



2017年12月号

中華 OT 電子季刊

The Chinese OT e-Newsletter

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 臺灣高雄長庚醫院
林國徽 廣州市殘疾人康復中心
李奎成 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
閻彥寧 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

本期責任編輯：林國徽

電郵 (E-mail): hkiot@hkiot.org 網頁 (Website): www.hkiot.org



編者的話

林國徽

各位兩岸三地的同行，大家新年好！

剛剛過去的 2017 註定是不平凡的一年，年初 OT 學組在內地範圍內統計 OT 的從業人員，結果是內地共有三千多的同道，比幾年前的八百的結果翻了三倍多！年中的時候，上海高教局批准作業治療成為獨立的本科專業，明年起可以招收作業治療的本科生了；金秋十月，亞太職能治療研討會在寶島臺灣召開；年底在中國康復醫學會的大力支持下，終於成立了國家層次的作業治療專業委員會，向著國際化的方向邁出了可喜的一大步！這都是各位同道們努力不懈的成果，真的可喜可賀！

在新年伊始之際，剛成立的作業治療專委會的大部分成員們又都在密鑼緊鼓的籌備一套作業治療叢書的編寫編譯，大家都熱情高漲地分享和引進新的 OT 知識和理念，而香港職業治療學院的團隊則繼續在內地推廣“重建生活為本的作業治療”理念……

讓我們兩岸三地的同道們一起努力，共創 OT 美好未來！

目錄

專題

- 1、你怎樣做病人宣教？（黃錦文）P3
- 2、職能治療師協助身心障礙者業的利器-職務再設計(張宜儒) P5

體會

- 3、篤行—重建生活為本推廣之感悟（吳麗君）P9
- 4、星星之火可以燎原—重建生活為本理念下 OT 教育實踐分享（余芳菲）P11

個案分享

- 5、一個康復介入個案引發的“生物-社會-心理”模式的深思（羅倫 張濤）P16
- 6、用能力階梯做指導—我們與張奶奶共同進步（王孝雲）P19
- 7、威廉氏症候群孩童的書寫障礙-個案報告（左惠心）P23
- 8、選擇合適的作業活動隊患者動力的激發——一例骨科患者的分享（施嘉英）P30

會議報導

- 9、2017 APOTS 亞太職能治療學術研討會在臺灣（遊敏媛）P32
- 10、以人為本 循證為基——第三屆中國康復作業治療教育大會（劉雪楓）P37
- 11、中國作業治療發展的里程碑——中國康復醫學會作業治療專業委員會成立(蘆劍峰 閔彥寧)P43
- 11、2017 第一屆中國康復醫學會年會暨國際康復設備展覽會作業治療論壇成功舉辦(蘆劍峰 閔彥寧)P45
- 12、我國首套《作業治療系列叢書》（電子工業出版社）編寫委員會議在北京國家會議中心召開(蘆劍峰 閔彥寧)P48



你怎樣做病人宣教？

黃錦文 香港職業治療學院 會長

當我跟很多內地治療師交流時，他們都抱怨病者不懂什麼是作業治療，病者只喜愛做被動活動，並且拒絕做 ADL 訓練，因為他們認為只要手腳能動，ADL 就沒有問題！所以，很多 OT 的治療亦變成只針對關節或肌肉的被動活動，病者甚至治療師亦覺得在做小 PT。這現象並不健康，因為病者會問為什麼要做 OT？作業治療師亦愈來愈沒信心，並懷疑自己專業的效用！

我相信大部分病者都是新發病的，入院前都應該沒有大病的經驗，可以算是一張“白紙”，但為何他們好像已有特定觀點！這些觀點可能是從互聯網或書本上來的，更可能是鄰床院友的觀點。如果這些觀點不是正確的，為何很多治療師都好像束手無策，默默地接受這個事實！

我的第一個疑問是他們有沒有做好病者宣教的工作，雖然他們都說已做了病者宣教，但他們很少會檢討宣教的方法和成效。他們在宣教時可能已把內容說了一遍，甚至好幾遍，但很少治療師會仔細地及策略性地進行宣教，使病者有足夠的資訊及認識作業治療。在過去一年，我與福建中醫藥大學附屬康復醫院的治療師積極地研究怎樣做宣教會產生更佳效果。

首先是宣教的形式，很多宣教是以講座形式，治療師利用幻燈或小冊子闡釋有關治療內容，但這形式是較單向，治療師不會即時檢察病者瞭解資訊的程度，結果病者只是很籠統地瞭解內容，而沒有深入瞭解資訊內容對個人治療的關係。良好的溝通是有賴發言者及接收者的互動，例如在溝通過程中互相確實對方有沒有理解錯誤，常用的技巧是用自己的語言(paraphrasing)問對方是否這個意思，或用簡單句子把對方所說的內容撮要 (summarizing)，再與對方確實。

除了注意溝通技巧外，策略性或引導性的問題可幫助病者思考，及對不同的治療方法作出合理的選擇，這亦可使病者更瞭解作業治療的效用。以下是我們建議可取的問題：

- 腦卒中是身體那裡出了毛病？
- 如果是腦出問題影響了對手的控制，那麼康復的重點應該在手還是在腦？
- 如果康復的重點在腦，那麼做手部運動的意義在那裡？
- 你現時做的上肢運動，對腦部的刺激有少？
- 你認為做被動運動對腦部較多刺激，還是做主動運動較多刺激？
- 除了手部運動能刺激腦部的重塑，還有什麼方法？
- 日常生活活動較複雜還是你現時做的運動較複雜？
- 日常生活活動對腦部有沒有刺激作用？
- 穿衣是不是需要控制上肢？是否可以作為對上肢及腦部的鍛練？
- 穿衣服訓練跟上肢被動/功能活動，那一種活動更需要腦部參與？

- 日常生活活動是不是治療的一種手段？
- 在病房時多參與日常生活活動對康復是否更有意義、更易成功？

我相信通過這問答模式，病者會更瞭解自己的問題和選擇對自己更好的治療方案。如果病者打破了單單做肢體活動的迷信，選擇對腦部更多刺激的活動，OT 在提供治療就會有更多種類和方法！賈傑教授在中國康復醫學雜誌在 2016 年發表的文章“中樞—外周一中樞閉環康復：腦卒中後手功能康復新理念”提到的意象治療及鏡像治療，正好是 OT 可以發展的方向。最近在南海國際會議上也聽到燕鐵斌教授講類似的課題：“腦-肢協同調控治腦病”，現代神經康復的重心是如何速進腦部的重塑，這也給 OT 重新思考 ADL 訓練對腦部的重塑的幫助！

康復過程不會是一帆風順的，病者會遇到停滯不前的障礙，他們會感到恢心和失望，這都是正常的反應。如果在宣教時已給病者有心理的準備，當遇到不理想的結果可以如何面對，這可以加強病者的適應及抗逆能力。當病者的肢體不能完全恢復功能時，我們應鼓勵和引導他把專注放在日後的生活，近來最受內地 OT 關注的便是“重建生活能力為本之作業治療”便是這方向。用 ICF 的語言是說服病者接受身體功能及結構上的不完全康復，把精力投放到發展個人優勢，繼續得到及享受在活動和參與上獲得的快樂和幸福。

做宣教的另一有效方法是使用“成功個案”，個案可以更清晰地展示整個康復過程，包括早期的病徵、做什麼治療、如何做治療、在康復中如何克服困難、成功康復的愉悅等。如能使用幻燈或視頻，將有更佳的溝通效果！你開始了有計劃地收集成功案例的幻燈和視頻嗎？





職能治療師協助身心障礙者就業的利器-職務再設計

臺灣勞動部勞發署職務再設計專案單位職能治療師 張宜儒

指導老師：張瑞昆

認識職務再設計(job accommodation)

美國勞工局（U.S. Department of Labor）定義職務再設計系指合理化的調整職務或工作環境，使身心障礙者能在工作職責上發揮表現；是否需要提供職務再設計，則必須考慮該工作所需的任務技巧、執行該工作時可能出現的功能限制、雇主的困境或其他問題等。職務再設計可能涵蓋設備調整、工作時間調整、職務調整或其他一系列的解決方式。而根據「臺灣身心障礙者職務再設計實施方式及補助準則」（2016年05月25日修正）所稱『職務再設計』，指為協助身心障礙者排除工作障礙，以提升工作效能促進就業，所進行之改善職場工作環境、工作設備、工作條件、提供就業所需之輔具及調整工作方法之措施。

為協助身心障礙者能順利進入一般性職場，及因應未來在職場中可能面臨的挑戰，「職務再設計」相關服務的提供對身心障礙者就業具有關鍵性影響與重要性。臺灣自1994年起行政院勞委會職訓局開辦身心障礙者職務再設計獎勵計畫，獎勵或補助雇主為身心障礙員工進行職務再設計，這是臺灣第一次成功推行與職務再設計相關之法案，藉此提供身心障礙工作者改善工作環境的相關政策並促進身心障礙者適性就業。到了西元1995勞委會職訓局更增列身心障礙者職務再設計補助計畫，核給建築物及設施設備、機具、工作內容、工作條件改善等補助專案，以期能夠加速雇主在職務改善上的行動進程（行政院勞工委員會職

業訓練局，1995)。而臺灣職務再設計的整體服務能量，從 2013 年的年度總經費新臺幣 2 千 9 百多萬到 2016 年的 3 千 9 百多萬，提高了超過 1000 萬（提升約 34%）；服務的案量從 2013 年的 1,556 件，到 2016 年的 1,882 件，不管是服務案量還是服務經費都有明顯的增長（勞動部，2017）。

學者林千惠（1996）認為工作環境的不合適則會影響雇用單位進用身心障礙者的意願；紀佳芬（2003）認為職務再設計能增進身心障礙者就業穩定與就業適應。現今幾乎每一位學者專家在論述有關身心障礙者的就業事務上，均會提及為身心障者進行職務調整或職務再設計（紀佳芬，2003），可見職務再設計的重要性對於身心障礙者的就業領域而言，扮演相當重要的角色。而職能治療師則是最適合擔任職務再設計的角色，職能治療師將評估個案的工作環境及表現，提供適合的輔具及工作環境調整與改善的建議。以下將以其一個案訪視作舉例：

初次訪視與評估

職能治療師於 2017 年 3 月 27 日執行第一次職場訪視，個案為 60 歲女性，領有肢障重度的身障手冊，診斷為小兒麻痺症，身材嬌小且雙下肢肌肉萎縮無力，使用雙側腋下拐協助步行。目前是郵局內勤郵務處理人員，工作地點為郵務櫃檯，工作時段為早上八點 8 至下午五點，工作內容包括有：（1）郵件招領管理（60%），若掛號信件寄至收件地址無人響應及領取時，每日個案需將此回收信件彙整後登記並妥善管理，通知收件者領取信件、回應來電查詢招領信件資訊等招領業務；（2）掛號信件處理（30%），個案需處理信件、印刷品、包裹、報值信、快捷包裹及國際包裹之掛號業務，需將待寄物品秤重後，收受郵資及列印收執聯；和（3）販賣郵務商品（10%），個案偶爾也需販賣郵票、信封袋、便利箱及開立郵資證明等小額營收業務。由於該分局目前擴建室內外辦公區域，使其於工作場所中移動距離增加，導致個案體力出現較大負荷。個案為因骨骼肌肉系統老化，且體力衰退，長時間使用雙側腋下拐造成腰背、上肢經常性酸痛，甚至乏力，是典型的後小兒麻痺症候群，因此尋求勞工局身心障礙者職務再設計服務之協助。

工作分析與就業面臨問題

針對目前個案的兩項就業問題作分析：第一、經常性於工作場所中移動：個案若辦理招領業務時，需經常性於櫃檯及包裹、信件堆放區來回移動，領取信件或包裹時，需以腋下固定拐杖，彎腰後單手拿取信件，若拿取大型包裹則請同仁協助。這種動作容易造成個案失去平衡而發生跌倒之風險、工作效率降低，也造成民眾等待時間增加。第二、工作需長時間久坐：由於業務繁忙，個案工作需長時間乘坐於辦公椅上，加上個案本身雙側下肢肌肉萎縮，

坐骨骨突處因長時間乘坐時常感到不適。



職務再設計的改善方式及內容

關於以上就業問題，職能治療師分別提出改善方式：針對個案於工作場所移行問題，建議提供就業輔具：電動輪椅，以方便個案來回櫃檯及信件存放區，使用雙手拿取包裹及信件，能有效增加移行效率及安全性。由於櫃檯高度為 120 公分，若個案坐姿下向前取物，座椅高度至少需 58 公分高，信件櫃中層高度 30 公分，以座高 58 公分伸手向下取物，信件櫃高度至少 50 公分，才能使取物時不易失衡，故同時應改善職場工作環境：重新設計信件存放區的高度深度和走道寬度，使乘坐電動輪椅可自由離動其間，且拿取對象時不失平衡。第二次訪視時進行輔具試用，信件存放區的高度基於內部營運及機密考慮，已將信件存放櫃向上架高 20 公分，最底下存放空間置放其他同仁之文件，第一、二層存放招領信件，便於個案依據輪椅座高 58 公分雙手可觸及第一、二層之信件櫃拿取信件，避免過去手持腋下拐拿取信件的危險情形。

圖三、個案從已加高之信件櫃取用信件 (電腦椅模擬電動輪椅 58 公分座高)	圖四、個案試用電動輪椅情形
	

另外，針對個案久坐不適之情形，建議提供就業輔具：座墊，由於個案業務繁忙，需乘坐於座椅上執行業務 6-8 小時，使用座墊以減輕坐骨骨突處壓力，以避免長時間乘坐造成不適而影響業務執行。

成效訪視與評估

經過三個月時間的操作訓練，個案目前能熟練駕駛電動輪椅的方向、轉向及搖桿比例式動能輸出使用，往返來回櫃檯及信件包裹存放區，且電動輪椅座面高度適宜，能輕鬆領取下方櫃子郵件或較重包裹，並能拿取後放置於輪椅上，回到櫃檯繼續為顧客服務。

針對個案因退化性疾病及老化之因素，導致無法步行中長距離，藉由職務再設計提供電動輪椅，就其所遭遇之工作困難，給予職務再設計後進行成效評估。

1. 工作獨立性：因大部分工作皆能自行完成，不需仰賴同事協助，故個案自評工作獨立性提升 70%~80%。
2. 工作效率：因過去皆使用腋下拐協助移行，介入後以電動輪椅取代其移行功能，取用信件及包裹時間縮短 50%，有效提升工作效率。
3. 職災風險：因工作期間皆乘坐電動輪椅來回穿梭於辦公場所，而降低長時間手持拐杖造成跌倒之職災風險，並能確實減少身體不適及體力負荷。

結語

職務再設計最大目的就在於調整個人身心限制，並運用適配的輔具或設施設備、職務的調整，提供適合個體量身訂制化之職務再設計。許多研究都顯示職務再設計對於身心障礙者就業極為重要，並且經職務再設計調整後，身心障礙者可提高生產力、提升品質、增加彈性、熟練技術、減少經費與生產時間等等 (Birchall 與 Wild, 1973)，進而達到穩定就業與就業適應的目標。而職能治療師的目標為使身心障礙者能跳脫限制，解決工作時因其自身障礙而無法跨越的難題，讓身心障礙者擁有與一般人相同平等的就業機會。

文獻參考：

- 1.紀佳芬(2003)，身心障礙者職務再設計與工作改善，臺北：五南。
- 2.紀佳芬、宋人傑、黃元瀚、王雅惠、葉文裕、林彥輝(2003)，電腦作業輔具需求調查與媒合資訊系統研發，勞工安全衛生研究季刊，第十一卷，第二期，頁 127-136。
- 3.紀佳芬、張彧、劉秀霖、陳浚騰、葉文裕、林彥輝 (2002)，身心障礙者工作環境之評估與改善，勞工安全衛生研究季刊，第十卷，第三期，頁 185-197。
- 4.紀佳芬(1998)，身心障礙者職務再設計工作手冊，行政院勞工委員職業訓練局。
- 5.行政院勞委會職業訓練局(2007)，身心障礙者職務再設計補助要點。
- 6.陳靜江(2000)，身心障礙與工作輔助科技。中華民國特殊教育學會年刊：e 世代特殊教育，頁 21-32。
- 7.張瑞昆(2011)，科技輔具在職場上之應用就業安全 10:2, 頁 86-90



體會

篤行

重建生活為本推廣之感悟

吳麗君

圖難於其易，為大於其細。

初識『重建生活為本』理念時，頓感新穎。從字面意思直觀理解，即重新建立新的生活。對於我們長期在醫療機構從事康復治療人員來講，又如何能夠實現呢？迷茫而期待。

第一次聆聽梁國輝教授闡述“三元合一”、“新 OT 三寶”、“高效作業活動八要素”、“能力階梯”等等，困惑尤甚。意志？生活意志？自控感？……目睹病床上功能障礙幾乎喪失生活信心的患者，一次簡單的日常生活活動訓練、一個作業活動如何能培養人的生活意志？如何促進人的生活能力？如何達至愉悅有意義、成功有價值的生活？百思不得其解。

“一般功能訓練方式很難促進人的意志，只有高效的符合八要素的生活化作業活動才可提高或維持患者生活意志”，梁教授如是講到。帶著眾多疑問我們走進病房，走近患者，在重建生活為本理念指導下，遵循“能力階梯”理論，和患者共識階段性康復訓練計畫。從病房日常生活能力訓練開始、到治療室再延伸到院外、社區、超市、郊外等逐步設計符合“八要素”的作業活動。慢慢領悟、淺淺體會，每位患者由參與被動轉為積極主動、從配角轉變為主角，從零到一、從一至十、從十而百……透過他們臉上洋溢的笑容，我們也切實察覺到背後的信心、希望、勇氣和對生活的追求欲望。他們開始學會從容接受自身的功能缺陷、學會利用剩餘能力參與日常生活活動、學會適應性或代償性生活技巧、養成了新的生活習慣和生活方式，

如常重溫著生命的快樂、暢想著未來生活的精彩。

每每洞悉患者的內心、感受他們身上迸發出的能量，我們治療師都會有一種小小的喜悅和成就感，這些不就是源於自身的“意志”嗎？也正是這種生活意志引導和促動著我們行為的方方面面。熟能生巧，巧能生化。慢慢地把『重建生活為本』理念作為我們科室的一種康復文化，每個崗位（包括醫護、PT、OT、ST 及中醫康復師等）皆以“全人”為中心，共識一套康復訓練計畫，分別用不同的方法共同達至一個目標，這樣更能夠促進病人的訓練效果。

張先生剛過不惑之年，遭遇中風，身心的雙重打擊幾乎絕望，每日臥床寡言，拒絕訓練。我們重建生活為本小組耐心“三顧”床旁，訪談、鼓勵、被動訓練，終於心繭剝開。雖然每一個簡單的動作他都要花費時間和體力做到，但他非常開心，從簡單到複雜，從病床到室外、再到超市，循序漸進，他慢慢地學會了自己照顧自己。雖然外出要依賴輪椅，但他依然很知足。像張先生這樣的例子有很多，他們學會的不僅僅是從生活上照顧自己，我相信他們內心一定是重新點燃了對生活的希望和勇氣、對快樂人生的追求。

人都有追求幸福生活的欲望，作為一名出色的作業治療師，要善於運用這種有益力量，順勢利導，協助他們“掌握生活自理能力，可以逆轉失能、無助、沮喪、絕望的惡性循環，促動個人產生正面情緒的思想，有助於建立探索、嘗試、成功、自信，希望的良性迴圈，促進功能障礙的適應和新社會角色的重建。在合適的環境提供成功高效的作業活動，可以增強自信，引導個人意識到進步、體驗成功感受，協助挖掘自身潛能、發現美好的生活願望，重燃對生活的追求和熱愛，重建有意義的人生”。(梁國輝)

且行且感悟。幾年來，針對內地康復境遇，『重建生活為本』模式日臻完善，見證著多次培訓班的現場學員求知若渴的熱情，感佩著導師孜孜不倦的教誨，也耳聞目睹數家機構的同業在這一模式引領下拓展了作業治療服務內涵並取得不菲的成效，每況愈發深刻、獲益良多。是的，一個專業的發展須要有創新精神，創新是一種專業進步的靈魂、是一種不竭的動力、是永葆生機的源泉。實踐證明，『重建生活為本』是一套完全符合中國國情、本土化的康復理念模式，為內地康復發展起著舉足輕重的作用。

為師為學不倦，求知求索不息。感恩『重建生活為本』創始人梁國輝教授付諸心血得著，為推動內地康復事業發展而專注鑽研教化育人，不遺餘力！“意志是一種推動重建生活能力及重建生活方式的心理動力。人的日常生活表現是個人生活意志、能力和方式互動的結果。”(梁國輝)不但適用於我們的患者，我們每個人亦同樣需要。

心懷感恩，用心體會、用生活改造、用生命融入。眾志萬事成，精誠協作至。方向既已清晰，我們當以強勁的動力，堅定信念，勇毅篤行！

（注：引號內文字引用梁國輝先生重建生活為本康復理念內容）



體會

星星之火可以燎原

——重建生活為本理念下 OT 教育實踐分享

廣州中醫藥大學 余芳菲

對於國內的作業治療師而言，很多人在做 OT，但很少人能正確體會其核心理念。很多人所做的，所理解的依然是上肢 PT，以患者的肢體功能為主要目標，偏離了 OT 的核心理念，這也是大陸 OT 的現狀。對於 OT 學生而言，他們對 OT 核心理念更模糊，很多學生感到疑惑：我究竟是從事什麼工作？這份職業有前途嗎？為什麼人家都喊我按摩師？為什麼病人總說我和 PT 好像沒什麼區別，也在幫患者做運動？我以後該怎麼辦呢？

當我們處於迷茫的探索中，梁國輝先生提出的“重建生活為本”康復理念猶如一盞明燈引領著康復醫學界和教育界的規範發展。為推廣“重建生活為本”的康復理念，廣州中醫藥大學康復醫學系策劃了“OT 進階之路”系列活動，說明同學們成為 OT 生活教練。

OT 進階之路包含 6 個子活動：

活動一：“重建生活為本”OT 模式分享會



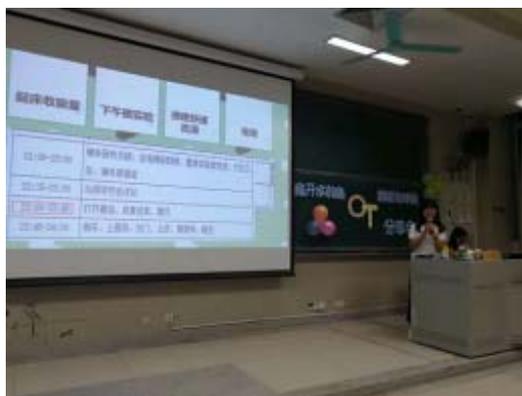
活動一是對“重建生活為本”作業治療理念進行分享，主要內容包括重建生活為本作業治療發展狀況，重建生活為本之“能力階梯、三元合一、六部曲、新 OT 三寶和 36 個作業治療專案”。

活動二：“離開水的魚，弱能初體驗”



作业信息表	
你如何安排你每天的作业活动?	
时间 (工作日)	作业活动
06:00-08:00	
08:00-12:00	
12:00-15:00	
15:00-18:00	
18:00-20:00	
20:00-23:00	
在通常的日子里你的作息/喜欢多久或你喜欢的固定的作息时间?	
你倾向于花很多时间在相似的作业活动中或你有不同的作业活动? 为什么?	

活動二需要同學們記錄每天所做的作業活動。首先在正常生活下，記錄週末 24 小時和工作日 24 小時的作業活動；然後以弱能人的姿態去記錄週末 24 小時和工作日 24 小時的作業活動。同學們通過用繃帶把自己上肢固定，來體驗弱能人一天的生活，並記錄下自己的學習和生活受到那些限制？又是如何解決生活中遇到的困難以及他們作為弱能人的體會。



有了弱能人的生活體驗後，同學們表示很慶倖自己有健康的身體，也對幫助弱能人重建生活有了更深的體會。

活動三：能力重建——ADL 訓練

能力重建大比拼	
腦卒中ADL訓練（病房）	手外傷ADL訓練（病房）
腦卒中ADL訓練（家庭）	手外傷ADL訓練（家庭）
腦卒中ADL訓練（學校）	手外傷ADL訓練（學校）
顱腦損傷ADL訓練（病房）	骨折ADL訓練（病房）
顱腦損傷ADL訓練（家庭）	骨折ADL訓練（家庭）
顱腦損傷ADL訓練（學校）	骨折ADL訓練（學校）
脊髓損傷ADL訓練（病房）	燒傷ADL訓練（病房）
脊髓損傷ADL訓練（家庭）	燒傷ADL訓練（家庭）
脊髓損傷ADL訓練（學校）	燒傷ADL訓練（學校）
退化性關節炎ADL訓練（病房）	截肢ADL訓練（病房）
退化性關節炎ADL訓練（家庭）	截肢ADL訓練（家庭）
退化性關節炎ADL訓練（學校）	截肢ADL訓練（學校）



以腦卒中的 ADL 訓練為例

- ① 闡述腦卒中患者的臨床表現和功能障礙。
- ② 結合 OT 新三寶，如何指導患者開展特定環境下 ADL 訓練？
- ③ 反思【重建生活為本】能力階梯。

活動四：生活重建——“我的第一次”



活動四讓學生扮演不同的“患者”體驗做沙拉的活動，同時有學生模擬治療師指導作業和保護患者安全性。這些都需要學生在能力階梯的框架下全方位思考和準備。

- ①生活能力-完整作业形式（作业活动）：
- 买水果+准备餐具+**洗水果**+切水果+摆果盘+进食+洗碗+收拾清理=**朋友聚会（做沙拉）**
- ②作业技能-作业形式：
 - +...+...+...+...=**买水果**
 - ...+...+...+...+...=**准备餐具**
 - 拿水果+走到洗手盆+打开水龙头+清洗水果+关上水龙头+拿回桌面=**洗水果**
 - ...+...+...+...+...=**切水果**
 - 等等等
- ③动作技能-任务形式：
 - 拿水果：**脑卒中？**
 - 走到洗手盆：**脊髓损伤？**
 - 打开水龙头：**手外伤？**



根據病情，準備工具和食材



製作過程-嘗試解難



品味成果，重建生活

活動五：環境重建——弱能人環境改造



一名治療師搭配一個弱能人，弱能人坐著輪椅/拄著拐杖/限制利手等在校園生活一天，並思考以下問題：

1. 觀察學校教學區（如課室、圖書館）和生活區（如宿舍、超市、飯堂）的環境對你有那些影響？提出環境改造建議。
2. 觀察同學們與你之間的人際關係變化，提出對人際關係改造建議？
3. 如果你需要長期以坐著輪椅/拄著拐杖/限制利手的狀態在學校生活，你將如何重建你的生活意志/生活能力/生活方式？生活角色會有那些改變或調整？這些重建和改變能否幫助你獲得成功的體驗？

活動六：OT 實戰——醫院、敬老院、社區

廣州中醫藥大學
康復醫學系

小
組
訓
練
手
冊

患者姓名： _____
启用时间： _____



OT 實戰是開展 OT 小組治療的設計與實施，同學們將前往實習醫院、敬老院、社區、三下鄉去實踐。

綜上，“OT 進階之路”的核心是通過活動讓學習者積極主動的學習，讓學生自己去學習、去理解、去發現。由此，學生所獲得的知識是“活動的知識”，是“生產性知識”，培養了學生創新和創造的能力。

通過“OT 進階之路”系列活動的參與，同學們切身體驗了作為一名殘疾人在生活和學習中遇到的種種困難以及殘疾人為克服困難所付出的努力。同學們明白康復是賦能的專業，是為了幫助患者重建生活，說

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



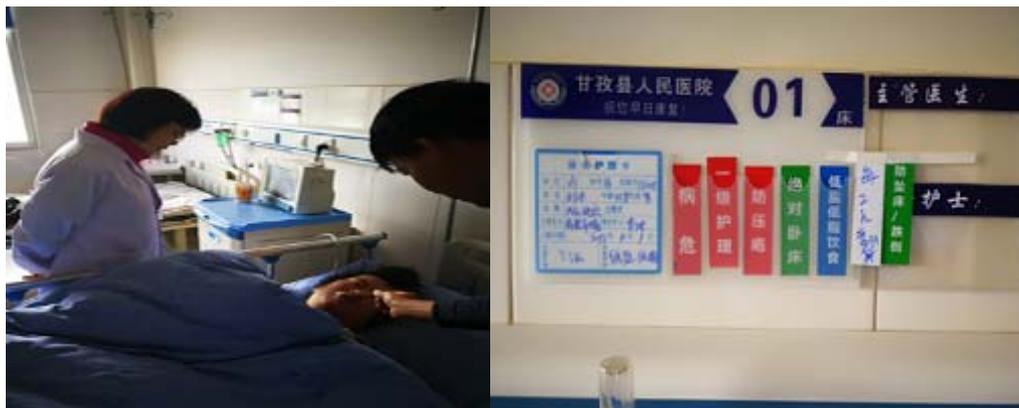
個案報導

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”。

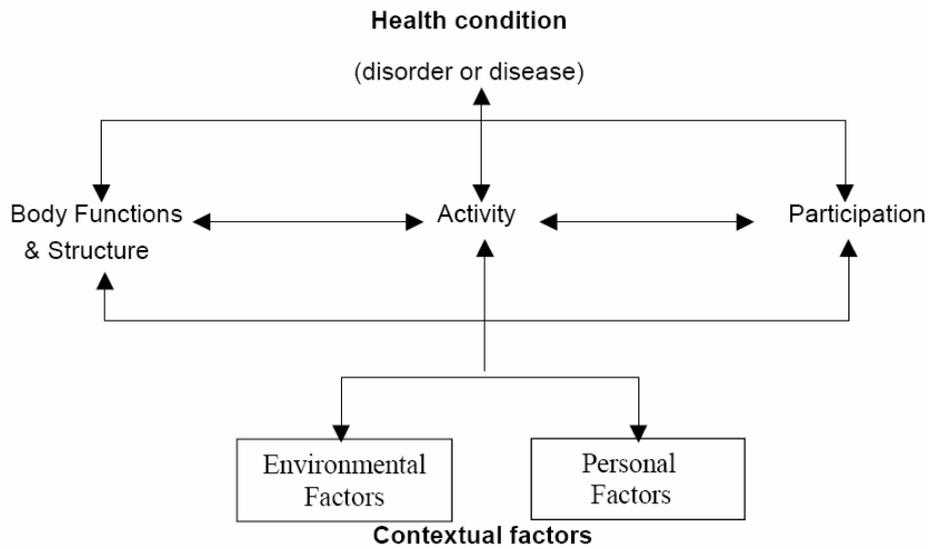


10月13日

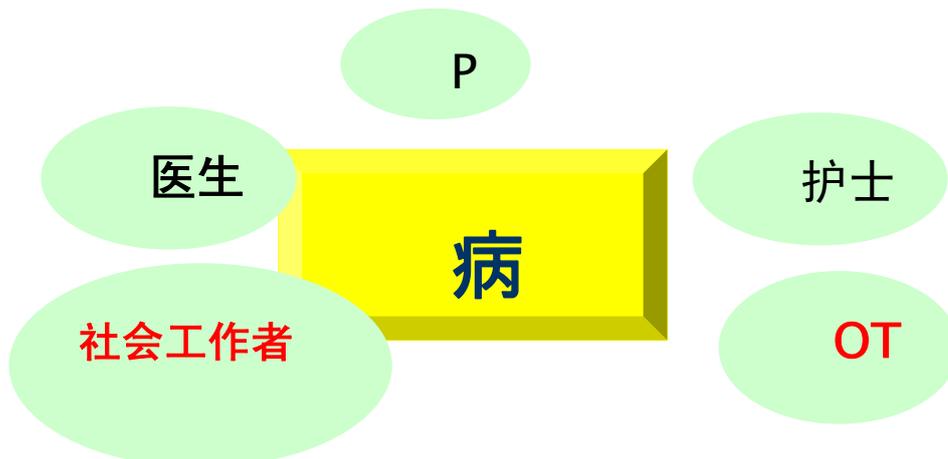
討論

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

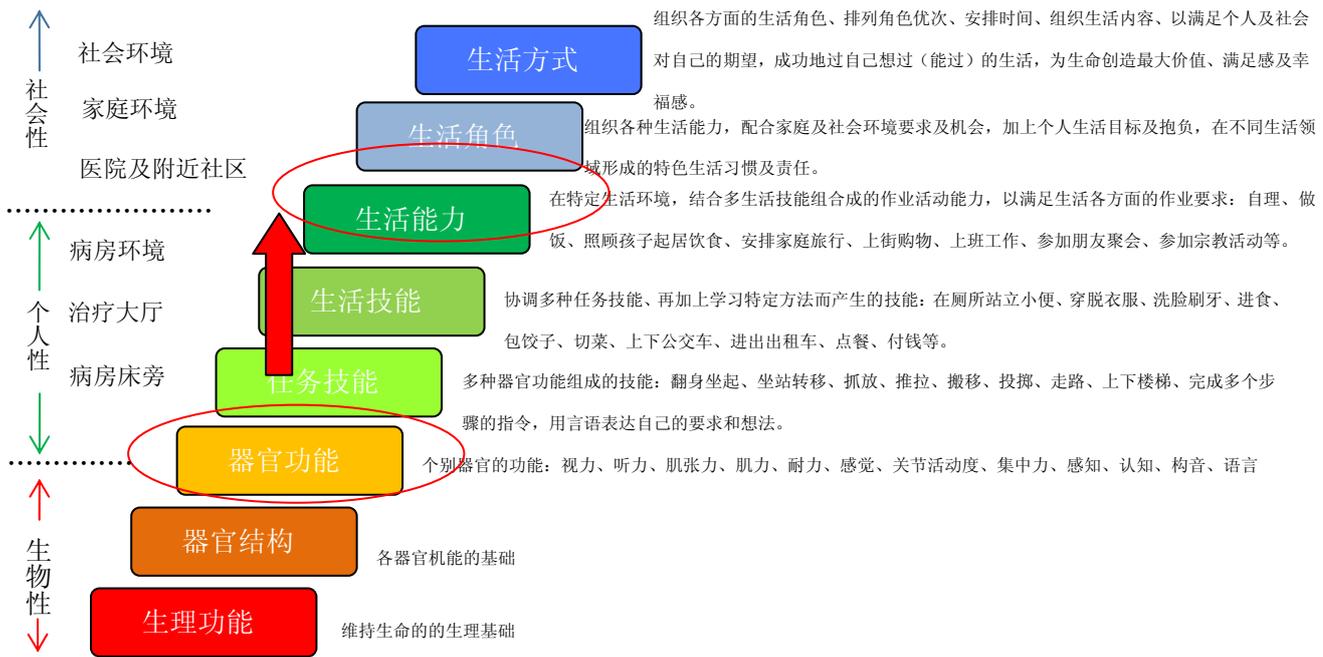
王孝雲

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。

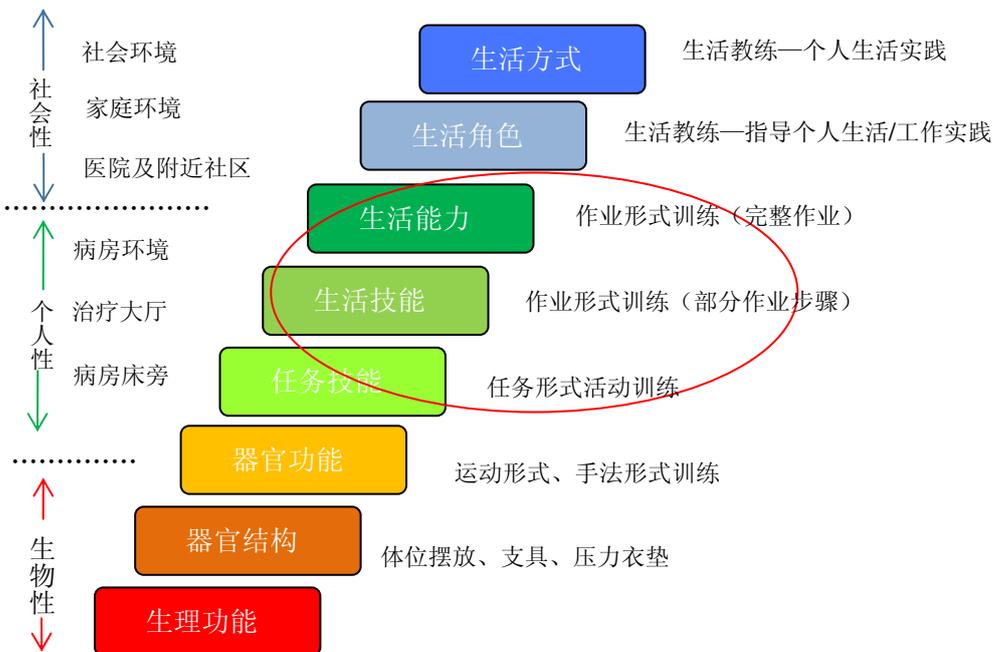
72 歲的張奶奶在今年 3 月突發右側腦梗塞 1 個月後轉到我們科室進行康復治療；在首次評估的時候瞭解到，張奶奶現在退休在家，入院前與老伴居住在一棟老樓的三樓，沒有電梯；退休後和老伴在家裡做做家務，閒置時間喜歡打麻將、看電視。子女都居住在成都較近的地方，支持較好。現在住院期間主要有老伴和護工在照顧，張奶奶也說自己性子比較急，中風後很多事情現在都做不了啦，全靠老伴和護工，希望可以早點站起來走走，自己照顧自己。評估發現張奶奶左側偏癱，但右側肢體力量很好，除了吃飯，其他所有活動都依賴護工完成，現在也沒有娛樂休閒活動。張奶奶和家屬期望可以基本自理，在家裡可以走走，做點飯。發現患者存在問題後，我們應用能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

我們就可以看出我們現在需要做的就是提高患者的任務技能和生活技能，再達到生活能力的層次。



現在我們再使用能力階梯來看對應的治療手段，要提高任務技能我們可以使用一些任務形式活動訓練，提高生活技能，我們可以提供一些作業形式的訓練，從部分到完整的作業活動，最終達到我們的治療目標。根據這個能力階梯分析後的對應治療手段我們的治療計畫就更容易制定出來啦。這些都是我們和患者及家屬確定共同目標和治療計畫時需要治療師明確的。



制定好目標與計畫，那我們又可以根據重建生活為本 36 項來看看確定我們具體的治療專案（下表紅色部分是根據 3 周短期目標確定的治療專案），我們可以根據不同時期患者的功能情況選擇不同的治療專案達到我們最終治療的目標。

重建生活為本康復訪談/小組	認知訓練：基本功能（桌面活動）
康復/作業治療宣教小組	認知訓練：基本功能（電腦輔助）
日間體位元擺放指導/設備	認知訓練：情景模擬
肌張力控制運動	認知訓練：作業活動
自理訓練（病房、床旁）	認知訓練：社區活動
自理訓練（模擬家居）	社區生活技巧訓練：電動樓梯
任務/遊戲形式訓練：上肢	社區生活技巧訓練：外出購物/超市
任務/遊戲形式訓練：全身協調	社區生活技巧訓練：乘坐交通工具
情景模擬訓練：坐位平衡	社區生活技巧訓練：餐廳
情景模擬訓練：站立平衡	社區生活技巧訓練：郊遊
情景模擬訓練：上肢（減重）	傢俱安置：出院前準備訪談/小組
情景模擬訓練：上肢	傢俱安置：家訪（家居安全、改裝評估）
情景模擬訓練：全身協調	傢俱安置：家訪（自理及家物訓練）
作業活動訓練：家務	傢俱安置：家訪（家居康復指導）
作業活動訓練：烹飪	傢俱安置：週末回家安排
作業活動訓練：文康	傢俱安置：生活重整面談/小組
作業活動訓練：手工/工藝	家屬宣教/輔導
作業活動訓練：八段錦/太極	康復團隊重建生活為本康復評價會

經過 2 個月的治療（其中包括定期評估，訪談，與患者及家屬共同調整治療目標及計畫等），



坐站转移、站位平衡、患侧负重，重心转移训练



自理训练：床上移动、翻身坐起、穿衣等活动



自理训练：床椅转移、使用辅具室内活动等



家务活动训练：治疗师辅助正确使用患手参与摘菜、洗菜、切菜、炒菜等
張奶奶現在可以在護工少量的幫助下完成自理活動，在部分說明下參與家居社區活動。在參與作業治療的過程中張奶奶都是很愉快的，參與我們家務活動的小組時，張奶奶也很積極。家屬看到張奶奶的表現也對她以後的期望更高，更有信心。在使用能力階梯作為指導提供服務的過程中，我和張奶奶一樣進步了。現在張奶奶因為住院時間問題需要轉介到其他醫院。這時我們也可以繼續使用能力階梯來分析患者現在的功能情況，做轉介和出院指導。患者現在大部分功能處於生活技能階段，下一步治療師需要繼續強化生活技能向生活能力的轉化，協助患者及家屬調整生病後的角色轉變，選擇適合的生活方式，讓張奶奶可以健康、快樂、有意義的生活。



提供治療服務的過程中應用能力階梯的概念幫助我們分析、確定治療目標和計畫，可以讓我們治療師更直觀看到患者全程康復的路線。治療師評估確定患者現有的能力階段，根據能力階梯向上的方向，引導患者發揮她現有的能力和潛能，協助患者正確學習新的技能，獲得生活能力，調整生活角色和生活方式，達到我們共同的目標。不再是局限於找出問題，針對問題本身制定治療目標及計畫的思維方式。能力階梯可以幫助治療師看到患者現處於的階段和目標的方向，也可以看出在不同階段我們的目標和對應的治療手段。引導治療師找到我們應該怎樣去做，提高了我們應用作業形式活動提供治療服務實施的可行性，不再糾結我們什麼時候該用什麼樣的治療手段。讓我們更得心應手。也讓 OT 更 OT！

最後感謝梁國輝老師一直以來對我們作業治療服務給予的支援和指導，也感謝我們羅倫主任對作業治療服務給予的支援、指導和鼓勵！



個案報導

威廉氏症候群孩童的書寫障礙-個案報告

高雄長庚紀念醫院康復科職能治療師 左惠心

一、認識威廉氏症候群與書寫之關係

威廉氏症候群(William syndrome, WS)是基因缺陷所造成的先天性疾病，為第七對染色體的長臂(deletion 7q11)缺失，而導致一個或多個基因功能異常，在世界上的發生率為一萬分之一，男女之間的發生比率相同。其醫學臨床上的特徵包括：心血管疾病、發展遲緩及學習問題。大多數威廉氏症的孩童，會被形容擁有相似的臉部特徵。包括：大嘴厚唇、小下巴、小且鼻尖朝上的鼻子、寬額、長人中、眼袋明顯、兩頰豐滿、耳垂明顯。其臉部的特徵會隨著年紀增長而越來越明顯。70%威廉氏症孩童的出生體重通常會相對較低，25-70%病人在胎兒時成長慢，且四歲前體重增加慢，身高沿著身長曲線邊緣生長，但有50%的孩童青春期會較早來臨。大多數的孩童也會有低肌肉張力的問題，且關節穩定性差。除此之外，威廉氏症的孩童，其聽力大多比一般孩童還要來的敏銳，這可能和其容易分心相關。威廉氏症年紀較大的孩童或成人多會有智力上的強項和弱項，前者像是口語、長期記憶和社交技巧，而較弱的部分則包括精細動作與空間關係的認知能力。威廉氏症孩童大多會有視覺空間障礙、精細動作之小肌肉控制能力差、注意力不佳。因此，作業治療對於威廉氏症的孩童所扮演的角色，在於訓練其精細動作能力的發展、增強各手指獨立動作能力、注意力訓練、認知訓練、學習問題之改善等。

書寫是一個高度複雜的職能活動，Chang H.S., Yu N.Y. (2012)提到整潔和平順的書寫技巧仰賴認知、視知覺和精細動作技巧這三項的成熟發展，與彼此之間的整合。也因此，只要任何一個環節出了差錯，就會造成書寫上的問題，造成的書寫狀況也不盡相同。以下整理威廉氏症其特徵在書寫上的優勢及劣勢，會對決定實際介入模式有所說明(Julien M. & Barbara, 2012):

(一) 威廉氏症於書寫上之優勢:

1. 對於聽覺訊息的長期及短期記憶佳，能幫助孩童在聽寫的活動上，順利將訊息記住，且若利用此一能力，教導其將字體結構轉以口語提示的方式記憶，便能稍為代償孩童於視覺短期記憶不佳所造成的影響。
2. 威廉氏症孩童的口語字彙量，比起同年齡的孩童還要來的多很多。基於此，在學習書寫技巧時，應多加善用此能力。讓在學習新字詞時，與既有的口語詞彙做連結，幫助其學習。

(二) 威廉氏症於書寫上之劣勢：

1. 小肌肉控制與協調能力不佳是威廉氏症孩童發展上可能的困境。但成熟且有技巧的書寫，在最基礎的生物力學與動作技巧要素中，就極需掌內肌的成熟發展，包括肌力、肌肉共同收縮肢協調性等。也因此，威廉氏症孩童先天上的掌內肌等小肌肉的發展問題，即會在學習書寫之一開始的握筆、運筆上，成為他們的一大挑戰。
2. 威廉氏症者在空間關係上有極大的認知問題，包括空間結構、物體相對距離或方位辨識、左右關係等。(Julien M. & Barbara L., 2012)此項目對於威廉氏症孩童的書寫能力發展上，造成最大的影響。在先前整理之書寫參數中，空間關係的認知能力對於字體學習、書寫的易讀性等是極其必要的。基於此，威廉氏症的孩童在學習書寫時，就會比一般的孩子需要花費更多的心力於瞭解一字體的各個組成，並且在書寫時的字體距離分配、錯別字辨別、抄寫任務等方面，遇到很多問題。
3. 視覺動作整合能力的不足，讓威廉氏症孩童在日常生中，大至跑跳、小至精細動作的執行，都有可能受到影響。因此在書寫這一極需要視覺動作整合之技巧中，就會因為無法有效將書寫過程時需要的視覺、本體覺等訊息整合及連結到手部的動作，而使得書寫自動化的過程出現問題，進而需要相對較長的時間完成任務。
4. 視覺記憶力較差，讓威廉氏症的孩童在進行抄寫、學習新字等方面，受到較大的挑戰。可能會因為無法記得字體的細節，而在抄寫時常常出現錯別字。
5. 威廉氏症的孩童，會因為極其渴望與他人互動，因此只要周遭環境人來人往，便會嚴重影響其執行活動時的注意力。注意力時間短或者極易分心，會影響其書寫的品質，造成需要相對較多的時間完成任務。且偏偏先前提及的幾項劣勢，皆會造成書寫時間的延長。注意力不足的問題，會是介入威廉氏症與書寫困難上，最難去實際介入的部分。

二、個案之作業治療介入計畫：

本文探討之個案年紀 6 歲念幼稚園大班，家屬主要關心孩童的書寫問題，特別是左手握筆時，食指會收在手掌中。另外，因其注意力無法超過 25 分鐘，母親也希望能夠加強個體在書寫時的專心度。此外，母親覺得個案的認知功能落後，擔憂其進入小學之後可能會跟不上同齡的孩子。綜合個案本身威廉氏症所造成之問題、現今臺灣教育環境的職能需求、家屬的期望、作業治療師觀點下個案現階段的發展考慮等多方面的觀點，將介入之目標著重在個案書寫前期的準備活動。

(一) 介入前之評估結果：

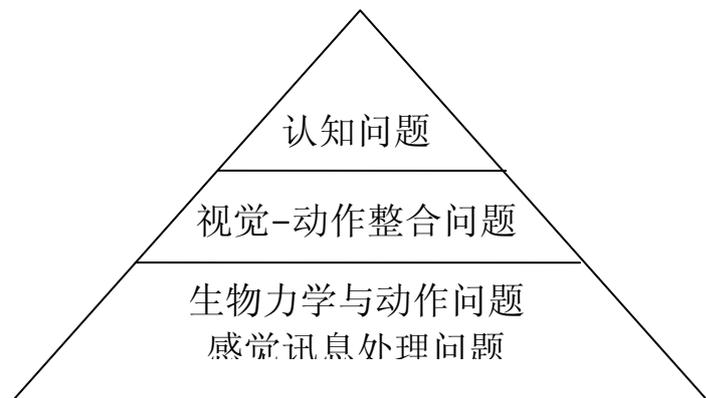
➤ Berry-Buktenica Visual-Motor Integration (VMI)前測

	VMI	Visual	Motor
Raw Score	7	15	3
Standard Scores	61	91	45
Scaled Scores	2	8	1
Percentiles	0.9	27	0.02

(二) 治療計畫

目前針對個案的介入，以星期二生物力學與感覺動作介入及星期三的感覺統合介入為主。其列表如下，包括以階層理論之觀點詳列個案問題、設計之改善問題的相關活動及活動目的、以及個案在近期介入前後的表現。

以階層理論的觀點來看，當治療師定義出目標介入的一主要問題後，需先探討該問題的各種參數，並且由最低階層的問題開始介入，一階一階的向上以致能完全改善該問題。就書寫的技巧而言，按照先前的分析，可得知其金字塔如下圖。故，經由分析個案之問題後，將會依照此階層理論觀點，設計相關改善其問題的活動。



1. 生物力學與動作問題

- 握筆姿勢不佳，食指多縮在掌中：

- i. 長期目標：發展出穩定的動態三點式握筆姿勢
- ii. 短期目標：食指能在書寫時伸出來，協助穩定筆桿
- iii. 參考架構：
 - 發展書寫技巧的參考架構，藉由給予口頭指引、外加輔具或以穩定虎口及發展握筆姿勢的活動介入，以提升其在握筆上的穩定性，進而增加個案于書寫時的表現。
 - SCOPE-IT, 藉由輔具的協助，讓其能夠以正確的方式參予在日常職能，並且提升其功能表現。

iv. 活動設計與個案表現

Program	個案表現
在筆身夾一個長尾夾，並口頭提醒。操作書寫活動。	藉由使用握筆器、三角型簽筆等，以及訓練大拇指與食指對掌的精細活動，個案的握筆姿勢比介入初期穩定，動態三點抓握的掌握度較佳。且在執行活動、書寫時，虎口的穩定性亦有明顯提升。
以小夾子夾起桌上的豆子，並投入小瓶子中，藉此訓練大拇指與食指的對掌操作夾子的穩定性。	
將魚雪花放到密封袋裡面，讓個案以 <i>pincer grasp</i> 的方式，調整袋子中雪花片的位置，將其接起。	

- 掌內肌發展不良，造成掌內肌與掌外肌共同收縮不平衡。代償下 *wrist flexion* 過多，影響握筆姿勢與限制書寫空間：

- i. 長期目標：能夠不依賴掌外肌的代償，以 *wrist slight extension* 的姿勢完成書寫任務。
- ii. 短期目標：在垂直平面操作活動時，如夾彈珠、釘圖釘等，能以一隻手獨立完成，不需要額外的協助。
- iii. 參考架構：
 - 生物力學參考架構，藉由反復練習目標肌群的肌肉力量，達到強化該肌群動作品質的目的。另外，改善外在環境(如：提供傾斜工作平面)，協助其發展正確的手腕動作。
 - 動作技巧獲得參考架構，藉由提供大量的動作練習機會，使個案得以習得在手腕背側屈曲下，如何以正確的施力技巧、方向等操作目標任務。

iv. 活動設計與個案表現

Program	個案表現

給予加粗的筷子，在黏土上練習寫字。藉由黏土給予的阻力，訓練孩童的手掌肌力。	個案掌內肌的肌力仍然不足，但書寫時手腕的角度以從先前 <i>slight flexion</i> 改善至能維持 <i>neutral</i> 的位置，但仍需要掌外肌肌力代償。在訓練兩群肌肉間的協同收縮相關活動中，可明顯觀察到個案在如何正確運用力量的方面有所進步。
用一個較寬的夾子，在桌面上將一彈珠緩慢的滾過，讓他以雙手將夾子打開並夾住滾動的彈珠，後放入筒子中。藉由在稍微傾斜之平面操作夾子，達到訓練掌內肌之目的。	
在一巧拼上用圖釘釘上一張迷宮，讓個案延著迷宮正確的路徑，用圖釘一個個釘上去的方式，一步步走到終點。過程，根據個案的狀況，漸漸增加巧拼垂直於桌面的角度，以提升掌內肌群的使用比例。	
藉由感覺統合課程中的活動，如吊單杠等，達到訓練上肢遠端肌力的目的。	

- 掌內操作能力不佳，手指獨立動作的品質較差。掌內操作時多需另一手協助：
 - i. 長期目標：能夠成功將物體從手心內運至手指前端
 - ii. 短期目標：能夠成功將物體以 *finger to palm* 運往手心
 - iii. 參考架構：
 - 生物力學參考架構，藉由反復練習提升相關之掌內小肌肉間共同收縮之協調性。
 - 動作技巧獲得參考架構，藉由相關活動之反復練習，倚賴孩童自己的嘗試錯誤等，慢慢掌握各項手內操作之技巧，並能運用在日常生活的活動當中。
 - iv. 活動設計與個案表現：(該參數仍非主要的活動設計方向之原因為，在掌內肌發展仍不成熟下，掌內操作的功能對個案仍稍嫌勉強。故先以訓練掌內肌力為優先專案)

Program	個案表現
以 <i>pincer grasp</i> 的方式撿起豆子，抓握至手掌中數顆，然後在從掌中拿出，一次一顆的投入小瓶子中。	可看出個案因掌內小肌肉不靈活，在拿進與拿出間動作笨拙。但經練習，有稍微好轉。

2. 感覺訊息處理問題：

- 無法有效運用本體覺回饋的訊息，自動化書寫、控制運筆力量：
 - i. 長期目標：能夠在普通紙張上，畫出品質優良之簡單圖型
 - ii. 短期目標：能夠在 *putty* 等阻力性平面上畫出可辨識之簡單圖型
 - iii. 參考架構：
 - 感覺統合參考架構，藉由活動給予個案本體覺得相關訊息，藉此刺激大腦整合這些訊息，達到增進視知覺能力及自我控制等最終目的。
 - iv. 活動設計與個案表現：

Program	個案表現
給予加粗的筷子，在黏土上練習寫字。藉由黏土給予的阻力，提供較多的本體覺回饋，並同時訓練其控制運筆時肌肉間的 <i>co-contraction</i> 。	第一次書寫于阻力性黏土時，個案明顯不能掌握其技巧，但個案因為需要極大的力氣去抵抗黏土的阻力，所以勢必收到很多本體訊息。 SI 的課程設計，多本體訊息的刺激，讓個案嘗試解決問題。
SI 的團體課程，藉由相關活動設計，給與運用手部遠端時大量的本體覺輸入。	

3. 視覺-動作整合問題：

- 無法有效將視覺訊息與動作執行連結，走路徑遊戲時多大幅超線：
 - i. 長期目標：能夠在走路寬約 2 公分的路徑遊戲時，不超出邊線。
 - ii. 短期目標：能夠在著色時，大面積的部分能維持在框線內。
 - iii. 參考架構：
 - 感覺統合參考架構，藉由活動提供的各種感覺刺激，誘導個案大腦整合多種訊息，練習視覺訊息接收與動作產出之間做出連結。
 - 視知覺參考架構，藉由給予視覺訊息上的輔助物，加強個案接受到更為足夠的資訊，以利於期動作表現。
 - iv. 活動設計與個案表現：

Program	個案表現
藉由感覺統合的課程，給與個案足夠的刺激，練習視覺動作之間的整合。	個案在靜態活動的時間時，從其圖顏色的活動可以明顯看出個案的進步。以往個案會大幅度的著色，不在乎邊線，但近期的活動觀察中可看出，個案會根據邊線，稍微調整筆觸的方向。另外於球類技巧的表現，個案仍不太能整合兩者之間的連結，不太能丟准目標或用手順利接起移動中的物體。
用一個較寬的夾子，在桌面上將一彈珠緩慢的滾過，讓他以雙手將夾子打開並夾住滾動的彈珠，後放入筒子中。	一開始用稍微垂直傾斜之平面讓彈珠落下時，個案手步的動作無法及時跟上落下之彈珠，但若改以在水平面上，使彈珠稍微滾動，個案的動作就能漸漸跟彈珠滾動的速度。
利用加高邊線的方式，給予更多的視覺提示物，使其能即使整合收到之視覺回饋，連結到動作上，讓其能控制於邊線內練習走迷宮的紙筆活動。	起初視覺增高物之目的為加強視覺上的回饋訊息量，但這也導致個案的手腕無法靠在桌面上，反而令個案在缺乏遠端的穩定下，影響動作的表現。因此，只執行一次後就暫停。

4. 認知問題：

- 空間關係、空間定位能力差：
 - i. 長期目標：能夠清楚分辨空間中，自己與環境中各項資訊的相對空間關係，包括距離、方向、相對移動速度等。
 - ii. 短期目標：能夠清楚分辨平面中，物體相對應的位置，和物與物之間上下左右的關係。
 - iii. 參考架構：
 - 感覺統合參考架構，藉由活動中提供之與環境互動機會，讓個案雙側整合、左右區辨的能力得以提升，並一步步的建築起正確的空間認知架構。
 - 促進教與學參考架構，隨著個案的表現，改變給予個案的提示量，或者以問答的方式，引導個案思考出正確的答案。進而，使個案於此認知上，能建立起正確的判斷方式，真正學會此認知能力。
 - iv. 活動設計與個案表現：

Program	個案表現
利用黑盒子的彩色積木，在格板中用不同的顏色排列特定形狀，讓個案于下方相對應的位置用同樣顏色排列出一樣的形狀。	當個案專心時，便能夠挑選出指定的顏色。但在擺放相對應位置時，需要大量的口頭提示，教導其方向定位，否則位置常常出錯。
用彩色拼圖，讓個案能夠在相對的位置放至正確的拼圖方塊。	
在一巧拼上用圖釘釘上一張迷宮，讓個案延著迷宮正確的路徑，用圖釘一個個釘上去的方式，一步步走到終點。藉由圖釘與圖釘的間隔，練習空	個案用圖釘走迷宮時，一開始圖釘間的間隔位置較寬且會超線，經提醒後能夠讓圖釘維持在路徑內，且盡可能讓前後兩者是貼近的。有時，兩者反而會相迭，但個案在提醒

間中的定位。	後，願意將其拔掉重插。
感覺統合之相關活動，包括球類技巧、空間定位、左右訓練、貼紙等活動，以加強其與環境資訊間的互動能力，能夠判斷與他人或物體間的方向、距離等空間關係。	與上述活動相比，最初介入時，個案在貼紙活動明顯無法判斷兩者間的距離，以至於貼紙間的空隙極大。在 SI 室的大活動表現中，個案在投擲時，多無法投入目標地中。對於距離的判斷仍需加強。

- 注意力極度不佳，無法安靜進行活動超過 3 分鐘：
 - i. 長期目標：能夠自己集中注意力於一活動中 10 分鐘。
 - ii. 短期目標：能夠在他人的陪同叮囑下，專注於一半的治療時間中。
 - iii. 參考架構：
 - SCOPE-IT，藉由給予增強物的方式，加強個案願意專心投入於一直能活動中的動機。
 - 視知覺參考架構，減低環境中的視覺干擾物；預想好物品擺放的位置等，協助個案能將專注力放在手中的事物。
 - iv. 活動設計與個案表現：藉由上述活動的執行，皆能要求個案專注於該項活動。從活動表現觀察來看，個案執行活動的品質和專注度有極大的關係，只要專心就能有普遍較好的表現。目前，個案約能在治療師及家屬的陪同下，配合參予 25-30 分鐘。

(三) 其他資訊：個案本是安排接受電腦認知的課程，但在進行的過程發現她會受到電腦螢幕呈現的大量視覺刺激，以及程式提供的聽覺刺激影響，這些過度的感覺訊息的同時間輸入，會令其更加分心，失去治療的意義。因此在兩次嘗試過後，轉變為靜態的手功能課程。

(四) 個案治療外之其他相關活動：

除了定期在高雄長庚做治療之外，個案也在義大接受作業治療。醫療介入外的活動，包括去補習班上功文的書寫課程，直接提供書寫上的練習，課程內容包括練習運筆以畫出直線、橫線、斜線等基本線條，練習路徑遊戲或著色等。另外，每週亦有鋼琴課程，今已持續三個月，由個案無法單指手指按下琴鍵，到現今各指皆能按下琴鍵以彈奏出簡單的歌曲，給予個案練習手指獨立動作的機會，包括提升掌內肌力、加強手指動作之協調性、提升手眼協調等。

(五) 個案介入結果：

1. Berry-Buktenica Visual-Motor Integration (VMI)前測→後測

	VMI	Visual	Motor
Raw Score	7	15	3
Standard Scores	61	91	45
Scaled Scores	2	8	1
Percentiles	0.9	27	0.02

2. BOTMP sub-test 7&8

	Point score	Standard score	Age equivalence
Visual-Motor Control	3	3	4y2m
Upper-Limb Speed and Dexterity	12	3	4y2m

3. MABC 手功能/球類技巧

		Raw Score (best attempt)		Item Standard Score	
		手部操作	置放錢幣	32.4	62
	串積木	73		3	
	畫腳踏車道	2		3	
球類技巧	接沙包	6		7	
	丟沙包入目標	3		5	

	手部操作	球類技巧
Component score	1+3+3=7	7+5=12
標準分數	2	5
百分比	0.5	5

Participant	楊O樺，女，六歲一個月。William syndrome。
Intervention	針對其家長主述指出，以 sensori-motor training 的方式介入其書寫上的問題。
Comparison	比較一個月前後的介入成效
Outcome	個案在 VMI 的施測上並沒有顯著的差異，但若是從臨床觀察的角度，會發現個案在一個月的介入後，其運筆的力道問題仍舊從在，但視覺動作之間的整合有明顯的提升，使其能在行走路徑時的表現好轉。握筆姿勢也較以往改善，並且穩定許多。

參考資料：

1. Occupational Therapy for Children, sixth edition.
2. 小兒作業治療參考架構
3. 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. *Res Dev Disabil*, 35(7), 1648-1657. doi: 10.1016/j.ridd.2014.03.024
4. Chang, S. H., & Yu, N. Y.(2013). Handwriting movement analysis comparing first and second graders with normal or dysgraphic characteristics. *Research in Developmental Disabilities*, 34, 2433-2441
5. Poon, K. W., Li-Tsang, C. W., Weiss, T. P., & 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. *Res Dev Disabil*, 31(6), 1552-1560. doi: 10.1016/j.ridd.2010.06.001
6. Case-Smith J. (2002). Effectiveness of School-Based Occupational Therapy

- Intervention on Handwriting. *American Journal of Occupational Therapy*, 56, 17-25.
7. William Syndrome Association: <https://williams-syndrome.org/>
 8. Julien M. & Barbara L. (2012). Genes, Language, and the Nature of Scientific Explanations: the Case of William Syndrome. *Cogn Neuropsychol*. 2012 February ; 29(1-2): 123–148. doi:10.1080/02643294.2012.702103
 9. Shen, I.H., Lee T.Y. & Chen C.L. (2012). Handwriting performance and underlying factors in children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Research in Developmental Disabilities*, 33, 1301-1309
 10. Dennis J.L., Swinth Y. (1999). Pencil Grasp and Children's Handwriting Legibility During Different-Length Writing Task. *The America Journal of Occupational Therapy*, January, 175-183
 11. 張韶霞. (2000). 小學三年級學童手寫能力與知覺表現之相關性. *義守大學學報*, vol.7, pp.289-309.
 12. 許育馨. (2010). 一般學生與書寫困難學生寫錯字的錯誤類型分析. *成功大學*. Available from AiritiLibrary database. (2010 年)
 13. Poon, K. W., Li-Tsang, C. W., Weiss, T. P., & 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. *Res Dev Disabil*, 31(6), 1552-1560. doi: 10.1016/j.ridd.2010.06.0
 14. Tse L.F.L., Thanapalan K.C., Chan C. C.H. (2014) Visual-perceptual-kinesthetic inputs on influencing writing performances in children with handwriting difficulties. *Research in Developmental Disabilities*, 35, 340-347



個案報導

選擇合適的作業活動隊患者動力的激發——一例骨科患者的分享

廣州市殘疾人康復中心作業治療師 施嘉英

葉爺爺是退休的大學教師，他有些耳背，還有些老年癡呆，和太太兩人獨自生活在校園裡。他倆已經老得不太走得動了，葉爺爺身體相對硬朗一點，所以每天中午晚上他負責去樓下不遠的飯堂打飯，吃完後兩人聊聊天，看會報紙，偶爾做些家務，就躺著一起休息。

2017年6月29日，葉爺爺在家行走的時候，不小心跪倒在地上，當時就覺得左膝又紅又腫，不能站也不能走了，也沒太當回事兒，想著休息兩天就能好了。打飯的任務自然就交給葉太太了。兩天後，情況還是沒有好轉，把葉太太急壞了，趕緊打電話給還在上班的兒子，帶葉爺爺去醫院就診。

經過一系列的檢查，原來葉爺爺把他左邊的髕骨摔斷了。4天后，他接受了“左髕骨閉合復位內固定術”，手術順利，醫生告訴他需要好好養病，不能下地。考慮到家裡實在沒有條件來照顧她，就這樣，葉爺爺在術後的第三周（7月17日）就轉來我們康復中心了，葉奶奶也只能暫時跟著兒子一起生活。

還記得第一次見到葉爺爺的時候，那是晴天的一個下午，氣溫高達30度，病房裡沒有開空調。我們進去的時候，葉爺爺蓋著被子，安安靜靜地躺在床上，閉著眼睛，我們以為他睡著了，旁邊的陪護告訴我

們他只是在躺著閉目養神。我們輕輕拍拍他的肩膀，叫到，“爺爺，下午好”。他睜開眼睛，看了我們一會，“啊？”，“爺爺，你今年多大啦？”“你說什麼？我聽不清！”，“你今年多大啦？！”我們只好大聲一些，再大聲一些，直到我們幾乎是趴在他耳朵邊喊出來。“88 了！”“那你現在在哪啊？”“不知道！”“那今年是哪一年啊？”“不知道！”“你哪裡不舒服啊？”“疼！”“哪裡疼啊？”“全身疼！”接下來便再也問不出什麼答案了，想讓他配合做一些 ROM 的檢查、肌力的檢查，也完全不配合，只是不停地從他嘴裡蹦出“疼！這也疼，那也疼，我要好好休息”之類的話。我們只好把目標轉向他的陪護，期望能從陪護身上得到些資料。

通過陪護的描述，我們腦海中有了一個大概的印象。葉骨折術後的第三周，雖然骨折已經通過兩顆螺釘固定了，可骨折線很清晰，骨小梁和骨皮質都有減少，骨科醫生也建議折端施加應力，防止移位或者脫位。而他目前的日常生活全是由陪護輔助的，每天除了去廁所是由陪護推著去廁所所以情都在床上完成。他的左側膝關節有些紅腫，傷口癒合的還反應很差，不記得很多事情，甚至記不清兒子和太太是誰了。肥大和大便幹結，所以大小便都會疼痛，葉爺爺水也不想多想去。而他的家屬希望他能夠扶著助行架行走，能自己照顧能回家。



爺爺現在才是 X 線片顯示目前不要給骨動能力幾乎完外，所有的事不錯。可是他因為有前列腺喝，廁所也不自己，這樣才

通過觀察、評估和與家屬、陪護溝通，我們一致希望能夠在不對膝關節施加任何阻力和不產生疼痛的情況下先教會患者如何起床，這樣他就能夠自己坐著穿脫衣服，也能自己坐著刷牙洗臉，能自己轉移上輪椅和上馬桶，能坐著看會電視、跟人聊聊天，能夠多一些更多的活動去 occupy 他的生活，而不是整天整天地躺在床上。

於是我們先給患者進行冰敷，幫助他消腫和止痛，然後叫他起床，確保不對骨折端產生應力的情況下讓他跟著我們一起來完成翻身坐起這項活動，可是葉爺爺在試了兩次都失敗後，就不斷地說“不要啊，好累啊，我好疼啊”，接下來的幾天他更是表現出極端地抗拒。拒絕我們的任何訓練和檢查。

治療進行到這裡已經很難進行下去了，看著葉爺爺每天就躺在床上，暗暗著急如果繼續這樣下去年級又大、又有老年癡呆、老花眼還耳背的他會走到什麼地步。我們反思為什麼會這樣，經過討論，我們認為我們選擇的活動對於他來說並沒有現實的意義，我們希望能幫他回到原來的生活狀態，可是他原來的生活大部分時間就被睡眠 occupy 了，並沒有什麼娛樂活動，娛樂活動被 PASS 了。可是從 ADL 能力方面入手，患者也沒有任何興趣，陪護已經包辦了所有的活動，甚至連大小便也因為身體的不適而不願意去。

我們只好再次通過陪護、家屬去瞭解葉爺爺每天從早到晚的日程是什麼，瞭解什麼是對他有意義的事情。重新設計我們的活動，換個思路去思考，不再是通過訓練他不會的活動，而是通過優勢導向來選擇他可以做而且必須做的事情入手。我們不斷地嘗試每天不同時間去病房，在他每天都要做的活動中去幫助他、教導他。直到有一天，看到葉爺爺聽到我們“吃飯了”的聲音而睜開的眼睛，我們知道我們找到了合適的切入點了。



他睜開眼睛，指著病床尾，叫我們把床搖高，拿桌板給他。我們再次趴在他耳邊：“坐起來吃飯！”這時候，他伸出雙手，想要我們把他抱起來。我們卻引導他自己翻身，然後在我們的輔助下，從側臥位轉移成坐位，端坐在床邊，並且在我們的指示和大量輔助下，轉移到床邊的椅子上，對著床旁的桌子卷好袖子、墊上紙巾開始吃飯了。

從這一天開始，我們每天都在吃晚飯的時間出現。在一次次被拒絕中我們慢慢摸清楚葉爺爺的脾氣，知道了他喜歡和不喜歡什麼，他也慢慢願意接受我們的幫助了。我們也不斷地給葉爺爺提出新的要求，不斷地讓他做各種各樣的事。通過做這些事情，他知道了如何保護自己不讓自己疼痛，知道了自己能做些什

麼不能做什麼。慢慢的，葉爺爺會自己翻身了，爺爺會自己坐起來了，能自己上椅子了，能吃完飯後有體力自己擦擦身子和換衣服了，還會去治療室配合 PT 活動和訓練了。葉爺爺反應多了很多，臉上的表情也開始豐富起來。



就這樣，我們隨著葉爺爺骨折的不斷癒合，我們的治療也在不斷的推進，從無痛範圍內的主動無阻力活動到助力下抗重力主動活動，再到抗重力主動活動和少量負重站立訓練，葉爺爺能做的事情也越來越多，活動也越來越好。



出院時，葉爺爺已經能自己扶著助行架行走了，葉爺爺和葉奶奶決定出院後兩個人一起去養老院住一段時間，他倆年級都大了，好些活都已經做不太動了。雖然葉爺爺體力還是沒有以前那麼厲害，走路也沒以前那麼靈活，可是葉爺爺和葉奶奶又能重新在一起生活了，也不需要葉奶奶幫忙照顧他了。他倆都很開心地住養老院去了。



會議報導

2017 APOTS 亞太職能治療學術研討會在臺灣

高雄長庚紀念醫院康復科職能治療師 遊敏媛

第一屆亞太職能治療學術研討會(The Asia-Pacific Occupational Therapy Symposium, APOTS)由臺灣職能治療學會(Taiwan Occupational Therapy Association, TOTA)主辦，於2017年10月20-22日三天在臺灣桃園市長庚大學舉行，共有來自亞太地區十八個國家、近八百位國內外專業職能治療師與職能治療科系的學生齊聚，針對全球OT區域與社會需求進行研習與討論。大會主題為「Contextualizing Occupational Therapy: Research, Practice, and Education」(借鏡世界，深化在地職能治療：研究、臨床與教育)，邀請在世界職能治療領域中具有重大成就及影響力的專題講座學者與會，此次研討會共舉辦24場主題研討講座21場研究口頭報告及300篇論文海報的展示，聚焦於國家醫療與社福重點發展的長照照護(long term care)、急性後期照護(post-acute care)、科技輔具(assistive technology)、成功老化(successful aging)、高齡駕駛(elder drive)等議題，就現今世界趨勢與亞太社會需求進行熱烈的討論。本次研討會深獲各界關注，包括臺灣當局的副領導人、衛生福利部長、長庚大學校長等均親臨開幕式致詞與鼓勵。世界職能治療師聯盟(World Federation of Occupational Therapists, WFOT)主席 Marilyn Pattison、亞太區域聯盟(Asia Pacific Occupational Therapy

Regional Group, APOTRG)理事長 Patrick Ker 與歐美亞太各國重量級學者齊聚此盛會，身為臺灣的 OT 備感光榮!

隨著人口老化、疾病轉型，世界各國對於 OT 在失能預防、醫療復健、科技輔具、生活參與賦權等健康服務及人權倡議的仰賴，不但持續增加，且受到更多的重視。其中，亞太地區獨特的人口結構與健康議題，更需要結合亞洲人的智慧，以及世界上其他地區的觀點與視野，共謀良策。「亞太職能治療學術研討會」的誕生，正好是促發此一知識與智慧碰撞激蕩的絕佳平臺。來自亞太地區的 OT 在研討會的知識交流，希望能夠為亞太地區乃至全世界的健康領域，提供解決良方與科技突破。臺灣目前正大力推動長期照顧(long term care)政策，非常需要 OT 在失能預防、居家社區復健、輔具與環境改造、失智服務、政策制訂及推廣等領域的建議與投入。亞太各國在高齡社會的因應政策上，各有擅長，OT 們在會議上相互切磋交流，分享彼此寶貴的經驗與新知，期望能有助於各與會者建立適合於當地社會醫療現狀的 OT 模式，一同建構健康快樂的地球村，為世界的高齡照護做出更多貢獻。

在台日交流論壇方面：本次台日職能治療實務交流論壇有兩大主題：以職能治療為基礎的介入與科技輔具的應用，分別從職能治療較為傳統的治療模式與職能治療如何與科技接軌兩大主軸進行深入探討。從傳統的角度放眼未來職能治療所需面對的課題，並分享雙方在這兩大主題的現況與角色。

第一個主題為「以職能治療為基礎的介入」，邀請 Graduate School of Human Health Sciences, Tokyo Metropolitan University 的教授 Mr. Ryuji Kobayashi 與高雄醫學大學職能治療學系郭昶志副教授進行分享。Mr. Ryuji Kobayashi 分享日常生活表現管理評估工具(The Management Tool for Daily Life Performance, MTDLP)的發展，此工具為日本職能治療學會主導發展的工具，可以讓治療師更容易使用，並瞭解個案每天 24 小時所從事的活動。郭昶志副教授則分享老人健康生活大改造的成效與經驗，老人健康生活大改造採用美國南加州大學所發表的生活型態再設計概念，讓學員能更瞭解老人日常生活中所進行的有意義的職能活動之重要性，並結合樂齡大學翻轉學習。第二個主題為「科技輔具的應用」，邀請 Yokohama Rehabilitation Center 的職能治療師 Shinichi Watanabe 與國立臺北科技大學機械系劉益宏副教授進行分享。Shinichi Watanabe 職能治療師分享橫濱復健中心輔具發展的現況、職能治療師於發展照護機器人中所扮演的角色和推廣照護機器人到機構等等。劉益宏副教授分享人機界面 BCI (brain-computer interface)在兩個不同層面的應用與最新成果，分別為高齡衰弱症運動想像腦波分析、基於運動想像之漸凍患者意念輔具開發。人機界面在漸凍人溝通輔具的應用，當漸凍人進入疾病晚期，除了全身不能動，連眼睛都無法眨眼或轉動示意時，利用腦波來打字或是以腦部意念下達指令控制輔具，來表達自己的想法。令人非常驚豔！提供 OT 瞭解在新興科技的衝擊下，要如何應變，找到新的定位，提供符合時代趨勢且具更精品質之服務。

研討會發表的內容主題非常多元，包含實證職能治療許多相關的報告，如：鏡像治療...等，還有許多中風治療新趨勢的探討；社區職能治療的發展與參與；職能治療教育的核心與教學議題；災難時職能治療的介入思考，都是目前國內外職能治療最關心的議題。還有「中風病患動作與認知復健之最新趨勢」、「帕金森氏症評估與治療」、「各類精神患者的大腦運作機制」、「失智症患者光照治療」、「自閉症孩童之神經回饋學習」、「早期療育與腦性麻痺復健」及「電動車輔具提升發展遲緩兒童成長」等等。

在職能治療的教學議題方面：有關兒童職能治療教學評量(Objective Structured Clinical Examination, OSCE)(客觀結構式的臨床評量)的研討講座。以輔仁大學傅中佩助理教授為首的團隊(包含北榮/亞東/國泰醫院的兒童職能治療師)，展示了如何建構以兒童為標準病人的訓練方案，讓職能治療師學員(OT Post Graduate Year program)或實習學生(OT intern)的臨床技術教學評量，更有效益及客觀化。這個教案可供未來本科職能治療應用 OSCE 於教學評量的重要參考。

在鏡像治療(Mirror Therapy)的議題方面：來自長庚大學與臺灣大學的鏡像治療研究團隊，展示了最新的鏡像治療的臨床應用，不論是以居家復健為主的鏡像治療或是結合注射肉毒桿菌(BoNT-A)、經顱直流電刺激術 tDCS (Transcranial direct current stimulation)或手部感覺刺激(本體覺)的鏡像治療，來增進中風病人的手部功能與日常生活功能，進而改善病人的生活品質都有一些重要的發現與效益。與會的過程也發現：鏡像治療的議題非常熱門，不論是在臺灣、日本及中國都有治療師在臨床應用，大家討論熱烈。

在社區職能治療的議題方面：職能治療在社區多元健康促進的執行與作法及高雄八一氣爆時的社區資源連結，提供與會的治療師在社區介入參與時可以有更多層面的認識，許多寶貴的實務經驗比國外的分享更能貼近臺灣或亞洲社會的現狀，也更符合職能治療在社區推廣實務面的做法，需要職能治療師在失能

預防、居家社區復健、輔具與環境改造、失智服務、政策制訂及推廣等領域的建議與投入。這些健康的或生病的老人都需要一定的「職能活動」，帶領他們更健康更有品質生活的老化。

此外，長庚大學職治系師生於 10 月 20 日開幕式當晚舉辦「學生之夜」(Student Night of the APOTS)，迎接 100 多名來自世界各國的職能治療系學生，透過多元節目安排，進行各國文化交流、熱鬧非凡，展現 OT 的活力與熱情。

會中小插曲--WFOT 的主席 Marilyn Pattison 女士，10 月 22 日在飯店因不慎跌倒導致腳部輕微骨折，臺灣的 OT 隨即帶她至林口長庚醫院急診就醫。在急診醫師適當的處置後，並由林口長庚醫院的 OT 組長黃恢濤組長與高雄長庚醫院 OT 組長張瑞昆組長陪同到林口長庚醫院的 OT 部門，由張瑞昆組長立即為 Marilyn Pattison 女士製作低溫塑材的足踝支具(AFO)固定。Marilyn Pattison 女士對於臺灣急診醫療與 OT 的效率與品質，十分讚賞，對於臺灣 OT 溫暖的照護及妥當的處置，深獲 Marilyn Pattison 女士的感激與肯定(11 月 11 日林口長庚醫院院長收到 Marilyn Pattison 的來信，再度表達其感謝之意)。



APOTS 開幕典禮之一



APOTS 開幕典禮之二



鏡像治療(Mirror Therapy)研討會



APOTS 會場入口



WFOT 主席 Marilyn Pattison 的演講



會議報導

以人為本 循證為基

Coloring Life, Embracing Evidence

——第三屆中國康復作業治療教育大會

福建中醫藥大學 劉雪楓

隨著我國健康醫學大環境的發展，在政府部門及海內外作業治療專業機構的大力支持下，歷經三十多年的披襟斬棘、筚路藍縷，內地作業治療及作業治療教育已初具規模，發展頗有成效，部分地區和機構正逐漸邁向國際化水準。

中國康復作業治療教育大會（China Occupational Therapy Rehabilitation Education Conference, COTREC）見證了近年來內地作業治療教育的發展歷程。中國康復作業治療教育大會每兩年一屆。2013年，中國內地作業治療教育和培訓初具雛形，少數幾個高校開辦了 OT 專業本科教育。為加強教育合作，促進 OT 專業教育的發展，第一屆 COTREC 以“中國作業治療教育的合作及經驗分享”為主題，旨在通過國內 OT 專業建設和發展經驗的交流，互相取長補短，加強合作，進一步完善現有的 OT 專業教育。2015年，中國內地已有八所高校開辦 OT 專業，除首都醫科大學、昆明醫科大學和四川大學已取得世界作業治療聯盟（WFOT）OT 教育認證外，其餘高校也一直在厲兵秣馬，籌謀著 WFOT 教育認證。為加強國內外 OT 教育領域的合作與交流，促進更多 OT 專業教育的 WFOT 認證，規範我國 OT 專業的教育，第二屆 COTREC 以“團結力量，暢想未來”為主題，旨在通過 WFOT 專家的指導和國內外專家的交流分享，促進內地高校的 OT 專業教育規範化並取得 WFOT 教育認證、與國際接軌。2017年，內地作業治療專業培訓逐步規範，取得 WFOT 認證的大學及治療師與日俱增，如何以患者為中心、在研究證據支持下開展臨床治療、對學生進行臨床培訓及教育等問題日益突出，是我國進一步提升 OT 教育品質的一個關鍵問題。為了深入探討以上問題，福建中醫藥大學、香港理工大學以“人本治療，循證為基”為主題共同主辦第三屆 COTREC，邀請了來自美國、澳大利亞、新加坡、韓國等國家和中國內地、香港及臺灣地區的專家學者就

如何“以人為本，循證實踐”為理念的作業治療專業建設和教育的新思路新方法進行深入交流，對當前國際作業治療領域的學術前沿問題開展探索。

一、發展康復作業治療，補齊健康工程短板

隨著國際社會對健康理念認識的改變，康復服務成為健康工程中不可或缺的重要支撐。世界衛生組織（WHO）提出：“健康是一種在身體上，心理上和社會上的完滿狀態，而不僅僅是沒有疾病和虛弱的狀態。”這一健康的理念強調把人的健康從生物學的意義擴展到了精神和社會關係兩個方面的健康狀態，把人的身心、家庭和社會生活的健康狀態均包括在內，強調個人軀體功能、社會活動能力與環境的互動，這就意味著實現健康促進不僅離不開臨床服務，也離不開康復服務。

國際物理醫學與康復醫學會（ISPRM）執行委員、中國康復醫學會副會長、福建中醫藥大學陳立典教授在大會中指出，除死亡率、發病率等傳統指標外，功能應是健康結局新的關鍵指標，而康復服務和作業治療服務是功能促進和健康促進的核心手段。目前康復仍是中國大陸健康工程的短板，陳立典教授認為造成這種短板的原因主要有兩個方面，一是社會和民眾對健康的認識不足，把沒有疾病等同於健康，把治療疾病當做健康工作的全部，卻忽視了康復和功能在健康中的角色；二是對康復認識的局限性，部分民眾甚至醫務人員認為康復是臨床的後續服務，康復解決的僅是殘疾問題，康復僅局限于康復醫療和訓練，事實上康復並不是臨床的後續治療，我們應提倡早期康復，以減少併發症，促進疾病恢復，降低死亡率，促進功能更早恢復，儘早出院回歸家庭和社會。陳立典教授認為，未來的康復不能固守於殘疾人服務，應拓展更多的領域，重心移向慢性病康復和養老康復，而作業治療服務在其中發揮著越來越重要的作用。陳立典教授在大會上提出了四條加快康復發展，助推健康工程的建議：一是要加大政策支持——《聯合國 2030 年可持續發展議程》中與健康相關的目標包括“確保健康的生活方式，促進各年齡段人群的福祉”；世界衛生組織召開了“康復 2030：呼籲採取行動”的國際會議，以關注日益增長的康復需求和確認康復在實現聯合國 2030 年可持續發展目標中的作用，並呼籲採取國際性協調和具體行動來強化健康服務體系中的康復服務；中國政府高度重視發展康復，在健康中國的大背景下和《“健康中國 2030”規劃綱要》的指導下，我們仍需擴大醫保支付範圍、鼓勵康復與養老融合，扶持社會資本發展康復等政策的支持；二是夯實綜合性醫院康復醫學科的基礎，帶動三級康復醫療發展；三是發展社區康復；四是注重康復治療的持續改進和開展康復結局的管理。



圖 1: 陳立典教授



圖 2: 曾永康教授

健康工程需要作業治療服務應用於多領域且手段與時俱進多樣化。澳大利亞悉尼大學 Anne Cusick 教授、美國太平洋大學 Sandra Rogers 教授、美國南加州大學 Ashley Halle 博士、臺灣大學林克忠教授、香港理工大學陳智軒教授及李曾慧平教授分別為大會分享了作業治療應用於神經康復、認知康復、兒科康復、老年康復、社區康復、燒傷康復等領域的最新研究和臨床應用。美國南加州大學 Stacey 博士分享了自己的研究開發專案中“mHealth 智慧手機應用程式在促進老年人健康生活中的應用”的研究進展和成果，開拓智慧化康復醫療的新領域。香港職業治療學院的黃錦文教授根據內地康復醫療需求的發展和自己多年的臨床經驗，為大會分享了輔助器具的最新發展以及如何在內地開展輔具服務，從輔具服務方向為進一步促進作業治療服務的發展提供建議。



圖 3: Sandra Rogers 教授和郭鳳宜教授



圖 4: 林克忠教授和黃錦文教授



圖 5:陳智軒教授



圖 6: Ashley Halle 博士

二、以人為本，促進作業治療各領域的循證實踐

健康工程離不開作業治療服務，而作業治療服務務必要體現“以人為本、循證為基”的理念。Kit Sinclair 教授認為本次大會的主題貼合目前中國大陸作業治療服務與作業治療教育的發展現狀，為大會分享了支持 OT 循證實踐的國際性檔和相關資源，並指出可靠的健康和殘疾資料是康復政策制定的重要參考基礎。

Anne Cusick 教授在大會上分享了如何從宏觀的策略上實現作業治療的循證實踐，她認為循證實踐不僅是一個利用不同管道而獲得相關的、有效的以及準確的資訊而進行臨床決策，旨在促進患者實現理想醫療結局的過程（A process of clinical decision-making using relevant, valid and accurate information collected from different sources to achieve good health outcomes for patients），也是一個利用不同管道的資訊，進行策略化專業決策以建立作業治療師的影響力、資源和角色的過程（A process of strategic professional decision-making using information from different sources to build the reputation, resources and roles of OTs）”。Cusick 教授指出，OT 的循證實踐是 OT 臨床專業知識、OT 實踐環境、患者的價值觀背景與 OT 最佳研究證據的結合。OT 臨床專業知識是指 OT 獨特的康復角色和專業的知識；OT 實踐環境是指當地的政策、薪酬及醫療機構的情景；患者的價值觀背景指不同人群、社區及專案的需求；OT 最佳研究證據是指 OT 實踐方法與 OT 結局的科研證據。她認為需要運用證據來展現 OT 可以幫助政府、醫療機構及患者更快地實現其目標，而這樣的證據需要 OT 在“政策”、“人群”、“實踐”和“目的”四個範疇有龐大的證據資料支援，具體表現為 OT 可以幫助中國實現國家對殘疾人群的政策目標；OT 可以為中國不同年齡、不同殘疾或功能障礙的人群提供康復服務和健康促進；OT 的具體實踐是個體化、標準化、循證的評估、治療和再評估實踐服務；OT 的目的是符合患者及社會的健康需求的。Cusick 教授認為只有從這四個宏觀層面的策略著手，才能指導 OT 的具體循證實踐，以建立作業治療師的影響力、資源和角色。林克忠教授、陳智軒教授、Sandra Rogers 教授、李曾慧平教授等分別為神經康復、認知康復、兒科康復、燒傷康復等作業治療領域分享最新的研究證據及在 OT 循證實踐的應用。

形成的最佳研究成果需要以權威資料和高品質文獻展示給 OT 從業者，作為 OT 權威期刊《美國作業治療》副主編的鄭樹基教授和《香港職業治療》主編的方乃權教授為大會分享了撰寫 OT 科研文章的技巧

和 OT 相關期刊投稿的方式及注意事項，為 OT 的最佳研究證據轉化為循證實踐打下基礎。



圖 7: Kit Sinclair 教授



圖 8: Anne Cusick 教授



圖 9: 鄭樹基教授



圖 10: 方乃權教授

三、以學生為中心，提高學生循證思維的實踐教學

“以人為本”也體現在 OT 教學中的以學生為中心。郭鳳宜教授分享了 ICF 與布魯姆分類學 (Bloom's Taxonomy) 在作業治療教育中的應用原則與建議，以體現以作業功能為本，對學生知識、能力和態度層次性培養目標及原則的理念。昆明醫科大學敖麗娟教授分享了大健康背景下中國大陸作業治療實踐教學教育標準研製的思考，這些思考除了要符合中國大健康的時代背景，也體現與 WFOT 最低教育標準的結合。新加坡理工大學 May Lim 教授分享了以團隊為基礎的教學方法在 OT 教學中的應用，闡述了其開展和評估的程式及效果。來自福建中醫藥大學、上海中醫藥大學、四川大學、昆明醫科大學、首都醫科大學的劉雪楓、劉曉丹、楊永紅、鄭璿先和張超老師分別分享了他們在 OT 教育中如何應用標準化病人開展實踐教學、如何開展臨床實習帶教及如何開展循證實踐能力的培養等的方法和經驗。



圖 11: 敖麗娟教授

四、 筆路藍縷，作業治療的發展歷程回顧與展望

作業治療的發展經歷了筆路藍縷的過程，香港職業治療學會會長陳恩賜先生，中國康復醫學會作業治療專業委員會主任委員閔彥甯主任分別就作業治療的教育、培訓、執業資格、從業人員、臨床服務、學術組織、學術會議等方面回顧了香港和內地作業治療的發展歷程，也高瞻遠矚地為作業治療的發展描繪了發展藍圖。

第三屆中國康復作業治療教育大會海內外專家雲集，是一次高端而實在的學術盛宴，大會已圓滿落幕，但作業治療服務與作業治療教育正踏上新的征程，我們將以此為契機積極融入“健康中國”發展戰略，瞄準社會健康需求，發揮康復醫學的學科資源和優勢，推進作業治療人才的培養，提升作業治療服務品質，為推動康復事業發展作出積極的貢獻。



圖 12:部分專家合照



會議報導

中國作業治療發展的里程碑

——中國康復醫學會作業治療專業委員會成立

河北省人民醫院 蘆劍峰 閆彥寧

隨著作業治療在中國內地康復治療臨床及社區康復工作中的應用及普及，其作用日益受到社會的關注和認可，並進入蓬勃發展時期。2017年12月9日將被載入中國作業治療發展史。中國康復醫學會作業治療專業委員會的成立是中國作業治療發展的里程碑！



2017第一屆中國康復醫學會年會暨國際康復設備展覽會於2017年12月7日在北京國家會議中心召開。12月9日晚中國康復醫學會作業治療專業委員會成立。第一屆中國康復醫學會作業治療專業委員會共有委員104人，會上經過投票選舉產生了第一屆專委會主委、副主委、常務委員。河北省人民醫院康復醫學科副主任閆彥甯主任治療師當選為第一屆作業治療專業委員會主任委員，李奎成、胡軍、林國徽、劉璿、楊永紅、陳少貞、李恩耀、劉岩當選為副主任委員。第一屆作業治療專業委員會還聘請臺灣大學醫學院、美國作業治療研究院院士林克忠教授，世界作業治療師聯盟前主席、特使 Dr. Kit Sinclair 教授，香港

理工大學康復治療科學系主任曾永康教授，香港大埔醫院職業治療部經理、香港職業治療學院會長黃錦文教授、臺灣長庚紀念醫院張瑞昆教授、美國 Creighton University 大學作業治療系穆克力教授擔任顧問。

中國康復醫學會副會長燕鐵斌教授代表中國康復醫學會出席會議，並主持了作業治療專業委員會的選舉過程。燕鐵斌副會長代表中國康復醫學會總會對作業治療專業委員會的成立表示祝賀，對未來專委會的發展提出了要求，希望專委會對推動作業治療在中國的發展做出應有的貢獻。作業治療專業委員會顧問、香港理工大學康復治療系主任曾永康教授出席了會議並講話，介紹了香港作業治療的發展歷程並對未來中國作業治療發展提出了很多建設性的意見。閔彥寧主委講話，希望各位委員盡職盡責，進一步促進作業治療在國內的發展，使作業治療專業不斷發展壯大，以滿足人們日益增長的康復和健康需求，也希望中國早日加入世界作業治療師聯盟，並對下一步作業治療專委會的工作進行了安排，在 2018 年將舉辦 2018 國際作業治療研討會、作業治療學術年會、全國作業治療論壇、作業治療師資培訓班及各種類型的作業治療培訓及學術活動，並啟動加入 WFOT 的相關工作。

大鵬一日同風起，扶搖直上九萬里！隨著作業治療專業委員會的成立，相信中國作業治療即將迎來前所未有的迅猛發展，相信中國作業治療專業未來一定會更加輝煌！





會議報導

2017 第一屆中國康復醫學會年會暨國際康復設備展覽會

作業治療論壇成功舉辦

河北省人民醫院 蘆劍峰 閆彥寧

2017 第一屆中國康復醫學會年會暨國際康復設備展覽會於 2017 年 12 月 7-10 日在北京國家會議中心召開，並在 12 月 10 日上午成功舉辦了作業治療論壇。

本次作業治療論壇由中國康復醫學會作業治療專業委員會主任委員閆彥甯主任擔任論壇主席並致開幕詞，美國南加州大學 Shawn Roll 教授進行了“作業治療科學的博士教育”的講座；香港理工大學康復治療學系主任曾永康教授進行了“從國際的發展看作業治療在國內的機遇”的講座；美國南加州大學 Adley Chan 博士進行了“作業治療教育的課程設計”的講座；作業治療專業委員會主任委員、河北省人民醫院康復醫學科閆彥甯主任進行“中國大陸作業治療的現狀與前景”的講座；作業治療專業委員會副主任委員、宜興九如城康復醫院李奎成副院長進行了“腦卒中上肢康復治療的策略與創新”；作業治療專業委員會副主任委員、中國康復研究中心博愛醫院作業療法科劉璿主任進行了“用 ICF 模式分析偏癱患者作業問題”的講座；作業治療專業委員會副主任委員、廣州市殘疾人康復中心林國徽主任進行了“促進患者參與的作業治療環境策略”的講座；智精靈科技的王曉怡博士進行了“最新認知訓練研究對作業治療的啟示”的講座。講座內容豐富，會場座無虛席，場面火爆！來自全國各地的作業治療師及相關人員 150 多人參加了論壇。







會議報導

我國首套《作業治療系列叢書》（電子工業出版社）

編寫委員會議在北京國家會議中心召開

河北省人民醫院 蘆劍峰 閆彥寧

為滿足臨床作業治療人員的需求，填補我國《作業治療系列叢書》的空白，規範、提升我國作業治療的專業水準，2017年12月8日在北京國家會議中心“2017年中國康復醫學會綜合學術年會”期間召開了《作業治療系列叢書》編寫委員會議。該套叢書由電子工業出版社出版，由中國康復醫學會作業治療專業委員會主任委員、河北省人民醫院康復醫學科閆彥寧副主任和中國康復醫學會作業治療專業委員會副主任委員、宜興九如城康復醫院李奎成副院長擔任總主編。叢書共有16冊，分別為《作業治療基本理論》、《作業治療評定》、《日常生活活動訓練》、《矯形器製作與應用》、《輔助技術與環境改造》、《職業康復》、《認知障礙與作業治療》、《神經系統疾病的作業治療》、《骨骼肌肉系統疾病的作業治療》、《社區作業治療》、《兒童作業治療》、《老年作業治療》、《社會心理作業治療》、《燒傷的作業治療》、《作業治療研究與循證》、《Occupation Analysis in Practice》《作業活動分析實踐》（翻譯），共有一百多位參編人員參加了會議。

會議由李奎成總主編主持，電子工業出版社社長助理王玉國出席會議並講話，介紹了電子工業出版社的背景和醫學書籍的出版情況。閆彥寧總主編講話，介紹了本套叢書的編寫思路和要求，希望各位編委認真負責，按時按質按量的完成編寫任務。電子工業出版社醫學部王夢華主任介紹了編寫體例要求。隨後各分冊主編分別對各自負責的分冊的編寫思路和編寫大綱逐一進行的彙報，與會專家就有關問題進行的提問和建議，2017年12月9日各分冊分別召開了分冊參編人員會議，討論完善大綱並進行了編寫任務分工。本套叢書將作為臨床作業治療師和作業治療教師的工具書和作業治療專業（方向）學生的參考教材預計在2018年內將陸續出版。

