面進行建議，從照明、地面、衛生間、廚房、傢俱 5 個方面出發，為其提供具有安全性、穩定熟悉性及減少空間困惑的實踐指導。及時發現環境設置中的問題，進而改造環境，使之更適合認知症人士居住。因版幅有限，同時結合個人的實際居住情況，具體可諮詢作業治療師，出具更個性化的環境支持方案。

追尋記憶的陪伴——老年癡呆中的玩偶療法作品介紹

韓一凡、胡方婷、畢雪蓮、武彩彩

山東第二醫科大學康復醫學院

研究背景

阿爾茨海默症是以進行性認知功能障礙和行為損害為特徵的中樞神經系統退行性病變。它的平均發病年齡從 65 歲降到了 55 歲，在全世界，最年輕的患者只有 19 歲。而玩偶療法是一種以人為本的作業治療方式，通過與玩偶摟抱、交談、餵食等方式改善患者的負面情緒，喚起患者的養育本能、緩解激越行為，提高自我照顧能力。

作品理念

我們的作品通過生動形象、直觀易懂的漫畫科普，具有極強的趣味性、互動性、科普性和吸引力，向大家講述了患有阿爾茨海默症的劉奶奶的故事，從阿爾茨海默症疾病引入到玩偶療法介紹再到我們獨有的智慧互動式玩偶“多多”，不僅結合了玩偶療法和感覺刺激療法的優勢，而且體現了“以人為本”的作業理念，讓劉奶奶想了那些塵封的記憶，緩解了她的不安和焦慮，讓她重返社交、重返社會、重回充滿愛的世界。

作品呈現

阿爾茨海默症是一種致命的腦部神經退行性健康問題，而受疾病困擾的不僅僅是患者，還包括照顧他們的家人。玩偶療法為阿爾茨海默症患者提供了一種非常好的作業治療方法。以溫情意象的寵物作為媒介，利用我們的養育本能，通過特殊的角色扮演，促進患者與他人的社交互動，幫助他們重返社會。

玩偶“多多”有貼心的定時吃飯、吃藥提醒、日常健康管理，還具有精準的戶外定向導航功能，可以隨時發送位置給奶奶的家人們，為劉奶奶帶來安全感；同時通過特殊的角色扮演與玩偶“多多”進行互動，撫摸和擁抱玩偶“多多”內含海綿和沙子的特製身體，可以提高劉奶奶的肌肉興奮性，刺激其本體感覺。

追寻记忆的陪伴

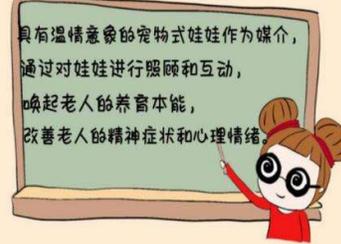
· 记忆的偷窃者



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



· 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



價值傳導

疾病帶走了劉奶奶的記憶，卻不能奪走她愛的能力。面對記憶的偷盜者，智慧互動情景式玩偶“多多”不僅結合了玩偶療法和感覺刺激療法的優勢，而且具有自身獨特的功能，無一不體現“以人為本”的作業理念，讓劉奶奶想了那些塵封的記憶，讓她重返社交、重回充滿愛的世界。那深藏在心底的愛，依舊念念不忘。是的，她也從未忘記愛我們！

“躺平”還是“走捷徑”——脊髓損傷也能自力更生（生活輔具篇）

郭均悅、王寧

上海禾濱康復醫院

研究背景

在神經重症康復的臨床工作中，我們發現脊髓損傷病人在生活中存在“有功能用不了”、“沒功能也要用”等問題，患者及家屬不瞭解傷病後功能受限如何完成自理活動，於是我們在作業治療中開始重視輔具的使用宣教與科普。

作品理念

1. ICF 評估常見功能問題

ICF 分類體系對脊髓損傷康復進程中的各個階段均有非常好的指導作用。



2. 脊髓損傷的預後判斷

- 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

不同損傷節段殘留的功能不同，所以要教患者充分利用殘留功能完成日常生活活動，因此為了提高脊髓損傷患者的獨立性及生活品質，我們可以正確選擇和使用輔具。

3. 輔具可以提高生活自理能力及生活品質

通過使用輔助器具，可使功能障礙者提高生活自理能力、工作能力及休閒娛樂能力，從而增強自信心，重返有價值有意義的生活，提高生活品質。——摘自《康復治療師臨床工作指南作業治療技術》



價值傳導

康復不僅是讓患者動上一動，最終的目標還是回歸自己的生活，回歸家庭與社會，不只是 100 分才可以獨立生活，有了輔具的幫助，學會小技巧也可以達到生活滿分。所以脊髓損傷不會是一動不動，希望通過我們的工作讓患者對生活依然抱有希望，重拾生活信心。

作品呈現

該作品以海報的形式，從衣食住行及其它方面，對生活中常見輔具進行展示與介紹。

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/长柄拾物器/镊便器**；使用**腕带手机壳/手机A1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”！

作業治療心得



作業治療—我對康復認識的新起點

宋钰佳、葛新京

河北省人民醫院

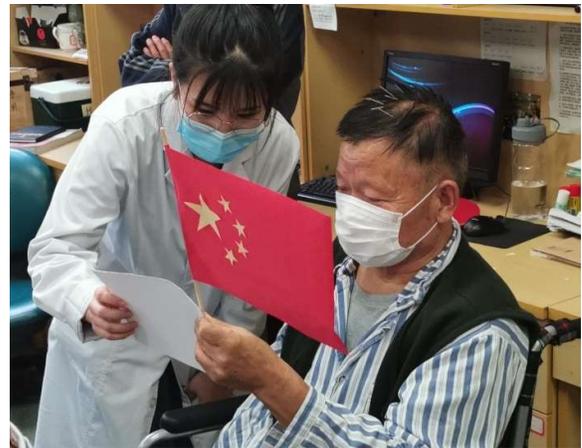
以前在學校學習時，我對作業治療並沒有系統的認知，只是把人、環境和作業孤立地進行理解。今年 7 月，我們來到河北省人民醫院實習，這也是我的第一個實習部門，經過兩個月的學習和實踐，我慢慢瞭解到，在作業治療中，病人不僅可以依靠鍛煉來提高功能水準，還可以通過對環境的改造、輔助支具的使用、作業方式的改變等途徑達到作業治療目標。

經過這段時間的學習，我最深刻的體會就是：

1. “主動參與在作業治療中是首要且重要的”：訓練積極性高的患者訓練效果也會大大提升。隨著腦梗死、腦出血等疾病發病年輕化，此類患者對於康復的需求也越來越大、越來越迫切，針對患者需求進行作業治療，有助於其恢復對生活的信心，儘快重返社會。

2. “那裡都是作業治療的舞臺”：作業治療不僅僅局限於在治療室，還需要患者勇敢地使用功能尚未恢復的肢體投入到日常生活活動中，將在治療室學會的技能應用到吃飯、洗澡、穿衣等活動中，才能取得更大的進步。

3. “勇於交流能夠建立信心”：作業治療室經常會開展小組活動，也是最受患者歡迎的活動之一。通常為一周 1 次或兩周 1 次，許多病友坐在一起討論病情並分享自己的康復經驗。大家一起做手工活動，有的患者在生病後不願意表達，容易產生抑鬱、焦慮的情緒，變得沉默寡言，自然也無法取得良好的進步。此時小組活動就非常有必要，他們從病友口中得知的康復道路和心路歷程會更容易應用到他們自己身上，也能更好地建立信心。



4. “漫漫康復之路，堅持才能走向成功”：康復是一個漫長的過程，進度的快慢、總時程的長短患者的病情起大部分決定作用。我經常聽老師們說起幾個月甚至幾年都在醫院做康復的患者。在如此冗長的康復道路中，患者應該如何調節自己的心態呢？作業治療起到很重要的作用。讓患者通過利用殘存的功能，學習新的技能，參與各種活動提升自信心，

看到生活的希望；治療師要讓患者明白康復之事急不得，在鍛煉的過程中要及時調整心態，勇於走向生活、擁抱生活。

通過這段時間的實習，讓我把理論應用到了實踐當中，也真切的體會到了患者對於康復的需求之大；也讓我意識到學習是一段重複、重複、再重複的過程，需要患者與治療師共同努力。對作業治療的認識的昇華也使我對於康復的含義有了更加深入的瞭解，成為我對康復認識的新起點，對我的職業生涯必將產生積極的影響。



與過往認知說 Bye Bye——我的作業新解

王子悅、葛新京

河北省人民醫院

2024 年的夏天，告別大學校園的酷熱，來到了心心念念的河北省人民醫院，開啟了我為期一年的康復治療實習歷程。

與過往認知不同，在實習期間，我認識到作業的全面性與重要性。不同於運動療法應用各種手段康復患者，作業是一項綜合科目，用我們老師的原話就是——“作業等於生活”，懂生活才會懂作業，作業與人類日常生活息息相關。原本的我只是簡單的認為作業治療無非就是一種運動治療的補充方法和延伸，一切應以肢體鍛煉為本，而後循序漸進，發展生活技能，從而回歸家庭，回歸社會。然而，經過兩個月的學習，我發現作業治療不僅關注患者的身體功能恢復，同時也更加重視其心理、社會及職業功能的改善，還兼顧患者社會角色，做到統籌規劃，綜合康復。在作業治療室實習期間，我們應用綜合手段，如，以肢體主動運動指導、小組活動、集體遊戲和病友交流等方式，鼓勵患者自發主動運用肢體活動，幫助恢復患者日常生活活動能力、學習和工作技能活動以及社交能力以利於其回歸社會。



王阿姨是一位令我印象深刻的患者。她上肢與手功能極好卻多愁善感，第一次見面，她沉默

不語，只是無聲哭泣。看著她哭紅的眼，努力安慰與開導會是每一位醫生的本能做法，但同時一個想法也在我心中悄然而生——治療師不是只會康復的機器，時刻關注患者情緒變化並正確引導也是康復治療的一部分。在護工與各位治療師的安慰與開導下，阿姨情緒逐漸平復。面對功能如此好的患者，似乎桌面上的工具都顯得如此“小兒科”，擰螺絲，挑豆子，阿姨說這些活動都是小菜一碟。結合生活，我在得知阿姨平日喜歡打牌過後，和阿姨做



起了遊戲，那就是打迷你撲克牌，既可以鍛煉手指精細活動，還為患者所喜愛。同時，我會設置“獎懲制度”，如將舉水瓶作為一項“懲罰”，保證訓練具有趣味性的同時鍛煉患者耐力。阿姨出院當天，很鄭重的與我說了一句謝謝，在我心中，沒有任何事物會重過患者的一句肯定。

同樣，環境改造也是作業治療重要內容之一。人類生存於各類環境之中，良好的環境有助於患者生活獨立自理。協助患者改造生活環境，也是作業治療師的工作任務之一。實習期間，也我

見到了有治療師與患者交談，瞭解其家居的環境，協商後到患者家中指導進行環境改造。排除功能障礙者在家庭環境中的風險。

一段實習經歷，讓我完美的實現了從理論到實踐的蛻變，對於書本知識不只停留於書面意思，更重要的是與患者實際情況相結合，在尊重患者意願的基礎上，充分調動其積極性，為患者制定適宜的訓練方案，以幫助他們康復。總之，作業治療是一種全面、綜合、動態的康復治療方法，它通過有目的的作業活動說明患者恢復或提高獨立生活能力和勞動能力，使其能夠作為家庭 and 社會的一員過著有意義的生活。

艱難困苦，玉汝於成。願每位患者在不解努力過後都能鳳凰涅槃，浴火重生！



小組治療益處多

王宁

上海禾濱康復醫院

2022 年 7 月，我作為一名新手作業治療師，正式上崗啦！帶著滿滿的工作熱情，投身於臨床一線，使用著傳統的作業治療方法，日復一日。在 2023 年 4 月，我接觸到了“小組治療”。經過行業專家的指導，看了一些案例分享，也查閱了相關的文獻……

什麼是小組治療呢？小組治療是作業治療中常用的治療方式之一，臨床上又叫團體治療、集體治療，它是將有相似興趣愛好和共同治療目標的患者聚集在一起，完成一個共同的作業活動。與治療師與患者“一對一”的治療模式不同，小組治療時治療師與患者通常為“一對多”模式。

那麼什麼樣的患者適合進行小組治療？如何實施小組治療？小組治療到底有哪些好處呢？我帶著懵懂與疑問，開始探索“小組治療”的奧妙。

我想，好的策劃應該是成功的一半吧。於是，我就寫了一個活動的策劃，包括：活動主題、時間、地點、參與人員、報名方式、活動目的、活動內容、活動所需物品、活動流程以及人員安排等方面。然後開始帶著這份策劃在組內對治療師進行講解，治療師又對各自的患者進行講解與宣教。因為是第一次舉辦“小組治療”，不僅是治療師沒有經驗，患者以及家屬也沒見過這樣的治療方式，大家抱著湊熱鬧的想法都來報名，人數非常多！為了讓大家瞭解小組治療，切身感受到治療效果，我們篩選了 10 位上肢功能相近的患者參加。在進行小組治療時，患者、治療師、陪護還有看熱鬧的人，把我們的活動區域圍得水泄不通！儘管做了策劃，但現場還是非常混亂，難以控制。嘈雜的環境，讓部分認知障礙的患者無法專心完成任務；無差別化的任務讓功能不同的患者參與程度不同；宣教不到位，部分參加小組治療的患者參與度不高，而在場外觀望的患者又積極參與了進來……。在混亂中，結束了第一次小組治療。

有了初次的經歷，我們組內開會進行討論，對小組治療的流程以及內容進行優化，制定出更加詳細的方案。

首先，明確了什麼樣的患者參加；其次，完善了實施小組治療的程式。通過訪談，我們還發現很多患者由於住院時間較長，對於回歸家庭和社會感到擔憂和不安，害怕回家之後功能減退，害怕與別人交流，不知道回家了每天應該做什麼。他們在單調、日復一日的康復過程中，由於缺乏獨立自主的能力、長時間脫離了日常活動，對於重新定義生活角色，適應當前的生活方式，提升生活能力感到迷茫。回歸生活的小組活動，結合各種遊戲模式的康復訓練可以增加康復的多元性和有趣性，通過有目的地日常生活功能訓練，既可以鍛煉患者的肢體能力和生活能力，還可以增強生活積極性，重拾生活信心，轉變生活方式。

在經過 2 周的沉澱，我們又籌備並舉辦了第二次小組治療活動——以端午節為主題進行了一次

香包製作的活動。相比於上次，我們發現，大部分患者的主動參與有所提升，部分患者情緒得到改善，康復信心也得到了增強。同時，我也驚喜地發現，我們治療師團隊的溝通與合作能力也有了提升。相比於上次而言，此次小組治療活動初見成效。

在失敗中站起來，在探索中不斷成長。經歷過春夏，我們的小組治療活動流程趨於完善，並積累了一些經驗：

1. 小組治療前治療師先向患者以及家屬說明小組治療的特點以及作用，爭取得到患者的配合。從愛好、年齡、性格、學歷、職業等多方面進行綜合考慮，對有意向參加小組治療的患者進行分組，感覺治療小組為 4-6 人較為合適。

2. 根據每位元患者的具體功能情況，制定小組治療活動計畫。治療師首先講解本次作業活動的治療意義，並進行示範與注意事項的講解。治療過程中，要求患者盡可能獨立自主地完成作業任務。小組治療成員之間進相互觀察、鼓勵，治療師起到監督與指導的作用。

3. 活動結束後，參加小組活動的患者之間進行交流，分享心得體會與成功經驗。

4. 治療師對本次小組治療進行總結與評價，使患者看到自己的進步，增強信心。

5. 根據患者功能的改善，有針對性的設計“進階”小組治療內容，可以更進一步地提高患者的軀體功能、改善認知以及情緒、提升生活自理能力等。

通過實施小組治療，患者與治療師都切身感受到了這種治療方式的好處！除了達到功能訓練作用，各位患者之間可通過相互觀察、交流，促使個體在互動中學習並調整訓練，有助於建立新的態度與行為方式，改善心理狀態及人際關係。列舉幾個小組治療最為顯著的優點：

1. 作業小組治療的過程中，通過治療師的正確宣教以及引導，患者間進行有效的交流，有助於說明患者正確認識自身疾病，確立康復目標，樹立信心，增強動力。

2. 小組治療趣味性高，打破了傳統康復模式的枯燥乏味，明顯提高患者的積極性。

3. 小組治療增強了主動參與感，增強了對色彩的認知；患者間相互鼓勵、分享成功經驗，改善因疾病、住院帶來的焦慮、抑鬱等負面情緒，提升康復潛能，最大程度的恢復功能。

4. 邀請照顧者同時參與小組治療，不僅可以使治療在離開治療師以後得到延續，也是對照顧者進行知識普及的好機會。

5. 小組治療的實施也可以提高治療師的工作效率。

總之，小組治療是作業治療的一種重要的治療方式，是一項能提供高品質、低成本和良好醫護患關係的服務方式。通過小組治療，患者彼此間能相互學習、分享，通過治療師的引導在一個積極正向的氣氛中達到康復治療的目標。

在“生物-心理-社會”醫學模式下，作業治療師不僅僅需要幫助患者恢復軀體功能，更要讓患者瞭解作業活動的意義。通過小組治療，鼓勵患者儘早地適應生活、積極融入生活，從而幫助其儘快恢復社會功能。這不僅可提高患者自身生活品質，也可以減輕家庭負擔以及社會負擔。

看似簡單的小組治療，其實一點兒也不簡單！需要考的因素還是比較多的。我們在一次次的嘗試與努力中得到了成長，不僅豐富了自我，一定程度上改變了作業治療組的工作模式，提升了團隊的工作效率與治療品質；更好地幫助患者增強了戰勝疾病的信心，增加了社會角色感，有助於其回歸家庭和社會。

實踐更好地證明瞭“小組治療益處多”。作為一名青年作業治療師，任重而道遠。



(手功能障礙治療小組)



(照顧者參與到小組治療當中)



(ADL 烘焙小組)



(交流小組)



(感覺障礙訓練小組)

參考文獻：

- [1]楊可欽, 趙彬, 陳國平, 等. 進階式作業小組訓練對腦卒中患者的生活自理能力和情緒狀態的影響[J]. 中國康復 : 2021, 36 (5) : 295-297.
- [2]孫李子慧, 華佳琪, 姚金佳. 作業小組治療早期介入對老年腦卒中患者康復療效的影響[J]. 按摩與康復醫學 : 2018, 9 (21) : 1-3.
- [3]游菲, 王鵬, 馬朝陽, 等. 小組模式康復訓練對腦卒中偏癱患者上肢功能和手功能的影響. 中華物理醫學與康復雜誌 : 2015, 37 (8) : 593-596.
- [4]鄭曉英, 蔡素芳, 郭蒼驊. 小組模式作業治療對伴有情緒障礙腦卒中患者的康復療效分析[J]. 中外醫療 : 2023, 17 : 45-48, 82.
- [5]史海燕, 雒韻韻, 張超, 等. 引導式教育理念下的作業療法小組治療腦卒中跟患者康復療效的觀察[J]. 中國康復醫學雜誌 : 2022, 37 (11) : 1558-1561.

會議通訊



2024 中國康復醫學會綜合學術年會 暨國際康復醫療產業博覽會的通知

為充分發揮高端學術會議引領輻射作用，提升康復醫學學術科研水準，促進康復產學研深入融合，推動國家康復事業高品質發展，積極助力健康中國戰略實施，根據中國康復醫學會年度學術活動計畫，定於 10 月下旬在福建廈門舉辦 2024 中國康復醫學會綜合學術年會暨國際康復醫療產業博覽會。有關具體資訊見大會網址：<https://caac2024.sciconf.cn>。

一、會議時間：2024 年 10 月 23-27 日

二、會議地點：福建廈門國際會展中心

三、會議主題：融合發展 轉化創新聚力打造康復醫學新生態

四、會議主要內容：

（一）2024 國際康復主論壇：聚焦新時代康復醫學科技發展前沿，邀請蘇國輝、樊代明、孟安明、王辰、李蓬、李校堃、林聖彩、朱立國等院士和梁萬年、勵建安、徐建光、陳智軒、嶽光輝等國內外知名專家作學術講座。

（二）專題學術分論壇：設置 76 個分論壇，包括物理治療、作業治療、康復治療、神經康復、重症康復、呼吸康復、腦功能檢測與調控、腦機介面與康復、醫康融合、智慧康復等，以及康復與臨床各專科相結合的學科領域。各分論壇將圍繞先進康復理念、技術創新與服務經驗展開研討交流，展示國內外康復醫學科技發展的最新成果。

（三）康復技術理論和實操培訓班：開展康復護理教學師資、特色灸療技術、BOBATH 概念指導下的腦卒中患者上肢治療、視覺化針刀、反復促通療法(川平法®)臨床應用、推拿促進臟腑功能康復等 6 個康復技術理論和實操培訓班。加強康復師資骨幹力量，促進相關診療理念和技術的推廣，助推康復醫學的進一步發展。

（四）2024 國際康復醫療產業博覽會展示分享：包括康復機器人、智慧康復設備、康復診斷評定設備及康復治療與護理設備器具等在內的康復醫學新技術、新產品，促進康復醫學科技創新與成果轉化。



欢度中秋 喜迎国庆

本期責任主編：閻彥寧

編輯秘書：秦小露

E-mail: hkiot@hkiot.org

Website: www.hkiot.org