



中華作業治療
電子季刊

The Chinese OT
E-Newsletter

2015 年 2 月號

編者的話



這一期中華 OT 電子季刊出刊，適逢華人的農曆新年，在此先向各位中華 OT 夥伴拜年 --三陽開泰送吉祥，洋洋得意富滿堂！

很榮幸這一期會刊輪由本人主編，特別規畫兒童康復主題，邀請了兩岸三地多位在臨床上從事兒童康復的作業治療師及康復專業相關人員，從他們實務的操作經驗，來分享他們的服務成果或心得，希望能帶給內地的治療師，看見更多兒童康復發展的面向。

臺灣因為有全民健康保險，對兒童醫療康復的照顧給付相當充裕，加上教育及社政資源的導入，讓學校或在機構的兒童，也能接受充分的康復療育。在臺灣約有 1/3 的作業治療師從事兒童作業治療的服務，因此在兒童康復的發展是相當多元的。這些文章都很值得我們閱讀，細細品味，相信都會有所收穫的。

今年 3 月 20-22 日將在廣東深圳維也納國際酒店舉辦【2015 國際作業治療研討會暨中國康復醫學會第五屆全國作業治療論壇】，這是 3 年一次，結合港、台、中及國際作業治療專家群聚一堂，以推展作業治療專業，最豐盛的學術會議。歡迎全國康復醫療專業人員，都能來參與這次作業治療的盛會！

臺灣高雄長庚紀念醫院復健科職能治療
張瑞昆
2015. 2. 14.





目

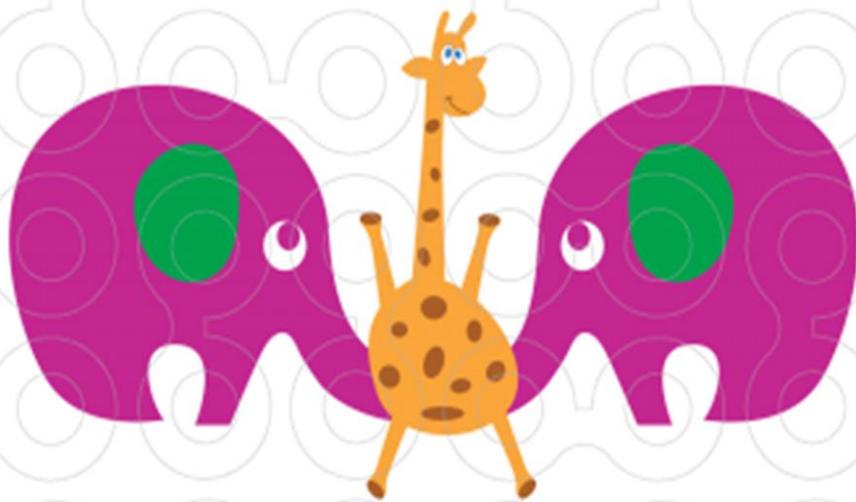
錄

- 壹、 **兒童職能/作業治療介入**
 - 1. 我國內地兒童作業治療的現狀與發展
 - 2. 兒童骨科的作業治療復康
 - 3. 台灣視覺障礙兒童的職能治療(台灣)
 - 4. 兒童寫字發展、評估與介入-職能治療面面觀(台灣)
- 貳、 **早期療育**
 - 1. 淺談台灣社福機構早期療育職能治療(台灣)
 - 2. 在早療機構看見天使的笑靨(台灣)
- 參、 **腦性麻痺兒童之職能/作業治療**
 - 1. 感覺統合訓練在學齡期腦癱兒童康復中的應用
 - 2. 腦癱兒童及青少年的徒手能力分類系統
- 肆、 **音樂治療的介入**
 - 1. 音樂治療在特殊兒童作業治療中的療效觀察
 - 2. 音樂治療對腦癱患兒行為與情緒的影響
- 伍、 **自閉症的溝通與情緒**
 - 1. 圖片交換溝通系統促進自閉症兒童語言主動性的個案研究.
 - 2. 淺談自閉症兒童的情緒識別能力
- 陸、 **其他**
 - 1. P-E-O 模式應用于參加全國康復治療專業學生技能大賽
 - 2. 自由體操應用于腦癱患者康復治療的療效觀察
 - 3. 以肩關節控制訓練為主改善不隨意運動%20 型腦癱患兒精細動作的個案研究
- 柒、 **經驗分享**
 - 1. 臨床經驗分享-與孩同行
 - 2. 經驗分享-關於親子教養給家長的三個觀念
- 捌、 **2015 國際作業治療研討會暨中國康復醫學會
第五屆全國作業治療論壇**



Welcome
Baby

壹、 兒童作業治療介入



Children's
Occupational
Therapy

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容。

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。

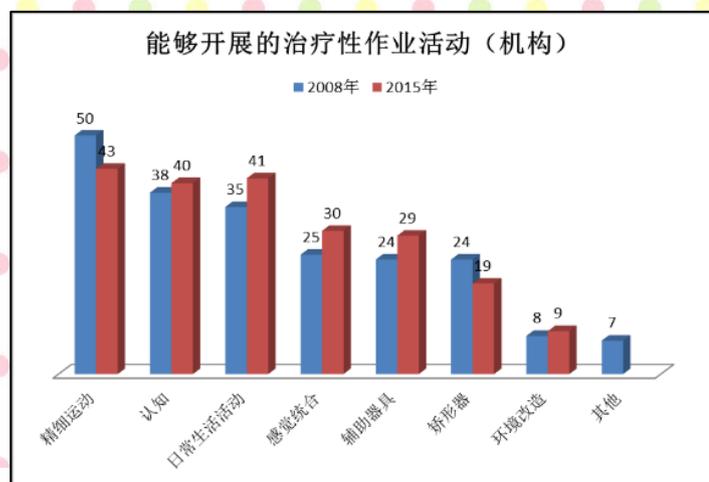


圖 1 能夠開展的治療性作業活動

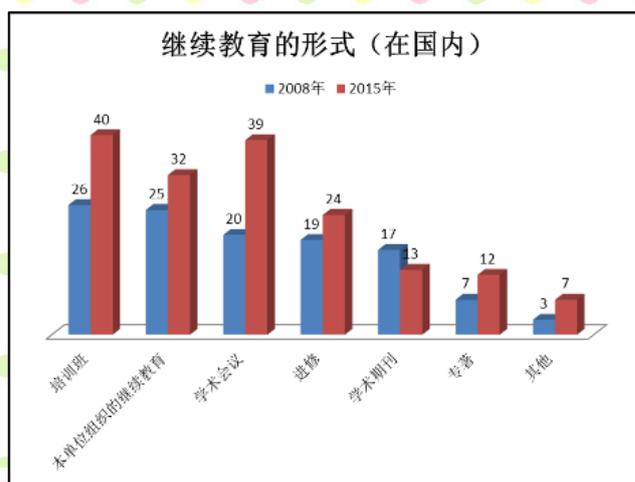


圖 2 國內繼續教育形式

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）。

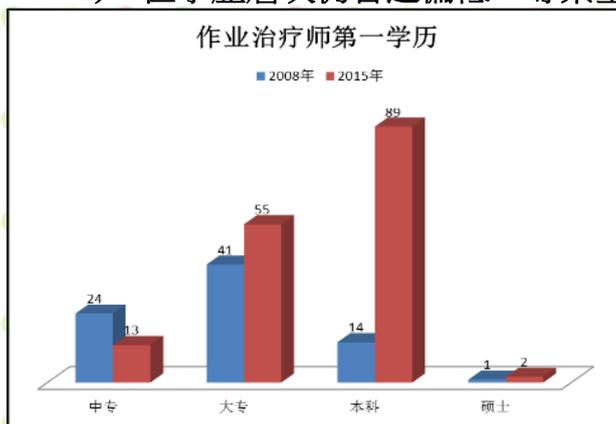


圖 3 兒童作業治療師第一學歷

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）。

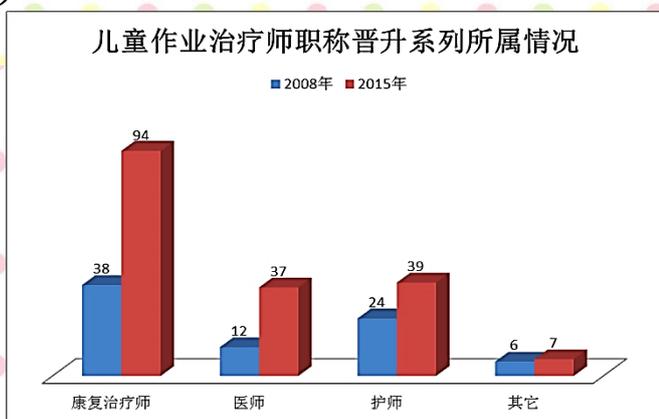


圖 4 兒童作業治療師職稱晉升系列所屬情況

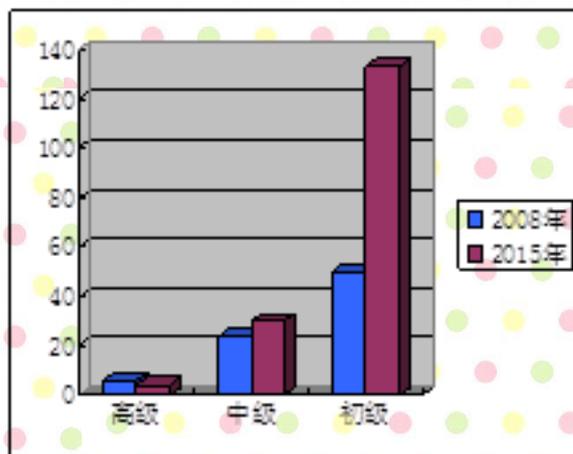


圖 5 兒童作業治療師職稱情況

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

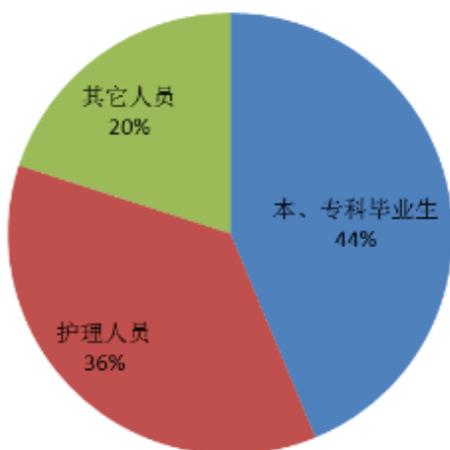


圖 6 2008 年兒童作業治療師來源

2015年儿童作业治疗师来源

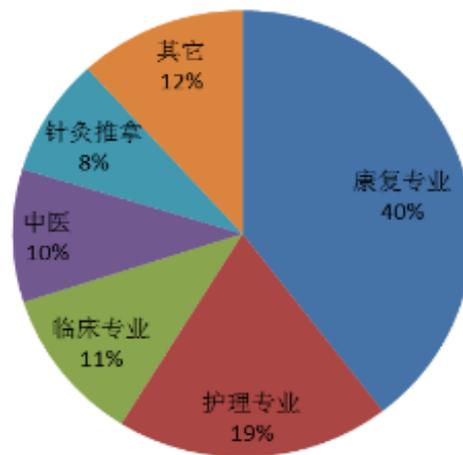
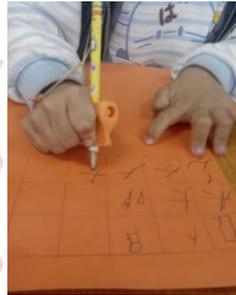


圖 7 2015 年兒童作業治療師來源

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.

兒童骨科的職業治療復康

關永宏

高級職業治療師

根德公爵夫人兒童醫院

醫學進步,分工日趨仔細,「兒童骨科醫學」(Pediatric Orthopaedics)與「兒童骨科復康」已經漸漸成熟,發展為一門專科治療及復康服務。目標是希望能儘快矯正治療疾病于幼時,不要讓患病兒童錯失正常的兒童發展里程碑(Developmental Milestone),能有最大的機會,發展成為健康的成人。

兒童骨科並不是成人骨科的縮小本。先天異常、遺傳、代謝性疾病、產前感染、生產過程之傷害、缺氧、出生後之成長與發育等,均具有其獨特性。相比成人之意外創傷、職業傷害、退化性問題有著明顯的差別。由於兒童骨骼及關節的結構及成長獨特,跟成人截然不同,所以兩者的復康有許多不同之處。許多臨床病例,都是成人骨科復康中從來不會遇上的。又由於大部份兒童骨科病人的問題、狀況比較複雜,不可能只是單一個專科的問題,所以兒童骨科復康與兒科、腦神經科、神經外科、甚至呼吸科等等醫學專科,有著很複雜的相互關係。

在職業治療全人復康概念下,「兒童骨科職業治療師」,必須要同一時間全方位關注不同的狀況,使全面的兒童骨科職業治療復康工作,更具挑戰性。許多時,遇到很多從來沒有處理先例的臨床組合情況,治療師須以非凡的耐心和嚴肅態度,尋找復康方案和方法。解決問題的過程每每又是漫長而艱巨,有些時候更甚至是無助!

復康療程大部份是採用一對一的治療模式,才可以給家長作適當有效的解說及照顧他們孩子的特殊需要。功能訓練採用遊戲模式並加入發展的元素,訓練關節活動範圍(ROM)和強化肌力,保持功能。復康支架(Splint)支援骨折部位和矯正畸形、壓力治療(Pressure Therapy)控制疤痕和水腫、輔助設備(Assistive Devices)協助維持自理功能獨立自主。遇有需要時,社康職業治療師 (Community Occupational Therapist)會前往居住地點及學校,現場實地評估家居生活環境,體現問題的重點,並且通過各種手段盡力解決問題。

由於難以通過筆墨完整描述復康治療的過程。所以簡單地,以常見的案例分享「兒童骨科職業治療」的復康服務。希望令更多職業治療師對兒童骨科復康這領域產生興趣並加入參與,在這條漫長的康復之路,與患病兒童一起艱苦奮鬥。



一、骨折與脫臼 (Fracture & Dislocation)

兒童成長是最高活動量的一個階段，跌倒撞傷招致骨折與脫臼相當常見。嚴重意外事故，如車禍等，兒童所受到的傷害，一般相對是比較嚴重的。



大部分的骨折經固定後很快就會癒合，但若傷及關節及骨端的生長板 (Epiphyseal Plate)時，若未能適當治療處理，生長有機會停頓或彎曲變形，所以必須非常謹慎處理兒童骨折。



技術上，兒童骨折與脫臼的復康與成人最大分別就是兼顧發展上的要求和需要。但相比與孩子溝通技巧上的要求就複雜多了。復康治療的過程一般是相當混亂。毫無疑問，令兒童在治療期間能容忍一定的疼痛並冷靜下來合作，又要獲得家長的理解、信任和協助，已經是一個不容易的工作。

兒童身材矮小，復康支架 務必簡潔、材料輕巧、但承托力大、高透氣度和容易被佩帶及脫下。動態的復康支架，有時更可以看成是微型科技！所有外露金屬元件應該妥善地包裹，以確保安全。

熟練靈活使用壓力治療，嚴格控制水腫，腫脹退減後，適時跟進修正復康支架的鬆緊度，確保骨折與脫臼有足夠的支持。處理病理性骨折(Pathological Fracture)患者，如玻璃骨(Osteogenesis imperfecta)時，應特別小心，提防在治療期間，意外造成更多嚴重的骨折！



↓少年類風濕性關節炎



↓兒童骨癌截肢後職能鍛練



↓肌電手(Myoelectric Hand)功能訓練



二、燒傷和燙傷

活力充沛的孩子，充滿好奇地去探索周圍環境。經驗不足的父母或家庭傭工，一不留神，很多家庭意外便會發生。洗澡的熱水、剛剛煮沸的熱湯、熱粥、打火機、電器或插座...往往成為導致嚴重燒傷和燙傷的原凶。由於兒童和嬰兒身體面積(Surface Area)比成人較大，創面也較大，皮膚組織相對薄，燒傷和燙傷亦變得特別深及嚴重。幼小的血管，很容易在接受壓力治療過程中被壓力衣、壓力墊及疤痕擠壓，出現血液迴圈不暢情況。

因骨架尚處於發育階段，未成熟的骨架承受過量的壓力，不僅可能障礙發育，更可能導致永久變形。治療師需要特別謹慎控制壓力的劑量。兒童身形比成人細小，壓力治療技術的要求相對非常高，臨床效果，或可能祇取決於縫製壓力衣的一線之差或壓力墊厚度的一、兩毫米的分別。



除了燒傷，疤痕治療以外，壓力治療亦廣泛應用於靜脈曲張(Varicose Vein)、淋巴性水腫(Lymphoedema)、血管瘤(Haemangioma)、神經纖維瘤症候群Neurofibromatosis，幫助患者減輕疼痛，舒緩症狀。



三、先天性異常

↓ 先天上肢問題 (Congenital Upper Limb Anomalies)

↓ 先天下肢問題 (Congenital Lower Limb Anomalies)



除了常規標準治療以外，畸形(malformation)及變形(deformation)需複雜的外科手術方法矯正。由於外科技術不斷在改進，如拇指整複(Pollicization)，足趾移植拇手指再造(Toe to Hand Transfer)，術後的復康治療的要求及成效也越來越高。

一些沒有合適外科手術方法可以改善的病例，治療師應使用不同的方法來提高其功能。輔助設備也一個常用的方法。



四、增高及骨骼延長 (Limb Lengthening) 矯正畸形，

骨骼發育不正常之各種侏儒症，可能需要進行增高及骨骼延長 (Limb Lengthening) 矯正畸形。相比孩子的體型，延長骨骼的外固定支架非常沉。基本功能鍛煉非常重要的，用以加強肌力幫助孩子們適應它的重量，以保持日常生活的功能。



部分病人由於肌肉，肌腱，甚至神經線未能趕上骨骼延長步伐，關節因此而攣縮和神經短暫麻痺。治療師需於外固定支架結構框架內，尋找合適的位置安裝動態支架，用以抵抗前屈，後伸，旋轉等攣縮和糾正畸形。

待骨骼延長完成，外固定支架被除去後，應立即開始壓力治療或矽凝膠治療，以控制術後癍痕的增生，優化外觀效果。至於長骨兩端接合點，通常當作為一個普通骨折治理。



五、先天性髖關節脫臼 (Developmental Dysplasia of the Hip, DDH)

早期診斷的先天性髖關節脫臼，可以簡單利用帕氏吊帶(Pavlik Harness) 作治療，這種定位胸背肩帶吊帶方便而有效，嬰兒一點也不痛苦。一般在開始走路前，已經能完成治療並達到預期目的。若是，到走路跛行，兩腳長短不齊，大腿外張後才被發現，治療常需要手術才可重定，術後並需要穿支架直到髖部發育完全為止。

在施用帕氏吊帶(Pavlik Harness)治療康復過程中。教育訓練母親在日常生活中，如何正確扶抱孩子、哺乳、更換衣物、尿布、洗澡等活動，對治療成效非常重要。



六、腦癱 (Cerebral Palsy)

神經肌肉復康中一種最具挑戰性的案例。高肌張力的痙攣跟不平衡的肌肉，造成每個獨特不同的軟組織攣縮和關節畸形的狀況。又由於每個腦癱兒童的功能、智力及動作障礙、肢體變形不同、功能狀態及復康要求可以有很大的差異。基本腦癱兒童日常生活 (ADL)功能活動上的需求，幾乎已經涵蓋所有職業治療復康的一切範圍！



手外科醫生試圖利用不同的手術如，肌腱延長 (Tendon Lengthening) 、肌腱轉移 (Tendon Transfer) 、

選擇性脊神經後根切斷術(Selective Dorsal Rhizotomy, SDR)或注射肉毒桿菌舒緩肌肉張力 (Intramuscular Botulinum-A toxin or Botox)方法，重建或改善腦癱兒童的手功能。術後的復康也有一定的難度 例如，為避免新修復的肌腱、韌帶、或軟組織，被腦癱病人的肌張力破損，從石膏更換到復康支架的過程，可能需要在手術室裡面全身麻醉下才可以安全進行。但無論怎樣，這正正就是我們日常的工作！



←等距手套 (Isometric Glove) 寫字訓練 抑制肌張力，提高小肌肉手寫品質

七、輔助工具(Assistive Devices) 輔助科技 (Assistive Technology)

臨床操作普遍用低端和高端 (Low Tech and High Tech)來描述輔助工具的複雜性及性質。簡單低端的其實不應該被當成較低功能等級的「三腳貓」輔助工具，「不管黑貓白貓，捉到老鼠就是好貓。」簡從縫在衣物一個簡單的線環，協助打開拉鍊，至運用腦電波(EEG) 接駁電腦來控制環境控制儀器 (Environmental Control Unit)的裝置。臨床決定應從患者的需要開始。



在電腦資訊年代，輔助工具也趨向電子化以適合兒童的需要，設備的改裝再也不只是機械上的工作。

對於那些選擇利用自己剩餘能力來書寫學習的孩子，按狀況度身定做的書寫輔助工具，可讓他們擁有一定的書寫能力，也可用作保留小肌肉靈巧度的訓練。

當然書寫速度可能無法達到公開考試的要求，透過標準書寫速度的評估，協助他們申請延長公開考試的時間。殘疾兒童也可以具有考進大學的競爭力。

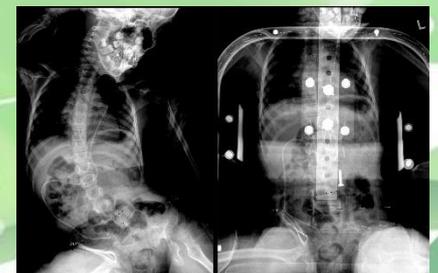
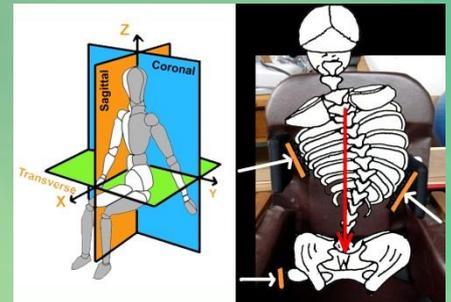


坐姿 (Seating)

嚴重腦癱、神經肌肉疾、杜氏(裘馨氏)肌肉萎縮症 (Duchenne Muscular Dystrophy)等患者再也不能走路。提供一個正確坐姿條件的座位尤其是重要。患者可以利用它在學校學習，與家人在家裡吃飯聊天，自由放開雙手使用並作有意義的功能活動。

要實現平衡穩定的坐姿，身體的頭、頸、手、脊椎、軀幹、骨盤、髖、膝、踝關節各部位，幾乎要在同一時間處理，相當複雜。使用全身連座椅系統的 X-光，作主要坐姿評估，監測坐姿系統的成效。坐姿系統的設計，應當抵消所有引至變形的向量力(Vectorial Force) 包括控制原始反射，例如不對稱張力頸部反射(Asymmetric Tonic Neck Reflex, ATNR)，迷路翻正反應 (Labyrinthine Righting Reflex) 等。並須妥善改善或處理脊柱側彎、脊柱前凸、後凸、膝部彎曲、腳部變形、髖部脫臼、骨盆傾斜或軟組織攣縮等情形。

電腦壓力掃描(Pressure Scan)評估，均勻調較因體重分佈所構成的背部和臀部壓力，防止壓瘡。如患者有吞咽問題，可考慮以電視螢光攝影吞咽檢查 (Video Fluorographic Study of Swallowing, VFSS)調較頭、頸部的定位。患者如需要呼吸輔助機 (Ventilator Assisted)等重要維生設備，坐姿系統應該妥善地將其合併整理。



台灣職能治療

在視覺障礙兒童之介入模式

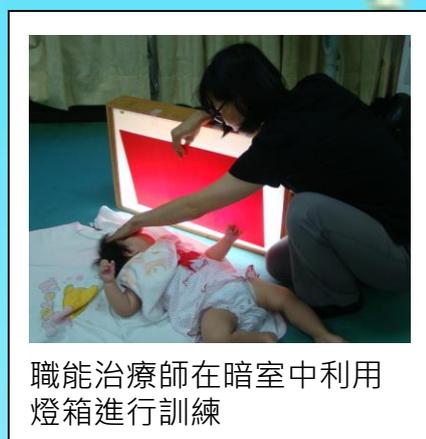
蔡麗婷 臺北市視障者家長協會 督導及職能治療師

陳怡碩 臺北市視障者家長協會 職能治療師

何謂視覺障礙

視覺是人類相當重要的感知覺系統，發展中的嬰幼兒或兒童有嚴重的視覺障礙時，也會同時影響嬰幼兒或兒童在認知、語言、動作、心理社會和日常生活功能各層面之發展。WHO 是依據視力值將視覺功能分成四大類：正常、中度視覺障礙(moderate visual impairment)、重度(severe)視覺障礙和全盲(blindness)。其中全盲是指優眼(better eye)視力值小於 3/60，重度視覺障礙是優眼視力小於 6/60、但大於(含) 3/60，中度視覺障礙為優眼視力小於 6/18、但大於(含) 6/60。

臺灣對於視覺障礙兒童等級鑒定，主要依據衛生福利部的「國際健康功能與身心障礙分類系統(International Classification of Functioning, Disability and Health for Children and Youth)」和教育部的「特殊兒童鑒定及就學輔導標準」。臺灣對於視覺障礙之鑒定，不單使用視力值、而是合併視力值和視野作為診斷依據。特殊教育法部分，其施行細則是將視覺障礙兒童分成全盲和弱視兩類。全盲系指優眼視力值未達 0.03，弱視則指優眼視力值在 0.03 以上未達 0.3 或其視野在二十度以內。



職能治療師在暗室中利用燈箱進行訓練

職能治療服務視覺障礙兒童之主要精神

不管使用何種方式來界定視覺障礙的程度，視覺障礙兒童完全無光覺(light perception)，只有極少數的比率。也就是說即使是鑒定為全盲或是重度障礙等級的視障兒童，仍有不等程度和形式的剩餘視覺功能，這些視覺功能同樣可以協助視障兒童執行其職能功能。例如具備辨識粗大影像的視覺能力，可以協助更有效率進行定向和行動(orientation & mobility)之功能；又如即使只有 0.01 的視力，相較只能藉由聽覺和肢體協助來學習的狀況之下，微弱的視力是可以協助更快理解操作活動的內容。對於視多障(multiple disabilities & visual impairment)兒童，當他們有更多的視覺能力，他們與外界會有更多的互動管道、有更多的成長和學習機會，提升他們的生活品質上

是具有重要的意義。

就如同面對重度肢體障礙或是重度智慧障礙的兒童一樣，雖然這些特殊兒童在某些能力有很大的限制，但是職能治療同樣會訓練這些兒童

的動作能力和認知功能。因此職能治療在協助視障兒童的主要精神，不僅協助視障兒童發展其他非視覺的優勢能力，也同樣訓練視障兒童的視覺功能(visual function)和功能性視覺(functional vision)。刺激和誘發視覺功能的最大發展，例如：視力、色知



視覺功能之色覺辨識訓練



職能治療師利用模型及實物訓練物品辨識能力

覺、對比知覺、動態知覺、形狀辨識、物品辨識、雙眼視覺、眼球動作控制等；以及引導視障兒童如何將具備的視覺功能，能在日常生活、就學、遊戲和工作等情境中，做出最佳的使用。

職能治療主要介入模式

兒童職能治療的前提是以全人的觀點來瞭解兒童在家庭、學校和社區等不同情境中的職能表現，包括日常生活技巧、學校適應學習、遊戲休閒和人際互動等。藉由晤談、測驗、情境觀察等方式，確定兒童的問題並分析影響兒童每天的職能表現之因素，進而與家長或其他相關人員共同訂定治療計畫、使用專業技術等來促進兒童的發展，或透過調整環境、提供輔具的方式來提升兒童的生活與學習品質。對於視障兒童，也是同樣的介入模式。然而視障兒童特殊之處在於有視覺問題，因此職能治療師需要在介入之前，首先需要評估兒童的視覺功能、如何使用現有的視覺能力及評估兒童是否具備視覺復健的潛力。

視覺功能職能評估(occupational visual-function assessment)

包含職能要素(occupational component)和職能表現(occupational performance)。在職能要素部分，也就是評估視覺障礙兒童的各種視覺功能，包括視力、對比、視野、色覺、深度知覺(depth perception)、雙眼視覺(binocular vision)、視知覺、眼球動作控制能力和視覺動作整合協調能力等。在職能表現部分，則是評估視障兒童的視覺功能在各種活動和環境之應用狀況，也包括定向行動和人際互動狀況。

視覺功能職能復健(occupational visual-function rehabilitation)

對不同年齡、不同損傷程度和不同病因之視覺障礙者，當然有不同的視覺復健目標和策略。當協助的物件是嬰幼兒時，「視覺神經復健」這個名詞應會更貼近這些孩子的需求。對於這些大部分早期完全沒有視覺經驗的嬰幼兒，「視覺神經復健」是透過適合嬰幼兒目前視覺能力之日常活動/遊戲，誘導嬰幼兒能在特殊的情境下練習使用他們的眼睛，進而讓處理視覺訊息的神經系統得以有機會繼續發展，儘量開發視覺損傷嬰幼兒最大的剩餘視覺功能。

此外視障兒童常「視而不見」或不知如何運用接收到的視覺訊息來跟環境或人進行互動，其實大部分的視障兒童，都可藉由適當的視覺復健來誘導低階或高階視覺神經傳導的發展或整合，進而提升孩子整體的發展。



職能治療師透過積木堆疊訓練深度知覺



職能治療師利用標準化評估工具評估視力值



嬰幼兒的視覺神經復健：貼眼訓練

職能治療在其他非視覺的主要介入方向

視覺障礙對兒童發展的影響是全面性的，所以需要多專業或跨專業團隊合作服務模式，因此在臺灣，職能治療師常常需要依視障兒童個別需求，獨立或是與不同的專業合作，來提供視障兒童不同類型、更全面的協助。以下列出職能治療師服務視障兒童主要的介入方向。

1. 促進觸覺、聽覺和其他非視覺的感官知覺之發展；
2. 提升感覺統合能力；
3. 促進精細動作和粗大動作之發展；
4. 促進遊戲技巧之發展；
5. 培養各階段生活自理能力之發展；
6. 提升功能性和自主性的溝通能力；
7. 促進認知能力之發展；
8. 協助定向行動能力之發展；
9. 訓練學習使用輔助科技。



總結

- 視覺障礙會影響兒童各方面的發展，須各專業和家庭一起合作，職能治療師是這個團隊非常重要的一員。職能治療師早期的介入，可以減少因視覺障礙造成之次發展問題。
- 除了過去研究文獻佐證之外，在臺灣，我們多年、很實際的臨床經驗和研究結果告訴我們，視覺障礙兒童的視覺功能，包括重度視覺障礙的兒童¹，是可能藉助適當視覺刺激和視覺訓練而獲得改善。視覺功能訓練之目的是在提升功能性視覺，日常生活中習慣使用視覺是在改善視覺功能，兩者相輔相成。
- 即使是重度視覺障礙的兒童，同樣可以在增加剩餘視覺功能之後，有效提升部分日常生活之功能¹。



參考資料: Tsai LT, Meng LF, Wu WC, Jang Y, Su YC (2013) Effects of visual rehabilitation on a child with severe visual impairment. AJOT 67: 437-447

職能治療面面觀-

兒童寫字發展、評估與介入

張韶霞

義守大學職能治療學系 副教授

一、 前言

職能治療著重個案的功能與職能，對學齡兒童而言學校是出生後第二個長時間接觸的社交環境，在這個環境中必須將過去所累積發展的技巧彙集成基本的學習能力---聽、說、讀、寫，預備做更高層次的認知學習。根據在美國的研究統計，每位兒童在學校平均一天要花上30%到60%的時間來從事精細動作相關的活動，而這其中大部分是屬於紙筆活動 (McHale & Cermak, 1992)。雖然正常發展兒童在大約六至七歲時在一般傳統的訓練下就可以學習寫字，然而寫字是一個非常複雜的動作，寫字的問題可能來自于認知、心理社會、感覺運動、精細動作、視覺及聽覺的處理常式(Benbow, Hanft & Marsh, 1992)，工整平順的寫字更需要認知、視知覺與精細動作能力的成熟與整合，當上述的能力缺損或無法有效整合時極可能產生寫字困難的問題 (Tseng & Murray, 1994；Volman, van Schendel & Jongmans, 2006)。

當兒童的寫字困難進一步影響到學業學習時，學校老師會尋求專業協助。寫字困難正是學齡兒童被老師轉介給職能治療師最常見的原因之一(Chandler, 1994)。職能治療師在面對兒童的寫字困難時，評估與介入的過程將著重在功能性書寫溝通能力的提升。

二、 寫字技巧的發展一般分為學前讀寫能力與學齡兒童寫字技巧的發展

讀寫(literacy)，以字面上來解讀是指閱讀和寫字，而其涵意是指書寫語言的運用過程。讀寫萌發(emergent literacy)是指幼兒早期讀寫能力的習得是一個在生活中自然持續萌發展現的過程(李連珠, 2006)。

讀寫萌發的觀點是將讀和寫視為一體，以兒童生態發展的觀點來看也是相同的。一旦當兒童發展出抓握能力可以控制書寫工具後，即任意在任何可碰觸到的表面上塗鴉(紙、牆壁、沙發…等)。漸漸的隨著認知及語言的發展，畫出的東西開始具有一些他們想要表達的

訊息並具意義性，起先可能是具體的人或物，如爸爸、媽媽、小狗或是生日蛋糕，接著開始會「畫出」他們閱讀過的或是學習過的數字、形狀或是簡單的文字或注音符號，且以半圖半寫的方式來表達。隨這年齡的成長，書寫的內容就越受文化的影響，學習與其文化相關的文字符號，如英文語系的國家就開始學習大小寫的英文字母，而在臺灣則開始學習寫注音符號。

寫字能力是一項非常複雜的任務，除了兒童本身的成熟度及興趣外，環境、經驗及父母的期待等都是影響何時開始學習寫字的因素之一。兒童各項能力發展的成熟度有差異，4歲到6歲均有可能為適合導入正式寫字教學的時間點，因此兒童何時預備好可以開始接受正式的寫字教學仍是一個具爭議而未定論的議題。為了更能掌握兒童寫字教育的發展，有些學者探討兒童寫字前需具的基本能力，稱之為「書寫準備」(Prewriting)。書寫準備可分為三大方面來探討(1)神經肌肉發展：包括上肢的穩定度、手腕及手掌小肌肉的成熟與握筆能力；(2)知覺方面：視知覺(字母的知覺如辨識形狀並能明確說出字母或形狀之間的相似或相異處)、空間分析(文字的方向感，如左右區辨)及運動覺；(3)整合方面：包括手眼協調、運筆能力(如圓圈及直線)及雙側整合等能力。(Chang, 1997；Benbow, 2006；Schneck & Amundson, 2010)。

過去的研究中發現動作整合的能力(VMI)是作為寫字可讀性最強而有力的預測因數(Chang & Yu, 2009；Tseng & Chow, 2000)。學者們建議兒童具備寫出 Beery 視覺動作整合測驗中前9個圖形(垂直線、水平線、圓形、十字型、右斜線、左斜線、叉叉及三角形)能力後可進行寫字教育(Beery & Beery, 2010)。

三、 寫字表現評量

在直接評量兒童實際寫字表現時，須考慮下列四個向度：

1. 評量範疇 (書寫型式)：包括近端抄寫、遠端抄寫、聽寫、默寫及看注音(拼音)寫國字。
- 2 字體可讀性：包括字的結構(錯別字)、排列(文字應該在的相對的位置範圍)、空間

(字與字之間、一個字體內或與紙面格線的間距等)及大小(字體大小的一致性)等元素對可讀性造成顯著的影響。

3. 寫字速度(每分鐘書寫的字數)：是功能性寫字能力重要的基礎。由於兒童寫字速度範圍差異很大，再加上老師的期待和規定亦會影響兒童的寫字速度，所以和同儕比較寫字速度表現是一適當且具功能性的評量方式(Schneck & Amundson, 2010)。
4. 人因工學因素：一般探討到寫字的人因工學因素會從坐姿，上肢穩定度與活動度(即肩、手肘及手腕的穩定能力與手指靈活度)及握筆姿勢等方向來分析(張韶霞, 2004)。

四、書寫評量工具

標準化的評估工具對專業領域的發展有著舉足輕重的角色，除了可以提供客觀的量化分析及追蹤兒童的進步外，亦可協助專業間的溝通與促進相關領域的研究發展(Schneck & Amundson, 2010)。因為英文系統文字與中文系統文字完全不同，因此國外的標準化工具都無法直接翻譯建立中文常模而適用。因此需要建立屬於中文系統文字的評量工具。

中文適用的寫字評估工具大部分未正式出版，目前逐步發展當中。依發展年代於下列說明。

測驗名稱 (作者/年代)	檢測內容	檢測方式	年級(年齡)範圍	出版與否/ 發展地點
曾氏寫字檢核表 (THPC) (曾美惠,1993)	字體結構、筆順、寫字行為、字體正確性、動作及方向性	四點量表 評分	未規定	未出版/ 臺灣
曾氏寫字速度測驗 (Tseng,1997)	寫字速度	計算五分鐘內所抄寫的字數	小學 2-6 年級	未出版/ 臺灣

基本讀寫字綜合測驗(洪麗瑜、張郁雯、陳秀芬、陳慶順、李瑩均, 2003)	看詞選字、聽詞選字、看注音寫國字、看字讀音測驗、看字造詞測驗、遠程抄寫與補充測驗之近端抄寫與抄短文測驗	計算時間與寫字表現	小一至小二學生或小三以上有讀寫字困難的學生	出版/ 臺灣
中文字體評量計畫 Chinese Handwriting Assessment Program (CHAP) (Chang, Yu & Shie, 2009)	字體可讀性與正確性	電腦輔助評估	未規定	未出版/ 臺灣
兒童寫字表現評量表：寫字困難亞型與寫字先備能力分析 (Chinese Handwriting Evaluation Form)(CHEF) (張韶霞、余南瑩, 2012)	工整性、正確性、速度、握筆工學及方向性	五點量表評分	幼稚園大班（學前版） 小學一、二年級（學齡版）	出版/ 臺灣
中文寫字分析系統 The Chinese Handwriting Analysis System (CHAS) (Li-Tsang, Wong, Leung, Cheng, Chiu, Tse, & Chung, 2013)	寫字速度、筆尖壓力、字體正確性及字體大小	電腦輔助評估	小學一年級到六年級	未出版/ 香港

五、 職能治療介入模式

面對兒童的寫字問題最重要的是提升兒童功能性書寫溝通能力，職能治療之寫字介入

模式可運用代償性策略或是治療性策略，或者是兩者並用。代償性策略意指調整或改變寫字任務的方法或規範，例如老師調整完成作業的時間或允許在某些作業上用口頭報告的方式進行或是調整寫字作業量比同儕還要少或是教導使用電腦或文字處理器取代手寫作業(Swinth & Anson, 1998)。治療性策略的目的在改善或建立寫字特定領域的技巧，職能治療常用的模式分述如下：

介入模式名稱	介入策略方針
感覺動作模式 (sensorimotor)或 稱多感官模式 (multi-sensory)	將各種感覺系統(視覺、觸覺、聽覺、嗅覺、味覺及本體覺等)融入在寫字活動中，提供各種不同的感覺經驗促進學習並提升寫字的動力與樂趣。一般可在書寫工具與書寫平面上做許多不同感覺輸入的活動設計。(Woodward & Swinth, 2002)
神經發展模式 (neuro- developmental theoretical approach)	針對兒童姿勢反應及動作模式的能力。藉由(1)肌張力正常化、(2)提升近端關節穩定度及(3)提升手功能三方面來增強兒童書寫能力的基礎預備能力。(Schneck & Amundson, 2010; 吳端文&陳韻如, 2009)
生物力學模式 (biomechanical approach)	從人因工學觀點與代償策略探討坐姿、握筆姿勢、書寫工具與紙張對書寫品質的影響。
獲得模式 (acquisitional approach)	以動作學習理論基礎，將寫字視為一複雜且高級的動作技巧，此一技巧需要經由練習、重複、增強與回饋等歷程而獲得(Holm, 2000)。獲得性模式通常融入寫字教學中，寫字教學教案著重結構性的程式，通常使用一些市售的教材或老師自編教材，強調練習已學會字，學習新的生字，然後將已學會的跟新學生字結合，可以產生有意義的詞彙或句子。

六、 OT 寫字介入相關之實證

職能治療師秉持專業的理念，無論在醫院或在學校系統，他們提供對寫字困難兒童的評估與介入服務以期改善寫字問題。然而，有關寫字介入成效的實證研究並不多。

Hoy(2011)等學者以系統性方式檢閱寫字介入計畫成效的文獻，結果發現寫字介入計畫可分為三個方向(1)放鬆技巧與寫字練習(有 EMG 回饋或沒有 EMG 回饋)，(2)以感覺為基礎的訓練但沒有寫字練習，(3)以寫字為基礎的練習(包括感覺與認知的訓練)。結論是無論介入計畫的型式，只要介入計畫中沒有包括寫字練習以及介入次數少於 20 個治療時段，其介入成效均不彰顯 (Hoy, Egan & Feder,2011)。這些研究結果的檢視可提供職能治療師在設計寫字介入計畫時重要的參考依據。

七、 電腦科技於寫字障礙介入的應用

除了傳統的寫字介入計畫外，由於近年來電腦科技的快速發展，許多寫字介入計畫也加入電腦軟體的運用來提升兒童寫字訓練的興趣與動機。關於中文字的電腦輔助介入，目前有兩大方向(1)針對視知覺與視動整合能力的電腦訓練軟體，藉由增進寫字的相關能力的訓練進而提升學習困難學童的寫字表現。結果發現接受電腦軟體訓練的兒童在視知覺能力與寫字速度上有進步，但在視動整合能力與寫字可讀性上卻未見有顯至差異(Poon, Li-Tsang, Weiss & Rosenblum, 2010)。(2)藉由寫字動作動力學與運動學的電腦評估分析(Chang & Yu, 2010 ; Chang & Yu, 2013)，進而設計電腦輔助寫字訓練系統，此系統可在兒童寫字過程對筆尖壓力、筆劃速度與字體正確性上立即提供聲音與視覺回饋，研究結果顯示接受此系統介入的寫字困難兒童比接受感覺動作介入或沒有接受任何介入的兒童在寫字表現上與寫字速度上有顯著的進步(Chang & Yu, 2014)。目前電腦輔助計畫應用於寫字困難的介入仍在研究階段，介入成效的一致性結論還需要未來更多的實證研究支持。

八、 結語

寫字技巧對學齡兒童來說是一個相當重要的且與學業學習有關的職能；對學齡前兒童來說寫字先備技巧則是一個知覺與精細動作整合的具體重要表現。考慮中文方塊字系統與西方拼音系統有著非常大的差異，我們必須著實努力開發屬於我們中文體系的評量與介入系統。筆者期許未來在兩岸三地的職能治療師能有更多的合作與開發的機會，一起協助寫字困難兒童達到功能性書寫的目標，進而提升職能參與度。

九、 參考文獻

1. Beery, K. E. & Beery, N. (2010). *The developmental test of visual-motor integration* (6th ed.). Austin, TX: Pro-Ed.
2. Benbow, M. (2006). Principles and practice of teaching handwriting. In A. Henderson & C. Pehoski (Eds.), *Hand function in the child: Foundations for remediation* (2nd ed.). St. Louis: Mosby.
3. Chandler, B. (1994). The power of information: School based practice survey results. *OT Week*, 18, 24.
4. Chang, S. H. (1997). Relationship between handwriting and perceptual performance in third-grade Chinese children (Master's thesis). Available from ProQuest Dissertations and Theses database. (UMI No. 1384887)
5. Chang, S. H., & Yu, N., Y. (2009). Discriminant validity of the visual motor integration test in screening children with handwriting dysfunction", *Perceptual and Motor Skills*, 109(3), 770-782.
6. Chang, S. H., & Yu, N., Y. (2010). Characterization of motor control in handwriting difficulties in children with or without developmental coordination disorder, *Developmental Medicine & Child Neurology*, 52,(3), 244-250.
7. Chang, S. H., & Yu, N., Y. (2013). Handwriting movement analyses comparing first and second graders with normal or dysgraphic characteristics, *Research in Developmental Disabilities*, 34(9), 2433-2441
8. Chang, S. H., & Yu, N., Y. (2014). The effect of computer-assisted therapeutic practice for children with handwriting deficit: A comparison with the effect of the traditional sensorimotor approach, *Research in Developmental Disabilities*, 35(7):1648-57
9. Chang, S., Yu, N., & Shie, J. (2009). The preliminary development of computer-assisted assessment of Chinese handwriting performance. *Perceptual and Motor Skills*, 108(3), 887-904.
10. Holm, M. B. (2000). Our mandate for the new millennium: Evidence-based practice, 2000 Eleanor Clarke Slagle lecture. *American Journal of Occupational Therapy*, 54, 575-585.
11. Hoy, M. M. P., Egan, M. Y., & Feder, K. P. (2011). A systematic review of interventions to improve handwriting. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 78(1), 13-25.
12. Li-Tsang, C. W. P., Wong, A. S. K., Leung, H. W. H., Cheng, J. S., Chiu, B. H. W., Tse, L. F. L., & Chung, R. C. K. (2013). Validation of the Chinese Handwriting Analysis System (CHAS) for primary school students in Hong Kong, *Research in Developmental Disabilities*, 34, 2872-2883.
13. McHale, K., & Cermak, S. (1992). Fine motor activities in elementary school: Preliminary findings and provisional implications for children with fine motor problems. *American Journal of Occupational Therapy*, 46, 898-903.
14. Poon, K. W., Li-Tsang, C. W. P., Weiss, T. P. L., & Rosenblum S. (2010). The effect of a computerized visual perception and visual-motor integration training program on improving Chinese handwriting of children with handwriting difficulties. *Research in Developmental Disabilities*, 31, 1552-1560.
15. Schneck, C. M. & Amundson, S. J., (2010) Prewriting and handwriting skills. In J. Case-Smith & J. O'Brien (Eds.), *Occupational Therapy for Children* (6th ed). (pp. 555-582). St. Louis: Mosby/Elsevier.
16. Swinth, Y., & Anson, D. (1998). Alternatives to handwriting: Keyboarding and text-generation techniques for schools. In J. Case-Smith (Ed.), *OTA self-study series: Making a difference in school system practice*. Bethesda, MD: American Occupational Therapy Association.
17. Tseng, M. H., & Chow, S. M. (2000). Perceptual-motor function of school age children with slow handwriting speed. *American Journal of Occupational Therapy*, 54, 83-88.
18. Tseng, M. H., & Hsueh, I. P. (1997). Performance of school-aged children on a Chinese handwriting speed test. *Occupational Therapy International*, 4, 294-303
19. Tseng, M. H. & Murray, E. A. (1994). Differences in perceptual-motor measures between good and poor writers. *American Journal of Occupational Therapy*, 14, 19-36.
20. Volman, M. J. M., van Schendell, B. M., & Jongmans, M. J. (2006). Handwriting difficulties in primary school children: A search for underlying mechanisms. *American Journal of Occupational Therapy*, 60, 451-460.
21. Woodward, S., & Swinth, Y. (2002). Multisensory approach to handwriting remediation: Perceptions of school-based occupational therapists. *American Journal of Occupational Therapy*, 56, 305-312.
22. 李連珠 (2006)：全語言教育。台北：心理。
23. 吳端文、陳韻如 (2009)：手能生巧-讓孩子快快樂樂寫字。臺北：瑞政。
24. 洪麗瑜、張郁雯、陳秀芬、陳慶順、李瑩均 (2003)：基本讀寫字綜合測驗。臺北：心理出版社。
25. 張韶霞 (2004)：南臺灣小學學童握筆姿勢之調查研究： *臺灣職能治療學會雜誌*， 22， 35-42。
26. 張韶霞、余南瑩 (2012)：兒童寫字表現評量表--寫字困難亞型與寫字先備能力分析。臺北：心理出版社。
27. 曾美惠 (1993a)：曾氏寫字問題檢核表之因素效度。 *職能治療學會雜誌*， 11期， 13-28頁。
28. 曾美惠 (1993b)：曾氏寫字問題檢核表之同時效度。 *職能治療學會雜誌*， 11期， 29-41頁。



貳、 早期療育的介入

浅谈台湾社福机构

早期疗育职能治疗

李慶家

財團法人喜憨兒社會福利基金會 復健專業團隊督導

前言

自西元兩千年投入職能治療領域，最早從事建構基層診所職能治療部門，提供生理成人復健服務，就與機構服務結下不解之緣。當時除一般門診個案之外，尚有大量機構服務之個案。陸續建立兒童職能治療部門，從事兒童職能治療。爾後輾轉設立兒童發展中心，服務中接觸大量早期療育個案，其中機構所服務之個案十分吸引我的注意。這群機構服務之個案與一般家長帶來求診個案有著明顯不同，在服務中與案家互動漸漸明白其中不同。醫療院所所窺見之樣貌僅為冰山一角。

緣起

兩千零八年在結束復健科服務後，協助早期療育機構進行弱勢家庭教育評估時，窺見特殊教育所使用之聯合教育評估模式，是介於多專業與跨專業間模式。不久受社會福利組織延攬進入基金會服務。開始了社福機構職能治療師的服務。當中業務包含早期療育機構職能治療、跨專業團隊模式導入與落實、部分時段療育服務、偏遠地區行動服務、成人職業重建、成人日托、小型作業所...等服務。

早療機構概況

臺灣早期療育機構或基金會於服務弱勢發展遲緩兒童照顧時，大多遇到一般保育服務難易解決之狀況，邀請學者專家是大多數機構的處理方式。可是教保人力並無專業養成教育，因此特殊教育、醫療...等專業建議大多無法介入或無法落實。專業知識講座、訓練、工作坊...等人力培植方式成效依然不彰。部分時段職能治療師此時慢慢介入。多專業服務模式在一定投入下開始改變服務使用者的照顧成效。大量使用部分時段人力不僅費用高昂，治療師離職往往會失去原有服務效益並難以延續服務成效。因此全時段正職職能治療師開始加入社會福利事業單位服務。若久任則可延續服務效益同時強化機構人員素質。

為何早療機構組織需要職能治療

發展遲緩兒童多數有醫療復健相關問題，專業注意事項、醫療問題、大量復健需求湧現。過動、自閉、智慧缺損、罕病、染異...等在在需要職能治療介入。可以早期發現早日妥善治療或復健。降低教保人員工作壓力提升服務效能。輔具介入管理、專業知識分享。越早投入專業人力可以大幅降低照顧成本，提升照顧成效。因此身心障礙服務多數有職能治療介入之需求。

機構中的職能治療

職能治療師於機構中之服務大致可界定為直接服務與間接服務兩模式。直接服務模式是針對服務使用者提供直接服務，例如復健式介入。間接服務模式則是透過專業知識傳遞將建議結合至教保服務

中落實。間接服務需要跨專業團隊模式支援才能充分發揮效益。直接服務則仰賴資深治療師之臨床檢驗與技巧。職能治療師同時扮演復健師與復健醫療專業人員兩種角色。

常見業務執行方式

職能治療師於早期療育機構常見的是扮演復健治療師角色，協助發展遲緩兒童從事醫療復健。大多會將醫療院所復健科職能治療服務模式搬進服務機構，將復健治療結合日間照顧服務。但多數未落實社區職能治療理念。融入社區職能治療理念後產生時段制復健課程，將常態復健服務融入服務使用者日常生活時段中。復健專業人員角色進一步強化專業知識分享與專業角色釋放，藉由入班觀察與定期評估找出服務使用者需要介入之目標，結合日常生活照顧。將建議及訓練融入執行，例如：利用上下樓梯提升肌肉力量、結合刷牙改善上肢動作能力...等。參與團隊運作整合各專業及服務使用者家長建議，找出有效計畫，將服務整合教保整體服務提升服務效益。

常見介入模式

若依據服務空間、設施設備、治療方式劃分。職能治療於早期療育服務介入業務模式有機構式服務包含：專業評估、跨專業評估、輔具評估、復健治療、時段式復健治療、入班服務、入班評估、入班抽離、隨班觀察、隨班介入、輔具使用指導、輔具檢修／維護、參與個別化服務計畫擬定／修改／建議、制定復健治療計畫、審核教案、設計教案、執行復健個別化服務計畫、共同帶課、參與行政會議、班級會議、家長會議、機構會議、區處會議、復健專業團隊會議、家訪、居家訪視、居家復健示範、居家環改、居家輔具建議、方案計畫撰寫／執行／核銷／申請...等。外展服務包含：到宅評估／諮詢／復健／環改、定點巡迴評估／諮詢／時段復健、定期訪視巡迴輔導、專業知識講座...等。

預期成效

早期療育機構服務，針對不同類型服務使用者有著不同類型的服務成效設計。針對輕度介入需求的使用者，混合式隨班介入服務結合良好事前評估，可以將復健治療建議充分融入教學照顧服務中。成效十分良好，多數服務使用者可以順利接銜一般教育服務。中度介入需求者，需要隨班服務、時段式復健、部份抽離式服務。藉由早期介入可以改善功能限制期待接銜一般教育體制結合資源班或混合班服務，進步明顯。重度介入需求者，需要大量機構內復健治療服務、隨班抽離、隨班協助以求達到復健教育二合一之目標。若足量投入則可順利接銜特殊教育體制服務。若不然則須連結醫療照顧體系與在家照顧。

職能治療常見介入方式

職能治療於早期療育機構兒童常見介入治療方式依據服務使用者需求而有不同。個別治療常用活動分析結合發展學理論與特定疾病治療原則設計活動，例如：腦性麻痺個案需要動作誘發、張力抑制、擺位技巧...等介入。團體治療需要團體動力學結合功能評估視動靜態活動結合特定目標治療原則來作活動設計，例如：平衡訓練結合認知團體課程，需要設計平衡關卡結合認知教具做訓練。特殊治療介入則需要特定設備結合專業知識技能作操作，例如：感覺統合治療結合前庭懸吊系統活動需要有經驗治療師操作並維護使用者安全。多感官治療需要完整多感官治療室，在有經驗治療師良好操作下才有收到成效的可能。前述兩項治療若不具備知識技能十分容易有負向作用。園藝治療、音樂治療、沙游、娃娃屋、視知覺訓練、專注力訓練、動作認知...等。職能治療介入方式十分多元。

介入優缺點

醫療院所職能治療服務在醫療資源取得與整合方面有優勢，但是提供服務模式時間均有限，難以延伸居家或機構內服務，對於需要整合式服務的服務使用者較難完整服務，卻對重度醫療資源需求者很重要。該服務模式職能治療師高度專業化卻也有局限性。機構／社區系統職能治療師由於是照顧體系一部分，因此對於家庭／機構介入有優勢，可以獲得更多資訊但是卻不一定有更多資源，往往資淺治療師會無法在無醫療院所制度與資源下工作。對於資深治療師，若有充分資訊與足夠介入資源時間則可有明顯成效。

服務經驗分享

筆者在外展服務有幾則印象深刻例子與各位分享，曾經在風光明媚的墾丁路上，沿海風景美麗在椰子樹下半倒的紅瓦厝裡住著隔代教養的兩歲半小孩，無語言功能瘦弱，步態不佳手功能弱。原因是沒有玩具可操作也沒人教，祖母總是抽著煙。經過訪談建議利用收集資源回收的瓶蓋作為積木、利用瓶子作保齡球、切割瓶身作大小容器練習操作。請祖母說故事或跟孩子多說話並贈與圖畫書、彩色筆、粉筆...等每月一次到定點提供遊戲治療服務，約過半年從遲緩一年兩個月漸漸進步到有口語，能操作創作遊戲。

另一例在機構內，是有位無法正確與人互動不停拍搓手的男孩，藉由感覺統合評估發現感覺統合異常，經由課程訓練發現喜歡乘坐滾桶旋轉，之後會主動尋求治療師進行課程，且能開始互動遵循指令。建立起基本互動解決原本無法服務的問題。

多感官治療應用于兒童，對於不同類別個案有不同效果，對於環境互動缺乏個案可以具體促進環境探索性。有位早療介入兩年均無法合理與環境互動兒童在一個月服務後，原本不喜歡上洗手間，變得喜歡去沖水進而喜歡自己去上廁所。另一位腦性麻痺個案原本平衡極弱，課程中在紫外燈下平衡明顯進步，藉由在多感官室訓練成功改善跌倒問題。

團體活動抽離則有不同例子，一位四歲經會。僅會坐姿拍手個案，藉由觸覺聲音回饋結合蹲站姿勢訓練，在半年內由需要人背進步到可以牽手走路併發展出口語。

建議展望

早期療育職能治療與其他體制治療師需求不同，需要大量熱情與創意。社區職能治療師需要靈活應用專業知識，加上更多實務技巧。治療普遍面臨資源投入不足問題。部分發展成醫療院所式服務也是因為追求效益，有些投入並不會立即見到結果，跨專業模式需要專業投入與專業尊重，早療機構職能治療若仍是復健式服務，仍然無法發揮效益，建議落實社區職能治療，期盼從業人員能更多投入服務，服務提供者則應該思考服務重點，增加投入可以減少日後支出，唯獨受限經費投入，治療師人力多有不足，期盼能有所改善。

職能治療的介入效益與發展

職能治療師於早期療育兒童扮演十分重要角色，在動作促進、平衡改善、認知訓練...等，均有十分顯著成效可讓教保人員專心教學，降低服務難度。藉由兒童能力改善，增加教育課程進度。在醫療機構市場之外社區職能治療是十分有挑戰性的工作歡迎大家加入！



在早療機構看見天使的笑靨

陳秀芬 職能治療師

財團法人愛森兒童發展中心督導

回想起 20 年前從學校畢業時，就立志自己要當一個小兒職能治療師，後來也如願以償，可以在醫學中心(高雄長庚醫院)擔任小兒職能治療師，每天與孩子為伍，非常的開心。那段在醫學中心所受的基礎訓練是很寶貴的。

然而，自己一直感受到兒童職能治療範圍之廣泛，自己的知識需要不斷加強；再者，一個身心障礙孩子的家庭所遇到的問題，絕對不是僅止于孩子肢體或認知上的問題而已，有時候是整個家族都受到影響。當一位 OT，有時深感無力，不知如何幫助這些家庭？在當時的長官-張瑞昆老師的鼓勵之下，在 2000 年，我有幸可以到美國波士頓大學研讀兒童復健碩士學位，在美國，當時已經非常注重社區復健的概念了，不管是成人或兒童，他們強調將復健重心放在社區，而非醫院。這樣的學習令我印象深刻。

回國幾年後，因緣際會下，我被邀請協助高雄市「財團法人愛森兒童發展中心」的評鑒，之後成為這個中心的教學督導。在臺灣，針對 0 到 6 歲的兒童，只要經醫療機構評估，發現有發展遲緩的問題，就必須向市政府社會局的早療通報中心通報，早療通報中心的社工就會將兒童依居住地進行早療服務的轉介，而我們「愛森兒童發展中心」是屬於社區型的早療機構，即是接受這些 0 到 6 歲領有身心手冊、或是有發展遲緩報告書或診斷書的兒童，提供他們日間托育及時段療育的服務。

在日間托育服務方面，本中心除了有職能治療師、物理治療師、及語言治療師進行每週兩-三次訓練課程，還有教保老師擔任教學及日常生活常規訓練，社工師則協助與家屬的溝通聯繫與申請社會補助。在時段療育的部分，是對於無法或是不需要來日間托育的兒童，每週進行一到一個半小時的課程訓練，針對兒童的個別問題做補強。發展遲緩的兒童接受日托及時段的服務，社會局會依家庭的經濟狀況給予補助，很多弱勢的家庭因此受益，我們中心大部分的家庭都屬弱勢，大多是單親、隔代撫養或是家長本身就領有身心手冊。因為經濟因素，他們很需要外出工作，沒有足夠時間照顧身障兒童，更別說帶孩子去復健了。早療機構提供了照護、教育及醫療的服務，讓家長不需要奔波於學校與醫院之間，也讓孩子儘早與社區環境中的人、事、物有互動，實現社區復健的真實意義。同時也為他們預備進一般小學或是幼稚園做準備，可以解釋成兒童轉銜教育的中途站。

身為早療機構的督導，除了要負責兒童們的治療規劃，每週二次我都要跟所有的工作人員討論中心每位孩子的狀況，不管是復健、教學及社會福利上的問題，甚至有時要處理家庭經濟問題甚或家庭暴力問題。同時，因為我也是職能治療師，我可以觀察孩子上課情形，直接對每位兒童在日常生活的課程，給予有關活動上或是輔具上的建議，十分快速有效果。

在早療機構，我認為 OT 扮演一個舉足輕重的角色，因為我們 OT 的核心理念就是要做全人思考，且重視每個孩子與家長的社會參與(social participation)，而在這裡，我們能夠直接幫助孩子解決各個層面的問題，每位專業每天做直接的溝通，為了一個孩子的輔具、經濟補助、家庭、教育、醫療，甚或未來教育的規劃，不斷的想辦法，解決問題。我們鼓勵家長多帶孩子走進社區，常常，我也當啦啦隊隊長，鼓勵家長及同仁們為孩子們努力、努力、再努力，下一刻事情一定會有轉機。有時覺得職能治療師在早療機構像是問題解決專家，看到孩子的困境一一好轉，也會感到無比的欣慰！

早療機構的設置絕對是一個國家的社會福利進步之象徵，而職能治療師在早療機構可以好好發揮我們 OT 強調全人治療的精神，透過愛森兒童發展中心，我親眼看見慢飛天使們幸福的笑靨！歡

迎各位有機會可以到本中心參觀指教！

✔愛森兒童發展中心位於高雄市左營區翠華路 611 號



✔職能治療師協助中心的兒童做動作訓練



✔休閒活動課程中讓孩子體驗包水餃



✔認知教學課程針對每個孩子的能力做規劃



➤美術課程安排孩子做勞作





參、
腦性麻痺兒童之職
能/作業治療

感覺統合訓練在學齡期腦癱 兒童康復中的應用

郭勝

南海社會福利中心康復醫院 528200

【摘要】腦性癱瘓是指一組持續存在的導致活動受限的運動和姿勢發育障礙綜合征，這種綜合征是由於發育中的胎兒或嬰幼兒腦部非進行性損傷或發育缺陷引起的。患者主要表現為中樞性運動障礙及姿勢異常，常伴隨感覺、認知、交流、感知和行為障礙，以及智力障礙、癲癇、繼發性骨骼肌問題。目前，腦癱兒童的早期康復傾向於肢體功能康復效果顯著，而學齡期及大齡腦癱兒童則效果一般。在近四個月對 11 名學齡期腦癱兒童進行感覺統合訓練，則發現效果明顯。

【關鍵字】 感覺統合訓練 學齡期腦癱兒童 康復

【正文】

感覺統合訓練在孤獨症兒童的康復訓練中應用廣泛，而在腦癱兒童的康復訓練中應用相對較少。目前國際腦癱康復的新理念是腦癱兒童的心身康復，在運動康復的同時關注其認知康復、心理行為康復【1】。而學齡期的腦癱患兒已經從初級運動學習為重點轉向認知與文化知識的學習，需要適應學校的環境，減少運動功能康復訓練的頻率，或不進行連續的康復治療【2】。這一階段的康復則要根據患兒運動功能狀況，設計合理的運動功能康復訓練和感覺統合訓練以促進運動功能與身心全面發育之間的發展，增強自理能力和學校學習能力。

1 感覺統合認識

1.1 感覺統合 (Sensory Integration, SI) 是指通過組織來自個體以及環境的感覺資訊，以使個體在環境中有效地使用其肢體的一種神經過程，即人腦將因外界刺激而由各種感覺器官傳來的感覺資訊（視覺的、聽覺的、觸覺的、嗅覺的、味覺的、前庭的和本體的）進行多次組織分析、綜合處理後作出正確應答，以使個體在外界環境的刺激中有效地運作。此術語最早由 Sherrington C.S, Lashley K.S.【3】提出的。

1.2 感覺統合是一個為使個體在環境中有效運作而進行的資訊加工整合的過程。大腦皮層的不同區域必須經過統一、協調地工作才能完成肢體協調等初級感覺活動和組織能力、自我控制、學習能力、概括推理等高級而複雜的認知活動。此過程任何環節出現問題，個體便無法將從環境中所獲得的感覺刺激資訊進行有效地加工和整合，從而不能產生對外界環境正確的響應方式，即感覺統合失調 (Sensory Integration Dysfunction, SID)【4】。特別是腦癱兒童多由於是腦幹及大腦組織等部位均發生過不同程度的損害，從而使身體運動、感覺運動、認知語言障礙等，不能完成複雜行為和動作，不能正常進行日常生活學習和遊戲【5】。因此，矯治腦癱兒童的感覺統合障礙在該類疾病的康復治療過程中極為重要。

2 感覺統合訓練的方法

感覺統合訓練是以遊戲的形式給予兒童前庭、肌肉、關節、皮膚觸壓以及多種感官的刺激，針對大腦對外界資訊處理不良的問題進行矯正。它不只是一種生理上的功能訓練，而是協調心理、大腦和軀體三者之間相互關係的訓練。

2.1 前庭覺的訓練 如用圓筒、平衡腳踏車、按摩大龍球、滑梯、平衡台、滑板、平衡木等。適應

於身體靈活度不足、姿勢不正、雙側協調不佳、自信心不足、注意力不集中、容易跌倒、方向感不明、學習能力以及習慣培養不起來等。

2.2 本體感覺失調訓練 如用跳床、晃動獨木橋、平衡木、滑板、S型垂直平衡木、S型水準平衡木、圓形平衡板。適應於語言發育遲緩、動作協調不良、注意力不集中。

2.3 觸覺訓練 如用按摩球、波波池、撫觸、毛刷等。適應於肌肉痙攣、肌肉鬆弛、皮膚感覺過敏或遲鈍等。

2.4 學習能力障礙訓練 如用卡片、認知圖片、學習機等。適應於發音不正確、閱讀困難、認知能力差等。

3 感覺統合訓練的效果

3.1 感覺統合能力測定 對 11 名學齡期腦癱患兒參照訓練前對比，各方面的失調障礙都有所改善和提高，特別是平衡功能、動作協調不良和觸覺過敏/遲鈍效果顯著。

3.2 學習能力測定 經與訓練前對比，患兒的語言能力、自主能力增高、注意力、控制力得到改善。

3.3 家長回饋意見 患兒均取得進步，是最基礎和最直接的效果反應。

經過對學齡期腦癱兒童進行感覺統合訓練四個月發現，兒童在訓練過程中增強自信心和自我控制的能力，提高了視、聽、觸覺能力，語言發育有了改善，並在指導下感覺到自己對軀體的控制，由原來焦慮的情緒變為愉快，積極主動參與康復訓練，使得心身健康發展，感覺統合訓練在腦癱患兒康復中起到了重要促進作用，為他們回歸社會創造了條件和打下基礎。感覺統合訓練在腦癱康復值得應用。

【參考文獻】

- [1] 劉振寰.腦性癱瘓兒童的中西醫結合康復探討[J].中國兒童康復,2011,8(3): 16-18.
- [2] 李曉捷.關注不同年齡段腦癱兒童康復治療特點[J].中國兒童康復,2011,10(3): 1-2.
- [3] OTTENBACHER K,SHORT M A.Sensory integrative dysfunction in children:A review of theory and treatment[J].Advances in Developmental & Behavioral Pediatrics,1985,6: 287-329.
- [4] 張洪輝.兒童感覺統合失調分析[J].廣東省殘疾人康復通訊,2013,3(1): 27-29.
- [5] 馬善軍,薄祥軍.感覺統合訓練在腦癱兒童康復中的應用[J].中華醫學研究雜誌,2009,6(9).



腦癱兒童及青少年的 徒手能力分類系統

楊麗菁

香港職業治療師

小兒腦性癱瘓(Cerebral palsy)，又稱大腦性麻痺，簡稱腦癱。是指未成熟的大腦因各種因素（例如：母體感染德國麻疹、胎兒被卡在產道過久導致腦部缺氧、產後腦外傷或腦炎）所造成的以運動功能障礙為主的綜合症。定義上來說，腦癱本身必須是非進行性（不會繼續惡化）的腦病變，雖然患者的身體功能卻可能基於治療或照顧欠佳而繼續惡化。

傳統的腦癱分類主要是用動作協調障礙類型（例如：痙攣型、徐動型等）和癱瘓部位（例如：偏癱）來分類。隨著國際健康功能與身心障礙分類系統 International Classification of Functions (ICF) 的誕生，不同的診斷包括腦癱，聚焦點有所擴展，由側重肢體缺損或殘障，變成包含身體結構、功能、活動及參與幾個層面，以及加上環境因素的考慮。其實 ICF 與職業治療(OT) 一貫重視功能，獨立自主生活能力及積極參與的理念，是很吻合的。

職業治療師會因應不同的康復治療及訓練需要，而為腦癱兒童揀選相關的評測工具及成效指標。評測能幫助瞭解例如：肉毒桿菌注射、骨科及腦外科手術等治療的需要性，也可成為康復治療的成效指標。常見為腦癱兒童提供的職業治療訓練有：頭部及坐姿訓練、雙側/強制單側訓練、精細手部功能訓練、感知訓練、認知訓練、進食及自理訓練等。

腦癱患兒中有很大部分存在手功能障礙，手功能的延遲發育或障礙會阻礙他們主動探索周圍的環境，這樣也就剝奪了他們通過雙手，獲取感官經驗和建立認知能力和日常生活能力的機會。所以加強腦癱患兒手功能一向是職業治療重要的一環。可惜，以往行內欠缺一套普遍認可的有關腦癱患兒上肢功能的分級系統，未能像粗大運動功能分級系統 Gross Motor Function Classification System (GMFCS)，可以方便治療師和醫生在同一平臺溝通。

不過此情況於 2006 年有突破，瑞典學者 Eliasson 等發表了針對腦癱兒童及青少年的徒手能力分類系統 Manual Ability Classification System (MACS) for Children with Cerebral Palsy。MACS 描述兒童在家中、學校和社區環境使用他們的雙手操縱物件的整體表現，而不是要知道他們最好的能力。MACS 參照 GMFCS 的分級方法，同樣有 5 個級別，I 級為最高，V 級為最低，年齡適用範圍為 4~18 歲。

徒手能力分類系統 Manual Ability Classification System (MACS)	
I 級	絕大部份時間，都能輕易及有效成功地操縱對象。 在操縱很小、很重或易碎的物件時或許會受限制，因為這需要細緻的精細動作控制或兩手間高效率的協調。受限也許亦會在執行新的和不熟悉的活動情況下表現出來，然而這些受限不會影響日常活動的獨立性。
II 級	能操縱多數的對象但伴隨著稍微的品質和/或速度的下降。

	但手部能力通常不會限制日常生活的獨立性，患兒通常會盡量簡單地操作物品，比如採用平面支持手部的操作方法，取代通過雙手進行物品操作。
III級	操縱物件帶有困難，需要他人幫忙去準備和/或調整活動。 操縱物件的能力是受限的，但可以獨立完成有預先準備或經過特殊設計的調適性活動。
IV級	只能執行部分活動，並需要持續的協助和/或改造的設備，甚至需要在預先完成部份活動的情況下，有意義地參與某些活動的部分內容。
V級	不能操縱物件，進行簡單活動的能力嚴重受限。完全需要輔助。

在應用 **MACS** 時，有幾點要留意。**MACS** 評估的是同時運用雙手操縱對象的能力，而不是任一手單獨操縱對象的能力。所以許多時，偏癱患兒則只分佈於較高功能的等級。這個也可以理解，因為他們會依賴健側上肢去完成日常活動，提高成功機會。如果典型發展的兒童需用 **MACS** 分類，則被歸類為等級 0。**MACS** 的分級目的是依據兒童經常做的事，並且操縱的對象要符合該兒童的年齡，來判斷他們最典型的日常活動能力表現，而不是經過特殊測試來獲知他們最高能力。所以為了獲得有關兒童如何操縱各種日常物件的資訊，職業治療師必需詢問那些非常瞭解兒童生活的人，有關兒童的表現。然而，在應用這個分級系統時，仍有一些執行上的困難。就是它並沒有指明要用何種及幾多種日常活動來定最終功能評級結果，完全視乎評級者自行的設定。若然不同治療師或對不同患兒，選擇不同項目及數量的評測活動，分級結論可能會出現偏差。

GMFCS 在應用上比 **MACS** 簡單直接得多，因為前者所涉及的項目，只集中步行及上落樓梯方面。但是後者指的日常需要手部操作的活動，就廣泛許多了，可以是進食、梳洗、穿衣、梳洗，玩耍，寫字或使用電腦等。所以，我們 OT 行內可以嘗試結合彼此的經驗，共同列舉適切不同年齡組別的評級專案及細節，以加強使用 **MACS** 時的信效度。此建議也得到 **MACS** 作者的認同及支持。

雖然 **MACS** 並不可以取替其他職業治療對腦癱患兒的評估，但它的確可以提供共通國際平臺讓職業治療師與其他醫療人員簡短明確地溝通，有關腦癱患兒的功能情況，所以，**MACS** 是值得多加採用的。

參考資料：

Eliasson A.C., Krumlinde Sundholm L., Rösblad B., Beckung E., Arner M., Öhrvall A.M., Rosenbaum P. The Manual Ability Classification System (MACS) for children with cerebral palsy: scale development and evidence of validity and reliability. *Developmental Medicine and Child Neurology* 2006 48: 549 - 554





肆、
音樂治療的介入

音樂治療在特殊兒童作業治療中的療效觀察

馮淑琴 劉振寰

中醫藥大學附屬南海婦產兒童醫院 兒童康復科

【摘要】目的 研究音樂治療在特殊兒童作業治療中的效果。**方法** 隨機抽取 30 例於 2010-2 月～2010-7 月在我院門診就診的特殊兒童作為研究物件，包括腦癱 12 例，小兒精神發育遲緩 14 例，自閉症 4 例，年齡 1 歲～7 歲；男 15 例，女 15 例；實施音樂配合作業、中醫針灸治療，進行自身前後對照試驗。**結果** 顯效 11 例（占 36.7%），有效 10 例（占 33.3%）。無效 9 例（占 30%），隨訪 1～2 年，無病情退化和不良反應。**結論** 音樂治療在特殊兒童作業治療中對情緒、認知、交往、動作協調性、音樂發育水準臨床療效明顯，同時提高患兒康復配合程度，促患兒潛能開發，最終提高日常生活能力。

【關鍵字】 特殊兒童 音樂治療 作業治療

特殊兒童是指生理上或心理上存在缺陷的兒童，也稱身心障礙兒童或殘疾兒童，如視覺障礙、弱智和肢體殘疾兒童等，即狹義的特殊兒童。^[1]他們生活自理能力差，為個人、家庭、社會增加了負擔。能夠使其生活自理是患兒家長和社會的迫切要求。作業治療作為解決這一難題的重要手段之一，搜索率和關注度呈逐年上升趨勢，但其枯燥重複使得很多患兒興趣缺失。為了調動患兒的積極性，需要為作業治療注入新鮮的刺激元素。

我院小兒腦癱康復治療科的音樂治療中心自 2006 年成立以來，以康復小組為核心，參與了對上千例腦癱、自閉症、小兒精神發育遲緩兒童的治療和研究工作，對特殊兒童的相關問題進行了大量深入的研究探索。針對這一狀況開展了用音樂治療配合作業治療來改善患兒的各種障礙，以促患兒精細運動的改善，社會功能以及社會適應能力及生活自理的提高，並取得明顯的療效。

1. 資料與方法

1.1 一般資料：隨機抽取 30 例於 2010-2 月～2010-7 月在我院門診就診的特殊兒童作為研究物件，包括腦癱 12 例，小兒精神發育遲緩 14 例，自閉症 4 例，年齡 1 歲～7 歲；男 15 例，女 15 例；實施音樂配合作業、中醫針灸治療，進行自身前後對照試驗。

1.2 方法：

1.2.1 器材：

- (1) 有固定音高樂器；
- (2) CD 機及各種 CD 音樂治療光碟；
- (3) 攝像、錄影設備（用於觀察、重播分析）。

1.2.2 實驗設計^[2]

(1) 建立和諧的治療關係，在寬敞舒適的治療環境中，治療師通過集體音樂參與取得患兒的信任，所選曲目應以歡快、活潑為主，如《兩隻老虎》、《上學歌》等，然後進行拍手、敲打等活動。

(2) 根據不同行為發生誘因，如腦癱、自閉症、小兒精神發育遲緩，對患兒行為反應進行分析，詳細評價兒童能力。

(3) 確定靶行為，制定訓練長期目標、短期目標：診斷為中到重度障礙的患兒長期目標為促手功能活動改善，達到生活半自理，提高生活品質；輕度障礙的為爭取手功能正常化，做到生活自理，避免後遺症。靶行為與短期目標的制定，不是孤立行為，應結合患兒個體情況。

(4) 治療方法：①創造性集體音樂治療。②集體性的音樂表演唱。③作業治療的訓練目的與奧爾夫的主動教學法相結合：根據患兒的肢體訓練要求和肌力狀況，選擇合適的敲打樂，讓兒童在音樂節奏下即興表演，幫助兒童重建有節奏的運動方式；治療師根據患兒的成熟水準，設計多樣、靈活、生動的群體遊戲，激發患兒對治療愉快和滿足的參與通過啟發式教育，使發展水準層次不齊的特殊兒童共同體驗音樂。

(5) 療程：接受音樂治療，每週 6 次，每次 30-35 分鐘，治療 20 天，休息 10 天，60 次為 1 個療程。同時配合體針療法，隔日針 1 次，30 次為 1 個療程。

1.2.3 療效評價：

(1) 評價方法：運用音樂治療前、中、後測量表，對進行音樂治療的患兒進行治療前的評估，包括認知發展水準、身體協調能力、音樂發育水準以及情緒交往能力。

(2) 療效標準：顯效：治療後總分提高 10~12 分。有效：治療後總分提高 8~10 分。無效：總分提高 < 8 分。

2. 療效觀察

經 1 個療程治療，顯效 11 例（占 36.7%），有效 10 例（占 33.3%），無效 9 例（占 30%），總有效率 70%。隨訪 1~2 年，無病情退化和不良反應。運用 spss17.0 軟體進行統計分析，採用兩獨立樣本 t 檢驗對分專案進行前後對照。

表1 治療前後分值比較 (n=30)

	治療前	治療中	治療後	t值	P值
參與總分	30.9±5.8	35.8±5.4	45.1±6.1	-7.5	0.026
協調性、認知	18.50±4.70	20±4.22	26.20±5.10	-3.2	0.017
音樂發育水準	8.66±3.19	12.23±4.61	18.56±4.85	-4.2	0.000
情緒	1.49±1.28	10.15±	5.37±1.70	-9.0	0.001
交往	5.52±4.22	4.42	15.20±4.51	-10.5	0.021
抵觸總分	-8.54±1.65	9.06±4.23 -5.64± 1.60	-2.31±1.53	-6.8	0.004

3. 討論

從表 1 可以得知，音樂在專業治療中的作用主要體現在兩個方面：1.減輕患兒疼痛、焦慮、易激惹等消極情緒，提高患兒參與治療積極性及配合度。2.患兒在治療前後總分情況、身體協調性、認識、音樂水準、情緒、交往均有明顯提高 ($p < 0.05$)，提示音樂治療對患兒的行為水準、音樂水準、社會交往有促進作用，尤其在音樂水準、情緒方面差異顯著。

音樂治療增強了患兒音樂遊戲的模仿與想像練習，使患兒明白如何通過運用空間、邏輯、順序來思維，並在誘導下習慣于多利用大腦來思維，進一步開發大腦潛能。

作業治療康復的最終目的是，要求患者在肩肘關節、腕關節、手指關節的活動性靈活而放鬆的基礎上改善日常生活，達到正常。因此，作業治療中音樂的選擇應具有實用性、可操作性、多樣性、靈活性。一般要在較慢的、節拍明顯的音樂伴奏下進行運動治療，或讓患兒唱著節奏明顯地歌曲或哼著

童謠進行運動，肢體隨著歌聲的韻律進行有節律的擺動，促進手口眼協調、運動平衡、協調配合能力提高，幫助特殊兒童重建有節奏的運動模式。充分鍛煉了肢體的運動能力，從中掌握一定的社會技能、運動技能和學習技能，為患兒自我表達、自我尊重、自我控制提供了機會，使他們在認知和交往領域得到同樣的發展。

據研究，體感音樂即可增強聆聽式音樂的效果，使人在短時間內放鬆；又可鬆弛骨骼肌，降低肌張力，使特殊患兒情緒、運動協調障礙的緩解更明顯。單獨的體感音樂治療與研究中聆聽+體感音樂治療效果差異是否有意義，有待進一步探討和研究，探索更經濟有效的作業治療。

參考文獻

- [1]吳躍躍,李平平,喻秋蘭 . 特殊兒童音樂教育的性質、特點及教育價值[J].中國音樂教育,2008,Nov:54-55.
- [2]劉振寰.讓腦癱患兒擁有幸福人生[M].北京：2009，中國婦女出版社：335-336.
- [3]蘇珊尼,B.漢瑟,蘇琳譯.音樂治療師手冊（第二版）[M].北京：2010,人民音樂出版社.

通信作者：劉振寰，廣州中醫藥大學附屬南海婦女兒童醫院兒童神經康復科，13923185885，
lzh1958424@163.com,



音樂治療對腦癱患兒行為 與情緒的影響

李志林 劉振寰

廣州中醫藥大學附屬南海婦產兒童醫院兒童康復科
廣東省佛山市南海桂城 528200 lzh1958424@163.com

【目的】

通過音樂療法對腦癱兒童的療效觀察，探討音樂治療對腦癱兒童的身體協調性、認知、音樂發育水準、情緒交往水準的影響。

【方法】

收集 2009 年 1 月至 2010 年 1 月在廣州中醫藥大學附屬南海婦產兒童醫院進行康復治療，病史資料完整的腦性癱瘓患兒 30 例，其中男 22 例，女 8 例，年齡（ 3.9 ± 1.2 ）歲，存在明確圍產期腦缺氧病史者 20 例，早產 15 例，病理性黃疸 13 例。開始治療時各患兒均伴有不同程度精神發育遲滯。根據各個兒童的個體情況，選擇具體的音樂治療專案，包括 RBT 音樂療法、創造性音樂療法、奧爾夫音樂療法、即興音樂活動、歌謠運用、音樂提示行為療法、個體音樂療法、群體音樂療法、身勢訓練法、音樂聆聽法、音樂系統脫敏訓練、體感音樂療法。以完成 60 次治療為一療程，於治療前、療程結束後採用音樂治療評估量表對患兒行為水、情緒交往水準以及音樂發育水準進行測評，並對照前後兩次分值改變情況。

【結果】

顯效 8 例（26.7%），有效 19 例（63.3%），無效 3 例（10%），總有效率 90%。總分情況，治療前分值为（ 32.3 ± 6.9 ），治療後分值为（ 46.3 ± 6.5 ）， t 值-8.0， p 值为 0.00（ $p < 0.01$ ）；身體協調性、認知，治療前分值为（ 15.8 ± 4.1 ），治療後分值为（ 18.6 ± 4.1 ）， t 值-2.6， p 值为 0.01（ $p < 0.05$ ）；音樂發育水準治療前分值为（ 13.8 ± 2.5 ），治療後分值为（ 17.0 ± 2.5 ）， t 值-4.8， p 值为 0.00（ $p < 0.01$ ）；情緒治療前分值为（ 1.5 ± 1.3 ），治療後分值为（ 5.5 ± 1.7 ）， t 值-10.0， p 值为 0.00（ $p < 0.01$ ）；交往治療前分值为（ 1.2 ± 1.3 ），治療後分值为（ 5.1 ± 1.4 ）， t 值-10.7， p 值为 0.00（ $p < 0.01$ ）；

【結論】

音樂治療對腦癱兒童的肢體運動協調能力、提高認知能力、改善情緒交往有一定的改善作用。

【關鍵字】

腦性癱瘓 音樂治療 臨床觀察

腦性癱瘓（簡稱腦癱）是繼脊髓灰質炎後造成兒童肢體殘障的主要疾病之一，隨著新生兒搶救技術的提高以及現代生活方式的改變，腦癱的發病率呈逐年升高的趨勢。腦癱患兒主要存在運動障礙及姿勢異常，需長期，甚至終身康復治療，但患兒緊張、焦慮、恐懼、自卑的情緒日益加重，難以得到疏泄釋放，隨著年齡的增長，心理行為問題如社交障礙、恐懼、抑鬱心理也日益突出，成為腦癱患兒康復的難點。這些障礙並不是都能完全通過現代醫學及傳統醫學的常規康復治療所能解決的，而音樂治療配合的有效配合，洽能使腦癱兒童在行為和情緒心理上得到全面的康復。

1.一般資料

收集 2009 年 1 月至 2010 年 1 月在廣州中醫藥大學附屬南海婦產兒童醫院進行康復治療，病史資料完整的腦性癱瘓患兒 30 例，其中男 22 例，女 8 例，年齡（3.9±1.2）歲，存在明確圍產期腦缺氧病史者 20 例，早產 15 例，病理性黃疸 13 例。符合腦癱癱瘓型 16 例，手足徐動型 4 例。均伴有不同程度精神發育遲滯。

2.方法

2.1 納入標準：①符合腦性癱瘓診斷標準（2004 年全國小兒腦性癱瘓專題研討會）；②自願進行音樂治療干預；③堅持完成 60 次音樂治療，病史資料完整者。

2.2 排除標準：存在 BAEP 檢查異常者。

2.3 音樂治療方法及實施過程：

2.3.1 具體方法：RBT 音樂療法、創造性音樂療法、奧爾夫音樂療法、即興音樂活動、歌謠運用、音樂提示行為療法、個體音樂療法、群體音樂療法、身勢訓練法、音樂聆聽法、音樂系統脫敏訓練、體感音樂療法。

2.3.2 程式：根據近年來的研究和實踐經驗，應包括以下階段：①音樂治療師與兒童見面，相互認識，初步建立起“師生”關係，對患兒的身心功能狀況分別有初步的觀察，對其音樂興趣，偏愛及能力也作初步的瞭解。②對兒童的能力給予評價，包括語言交流能力、認知能力、感覺-運動能力、音樂能力、心理-社會、情緒、行為表現。③設定音樂治療目標、需要改變或培養的靶行為（Target Behaviors）。④觀察和分析有關靶行為的表現，並作相應記錄。⑤擬訂音樂治療策略：根據情況選擇音樂療法與行為治療相結合，把兒童喜歡的音樂活動或音樂體驗作為正性加強物予以獎賞，或作為負性的加強物不予以“享受”以作懲罰。與物理治療相結合，通過音樂活動輔助某些肢體（如手、上肢）功能或步行節律的改善。與語言治療相結合，通過音樂活動，從旋律的因素入手，改善語音和表達能力。與社會康復相結合，除單個一對一輔導外，有時也要參加集體性的音樂活動。⑥制訂音樂治療計畫。⑦實施音樂治療計畫：每週三次，每次 30—35 分鐘，持續治療 3 周，休息 10 天，共治療 60 次。⑧評估音樂治療效果（治療是否成功，主要目標是否已達到，有無副收穫，對未來音樂治療的建議）。

2.4.1 療效評估方法

參照《新音樂治療師手冊》（Suzanne B.Hanser 著）的音樂治療前、後測量表，擬定音樂治療觀察量表，包括了身體協調性、認知、音樂發育水準、情緒交往水準，具體如下。於進行治療前和治療結束時的評估。

類型	項 目	
兒童行為水準	身體協調性	走、跑、跳、做操、語言表達、模仿、躲避、
	認知	辨方位、形狀、天氣、白天晚上特徵、水果、動物、能認讀、理解性交談
兒童音樂發育水準	打擊樂	打擊以下節奏①X X ②X XX ③XX XX ④X· X
	音條樂器	中琴、鋁板琴、木琴，用低音作簡單伴奏， 例 1 5 1 5
	音樂感受力	會唱簡單兒歌，會模仿拍手、拍腿、跺腳

情緒交往水準	情緒	對歌曲反應、對語言反應、對音樂律動、哭、笑
	交往	求助願望、與人接觸、與人溝通、對環境適應

行為發育評估、音樂發育水準的專案中按完成和參與的程度分 0、1、2、3 分；情緒交往水準則從參與和抵觸兩方面評分，參與分為 0、1、2、3 分，抵觸分為 0、-1、-2、-3 分。最後將分數相加計總分。

2.4.2 療效斷定標準：治療後總分總評分提高 ≥ 15 分為顯效，提高 10~14 分為有效，提高 ≤ 9 分為無效。

3.結果

總體情況，顯效 8 例（26.7%），有效 19 例（63.3%），無效 3 例（10%），總有效率 90%。運用 spss16.0 進行運算，資料採用 $(\bar{x} \pm s)$ 表示，採用兩獨立樣本 t 檢驗對分專案進行前後對照。

表 1 治療前後分值比較 (n=30)

	治療前	治療後	t 值	p 值
總分	32.3±6.9	46.3±6.5	-8.0	0.00
身體協調性、認知	15.8±4.1	18.6±4.1	-2.6	0.01
音樂發育水準	13.8±2.5	17.0±2.5	-4.9	0.00
情緒	1.5±1.3	5.5±1.7	-10.0	0.00
交往	1.2±1.3	5.1±1.4	-10.7	0.00

4.討論

從表 1 可以得知，患兒在治療前後總分情況、身體協調性、認識、情緒、交往均有明顯提高 ($p < 0.05$)，提示音樂治療，對患兒的行為水準、情緒、交往有促進作用。本結果與其它研究認為音樂療法不但具有促進運動、情緒、社會交往的康復^[5,6]，更具有減輕疼痛、焦慮^[7]、減輕精神症狀^[8,9]等作用相一致。另外，患兒自身的音樂水準如音樂的興趣、對樂器的操作、對節奏的把握等也提高，促進對患兒進入音樂治療、培養興趣、開發潛能具有一定幫助。

腦癱患兒均存在不同程度的腦損傷，能運用的大腦潛能比正常人要少，如何恢復腦功能或開發大腦剩餘的潛能顯得極為重要。大多數腦癱兒都是右利手，而且在日常生活中，言語刺激是充足的，故左腦發育較好，右腦功能開發得較少，音樂通過聽覺傳導路傳入大腦皮質相關中樞（經典認為位於右側顳葉），使局部皮質興奮，所以對腦癱兒的音樂治療刺激對全腦的發展來說是很重要的。

腦癱兒童的音樂療法要以殘障兒童的身心特點為本，更趨多樣性、即興性。在治療時可以以節奏為基礎，幫助殘疾兒童重建有節奏的運動模式。例如有節奏的步行，矯正頓足步，以及減輕手足徐動，一般要在較慢的、節拍明顯的音樂伴奏下進行運動治療，或讓患兒唱著節奏明顯地歌曲或哼著童謠進行運動，肢體隨著歌聲的韻律進行有節律的擺動。當然治療師也要耐心探尋適宜每個患兒的節奏及相應的音樂。而長期的音樂治療實踐課程證明患兒在音樂中進行律動的同時也對認知、情緒、注意力得到了相應的改善。

腦性癱瘓是一種慢性疾病，需要進行長期的不間斷的康復治療。長期的康復訓練過程中，同樣存在焦慮、緊張、自卑等等負面情緒或是行為異常。音樂療法能平衡身心、調和情緒，且能改善肢體協調能力，患者易於接受，無副作用，能融合與其他康復治療中，因此在輔助治療腦性癱瘓方面具有廣闊的前景。

4.典型案例：患兒男，2 歲 7 月，診斷：1、小兒腦癱(不隨意運動型)2、心裡行為發育障礙。治療前

測結果綜述：患兒反應遲鈍，模仿能力差，學習能力差，理解能力可，可唱簡單兒歌，但不願多開口說話，膽小，依賴母親，在治療中難以獨坐及難獨立完成動作。治療方案：1.問題行為分析：行為發生誘因：小兒腦癱。行為反應：身體協調性欠佳，不能獨坐，主動伸手抓物準確度較差，反應遲鈍，語言落後。出現後果：不能獨立完成治療，依賴性強，理解及表達能力差，情緒不穩定。2.確定靶行為：改善情緒，可獨立完成治療項目。3.訓練目標：遠期目標：提高智力，促獨坐及抓物完善。近期目標：1) 音樂活動內：訓練聽節奏敲打樂器，訓練節奏感，鼓勵患兒獨立完成一些肢體動作訓練，多和患兒交流。2) 音樂活動外：加強肢體的協調性，改善情緒，加強注意力的訓練。實施治療過程：患兒認知能力差，但對音樂有反應，剛開始注意力容易分散，對樂器亂丟，治療師就觀察患兒在每個樂器上停留的時間，而且根據樂器發聲的不同選用不同的音樂、力度、強弱及不同的相對簡單的節奏來與之配合，慢慢發現患兒對鼓和鈴鐺研究的時間相對其他樂器長，治療師開始用音樂引導患兒，試圖使患兒對這些樂器感興趣。音樂突然停止，患兒會抬頭尋找，治療師再次給以音樂患兒會有高興的表情。患兒本身存在刺激性緊張、不能獨坐及主動抓物差，給治療帶來一定難度，所以患兒必須在治療師的指導下完成治療，剛開始進入治療室患兒緊張，治療師彈奏輕柔緩慢的音樂是患兒漸漸適應環境而放鬆下來，在治療師的幫助下坐著敲鼓，治療師雙手控制患兒的雙上肢幫助患兒拿鼓槌，跟著簡單節奏進行演奏，慢慢的患兒開始喜歡鼓，由於雙手抓不好錘子，很想自己用手來拍鼓，治療師還是耐心的幫患兒用手抓我鼓槌來敲鼓，在整節課裡患兒偶爾會緊張而且會反抗。經過三周治療，患兒的情緒有所改善，哭鬧減少了，在治療師的幫助下可以短暫握鼓槌和沙錘進行樂器演奏，對鼓很有興趣，可以和治療師有目光交流，緊張有所緩解。接下來，治療師適當的使其進入到了集體課中來，剛開始對很多小朋友在一起上課感到煩躁，發脾氣。經過兩個月的治療，患兒慢慢適應了集體課，情緒得到改善。在大家一敲鼓時可以安靜配合，而且漸漸有了節奏感，每當叫到他的名字時，他會配合敲鼓，在課堂上很開心，慢慢可以和小朋友融合在一起，緊張也降低了很多。漸漸的脾氣小了，可以理解治療師的簡單問話，可以點頭表示“是”，下課可以抬手做“拜拜”及飛吻。做其他康復治療也減少了很多抵觸情緒，運動進步也很大。

參考文獻：

- [1] 劉振寰. 讓腦癱兒童擁有幸福人生[M]. 中國婦女出版社, 2009.
- [2] 張鴻懿, 馬廷慧. 兒童智力障礙的音樂治療[M]. 華夏出版社, 2004.
- [3] 張鴻懿. 音樂治療學基礎[M]. 中國電子音像出版社, 2000.
- [4] 帕夫利切維奇梅塞德斯. 音樂治療: 理論與實踐[M]. 世界圖書出版公司, 2006.
- [5] Pacchetti C, Mancini F, Aglieri R, et al. Active music therapy in Parkinson's disease: an integrative method for motor and emotional rehabilitation[J]. Psychosomatic medicine. 2000, 62(3): 386.
- [6] Nayak S, Wheeler B L, Shiflett S C, et al. Effect of music therapy on mood and social interaction among individuals with acute traumatic brain injury and stroke.[J]. Rehabilitation Psychology. 2000, 45(3): 274.
- [7] Prensner J D, Yowler C J, Smith L F, et al. Music therapy for assistance with pain and anxiety management in burn treatment[J]. Journal of Burn Care & Research. 2001, 22(1): 83.
- [8] Raglio A, Bellelli G, Traficante D, et al. Efficacy of music therapy in the treatment of behavioral and psychiatric symptoms of dementia[J]. Alzheimer Disease & Associated Disorders. 2008, 22(2): 158.
- [9] Gold C, Heldal T O, Dahle T, et al. Music therapy for schizophrenia or schizophrenia-like illnesses[J]. Cochrane Database Syst Rev. 2005, 2.

通訊作者 劉振寰 教授 博士生導師 廣州中醫藥大學附屬南海婦產兒童醫院
電話 13923185885 Email lzh1958424@163.com

An illustration of seven diverse cartoon children of various ethnicities and ages looking over a large, blue, hand-drawn speech bubble. The children are smiling and appear to be engaged in a conversation. The background is a light yellow and white checkered pattern.

伍、
自閉症
的溝通與情緒

圖片交換溝通系統促進自閉症兒童語言主動性的個案研究

廣州市越秀區啟智學校 陳豔

【摘要】自閉症兒童的核心障礙是社交溝通障礙，因此訓練的重點應是社交溝通的動機與技巧，圖片交換溝通系統則讓他們運用其視覺優先的特點，使其掌握與人有效溝通的方法，激發他們與人溝通的欲望，促進他們的語言主動性。

【關鍵字】自閉症、圖片交換溝通系統、溝通、語言

1、前言

自閉症又稱為孤獨症，是由美國約翰霍普金斯大學的卡勒博士(Dr.Kanner.I)與 1943 年首次提出，並提供了世界上第 1 份自閉症案例報告[1]。1994 年，美國心理學會(APA)在美國精神疾病分類和診斷手冊 4(DSM-4)中把自閉症明確定義為“兒童廣泛性發展障礙”[2]。其核心標準一般包括 3 個方面：社會交往存在質的缺陷；溝通障礙及言語發展遲滯；行為方式、興趣、活動內容狹隘、重複和刻板。

因此，沒有語言，或有語音但卻不會與人主動溝通是自閉症兒童最常見的障礙特徵之一。而圖片交換溝通系統(The Picture Exchange Communication System)簡寫為 PECS，是一種用來補足或輔助說話的溝通方法。它的特點在於順應自閉症兒童視覺優先的特點，讓他們能夠在其能力範圍內有效地與人溝通，表達自己的需求，並強調引發溝通動機，提高溝通的主動性和語言的主動性。

圖片交換溝通系統由訓練者+可視性媒介(圖卡、文字、溝通板)+設置的情境+被訓練者構成。最初訓練者在專門設置的情境中，教導孤獨症兒童選取一物品的圖像卡，交給溝通物件，來換取該物品。以後逐步地通過圖卡辨別訓練，使兒童掌握更多的物品的名稱，進而進到句子結構訓練階段。兒童經過最初由訓練者協助完成溝通到最後主動地表達意見的過程，逐步地掌握溝通的技巧。[3]

2、個案資料

2·1、個案基本情況：小陽是一名 7 歲的廣州男孩，在特殊學校就讀一年級。家庭條件一般，父親自己做生意，母親沒有職業主要負責照顧小陽，家庭關係比較和諧，小陽的日常生活以及家庭訓練主要由母親負責，其母親對訓練較為配合。小陽足月出生，在 2 歲半時診斷發現患有重度自閉症，曾到兩家自閉症訓練機構訓練。

2·2、個案進行圖片交換系統訓練前的發展情況

- 2.2.1 模仿：有主動模仿的意識，能模仿大部分的粗大動作、口腔構音器官動作，以及一部分精細動作
- 2.2.2 感知覺：視知覺、觸知覺較好；手臂、背部稍有觸覺敏感；前庭平衡覺弱
- 2.2.3 粗大動作：粗大動作靈活，發展能力與實際年齡相仿
- 2.2.4 精細動作：會在 2×2cm 的範圍內塗色基本不出界；會使用剪刀沿線剪簡單幾何圖形
- 2.2.5 生活自理：能進行基本的日常生活自理，如能獨立使用匙子進食、獨立小便，大便需成人協助清潔；能獨立穿脫套頭的衣服、沒有拉鍊和鈕扣的褲子
- 2.2.6 語言理解：能較好地理解日常指令(因為日常訓練多使用普通話，所以其對普通話指令的反應

較好，但家裡有時會用廣州話，也能理解常用廣州話指令)，能理解二步指令，能辨別基本形狀以及日常用品、最親近的人以及他們的圖片；不認識文字，只認識數位 1—10，但缺乏數量概念

2.2.7 語言表達：會模仿發單音，以及個別片語，但音量很小，而且從不主動發音，並抗拒發音，強迫其發音有時還會哭鬧；會使用搶、推的肢體動作

2.2.8 社交：與人的目光注視差，缺乏與人溝通交往的動機與技巧；會幫忙做簡單家事活動，如擦桌子、簡單清掃紙屑

2.2.9 情緒、行為表現：操作能力較強，喜歡玩操作性玩具；性子急躁，動作快，喜歡搶東西，不能滿足時容易發脾氣

3、實施圖片交換溝通系統訓練：

該生每個星期有五節訓練課時，每節課的訓練時間在半小時左右。

3·1、**訓練前準備：強化物評估。**找出學生最喜歡、次喜歡、不喜歡的食物和玩具。

把 5 至 8 種零食放在小陽的面前，觀察小陽會主動拿取哪一種，之後再更換零食的位置重複評估，重複三次後發現小陽三次拿取的都是 QQ 糖。把 QQ 糖取走後，再做次喜歡物的評估，依此類推。

評估結果是，小陽最喜歡零食的是 QQ 糖，次喜歡的有山楂片、奶片、餅乾、百力滋、薯片，不喜歡的是番茄、檸檬、苦瓜、辣椒。最喜歡的玩具是泡泡，次喜歡的有小汽車、拼版，不喜歡的是玩具蛇、觸覺球。

3·2、**第一階段：以物換物。**此階段的目標是當學生看到一件很喜歡的對象時，能主動拿取該物件的圖卡，交到訓練員手中，以換取喜歡的物件。此階段需要兩位元老師來操作。一個擔任指導者，另一個則擔任學生的協助者。

實施步驟：①、老師甲坐在小陽的背後，老師乙坐在小陽的對面，②、桌面放上小陽最喜歡的 QQ 糖的圖卡，③、老師乙拿著 QQ 糖在小陽面前晃動，並說：“我有 QQ 糖”，等小陽注意到 QQ 糖並有欲望拿取時，老師甲則協助其拿起 QQ 糖圖卡，放到老師乙的手中（注意不能有口頭提示），④、老師乙馬上在半秒內說“哦，你要 QQ 糖”，並同時把 QQ 糖給小陽吃。

之後逐漸減少協助，並交替使用次喜歡物：完全輔助小陽的手→輕托小陽的手肘→手指圖卡提示→老師乙儘量延長張開手掌的時間，到最後小陽聽到老師乙說：“我有……”，能自動拿取圖卡交換。

由於小陽的操作能力和理解能力尚可，因此只用了兩個星期的時間就達到目標，在看到一件他喜歡的物件時，能主動拿取該物件的圖卡交到老師手中，換取該物件。

3·3、**第二階段：擴展主動性。**此階段的目標是學生能主動走到溝通板面前拿起唯一的圖卡，然後尋找有圖卡中物件的訓練員，把圖卡交到訓練員手中換取物件。

這一階段與上一階段相同的地方是，仍進行實物交換練習；所不同的是，圖卡的放置有變化，不在學生伸手就能拿到的桌面上，而放在了和學生有一定距離的溝通板上，需要學生運動身體去取圖卡。這樣就和真實的交往溝通更接近。生活中也都不是什麼都替孤獨症孩子準備好，他一伸手就能得到，而是要運用各種能力去達到目的（比如借助凳子去取高處的東西）。另外老師和學生的位置也有變化。

實施步驟：①、把圖卡貼在溝通板上，②、老師拿著 QQ 糖說：“我有 QQ 糖”，③、等小陽注意到 QQ 糖時，老師協助其拿起溝通板上的 QQ 糖圖卡並放在老師的手中，或老師張開手掌示意其把圖卡放到老師的手中，④、老師在其正確反應半秒內口頭誇獎，並說“你要 QQ 糖”，同時把 QQ 糖給小陽吃。

之後逐漸減少輔助，提升目標：延長張開手掌的時間→逐漸增加老師和小陽的距離，由相隔一張桌子到兩人距離兩三米遠，但溝通板仍在小陽面前的桌上→老師與小陽的位置不變，逐漸增加溝通板與小陽的距離，溝通板的位置變換放在兩米範圍內的地面或桌面或櫃面上→同時增加老師與小陽的距離、溝通板與小陽的距離→老師假裝不理小陽，讓小陽主動拉出老師的手，把圖卡放進老師的手中或放進手中後主動發音→轉換訓練員。

訓練時根據小陽的能力，故意延遲說“你要 QQ 糖”中的最後一、兩個字，鼓勵小陽模仿或主動發音，但不勉強他一定發音。

小陽經過一個月的時間，達到第二階段的目標，並且在圖卡的視覺提示下，小陽沒有那麼抗拒發音了，慢慢變得有興趣發音，主動地發音了。這個階段結束後，他基本能在老師說“我要”後看著圖片主動地發音“QQ 糖”“餅乾”“山”“片”“百”“滋”“泡泡”“車”“拼版”，但三個字的名詞中，中間的那個字的音較難發出，常常會省略。

3·4、第三階段：辨認圖卡。此階段的目標是當學生想得到某一對象時，會走向溝通板，在眾多圖卡中取出正確的圖卡，走向訓練員，把圖卡交到訓練員手中表示要求。

此階段需要學生在兩張或幾張圖卡中選取所要物件的圖卡。因為小陽有認知圖卡的能力，經過評估決定讓他從辨認 3×5cm 大的照片圖卡開始訓練。

3.4.1、A 階段：辨認喜歡與不喜歡的物件圖卡。

實施步驟：①、在小陽面前擺出 QQ 糖和玩具蛇，在溝通板上貼上一張 QQ 糖圖卡和一張玩具蛇的圖卡，小陽拿取圖卡給老師後，老師就說“你要……”並把對應圖卡的對象給他。如果小陽拿的是 QQ 糖圖卡，老師就給 QQ 糖；如果小陽拿的是玩具蛇圖卡，老師就給玩具蛇，因為他不喜歡玩具蛇，所以會把它推開或躲開，這時老師就採用四步糾錯法幫他糾正。沒有出現錯誤後，就更換另外兩張喜歡的和喜歡的對象圖卡。

②、之後增加圖卡的數量至六張，並變換圖卡的位置。

小陽認識圖片的能力較好，一個星期訓練後通過 A 階段。

3.4.2、B 階段：辨認喜歡與喜歡的物件圖卡。

實施步驟：①、在小陽面前擺出 QQ 糖和山楂片，在溝通板上貼上一張 QQ 糖圖卡和一張山楂片的圖卡，讓小陽選擇一張交到老師手中後，老師說“自己拿”讓其自己拿取想要的物件。如果他拿取的物件與圖卡一致，就是正確的行為；如果他拿取的物件與圖卡不一致，老師就馬上制止，採用四步糾錯法糾錯。

②、之後增加圖卡的數量至六張，並變換圖卡的位置。

此階段同樣故意延遲說“你要……”中的最後一、兩個字，鼓勵小陽模仿或主動發音。

因為小陽的認識圖片的能力較好，因此在此階段他能辨認圖卡後，就開始逐漸把他喜歡物件的圖卡換成文字卡片，讓他認字表達。沒想到小陽很快就能把文字與物件對應，並能使用字卡表達。經過此階段三個星期的學習，小陽已經能辨認以及表達文字“QQ 糖”“山楂片”“奶片”“餅乾”“百力滋”“泡泡”“汽車”“拼版”。之前小陽較難能發出三個字名詞中中間字的音，但現在在字卡的提示下，就能較好地引導他發出三個字的音，雖然還不是很流利。

另外，經過此階段的訓練後，小陽因不能滿足其需要而發脾氣的行為也逐漸減少了。當他使用圖卡或字卡表達需求而被告知沒有時，因為有視覺提示告訴他還有其它的選擇，所以令其發脾氣的行為大大減少。

3·5、第四階段：句式結構。此階段的目標是當學生想要得到某對象時，會走向溝通板，主動組合“我要**”的句子，並把句子條交到溝通者手中。

第四階段是在前三個階段充分練習的基礎上，進入到真正意義上的句子結構訓練。

實施步驟：①、溝通板的左邊固定地貼上“我要”字卡。溝通板右邊離“我要”字卡稍遠的地方貼上 QQ 糖的字卡。②、當小陽拿取 QQ 糖字卡時，老師協助他把字卡貼在“我要”的後面。③、協助小陽把組成的句子“我要 QQ 糖”的溝通板放到老師的手中，然後指著句子說“哦你說，我要 QQ 糖”，馬上把 QQ 糖給小陽。

之後逐漸提升：逐漸減少成人觸體協助擺放圖卡或字卡在“我要”字卡的旁邊→小陽能自行把句子條交到成人手中後，便把“我要”的字卡改為放在溝通冊的左上角，然後引導小陽把“我要”的字卡貼在句子條左方，再把所需的圖卡或字卡貼在“我要”字卡的旁邊→逐漸減少協助，小陽獨立組合句子。

經過第三階段字卡的學習後，小陽對文字產生了興趣，因此在此階段很快就認識了“我”“要”兩個字，並學會了組合句子，而且在句子條的視覺提示下能跟著老師手指指的文字，獨立表達“我要……”。

繼續提升訓練：讓小陽為需求物件加上顏色（顏色+文字的圖卡）修飾詞，組成句子如“我要紅色的奶片”。

訓練之前，小陽還不會辨別顏色。訓練期間使用了他喜歡吃的五顏六色的奶片作為學習材料以及強化物，因此他學得很快。如先讓他仿說幾遍顏色詞“紅色的”，再引導他回答是什麼顏色的問題。學習顏色名稱後，再拿出四種顏色（紅、黃、藍、綠）的奶片供他選擇，他能指著說出想要奶片的顏色後，就稱讚他並把該顏色的奶片給他。經過兩個星期，他就基本學會了辨別四種基本顏色的奶片。之後讓他使用“我‘要’字卡+顏色（顏色+文字的圖卡）+物件字卡”組成句子，如“我要紅色的奶片”，組句的過程中同時可以鞏固顏色的辨別以及表達。

又經過六個星期的訓練，小陽完成了第四階段的學習。操作性的表達方式正符合了小陽的興趣，而且視覺提示更有利於他語言的組織與表達，因此小陽搶東西的行為大大減少了，有需求時能馬上使用溝通冊組句，並會主動手指文字使用語言表達。

4、個案訓練情況總結

小陽除了在上課時間訓練，還得到了家長的配合，製作小溝通本在日常與家庭生活中也不斷地泛化訓練，因此其與人溝通的能力已經有了明顯的進步，已基本達到了第四階段的目標。

小陽是個有語言能力的兒童，卻不願意發音，可能與其語言組織能力弱和不良的發音經歷有關。但他有較好的視知覺能力和操作能力，圖片交換溝通系統就正好利用了他的優勢，來彌補、發展他語言的弱勢。小陽至從學習了圖片交換溝通系統後，進步如下：

4·1、溝通主動性增加：有需求時會主動在溝通本中組織句子條，並把句子條交給成人，主動與成人溝通

4·2、語言表達的主動性增加：能主動指著句子條表達句子“我要 QQ 糖/奶片/薯片/汽車/……”

4·3、語言理解能力也逐漸提高：學會使用“我要+顏色卡片+物件”組織句子，也學會辨認、表達四種基本顏色；能認識“QQ 糖/奶片/薯片/汽車”等的一些喜愛對象的文字，並使用字卡代替圖卡組句表達

4·4、發聲的音量大了，也變得樂於模仿成人的發音

4·5、情緒趨於穩定，搶東西的行為大大減少，要求的物件被告知沒有時，也能控制情緒，另外選擇其他物件

5、小結與討論

自閉症兒童的主要障礙是社交溝通障礙，因此應以訓練兒童的社交溝通技能為重點。溝通是一

種語言活動，語言活動包括說話、特定符號、文字、肢體動作、手勢等等，開口說話只是溝通的其中一種方式。對於自閉症兒童，聲音、言語，往往是他們的弱勢，如果只是一味強迫他們發音、說話，結果可能會適得其反。因此，我們應該利用自閉症兒童的優勢，去彌補和發展他們的弱勢，圖片交換溝通系統正是讓他們運用他們視覺優先的特點，使他們掌握與人有效溝通的方法，掌握表達需求、想法的句子，激發他們與人溝通的欲望，促進他們的語言主動性。

還有家長的配合以及泛化很重要，在課堂上教會了孩子溝通的方法，目的是孩子能獨立運用，以適應生活，因此在日常生活以及家庭中的運用是必不可少的。老師和家長要及時做好溝通，切實做到達成一致的教育理念，才能更快地朝著目標前進。

另外，每個自閉症兒童都有不同的特點，應根據他們的情況隨時做出調整，實施個別化的教育方案，這樣才能取得更大的成效。

參考文獻：

- [1] 王征宇. 症狀自評量表(SCL-90)[J]. 上海精神醫學, 1984, 2(2)
- [2] 徐寅, 桑青松. 自閉症兒童的個案研究[J]. 中國校醫, 2009, 8(23)
- [3] 張俊芝. 孤獨症兒童的溝通訓練, 2007



淺談自閉症兒童 的情緒識別能力

郭曉芳

四川省成都北斗星兒童心理素質培訓基地

摘要：情緒識別,即我們日常所說的情緒自我認識和對他人認識,即當我們出現某種情緒時能夠準確的察覺和識別出自己的情緒,並能同時意識出產生這種情緒的原因。對他人和自我情緒的識別不僅是我們正常兒童的基本社會交往技能,對於自閉症兒童來說,也是一種重要的心理能力和社交技巧。自閉症兒童在這方面相較于常人存在一定的困難,影響了他們的交往,本文分別從神經科學、心理學和教育學等多個領域揭示自閉症兒童的面部表情身體動作等其規律,讓我們一起來看,近年來自閉症兒童的情緒識別能力進展如何,前景又是怎樣的。

關鍵字：自閉症 面部表情 識別能力

一、引言

情緒,是重要的情緒理解能力之一。而根據不同的表情動作來推測他人心理,也是自閉症兒童交往過程中的一個重要內容。由於自閉症兒童大多存在刻板行為,因而並不能準確而系統的從身體動作獲知其具體的情緒,至今也沒有規律可循。對於自閉症兒童來說,當他們情緒產生嚴重不滿足時,都有可能產生哭鬧,跳叫,自我傷害,攻擊他人等情緒行為,而如何分辨這些相應情緒下產生的身體動作尤為重要,可以幫助我們更好的瞭解自閉症。針對兒童的不同行為表現,從而做出針對教育訓練,更是非常重要。正常發展的嬰兒在出生 6 個月前就注意到母親的面部表情,在 7 個月時就可以辨別母親的表情,1 歲的嬰兒表現出對幾種基本面部表情的理解力。根據他人的面部表情來進行社會判斷和交流的能力隨著年齡的增長而提高,正常發展的兒童精確識別和解釋面部表情的能力同年齡和智商成正比。所以,能否準確地識別他人的面部表情並做出適當的反應在一定程度上能夠反映兒童的社會能力發展狀況。

但是,這樣一個簡單的觀察任務對自閉症兒童來說卻十分困難。儘管自閉症兒童包括智力落後的低功能型和智力正常或超常的高功能型,但所有的自閉症兒童都和別人進行日光接觸或者社會交流的時間過短,缺乏與情境相應的面部表情、身體姿勢、手勢和言語表達;他們既不會自發和外界交流,和別人建立關係,也不會尋找或留意其他人的情感線索,識別環境和他人的情緒行為(如別人是否高興、傷心、感興趣或者生氣),更不會做出適當的判斷和反應。比如,他們不理解他人友好的面部表情而將伸出來的手視為一種威脅並對他人進行攻擊。自閉症兒童在處理情感資訊以及辨識他人面部表情方面的障礙,直接影響了他們的社會交往,所以,對於自閉症兒童表情識別的研究很重要。這不僅因為它在一定程度上能夠解釋自閉症的社會化缺陷,為進一步的干預提供實證支援,又為一般自閉症兒童的面部身體認知提供了思路和依據。因此,對自閉症兒童識別自己和他人的情緒既有實踐意義又有理論價值。

二、自閉症兒童面部表情識別進展

1, 情緒心理學的研究進展

情緒心理學是心理學中的重要分支，研究者們通過不同的實驗範式研究自閉症兒童面部表情識別的特點。

Baron 等人使用標準的面部表情圖片研究自閉症兒童對不同情緒種類的識別，發現自閉症兒童對他人由外部情境引發的簡單表情識別得較好，如高興和悲傷，但難以識別由信念和願望引發的面部表情如驚奇、窘迫等。他們對於害怕、不安、痛苦等表達負性情緒的表情更不敏感。

整體-部分識別範式的研究解釋了自閉症兒童對某些面部表情不敏感的原因。Thomas 等人讓自閉症兒童、智力落後兒童和言語障礙兒童分別辨認婦女、猩猩和狗的四種基本面部表情，即高興、悲哀、憤怒、驚奇，以及一個無明顯情緒的面部表情的圖片，結果發現，非自閉症兒童對整張臉的表情識別優於部分臉的識別；而自閉症兒童識別整張臉的表情的成績和識別下半部分臉的表情的成績相同。這說明自閉症兒童的面部表情識別圖式是根據人臉的下半部分建立起來的，即只注意嘴部的變化，這與其他兒童對整張臉的資訊加以整合的識別模式不同。形成這種識別模式可能是因為自閉症兒童感知功能有障礙，因此引起對刺激的高度選擇性，即關注環境中物體或事件的某種特徵而忽略其他同等重要的特徵，對環境中某個部分有選擇地關注而忽略其他重要部分，這個特點導致自閉症兒童視野或聽覺範圍狹窄，在觀察面部表情時也是如此。

另一個可能的解釋與大腦左右半球的功能有關。大腦右半球調整與生俱來的初級情緒，如高興、憤怒和害怕等，控制臉的上半部分及對他人上半部分臉的面部表情的認知；而左半球調整社會性的習得的次級情緒，如內疚和嫉妒，控制臉的下半部分及對他人下半部臉的面部表情的認知。而自閉症兒童右腦發育異常，初級情緒功能損害，限制了其對面部表情資訊的整合，因此他們只能依靠次級情緒系統來觀察他人的面部表情。

法國 Bruno Gepner 的研究也發現在自然情境中，當高功能自閉症成人觀察他人的面部時，表現與普通人相反，他們將目光聚集在人的嘴巴上而非眼睛上。研究還證明低功能自閉症兒童在知覺環境中感知物體的運動，特別是快速運動方面有缺陷，而高功能自閉症兒童在這方面的缺陷要稍輕一些。因此當面部表情在螢幕上慢速出示時，自閉症兒童辨認面部表情的成績相對來說要好得多。因而研究者推測自閉症兒童有快速視-動覺整合缺陷。根據這一假設，許多具有動覺缺陷的自閉症兒童對快速物體運動，比如眨眼和眼球的運動，視為反常刺激而避免面對面的目光接觸，他們將注意力放在別人的嘴部，實際上是試圖更好地去理解對方的面部表情，以彌補在自然情景中不能精確有效地注意其他快速的面部運動。快速視-動知覺缺陷已被認為是導致自閉症神經心理缺陷和社會互動不足的主要原因之一。

自閉症兒童的缺陷還表現在對他人的面部表情注意不足，因此也可以通過變化自閉症兒童的注意焦點，考察自閉症兒童對他人面部表情的注意力是否能夠提高。Sander Begeer 等人以 28 名高功能自閉症兒童作為實驗組，31 名非自閉症兒童作為控制組。要求被試找出照片中微笑或厭惡的臉。正如以前研究的結果，在一般條件下，實驗組成績不如控制組，但是當實驗組被明確要求將照片和現實生活關聯起來做決定時，他們的成績大幅度提高。這說明，自閉症兒童對他人面部表情的注意力受情境因素影響。因此，在干預時要考慮將面部表情和對應情境結合起來訓練。

另一個研究將 8 個高功能自閉症兒童(IQ > 70)作為實驗組，8 個年齡、性別、語言發展相匹配的普通兒童作為控制組。實驗的內容是將情緒故事和相對應的真實或欺騙性面部表情搭配。儘管高功能自閉症兒童可以將情緒故事和標準的面部表情聯繫起來，但在理解真實情緒故事中人物的感受方面，以及在理解虛假情緒故事中因為特定需要而表現出來的欺騙性的面部表情方面卻落後於控制組。因為，對於高功能自閉症兒童來說，面部表情就像詞彙編碼一樣，而不是社會交流中的情感表達方式。因此，干預應該著重補償他們在理解社會情感方面的缺陷，而不僅僅是理解表情的含義。

這些研究成果對於改進早期干預有積極的意義。教育者可以根據自閉症兒童面部表情認知的特點建立良好的互動關係，系統地說明自閉症兒童提高對不同情緒的認知能力。而且，這些研究范式和成果也促進了認知神經科學在情緒認知的神經生理方面的研究。

2. 認知神經科學的研究進展及發展前景

研究者們應用多種腦成像技術，對自閉症兒童腦部發育的特點和結構進行了探測，並確定了某些影響自閉症患者對面部表情識別的受損或異常發育腦區。研究發現杏仁核區和梭狀回與自閉症兒童的情緒調節有關，這些區域的功能障礙影響著面部認知，特別是杏仁核在識別刺激的情感意義及社會行為和獎賞的關係中有重要的作用，在社會刺激導向、眼睛凝視方向中也扮演重要角色。很多研究認為杏仁核異常是導致自閉症兒童社交困難的重要原因，因此提出了“自閉症兒童的杏仁核理論”(Amygdala Theory of Autism)。

Sparks 等人以 3、4 歲的自閉症兒童、發育遲滯兒童和正常兒童作為被試，使用核磁共振(MRI)測量了大腦、小腦、杏仁核和海馬區的體積，發現自閉症兒童的這些區域比其餘兩組兒童要大一些，尤其是杏仁核區。

Jeffrey 等人進行了一項縱向研究，發現自閉症兒童的杏仁核左右區體積比例不均衡，自閉症兒童的表現似乎和杏仁核右區關係密切，和杏仁核左區、大腦以及海馬區的大小關係不大。研究結果表明 3、4 歲的自閉症兒童的杏仁核右區體積越大，他們在 6 歲時的社會適應和交流越差。

Adolphs 等人進一步研究了杏仁核區和面部表情識別的關係，被試是 30 個杏仁核區受傷的患者，他們被要求識別基本面部表情(喜、怒、哀、懼等)和社會性面部表情(害羞、內疚等)。結果發現，當他們只能根據眼部的資訊判斷面部表情時成績最差，判斷基本面部表情成績最好。被試不能主動地注視眼睛部位，他們也很難識別恐懼的面部表情。這和對自閉症兒童的面部表情識別的研究結果是一致的。這也說明孤獨症兒童的杏仁核區有一定的發育異常。

Spezio 等人使用真實的情景交流觀測杏仁核損傷患者的眼動模式，發現患者不與交流者直接對視，而將注意焦點集中在嘴部。自閉症兒童也是如此。在真實社會互動中的研究進一步說明杏仁核異常所導致的注意的特異性使自閉症兒童不能按照一般的途徑去注意和辨別面部表情，影響了他們的移情能力，導致其產生社會交流和互動障礙。

杏仁核損傷患者的研究結果能否完全解釋自閉症兒童的大腦異常呢?他們的杏仁核異常和自閉症兒童的情況在形式上不同，在表現上也不完全相同。自閉症兒童的杏仁核不但在童年早期或者更早就表現出異常，而且他們在對視時還表現出負性情緒，但杏仁核損傷患者卻不表現出這一點。自閉症兒童在何時產生杏仁核發育異常，和成人的杏仁核損傷有何異同，這種異常是否是他們的面部表情識別和社會交流障礙的主要影響因素，是否影響到他們對所有的面部表情識別以及如何進行治療和補償等都會成為未來的研究目標。

既然是神經系統的損傷導致面部表情識別障礙，那麼根據這種特殊的識別模式進行行為干預，說明自閉症兒童學習注意他人的面部線索，進一步重組他們的大腦系統，逐漸以正常的加工方式注意和辨認面部表情，將成為認知神經科學和早期干預的新課題。

3. 特殊教育實踐的證據

訓練自閉症兒童識別和理解面部表情是相當困難的一件工作，而開展這方面的實踐則是非常有意義的。華盛頓大學的研究者採用電腦輔助教學的方法，將面部表情照片和表現情緒場景的卡通片或童話故事作為訓練工具，幫助自閉症兒童注意和提取面部線索，教會他們識別面部信號的意義。該研究在兩所特殊教育學校對自閉症學生進行了電腦輔助教學，通過每週 5 次，一次半小時的教學使這些兒童的錯誤率明顯減少。

另一個教學實踐是評估自閉症兒童辨認面部表情的能力，以及如何系統地、按步驟地教給他們這些技巧。首先採用正式或非正式的管道評估自閉症兒童在這方面的能力和需要，以瞭解自閉症兒童對表情的識別和理解水準。教學中先訓練自閉症兒童學會識別幾種基本情緒，學習將表達相似情緒的面部表情搭配歸類；再學習為這些表情命名；最後學習識別、理解這些面部表情所代表的基本情緒。一旦學生辨認和理解了這些基本情緒和相應的面部表情，就進入下一步更複雜的任務——辨認不同強度的基本情緒以及學習描述這些不同強度的詞彙，如氣惱和憤怒；最後學習辨別各種微弱的情緒和相應的面部表情。

此外，在教學中，研究者和教師還安排自閉症兒童學習其他一些重要的面部表情識別技能。這些表情包括：感興趣或不感興趣的表情；微笑但不真誠的表情；傳達嘲笑、悲哀和困惑的表情；以及厭惡、窘迫、自信、害羞、羞恥、嫉妒、困惑、懷疑、驚奇和抱歉等。在訓練中，教師採用類比現實活動、多媒體呈現、照鏡子直接模仿、角色扮演、遊戲、體驗式教學、書寫和畫畫等方式，說明他們理解不同表情的所包含的資訊。教師充分發揮各種教學材料的作用，如鏡子、影片、圖片和照片等。

4. 自閉症兒童面部表情識別研究中存在的問題

對自閉症兒童面部表情識別的已有研究仍然存在很多問題。首先，多數研究選用高功能的自閉症兒童和成人作為被試，研究結果能否推論到所有的自閉症群體中去還值得商榷。當然，伴有智力落後的低功能自閉症兒童的交流困難增加了實驗的難度也是一個現實問題。

再者，研究的範式也需要改進。大多數的面部表情識別研究多採用標準化的圖片、照片、動畫甚至模擬的人類面孔，這些研究結果是否能夠預測自閉症兒童在真實情境中的表現呢？使用這些材料所啟動的腦區和在真實情境中腦部活動的區域是否一致？這都是有解決的題。

在我國，對自閉症兒童面部表情識別的研究可以借鑒國外成熟的實驗範式、材料和測量工具，英國自閉症專家日前利用適合兒童的動畫片來輔助幫助自閉症兒童辨別面部表情，效果良好。

據報導，自閉症兒童不喜歡人類行為的不可預見性，通常會回避與人接觸，對別人情感的理解力也很有限。英國劍橋大學自閉症研究中心的西蒙·巴倫·科恩教授及其同事製作了一部題為《運輸汽車》的動畫片。片中講述的是一些玩具汽車的歷險記，通過數碼技術粘貼，這些車都有一張真正的會動的人。這部動畫片共 15 集，每一集專門講述一種情感，如歡樂、害怕或驚訝等。

科恩說：“我們決定將玩具汽車和人體表情結合起來，創造一種娛樂性的方式說明他們瞭解情緒和表情。因為汽車的活動有預見性和重複性，所以自閉症兒童會被它們吸引，並對它們著迷。”

通過對 20 名自閉症兒童的研究表明，在觀看該動畫片一個月後，他們辨認情緒的能力有顯著提高，足以趕上相同年齡段正常發育的兒童。

兒童喜歡將物體世界和人類世界混合在一起。有生命的車子！很多孩子喜歡機械的東西。有些孩子卻喜歡有表情的面孔和動作。將這兩者融合起來，就構成了一個每個孩子都喜歡的充滿歡樂的神奇世界。

我們希望《小小交通車》這部動畫系列，能夠為幾代兒童帶來視聽的享受。對大多數人來說，《小小交通車》是由想像的角色虛擬而成的童話世界。它通過擬人的手法，賦予每一種運輸工具人類的情緒。而對於有自閉症的兒童來說，我們希望這套《小小交通車》可以作為橋樑，溝通他們可以接受的機械世界，和他們通常會回避的人類世界。這部 DVD 是為患有神經系統發育障礙（通常稱為自閉症）的兒童專門製作的。有自閉症的兒童通常對面部表情所代表的情緒有認知困難。這樣的兒童也同樣很難理解引起某種情緒的原因。這部 DVD 的目的，就是說明兒童（正常兒童，或者患有自閉

症的兒童)提高他們對情緒本身,還有引起情緒的原因的認知能力。這部系列動畫,目的是寓教於樂,娛樂的效果很重要,但教育的作用更加顯著,這包括:

- 1)、讓兒童熟悉人類的面部表情,讓他們逐漸加長關注人類面部的注意力;
- 2)、向兒童介紹人類的各種情緒;
- 3)、介紹各種情緒的內涵(引起各種情緒的原因和後果);
- 4)、告訴兒童不同角色面對同樣狀況的不同反應。

在引進他人的先進經驗的同時我們需要立足本國文化背景和社會現實,開發本土化的實驗材料和工具進行研究,揭開面部認知的心理和神經生理的奧秘,推進自閉症兒童的早期干預與教學實踐進展。

5, 自閉症兒童面部表情識別發展前景

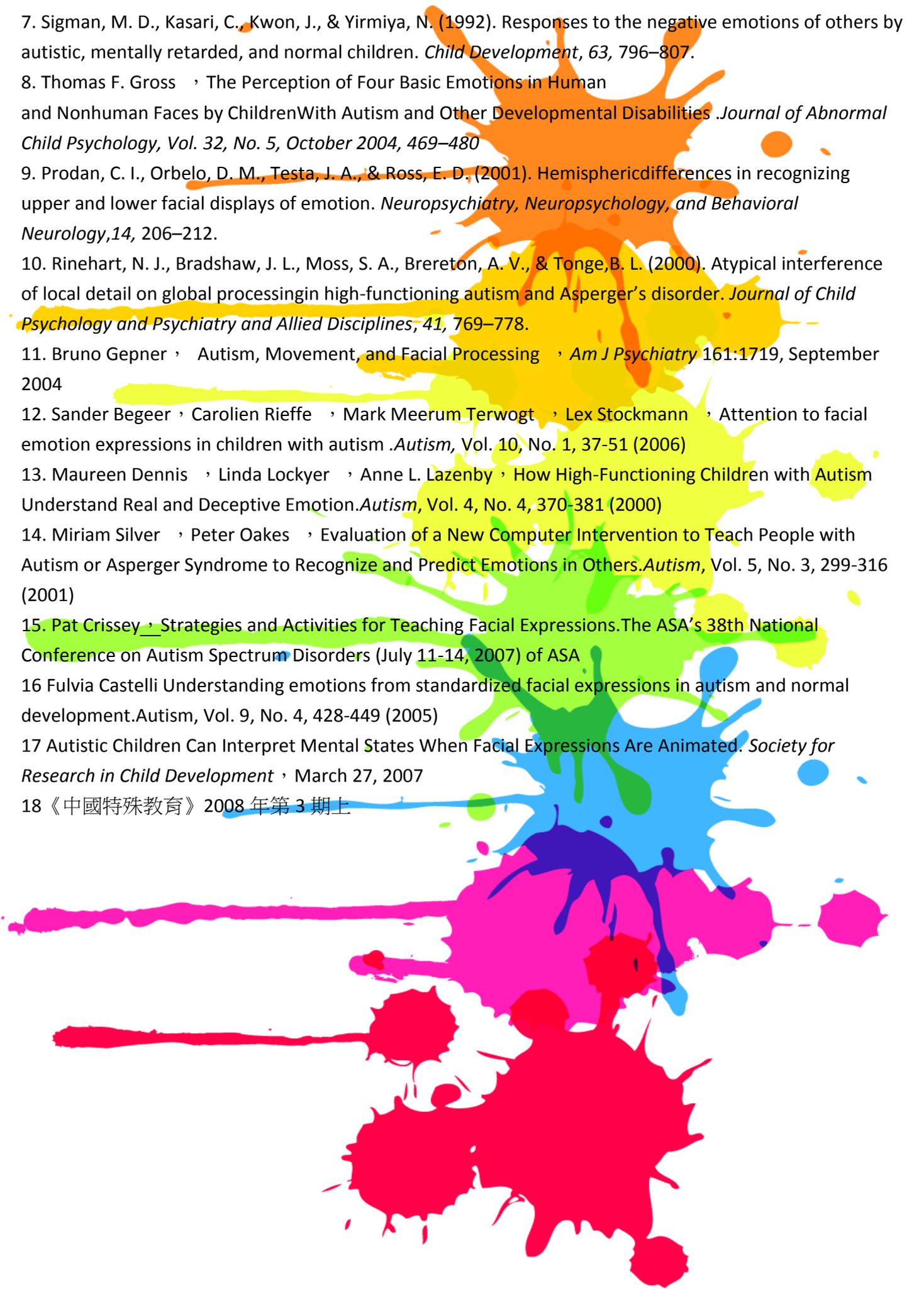
現有的對孤獨症兒童面部表情識別研究仍然存在很多問題。首先多數研究被試多選用高功能的孤獨症兒童和成人,研究結果能否推論到所有的孤獨症群體中去值得商榷。當然,伴有智力落後的低功能孤獨症兒童的交流困難增加了實驗的難度也是一個現實問題。其次,面部表情本身是很複雜的,如 Paul Ekman 確定了有超過一萬個不同的面部表情,但很多面部表情看起來差不多,如害羞,窘迫、羞愧等,這既為心理學研究也為特殊教育教學干預提出了新的課題。再次,孤獨症兒童面部表情識別能力和心理理論水準的關係究竟是怎樣的;干預是否能提高心理理論水準;對孤獨症兒童面部表情識別的跨文化研究等等幾乎沒有人涉足。

三、總結

至今為止,自閉症兒童對他人情緒識別能力呈現弱勢,即在面部表情塊呈現整合能力缺錢,以及慢速問題。孤獨症兒童在處理情感資訊,認知他人面部表情方面的障礙直接影響了他們的社會功能,所以,對於孤獨症兒童面部認知的研究很重要。這不光因為它在一定程度上能解釋孤獨症的社會化缺陷,為進一步的干預提供實證支援;而且,也為一般面部認知功能專門化的研究提供思路和證據。在一定程度上,孤獨症可能是唯一能夠從出生就影響個體在面部認知加工過程上有困難的缺陷。因此,對孤獨症兒童對他人面部表情識別的研究既有實踐意義,又有理論價值。

參考文獻:

1. Autistic preschoolers have larger-than-normal brains, can't distinguish emotions from facial photographs, Public release date: 4-Dec-2001
2. Camras, L. A., Dunn, J., Izard, C. E., Lazarus, R., Panksepp, J., Rothbart, M. K., et al. (1994). What develops in emotional development? In P. Ekman & R. J. Davidson (Eds.), *The nature of emotions: Fundamental questions* (pp. 345–375). New York: Oxford University Press
3. Mash, E.J, Wolfe, D.A. 兒童異常心理學. 孟憲章等譯. 廣州:暨南大學出版社, 2004.5: 385,389, 394, 413, 401
4. Mary L. Phillips, Facial processing deficits and social dysfunction: how are they related? *Brain*, Volume 127, Number 8, 21 August 2004, pp. 1691-1692(2)
5. Baron-Cohen, S., Spitz, A., & Cross, P. (1993). Do children with autism Recognize surprise? *Cognition and Emotion*, 7, 507–513
6. Yirmiya, N., Sigman, M. D., Kasari, C., & Mundy, P. (1992). Empathy and cognition in high functioning children with autism. *Child Development*, 63, 150–160.

- 
7. Sigman, M. D., Kasari, C., Kwon, J., & Yirmiya, N. (1992). Responses to the negative emotions of others by autistic, mentally retarded, and normal children. *Child Development*, 63, 796–807.
 8. Thomas F. Gross › The Perception of Four Basic Emotions in Human and Nonhuman Faces by Children With Autism and Other Developmental Disabilities. *Journal of Abnormal Child Psychology*, Vol. 32, No. 5, October 2004, 469–480
 9. Prodan, C. I., Orbelo, D. M., Testa, J. A., & Ross, E. D. (2001). Hemispheric differences in recognizing upper and lower facial displays of emotion. *Neuropsychiatry, Neuropsychology, and Behavioral Neurology*, 14, 206–212.
 10. Rinehart, N. J., Bradshaw, J. L., Moss, S. A., Brereton, A. V., & Tonge, B. L. (2000). Atypical interference of local detail on global processing in high-functioning autism and Asperger's disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 41, 769–778.
 11. Bruno Gepner › Autism, Movement, and Facial Processing › *Am J Psychiatry* 161:1719, September 2004
 12. Sander Begeer › Carolien Rieffe › Mark Meerum Terwogt › Lex Stockmann › Attention to facial emotion expressions in children with autism. *Autism*, Vol. 10, No. 1, 37-51 (2006)
 13. Maureen Dennis › Linda Lockyer › Anne L. Lazenby › How High-Functioning Children with Autism Understand Real and Deceptive Emotion. *Autism*, Vol. 4, No. 4, 370–381 (2000)
 14. Miriam Silver › Peter Oakes › Evaluation of a New Computer Intervention to Teach People with Autism or Asperger Syndrome to Recognize and Predict Emotions in Others. *Autism*, Vol. 5, No. 3, 299-316 (2001)
 15. Pat Crissey › Strategies and Activities for Teaching Facial Expressions. The ASA's 38th National Conference on Autism Spectrum Disorders (July 11-14, 2007) of ASA
 - 16 Fulvia Castelli Understanding emotions from standardized facial expressions in autism and normal development. *Autism*, Vol. 9, No. 4, 428-449 (2005)
 - 17 Autistic Children Can Interpret Mental States When Facial Expressions Are Animated. *Society for Research in Child Development* › March 27, 2007
 - 18 《中國特殊教育》2008年第3期上



陸、
其他

P-E-O 模式應用于參加全國康復治療專業學生技能大賽

嚴朝珊

2014年10月29日-11月1日，由中國康復醫學會康復醫學教育專業委員會主辦，世界物理治療師聯盟（WCPT）和世界作業治療師聯盟（WFOT）協辦的第二屆“天瑞杯”全國康復治療專業學生技能大賽在福州舉辦。

作為一名OT的參賽學生，本人將應用P-E-O模式來分析福建中醫藥大學康復醫學院OT代表隊參加第二屆“天瑞杯”全國康復治療專業學生技能大賽在準備過程中遇到的主要問題以及促進、阻礙其完成之處，並採用SMART原則來考慮培訓期間的階段性目標，最終引起能夠獲得此次大賽的優異成績。以下的一些領悟與大家一齊分享：

一·福建中醫藥大學康復醫學院OT教研室的“作業需求”：福建中醫藥大學康復醫學院OT代表隊能夠在第二屆“天瑞杯”全國康復治療專業學生技能大賽本科作業治療學組中獲獎。

二·根據該作業需求具體觀察，進行“初評”候選學生完成此項“作業活動”的“作業表現”：學院通過學校每年均有舉辦的康復技能大賽中觀察參賽選手的表現及成績，來遴選出參與全國康復技能大賽的優秀苗子。

此次學院的康復技能大賽中，候選學生——

1.能夠完成：

- (1) 對於大賽的積極回應和踴躍參與；
- (2) 對於大賽過程中“團隊合作”理念的融入；
- (3) 對於賽後評委老師們給予的及時回饋和寶貴意見的吸收；
- (4) 對於大賽形式的親身經歷。

2.不能夠完成：

- (1) 對於與各類疾病相關的基礎知識的掌握；
- (2) 對於基本操作技能的實踐；
- (3) 對於根據各自的優勢與劣勢確定患者及治療師的角色扮演；

三·整體來看，具體評估在培訓的過程中遇到的阻礙及促進候選學生完成此項作業活動的影響因素：

1.促進因素：

(1) 人 (Person, P)：

- ① 候選學生均深愛OT師這一行業；
- ② 實習經歷對候選學生的作業表現產生好的影響；
- ③ OT教研室的老師們標準化評估規範，指導語清晰、準確；
- ④ OT教研室的老師們在神經和骨骼肌肉領域的臨床經驗豐富；
- ⑤ 本校擁有工作人員構成梯隊良好，設施完善的附屬康復醫院；
- ⑥ 校領導及院領導給予的高度重視，極大的鼓舞了指導教師與候選學生的積極性（精神、心理狀態、情緒、心理活動與社會環境的互相作用）。

(2) 環境 (Environment, E):

- ①同班同學對候選學生的支持與態度——多次扮演患者及患者家屬；
- ②OT 教研室的老師們對候選學生的支持與態度——老師與學生在同一陣線上，並多次扮演考官、患者及患者家屬；
- ③校領導及院領導給予了高度重視；
- ④參賽地點在本校；
- ⑤文化背景：福建中醫藥大學的精神是“大醫精誠，止於至善”（“大醫精誠”出自唐代孫思邈的《大醫精誠》篇。“精”指熟練的專業技能，“誠”指高尚的道德品質，惟有醫術精湛、醫德高尚者方能稱為“大醫”。“止於至善”出自《禮記·大學》：“大學之道，在明明德，在親民，在止於至善。”“至善”，指最好的思想境界，“善”的最高層次，是一絲不苟、精益求精、追求卓越的時代精神，正是“大醫”所追求的至高境界。）；
- ⑥上海陽光康復中心實習點擁有小兒康復相關科室。

(3) 作業 (Occupation, O):

- ①候選學生採用“**What→So what→Now what... (What's next...)**”的反思實踐模式，即遇到的問題是什麼、遇到問題後做了什麼、目前的狀況、接下來應該如何做，此模式最有效且得到最期望的效果；
- ②OT 教研室的老師們能夠及時回饋及總結候選學生存在的問題並制定解決方案；
- ③第一輪的淘汰制融入了“以學生為中心”的原則；
- ④此項作業活動的重複性：反復演練大賽時的基本思路；
- ⑤此項作業活動的準備時間：候選學生有 7 個月的時間進行“準備活動”；
- ⑥此項作業活動可賦予候選學生的意義：候選學生在大賽中獲獎可塑造其從事 OT 的自豪感。

2. 阻礙因素：

(1) 人 (Person, P):

- ①候選學生的臨床經驗不足以及臨床思維混亂；
- ②候選學生的標準化評估不夠規範，指導語不夠清晰、準確；
- ③候選學生在社會心理方面的障礙——臨場時不夠自信；
- ④OT 教研室的老師們在小兒領域的臨床經驗不足；
- ⑤本校附屬康復醫院尚未開展小兒 OT。

(2) 環境 (Environment, E):

- ①候選學生的實習點沒有本校的指導老師；
- ②廣東省工傷康復中心實習點沒有小兒康復相關科室。

(3) 作業 (Occupation, O):

- ①與標準化病人及其家屬溝通交流時語氣不夠親和，與模擬化考官溝通交流時易緊張；
- ②首次參賽，完成此項作業活動具有一定的難度；
- ③此項作業活動的要求繁雜。

四. 應用 P-E-O 模式來分析候選學生為什麼能夠完成及為什麼不能夠完成此項作業活動，可能存在的有：

1. 為什麼能夠完成：

(1) 由於本校擁有工作人員構成梯隊良好，設施完善的附屬康復醫院，導致候選學生有機會接觸真實病例，最終引起學生能夠將理論聯繫實際；

(2) 由於福建中醫藥大學的精神是“大醫精誠，止於至善”，導致候選學生從此文化範疇中塑造一絲不苟、精益求精、追求卓越的時代精神，最終引起學生能夠精彩發揮出高超的技術水準；

(3) 由於候選學生已參與香港、臺灣、福州、上海和廣東的培訓，導致其能夠靈活應用 OT 理念于創新小發明中，最終引起學生能夠表現出 OT 精神；

(4) 由於參賽地點在本校，導致指導老師及候選學生不需要乘車去參賽地點，最終引起學生參賽時精神狀態良好；

(5) 由於指導老師瞭解候選學生各自的優勢與劣勢，導致其能夠恰當的定位學生的角色扮演（角色分別有：訪談、評估、治療和再評估），最終引起學生能夠充分發揮出各自的優勢；

(6) 由於指導老師能夠獲取幫助此項作業活動完成的環境（上海陽光康復中心實習點），導致候選學生能夠完成小兒領域的實習，最終引起學生能夠在小兒賽站取得驕人的成績。

2. 為什麼不能夠完成：

(1) 由於候選學生的臨床經驗不足及臨床思維混亂，導致其臨床問題解決能力不佳，最終引起參賽時不夠自信；

(2) 由於指導老師選擇不合適的角色讓候選學生扮演，導致學生難以勝任，最終引起參賽時不能夠發揮出各自的優勢；

(3) 由於本校附屬康復醫院尚未開展小兒 OT，導致候選學生在小兒領域的臨床經驗不足，最終引起參賽過程中表現出基礎薄弱。

五. 使用 SMART 原則來制定階段性的目標：

1. 短期目標：

(1) 2 個月，學院 OT 教研室的老師們能夠完成對 6 位候選學生在“兒科疾病（兒童發育障礙）的 OT”、“內科與老年疾病的 OT”、“神經系統疾病的 OT”、“骨骼肌肉系統疾病的 OT”和“社會心理疾病的 OT”方面的專題培訓；

(2) 2 個月，6 位候選學生能夠在各帶教老師的指導下，完成神經、骨骼肌肉和小兒三個領域的實習；

(3) 4 個月，學院 OT 教研室的老師們能夠完成“六進四”的遴選；

(4) 3 周，學院 OT 教研室的老師們能夠完成對 4 位候選學生的集訓並完成“四進三”的遴選。

2. 長期目標：7 個月，福建中醫藥大學代表隊能夠順利完成長達 3 小時的比賽並獲得本屆大賽本科作業治療學組的冠軍。

六. 制定階段性的培訓計畫：

1. 5 月 19 日-7 月 13 日（基礎知識梳理階段）：主要培訓目的是加強我們的專業基礎知識及基本操作技能，梳理知識結構，使其系統化。

2. 7 月 14 日-9 月 30 日（臨床實習階段）：主要培訓目的是接觸真實病例，將理論聯繫實際，強化專業知識及專業技能。

3. 10 月 8 日-10 月 29 日（大賽模擬演練階段）：主要培訓目的是結合大賽評分標準，優化臨床思路，熟悉考核流程，強化技能的熟練度，以及磨合參賽隊員之間的配合程度。

七·進行“末評”候選學生完成此項作業活動的作業表現：福建中醫藥大學代表隊獲得第二屆“天瑞杯”全國康復治療專業學生技能大賽“本科作業治療學組一等獎”以及“骨骼肌肉康復單項獎第一名”。

自由體操應用于腦癱患者康復治療的療效觀察

姜積華

廣東三九腦科醫院 廣東 廣州 510510

摘要 目的 探討將自由體操應用於適齡腦癱患者的康復治療中對改善運動功能的療效。**方法** 40 例適齡腦癱患者隨機分成治療組（20 例）和對照組（20 例）。治療前和治療三個月後採用粗大運動功能測試量表(GMFM_88)評分評定其療效。**結果** 治療組較對照組功能改善有明顯差異。**結論** 自由體操在對適齡腦癱患者的康復治療中可以明顯提高其康復療效。

關鍵字 自由體操；腦癱；運動功能

小兒腦癱是自受孕開始至嬰兒期非進行性腦損傷和發育缺陷所導致的綜合征，主要表現在運動障礙及姿勢異常，常合併智力障礙、癲癇、感知覺障礙、交流障礙、行為異常和其他異常。

廣播體操是根據人體各部位特點，通過每節操的節拍（一般由 8 個節拍組成），依照一定的程式，由舉、振、屈、伸、轉動和繞環等一系列徒手動作所組成的身體練習，將音樂、韻律和上下肢及軀幹的全身運動相結合，達到鍛煉各部分肌肉、關節的作用。本文將第九套廣播體操適當的改變成自由體操之後應用于腦癱患者的康復治療中觀察其康復療效總結如下。

1 資料與方法

1.1 一般資料 選擇 2012 年 11 月~2013 年 12 月廣東三九腦科醫院康復訓練中心收治的腦性癱瘓患者。診斷與分型符合 2006 年 8 月全國（長沙）小兒腦癱學術研討會制定的分型和診斷標準，年齡 3.5~8 歲。治療組 20 例，其中痙攣型 12 例，不隨意運動型 5 例，遲緩型 2 例，共濟失調型 1 例，平均年齡 5 歲。根據家長意願，對照組 20 例，其中痙攣型 13 例，不隨意運動型 5 例，遲緩型 1 例，共濟失調型 1 例，平均年齡 5.5 歲。兩組年齡、治療前 GMFM 評估評分無顯著差異。

1.2 方法

對照組進行常規運動療法、作業療法、言語療法、理療、針灸等綜合康復。治療組再次基礎上引用自由體操進行康復訓練。

1.2.1 根據腦癱患者的特點首先改動的是廣播體操的背景音樂和口令節奏。背景音樂為去掉原唱的兒歌組成，口令節奏延長為廣播體操的 2 倍。

1.2.2 把自由體操的出發體位設置在椅坐位，坐位姿勢有固定，髖關節以上和膝關節以下可以自由活動。

1.2.3 自由體操具體內容如下：

1.2.3.1 第一節伸展運動（2*8），第一拍雙手向前平舉手心向下，第二拍雙手上舉手心相向，第三拍雙手水準外展手心向下，第四拍手臂落下還原至體側，五六七八拍動作重複。

1.2.3.2 第二節擴胸運動（2*8），第一拍雙手握拳於胸前擴至肩關節處，第二拍雙手擊掌於胸前，第三拍雙手握拳一臂水準外展手心向、前另一臂屈曲於胸前手心向後，第四拍手臂落下還原至體側，五六七八拍動作同，方向相反。

1.2.3.3 第三節踢腿運動(2*8),第一拍左小腿向前踢出雙手叉腰,第二拍右小腿向前踢出雙手叉腰,第三

拍雙腿向前踢出雙手叉腰,第四拍手臂落下雙腿還原,五六七八拍動作同,方向相反。

1.2.3.4 第四節體側運動(2*8),第一拍左臂側平舉掌心向下右臂胸前平屈掌心向下,第二拍上體同時側傾左手叉腰右手擺置上舉掌心向內,第三拍重複第二拍動作,第四拍還原出發體位,五六七八拍動作同,方向相反。

1.2.3.5 第五節體轉運動(2*8),第一拍兩臂同時側平舉掌心向下,第二拍身體向左轉同時雙手胸前擊掌一次,第三拍身體向右轉同時雙臂伸直至側上舉掌心向內,第四拍身體轉正兩臂還原至體側,五六七八拍動作同,方向相反。

1.2.3.6 第五節全身運動(2*8),第一拍兩臂經側擺置上舉交叉掌心向前抬頭看手,第二拍身體前屈雙臂體前交叉手心向內低頭看手,第三拍雙手扶膝肘關節向外低頭眼看前方,第四拍還原出發體位,五六七八拍動作同。

1.3 療效評定

對照組與治療組均分別於治療前和治療後3個月後由專人前後評定,比較治療前後的療效。

粗大運動功能的評價;採用粗大運動功能評估量表(GMFM—88)。採用GMFM—88中的B區(坐位)、D區(站立)及E區(走、跑、跳)評分。坐位功能總分為60分、站立功能總分為39分,走跑跳功能總分為72分。每項指標記分方法:每項指標記分方法:0分,完全不能做;1分,完成不到10%;2分,完成10%~90%;3分,全部完成。

1.4 統計學分析

採用SPSS10.0統計套裝軟體進行統計學分析。計數資料採用 χ^2 檢驗;計量資料用均數±標準差表示,治療前後比較採用t檢驗,設定顯著行為 $P<0.05$ 。

2 結果

觀察發現兩組患者接受綜合治療後均有不同程度的功能改善。而兩組在治療前運動功能評定結果無顯著性差異,治療3個月後運動功能評定結果出現了明顯的不同,對兩組治療前與3個月後治療後評定結果分別進行了比較,結果發現功能提升的效果治療組明顯優於對照組($P<0.05\sim0.01$)。見下表

兩組患兒治療前後GMFM評分比較(% , $X\pm s$)

	B區	D區	E區	GMFM 評分	
治療組 (20例)	42.36±0.88	18.62±0.94	35.48±0.92	32.72±0.83	治療前
	48.55±0.86	27.76±0.83	41.39±0.85	40.27±0.91	治療後
對照組 (20例)	43.17±0.92	18.59±0.90	35.35±0.89	32.65±0.85	治療前
	46.79±0.89	25.24±0.87	38.21±0.90	36.77±0.92	治療後

注:與治療前相比, $P<0.05$,與對照組相應時間比較, $P<0.01$ 。

3 討論

近年來隨著腦性癱瘓逐步為大家所認識,腦癱兒童的康復手段越來越豐富,在運動療法中不管是盛行已久的Bobath技術,還是新興的核心穩定訓練或者運動控制。他們都認可並遵循小兒的運動發育規律,從近端到遠端的發育,及中樞側向末梢側發育,比如上肢的功能是先獲得肩胛帶的穩定性以後,手的精細動作才得以發育,下肢的功能是在取得髖關節的穩定性以後,足的運動才得以發育。目前,腦性癱瘓的康復注重的是綜合康復,我們的目的也是為了腦癱兒童的全面康復進而回歸家庭、回歸社會。那麼我們在進行康復訓練的同時就應該顧忌其他相關方面,利用甚至融合各種技術的優勢以達到我們所要的康復目標。自由體操的動作簡單,紛繁多樣,動作涵蓋面廣,包括頭頸、

軀幹、四肢(包括腳和手)以及肩和腕等關節的動作與動作控制均有適當的要求，將音樂、韻律和上下肢及軀幹的全身運動相結合，達到鍛煉各部分肌肉、關節的作用。這對於學齡腦癱患者的康復訓練來講有非常明顯的意義。

本研究表明，將第九套廣播體操適當的改變成的自由體操應用於學齡腦癱的康復治療中，對改善其運動能力提高康復療效有較為明顯的意義。

4 參考文獻

- [1] 陳秀潔，李樹春. 小兒腦性癱瘓的定義、分型和診斷條件[J]。中華物理醫學與康復雜誌，2007，29，(5)：309。
- [2] 常冬梅·Bobath理論與歷史的變遷[J]·中國康復理論與實踐，2011，17(9)：801—804.
- [3] 馬丙祥，張建奎，鄭宏·核心穩定性理論與腦癱康復[J]·中國兒童康復，2010，2(2)：50—53.
- [4] 史惟，廖元貴，楊紅，等·粗大運動功能測試量表與Peabody粗大運動發育量表在腦性癱瘓康復療效評估中的應用[J]·中國康復理療與實踐，2004，10(7)：423—424
- [5] 王春平·動作示範在廣播操教學中的合理運用[J]·考試週刊，2011，16(6)：137-138.
- [6] 巨耐虎·廣播操也能發揮大作用[J]·甘肅教育，2012，20(2)：28-30。

作者通訊：姜積華，廣東三九腦科醫院 治療師

地址：廣州市白雲區沙太南路 578，510510

郵箱：jiangjihua_1983@163.com

以肩關節控制訓練為主改善不隨意運動型腦癱患兒精細動作的個案研究

【摘要】

對 1 例不隨意運動型腦癱患兒在進行 OT 訓練時，在對該患兒的粗大運動功能、精細運動功能、語言交往能力等各項功能進行評估的基礎上，對其制定了個性化的作業治療計畫，該治療計畫主要以肩關節控制為主。經過 2 個月的訓練，患兒在精細動作方面的能力有了明顯改善。

【關鍵字】腦性癱瘓，康復，肩關節，精細動作

不隨意運動型腦癱是由椎體外系損傷引起的，是一種常見的腦癱類型，占有腦癱的 20% 左右，是臨床上治療效果較差的腦癱類型之一，尤其是其精細動作能力更是較難得到很好改善，由此也導致該類型腦癱患兒獨立生活最困難。因此，如何改善不隨意腦癱患兒的精細動作能力，提高其生活品質是擺在作業治療師面前的一道難題。本人結合臨床工作經驗發現通過加強肩關節控制，增強肩關節的穩定性對改善不隨意運動型腦癱患兒精細動作能力方面意義重大。

1 研究物件

患兒余某，男性，5 歲，因“說話困難，發音不清晰，流涎，四肢活動不自主至今”於 2014 年 06 月 04 日來我康復中心進行康復治療。

2 研究目的

本研究著重對不隨意運動型患兒在進行作業治療時，著重加強肩關節的控制與穩定性訓練，力爭能夠在較短時間內最大程度上改善其上肢的精細操作能力以及日常生活自理能力（ADL），促進較快回歸家庭，提高生活品質。

3 研究過程

3.1 評估診斷 該患兒的診斷及臨床分型符合 2006 年中國康復醫學會兒童康復專業委員會、中國殘疾人康復協會小兒腦癱康復專業委員會提出的標準，為不隨意運動型小兒腦癱，系錐體外系受損所致。雙上肢存在的主要問題：右上肢活動時不自主晃動明顯，定位差，右手全掌抓物困難；左手剪式抓物，左手可完成搭塔 3 塊、擰瓶蓋、塗鴉、拔放木釘；雙手不能完成拍手、穿珠子、解系扭扣、模仿搭樓梯、折紙等雙手協調及手眼協調運動；日常生活動作大部分依賴。根據以上的問題，為該患兒制定的近期治療目標是：1.提高右手的抓握能力 2.雙手能完成拍手動作；遠期目標：獨立進行日常生活自理。

3.2 康復訓練方法 根據以上的評估診斷，為患兒設計了如下作業治療訓練方法，主要為提高肩關節的控制及穩定性而設計：1.右側肩關節的控制相對較差，因此特針對右側肩關節進行穩定性的訓練①：肩胛骨的被動迴旋運動；②：肩關節擠壓：患兒取坐位，治療師向肩關節外展 90 度方向進行肩關節擠壓；③：患兒坐于齊胸水準高度桌前，讓其向前方伸展上肢，促進肩胛帶與上肢的分離運動；④：抵抗適當阻力行聳肩、肩前屈、外展、觸摸對側肩膀、屈肘訓練（治療師徒手給予阻力），用以增強右側肩關節周圍肌群的力量；2.為了改善其雙上肢的非對稱性姿勢，提高雙手的對成性動作，採取了如下訓練方法：①患兒坐位，治療師坐于患兒身後，握持患兒雙肘關節，使其雙上肢于身體正前方推重物：如桌子、牆壁等等。②患兒坐位，治療師坐于患兒身後，握持患兒雙肘關節，使其前臂旋後，且軀幹稍後傾行雙上肢後方支撐訓練；③患兒坐位，治療師坐于患兒身後，握持患兒雙肘關節，給予適當

助力，讓患兒進行舉高綁有兩斤重的體操棒訓練。3.抓握訓練：①右手抓握大號木釘盤並放進木釘盤的全掌抓握訓練；②右手前三指抓取正方體木塊訓練；4.雙手協調訓練：患兒左右手交替側方拍皮球、雙手同時側方拍皮球、舉高投皮球訓練。5.穿戴特製坎肩：根據該患兒情況，特將其一日常所穿坎肩進行改良：該坎肩採用彈性較好且較厚的材質布料，在兩肩腋關節處分別縫有一帶拉鍊的口袋，該口袋可裝不同重量的顆粒物：如米袋、沙袋、鐵砂袋等，用以在平時家庭訓練時使用，提高其肩關節的穩定性。以上1、2訓練方法看具體情況一次各選擇1~2項，15分鐘/次，5次/周；3方法5分鐘/次，5次/周，訓練一個月；4方法5分鐘/次，5次/周，第二個月開始進行，訓練一個月。

4 結果

在2個月的康復訓練結束後，對患兒的精細動作、ADL能力進行了評估：雙手能夠完成中線合握、拍手動作，右手能主動丟小球，雙手能完成穿成傳遞動作；可緩慢獨立用右手持勺進食，但常有食物灑落。

5 討論

人的自主運動雖然由錐體系啟動，但必需錐體外系的參與，錐體外系損傷後，突出的表現為肢體運動的不隨意，出現不自主動作，這種不隨意動作在安靜、情緒放鬆、姿勢穩定、睡眠時消失，在受到驚嚇、刺激、試圖完成某些動作或保持穩定時有意識動作時出現。該患兒的上肢不隨意動作便表現的尤其明顯：當患兒右手試圖伸手取物時，上肢外展稍後伸，不自主晃動明顯，常打翻物體，手指過度伸展而後屈曲，全掌抓握困難，拿不到想拿的物體；釋放物體時採用上肢縮回、手掌張開、手指過度伸展的方式。同時，頭頸會歪向左側，左側上肢產生屈曲、旋前、拇指內收，手握拳，手指屈曲的姿勢大力按壓住桌面或身體，進行固定用以穩定姿勢；雙手不能合在一起，無法進行拍手、穿珠子、解系扭扣、模仿搭樓梯、折紙等雙手協調及手眼協調運動；且右手不能到口，右手無法進行進食活動。

患兒上肢表現出以上的不隨意運動具體分析有如下原因：首先，該患兒的原始反射殘存。受非對稱性緊張性頸反射的影響，四肢常表現為一側屈曲、一側伸展，呈“拉弓射箭”或“茶壺狀”姿勢；其次，姿勢性肌張力波動明顯，難以維持穩定的姿勢。由於相反神經支配障礙，缺乏維持姿勢張力、關節固定、身體近位端同時收縮的能力，因而不能維持抗重力姿勢，不能維持中間體位，特別是頭部的控制調節能力最差，不能保持穩定的姿勢。再次，肩關節缺乏穩定性。主要體現在三個層面：第一，缺乏肩胛帶的穩定性：在小兒的生長發育過程中，只有形成了脊柱的伸展模式與屈曲模式相協調以後，才能保證肩胛帶的穩定性，以及用上肢負荷體重和體重移動時肩關節進行屈曲與內收活動。而由於該患兒相反神經支配發生障礙，肩胛帶周圍肌肉不能進行同時收縮，因此肩胛帶缺乏穩定性，這時患兒在各種活動中就會用肩關節的外展、後伸來代償，用以增強肩胛帶的穩定性，造成了肩胛帶與上臂間產生了聯合運動，在活動上肢時出現翼狀肩胛，以致肩胛骨的穩定性得不到發育。阻礙了患兒上肢與肩胛骨的分離運動，同時阻礙上肢向各個方向的伸出與精細動作，這種情況下，患兒為了使體重向側方移動便將頭部向負荷體重側傾斜，不能矯正至正中位，因此，就不能產生頭部與軀幹適當的矯正反應，使身體姿勢不對稱。第二，肩關節生理構造的特殊性加劇了患兒上肢的不隨意運動。廣義的肩關節由肩肱關節、盂肱關節、肩鎖關節、胸鎖關節、喙鎖關節、肩胛胸壁關節六個關節組成。由於肩肱關節是由肩胛骨的關節盂與肱骨頭連接而成的球窩關節，因肱骨頭遠大於關節盂的面積，且韌帶薄弱、關節囊鬆弛，故肩肱關節是人體中運動最靈活的關節。於是，肩關節的該種生理構造進一步加劇了上肢的不穩定性以及不隨意運動。

由上述內容可知，除了常規的大家所關注到的對不隨意運動型患兒的訓練需要抑制異常姿勢、促進肌肉的同時收縮以外，加強肩關節的穩定性與控制能力顯得極其關鍵。肩關節的穩定性主要依靠靜態穩定結構與動態穩定結構來維持。靜態穩定結構主要包括軟組織、喙肩韌帶，盂肱韌帶、盂唇、關節囊以及關節面的相互接觸、肩胛骨的傾斜和關節內壓力。肩關節的動態穩定結構主要包括肩袖（岡上肌、岡下肌、小圓肌、肩胛下肌）、肱二頭肌及三角肌，其中，肩袖是維持動態穩定的關鍵。岡上肌通過將肱骨頭向關節盂牽拉來保持肩部的穩定；岡下肌、小圓肌在岡上肌被啟動後，能外旋肱骨頭，並且通過關節加壓來穩定肩關節。另外，肩關節運動的主要相關肌肉還有：肩胛提肌、菱形肌、上斜方肌、下斜方肌、胸大肌、背闊肌等。肩關節周圍肌肉在運動過程中收縮產生動態穩定作用，其作用機制體現在四個方面：肌肉本身的體積及張力，肌肉收縮導致關節面之間壓力增高、關節的運動可以間接使周圍靜態穩定結構收緊以及收縮的肌肉本身有屏障作用。

綜上所述：肩關節控制與穩定性與全身姿勢的穩定與控制是相互影響相互促進的，在改善不隨意運動型腦癱患兒的精細動作能力以及日常生活動作能力方面具有重要意義。在今後的康復訓練過程中，尤其是作業治療師在關注抑制其異常姿勢、促進上肢肌肉共同收縮的同時應該加強肩關節的控制以及穩定性訓練，以求在較短時間內能夠最大程度的改善該類型患兒的生活品質，促其早日回歸家庭，回歸社會。

【參考文獻】

[1]陳秀潔.兒童運動障礙和精神診斷的診斷與治療[M].北京：人民衛生出版社，2009

[2]李曉捷.實用小兒腦性癱瘓康復治療技術.北京：人民衛生出版社，2009.8

[3]戴紅.人體運動學.北京.人民衛生出版社，2008.3

[4]陳秀潔.小兒腦性癱瘓的神經發育學治療法.鄭州:河南科學技術出版社，2012.8



柒、
兒童作業治療
經驗分享

關於親子教養 值得職能治療師傳遞給 父母的三個觀念

彰化基督教醫院職能治療組組長

彰化縣職能治療師公會理事長

陳宜男

多年的臨床實務經驗有一個深切的體悟，儘管提供再優質的教育或療育，成效總會差那臨門一腳，而造就成功的關鍵，就在於「父母」身上，唯有落實居家延伸教育，才能讓整個療育更加完整。「父母的教養態度決定孩子的成長動能」而正確的教養態度則建立在以下三個基礎之上：『知識』、『陪伴』與『用心』。

前陣子有一位心急如焚的母親帶著孩子（小萱）來找我，根據媽媽陳述，小萱今年 6 歲 2 個月，是家中唯一的小孩，就讀大班，認知學習方面沒有問題，但小萱不太喜歡動態的遊戲，並排斥在幼稚園中一切的動態遊戲，也經常被其他小朋友取笑，甚至會有嚴重的情緒反應，導致小萱與其他小朋友的互動出現了問題，個性也日趨封閉。

在會談中談及家庭教養的方式，發現父母的教養觀念存在著一定程度的問題！當天，我陪小萱玩了一下粗大動作的遊戲，發現小萱並不排斥這類的活動，只要在適當的引導下小萱可以玩得十分開心！當天治療結束後，我先教了媽媽幾個球類遊戲作為居家活動，請她回家後每天定時「陪」著小萱玩。

當小萱第二次來到治療室，媽媽很得意的跟我說「陳治療師，我照著你教的方法陪小萱玩幾天，好神奇，他突然會接球了，而且還會主動找我玩球耶！以前都沒有這樣的經驗！」

探究原因，父母對於小萱疼愛有加，因為父母平時工作很忙，大都將小萱寄放在祖父母家，加上小萱平常不吵不鬧，是個非常乖巧的小孩，因此小萱大部分的時間都可以自己安靜得玩玩具、看故事書或畫圖，因此父母產生了以下誤解：

1. 小萱很乖巧很獨立，加上父母平常也沒什麼時間陪小孩，父母很放心的讓小萱自己玩。
2. 祖父母僅能提供小萱一般生活上的照顧，較無法陪伴遊戲與學習。
3. 父母認為小萱是女生，畫圖與閱讀很適合她，也很積極的栽培這類的興趣（如上繪畫課程、購買許多繪畫相關的書籍和教具）。
4. 父母認為玩球不重要，也不會有甚麼大問題，而且認為在操場才能練習跑步，剛好住家附近又沒有操場，所以不知道該怎麼辦。

綜合歸納可以初步得知父母的親職能力可能出現了以下的問題：

1. 先入為主的「男女有別」觀念而限制了孩子的興趣。

2. 父母缺乏時間陪伴孩子。

3. 父母較重視靜態活動(閱讀、繪畫等)，因此花費較多心力在培養小萱這方面的能力；至於動態性的遊戲，父母著墨太少且缺乏概念，例如談到感覺統合，父母也不太理解。

其實只要父母將對於小萱靜態活動般的「用心」轉移到動態活動上，多花點時間閱讀相關的書籍（如感覺統合與體適能的書籍等）和構思動態性的遊戲；此外，動態活動需要的是「陪伴與互動」，玩起來才會有趣，例如拿球丟牆壁自己接和兩人互相丟接球，有趣程度一定會有差別，因此可以全家一起規劃一些互動性的動態遊戲，在互動與競賽之下，小萱一定會對動態遊戲逐漸感到興趣。父母親是孩子發展最重要的「催化劑」，用心有多少，陪伴有多少，孩子的發展就會有多少！

良好的教養態度則建立在三個基礎之上：『知識』、『陪伴』與『用心』

1. 知識

孩子要有良好的發展，父母就必須掌握孩子身心靈成長的關鍵鑰匙，而這關鍵鑰匙即是「發展里程碑」。我們必須清楚的知道孩子在每個階段需具備的能力與技巧，這樣才能提供切合孩子年齡的訓練與添購適當的玩具，不至於事倍功半。

此外，所有的成長都是按部就班的，唯有將基礎打穩，才能往下一個階段邁進，例如孩子要有良好的離地爬行能力，就必須要學會如何將自己的身體撐起來趴著；孩子要有良好的行走能力，就必須學會讓自己站得穩。緊記，揠苗助長反而會讓孩子感受到壓力，並進而對活動失去興趣甚至產生排斥。

2. 陪伴

現代的孩子，有三個代理父母：祖父母、保母與 3C 用品，許多父母總是把「要賺錢養家活口，沒空陪孩子」掛在嘴邊，導致疏忽了孩子的成長，並失去了與孩子之間的「親情」與「互動」。臨床上，普遍發生的現象為到了孩子讀小學之際，父母開始接手孩子的學習，才愕然發現孩子的成長出了問題，卻已過了最關鍵的 0-6 歲成長黃金期。其實，父母雙方每天只要各撥空半小時陪陪孩子玩遊戲、閱讀或運動，就可獲得意想不到的正向效果！

3. 用心

光是具備『知識』與『陪伴』還不夠，父母還需要用心的去規畫與經營孩子的學習與遊戲。父母必須主動探索孩子感興趣的學習或遊戲題材（例如觀看孩子喜歡的卡通或書籍等），運用這些題材提升孩子參與的動機；此外，也必須時時刻刻動腦筋讓學習或遊戲方式更加活潑。用心的父母，會記住孩子每一個重要的日子；用心的父母，會想盡辦法逗孩子開心；用心的父母，會竭盡所能瞭解孩子的想法與需求；用心的父母，永遠會把「家庭」擺在第一位！

最後，提供幾個問題讓各位進一步的思考：

1. 您如何看待「學步車」？是「學步」還是「移動監獄」？
2. 您如何看待「小班認識數位與注音符號，中班學習寫數位和注音符號，大班練習拼音和寫國字」的觀點呢？
3. 現在的住家環境大都無法提供孩子獨立的遊戲/學習空間，您該如何提供建議呢？
4. 父母捨不得買玩具，您該如何提供建議呢？

以上問題，沒有正確答案，但如果您努力思考，一定會對您未來與父母互動有很大的幫助。

三位兒科/兒童精神科職業治療

《 我與兒科職業治療 》

蘇曉紅

職業治療師

「職業治療」的名字好像跟小孩子完全扯不上關係，而且職業治療這行業亦不算是人所皆知的行業，所以很多時候亦需要花點時間讓小孩、家長及照顧者明白我們的治療目標及服務範疇，以配合共同的治療路向。「職業治療」源自翻譯英文 Occupational Therapy，而小孩的 Occupations(職業)就要視乎他/她的角色。一般孩子在成長階段都會擔當不同的角色，如學生、兒女、兄弟姊妹、同學、朋友等...而上述所提出的每個身份角色都像述說了他們隨之而來的發展性任務，例如學生需要一定的寫字技巧、專注力、生活管理技巧、情緒及社交技巧等...而職業治療正正就是一種針對短暫或永久性身體、心理、行為、智力、社交方面之殘障人士，提供以個人或小組的康復治療專業。

職業治療為兒童提供的服務很廣泛，小至功能性的小肌肉、視覺感知、感覺統合、動作協調訓練，大至日常生活自理、情緒社交甚至乎家庭管教及輔導。感謝我院楊姑娘的循循善誘、同事間的互相交流以及資源的配合，讓我們能想出更多具治療價值而且創新有趣的活動！在工作上，看到孩子能夠有所進步以及享受其中的過程，是我最大的滿足感，盼望這能成為一份推動力，讓我們這群職業治療師團隊不斷進步。



我有句諺語想跟大家分享 — 「授人以魚不如授人以漁」，我常以此提醒自己，亦藉此機會互相勉勵。很多時候我們都會著眼于解決病人眼前的障礙，但只有用授人以漁的思維方式，才能為他們想多一步、想得更遠。作為一位初職的職業治療師，我不敢自誇一定可以幫助到各類型的病人在學習、娛樂及自理方面都能夠有所改善，但我與自己的專業都抱著同一個信念，就是會盡心盡力透過切合病者需要以及具治療性質之活動，幫助接受治療人士掌握所需生活技能，協助他們重返家庭、重回工作崗位、重新投入社群生活，以實現獨立、有意義和豐富的人生。

《穿著惡魔外衣的小天使》

沈素儀

香港職業治療師

我是二零一三年五月從職業治療學系畢業的新鮮人。畢業後加入了現職的急症醫院到現在有一年多。這一年過得很快，在節奏急速的步伐下不斷摸索，每天都有不同的挑戰和學習。今天的分享正好是一個機會可以慢下來好好的想想自己的工作，還有當中的感受。

在九月中，我迎接了我第一次的工作崗位調動（rotation）。我從內科調去了令我又驚又喜的兒童及青少年精神科。

首先說說為什麼是「喜」呢？因為我由讀書的時代起就特別鍾情兒科。小朋友的反應天真直接，喜歡就是喜歡，討厭就是討厭。只要可以用對了溝通的方法，他們就會跟著指示一步步去做治療。另外，兒科最常用的治療媒介就是玩具，色彩繽紛，有的會動，有的會播放音樂，為治療的過程中增添了不少歡樂的氣氛。在大學二年級時，我就是到了職業治療部的兒科展開了我在第一次為期八星期的長實習。在那次的學習經驗裡，我開始對職業治療重視的「全人關顧」有了實體的印象，不再流於紙上談兵。也是從那次實習之後，讓我有興趣繼續在這方面發展。

但又為什麼「驚」呢？因為「兒科」跟「兒童及青少年精神科」是不同的領域啊。兒科的小朋友，大多數是體能障礙，如發育遲緩、發展性協調障礙等。但後者的小朋友主要是自閉症和過度活躍症為主，在治療的方向和方式也跟兒科有很大的出入。在最後一次的實習，我也曾經有一半的實習時間接觸過兒童精神科，那次的經驗不是很成功，也實在讓我對這個領域有了膽怯的感覺。我就是抱著這種戰戰兢兢的心情接受了這個挑戰。

我有大部份的時間是給住院病人做治療的。他們入院的原因各有不同，但總結來說，也是出現了一些問題，或行為上的，或情緒上的，讓家人難以處理和照顧，需要住院觀察再詳細地擬定治療計畫。當中，職業治療在功能訓練上扮演一個很重要的角色，例如社交技巧、專注力、自理能力等。因此我需要經常出入病房開小組和為個別的病人提供切合他們所需的訓練。

最初，我是十分緊張的。在還沒有接觸過這類小朋友的時候，我完全沒辦法想像有人可以因為在遊戲中落後了一分，或是懷疑別人偷看了他手上的牌而大發脾氣。破口大罵、口角、肢體碰撞可以一經引爆後接連出現，讓人措手不及。另外，也有特別考驗治療師情緒智商的時候，就是遇上有對立反抗性疾患（Oppositional Defiant Disorder）的小朋友，故意不服從治療師的指示，甚至搗亂讓小組無法進行。可想而知，這些小朋友在醫院外面對的困難會是何等的大。他們很難接受自己的測驗分數不及他人高、不能輸掉遊戲、因為會留意不到別人的表情和感受而交不到朋友。

遇上治療過程不順利的情況故然讓人氣餒，感覺很多準備和努力都白費了。但隨著日子，我看到了部份小朋友開始改變。從很容易發脾氣、不懂表達情緒、自我中心，開始了會接受挫敗，可以更好的控制自己的怒氣，也可以懂得禮讓。當然，他們還是很需要旁人的協助和提點，但是他們也真的因為治療師和整個治療團隊的合作，漸漸的裝備了自己一些協助他們融入社群的技巧。

看著他們的進步和成長，讓我感到滿足。當然，在這個領域中還有很多很多我需要學習的地方，例如：不同的治療理論和實踐、跟家長的協調技巧等。但我相信他們的笑容和一聲聲的「沈姑娘」會成為我最大的動力，繼續令自己成為一個更好、更能幫助他們的職業治療師。

《 期待已久的兒科 》

陳慧玲

香港職業治療師

在大學讀書的時候，我們可以根據自己的興趣去選擇實習範疇，但因為有興趣在兒科實習的同學太多了，所以我一直都未有機會嘗試。幸運地，終於在我工作三年後，我有機會接觸兒科。我首先接觸的是兒童普通科，大部份小孩子主要是發展遲緩。每次見到家長們都請假陪同子女出席治療，亦感受到家長們對子女的關心，使我更盡心盡力地去訓練每一位小孩子，更想學習更多有關兒科的知識。

現在，我主要的工作範疇是為職業治療部兒童精神科的小孩子提供小組和個別訓練，當中大部份的小孩子都是被斷診為自閉症譜系或過度活躍症。一天，一位就讀小學二年級的女孩 Anna 和媽媽一同來應診。這次治療的目的是為 Anna 提供書寫及小肌肉評估和訓練。Anna 在評估期間怒氣衝衝，不斷埋怨而且表現得很不合作；我起初亦不以為然，細問之下才知道原來 Anna 因為要來做治療，所以不能參加當天學校的課外活動，一星期只有一次的課外活動而且還是她喜愛的非洲鼓。最後我決定不繼續為 Anna 做評估(因為即使完成評估，評估結果也不能如實反映 Anna 的情況)，於是我改為和她玩遊戲作訓練，最後我和 Anna、Anna 媽媽商討下決定下次的治療時間儘量不和她的課外活動時間有衝突，以及預先告知下次治療要完成評估測試。這個時候，Anna 說：「下一次我都要見陳姑娘。」我回答說：「下次再見。」

小孩子表達的方式是最直接的，他們不懂得加上任何修飾和美化。他們不像成年人能夠專心地做同一個訓練(例如：寫字 15 分鐘)。故此，當他們在治療期間感到沉悶時，就會表現得不合作、不專心等。所以，職業治療師需要透過不停轉換玩具來為小孩提供訓練。現在我在平日逛街的時候，總會不自覺地留意身邊的小孩子正在玩什麼玩具，玩具店的櫥窗又擺放了什麼玩具等等，好像是回到童年時的情景。

在我的眼中每一個小孩子都是天使或小魔怪的化身，但他們的行為總是令你回心微笑，捨不得責怪他們。小孩子的發展迅速，只要為他們提供一個合適的學習環境和機會，一個月前後他們的發展就已經會進步了不少。每次治療結束後，我都期待下次為他們的治療，亦期望他們每一次的進步。所以，我很享受身為兒童精神科職業治療師這份工作。





捌、

國際作業治療研討會暨中
國康復醫學會第五屆全國作
業治療論壇



2015 國際作業治療研討會

暨中國康復醫學會第五屆全國作業治療論壇

第三次會議通知

- 主辦機構：中國康復醫學會、香港職業治療學院
 承辦機構：深圳市康復醫學會
 會議時間：2015年3月20-22日 (3月19日報到、23日參觀深圳或香港康復醫院)
 會議地點：維也納國際酒店(深圳北站店) 深圳市龍華新區致遠中路2號深圳北站西廣場
 會議主題：功能、生活、健康與幸福
 會議形式：主題演講、分組專題講座、操作演示、論文報告、作業治療專業資料展覽、康復產品展覽
 參與者：作業治療師、康復治療師、醫師及護士、社會工作者、康復管理人員、作業治療或康復治療學生及教師、以及各界殘疾人工作者。
 會議徵文：我們誠邀您向會議“論文發表”環節投稿。
 報名方式：參加者需網上註冊，註冊費在網上註冊完成後經電子交易平臺支付，系統自動把收據發送到參加者電郵信箱
 招商聯絡人：王玉龍，張瑞昆(臺灣)

研討會註冊費用：

代表種類	提前報名 2015/02/18 截止	正常註冊 2015/03/18 截止	現場註冊 2015/03/19
一般會議代表	1100	1300	1500
一般會議代表 (只限香港OT, 參加 3月21-22日兩天會議)	800	1000	1200
全日制在校作業治療學生	300	1300	1500

注意：

- 會議名額有上限，所有代表及工作人員均須在網上報名，滿額後不接受現場報名及不安排住宿。
- 全日制在校作業治療學生網上報名時要上傳學生及學科證明文件

重要日期:

2015-02-18

截止提前註冊 /開始正常網上註冊)

2015-03-18

截止網上註冊

學術活動內容:

查詢:

呂星 13751060072 zhfddm@126.com

邱嘉欣 13510525731 ka_star@163.com

大會網頁：www.hkiot.org/2015iotc

主題演講嘉賓：

	<p>Professor E Sharon Brintnell Director of the Occupational Performance Analysis Unit (OPAU) Department of Occupational Therapy The University of Alberta, Canada Past President, World Federation of Occupational Therapists 世界職業治療師聯盟 前任主席 加拿大</p>		<p>周一嶽醫生 香港平等機會委員會 主席 香港食物及衛生局 前任局長 香港</p>
	<p>林克忠教授 教授兼醫學院總務分處 主任 國立臺灣大學醫學院職能治療學系 臺灣</p>		<p>黎穎強先生 中國殘疾人康復協會理事 中國殘疾人康復協會社區康復 專業委員會常務理事 中國殘疾人聯合會“居家康復” 專案深圳負責人 深圳</p>
	<p>黃錦文先生 香港職業治療學院 會長 香港大埔醫療職業治療部部門經理 香港</p>		<p>梁國輝先生 香港職業治療學院 副會長 香港伊利沙伯醫療職業治療部 部門經理 香港</p>

已答允邀請的嘉賓及報告題目 (暫定)

專題	題目	講者
主題演講	Happiness and Well being comes from the Ordinary Everyday Things in Life	Sharon Brintnell (加拿大)
	Healthcare, Rehabilitation and Equal Opportunities	周一嶽 (香港)
	深圳市殘疾人居家康復服務與ADL探究	黎穎強 (深圳)
	The Pursuit of Happiness through Active Participation in Occupation	黃錦文 (香港)
	The Bridge to Happiness	梁國輝 (香港)
手康復	Rehabilitation program following hand allotransplantation	張瑞昆 (臺灣)
	僵硬手的預防和康復治療	王駿 (無錫)
	臂叢神經損傷的康復	陳少貞 (廣州)
	十指雙前臂完全離斷再植成功	張子清 (深圳)
	促進手功能訓練支具新設計	黃錦文 (香港)
脊髓損傷康復	脊髓損傷病人利用機器人訓練與傳統職能治療之比較	柯宜峰 (臺灣)
	BTE 在脊髓損傷康復中的應用	顧越 (北京)
	脊髓損傷患者活動和參與的促進	李奎成 (廣州)
	Community Integration for people with spinal cord injuries	陳寶珊 (香港)
神經康復	Prospective memory problems in patients with neurological disorders: assessment and cognitive rehabilitation.	文偉光 (香港)
	Assessment and training of unilateral neglect in people after stroke: An update	方乃權 (香港)
	電腦輔助作業治療新發展：人工智慧認知訓練	葉智斌 (香港)
	腦卒中後單側忽略的研究進展及臨床研究分享	楊永紅 (四川)
	腦卒中患者的吞咽訓練	竇祖林 (廣州)
	腦卒中後的習得性廢用	危昔鈞 (廣州)
	Effects of working memory training for expressive aphasia.	葉香君 (臺灣)
	香港作業治療七級上肢功能系統訓練方法	陳剛 (香港)
	作業治療在中風患者上肢訓練新趨勢	林翠明 (香港)
	利用非同步腦波律動之評估研發鏡像治療系統	李秉家 (臺灣)
	腦卒中後肌張力增高和痙攣的作業治療	林國徽 (廣州)
功能、生活、健康與幸福	職能治療如何提升生活品質	呂淑貞 (臺灣)
	Lifestyle Redesign and Mental Health	何靜雯 (香港)
	Hope Therapy Programs' to improve health and wellbeing of clients with chronic disease	吳倩華 (香港)
OT教育	作業治療學歷教育在內地的最新發展	敖麗娟 (昆明)
	Student pre-discharge communication with patients and their families	Kit Sinclair (香港)
內地OT發展的現狀	內地作業治療發展現狀與展望	閻彥甯 (河北)
	綜合醫院開展 OT 面臨的機遇和挑戰	陳少貞 (廣州)

與展望		戴玲 (南京) 危昔均 (廣州)
	康復專科醫院開展 OT 面臨的機遇和挑戰	李奎成 (廣州) 林國徽 (廣州) 顧越 (北京)
	OT 教學中面臨的困難和挑戰	胡岱 (昆明) 胡軍 (上海) 楊永紅 (四川)
國際作業治療服務新發展	OT Service in Canada	Sharon Brintnell (加拿大)
	OT Service in Hong Kong	鄭慧慈 (香港)
	OT Service in Malaysia	Teoh Jou Yin & Teoh Ter Fu (馬來西亞)
	OT Service in Taiwan	張自強 (臺灣)
	OT services development in internet-connected cities	劉志豪 (香港)
心理健康	Development of OT Mental Health Service for adult psychiatric patients in public hospitals in HK - Challenges and Opportunities	Maurice Wan (香港)
	Recovery in Action: OT Programs for adult mental health services in public settings in HK.	June Chao (香港)
	無錫同仁國際康復醫院精神 OT 服務模式	蘇彬 (無錫)
	OT 運用團體動力模式於精神疾患之介紹與成效	劉靖旋 (臺灣)
	Community Mental Health Service - Personalized Care Programme, in HK	Menza Chu (香港)
	職業治療在香港綜合社區精神健康服務中的角色	Liu Yuet Ming (香港)
	臺灣精神社區復健之現況與發展	呂淑貞 (臺灣)
職業康復	廣東工傷康復中心職業康復服務的現況與發展	徐豔文 (廣州)
	臺灣職能治療在職業重建之角色與發展	陳美香 (臺灣)
	重返工作心態強化訓練	梁國輝 (香港)
老人康復 (認知障礙)	Cognitive Rehabilitation for Psychogeriatric Patients in Hong Kong	Grace Lee (香港)
	Application of Montessori Programme for Persons with dementia in Long Term Care Home	Doreen Ho (香港)
	職能治療在失智症團體的介入	張自強 (臺灣)
家居及社區 康復	居家康復的評定量表	王玉龍 (深圳)
	Occupational Therapist Role in Geriatric Community Services	劉志豪 (香港)
	社區復健模式與專業團隊的合作	張廷宇 (香港)
生活輔具應用	深圳輔助器具適配服務或生活中的無障礙環境——輔助器具適配應用	範佳進 (深圳)

	漸凍人(運動神經元疾病)的溝通輔具。	張瑞昆 (臺灣)
	Facilitating Community Rehabilitation through i-Rehabilitation and Assistive Technology	陳潔玲 (香港)
兒童	職業治療在心光 - 視障兒童復康	鄧美妙 (香港)
	自閉症兒童的認知功能訓練	葉香君 (臺灣)
	Social Competence Training Program for Adolescents with ASD	潘恩賜 (香港)
	職業治療如何幫助有肢體障礙的學前兒童提升生活參與	羅尚芊 (澳門)
	為有特殊需要之學童所提供的作業治療	盧景鴻 (香港)
	腦癱感覺統合與神經發育學治療	姜志梅 (黑龍江)
	電腦科技于兒童寫字障礙之應用	張韶霞 (臺灣)
作業治療新角色	從醫院出發--臺灣職能治療服務的拓展	陳豫中 (臺灣)
	OT as Consultancy for Elderly Housing and Universal Design Community	吳倩華 (香港)
	The challenge of OT private practice - the past 25 years and into the future	Shelley Chow (香港)
作業治療新科技	雙側上肢機械協助訓練在中風復建的應用介紹	張志仲 (臺灣)
	New technology in cognitive rehabilitation in occupational therapy	Marko Chan (香港)
天災後作業治療的工作	Building occupation-based resilience in disaster-prone communities	Kit Sinclair (香港)
	地震災害後作業治療應用與反思---.基於病案加拿大作業活動量表評估的多元回歸分析	朱毅 (南京)
	臺灣莫拉克颱風重災區長期照顧服務之推展經驗	林采威 (臺灣)
中國傳統康復與作業治療	腦認知功能的中醫康復研究	楊珊莉 (福州)
	少林內功對慢性阻塞性肺氣腫 (COPD) 肺功能影響的研究方案探討	孫武權 (上海)
	理筋手法聯合 CPM 在膝關節置換術後康復指導中的應用	白玉 (鄭州)
	腹針治療中風後肩痛的臨床觀察	陳紅霞 (廣州)
	中醫傳統康復概述及其與作業療法的關係	王祚邦 (深圳)
	刺絡放血拔罐療法治療急性缺血性中風	金遠林 (深圳)
	針刺頸肌起止點治療頸源性高血壓的臨床研究	陳東風 (深圳)
	針刀配合中醫作業療法在肩周炎康復中的作用	秦少福 (深圳)
	平樂郭氏榮肌揉筋法治療關節僵硬的臨床研究探討	蔣擁軍 (深圳)
工作坊	上肢復康支具製作示範	張永強 (香港)



中華 OT 電子季刊編輯委員會

黃錦文 香港職業治療學院

張瑞昆 臺灣高雄長庚醫院

林國徽 廣東省殘疾人康復中心

李奎成 廣東省工傷康復醫院

顧越 中國康復研究中心

屈雲 四川省華西醫院康復醫學科

陳少貞 中山大學附屬第一醫院康復科

本期責任編輯:張瑞昆



Thank You!