



2017 年 9 月號

中華 OT 電子季刊

The Chinese OT e-Newsletter



編者的話

這一期中華 OT 電子期刊出刊日，剛好碰到中國人最重要的節慶「中秋節」，先祝各位中秋節快樂—中秋月圓人團圓！

這一期的主題是「兒童作業治療」，從華人地區來看，台灣在兒童的作業治療發展起步甚早，確實是多樣的發展，不單單是醫療體系的作業治療，在特殊學校、在福利機構、在個人的開業場所、甚至在各種專業的技術及行銷推展上，都看到作業治療的蓬勃發展。大陸內地的這幾年對兒童康復的推展也是相當的積極，但因為專業分工尚未非常成熟，許多服務兒童領域的人員如一般教師、體育老師、特教老師、幼保員、教師助理、護士、康復治療師、醫師等等都非常有興趣在這個領域的發展，相關的課程及學習班積極地參與。身為作業治療師，在兒童康復這個領域裡面該如何定位，發揮自己的專業角色，就是個很重要的課題了。

本期的內容邀請經常在兩岸講學的郭鳳宜教授，從客觀的角度來看內地的兒童康復的發展。福建中醫藥大學的曾奕老師也從內地的觀點來看感覺統合治療在中國的發展，也有來到內地發展的台灣作業治療師提供他們的觀點和經驗作為呼應。四位在臨床及特殊學校工作的作業治療師，由「生活的觀點」來呈現他們不同類型兒童康復治療的介入，能讓我們肯定作業治療在「職能」發揮的專業性。兩篇臨床研究的文章也提供作業治療師從「健康促進」、「視知覺」介入的觀點來看兒童作業治療的特殊性。學習到新知識就用到臨床上，並且能夠密切持續的觀察治療效果進行檢討，這就是一個值得肯定的學習態度，這在龍鋼醫院葉星星治療師的文章中表露無遺。

2018 國際作業治療研討會，將於 2018 年 3 月 29 日至 4 月 1 日在美麗的春城—昆明舉行，大會主題是“感應人心、通曉科技”，歡迎大家踴躍參加！

本期執行編輯：張瑞昆





目錄

OT 談專業

- 從醫學跨界到教育 - 另類預防醫學 / 張旭鎧 p.3
- 台灣 OT 看中國大陸兒童康復 / 許鈞喬 p.6
- 論感覺統合治療在中國大陸的實踐情況 / 曾奕 p.10
- 中國兒童康復政策與兒童作業治療在中國內地的發展感想
/ 郭鳳宜, 徐瑞迎, 張琰 p.15

臨床研究分享

- 職能治療結合健康促進模組對於身障者之成效初探/李慶家 p.25
- 多媒體視知覺訓練團體對 4 至 6 歲發展遲緩兒童之介入
/ 陳宜男 p.36

OT 與兒童的故事

- 二歲生日禮物 - 遲緩 / 呂忠益 p.40
- 我與遲緩兒的成長故事 / 劉國政 p.45

OT 在特殊教育

- 打開耳界的阿秀 / 許慧珍 p.49
- 最美好的一天 / 郭俊宏 p.54

新學習 新應用

- 新型功能性支具運用於小兒肌性斜頸 / 葉星星 p.59

會議通知 2018 國際作業治療研討會 P.63

從醫學跨界到教育 另類預防醫學

台灣適健復健科診所副院長 張旭鎧 職能治療師

在臨床二十年，原本以為會在治療室裡跟著孩子玩到老，沒想到一場顱內出血，竟也讓專業不只在醫療院所得以發揮，還能擴展到幼兒學校。出院後，2010 年秋天，第一次離開台灣來到上海，那時國內的「早期教育」開始興盛，但是看到了許多單位所謂的「早期教育」竟是把幼兒教育的內容提前教導還在學爬的孩子，這些孩子正還在探索環境、認識環境，自然無法靜坐著學習，所以許多家長認為孩子有問題，而這些機構也「順理成章」的判斷這些孩子有「專注力」的問題！

那時服務的公司正要我將已在台灣發展多年的「感覺統合」開發適合國內孩子的課程，因此開始把我所認為的「早期教育應順應該年齡兒童發展階層」導入課程，讓親子感覺統合課程不只促進神經系統發展，更加入各項發展能力的訓練，幫助家長能夠在遊戲中幫助孩子成長，主要的目的是要達成「家長輕鬆教養，孩子快樂成長」的目標。這樣的課程當時在上海、蘇州，以及齊齊哈爾，受到家長們的支持，同時也訓練了一批老師，後來各回到自己的家鄉，服務更多孩子。



這些年來，很榮幸受到各地教育機構的喜愛，前往分享感覺統合、專注力相關議題，有些人認為這些「專業議題」應該保留在醫學領域，當孩子出狀況時，由醫學專業人員來處理，但是換個角度想，如果家長、老師能夠瞭解到這些專業科普知識，當面對孩子的問題時，老師可以快速建議家長帶孩子就醫、家長願意接受這些問題只要治療就能改善，而不是把孩子貼標籤的話，那麼就不會耽誤孩子的治療黃金期。因此對我來說，這是一個能夠更有效幫助孩子，預防孩子問題變得更嚴重的機會，因此我奮不顧身地投入這樣的理念宣導，同時也導正大眾所獲得的「似是而非」的觀念。



這段日子，除了上述的城市，還到過溫州、杭州、嘉興、臨安、汕頭、長沙、株洲、南京、深圳、威海等地，其實不論是幾級城市，家長對孩子的教育一樣熱衷，孩子也一樣可愛，這就是我維持到處分享的動力！然而這些年下來，仍發現體力的衰退，如果不用更積極的方式來幫助孩子，真的是心有餘而力不足，因此發揮「職能治療師」的活動分析與活動設計專長，目的要使專業推廣更有效率地進行！2016 年與夥伴合資成立互聯網公司，讓專業藉由網絡來做推廣，今年更獨力成立公司，引進各地優良專業師資來為幼教相關老師培訓、為家長灌輸正確觀念，



而且為了幫助家長、老師能夠快速瞭解孩子的狀況，特別將研究多年的評測系統上網公開，讓家長能實時知道孩子的發展程度，避免因為過度擔憂而沮喪，也避免因不瞭解而逐漸淡忘，錯失訓練好時機。

每當有人問我兒童職能治療做些什麼，我總會回答「就是讓孩子在
家當個乖寶寶，在校當個好學生」，為達這樣的目的，我們總能開發許
多有用的活動或工具來幫助孩子！微信公眾號「兜兜親子評量」讓家長
瞭解孩子、讓老師因材施教、讓專業人員初步篩選，希望這樣的工具能
夠幫助到大家，幫助到孩子！



2017-07-15 16:07

台灣 OT 看中國大陸兒童康復

東莞市 TOMATIS 國際教育中心特聘治療師 許鈞喬

前言

2016/02/28 開始我的大陸尋奇，剛過來大陸選擇新一線城市東莞為起頭地點，眾所皆知中國大陸的醫療水準落差還是比較大，醫院的發展多以內外婦兒四大科為主，康復科對於整個中國市場來說是比較新的一個概念，且內地民眾對於這個科別並不了解，目前任職於私人的兒童機構，以下就幾個面向來說說我的看法，兩岸專業養成的差異、兒童康復的資源、民眾家屬對兒童康復的了解、個人在大陸的體驗、內地未來兒童康復之發展。

● 兩岸專業養成的差異

台灣的 OT 必須學習專業的知識三年外加醫院實習一年，全部都以西方康復為主，畢業必須有國家證照才能夠在各大醫院、診所執業，但在內地的康復專業並非如此，他們有專科、大專、本科，大部的學校都還未將 PT、OT 分開，求學過程中，還必須學習中醫的推拿、針灸，醫院實習就像走馬看花學不到太多的東西，說穿了就是見習的程度而已，不需要臨床推理的能力、獨立接案、甚至是評估，

只需要看著老師們怎麼做，偶爾練練手，大多數都是只做成人康復，跑跑機器就夠了，鮮少有機會接觸到兒童康復，到了兒童領域一切都要重新學習，中西醫康復都只沾到一些皮毛，學習過程很不扎實，不知道該如何制訂孩子們的長短期目標，再者就算你不是康復專業一樣可以成為一個康復師，只要找一個老師傅跟著學手法，執業幾年之後就可以成為獨當一面的治療師，很少學理論基礎、評估工具、實證醫學的概念也沒有，執業不見得需要專業的證照，每個人都想跳出來說自己是最專業的老大。

● 兒童康復的資源

台灣有全民健保的關係，對於這些孩子們的幫助還是很大的，每次台幣 50 元的部分負擔就能夠做康復訓練，但相對來說家長們就比較不願意花錢做自費的訓練，內地的康復專業剛剛起步，政府給予的支持性是少之又少，就東莞市來說一年給予價值 12000 元人民幣的補助，只有 0-7 歲的孩子們可以請領，必須在政府認可的機構醫院使用這些補助，

大部分的醫療都是採用自費模式，如果你非東莞本地戶口是不能領這些補貼的，只能靠額外的慈善機構給予幫助，特殊孩子們的醫療介入太過於雜亂，就目前我們機構來說，總共分為運動、認知、語言、感統、作業，家長們會幫助孩子們選擇各種不同的課程，每種課都上一天至少要花400人民幣，一個月22天，孩子們的康復費用就要高達8000人民幣，其他花費更不用說了，經濟能力不太好的家庭，就沒辦法來做康復，這是現在比較可惜的地方，包括針灸、理療、水療、按摩、打針、吃藥、PT、OT、ST、手術，家庭的負擔很大，在大醫院需要包套全部都做，有許多沒必要的治療與花費。

● 民眾家屬對兒童康復專業的了解

民眾們對於這一類的孩童大多還是會投以異樣的眼光，讓患者的家屬們感到不舒服，目前來做訓練的孩子們大多屬於CP、Downs、MR、Autism，求醫比較沒有章法，時常病急亂投醫，給予回家作業，也比較少帶孩子運動，怕自己做的不好讓孩子受傷，DD的孩子在中國相對少做康復，大多數的家屬們認為孩子長大就會好，不需要訓練，對家長的教育是更為重要，畢竟他們對於這一塊並不太了解，常常會認為上課的孩子是不是就會被貼標籤，相較於台灣的家長們，內地的家長們更不能接受這件事情，所以知識的普及很重要，

OT在台灣還會有感統訓練、專注力訓練、寫字訓練、視知覺訓練，就中國目前的狀況來說，感統訓練就等於是早教，大多不是專業的OT在從事這些業務，民眾覺得感統就是盪鞦韆、玩滑車、跳彈簧床，只有特殊孩子才需要做感覺統合訓練，對於ADHD、感統失調、注意力不集中、DCD的孩子就只是不聽話、調皮，沒有什麼關係，不需要做訓練。

● 個人在大陸的體驗

來了一年半也慢慢了解一些生態，使用微信真的很重要，這是和家長們交流很方便的一件事情，畢竟這裡的人比較少用LINE或者是facebook，主要透過微信甚至還能夠付款，家長們很認可台灣的醫療人才，但是在衛教方面，觀念上的落差就很大，用字遣詞也會不太一樣，這是需要慢慢學習，以及教育家長衛教觀念更豐富，如果孩子有康復效果，他們會從北方來到南方找你幫孩子做康復，不管在哪裡都會跟隨著你，必須要不斷地向外拓展人脈，讓大家更認識康復這個專業，社交在中國是非常重要的，唯有增加人脈才有機會去壯大自己的團隊與知名度，

家長有時候忙不過來，會請阿姨幫忙照顧，這些阿姨不像台灣的幫傭很專業，回去還會知道要幫孩子們牽拉、做運動，阿姨大部分就是餵飯、帶孩子上廁所，要他學一些技巧，可能就會不開心不願意做，中國的飲食習慣跟台灣還是不太一樣，記得攜帶幾瓶腸胃藥再過來，當地的治療師們，少有全人的觀念，跟家長的互動不多，訓練大多較死板沒有變化，尚未有活動分析的概念，老闆們會認為康復很簡單，反正就是設定一個模板，找誰來做都一樣，只要不斷的複製就是一位專業的治療師，所以許多的治療師對孩子的目標並不清楚，只會有樣學樣照著做，無法將遊戲、活動目的類化到生活的事物上面，相較於PT來說，OT在中國又更少人知道這個專業，進修的課程也比較少，甚至是不夠完整，定期回台灣上課補充知識，才能夠和國際接軌，提升自己的能力。

● 內地未來兒童康復發展

雖然現在的環境很不成熟甚至很野蠻，但正是值得開發的地方，到中國就像是在拓荒，自己去拓展版圖、推廣專業，建立自己的人脈與知名度，畢竟醫療市場最需要的就是人，人越多市場越大，現在中國又開放二胎化，內地也有很多的醫院需要我們這樣的人才，

前景是非常值得期待，目前也尚未有OT和學校系統合作，中國人如此多只要遇到一位貴人願意幫助我們，相信我們的專業會越來越強大，上面只提到了兒童康復，像是成人康復、療養院體系、社區康復在中國都還是能夠持續發展，來到中國之後人脈會是你最重要的武器，說再多都沒用，畢竟都是個人的體會以及看法，鼓勵各位有興趣的OT們可以來走一走，但這條路不好走，很多事情從零開始，想要怎麼樣的事業，必須自己去創造，這會是離開健保體制的另一個選擇。

許鈞喬

林口長庚職能治療系畢業

現任東莞市 TOMATIS 國際教育中心特聘治療師(2017)

現任東莞市夢立方康復發展中心特聘治療師(2016)

全方位密集運動訓練認證治療師(2016)

Redcord 國際北歐挪威懸吊運動治療師(2015)

3D 打印技術與康復技術研討會(2015)

台灣專任癌症康復治療師(2015)

全國身心障礙運動會訓練員(2015)

桃園旭康復健科診所專任職能治療師(2015)

台灣職能治療醫學會會員、台灣康復醫學會會員(2014)

台灣專任長期照護暨居家康復治療師 LEVEL II(2014)

台灣居善醫院專任職能治療師(2014)

良祺復健科特約職能治療師(2014)

高雄長庚醫院實習兒童治療師(2012)

論感覺統合治療在中國大陸的實踐情況

曾奕 福建中醫藥大學康復醫學院

感觉统合治疗 (Sensory Integration Therapy, SIT) 是 A. Jean Ayres 博士在 1960 年基于感觉统合理论提出并开创的一套治疗手段。Ayres 感觉统合理论解释了如何组织自身和外部环境的感觉以便让身体有效应对外部环境的神经反应过程。在这套理论当中，Ayres 博士系统地阐述了大脑的感觉处理过程，以及大脑如何利用该过程来进行学习，产生的适应性的情感和行为 (Ayres, 1998)。经过多年的研究和实践，感觉统合治疗方法在不同专家的协助中不同发展规范，现该方法已广泛应用于作业治疗实践儿童教育及情感、行为调整的实践当中。然而近几年来，随着循证实践概念的关注度逐步上升，感觉统合治疗的疗效问题也正逐渐成为一个争论性的话题 (Smith, Mruzek, & Mozingo, 2015)。在中国大陆的儿童康复当中，感觉统合是一个比较热门但又新兴的治疗手段。笔者通过文献检索，发现有众多的中国实践者已经通过一些临床的试验来验证感觉统合治疗方法的有效性，但同时可以看到，感觉统合治疗方法在中国大陆应用时面临着一系列的挑战和问题，同样不可否认的是，作业治疗实践者在感觉统合治疗方案的应用过程中有一定程度的受益。

这篇文章将从感觉统合治疗方法在实践过程中的好处和面临的问题和挑战两个方面来分析该方法在中国大陆的临床应用情况。

感觉统合治疗方法的应用给国内儿童作业治疗实践打开了一扇新的大门。第一，感觉统合作为一种通过外部感觉刺激的调整来调节儿童神经功能的治疗方法，理念倡导作业治疗师创造娱乐性的环境，通过有意义有目的性的活动或游戏来调整儿童接受的感觉刺激，促进情感、行为等的调整，最后达到治疗的效果 (Baranek, 2002; Case-Smith, Weaver & Fristad, 2014 ; Ito, 2014). 这很好的吻合了作业治疗的核心理论：通过有意义的活动来促进功能的提升。这对于国内挣扎在物理治疗 (PT) 和作业治疗 (OT) 方法选择边缘的作业治疗师来说，能更有效的应用活动或游戏来进行治疗，而非局限或困扰于手法的应用，从而模糊了 OT 和 PT 的执业界线。第二，感觉统合广泛在应用于儿童多种疾病及功能障碍当中，包括自闭症，注意力缺陷多动障碍，脑瘫，感觉处理障碍，学习障碍等。

SIT 让治疗师对更多的功能障碍有了更新更深的认识，也是也让作业治疗师在面对儿童功能障碍康复方案时有了新的理论指导和选择新的治疗方法，同时实践者也可以通过感觉统合方法的应用很好的拓宽的其服务领域，增加作业治疗师的收入。

同时，感觉统合理论在国内的实践仍然面临着一系列严峻的问题。第一，国内接受过感觉统合理论和治疗系统培训或有此方面本科或专科教育背景的专业人员较少。很多作业治疗师因兴趣或临床实践需求自主学习感觉统合理论，例如从文献、同行身上或者部分课本当中学习，这种碎片式的学习让大部分治疗师缺乏对感觉统合整体的理解，无法很好的将理论知识过渡应用到临床实践中。此外，部分作业治疗专业的人员在本科阶段有接触部分感觉统合理论的内容，但缺乏实践和后期的临床实战经验。因此，这两类教育中的局限性让大部分治疗师无法适当在临床中应用感觉统合治疗。而引进一些国际认证规范的感觉统合培训班，让更多的作业治疗师学习更深的感觉统合知识架构能很好的促进感觉统合在国内的发展和推广应用。

第二，国内关于感觉统合的实践标准不够规范，缺乏标准化的评估工具。现在感觉统合的评估工具均为国内开发，缺乏适合中国人群的标准，因此国外的评估工具在国内应用时评估结果可能会出现一些偏差。此外，部分医院因经济效益等综合考虑，无法及时购买标准化的评估工具，治疗师只能依靠自身的临床经验对儿童的感觉处理功能进行观察评估，标准化评估工具的缺失将很大程度将影响评估结果的准确性，及影响治疗效果的评估。第三，感觉统合治疗方法的治疗效果近几年来一直是一个充满争议性的话题。现在关于感觉统合治疗方法应用的临床试验以及临床证据仍不足（Watling & Hauer 利益相关者包括治疗师，医院或康复部门主管，家属等可能会对治疗方案提出疑问，从而阻碍感觉统合治疗在临床的应用。这些问题都将影响很大程度上影响感觉统合治疗方法在临床的推广应用，治疗师在选择该治疗方法的同时也应该考虑到这些阻碍因素，, 2015），尽量避免或减少这些因素对临床实践的影响。

总体来说，感觉统合治疗作为一个综合性的儿童感觉统合障碍的治疗方法，很好的扩宽了作业治疗师的服务范围，让作业治疗师能在儿童康复领域中有更多的发展机会，因此，感觉统合理论值得作业治疗师克服困难，继续深究和推广。

參考文獻

Ayres, A. Jean (1998). *Sensory Integration and Praxis Tests. Manual*. Los Angeles: WPS.

Baranek, G. T. (2002). Efficacy of sensory and motor interventions for children with autism.

Journal of Autism and Developmental Disorders, 32(5), 397–422.

doi:10.1023/A:1020541906063

Case-Smith, J., Weaver, L. L., & Fristad, M. A. (2015). A systematic review of sensory processing interventions for children with autism spectrum disorders. *Autism: The International Journal of Research and Practice*, 19(2), 133-148.

doi:10.1177/1362361313517762

Ito, Y. (2014). Child development and sensory integration: toy, playground equipments and play environment. Technical Report of Ieice Hip, 113. doi:

10.1176/appi.books.9780890425596

Smith, T., Mruzek, D. W., & Mozingo, D. (2015). *Sensory integration therapy.*

Controversial Therapies for Autism and Intellectual Disabilities: Fad, Fashion, and

Science in Professional Practice, 247.

中國兒童康復政策與兒童作業 治療在中國內地的發展感想

美國印第安納州立大學客座教授 郭鳳宜, DHS, OTR, CPRP;

徐瑞迎, MA, OTR/L; 張琰, OT

2016-2017 年間，中國政府頒佈了一系列支持殘疾兒童就學與康復的政策，這些政策為作業治療在中國兒童康復及教育領域的發展帶來了機遇與挑戰。更高的康復目標，更廣的服務範圍，將為作業治療帶來更多的工作崗位和實踐領域。同時，也需要作業治療從業者們適應新的環境，拓寬專業領域，將作業治療 納入到社會服務保障體系中。

政策內容

2016 年是中國國民經濟和社會發展第十三個五年規劃（簡稱“十三五”）的開端，國務院頒佈了《“十三五”加快殘疾人小康進程規劃綱要》以進一步保障和改善殘疾人民生。這個規劃中有三個主要目標與兒童康復息息相關：到 2020 年，殘疾人基本康復服務覆蓋率和殘疾人輔助器具適配率要達到 80%，殘疾兒童青少年接受義務教育比例要達到 95%。為達到這些目標，中國政府計畫在 2016-2020 年建立殘疾兒童康復救助制度，逐漸實現 0-6 歲視力、聽力、

言語、肢體、智力等殘疾兒童和孤獨症兒童免費得到手術，輔助器具和康復訓練等服務。同時“十三五”規劃建設康復大學，加快康復高等教育發展和專業人才的培養。隨著“十三五”規劃的頒佈，中國國務院和教育部於2017年分別頒佈了《殘疾預防和殘疾人康復條例》與《第二期特殊教育提升計畫（2017-2020年）》。這兩則條例提供了殘疾兒童康復和教育的具體政策細節。這些政策的頒佈都為作業治療在中國兒童康復和教育領域的發展帶來了前所未有的機遇。

《殘疾預防和殘疾人康復條例》旨在預防殘疾的發生，減輕殘疾的程度，並幫助殘疾人恢復或者補償功能。這則條例在“殘疾預防”部分提出：承擔新生兒疾病和未成年人殘疾篩查的醫療衛生機構應當按照規定將資訊向當地衛生與計生部門報告，並聯合殘聯共同組織開展早期干預。該條例將‘殘疾人康復’定義為‘在殘疾發生後綜合運用醫學、教育、職業、社會、心理和輔助器具等措施，幫助殘疾人恢復或者補償功能，減輕功能障礙，增強生活自理和社會參與能力’。此定義與作業治療“Living life to its fullest”的核心理念相契合。同時該條例還提出，康復服務應當針對殘疾人的健康，日常活動，社會參與等需求進行評估，依據評估結果制定個性化康復方案。國家也將加強殘疾預防和殘疾人康復專業人才的培養，並完善殘疾預防和殘疾人康復專業技術人員職業能力水準評價體系。

《第二期特殊教育提升計畫（2017-2020）》（簡稱《計畫》）旨在提高各級各類特殊教育普及水準和教育品質，在2020年使殘疾兒童青少年義務教育入學率達到95%以上。《計畫》指出在接下來的幾年中要發展以普通學校隨班就讀為主體，特殊教育學校其次，送教上門和遠端教育為補充的特殊教育體系。在提升入學率的基礎上，《計畫》反復提及兒童康復與特殊教育的結合，如在義務教育階段促進醫教結合，提高殘疾學生評估鑒定，入學安置，教育教學和康復訓練的有效性。在學前教育階段，鼓勵各地為殘疾兒童提供半日制，小時制，親子同訓等多種形式的早期康復教育服務，為學前機構中符合條件的殘疾兒童提供功能評估，訓練，康復輔助器具等基本康復服務。《計畫》首次提出正式將康復從業人員加入特殊教育編制隊伍，各省市區可制定特殊教育學校教職工編制標準，加強康復醫生，康復治療師，康復訓練人員及其他專業技術人員的配備。

政策為兒童作業治療帶來的機遇與挑戰

以上關於康復與特殊教育的政策表明了中國政府對兒童康復和特殊教育逐漸重視的趨勢。政策中多次提到“康復治療”，卻並未細化康復治療都包含哪些具體治療領域（Occupational Therapy, Physical Therapy, Speech Therapy），也並未分化康復治療師的具體方向。這為作業治療在中國兒科康復的發展提供了發展空間與挑

戰。例如政府醫療機構使用建立康復科的模式開展兒童康復，在相關科室（如小兒神經內科、兒保科、新生兒科、骨科、中醫科、理療科）的基礎上合併或建立康復服務。然而在康復評估、康復治療基礎理論、康復管理知識方面均存在理論和實際操作專業技能大抵不足之處。

中央政府的政策在落實的過程中，需要結合各省市地區的經濟狀況和發展需求，由當地政府制定出具體實施方案。如何使作業治療在此過程中佔據一席之地，落實到兒童康復與特殊教育具體實施方案中，並進一步將其全面納入社會服務保障體系，是作業治療從業者和教育者未來幾年的重要任務，同時也對作業治療學歷教育和執業水準提出了更高的要求。

近兩年，相關政策屢次提及鼓勵醫教結合，將康復從業人員納入特殊教育編制隊伍。兒童康復與特殊教育結合的領域，是目前中國作業治療的非傳統實踐領域，既沒有大量成功實踐的範例可以參考，也尚未建立服務標準規範。因此，政府、特教專業人士和大眾都不瞭解作業治療可以在醫教結合中可以扮演什麼樣的角色、發揮什麼樣的作用。為了使更多特殊兒童獲益並能融入普通學校教育，作業治療從業者及作業治療在校學生應具備開創精神，擴寬專業知識，逐漸成為作業治療新興領域的提倡者。這樣不僅能夠拓寬作業治療的服務領域、為作業治療爭取到更多的就業機會，同時能讓更多家長和教育工作者瞭解作業治療，在未來主動尋求作業治療的服務。

由於政策對康復的傾斜與支持，近年來市場對高品質的作業治療從業人員需求量大增。這對負責康復教育的高等教育機構提出了挑戰。學生數量、品質及課程的標準都需要進一步提高。目前大陸作業治療教育集中在本科階段，大部分學生為康復治療專業，僅有部分學生主修作業治療方向。本科作業治療課程中兒童康復部分主要集中在腦癱患兒的康復，尤其是肢體（上肢）康復，對其他兒童康復領域，例如孤獨症及兒童精神康復等方向仍不夠完善。除肢體康復外，針對兒童認知功能、社交與情緒發展等方面的評估與干預也需要在繼續教育中獲得。

兒童康復資源

兒童康復資源除了政府醫療機構之外，還包含了殘疾人聯合會（簡稱《計畫》），殘聯在不可逆疾病兒童康復方面起著評定、統籌政策法規、以及具體實施方面起著關鍵作用。民營醫療機構作為政府醫療的補充和加強，近年發展很快。根據各省市政策及經濟發展不同，機構的品質規模均存在較大的差別。比如，在各大兒科醫院附近有很多資歷尚不足的康復專業人員開的治療作坊；也有在經濟較發達地區成立發展的具有較高水準的機構。各種國際及國內的非贏利組織也在國內的兒童康復中起著補充和加強的作用。它們更注重在偏遠、經濟不發達地區以長期專案的形式進行作為。與兒童康復密不可分的教育體系也在近幾十年發展中向殘疾兒童（有特殊

需求兒童）打開大門。義務教育正在推進融合教育模式。各省市均出臺各種規定為施行融合教育創造條件。

整體來講，中國政府在不斷制定、修訂、施行政策來促進兒童康復的普及。據中國康復研究中心 2012 年一篇研究文章提到，國內 0-6 歲殘疾兒童中，有康復訓練與服務需求的占 68-75%，而接受過康復訓練與服務的殘疾兒童只占 10.46%。中殘聯聯合財政部於 2009 年開始，正式啟動“貧困殘疾兒童搶救性康復專案”。其中的子項目“貧困肢體和治理殘疾兒童搶救性康復專案”於共投資資金 2.4 億元，於 2009-2011 年在大陸地區（除北京和上海以外）實施。該項目每年為 3000 名貧困腦癱兒童和 5000 名貧困智力殘疾兒童提供至少三個月的機構康復訓練服務。

中國政府除了在兒童康復普及度方面做的各種措施，在提高兒童康復品質及專業度上也在進行各種努力。首先，隨著現代康復醫學的在中國近 40 年的發展，各個康復專業的分科從教育（比如各醫學院校分設作業治療、物理治療、言語治療專業等）、醫療（醫院開設康復科，分設作業治療、物理治療等亞科室）等方面都快速發展。兒童康復的重中之重，怎樣醫教結合、提供殘疾兒童平等的上學機會等，也在不同地區通過各種政策、規章的頒佈，蓬勃發展。

當前國家從政策層面對兒童康復提出了要求，“醫教結合，綜合康復，融合教育”的發展方向日趨明朗。《特殊教育提升計畫（2014—2016 年）》指出，“各地要將殘疾兒童學前教育納入當地

學前教育發展規支持普通幼稚園創造劃，列入國家學前教育重大項目。條件接收殘疾兒童”。2013 年，江蘇省教育廳、財政廳聯合發出《關於組織實施特殊教育發展工程的通知》，指出“所有特殊教育學校都必須創造條件舉辦殘疾兒童學前三年教育，普通幼稚園要盡力接受殘疾幼兒入園”。2014 年，安徽省頒佈《特殊教育提升計畫（2014—2016 年）》，提出“對適合進入普通學校的殘疾兒童少年，要就近就便、優先安排進入普通學校隨班就讀，……合理佈局部分幼稚園接收殘疾兒童入園”。

個別省市的個別專案在政府越加重視和支持的前提下，更發展出了很多逐漸與國際接軌的專案。例如“廣州融愛行”就是一個“支持孩子隨辦就讀”的成功專案。融愛行作為廣州市教育局試點專案，成立於 2012。專案組從幾所試點學校開始，推行“有明確配套支持”的融合教育：由特教老師督導為個案制定 IEP/Individualized Education Plan 個別化教育計畫，並派遣特教助理進駐校園實施 IEP 計畫，幫助兒童適應普校規則、發展與老師同學的交往等。

兒童作業治療專業發展的條件

從以上對政府支持和目前兒童康復資源的羅列可見，在兒童康復領域，中國內地有巨大的發展空間和機遇，作業治療師可以貢

獻。隨著全社會對醫療模式轉變的認同及需求，各個醫療機構從生物醫學模式到生物—心理—社會醫學模式轉變。作業治療的理論基

礎及服務範疇正是可以推進這一轉變的強力生力軍之一。作業治療師可以在醫療範疇，幫助患者提高神經肌肉功能活動、促進發育發展，更在心理—社會範疇，幫助患者提高自理能力、促進活動參與度、幫助患者進入學校學習，提高社會融入度及生活品質。作業治療師不僅在醫院內部的需求日益提高，也將成為幫助兒童更好在家中生活及融入學校的重要角色。

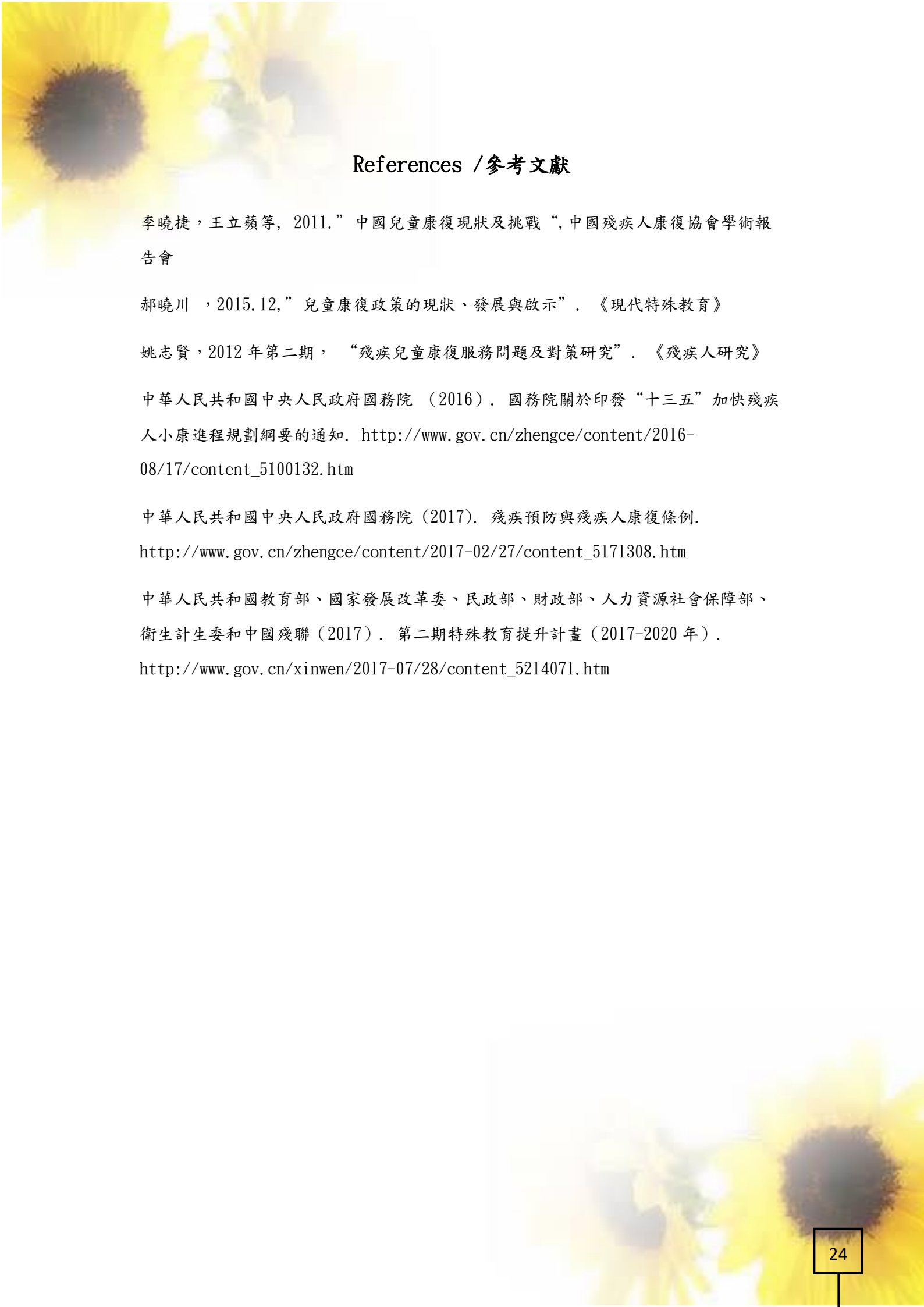
挑戰與機會

目前大多兒童康復對象仍然以腦癱及精神（運動）發育遲滯為主。孤獨症、多動症、學習障礙等康復治療已經開展，但尚待普及。作業治療將在這些疾病康復中扮演重要角色。目前兒童康復專業隊伍尚不成熟。作業治療師供需比例嚴重不足，專業兒科作業治療師更是鳳毛麟角。任何有志的作業治療師，以及有志從事及普及兒科作業治療的專業人士都將在專業領域有很多空間發展。兒童康復專業機構與當地教育系統的合作尚待開發。但在政府推行融合教育的前提下，這一方面的需求在未來將呈井噴式發展。以目前作業治療專業的社會接受度來看，作業治療師將成為與普校老師、學習支持、言語治療師、物理治療師、及臨床心理學家的重要橋樑。

作為一個超過 14 億人的巨大的體系，中國內地兒童康復的任何發展策略將會隨著社會和經濟的進步不停往前，挑戰和機遇並存。作業治療師將在這個趨勢中面臨這些挑戰，更應該把握機會，提升專業技能，提高作業治療專業性的價值。

目前，具有本科學歷的作業治療畢業生數量尚且無法滿足傳統作業治療實踐領域（醫院）的需求，更無法滿足開創新興作業治療實踐領域的需求。本科階段教育注重學生臨床技能的培養，對於循證、研究、創新和領導力的培養則需要在更高學歷中完成。目前康復治療碩士及以上的學位多為科學學位，以研究實驗為主。學生在本科畢業之後想要通過學位教育獲得更深入的專業知識只能出國深造。因此，更多的本土作業治療碩士及以上專業學位的設立就日顯重要。

日趨完善的康復及特殊教育政策為國內兒童作業治療的發展帶來了機遇，又同時對作業治療從業者和教育者提出了更高的要求。提高作業治療畢業生的數量與品質，培養學生與從業者的循證意識和創新力可以使作業治療逐步拓展到新的實踐領域，造福更多有康復需求的兒童。



References / 參考文獻

李曉捷，王立蘋等，2011.” 中國兒童康復現狀及挑戰 “，中國殘疾人康復協會學術報告會

郝曉川 ，2015.12,” 兒童康復政策的現狀、發展與啟示” . 《現代特殊教育》

姚志賢，2012 年第二期， “殘疾兒童康復服務問題及對策研究” . 《殘疾人研究》

中華人民共和國中央人民政府國務院 （2016）. 國務院關於印發 “十三五” 加快殘疾人小康進程規劃綱要的通知. http://www.gov.cn/zhengce/content/2016-08/17/content_5100132.htm

中華人民共和國中央人民政府國務院 （2017）. 殘疾預防與殘疾人康復條例.
http://www.gov.cn/zhengce/content/2017-02/27/content_5171308.htm

中華人民共和國教育部、國家發展改革委、民政部、財政部、人力資源社會保障部、衛生計生委和中國殘聯（2017）. 第二期特殊教育提升計畫（2017-2020 年）.
http://www.gov.cn/xinwen/2017-07/28/content_5214071.htm

職能治療結合健康促進模組

對於身障者之成效初探

李慶家 台灣四級職能治療師

摘要

近日在台灣地區對於長期照顧體系的建構與發展是非常火紅的話題，職能復健倡議了健康照顧模組與方案。作者於 2010 年設計並執行一大型化社區健康促進管理與追蹤計畫，於高雄地區執行心智障礙者健康管理促進計畫，並每年追蹤於橫跨 7 年度的追蹤執行後，發現職能治療對於社區與心智障礙者健康促進管理操作的合宜模組與執行技巧，於邀請幾位熱情學者協助下，進行了資料分析，找出職能治療對於特定族群的有效介入方式，藉此文章與各位分享。職能治療在嚴謹合宜方式下可提升使用者生活品質，延緩老化促進社會參與與生活獨立性。

緣起

職能治療於台灣地區發展一直十分蓬勃，最早多於醫療體系中為人所之，隨著專業發展與國民教育紮根，漸漸各行業注意到跨專業介入的優勢，因此職能治療開始往多方面發展。2000 年在糕餅之鄉豐原從事職能治療服務，當時服務對象為主要為成年生理疾患個案與工業

職業災害的手部外科個案，後續增加了長期照顧高齡者與兒童個案的專門治療。隨著科室發展服務對象也益發多元。

2002 年回到南部協助大型醫院復健部門之恢復運作與地區型醫院兒童發展中心之設立。此時在服務時著實覺得對於服務使用者的生活領域瞭解十分侷限，諸多專業建議再給予之考量與個案之落實復健技巧之追蹤上的確不易正確執行。

於 2003 年投入社區型聯合診所提供職能治療服務，藉著社區化單位優勢更加貼近患者生活，藉較高服務巡迴率提高居家生活建議之落實率，也有豐富生活反饋來改善專業介入與建議之給予。

2008 年進入社區社會福利早療體系服務，藉由更多服務模式貼近個案需求。於 2010 年進入成人複合體系，於多年服務中發現身心障礙族群有諸多需要長期協助的問題，例如提早老退化與生活品質不佳...等問題，於 6 個月的資料收集後，2011 年開始執行健康促進與體適能提升計畫。期待能延緩目標服務族群隨年齡產生的各式功能提早老退化與體能退化現象。

如何產生方案模組

目標族群為 19-55 歲主要障別為心智障礙者之族群，目標群體數

為約 150 位經常服務使用者，分散於 7 個單位，男女比率約為 1:1。共
病部分大至包含:腦性麻痺、自閉症、染色體異常、罕見疾病、精神障礙
等。

經由 6 個月貼近生活評估發現，個案均受限於相同生活模式，意即在安
置過程中服務模式已 5-10 年以上未有任何改變。個案有明顯體能衰
退、肌肉功能下降、認知功能快速下降之現象。聯結社區醫療體系資
源，有初步成效卻也發現下列問題:服務替代化、專業角色/知識未釋
放、未結合於生活模式中、醫療資訊缺乏、專業建議不易延續、服務動
能不足...等

健全的心靈寓於健全的身體；健全的身體寓於健全的生活。個案隨年齡
增長，雖尚未失智卻生活在千篇一律的生活中。不論是家庭或是安置機
構，老退化速度有漸漸加速的傾向。如何在生活中增加參與，能夠自然
且能提升生活品質?社區型的樂活俱樂部或是健康管理中心會是一個很
棒的答案!

個案所受照顧不論為何，均應貼近生活，抑或是社會上有類似生活模式
的服務。目標需求包含:體適能、認知功能、精細動作功能、情緒紓壓、
健康管理、介入追蹤、生活風尚引導、生活功能促進...等。因此

2011 年針對目標個案群設計的社區健康中心開始服務。

初期服務設計包含:體適能促進、肢體功能促進、認知功能促進、日常生活功能促進、情緒紓壓模式建立...等。常態提供:體適能訓練、認知精細動作功能訓練、感覺統合訓練、多感官輕緒紓壓課程。於服務開始後半年開始進行年度評估，藉以擷取個案功能資訊，作為服務調整設計依據，以求達到服務整體化，訓練個別化。並於 12 個月後再次評估。

社區健康中心服務沿革簡述如下:

2011 年草創期:收集資訊並完成軟硬體規劃設置，各式服務啟動並收集資訊。

2012 年服務調整:依據收集資訊更動服務方向，確立服務模組與服務流程，更新服務項目與精緻化，建構即時觀察表單與服務討論會。

2013 年定向年:藉由已完成之各項服務模組，繼續開發更適切內容。再次確立與檢討各項服務效能，定期檢視成效。

2014 深化年:依據三年觀察資料開始推估個案走向，個別化針對個案設計長程服務規劃，針對單位設置長程服務計劃。正式開始定向廣播系統。

2015 年簡化年:依據前四年服務系統身化並簡化服務模組，並預期追蹤簡化效益

2016 年回首年:檢視計劃執行階段回顧過去並展望未來。

2017 年迷航年:計劃變項增加，待續。

摘要年度成效與改變

2011 年前個案無合宜體適能活動場地，也無固定執行時段，尚未培養體適能興趣。在 12 個月的體驗嚐試下漸能分辨較喜歡的體適能項目，且能期待體能/感統課程之參與。原本低落的肢體功能，如行走不便、跨步困難、容易碰撞/跌倒、使用餐具困難、進食困難、肢體執行效率低...等問題。

於 12 個月的感統訓練活動下，個案逐步願意充分肢體。生活上由於認知與精細動作困難所產生的:無法使用湯匙、筷子、叉子...等、執行作業活動無法操作袋子、工具與效率低落、個人儀容修飾、販賣機操作、公車付費...等問題。同樣於 12 個月的精細動作訓練後獲得改善。部份有情緒支援需求個案於多感官課程服務中獲得支持，大幅降低異常行為頻率。

2012 年起個案開始對於社區參與有興趣，於課程中能主動分享生活並討論所受服務，也能提出建議與問題。體適能課程除提升體能外亦有監控功能，藉由個案體能狀況職能治療師能給貼切給予個案生活工作安排之職能建議，例如可以連續工作多久?建議參與哪些活動?升級的精細動作活動是根據個案喜好所選擇且符合期訓練需求，主題式的活動不再是訓練而是技藝陶冶。個案於生活與工作方面表現繼續提升。循序漸進的感統活動協助個案提升上下樓梯、生區行走、蹲姿活動的改善。

2013 年各項服務均質化，個案各項功能繼續提升，同時興趣提升。能於活動中主訴自身之不適與不足，也能在中心獲得滿足。多感官課程普及所有個案體驗。

2014 年通用性課程達到顛峰，能以團體方式進行之服務訓練效益達到最高，個案均繼續進步。年度幾無個案跌倒、碰撞、能力不符生活所需狀況。唯個別化深度需求凸顯出來。另依據年度評估深化服務方向是為必然。另接洽職能治療學術專精夥伴協助分析資料，確立服務效益並找出更精準的方向。

2015 年通用性課程改由教保人員帶領治療師協助，治療師轉投入個別化課程，以加深服務深度，對於原先團體式課程無法完整滿足的需求個案提供更個別化的深入服務。藉由資料分析開始尋找高效益之介入方式，也找出幹擾方案進行之不確定因素。當年度個案功能狀況也開始出現微幅退步，影響因素後續說明。

2016 由於工作人員變化快速，許多服務模組無法正確執行，個案功能退化現象於 2016 年度更加明顯，配合資料分析可定意追蹤出許多因素。預備針對服務架構做出更新以符合實際狀況。原先已深化

內化之功能在個案身上較無出現改變，出現退化之功能多數是 2015 年服務架構遭改變所產生。

個案實例

有一位個案 2010 至 2011 年觀察時發現，一位安置於優良機構的心智障礙者，走路有困難常跌倒，行動時容易與人碰撞，沉默少言回答問題正確性低，無法表現出正確人事時地物定向能力(無法清楚目前時間、自己是誰、記不起生活中的事情)，整潔工作與各式活動還沒做就喊累!對事物沒有興趣。

多次觀察以後發現，個案對於陌生人警戒心極高，後來能與個案溝通後發現，個案及其討厭陌生人總是要他作事情。有天個案問我:你很好!都不會叫我做奇怪的事情!你的事情我可以幫忙! 我請教個案:那以前那些陌生人都叫你做甚麼? 個案回答:寫考卷!幫她買早餐!幫她搬東西!幫她裝東西!問很多問題!然後不關心我!這位個案，是多數個案的縮影。由於錯誤的專業亦或是缺乏專業，協助服務究竟是服務個案，還是讓個案服務服務提供者?而個案卻是很快發現服務提供者在指揮個案而不是協助滿足個案需求!

在引導個案的路上，職能治療多會以邀請或示範引起個案興趣，

然後當個案主動要求參與時，大多具備良好動機。後續的服務大多十分順暢。例如:在改善個案時間定向部分，治療師主動打招呼，告知若看見治療師就是星期幾，彼此提醒姓名、天氣、是否用過餐?後來個案也會反問治療師或是同儕，不但改善認知也同時促進口語。

若是機構安置 8 小時有 7.5 小時個案都是駝背坐姿，那體力衰退、肢體應用困難、身體形像不佳...恐怕就是人為加工退化。有位個案也是如此。椅子過高桌子過低導致駝背姿勢，座位 5 年不換導至個案多數需要向右轉頭，連帶頭頸姿勢不佳。藉由感覺統合訓練重新以趣味闖關方式強化身體認知與肢體應用，結合到據點服務體系，建議改善生活作息與空間安置後，24 個月左右個案原先的問題自然消失，也回饋比較不會腰酸背痛。

體適能是近年當紅的話題，大多數是由於生活安排引起。上述姿勢問題同時也引起體能的衰弱，機構的體適能大多是看電腦作舞蹈，個案動作確不確實其實沒人在意。雖然受限空間時間，其實讓個案去公園散步、打球、團康效果就很好。但是活動的選擇權卻很少在個案身上!人類對於沒有興趣的活動總是興趣缺缺，何況工作人員本身就不喜歡的活動。藉由社區健康中心協助個案探索喜歡的活動類型，以闖關成功為目標練習讓個案有目標的嚐試練習。藉助健身器材讓個案可以嘗試建構健身習慣，長期執行

的確讓個案可以選擇並療解健身的優勢。降低機構內活動改為到實地活動(公園、廣場...等)，約莫 24 個月個案體適能漸漸恢復與進步。

心智障礙族群十分容易產生認知的退化，手巧心就巧這句話應用在此類個案十分有效。此位個案過了 5 年以上完全一模一樣的安置生活，對於相同事物提不起興趣，對於總是被指揮覺得厭倦與厭惡。藉由精細動作訓練課程，給與主題式的課程設計如製作花籃、頭帶、帽子...引發個案興趣，促進操作意願。藉由長期的想像與精細動作操作，加上無要求、無指揮的活動帶領，當個案願意投入，在良好意願下手部動作與活動動機，逐步獲得改善約莫須要 18 個月達到良好效益。

多感官訓練法可有效的促進個案放鬆與舒壓的機轉，唯需正確操作。會過度喜歡沖水行為的個案在 18 周的訓練後可以降低異常行為比例。壓力過大拔頭髮以至於鬼剃頭的個案可以在傳統醫療協助無具體效益下，於 36 周後恢復舊觀。會暴躁攻擊他人的個案可以在 20 周內降低攻擊傾向。

產生改變的秘訣

依據熱心職能夥伴的協助，使用標準化數據分析 5 年數據後發現。

在此模組下平均年齡 38 歲的身心障礙者無明顯體能退化(略有進步)、

無明顯生活功能退化、無明顯肢體動作功能退化(略有進步)。但在智能表現卻有顯著正相關變化達到顯著變化。使用此服務之 45~48 歲個案能力呈顯進步，足證職能治療設計之正確生活態度與健康促進方式十分有效。若用於失智對象也可能產生類似效果。

很多同業詢問秘訣是甚麼?我常笑說要三心二意。專心、用心、良心加上誠意、心意。身心障礙者往往比一般人更敏銳，若沒用用心，讓人感受不到良心與心意，看不到活動滿滿誠意。然後專心一意去完成，個案不會願意配合，成效也不會好。

換作技術學角度來看，事先收集縝密資訊，大量閱讀大量參與。就專業上評估需介入的方向。以參與取代傳統介入，以生活取代訓練。以態度取代治療計劃。才能實際發揮效果。

展望

目前階段性建構任務或許已經結束，但是此方案模組確實產生極大效益。期待更多人投入社區健康職能營造。讓職能治療能在生活的各個面向，協助需要的人，若您有此方面的需求歡迎透過

geneleo1@hotmail.com 聯繫。也期待社區健康中心下階段的發展。於

近 7 年執行期間，有諸多模組未能實現。或許在不久的將來能在其他地方開花結果。

職能治療與健康促進之關聯

傳統職能治療受限於醫療系統，受限各式領域。或許疏忽了健康的生活也是職能的一部分。太多夥伴將自己感受的健康職能加諸個案身上，例如：攀岩、泛舟、演戲、操作樂器、販售、烹飪...等。與其先看個案具備哪些能力，為何不能尊重個案主觀意見？

體重過重是不健康的樣態，但是個案健康檢查卻都是綠燈除了體重。個案不自覺有任何不變，那該給予減重嗎？健康是一種因人而異的狀態，雖有客觀的科學事實，但是生活品質也是唯獨個案自身才能衡量。健康促進是讓個案覺得自己更棒更健康！並不是讓服務提供者覺得個案有進步！

職能治療強調提升生活品質，或許協助個案取得夢想的冰品，在健康無虞的情況下享用也是提高了生活品質。當然建立開心運動習慣十分重要，若是個案自願的活動效果會更好，也容易持之以恆。如何協助個案完成想完成的事，提高個案感受到的生活品質，會是下一個努力的方向。

當然職能治療的領域甚廣，職能治療師會是快速提供建議與諮商的好對象，實踐高品質生活的好夥伴！期待更精彩的職能生活在每個人身上！

臨床研究分享：

多媒體視知覺訓練團體對

4 至 6 歲發展遲緩兒童之介入

彰化基督教醫院 陳宜男 職能治療師

根據聯合國世界衛生組織(WHO)的統計，0-6 歲兒童發展遲緩(Developmental Delay, DD)的發生率約 6-8%。

視知覺障礙為發展遲緩兒童常見的問題之一，視知覺問題會影響學齡前兒童日常生活活動與學習，如果在學前沒有發展完備，可能會影響學齡階段的閱讀、拼字、書寫、專注力等表現。視知覺障礙的兒童在日常生活方面，可能會造成經常穿錯鞋子、將衣服穿反和綁鞋帶等問題；在遊戲方面，可能會在裁剪、著色、建構積木或組合玩具、拼圖；畫圖、拼圖方面出現困難；在工作方面，可能在做家事、學校課業方面的表現有所困難。影響認知的表現，如視覺記憶不加時常會伴隨，如辨識物體、圖畫和符號的能力不佳，和對於地點、事件的記憶不佳。抄寫時必須邊看邊抄，缺乏效率而且容易感到疲累，更增加錯誤的可能性。視覺空間關係的缺失容易將字母、數字或文字弄顛倒。物體恆常的問題也可能導致較缺乏效率的視覺區辨。

Hung, Fisher, Cermak (1987)提出，發展遲緩的兒童與正常的兒童在經過 TVPS 的測驗後發現，發展遲緩的兒童會發生較多的錯誤且需花費較多的時間來完成測驗。Hendee (1997) 亦表示，視知覺與認知之間存在著相互影響的關係。

視知覺可以透過發展、經驗累積、練習、治療而獲得改善。目前在臨床上，視知覺的介入方法主要分為兩種類型：平面紙本活動與多媒體活動。然而，平面紙本活動卻經常無法引發兒童的動機與活動持續力。電腦多媒體不僅可以提供生動有趣的動態影像、聲光、顏色和立即性的回饋來提升兒童的內在動機，並增加參與活動的專注力與持續度，以獲取最佳的學習效果。Mayer & Sims (1994) 的研究以電腦多媒體的方式製作教材，結果發現將圖片與文字同時整合的學習效果較佳。

Heimann (1995) 利用互動式多媒體課程來增加自閉症、腦性麻痺、智能障礙和正常的兒童的閱讀和溝通技巧，結果皆能有效促進閱讀的能力和語言的學習。Hutcherson, Langone, Ayres, & Clees, (2004)也使用電腦輔助教學教導四位中度與重度智能障礙學生選擇商店的物品，並評估學習與類化的成效，研究結果顯示，電腦輔助教學能提升智能障礙學生在商店的自然情境中選擇物品的正確率。Poon (2010) 運用電腦化視知覺與視覺動作整合訓練課程來訓練 13 位正常的學齡兒童（平均年齡為 6.58 歲），訓練課程為期八週，結果發現書寫有明顯的進步，並且優於控制組。而研究上比較少資料探討多媒體的訓練方式在視知覺的成效是否優於傳統的紙本訓練。

團體治療模式

團體治療具有其積極正面的效益及功能：（1）彼此提攜，相互成長；（2）普遍性(Universality)：瞭解問題的普遍性，減低孤獨無依的感受；（3）利他性(Altruism)：團體成員可以透過給予而增進自尊，在團體中培養助人的行為；（4）傳達資訊(Imparting of information)：包括團體領導者給予正確的知識，或是成員之間給予忠告、傳遞關懷；（5）團體凝聚力(Group cohesiveness)：可以幫助成員自我坦露、提高團體出席率，且成員會彼此接納和支持而發展出有意義的關係。

（6）從成員的回饋，做更深入的自我瞭解；（7）團體約束力；（8）行為模仿(Imitative behavior)，上述這些特性皆是個別課程所缺乏的部分。此外，團體帶領的方式較個別治療有經濟、省時的優勢，同時也可以服務到更多的個案。

多媒體與紙本視知覺訓練課程簡介

「多媒體視知覺訓練課程」所使用之教材內容是利用 Microsoft Office PowerPoint 軟體來設計，教材以投影機投射於長 152 公分，寬 152 公分的螢幕，進行訓練，投影螢幕距離最靠近的個案約 200 公分。訓練教材以視覺區辨 (Visual Discrimination)、視覺記憶 (Visual Memory)、空間關係 (Spatial Relationships) 物體恆常 (Form Constancy)、順序記憶 (Sequential Memory)、視覺前景-背景 (Visual Figure-Ground)、視覺完形 (Visual Closure) 等視知覺七大能力為課程主題，課程分為基礎訓練與進階訓練。「基礎訓練課程」主要透過日常生活用品與卡通人物等孩童感興趣的題材練習視知覺七大能力；「進階訓練課程」主要是以幾何圖形為內容做視知覺的訓練。

「平面紙本視知覺訓練課程」內容是將 Microsoft Office PowerPoint 軟體編製之多媒體視知覺訓練課程內容以 A4 規格和彩色列印的方式（於「列印項目」選項選擇「投影片」）製作而成。平面紙本訓練課程之設計原理同多媒體訓練課程。無論是多媒體或紙本課程流程皆相同，前 10 分鐘進行課程內容說明、配合主題營造遊戲氣氛、課程範例教學；中間 25 分鐘為主要課程，採個案答題的方式來進行，帶回答完畢後由指導者進行回饋與教學（補充說明）；最後 5 分鐘為回饋時間。

研究成果分享

在我們的研究中的參與者共 64 位，年齡介於 4-6 歲之間，皆有發展遲緩的診斷，隨機分成四組。group 1（多媒體視知覺團體課程組）共有 15 人；group 2（多媒體視知覺個別課程組）共有 15 人；group 3（平面紙本視知覺團體課程組）共有 19 人；而控制組共有 15 人。研究結果如下：

1. 三組實驗組在經過視知覺訓練後，各組於 TVPS-3 前、後測之全量表原始分數總和之間有顯著性差異，控制組之前、後測則沒有顯著性差異。

2. group 1 和 group 2 這兩組以多媒體為訓練媒介的訓練課程之成效明顯優於控制組。

3. 從「不同教材」的角度來比較，group 1（多媒體）與 group 3（紙本）兩個組別皆以團體課的方式進行，兩者之間呈現顯著性的差異。由結果可推論多媒體視知覺訓練課程明顯優於平面紙本視知覺訓練課程。以往有許多研究都顯示類似的結果：許多學者皆表示利用多媒體具有互動性及聲光等效果之特色，能有效誘發學習者的注意力與學習興趣，此外多媒體教材除了平面紙本教材能提供的靜態圖片與文字刺激外，亦能提供動畫與語音刺激，讓學習者能透過更多元化的管道以獲取最佳的學習效果。除上述的原因以外，在教學過程中發現，利用電腦多媒體的特性，諸如適時可以提供新奇的音效、色彩鮮明的提示線條或答對時的動畫回饋可有效吸引並維持個案的注意力。電腦多媒體訓練課程於「感官的吸引」（如聲光效果等）和「用變化來維持」（如動畫與過場畫面變化等）這兩個特性上顯然為平面紙本遊戲所缺乏之要素；此外，因電腦多媒體介面能及時於問題點或關鍵點輔以顏色變化或加上鮮豔顏色之框架來引導個案的注意力，個案更容易了解治療師所言之處；

此外，多媒體課程因投影於大螢幕上，所呈現的物件也相對較大，便於個案辨識物件的細部特徵，而平面紙本課程則缺乏這樣的特性。

4. 如從「團體或個別課程」的角度來比較，group 1（團體課程）與 group 2（個別課程）兩個組別皆以多媒體的方式進行，兩者之間亦呈現顯著性差異，顯示多媒體團體課程明顯優於多媒體個別課程。

結論

多媒體視知覺團體訓練課程及多媒體視知覺個別訓練課程對 4-6 歲發展遲緩兒童的視知覺有顯著性的成效。而且視知覺的訓練成效上多媒體視知覺團體訓練課程優於多媒體視知覺個別訓練課程。而且多媒體視知覺團體訓練課程優於平面紙本視知覺團體訓練課程。

二歲生日禮物

台灣陽光天使職能治療兒童發展關懷聯盟

呂忠益 執行長

一天和忠益走在街上，突然有個國小大小的男孩跑來打招呼，「呂老師好！」元氣十足加上快樂的笑容，應該跟忠益頗熟。看著他跟媽媽揮手再見的身影，忠益說「他是我的病人，跟了五年多了，你知道嗎，在他兩歲生日時他曾送給我一份最珍貴、最難忘的禮物！」

男孩叫豆豆，第一次和他見面時是在一個下大雨的晚上。那時已經下班的忠益正在收拾東西，沒想到豆豆媽滿身濕嚕嚕的打開診療室的門。她手上抱著一個約一歲半的小孩，癱軟的在媽媽懷裡。「呂老師，抱歉我遲到了，拜託你幫個忙，幫我看看我兒子。」

忠益看出她很無助，於是走向前看看男孩，第一眼看到的是豆豆燦爛友善的笑容。抱起了豆豆，軟弱的像團棉花。一多的孩子約能站著扶牆走，但豆豆連坐都沒辦法。就像是六個多月的嬰兒，僅會簡單的翻身，甚至沒有爬行的力量都沒有。接連作了幾個測試，豆豆明顯是發展遲緩，除了肢體動作落後，豆豆的右眼肌肉鬆弛，無法



轉動。難得的是測試中豆豆一直保持的笑容，他是個快樂的孩子！

「之前我在大醫院作治療，醫生說豆豆是嚴重遲緩，復健也沒用，怎麼辦，呂老師，我兒子有救嗎？」媽媽聲音顫抖，微胖的身軀、樸素的穿著，說明瞭她全心為孩子付出而忘了自己。忠益知道這又是一個需要長期抗戰的 Trouble Case。「我可以幫豆豆，但媽媽你要全力配合」 媽媽堅定的點頭。

忠益隨即走到隔壁診療間，將正準備回家的許老師叫了進來「從這周起我們二個人一起幫豆豆復健，他需要肢體、認知、語言等不同的刺激，豆豆媽 我希望你至少一星期要來三次，大約半年，我們會讓豆豆站起來！」忠益的話像是信心的誓言，那時沒有人知道會不會實現。

從那一天起，豆豆媽每週至少帶豆豆來診所三次，風雨無阻，但豆豆媽住的遠，下班又晚，都只能在下班時間才趕到。職能治療師們體諒她的難處，只要豆豆出現，忠益、許老師就自願加班，一對一幫豆豆復健。

豆豆全身癱軟，一開始大家用托墊式鞦韆訓練豆豆的平衡感及肌力，之後慢慢進步到平板式鞦韆、柱桶鞦韆，豆豆的四肢也慢慢有



力量。過程中豆豆雖然害怕卻也很少哭鬧，直到訓練他小狗爬時，
豆豆終於受不了痛苦而開始大哭。

豆豆才一歲半，這樣逼他克服身體的殘缺似乎嚴厲又殘忍，每次豆豆一哭，一旁的媽媽總是哭得更慘烈。但媽媽還是狠下心，不斷鼓勵自己勇敢的孩子「加油！豆豆加油！你好棒！你可以的！」邊哭邊笑邊鼓掌，應該也邊自責邊自我打氣吧！

過了兩個月，豆豆超越預期進度能獨立坐超過十五分鐘，也能運作簡單的玩具，甚至想扶著牆學站，治療師們信心大增。但突然有一天豆豆媽不如往常出現，且一消失就消失了快二十天。原來豆豆染到嚴重的流感併發肺炎，這陣子都在住院，雖然出院後立刻向忠益報到，但大病初癒加上超過半個月的荒廢，豆豆又坐不住了。

4

一切似乎從頭開始，但這次有了信心，所以除了肢體，這次連認知、運動、語言方面治療師們都一併訓練。過了快二個月，豆豆已經可以扶著牆一連走五六步，還會簡單的發音。

一天他在教室喊出人生的第一句「媽媽」，豆豆媽驚喜、崩潰，到廁所大哭了一場，這句話很簡單，但讓豆豆媽終於有勇氣開始編寫孩子未來的藍圖。

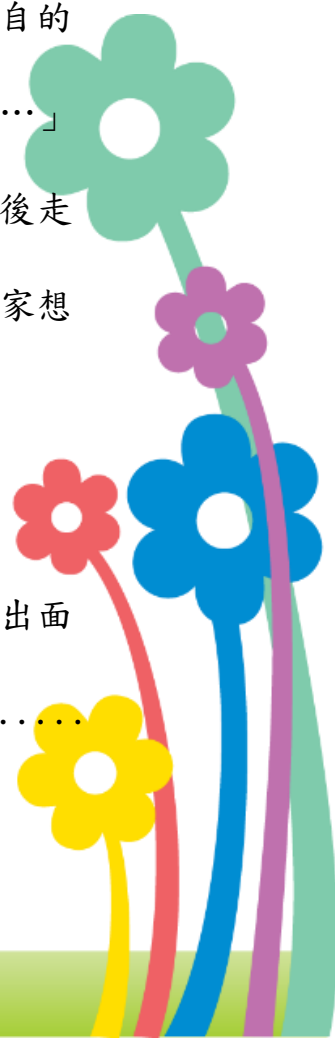


一日，豆豆媽又跟忠益們請假了，因為經醫師診斷豆豆的右眼神經正逐漸萎縮，手術勢在必行。大家隱約的擔心手術後復建進度又要回到原點，但也只能面對。果然經過二週的恢復後回到診所，還帶著獨眼龍眼罩的豆豆又不走了。情況令人洩氣，但一週三天的加班繼續進行。豆豆緩慢進步，走，變成大家的期待。

這天，豆豆的專屬課程突然來了其他人，原來是豆豆的爸爸跟姐姐也出席復健，而輪流治療的職能治療師們也因為豆豆媽的請託當天全員到齊，頓時本冷清的教室熱鬧了起來。

「豆豆呢？」忠益問 爸爸跟姐姐的笑容很詭異，突然大門被推開，盛裝打扮的豆豆手裡拿著卡片，一步，一步，一步，緩慢、獨自的走進來。站定，說出「謝.....謝.....謝.....」治療師們實在是太驚訝，感動得說不出話。豆豆媽跟在豆豆身後走進來，她今天也特別打扮過「今天是豆豆的二歲生日，我們全家想最好的慶祝方式，就是一起來謝謝老師。」

「我在家有幫弟弟特別訓練喔，他說的這句話是我教的」姊姊出面邀功，果然她是豆豆最好的家教。「感謝老師們願意幫我，我.....本來要放棄了，真的很感謝你們，豆豆現在能走都是你們的功



我與遲緩兒的成長故事

苗栗大千醫院復健科 劉國政 職能治療師

剛投身於職能治療這個領域時，曾經覺得，自己應該可以為早期療育這領域有一定程度的付出，但是，當面對各種不同診斷別的孩子時，赫然發現自己所學竟是如此的不足，於是開始了另一個階段的學習生涯！

故事的開始是從 17 年前，跟伊甸的第一次接觸開始，一個天才矍矍亮的早晨被醫院的電話吵醒，臨危受命要去苗栗縣泰安鄉後山，支援伊甸基金會的早療評估，帶著狐疑的表情跟滿心的不願意(因為我今天休假)，坐了三個小時的車來到了泰安後山，剛開始工作的幾年，總是以自己的專業為中心，這是第一次跟各個不同領域的專業人員合作，橫跨物理治療、語言治療、臨床心理、特教老師以及社工師，在這一天的評估工作之後，赫然發現原來專業的釋放與合作，竟然能夠產生如此快速而且明確的效果，真是太神奇了。天真的我，曾經以為自己也可以這麼做，回到醫院就將想法跟同事們分享，後來才發現，跨專業團隊的合作竟是如此的困難，當天其實是因為有多位九經驗的前輩帶領，才有辦法如此順利的完成。於是透過各專業老師們的協助，不斷的進行分享課程與實作演練，透過兩年的學習才瞭解，原來將自己的專業無私的釋放，才能有效的達到專業合作的目的，同時也才能真正的協助到遲緩兒及其家庭。

對於多數的治療師而言，心中應該都是充滿了熱血，覺得自己應該有能力可以幫助所服務的個案，剛畢業的我也是這麼想的。但是，臨床工作是現實的，並非所有的診斷別都能用相同的治療方式介入，甚至會出現醫學檢查無法定義的遲緩，在我執業的歷程中，個案成為我最好的導師，讓我從中習得書中所未能瞭解的知識。以下分享幾個生命故事：

曾經有個媽媽，抱著被醫學中心診斷為重度智慧障礙的孩子來求助，當時心中想著才兩歲半，是否能夠透過專業訓練，讓這個孩子有不一樣的機會呢？跟家長會談與評估完個案後，決定透過專業團隊評估，設定孩子的治療方向與內容，同時每年追蹤一次，這孩子除了在地區醫院療育之外，每年仍然回到醫學中心重新診斷，而支持家長持續努力的重要因素之一，就是每年診斷的改變，最後一次回診時，這孩子拿的診斷是亞斯伯格症。因為孩子每週兩次的課程，早已讓我對孩子的改變無感了，尤其是剛開始的一年半，更是令人失望。在這孩子的療育過程中，我要感謝團隊成員的敏感，協助我看到孩子細微的變化，同時，協助我找到孩子的正向能力，在一年半之後，孩子不論是在學習與人際互動，都開始有了長足的進步，接受治療的七年後，終於正式結案，而且由資源班回歸至普通班。

第二個是一位裘馨氏肌肉萎縮症候群的孩子，第一次接觸到是在他小六時，當時他已經癱在床上，自己無法下床，但是追蹤病例發現，其實他小三下學期發病，能力也尚未退化至此，怎麼會無法下床呢？深度訪談後發現，因為

當初就診時醫師當著孩子的面前告訴家長，孩子只能活到 15 歲，自此孩子開始完全放棄自己，團隊討論後決定先給予心理輔導，並且建立生活自信與目標，開始給予和緩之運動訓練，孩子在被半強迫的狀況下，開始自己推輪椅、學針織，跟著班上的同學一起學習，甚至在國三那年我們還幫他辦了一場義賣，我永遠都記得他告訴我的那句話：「人總有一天會死，可是，但是請記得我為自己活過！」最後一次看到這個孩子，是在身障運動會，他開著電動輪椅在場上奔馳著，三年後聽到了他的死訊，我心中突然想起，這曾經努力讓自己生命發光的孩子！

時間真巧，剛好就在十年前的六月，在一次到宅評估中，看到了多重障礙的軒軒，這時的軒軒十個月大，把他抱在手中好像抱著一床薄被，完全找不到施力點，小耳症、外耳發育不全、水腦、肺部發育不全，一個出生就被宣判死刑的孩子，只因父母的不放棄，透過團隊的協助讓早療能持續的介入，雖然早已過了早療年齡的定義，但是，復健治療仍在持續中。這孩子今年剛滿 11 歲，能自己行走、自己進食，每天按時到校上課，最重要的是，在進行高強度訓練時，還會對我抗議。

在我的生命當中，其實還有更多孩子的故事，無法一一描述，想說的是，在提供服務的過程中，其實我從家長與孩子身上學到更多，也因此讓我有更多的動力向前走，慢慢的，我的服務對像走向偏鄉、離島，走向資源缺乏區，也讓職能治療開始有不一樣的服務範疇，或許這也是不一樣的社區領域了吧！

不過，走向資源缺乏區，就真的要更落實專業釋放了。偏鄉早療服務的模式開始走向提供評估後，設定治療的目標與訓練內容，同時示範給家長或老師看，讓家長或老師成為指導者。不過，過程中會發現，其實家長較容易接受治療師所給的建議，而老師通常會因為需要面對的孩子較多，較不容易執行。甚至曾經遇過課程及療育會議後，有老師直接抱怨，認為治療師說說當然簡單，實際執行怎麼可能！最後討論的解決方案，就是由我跟我的夥伴直接設計一堂課，做現場示範教學，讓老師們瞭解如何去做。但是，由此也讓我瞭解一件事，原來跨專業的合作中，如果不能坦然提出問題，大家都只是行禮如儀，最後可能花了大把時間，可是卻不會有太大的進展。

醫療的型態不斷在轉變，當我們認真的在為個案提供療育課程時，是否曾經思考過我們的介入內容真的是個案要的吗？我們不斷的在強調個案能力不足之處，是否有看到過個案的長處？我們是否真的看到了個案生命的全貌？當我們在介入的過程適時的調整我們的視角，以個案為共同工作與學習的角色時，我所看到的不再是個案的缺陷，而是如何在他的生命中去努力！感謝孩子讓我看見不同的世界，以及生命的韌性！

適性教育 打開耳界 生命大不同

台南大學附屬啟聰學校 許慧珍 職能治療師

在台灣，因為近幾年新生兒聽力篩檢普及，很多有先天聽覺障礙的嬰兒都能早期發現早期介入，如聽力復健或是配戴助聽輔具等，大大幫助這些嬰孩的聽覺發展以及口語表達能力，即使是重度聽覺障礙，經過配戴適當的輔具（助聽器或人工電子耳），在早期療育階段，積極地接受聽能、語言治療後，也能與一般聽人正常地交談溝通，語音清晰度也幾乎可以與常人無異。

學前教育階段(2 至 6 歲)，家長可以選擇不同的教育環境，如：普通幼兒園、特殊教育學校學前部、早期療育機構附設幼兒部等，讓孩子可以獲得最適切的教育，幫助各方面的能力，包括：認知、語言、人際互動、動作發展、社會能力以及日常功能等，都可以正常發展，減少與同齡同儕的落差，進而可以順利地在最少限制環境裡學習、生活。

之後的國民義務教育階段，以及高等教育階段，在「鑑定輔導委員會」協助下，台灣的特殊教育學生，包括聽覺障礙學生，仍舊可以選擇對自己最適切的教育環境就讀，每個特教學生都會有自己

的「個別化教育計畫」，在團隊的合作下共同擬定、執行，讓他們都能發揮自己的長處，順利融入一般社會，協助他們盡量擁有獨立生活的能力。

然而，因為城鄉差距或是家庭社經地位的關係，台灣仍有家庭無法獲得相關訊息，也就沒辦法讓孩子在黃金期立刻接受最適切的醫療和教育介入，阿秀就是這樣的例子。

阿秀是在國二（現在的八年級）才轉入啟聰學校，她來自台灣南部一個山區偏鄉，住的地方距離大型醫院大約要一個小時的車程，到醫學中心更是幾乎往返就要花掉半天的時間，因為父母離異，從小是奶奶照顧，家中的經濟全由父親的勞動工作支撐。

阿秀外表黑黑的，左半側（包括手和腳）有萎縮的現象，走路不受影響，但左手有明顯的張力且掌指幾乎沒有力氣，第一次見面時，阿秀盯著咕嚕嚕的、單純的大眼睛，安靜地看著我，臉上還有個小小笑窩。與導師訪談後知道，她先前就讀的所有教育階段，都以為她是智慧障礙的學生，不清楚是因為什麼樣的機會，國二的導師好像察覺到什麼，請父親帶著孩子去做聽力檢查，這才發現阿秀有中度聽覺障礙，在這位國二導師的積極聯繫下，順利地轉入啟聰學校就讀，正式開始接受啟聰教育。

自從阿秀配戴上助聽器，接受聽能復健、語言治療後，她彷彿打開進入世界的大門，她知道原來她可以發出簡單的聲音，原來還有手語這樣的語言可以和別人溝通，原來學習是這麼有趣，原來她有能力聽懂別人說的話，也可以告訴別人自己的喜怒哀樂。

特殊教育是團隊合作的，除了教育提供的認知學習，還有許多專業，包括：職能治療、語言治療、物理治療、社工師等共同幫助阿秀成長，身為職能治療師，我服務的目標放在加強阿秀上肢動作功能、雙側協調以及日常生活實用技能。

由於阿秀因為聽力的關係，聽不到別人的聲音訊息，所以之前的學習幾乎沒有接收，許多基本的認知也相當缺乏。但，經過評估發現，阿秀本身的資質不差，有學習能力，也有組織計畫能力，因此，為了培養阿秀有獨立自主的能力，我設計了一個可以同時加強阿秀上肢功能、雙側協調以及日常生活實用技能的活動-紙上大賣場，利用 DM 剪貼，讓阿秀可以讀懂日常生活所需物品上面的文字，至少可以獨立購買日常用品，減少依賴他人的負擔。

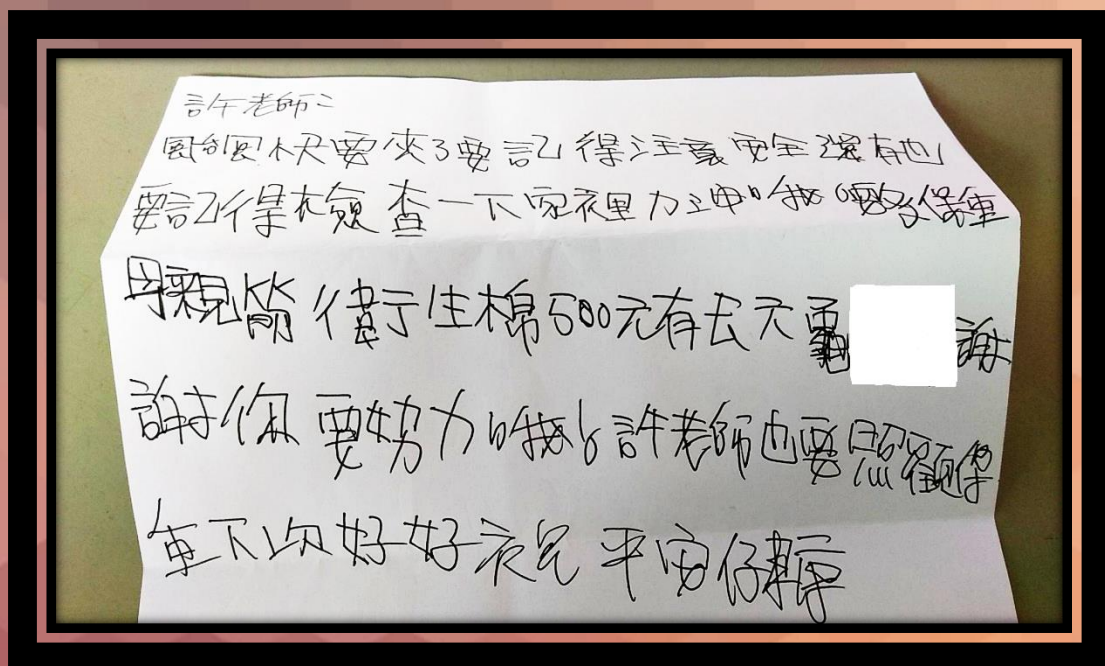
每一次的服務時間，我會給阿秀一個題目，請她從量販店廣告傳單中找出指定物品，配合難易分級，物品從少到多、動作要求從簡單到複雜、物品的種類從食物進階到不常見（不常用）的類型、

從明確的品名（如：餅乾、沐浴乳）到概括性的命名（如：可以吃的東西、會出現在浴室的東西），再利用班級的掃地時間，請導師安排可以雙側操作的清潔活動，將復健概念融入教學情境，也讓動作功能的練習落實在日常生活之中。

到了阿秀國三畢業時，阿秀可以用手語表達需求，有時急切地想要分享時還會發出一些單音，她的眼神不再只是單純，更是散發對世界好奇的光芒。甚至，她還可以寫小紙條，跟我打同學的小報告，雖然，字不美，語意不清，但那些文字在我眼中，確是超級珍貴！

後來阿秀繼續就讀啟聰學校的高職部，我們持續這樣的服務到她高三畢業，高中之後，阿秀的能力更有長足的進步，活動也做了進階的調整，她能順利地協助整理家務清潔活動，還能利用計算機進行物品金額的加減。

畢業後，我和阿秀持續通信，雖然文字語意仍舊不通順，但她可以清楚表達，現在的她雖然沒辦法找到工作，但在家陪伴阿嬤，能幫忙整理家裡環境，還能煮飯照顧阿嬤，偶而還能自己到鎮上購物。前兩天，收到她寄來的信，她提醒我颱風季節要到了，要多注意安全！



阿秀是幸運的，因為有敏感度高的老師協助阿秀接受適當的特殊教育，配戴合適的助聽輔具，經過了教育團隊以及相關專業團隊的共同努力，讓打開了耳界的阿秀，走出了不一樣的生命光彩！

最美好的一天??

台灣楠梓特殊學校 郭俊宏 職能治療師

Paul 是一名四肢癱瘓的腦性麻痺患者，在前年(2014 年)九月入學，就讀高職部綜合職能科一年級，使用一張普通輪椅當作代步工具，由一位看護協助日常生活。Paul 兩上肢的動作原本就有困難，在日常生活中，很少有手臂上舉的動作，兩上肢的操作能力並沒有達到應有的水準。

Paul 從小迄今，一直都無法自行進食，需靠人餵食。高一上學期開學評估，發現“用湯匙，無法維持湯匙水平(食物易掉落)”的問題。高一上學期期初 IEP 會議時，媽媽特別提到：「希望 Paul 能學會自行用餐。」。當時評估認為 Paul 能獨立進食的機會不大。所以，主要的焦點擺在 Paul 的「駝背」與「電動輪椅訓練」上。

Paul 的「駝背」問題，經評估“可以避免問題惡化，無法經由訓練徹底改善”。Paul 坐著時，背部呈現很明顯的向後凸出；平躺時，脊椎接近正常的外觀。經向導師與家長說明之後，提供「撿球舉手訓練」

的入班活動，要求 Paul「左右兩手輪流，用手撿一顆球，手臂上舉停留 3-5 秒。」。建議 Paul 在教室，每天至少撿一盤 15 顆球。Paul 只要將手臂上舉，背部就挺直了，外加每天平躺或趴著拉 10-15 分鐘，即可避免駝背的問題定型惡化。

另外，為了試探操作電動輪椅的可行性，特別安排每週一節課進行「電動輪椅訓練」。Paul 左手的操作較好，使用左手操作電動輪椅的搖桿，控制移動的方向。高一上學期訓練的內容是「八字形移動」，練習繞著四支三角錐左、右轉、向前移動與迴轉。要維持電動輪椅與三角錐的相對距離，需有良好的手眼協調、上肢與手的控制；也需有不錯的空間知覺、距離感。Paul 的操作雖有進步，受限於視覺專注力與眼球動作的困難，始終無法再進一步訓練。

在高一上學期結束前(2015 年 1 月中)再評估一次 Paul 的進食能力，嘗試將桌面用紙箱墊高，模擬使用湯匙進食。事實上，經過一個學期的「撿球舉手訓練」與「電動輪椅訓練」，竟讓左上肢的操作能力大有進步，舀起食物與送到嘴巴的動作，已經具有功能性了。惟當時受限於設備不足，仍認為自行進食尚有困難。

為了不讓撿球活動太無聊，在大原則不變的前提下，導師經常變換訓練活動內容，並將活動融入課程；Paul 也積極練習，雖然建議每天撿一盤球，Paul 都多撿好幾盤。2016 年 4 月某天，導師特別從家裡帶來一支舀洗衣粉的勺子，要求 Paul「用洗衣粉勺子舀雪花片...」。這是一項新的挑戰，高中階段的 Paul，竟直接嗆導師：「為什麼要我做這種動作？」。

發生這樣的事情，表示 Paul 頗有自己的想法。日後做任何事，都要先溝通，把道理講清楚了，才不會又發生同樣的狀況。學校添購的 EatWell 餐具組剛到貨，還未使用過。就請導師跟 Paul 說：「用洗衣粉勺子舀雪花片，是與治療師經過討論，要在教室做的活動，必須繼續練習。」另外，也乘機跟 Paul 提到最近進了一組餐具，探詢其試用的意願，Paul 的回答很“酷”...「好啊!」、「都可以啊!!」。於是，針對 Paul 的進食，再進行一次評估與嘗試。

由於 Paul 兩上肢的動作原本就有困難，加上軀幹低張駝背，讓兩上肢的操作能力雪上加霜。Paul 用湯匙舀起食物後，由於無法維持湯匙的穩定，湯匙內的食物不能從碗安全地送進嘴裡。另外，一般碗的邊緣較高，用湯匙舀起食物時，容易將碗打翻。如何協助 Paul 克服困難呢??

於是在 2016 年 4 月底，讓 Paul 使用輪椅靠近電動升降桌，將 EatWell 餐盤放在電動升降桌上，用四公分厚的泡棉墊高，將兩手肘支撐在桌面上，升高桌面，觀察 Paul 左手的進食動作...天啊!! 我看到機會了。

向導師回報 Paul 有自行進食的可能性，希望利用午餐時間嘗試看看。教室的桌子是輪椅生用的特製大桌子，桌面高度是 77.5 公分。依據使用電動升降桌的測試結果，桌面離地約 80 公分高，是最理想的進食高度。希望這 2.5 公分的差距，不會造成關鍵的障礙。

為了不增加看護的負擔，從 2016 年 5 月初開始第一次嘗試，練習自行進食 10 分鐘後再餵食。在第一次練習時，觀察使用 EatWell 餐具組的湯匙與一般的湯匙，發現使用一般湯匙較順手。Paul 進食時，輪椅要貼近桌子，兩手肘支撐在桌面上，將餐盤墊高 4 公分，用左手持湯匙，從外向內舀起食物，再低頭以口接住湯匙的食物。後來發現 Paul 越來越熟練進食的動作，遂逐漸增加自行進食的時間。之後，就索性請看護把食物準備好，餐盤擺好，讓 Paul 自行進食。

於 2016 年 6 月初，請導師連絡媽媽到學校，同時向媽媽與導師說明 Paul 能自行進食的關鍵因素。首先，**Paul 有足夠的認知與自行進食的動機**。其次，「**撿球舉手訓練**」與「**電動輪椅訓練**」改善左上肢與手部的動作能力。第三**提供合適的餐具**，為了避免餐盤被打翻，Paul 需要「**寬底低邊、底部高摩擦力**」的餐盤；Paul 用湯匙的動作是「**從外向內舀起食物**」，「**餐盤底部高低邊**」高邊朝外(低邊朝內)，方便從外向內集中食物。第四**找出最佳操作能力的擺位**，由於 Paul 上肢的動作困難，為了縮短湯匙移動的距離，採取「**高桌面(80 公分高)**」、「**墊高餐盤**」、「**低頭以口就湯匙**」等方式；

同時讓 Paul「**手肘支撐在桌面上**」，以增加上肢遠端動作的穩定性。運用以上策略，加上**導師給予機會，並花時間指導**，讓 Paul 成功發展出自行進食的動作模式。

Paul 已經於 2017 年六月畢業。一年前 Paul 嗆導師的往事，如今回想起來，如果當時沒有發生任何事情，Paul 到今天，也許仍要依賴看護餵食呢!! 細數這一年來的歷歷往事，因為 Paul 的努力、看護的協助、導師的指導、行政的支持添購設備...等，讓學校團隊獲得完整的經驗。這驚天一嗆，不僅幫助自己結束了十幾年被餵食的生涯，也造福了同樣狀況的學弟妹。這一天，根本就是**最美好的一天啊!!**

新型功能性支具运用于

小儿肌性斜颈

福建龍鋼醫院 葉星星

小兒肌性斜頸主要表現為頭部的側方傾斜，仰頭或低頭，部分患兒頭部可以延中軸線旋轉。造成這些頭位改變的原因是頸部肌群如胸鎖乳突肌、斜方肌、頸後肌群肌張力增高、痙攣、肌腱攣縮，導致不對稱性頸部姿勢與運動。

小兒肌性斜頸根據其康復治療介入時間與頸部肌肉痙攣程度可採取不同康復與治療措施。一般而言對於 ≤ 6 個月患兒主要採取針對受累肌肉、肌腱的牽拉、按摩及物理因數治療，這些措施對於緩解、改善受累頸部肌群有較肯定作用。對於 >6 月以上斜頸患兒，可以先進行康復干預，若2—3月內斜頸改善，可以繼續康復訓練，如果改善不明顯，短縮的肌腱對牽拉療效欠佳，頸部肌性結節消散不明顯，超聲檢查受累肌群回聲較強及肌肉體積增大明顯，應當選擇手術治療後再行康復治療。

對於 ≤ 6 月的斜頸患兒或 >6 月適合尚保守治療患兒，配合頸部抗斜頸矯形器及支具的應用都具有十分重要的臨床意義。抗斜頸

矯形器及支具的應用，可以最大程度避免牽拉伸長後肌肉、肌腱的回縮，維持康復訓練療效，固定保持頭位居中，糾正頭頸部偏斜與旋轉。康復訓練、手術治療與抗斜頸矯形器及支具的聯合應用是提升小兒肌性斜頸的治療效果的最佳組合。

我院作業治療組自 2017 年 4 月至 7 月，在臺灣張瑞昆老師的指導下開展小兒斜頸新型功能性支具的應用。新型功能性支具是由一根軟管繞成的頸圈和二根置於患側頸部的支撐杆製作而成。支撐杆選用的材料是低溫熱塑材料，是一種特殊合成的高分子材料，能在 65-75°C 的溫度環境軟化並可被任意成形的一種外固定材料，具有塑形性好、記憶性好、重量輕、透氣性好、強度高的特點被廣泛用來做可調的自助器具。患兒頭位居中，測量下頷角到鎖骨、耳後到肩的距離也就是支撐杆的高度，用軟管連接支撐杆，斜頸支具製作而成，過程簡單便捷，適合推廣。

矯形器作為體外固定裝置，能促進康復效果的保持和治療，目前常用的是以頭頸胸矯形器為代表的傳統抗斜頸矯形器，具有以下優點：固定牢固；易清潔衛生；日常生活體位均不受影響；重量輕、硬度大；耐水、耐潮濕；透氣性好；隨時調整鬆緊度；符合人體生物力學原理，個性化設計製作。缺點是：限制患兒頭頸部的活動，患兒骨骼處於發育過程，長期的下頷骨受力，影響下頷骨的發育，易導致患兒顏面部畸形；而新型的抗斜頸支具具有以下優點：

不限制患兒運動，採用類似於提醒法引導孩子進行頭頸部主動控制。簡單輕巧，穿戴方便，透氣性好，舒適度好，根據患兒實際情況量身定制，隨時調整支撐杆和頸圈的長度來滿足不同康復治療階段的患兒需求，不壓迫患兒顏面部，不影響骨骼發育。其缺點是強度相對較低。



我院採用新型功能性支具治療 10 例肌性斜頸患兒，其中男性 6 例，女性 4 例，左側斜頸 7 例，右側斜頸 3 例，年齡 7 月—14 月，PT 訓練採用肌性包塊處局部蠟療、按摩，肌腱手法牽拉、物理因數治療的同時使用新型功能性支具保持康復治療的效果，提高了對患兒的頭頸部的主動控制，不影響患兒健側活動，家長認可度較高，也適合長期穿戴。通過回訪斜頸患兒家長穿戴功能性支具的情況，7 例患兒堅持佩戴，同時配合康復治療，患兒斜頸均明顯改善。

2 例患兒 1 月內終止佩戴，其中 1 例患兒主要行康復治療，斜頸糾正緩慢。1 例患兒無採取任何康復治療也未堅持佩戴，斜頸未見改善。1 例患兒康復治療後剛配合斜頸支具佩戴，效果有待觀察。由於我院開展新型功能性支具運用于小兒肌性斜頸時間尚短，以上病例還需長期觀察回訪，以進一步確定其長期療效。



穿戴支具前、後效果圖

對於小兒肌性斜頸應當立足於早發現及早進行康復治療，早期及時正確地穿戴功能性支具，積極進行康復訓練及物理因數治療具有較好的療效，不僅利於患兒頭部主動控制，有利於我們康復效果的保持，大部分患兒可以避免手術治療。

2018 国际作业治疗研讨会 第二次 会议通知

研讨会日期：2018年3月29 - 4月1日 3月29日上午报到

会议地点：中国. 云南 昆明佳华广场酒店（昆明市官渡区北京路 157 号）

会议主题：感应人心 通晓科技（Hi-Touch, Hi-Tech）

会议形式：主题演讲、分组专题讲座、分组论文发表、专题学习班、
康复产品展览等

研讨会注册费用：

参会代表类别	提前报名注册：（享优惠） （2017 年 12 月 31 日截止）	会前三个月正常注册 （2018/01/01-2018/03/15 截止）	现场注册 （2018/03/29）
一般会议代表	RMB 1100	RMB 1500	RMB 1800
作业治疗及全日制在校 康复治疗专业学生	RMB 500	RMB 700	RMB 1000
特邀讲课嘉宾	免费		

会议征文：

大会特设多个奖学金名额（供 40 周岁以内的治疗师申请），我们诚邀您为会议“论文发表”环节投稿，符合奖学金申请资格的论文发表者，大会将于会议现场颁发奖学金 RMB 500 元。意在鼓励内地从事康复工作的治疗师踊跃参加，申请者必须先提交论文摘要，征文投稿截止日期是 2017 年 11 月 1 日，录取结果将于 2017 年 12 月 15 日前公布。大会将以电子邮件通知第一作者。

大会秘书处：咨询、联系

赵荣先生（云南）电话：**0871-68338448** 手机：**189 8716 6637**

邮箱：yarmoffice@163.com 传真：**0871-64109308**

王琳小姐（香港）手机：**189 2677 5716**

邮箱：qd-linda@hotmail.com

招商：

大会将安排康复产品展览展位，会刊插页宣传等，凡感兴趣参展或赞助的厂商、康复器材公司，欢迎随时与我们联系！



中華 OT 電子期刊編輯委員會

黃錦文 香港職業治療學院

張瑞昆 台灣高雄長庚醫院

林園徽 廣東省殘疾人康復中心

李生成 宜興九如城康復醫院

陳少貞 中山大學附屬第一醫院康復醫學科

閔彥寧 河北省人民醫院康復醫學科

楊永紅 四川大學華西醫學院康復醫學科

朱 毅 海南省農墾總醫院康復治療科

本期責任主編:張瑞昆

香港職業治療學院

HONG KONG INSTITUTE OF OCCUPATIONAL THERAPY

地址:香港特別行政區, 香港新界大埔全安路9號大埔醫院職業治療部

電話: (852) 6509 6582

電郵: HKIOT@HKIOT.OR

網站: [HTTP://WWW. HKIOT. ORG](http://www.hkiot.org)

