



2018 年 2 月 新春号

中华OT电子季刊

The Chinese OT e-Newsletter



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

编者的话

贺佳节四海老人福安康

迎新春中华OJ齐发展

“爆竹声声辞旧岁，欢天喜地迎新春”，又到一年一度举国同庆的新春佳节，新的一期中华 OT 电子季刊也如约而至。说到春节，一定少不了团圆、拜年、吃饺子、放鞭炮、发红包……等传统的中国元素。从年二十九至年初四，小编被各种形式的微信、电话、短信拜年感动得不要不要的！也向亲朋好友们送去了小编的祝福。说到拜年，让我们再看看这一古老习俗的含义。拜年是中国的传统习俗，是人们辞旧迎新、相互表达美好祝愿的一种方式。古时“拜年”一词原有的含义是为长者拜贺新年，包括向长者叩头施礼、祝贺新年如意、问候生活安好等内容。祝老年人健康幸福无疑是最好的拜年方式，而作业治疗则是促进老人保持健康身体和良好精神状态，促进幸福晚年的重要手段。本期中华 OT 电子季刊以一期老年作业治疗专刊作为最特别的新春贺礼向华人朋友们拜年了！祝大家新年快乐！万事如意！阖家幸福！狗年旺旺旺！

据最新统计，至 2017 年底，我国 60 周岁及以上老人达 24090 万人，占人口总数的 17.3%，65 周岁及以上老人 15831 万人，占总人口的 11.4%。人口老龄化日趋严重，如何更好地开展老年作业治疗是同道们面临的新课题。本期专刊特别邀请了来自中国香港、台湾以及内地专家们从老年康复需求调查，到作业治疗模式的探索，到常用核心技术和新技术的应用，再到老年常见疾病的作业治疗，进行了详细的介绍，内容丰富实用，相信朋友们一定可以从中获益。感谢所有作者在年底最繁忙时的支持，为本刊供稿，也特别感谢香港职业治疗学院黄锦文会长和台湾高雄长庚医院张瑞昆主任为本期港台地区组稿所做的大量工作。

本期责任编辑：李奎成

2018 年 2 月 19 日

目 录

1. 养老老人的康复需求与现状初探·····杨 勤(常州)
2. 香港老人精神科职业治疗的发展·····李月英(香港)
3. 重建生活为本养老康复实践经验分享·····梁国辉(香港), 吴丽君(深圳)
4. 康养融合模式下的老年作业治疗探索与实践·····李奎成(无锡)
5. 老年人急性快速恢复病房模式及作业治疗在其中的角色和作用·····
·····林洋, 杨永红(成都)
6. 职能治疗师在 ICU 协助机械通气支持下老年病人改善功能·····
·····谢胜锋, 王晶, 李旭红(长沙)
7. 人生最美是回忆·····黎卓琪(香港)
8. 宠物机械海豹(PARO)于认知障碍治疗的应用·····薛乐敏(香港)
9. 浅谈老人长期照护之辅具应用 ·····毛慧芬(台湾)
10. 居家作业治疗 - 香港长者服务的经验·····刘志豪(香港)
11. 帕金森症的作业治疗·····黄洁汶(香港)
12. 阿兹海默症的作业治疗·····吴鸿顺(台湾)
13. 老年慢性阻塞性肺病作业治疗·····侯 红(南京)
14. 老年性骨关节炎的作业治疗 ·····陈 娟, 朱 毅(海口)
15. 全髋关节置换的作业治疗·····罗 伦, 王孝云(成都)
16. 康复医师统筹下以作业治疗为主导的出院计划促进患者合理出院探讨
———以髋关节置换术为例 ·····罗 伦, 李 攀(成都)
17. 老年人跌倒的预防·····徐艳文 伍尚锟(无锡)

养老老人的康复需求与现状初探

杨 勤 常州安信颐和康复医院

2015 年，国务院《关于推进医疗卫生与养老服务相结合指导意见》（国办发[2015]84 号）指出“建立健全医疗卫生机构与养老机构合作机制，鼓励医疗机构与养老服务融合发展”。2017 年，国家卫计委印发《“十三五”健康老龄化规划》，明确提出“推进老年健康促进与教育，健全老年医疗卫生服务体系，加强医疗保障体系建设，持续提升老年人健康水平”。随着老龄化程度不断加深，我国老年健康服务的刚性需求将不断释放。年龄增长导致患病率增加、患病时间延长，致残率增高；因疾病功能活动受限，卧床以及失能的老年人数和患病时间持续不断增加。在养老机构内开展医疗康复服务，可以改善和消除疾病引起的身体功能和结构障碍，提高老年人的独立生活能力，提升老年人社会参与度，让老年人平安快乐享受幸福晚年。因此，本研究旨在了解养护院入住老人的康复需求、意愿、支付能力，养老机构对康复的了解，支持度等，为制定养老康复服务及康养融合路径提供支撑。

1. 研究方法

1.1 调研对象：本次调查选择 10 家养护院，包括宜兴（4 家）、南京（3 家）、徐州（2 家）、上海（1 家）养护院，每家机构随机抽取 6 位老人和 1 位机构负责人或业务主管作为本次问卷调研对象。分别向上述调研对象派发了 60 份《九如城养护中心长者养老康复服务需求调查问卷》和 10 份《养护中心养老康复认识及需求调查问卷》。选取上述养护机构院长、行政部主任、护理部主任、护理员、医疗机构医护人员和康复治疗师等作为访谈对象。

1.2 调研方法：采用面对面的问卷调查法和访谈法对调查对象进行调研。

1.3 调研内容：进行入住养护机构老人的基本情况、对康复服务需求和意愿、个人支付能力、接受康复服务能够承担费用；养护中心对养老康复了解、支持力度、康复服务开展情况，康复服务项目、康复服务人员基本情况、开展康复服务存在困难等调研。

1.4 数据处理：数据分析将问卷数据用 Excle 整理后采用 SPSS19.0 软件包进

行统计分析。

2. 调研结果

10 家养护机构共入住长者人数为 881 人，其中入住人数最多的为 183 人，最少的 45 人，平均 88.1 人。

2.1 养护中心康复服务需求情况

2.1.1 养护中心老人健康状况：超过 61%的老人为部分或完全失能者（图 1），高血压、糖尿病、慢性阻塞性肺疾病、颈腰椎病、心脏病、脑血管病、阿尔兹海默病（失智症）、骨质疏松、关节炎等慢性疾病在养护机构的患病率极高，这些病需要长期的医疗和康复诊疗服务，以提高老人的生活质量（图 2）。从入住老人中进行随机抽样问卷调查分析发现高血压、糖尿病、中风后遗症、颈腰椎病、骨质疏松症、心脏病、老年性白内障、关节炎等慢性疾病在养护机构的患病率极高，与养护中心层面反应的老人健康状况基本吻合。

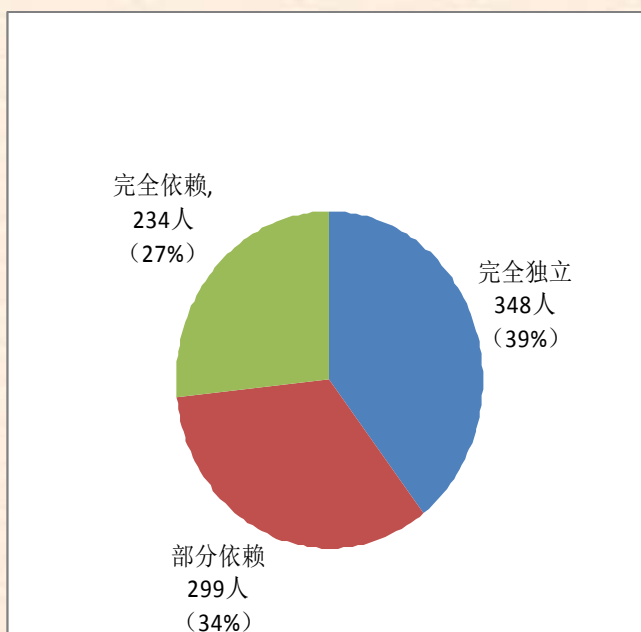


图 1，10 家机构 881 位老人独立能力情况

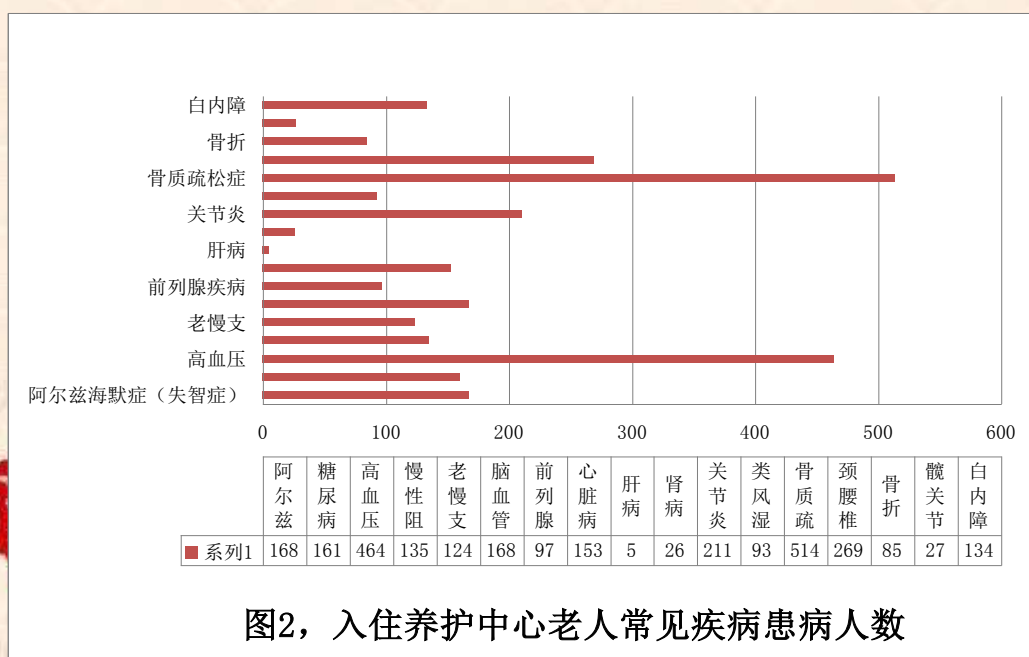
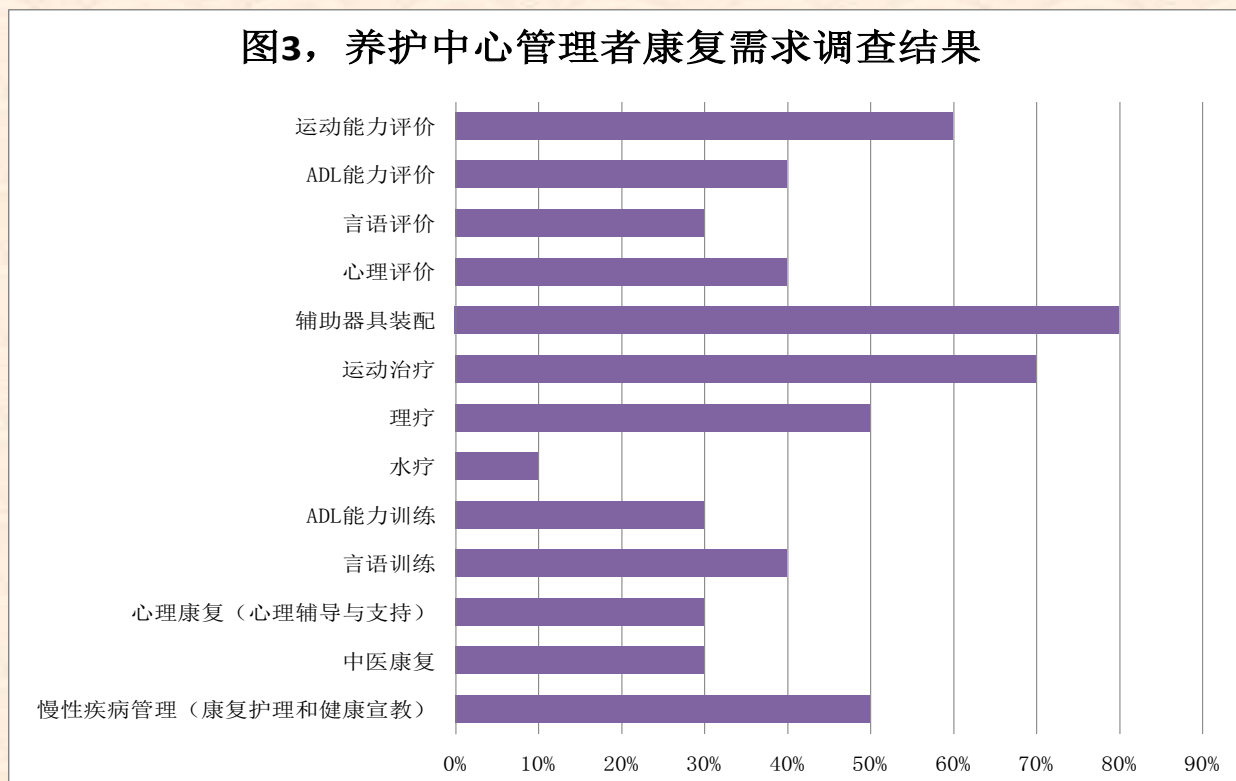


图2，入住养护中心老人常见疾病患病人数

2.1.2 养护中心康复服务需求情况：73.4%的养护中心负责人和业务主管认为养老机构需要专业的康复服务，尤其对老年人的慢病管理、辅助器具装配、运动功能、言语训练、理疗、运动能力评价、ADL 能力评价、心理评价等（图3）。

图3， 养护中心管理者康复需求调查结果



2.1.3 入住老人使用康复辅具情况：使用轮椅、拐杖、矫形器的分别为 36.67%、35%、11.67%，使用助行器和冲凉椅的均为 8.33%。说明康复辅具在老年康复工作中是不可或缺的重要手段，要加强对老人使用辅具的正确指导和科普宣传。

2.2 对养老康复服务的需求

2.2.1 老人对养老康复治疗知识了解情况：41.7%的人不了解，有 51.7%的人了解一点，仅有 6.6%的人认为了解较多。

2.2.2 老人接受康复治疗服务意愿：16.7%的人非常需要接受康复治疗服务，45%的人需要接受康复治疗服务，38.3%的人表示不需要接受康复治疗服务。

2.3.3 老人接受的康复服务项目：26.7%认为需要做康复评价，51.7%认为需要做肢体康复训练，20.0%认为需要做心理辅导与支持，认为需要做中医传统治

疗和康复辅助器具配置的各占 11.7%，认为需要做理疗的仅占 1.7%。

2.3.5 老人接受的每周做康复治疗频次：有 30%的老人接受每日一次康复治疗服务，有 16%的老人愿意每两天一次康复治疗，7%的老人接受每周二次康复治疗服务，9%接受每周一次康复治疗服务，有 37%老人不愿意接受康复治疗服务。

2.3.6 医疗费用承担能力：入住老人中 35%的人群认为完全能承担，50%认为基本能承担，10%认为有一定困难，3.35%认为不能承担，1.65%不给予回答。

2.3 养老机构康复服务现状

2.3.1 开展康复治疗服务：有 4 家养护中心专门成立了康复治疗部门或康复治疗团队，有 7 家机构开展部分养老康复服务，3 家养老机构则没有开展养老康复服务，也没计划开展这样的康复服务。

2.3.2 支持开展养老康复服务力度：有 7 家机构（70%）非常支持在养护中心内开展老年康复服务，有 3 家机构（30%）比较支持，不支持开展老年康复服务的为 0。

2.3.3 养护中心康复师情况：10 家养护院共有康复治疗师 19 名，其中康复治疗专业 13 名（68.4%），非康复治疗专业 6 名（31.6%）；治疗师学历本科 8 人（42.1%），专科 10 人（52.6%），中专 1 人（5.3%），职称结构为初级治疗师 10 人（52.6%），无职称 9 人（47.4%）

2.3.4. 养老机构开展老年康复服务面临的问题：90%机构认为专业技术人员数量不足，80%机构认为老人康复治疗经费没有来源，70%机构认为缺乏行业管理标准，认为专业技术人员技能偏低和政府支持力度不够各为 60%，认为训练场地及器械不够和康复服务项目太少均为 50%。

3. 讨论

本次调研发现 10 家养护院入住的老人患病率、失能率均较高，康复及医疗卫生需求大，但养老机构的医疗、护理、康复治疗团队组建、从业人员数量和质量、服务体系和服务能力与养老机构老年人口不断增长的多元化需求相矛盾，供需失衡突出。当前为老年人提供的康复服务也差强人意，遇到各种瓶颈性障碍，如养老康复服务项目太少、适用的康复技术不够先进、当地医保、长期护理险、

基本照护保险支付比率太少，普惠式养老政策设计与长者实际享有的服务存在差距，康复专业人员严重不足及接受养老康复知识和动手实践能力培训机会太少，造成康复医疗质量普遍不高，加上养老康复宣传力度缺乏，使入住老人接受养老康复服务的意愿普遍不高的诸多原因之一，仅有 16.7% 的人认为非常有需要接受康复治疗服务。

鉴于专业从业人员专业背景良莠不齐，部分治疗师是体育保健或和老年服务与管理专业跨领域转行从事老年康复治疗工作，因为课程开设及专业课程时间不够，专业知识及专业实践过少，不能有效保障康复医疗质量。要从根本上改变上述现象，需要从专业人员准入和培训着手，从制度和培训上予以保证，通过康复治疗质量的提高让老人从心里面接受并认可康复治疗工作。

养老康复是康养融合的着眼点，我们不仅在社会上、舆论导向上配合大时代背景的需要，也是与国家方针政策在政治高度上保持一致，国家“十三”五计划把医养融合发展作为一项惠及民生的重要举措在全国进行部署，吸引社会资本和有良知的企业积极参与这项伟大事业中来，为即将到来“未富先老”的社会沉疴开一剂良药，引领热爱这个事业，并愿意为之奉献的专业技术人员贡献自己的力量。

香港老人精神科职业治疗的发展

李月英博士 香港老人精神科资深职业治疗师

香港老人精神科的服务约在 1980 年代开展，住院服务包括葵涌医院、九龙医院等其他医院。职业治疗师联同职业治疗助理提供不同类型的治疗活动，包括自我照顾训练(仪容小组)、体能活动(早操、太极尺)、认知训练(现实导向训练)、兴趣小组(养鱼、园艺、书法、音乐/美术/手工艺)、节日庆典、社交及户外社区活动等。

在八零年代，老人精神科职业治疗发展比较缓慢。因为香港人口面对老化问题，在九零年代香港医院管理局开始拓展老人精神科社区服务，在 1993 年及 1994 年开始，由葵涌医院、沙田韦尔斯医院/沙田医院和青山医院较早有跨界别的老

人精神科在社区医疗团队成立，包括医生、护士、临床心理学家、职业治疗师、物理治疗师和社工等成员。及后玛丽医院、九龙医院、基督教联合医院及东区尤德夫人那打素医院也分别成立老人精神科社区团队，在香港、九龙及新界不同的地区提供全面住院、日间、门诊、外展到老人院舍和家访等优质服务。

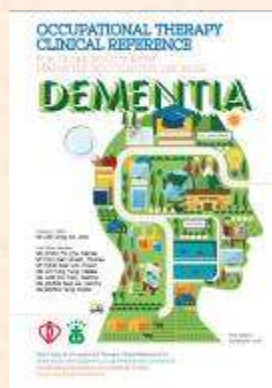


葵涌医院老龄精神科社区医疗团队到老人院
提供外展工作(摄于 21-1-1994)

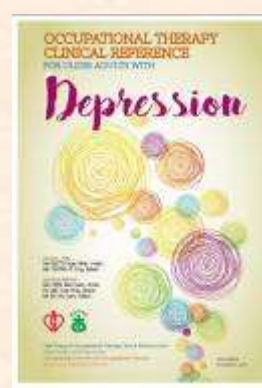


香港理工大学及葵涌医院制作的
《活出精彩晚年之细味往日情》怀旧教
材套(2003)

在过去二十多年里，老人精神职业治疗服务的发展有很多，职业治疗师由传统的怀旧治疗等疗法，走向融入科研的疗法。职业治疗师以长者为中心，因应其认知能力、日常生活功能、兴趣、生活环境和社区支持方面，评估长者及照顾者及制定个人化的治疗计划，让长者达致各方面最高功能，在社区活得有意义，活动开心和精彩！老人精神科职业治疗工作小组编写以科研为本的认知障碍症职业治疗工作指引(Lee et al, 2016) 及抑郁症职业治疗工作指引(Sezto, Yeong, Chin, Lee & So, 2016)，以改善服务的水平和质素。



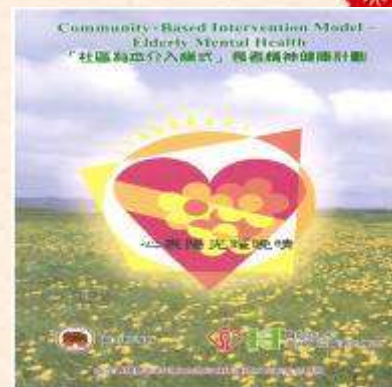
认知障碍症职业治疗工作指引



抑郁症职业治疗工作指引

评估/创新服务：

职业治疗师联同团队创立新的认知障碍症服务包括青山医院流动记忆诊所服务 (Mok, Siu, Chan, Yeung, Pan & Li, 2005)、沙田医院认知障碍早期评估诊所、葵涌医院和邻舍辅导会推行之心里阳光耀晚情计划 (Lee et al, 2006) 及九龙医院的长者心理健康早期介入服务等都让长者及早在社区得到评估的有效的治疗服务。



心里阳光耀晚情计划

功能评估：

职业治疗师采用失智功能障碍评估量表(中文版) (Mok, Siu, Chan, Yeung, Pan & Li, 2005) 评估认知障碍症长者的功能，透过度身编定的训练，提升长者日常生活功能 (Function Enhancement Program)。

以科研为本的认知障碍症治疗服务：

治疗服务包括随机单盲计算机辅助无错误学习记忆训练计划 (Lee, Yip, Yu & Man, 2013)、虚拟实景的长者记忆训练先导研究 (Man, Chung & Lee, 2012)、认知障碍症计算机训练计划 (Lai, Mok, Liu, Yip & Chan, 2011)、香港社区长者流动健脑训练开心计划(平板计算机) (Lee, Yip, Wong, Leung, Lau, Chan & Man, 2016)、蒙特梭利认知障碍疗法 (Elliot, 2012)、重燃动力治疗小组 (Ng et al., 2016)、香熏治疗 (Lin PW, et al. 2007)、粤曲献唱 (Man, Yu & Lee, 2009)、家访/ 家居训练计划、认知刺激训练、现实导向训练、怀旧治疗等项目，以上职业治疗师的研究都显示参与训练的长者都能改善认知功能。

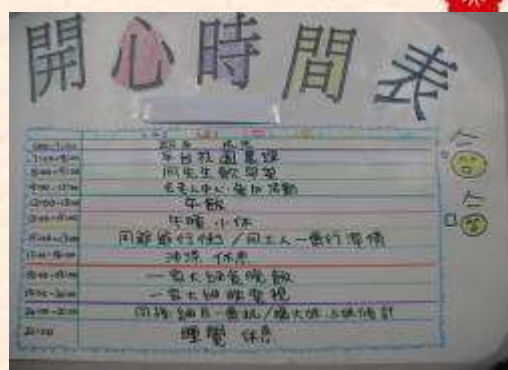
抑郁症长者

职业治疗师透过评估和适切而有效的治疗，包括认知行为治疗、焦点解决治疗、生活重整计划、日常生活开心活动时间表、积极参与不同的兴趣活动和重燃

动力治疗等训练，让长者在生命的路途重燃希望，活出快乐的复元旅程！



抑郁长者的个人开心大事



抑郁长者的个人化开心时间表



抑郁症长者画出太阳花



抑郁症长者首次学习数码摄影，摄出心裏阳光

在美术创作路上，绘出信心、快乐和积极的人生

工作坊

自从 2006 年开始 香港职业治疗学会每年都和社福界一起组织认知障碍症工作坊，让照顾者学习新知，更明白如何去支持老人精神科的长者。职业治疗师在 2007 年首度编制老年痴呆症活动策划手册及记忆教材套，希望让更多认知障碍症长者可以积极参与适切的治疗活动。



2016 认知障碍症工作坊



老年痴呆症活动策划手册



“醒”脑提神及“醒”脑再提神 记忆教材套

总结

回顾过去三十年，衷心感谢各位富有热诚和使命感的职业治疗师默默耕耘，在工作和义工的层面，努力创新服务以贴合长者和照顾者的需要，为他们谋取最开心和最好的生活福祉！

展望未来，医院老人精神科职业治疗师会继续与时俱进，和医护团队和社福机构紧密合作，与复元长者和照顾者一起创造健康、开心而富色彩的人生！



医院管理局老人精神科职业治疗师
2013 年工作小组合照



医院管理局老人精神科职业治疗师
(摄于 2018)

参考文献

- 钟晶晶、李月英（2003）。《活出精彩晚年之细味往日情》。香港：香港理工大学康复治疗科学系，葵涌医院职业治疗部。
- 李国辉、李月英、李正杰、司徒艾华、刘秀琴、曾刘洁冰、李雅仪、张炜国(2016)。《醒脑再提神》。香港：香港职业治疗学会有限公司、香港复康会、香港认知障碍协会。
- 李月英（2002）。《老年痴呆症活动策划手册》。香港：医院管理局职业治疗统筹委员会、香港复康社区复康网络、香港老年痴呆症协会、香港职业治疗学会。
- Elliot G. (2012). Montessori Methods for Dementia: Focusing on the Person and the Prepared Environment – The Hong Kong Perspective. Hong Kong Occupational Therapy Association
- Lai, N., Mok, C., Lin, P., Yip, M. & Chan, W. (2011, Nov). *Efficacy of computerized cognitive training in people with early dementia - a single-blind randomized controlled trial*. Paper presented at the Fifth International Congress of the Asian Society Against Dementia, Hong Kong, China

- Lee, C. K. et al. (2016). *Occupational Therapy Clinical reference For Older Adults with Major Neurocognitive Disorder*. Hong Kong, China: Task Group of Occupational Therapy Clinical Reference for Older Adults with Major Neurocognitive Disorder(Dementia), Coordination Committee in Occupational Therapy, Hong Kong Hospital Authority
- Lee, G. Y., Yip , C. K., Yu, C. S., Man, D. W. K. (2013). Evaluation of a computer-assisted errorless learning-based memory training program for patients with early Alzheimer' s disease in Hong Kong: a pilot study. *Clinical Intervention in Aging*, 8, 623-633 (doi:www.ncbi.nih.gov/pubmed/23766238).
- Lee, Y. Y. G., Yip, C. K. C., Wong, M. L. B., Leung, L. F. T., Lau, W. M. B., Chan, D., & Man, W. K. D. (2016). Mobile cognitive-health (MCH) project for the older adults living in the community in Hong Kong-a preliminary study. *Hong Kong Journal of Mental Health*, 42(2), 24-34.
- Lee, G. (2011). Occupational Therapy Clinical Guideline on Elderly Depression, Psychogeriatric Working Group, OT Coordinating Committee, HK Hospital Authority
- Lee, G. et al. (2006) *Community-based Interventional Model - Elderly Mental Health*, Neighbourhood Advice-Action Council & OT Dept., Kwai Chung Hospital
- Lin, et al (2007) Efficacy of aromatherapy (*Lavandula angustifolia*) as an intervention for agitated behaviours in Chinese older persons with dementia: a cross-over randomized trial. Retrieved on 2007.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/m/pubmed/17342790/>
- Man, W. K., Yu, C. S. & Lee, Y. Y. (2009). Report on Effects of Traditional Cantonese Opera Songs among the Elderly in the Elderly Homes and Hostels in Yan Chai Hospital Social Services Department. The Department of Rehabilitation Sciences of the Hong Kong Polytechnic University & Yan Chai Hospital Social Service Department.
- Mobile Cognitive Assessment Clinic. Retrieved on 10 Oct., 2014
<http://www3.ha.org.hk/cph/mcac/c-background.html>
- Mok, C. C., Siu, A. M., Chan, W. C., Yeung, K. M., Pan, P. C., & Li, S. W. (2005). Functional disabilities profile of Chinese elderly people with Alzheimer' s disease - a validation study on the Chinese version of the Disability Assessment for Dementia. *Dementia and geriatric cognitive disorders*, 20(2-3), 112-119.

●Sezto, Yeong, Chin, Lee & So (2016). *Occupational Therapy Clinical reference For Older Adults with Depression*. Hong Kong, China: Task Group of Occupational Therapy Clinical Reference for Older Adults with Depression, Coordination Committee in Occupational Therapy, Hong Kong Hospital Authority

重建生活为本养老康复实践经验分享

梁国辉 香港伊丽沙伯医院职业治疗部

吴丽君 深圳 CP Home 长者屋

养老服务的最高理想

世界各地都在大谈人口老化和养老服务，参考了各地权威及世界卫生组织的论述，又看了国家不断出台的养老政策，我总结了养老服务两点最高的理想：尊严的生活、质量的生活。即是长者能利用好一切自己拥有的能力、家庭的资源，及社会提供的服务，过着有尊严的、有质量的晚年生活。这话非常关键，把长者从一个被动接受照顾的角色，转移到主动掌管追求美好生活的角色。自主是尊严的基础，追求是质量的动力。尊严和质量二词为这篇文章定了调，为康复工作者、特别是为作业治疗师介定了在养老服务中的方向和要担当的角色。

尊严的生活

在道德、伦理、文化、宗教、法律及政治领域中都有谈及有关尊严的课题。尊严概念有着丰富的意蕴，在不同的背景中呈现不同的内涵和功能。在养老的领域中，尊严更多的体现在长者作为一个人的价值的认可及对长者权利的尊重。价值的认可包含了长者对自身价值的认可及被尊重的权利的捍卫，也包括别人对个别长者价值的认同及对他权利的尊重。自我认可及被他人认可有双向互动的关系，两者可起着良性互动的作用，可促进长者自我形象及心理健康。相反，其中一方否定长者的价值，也可产生不良互动，引发恶性循环，使长者自我形象低落，否定自身价值，打击追求生活的动力和信心。

无论贫穷与否、健康与否，尊严都一样重要。尊严二字比较虚无，但“自主”、“生活”及“愉快”就比较实在，可透过各种服务及服务提供者的态度去落实和

体现。长者的尊严可体现在有自主选择如何“活”的权利，选择用什么方式活得幸福、活得愉快的权利。“自主”体现了权利，“活”反映了过程，“幸福愉快”就是要追求的生活结果。

质量的生活

我们相信，人是天生具备求生存、求能力、求成长的本能，并有追求成功、愉快、幸福及有意义生活的欲望，换句话说，是追求质量生活的愿望与欲望的。

所谓“质量”有两种理解，第一是具有相对客观丰富的居住环境及机会，这是从经济角度看的质量；第二是从主观感受评估的质量，是从个人生活经历角度看的质量。

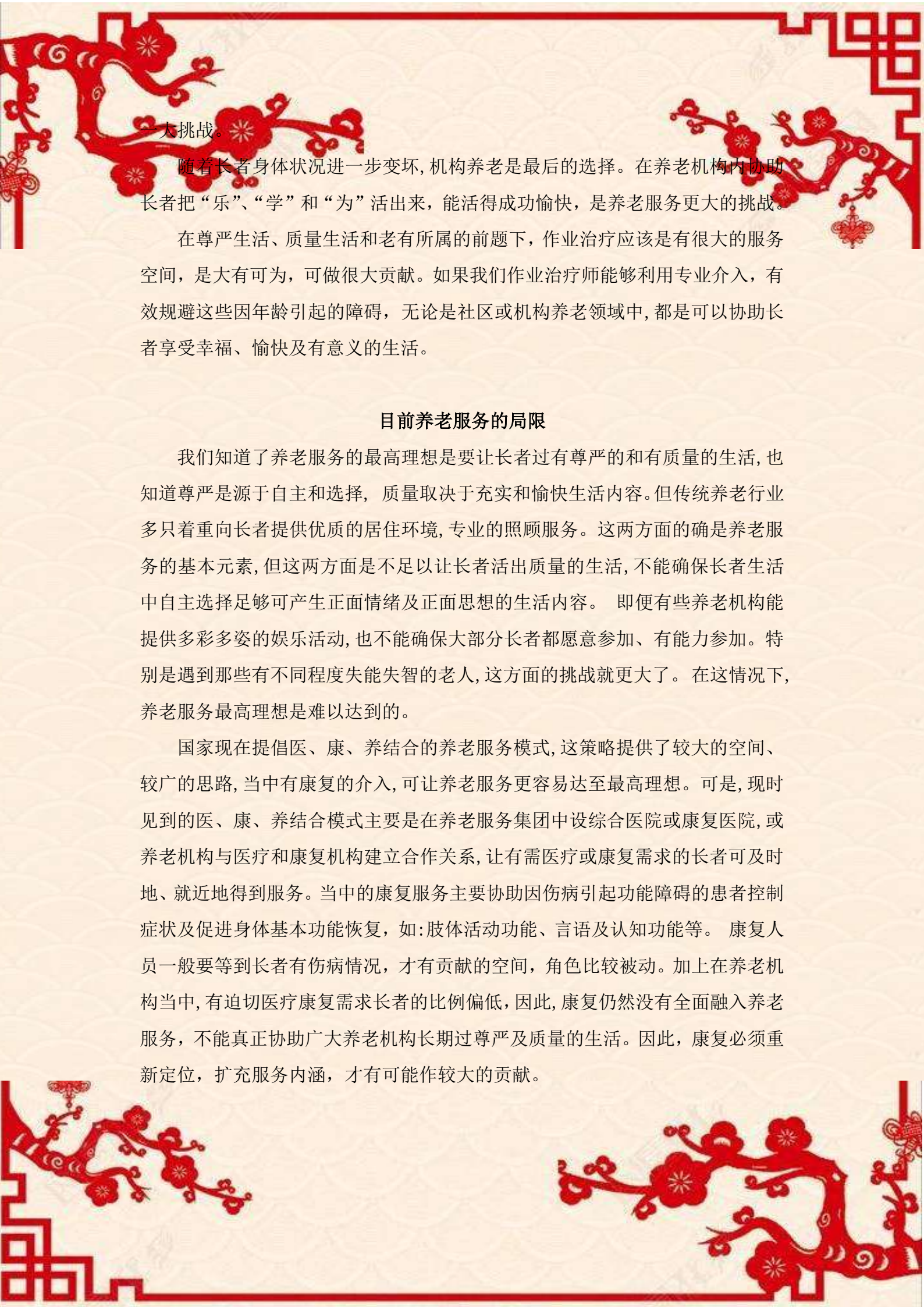
Sonja Lyubomirsky（加利福尼亚大学心理学系教授）的研究团队发现，人的幸福感有三个主要决定因素，一、是天生的性格，占 50% 的影响，是生物和基因遗传造成；二、是所居住的环境，占 10%，是受到生活环境和形势的影响；三、其余 40% 是取决于个人的生活内容。生活内容是可以自主掌握和控制的，是否快乐是取决于生活当中有多少可产生正面情绪及正面思想的活动的。因此，我们可以明白到质量生活就是要利用好 10% 的生活环境及机会，采取很多不同的策略，发挥好 40% 的生活内容的操纵权，把生活搞得充实精彩，弄得幸福愉快。

老有所属

全世界发达地区的养老服务机构都提倡“老有所养”、“老有所属”、“老有所乐”、“老有所学”和“老有所为”为服务目标，当中“老有所属”是最重要策略。

“老有所属”英文是“Aging in Place”，即让长者尽可能在原来熟悉的环境中、包括物理环境和人际环境、继续过晚年生活。因此，以社区为本的养老服务必定是未来的主流。

人随着年龄增长，各器官功能都会不可抗拒的呈现进行性退化，加上退休、生活环境、社交和人际关系等一系列变化，长者自我价值的缺失感，导致日常生活行为能力及方式改变、身体和精神心理不适应，生活能力也每况愈下，慢慢形成恶性循环。尤其对于部分失能长者，过度依赖陪护照顾，生活内容贫乏、生活乐趣和信心逐步下降甚至丧失。如果得不到科学专业干预，严重困扰和影响长者的生活质量，幸福力亦会极度降低。如何帮助因年龄或疾病引起的功能障的长者留在社区，把“乐”、“学”和“为”活出来，能活得成功愉快，成为了养老服务



一大挑战。

随着长者身体状况进一步变坏, 机构养老是最后的选择。在养老机构内协助长者把“乐”、“学”和“为”活出来, 能活得成功愉快, 是养老服务更大的挑战。

在尊严生活、质量生活和老有所属的前题下, 作业治疗应该是有很大的服务空间, 是大有可为, 可做很大贡献。如果我们作业治疗师能够利用专业介入, 有效规避这些因年龄引起的障碍, 无论是社区或机构养老领域中, 都是可以协助长者享受幸福、愉快及有意义的生活。

目前养老服务的局限

我们知道了养老服务的最高理想是要让长者过有尊严的和有质量的生活, 也知道尊严是源于自主和选择, 质量取决于充实和愉快生活内容。但传统养老行业多只着重向长者提供优质的居住环境, 专业的照顾服务。这两方面的确是养老服务的基本元素, 但这两方面是不足以让长者活出质量的生活, 不能确保长者生活中自主选择足够可产生正面情绪及正面思想的生活内容。即便有些养老机构能提供多彩多姿的娱乐活动, 也不能确保大部分长者都愿意参加、有能力参加。特别是遇到那些有不同程度失能失智的老人, 这方面的挑战就更大了。在这情况下, 养老服务最高理想是难以达到的。

国家现在提倡医、康、养结合的养老服务模式, 这策略提供了较大的空间、较广的思路, 当中有康复的介入, 可让养老服务更容易达至最高理想。可是, 现时见到的医、康、养结合模式主要是在养老服务集团中设综合医院或康复医院, 或养老机构与医疗和康复机构建立合作关系, 让有需医疗或康复需求的长者可及时地、就近地得到服务。当中的康复服务主要协助因伤病引起功能障碍的患者控制症状及促进身体基本功能恢复, 如: 肢体活动功能、言语及认知功能等。康复人员一般要等到长者有伤病情况, 才有贡献的空间, 角色比较被动。加上在养老机构当中, 有迫切医疗康复需求长者的比例偏低, 因此, 康复仍然没有全面融入养老服务, 不能真正协助广大养老机构长期过尊严及质量的生活。因此, 康复必须重新定位, 扩充服务内涵, 才有可能作较大的贡献。

重建生活为本养老康复

要让康复真正融入优质养老行业、作更大贡献，需要有崭新的理念、突破的思维、及破格的运作模式。自从 2015 年，在香港职业治疗学院老师们的推动下，渐渐有很多内地医院采用重建生活为本康复理念，作业治疗服务范围大幅度拓展，由单一促进功能恢复、发展到以丰富多彩的手段把功能转化为生活能力，根据患者的能力及家庭条件，协助患者重建幸福快乐的生活，建立可以维持身体及心理健康的生活方式。

重建生活为本康复理念的最终目标与养老服务的最高理想是一致的，这理念补充了现时养老服务及医疗康复理念的不足，扩充了两个领域的服务范围，可以成为养老及康复服务共享的理论框架，在理念及实际运作层面把康复及养老融合，产生正面的协同效应，共同达至养老及康复服务的最高理想。

重建生活为本养老作业治疗

在重建生活为本康复理念指导下，作业治疗回归到应有的本位，就是以长者的作业表现为主要关注，以促进作业能力为主要目标，以作业活动为主要的治疗方法。再次认定作业活动、重建生活为本访谈、和生活及环境调适是为作业治疗三种核心手段。透过运用“三元合一”理论，在重建长者生活能力的同时，要考虑长者从前或未来的生活方式，在大多数情况下，会用更多时间精力在重建长者生活意志，以达先身后心的效果。

使命

养老康复服务过程中，无论是在机构养老或家居养老，作业治疗师可透过访谈引导长者（及家属）发掘自身长线、隐性、真实的需求，特别是追求尊严及质量生活的追求；然后按照科学的预定路径，利用生活化的训练活动及场景，提升生活能力及生活意志，建立成功、幸福、愉快及有意义的生活方式，以维持身体及精神健康。

快乐 18 法门

在医疗康复机构，谈到重建生活能力，大家都会想到自理能力、家居生活能力、社区生活能力、甚至工作能力。但在养老康复领域中，特别是采纳重建生活为本理念的，这些只是很基本的能力，不足以为长者产生长久深刻的正面情绪及

幸福感觉。

积极心理学提供了大量研究成果、理论和指引，指导人如何透过调整自己的生活内容，以促进生活质量。我把多个来源的资料作了分析整合，列出了 18 类能创造较强烈正面情绪的活动，这都是生活化的活动，是作业治疗师要引导长者重拾的旧活动或要学习的新活动。我尝试用一个中文动词去代表一类活动，包括：动、练、赏、尝、娱；伴、亲、爱；学、创、干、导、献；忆、修、悟、拜；活。详细描述开列下表。

1. 练	Exercising	练、炼。锻炼、练习 保健运动：眼睛，心肺功能，心脑血管，肌肉关节
2. 动	Moving	运转、活动、行动、舞动、跳动 追求更高、快、强。超越高度、速度、力度
3. 尝	Tasting	品尝美食：佳肴、美酒、茗茶、咖啡、甜品、糕点、汤水
4. 赏	Appreciating	欣赏、鉴赏、观看、观赏：视听艺术、美好美丽事物、大自然
5. 娱	Leisure & Recreation	娱：娱乐、消遣、嗜好 闲：消闲、休闲 趣：兴趣、爱好、业余爱好
6. 亲	Sex	亲密、亲热、亲昵、性爱
7. 伴	Companion Belonging	同伴、陪伴、结伴、交际、交往、聚会、集会、团队、社团
8. 爱	Loving	爱与被爱；亲情、友情、爱情、团队情 民族情：民族情、爱国情、乡土情、宗族情、省籍情
9. 干	Working	工作、责任
10. 献	Contributing	贡献、助人、行善、服务、照顾、养育(子女)
11. 导	Mentoring	教导、传授、教育

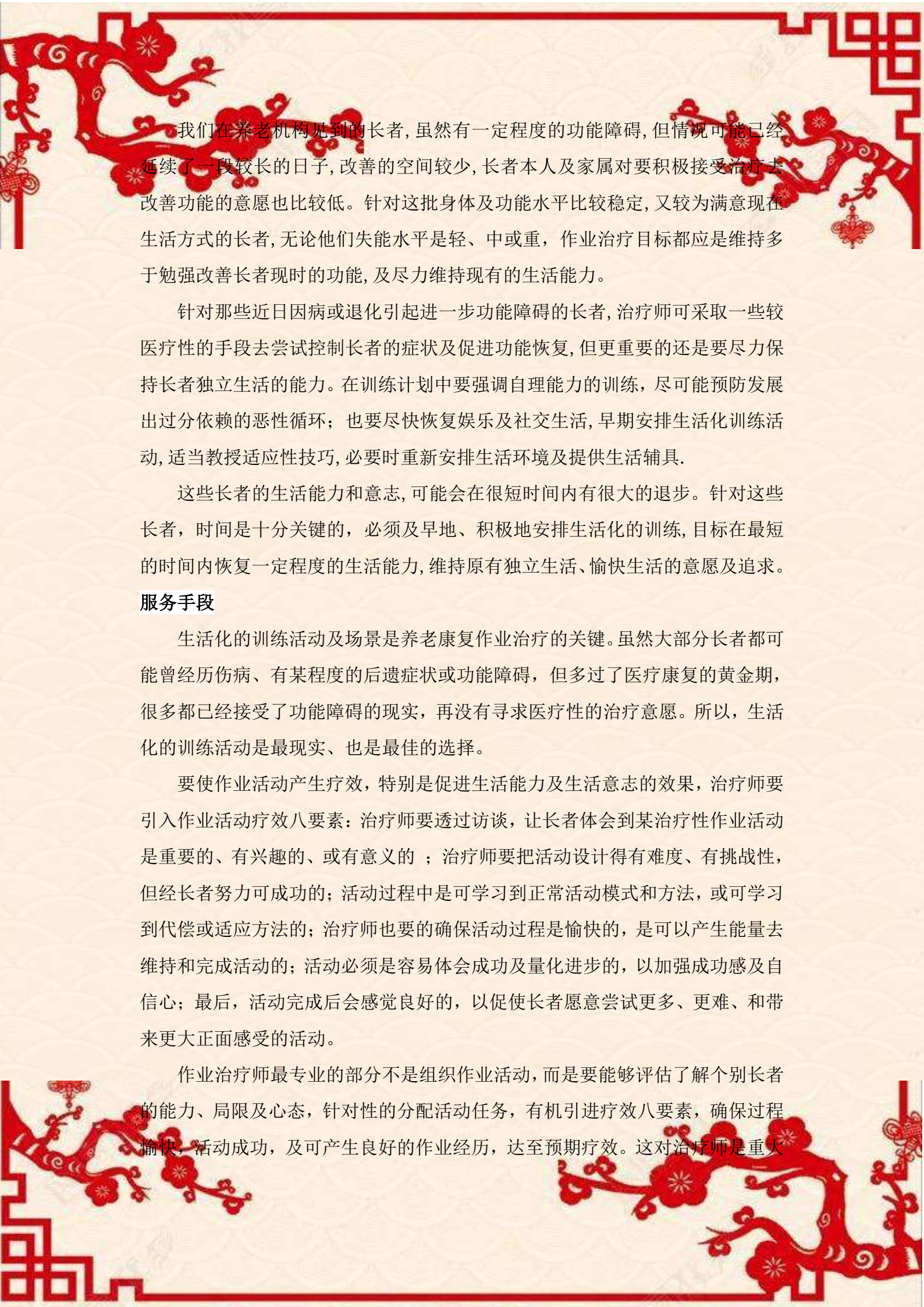
12. 学	Learning	学习、学问、求知、领会、体会
13. 创	Creating	创作、创造、创新、设计
14. 拜	Worshiping	敬拜、礼拜、崇拜
15. 修	Practicing	修养、修身、品格、人格 仁、义、慈、爱、忠、孝、道、德、礼、属灵
16. 悟	Thinking	思想、态度、心态、想法 接受、面对、放开、交托、宽恕、感恩、知足 积极、乐观、希望、意义
17. 忆	Memorizing	缅怀、回味、回忆、记忆、追忆、思忆、忆述
18. 活	Living	意愿：追求快乐的态度 行为：活动、说话、表情、姿势、衣着等 习惯：行出及表现出快乐人的模样

服务对象

在重建生活为本养老康复理念的指导下,作业治疗的对象就十分明确了。治疗师要协助机构内所有的长者,特别是为有轻、中、高度失能失智长者,提升和维持足够的生活能力和意志,把充足的、可产生成功感、愉悦感、幸福感的活动融入生活,并养成习惯。这才是重建生活为本养老作业治疗的终极目标,是真正体现尊严与质量的养老的服务模式。透过利用重建生活为本康复理念,作业治疗师可全面融入养老机构,为所有长者服务。

服务目标.

在重建生活为本养老康复理念的指导下,作业治疗目标也就即时显得清晰明确了,就是要按照科学的预定路径,利用生活化的训练活动及场景,提升生活能力及生活意志,促进长者维持原来的或重建新的成功、幸福、愉快及有意义的生活方式。作业治疗在养老康复中不能象在医疗康复领域中只着重功能的恢复,而是集中促进长者参与生活的能力,特别是参与上面 18 法门相关活动的的能力,这才能真正帮助长者过质量的生活。



我们在养老机构见到的长者,虽然有一定程度的功能障碍,但情况可能已经延续了一段较长的日子,改善的空间较少,长者本人及家属对要积极接受治疗去改善功能的意愿也比较低。针对这批身体及功能水平比较稳定,又较为满意现在生活方式的长者,无论他们失能水平是轻、中或重,作业治疗目标都应是维持多于勉强改善长者现时的功能,及尽力维持现有的生活能力。

针对那些近日因病或退化引起进一步功能障碍的长者,治疗师可采取一些较医疗性的手段去尝试控制长者的症状及促进功能恢复,但更重要的还是要尽力保持长者独立生活的能力。在训练计划中要强调自理能力的训练,尽可能预防发展出过分依赖的恶性循环;也要尽快恢复娱乐及社交生活,早期安排生活化训练活动,适当教授适应性技巧,必要时重新安排生活环境及提供生活辅具。

这些长者的生活能力和意志,可能会在很短时间内有很大的退步。针对这些长者,时间是十分关键的,必须及早地、积极地安排生活化的训练,目标在最短的时间内恢复一定程度的生活能力,维持原有独立生活、愉快生活的意愿及追求。

服务手段

生活化的训练活动及场景是养老康复作业治疗的关键。虽然大部分长者都可能曾经历伤病、有某程度的后遗症或功能障碍,但多过了医疗康复的黄金期,很多都已经接受了功能障碍的现实,再没有寻求医疗性的治疗意愿。所以,生活化的训练活动是最现实、也是最佳的选择。

要使作业活动产生疗效,特别是促进生活能力及生活意志的效果,治疗师要引入作业活动疗效八要素:治疗师要透过访谈,让长者体会到某治疗性作业活动是重要的、有兴趣的、或有意义的;治疗师要把活动设计得有难度、有挑战性,但经长者努力可成功的;活动过程中是可学习到正常活动模式和方法,或可学习到代偿或适应方法的;治疗师也要确保活动过程是愉快的,是可以产生能量去维持和完成活动的;活动必须是容易体会成功及量化进步的,以加强成功感及自信心;最后,活动完成后会感觉良好的,以促使长者愿意尝试更多、更难、和带来更大正面感受的活动。

作业治疗师最专业的部分不是组织作业活动,而是要能够评估了解个别长者的能力、局限及心态,针对性的分配活动任务,有机引进疗效八要素,确保过程愉快,活动成功,及可产生良好的作业经历,达至预期疗效。这对治疗师是重大

挑战，但也是治疗师专业能力及价值的所在。

透过引入疗效八要素，这些生活化训练可按治疗师的设计，达到不同层次的疗效成果。安排对长者能力有点挑战的作业活动可促进生活能力的改善与提高；安排与长者能力相配的活动可维持能力；调节好活动环境及工具可促进长者有效参与学习性质的活动，以学习新知识、培养新爱好；安排长者参与人际娱乐活动可提升生活满足感及质量感。

实践重建生活为本养老康复经验分享

初涉养老康复，得益于「重建生活为本」理念创始人梁国辉先生的指引，逐渐对养老康复有所开悟。经过近一年的磨砺和实践，我们坚定信念、坚守初心开启了重建生活为本养老康复之旅，并取得了一定成效。

“尊严生活、质量生活”是重建生活为本养老服务的最高理想。机构养老的大多数长者皆处于一种毫无生活追求和目标的淡漠状态。他们每天生活比较单一，多数已经形成了被照顾的角色。尤其是失能人群，我们作业治疗应怎样把握时机介入呢？

张女士年过七旬，曾患过脑中风，现在除双上肢力量偏弱外，余没有大碍，即便不满足于“养老”现状，却也无可奈何，自己形容就是“熬”日子。虽有琴棋书画等多种爱好，但并不能感受到丝毫的愉悦心境。每天吃饭、看电视、睡觉、对着空气发呆……日复一日，对生活丧失了追求和目标。平时最喜欢吃饺子，但地域饮食差异很难如愿。我们不妨从这里入手，经过深度访谈，慢慢地引发了张女士对晚年生活的美好畅想，她也渴望尝试参加一次包水饺作业活动。同时，也邀请到她同室的两位长者一起参加本次活动。好的开始是成功的一半！在整个作业活动过程中，我们严格按照高效作业活动“八要素”协助三位长者完成不同环节。不言而喻，首战告捷！张女士更是无限感慨：“想不到在这里还可以自己动手做自己喜欢的事情，还可以过想过的日子……”。

一般功能训练方式很难促进人的意志。在重建生活为本理念中，“作业形式训练是作业治疗核心训练方式，治疗师利用部分或完整作业活动，去促进功能恢复，或生活技能、生活能力及生活角色的重建”。针对长者我们应先“充分挖掘他们的内心需求，促进他们参与一贯产生正面感受的作业活动，利用访谈加强参

加活动的意志，透过环境调适确保活动的成功，以产生预期的作业活动经历”。

面对陌生环境陌生人群大部分长者需要一个适应过程。入住一年多的王先生每天自己在室内打太极、八段锦、练习书法，除了和护理员有简短的送餐交流，完全拒他人于千里之外。我们邀请到他的家属做了初步了解，并安排和王先生做了一次访谈。职前身为小学校长的王先生形容自己就像住进了“幼儿园”，不论做什么事情都是有护理员“监督”，自己根本没有自主选择的权利，所以他宁愿把自己“锁”在屋子里做自己喜欢的事情，不愿意被统一安排。王先生的这番话令我们反思之久，不论七十岁、八十岁，他们在工作上虽然退休了，但身体和精神并没有退休，他们同样有选择“怎样活”的权利，同样需要有丰富精彩的生活，同样需要有活着的尊严和价值。

在重建生活为本养老康复理念指导下，针对养老机构入住的长者，我们开设了十项课程和十项疗程，以不同的主题、单人或小组形式进行，包括“各式娱乐活动、维持生活能力的训练活动、各种新知识新事物的学习活动、促进生活意志的治疗活动”等等，分别由不同层次的专业治疗师主导。根据每位长者的能力和需求评估引导他们自由选择参与。开始也差强人意，一些自理的长者都能够随心所欲参加，但对部分失能的长者我们需要采取一定的策略。

现就开展心得总结以下方面：

1. 活动前安排访谈，可单独或小组形式，共识康复训练目标；
2. 引导长者选择参加课程或疗程，制定具体实施行动计划；
3. 功能和能力评估，参考“能力阶梯”设定参加者的活动目标；
4. 作业活动分析，包括场地、时间、工具、步骤、性质、方法、难度、份量、活动环境、人际环境、风险控制等；
5. 活动任务分配：根据参加者的功能及能力，符合高效作业活动“八要素”，明确活动目的和达期望达至目标；
6. 调节活动氛围：要按活动的性质、参加者的性格、行为及能力，营造有利达至治疗目标的气氛；
7. 营造正面情绪：确保参加者每个环节的成功，避免造成挫败感，削弱自信心和意志力；
8. 作业治疗师扮演角色，可扮演多种角色以促进最佳治疗效果；

9. 信息反馈，要注重聆听收集参加者的各种感受和建议等信息，协助评估活动的目的和目标达成成果，以促进调整和优化下次活动目标；

10. 自我总结，取长补短，汲取经验。

“生活化的作业活动有四个层次的作用：产生正面情绪，学习新的事物，维持生活能力，重建生活能力”。目前我们作业活动已经常态化展开，对于入住机构的所有长者都会有选择性的参加适合自己能力的活动，长者及家属都十分认可和接受，成效也愈来愈显著。

人都有渴望被尊重被理解的需要。重建生活为本作业治疗在养老服务中并不追求所谓的“高大上”，而是从能够提升长者的生活质量细微之处入手，其生活化的训练内容涵盖了“长者的个人期望值、能力、环境及与之相匹配的生活态度、意志、技能、习惯和生活角色的认同”等。从另一个角度而言，重建生活为本养老康复是一种具备人文关怀的新型模式，是契合“生物-心理-社会”现代医学模式更紧密更广泛的层面探讨，以“重建生活为本”作为养老服务核心，可以推进及实现长者在机构、社区和家居养老的整体幸福指数的提高。亦可满足长者不同人群的需求，实现养老模式的新突破。

重建生活为本养老模式，为养老康复开辟了新纪元。



康养融合模式下的老年作业治疗探索与实践

李奎成 主任治疗师 九如城康复医院

据民政部 2017 年 8 月发布的《2016 年社会服务发展统计公报》，截至 2016 年底，全国 60 岁及以上老年人口 23086 万人，占总人口的 16.7%，其中 65 岁及以上人口 15003 万人，占总人口的 10.8%，这一比例逐年增长（图 1）。而国家统计局 2018 年 1 月 18 日发布的最新数据显示，至 2017 年末，我国 60 周岁及以上人口增至 24090 万人，占总人口的 17.3%，65 周岁及以上人口 15831 万人，占



总人口的 11.4%。可见人口老龄化日趋严重。

图 1 60 岁及以上老年人口占全国总人口比重

（来源：民政部《2016 年社会服务发展统计公报》）

从以上数据可知，养老问题已经成为迫切需要解决的巨大的社会问题。2017 年 2 月，国务院关于印发“十三五”国家老龄事业发展和养老体系建设规划的通知【国发（2017）13 号】“第五章 健全健康支持体系”中明确提出“推进医养结合”、“完善医养结合机制”，并指出中国“以居家为基础、社区为依托、机构为补充、医养相结合的养老服务体系初步形成”。习近平总书记在十九大报告中指出，要“积极应对人口老龄化，构建养老、孝老、敬老政策体系和社会环

境，推进医养结合，加快老龄事业和产业发展”。也特别强调了医养结合。但医养结合也存在一些瓶颈，因为结合往往是两个独立的个体之间的结合，在2017年江苏省康复年会上，励建安教授指出“孤立的养老机构无法解决医疗问题，单纯与机构签约无法解决经济壁垒”成为养老的困境，“居家养老和机构养老没能解决医疗困境”。励教授指出“理想的养老应该是给老人一个家而不是一张床，合理的医疗支持为医康复养护一体化”。笔者所在机构所探索的“医、康、养、护、教一体化”的康养融合模式则比较接近这一要求。下面进行具体介绍。



一、康养融合模式的探索

据江苏省老龄办《江苏省2016年老年人口信息和老龄事业发展状况报告》，至2016年末，江苏省60周岁及以上老年人口1719.26万人，占人口的22.10%，65周岁及以上老年人口1167.55万人，占人口的15.01%。江苏省这一老龄化水平明显高于全国平均水平。正是在这一大背景下，九如城养老产业集团率先在江苏探索康养融合模式。参考国内多位专家所倡导的“9073”（90%居家养老，7%社区养老，3%机构养老）及北京市尝试的“9064”（90%居家养老，6%社区养老，4%机构养老）养老结构，结合省内老年人口特点和养老需求（表1），创新性提出了康养融合的四级养老体系，即养老综合体—城市养老院—日间照料中心—居家养老四级体系，以宜兴和南京为例简单介绍。

在宜兴，设立了养老综合体（1个），城市养老护理院（5个，数量增加中，含1个候鸟式养老院），日间照料中心（14个，2018将增至20个）、居家养老服务中心（2017年服务237户，2018将达600户）。九如城养老综合体（如下图）占地800亩，包括康复医院（500床）、养老院、护理院、颐养院、安养院（失智中心）、健康管理中心、养老养生研究中心、康复研究所、九如学院、营

养中心、适老化住宅、老年大学等。养老综合体为全体系的资源中心，特别是康复医院为体系内唯一的医院，为全体系提供服务，养老与康复机构由不同团队负责运营；城市养老/护理院分布于宜兴城区及几个人口大镇，床位数在 150—1000 床不等，提供机构养老服务；日间照料中心主要分布于人口密集的住宅区，提供日间照料服务；居家服务平台采用智能化居家养老平台，为需要的用户提供助餐、助浴、助医、助急等服务。

表 1 江苏省老年人养老意愿抽样调查汇总结果

类别	数量 (万人)	占全省老 人比例	养老意愿			
			居家养老	白天社区晚上回家	机构养老	视情况而定
空巢老人	872.8	50.77%	80%左右	1.9%	4.6%	13.4%
独居老人	187.9	10.93%	近 80%	1.6%	5.9%	13%
孤寡老人	12.5	0.73%	57.9%	4.6%	30%	7.6%
失能老人	42.6	2.48%	85.5%	0.1%	5.9%	8.5%
失智老人	12.7	0.74%	66.8%	7.8%	15.7%	9.7%
慢性病老人	1222.3	71.09%	80%左右	2.2%	4.3%	13.2%

注：数据来源：江苏省老龄办《江苏省 2016 年老年人口信息和老龄事业发展状况报告》，据江苏省 33 个县（市、区），15840 个样本抽样调查测算结果。



在南京，同样是四级服务体系，但运营模式又不同于宜兴。与宜兴不同的是，综合体内康复与养老由同一机构负责运营，统一管理。

九如城在其他地区运营的机构，如徐州、苏州、无锡、上海、佛山等地，基本是宜兴或南京的运营模式。

二、康养融合模式下的作业治疗探索与实践

作业治疗作为康复治疗的重要组成部分，在健康养老中扮演重要角色。下面同样以宜兴和南京为例进行介绍。

在宜兴，老年康复服务主要由宜兴九如城康复医院进行，九如城康复医院设立了神经康复中心（包括脑损伤康复科、脊髓损伤康复科、神经康复治疗中心，神经康复治疗中心又包括运动治疗科、作业治疗科、言语心理治疗科、理疗室几部分）、骨科康复中心（包括骨关节康复科、手外伤康复科、骨科康复治疗中心）、运动损伤与疼痛康复中心（包括运动损伤康复科、疼痛康复科、水疗中心）、重症康复中心（神经重症康复科、重症康复治疗中心）、老年康复中心（老年康复科、老年康复治疗中心）、烧伤康复中心（建设中，包括烧伤康复科、烧伤康复治疗中心）、产后康复中心（建设中）几个亚专科康复中心和中医康复治疗中心、职业康复中心、水疗中心、假肢矫形中心（建设中）、社会康复与社区康复中心（建设中）、健康管理中心、高压氧治疗中心等亚专业中心。老年康复主要由老年康复中心和社会康复与社区康复治疗中心完成，此外，集团还将成立养老康复部，负责集团内老年康复资源的协调和管理。九如城康复医院老年康复科设立于九如城养护院内，主要服务具有康复需求又符合住院指征的养老老人，医疗部分由康复医院负责运营，生活护理部分由养护院负责，康复部门由老年康复治疗中心负责。老年康复治疗中心设立了运动治疗区、理疗区、有氧训练区、认知训练区、怀旧治疗区、紫砂陶艺体验区、集体活动区、手工艺治疗区等。

针对养老老人的特点及家属的要求，作业治疗主要提供 ADL 训练与指导、认知训练、手上肢功能训练、适老化辅具的评估与使用训练、怀旧治疗、文体治疗等，目的是提高老人的生活自理能力、娱乐休闲及人际交往等参与能力，让老人积极面对生活，有尊严地安度幸福晚年。养护院内老人多不同于康复科或康复医院内老人，这里的老人和家属更多关注的是生活品质，而相对来说对功能的改善方面的需求并不如康复科或医院内强烈，所以治疗过程中需特别注意根据老人情

况选择合适的治疗方式，以提高老人的参与度和家属的支持度。因此，对作业治疗师的沟通能力和针对老人情况选择合适的治疗方式提出了更高的要求。除基本的治疗外，各种生活化的小组治疗应是养老老人康复治疗的重点。这些治疗需注意提高老人的成就感、归属感和被需要感，因此需要多从老人角度考虑问题。如怀旧治疗除用于恢复老人记忆功能外，更可增加老人的自豪感；治疗过程中注重老人间的互助有利于提高被需要感；重要节假日活动有助于提高老人的时代感和社会感；小组活动有助于缓解老人的孤独感；适当的家人参与有利于增进老人和家人的关系，减少“被抛弃”感；能产生“产品”的作业活动能提高老人的成就感等等。此外，需特别注意年龄这一特点，老人可能合并多种功能障碍，治疗过程中需特别注意。如，在康复科经常用的剪纸就不太适合大多数老人，因为老人视力大多不好、手灵活性不佳，难以完成精细的剪纸活动。同样道理，大号象棋、大号纸牌用于治疗的效果会明显好于玩普通棋或牌；再有，做水果沙拉不一定适合农村老人，但节假日包饺子就会让老人更加积极参与。老人听力减退、行动迟缓、手灵活性下降……，这些特点都需在治疗过程中加以考虑。

工作模式方面，目前探索的具体工作方式为：

1. 养老综合体内老人：所有养老老人功能评估，建立健康档案，并根据情况分层处理：

（1）自理老人—康复指导：给予健康指导，体能训练指导，在养护院内进行简单功能锻炼，定期开展文体活动。

（2）轻度、慢性功能障碍老人—嵌入式康复服务：给予健康指导，康复训练指导，在养护院内进行康复治疗，相当于门诊康复治疗，采用康复包的形式提供付费服务。

（3）符合住院条件的功能障碍老人—住院康复治疗：收入老年康复科，康复医院与养护院共同提供服务，康复医院提供医疗、医疗护理、康复治疗服务，养护院提供生活护理服务。每日进行系统康复治疗。

2. 城市养老院老人：进行功能评估，建立健康档案，并根据情况分别处理：

（1）护理院：有医疗资质，可设康复治疗部门，可自行招聘康复治疗师，九如城康复医院提供人员培训、技术指导及质量监管服务。无治疗师的处理同下（2）。

(2) 养护院及无治疗师的护理院：无医疗资质或无治疗师，由九如城康复医院提供嵌入式康复服务，康复治疗师到养护院进行康复治疗，上级治疗师定期巡查指导。

(3) 有较好康复治疗指征者：转入康复医院老年康复病区进行系统康复治疗，出院后转回养护院。

3. 日间照料中心及居家养老老人：进行功能评估、建立档案、定期巡诊和上门康复治疗服务，日间照料中心同样可采用嵌入式康复治疗服务。

4. 对养护院的护士、护理员：提供有关康复知识培训，如体位摆放、搬运、转移、简单功能训练指导、预防跌倒、预防拉伤等。

5. 正在探索的其他方式：正筹备成立康复治疗师集团，由治疗师集团对城市养护院和日间照料中心及居家养老者提供康复培训、嵌入式康复服务、居家上门康复服务等。

6. 教学科研：教学方面，集团与江苏经贸职业技术学院共建江苏经贸·九如老龄产业学院，开设老年服务、社工、康复治疗等专业，进行混合所有制教学改革和学生培养，提供教学及临床实践指导等；与养护院合作制定老年康复、养老等相关服务标准和质量管理标准，联合出版专著；与康复研究所合作开发适老化辅具等。

由于成立时间不久，许多工作都还在探索中，但不管在何种模式下，老年作业治疗都要从老人及家属的需要出发，结合老人的功能状况，着眼于重建有尊严、有品质的晚年生活，提高老人的幸福感和生活质量。

老年人急性快速恢复病房（ACE）模式及作业治疗在其中的角色和作用

林洋 四川大学华西医院作业治疗师

杨永红 四川大学华西医院 副主任治疗师

综合医院急性期处理的老年患者往往以临床医疗行为为主，传统住院模式下，老人在住院期间因卧床时间增加、脱离家庭和日常生活熟悉的环境从而导致

老年人的日常生活能力、行走能力、认知功能的降低，跌倒风险增加。而失能则可能进一步延长住院时间，导致长期住院的情况发生。长期住院通常指住院时间超过 30 天。长期住院给患者及家属都带来重要影响，尤为老年人长期住院尤其有害。

1. 长期住院使老年人生活自理能力下降

因治疗时间固定、活动场地限制、医护人员及家庭的照护增强，长期住院的老年人日常生活能力，如洗澡、进食、梳洗、穿衣、上下床、上厕所等活动减少，从而导致生活自理能力下降甚至丧失，不仅使老年人的生活质量下降，也加重了家庭的经济负担和照顾压力。

2. 老年人长期住院容易发生医院内感染

医院是各种病原菌的集中营，在治疗疾病的同时，住院时间越长，病人发生各种院内感染的概率越大。由于老年人免疫力下降，机体抵抗能力低，更容易被感染。

3. 长期住院使老年人的家庭照护负担加重

长期住院的老年人容易发生营养不良、压疮、跌倒、便秘等老年综合征，进一步加剧老年人的功能丧失，随着住院时间的延长，身体更加虚弱，需要的照顾更多。这些因素使家庭照顾负担加重；而且，与未丧失功能的老年人相比，其猝死的可能性也更大。

4. 老年人长期住院容易引发心理问题

老年人长期住在医院里，环境封闭，家人陪伴时间少，正常的社交活动受到严重影响，容易引发或加重老年人失眠、焦虑、抑郁，诱发谵妄、激越等异常行为。

为了促进老年病人急性期的加速康复，在综合性医院老年病中心探索多学科干预模式，降低老年患者的住院时长，华西医院老年医学中心于 2016 年 7 月开始“老年人急性期快速恢复病房”项目建设，经过前期严格培训后项目于 9 月开始正式运行。目前该模式已经在老年医学中心正常运转，并逐渐积累了一定的经验。现分享以交流。

“老年人急性快速恢复病房”的英文简称 ACE(Acute care for the Elderly)，源于欧美医院内的老年患者照护体系，其核心理念是通过老年综合评

估、多学科团队照护、合理及时的安全出院计划以及适宜的病房环境设置等关键技术，帮助在急性疾病打击下的老年人，使其躯体和社会功能尽快恢复到急性疾病前的状态，从而达到快速康复和重返家庭的目的。

华西医院 ACE 病房共 60 张床位，内设 1 个老年谵妄管理单元，5 个医疗小组。ACE 项目由美国 Saint Louis 大学 ACE 主任 Dr.Flaherty 作为技术督导和顾问，团队成员包括老年医学医生、老年医学护理专家、作业治疗师、物理治疗师、临床营养师、临床药师、急诊科医生及社会工作者。这一多学科团队以“让老年患者尽快康复、安全回家”为团队共同的工作目标，以每天例行的简短 ACE 会议促进团队的效率。ACE 多学科会议与单次的单科会诊和单次多科同时会诊有显著的不同，它共享患者信息，减少分别访视患者的时间，明确治疗目标，提高责任感，有效促进团队工作而额外不增加团队的工作时间。

（一）ACE 工作内容

入院 24 小时内完成全面评定，然后根据多学科评估筛查患者住院主要问题制定治疗计划，同时结合此次患病前情况（基线 ADL 情况），使患者能够快速恢复（平均住院日 10 天）至基线水平。作业治疗作为团队的主要成员，在 ACE 病房中承担重要角色，主要包括患者的自理能力及活动参与水平的评估及训练，ACE 病房环境改进及辅助技术的提供，患者回归家庭前的健康教育及疾病自我管理的培训等内容。



图 1 24 小时内完成常规综合评估及入院康复教育



图 2 ACE 多学科会议

老年失能评估量表

Elderly Disability Assessment Scale (EDAS)

姓名 丁 xx 性别: ☒ 男 ☐ 女 年龄 80 岁 受试者编号 0013927845

题号	条目	7	6	5	4	3	2	1
精神功能								
1	是否能对自身和周围环境正确定向?	7	6	5	4	3	2	1
2	是否能专注于自身感兴趣的事务?	7	6	5	4	3	2	1
3	是否能认出经常见面的熟人或亲人?	7	6	5	4	3	2	1
4	是否有不良情绪对日常生活产生影响?	7	6	5	4	3	2	1
器官功能								
5	能否通过看或听的方式理解外界信息?	7	6	5	4	3	2	1
6	是否能解自己大便?	7	6	5	4	3	2	1
7	是否能解自己小便?	7	6	5	4	3	2	1
交流								
8	是否能解自己解决日常生活面临的问题?	7	6	5	4	3	2	1
9	是否能解表达自己的想法?	7	6	5	4	3	2	1
活动								
10	是否能解自己在床和椅子(或轮椅)之间移动?	7	6	5	4	3	2	1
11	是否能解在平地步行(或使用轮椅)?	7	6	5	4	3	2	1
12	是否能解自己上下一层楼梯?	7	6	5	4	3	2	1
13	是否能解自己在住所内进出厕所?	7	6	5	4	3	2	1
14	是否能解自己在住所内进出浴室/浴盆?	7	6	5	4	3	2	1
15	是否能解自行使用交通工具出行?	7	6	5	4	3	2	1
自理								
16	是否能解自己洗澡?	7	6	5	4	3	2	1
17	是否能解自己刷牙洗脸?	7	6	5	4	3	2	1
18	是否能解自己上厕所?	7	6	5	4	3	2	1
19	是否能解自己穿脱衣服?	7	6	5	4	3	2	1
20	是否能解自己穿脱裤子?	7	6	5	4	3	2	1
21	是否能解自己吃东西?	7	6	5	4	3	2	1
22	是否能解按照医嘱坚持服药?	7	6	5	4	3	2	1
23	是否能解安全独处?	7	6	5	4	3	2	1
家庭生活								
24	是否能解自行外出购物?	7	6	5	4	3	2	1
25	是否能解自己做家务?	7	6	5	4	3	2	1
经济和社会生活								
26	是否能解自己管理个人财物?	7	6	5	4	3	2	1
27	是否能解自己合理利用闲暇时间?	7	6	5	4	3	2	1
28	是否能解自己走亲访友?	7	6	5	4	3	2	1

评定日期: 2016 年 10 月 26 日
基线: 157/196 目前: 83/196 (重度失能)

图 3 ACE 病房评估量表

SPPB对下肢功能的3项测试

5次坐起	串联站立平衡测试	2.44米行走
• 尽可能快速的从椅子上起立5次，不使用手臂。 • Time: _____ 秒 (若5次坐起完成) • Number of Stands Completed: 1 2 3 4 5 • Chair Stand Ordinal Score: _____ - 0 = unable - 1 = > 16.7 秒 - 2 = 16.6-13.7 秒 - 3 = 13.6-11.2 秒 - 4 = < 11.1 秒	• 开始与半串联站立的（脚后跟一只脚放在另一只脚的大脚趾）。个人无法承受这一姿势应尽量侧方的位置。那些能够站在半串联的姿势应该在全串联位置进行测试。保持10秒。 • Balance Ordinal Score: _____ - 0 = 平行站立0-9 秒 or 不能完成 - 1 = 平行站立10秒, 半串联站立<10 秒 - 2 = 半串联站立10 秒, 全串联站立 0-2 秒 - 3 = 半串联站立10 秒, 全串联站立 3-9 秒 - 4 = 全串联站立 10 秒	• 以平常的步伐行走2.44米，如受试者平时在户外需要使用拐杖或其他行走辅助工具，进行此测试时也请使用。 • Time: _____ 秒 • Gait Ordinal Score: _____ - 0 = could not do - 1 = >5.7 秒 (<0.43 米/秒) - 2 = 4.1-6.5 秒 (0.44-0.60 米/秒) - 3 = 3.2-4.0 (0.61-0.77 米/秒) - 4 = <3.1 秒 (>0.78 米/秒)

图 4 ACE 病房下肢功能测试

ACE 会议讨论资料（新病人）

床号: _____ 患者姓名: _____ 住院号 _____

讨论时间: _____ 康复师: _____

- 目前和基线的 ADL 得分
- 目前和基线的躯体功能得分
- 目前和基线的心肺功能评分
- 上述功能何时开始变差，是什么原因（报告原因的分类，比如急性疾病，衰弱，照顾者的问题或者认知的改变？）
- 对该患者的康复治疗计划原则

图 5 24 小时内完成第一次 ACE 会议讨论

ACE 会议讨论资料（老病人）

床号: _____ 患者姓名: _____ 住院号 _____

讨论时间: _____ 康复师: _____

- ADL 恢复到了基线的多少%？
- 躯体功能恢复到了基线的多少%？
- 心肺功能恢复到了基线的多少%？（如患者在进行心肺康复）
- 下一步康复计划原则

图 6 2 次/周的 ACE 讨论并及时行康复教育及康复训练

（二）ACE 病房环境建设

环境在康复领域应当被关注的更多, 康复中的环境包含了人类个体外在的全部因素。生物-心理-社会的现代医学模式的理念正深入人心, 医院正逐步从单纯的医疗型向医疗、预防、保健和康复的复合型转变, 应用作业治疗 PEO 理论模型分析研究为改善老年失能提供更多方向。住院部是医院建筑的重要组成部分, 是病人在医院停留时间最长的地方, 因此医院住院环境的优劣, 将直接影响到病人治疗和康复的效果。环境治疗主要是改造患者生活的环境, 一方面减少可能诱发患者不良情绪反应、异常行为的刺激因素; 另一方面则是增加有利于患者保持功能、诱发正性情感反应、减少挫折感、方便生活、增进安全的设施, 这种治疗通常用于家庭环境改造, 而将作业治疗中的环境改造技术运用于老年病房为内科疾病繁多复杂的失能老人提供干预新思路, 促进疾病转归, 缩短住院时间, 节约社会经济成本。老年病区公共空间家居环境模拟改造联合康复训练对于老年患者的治疗提供了新的治疗思路, 能有效提高老年患者的生存质量。ACE 病房环境改造, 设有专门的扶手, 拓宽的过道, 醒目的房间号牌, 均距离休息沙发椅, 餐桌, 时钟, 大屏平板电视等。



图 7 提供整洁的公共活动区域



图 8 集体用餐环境条件下老人独立进食



图 9 开展小组治疗的公共空间



图 10 下肢骨折的早期作业治疗干预



图 11 脑卒中的日常生活训练

ACE 病房在诊疗急性疾病的同时，关注并处理所有对老年人重返“健康”生活有影响的风险，包括营养状况，躯体活动能力，认知功能和一系列老年综合征。与医院的其他专科模式相比，ACE 病房更重视老年人的活动能力和功能，以利其维持自理能力和活动状态并早日回家。

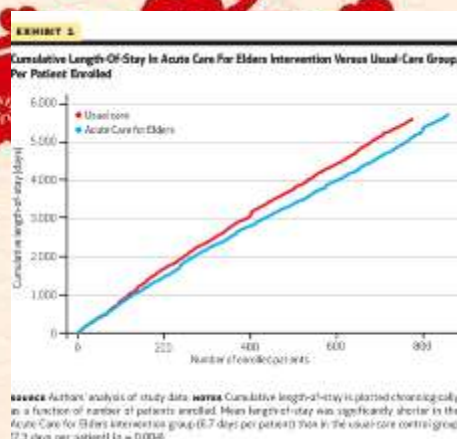


EXHIBIT 2
Changes in Patients' Functional Ability From Admission To Discharge, Acute Care For Elders (ACE) Intervention And Usual-Care Groups

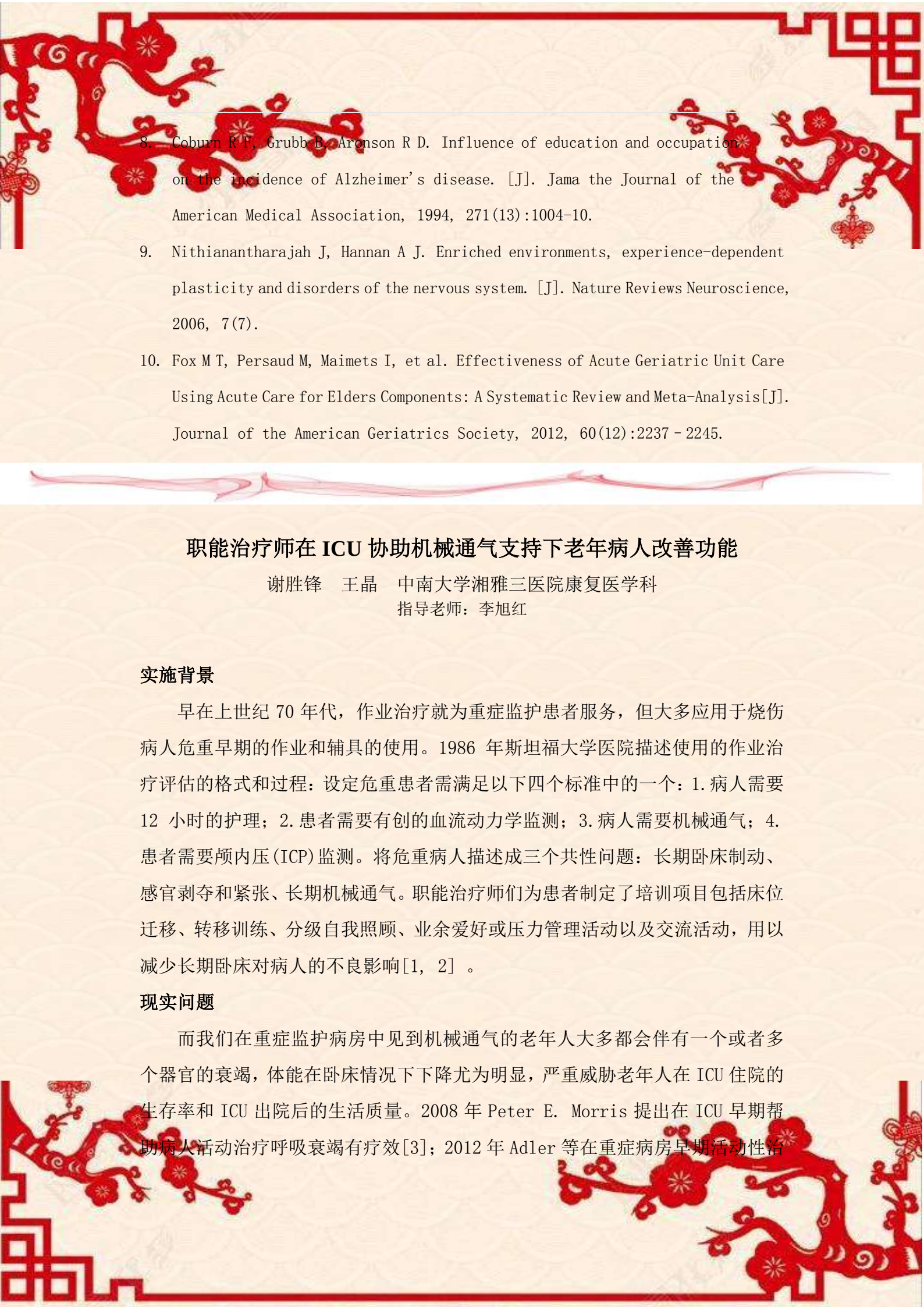
Functional ability	ACE patients (n = 858)	Usual-care patients (n = 774)
BASIC ACTIVITIES OF DAILY LIVING		
Improved	23%	25%
Maintained	60	56
Declined	17	20
INSTRUMENTAL ACTIVITIES OF DAILY LIVING		
Improved	33	35
Maintained	46	47
Declined	20	18
MOBILITY		
Improved	28	30
Maintained	40	39
Declined	32	31

SOURCE: Authors' analysis of study data. **NOTES:** Differences between Acute Care for Elders intervention group and usual-care group, were not significant. Data missing as follows: basic activities of daily living (46, ACE; 31, usual care); instrumental activities of daily living (202, ACE; 169, usual care); mobility (208, ACE; 176, usual care). Detailed data are provided in Technical Appendix Exhibit 2 (see Note 14 in text).

经过半年多的运作，目前 ACE 模式已经在华西老年医学中心取得了满意的效果，也得到广大病友的一致好评，患者住院时间显著缩短（平均降低 6.7 天），科室的病人周转率，床位使用率较以往有了大步的提升。希望未来该模式的应用能推进更多衰弱老人的急性期医疗机构，维护和促进衰弱老人及时返回家中的日常生活能力，缩短住院时间，减少并发症。

参考文献

1. 武杰, 王轶, 王志稳. 痴呆老人精神行为问题非药物管理指南的系统评价[J]. 中国循证医学杂志, 2016, (11):1338-1344.
2. 陈茜, 邓秀琳, 胡秀英. 不同等级医院老年住院患者病区内环境安全评价[J]. 中国卫生事业管理, 2016, (05):343-345+370.
3. 陈立嘉. 老年病人作业治疗应用[J]. 实用老年医学, 2006, (02):91-94.
4. 季力, 崔晓. 丰富环境对脑神经可塑性的影响[J]. 神经病学与神经康复学杂志, 2013, (02):99-101.
5. 赵燕, 毕月斋, 王珊, 谷岩梅, 李妍, 于虹, 陈海英. 丰富环境对阿尔茨海默病脑功能康复影响的研究进展[J]. 中国康复医学杂志, 2014, (07):693-696.
6. 柯淑芬. 老年痴呆治疗性环境筛查量表的汉化及初步应用研究[D]. 福建医科大学, 2014.
7. Hosseiny S, Pietri M, Petit-Paitel A, et al. Differential neuronal plasticity in mouse hippocampus associated with various periods of enriched environment during postnatal development[J]. Brain Structure and Function, 2015, 220(6):1-14.

- 
8. Coburn R F, Grubb B, Aronson R D. Influence of education and occupation on the incidence of Alzheimer's disease. [J]. Jama the Journal of the American Medical Association, 1994, 271(13):1004-10.
 9. Nithianantharajah J, Hannan A J. Enriched environments, experience-dependent plasticity and disorders of the nervous system. [J]. Nature Reviews Neuroscience, 2006, 7(7).
 10. Fox M T, Persaud M, Maimets I, et al. Effectiveness of Acute Geriatric Unit Care Using Acute Care for Elders Components: A Systematic Review and Meta-Analysis[J]. Journal of the American Geriatrics Society, 2012, 60(12):2237 - 2245.

职能治疗师在 ICU 协助机械通气支持下老年病人改善功能

谢胜锋 王晶 中南大学湘雅三医院康复医学科
指导老师：李旭红

实施背景

早在上世纪 70 年代，作业治疗就为重症监护患者服务，但大多应用于烧伤病人危重早期的作业和辅具的使用。1986 年斯坦福大学医院描述使用的作业治疗评估的格式和过程：设定危重患者需满足以下四个标准中的一个：1. 病人需要 12 小时的护理；2. 患者需要有创的血流动力学监测；3. 病人需要机械通气；4. 患者需要颅内压 (ICP) 监测。将危重病人描述成三个共性问题：长期卧床制动、感官剥夺和紧张、长期机械通气。职能治疗师们为患者制定了培训项目包括床位迁移、转移训练、分级自我照顾、业余爱好或压力管理活动以及交流活动，用以减少长期卧床对病人的不良影响[1, 2]。

现实问题

而我们在重症监护病房中见到机械通气的老年人大多都会伴有一个或者多个器官的衰竭，体能在卧床情况下下降尤为明显，严重威胁老年人在 ICU 住院的生存率和 ICU 出院后的生活质量。2008 年 Peter E. Morris 提出在 ICU 早期帮助病人活动治疗呼吸衰竭有疗效[3]；2012 年 Adler 等在重症病房早期活动性治

疗的回顾性研究，回顾了 1998 年到 2012 年的研究发现早期 ICU 的活动能降低患者的神经肌肉无力，改善呼吸系统，增加生存率和减少机械通气的时间。[4]

如何实施

我们康复治疗小组对老年机械通气病人入 ICU 后 24 小时内生命体征相对平稳的状态下（包括使用各种药物），开始介入康复治疗，在引起机械通气的原发问题得到控制后即对老年患者进行坐位平衡训练，书写训练，手势交流，坐起、助行器下的辅助步行等作业训练。发挥病人最大的潜能完成生活自理的一些动作，减少 ICU 住院时间和机械通气时间。

具体障碍和解决方案

ICU 护士和家属的职能康复的宣教



ICU 护士是与患者接触时间最长的群体，负责 ICU 老年病人的日常护理和各种治疗的执行，职能治疗师对护士进行职能恢复宣教，促进护士对患者职能康复的重视，减少老年病人镇静和卧床时间，科学合理地约束老年病人大的活动，配合职能治疗师的训练。家属是老年病人病房外的后盾，向家属宣传职能康复的重要性，理解并支持重症机械通气的老年病人早期作业活动训练，并在每天探视时间鼓励病人提供心理支持。

约束带和引流管的管理



在 ICU 为防止病人狂躁和拔出生命支撑管道，会给病人适当的保护性约束，约束带绑得过紧会给病人带来恐惧感，还会限制病人上肢的活动，易引起上肢肌肉拉伤和萎缩；对患者进行心理疏导讲解保护性约束和生命支持管道的必要性，改造约束带保留一定长度让患者有适当的活动空间。

老年患者机械通气下坐位平衡训练



老年机械通气患者长期卧床，平衡协调功能的下降会增加出院后生活作业的风险，早期以目标为导向的平衡功能训练可以增强患者平衡功能。

老年患者机械通气支持下的坐位书写交流训练



机械通气支持患者早期心理恐惧、无法得到家人陪伴、抑郁等因素会影响患者恢复的信心，早期机械通气下坐位书写训练不但能增强患者肌力和体能，还能增加患者康复的参与性，促进医患交流，减少镇静药物的使用等。

协助患者不同体位下配合医生检查和操作



长期卧床地患者力量和平衡能力的下降，使之难以承受体位改变接受医生的检查和治疗，改善方案为对患者肌力和耐力训练使之能承受一定时间的体位维持，前方加一个平板桌面为患者做支撑，协助患者配合医生的特殊检查和操作。

协助患者机械通气支持下步行训练

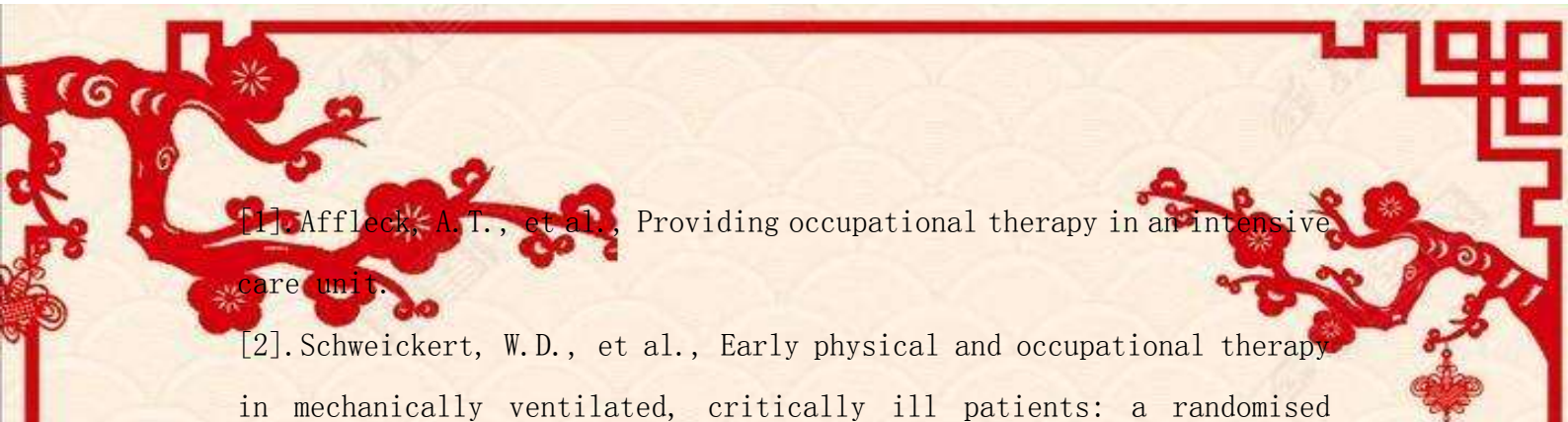


在机械通气支持下可行站立和步行训练，如力量和心理因素影响，可借助助行器站立或家属陪同支持下站立和步行。

结语

在ICU机械通气支持下对老年人进行职能训练是相对比较安全和可行性比较高的，老年人在卧床中坠积性肺炎和VAP发生率都比较高，而我们进行早期的活动和设计职能训练的方案协助患者去完成，能更加有利于他的脱机和功能的恢复，也能降低他们在ICU的死亡率，缩短住院时间，为患者生活质量的提高和减轻家庭负担有着重要的意义！

参考文献：



[1].Affleck, A.T., et al., Providing occupational therapy in an intensive care unit.

[2].Schweickert, W.D., et al., Early physical and occupational therapy in mechanically ventilated, critically ill patients: a randomised controlled trial. Lancet, 2009. 373(9678): p. 1874-82.

[3].Morris, P.E., et al., Early intensive care unit mobility therapy in the treatment of acute respiratory failure..

[4].Adler, J. and D. Malone, Early mobilization in the intensive care unit: a systematic review. 2012. 23(1): p. 5.



人生最美是回忆

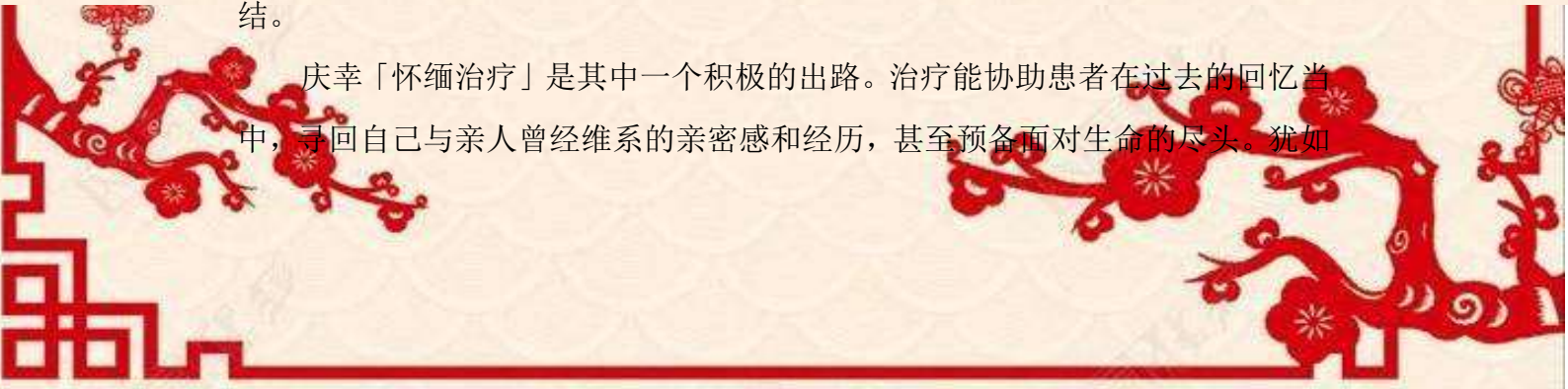
黎卓琪 职业治疗师

最近一部卖座电影《玩转极乐园》内容讲述关于灵界的家族团聚及当下亲情的冲击，令人感动落泪。剧中主角米哥为了挽救濒临「最后死亡」边缘的太太公阿德，奋力唤醒太婆 Coco 对自己孩童时爸爸阿德的记忆。墨西哥人认为人死后，灵界的生命延续，是需要依靠仍活着的人对他们还存在的记忆，这样将来才能与阳间的亲人再重聚。

最后太婆 Coco 重拾了儿时的回忆，更为家族成员带来破冰的沟通机会，化解了多年以来的怨恨情绪，使各人对往昔的人和事都重新体味了！

这部电影讲述亲情的核心价值，激起了观众的思考，同时提醒我们，快将被遗忘的回忆其实也是构成我们生命的一部分。从怀抱过去到思想未来，使我们体会到生命或精神的延续性。

对于认知障碍症患者来说，他们的记忆每天都在一点一滴地流失。他们恐惧不安，日常生活充斥着无助和挫败感，负面情绪不断地蚕食他们的生命，直至终结。



庆幸「怀缅治疗」是其中一个积极的出路。治疗能协助患者在过去的回忆当中，寻回自己与亲人曾经维系的亲密感和经历，甚至预备面对生命的尽头。犹如

电影主题曲《Remember me》，中文版为《请记住我》，其中歌词：「Remember me, 趁未忘记了彼此，一点差池，掠过就似叶落，如缘慳不见也为着留低我句或字，唯求这歌叫你日夜，记起一些最初…，世界变化太快也有这首歌，唱过听过每片记忆中有我，你我变老太快也有这首歌，也算有爱过…」。

每一段回忆都代表着生命的印记，「怀缅」是让患者找回人生中缺失的那块拼图，让他们再次展现自己生命的角色。



主角米哥的太太公最后靠米哥在太太公的女儿 Coco 面前唱出《Remember Me》，使她记得爸爸，让太太公可以活下去。（《玩转极乐园》电影官方剧照）

怀缅治疗

怀缅治疗是藉回忆对过往的事物及经验重新整合及体验，为参与者在情绪、认知功能、生活的满意程度及自我形象方面带来正的影响。在怀缅的过程中，可以运用恰当的「引导物」来触发记忆，例如旧相片、怀旧音乐、怀旧服饰、旧家具、昔日的生活用品等，从而打开话匣子。治疗的过程能鼓励参与者有效运用剩余的认知能力，从而推迟大脑功能退化。

在治疗的不同阶段，职业治疗师会采用不同的形式来进行怀缅活动。例如在医院、院舍或活动中心，治疗师较多使用小组式进行活动。因为怀缅可被视作社交活动的一种，能避免了强迫长者参加治疗。利用怀缅小组亦能鼓励参与者一起回顾生命的历程，并透过组员之间的互动，让参与者以不同的角度来面对往事，从中肯定自己过去的付出和贡献。部分机构更会设立「怀旧阁」，目的是借助环

境的布置去营造一个易于怀缅的气氛，让参与者可以更立体地投入怀缅主题。



把房間佈置成較生活化的環境能更容易引發長者的記憶（位於青山醫院職業治療部的「懷舊閣」）

即使在长者的家中亦可以个别面谈或家庭聚会形式进行怀缅活动。在职业治疗师适当的指导下，家属也可把怀缅活动应用于生活及日常交谈之中，藉此把长者与现实生活连结起来。例如逛街时路过「天星码头」，便可以谈论以往有关的回忆或历史，从而打开话题。又例如在中菜饭店吃猪脚姜时，可利用视觉、味觉和嗅觉来引发长者分享自己的家乡小吃或儿时生活。此外，职业治疗师亦可以把怀缅活动个人化及恒常化，来帮助家属更容易地掌握活动内容。例如鼓励家人与长者一同制作属于他们的照片故事集。透过翻阅旧照片作为引子，带领长者与家人分享过去与照片有关的感受、意义和回忆，并增强彼此的沟通和连系，以延续患者在个人经历，甚或家庭角色上的体验。家人可以重复地与长者阅读故事集，把它成为一个



恒常而有意义的活动，以减少部分认知障碍症患者因欠缺日间活动而出现的
行为与心理症状。

治療師指導家人與認知障礙症患者一同製作屬於長者獨一無二的照片故事集。

【被遗忘的杏林中人】

「我以前在港大带很多学生，我是中医博士毕业的……」，张先生用他剩余的语言能力向家访的职业治疗师说出他过去的成就。因为患上初老期认知障碍症，身体状况急促恶化，他早在六十中旬便被逼终止行医生涯。「他又说这些，看来他还要跟你说好一段时间呀。」张太一脸无奈，不耐烦地听着丈夫失去重点而又重重复复的说话。

每天不间断地照顾丈夫，由起居饮食、梳洗、穿衣、外出覆诊等，张太都是疲于奔命。六年间，张先生由一位身穿白袍、受人敬仰的中医师变成一位需要二十四小时看顾的患者。张太形容丈夫性情大变，即使已失去大部分自我照顾的能力，他仍坚持要自己独立完成日常起居的活动。每当张太尝试阻止或提供帮助，便会刺激他的情绪，令他变得暴躁并出现敌对的行为。张先生亦因为欠缺有意义的日间活动，而半夜经常在家中漫无目的地游走。

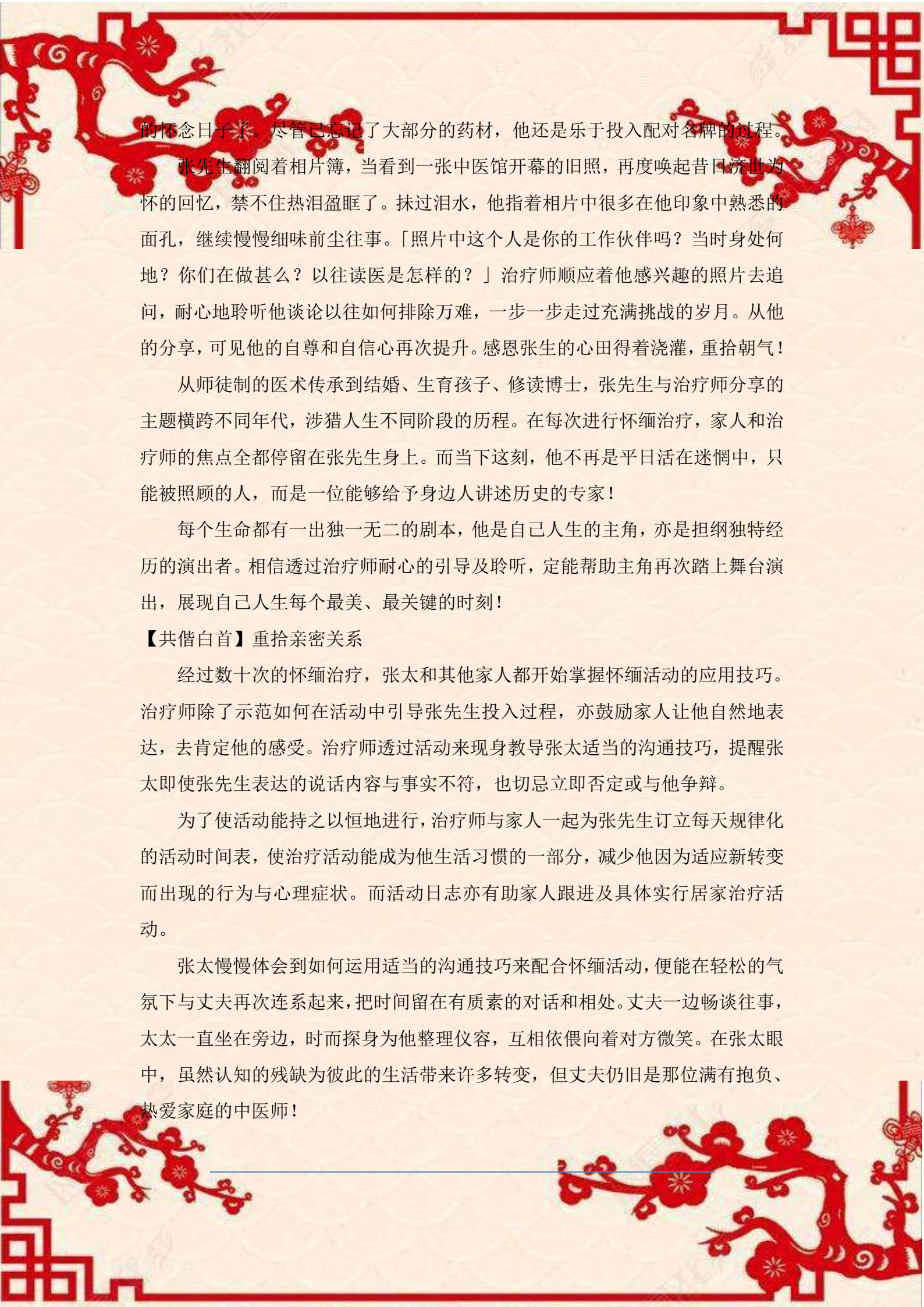
当丈夫的记忆只是停留于过往零碎的片段，妻子就已经被每日实际的照顾工作淹没掉。两夫妻不再像以往般有质素地进行对话，剩下的只是没有意义的互相角力。

【由观众席重返舞台】在回忆里寻找自己

离开了熟悉的中医馆，还有药材、手写药方、把脉软垫……，张先生不但失去了医师的身分，也失去了自我肯定的价值。劳碌大半生曾投入的工作，却消失于受认知能力衰退而不断缩小的世界。

治疗师细心了解张先生的背景和机能衰退的情况后，借助了不同的「引导物」来触发他的情绪及记忆，并开始聆听着他的人生故事。手上拿着当年撰写的中医学博士论文，他笑逐颜开地急忙向治疗师展示，「我以前就是做这种工作。」虽然简陋的句子已经不能再清楚地说出当中的典故，但是从那本厚厚的论文、硬皮钉装、并印上烫金的字，这位老中医师曾拥有的卓越成就经已一目了然。

「桑寄生、防风、半夏、白芷……」治疗师取出真实的药材和名字牌，邀请张生一边读出药材名称，一边配对面前的药材样本。他执起药材往鼻子一嗅，每种药材散发出独特的气味，感觉既熟悉又似陌生，仿佛时光倒流到以前赠医施药



的怀念日子了。尽管已忘记了大部分的药材，他还是乐于投入配对名牌的过程。

张先生翻阅着相片簿，当看到一张中医馆开幕的旧照，再度唤起昔日济世为怀的回忆，禁不住热泪盈眶了。抹过泪水，他指着相片中很多在他印象中熟悉的面孔，继续慢慢细味前尘往事。「照片中这个人是你的工作伙伴吗？当时身处何地？你们在做甚么？以往读医是怎样的？」治疗师顺应着他感兴趣的图片去追问，耐心地聆听他谈论以往如何排除万难，一步一步走过充满挑战的岁月。从他的分享，可见他的自尊和自信心再次提升。感恩张生的心田得着浇灌，重拾朝气！

从师徒制的医术传承到结婚、生育孩子、修读博士，张先生与治疗师分享的主题横跨不同年代，涉猎人生不同阶段的历程。在每次进行怀缅治疗，家人和治疗师的焦点全都停留在张先生身上。而当下这刻，他不再是平日活在迷惘中，只能被照顾的人，而是一位能够给予身边人讲述历史的专家！

每个生命都有一出独一无二的剧本，他是自己人生的主角，亦是担纲独特经历的演出者。相信透过治疗师耐心的引导及聆听，定能帮助主角再次踏上舞台演出，展现自己人生每个最美、最关键的时刻！

【共偕白首】重拾亲密关系

经过数十次的怀缅治疗，张太和其他家人都开始掌握怀缅活动的应用技巧。治疗师除了示范如何在活动中引导张先生投入过程，亦鼓励家人让他自然地表达，去肯定他的感受。治疗师透过活动来现身教导张太适当的沟通技巧，提醒张太即使张先生表达的说话内容与事实不符，也切忌立即否定或与他争辩。

为了使活动能持之以恒地进行，治疗师与家人一起为张先生订立每天规律化的活动时间表，使治疗活动能成为他生活习惯的一部分，减少他因为适应新转变而出现的行为与心理症状。而活动日志亦有助家人跟进及具体实行居家治疗活动。

张太慢慢体会到如何运用适当的沟通技巧来配合怀缅活动，便能在轻松的气氛下与丈夫再次连系起来，把时间留在有质素的对话和相处。丈夫一边畅谈往事，太太一直坐在旁边，时而探身为他整理仪容，互相依偎向着对方微笑。在张太眼中，虽然认知的残缺为彼此的生活带来许多转变，但丈夫仍旧是那位满有抱负、热爱家庭的中医师！

结语

职业治疗师在怀缅治疗中担任着重要的角色。除了评估患者的能力及需要、选择合适的治疗形式及媒介外，更需要把当中的技巧传授予照顾者或家人，让双方都能切身体验怀缅的力量。进行怀缅活动时所带来的片刻的欢愉，对患者和家人来说都是很有价值的活动。

参考文献：

- 赖锦玉., 莫静敏., & 香港复康会. 小区复康网络. (2002). 怀缅之道 (第1版 ed.). 香港: 香港复康会小区复康网络.

宠物机械海豹 (PARO) 于认知障碍治疗的应用

薛乐敏 大埔医院职业治疗师

引言

机械人辅助治疗能有效减少认知障碍患者的行为和心理症状 (BPSD)，改善情绪，并促进患者的社交互动和交流 (Bemelmans R. 等, 2012)。如图 1 所示，宠物机械海豹 PARO 在过去十年已经在各个国家应用，并取得积极成效。然而，目前有关机器人治疗于香港的应用有限，其治疗效果及相关资料亦甚少刊载。



图一：宠物机械海豹 PARO

有见及此，沙田医院老人科日间医院开展了一个试验计画，研究宠物机械海豹 PARO 如何有效稳定认知障碍患者的情绪，增加他们参与活动的主动性，以及促进他们的社交能力。

研究方法

研究项目分为三个阶段。第一阶段 - 职业治疗师制定每次使用 PARO 作治疗的内容及标准程序；第二阶段 - 职业治疗师从沙田医院老人科日间医院的病人中挑选患有认知障碍及出现行为和心理症状的患者以个人（图 2）或组别模式试

用治疗（图 3）。第三阶段为检讨阶段，在这一阶段，职业治疗师会利用标准化评估法去检讨 PARO 的治疗成效，包括使用中文版腦精神科征状问卷（Chinese version of Neuropsychiatric Inventory, CNPI）、中文版柯恩-曼斯菲尔德激越情绪行为量表（Chinese version Cohen-Mansfield Agitation Inventory, CMAI）、康乃尔失智者忧郁量表（Cornell Scale for Depression in Dementia, CSDD）检讨患者情绪行为和心理症状的变化，以及使用简短智能测验（Mini-mental State Examination, CMMSE）评估认知能力上的进展。治疗师还会使用问卷调查以了解患者对 PARO 的印象，以及使用沙氏负担访问（Zarit Burden Interview, ZBI）瞭解照顾者在患者接受治疗後照顾上的分别。了解照顾者在患者接受治疗后照顾上的分别。整个治疗过程会被拍摄，治疗师会根据评分标准以每分钟间距记录患者与组别内其他参与者的沟通默认的行为记录表上。



图二：宠物机械海豹 PARO 个人治疗



图三：宠物机械海豹 PARO 小组治疗

研究结果

是次计画共有 9 位患者进行测试。初步研究结果显示患者在接受寵物机械海豹 PARO 治疗后表现出良好及较稳定的情绪，而在录影片段中可见患者之间有自发性的对话及微笑。患者对 PARO 印象正面，并称小海豹「很可爱」以及「希望下一次能与它再见面」。照顾者亦称，他们照顾的患者比没有 PARO 治疗前表现更开朗，当他们在家中提及 PARO 时更展现笑容。照顾者更表示患者在治疗后有更大的自发性进行自理活动。寵物机械海豹 PARO 治疗具有潜在的治疗效用，并可作为治疗的另类选择。

参考文献

- Chui HC, Lyness SA, Sobel E, Schneider LS. Extrapyrarnidal signs and psychiatric symptoms predict faster cognitive decline in Alzheimer's disease. Arch Neurol. 1994 Jul;51(7):676-81.
- Machnicki G, Allegri RF, Dillon C, Serrano CM, Taragano FE. Cognitive, functional and behavioral factors associated with the burden of caring for geriatric patients with cognitive impairment or depression: evidence from a South American sample. Int J Geriatr Psychiatry. 2009;24(4):382-9.
- de Vugt ME, Stevens F, Aalten P, Lousberg R, Jaspers N, Verhey FRJ. A prospective study of the effects of behavioral symptoms on the institutionalization of patients with dementia. Int Psychogeriatr. 2005;17(4):577-89
- Bemelmans R, Gelderblom GJ, Jonker P, de Witte L. Socially assistive robots in elderly care: a systematic review into effects and effectiveness. J Am Med Dir Assoc. 2012 Feb;13(2):114-120.e1. doi: 10.1016/j.jamda.2010.10.002.

浅谈老人长期照护之辅具应用

毛慧芬

台湾大学职能治疗学系助理教授

台湾大学附设医院医疗复健辅具中心负责人

前言

全球人口快速老化,如何落实活跃老化,使银发长辈持续积极参与各种活动,维持最佳健康状态,辅助科技及产品(通称「辅具」)扮演非常重要的角色。银发族,尤其失能或失智者,常因为身心功能变化与失能,渐无法胜任各项日常活动与休闲娱乐而放弃,对于生活质量的影响甚巨。其实透过「辅具」的使用,吃力的活动可轻松完成,不用为了顾及安全而放弃从事,生活还是可以自主而精彩。

随着科技进步,有越来越多「辅具」问世,但调查显示不少高龄长者对于科技产品畏惧,排斥使用辅具,担心花费过高、不愿被标签上「残疾者」,或认为

身体不适就是要晚辈侍奉，甚至家属认为长辈生病就什么事情都别做了……。然而，「日常活动才是最佳的康复治疗」，透过辅具从事活动，不但可维持功能，也增加生活的独立自主性。

案例：

80 岁的王奶奶是烹饪高手，时常下厨做拿手菜给家人吃，这是他老人家最大的生活乐趣和成就。然而二年前中风，陈奶奶左手的肌力及握力不佳，手臂只能抬高到肩膀高度，因此拿不到太高的东西，单手无法削皮、切菜，而站立平衡与体耐力也大不如前。儿女基于安全考虑，不让她老人家进入厨房，王奶奶不能再施展厨艺，万分沮丧。

机缘巧合下，一位作业治疗师发现了王奶奶的遗憾，希望让她透过辅具实现展现厨艺的心愿，建议了以下方式：使用单手操作的切菜板（图一）、刀子、切菜料理机（图二）及选用加重炒菜锅，另将常使用到的调味品及料理工具、餐盘等摆放调整到她随手可取的位置，另准备了高脚吧台椅让奶奶需要时，可坐着操作。虽然王奶奶动作稍慢一点，但美味料理依旧展现，家人才发现，透过辅具应用及环境调整，奶奶还是可以做想做的事情，重享人生乐趣，之前真不该限制她，剥夺她从事活动的机会。

圖一： 单手操作切菜板	圖二： 食物料理机
	

面对老化与失能，其实可借着使用各类辅具，解决生活中碰到的困难，代偿身体功能的限制，协助个案完成各种日常活动，以增进生活的独立性、延缓失能；家属或照顾者亦可藉由辅具的使用，减轻照护负担，及降低照护工作中的伤害风险。因此，改变对辅具的刻板印象，导向正向应用辅具的态度、及协助高龄者选

择适合的辅具等，是从业人员最基本的课题。

本文将针对老人长期照护领域中，常应用到的辅具做介绍。重点包含：1) 辅具的定义及使用目的，2) 应用辅具的考虑与原则，3) 介绍长期照护中常用的辅具种类，并说明其选用原则、使用时的注意事项等。

辅具的定义

辅助科技 (assistive technology) 的定义最早源自美国 1988 年的障碍者科技辅助法案 (Technology Related Assistance for Individuals with Disabilities Act, PL100-407)，提出失能者需获得辅助科技的支持，以提升其独立功能，享有与一般人同等的生活参与权利。当中提及**辅助科技**，系指协助个人执行功能活动所使用的科技，包括设备、器具、服务、策略及实务等，可改善长者或失能者所遇到的问题，协助执行者所欠缺的功能，但不改变个案的内在功能，例如下肢无力不良于行的长者使用拐杖，可强化其行走功能而可外出活动，但拐杖不会改变其下肢的行走功能。辅助科技需依据个人的特性介入，用以协助或代偿个案失去的功能，其包含了实体的「**辅助科技器具**」(assistive technology devices) 及软件的「**辅助科技服务**」(assistive technology service) (包含需求评估、教育训练、维修、追踪等服务与实务) 两部分，两者需同时提供，相辅相成，才能达到最大使用效益。

简单来说，凡是可改善个人因失能所造成的日常生活不便或社会参与障碍，提升生活、工作、学习与休闲等活动参与的产品、零件、仪器及设施均可称为辅具。除给个案使用，有些辅具是提供给照护者使用的(如:转移位辅具)，照护者可藉由相关辅具的应用，减轻照护的负担，预防照护时所产生的工作伤害。

辅具使用目的或功能

1. 替代丧失的功能，增进独立性。例如使用「轮椅」可帮助不良于行者外出。
2. 增进照顾时的方便性与安全性，减轻照护者的负担。如使用「移位机」可减轻搬运高龄者的负荷，也可避免照顾者负荷过重而产生的伤害。
3. 预防伤害的功能。浴室马桶旁加装扶手，可降低跌倒发生的机率。
4. 使生活更轻松便利。不一定是高龄或身心障碍者才会使用到辅具，辅具也

可让一般人活动更轻松便利，如「开瓶辅助器」可省去费力开瓶盖的困扰。

辅具选用原则

然辅具和一般用品的差别在于：辅具需要经过需求评估与使用建议，才能最符合身心障碍长辈之使用需求，达到维持或增进独立生活之目的。辅具选用的考虑包含以下：

1. 使用情境：同样的辅具，在不同环境之下，可能是助力也可能变成阻力。例如狭小的居家空间较不适合使用电动轮椅，但是如果目的是独自长时间外出，则电动轮椅又比手推轮椅适切。

2. 辅具特性：即使是同样功能的辅具，材质、外观、重量、美观程度、可否调节、尺寸等，都有许多种选择。例如市售拐杖五花八门，甚至还有结合手电筒设计的。在购买前应多搜集信息再下决定。

3. 需要专业评估：由于大部分辅具的使用会牵涉照护或医疗的情况，因此建议需经过专业的作业治疗师、物理治疗师、听力师或语言治疗师等，针对使用者进行完整评估后，再行购置。若因被推销或是仓促决定购买，不但可能无法发挥辅具的功用，甚至会引起副作用跟伤害，得不偿失。

4. 遵守正确使用方式：辅具操作通常需要学习，避免因不当操作或错误使用而造成使用者/照护者的受伤，或辅具的损坏。且需要定期注意清洁以及保养，每隔一段时间，也应该重新评估使用者的生理状况以及进行辅具的维修，才能用得安心又安全。

辅具的类型包罗万象，食、衣、住、行、育、乐等各方面都有各式辅具，从低科技（如：拐杖、轮椅），到需要电子技术之高科技（如助听器、卫星定位协寻系统）均为辅具。以下将介绍老人长期照护服务中常用之辅具，依生活辅具、行动辅具、摆位辅具、移位辅具、休闲娱乐辅具、安全监控与照护科技等各类介绍，辅具种类繁多且推陈出新，以下仅举出一些例子做示范性介绍，详细内容可参考相关书籍（如：毛慧芬、张嘉纯、林佳琪、王素琴、李宗伊、蔡丽婷、张绮芬、陈莞音（2017）·高龄生活辅具应用（二版）·台北市：华都。）

各类辅具介绍

1. 饮食：

若上肢肌力不足、协调度不佳或是关节活动度受限，则可以使用「加粗把柄汤匙」（图三）、「夹式筷子」（图四）或利用「万用套」（图五）之易用餐具手套把，使用时换插各式汤匙、叉子，可供手指无法抓握，但上臂功能良好者自行进食。

另单手操作者（如中风偏瘫者）无法稳固餐具以舀取食物，可使用边缘具特殊弧度 / 高度设计的「高边餐盘」（图四），或碗盘下放「止滑垫」（图四），降低餐盘或碗滑动的机会；另使用「省力开瓶器」则可以轻松解决开罐难题。

圖三： 加粗把柄汤匙



圖四： 夹式筷子、高边餐盘及防滑餐垫



圖五： 万用套 (附上汤匙)



2. 衣着：

通常建议行动不便者选择较宽松不要绑带的衣物，以利穿脱，鞋子也建议选择黏扣带式或开口较大的款式。当个案上肢动作角度受限、肌耐力不足，可使用「穿衣辅助杆」（图六），勾取与穿拉衣服，或协助在不弯腰的情况下完成穿裤，

适合有弯腰困难、手无法抬高、手碰不到脚、下肢无法抬高、平衡不佳、单侧偏瘫等情况的个案。

圖六： 穿衣辅助杆



「穿袜辅助器」（图七）可以协助无法弯腰(如膝关节、髋关节活动度受限、脊髓损伤、中风偏瘫等)、平衡不好的个案，在坐姿下轻松完成穿袜活动，使用方式为将袜子先套上辅具，握住绳子将辅具降到地面，把脚板套入被撑开的开口，再握住两侧绳子慢慢往上提，不用抬高脚或过度弯身即可穿上袜子。鞋子则可以挑选黏扣带式或开口较大的款式便于穿脱，同时搭配长柄鞋拔的使用。

将扣子改为魔鬼毡，或使用「钮扣辅助器」（图八），此适合于仅有上肢抓握功能，但手指精细动作不佳者，可完成扣钮扣/拉拉炼的小动作（图九）。

长期卧床个案可选择开口位置在身体前面或侧面的衣物（图十），方便照顾者清洁与更换；选择质料透气、吸汗易清洗的款式也能有效减轻照顾负担，以及预防因长期卧床而并发的其它皮肤症状。

圖七： 穿袜辅助器	圖八： 钮扣辅助器
 	
圖九： 魔鬼毡开口衣物	圖十： 正面或侧面开口衣物
	

3. 盥洗：

浴室常因为湿滑而易造成跌倒等意外，故在进行盥洗活动时，需特别留意洗脸台、浴缸、马桶边可加装稳固扶手，地上或浴缸中使用防滑垫/防滑条（图十一）。而站立平衡功能不佳时，洗澡方式建议采坐姿下完成，可使用洗澡椅（图十二）并加装扶手确保安全。若长辈下肢抬起困难、或无法弯腰者，不易清洗到脚部，此时可使用长柄刷或泡棉（图十三）进行刷洗。此外，莲蓬头、清洗用品要放在方便取用的位置，以免拿取过程中发生意外。仅有单手可活动的中风患者可应用「吸盘式刷」（图十四），将其吸附于平滑无孔的平面上，用来协助刷洗健侧上肢、刷指甲等。「易压挤牙膏器」（图十五）可用来减低挤压牙膏时的肌力需求。手指抓握能力不佳或丧失的情况，也可使用先前提到的「万用套」，与梳子或牙刷等握柄盥洗器具合并使用。如果个案已经无法自行完成沐浴活动，完全需要他人协助时，为了减轻照顾者负担，可善用洗澡床、洗头槽等照护辅具。

圖十一： 防滑条



圖十二： 洗澡椅



圖十三： 长柄刷



圖十四： 吸盘式刷



圖十五： 易挤牙膏器



4. 如厕：

下肢较无力或姿势变换能力较差的个案，时常困难从高度较低的马桶上起身，此时可加装「马桶增高器」（图十六）或扶手等类辅具减轻变换姿势时之负

担。床边便盆椅可减少夜间移动到厕所而引起的跌倒风险,「便盆椅」可分为有轮与无轮式,使用有轮式便盆椅时务必将煞车锁上,才可进行转位、如厕等活动,以免发生意外。

装设扶手时可选用附加式、地上型、壁上型、可掀式扶手(图十七)等,装设时务必注意其稳固性,装设之高度位置亦应符合使用者之人体尺寸。同时须注意保留轮椅可靠近之空间,及扶手固定于地面是否稳固,并考虑防水措施是否完善,避免使用后扶手摇晃或漏水等问题产生。此外还有如厕后的清洁考虑,应将卫生纸置放在侧方、容易取得之处,减少转身弯腰的危险;若转身按压冲水马桶或清洁擦拭有困难者,亦可使用改良式侧面按压冲水装置、或免治马桶等。

圖十六： 马桶增高器	圖十七： 可掀式扶手
	

5. 行动:

个案可能因为疾病损伤或身体功能老化等因素而无法安全独立的行动,藉由合适的行动辅具可改善个案行动能力,提升与社会环境的互动。以下分「助行辅具」及「轮椅类辅具」介绍。

1) 助行辅具: 手杖、拐杖、助行器等

须根据个案的行走平衡能力、耐力、上肢功能等,来决定适合使用的行动辅具。例如:中风偏瘫个案只能用健侧手脚活动,则单手操作的手杖(图十八)或四脚拐杖(图十九)较为适合,一般而言,若个案放手仍能行走,仅是因平衡稍差而须预防跌倒,可使用手杖(提供点支撑),但若旁人放手后无法独立行走,代

表需要较多的平衡协助，则须使用稳定度高(提供小面积支撑)的四脚拐杖；个案如果两手均可扶持，且身体的稳定性不佳时，则建议使用助行器(提供大面积支撑)（图二十），助行器一般为无轮型；然而当个案移动时，抬起助行器的瞬间有失去平衡的危险，则较建议使用附轮式助行器（图二十一）。另外，附座椅式助行器（图二十二）可供耐力不佳、且须长距离移动的个案使用，移动中需要休息时可展开座椅坐下(注意！需固定煞车在静止状态，以免个案坐下起身时不稳而跌倒受伤)，并附有置物篮，方便移动时携带物品。

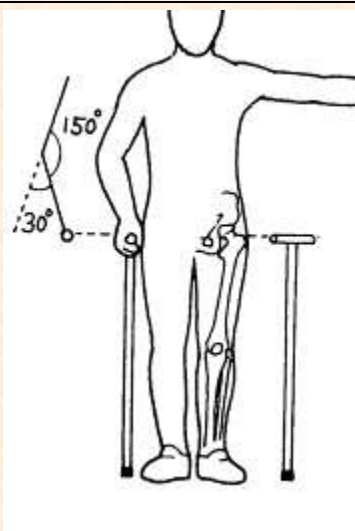
手杖或拐杖的高度约至大腿最上方外侧、骨突处较为理想（图二十三），或可使手肘弯曲约 20 度为最適切，以减低使用不当的伤害。行走时，拐杖起始位置最好在第五脚趾前方约 15 公分处，使身体重心的前后位置适宜；而刚开始练习走路时建议使用「安全腰带」（图二十四），方便照护者随时保护患者安全，尽量避免拉扯其上臂，造成关节伤害与疼痛。

圖十八： 手杖	圖十九： 四脚拐杖
	
圖二十： 一般助行器	圖二十一： 附轮式助行器
	

圖二十二： 附座椅式助行器



圖二十三： 手杖使用高度



圖二十四： 安全腰帶



2) 轮椅类辅具:手推轮椅、电动轮椅、电动代步车等

轮椅有许多不同的功能、型式、及不同的尺寸规格。选用轮椅就像是选购鞋子，须考虑个人需求、尺寸、材质、收纳便利性等，达到个别功能性与舒适度的需求。

轮椅可分为「自行推行式轮椅」（后轮尺寸较大，且附有手推轮圈）和「他人协助推行轮椅」（后轮尺寸较小、无手推轮圈，轻巧、方便收纳）。有些轮椅的扶手可后掀或可取下（图二十五），或小腿架及脚踏板具有外转及拆卸（图二十六）的设计，在自行或由他人协助转移位时，缩短位移距离，促使个案可安全独立的转位。

电动轮椅（图二十七）则适用于体力及耐力较差、无法长时间推行轮椅患者，或者是上肢手部功能较差，无法自行手推轮椅者，使个案不须依赖他人即可自行至想去的地方。要使用电动轮椅前，一定要评估个案是否具有安全操控的能力，尤其视觉或安全判断能力良好，才可建议使用电动轮椅，且初期使用须经过适当之操作训练。此外，要考虑使用电动轮椅之通行处是否为平面无障碍，及是否有停放空间，及个案有充电或轮椅保养的能力等。

圖二十五： 轮椅-全拆式扶手



圖二十六： 轮椅-可拆卸式脚踏板



另当有下述需求时，可选用下列特殊的手动或电动轮椅：①椅背倾躺型轮椅（图二十八）：此类轮椅之椅背可以调整成后倾，脚踏板随之上抬，成为仰卧姿，主要供坐姿耐力不足，有仰躺需求的个案（如容易出现姿位性低血压）。然此型轮椅大轮位置比较后面，轮椅的前后径长，困难自行推行，也较占空间。②全椅后仰型轮椅（图二十九）：可整个椅座后仰，然而椅背及椅面的角度维持不变，因此当轮椅从后仰姿势回到坐姿时，乘坐者的臀部不会因下滑而产生摩擦，造成皮肤损伤或压伤。适用给无法自行减压或变化姿势的个案，借着轮椅后仰的功能，减轻长时间乘坐时的不适或臀部所受的压力。

圖二十七： 电动轮椅



圖二十八： 椅背倾躺型轮椅



圖二十九： 全椅后仰型轮椅



另善用轮椅相关配件也可增进乘坐之方便性、舒适性及功能性。常用配件包括骨盆带（乘坐轮椅时最好要系上!）、胸带等，可用来固定乘坐者，避免滑出轮椅座位；头颈部控制不佳者可使用头靠、附加头部支撑架（图三十）或高背轮椅；在踏板上附加脚后跟带、或踏板支架上之小腿带（图三十一），可防止患者因感觉功能缺失、不易察觉脚掉至踏板下而造成意外伤害；另外也可附加餐桌板，这对于需要乘坐于轮椅上从事各项活动（如吃饭、书写）的个案而言是非常方便的。

圖三十： 轮椅头部支撑架



圖三十一： 轮椅脚后跟带



3) 电动代步车（图三十二）通常适用于具备自行转位与行走能力，且手部操控能力尚佳之长者，惟其体耐力较差、无法长时间行走，如退化性关节炎、心肺功能不佳者等。且较适用于宽阔平坦的室内，较不建议于户外使用。因其体积较大，购置时除考虑使用者的需求、操控能力，也须考虑是否有足够的操作与储放空间。

圖三十二： 电动代步车



6. 摆位与减压辅具：

长期卧床或坐轮椅的个案，因为长时间维持同样的姿势，若无适当使用摆位或减压辅具，将可能产生不良之副作用（如：压疮、关节变形等）。尤其针对肌肉无力以支撑身体，或肌肉张力变化而导致关节变形的个案，特别需要各式摆位辅具来提供支撑，预防或改善关节变形，或提供压力处理，提升舒适度。各式摆位座垫或泡棉最常用来固定身体于适当的位置，如大腿分隔器（图三十三）可保持两腿分隔，避免大腿内收张力持续加强产生的挛缩变形，并提供舒适性，及方

便照护者使用；脊髓手术后患者于特定时间内，需要遵照医疗指示穿戴颈圈或背架，以保护受伤或手术后的脊髓或脊柱尽速复原；踝足部的垂足问题可使用足托板（图三十四）提供支撑；手部紧握变形，则可用手部固定副木（图三十五）来矫正或减缓变形程度。

为了避免压力性损伤(压疮)的产生，除了在固定时间变换姿势及翻身，也可以搭配各种减压垫、压力床（座）垫等减压产品，常见的有气垫床（座）、流体压力床（坐）垫、凝胶垫等（图三十六）不同材质制成的减压产品，选择众多，选用前应先咨询专业建议与使用指导，否则易有错用的情况。气垫床在使用时需注意不可充气过饱或是长时间选用「护理模式」，导致没有进行交替充气而未达减压效果。

摆位辅具除了由专业治疗师制作外，也可至医疗器材行购买市售商品，穿戴方式应确实遵守治疗师的教导或指示，避免穿戴位置不当或使用错误而造成二度伤害；且不宜全天使用穿戴，须至少每两小时脱下来活动、清洁，并检查皮肤是否出现红肿、破皮、或水泡等异状。

圖三十三： 摆位泡棉



圖三十四： 足托板



圖三十五： 手部固定副木



圖三十六： 凝胶垫



7. 移位:

一天生活当中，从起身、如厕、盥洗、出门等，有许多次在不同平面或座位间移动的机会。对于平衡能力不佳、肌力不足者，可以使用适当的移位辅具，不但使个案安全独立地完成转位或移位，同时也可以避免照护者在搬移个案时，所可能产生的扭伤、关节疼痛、背痛、甚至跌倒等意外。近年欧美先进国家纷纷提出「不徒手搬运病患规范 (No-Lift Policy)」，呼吁照顾者要善用辅具替代徒手搬运，若能妥善运用转移位辅具，则可预防工作伤害并延长工作寿命。

一般常见的转移位辅具如：移位滑板（图三十七）、汽车用座位转盘（图三十八）、移位机（图三十九）、爬梯机（图四十）等。选购及使用前都应该先咨询专业治疗师，以确保了解正确的使用方式。

圖三十七： 移位滑板



圖三十八： 汽车用座位转盘



圖三十九： 移位机



圖四十： 爬梯机



8. 休闲娱乐:

休闲娱乐活动可增加社交活动机会,也可提升生活满意度及生活质量。利用合适的辅具,功能受限的个案也可以进行原本喜爱的休闲活动。因为每人感兴趣的的活动不同、身体状况不同,故可搭配的辅具也有许多不同型态,治疗师可针对其所要进行之活动,设计、制作或购置适合的辅具,使个案完成活动参与,提升其生活质量。常见如放大镜(图四十一)可促进阅读,扑克牌持牌器(图四十二),各种握笔辅具以协助写字/书画、易剪剪刀等

圖四十一: 挂脖式放大镜



圖四十二: 扑克牌架



9. 安全监控与照护科技:

除了帮助各类活动执行得更安全有效率外,通报系统或是警示系统也算是科技辅具的一种,可做为安全及健康监控,减轻照护者负荷。紧急救援系统可协助独居长辈在发生需求援情况时,实时对外联系;合并辅助全球定位系统(assisted global positioning system; AGPS)的电子手环可以帮助找寻外出迷路的失智或认知障碍个案;将压力感测板置于床垫或椅垫下,当压力改变而被判定为个案离开床或椅子时,控制器即会发出警示通知或与照明系统连结(起床时便会增加照明)等。此类科技可应用到多种层面,如建立个案的行为档案,了解其作息,或使照护者对个案的行为、夜醒游走等有所警觉,预防跌倒发生等。

结语

辅具是因应使用者生活与照护需求而产生的用具,需要针对活动目的、使用者状态等进行选择及调整,除了可以降低个案从事活动的困难度,另一方面也可

有效减轻照顾者心理上与生理上的负担。需要留意辅具是很「个别化」的设计与应用，因为每个人的生理状况不尽相同，所以别人适合的辅具不见得用在自己身上就合适，唯有经过完整的考虑与评估，才能选出适合、安全、方便的辅具。而正确熟练的使用辅具，且具备保养与维修的习惯，并持续追踪使用后的状况，才能安全、安心而长久的使用辅具。照顾者的心态也应适时给予鼓励、耐心提供练习机会，千万不要有「使用辅具太麻烦，我帮他做比较快」的不耐烦心态，以免剥夺个案参与日常活动及养成生活自立能力的机会。

主要参考文献

辅具资源入口网（2018 年）。辅具产业专区—辅具产品（图片列表）。取自：

https://repat.sfaa.gov.tw/07product/pro_a_list.asp

毛慧芬、张嘉纯、林佳琪、王素琴、李宗伊、蔡丽婷、张绮芬、陈莞音（2017）

• 高龄生活辅具应用（二版）• 台北市：华都。

Angelo, J., & Lane, S. (1997). Assistive technology for rehabilitation therapists. Philadelphia: F.A. Davis Co.

Anson, D. (2001). Assistive technology. In L.W. Pedretti & M. B. Early, Occupational therapy: Practice skills for physical dysfunction (5th ed.). Missouri: Mosby.

Cook, A. M., & Hussey, S. M. (2002). Assistive technologies: Principles and practice (2nd ed.). St. Louis, MS: Mosby.

Creel, T. A., Adler, C., Tipton-Burton, M., & Lillie, S. M. (2013). Mobility. In H. M. Pendleton & W. Schultz-Krohn (Eds.), Pedretti's occupational therapy: Practice skills for physical dysfunction (7th ed.). St. Louis, MS: Mosby.

Forti, D. (2013). Activities of daily living. In H. M. Pendleton & W. Schultz-Krohn (Eds.), Pedretti's occupational therapy: Practice skills for physical dysfunction (7th ed.). St. Louis, MS: Mosby.

Jasch, C. R. (2002). Adaptive aids for self-care and child care at home. In D. A. Olson & F. DeRuyter (Eds.), Clinician's guide to assistive technology (5th ed.). St. Louis, MS: Mosby.

Kiernat, J. M. (1991). Occupational therapy and the older adult. Gaithersburg: Aspen.

Mann, W. C., & Lane, J. P. (1995). Assistive technology for persons with disabilities (2nd ed.). Bethesda: American Occupational Therapy Association.

Miskelly, F. G. (2001). Assistive technology in elderly care. Age and Aging, 30, 455-458.

居家作业治疗 - 香港长者服务的经验

注册作业治疗师 刘志豪

作业治疗于美国刚刚渡过 100 岁的生日。100 多年前，大部份作业治疗都是发生于医疗机构内，社区及居家层面接触较少。随着时间及环境的改变，作业治疗师在不同范畴都发挥不同角色，促进伤病者复原及重投生活。其中一个非常重要的发展部份，是如何让病者在家中，在社区，在工作单位以及消闲时都能发挥自己的能力，享受生活，以及感受生活的意义。这个版块中，就是社区及居家作业治疗的角色所在。

世界人口急速老化，中国大陆，香港及台湾亦不例外。根据联合国资料显示，于 2017 年，全球 60 岁或以上人士大约 9 亿人，并估计于 2050 年会倍增至 21 亿人。中国大陆于 2017 年有 2 亿 60 岁或以上的人口(占总人口的 16%)；香港为 160 万位(占总人口的 23%)；台湾为 460 万位(占总人口的 20%)。同时供养比例愈来愈大，表示年青人在供养长辈方面会更吃力，因此如何让长者积极生活，安享晚年及减少残疾，是每个国家都需要面对及努力的事情。

作业治疗强调人的生活价值及独立性，并于自理、日常生活、工作以及消闲四方面得到充份的发挥。作业治疗师透过不同活动，让长者了解、认识、训练、学习各种不同的生活技能，并适当地配合环境的设置以及角色上的转变，从而掌握自己的生活，减低对照顾人员的依赖，成为社会上有能力的一分子。根据『个体、环境以及角色模式』(Person-Environment-Occupation Model)，只要长者的其中一个部份出现缺陷时，其生活表现就会受到影响。这个模式除了适用于患病的长者（如脑卒中、认知障碍症、跌倒等）个案外，作业治疗会用这个思考方向来评估一般长者的能力，并制定相关及个人化的治疗训练方案，提升及改善生活。



长者除在医疗机构接受职业治疗外，更重要的是他们能否在回到家中及社区时，都能发挥应有的能力及角色。如上文所说，长者不一定要进医院或医疗机构才能接受治疗与训练，强化他们现有的能力亦是作业治疗师发展的范畴，配合现时世界崇尚的积极活跃晚年潮流，亦是解决人口老化危机的治本良方。

作业治疗师在居家及社区工作，拥有相关的医学知识外，亦要对社区环境、住屋环境，不同种类的辅具有认识。大部份时间，作业治疗师都是在外面工作，更考验独立思考能力及应变能力。另一个与医疗机构不同的情况是，每位长者的家中及社区环境各有不同，对一名长者有效的介入方法，可能对另一长者没有用，治疗器材上亦没有太多，作业治疗师需要灵活地因应实际情况作出介入，活动分析 (Activity Analysis) 就能让作业治疗师因应个别长者的需要，设计不同的治疗方案。

作业治疗师于长者家中提供服务前，应先了解长者的情况。这个可透过医疗记录，电话查询，预约长者到机构初步面谈获取。作业治疗师在这阶段可初步了解长者的能力与期望，并在到访时更有效工作。到达后，作业治疗师应根据实际情况，评估长者的身体机能，包括身体、认知、自理、生活等能力，并需为家中环境进行有关的量度工作，了解长者的日常生活与环境是怎样。作出治疗及建议前，亦需向家人或照顾人员查问照顾状况，因为他们是面对长者最长时间的人，意见非常重要。常见的治疗介入方案包括肢体训练、认知训练、自理训练、辅助配置及教育、环境改造、照顾者教育等等。其中环境改造是一个较大的版块，根据 PEO 模式，良好的环境有利长者；恶劣的环境对长者有害。香港职业治疗学会出版了一本环境改造的指引，可供参考，作业治疗师亦会根据实际情况为长者作改善建议。



教授辅助工具的使用



安装安全扶手及建议清洁用品安全放好



居家作业治疗能提升长者的自理、生活、活动能力，但对有健康危机的长者来说，说服他们及让他们明白当中的意义是较有挑战性，需要作业治疗师的详细分析及说教才可成事。随着人口不断老化，作业治疗的介入让长者活得更更有价值，成为社区中的重要一员，各作业治疗师应努力推广，并与医疗机构的人员作紧密沟通，使整个过程更全面及以长者为本。

参考文献：

联合国网站：“World Population Statistics”，Page 23-25，取自：
https://esa.un.org/unpd/wpp/Publications/Files/WPP2017_KeyFindings.pdf

Graff, M. J. L., Vernooij-Dassen, M. J., Thijssen, M., Olderikkert, M. G. M.: “Effects of Community Occupational Therapy on Quality of Life, Mood, and Health Status in Dementia Patients and Their Caregivers: A Randomized Controlled Trial”, The Journals of Gerontology Series A Biological Sciences and Medical Sciences 62(9):1002-9 • October 2007

帕金森症的作业治疗

黄洁汶 香港沙田威尔斯亲王医院 一级作业治疗师

作业治疗

在我们专职医疗上，「作业」是指我们日常生活上所有要做的事。自理、读书、工作、消闲等等都是作业。由婴孩到成年到老年；由做儿女到工作到做父母；由有能力工作赚钱到退休；我们都有不同的角色配着不同的作业须要。就算是健康或有病，我们每天都要实践在生活上不同的有意义作业。帕金森病患者及其家人也不例外，每天都要在生活上做不同的作业。

作业治疗糅合艺术及科学，为各病患者设计针对性治疗活动及训练，让病患者从活动中学习适应技巧，改善他们的生理和心理，克服病患引致的残障，激发病患者的潜能，从而达致最大的独立能力，以生命影响生命。

帕金森症

这个退化症会引致患者大脑逐步失去控制身体活动的机能，四肢肌肉会变得愈来愈僵硬，动作变得缓慢，继而失去自我照顾活动能力。因患病表征的表现，使一般人不容易了解帕金森症病人。例如病患者的脸孔木无表情，其实背后是有着非常清醒的头脑；又例如病患者的动作缓慢及僵硬，其实他们也渴望继续拥有活动自如的正常生活，与伴侣、家人及朋友一起外出及交往。患者除了渴望与人沟通外，还需要爱和关怀，但是基于以上种种因素，他们的心理健康容易受到影响，会容易患上焦虑及抑郁，封闭自己的身心灵，而自我封锁。

处理帕金森症的作业治疗

帕金森症患者由早期到后期对的生理及心理变化，及他们及其家人的担忧，衍生较多的负面情绪及能量。患者可以透过作业治疗来帮助他们重新协调日常生活，建立患者的社交及消闲活动，以及减轻家人的心理负担。



作业治疗之预防跌倒的建议

帕金森症患者在行动上会出现的症状包括僵硬、四肢颤动及开步困难等，令身体行动不便。而且会因为身体转动缓慢，容易失去平衡，导致他们容易跌倒，继而受伤。很多时候，因为跌倒意外增多，患者会减少外出次数，避免跌倒受伤的机会。而且在心理及情绪上容易出现急躁、焦虑及恐惧，睡眠质素下降，并且影响社交。但只留在家里也不可以完全避免跌倒，反而会因缺乏应有的运动锻炼而令其活动能力逐渐地变得更差。无论在家居或室外，若能参考以下建议，患者便可以尽量减低跌倒的机会，从而避免受伤的风险。

在家居环境：

(1) 在走廊、房间及厕所位置，要保持室内光线充足，避免因昏暗环境而造成绊倒的风险

(2) 要避免过多杂物或家具存放，保持家居整洁。不要放置太多椅子或杂物在走廊或房间内，并增加室内空间，令患者容易看清楚室内环境，避免绊倒



(3) 不要摆放地布在厕所或厨房，因为帕金森症患者走路时难以举步，而且碎步行走，地布则被容易踢起而绊倒患者，制造危险。家人也可以考虑购买有防滑物料的地毯代替地布

(4) 地面要保持干爽，地板上的积水便要尽快抹干，避免患者滑倒

(5) 家具（包括床、椅）、衣物及常用对象要放置适合高度，方便患者触及，不要过高或过底，否则当患者在拿取对象时便会容易失去平衡，引致跌倒意外

在户外：

(1) 避免人多挤逼的街道及繁忙时间，减少被途人撞倒的机会

(2) 在商场及乘搭铁路时，患者可选择乘搭升降机并避免使用扶手电梯，因为扶手电梯的速度可能会令患者紧张，而且他们缓慢的肢体活动能力也未必能够跟上扶手电梯的速度，继而令患者失去平衡而跌倒

(3) 当患者肢体平衡逐渐变差或有多次跌倒意外时，我们会建议患者用拐杖或步行支架帮助他们走路，增加他们的平衡力，而且让途人留意到他们较行动不便，

减低被撞跌的机会

作业治疗之日常生活辅助器具的建议

帕金森症患者除了有动作缓慢、僵硬等症状外，亦会常有颤抖情况。这些症状会往往为病患者带来生活上的不便，例如穿衣服、饮食、写字及社交生活等等。

穿衣服：

身体僵硬及有限的四肢活动能力及其幅度会令帕金森症患者穿衣服遇上困难，包括穿上衣、裤子及鞋袜。患者可尝试使用穿衣辅助器，这些辅助器会为他们带来方便及增加他们的自主能力。这些辅助器均有长柄，可以帮助关节活动幅度减少而引致的穿衣问题。例如患者可以利用穿衣辅助器来勾扣上衣的领口位穿袖，然后手执长柄往背后一拉，患者便可以把上衣穿上。至于穿袜子时，患者可以先把袜子套在穿袜辅助器上，再利用旁边的长绳把穿袜器放到地上，然后再将脚穿入穿袜器内，把旁边的长绳拉上，便可轻易地穿上袜子了。另外穿鞋时，亦可使用穿鞋辅助器，亦即「鞋抽」，患者便不需弯腰或蹲下来穿鞋。



饮食：

手部颤抖会令患者在饮食过程中遇到困难，例如用汤匙剩载食物送到口中时已溅出食物，不但令弄脏餐桌，也会令他们在参与社交活动时感到尴尬。在这情况下，患者可以选择用加重餐具进食。加重餐具包括汤匙及餐叉，可减少手部颤动的情况，使患者较容易把食物送到口中进食，减少溅出食物。



写字：

因为手部颤动及动作僵硬，往往令帕金森症患者书写时遇到困难，例如笔划不清或字体越写越细小。这个时候患者就可选择用笔套加重及加粗的笔干，增加

书写时的控制程度及减少颤抖的情况，特别在签署文件时，起了很大的帮助。

其它日常生活上的辅助：

帕金森症患者会因行动不便而容易跌倒。特别在洗澡时或上厕所时容易发生意外。患者可以考虑在厕所浴室安装扶手，或使用大便冲凉椅及浴缸板。这些辅助器具可帮助患者安全及方便地进出浴缸，减少意外发生。另外，患者也可以放置大便椅在床边，这样，当晚上有如厕的需要时，便能省却步行至厕所的路程，减少如厕跌倒的机会，直至第二天早上清洗大便椅盆便可。



此外，患者常有困难执拾丢在地上，或从高处取对象的问题。其实患者可以使用长柄执拾器帮忙他们捡起地上，或从高柜取出对象，减少他们在弯腰蹲下或爬高时跌倒的机会，从而减少家居意外的发生。

以上是本人对帕金森症患者各种辅助器的款式及设计的建议，详情可以向你们的作业治疗师查询，选购最合适的辅助工具。

为帕金森症患者及其家人来说，要被社会接纳及重新适应是非常困难，也是一个漫长的挑战。能在日常生活中及重投社交的路程上保持积极性，便可以帮助患者增加独立性及提升其生活质素。作为专业的作业治愈师，我们要尽力协助患者发挥最大的技能，帮助他们有尊严地过有意义的生活。

阿兹海默症的作业治疗

吴鸿顺 社区职能治疗师

阿兹海默症是具两种以上的认知障碍，并以记忆功能持续恶化的疾病，也是失智个案中常见的诊断，好发于 65 岁以上的长者，发病过程缓慢且不可逆，早期会先丧失短期记忆力，中期之后甚至可能出现谵妄、情绪问题，并且逐渐丧失

身体机能而无法独立从事日常生活活动。当出现以下十大警讯时，要特别注意罹患阿兹海默症的可能：

- 影响日常生活的记忆力改变
- 计划事情或解决问题有困难
- 在家中，工作场合，或是休闲活动中完成熟悉的工作有困难
- 对时间或地点感到困惑
- 对了解视觉影像和空间关系有困难
- 说话或写作的用字上出现新困难
- 对象放错地方且失去回头寻找和重做的能力
- 判断力变差或减弱
- 退出工作或是社交活动
- 情绪和个性的改变

职能治疗是以全人观点帮助个案的专业，透过有目的的活动，重新建立生活，予以个案发挥功能的机会，因此协助阿兹海默症个案时，除了传统的认知复健外，个案的小区生活层面则会从以下几点提供建议，包括：「记忆退化」、「时间安排」、「沟通表达」以及「友善环境」。

※记忆退化

阿兹海默症个案，他们的记忆会像拼图一样，一片一片失去，因此需要藉由”多元提示”的辅助方法来协助记忆，例如口头提醒、图卡或文字提示等，以居家刷牙为例，可以帮助患者把牙刷和牙膏拍成照片，贴在洗手台上，作为放置牙刷牙膏的视觉提示，请照顾者带着患者实际做过，并且要重复练习几次，同样的方法也可以运用在衣物的整理，利用图片或图卡，帮患者把衣服、袜子等放在相对应的位置。

※时间安排

阿兹海默症个案日夜颠倒，作息混乱，常是照顾者的大难题，若照顾者还有经济负担，容易出现上班时间精神不济，或休息不足身心疲累的现象，建立失智症个案在时间安排上的规律，实在有其必要。由于个案判断时序错了，导致他们在”错误的时间进行正确的活动”，例如晚上要起来整理头发？建立时间认知并配合 24 小时制的电子钟提醒正确时间，为加深记忆，一样可以运用视觉提示的

策略，在日历上注明时间。

此外，为了避免个案因为没有适当的体能消耗量，导致生理机能影响睡眠，所以适量的居家运动是有必要的，建议可以利用”作息检核表”帮忙安排每天的例行活动。

*沟通表达

个案早期仍会有人际互动的需求，鼓励多参与小区活动及和朋友聚会，职能强调”参与”，从参与中学习并获得肯定，逐渐的，也会影响生活及环境的参与度，有效改善情绪起伏。

与个案沟通时要注意以下策略，

1. 互动时要字词清楚、每一次只要交待一件事情，等待完成后再交代另一件。
2. 处理因为症状造成的问题时，要先了解了解个案的行为源自疾病，而非故意捣蛋，所以不要正面对质和冲突，尤其家属常会因为症状影响被个案误会偷钱、没煮饭、或被害妄想，都会想要当面解释，冲突和情绪都会比较容易产生，会建议家属冷静、试着先退一步、转移注意力，等到病患情绪平稳后再尝试重新沟通。
3. 建议所有照顾者的态度、方法及沟通方式要有一致性，不要为了补偿照顾上的缺席，都会顺着个案，尽量满足要求，结果打破一些已建立的原则，搞乱原先的规律，造成主要照顾者的困扰。

※友善环境

卫教家属关于照顾个案常见的问题，让他们及早准备相关因应策略：

1. 个案病识感不佳，要想办法说服个案就医治疗，藉由权威医师或关键人物，用一个她们可以接受或在意的理由，例如：带她去看别的疾病，或是找她陪家人一起去看病，也许这时候，投其所好的善意谎言也并无不妥。
2. 个案认知会随着时间退化，藉由专业协助可减缓退化的速度，新闻报导里常有长辈出门后迷路的事件，像说为了买一颗西瓜，整整迷路了9个小时无法回家，记忆力减退还容易影响安全的判断，因此必须注意居家用火用电的安全；可以鼓励长辈将标有联络方式的识别手环或标签随时配戴在身上，为了减少抗拒，或增加意愿，手环可以和佛珠串在一起，就更不容易忘记戴，这

样她们外出时，会更加安全。

3. 个案自我照顾能力会逐渐退化，未来需要照顾者协助的部分会更多，包括：用餐、盥洗、如厕、穿脱衣物等等。这些也可以寻求职能治疗师给予活动简化调整、环境改造、省力原则、辅具使用等等的建议。在熟悉稳定的生活环境中安排规律做生活作息：对个案而言，熟悉的环境有安全感，有助于建立及参与规律的生活作息，同时肯定个案的表现和藉由交付个案简单任务学习新能力，都可以有效减缓退化的进程。
4. 照顾者的压力会因退化程度与日俱增，包括：工作、时间、体力与金钱，常会影响照顾者本身的家庭进而造成压力，也需要喘息，因此照顾的责任必须和其它家属建立一个支持网络，一起分担，减轻负担，不再逃避照顾的责任。

每位个案都是独特的，建议掌握以上照顾原则，共同建立友善、支持的环境，设计以个案为中心的个别化计划，都将帮助个案减缓退化的进程，进而让照顾者及个案都能获得生活质量的提升。



老年慢性阻塞性肺病作业治疗

南京医科大学第一附属医院 侯红

慢性阻塞性肺疾病（chronic obstructive pulmonary disease; COPD）是指以气流阻塞为特征的慢性支气管炎、支气管扩张、支气管哮喘以及合并的肺气肿等，是指具有进行性的气道阻塞的慢性肺疾病的总称。该病是呼吸系统疾病中的常见病，更是老年病中的常见病。

由于大气污染、吸烟人数增加及快速进入老龄化社会等因素，慢性阻塞性肺疾病在国内有逐年增加的趋势。

慢性阻塞性肺疾病会给患者带来严重的呼吸问题。首先由于疾病的病理生理变化，患者在呼吸过程中的有效通气量降低，呼气末残留在肺部的气体增加，影响了气体的吸入；其次长期慢性炎症的刺激，呼吸道分泌物增多且引流不畅，也影响了肺部充分的气体交换；第三就是大部分慢性支气管炎患者年龄偏大，伴有不同程度的驼背，支撑胸廓的肌肉、韧带松弛，导致胸廓塌陷。加之肋软骨有不同程度的钙化，都会限制胸廓的活动，导致肺通气量下降，使有效呼吸减低；此外由于肺气肿的病理改变，限制了膈肌的活动范围，影响了患者平静呼吸过程中膈肌的上下移动，也减少了肺通气量。患者为了弥补呼吸量的不足，往往在安静状态以胸式呼吸为主，甚至动用辅助呼吸肌（如胸大肌，斜角肌，斜方肌等），这就形成病理性呼吸模式，从而造成正常的腹式呼吸模式无法建立，更进一步限制了患者的有效呼吸。

慢性阻塞性肺疾病所致的肺功能受损，迫使一些患者长期卧床，造成肌肉萎缩和无力，从而丧失了日常活动能力和工作能力。此外患者由于长期处于供氧不足、呼吸困难、咳嗽、胸闷、气短、气促等症状中，以及对疾病产生恐惧、焦虑、忧郁的心理，严重干扰患者的休息，睡眠。给患者带来极大的心理压力和精神负担，统计显示有 96% 的 COPD 患者有失能的焦虑。严重的阻塞性肺疾病最终会引起心肺功能衰竭。

慢性阻塞性肺疾病是一个不可逆转的病理生理和精神病理学过程，所以治疗不能仅限于急性加重期的成功抢救和对症治疗，而应通过循序渐进的康复治疗来减轻病痛，改善功能和提高生活质量。在康复治疗团队中作业治疗师可利用自己

的专长，如通过作业活动分析，选择适合患者能力的日常活动和职业训练；指导有效的能量节省技术；提供适当辅助器具及相应的环境改造方案等减轻患者的心肺负担和精神压力，改善日常生活自理能力，恢复工作能力。具体作业治疗内容如下：

一、作业治疗教育

在治疗的同时让患者了解有关疾病的知识，是控制疾病，延缓疾病发展的重要手段。患者应该了解所患疾病的基本知识，包括药物的治疗作用和用法及副作用，以便患者自我照顾。花粉，飞沫，灰尘，清洁剂，烟雾，寒冷等，都是不良刺激因素，会影响病情。指导患者掌握正常的呼吸方式和养成良好的呼吸习惯，管理好自己的呼吸道。保持所处环境的空气清新和通畅，每天开窗，开门，保持空气通畅，减少呼吸道感染的机会。另外强调戒烟和避免被动吸烟，也有助于减少呼吸道分泌物，降低感染的危险性。指导患者及陪护拍背、排痰体位；指导陪护照看技巧；宣教康复介入的重要性，让患者及其身边的人能积极接受康复治疗。

二、早期呼吸技巧训练

指导患者进行腹式呼吸，由鼻子吸气，噘起嘴唇，慢慢吐气，尝试将吐气时间拉长成吸气时间的两倍，加强呼吸肌力量。训练时可让患者将手放于腹部，用心体会：当从鼻子吸气时，肺中充满空气，感觉自己腹部微微隆起；当噘起嘴唇吐气时，感到自己的肚脐贴向脊柱方向。重复以上步骤，直到感觉相当顺畅。也可以通过相应的作业活动训练，如练习吹气球、口琴、口哨、笛子等；或让患者用直径，长度不同的吸管插入深度不同的水杯用力吹泡泡；或吹不同距离的乒乓球、点燃的蜡烛等（见图 1-3）。注意训练过程中若有晕眩感或无力感产生时，即刻停止练习。



图 1 吹气球



图 2 吹气泡



图 3 吹纸条

三、上肢肌力的训练

由于上肢肩背部很多肌群既是上肢活动肌，又为辅助呼吸肌群，如胸大肌，胸小肌，背阔肌，前锯肌，斜方肌等均起自肩带，止于胸背部。当躯干固定时，辅助肩带和肩关节活动；而上肢固定时，这些肌群又可作为辅助呼吸肌群参与呼吸活动。常用提高上肢肌力的作业活动包括：

1. 在无支持下做上肢高于肩水平的各种活动，如投球（见图 4），高处取物，利用体操棒做高度超过肩部水平的各个方向的练习（见图 5），高过头顶的上肢套圈练习。



图 4 投篮



图 5 体操棒



图 6 手摇车

2. 练习手摇车（见图 6），以无阻力开始，逐渐增加阻力和延长时间，以运动时出现轻度气急气促为宜。

3. 室外活动可根据患者的兴趣选择划船，游泳，园艺，打保龄球等以上肢抗阻为主的活动。活动量以出现轻微的呼吸急促及上臂疲劳为度。



图 7-8 园艺活动

四、全身耐力的训练

患者可选择低、中等强度的步行，骑车，游泳，体操，健身舞蹈，游戏，家务劳动，陶瓷工艺制作等。每项活动开始进行 5 分钟，休息适应后逐渐增加活动时间，当患者能接受 20 分/次的活动后，即可以增加运动强度。每次运动后心率至少增加 20%~30%，并在停止运动后 5~10 分钟恢复至安静值，或活动至出现轻微呼吸急促为止。对于严重的慢性阻塞性肺疾病患者，可以边吸氧边活动，以增强活动信心。一般每周 3~5 次，每次 1~1.5 小时。一次运动训练应分热身活动，训练活动，整理活动三部分进行，热身活动及整理活动以缓慢散步及体操为宜，时间为 5~10 分钟。

五、日常生活活动能力训练

主要是教会患者，如何将正常呼吸模式即腹式呼吸与日常生活协调起来，如何正确运用呼吸，增加呼吸的信心，避免生活中的呼吸困难。练习要求：身体屈曲时呼气，伸展时吸气；上楼梯或爬坡时，先吸气再迈步，以“吸一呼一呼”对应“停一走一走”；如果要将物品放在较高的地方，则先拿好物品同时吸气，后边呼气边将物品放在所需位置。一些一次吸呼无法完成的活动，则可分多次进行，必须牢记吸气时肢体相对静止，边呼气边活动。如患者使用吸尘器时，在将吸尘器往前推时应该配合吐气，而拉回吸尘器时应该吸气。当出力抬起重物时应该搭配吐气，以避免闭气造成胸腔内压增加，引起一连串心跳及血压的不良反应。

六、节能技术的运用

包括工作简化、辅助器具提供、环境改良技术等。如活动前先对活动进行计划安排，包括活动节奏的快慢程度、活动强度的轻重交替、活动中期的间隙休息等。活动中坐着比站着省力；经常用的东西放在随手可拿到的地方，避免不必要的弯腰，转身，举臂，前伸；提较重的东西尽量用推车，而推比拉省力；活动时动作要连贯缓慢，有一定的休息间隙。也可建议患者简化工作，如于洗澡后直接穿上浴袍，来代替以毛巾擦拭全身，以节省体能；从事上肢活动时教导患者支撑自己的手臂，如梳头、刷牙、刮胡子、化妆时将手肘放于桌面上（见图 9-10），也可以使用电动器具如电动牙刷以节省能量。必要时提供合适的辅具（见图 11），如弯腰绑鞋带或穿鞋袜可能会造成呼吸短促，此时弹性鞋带、长柄鞋拔或穿袜器将有助于患者执行这些活动。

另外日常活动中要求患者注意选择合适，舒适的体位，让头、颈、肩背部、肢体位置恰当，有依托，减少这些肌肉长时间紧张。另外可以一边听音乐，一边进行活动。在完成某项活动时，要充分放松那些无用肌，以保存自己的体能。



图 9 手臂支撑下刷牙



图 10 手臂支撑下梳头



图 11 拾物器

七、娱乐休闲活动训练

COPD 患者常在执行完日常生活活动后便已经没有剩余的体力了，因此从事休闲娱乐对其而言变成一种奢望。此时作业治疗师可以评估患者病前喜欢从事的休闲活动，并分析该活动是否能够经由调整后以符合患者的能力。治疗师也可以提供患者关于其居住的小区中适合参与的活动信息。有时患者在参与活动时可以建议找陪伴者在身边，使活动更可行（见图 12-13）。



图 12 打麻将



图 13 下象棋

八、压力处理

没有办法获得足够空气的感觉是令人相当害怕的,当患者感觉到快呼吸不过来时常会惊慌失措,此时治疗师应教导患者如何处理突如其来的呼吸短促,以降低恐惧感。当呼吸困难情况发生时将身体往前倾斜,双臂摆放于桌面上,让膈肌较易呼吸,同时搭配前面提过的呼吸技巧,帮助患者放慢呼吸的步调。另外教导患者关于处理压力的技巧,帮助患者以心理想象当情况发生时如何能让自己平复下来。

由于慢性阻塞性肺疾病严重威胁患者的健康问题,因此在计划作业治疗介入时需要相当注意。在早期活动中需以血氧计监测血液中的氧含量,若患者血氧浓度低于 90%,则需考虑提供氧气。活动当中及时测量患者心血管或肺脏对运动的反应。关于心肺疾病训练中的禁忌及注意事项也都应整合在治疗计划中。

老年性骨关节炎的作业治疗

陈娟(撰),朱毅(校) 海南医学院第二附属医院

骨关节炎(Osteoarthritis, OA)是一种慢性关节疾病,也称骨性关节病或退行性关节病,其最主要的特点是疼痛和关节功能减退,多发生在中老年人群,女性多于男性。预计到 2020 年,随着预期寿命的延长和人口老龄化,OA 将成为第四位致残原因。骨关节炎在 ≥ 40 岁的人群患病率为 10%-17%, >60 岁的人群患病率为 50%,而 >75 岁以上人群则高达 80%。骨关节炎的发生主要与人体机能退化、过度肥胖、炎症、创伤、关节过度使用、代谢障碍及遗传等因素有关,好发于负重大并且活动较多的关节,如髋、膝、手(远端指间关节、第一腕掌关节)、足(第一跖趾关节、足跟)、脊柱(颈椎、腰椎)等关节。

在老年群体中,骨关节炎的发生了影响了老年人的身心健康,并严重影响了老年人的生活质量。老年性骨关节炎的作业治疗主要目的是帮助患者预防并发症,减少疼痛,维持关节活动度和提高生活质量。

1 作业治疗在早期骨关节炎中的作用

(1) 预防关节的废用和改善睡眠 骨关节炎发生的早期,关节出现肿胀,

疼痛并影响睡眠，关节活动受限等症状，患者通过减少关节活动来减轻疼痛。早期的作业活动可以使患者减轻疼痛，增加关节的活动，改善因疼痛引起的睡眠障碍和预防关节废用。

(2) ADL 活动能力训练和功能锻炼维持关节正常的活动范围，提高 OA 患者参与日常生活的能力，减轻疼痛并增加 OA 患者外出活动机会，维持或改善患者的交际能力。

(3) 帮助患者尽早回归家庭和回归社会。

2 老年性骨关节炎的作业治疗评估

(1) ICF (国际功能、残疾和健康分类) 评定，评定身体功能和结构的损害 (疼痛、活动度、肌肉力量减弱、协调功能减退)，评定活动功能的受限程度 (移动、抓握物体、日常活动) 和参与受限 (职业表现、家庭关系、娱乐和休闲、社交生活)，情境因素的改变 (环境和个人因素—健康行为、应对策略、并发症、年龄和性别) 和生活质量。

(2) 日常生活活动能力评估 使用改良 Barthel 指数评估老年人日常生活能力，发现老年人在必须的日常生活活动中是否存在困难，改良 Barthel 指数评定内容，包括修饰、洗澡、进食、穿衣、大便控制、小便控制、用厕、转移、步行和上楼梯。总分 100 分，得分越高，独立性越强，依赖性越小。使用功能独立性评定评估老年人的自理能力、括约肌控制、转移、行走，交流和社会认知，发现问题，并制定干预措施。功能独立性评定涵盖了改良 Barthel 指数的评定内容，另有对交流能力和社会认知方面的评估。

(3) 关节疼痛评定：疼痛会影响人的情绪、心理和生活满意度。疼痛的评定包括 McGill 疼痛问卷 (McGill Pain Questionnaire) 和视觉模拟评分法 (visual analogue scale, VAS)。

(4) 社会功能和居住环境的评估 主要包括了患者的经济情况，家庭成员等社会支持系统，明确可以照顾和支持患者的人员，了解照料者的心理和经济负担情况。

(5) 心理评估 老年患者容易因自身机能的减退和身份的转变，产生焦虑、忧愁、不安等消极的情绪，进而出现食欲不振、睡眠障碍等问题，进一步地影响其身健康，出现恶性循环。

(6) 关节活动范围、神经、肌肉的评定：采用目测或器具测定关节活动的范围、肌力、肌张力、耐力、深浅感觉、本体感觉的评定。

(7) 平衡能力、移动能力和跌倒风险的评估 下肢骨关节炎的患者，可能存在平衡能力下降、移动能力受限和跌倒风险增加，使用 Berg 平衡量表，移动能力评定(modified rivermead mobility index, MRMI)量表，MORSE 跌倒评估表(表-1)、Hendrich 跌倒风险评估表评估患者的平衡能力、移动能力和跌倒风险，制定相对应的治疗措施。

表-1 MORSE 跌倒评估表

评定的日期								
时 间								
病人曾跌倒(3 月内)/视觉障碍	没有=0 有=25							
超过一个医学诊断	没有=0 有=15							
使用助行器具	没有需要=0 完全卧床=0 护士扶持=0 丁形拐杖/手杖=15 学步车=15 扶家具行走=30							
静脉输液/置管/使用药物治疗	没有=0 有=20							
步态	正常=0 卧床=0 轮椅代步=0 乏力/≥65 岁/体位性低血压=10 失调及不平衡=20							
精神状态	了解自己能力=0 忘记自己限制/意识障碍/躁动不安/沟通障碍/睡眠障碍=15							
得 分								

3 老年性骨关节炎患者的作业治疗方法

(1) 急性期的炎症治疗 急性期的骨关节炎患者主要表现为红、肿、热、痛,此时期可适当的休息和减少患侧关节的负重活动,进行一些物理因子疗法,如冷疗。疼痛最明显时可采取卧床或使用辅助器具等措施减轻疼痛。但长时间的制动或过多休息会引起关节僵硬,肌肉萎缩,因此适当的活动有利于血液循环,预防关节僵硬和肌肉萎缩。在此时期选择避免关节疼痛加重的活动,下肢 OA 的患者,可通过手杖的使用减少下肢的负重,手 OA 患者急性期,采取增加手指的关节活动,比如简单的抓握训练和手指的内收外展训练,有利于维持手指的关节活动度。

(2) 疼痛和活动受限的治疗 复杂的日常生活活动会加重 OA 患者的关节压力,作业治疗的目的是简化日常生活的活动和工作,减轻关节的压力,调整肌肉的力学方式、使关节受压减小达到减轻关节疼痛的目的,并在日常生活中训练防止 OA 的复发。有一项系统回顾和 Meta 分析指出,相应的物理治疗和作业治疗的干预对 OA 患者的疼痛恢复有一定的效果。

(3) 肌肉力量和肌肉耐力下降、肌张力增高的治疗和预防跌倒 主要的原因是疼痛减少了活动量导致了肌肉的废用性肌萎缩;张力增高或反射性痉挛影响了肌肉正常的活动,进而导致肌力降低。下肢的力量和耐力减退容易造成摔倒。从解剖-生理层面,主动肌和拮抗肌的协调用功,可以更好地增强肌力,降低肌张力,维持关节的稳定性。作业治疗目的是通过作业活动分析,对患者所期望恢复的合理目标进行动作分析、制定治疗思路、计划执行等,使用正确、科学、适度的作业活动,保持肌肉的灵活性,并保持适当的肌力及张力。预防摔倒在力量增强和稳定性提高的同时,调整生活方式:①上下楼梯时尽可能的使用扶手,尽量少走或不走过陡的台阶和过高的楼梯。②走路时步态保持平稳,行走速度要慢,避免携带沉重物品行走。③尽量不去人多的地方,雨后避免外出活动。④睡前避免饮水过多导致夜间经常起床,床旁尽量放置小便器。⑤不在无人的地方独自活动。

(4) 日常生活活动的训练 由于疼痛,肌力和肌肉耐力下降,导致日常活动能力减退。合理有效的作业活动可以提高 OA 患者的 ADL 能力,维持患者的关节活动度,减少关节疼痛,提高患者的稳定性。

(5) **膝关节炎治疗** 膝关节 OA 好发的部位。膝关节炎患者可进行有氧活动。有氧活动包括行走、慢跑、蹬功率自行车、打太极拳等，是一种持续时间较长的耐力性运动，运动强度一般是低中等强度。OA 临床指南中，髌和膝 OA 患者主动进行有氧运动干预方法的循证等级为 Ia 级，已有随机对照试验的系统综述证实。有氧运动训练可以减小下肢负荷，从而起到减轻疼痛的作用。

4 合理饮食和体重管理 不良的饮食习惯对体重的控制有非常大的影响。体重过重，加重了关节的负担。减轻体质量是 KOA 患者减轻疼痛和减少残疾的 1a 级证据，国际骨关节炎研究学会（OARSI）强烈推荐减轻体重。基于 Meta 回归分析发现，残疾会因患者体质量减轻超过 5.1% 得以明显改善。减轻体重是最有效的非药物干预措施，包括脂肪和热量的限制。

5 能量节约技术 改造家庭环境，适应疾病需要；使用合适的辅助装置或者在最佳的体位完成 ADL 活动；劳逸结合；保持良好姿势；对于病变关节，可在消除或减轻重力的情况下进行，使用能量节约技术，可以提高完成 ADL 活动的效率，并且可以在活动中更好的保护病变关节。

6 心理情绪管理 大多数的 OA 患者都会存在抑郁、焦虑的状态。适当的进行心理辅导和心理支持疗法，为患者解释疾病的发病机制和治疗原理，使患者明白只要坚持就好的结果，有助于预防和控制疼痛和关节活动障碍。相反不良的情绪会导致病情没有好转甚至导致病情加重。让患者减轻或者消除焦虑心理，以积极的态度面对疾病。在精神运动康复中，良好的情绪管理可以给自己带来信心，去尝试和适应疾病后新的情境，获得基本的安全保障，并通过实际的情境良好的调整和改善自己。

总结

社会的发展和进步，人们的生活水平和质量在不断的提高，人类的平均寿命不断的延长，老年人在整个社会的人口比率也在不断的增长，老年性骨关节疾病也持续增多，老年性的骨关节疾病严重影响着老年人的生活，降低了老年人的生活质量。作业治疗从疾病的发生发展，躯体功能，心理情绪，社会功能方面来治疗和提高老年人的生活质量。更重要的是，作业治疗在疾病早期介入，使患者的功能得到最大限度的恢复。

参考文献

- [1] Occupational Exposures and Osteoarthritis A systematic review and assessment of medical, social and ethical aspects. SBU assessments. September 2016
- [2] Woolf AD, Pfleger B. Burden of major musculoskeletal conditions [J]. Bull World Health Organ, 2003, 81(9) : 646 — 656.
- [3] 2010 骨关节炎诊断及治疗指南. 中华风湿病学杂志 2010 年 6 月第 14 卷第 6 期.
- [4] 窦祖林 . 作业治疗学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2008: 1.
- [5] 袁普卫, 杨威, 康武林, 张晓亮, 陈斌. 骨关节炎的康复治疗研究进展[J]. 风湿病与关节炎, 2016, 5(02): 63-67.
- [6] 王丽春, 闫彦宁. 活动分析-作业治疗的评价基础[J]. 中国康复医学杂志. 2010, (3) .
- [7] Bernhard Aebischer, Simone Elsigand Jan Taeymans. Effectiveness of physical and occupational therapy on pain, function and quality of life in patients with trapeziometacarpal osteoarthritis - A systematic review and meta-analysis. Hand Therapy 2016, Vol. 21(1) 5 - 15.
- [8] Zhang W, Moskowitz RW, Nuki G, et al. OARSI recommendations for the management of hip and knee osteoarthritis, Part II : OARSI evidence-based, expert consensus guidelines[J]. Osteoarthritis Cartilage, 2008, 16(2): 137-162.
- [9] Christensen R, Barrels EM, Astrup A, et al. Effect of weight reduction in obese patients diagnosed with knee osteoarthritis: a systematic review and meta-analysis [J]. Ann Rheum Dis, 2007, 66 (4) : 433-439.
- [10] Philippe Scialom、Francoise Giromi、Jean-Michel Albaret: 精神运动康复学教材基本概念

全髋关节置换的作业治疗

成都市第二人民医院康复医学科 罗伦 王孝云

全髋关节置换术不仅能解除患者髋关节疼痛，而且能改善和恢复髋关节功能，从而提高患者的生活质量，已广泛应用于股骨头缺血性坏死、股骨颈骨折、股性髋关节炎、类风湿性关节炎、强直性脊柱炎等疾病的治疗。而术前及术后的康复治疗对提高患者的髋关节功能及生活质量起着重要作用，作业治疗作为康复治疗的重要组成部分，也扮演着重要角色，在患者接受全髋关节置换术的前后，作业治疗师可以提供以下服务。

一、术前

1. 在患者接受手术前进行髋关节禁忌动作及院内和家居安全教育，作业治疗师应对患者、家属和照顾者进行术后髋关节禁忌动作教育以及院内和家居安全教育，并为其提供《全髋关节置换教育手册》。



(1) 患侧腿术后需要遵守的三条基本原则包括：

- 屈髋不能超过 90 度。
- 内收不能超过中线。
- 内旋不能超过中立位。



院内安全

11

当您独立或者在辅助下，完成您的日常活动时，请遵守您的医疗团队给您的髌关节禁忌教育。

12

在准备上（下）床之前，请确保房间有合适的光线。



13

如果您需要紧急帮助，请使用床边的电铃呼叫护士，如果呼叫器无法使用，请大声喊出。

14

确保椅子的高度足够高后才可以坐下，可向您的治疗师咨询您所需的椅子高度。

15

把您的辅具放在床边以方便取用。

16

把您需要的物品放在身侧，这样您就可以避免旋转您的身体去后方取物，例如，如果物品放在您床旁桌子上，您可能很难够到物品。

17

请不要弯腰去拾取地上的物品，如果有需要，可以使用取物器。

18

注意地板或者周围可能导致您跌倒的障碍物，这些障碍物包括：各种电线、错放的家具以及在地板上的水或其他可能打滑的物质。

19

如果您的治疗师告诉您只能够使用轮椅，请千万不要试图行走。



20

如果您的治疗师告诉您行走时需使用助行器/手杖等辅具，请您务必在每次走路时都使用。



21

如果您的治疗师告诉您必须在有帮助下行走，请您千万不要独自走动。

22

请穿有防滑功能并且可以包住脚趾和脚后跟的鞋类。如果没有合适的鞋请不要随意走动。



23

请不要使用蹲厕。

家居安全—常用窍门

- ✔ 确保从您的卧室到厨房、卧室到浴室的路是通畅的。
- ✔ 清除房间的杂乱物（包括松动的电线），因为这些可能会绊倒您或您的家人。
- ✔ 请移掉地板上易滑动的地毯或将地毯固定在地板上。
- ✔ 请保持电话随时在您身旁。您可以使用无线电话或手机，确保一有紧急情况，能够通过电话寻求帮助。
- ✔ 确保在起床之前可以开到灯，并且确保当你在家里走动时，沿途都有良好光线。
- ✔ 您出院回家后，请安排好去到社区杂货店和其他您需要去的地方的交通。
- ✔ 在您出院前，治疗师会检查您的完整的家居安全清单。



2. 辅具的选择和使用

辅具的选择和使用的方法教育是患者从伤者到安全独立进行日常生活活动之间的桥梁。

辅具

以下是您可能用到的辅具清单，您的治疗师也有根据您的情况推荐一些特别的辅具。



垫子



长柄浴花



弹性鞋带



长柄鞋拔



穿袜器



长柄夹



坐便椅



马桶增高器（有扶手）



马桶增高器



坐便器扶手



墙上的扶手



洗澡凳



防滑垫



助行器（两轮）



助行器（四轮可坐）



轮椅



腋拐



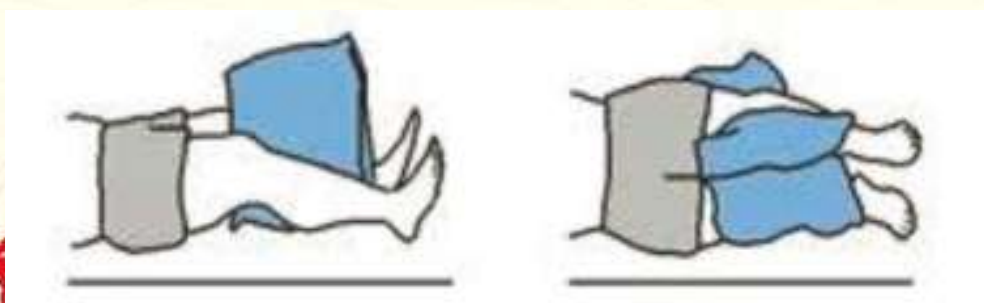
手杖

如果您看完这本小册子上的信息有任何疑问，请您联系您的治疗师。

3. 生活自理活动方法教育

（1）床上体位转移：

侧卧位时请在双腿之间放一个硬枕头，确保这个枕头沿着腿的长轴放置并且可预防双腿交叉。当从侧卧位翻身时请不要旋转/扭动髋关节，需要夹着枕头并把身体作为一个整体来翻转。避免通过身体前倾去拉被子，可以使用取物器来完成这个动作。



(2) 上厕所:

在得到医生的允许之前,患者不能使用蹲厕。治疗师评估患者情况推荐适合使用的厕所类型。并告知患者及家属适合的坐厕坐高。转移时使用辅具走到厕所,并且转身使腿后方靠到马桶/坐便器。把做过手术的一侧腿伸到前面。双手放在一个稳定的面上或者厕所扶手上,然后身体轻柔缓慢地坐到厕所上。



(3) 离开厕所:

身体移到坐厕边缘,伸直手术侧的腿并且保持健侧腿屈曲。把手臂放在厕所扶手或者一个稳定的平面上。站起,在站稳之前不要去抓助行器,因为助行器可能会翻。

(4) 穿衣和整理衣橱:

确保所有的物品都放在容易够取的位置,例如放在肩关节和髋关节水平线之间的范围内。拿取位置过高的物品容易失去平衡,导致跌倒。可请他人帮助整理衣橱的衣物,将常用的衣物放在躯干至头顶范围让患者能够不用弯曲身体或者旋转髋关节就可以够到衣物。

如果无法重新摆放房间的物品,请使用取物器取低处、远处物品。保持取物器不离身或放在方便拿取的位置,这样,患者可以随时用它来拾取地上或高处的任何物品。(可以挂在助行器上,挂在手腕,挂在墙上);坐在一个牢靠的,高度合适的平面上(例如椅子、床缘)穿衣。

使用辅具安全穿脱裤子、鞋子、袜子的示意如下:



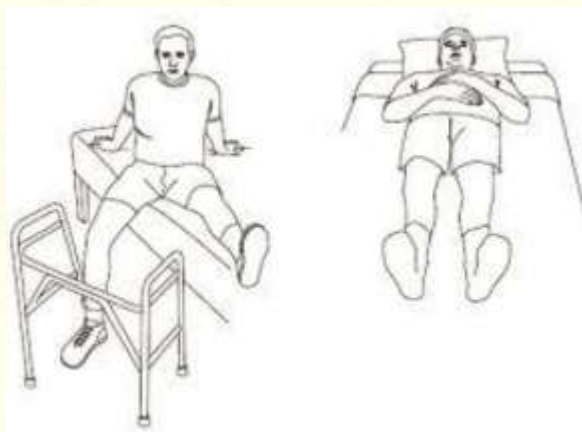
(5) 沐浴：进入浴室/浴缸

每个人浴室设置是不同的，例如，患者家里可能有一个浴缸。作业治疗师可以根据家居的独特环境，为患者提供合适的辅具及安全建议。此外，治疗师可以在医院帮助患者练习转移，这样回家后患者就可以安全进出浴缸。

如果有需要，可以让照顾者站在一旁提供帮助，特别是头几次沐浴时。如果是独自沐浴，请把手机放在塑料袋里带进浴室。这样，如果遇到紧急情况时可以打电话求助。在浴室放置防滑垫，防滑垫要覆盖所有可能打湿变滑的地方。定期检查防滑垫边缘有无翘起。墙上安置扶手，帮助患者在湿滑的地面保持平衡，预防跌倒。建议患者坐着洗澡，座椅要带有靠背，洗澡时要面对向花洒。使用长柄海绵，避免洗背部时旋转身体以及洗脚时弯曲身体。在洗浴前把水打开，避免坐下后髋关节屈曲再身体前倾去拧水龙头。起立前用取物器持毛巾擦干脚，确保所有洗浴用品都放置在身边合适的高度和位置，这样可以避免患者通过弯腰、前倾或者旋转身体才能够使用到这些物品。

(6) 起床：

从床上坐起时保持双腿合拢并伸直在身体前方。坐到床边时不要用健侧腿帮助患腿，以防双腿交叉，而是要把患侧腿顺着床沿滑动。把患侧腿伸直向前。手用力推床面顺势站起。在站稳之前，不要去拿助行器。



(7) 上床：

背向床边移动直到感觉到腿碰到床沿。把患侧腿向前伸直。手扶着床面，身体慢慢向床沿坐下。慢慢的躺下，手支撑在床面上，身体后倾再移动双脚到床面。注意保持膝不要高过髋关节。如果无法将患侧腿抬上床面，不要用健侧腿去帮助，而要用辅具帮助患侧上床。这个辅具可以是一个毛巾或者类似的东西，或者向照顾者寻求帮助。

(8) 座椅的选择：

选择一把稳固的、结实的带扶手的椅子。带轮子或者摇摆椅子不适合术后患

者。理想的情况是椅子有两个扶手。请确保椅子有足够的高度，保证坐下时髋关节屈曲少于 90 度。座位高度应该达到或高于患者的膝盖。如果座位不够高，可以在上面加上一个硬垫子。治疗师会测量患者的下肢，给出适合患者情况的座椅高度。

(9) 坐到椅子上：

背靠向椅子移动直到腿碰到椅子。请把手术侧的腿稍微向前伸直。双手向后抓住椅子扶手，然后缓慢坐下。

(10) 从椅子上站立：

先把患侧伸直向前，用双手支撑站起。在站稳之前，不要去拿助行器。



(11) 坐到没扶手的椅子上：

从侧方接近，背靠向椅子直到腿碰到一面。把患侧腿向前伸直。首先，一只手摸在椅子座位上，另一只手放在靠背上，然后身体缓慢向下坐在椅子上。确保肩、膝和足在一个方向上，缓慢转动身体到正前方。

(12) 从没扶手的椅子上站起：

身体转到椅子侧方，患腿放在前方，一只手扶着椅子的靠背，另一只手放在座位上。双手支撑站起。在站稳之前，不要去拿助行器。

(13) 上下楼梯：

治疗师可帮患者确保爬楼梯的安全，所以治疗师需了解患者在家里和在社区里使用的楼梯情况是非常重要的。一般的技巧包括：保持楼道清洁，没有垃圾和其他物品。确保楼道光线良好。确保扶手都牢牢地固定在墙上。确保梯面不打滑。如果患者需要手杖才能安全上下楼梯，确保手杖放在楼梯附近。请记得先用健侧上楼梯，然后再用患侧腿上到同一级台阶。下楼梯时，请先用患侧腿下楼梯，再用健侧腿下到同一级台阶。

4. 家居和社区活动教育

(1) 备餐:

①尽可能多地坐着完成——当切菜或者准备其他食物时，坐在椅子上完成，可以节约能量和减少跌倒的可能性。如果要洗碗碟，可以坐在水槽边的高椅上。如果下面有橱柜门，在坐下前打开柜门可让患者双腿舒适的放置。

②避免弯腰取物——重新整理橱柜和冰箱的物品，使常用的物品放置的高度处于髋部和肩部水平线之间，确保没有因为过高或者过低无法拿到，来保证髋关节的安全，预防跌倒。将锅碗瓢盆放在燃气灶的旁边，而不是放在低架上或者橱柜里。如果储存物放置的位置低于髋关节水平线，请使用取物器来拿取。方法步骤或使用正确方法来取物：把手撑在稳定的平面，把手术侧腿伸到身体后方（保持伸直），然后重心放在健侧，屈膝弯腰取低处物品。

③从一个地方到另一个地方取物——可以考虑在橱柜面上滑动物品，而不是试图拿起它们，因为在使用手杖/助行器时拿着物品会不安全，而且也容易弄掉物品，也可以在助行器上绑上袋子，或穿一个有大口袋的围裙；袋子和围裙可以帮助携带物品，同时在患者走路时解放双手。

④额外的安全考虑——尽量使用自动开关电器，且尽量避免使用燃气灶加热食物或者烧开水，这是保持患者安全的有效方法之一，如小件自动开关电器包括微波炉、电水壶和电饭煲等。

(2) 洗衣:

可能的话，可以请照顾者或者家属帮助完成。如果患者需要独立清洗衣物，请遵守以下的小窍门。

需使用辅具行走时，可通过把要洗的衣物挂在助行器上或者放在身上的袋子里携带，这样能让患者在使用助行器或者拐杖时解放双手。每次洗少量的衣物，这样移动时更加安全。将衣物放进洗衣机和从洗衣机取出时，请将衣物放在洗衣机旁边的桌子上，不是放在地上，从而避免屈曲髋关节。如果从洗衣机取出衣物，需要屈髋超过 90 度，请使用取物器或者患脚跪地取物。如果手洗衣物，确保水龙头的位置和洗衣服地方高于髋关节水平线。如果晾衣物时，请观察晾衣物的位置，确保从洗衣机取出衣服，到晾衣物时没有髋关节的扭动活动；可以改变晾衣物的位置，或者通过转动整个身体来转身，从而避免髋关节的扭动活动。

(3) 扫地:

当扫地时,很容易不小心扭到髋关节。可以通过身体和腿的同时移动和每次打扫一小块地方来避免髋关节的扭动。使用一个长柄的扫帚是保护髋关节的一个很好的方法。

(4) 拖地:

当拖地时,很容易不小心扭到髋关节。可以通过双脚和身体同时移动来避免髋关节的扭动。选择一个不需要弯腰及能通过挤压或甩干等方式拧干的拖把。把拖把放在水槽下冲洗而不是一桶水里,因为提起一桶水倒掉不仅非常困难,而且不安全。

(5) 购买生活必须品:

如果可能,请照顾者或者家属帮忙采购重的或者大件的物品。观察所需物品的位置,避免旋转和弯腰,当所需物品放置在高处货架或者低处货架时,在杂货店里寻求帮助。使用购物车来转运物品。当带着货品回家时,把它们放在桌子上或者橱柜上整理,避免弯腰从地上拾起它们。当放下货品时,请记住身体和脚一起移动,避免髋关节的扭动。

(6) 交通和驾驶:

在准备再次开车前,请问医生目前的状况开车是不是安全的。如果在车里面要坐较长的时间,应该每小时都停车并下车活动一会儿,拉伸下肢。尽量不要使用公共交通,这不安全。因为其他人可能不会注意到患者需要髋关节的禁忌动作;有些公交停靠的位置距离站台不够近;有些线路的座位很少,当这些公共交通工具急停或转弯时,可能会跌倒。如果需要出行,请使用私家车或者出租车。避免使用摩托车或者电动摩托车,请尽量坐在小汽车前排乘客位置,给双腿更多的空间。如果车里的座位特别低,请增加坐垫高度来确保安全的屈髋角度,治疗师需告知患者所需的坐垫高度。在汽车的座位或者坐垫上铺放一个大塑料袋,他能减少摩擦使患者更容易转移。每次上车或者下车前,要求司机远离路沿停车。

若患者有特殊的交通工具,治疗师指导患者正确地上下车辆的方法。

(7) 上车:

背向车座椅,患侧腿向前伸直,手向后伸找一些可以用手抓着的物件,如仪表盘,车座靠背等。不要抓车门,因为它不是稳定的。身体慢慢朝车座椅下降,

把腿留在车门外。避免车撞到头，慢慢地坐在车椅上。
把腿抬进车内，如果患者独自抬起患侧腿有困难，可以寻求帮助；当帮助者帮患者把腿移进车内时，请帮助者不要把膝盖抬到高于髋关节。



（8）下车：

打开车门，把腿放到地上。如果完成这个有困难，请寻求帮助来移动患侧腿。并且教帮助者不要把膝盖抬到高于髋关节的位置。把身体移到车座边，避免上半身前倾或者屈曲过髋关节。把腿放在地上。保持使患侧腿伸出身体前方，屈曲健侧腿的膝部。把右手放在后方车座上，左手放在汽车仪表盘上或者车门上（如果车门是稳定的），手向下用力支撑站起。请不要拉助行器来帮助站起，因为助行器是不稳定的，可能翻转。直到站稳之前，不要使用助行器。

（9）其他活动

在得到医生的允许之前，需要避免高冲击力的活动，例如竞技体育，沉重的工作或家务。

（10）散步：

散步对患者来说是一个很好的运动形式，随着能力的提高，可以独自地做更多的事情。请记住，当需要长距步行或者去户外时，可能需要一个特殊的步行辅具。治疗师提供步行辅具的建议，以保证患者的安全。

（11）性行为：

如果患者计划恢复性生活，需要记得髋关节的 3 个禁忌动作。如果不能确保体位的安全，则应咨询治疗师。如果感到突发不适或者髋关节疼痛，应立即停止活动。

二、术后一周

1. 继续加强髋关节禁忌动作宣教，进行床上体位转移训练，在助行器辅助下的床椅转移、如厕、步行训练，正确使用鞋拔、穿袜器等辅具进行穿衣等 ADL 活动，活动中使用髋关节保护姿势。

2. 与团队其他成员及患者和家属讨论并制定出院计划：出院时以何种方式进行 ADL 和 IADL，出院后的角色、家庭支持和家居环境。

3. 评估患者是否需要家访，如需要家访，在制定出院计划时，需与患者讨论家居环境评估的目的。患者是否需要家访服务可通过以下决策树来判断：



说明：

1：评估病人目前和过去在完成自我照顾、生产性活动和休闲活动方面的功能情况。

2a：由治疗师按照计划完成 OT 的干预措施，但出院计划中不需要考虑环境改造。

2b：考虑病人是否有可靠而有责任的照顾者来实施治疗师建议的环境改造方案。

3：考虑病人或照顾者是否能充分理解治疗师的口头指示或建议，并明白如何进行必要的改造。

4a: 向病人或照顾者提供照片式家访量表, 并指导他们如何完成该表格。

4b: 进行家访。

*在家访评估的时候向患者或照顾者提供关于家居环境改造的建议和指导。

5: 在照片式家居评估或家访后, 治疗师可以考虑使用不同的工具进行环境改造的教育, 例如:

*辅具推荐小册子

*资源销售清单

*防跌倒清单

三、术后两周

1. 继续上周的 ADL 训练, 逐渐进行双拐辅助下的上下楼梯训练。

2. 回顾并完善出院计划: 回顾目前的 ADL 方式是否与出院计划预期一样, 并进行针对性的分析和训练, 分析目前的功能情况与出院后的角色和家居环境之间的差异和解决办法。

四、术后三周

1. 继续加强 ADL 训练, 逐渐进行轻体力的 IADL 训练 (在医院里模拟出院后家居环境, 进行家居活动练习)。

2. 针对出院计划中有困难的问题进行强化训练或寻找代偿方法 (如当患者不能完成家务活动时, 需和患者讨论回家后将如何应对, 当患者不能够使用辅具独立完成自我照顾时, 是否有照顾者能帮忙)。

3. 与患者讨论出院时乘坐交通工具的注意事项: 选择何种交通工具, 坐在车上保持怎样的姿势利于髌关节保护, 如有需要, 提供上下车辆的转移教育。

五、术后四周

1. 继续强化 ADL 和 IADL 训练。

2. 复习并牢记髌关节注意事项。

3. 患者完成出院前家居安全和防跌倒检查清单, 完成家居环境自评量表并将信息反馈给治疗师, 治疗师根据问题提出环境改造建议 (对有需要的患者, 也可进行实地的家访和指导), 或在医院模拟出院后家居环境, 进行相应的 ADL 加强训练。

卧室

- 在床边有电灯或台灯的开关，半夜醒来不用起床就能够开灯。
- 在床边有电话，需要求助时可拨打。
- 我知道，我需要慢慢下床来保持平衡。
- 从床上到浴室/厕所通道通畅。
- 衣柜或抽屉里的东西我很容易够到，不需要大的弯腰或往前够太远。
- 床的高度允许我能够很容易站起来。

客厅

- 我有稳固的带扶手的椅子或带硬垫的沙发，我坐下时不会陷入椅子里。
- 若沙发不合适，我有稳定的桌子和稳固的扶手椅可供使用。
- 椅子/沙发的高度允许我很容易站起来。
- 没有易绊倒我的电线或电话线。
- 家居的摆放易于我和步行辅具的移动。

总体的安全

- 在电话旁有一个急救电话簿，以防我需要求助。
- 地毯不滑动，我不容易跌倒或绊倒。
- 我有灭火器和烟雾探测器。
- 若摔倒，电话放在我可够及的地方。
- 我总是可以在走进屋子之前就开灯。

厨房

- 灶台开关标记清楚，我能够看清开和关的位置。
- 做饭时，我不靠在炉子边缘，以防我的衣服或皮肤碰到煤气炉的火。
- 经常用的东西（食物、碟子等）在我容易够到的地方，我不必向上伸太高或弯腰太低。
- 我尝试使用自动转换的小家电，以防我不记得关掉（微波炉，电热水壶）。

如果你还有什么关于家居安全的问题，请联系你的作业治疗师。

髋关节置换患者可能在家里或社区发生很多事故，清除不安全因素可以减少这些事故的发生。您应该学会通过安全的家居活动和家居布置，来预防跌倒，确保安全。请跟治疗师一起回顾这个检查清单，并和您的家人或照顾者分享，让他们事先为您准备好安全的家居环境，保证安全回归家庭生活。

户外的安全性

- 我要避免去户外黑暗的路。
- 我尽量走安全的和平坦的路。
- 在不好的天气我避免外出（下雨、炎热、寒冷、大风）。
- 过马路时小心谨慎，尽量在有交通灯和斑马线的地方过马路。

鞋袜

- 不管在家还是外出，都穿防滑且可以包住脚后跟的鞋子。
- 我的鞋是很舒服、低跟、很适合我的，并能给我好的支撑。

楼梯

- 楼梯有足够的灯光。
- 楼梯上没有杂物。
- 楼梯扶手稳固。
- 爬楼梯时，确保我的整只脚踩在台阶上。
- 爬楼梯时，我能清晰地看到每个台阶的边缘。

浴室（厕所）

- 浴室地板不滑。
- 我有防滑垫铺满浴室的地板。
- 浴室足够的光线。
- 如果在浴室发生事故，我能够求助。
- 若我活动有困难，有辅助器具来帮我如厕和洗澡。



家居安全和防跌倒检查清单

4. 让患者观看髋关节注意事项宣教视频，并确保其掌握正确的日常生活活动方法。

5. 治疗师检查出院清单，确保已完成了自己应尽的责任、提供了所有必需的作业治疗干预。出院清单内容如下：

（1）患者具有良好的髋关节保护意识；

（2）患者可独立使用辅助器具（鞋拔、穿袜器、拾物器）用正确的姿势完成自我照顾活动；

（3）患者可完成较轻的体力活（如，做饭、洗衣、清洁等）；

（4）确定患者的家居环境适合进行自我照顾活动；

（5）评估是否需要家访。如需要家访，在制定出院计划时，需与患者讨论家

居环境评估的目的；

(6) 与患者讨论出院时乘坐交通工具的注意事项；

(7) 跟康复团队讨论出院计划（例如为在家中进行训练做准备等）。

六、术后五周（出院后一周）

1. 对患者进行回访（家访形式），跟进患者辅具使用情况及家居环境建议的执行情况。

2. 了解患者实际的日常生活活动情况，针对相应问题进行指导。

通过以上全方位的作业治疗服务，作业治疗师可帮助全髋关节置换患者最快地实现生活自理及重返家居和社区生活，从而最大限度地提高其生活质量！

[参考文献]

[1]许益家, 李慧芬. 医-护-康复协作模式在全髋关节置换患者中的应用[J]. 当代护士（中旬刊）, 2016, (2):39-41.

[2]成都市第二人民医院, 香港复康会联合制作. 作业治疗出院计划必备工具箱（针对全髋关节置换术后患者）, 2014.



个案报告:康复医师统筹下以作业治疗为主导的出院计划促进患者合理出院探讨

-----以髋关节置换术为例

成都市第二人民医院康复医学科 罗 伦, 李 攀

患者入院即应为其做好出院计划,这已是国际共识。但是在目前国内的综合医院(这里主要讲三级)康复医学科里的患者,要做到“合理出院”,是非常困难的。所谓合理出院需要满足四个方面的条件,即:医务(含医、治、护)人员认为可以;住院时间在临床路径或医院制定的时限标准内;如果需要转介下级机构,上级机构经评估后认为下转的机构满足条件,且下级机构能够并愿意承接;患者及家属接受医院的建议。

在我国,由于客观条件限制,大多数医院需要将住院时间作为重要的考核指标,要求缩短住院时间,并将住院时间控制在满足临床路径或者医院给出的住院时限内(即前述的第2个条件),至于患者最终是否顺利的回归家庭、社会,重建身心健康、幸福、愉快的生活,则少见报道。为了真正实现患者的合理出院,我科从出院计划的安排、康复服务体系内的合作互动对促进患者合理出院作了持续的探索,这里以髋关节置换术的患者为例,简要报道出院计划的安排和患者合理出院的过程。

一、基本信息

患者蒋婆婆,女性,72岁,2017年11月16日因车祸致右股骨颈骨折(头下型),11月18日转入我院骨科住院治疗。患者性格较急,是家里的主心骨;老伴有心脏病、高血压,不会做家务不会做饭;女儿常年在外地工作无法照顾。家住三楼,无电梯。

二、康复过程

患者入院后,康复医师统筹康复团队,对患者进行全面评估后,制订康复治疗计划,并初步确定出院目标、出院计划。康复过程如下:

1. 术前康复(2天,11月18日-11月19日)

康复医师协调骨科医师与骨科康复前移治疗组的治疗师,经过评估和讨论

后，确定康复目标为：预防并发症（下肢静脉血栓等）；让患者及其家属对疾病、治疗、康复等有了解。据此，为患者制定的初步康复治疗计划包括：① 下肢踝泵活动，10 个/组，2 组/小时；② 股四头肌等长收缩练习，10 个/组，2 组/小时；③ 臀肌等长收缩练习，10 个/组，2 组/小时；

2. 手术：患者于 11 月 20 日行右髋关节置换术，术后安返病房。



手术前

手术后

3. 术后 康复

患者的术后康复按照我科此前出版的《髋关节置换术出院计划工具箱》实施。

3.1 术后第一、二天（11 月 21 日-11 月 22 日）

骨科床旁治疗师进行评估显示，改良 Barthel 指数（MBI）20 分，表现为日常生活能力极重度依赖（仅大小便可控制）。第一天的康复治疗重点是日常生活穿衣、进食指导训练，强调防跌倒并贯穿住院阶段始终，这也是出院回家必需需要自己完成并注意的。

3.2 术后第三、四天（11 月 23 日）

患者诉头晕，神经内科会诊后诊断为耳石症，给予对症处理。患者康复治疗的主动性减弱，训练的量和时间锐减，陪护的照顾量增加。这些症状的出现是康复治疗中的影响因素，使得康复治疗并不是只按工具箱就可以顺利完成，并且加重了患者病人的角色，若不及时处理会延误出院时间。

3.3 术后第五天（11 月 25 日）

家属反映患者自己不剥橘子而是让家属剥，日常生活依赖性较强，且患者及家属都想知道患者什么时候可以自己上厕所。我们分析后认为，患者每天穿着病号服，治疗师来指导时，她下床做训练；治疗师不在时，她会整天呆在床上接受照顾，且基于患者的虚弱，治疗师没有太积极地给予如厕等日常生活活动的训练。

这些都加深了“病人”的角色。由于如厕问题既关乎患者的隐私和尊严，也是影响患者出院的重要因素，而骨科床旁治疗师不是专业的作业治疗师，因此，在发现这种情况后，即刻将患者的如厕训练需求转介给作业治疗师，作业治疗师开始介入。



作业治疗师在床旁指导患者进行穿衣训练

3.4 术后第六天（11月26日）

患者诉心慌、心累，测量心率 100-110 次/分，完善相关检查，经心内科会诊后诊断为窦性心动过速，因患者较为虚弱，大部分时间都卧床休息。此时，康复治疗团队经过讨论，决定放缓康复治疗的进度。

3.5 术后第七天（11月27日）

作业治疗师再次对患者进行评估，结果显示 MBI 为 65 分，日常生活能力中度依赖（进食、穿衣、入厕、个人卫生、床椅转移、步行较前进步）。经康复医师统筹协调，在确保身体状况安全的情况下，作业治疗师指导家属帮助患者换上自己的衣服，并提供马桶凳开始在骨科病房卫生间进行真正的入厕训练。经过约 4 次练习后，患者基本掌握入厕方法及注意事项，在护工少量帮助下可自行完成入厕。作业治疗师进一步告知家属提供家里坐便器的尺寸，以便给予坐便器的改装计划，这是患者回家安全如厕的保障。同时，采用训练用阶梯开始指导患者进行上下楼梯的训练，为出院回家做准备。



换上自己的衣服如厕训练



上下楼梯

3.6 术后第八、九天（11月28-11月29日）

患者诉夜间休息差，服用安眠药物后无明显改善，有乏力感，伴纳差、腹泻，不能完成训练。康复医师协调中医师给予中药调理，并联系消化内科及心内科会诊处理，未发现明显异常。心理治疗师行焦虑抑郁评估，结果显示患者心理状态正常。由于康复医师在处理患者内科状况时花费一些时间，可能导致出院时间的推迟。

3.7 术后第十至十三天（12月1日）

经过前述处理，患者腹泻缓解，精神好转，考虑腹泻原因可能是因患者较为节约，习惯吃剩饭剩菜，食用前又未能充分加热。经康复医师及治疗师提醒患者及家属注意后情况有所改善。

随着患者基础情况的好转以及角色的调整，康复治疗团队开始为患者进行出院前的准备，告知患者及家属拟安排在拆线后1-2天出院。作业治疗师指导患者及家属学习髋关节置换康复宣教视频，并根据患者家属提供的家中坐便器尺寸即给予坐便器的改装方案。



3.8 术后第十四至十六天（12月4日）

伤口拆线后，作业治疗师再次评估 MBI 为 78 分，日常生活能力轻度依赖（洗澡和上下楼梯完全依赖），同时患者仍诉头晕、心慌，家里的马桶增高器未到货，需要请一位做家务的照顾者也没到。针对这种情况，康复医师建议患者暂缓出院，并组织召开了多专业讨论。

作业治疗师（家访具体实施者）认为，患者有良好的家庭支持，回家后有照顾者辅助完成日常活动。因在日常生活中比较强势且喜欢做家务，为防止过早过急参与家务，提高患者回家后参与日常活动的安全性和独立性。准备在患者出院前家访，提供家居环境评估，患者正确使用辅具完成活动的指导等。根据患者家属提供资料：1. 家里马桶较矮，家属已购买马桶增高器，还未到货；处理：在增高器安装前，作业治疗师提供合适的坐便椅在家使用，待增高器安装可以使用后归还。2. 患者现行走活动需助行架辅助，处理：作业治疗师提供助行架给患者在家使用，1 月后跟进患者功能情况决定是否调换辅具。骨科床旁治疗师认为可以在目前治疗的基础上考虑增加：1. 强化神经肌肉控制训练，但要注意训练强度。2. 出院前加强户外步行训练、家居适应训练等。心理治疗师反馈患者性格多抱怨，容易关注负面信息，但她心里是清楚自己好转的不错，所以出院前的心理准备是让家属经常给一些好的暗示，以调整心态。中医师则建议可继续调整患者的饮食、二便，睡眠，促进精力恢复，为出院及回家做好准备。经过讨论，小组决定由作业治疗师为患者进行一次出院前的家居探访。

3.9 术后第十七至二十天（12月7-10日）

作业治疗师进行家居探访发现，马桶增高器仍然未到，计划出院时先借坐便椅给患者使用，待患者家中的坐便器改装完成后返还。评估室内环境后，嘱咐家属不要过早让其参与家务劳作，在家中有门槛的位置做出标识，提醒患者注意防跌倒的细节；调整家中厨房物品摆放位置，便于患者在厨房时保护患者的安全（患者爱好烹饪）；计划向患者出借助行架，待患者可扶肘拐行走后返还。



家访评估如厕环境

3.10 术后第二十一天（12月11日）

作业治疗师再次评估 MBI 为 83 分，洗澡需要大量帮助，上下楼梯需要少量帮助，步行需监护，穿衣需少量帮助。当天照顾者到位，马桶增高器安装完成，患者及家属很高兴地接受出院安排。作业治疗师陪同患者回家，整个出行过程给予患者及家属详细的宣教和指导。



上下车



上下楼梯



坐便器改造



该患者总共住院时间 20 天。出院后 1 个多月时，我们对患者进行了一次家访（2018 年 1 月 16 日），患者可扶单拐（肘拐）行走，日常生活基本自理，并

可进行少量家务活动，如烹饪、洗衣等。

回顾该个案的整个治疗过程，我们发现：

1. 康复医师统筹下的多专业合作使康复治疗能够有序进行；

2. 尽早地进行患者角色调适对促进患者生活方式的重建有着十分重要的作用；

3. 床旁康复治疗师应该具备全面综合评估和治疗的能力，强化对重建生活为本的认识，及时转介给作业治疗师精准训练；

4. 作业治疗师在出院计划的实施中起着关键的作用，尤其是出院过程的最终完成；

5. 作业治疗师出院后随访对跟进患者辅具的更换、家务活动的参与，重建与原来相近或调整后的生活，并赋予其内容获得充实、愉快、有意义的专业指导。

6. 人工关节置换术的标准住院日按照临床路径标准是 14-21 天（2016 卫计委版），但临床路径并不能照顾很多细节，而人是同时兼具生物-心理-社会三重特性，这就决定了细节是会影响住院时间的，也因为这些细节的存在，按照髋关节置换康复工具箱的步骤实施也不一定都很顺利。

因此，康复医师统筹下以作业治疗为主导的出院计划促进患者合理出院是非常优化的方法。当然，在该个案中还有许多可改进的地方，提早家居探访的时间、督促患者家中坐便器的改造和照顾者的到位，应可将患者的出院日期再提前，将住院时间缩短到 20 天以内。



助行架改为肘拐
开始做少量家务活动

2018 年 2 月

老年人跌倒的预防

徐艳文 伍尚锟

宜兴九如城康复医院

跌倒是威胁老年人健康和独立生活的主要原因^[1]。据统计，在美国每年有约三分之一的 65 岁以上的老年人经历过一次跌倒，而且，有过一次跌倒经历的老年人再次发生跌倒的风险会增加两到三倍。跌倒所导致的伤害可以是很严重的。跌倒是导致老年人受伤的首要原因，10 次跌倒当中会有一次导致严重的受伤，例如髋关节骨折或头部受伤而需要入院治疗。除了身体和精神上的痛苦外，很多老年人需要至少一年以上的恢复时间，有些人甚至从此以后不能再次独立生活。跌倒甚至可以是致命的。每年至少有 25000 位老年人因为一次的跌倒事故而导致死亡。众所周知，中国是世界上人口最多的国家，据国家统计局 2017 年最新数据，中国 65 周岁及以上人口已达到 15831 万人，那么如果依据国外的经验，在中国每年发生跌倒的老年人数将高达 5000 万以上。尽管没有更多的权威数字告诉我们因为跌倒而住院的人数及造成的经济损失，但是我们相信这绝对是一个惊人的数字。尽管跌倒并不罕见，而且发生的如此频繁，同时跌倒的后果可以非常的严重，但是，对于老年人来说，跌倒不是不可避免的。有大量的研究证明，老年人确实会随着年龄的变大而增加了跌倒的风险，但是，跌倒是可以预防的^[1]。所以，提升对于跌倒风险的认知是预防工作的第一步。

那么，想要了解如何预防跌倒，第一步是理解到底有哪些跌倒的风险因素。简单来说跌倒的风险因素可以分为三大类。

第一类称为生物的风险因素，包括肌肉力量的下降、平衡功能的障碍、视觉的变化与缺失、足部的感觉障碍、患有慢性的疾病如关节炎、卒中后遗症等、或是所服用药物产生的副作用如头昏、低血压等。这类风险因素在老年人群中是经常出现的，是老年人首先并且需要重点关注的内容。

第二类称为行为上的风险因素，如长期的不活动或因疾病原因制动、一些危险的行为例如在冰面行走或在无人帮扶的情况下站在凳子上、以及酗酒。这类风险因素发生在特定的老年人身上，如果老年人存在上述情况，应当予以重视。

第三类称为环境因素，像过道过于杂乱导致绊倒，地面湿滑，光线不足，楼

梯没有扶手，公共活动场所路面不平整等等均会增加跌倒的机会，这类风险因素的存在最为普遍，而且有时很难通过个人的力量排除，必须通过组织层面来进行环境改造，才能尽量减低跌倒的风险。

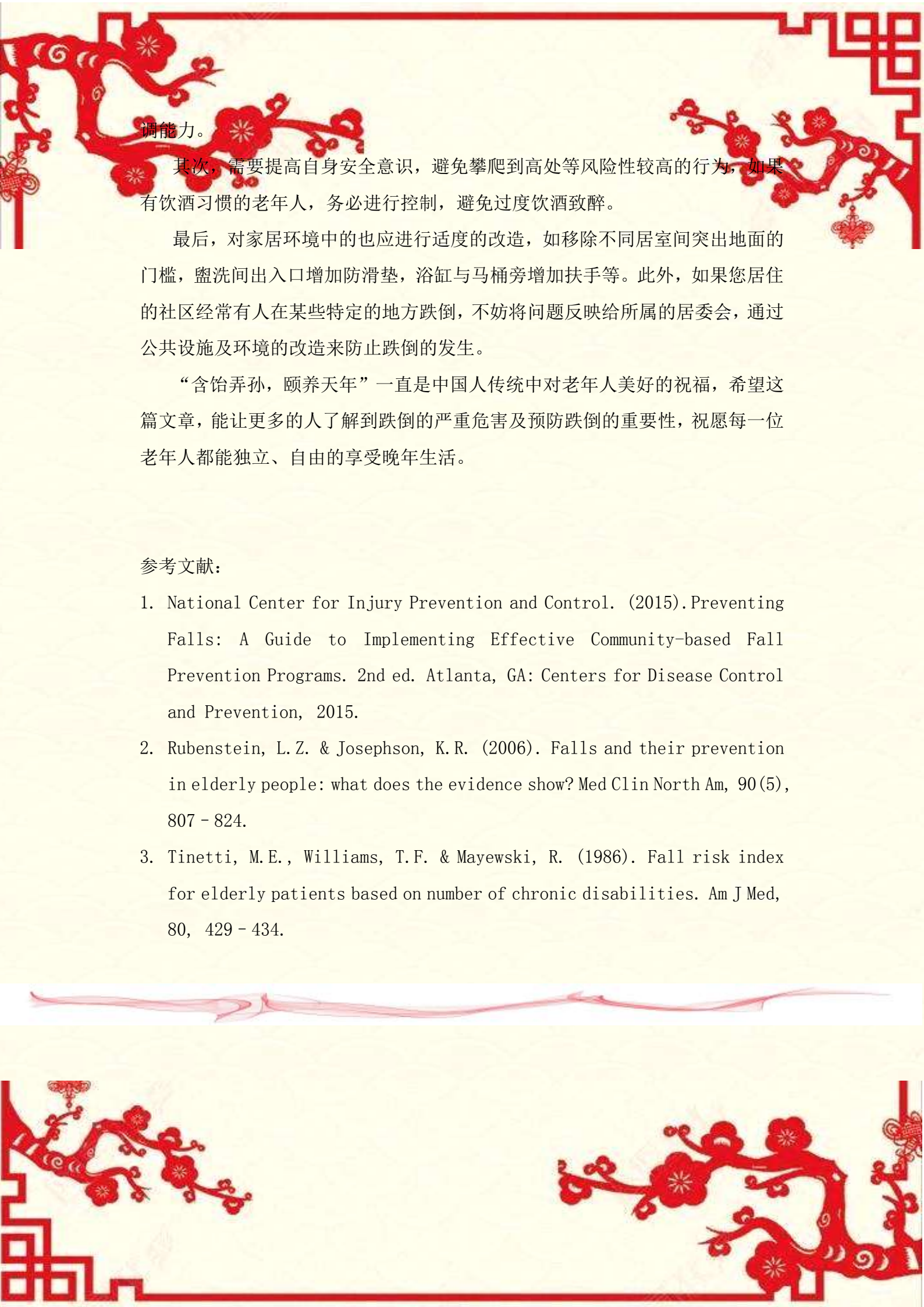
通常情况下，以上两到三个风险因素之间发生相互影响就会导致一个跌倒事件的发生，例如，平衡和视力较差^[2]。如果一个老年人存在更多的跌倒风险因素，那么发生跌倒的几率就会大大增加^[3]。而家居或环境的因素在所有的跌倒风险因素中起着重要的角色，占 50%以上。了解了以上三种跌倒的风险因素，以下一个简单的高危跌倒人群筛查表可以协助我们更好地清楚辨别那些老年人属于跌倒的高危人群^[1]：

- 你依靠拐杖四处行走吗？（2）
- 你近期有跌倒过吗？（2）
- 你走路时有感觉到步履蹒跚吗？（1）
- 你担心跌倒吗？（1）
- 你在家需要扶着家具来保持平衡吗？（1）
- 你需要撑着扶手才能从椅子上站起吗？（1）
- 在马路边缘上下你感到吃力吗？（1）
- 你的脚感觉麻木吗？（1）
- 你经常需要跑去洗手间吗？（1）
- 你有服用药物，会导致你头昏或疲倦吗？（1）
- 你有服用改善睡眠或精神状态的药物吗？（1）
- 你经常感到难过或沮丧吗？（1）

上述每个问题之后均有一个数字，你需要将回答“是”的问题之后的数字相加，若结果等于或大于“4”，则表明你可能更容易发生跌倒。

了解了跌倒的风险因素，学习了如何鉴别自身是否是跌倒的高危人群，那么究竟老年人应该如何预防跌倒呢？

首先，老年人需要清晰的了解自己的身体状况，尤其是那些结果超过“4”分的老年人，建议前往医院向医生寻求建议，了解功能状态、所服用药物的副作用等。有视力障碍的老年人建议每年进行视力检查并更换合适的眼镜。此外，建议所有老年人参与并坚持一项体育锻炼，如太极拳，提高自身下肢力量及平衡协



调能力。

其次，需要提高自身安全意识，避免攀爬到高处等风险性较高的行为，如果有饮酒习惯的老年人，务必进行控制，避免过度饮酒致醉。

最后，对家居环境中的也应进行适度的改造，如移除不同居室间突出地面的门槛，盥洗间出入口增加防滑垫，浴缸与马桶旁增加扶手等。此外，如果您居住的社区经常有人在某些特定的地方跌倒，不妨将问题反映给所属的居委会，通过公共设施及环境的改造来防止跌倒的发生。

“含饴弄孙，颐养天年”一直是中国人传统中对老年人美好的祝福，希望这篇文章，能让更多的人了解到跌倒的严重危害及预防跌倒的重要性，祝愿每一位老年人都能独立、自由的享受晚年生活。

参考文献：

1. National Center for Injury Prevention and Control. (2015). Preventing Falls: A Guide to Implementing Effective Community-based Fall Prevention Programs. 2nd ed. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention, 2015.
2. Rubenstein, L. Z. & Josephson, K. R. (2006). Falls and their prevention in elderly people: what does the evidence show? Med Clin North Am, 90(5), 807 - 824.
3. Tinetti, M. E., Williams, T. F. & Mayewski, R. (1986). Fall risk index for elderly patients based on number of chronic disabilities. Am J Med, 80, 429 - 434.

2018

中华OT电子期刊编辑委员会

黄锦文 香港职业治疗学院

张瑞昆 台湾高雄长庚医院

林国徽 广州市残疾人康复中心

李奎成 宜兴九如城康复医院

陈少贞 中山大学附属第一医院康复医学科

闫彦宁 河北省人民医院康复医学科

杨永红 四川大学华西医学院康复医学科

朱 毅 海南医学院第二附属医院康复治疗科

福



香港职业治疗学院

HONG KONG INSTITUTE OF OCCUPATIONAL THERAPY

地址:香港特别行政区, 香港新界大埔全安路9号大埔医院职业治疗部

电话: (852) 6509 6582

电邮: HKIOT@HKIOT. OR

网站: HTTP://WWW. HKIOT. ORG

HK OT
Institute