

明患者功能與狀態和諧共生。

重建生活的目的是為了重獲幸福，而幸福是一種可以學習的能力，是自我的修煉。若想幫助病人，首先要修煉自己，讓自己擁有獲得和賦予幸福的能力。同學們將重建生活為本的理念運用在自己的學習和生活中。在學習中，他們重新定位角色，以“三元合一”的思想去指導自己的學習，學習積極的應對方式去面對困難，充分發揮自己的潛能，立志于成為 OT 賦能高手。同時，他們也將“重建生活為本”的理念帶到家庭，用“OT 新三寶”“能力階梯”“六部曲”等方法去幫助家中的老人，做出個案，幫助他們重建生活，重獲幸福。最後，同學們將在實踐中，以“和諧小家”促“幸福大家”，將更好能力和經驗去服務患者。星星之火可以燎原，願這些熱血的種子能帶給中國康復更多的精彩。



疾病也许难以治愈，  
功能也许无法完美恢复，  
但，  
生活在继续……  
重建生活，重获幸福



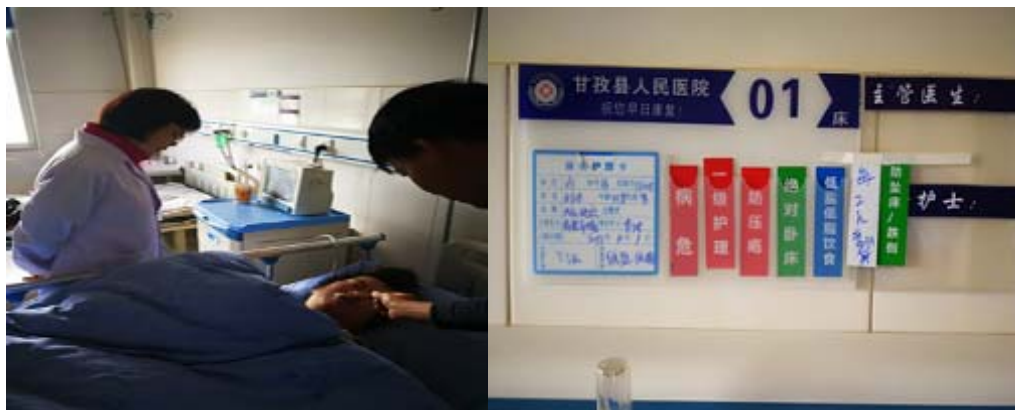
個案報導

## 一個康復介入個案引發的“生物-社會-心理”模式的深思

成都市第二人民醫院 羅倫 張濤

這是發生在 2017 年國慶期間的真實事件，我作為援藏醫生於 9 月下旬前往甘孜縣人民醫院下鄉支援，醫院設置了內科、外科和康復醫學科，康復寇里只有一名畢業 4 年的治療師。國慶日剛過的上班第一天，康復科小治療師告訴我，內科收治了一名腦出血的“三無人員”，內科主任邀請

她會診做治療，已經有幾天了。我立即跟著她趕往住院病房，經瞭解才知道：患者男性，35歲，山東人士，早在7、8年前離家出走四處遊蕩，10月1日到了甘孜縣跌倒在街頭，被員警送至醫院急查CT:右側基底節腦出血約“3.5\*5.6cm”，10月9日複查CT示出血區域大約“3.5\*6cm”，病情已基本穩定，但左側肢體偏癱。憑藉以往的工作經歷，我知道患者必將經歷漫長的康復過程，而且伴隨其發生的是各種各樣的費用會產生，這對於一名“三無人員”來講如何維持？再仔細瞭解，患者現在所有的住院費用都是醫院全部承擔，包括康復費用，醫院還為他請來一名護工，是藏族人，會講少許漢話，很耐心。同時醫院也通過當地民政積極聯繫他的家人，很欣喜他有家人，但得到的回復是：“家人是不會過來接他的”。有了這些背景我再走到他的床前，他雙目無神，表情呆滯，對所有的問話只回復“啊”，但當問到“你想家人嗎？”他的眼睛突然濕潤了。用右手將被子捂在臉上不再回應。



10月9日

這其實是一名有可能需要外科手術的患者，但這家醫院沒有手術能力，所以住進內科，內科的及時處理使他的病情趨於穩定。即便是邊遠山區，康復的介入意識也是非常強大，但是康復該做些什麼？能做多久呢？小治療師幾乎每天都在抱怨：我給他擺的體位很快就變了，給他扎針他要掙扎，給他做運動時他的肌力好像並不是太差，但又完全不聽從指令。。。。。。也真是難為了小治療師了，但是就算是遇到很有經驗的治療師，面對生活意志完全不能振奮起來的人恐怕也無能為力。

這名患者的問題目前已不能從生物學層面繼續解決下去，他的社會心理問題越來越嚴重影響了康復治療的介入，什麼 BOBATH、ROOD、PNF 等等技術統統不靈光，我們常常講的全程康復、全面康復、全人康復怎樣才能在他身上產生作用呢？先從社會問題層面需找突破口。

當我給內科主任提出通過民政社工出面解決問題的時候，他們睜著大大的眼睛望著我說：院長已經與民政聯繫了，民政局出錢請了護工，我暗暗地佩服院長的社會工作能力，然後呢。。。。。。據我瞭解，這家醫院條件並不好，這樣的存在方式對大家都沒有好處！第二天（10月10日）下午我去了趟民政局，找到一名社工並于民政局長通了電話，回復同上。我不相信有那麼絕情的家人，也知道社工系統是全國都有聯動的，於是我將此事告知我醫院社工張濤，他在第三天（10月11日）即回復患者的家人已經準備過來接他了，當我把消息告知院長時，院長如果他們來接，我們還要送回去，要花比現在更多的錢。。。。。。我再次（10月11日）通過我院社工協調瞭解此事，回復是家屬自己帶車來接，不需要醫院出錢。

今天是10月13日，小治療師突然興奮地告訴我患者的家屬已經來了，他們正在辦理出院手續。外再次走到他的床邊，旁邊站著和他樣子十分相象的哥哥，他的臉上已經不再木然，他的眼裡滿含著淚水，哥哥不停地為他揉按太陽穴。我問：你要回家了？“是的”高興嗎？“高興”；回家好好作康復治療，“好的”；我們握個手好嗎？他迅速滴出了右手用力地握了一下。他哥哥說：“家裡來了四個人開了個商務車單邊2600公里今天下午就返回，然後找家康復機構做治療”。

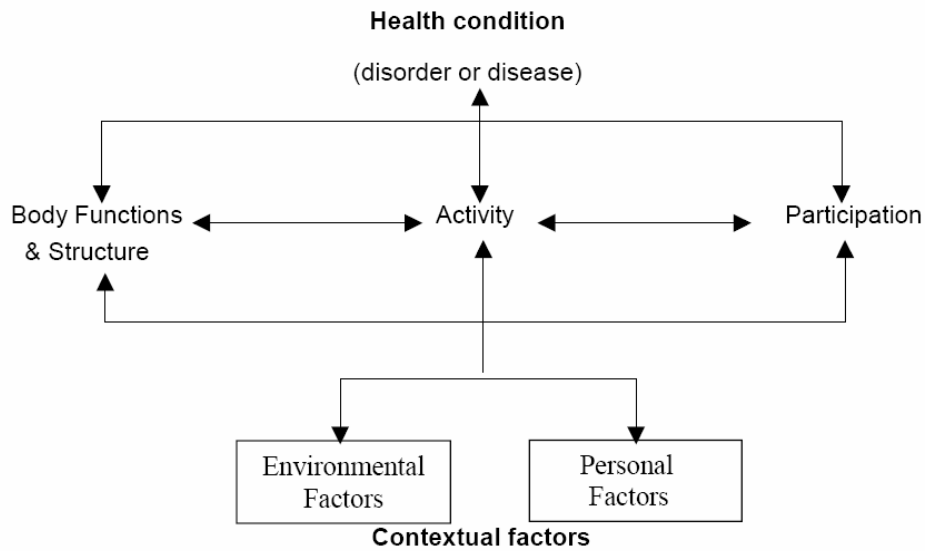


10月13日

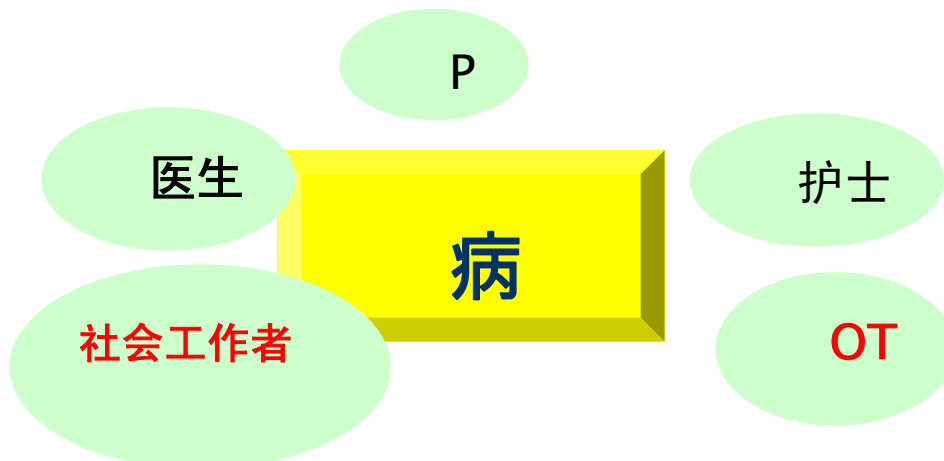
討論

這是一個過程並不複雜但卻要有心去突破的社會問題，這個問題的解決帶來了劉小心靈復蘇，生活意志的重建，他的生活能力重建已經看到了希望。

ICF 國際功能殘疾與健康分類



當患者的能力階梯從生物性進入個人性時，促進活動能力的提升是我們康復干預的主要目的，但是從 ICF 的角度來看，活動能力的提升是受環境因素和個人因素的影響，而環境因素包括了社會環境與物理環境，可能由於歷史原因，該患者的成長過程出現了偏差造成了現狀，但人求生求能求成長的本性是孕育在其心中渴望恢復的動力，社會環境因素的改變真正開啟了他康復的道路。





### 一站式跨專業多元化康復服務

在專業的介入中，醫生、護士、PT 是常規，我作為專業的 OT 非常敏感地發覺患者的需求，及時轉介給社工介入，在社會問題解決的過程中，醫院院長、民政局長、民政的社工、我院的社工、患者家鄉的社工等都參與了此次的跨界救援行動，全面體現了“生物-社會-心理”的服務模式，使各種先進的康復治療技術會有用武之地。我們還會繼續跟進患者，希望他能夠真正地重建生活。

2017 年 10 月 13 日

參考文獻：梁國輝《重建生活為本的理念與實踐》



個案報導

## 用能力階梯做指導—我們與張奶奶共同進步

成都市第二人民醫院康復醫學科

王孝雲

作為作業治療師，我們學習了 PEO 模型，學習了 MOHO 模型等等，學習應用這些模型怎麼去全面分析患者的情況，找出存在問題。制定目標和計畫。學習重建生活為本作業治療理念，從中也學習到了“三元合一，六部曲”。在此基礎上今年的重建生活為本作業治療理念又增加了能力階梯的概念，這一概念更好的引導治療師協助患者確定一步步目標並選擇合適的治療手段達至我們的共同目標——建立成功、幸福、愉快及有意義的生活方式。

72 歲的張奶奶在今年 3 月突發右側腦梗塞 1 個月後轉到我們科室進行康復治療；在首次評估的時候瞭解到，張奶奶現在退休在家，入院前與老伴居住在一棟老樓的三樓，沒有電梯；退休後和老伴在家裡做做家務，閒置時間喜歡打麻將、看電視。子女都居住在成都較近的地方，支持較好。現在住院期間主要有老伴和護工在照顧，張奶奶也說自己性子比較急，中風後很多事情現在都做不了啦，全靠老伴和護工，希望可以早點站起來走走，自己照顧自己。評估發現張奶奶左側偏癱，但右側肢體力量很好，除了吃飯，其他所有活動都依賴護工完成，現在也沒有娛樂休閒活動。張奶奶和家屬期望可以基本自理，在家裡可以走走，做點飯。發現患者存在問題後，我們應用能力階梯分析張奶奶現有的功能大部分在器官功能階段，根據能力階梯我們前進的方向就是提高任務技能、生活技能，再到生活能力和生活角色和生活方式。這樣我們就有一條清晰的前進的路線和目標方向了。同時我們運用訪談的方法，在訪談過程中，讓張奶奶和家屬正確認識中風，向他們灌輸重建生活為本的康復理念，並根據我們的能力階梯方向與張奶奶和家屬一起確定我們的康復目標，建立短期目標及治療計畫。讓患者及家屬參與到目標及計畫的制定中，可以提高患者的自控感、增加患者參與的積極性，更好的幫助患者建立重返生活的角色。

我們與患者及家屬共同確定的目標是患者有基本自理和簡單家務的能力（生活能力），根據能力階梯