

我國內地兒童作業治療 的現狀與發展

孫穎¹ 姜志梅^{1,2}

1 佳木斯大學附屬第三醫院/佳木斯大學康復醫學院 2 通訊作者

我國內地兒童康復在 30 多年的發展進程中，經歷了從無到有、從開創到發展的歷史階段，近年來正以前所未有的速度快速發展。國際上廣泛應用的兒童康復治療理論和實踐模式以不同的方式引入我國內地，並被逐漸推廣。但作業治療的發展相對滯後^[1]，其中的兒童作業治療仍處於區域發展不平衡、發展程度不均一的起步階段。

1. 我國內地兒童作業治療的現狀

分別於 2008 年和 2015 年對我國內地 7 大行政區 24 個省、50 個兒童康復機構進行調查。其中，醫療衛生機構 44 個，殘聯系統機構 4 個，民政系統機構 2 個。

1.1 社會對兒童作業治療服務的需求日益增加

我國約有 800 萬殘疾兒童，是特殊需求兒童的最大群體，到 2015 年，要使每一個需要康復的殘疾人，人人享有康復服務，也是兒童康復的重要目標。

特殊需求兒童對於作業治療的需求、對於與作業治療密切相關的提高日常生活活動能力、融入主流教育、就業等需求均呈快速增長的趨勢（表 1）。

表 1 需要作業治療的主要疾病種類

類別	疾病名稱					
發育障礙性疾病	腦性癱瘓	發育遲緩	孤獨症譜系障礙	癲癇	注意缺陷多動障礙	學習障礙
骨關節病	脊柱側凸	類風濕性關節炎	骨關節炎	軟骨病	小兒骨關節感染性疾病	骨折
遺傳代謝性疾病	先天性甲狀腺功能低下	脊髓性肌萎縮症	異染色性腦白質營養不良	遺傳性痙攣性截癱	肝豆狀核變性	唐氏綜合症
神經肌肉疾病	分娩性周圍神經麻痺	進行性肌營養不良	重症肌無力	強直性肌營養不良		
先天疾病	顱腦先天畸形	四肢的先天畸形	先天性脊髓畸形			
其他	顱腦損傷	脊髓損傷	燒傷	心臟疾病	手外傷	截肢

兩次調查中排在前幾位的疾病均為腦性癱瘓、發育遲緩、腦外傷、染色體異常、孤獨症譜系障礙、注意缺陷多動障礙、學習障礙、骨折及其他。特殊需求兒童不同程度地存在各種障礙，是目前兒童作業治療服務的主要物件。他們對作業治療的需求包括進食等日常生活活動能力的需求；學習能力、遊戲能力等兒童特有能力的的需求；交流和社會交往能力的的需求；接受就業前培訓和就業能力的的需求等。何紅晨等[2]對 2008 年四川省汶川地震傷兒童日常生活活動能力情況進行調查，結果表明受障礙部分均為作業治療服務的內涵。

1.2 能夠開展的兒童作業評定和作業治療項目逐漸增多

參加調查的大部分康復機構已經開展兒童作業治療。2008年所調查康復機構中設置作業治療部門的有43個（占86%），2015年有48個（占96%）。與2008年相比，兒童作業評定項目出現正規化、多樣化、系統化的趨勢，精細運動功能評定、感知覺功能評定、感覺統合功能評定、書寫能力評定在臨床上應用越來越廣泛，學前兒童小肌肉評定、墨爾本單側上肢功能評定量表、QUEST量表開始引入內地，但ADL評定、環境評定、手功能分級（MACS）等與發達國家和地區比還存在明顯差距，有待進一步加強。

開展治療性作業活動方面，作業治療師在注重精細運動功能的同時，越來越重視兒童的日常生活活動能力、遊戲能力、學習能力、環境改造、輔助器具的應用等，所開展的兒童作業治療越來越規範（圖1）。主要表現在：①從更多關注肌力和肌張力等，到更為關注功能、活動與參與；②從主要促進運動功能，到注重解決感知覺及認知功能等作業技能障礙，日常生活活動等作業活動障礙；③從很少應用輔助器具且種類單一，到逐漸可以自製、應用多樣化的輔助器具；④從兒童肢體障礙作業治療逐漸擴展到遺傳代謝性疾病、神經肌肉疾病等的作業治療；⑤逐漸將ICF-CY理念引入兒童作業治療。

1.3 繼續教育的形式向多元化方向發展

兒童作業治療師的繼續教育形式逐步向多元化方向發展。國外繼續教育主要包括參觀、短期培訓、學歷教育等；國內繼續教育主要包括機構組織的繼續教育，短期培訓班，學術會議，進修學習，自學等（圖2）。作業治療師以往僅能在全國小兒腦癱康復學術會議、全國兒童康復學術會議、全國康復醫學會會議上發表論文，目前發展到在全國康復學術會議、全國作業治療學術會議設立兒童作業治療分會場。

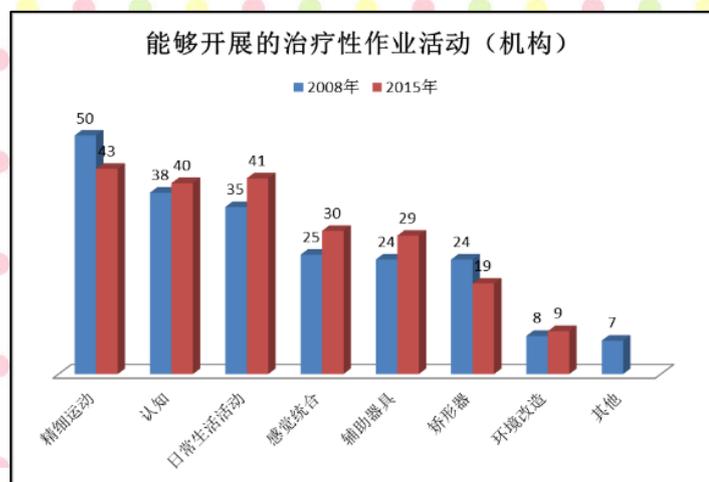


圖 1 能夠開展的治療性作業活動

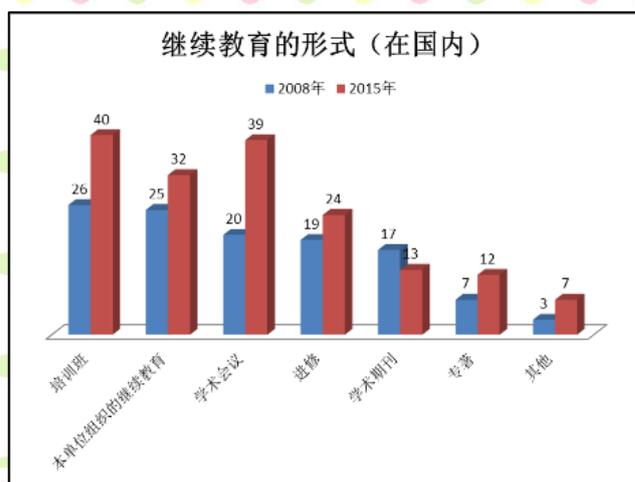


圖 2 國內繼續教育形式

2. 我國內地兒童作業治療存在的問題

2.1 兒童作業治療專業技術人員匱乏

截至2010年7月，我國內地綜合醫院所需康復治療師總人數約為8萬，其中三級醫院約需2萬，二級醫院約需5萬。而按照國際標準計算，我國內地康復治療師至少缺35萬[3]。以2010年的資料計算，本專科院校年招生數約為6000多人，短期內無法滿足市場需求。Ezersky等調查了400多名治療師實踐領域，發現25.5%的治療師在兒科工作[4]。調查顯示兒童作業治療師人數由2008年的80名增加為2015年的177名，雖然人數增加了一倍，但仍遠遠不能滿足康復需求。學歷層次較2008年明顯提高（本科學歷者占

51%，研究生學歷者僅占 1.1%），但學歷層次仍普遍偏低，專業基礎比較薄弱（圖 3）。

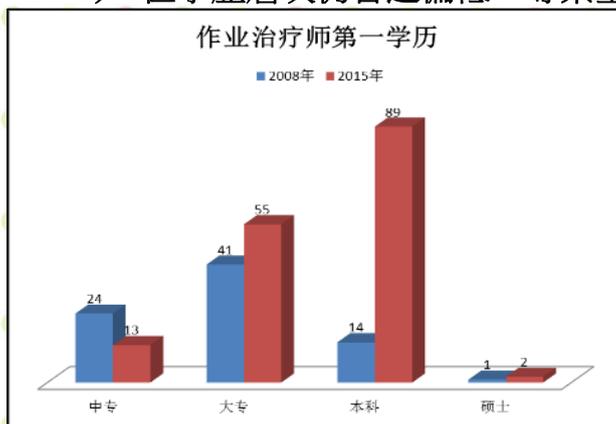


圖 3 兒童作業治療師第一學歷

50 個機構 1066 名兒童康復治療師中作業治療師 177 名，占 16.6%。兒童作業治療師除晉升康復治療師（技師）系列外，尚有醫師系列、護理系列等（圖 4），高級職稱者占 2.26%，初級職稱者占 73.4%，職稱結構仍不盡合理，仍以初級職稱為主，缺少富有經驗的高中級技術人才，表明我國內地兒童作業治療師隊伍還是一個年輕、缺少經驗的隊伍（圖 5）。

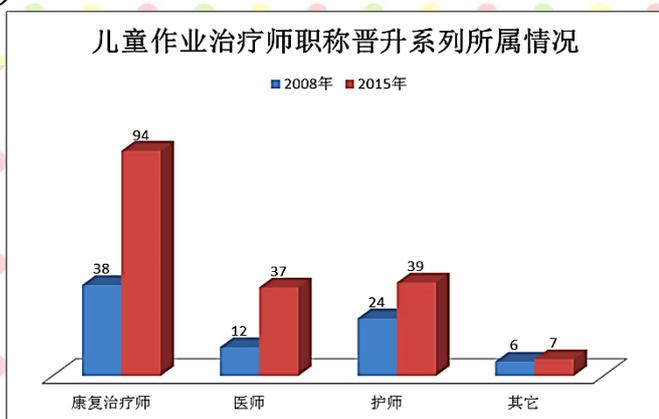


圖 4 兒童作業治療師職稱晉升系列所屬情況

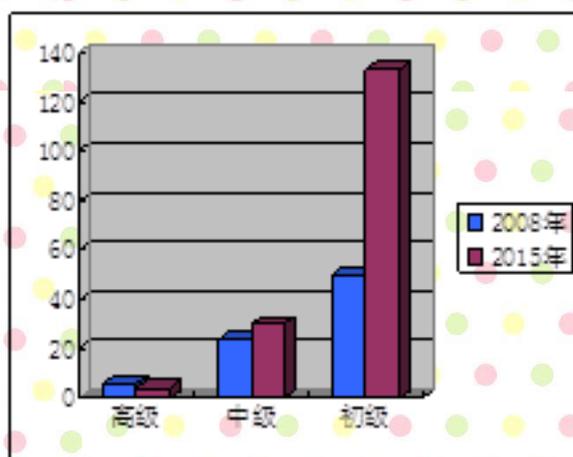


圖 5 兒童作業治療師職稱情況

兒童作業治療師主要來源：①康復治療學專業；②針推、養生保健等相關專業；③醫師、護師或其他專業技術人員轉崗[5]（圖 6、圖 7）。

2008年儿童作业治疗师来源

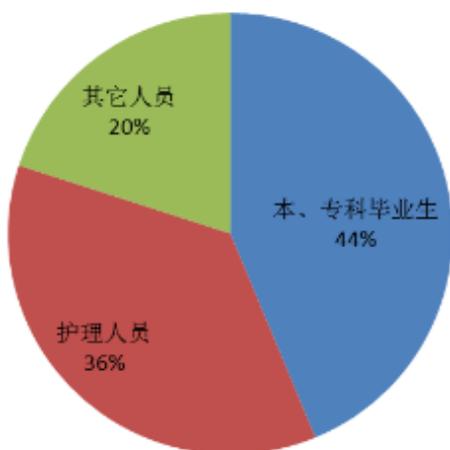


圖 6 2008 年兒童作業治療師來源

2015年儿童作业治疗师来源

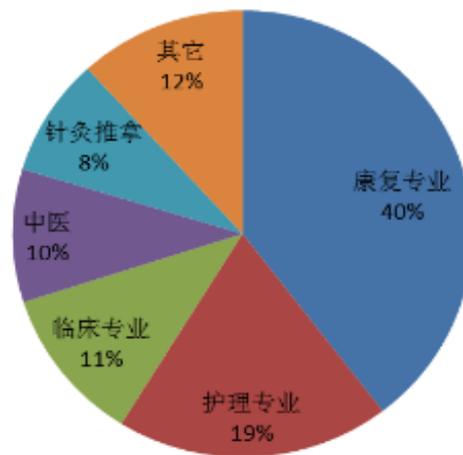


圖 7 2015 年兒童作業治療師來源

2.2 兒童作業治療發展不平衡

2.2.1 地區之間發展不均衡：我國內地兒童作業治療主要集中在經濟發達地區或較發達地區大中城市的兒童醫院、婦幼保健院、康復中心/醫院、綜合醫院康復科和其他系統兒童康復機構以及民辦康復機構中。基層兒童康復機構相對較少，邊遠及經濟欠發達地區更為突出。三級康復醫療服務體系尚未形成，仍不能滿足日益增長的特殊需求兒童的作業服務需求。

2.2.2 作業治療項目發展不均衡：起步晚或規模小的兒童康復機構開展的作業治療項目單一，局限在改善上肢肌力、肌張力、精細運動功能、感覺統合功能等，而發展成熟的機構已在此基礎上又開展了日常生活活動能力訓練、認知及學習能力訓練、遊戲能力及社交能力訓練、輔助器具應用、矯形器製作及環境改造，逐漸與國際接軌。



2.2.3 服務物件發展不均衡：部分機構兒童作業服務物件仍以腦癱、發育遲緩為主，部分機構已將服務物件擴展到學習障礙、注意力缺陷多動障礙及孤獨症譜系障礙等兒童。

2.2.4 評定與作業治療方法發展不均衡：作業評定指導作業治療，治療效果又需要評定來檢驗，目前既有只注重作業治療忽視作業評定，也有只注重作業評定而忽視作業治療的現象。

2.3 兒童作業治療水準有待進一步提高

2.3.1 作業治療理念需更新：深入研究兒童作業治療服務概覽，按照發育的觀點、全人的觀點，以 ICF-CY 為指導制定作業治療計畫，設計作業治療方案。治療過程不再局限于直接針對兒童的治療，更加重視與團隊其他成員、家庭成員及相關機構的合作。

2.3.2 作業治療工作方式需改變：除直接服務，亦採取諮詢服務、輔具製作、環境設計、對家長的指導等間接服務。應更加注重特殊需求兒童及其家庭的“參與”，家長作為康復治療團隊的重要成員參與康復治療工作。

2.3.3 作業治療方法與內容需豐富：提高作業治療活動分析及訓練技巧、神經發育治療及感覺統合理論與臨床作業治療技巧；掌握矯形器、輔具應用基本原則與臨床使用時機；提高學習能力、遊戲能力、社交能力訓練技巧；重視對家長的宣教、指導與培訓；注重電腦在認知訓練中的應用；將個別治療與小組式治療有機結合等。



2.3.4 作業治療服務物件需擴大：需掌握孤獨症譜系障礙等其他發育障礙性疾病、遺傳代謝性疾病、先天性疾病、神經肌肉疾病等的作業治療方法，擴大作業治療服務範圍，提高作業治療服務能力。

3. 對我國內地兒童作業治療發展的思考

3.1 加強兒童作業治療師隊伍建設

通過不同管道、採取多種形式，加速培養和形成我國兒童作業治療師骨幹隊伍。

3.1.1 加強作業治療學歷教育：目前我國內地康復治療師需求大，基數小，且學歷層次低，必須有計劃地發展學歷教育，以滿足兒童康復事業發展的需要。內地康復治療學專業課程設置中作業治療教學所占比重也越來越大，如首都醫科大學康復醫學院康復治療專業課程設置中，作業治療專業方向專業課已占 34.03%，其他幾所院校如昆明醫科大學、佳木斯大學康復醫學院等也在做這樣的實踐。隨著對兒童作業治療師水準要求的增高，對作業治療教學品質的要求也會越來越高，可在有兒童康復實習基地的院校課程設置中適當增加兒童作業治療內容，逐步形成一批以培養兒童作業治療師為特色的院校。

3.1.2 豐富繼續教育形式與內容，提高在職人員專業技術水準：廣開管道，進一步加大在職作業治療師培養力度，可通過出國留學、研修，國內外參觀考察，參加國際國內學術會議，赴國內相關單位進修學習、參加短期培訓班等多種方式學習先進作業理論與方法，不斷提高兒童作業治療水準。

3.1.3 強化在職人員科研意識，提高兒童作業治療科研水準：在作業治療實踐中不斷積累，有計劃、有步驟，圍繞明確的科研方向，扎扎實實開展作業治療臨床科研工作，不斷提高兒童作業治療師科研水準。

3.2 廣泛開展交流與合作，探索適合我國內地應用的兒童作業治療模式

3.2.1 交流與合作：可以採取國際間交流與合作、與香港、臺灣相關機構的交流與合作及與內地相關機構的交流與合作分享兒童作業治療服務、資訊、技術等。

3.2.2 探索適合我國內地情況的兒童作業治療模式：將 ICF-CY 引入兒童作業治療實踐，強調現代精尖技術與易於推廣的適宜技術相結合，機構康復與社區康復相結合，兒童作業治療與教育相結合，兒童作業治療師與相關專業人員及家長緊密結合。根據我國傳統的生活方式、風俗習慣等選編適合我國內地使用的兒童作業評定和作業治療內容。與國際接軌需要一個循序漸進，逐步建設，逐步完善的過程。要定目標、分階段，按計劃實施。

3.3 加強宣傳教育

3.3.1 意義：只有人們更好地理解作業治療在兒童康復中的作用，使更多的人支持和接受作業治療，我們才能從實踐中積累更多經驗，從而推動兒童作業治療的迅速發展。

3.3.2 物件與形式：以家長、相關專業領域人員為物件，可通過家長培訓，編制家長指導手冊，網路，媒體，科普讀物，VCD/DVD、知識講座等多種形式，加強宣傳教育，提高其對兒童作業治療的認知度。

3.4 規範兒童作業治療師培養、考核及准入制度

我國內地兒童作業治療應儘快與國際接軌並被國際認可，引入世界作業治療師聯盟（WFOT）所制定的作業治療師最低教育標準，對已經從事或即將從事作業治療的人員，參照該標準調整自己的知識結構，找出不足並儘快提高，以適應今後國際化發展的需要。通過兒童作業治療師專業資質培訓和考核，逐步實現規範化並建立准入制度。

參考文獻：

1. 李奎成，唐丹，劉海兵.我國作業治療的現狀與發展空間[J].中國康復理論與實踐，2004，10(10):67-638.
2. 何紅晨，何成奇*，趙雨，等.地震傷兒童的康復需求調查[J].中國循證醫學雜誌 2008，8(9):716~717.
3. 白躍宏.21世紀康復醫學教育新方向[J].中國矯形外科雜誌,2010,18:141-142.
4. 屈雲.美國OT培訓前要求與課程設置[J].中國康復理論與實踐，2002，8(10):608-609.
5. 江鐘立，勵建安，周士坊.我國康復治療師學歷教育的模式[J].中國康復醫學，2003，18(7):429-430.