



2018 年 2 月 新春號

中華OT電子季刊

The Chinese OT e-Newsletter



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

編者的話

賀佳節四海老人福安康

迎新春中華OJ齊發展

“爆竹聲聲辭舊歲，歡天喜地迎新春”，又到一年一度舉國同慶的新春佳節，新的一期中華 OT 電子季刊也如約而至。說到春節，一定少不了團圓、拜年、吃餃子、放鞭炮、發紅包……等傳統的中國元素。從年二十九至年初四，小編被各種形式的微信、電話、短信拜年感動得不要不要的！也向親朋好友們送去了小編的祝福。說到拜年，讓我們再看看這一古老習俗的含義。拜年是中國的傳統習俗，是人們辭舊迎新、相互表達美好祝願的一種方式。古時“拜年”一詞原有的含義是為長者拜賀新年，包括向長者叩頭施禮、祝賀新年如意、問候生活安好等內容。祝老年人健康幸福無疑是最好的拜年方式，而作業治療則是促進老人保持健康身體和良好精神狀態，促進幸福晚年的重要手段。本期中華 OT 電子季刊以一期老年作業治療專刊作為最特別的新春賀禮向華人朋友們拜年了！祝大家新年快樂！萬事如意！闔家幸福！狗年旺旺旺！

據最新統計，至 2017 年底，我國 60 周歲及以上老人達 24090 萬人，占人口總數的 17.3%，65 周歲及以上老人 15831 萬人，占總人口的 11.4%。人口老齡化日趨嚴重，如何更好地開展老年作業治療是同道們面臨的新課題。本期專刊特別邀請了來自中國香港、臺灣以及內地專家們從老年康復需求調查，到作業治療模式的探索，到常用核心技術和新技術的應用，再到老年常見疾病的作業治療，進行了詳細的介紹，內容豐富實用，相信朋友們一定可以從中獲益。感謝所有作者在年底最繁忙時的支持，為本刊供稿，也特別感謝香港職業治療學院黃錦文會長和臺灣高雄長庚醫院張瑞昆主任為本期港臺地區組稿所做的大量工作。

本期責任編輯：李奎成

2018 年 2 月 19 日

目 錄

1. 養老老人的康復需求與現狀初探..... 楊 勤(常州)
2. 香港老人精神科職業治療的發展..... 李月英(香港)
3. 重建生活為本養老康復實踐經驗分享.....梁國輝(香港) 吳麗君(深圳)
4. 康養融合模式下的老年作業治療探索與實踐.....李奎成(無錫)
5. 老年人急性快速恢復病房模式及作業治療在其中的角色和作用.....
.....林洋 楊永紅(成都)
6. 職能治療師在 ICU 協助機械通氣支援下老年病人改善功能.....
.....謝勝鋒 王晶 李旭紅(長沙)
7. 人生最美是回憶.....黎卓琪(香港)
8. 寵物機械海豹(PARO)於認知障礙治療的應用.....薛樂敏(香港)
9. 淺談老人長期照護之輔具應用..... 毛慧芬(臺灣)
10. 居家作業治療 - 香港長者服務的經驗.....劉志豪(香港)
11. 帕金森症的作業治療.....黃潔汶(香港)
12. 阿茲海默症的作業治療.....吳鴻順(臺灣)
13. 老年慢性阻塞性肺病作業治療.....侯 紅(南京)
14. 老年性骨關節炎的作業治療.....陳 娟 朱 毅(海口)
15. 全髖關節置換的作業治療.....羅 倫 王孝雲(成都)
16. 康復醫師統籌下以作業治療為主導的出院計畫促進患者合理出院探討.....
-----以髖關節置換術為例.....羅 倫 李 攀(成都)
17. 老年人跌倒的預防徐豔文..... 伍尚鋌(無錫)

養老老人的康復需求與現狀初探

楊 勤 常州安信頤和康復醫院

2015 年，國務院《關於推進醫療衛生與養老服務相結合指導意見》（國辦發[2015]84 號）指出“建立健全醫療衛生機構與養老機構合作機制，鼓勵醫療機構與養老服務融合發展”。2017 年，國家衛計委印發《“十三五”健康老齡化規劃》，明確提出“推進老年健康促進與教育，健全老年醫療衛生服務體系，加強醫療保障體系建設，持續提升老年人健康水準”。隨著老齡化程度不斷加深，我國老年健康服務的剛性需求將不斷釋放。年齡增長導致患病率增加、患病時間延長，致殘率增高；因疾病功能活動受限，臥床以及失能的老年人數和患病時間持續不斷增加。在養老機構內開展醫療康復服務，可以改善和消除疾病引起的身體功能和結構障礙，提高老年人的獨立生活能力，提升老年人社會參與度，讓老年人平安快樂享受幸福晚年。因此，本研究旨在瞭解養護院入住老人的康復需求、意願、支付能力，養老機構對康復的瞭解，支持度等，為制定養老康復服務及康養融合路徑提供支撐。

1. 研究方法

1.1 調研對象：本次調查選擇 10 家養護院，包括宜興（4 家）、南京（3 家）、徐州（2 家）、上海（1 家）養護院，每家機構隨機抽取 6 位老人和 1 位機構負責人或業務主管作為本次問卷調研對象。分別向上述調研對象派發了 60 份《九如城養護中心長者養老康復服務需求調查問卷》和 10 份《養護中心養老康復認識及需求調查問卷》。選取上述養護機構院長、行政部主任、護理部主任、護理員、醫療機構醫護人員和康復治療師等作為訪談對象。

1.2 調研方法：採用面對面的問卷調查法和訪談法對調查對象進行調研。

1.3 調研內容：進行入住養護機構老人的基本情況、對康復服務需求和意願、個人支付能力、接受康復服務能夠承擔費用；養護中心對養老康復瞭解、支援力度、康復服務開展情況，康復服務專案、康復服務人員基本情況、開展康復服務存在困難等調研。

1.4 資料處理：資料分析將問卷資料用 Excle 整理後採用 SPSS19.0 套裝軟體進行統計分析。

2. 調研結果

10 家養護機構共入住長者人數為 881 人，其中入住人數最多的為 183 人，最少的 45 人，平均 88.1 人。

2.1 養護中心康復服務需求情況

2.1.1 養護中心老人健康狀況

況：超過 61% 的老人為部分或完全失能者（圖 1），高血壓、糖尿病、慢性阻塞性肺疾病、頸腰椎病、心臟病、腦血管病、阿爾茲海默病（失智症）、骨質疏鬆、關節炎等慢性疾病在養護機構的患病率極高，這些病需要長期的醫療和康復診療服務，以提高老人的生活品質（圖 2）。從入住老人中進

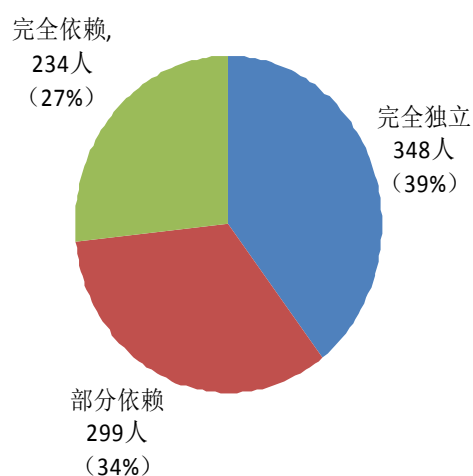
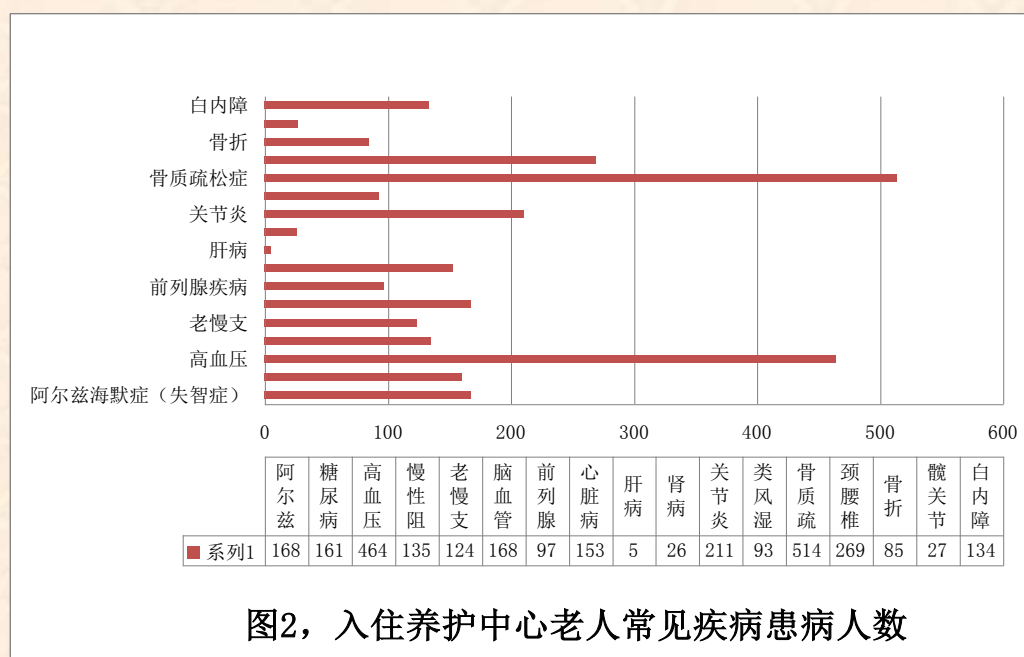
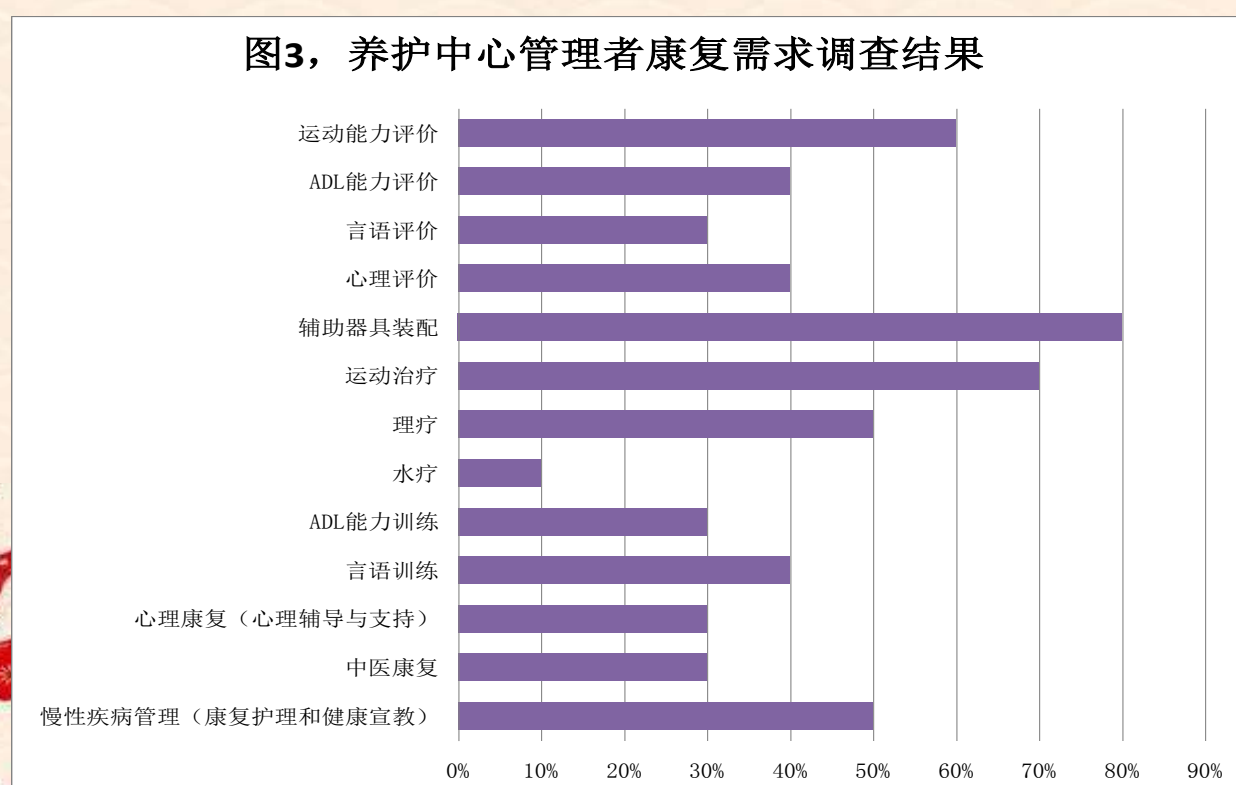


圖 1, 10 家機構 881 位元老人獨立能力情況

行隨機抽樣問卷調查分析發現高血壓、糖尿病、中風後遺症、頸腰椎病、骨質疏鬆症、心臟病、老年性白內障、關節炎等慢性疾病在養護機構的患病率極高，與養護中心層面反應的老人健康狀況基本吻合。



2.1.2 養護中心康復服務需求情況：73.4%的養護中心負責人和業務主管認為養老機構需要專業的康復服務，尤其對老年人的慢病管理、輔助器具裝配 運動功能、言語訓練、理療、運動能力評價、ADL 能力評價、心理評價等（圖 3）。



2.1.3 入住老人使用康復輔具情況：使用輪椅、拐杖、矯形器的分別為 36.67%、35%、11.67%，使用助行器和沖涼椅的均為 8.33%。說明康復輔具在老年康復工作中是不可或缺的重要手段，要加強對老人使用輔具的正確指導和科普宣傳。

2.2 對養老康復服務的需求

2.2.1 老人對養老康復治療知識瞭解情況：41.7%的人不瞭解，有 51.7%的人瞭解一點，僅有 6.6%的人認為瞭解較多。

2.2.2 老人接受康復治療服務意願：16.7%的人非常需要接受康復治療服務，45%的人需要接受康復治療服務，38.3%的人表示不需要接受康復治療服務。

2.3.3 老人接受的康復服務專案：26.7%認為需要做康復評價，51.7%認為需要做肢體康復訓練，20.0%認為需要做心理輔導與支援，認為需要做中醫傳統治療和康復輔助器具配置的各占 11.7%，認為需要做理療的僅占 1.7%。

2.3.5 老人接受的每週做康復治療頻次：有 30%的老人接受每日一次康復治療服務，有 16%的老人願意每兩天一次康復治療，7%的老人接受每週二次康復治療服務，9%接受每週一次康復治療服務，有 37%老人不願意接受康復治療服務。

2.3.6 醫療費用承擔能力：入住老人中 35%的人群認為完全能承擔，50%認為基本能承擔，10%認為有一定困難，3.35%認為不能承擔，1.65%不給予回答。

2.3 養老機構康復服務現狀

2.3.1 開展康復治療服務：有 4 家養護中心專門成立了康復治療部門或康復治療團隊，有 7 家機構開展部分養老康復服務，3 家養老機構則沒有開展養老康復服務，也沒計畫開展這樣的康復服務。

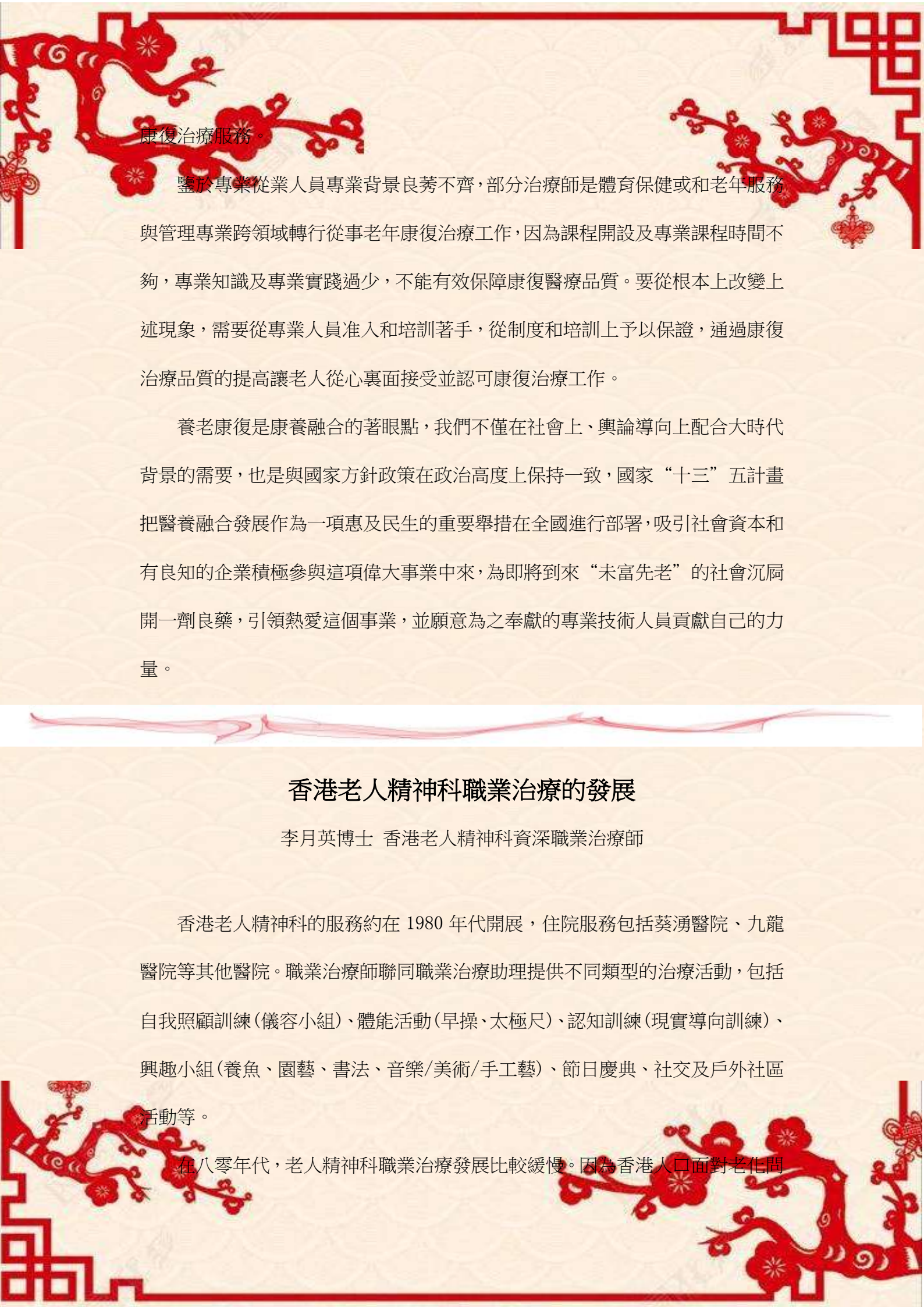
2.3.2 支援開展養老康復服務力度：有 7 家機構（70%）非常支持在養護中心內開展老年康復服務，有 3 家機構（30%）比較支持，不支援開展老年康復服務的為 0。

2.3.3 養護中心康復師情況：10 家養護院共有康復治療師 19 名，其中康復治療專業 13 名（68.4%），非康復治療專業 6 名（31.6%）；治療師學歷本科 8 人（42.1%），專科 10 人（52.6%），中專 1 人（5.3%），職稱結構為初級治療師 10 人（52.6%），無職稱 9 人（47.4%）

2.3.4. 養老機構開展老年康復服務面臨的問題：90%機構認為專業技術人員數量不足，80%機構認為老人康復治療經費沒有來源，70%機構認為缺乏行業管理標準，認為專業技術人員技能偏低和政府支持力度不夠各為 60%，認為訓練場地及器械不夠和康復服務專案太少均為 50%。

3. 討論

本次調研發現 10 家養護院入住的老人患病率、失能率均較高，康復及醫療衛生需求大，但養老機構的醫療、護理、康復治療團隊組建、從業人員數量和品質、服務體系和服務能力與養老機構老年人口不斷增長的多元化需求相矛盾，供需失衡突出。當前為老年人提供的康復服務也差強人意，遇到各種瓶頸性障礙，如養老康復服務專案太少、適用的康復技術不夠先進、當地醫保、長期護理險、基本照護保險支付比率太少，普惠式養老政策設計與長者實際享有的服務存在差距，康復專業人員嚴重不足及接受養老康復知識和動手實踐能力培訓機會太少，造成康復醫療品質普遍不高，加上養老康復宣傳力度缺乏，使入住老人接受養老康復服務的意願普遍不高的諸多原因之一，僅有 16.7%的人認為非常有需要接受



康復治療服務。

鑒於專業從業人員專業背景良莠不齊，部分治療師是體育保健或和老年服務與管理專業跨領域轉行從事老年康復治療工作，因為課程開設及專業課程時間不夠，專業知識及專業實踐過少，不能有效保障康復醫療品質。要從根本上改變上述現象，需要從專業人員准入和培訓著手，從制度和培訓上予以保證，通過康復治療品質的提高讓老人從心裏面接受並認可康復治療工作。

養老康復是康養融合的著眼點，我們不僅在社會上、輿論導向上配合大時代背景的需要，也是與國家方針政策在政治高度上保持一致，國家“十三”五計畫把醫養融合發展作為一項惠及民生的重要舉措在全國進行部署，吸引社會資本和有良知的企業積極參與這項偉大事業中來，為即將到來“未富先老”的社會沉疴開一劑良藥，引領熱愛這個事業，並願意為之奉獻的專業技術人員貢獻自己的力量。

香港老人精神科職業治療的發展

李月英博士 香港老人精神科資深職業治療師

香港老人精神科的服務約在 1980 年代開展，住院服務包括葵湧醫院、九龍醫院等其他醫院。職業治療師聯同職業治療助理提供不同類型的治療活動，包括自我照顧訓練（儀容小組）、體能活動（早操、太極尺）、認知訓練（現實導向訓練）、興趣小組（養魚、園藝、書法、音樂/美術/手工藝）、節日慶典、社交及戶外社區活動等。

在八零年代，老人精神科職業治療發展比較緩慢。因為香港人口面對老化問

題，在九零年代香港醫院管理局開始拓展老人精神科社區服務，在 1993 年及 1994 年開始，由葵湧醫院、沙田威爾斯醫院/沙田醫院和青山醫院較早有跨界別的老人精神科在社區醫療團隊成立，包括醫生、護士、臨床心理學家、職業治療師、物理治療師和社工等成員。及後瑪麗醫院、九龍醫院、基督教聯合醫院及東區尤德夫人那打素醫院也分別成立老人精神科社區團隊，在香港、九龍及新界不同的地區提供全面住院、日間、門診、外展到老人院舍和家訪等優質服務。

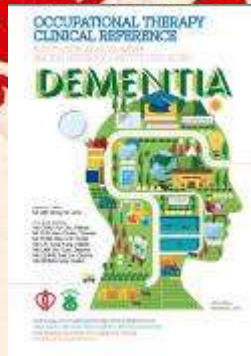


葵湧醫院老齡精神科社區醫療團隊到老人院
提供外展工作 (攝於 21-1-1994)

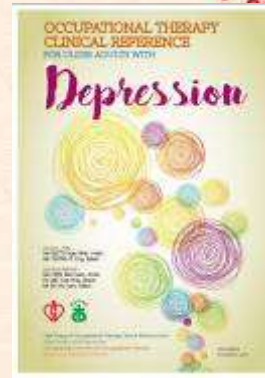


香港理工大學及葵湧醫院製作的
《活出精彩晚年之細味往日情》懷舊教
材套 (2003)

在過去二十多年裏，老人精神職業治療服務的發展有很多，職業治療師由傳統的懷舊治療等療法，走向融入科研的療法。職業治療師以長者為中心，因應其認知能力、日常生活功能、興趣、生活環境和社區支持方面，評估長者及照顧者及制定個人化的治療計畫，讓長者達致各方面最高功能，在社區活得有意義，活動開心和精彩！老人精神科職業治療工作小組編寫以科研為本的認知障礙症職業治療工作指引 (Lee et al, 2016) 及抑鬱症職業治療工作指引 (Sezto, Yeong, Chin, Lee & So, 2016)，以改善服務的水準和質素。



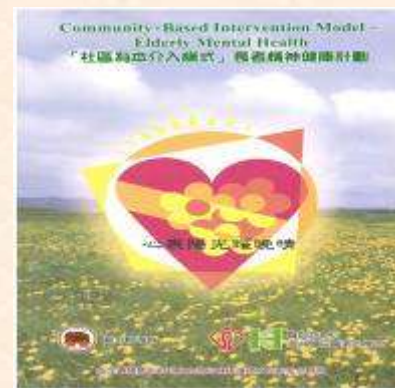
認知障礙症職業治療工作指引



抑鬱症職業治療工作指引

評估/創新服務：

職業治療師聯同團隊創立新的認知障礙症服務包括青山醫院流動記憶診所服務（Mok, Siu, Chan, Yeung, Pan & Li, 2005）、沙田醫院認知障礙早期評估診所、葵湧醫院和鄰舍輔導會推行之心裏陽光耀晚情計畫（Lee et al, 2006）及九龍醫院的長者精神健康早期介入服務等都讓長者及早在社區得到評估的有效的治療服務。



心裏陽光耀晚情計畫

功能評估：

職業治療師採用失智功能障礙評估量表(中文版) (Mok, Siu, Chan, Yeung, Pan & Li, 2005)評估認知障礙症長者的功能，透過度身編定的訓練，提升長者日常生活功能 (Function Enhancement Program)。

以科研為本的認知障礙症治療服務：

治療服務包括隨機單盲電腦輔助無錯誤學習記憶訓練計畫 (Lee, Yip, Yu & Man, 2013)、虛擬實景的長者記憶訓練先導研究 (Man, Chung & Lee, 2012)、認知障礙症電腦訓練計畫 (Lai, Mok, Liu, Yip & Chan, 2011)、香港社區長者流動健腦訓練開心計畫(平版電腦) (Lee, Yip, Wong, Leung, Lau, Chan & Man, 2016)、蒙特梭利認知障礙療法 (Elliot, 2012)、重燃動力治療小組 (Ng et al., 2016)、香熏治療 (Lin PW, et al. 2007)、粵曲獻唱 (Man, Yu & Lee, 2009)、家訪/ 家居訓練計畫、認知刺激訓練、現實導向訓練、懷緬治療等項目，以上職業治療師的研究都顯示參與訓練的長者都能改善認知功能。

抑鬱症長者

職業治療師透過評估和適切而有效的治療，包括認知行為治療、焦點解決治療、生活重整計畫、日常生活開心活動時間表、積極參與不同的興趣活動和重燃動力治療等訓練，讓長者在生命的路途重燃希望，活出快樂的復元旅程！



抑鬱長者的個人開心大事



抑鬱長者的個人化開心時間表



抑鬱症長者畫出太陽花



抑鬱症長者首次學習數碼攝影，攝出心裏陽光

在美術創作路上，繪出信心、快樂和

積極的人生

工作坊

自從 2006 年開始 香港職業治療學會每年都和社福界一起組織認知障礙症工作坊，讓照顧者學習新知，更明白如何去支持老人精神科的長者。職業治療師在 2007 年首度編制老年癡呆症活動策劃手冊及記憶教材套，希望讓更多認知障礙症長者可以積極參與適切的治療活動。



2016 認知障礙症工作坊



老年癡呆症活動策劃手冊



“醒”腦提神及“醒”腦再提神 記憶教材套

總結

回顧過去三十年，衷心感謝各位富有熱誠和使命感的職業治療師默默練耕，在工作和義工的層面，努力創新服務以貼合長者和照顧者的需要，為他們謀取最開心和最好的生活福祉！

展望將來，醫院老人精神科職業治療師會繼續與時並進，和醫護團隊和社福機構緊密合作，與復元長者和照顧者一起創造健康、開心而富色彩的人生！



醫院管理局老人精神科職業治療師

2013 年工作小組合照



醫院管理局老人精神科職業治療師

(攝於 2018)

參考文獻

- 鍾晶晶、李月英 (2003)。《活出精彩晚年之細味往日情》。香港：香港理工大學康復治療科學系，葵湧醫院職業治療部。
- 李國輝、李月英、李正傑、司徒艾華、劉秀琴、曾劉潔冰、李雅儀、張煒國 (2016)。《醒腦再提神》。香港：香港職業治療學會有限公司、香港復康會、香港認知障礙協會。
- 李月英 (2002)。《老年癡呆症活動策劃手冊》。香港：醫院管理局職業治療統籌委員會、香港復康社區復康網路、香港老年癡呆症協會、香港職業治療學會。
- 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

重建生活為本養老康復實踐經驗分享

梁國輝 香港伊麗沙伯醫院職業治療部

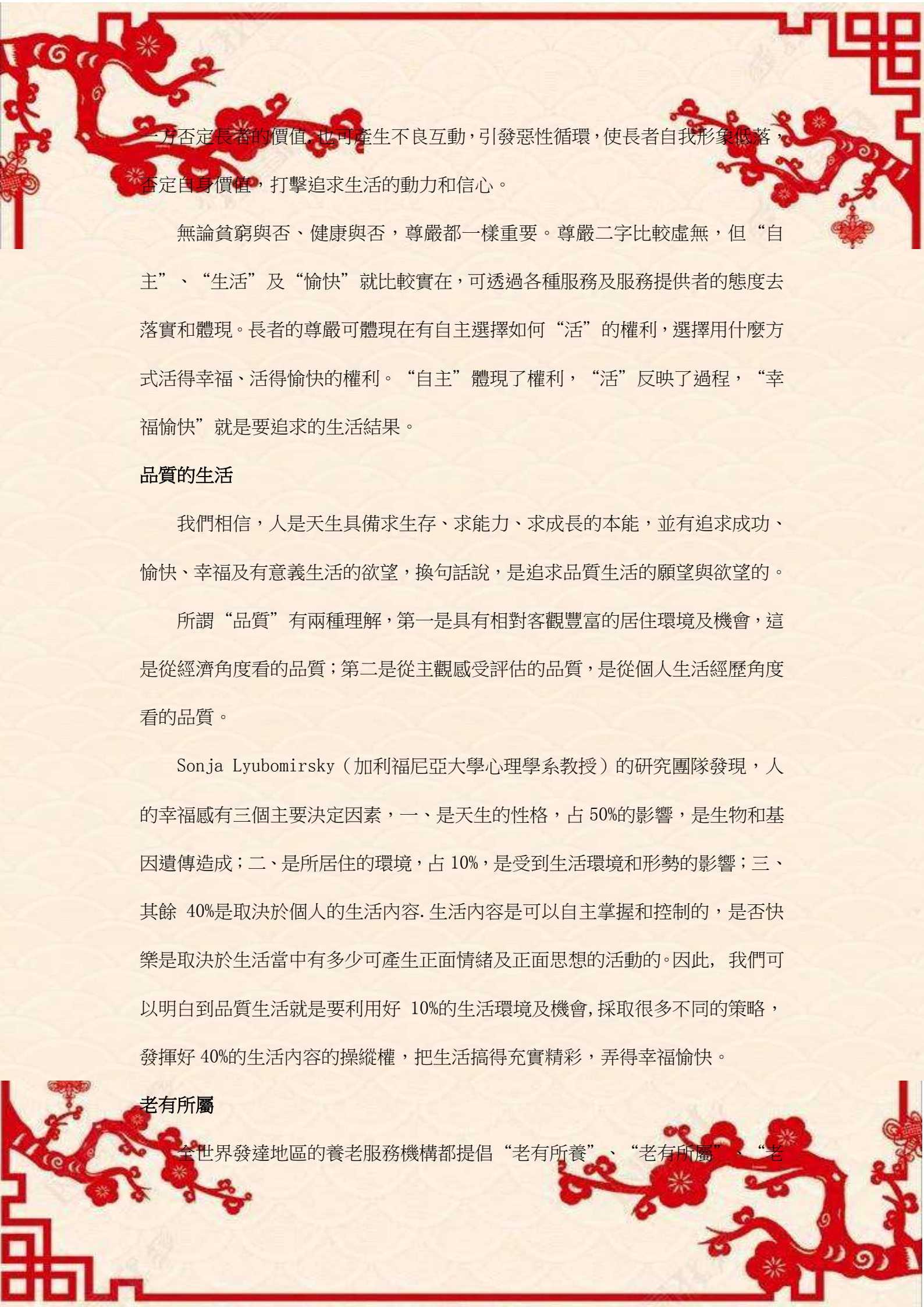
吳麗君 深圳 CP Home 長者屋

養老服務的最高理想

世界各地都在大談人口老化和養老服務，參考了各地權威及世界衛生組織的論述，又看了國家不斷出臺的養老政策，我總結了養老服務兩點最高的理想：尊嚴的生活、品質的生活。即是長者能利用好一切自己擁有的能力、家庭的資源，及社會提供的服務，過著有尊嚴的、有品質的晚年生活。這話非常關鍵，把長者從一個被動接受照顧的角色，轉移到主動掌管追求美好生活的角色。自主是尊嚴的基礎，追求是品質的動力。尊嚴和品質二詞為這篇文章定了調，為康復工作者、特別是為作業治療師介定了在養老服務中的方向和要擔當的角色。

尊嚴的生活

在道德、倫理、文化、宗教、法律及政治領域中都有談及有關尊嚴的課題。尊嚴概念有著豐富的意蘊，在不同的背景中呈現不同的內涵和功能。在養老的領域中，尊嚴更多的體現在長者作為一個人的價值的認可及對長者權利的尊重。價值的認可包含了長者對自身價值的認可及被尊重的權利的捍衛，也包括別人對個別長者價值的認同及和對他權利的尊重。自我認可及被他人認可有雙向互動的關係，兩者可起著良性互動的作用，可促進長者自我形象及心理健康。相反，其中



一方否定長者的價值,也可產生不良互動,引發惡性循環,使長者自我形象低落,否定自身價值,打擊追求生活的動力和信心。

無論貧窮與否、健康與否,尊嚴都一樣重要。尊嚴二字比較虛無,但“自主”、“生活”及“愉快”就比較實在,可透過各種服務及服務提供者的態度去落實和體現。長者的尊嚴可體現在有自主選擇如何“活”的權利,選擇用什麼方式活得幸福、活得愉快的權利。“自主”體現了權利,“活”反映了過程,“幸福愉快”就是要追求的生活結果。

品質的生活

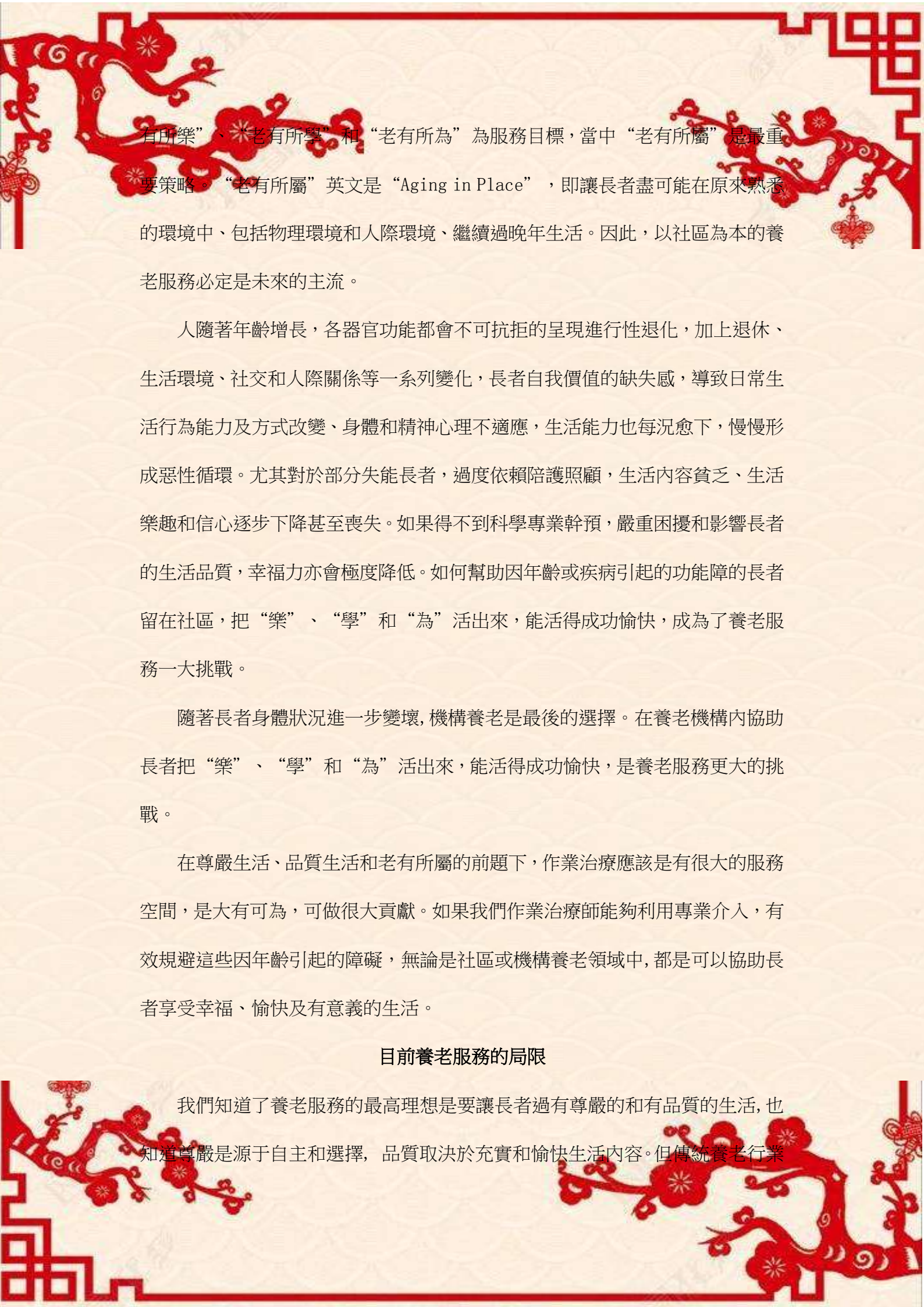
我們相信,人是天生具備求生存、求能力、求成長的本能,並有追求成功、愉快、幸福及有意義生活的欲望,換句話說,是追求品質生活的願望與欲望的。

所謂“品質”有兩種理解,第一是具有相對客觀豐富的居住環境及機會,這是從經濟角度看的品質;第二是從主觀感受評估的品質,是從個人生活經歷角度看的品質。

Sonja Lyubomirsky (加利福尼亞大學心理學系教授)的研究團隊發現,人的幸福感有三個主要決定因素,一、是天生的性格,占 50%的影響,是生物和基因遺傳造成;二、是所居住的環境,占 10%,是受到生活環境和形勢的影響;三、其餘 40%是取決於個人的生活內容,生活內容是可以自主掌握和控制的,是否快樂是取決於生活當中有多少可產生正面情緒及正面思想的活動的。因此,我們可以明白到品質生活就是要利用好 10%的生活環境及機會,採取很多不同的策略,發揮好 40%的生活內容的操縱權,把生活搞得充實精彩,弄得幸福愉快。

老有所屬

全世界發達地區的養老服務機構都提倡“老有所養”、“老有所屬”、“老



有所樂”、“老有所學”和“老有所為”為服務目標，當中“老有所屬”是最重要策略。“老有所屬”英文是“Aging in Place”，即讓長者盡可能在原來熟悉的環境中、包括物理環境和人際環境、繼續過晚年生活。因此，以社區為本的養老服務必定是未來的主流。

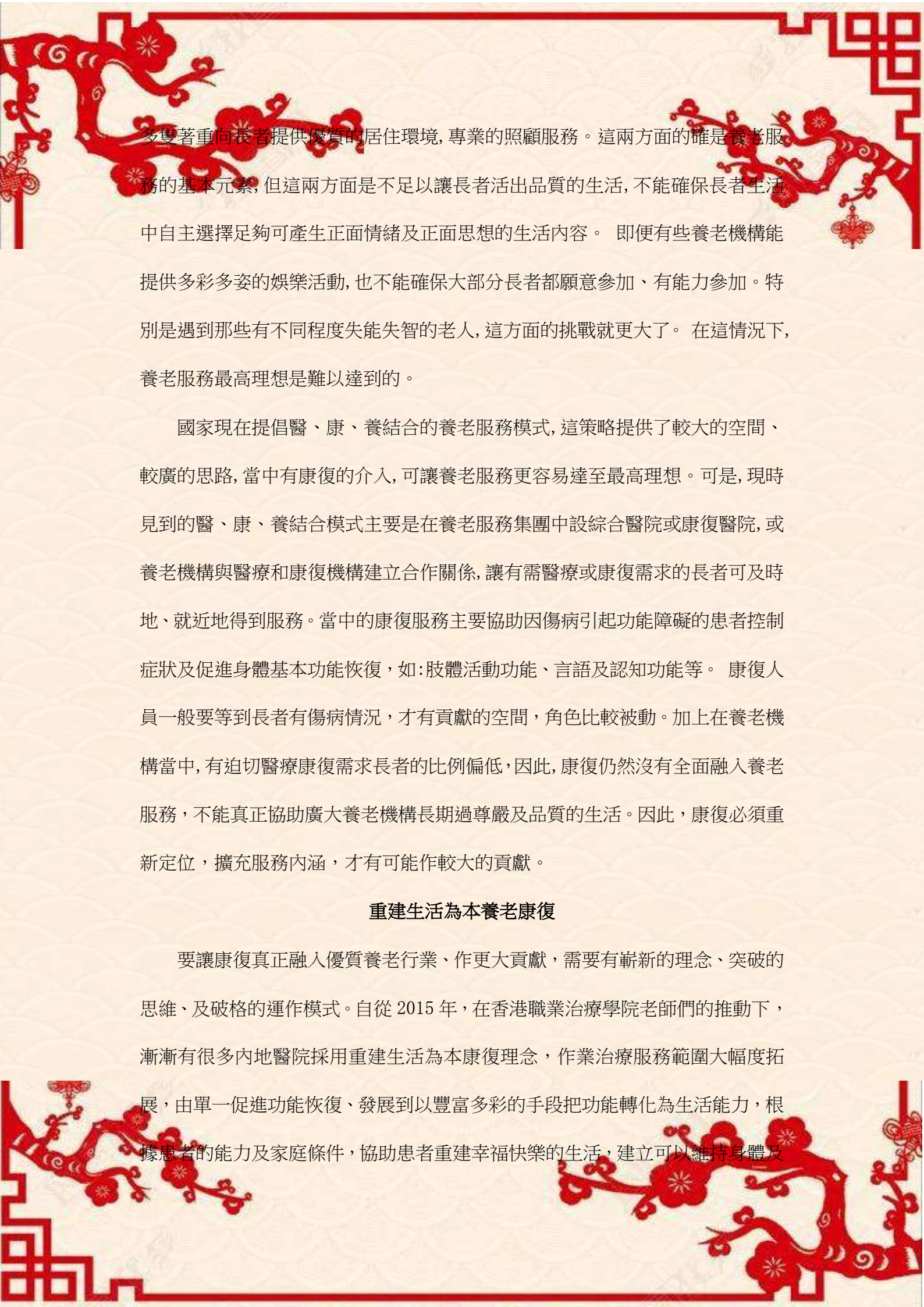
人隨著年齡增長，各器官功能都會不可抗拒的呈現進行性退化，加上退休、生活環境、社交和人際關係等一系列變化，長者自我價值的缺失感，導致日常生活行為能力及方式改變、身體和精神心理不適應，生活能力也每況愈下，慢慢形成惡性循環。尤其對於部分失能長者，過度依賴陪護照顧，生活內容貧乏、生活樂趣和信心逐步下降甚至喪失。如果得不到科學專業幹預，嚴重困擾和影響長者的生活品質，幸福力亦會極度降低。如何幫助因年齡或疾病引起的功能障的長者留在社區，把“樂”、“學”和“為”活出來，能活得成功愉快，成為了養老服務一大挑戰。

隨著長者身體狀況進一步變壞，機構養老是最後的選擇。在養老機構內協助長者把“樂”、“學”和“為”活出來，能活得成功愉快，是養老服務更大的挑戰。

在尊嚴生活、品質生活和老有所屬的前題下，作業治療應該是有很大的服務空間，是大有可為，可做很大貢獻。如果我們作業治療師能夠利用專業介入，有效規避這些因年齡引起的障礙，無論是社區或機構養老領域中，都是可以協助長者享受幸福、愉快及有意義的生活。

目前養老服務的局限

我們知道了養老服務的最高理想是要讓長者過有尊嚴的和有品質的生活，也知道尊嚴是源于自主和選擇，品質取決於充實和愉快生活內容。但傳統養老行業

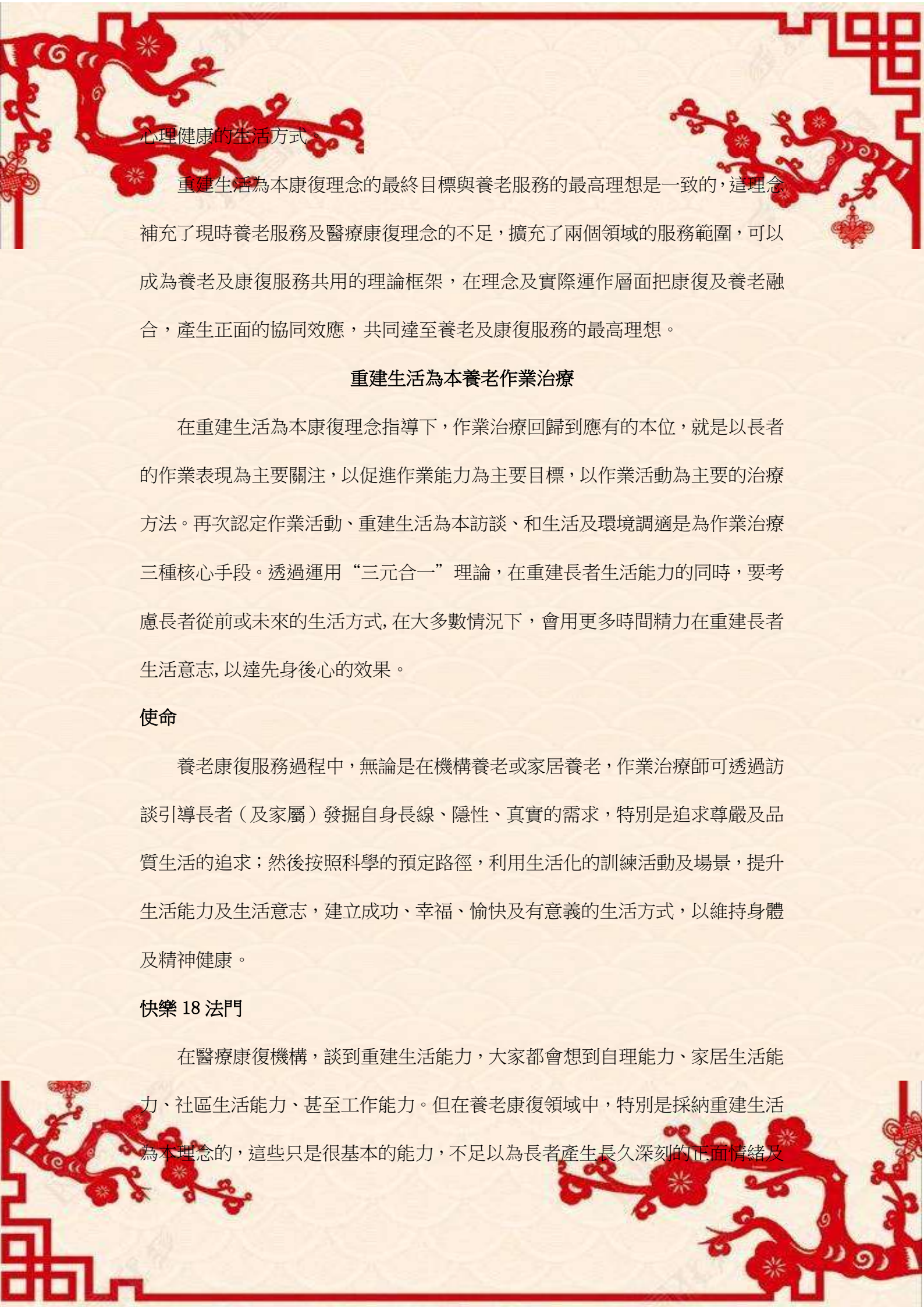


多隻著重向長者提供優質的居住環境,專業的照顧服務。這兩方面的確是養老服務的基本元素,但這兩方面是不足以讓長者活出品質的生活,不能確保長者生活中自主選擇足夠可產生正面情緒及正面思想的生活內容。即便有些養老機構能提供多彩多姿的娛樂活動,也不能確保大部分長者都願意參加、有能力參加。特別是遇到那些有不同程度失能失智的老人,這方面的挑戰就更大了。在這情況下,養老服務最高理想是難以達到的。

國家現在提倡醫、康、養結合的養老服務模式,這策略提供了較大的空間、較廣的思路,當中有康復的介入,可讓養老服務更容易達至最高理想。可是,現時見到的醫、康、養結合模式主要是在養老服務集團中設綜合醫院或康復醫院,或養老機構與醫療和康復機構建立合作關係,讓有需醫療或康復需求的長者可及時地、就近地得到服務。當中的康復服務主要協助因傷病引起功能障礙的患者控制症狀及促進身體基本功能恢復,如:肢體活動功能、言語及認知功能等。康復人員一般要等到長者有傷病情況,才有貢獻的空間,角色比較被動。加上在養老機構當中,有迫切醫療康復需求長者的比例偏低,因此,康復仍然沒有全面融入養老服務,不能真正協助廣大養老機構長期過尊嚴及品質的生活。因此,康復必須重新定位,擴充服務內涵,才有可能作較大的貢獻。

重建生活為本養老康復

要讓康復真正融入優質養老行業、作更大貢獻,需要有嶄新的理念、突破的思維、及破格的運作模式。自從 2015 年,在香港職業治療學院老師們的推動下,漸漸有很多內地醫院採用重建生活為本康復理念,作業治療服務範圍大幅度拓展,由單一促進功能恢復、發展到以豐富多彩的手段把功能轉化為生活能力,根據患者的能力及家庭條件,協助患者重建幸福快樂的生活,建立可以維持身體及



心理健康的生活方式。

重建生活為本康復理念的最終目標與養老服務的最高理想是一致的，這理念補充了現時養老服務及醫療康復理念的不足，擴充了兩個領域的服務範圍，可以成為養老及康復服務共用的理論框架，在理念及實際運作層面把康復及養老融合，產生正面的協同效應，共同達至養老及康復服務的最高理想。

重建生活為本養老作業治療

在重建生活為本康復理念指導下，作業治療回歸到應有的本位，就是以長者的作業表現為主要關注，以促進作業能力為主要目標，以作業活動為主要的治療方法。再次認定作業活動、重建生活為本訪談、和生活及環境調適是為作業治療三種核心手段。透過運用“三元合一”理論，在重建長者生活能力的同時，要考慮長者從前或未來的生活方式，在大多數情況下，會用更多時間精力在重建長者生活意志，以達先身後心的效果。

使命

養老康復服務過程中，無論是在機構養老或家居養老，作業治療師可透過訪談引導長者（及家屬）發掘自身長線、隱性、真實的需求，特別是追求尊嚴及品質生活的追求；然後按照科學的預定路徑，利用生活化的訓練活動及場景，提升生活能力及生活意志，建立成功、幸福、愉快及有意義的生活方式，以維持身體及精神健康。

快樂 18 法門

在醫療康復機構，談到重建生活能力，大家都會想到自理能力、家居生活能力、社區生活能力、甚至工作能力。但在養老康復領域中，特別是採納重建生活為本理念的，這些只是很基本的能力，不足以為長者產生長久深刻的正面情緒及

幸福感覺。

積極心理學提供了大量研究成果、理論和指引，指導人如何透過調整自己的生活內容，以促進生活品質。我把多個來源的資料作了分析整合，列出了 18 類能創造較強烈正面情緒的活動，這都是生活化的活動，是作業治療師要引導長者重拾的舊活動或要學習的新活動。我嘗試用一個中文動詞去代表一類活動，包括：動、練、賞、嘗、娛；伴、親、愛；學、創、幹、導、獻；憶、修、悟、拜；活。詳細描述開列下表中。

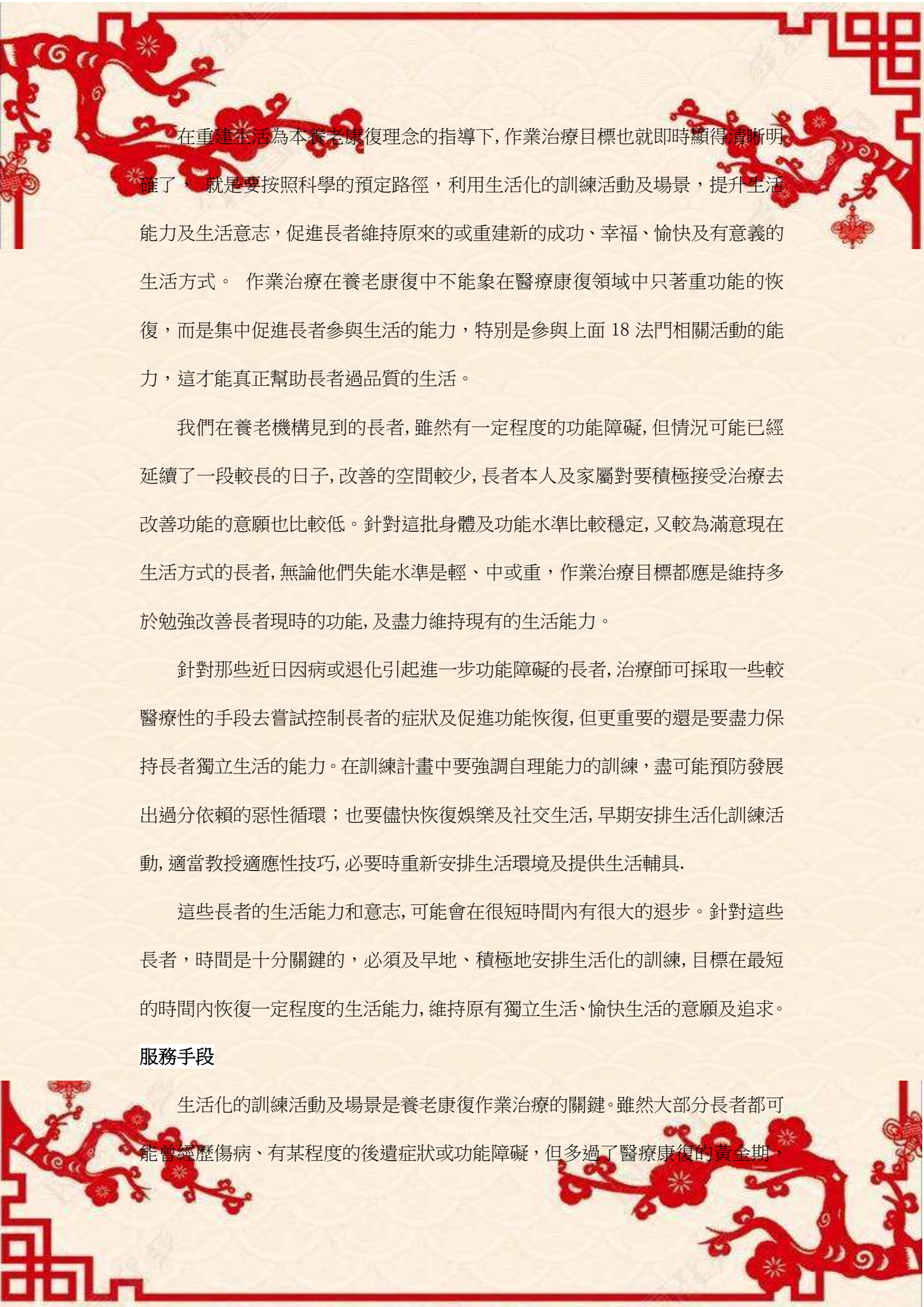
1. 練	Exercising	練、煉。鍛煉、練習 保健運動：眼睛，心肺功能，心腦血管，肌肉關節
2. 動	Moving	運轉、活動、行動、舞動、跳動 追求更高、快、強。超越高度、速度、力度
3. 嘗	Tasting	品嚐美食：佳餚、美酒、茗茶、咖啡、甜品、糕點、湯水
4. 賞	Appreciating	欣賞、鑒賞、觀看、觀賞：視聽藝術、美好美麗事物、大自然
5. 娛	Leisure & Recreation	娛：娛樂、消遣、嗜好 閑：消閒、休閒 趣：興趣、愛好、業餘愛好
6. 親	Sex	親密、親熱、親昵、性愛
7. 伴	Companion Belonging	同伴、陪伴、結伴、交際、交往、聚會、集會、 團隊、社團
8. 愛	Loving	愛與被愛：親情、友情、愛情、團隊情 民族情：民族情、愛國情、鄉土情、宗族情、省籍情
9. 幹	Working	工作、責任
10. 獻	Contributing	貢獻、助人、行善、服務、照顧、養育(子女)

11. 導	Mentoring	教導、傳授、教育
12. 學	Learning	學習、學問、求知、領會、體會
13. 創	Creating	創作、創造、創新、設計
14. 拜	Worshiping	敬拜、禮拜、崇拜
15. 修	Practicing	修養、修身、品格、人格 仁、義、慈、愛、忠、孝、道、德、禮、屬靈
16. 悟	Thinking	思想、態度、心態、想法 接受、面對、放開、交托、寬恕、感恩、知足 積極、樂觀、希望、意義
17. 憶	Memorizing	緬懷、回味、回憶、記憶、追憶、思憶、憶述
18. 活	Living	意願：追求快樂的態度 行為：活動、說話、表情、姿勢、衣著等 習慣：行出及表現出快樂人的模樣

服務物件

在重建生活為本養老康復理念的指導下，作業治療的物件就十分明確了。治療師要協助機構內所有的長者，特別是為有輕、中、高度失能失智長者，提升和維持足夠的生活能力和意志，把充足的、可產生成功感、愉快感、幸福感的活動融入生活，並養成習慣。這才是重建生活為本養老作業治療的終極目標，是真正體現尊嚴與品質的養老的服務模式。透過利用重建生活為本康復理念，作業治療師可全面融入養老機構，為所有長者服務。

服務目標.



在重建生活為本養老康復理念的指導下，作業治療目標也就即時顯得清晰明確了，就是要按照科學的預定路徑，利用生活化的訓練活動及場景，提升生活能力及生活意志，促進長者維持原來的或重建新的成功、幸福、愉快及有意義的生活方式。作業治療在養老康復中不能象在醫療康復領域中只著重功能的恢復，而是集中促進長者參與生活的能力，特別是參與上面 18 法門相關活動的能力，這才能真正幫助長者過品質的生活。

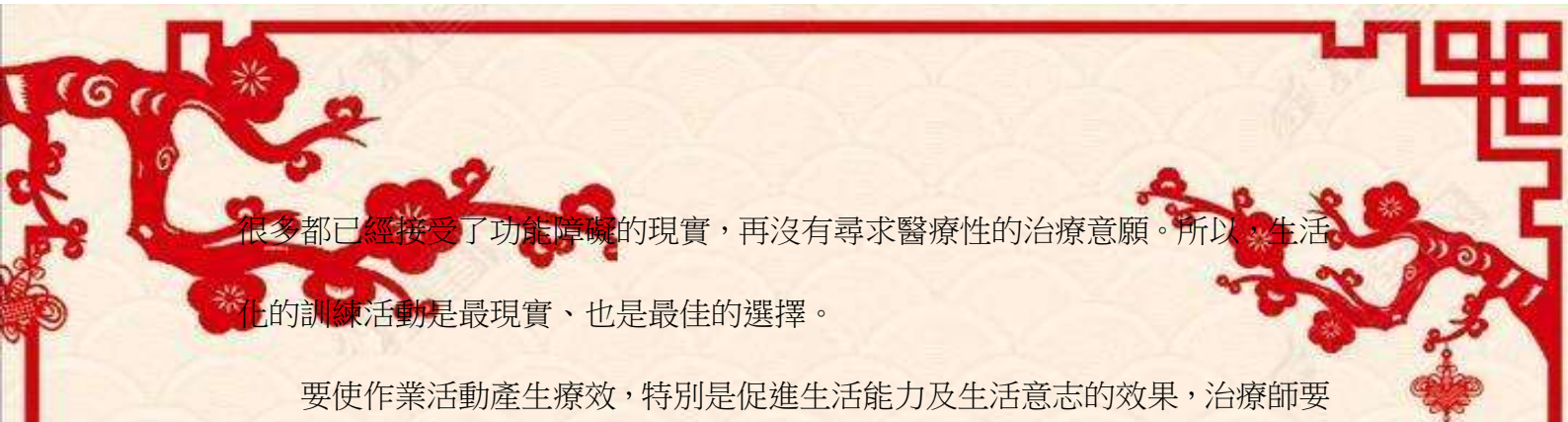
我們在養老機構見到的長者，雖然有一定程度的功能障礙，但情況可能已經延續了一段較長的日子，改善的空間較少，長者本人及家屬對要積極接受治療去改善功能的意願也比較低。針對這批身體及功能水準比較穩定，又較為滿意現在生活方式的長者，無論他們失能水準是輕、中或重，作業治療目標都應是維持多於勉強改善長者現時的功能，及盡力維持現有的生活能力。

針對那些近日因病或退化引起進一步功能障礙的長者，治療師可採取一些較醫療性的手段去嘗試控制長者的症狀及促進功能恢復，但更重要的還是要盡力保持長者獨立生活的能力。在訓練計畫中要強調自理能力的訓練，盡可能預防發展出過分依賴的惡性循環；也要儘快恢復娛樂及社交生活，早期安排生活化訓練活動，適當教授適應性技巧，必要時重新安排生活環境及提供生活輔具。

這些長者的生活能力和意志，可能會在很短時間內有很大的退步。針對這些長者，時間是十分關鍵的，必須及早地、積極地安排生活化的訓練，目標在最短的時間內恢復一定程度的生活能力，維持原有獨立生活、愉快生活的意願及追求。

服務手段

生活化的訓練活動及場景是養老康復作業治療的關鍵。雖然大部分長者都可能曾經歷傷病、有某程度的後遺症狀或功能障礙，但多過了醫療康復的黃金期，



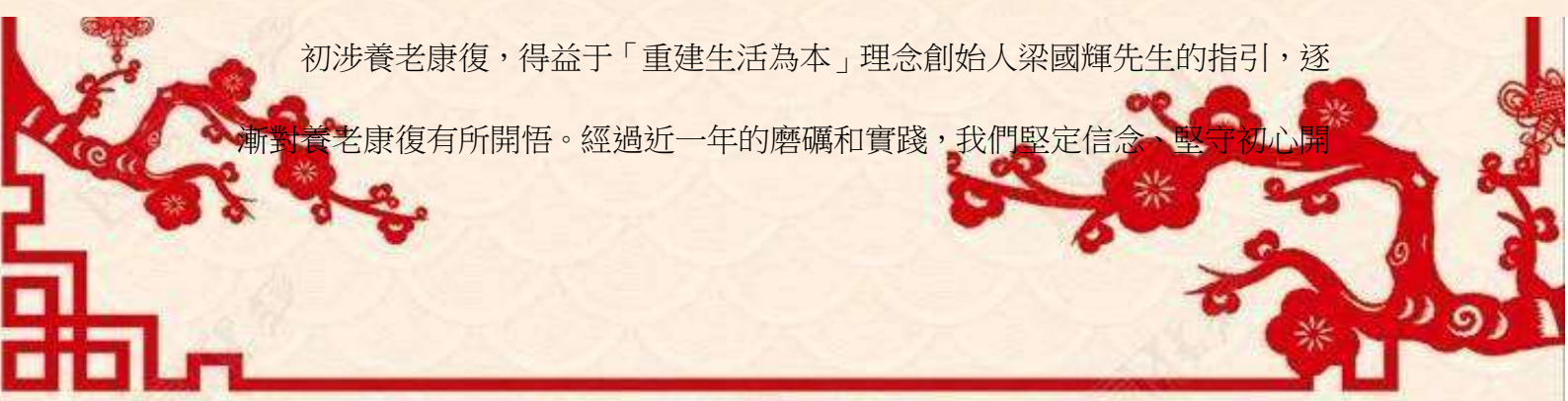
很多都已經接受了功能障礙的現實，再沒有尋求醫療性的治療意願。所以，生活化的訓練活動是最現實、也是最佳的選擇。

要使作業活動產生療效，特別是促進生活能力及生活意志的效果，治療師要引入作業活動療效八要素：治療師要透過訪談，讓長者體會到某治療性作業活動是重要的、有興趣的、或有意義的；治療師要把活動設計得有難度、有挑戰性，但經長者努力可成功的；活動過程中是可學習到正常活動模式和方法，或可學習到代償或適應方法的；治療師也要的確保活動過程是愉快的，是可以產生能量去維持和完成活動的；活動必須是容易體會成功及量化進步的，以加強成功感及自信心；最後，活動完成後會感覺良好的，以促使長者願意嘗試更多、更難、和帶來更大正面感受的活動。

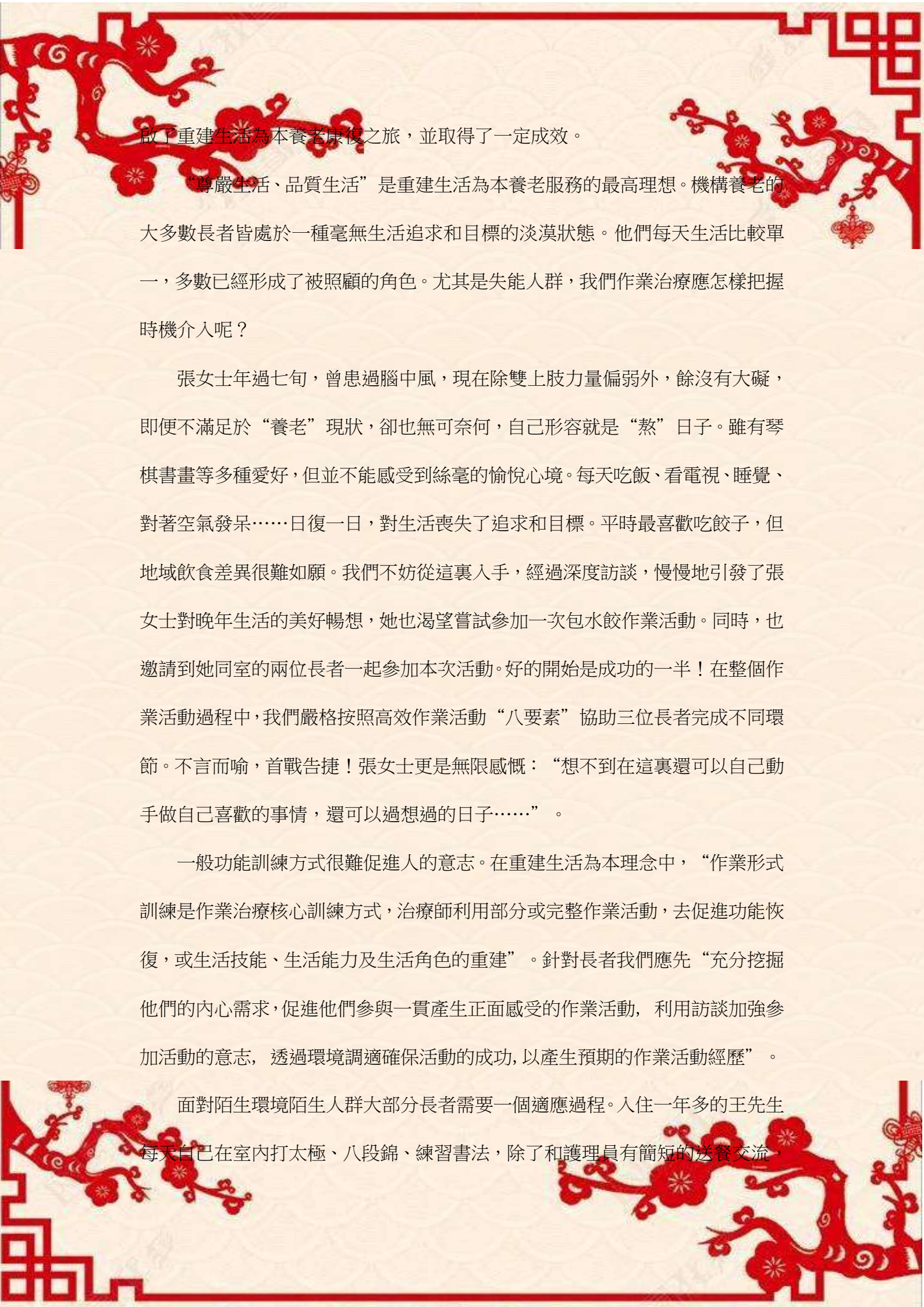
作業治療師最專業的部分不是組織作業活動，而是要能夠評估瞭解個別長者的能力、局限及心態，針對性的分配活動任務，有機引進療效八要素，確保過程愉快，活動成功，及可產生良好的作業經歷，達至預期療效。這對治療師是重大挑戰，但也是治療師專業能力及價值的所在。

透過引入療效八要素，這些生活化訓練可按治療師的設計，達到不同層次的療效成果。安排對長者能力有點挑戰的作業活動可促進生活能力的改善與提高；安排與長者能力相配的活動可維持能力；調節好活動環境及工具可促進長者有效參與學習性質的活動，以學習新知識、培養新愛好；安排長者參與人際娛樂活動可提升生活滿足感及品質感。

實踐重建生活為本養老康復經驗分享



初涉養老康復，得益于「重建生活為本」理念創始人梁國輝先生的指引，逐漸對養老康復有所開悟。經過近一年的磨礪和實踐，我們堅定信念、堅守初心開



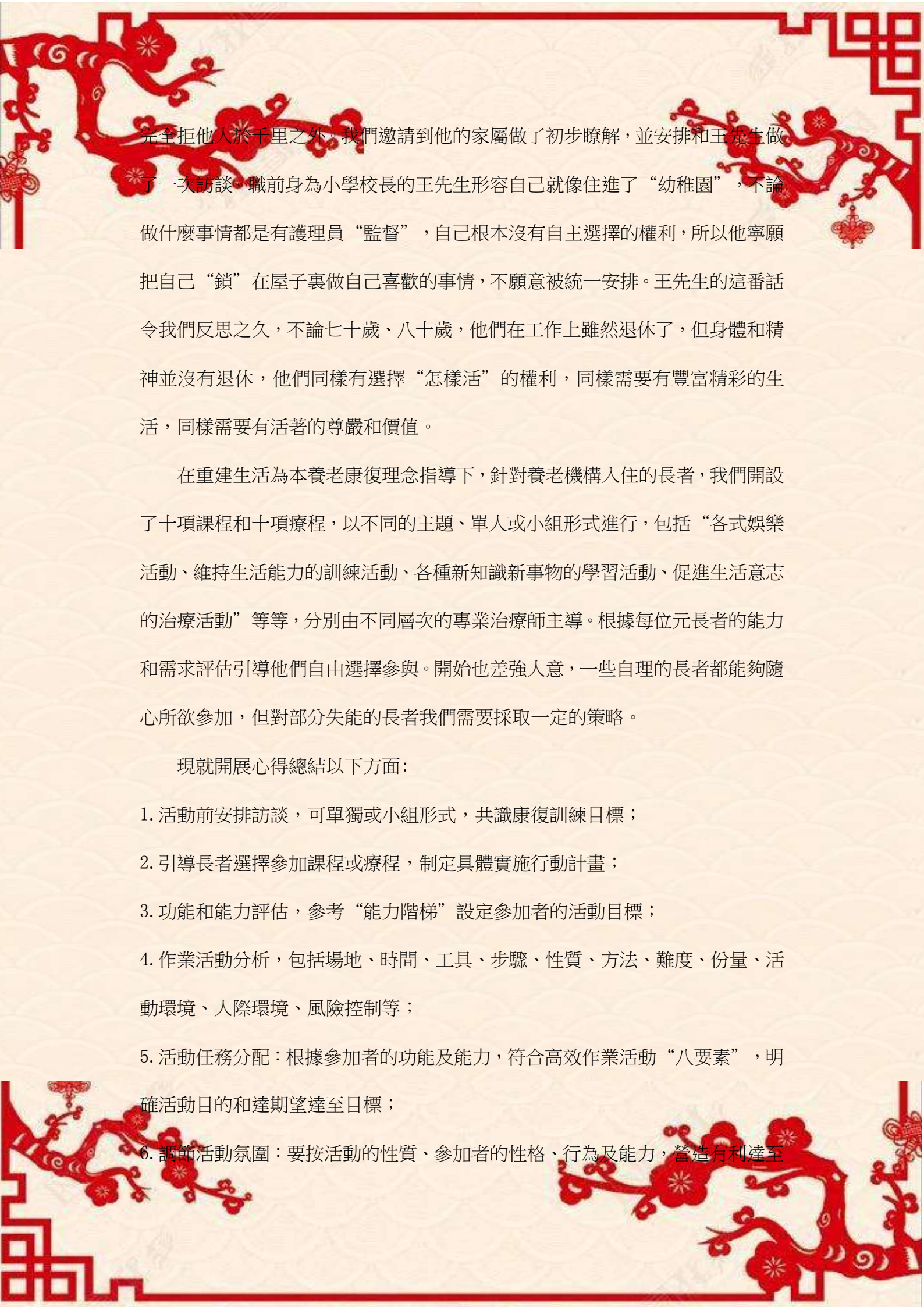
啟了重建生活為本養老康復之旅，並取得了一定成效。

“尊嚴生活、品質生活”是重建生活為本養老服務的最高理想。機構養老的大多數長者皆處於一種毫無生活追求和目標的淡漠狀態。他們每天生活比較單一，多數已經形成了被照顧的角色。尤其是失能人群，我們作業治療應怎樣把握時機介入呢？

張女士年過七旬，曾患過腦中風，現在除雙上肢力量偏弱外，餘沒有大礙，即便不滿足於“養老”現狀，卻也無可奈何，自己形容就是“熬”日子。雖有琴棋書畫等多種愛好，但並不能感受到絲毫的愉悅心境。每天吃飯、看電視、睡覺、對著空氣發呆……日復一日，對生活喪失了追求和目標。平時最喜歡吃餃子，但地域飲食差異很難如願。我們不妨從這裏入手，經過深度訪談，慢慢地引發了張女士對晚年生活的美好暢想，她也渴望嘗試參加一次包水餃作業活動。同時，也邀請到她同室的兩位長者一起參加本次活動。好的開始是成功的一半！在整個作業活動過程中，我們嚴格按照高效作業活動“八要素”協助三位長者完成不同環節。不言而喻，首戰告捷！張女士更是無限感慨：“想不到在這裏還可以自己動手做自己喜歡的事情，還可以過想過的日子……”。

一般功能訓練方式很難促進人的意志。在重建生活為本理念中，“作業形式訓練是作業治療核心訓練方式，治療師利用部分或完整作業活動，去促進功能恢復，或生活技能、生活能力及生活角色的重建”。針對長者我們應先“充分挖掘他們的內心需求，促進他們參與一貫產生正面感受的作業活動，利用訪談加強參加活動的意志，透過環境調適確保活動的成功，以產生預期的作業活動經歷”。

面對陌生環境陌生人群大部分長者需要一個適應過程。入住一年多的王先生每天自己在室內打太極、八段錦、練習書法，除了和護理員有簡短的送餐交流，

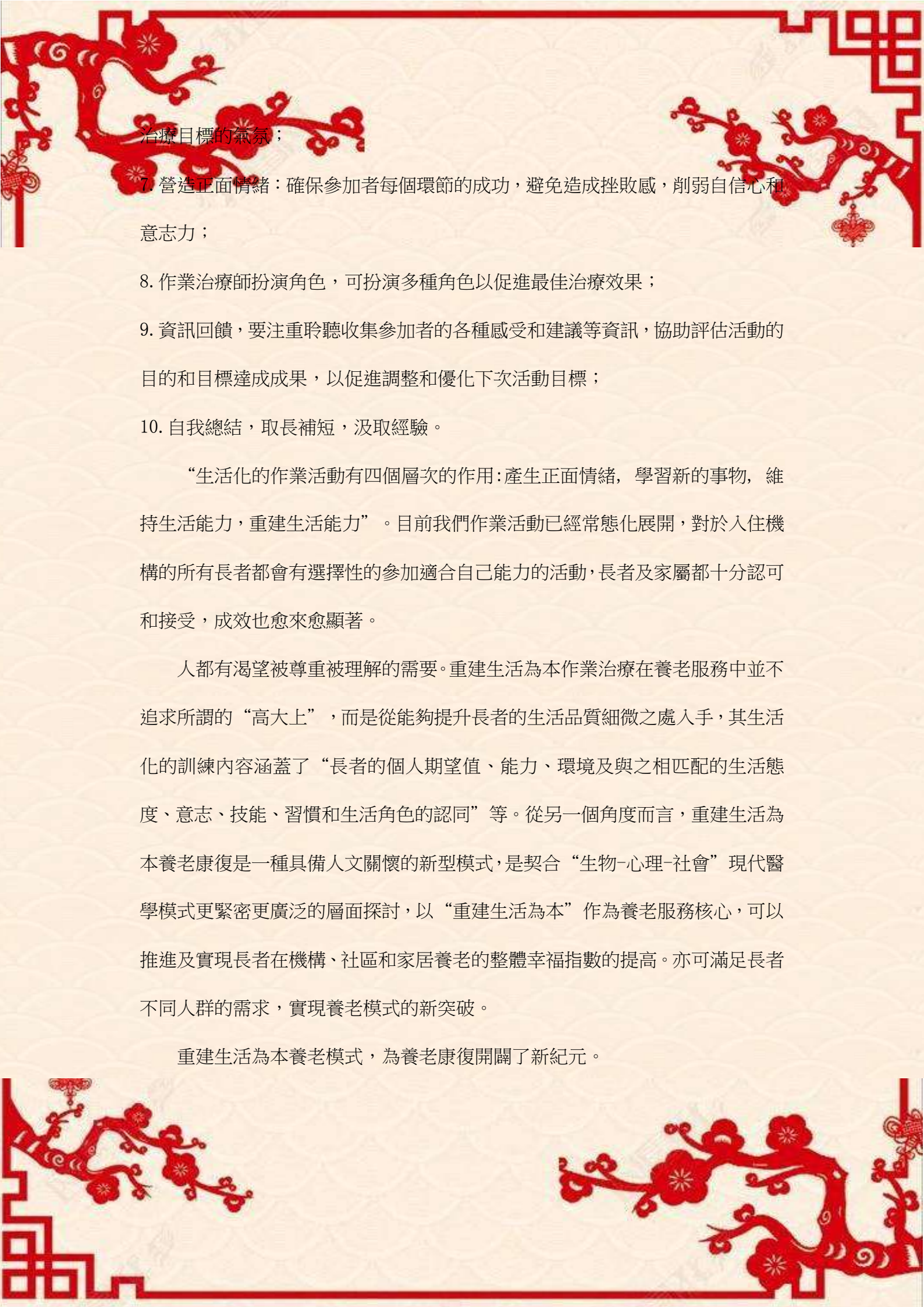


完全拒他人於千里之外。我們邀請到他的家屬做了初步瞭解，並安排和王先生做了一次訪談。職前身為小學校長的王先生形容自己就像住進了“幼稚園”，不論做什麼事情都是有護理員“監督”，自己根本沒有自主選擇的權利，所以他寧願把自己“鎖”在屋子裏做自己喜歡的事情，不願意被統一安排。王先生的這番話令我們反思之久，不論七十歲、八十歲，他們在工作上雖然退休了，但身體和精神並沒有退休，他們同樣有選擇“怎樣活”的權利，同樣需要有豐富精彩的生活，同樣需要有活著的尊嚴和價值。

在重建生活為本養老康復理念指導下，針對養老機構入住的長者，我們開設了十項課程和十項療程，以不同的主題、單人或小組形式進行，包括“各式娛樂活動、維持生活能力的訓練活動、各種新知識新事物的學習活動、促進生活意志的治療活動”等等，分別由不同層次的專業治療師主導。根據每位元長者的能力和需求評估引導他們自由選擇參與。開始也差強人意，一些自理的長者都能夠隨心所欲參加，但對部分失能的長者我們需要採取一定的策略。

現就開展心得總結以下方面：

1. 活動前安排訪談，可單獨或小組形式，共識康復訓練目標；
2. 引導長者選擇參加課程或療程，制定具體實施行動計畫；
3. 功能和能力評估，參考“能力階梯”設定參加者的活動目標；
4. 作業活動分析，包括場地、時間、工具、步驟、性質、方法、難度、份量、活動環境、人際環境、風險控制等；
5. 活動任務分配：根據參加者的功能及能力，符合高效作業活動“八要素”，明確活動目的和達期望達至目標；
6. 調節活動氛圍：要按活動的性質、參加者的性格、行為及能力，營造有利達至



治療目標的氣氛；

7. 營造正面情緒：確保參加者每個環節的成功，避免造成挫敗感，削弱自信心和意志力；
8. 作業治療師扮演角色，可扮演多種角色以促進最佳治療效果；
9. 資訊回饋，要注重聆聽收集參加者的各種感受和建議等資訊，協助評估活動的目的和目標達成成果，以促進調整和優化下次活動目標；
10. 自我總結，取長補短，汲取經驗。

“生活化的作業活動有四個層次的作用：產生正面情緒，學習新的事物，維持生活能力，重建生活能力”。目前我們作業活動已經常態化展開，對於入住機構的所有長者都會有選擇性的參加適合自己能力的活動，長者及家屬都十分認可和接受，成效也愈來愈顯著。

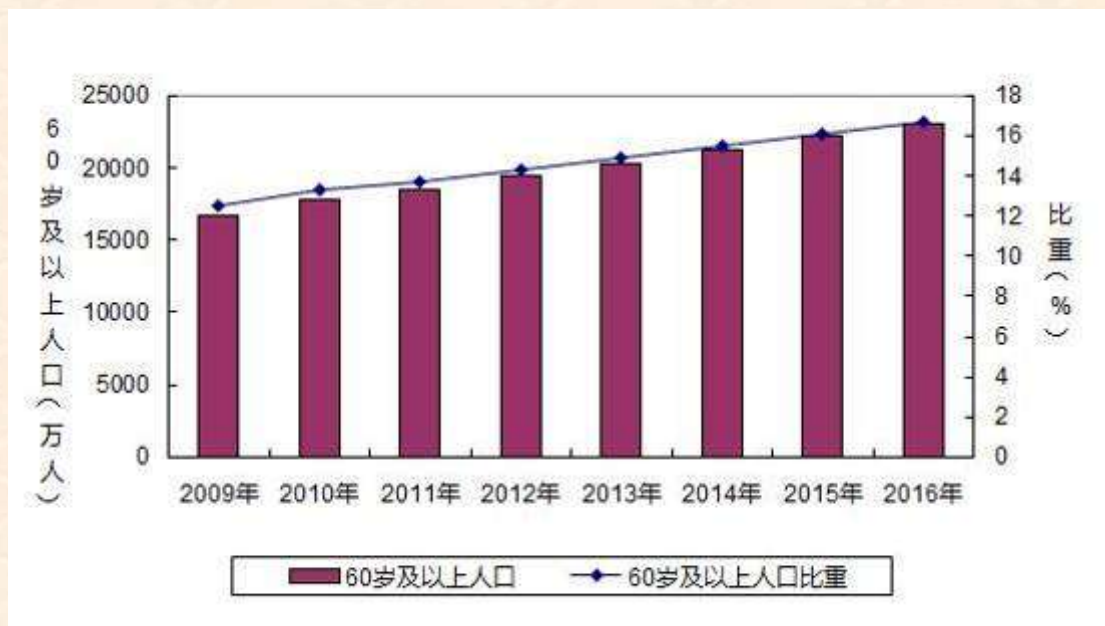
人都有渴望被尊重被理解的需要。重建生活為本作業治療在養老服務中並不追求所謂的“高大上”，而是從能夠提升長者的生活品質細微之處入手，其生活化的訓練內容涵蓋了“長者的個人期望值、能力、環境及與之相匹配的生活態度、意志、技能、習慣和生活角色的認同”等。從另一個角度而言，重建生活為本養老康復是一種具備人文關懷的新型模式，是契合“生物-心理-社會”現代醫學模式更緊密更廣泛的層面探討，以“重建生活為本”作為養老服務核心，可以推進及實現長者在機構、社區和家居養老的整體幸福指數的提高。亦可滿足長者不同人群的需求，實現養老模式的新突破。

重建生活為本養老模式，為養老康復開闢了新紀元。

康養融合模式下的老年作業治療探索與實踐

李奎成 主任治療師 九如城康復醫院

據民政部 2017 年 8 月發佈的《2016 年社會服務發展統計公報》，截至 2016 年底，全國 60 歲及以上老年人口 23086 萬人，占總人口的 16.7%，其中 65 歲及以上人口 15003 萬人，占總人口的 10.8%，這一比例逐年增長（圖 1）。而國家統計局 2018 年 1 月 18 日發佈的最新資料顯示，至 2017 年末，我國 60 周歲及以



上人口增至 24090 萬人，占總人口的 17.3%，65 周歲及以上人口 15831 萬人，占總人口的 11.4%。可見人口老齡化日趨嚴重。

圖 1 60 歲及以上老年人口占全國總人口比重

（來源：民政部《2016 年社會服務發展統計公報》）

從以上資料可知，養老問題已經成為迫切需要解決的巨大的社會問題。2017 年 2 月，國務院關於印發“十三五”國家老齡事業發展和養老體系建設規劃的通知【國發〔2017〕13 號】“第五章 健全健康支持體系”中明確提出“推進醫養

結合”、“完善醫養結合機制”，並指出中國“以居家為基礎、社區為依託、機構為補充、醫養相結合的養老服務體系初步形成”。習近平總書記在十九大報告

中指出，要“積極應對人口老齡化，構建養老、孝老、敬老政策體系和社會環境，推進醫養結合，加快老齡事業和產業發展”。也特別強調了醫養結合。但醫養結合也存在一些瓶頸，因為結合往往是兩個獨立的個體之間的結合，在 2017 年江蘇省康復年會上，勵建安教授指出“孤立的養老機構無法解決醫療問題，單純與機構簽約無法解決經濟壁壘”成為養老的困境，“居家養老和機構養老沒能解決醫療困境”。勵教授指出“理想的養老應該是給老人一個家而不是一張床，合理的醫療支持為醫康復養護一體化”。筆者所在機構所探索的“醫、康、養、護、教一體化”的康養融合模式則比較接近這一要求。下麵進行具體介紹。



一、康養融合模式的探索

據江蘇省老齡辦《江蘇省 2016 年老年人口資訊和老齡事業發展狀況報告》，至 2016 年末，江蘇省 60 周歲及以上老年人口 1719.26 萬人，占人口的 22.10%，65 周歲及以上老年人口 1167.55 萬人，占人口的 15.01%。江蘇省這一老齡化水準明顯高於全國平均水準。正是在這一大背景下，九如城養老產業集團率先在江蘇探索康養融合模式。參考國內多位專家所宣導的“9073”（90%居家養老，7%社

區養老，3%機構養老）及北京市嘗試的“9064”（90%居家養老，6%社區養老，4%機構養老）養老結構，結合省內老年人口特點和養老需求（表1），創新性提出了康養融合的四級養老體系，即養老綜合體—城市養老院—日間照料中心—居家養老四級體系，以宜興和南京為例簡單介紹。

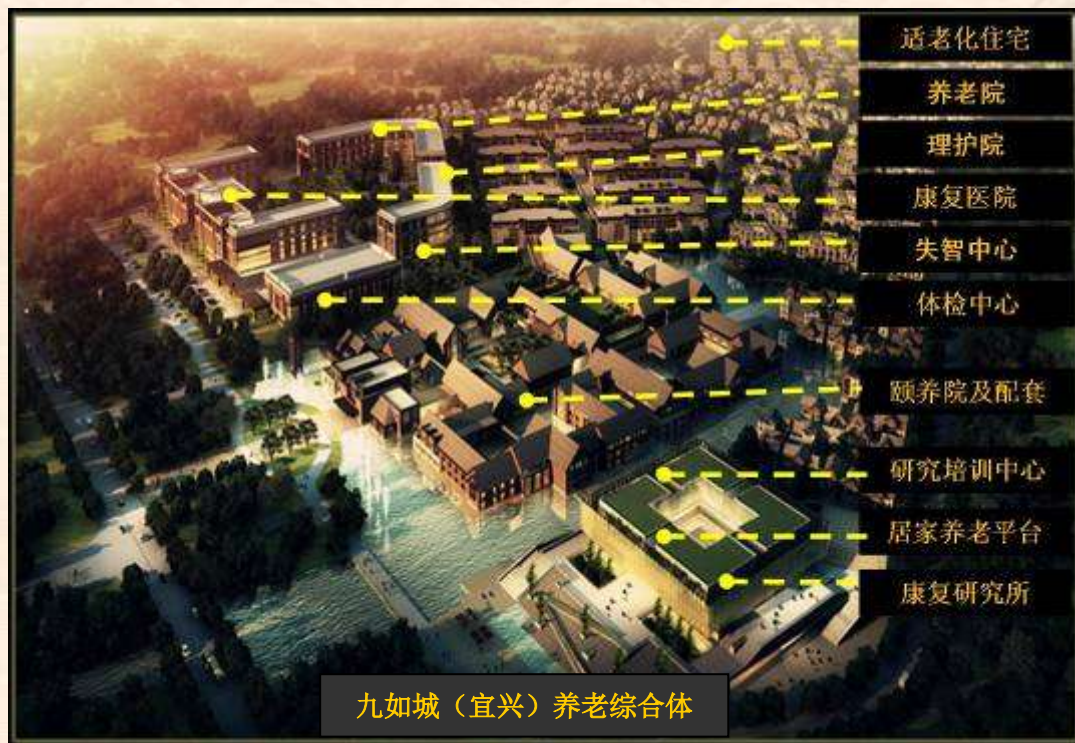
表1 江蘇省老年人養老意願抽樣調查測匯算結果

類別	數量 (萬人)	占全省老 人比例	養老意願			
			居家養老	白天社區晚上回家	機構養老	視情況而定
空巢老人	872.8	50.77%	80%左右	1.9%	4.6%	13.4%
獨居老人	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：資料來源：江蘇省老齡辦《江蘇省2016年老年人口資訊和老齡事業發展狀況報告》，據江蘇省33個縣（市、區），15840個樣本抽樣調查測算結果。

在宜興，設立了養老綜合體（1個），城市養老護理院（5個，數量增加中，含1個候鳥式養老院），日間照料中心（14個，2018將增至20個）、居家養老服務中心（2017年服務237戶，2018將達600戶）。九如城養老綜合體（如下圖）占地800畝，包括康復醫院（500床）、養老院、護理院、頤養院、安養院（失智中心）、健康管理中心、養老養生研究中心、康復研究所、九如學院、營養中心、適老化住宅、老年大學等。養老綜合體為全體系的資源中心，特別是康復醫院為體系內唯一的醫院，為全體系提供服務，養老與康復機構由不同團隊負責運營；城市養老/護理院分佈於宜興城區及幾個人口大鎮，床位數在150—1000床不等，提供機構養老服務；日間照料中心主要分佈於人口密集的住宅區，提供

日間照料服務；居家服務平臺採用智慧化居家養老平臺，為需要的用戶提供助餐、助浴、助醫、助急等服務。



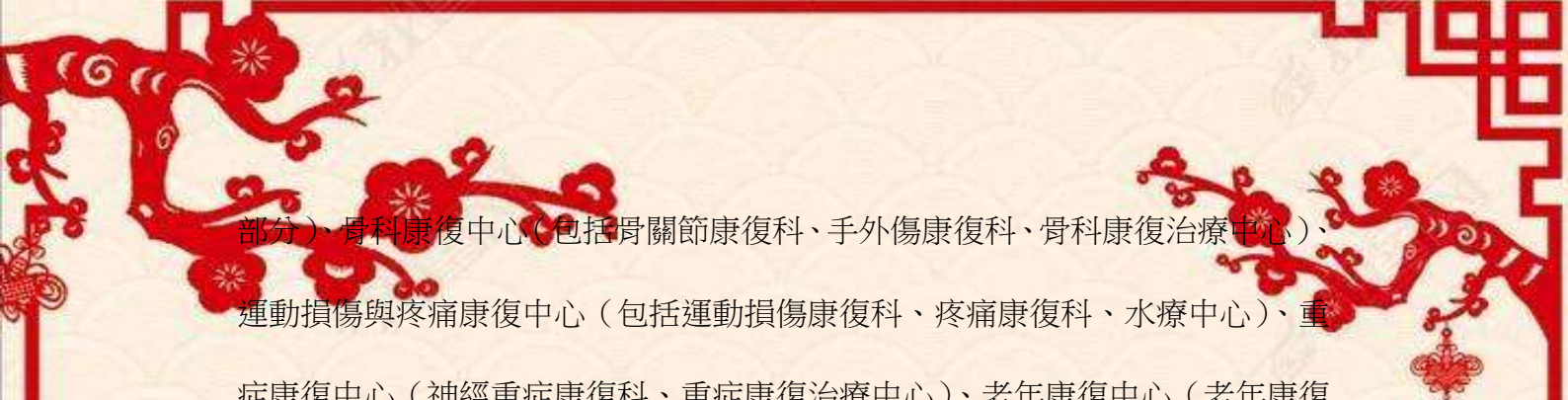
在南京，同樣是四級服務體系，但運營模式又不同於宜興。與宜興不同的是，綜合體內康復與養老由同一機構負責運營，統一管理。

九如城在其他地區運營的機構，如徐州、蘇州、無錫、上海、佛山等地，基本是宜興或南京的運營模式。

二、康養融合模式下的作業治療探索與實踐

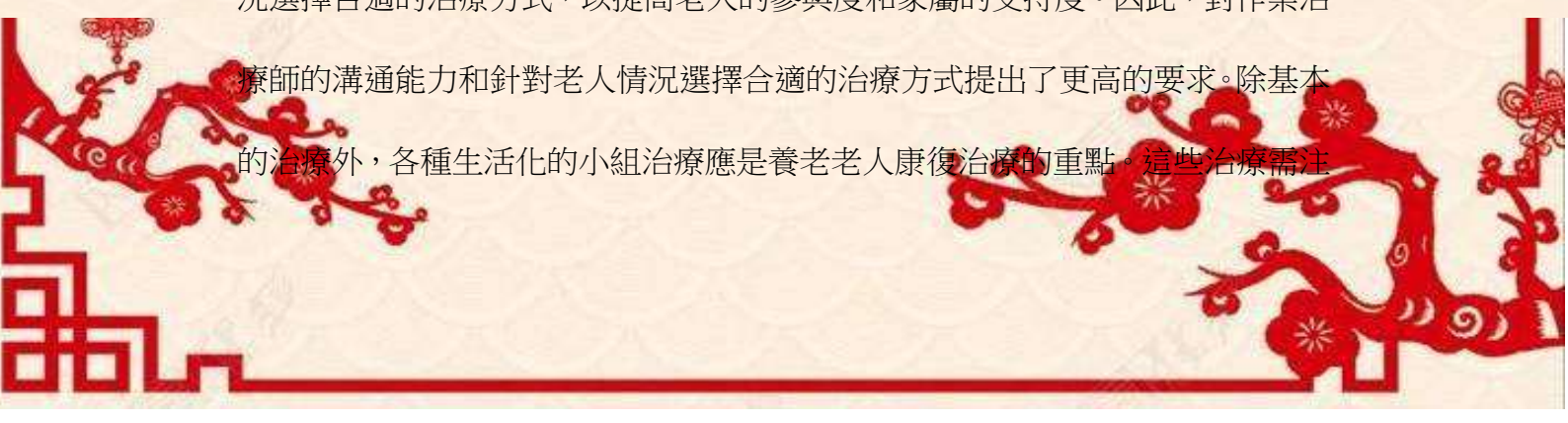
作業治療作為康復治療的重要組成部分，在健康養老中扮演重要角色。下麵同樣以宜興和南京為例進行介紹。

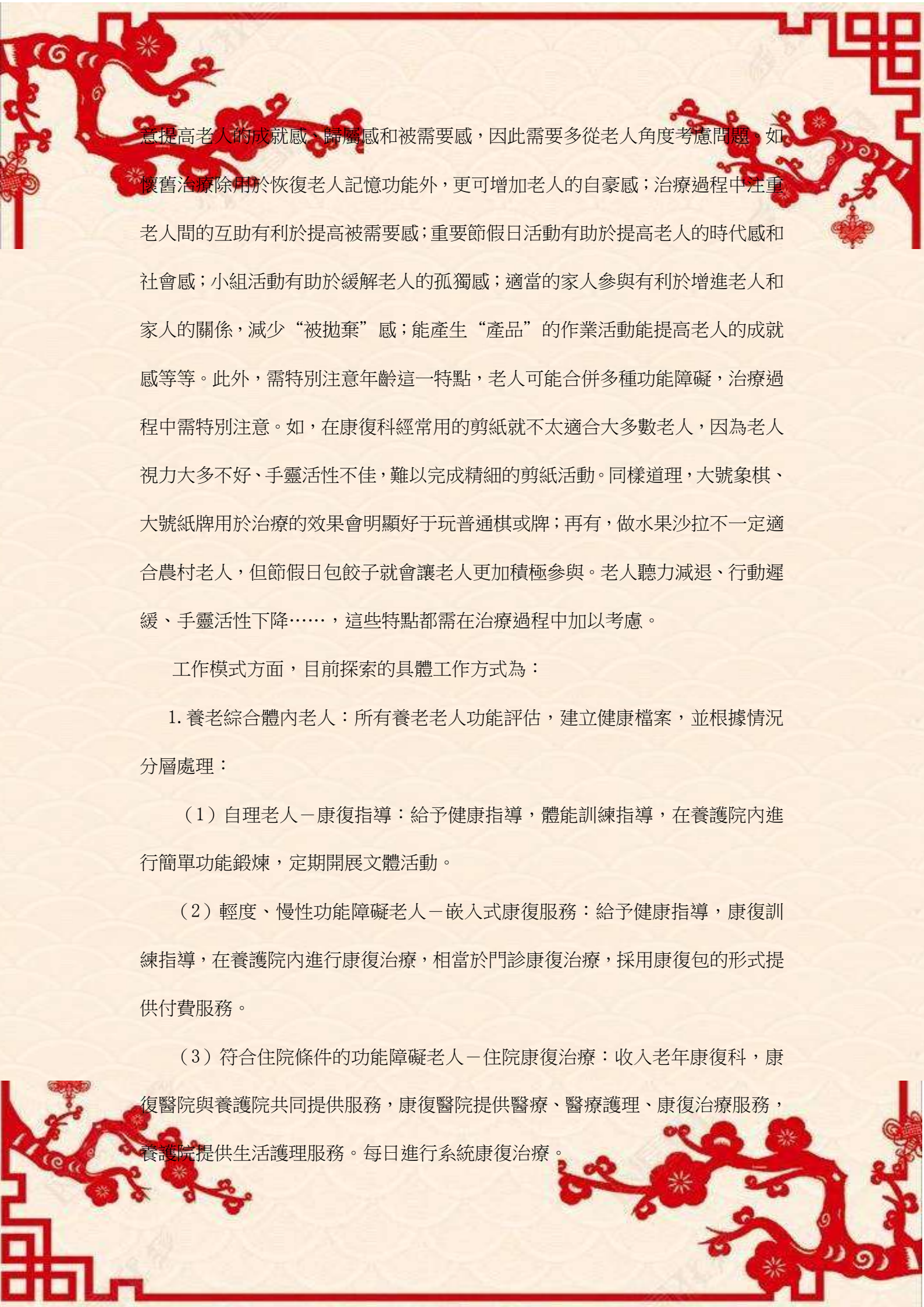
在宜興，老年康復服務主要由宜興九如城康復醫院進行，九如城康復醫院設立了神經康復中心（包括腦損傷康復科、脊髓損傷康復科、神經康復治療中心，神經康復治療中心又包括運動治療科、作業治療科、言語心理治療科、理療室幾



部分)、骨科康復中心(包括骨關節康復科、手外傷康復科、骨科康復治療中心)、運動損傷與疼痛康復中心(包括運動損傷康復科、疼痛康復科、水療中心)、重症康復中心(神經重症康復科、重症康復治療中心)、老年康復中心(老年康復科、老年康復治療中心)、燒傷康復中心(建設中,包括燒傷康復科、燒傷康復治療中心)、產後康復中心(建設中)幾個亞專科康復中心和中醫康復治療中心、職業康復中心、水療中心、假肢矯形中心(建設中)、社會康復與社區康復中心(建設中)、健康管理中心、高壓氧治療中心等亞專業中心。老年康復主要由老年康復中心和社會康復與社區康復治療中心完成,此外,集團還將成立養老康復部,負責集團內老年康復資源的協調和管理。九如城康復醫院老年康復科設立於九如城養護院內,主要服務具有康復需求又符合住院指征的養老老人,醫療部分由康復醫院負責運營,生活護理部分由養護院負責,康復部門由老年康復治療中心負責。老年康復治療中心設立了運動治療區、理療區、有氧訓練區、認知訓練區、懷舊治療區、紫砂陶藝體驗區、集體活動區、手工藝治療區等。

針對養老老人的特點及家屬的要求,作業治療主要提供 ADL 訓練與指導、認知訓練、手上肢功能訓練、適老化輔具的評估與使用訓練、懷舊治療、文體治療等,目的是提高老人的生活自理能力、娛樂休閒及人際交往等參與能力,讓老人積極面對生活,有尊嚴地安度幸福晚年。養護院內老人多不同于康復科或康復醫院內老人,這裏的老人和家屬更多關注的是生活品質,而相對來說對功能的改善方面的需求並不如康復科或醫院內強烈,所以治療過程中需特別注意根據老人情況選擇合適的治療方式,以提高老人的參與度和家屬的支持度。因此,對作業治療師的溝通能力和針對老人情況選擇合適的治療方式提出了更高的要求。除基本的治療外,各種生活化的小組治療應是養老老人康復治療的重點。這些治療需注





意提高老人的成就感、歸屬感和被需要感，因此需要多從老人角度考慮問題。如懷舊治療除用於恢復老人記憶功能外，更可增加老人的自豪感；治療過程中注重老人間的互助有利於提高被需要感；重要節假日活動有助於提高老人的時代感和社會感；小組活動有助於緩解老人的孤獨感；適當的家人參與有利於增進老人和家人的關係，減少“被拋棄”感；能產生“產品”的作業活動能提高老人的成就感等等。此外，需特別注意年齡這一特點，老人可能合併多種功能障礙，治療過程中需特別注意。如，在康復科經常用的剪紙就不太適合大多數老人，因為老人視力大多不好、手靈活性不佳，難以完成精細的剪紙活動。同樣道理，大號象棋、大號紙牌用於治療的效果會明顯好於玩普通棋或牌；再有，做水果沙拉不一定適合農村老人，但節假日包餃子就會讓老人更加積極參與。老人聽力減退、行動遲緩、手靈活性下降……，這些特點都需在治療過程中加以考慮。

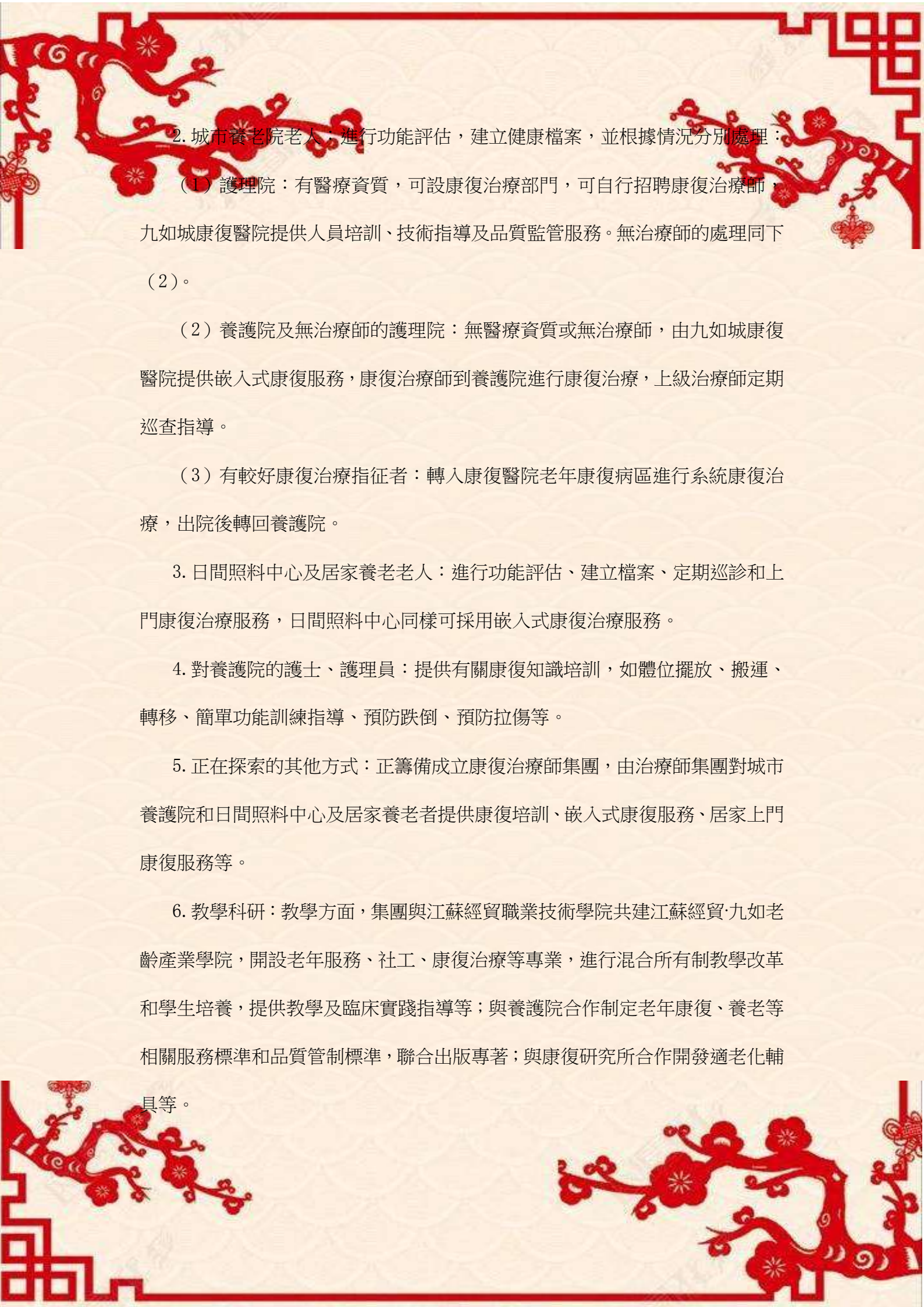
工作模式方面，目前探索的具體工作方式為：

1. 養老綜合體內老人：所有養老老人功能評估，建立健康檔案，並根據情況分層處理：

（1）自理老人—康復指導：給予健康指導，體能訓練指導，在養護院內進行簡單功能鍛煉，定期開展文體活動。

（2）輕度、慢性功能障礙老人—嵌入式康復服務：給予健康指導，康復訓練指導，在養護院內進行康復治療，相當於門診康復治療，採用康復包的形式提供付費服務。

（3）符合住院條件的功能障礙老人—住院康復治療：收入老年康復科，康復醫院與養護院共同提供服務，康復醫院提供醫療、醫療護理、康復治療服務，養護院提供生活護理服務。每日進行系統康復治療。



2. 城市養老院老人：進行功能評估，建立健康檔案，並根據情況分別處理：

(1) 護理院：有醫療資質，可設康復治療部門，可自行招聘康復治療師，九如城康復醫院提供人員培訓、技術指導及品質監管服務。無治療師的處理同下(2)。

(2) 養護院及無治療師的護理院：無醫療資質或無治療師，由九如城康復醫院提供嵌入式康復服務，康復治療師到養護院進行康復治療，上級治療師定期巡查指導。

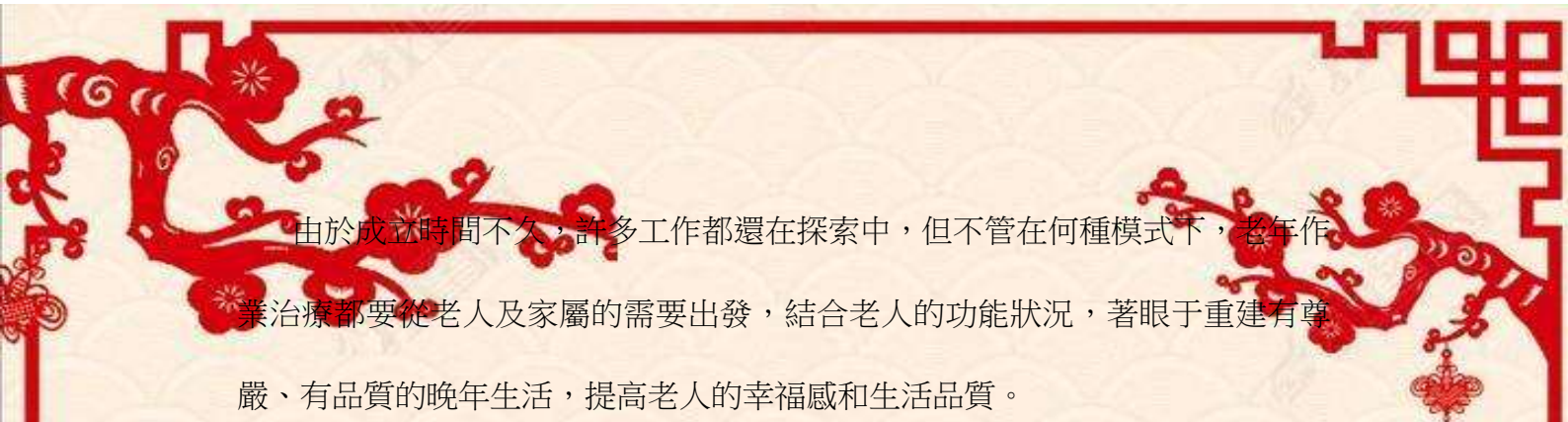
(3) 有較好康復治療指征者：轉入康復醫院老年康復病區進行系統康復治療，出院後轉回養護院。

3. 日間照料中心及居家養老老人：進行功能評估、建立檔案、定期巡診和上門康復治療服務，日間照料中心同樣可採用嵌入式康復治療服務。

4. 對養護院的護士、護理員：提供有關康復知識培訓，如體位擺放、搬運、轉移、簡單功能訓練指導、預防跌倒、預防拉傷等。

5. 正在探索的其他方式：正籌備成立康復治療師集團，由治療師集團對城市養護院和日間照料中心及居家養老者提供康復培訓、嵌入式康復服務、居家上門康復服務等。

6. 教學科研：教學方面，集團與江蘇經貿職業技術學院共建江蘇經貿·九如老齡產業學院，開設老年服務、社工、康復治療等專業，進行混合所有制教學改革和學生培養，提供教學及臨床實踐指導等；與養護院合作制定老年康復、養老等相關服務標準和品質管制標準，聯合出版專著；與康復研究所合作開發適老化輔具等。



由於成立時間不久，許多工作都還在探索中，但不管在何種模式下，老年作業治療都要從老人及家屬的需要出發，結合老人的功能狀況，著眼于重建有尊嚴、有品質的晚年生活，提高老人的幸福感和生活品質。

老年人急性快速恢復病房（ACE）模式及作業治療在其中的角色和作用

林洋 四川大學華西醫院作業治療師

楊永紅 四川大學華西醫院 副主任治療師

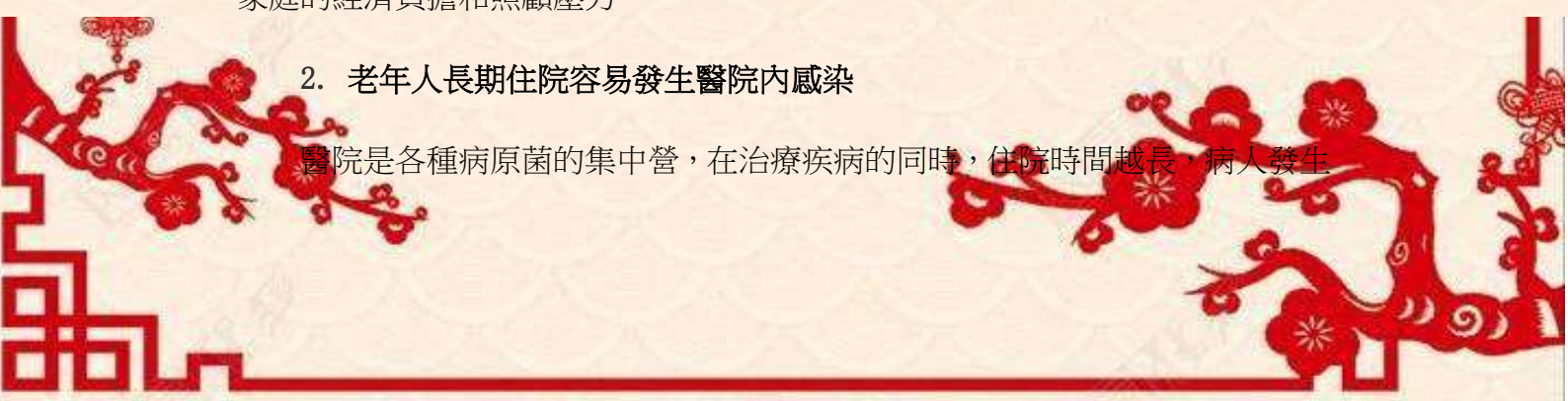
綜合醫院急性期處理的老年患者往往以臨床醫療行為為主，傳統住院模式下，老人在住院期間因臥床時間增加、脫離家庭和日常生活熟悉的環境從而導致老年人的日常生活能力、行走能力、認知功能的降低，跌倒風險增加。而失能則可能進一步延長住院時間，導致長期住院的情況發生。長期住院通常指住院時間超過 30 天。長期住院給患者及家屬都帶來重要影響，尤為老年人長期住院尤其有害。

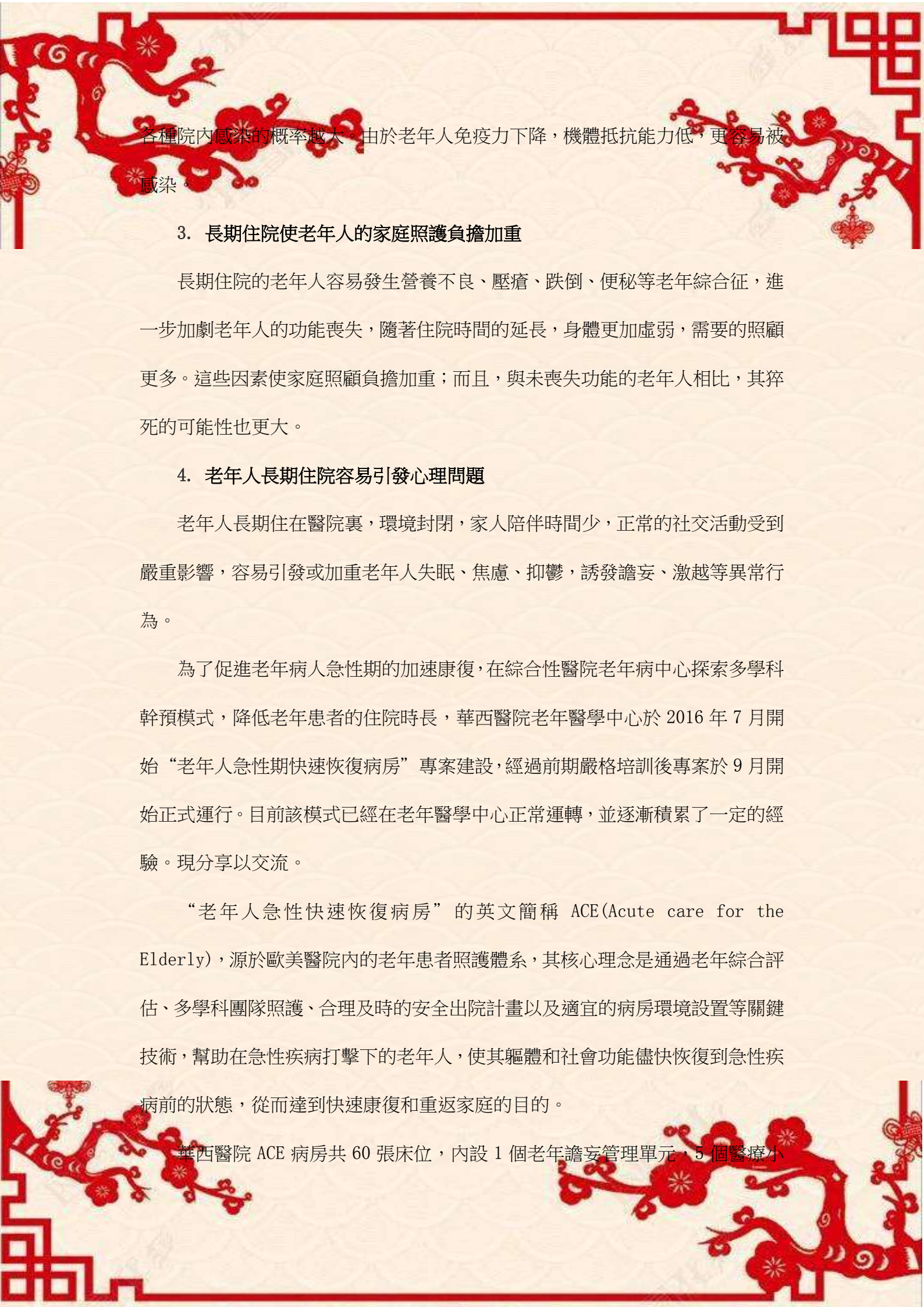
1. 長期住院使老年人生活自理能力下降

因治療時間固定、活動場地限制、醫護人員及家庭的照護增強，長期住院的老年人日常生活能力，如洗澡、進食、梳洗、穿衣、上下床、上廁所等活動減少，從而導致生活自理能力下降甚至喪失，不僅使老年人的生活品質下降，也加重了家庭的經濟負擔和照顧壓力。

2. 老年人長期住院容易發生醫院內感染

醫院是各種病原菌的集中營，在治療疾病的同時，住院時間越長，病人發生





各種院內感染的概率越大。由於老年人免疫力下降，機體抵抗能力低，更容易被感染。

3. 長期住院使老年人的家庭照護負擔加重

長期住院的老年人容易發生營養不良、壓瘡、跌倒、便秘等老年綜合征，進一步加劇老年人的功能喪失，隨著住院時間的延長，身體更加虛弱，需要的照顧更多。這些因素使家庭照顧負擔加重；而且，與未喪失功能的老年人相比，其猝死的可能性也更大。

4. 老年人長期住院容易引發心理問題

老年人長期住在醫院裏，環境封閉，家人陪伴時間少，正常的社交活動受到嚴重影響，容易引發或加重老年人失眠、焦慮、抑鬱，誘發譫妄、激越等異常行為。

為了促進老年病人急性期的加速康復，在綜合性醫院老年病中心探索多學科幹預模式，降低老年患者的住院時長，華西醫院老年醫學中心於 2016 年 7 月開始“老年人急性期快速恢復病房”專案建設，經過前期嚴格培訓後專案於 9 月開始正式運行。目前該模式已經在老年醫學中心正常運轉，並逐漸積累了一定的經驗。現分享以交流。

“老年人急性快速恢復病房”的英文簡稱 ACE (Acute care for the Elderly)，源於歐美醫院內的老年患者照護體系，其核心理念是通過老年綜合評估、多學科團隊照護、合理及時的安全出院計畫以及適宜的病房環境設置等關鍵技術，幫助在急性疾病打擊下的老年人，使其軀體和社會功能儘快恢復到急性疾病前的狀態，從而達到快速康復和重返家庭的目的。

華西醫院 ACE 病房共 60 張床位，內設 1 個老年譫妄管理單元，5 個醫療小

組。ACE 項目由美國 Saint Louis 大學 ACE 主任 Dr. Flaherty 作為技術督導和顧問，團隊成員包括老年醫學醫生、老年醫學護理專家、作業治療師、物理治療師、

臨床營養師、臨床藥師、急診科醫生及社會工作者。這一多學科團隊以“讓老年患者儘快康復、安全回家”為團隊共同的工作目標，以每天例行的簡短 ACE 會議促進團隊的效率。ACE 多學科會議與單次的單科會診和單次多科同時會診有顯著的不同，它共用患者資訊，減少分別訪視患者的時間，明確治療目標，提高責任感，有效促進團隊工作而額外不增加團隊的工作時間。

（一）ACE 工作內容

入院 24 小時內完成全面評定，然後根據多學科評估篩查患者住院主要問題制定治療計畫，同時結合此次患病前情況（基線 ADL 情況），使患者能夠快速恢復（平均住院日 10 天）至基線水準。作業治療作為團隊的主要成員，在 ACE 病房中承擔重要角色，主要內容包括患者的自理能力及活動參與水準的評估及訓練，ACE 病房環境改進及輔助技術的提供，患者回歸家庭前的健康教育及疾病自我管理的培訓等內容。



圖 1 24 小時內完成常規綜合評估及入院康復教育



圖 2 ACE 多學科會議

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	评分							
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物?	7	5	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	是否能够自己解大便?	7	6	5	4	3	2	1	
7	是否能够自己解小便?	7	6	5	4	3	2	1	
交流									
8	是否能够自己解决日常生活面临的问题?	7	6	5	4	3	2	1	
9	是否能够表达自己的想法?	7	6	5	4	3	2	1	
活动									
10	是否能够自己在床和椅子(或轮椅)之间移动?	7	6	5	4	3	2	1	
11	是否能够在平地步行(或使用轮椅)?	7	5	5	4	3	2	1	
12	是否能够自己上下一层楼梯?	7	6	5	4	3	2	1	
13	是否能够自己在住所内进出厕所?	7	6	5	4	3	2	1	
14	是否能够自己在住所内进出浴室/浴盆?	7	5	5	4	3	2	1	
15	是否能够自行使用交通工具出行?	7	6	5	4	3	2	1	
自理									
16	是否能够自己洗澡?	7	6	5	4	3	2	1	
17	是否能够自己刷牙洗脸?	7	6	5	4	3	2	1	
18	是否能够自己上厕所?	7	5	5	4	3	2	1	
19	是否能够自己穿脱衣服?	7	6	5	4	3	2	1	
20	是否能够自己穿脱裤子?	7	6	5	4	3	2	1	
21	是否能够自己吃东西?	7	6	5	4	3	2	1	
22	是否能够按照医嘱坚持服药?	7	5	5	4	3	2	1	
23	是否能够安全独处?	7	6	5	4	3	2	1	
家庭生活									
24	是否能够自行外出购物?	7	6	5	4	3	2	1	
25	是否能够自己做家务?	7	5	5	4	3	2	1	
经济和社会生活									
26	是否能够自己管理个人财物?	7	6	5	4	3	2	1	
27	是否能够自己合理利用闲暇时间?	7	6	5	4	3	2	1	
28	是否能够自己走亲访友?	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)

圖 3 ACE 病房評估量表

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)

圖 4 ACE 病房下肢功能測試

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

圖 5 24 小時內完成第一次 ACE 會議討論

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

圖 6 2 次/周的 ACE 討論並及時行康復教育及康復訓練

（二）ACE 病房環境建設

環境在康復領域應當被關注的更多，康復中的環境包含了人類個體外在的全部因素。生物-心理-社會的現代醫學模式的理念正深入人心，醫院正逐步從單純的醫療型向醫療、預防、保健和康復的復合型轉變，應用作業治療 PEO 理論模型分析研究為改善老年失能提供更多方向。住院部是醫院建築的重要組成部分，是病人在醫院停留時間最長的地方，因此醫院住院環境的優劣，將直接影響到病人治療和康復的效果。環境治療主要是改造患者生活的環境，一方面減少可能誘發患者不良情緒反應、異常行為的刺激因素；另一方面則是增加有利於患者保持功能、誘發正性情感反應、減少挫折感、方便生活、增進安全的設施，這種治療通常用於家庭環境改造，而將作業治療中的環境改造技術運用於老年病房為內科疾病繁多複雜的失能老人提供幹預新思路，促進疾病轉歸，縮短住院時間，節約社會經濟成本。老年病區公共空間家居環境模擬改造聯合康復訓練對於老年患者的治療提供了新的治療思路，能有效提高老年患者的生存品質。ACE 病房環境改造，設有專門的扶手，拓寬的過道，醒目的房間號牌，均距離休息沙發椅，餐桌，時鐘，大屏平板電視等。



圖 7 提供整潔的公共活動區域



圖 8 集體用餐環境條件下老人獨立進食



圖 9 開展小組治療的公共空間



圖 10 下肢骨折的早期作業治療幹預



圖 11 腦卒中的日常生活訓練

ACE 病房在診療急性疾病的同時，關注並處理所有對老年人重返“健康”生活有影響的風險，包括營養狀況，軀體活動能力，認知功能和一系列老年綜合征。

與醫院的其他專科模式相比，ACE 病房更重視老年人的活動能力和功能，以使其維持自理能力和活動狀態並早日回家。

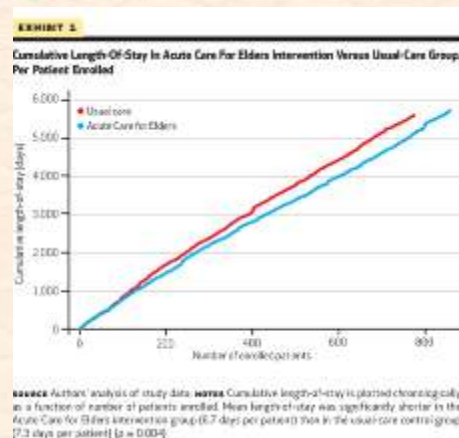


EXHIBIT 3
Changes in Patients' Functional Ability From Admission To Discharge, Acute Care For Elders (ACE) Intervention And Usual-Care Groups

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).

經過半年多的運作，目前 ACE 模式已經在華西老年醫學中心取得了滿意的效果，也得到廣大病友的一致好評，患者住院時間顯著縮短（平均降低 6.7 天），科室的病人周轉率，床位使用率較以往有了大步的提升。希望未來該模式的應用能推進更多衰弱老人的急性期醫療機構，維護和促進衰弱老人及時返回家中的日常生活能力，縮短住院時間，減少併發症。

參考文獻

1. 武傑, 王軼, 王志穩. 癡呆老人精神行為問題非藥物管理指南的系統評價[J]. 中國循證醫學雜誌, 2016, (11):1338-1344.
2. 陳茜, 鄧秀琳, 胡秀英. 不同等級醫院老年住院患者病區內環境安全評價[J]. 中國衛生事業管理, 2016, (05):343-345+370.
3. 陳立嘉. 老年病人作業治療應用[J]. 實用老年醫學, 2006, (02):91-94.
4. 季力, 崔曉. 豐富環境對腦神經可塑性的影響[J]. 神經病學與神經康復學雜誌, 2013, (02):99-101.
5. 趙燕, 畢月齋, 王珊, 谷岩梅, 李妍, 於虹, 陳海英. 豐富環境對阿爾茨海默病腦功能康復影響的研究進展[J]. 中國康復醫學雜誌, 2014, (07):693-696.
6. 柯淑芬. 老年癡呆治療性環境篩查量表的漢化及初步應用研究[D]. 福建醫科大學, 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.

職能治療師在 ICU 協助機械通氣支援下老年病人改善功能

謝勝鋒 王晶 中南大學湘雅三醫院康復醫學科

指導老師：李旭紅

實施背景

早在上世紀 70 年代，作業治療就為重症監護患者服務，但大多應用於燒傷病人危重早期的作業和輔具的使用。1986 年斯坦福大學醫院描述使用的作業治療評估的格式和過程：設定危重患者需滿足以下四個標準中的一個：1. 病人需要 12 小時的護理；2. 患者需要有創的血流動力學監測；3. 病人需要機械通氣；4. 患者需要顱內壓(ICP)監測。將危重病人描述成三個共性問題：長期臥床制動、感官剝奪和緊張、長期機械通氣。職能治療師們為患者制定了培訓項目包括床位

遷移、轉移訓練、分級自我照顧、業餘愛好或壓力管理活動以及交流活動，用以減少長期臥床對病人的不良影響[1, 2]。

現實問題

而我們在重症監護病房中見到機械通氣的老年人大多都會伴有一個或者多個器官的衰竭，體能在臥床情況下下降尤為明顯，嚴重威脅老年人在 ICU 住院的生存率和 ICU 出院後的生活品質。2008 年 Peter E. Morris 提出在 ICU 早期幫助病人活動治療呼吸衰竭有療效[3]；2012 年 Adler 等在重症病房早期活動性治療的回顧性研究，回顧了 1998 年到 2012 年的研究發現早期 ICU 的活動能降低患者的神經肌肉無力，改善呼吸系統，增加生存率和減少機械通氣的時間。[4]

如何實施

我們康復治療小組對老年機械通氣病人入 ICU 後 24 小時內生命體征相對平穩的狀態下（包括使用各種藥物），開始介入康復治療，在引起機械通氣的原發問題得到控制後即對老年患者進行坐位平衡訓練，書寫訓練，手勢交流，坐起、助行器下的輔助步行等作業訓練。發揮病人最大的潛能完成生活自理的一些動作，減少 ICU 住院時間和機械通氣時間。

具體障礙和解決方案

ICU 護士和家屬的職能康復的宣教



ICU 護士是與患者接觸時間最長的群體，負責 ICU 老年病人的日常護理和各種治療的執行，職能治療師對護士進行職能恢復宣教，促進護士對患者職能康復的重視，減少老年病人鎮靜和臥床時間，科學合理地約束老年病人大的活動，配合職能治療師的訓練。家屬是老年病人病房外的後盾，向家屬宣傳職能康復的重要性，理解並支持重症機械通氣的老年病人早期作業活動訓練，並在每天探視時間鼓勵病人提供心理支援。

約束帶和引流管的管理



在 ICU 為防止病人狂躁和拔出生命支撐管道，會給病人適當的保護性約束，約束帶綁得過緊會給病人帶來恐懼感，還會限制病人上肢的活動，易引起上肢肌肉拉傷和萎縮；對患者進行心理疏導講解保護性約束和生命支持管道的必要性，改造約束帶保留一定長度讓患者有適當的活動空間。

老年患者機械通氣下坐位平衡訓練



老年機械通氣患者長期臥床，平衡協調功能的下降會增加出院後生活作業的風險，早期以目標為導向的平衡功能訓練可以增強患者平衡功能。

老年患者機械通氣支持下的坐位書寫交流訓練



機械通氣支援患者早期心理恐懼、無法得到家人陪伴、抑鬱等因素會影響患者恢復的信心，早期機械通氣下坐位書寫訓練不但能增強患者肌力和體能，還能增加患者康復的參與性，促進醫患交流，減少鎮靜藥物的使用等。

協助患者不同體位下配合醫生檢查和操作



長期臥床地患者力量和平衡能力的下降，使之難以承受體位改變接受醫生的檢查和治療，改善方案為對患者肌力和耐力訓練使之能承受一定時間的體位維持，前方加一個平板桌面為患者做支撐，協助患者配合醫生的特殊檢查和操作。

協助患者機械通氣支持下步行訓練



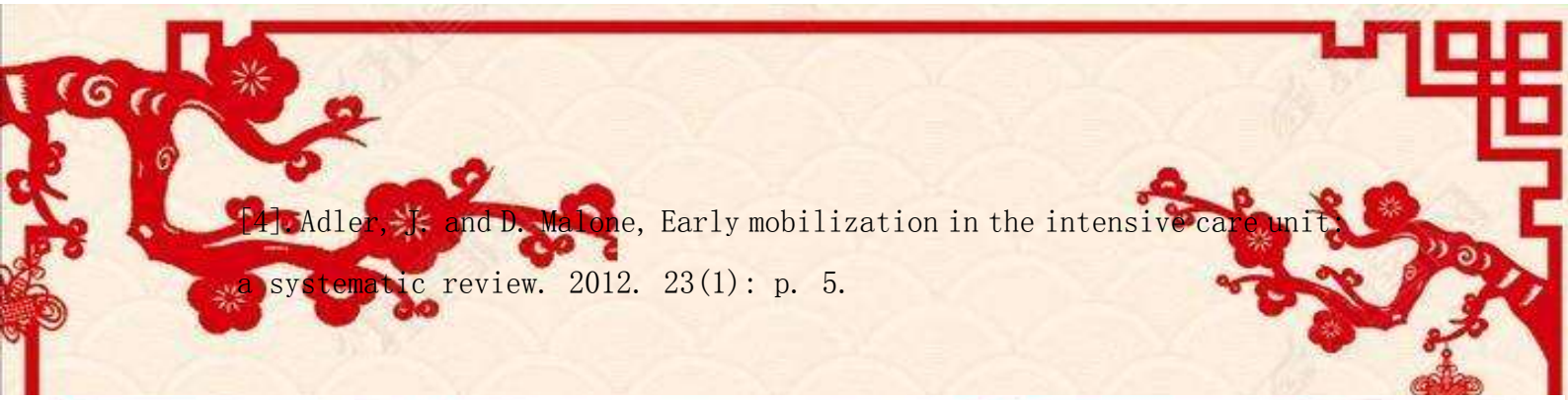
在機械通氣支持下可行站立和步行訓練，如力量和心理因素影響，可借助助行器站立或家屬陪同支持下站立和步行。

結語

在ICU機械通氣支持下對老年人進行職能訓練是相對比較安全和可行性比較高的，老年人在臥床中墜積性肺炎和VAP發生率都比較高，而我們進行早期的活動和設計職能訓練的方案協助患者去完成，能更加有利於他的脫機和功能的恢復，也能降低他們在ICU的死亡率，縮短住院時間，為患者生活品質的提高和減輕家庭負擔有著重要的意義！

參考文獻：

- [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.

人生最美是回憶

黎卓琪 職業治療師

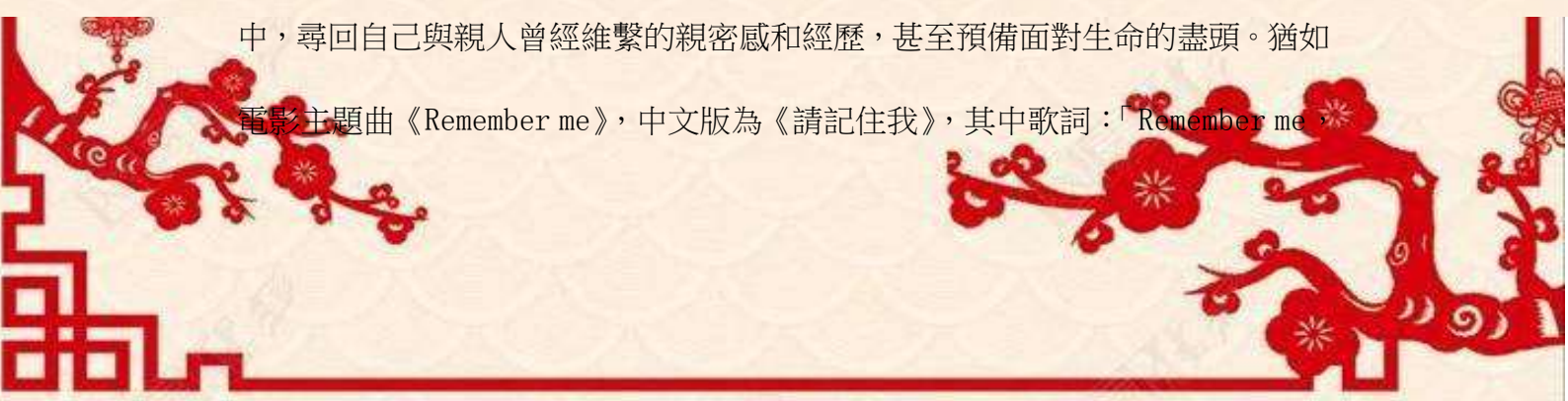
最近一部賣座電影《玩轉極樂園》內容講述關於靈界的家族團聚及當下親情的衝擊，令人感動落淚。劇中主角米哥為了挽救瀕臨「最後死亡」邊緣的太太公阿德，奮力喚醒太婆 Coco 對自己孩童時爸爸阿德的記憶。墨西哥人認為人死後，靈界的生命延續，是需要依靠仍活著的人對他們還存在的記憶，這樣將來才能與陽間的親人再重聚。

最後太婆 Coco 重拾了兒時的回憶，更為家族成員帶來破冰的溝通機會，化解了多年以來的怨恨情緒，使各人對往昔的人和事都重新體味了！

這部電影講述親情的核心價值，激起了觀眾的思考，同時提醒我們，快將被遺忘的回憶其實也是構成我們生命的一部分。從懷抱過去到思想未來，使我們體會到生命或精神的延續性。

對於認知障礙症患者來說，他們的記憶每天都在一點一滴地流失。他們恐懼不安，日常生活充斥著無助和挫敗感，負面情緒不斷地蠶食他們的生命，直至終結。

慶幸「懷緬治療」是其中一個積極的出路。治療能協助患者在過去的回憶當中，尋回自己與親人曾經維繫的親密感和經歷，甚至預備面對生命的盡頭。猶如電影主題曲《Remember me》，中文版為《請記住我》，其中歌詞：「Remember me，



趁未忘記了彼此，一點差池，掠過就似葉落，如緣慳不見也為著留低我句或字，
唯求這歌叫你日夜，記起一些最初…，世界變化太快也有這首歌，唱過聽過每片
記憶中有我，你我變老太快也有這首歌，也算有愛過…」。

每一段回憶都代表著生命的印記，「懷緬」是讓患者找回人生中缺失的那塊
拼圖，讓他們再次展現自己生命的角色。



主角米哥的太太公最後靠米哥在太太公的女兒 Coco
面前唱出《Remember Me》，使她記得爸爸，讓太太公可以活下去。（《玩轉極樂園》
電影官方劇照）

懷緬治療

懷緬治療是藉回憶對過往的事物及經驗重新整合及體驗，為參與者在情緒、
認知功能、生活的滿意程度及自我形象方面帶來正的影響。在懷緬的過程中，可
以運用恰當的「引導物」來觸發記憶，例如舊相片、懷舊音樂、懷舊服飾、舊傢
俱、昔日的生活用品等，從而打開話匣子。治療的過程能鼓勵參與者有效運用剩
餘的認知能力，從而推遲大腦功能退化。

在治療的不同階段，職業治療師會採用不同的形式來進行懷緬活動。例如在
醫院、院舍或活動中心，治療師較多使用小組式進行活動。因為懷緬可被視作社

交活動的一種，能避免了強迫長者參加治療。利用懷緬小組亦能鼓勵參與者一起回顧生命的歷程，並透過組員之間的互動，讓參與者以不同的角度來面對往事，

從中肯定自己過去的付出和貢獻。部分機構更會設立「懷舊閣」，目的是借助環境的佈置去營造一個易於懷緬的氣氛，讓參與者可以更立體地投入懷緬主題。

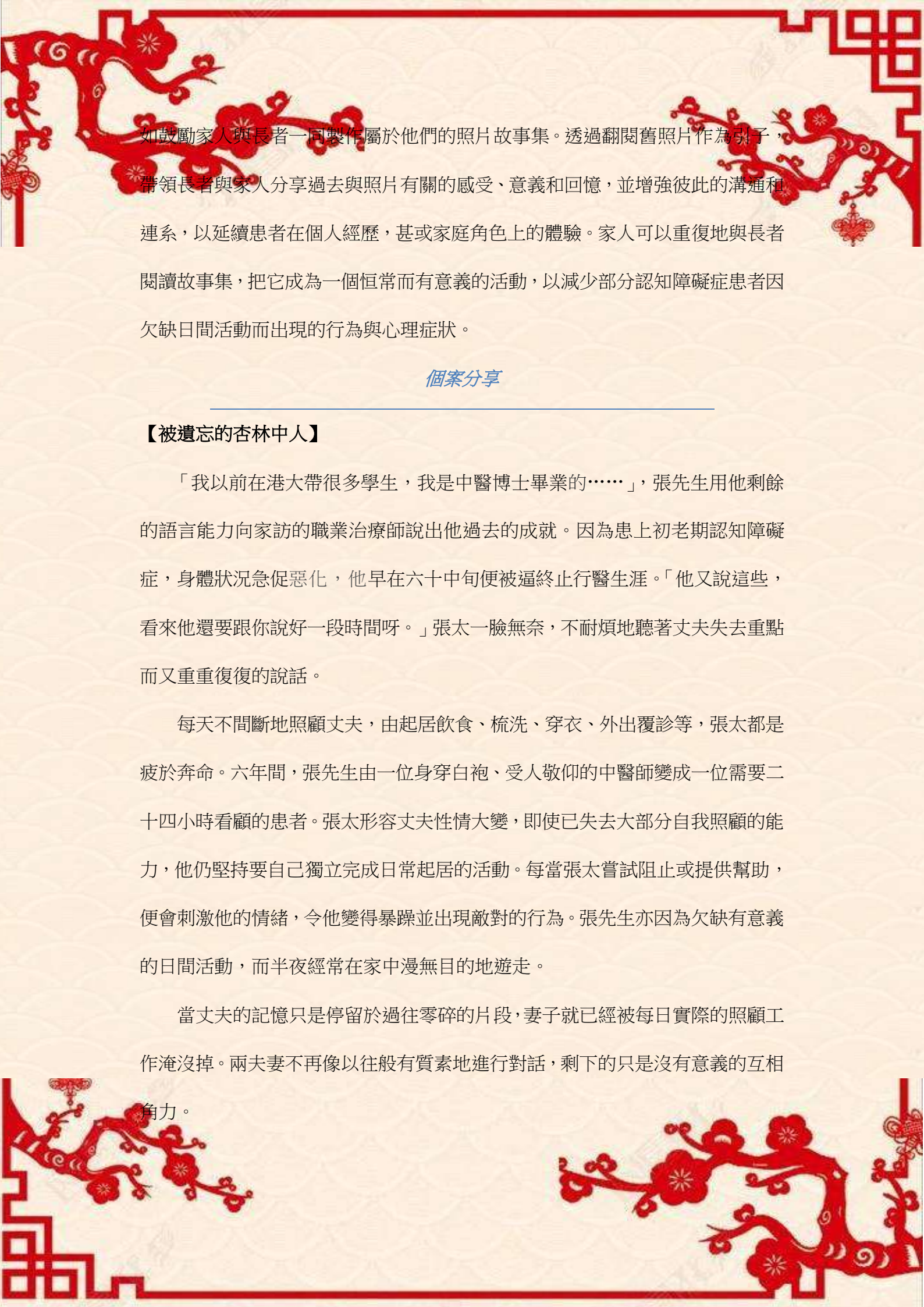


把房間佈置成較生活化的環境能更容易引發長者的記憶（位於青山醫院職業治療部的「懷舊閣」）

即使在長者的家中亦可以個別面談或家庭聚會形式進行懷緬活動。在職業治療師適當的指導下，家屬也可把懷緬活動應用於生活及日常交談之中，藉此把長者與現實生活連結起來。例如逛街時路過「天星碼頭」，便可以談論以往有關的回憶或歷史，從而打開話題。又例如在中菜飯店吃豬腳薑時，可利用視覺、味覺和嗅覺來引發長者分享自己的家鄉小吃或兒時生活。此外，職業治療師亦可以把懷緬活動個人化及恒常化，來幫助家屬更容易地掌握活動內容。例



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。



如鼓勵家人與長者一同製作屬於他們的照片故事集。透過翻閱舊照片作為引子，帶領長者與家人分享過去與照片有關的感受、意義和回憶，並增強彼此的溝通和連系，以延續患者在個人經歷，甚或家庭角色上的體驗。家人可以重復地與長者閱讀故事集，把它成為一個恒常而有意義的活動，以減少部分認知障礙症患者因欠缺日間活動而出現的行為與心理症狀。

個案分享

【被遺忘的杏林中人】

「我以前在港大帶很多學生，我是中醫博士畢業的……」，張先生用他剩餘的語言能力向家訪的職業治療師說出他過去的成就。因為患上初老期認知障礙症，身體狀況急促惡化，他早在六十中旬便被逼終止行醫生涯。「他又說這些，看來他還要跟你說好一段時間呀。」張太一臉無奈，不耐煩地聽著丈夫失去重點而又重重復復的說話。

每天不間斷地照顧丈夫，由起居飲食、梳洗、穿衣、外出覆診等，張太都是疲於奔命。六年間，張先生由一位身穿白袍、受人敬仰的中醫師變成一位需要二十四小時看顧的患者。張太形容丈夫性情大變，即使已失去大部分自我照顧的能力，他仍堅持要自己獨立完成日常起居的活動。每當張太嘗試阻止或提供幫助，便會刺激他的情緒，令他變得暴躁並出現敵對的行為。張先生亦因為欠缺有意義的日間活動，而半夜經常在家中漫無目的地遊走。

當丈夫的記憶只是停留於過往零碎的片段，妻子就已經被每日實際的照顧工作淹沒掉。兩夫妻不再像以往般有質素地進行對話，剩下的只是沒有意義的互相角力。

【由觀眾席重返舞臺】在回憶裏尋找自己

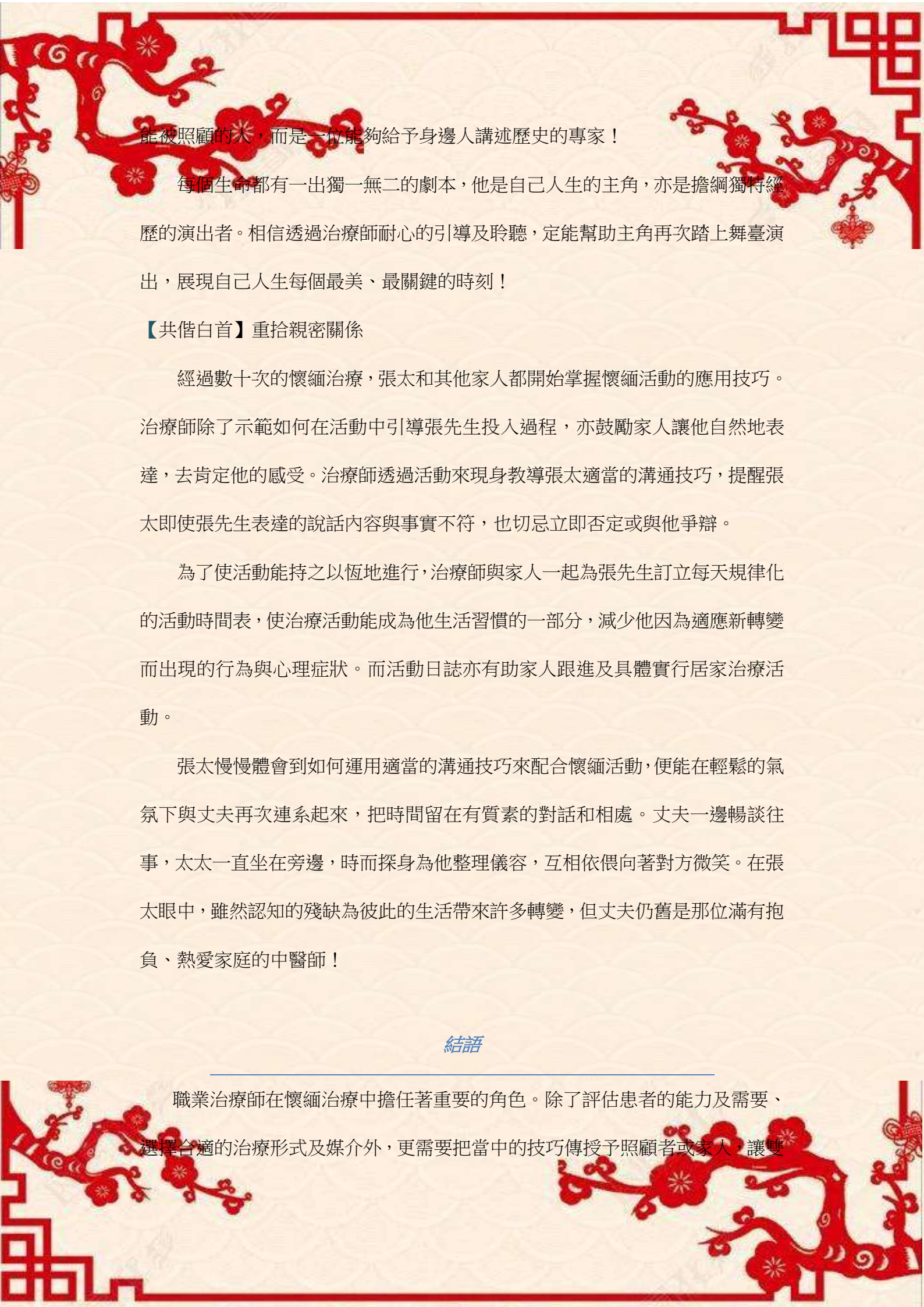
離開了熟悉的中醫館，還有藥材、手寫藥方、把脈軟墊……，張先生不但失去了醫師的身分，也失去了自我肯定的價值。勞碌大半生曾投入的工作，卻消失於受認知能力衰退而不斷縮小的世界。

治療師細心瞭解張先生的背景和機能衰退的情況後，借助了不同的「引導物」來觸發他的情緒及記憶，並開始聆聽著他的人生故事。手上拿著當年撰寫的中醫學博士論文，他笑顏逐開地急忙向治療師展示，「我以前就是做這種工作。」雖然簡陋的句子已經不能再清楚地說出當中的典故，但是從那本厚厚的論文、硬皮釘裝、並印上燙金的字，這位老中醫師曾擁有的卓越成就經已一目了然。

「桑寄生、防風、半夏、白芷……」治療師取出真實的藥材和名字牌，邀請張生一邊讀出藥材名稱，一邊配對面前的藥材樣本。他執起藥材往鼻子一嗅，每種藥材散發出獨特的氣味，感覺既熟悉又似陌生，彷彿時光倒流到以前贈醫施藥的懷念日子了。儘管已忘記了大部分的藥材，他還是樂於投入配對名牌的過程。

張先生翻閱著相片簿，當看到一張中醫館開幕的舊照，再度喚起昔日濟世為懷的回憶，禁不住熱淚盈眶了。抹過淚水，他指著相片中很多在他印象中熟悉的面孔，繼續慢慢細味前塵往事。「照片中這個人是你的工作夥伴嗎？當時身處何地？你們在做甚麼？以往讀醫是怎樣的？」治療師順應著他感興趣的照片去追問，耐心地聆聽他談論以往如何排除萬難，一步一步走過充滿挑戰的歲月。從他的分享，可見他的自尊和自信心再次提升。感恩張生的心田得著澆灌，重拾朝氣！

從師徒制的醫術傳承到結婚、生育孩子、修讀博士，張先生與治療師分享的主題橫跨不同年代，涉獵人生不同階段的歷程。在每次進行懷緬治療，家人和治療師的焦點全都停留在張先生身上。而當下這刻，他不再是平日活在迷惘中，只



能被照顧的人，而是一位能夠給予身邊人講述歷史的專家！

每個生命都有一出獨一無二的劇本，他是自己人生的主角，亦是擔綱獨特經歷的演出者。相信透過治療師耐心的引導及聆聽，定能幫助主角再次踏上舞臺演出，展現自己人生每個最美、最關鍵的時刻！

【共偕白首】重拾親密關係

經過數十次的懷緬治療，張太和其他家人都開始掌握懷緬活動的應用技巧。治療師除了示範如何在活動中引導張先生投入過程，亦鼓勵家人讓他自然地表達，去肯定他的感受。治療師透過活動來現身教導張太適當的溝通技巧，提醒張太即使張先生表達的說話內容與事實不符，也切忌立即否定或與他爭辯。

為了使活動能持之以恆地進行，治療師與家人一起為張先生訂立每天規律化的活動時間表，使治療活動能成為他生活習慣的一部分，減少他因為適應新轉變而出現的行為與心理症狀。而活動日誌亦有助家人跟進及具體實行居家治療活動。

張太慢慢體會到如何運用適當的溝通技巧來配合懷緬活動，便能在輕鬆的氣氛下與丈夫再次連系起來，把時間留在有質素的對話和相處。丈夫一邊暢談往事，太太一直坐在旁邊，時而探身為他整理儀容，互相依偎向著對方微笑。在張太眼中，雖然認知的殘缺為彼此的生活帶來許多轉變，但丈夫仍舊是那位滿有抱負、熱愛家庭的中醫師！

結語

職業治療師在懷緬治療中擔任著重要的角色。除了評估患者的能力及需要、選擇合適的治療形式及媒介外，更需要把當中的技巧傳授予照顧者或家人，讓雙

方面都能切身體驗懷緬的力量。進行懷緬活動時所帶來片刻的歡愉，對患者和家人來說都是很有價值的活動。

參考文獻：

- 賴錦玉., 莫靜敏., & 香港復康會. 社區復康網路. (2002). *懷緬之道* (第 1 版 ed.). 香港: 香港復康會社區復康網路.

寵物機械海豹 (PARO) 於認知障礙治療的應用

薛樂敏 大埔醫院職業治療師

引言

機械人輔助治療能有效減少認知障礙患者的行為和心理症狀 (BPSD)，改善情緒，並促進患者的社交互動和交流 (Bemelmans R. 等, 2012)。如圖 1 所示，寵物機械海豹 PARO 在過去十年已經在各個國家應用，並取得積極成效。然而，目前有關機器人治療於香港的應用有限，其治療效果及相關資料亦甚少刊載。



圖一：寵物機械海豹 PARO

有見及此，沙田醫院老人科日間醫院開展了一個試驗計畫，研究寵物機械海豹 PARO 如何有效穩定認知障礙患者的情緒，增加他們參與活動的主動性，以及促進他們的社交能力。

研究方法

研究專案分為三個階段。第一階段 - 職業治療師制定每次使用 PARO 作治療的內容及標準程式；第二階段 - 職業治療師從沙田醫院老人科日間醫院的病人中挑選患有認知障礙及出現行為和心理症狀的患者以個人（圖 2）或組別模式試用治療（圖 3）。第三階段為檢討階段，在這一階段，職業治療師會利用標準化

評估法去檢討 PARO 的治療成效，包括使用中文版腦精神科症狀問卷 (Chinese version of Neuropsychiatric Inventory, CNPI)、中文版柯恩-曼斯費爾德激越情緒行為量表 (Chinese version Cohen-Mansfield Agitation Inventory, CMAI)、康乃爾失智者憂鬱量表 (Cornell Scale for Depression in Dementia, CSDD) 檢討患者情緒行為和心理症狀的變化，以及使用簡短智慧測驗 (Mini-mental State Examination, CMMSE) 評估認知能力上的進展。治療師還會使用問卷調查以瞭解患者對 PARO 的印象，以及使用沙氏負擔訪問 (Zarit Burden Interview, ZBI) 瞭解照顧者在患者接受治療後照顧上的分別。瞭解照顧者在患者接受治療後照顧上的分別。整個治療過程會被拍攝，治療師會根據評分標準以每分鐘間距記錄患者與組別內其他參與者的溝通默認的行為記錄表上。



圖二：寵物機械海豹 PARO 個人治療



圖三：寵物機械海豹 PARO 小組治療

研究結果

是次計畫共有 9 位患者進行測試。初步研究結果顯示患者在接受寵物機械海豹 PARO 治療後表現出良好及較穩定的情緒，而在錄影片段中可見患者之間有自發性的對話及微笑。患者對 PARO 印象正面，並稱小海豹「很可愛」以及「希望下一次能與它再見面」。照顧者亦稱，他們照顧的患者比沒有 PARO 治療前表現更開朗，當他們在家中提及 PARO 時更展現笑容。照顧者更表示患者在治療後有更大的自發性進行自理活動。寵物機械海豹 PARO 治療具有潛在的治療效用，並可作為治療的另類選擇。

參考文獻

- 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.

淺談老人長期照護之輔具應用

毛慧芬

臺灣大學職能治療學系助理教授

臺灣大學附設醫院醫療復健輔具中心負責人

前言

全球人口快速老化，如何落實活躍老化，使銀髮長輩持續積極參與各種活動，維持最佳健康狀態，輔助科技及產品(通稱「輔具」)扮演非常重要的角色。

銀髮族，尤其失能或失智者，常因為身心功能變化與失能，漸無法勝任各項日常活動與休閒娛樂而放棄，對於生活品質的影響甚巨。其實透過「輔具」的使用，吃力的活動可輕鬆完成，不用為了顧及安全而放棄從事，生活還是可以自主而精

隨著科技進步，有越來越多「輔具」問世，但調查顯示不少高齡長者對於科技產品畏懼，排斥使用輔具，擔心花費過高、不願被標籤上「殘疾者」，或認為身體不適就是要晚輩侍奉，甚至家屬認為長輩生病就什麼事情都別做了……。然而，「日常活動才是最佳的康復治療」，透過輔具從事活動，不但可維持功能，也增加生活的獨立自主性。

案例：

80 歲的王奶奶是烹飪高手，時常下廚做拿手菜給家人吃，這是他老人家最大的生活樂趣和成就。然而二年前中風，陳奶奶左手的肌力及握力不佳，手臂只能抬高到肩膀高度，因此拿不到太高的東西，單手無法削皮、切菜，而站立平衡與體耐力也大不如前。兒女基於安全考慮，不讓她老人家進入廚房，王奶奶不能再施展廚藝，萬分沮喪。

機緣巧合下，一位作業治療師發現了王奶奶的遺憾，希望讓她透過輔具實現展現廚藝的心願，建議了以下方式：使用單手操作的切菜板（圖一）、刀子、切菜料理機（圖二）及選用加重炒菜鍋，另將常使用到的調味品及料理工具、餐盤等擺放調整到她隨手可取的位置，另準備了高腳吧台椅讓奶奶需要時，可坐著操作。雖然王奶奶動作稍慢一點，但美味料理依舊展現，家人才發現，透過輔具應用及環境調整，奶奶還是可以做想做的事情，重享人生樂趣，之前真不該限制她，剝奪她從事活動的機會。

圖一：單手操作切菜板



圖二：食物料理機



面對老化與失能，其實可借著使用各類輔具，解決生活中碰到的困難，代償身體功能的限制，協助個案完成各種日常活動，以增進生活的獨立性、延緩失能；家屬或照顧者亦可藉由輔具的使用，減輕照護負擔，及降低照護工作中的傷害風險。因此，改變對輔具的刻板印象，導向正向應用輔具的態度、及協助高齡者選擇適合的輔具等，是從業人員最基本的課題。

本文將針對老人長期照護領域中，常應用到的輔具做介紹。重點包含：1) 輔具的定義及使用目的，2) 應用輔具的考慮與原則，3) 介紹長期照護中常用的輔具種類，並說明其選用原則、使用時的注意事項等。

輔具的定義

輔助科技（assistive technology）的定義最早源自美國 1988 年的障礙者科技輔助法案（Technology Related Assistance for Individuals with Disabilities Act，PL100-407），提出失能者需獲得輔助科技的支持，以提升其獨立功能，享有與一般人同等的生活參與權利。當中提及**輔助科技**，系指協助個人執行功能活動所使用的科技，包括設備、器具、服務、策略及實務等，可

改善長者或失能者所遇到的問題，協助執行者所欠缺的功能，但不改變個案的內在功能，例如下肢無力不良於行的長者使用拐杖，可強化其行走功能而可外出活動，但拐杖不會改變其下肢的行走功能。輔助科技需依據個人的特性介入，用以協助或代償個案失去的功能，其包含了實體的「**輔助科技器具**」(assistive technology devices)及軟體的「**輔助科技服務**」(assistive technology service)（包含需求評估、教育訓練、維修、追蹤等服務與實務）兩部分，兩者需同時提供，相輔相成，才能達到最大使用效益。

簡單來說，凡是可改善個人因失能所造成的日常生活不便或社會參與障礙，提升生活、工作、學習與休閒等活動參與的產品、零件、儀器及設施均可稱為輔具。除給個案使用，有些輔具是提供給照護者使用的(如:轉移位輔具)，照護者可藉由相關輔具的應用，減輕照護的負擔，預防照護時所產生的工作傷害。

輔具使用目的或功能

1. 替代喪失的功能，增進獨立性。例如使用「輪椅」可幫助不良于行者外出。
2. 增進照顧時的方便性與安全性，減輕照護者的負擔。如使用「移位機」可減輕搬運高齡者的負荷，也可避免照顧者負荷過重而產生的傷害。
3. 預防傷害的功能。浴室馬桶旁加裝扶手，可降低跌倒發生的機率。
4. 使生活更輕鬆便利。不一定是高齡或身心障礙者才會使用到輔具，輔具也可讓一般人活動更輕鬆便利，如「開瓶輔助器」可省去費力開瓶蓋的困擾。

輔具選用原則

然輔具和一般用品的差別在於：輔具需要經過需求評估與使用建議，才能最符合身心障礙長輩之使用需求，達到維持或增進獨立生活之目的。輔具選用的考

應包含以下：

1. 使用情境：同樣的輔具，在不同環境之下，可能是助力也可能變成阻力。例如狹小的居家空間較不適合使用電動輪椅，但是如果目的是獨自長時間外出，則電動輪椅又比手推輪椅適切。
2. 輔具特性：即使是同樣功能的輔具，材質、外觀、重量、美觀程度、可否調節、尺寸等，都有許多種選擇。例如市售拐杖五花八門，甚至還有結合手電筒設計的。在購買前應多搜集資訊再下決定。
3. 需要專業評估：由於大部分輔具的使用會牽涉照護或醫療的情況，因此建議需經過專業的作業治療師、物理治療師、聽力師或語言治療師等，針對使用者進行完整評估後，再行購置。若因被推銷或是倉促決定購買，不但可能無法發揮輔具的功用，甚至會引起副作用跟傷害，得不償失。
4. 遵守正確使用方式：輔具操作通常需要學習，避免因為不當操作或錯誤使用而造成使用者/照護者的受傷，或輔具的損壞。且需要定期注意清潔以及保養，每隔一段時間，也應該重新評估使用者的生理狀況以及進行輔具的維修，才能用得安心又安全。

輔具的類型包羅萬象，食、衣、住、行、育、樂等各方面都有各式輔具，從低科技（如：拐杖、輪椅），到需要電子技術之高科技（如助聽器、衛星定位協尋系統）均為輔具。以下將介紹老人長期照護服務中常用之輔具，依生活輔具、行動輔具、擺位輔具、移位輔具、休閒娛樂輔具、安全監控與照護科技等各類介紹，輔具種類繁多且推陳出新，以下僅舉出一些例子做示範性介紹，詳細內容可

參考相關書籍（如：毛慧芬、張嘉純、林佳琪、王素琴、李宗伊、蔡麗婷、張綺芬、陳莞音（2017）。高齡生活輔具應用（二版）。臺北市：華都。）

各類輔具介紹

1. 飲食：

若上肢肌力不足、協調度不佳或是關節活動度受限，則可以使用「加粗把柄湯匙」（圖三）、「夾式筷子」（圖四）或利用「萬用套」（圖五）之易用餐具手套把，使用時換插各式湯匙、叉子，可供手指無法抓握，但上臂功能良好者自行進食。

另單手操作者（如中風偏癱者）無法穩固餐具以舀取食物，可使用邊緣具特殊弧度／高度設計的「高邊餐盤」（圖四），或碗盤下放「止滑墊」（圖四），降低餐盤或碗滑動的機會；另使用「省力開瓶器」則可以輕鬆解決開罐難題。

圖三： 加粗把柄湯匙



圖四： 夾式筷子、高邊餐盤及防滑餐墊



圖五： 萬用套(附上湯匙)



2. 衣著：

通常建議行動不便者選擇較寬鬆不要綁帶的衣物，以利穿脫，鞋子也建議選擇黏扣帶式或開口較大的款式。當個案上肢動作角度受限、肌耐力不足，可使用「穿衣輔助杆」（圖六），勾取與穿拉衣服，或協助在不彎腰的情況下完成穿褲，適合有彎腰困難、手無法抬高、手碰不到腳、下肢無法抬高、平衡不佳、單側偏癱等情況的個案。

圖六： 穿衣輔助杆



「穿襪輔助器」（圖七）可以協助無法彎腰（如膝關節、髖關節活動度受限、脊髓損傷、中風偏癱等）、平衡不好的個案，在坐姿下輕鬆完成穿襪活動，使用方式為將襪子先套上輔具，握住繩子將輔具降到地面，把腳板套入被撐開的開口，再握住兩側繩子慢慢往上提，不用抬高腳或過度彎身即可穿上襪子。鞋子則可以挑選黏扣帶式或開口較大的款式便於穿脫，同時搭配長柄鞋拔的使用。

將扣子改為魔鬼氈，或使用「鈕扣輔助器」（圖八），此適合於僅有上肢抓握功能，但手指精細動作不佳者，可完成扣鈕扣/拉拉鍊的小動作（圖九）。

長期臥床個案可選擇開口位置在身體前面或側面的衣物（圖十），方便照顧者清潔與更換；選擇質料透氣、吸汗易清洗的款式也能有效減輕照顧負擔，以及

預防因長期臥床而併發的其他皮膚症狀。

圖七： 穿襪輔助器



圖八： 鈕扣輔助器



圖九： 魔鬼氈開口衣物



圖十： 正面或側面開口衣物



3. 盥洗：

浴室常因為濕滑而易造成跌倒等意外，故在進行盥洗活動時，需特別留意洗臉台、浴缸、馬桶邊可加裝穩固扶手，地上或浴缸中使用防滑墊/防滑條（圖十一）。而站立平衡功能不佳時，洗澡方式建議採坐姿下完成，可使用洗澡椅（圖十二）並加裝扶手確保安全。若長輩下肢抬起困難、或無法彎腰者，不易清洗到腳部，此時可使用長柄刷或泡棉（圖十三）進行刷洗。此外，蓮蓬頭、清洗用品要放在方便取用的位置，以免拿取過程中發生意外。僅有單手可活動的中風患者

可應用「吸盤式刷」（圖十四），將其吸附于平滑無孔的平面上，用來協助刷洗健側上肢、刷指甲等。「易壓擠牙膏器」（圖十五）可用來減低擠壓牙膏時的肌力需求。手指抓握能力不佳或喪失的情況，也可使用先前提到的「萬用套」，與梳子或牙刷等握柄盥洗器具合併使用。如果個案已經無法自行完成沐浴活動，完全需要他人協助時，為了減輕照顧者負擔，可善用洗澡床、洗頭槽等照護輔具。

圖十一： 防滑條



圖十二： 洗澡椅



圖十三： 長柄刷



圖十四： 吸盤式刷



圖十五： 易擠牙膏器



4. 如廁：

下肢較無力或姿勢變換能力較差的個案，時常困難從高度較低的馬桶上起身，此時可加裝「馬桶增高器」（圖十六）或扶手等類輔具減輕變換姿勢時之負擔。床邊便盆椅可減少夜間移動到廁所而引起的跌倒風險，「便盆椅」可分為有輪與無輪式，使用有輪式便盆椅時務必將煞車鎖上，才可進行轉位、如廁等活動，以免發生意外。

裝設扶手時可選用附加式、地上型、壁上型、可掀式扶手（圖十七）等，裝設時務必注意其穩固性，裝設之高度位置亦應符合使用者之人體尺寸。同時須注意保留輪椅可靠近之空間，及扶手固定於地面是否穩固，並考慮防水措施是否完善，避免使用後扶手搖晃或漏水等問題產生。此外還有如廁後的清潔考慮，應將衛生紙置放在側方、容易取得之處，減少轉身彎腰的危險；若轉身按壓沖水馬桶或清潔擦拭有困難者，亦可使用改良式側面按壓沖水裝置、或免治馬桶等。

圖十六： 馬桶增高器



圖十七： 可掀式扶手



5. 行動：

個案可能因為疾病損傷或身體功能老化等因素而無法安全獨立的行動，藉由合適的行動輔具可改善個案行動能力，提升與社會環境的互動。以下分「助行輔

具」及「輪椅類輔具」介紹。

1) 助行輔具：手杖、拐杖、助行器等

鬚根據個案的行走平衡能力、耐力、上肢功能等，來決定適合使用的行動輔具。例如：中風偏癱個案只能用健側手腳活動，則單手操作的手杖（圖十八）或四腳拐杖（圖十九）較為適合，一般而言，若個案放手仍能行走，僅是因平衡稍差而須預防跌倒，可使用手杖（提供點支撐），但若旁人放手後無法獨立行走，代表需要較多的平衡協助，則須使用穩定度高（提供小面積支撐）的四腳拐杖；個案如果兩手均可扶持，且身體的穩定性不佳時，則建議使用助行器（提供大面積支撐）（圖二十），助行器一般為無輪型；然而當個案移動時，抬起助行器的瞬間有失去平衡的危險，則較建議使用附輪式助行器（圖二十）。另外，附座椅式助行器（圖二十二）可供耐力不佳、且須長距離移動的個案使用，移動中需要休息時可展開座椅坐下（注意！需固定煞車在靜止狀態，以免個案坐下起身時不穩而跌倒受傷），並附有置物籃，方便移動時攜帶物品。

手杖或拐杖的高度約至大腿最上方外側、骨突處較為理想（圖二十三），或可使手肘彎曲約 20 度為最適切，以減低使用不當的傷害。行走時，拐杖起始位置最好在第五腳趾前方約 15 公分處，使身體重心的前後位置適宜；而剛開始練習走路時建議使用「安全腰帶」（圖二十四），方便照護者隨時保護患者安全，儘量避免拉扯其上臂，造成關節傷害與疼痛。

圖十八： 手杖



圖十九： 四腳拐杖



圖二十： 一般助行器



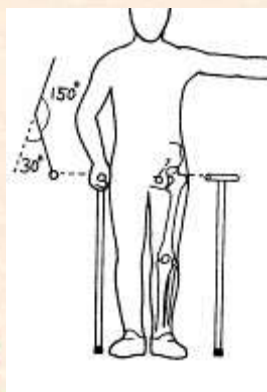
圖二十一： 附輪式助行器



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) 輪椅類輔具:手推輪椅、電動輪椅、電動代步車等

輪椅有許多不同的功能、型式、及不同的尺寸規格。選用輪椅就像是選購鞋子，須考慮個人需求、尺寸、材質、收納便利性等，達到個別功能性與舒適度的需求。

輪椅可分為「自行推行式輪椅」(後輪尺寸較大，且附有手推輪圈)和「他人協助推行輪椅」(後輪尺寸較小、無手推輪圈，輕巧、方便收納)。有些輪椅的扶手可後掀或可取下(圖二十五)，或小腿架及腳踏板具有外轉及拆卸(圖二十六)的設計，在自行或由他人協助轉移位時，縮短位移距離，促使個案可安全獨立的轉位。

電動輪椅(圖二十七)則適用於體力及耐力較差、無法長時間推行輪椅患者，或者是上肢手部功能較差，無法自行手推輪椅者，使個案不須依賴他人即可自行至想去的地方。要使用電動輪椅前，一定要評估個案是否具有安全操控的能力，尤其視覺或安全判斷能力良好，才可建議使用電動輪椅，且初期使用須經過適當之操作訓練。此外，要考慮使用電動輪椅之通行處是否為平面無障礙，及是否有停放空間，及個案有充電或輪椅保養的能力等。

圖二十五： 輪椅-全拆式扶手



圖二十六： 輪椅-可拆卸式腳踏板



另當有下述需求時，可選用下列特殊的手動或電動輪椅：①椅背傾躺型輪椅（圖二十八）：此類輪椅之椅背可以調整成後傾，腳踏板隨之上抬，成為仰臥姿，

主要供坐姿耐力不足，有仰躺需求的個案（如容易出現姿位性低血壓）。然此型輪椅大輪位置比較後面，輪椅的前後徑長，困難自行推行，也較占空間。②全椅後仰型輪椅（圖二十九）：可整個椅座後仰，然而椅背及椅面的角度維持不變，因此當輪椅從後仰姿勢回到坐姿時，乘坐者的臀部不會因下滑而產生摩擦，造成皮膚損傷或壓傷。適用給無法自行減壓或變化姿勢的個案，借著輪椅後仰的功能，減輕長時間乘坐時的不適或臀部所受的壓力。

圖二十七： 電動輪椅



圖二十八： 椅背傾躺型輪椅



圖二十九： 全椅後仰型輪椅



另善用輪椅相關配件也可增進乘坐之方便性、舒適性及功能性。常用配件包括骨盆帶（乘坐輪椅時最好要系上！）、胸帶等，可用來固定乘坐者，避免滑出

輪椅座位；頭頸部控制不佳者可使用頭靠、附加頭部支撐架（圖三十）或高背輪椅；在踏板上附加腳後跟帶、或踏板支架上之小腿帶（圖三十一），可防止患者因感覺功能缺失、不易察覺腳掉至踏板下而造成意外傷害；另外也可附加餐桌板，這對於需要乘坐於輪椅上從事各項活動（如吃飯、書寫）的個案而言是非常方便的。

圖三十： 輪椅頭部支撐架	圖三十一： 輪椅腳後跟帶
	

3) 電動代步車（圖三十二）通常適用於具備自行轉位與行走能力，且手部操控能力尚佳之長者，惟其體耐力較差、無法長時間行走，如退化性關節炎、心肺功能不佳者等。且較適用於寬闊平坦的室內，較不建議於戶外使用。因其體積較大，購置時除考慮使用者的需求、操控能力，也須考慮是否有足夠的操作與儲放空間。

圖三十二： 電動代步車



6. 擺位與減壓輔具：

長期臥床或坐輪椅的個案，因為長時間維持同樣的姿勢，若無適當使用擺位或減壓輔具，將可能產生不良之副作用（如；壓瘡、關節變形等）。尤其針對肌肉無力以支撐身體，或肌肉張力變化而導致關節變形的個案，特別需要各式擺位元元元輔具來提供支撐，預防或改善關節變形，或提供壓力處理，提升舒適度。各式擺位座墊或泡棉最常用來固定身體於適當的位置，如大腿分隔器（圖三十三）可保持兩腿分隔，避免大腿內收張力持續加強產生的攣縮變形，並提供舒適性，及方便照護者使用；脊髓手術後患者于特定時間內，需要遵照醫療指示穿戴頸圈或背架，以保護受傷或手術後的脊髓或脊柱盡速復原；踝足部的垂足問題可使用足托板（圖三十四）提供支撐；手部緊握變形，則可用手部固定副木（圖三十五）來矯正或減緩變形程度。

為了避免壓力性損傷（壓瘡）的產生，除了在固定時間變換姿勢及翻身，也可以搭配各種減壓墊、壓力床（座）墊等減壓產品，常見的有氣墊床（座）、流體壓力床（坐）墊、凝膠墊等（圖三十六）不同材質製成的減壓產品，選擇眾多，選用前應先諮詢專業建議與使用指導，否則易有錯用的情況。氣墊床在使用時需注意不可充氣過飽或是長時間選用「護理模式」，導致沒有進行交替充氣而未達

減壓效果。

擺位輔具除了由專業治療師製作外，也可至醫療器材行購買市售商品，穿戴方式應確實遵守治療師的教導或指示，避免穿戴位置不當或使用錯誤而造成二度傷害；且不適宜全天使用穿戴，須至少每兩小時脫下來活動、清潔，並檢查皮膚是否出現紅腫、破皮、或水泡等異狀。

圖三十三： 擺位泡棉



圖三十四： 足托板



圖三十五： 手部固定副木



圖三十六： 凝膠墊



7. 移位：

一天生活當中，從起身、如廁、盥洗、出門等，有許多次在不同平面或座位間移動的機會。對於平衡能力不佳、肌力不足者，可以使用適當的移位輔具，不但使個案安全獨立地完成轉位或移位，同時也可以避免照護者在搬移個案時，所可能產生的扭傷、關節疼痛、背痛、甚至跌倒等意外。近年歐美先進國家紛紛提

出「不徒手搬運病患規範 (No-Lift Policy)」，呼籲照顧者要善用輔具替代徒手搬運，若能妥善運用轉移位輔具，則可預防工作傷害並延長工作壽命。

一般常見的轉移位輔具如：移位滑板（圖三十七）、汽車用座位轉盤（圖三十八）、移位機（圖三十九）、爬梯機（圖四十）等。選購及使用前都應該先諮詢專業治療師，以確保瞭解正確的使用方式。

圖三十七： 移位滑板	圖三十八： 汽車用座位轉盤
	
圖三十九： 移位機	圖四十： 爬梯機
	

8. 休閒娛樂：

休閒娛樂活動可增加社交活動機會，也可提升生活滿意度及生活品質。利用合適的輔具，功能受限的個案也可以進行原本喜愛的休閒活動。因為每人感興趣的活動不同、身體狀況不同，故可搭配的輔具也有許多不同型態，治療師可針對

其所要進行之活動，設計、製作或購置適合的輔具，使個案完成活動參與，提升其生活品質。常見如放大鏡（圖四十一）可促進閱讀，撲克牌持牌器（圖四十二），

各種握筆輔具以協助寫字／書畫、易剪剪刀等

圖四十一： 掛脖式放大鏡



圖四十二： 撲克牌架



9. 安全監控與照護科技：

除了幫助各類活動執行得更安全有效率外，通報系統或是警示系統也算是科技輔具的一種，可做為安全及健康監控，減輕照護者負荷。緊急救援系統可協助獨居長輩在發生需求援情況時，即時對外聯繫；合併輔助全球定位系統（assisted global positioning system; AGPS）的電子手環可以幫助找尋外出迷路的失智或認知障礙個案；將壓力感測板置於床墊或椅墊下，當壓力改變而被判定為個案離開床或椅子時，控制器即會發出警示通知或與照明系統連結（起床時便會增加照明）等。此類科技可應用到多種層面，如建立個案的行為檔案，瞭解其作息，或使照護者對個案的行為、夜醒遊走等有所警覺，預防跌倒發生等。

結語

輔具是因應使用者生活與照護需求而產生的用具，需要針對活動目的、使用者狀態等進行選擇及調整，除了可以降低個案從事活動的困難度，另一方面也可

有效減輕照顧者心理上與生理上的負擔。需要留意輔具是很「個別化」的設計與應用，因為每個人的生理狀況不盡相同，所以別人適合的輔具不見得用在自己身上就合適，唯有經過完整的考慮與評估，才能選出適合、安全、方便的輔具。而正確熟練的使用輔具，且具備保養與維修的習慣，並持續追蹤使用後的狀況，才能安全、安心而長久的使用輔具。照顧者的心態也應適時給予鼓勵、耐心提供練習機會，千萬不要有「使用輔具太麻煩，我幫他做比較快」的不耐煩心態，以免剝奪個案參與日常活動及養成生活自立能力的機會。

主要參考文獻

輔具資源入口網（2018 年）。輔具產業專區－輔具產品（圖片列表）。取自：

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

毛慧芬、張嘉純、林佳琪、王素琴、李宗伊、蔡麗婷、張綺芬、陳莞音（2017）。高齡生活輔具應用（二版）。臺北市：華都。

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.

居家作業治療 - 香港長者服務的經驗

註冊作業治療師 劉志豪

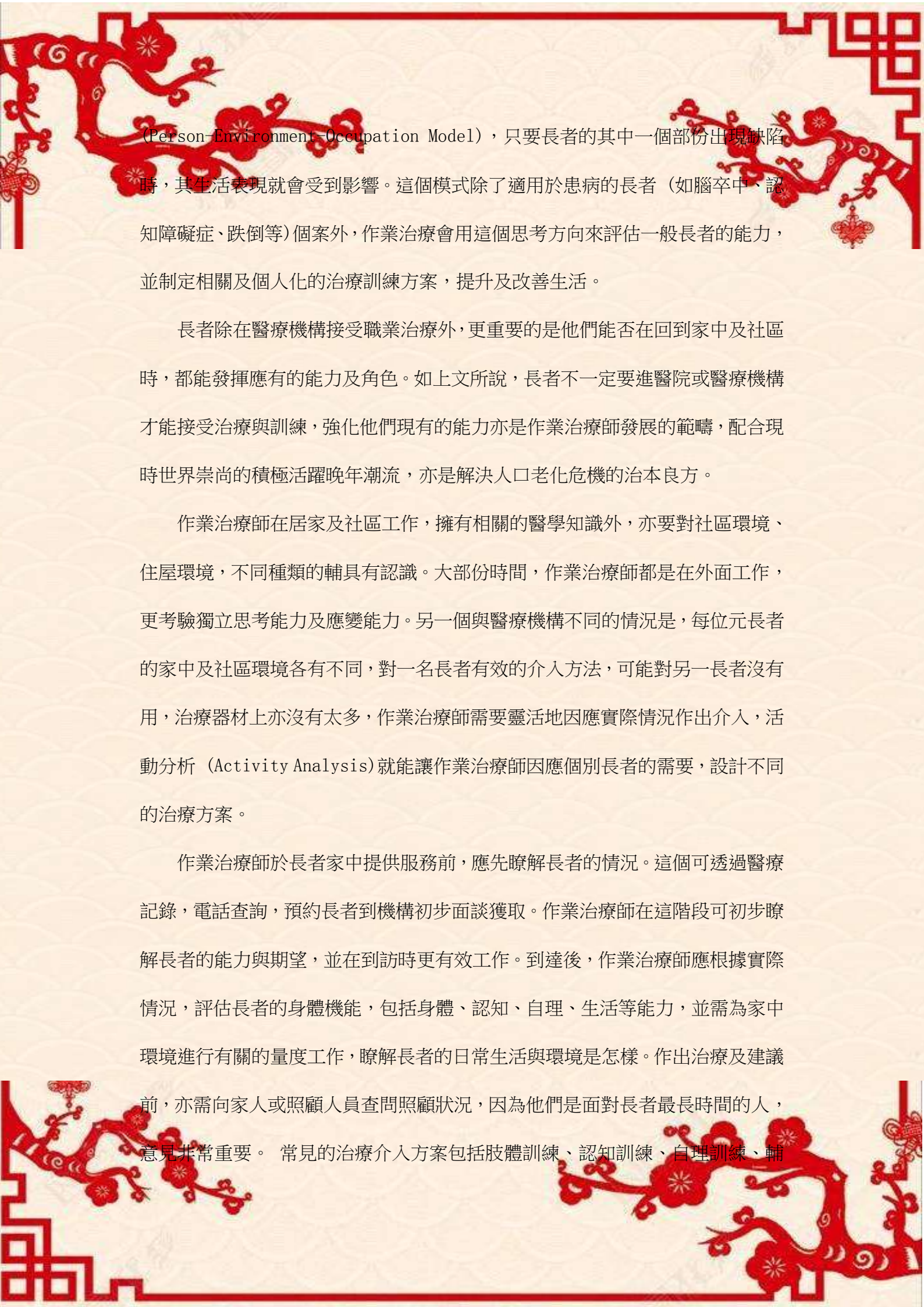
作業治療於美國剛剛渡過 100 歲的生日。100 多年前，大部份作業治療都是發生於醫療機構內，社區及居家層面接觸較少。隨著時間及環境的改變，作業治療師在不同範疇都發揮不同角色，促進傷病者復原及重投生活。其中一個非常重要的發展部份，是如何讓病者在家中，在社區，在工作單位以及消閒時都能發揮自己的能力，享受生活，以及感受生活的意義。這個板塊中，就是社區及居家作業治療的角色所在。

世界人口急速老化，中國大陸，香港及臺灣亦不例外。根據聯合國資料顯示，於 2017 年，全球 60 歲或以上人士大約 9 億人，並估計於 2050 年會倍增至 21 億人。中國大陸於 2017 年有 2 億 60 歲或以上的人口(占總人口的 16%)；香港為 160 萬位(占總人口的 23%)；臺灣為 460 萬位(占總人口的 20%)。同時供養比例愈來愈大，表示年青人在供養長輩方面會更吃力，因此如何讓長者積極生活，安享晚年及減少殘疾，是每個國家都需要面對及努力的事情。

作業治療強調人的生活價值及獨立性，並于自理、日常生活、工作以及消閒四方面得到充份的發揮。作業治療師透過不同活動，讓長者瞭解、認識、訓練、學習各種不同的生活技能，並適當



地配合環境的設置以及角色上的轉變，從而掌握自己的生活，減低對照顧人員的依賴，成為社會上有能力的一分子。根據『個體、環境以及角色模式』



(Person-Environment-Occupation Model)，只要長者的其中一個部份出現缺陷時，其生活表現就會受到影響。這個模式除了適用於患病的長者（如腦卒中、認知障礙症、跌倒等）個案外，作業治療會用這個思考方向來評估一般長者的能力，並制定相關及個人化的治療訓練方案，提升及改善生活。

長者除在醫療機構接受職業治療外，更重要的是他們能否在回到家中及社區時，都能發揮應有的能力及角色。如上文所說，長者不一定要進醫院或醫療機構才能接受治療與訓練，強化他們現有的能力亦是作業治療師發展的範疇，配合現時世界崇尚的積極活躍晚年潮流，亦是解決人口老化危機的治本良方。

作業治療師在居家及社區工作，擁有相關的醫學知識外，亦要對社區環境、住屋環境，不同種類的輔具有認識。大部份時間，作業治療師都是在外面工作，更考驗獨立思考能力及應變能力。另一個與醫療機構不同的情況是，每位元長者的家中及社區環境各有不同，對一名長者有效的介入方法，可能對另一長者沒有用，治療器材上亦沒有太多，作業治療師需要靈活地因應實際情況作出介入，活動分析（Activity Analysis）就能讓作業治療師因應個別長者的需要，設計不同的治療方案。

作業治療師於長者家中提供服務前，應先瞭解長者的情況。這個可透過醫療記錄，電話查詢，預約長者到機構初步面談獲取。作業治療師在這階段可初步瞭解長者的能力與期望，並在到訪時更有效工作。到達後，作業治療師應根據實際情況，評估長者的身體機能，包括身體、認知、自理、生活等能力，並需為家中環境進行有關的量度工作，瞭解長者的日常生活與環境是怎樣。作出治療及建議前，亦需向家人或照顧人員查問照顧狀況，因為他們是面對長者最長時間的人，意見非常重要。常見的治療介入方案包括肢體訓練、認知訓練、自理訓練、輔

助配置及教育、環境改造、照顧者教育等等。其中環境改造是一個較大的版塊，根據 PEO 模式，良好的環境有利長者；惡劣的環境對長者有害。香港職業治療學會出版了一本環境改造的指引，可供參考，作業治療師亦會根據實際情況為長者作改善建議。



教授輔助工具的使用



安裝安全扶手及建議清潔用品安全放好

居家作業治療能提升長者的自理、生活、活動能力，但對有健康危機的長者來說，說服他們及讓他們明白當中的意義是較有挑戰性，需要作業治療師的詳細分析及說教才可成事。隨著人口不斷老化，作業治療的介入讓長者活得更有價值，成為社區中的重要一員，各作業治療師應努力推廣，並與醫療機構的人員作緊密溝通，使整個過程更全面及以長者為本。

參考文獻：

聯合國網站：“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

帕金森症的作業治療

黃潔汶 香港沙田威爾斯親王醫院 一級作業治療師

作業治療

在我們專職醫療上，「作業」是指我們日常生活上所有要做的事。自理、讀書、工作、消閒等等都是作業。由嬰孩到成年到老年；由做兒女到工作到做父母；由有能力工作賺錢到退休；我們都有不同的角色配著不同的作業須要。就算是健康或有病，我們每天都要實踐在生活上不同的有意義作業。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業。

作業治療揉合藝術及科學，為各病患者設計針對性治療活動及訓練，讓病患者從活動中學習適應技巧，改善他們的生理和心理，克服病患引致的殘障，激發病患者的潛能，從而達致最大的獨立能力，以生命影響生命。

帕金森症

這個退化症會引致患者大腦逐步失去控制身體活動的機能，四肢肌肉會變得愈來愈僵硬，動作變得緩慢，繼而失去自我照顧活動能力。因患病表徵的表現，使一般人不容易瞭解帕金森症病人。例如病患者的臉孔木無表情，其實背後是有著非常清醒的頭腦；又例如病患者的動作緩慢及僵硬，其實他們也渴望繼續擁有活動自如的正常生活，與伴侶、家人及朋友一起外出及交往。患者除了渴望與人溝通外，還需要愛和關懷，但是基於以上種種因素，他們的心理健康容易受到影

響，會容易患上焦慮及抑鬱，封閉自己的身心靈，而自我封鎖。

處理帕金森症的作業治療

柏金森森症患者由早期到後期對的生理及心理變化，及他們及其家人的擔憂，衍生較多的負面情緒及能量。患者們可以透過作業治療來幫助他們重新協調日常生活，建立患者的社交及消閒活動，以及減輕家人的心理負擔。



作業治療之預防跌倒的建議

帕金森症患者在行動上會出現的征狀包括僵硬、四肢顫動及開步困難等，令身體行動不便。而且會因為身體轉動緩慢，容易失去平衡，導致他們容易跌倒，繼而受傷。很多時候，因為跌倒意外增多，患者會減少外出次數，避免跌倒受傷的機會。而且在心理及情緒上容易出現急躁、焦慮及恐懼，睡眠質素下降，並且影響社交。但只留在家裏也不可以完全避免跌倒，反而會因缺乏應有的運動鍛練而令其活動能力逐漸地變得更差。無論在家居或室外，若能參考以下建議，患者便可以儘量減低跌倒的機會，從而避免受傷的風險。

在家居環境：

(1) 在走廊、房間及廁所位置，要保持室內光線充足，避免因為昏暗環境而造成絆倒的風險

(2) 要避免過多雜物或傢俱存放，保持家居整潔。不要放置太多椅子或雜物在走廊或房間內，並增加室內空間，令患者容易看清楚室內環境，避免絆倒



(3) 不要擺放地布在廁所或廚房，因為帕金森症患者走路時難以舉步，而且碎步行走，地布則被容易踢起而絆倒患者，製造危險。家人也可以考慮購買有防滑物料的地毯代替地布

(4) 地面要保持乾爽，地板上的積水便要儘快抹幹，避免患者滑倒

(5) 傢俱（包括床、椅）、衣物及常用對象要放置適合高度，方便患者觸及，不要過高或過底，否則當患者在拿取物件時便會容易失去平衡，引致跌倒意外

在戶外：

(1) 避免人多擠逼的街道及繁忙時間，減少被途人撞倒的機會

(2) 在商場及乘搭鐵路時，患者可選擇乘搭升降機並避免使用扶手電梯，因為扶手電梯的速度可能會令患者緊張，而且他們緩慢的肢體活動能力也未必能夠跟上扶手電梯的速度，繼而令患者失去平衡而跌倒

(3) 當患者肢體平衡逐漸變差或有多次跌倒意外時，我們會建議患者用拐杖或步行支架幫助他們走路，增加他們的平衡力，而且讓途人留意到他們較行動不便，減低被撞跌的機會

作業治療之日常生活輔助器具的建議

帕金森症患者除了有動作緩慢、僵硬等症狀外，亦會常有顫抖情況。這些症狀會往往為病患者帶來生活上的不便，例如穿衣服、飲食、寫字及社交生活等等。

穿衣服：

身體僵硬及有限的四肢活動能力及其幅度會令帕金森症患者穿衣服遇上困難，包括穿上衣、褲子及鞋襪。



患者可嘗試使用穿衣輔助器，這些輔助器會為他們帶來方便及增加他們的自主能力。這些輔助器均有長柄，可以幫助關節活動幅度減少而引致的穿衣問題。例如患者可以利用穿衣輔助器來勾扣上衣的領口位穿袖，然後手執長柄往背後一拉，患者便可以把上衣穿上。至於穿襪子時，患者可以先把襪子套在穿襪輔助器上，香利用旁邊的長繩把穿襪器放到地上，然後再將腳穿入穿襪器內，把旁邊的長繩拉上，便可輕易地穿上襪子了。另外穿鞋時，亦可使用穿鞋輔助器，亦即「鞋抽」，患者便不需彎腰或蹲下來穿鞋。

飲食：

手部顫抖會令患者在飲食過程中遇到困難，例如用湯匙剩載食物送到口中時已踐出食物，不但令弄髒餐桌，也會令他們在參與社交活動時感到尷尬。在這情況下，患者可以選擇用加重餐具進食。加重餐具包括湯匙及餐叉，可減少手部顫動的情況，使患者較容易把食物送到口中進食，減少踐出食物。

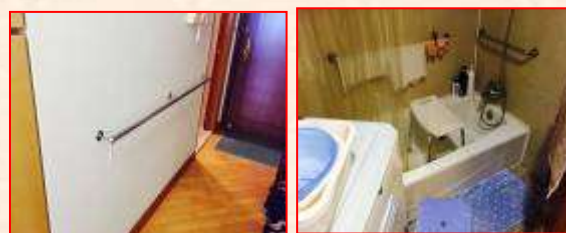


寫字：

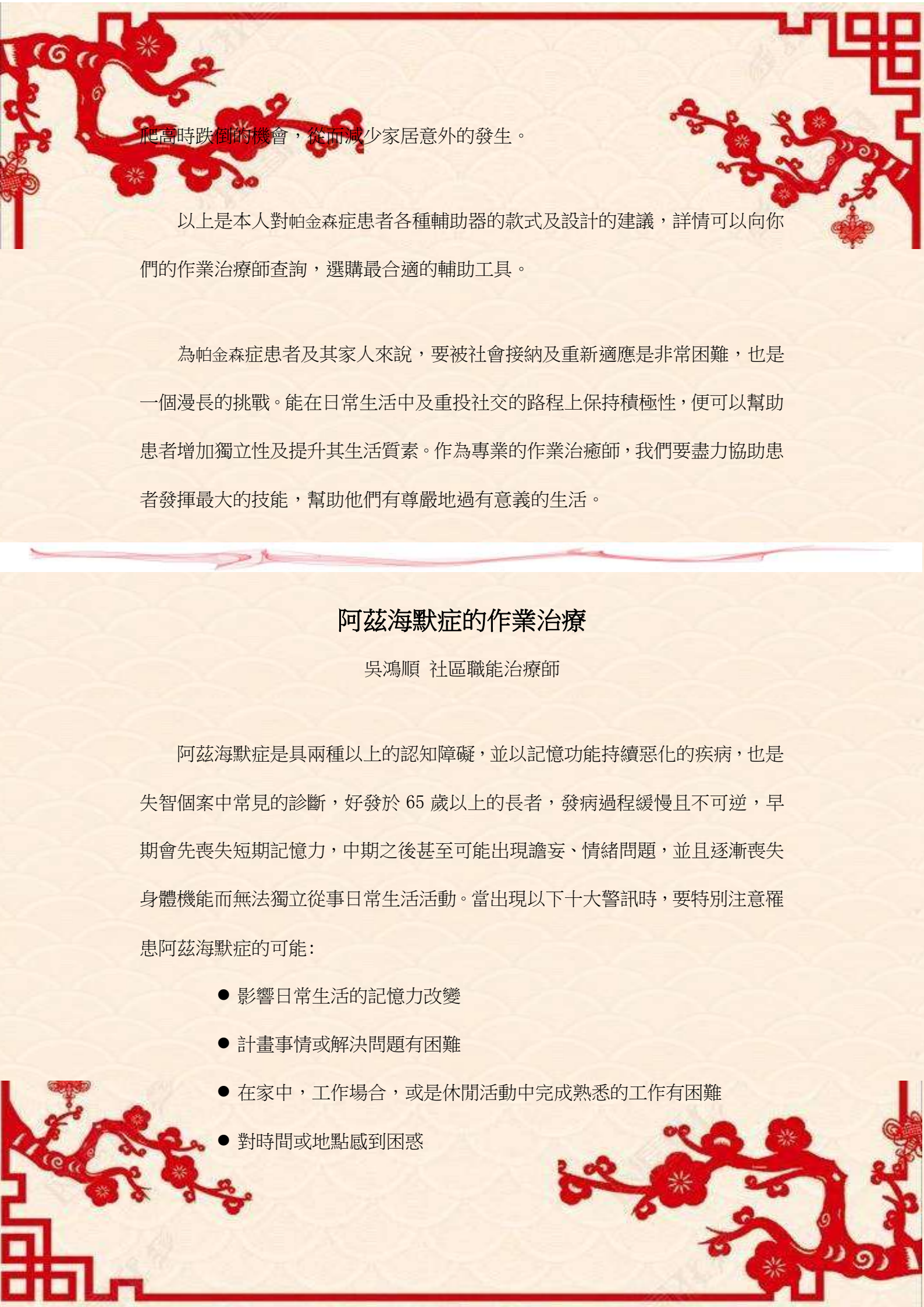
因為手部顫動及動作僵硬，往往令帕金森症患者書寫時遇到困難，例如筆劃不清或字體越寫越細小。這個時候患者就可選擇用筆套加重及加粗的筆幹，增加書寫時的控制程度及減少顫抖的情況，特別在簽署檔時，起了很大的幫助。

其他日常生活上的輔助：

帕金森症患者會因行動不便而容易跌倒。特別在洗澡時或上廁所時容易發生意外。患者可以考慮在廁所浴室安裝扶手，或使用大便沖涼椅及浴缸板。這些輔助器具可幫助患者安全及方便地進出浴缸，減少意外發生。另外，患者也可以放置大便椅在床邊，這樣，當晚上有如廁的需要時，便能省卻步行至廁所的路程，減少如廁跌倒的機會，直至第二天早上清洗大便椅盆便可。



此外，患者常有困難執拾丟在地上，或從高處取物件的問題。其實患者可以使用長柄執拾器幫忙他們撿起地上，或從高櫃取出對象，減少他們在彎腰蹲下或



爬高時跌倒的機會，從而減少家居意外的發生。

以上是本人對帕金森症患者各種輔助器的款式及設計的建議，詳情可以向你們的作業治療師查詢，選購最合適的輔助工具。

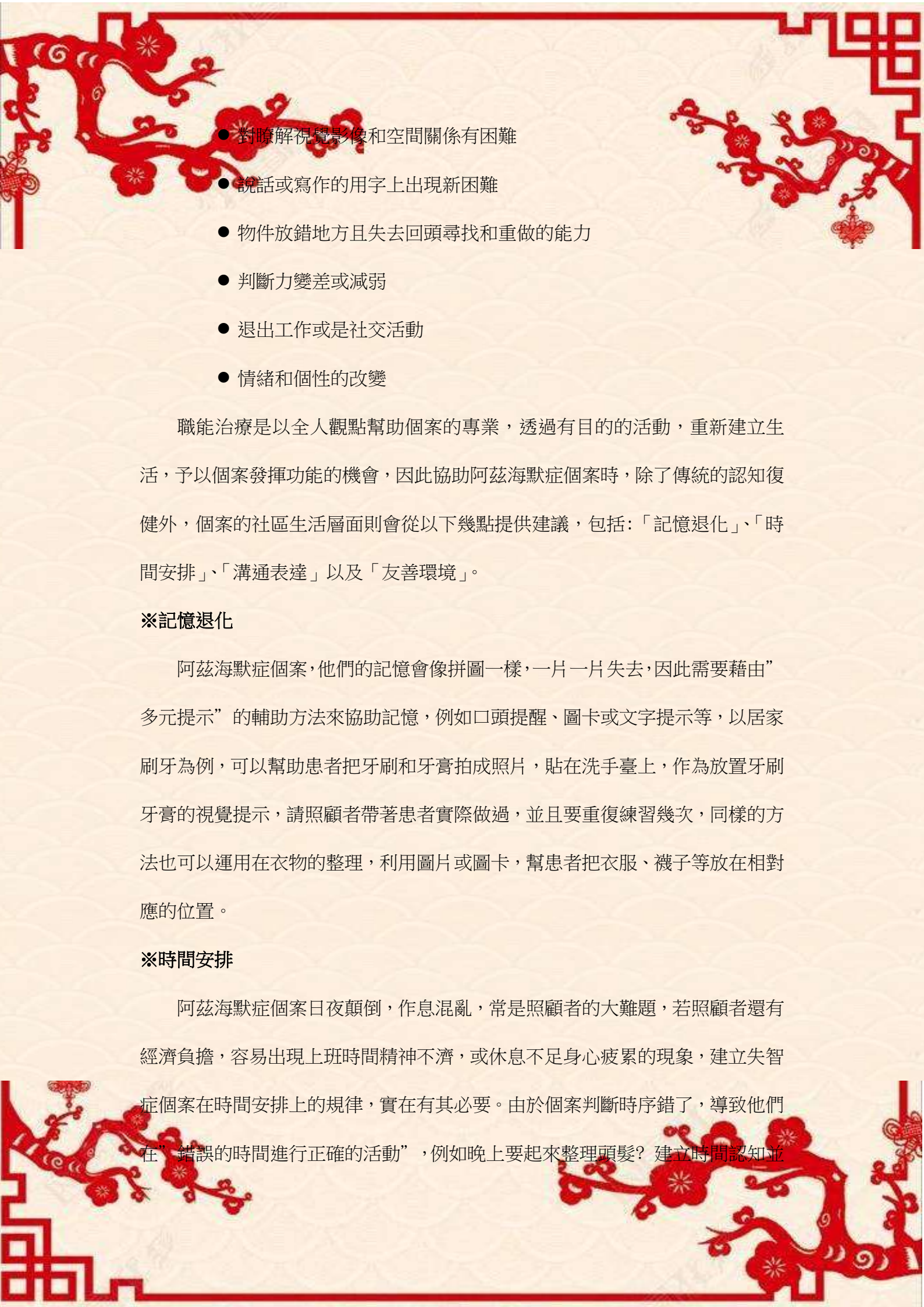
為帕金森症患者及其家人來說，要被社會接納及重新適應是非常困難，也是一個漫長的挑戰。能在日常生活中及重投社交的路程上保持積極性，便可以幫助患者增加獨立性及提升其生活質素。作為專業的作業治療師，我們要盡力協助患者發揮最大的技能，幫助他們有尊嚴地過有意義的生活。

阿茲海默症的作業治療

吳鴻順 社區職能治療師

阿茲海默症是具兩種以上的認知障礙，並以記憶功能持續惡化的疾病，也是失智個案中常見的診斷，好發於 65 歲以上的長者，發病過程緩慢且不可逆，早期會先喪失短期記憶力，中期之後甚至可能出現譫妄、情緒問題，並且逐漸喪失身體機能而無法獨立從事日常生活活動。當出現以下十大警訊時，要特別注意罹患阿茲海默症的可能：

- 影響日常生活的記憶力改變
- 計畫事情或解決問題有困難
- 在家中，工作場合，或是休閒活動中完成熟悉的工作有困難
- 對時間或地點感到困惑

- 
- 對瞭解視覺影像和空間關係有困難
 - 說話或寫作的用字上出現新困難
 - 物件放錯地方且失去回頭尋找和重做的能力
 - 判斷力變差或減弱
 - 退出工作或是社交活動
 - 情緒和個性的改變

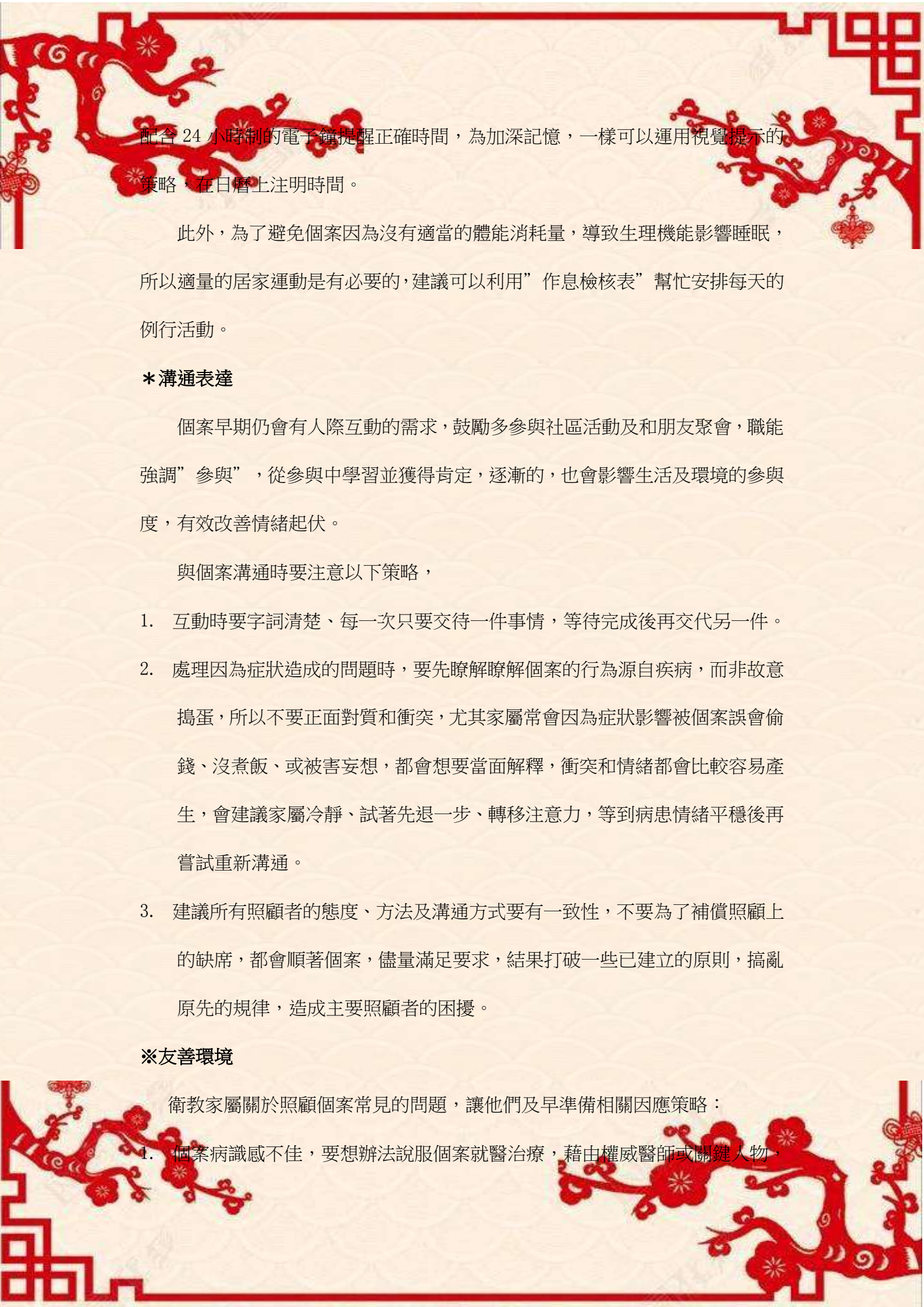
職能治療是以全人觀點幫助個案的專業，透過有目的的活動，重新建立生活，予以個案發揮功能的機會，因此協助阿茲海默症個案時，除了傳統的認知復健外，個案的社區生活層面則會從以下幾點提供建議，包括：「記憶退化」、「時間安排」、「溝通表達」以及「友善環境」。

※記憶退化

阿茲海默症個案，他們的記憶會像拼圖一樣，一片一片失去，因此需要藉由“多元提示”的輔助方法來協助記憶，例如口頭提醒、圖卡或文字提示等，以居家刷牙為例，可以幫助患者把牙刷和牙膏拍成照片，貼在洗手臺上，作為放置牙刷牙膏的視覺提示，請照顧者帶著患者實際做過，並且要重複練習幾次，同樣的方法也可以運用在衣物的整理，利用圖片或圖卡，幫患者把衣服、襪子等放在相對應的位置。

※時間安排

阿茲海默症個案日夜顛倒，作息混亂，常是照顧者的大難題，若照顧者還有經濟負擔，容易出現上班時間精神不濟，或休息不足身心疲累的現象，建立失智症個案在時間安排上的規律，實在有其必要。由於個案判斷時序錯了，導致他們在“錯誤的時間進行正確的活動”，例如晚上要起來整理頭髮？建立時間認知並



配合 24 小時制的電子鐘提醒正確時間，為加深記憶，一樣可以運用視覺提示的策略，在日曆上注明時間。

此外，為了避免個案因為沒有適當的體能消耗量，導致生理機能影響睡眠，所以適量的居家運動是有必要的，建議可以利用”作息檢核表”幫忙安排每天的例行活動。

***溝通表達**

個案早期仍會有人際互動的需求，鼓勵多參與社區活動及和朋友聚會，職能強調”參與”，從參與中學習並獲得肯定，逐漸的，也會影響生活及環境的參與度，有效改善情緒起伏。

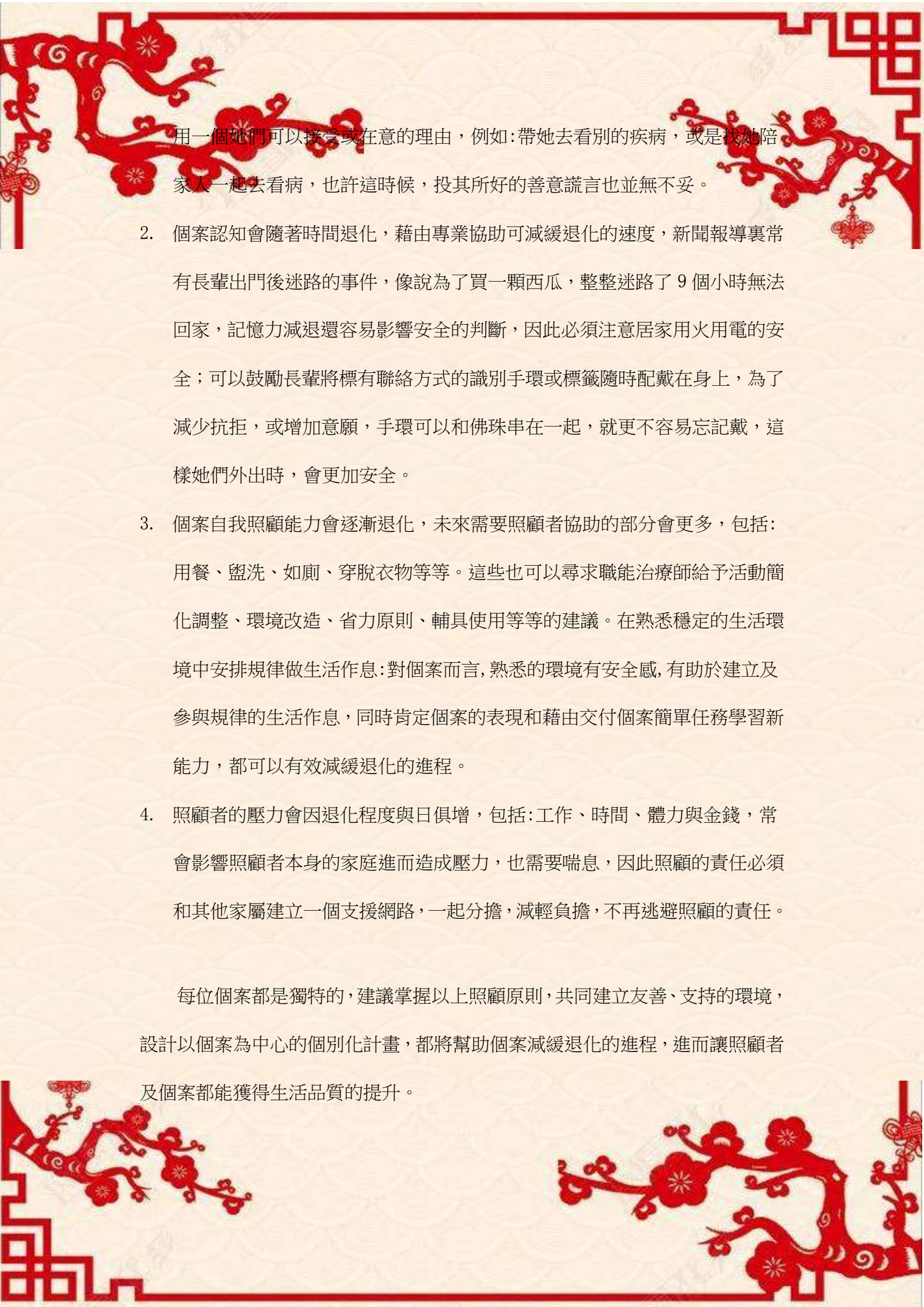
與個案溝通時要注意以下策略，

1. 互動時要字詞清楚、每一次只要交待一件事情，等待完成後再交代另一件。
2. 處理因為症狀造成的問題時，要先瞭解瞭解個案的行為源自疾病，而非故意搗蛋，所以不要正面對質和衝突，尤其家屬常會因為症狀影響被個案誤會偷錢、沒煮飯、或被害妄想，都會想要當面解釋，衝突和情緒都會比較容易產生，會建議家屬冷靜、試著先退一步、轉移注意力，等到病患情緒平穩後再嘗試重新溝通。
3. 建議所有照顧者的態度、方法及溝通方式要有一致性，不要為了補償照顧上的缺席，都會順著個案，儘量滿足要求，結果打破一些已建立的原則，搞亂原先的規律，造成主要照顧者的困擾。

※友善環境

衛教家屬關於照顧個案常見的問題，讓他們及早準備相關因應策略：

1. 個案病識感不佳，要想辦法說服個案就醫治療，藉由權威醫師或關鍵人物，



用一個她們可以接受或在意的理由，例如：帶她去看別的疾病，或是找她陪家人一起去看病，也許這時候，投其所好的善意謊言也並無不妥。

2. 個案認知會隨著時間退化，藉由專業協助可減緩退化的速度，新聞報導裏常有長輩出門後迷路的事件，像說為了買一顆西瓜，整整迷路了 9 個小時無法回家，記憶力減退還容易影響安全的判斷，因此必須注意居家用火用電的安全；可以鼓勵長輩將標有聯絡方式的識別手環或標籤隨時配戴在身上，為了減少抗拒，或增加意願，手環可以和佛珠串在一起，就更不容易忘記戴，這樣她們外出時，會更加安全。
3. 個案自我照顧能力會逐漸退化，未來需要照顧者協助的部分會更多，包括：用餐、盥洗、如廁、穿脫衣物等等。這些也可以尋求職能治療師給予活動簡化調整、環境改造、省力原則、輔具使用等等的建議。在熟悉穩定的生活環境中安排規律做生活作息：對個案而言，熟悉的環境有安全感，有助於建立及參與規律的生活作息，同時肯定個案的表現和藉由交付個案簡單任務學習新能力，都可以有效減緩退化的進程。
4. 照顧者的壓力會因退化程度與日俱增，包括：工作、時間、體力與金錢，常會影響照顧者本身的家庭進而造成壓力，也需要喘息，因此照顧的責任必須和其他家屬建立一個支援網路，一起分擔，減輕負擔，不再逃避照顧的責任。

每位個案都是獨特的，建議掌握以上照顧原則，共同建立友善、支持的環境，設計以個案為中心的個別化計畫，都將幫助個案減緩退化的進程，進而讓照顧者及個案都能獲得生活品質的提升。

老年慢性阻塞性肺病作業治療

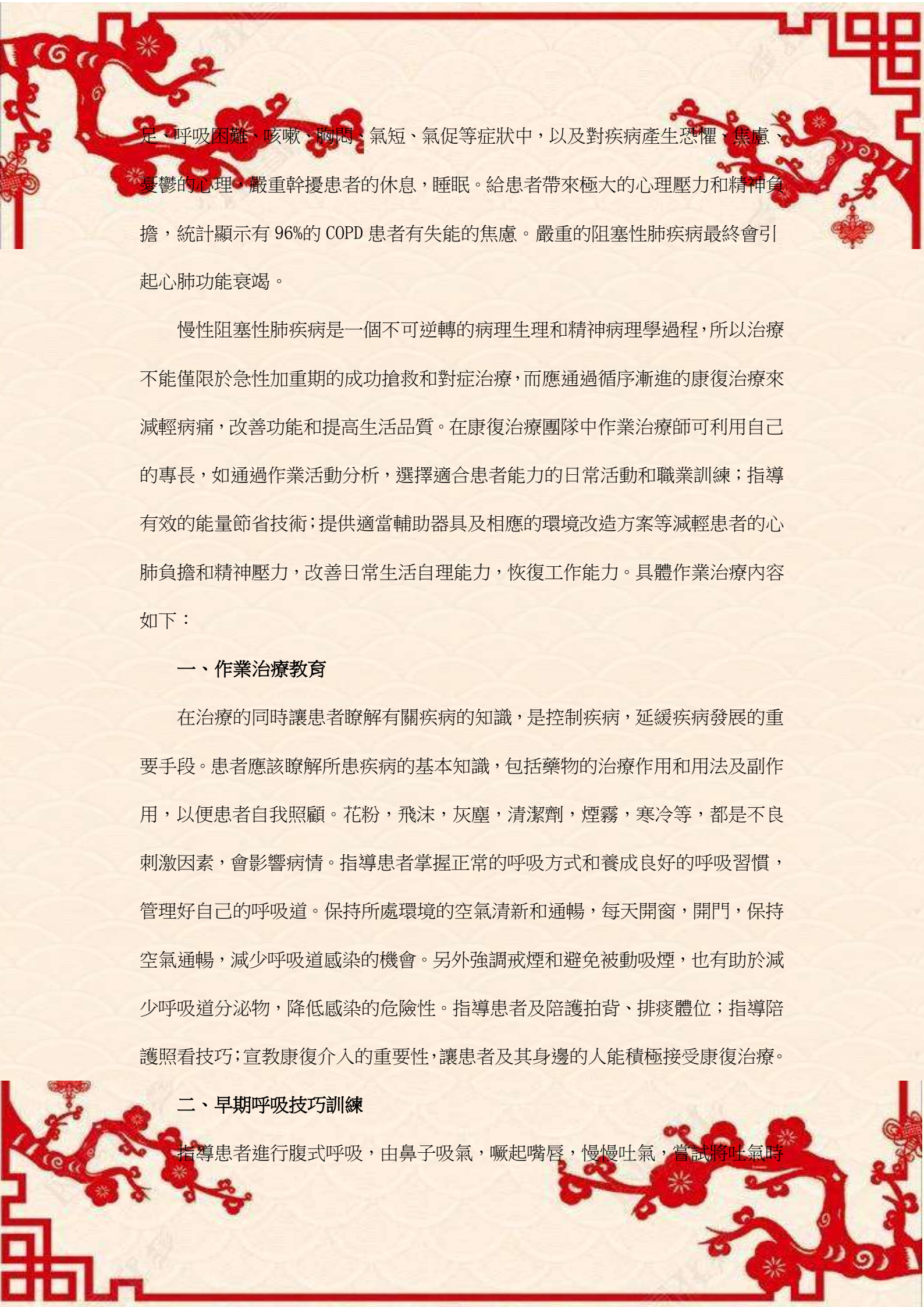
南京醫科大學第一附屬醫院 侯紅

慢性阻塞性肺疾病（chronic obstructive pulmonary disease; COPD）是指以氣流阻塞為特徵的慢性支氣管炎、支氣管擴張、支氣管哮喘以及合併的肺氣腫等，是指具有進行性的氣道阻塞的慢性肺疾病的總稱。該病是呼吸系統疾病中的常見病，更是老年病中的常見病。

由於大氣污染、吸煙人數增加及快速進入老齡化社會等因素，慢性阻塞性肺疾病在國內有逐年增加的趨勢。

慢性阻塞性肺疾病會給患者帶來嚴重的呼吸問題。首先由於疾病的病理生理變化，患者在呼吸過程中的有效通氣量降低，呼氣末殘留在肺部的氣體增加，影響了氣體的吸入；其次長期慢性炎症的刺激，呼吸道分泌物增多且引流不暢，也影響了肺部充分的氣體交換；第三就是大部分慢性支氣管炎患者年齡偏大，伴有不同程度的駝背，支撐胸廓的肌肉、韌帶鬆弛，導致胸廓塌陷。加之肋軟骨有不同程度的鈣化，都會限制胸廓的活動，導致肺通氣量下降，使有效呼吸減低；此外由於肺氣腫的病理改變，限制了膈肌的活動範圍，影響了患者平靜呼吸過程中膈肌的上下移動，也減少了肺通氣量。患者為了彌補呼吸量的不足，往往在安靜狀態以胸式呼吸為主，甚至動用輔助呼吸肌（如胸大肌，斜角肌，斜方肌等），這就形成病理性呼吸模式，從而造成正常的腹式呼吸模式無法建立，更進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損，迫使一些患者長期臥床，造成肌肉萎縮和無力，從而喪失了日常活動能力和工作能力。此外患者由於長期處於供氧不



足、呼吸困難、咳嗽、胸悶、氣短、氣促等症狀中，以及對疾病產生恐懼、焦慮、憂鬱的心理，嚴重幹擾患者的休息，睡眠。給患者帶來極大的心理壓力和精神負擔，統計顯示有 96% 的 COPD 患者有失能的焦慮。嚴重的阻塞性肺疾病最終會引起心肺功能衰竭。

慢性阻塞性肺疾病是一個不可逆轉的病理生理和精神病理學過程，所以治療不能僅限於急性加重期的成功搶救和對症治療，而應通過循序漸進的康復治療來減輕病痛，改善功能和提高生活品質。在康復治療團隊中作業治療師可利用自己的專長，如通過作業活動分析，選擇適合患者能力的日常活動和職業訓練；指導有效的能量節省技術；提供適當輔助器具及相應的環境改造方案等減輕患者的心肺負擔和精神壓力，改善日常生活自理能力，恢復工作能力。具體作業治療內容如下：

一、作業治療教育

在治療的同時讓患者瞭解有關疾病的知識，是控制疾病，延緩疾病發展的重要手段。患者應該瞭解所患疾病的基本知識，包括藥物的治療作用和用法及副作用，以便患者自我照顧。花粉，飛沫，灰塵，清潔劑，煙霧，寒冷等，都是不良刺激因素，會影響病情。指導患者掌握正常的呼吸方式和養成良好的呼吸習慣，管理好自己的呼吸道。保持所處環境的空氣清新和通暢，每天開窗，開門，保持空氣通暢，減少呼吸道感染的機會。另外強調戒煙和避免被動吸煙，也有助於減少呼吸道分泌物，降低感染的危險性。指導患者及陪護拍背、排痰體位；指導陪護照看技巧；宣教康復介入的重要性，讓患者及其身邊的人能積極接受康復治療。

二、早期呼吸技巧訓練

指導患者進行腹式呼吸，由鼻子吸氣，噘起嘴唇，慢慢吐氣，嘗試將吐氣時

間拉長成吸氣時間的兩倍，加強呼吸肌力量。訓練時可讓患者將手放於腹部，用心體會：當從鼻子吸氣時，肺中充滿空氣，感覺自己腹部微微隆起；當噘起嘴唇吐氣時，感到自己的肚臍貼向脊柱方向。重復以上步驟，直到感覺相當順暢。也可以通過相應的作業活動訓練，如練習吹氣球、口琴、口哨、笛子等；或讓患者用直徑，長度不同的吸管插入深度不同的水杯用力吹泡泡；或吹不同距離的乒乓球、點燃的蠟燭等（見圖 1-3）。注意訓練過程中若有暈眩感或無力感產生時，即刻停止練習。



圖 1 吹氣球



圖 2 吹氣泡



圖 3 吹紙條

三、上肢肌力的訓練

由於上肢肩背部很多肌群既是上肢活動肌，又為輔助呼吸肌群，如胸大肌，胸小肌，背闊肌，前鋸肌，斜方肌等均起自肩帶，止於胸背部。當軀幹固定時，輔助肩帶和肩關節活動；而上肢固定時，這些肌群又可作為輔助呼吸肌群參與呼吸活動。常用提高上肢肌力的作業活動包括：

1. 在無支持下做上肢高於肩水準的各種活動，如投球（見圖 4），高處取物，利用體操棒做高度超過肩部水準的各個方向的練習（見圖 5），高過頭頂的上肢套圈練習。



圖 4 投籃



圖 5 體操棒



圖 6 手搖車

2. 練習手搖車（見圖 6），以無阻力開始，逐漸增加阻力和延長時間，以運動時出現輕度氣急氣促為宜。

3. 室外活動可根據患者的興趣選擇划船，游泳，園藝，打保齡球等以上肢抗阻為主的活動。活動量以出現輕微的呼吸急促及上臂疲勞為度。



圖 7-8 園藝活動

四、全身耐力的訓練

患者可選擇低、中等強度的步行，騎車，游泳，體操，健身舞蹈，遊戲，家務勞動，陶瓷工藝製作等。每項活動開始進行 5 分鐘，休息適應後逐漸增加活動時間，當患者能接受 20 分/次的活動後，即可以增加運動強度。每次運動後心率至少增加 20%~30%，並在停止運動後 5~10 分鐘恢復至安靜值，或活動至出現

輕微呼吸急促為止。對於嚴重的慢性阻塞性肺疾病患者，可以邊吸氧邊活動，以增強活動信心。一般每週 3~5 次，每次 1~1.5 小時。一次運動訓練應分熱身活動，訓練活動，整理活動三部分進行，熱身活動及整理活動以緩慢散步及體操為宜，時間為 5~10 分鐘。

五、日常生活活動能力訓練

主要是教會患者，如何將正常呼吸模式即腹式呼吸與日常生活協調起來，如何正確運用呼吸，增加呼吸的信心，避免生活中的呼吸困難。練習要求：身體屈曲時呼氣，伸展時吸氣；上樓梯或爬坡時，先吸氣再邁步，以“吸—呼—呼”對應“停—走—走”；如果要將物品放在較高的地方，則先拿好物品同時吸氣，後邊呼氣邊將物品放在所需位置。一些一次吸呼無法完成的活動，則可分多次進行，必須牢記吸氣時肢體相對靜止，邊呼氣邊活動。如患者使用吸塵器時，在將吸塵器往前推時應該配合吐氣，而拉回吸塵器時應該吸氣。當出力抬起重物時應該搭配吐氣，以避免閉氣造成胸腔內壓增加，引起一連串心跳及血壓的不良反應。

六、節能技術的運用

包括工作簡化、輔助器具提供、環境改良技術等。如活動前先對活動進行計畫安排，包括活動節奏的快慢程度、活動強度的輕重交替、活動中期的間隙休息等。活動中坐著比站著省力；經常用的東西放在隨手可拿到的地方，避免不必要的彎腰，轉身，舉臂，前伸；提較重的東西儘量用推車，而推比拉省力；活動時動作要連貫緩慢，有一定的休息間隙。也可建議患者簡化工作，如於洗澡後直接穿上浴袍，來代替以毛巾擦拭全身，以節省體能；從事上肢活動時教導患者支撐自己的手臂，如梳頭、刷牙、刮鬍子、化妝時將手肘放於桌面上（見圖 9-10），也可以使用電動器具如電動牙刷以節省能量。必要時提供合適的輔具（見圖

11)，如彎腰綁鞋帶或穿鞋襪可能會造成呼吸短促，此時彈性鞋帶、長柄鞋拔或穿襪器將有助於患者執行這些活動。另外日常活動中要求患者注意選擇合適，舒適的體位，讓頭、頸、肩背部、肢體位置恰當，有依託，減少這些肌肉長時間緊張。另外可以一邊聽音樂，一邊進行活動。在完成某項活動時，要充分放鬆那些無用肌，以保存自己的體能。



圖 9 手臂支撐下刷牙



圖 10 手臂支撐下梳頭

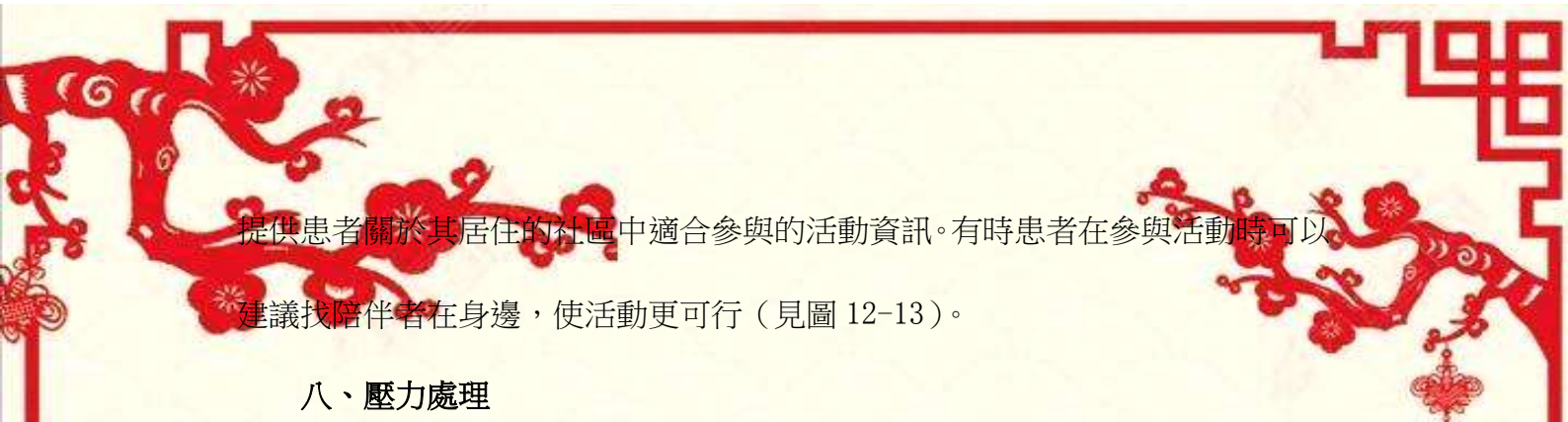


圖 11 拾物器

七、娛樂休閒活動訓練

COPD 患者常在執行完日常生活活動後便已經沒有剩餘的體力了，因此從事休閒娛樂對其而言變成為一種奢望。此時作業治療師可以評估患者病前喜歡從事的休閒活動，並分析該活動是否能夠經由調整後以符合患者的能力。治療師也可以





提供患者關於其居住的社區中適合參與的活動資訊。有時患者在參與活動時可以建議找陪伴者在身邊，使活動更可行（見圖 12-13）。

八、壓力處理

沒有辦法獲得足夠空氣的感覺是令人相當害怕的，當患者感覺到快呼吸不過來時常會驚慌失措，此時治療師應教導患者如何處理突如其來的呼吸短促，以降低恐懼感。當呼吸困難情況發生時將身體往前傾斜，雙臂擺放於桌面上，讓膈肌較易呼吸，同時搭配前面提過的呼吸技巧，幫助患者放慢呼吸的步調。另外教導患者關於處理壓力的技巧，幫助患者以心理想像當情況發生時如何能讓自己平復下來。

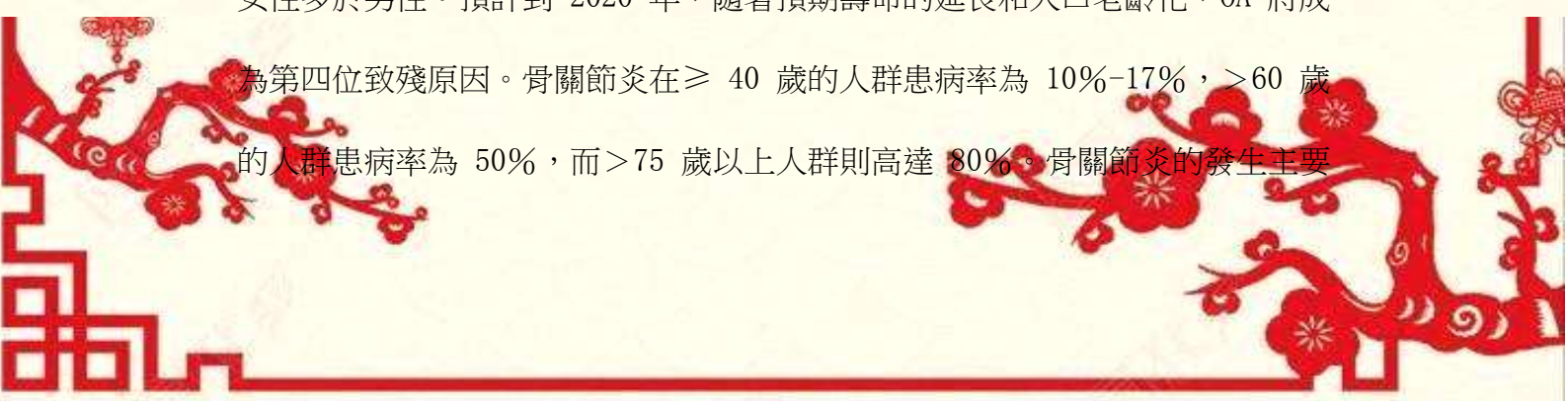
由於慢性阻塞性肺疾病嚴重威脅患者的健康問題，因此在計畫作業治療介入時需要相當注意。在早期活動中需以血氧計監測血液中的氧含量，若患者血氧濃度低於 90%，則需考慮提供氧氣。活動當中及時測量患者心血管或肺臟對運動的反應。關於心肺疾病訓練中的禁忌及注意事項也都應整合在治療計畫中。

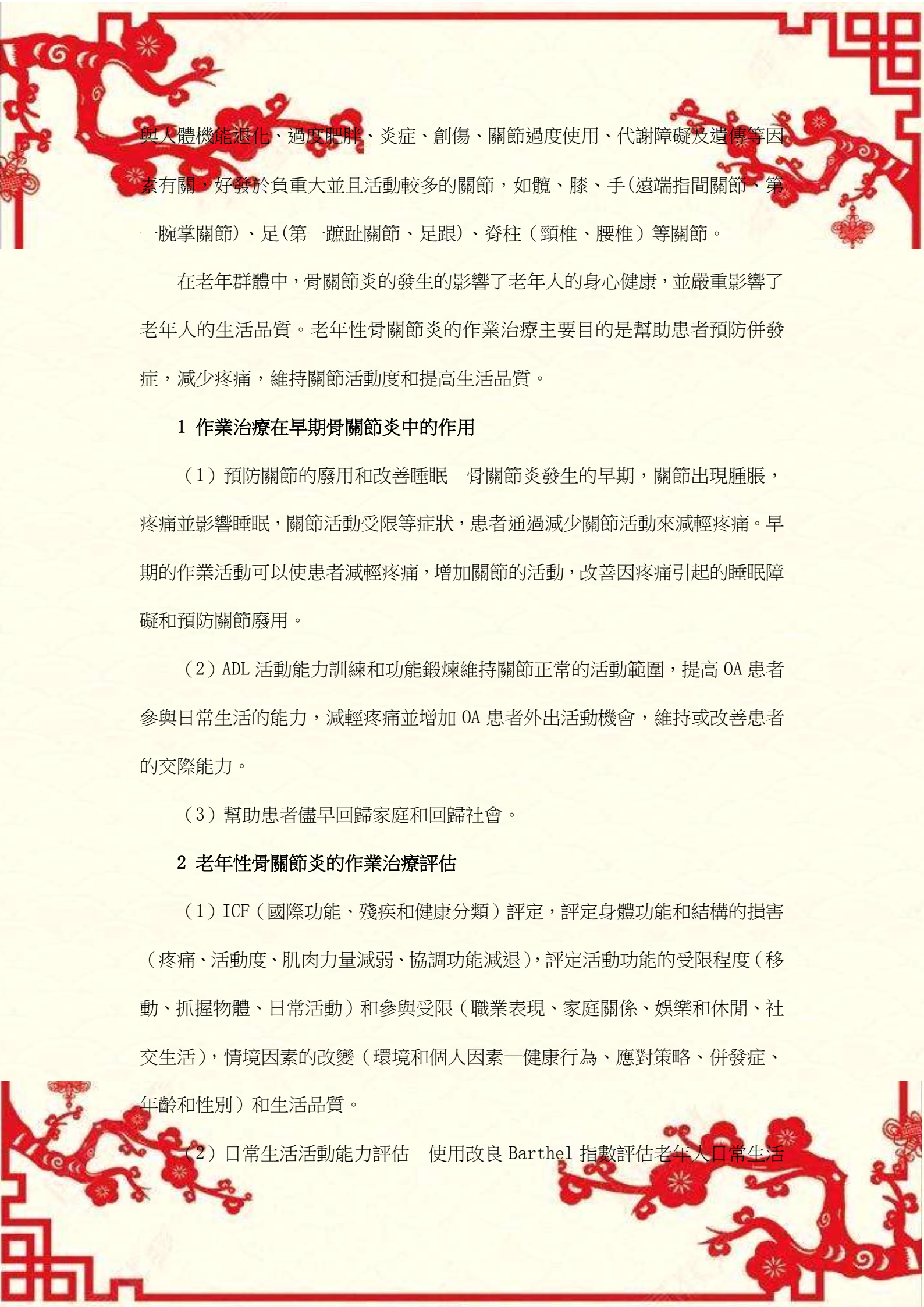


老年性骨關節炎的作業治療

陳娟（撰），朱毅（校） 海南醫學院第二附屬醫院

骨關節炎（Osteoarthritis, OA）是一種慢性關節疾病，也稱骨性關節病或退行性關節病，其最主要的特點是疼痛和關節功能減退，多發生在中老年人群，女性多於男性。預計到 2020 年，隨著預期壽命的延長和人口老齡化，OA 將成為第四位致殘原因。骨關節炎在 ≥ 40 歲的人群患病率為 10%-17%， >60 歲的人群患病率為 50%，而 >75 歲以上人群則高達 80%。骨關節炎的發生主要





與人體機能退化、過度肥胖、炎症、創傷、關節過度使用、代謝障礙及遺傳等因素有關，好發於負重大並且活動較多的關節，如髖、膝、手（遠端指間關節、第一腕掌關節）、足（第一蹠趾關節、足跟）、脊柱（頸椎、腰椎）等關節。

在老年群體中，骨關節炎的發生的影響了老年人的身心健康，並嚴重影響了老年人的生活品質。老年性骨關節炎的作業治療主要目的是幫助患者預防併發症，減少疼痛，維持關節活動度和提高生活品質。

1 作業治療在早期骨關節炎中的作用

（1）預防關節的廢用和改善睡眠 骨關節炎發生的早期，關節出現腫脹，疼痛並影響睡眠，關節活動受限等症狀，患者通過減少關節活動來減輕疼痛。早期的作業活動可以使患者減輕疼痛，增加關節的活動，改善因疼痛引起的睡眠障礙和預防關節廢用。

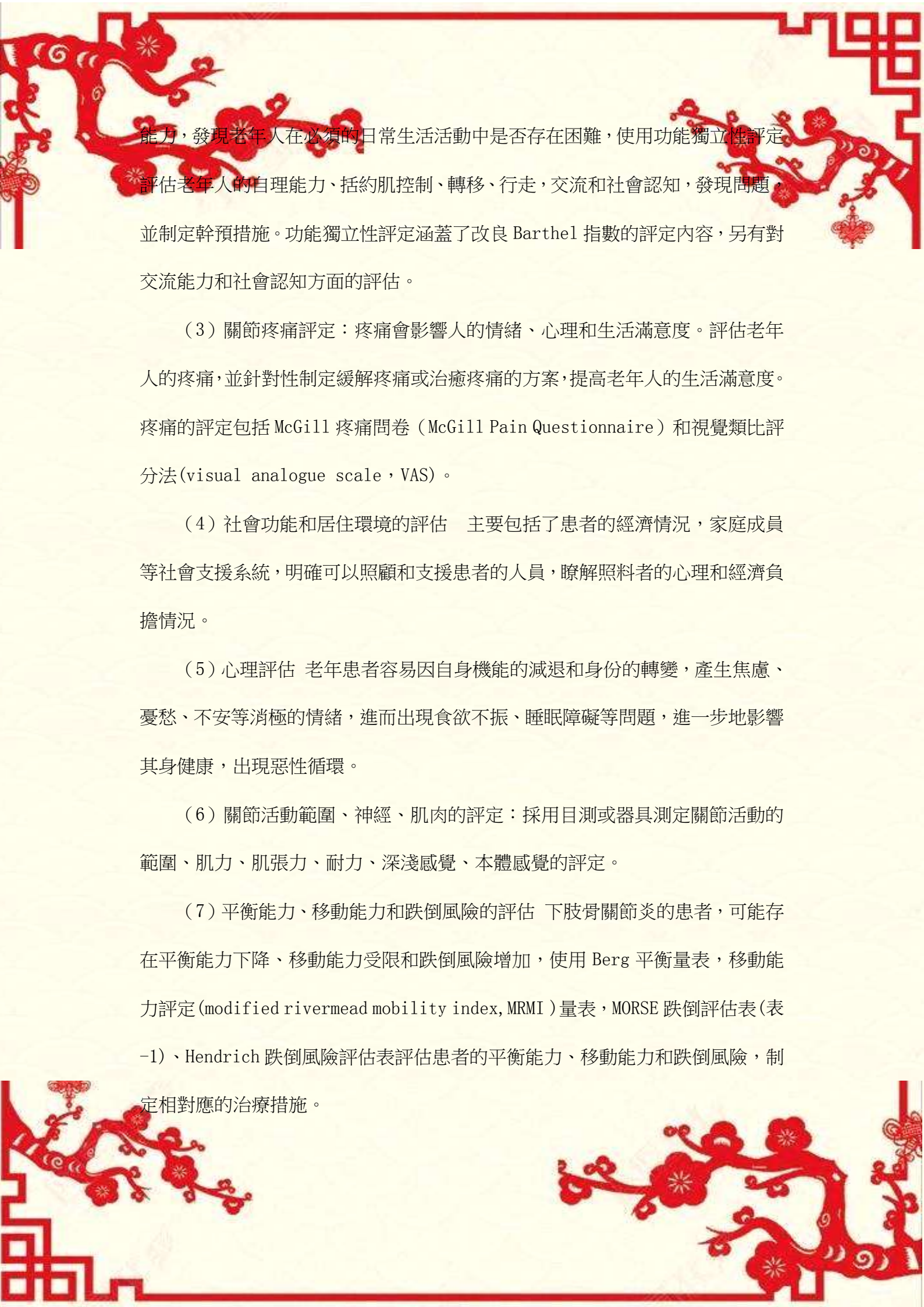
（2）ADL 活動能力訓練和功能鍛煉維持關節正常的活動範圍，提高 OA 患者參與日常生活的能力，減輕疼痛並增加 OA 患者外出活動機會，維持或改善患者的交際能力。

（3）幫助患者儘早回歸家庭和回歸社會。

2 老年性骨關節炎的作業治療評估

（1）ICF（國際功能、殘疾和健康分類）評定，評定身體功能和結構的損害（疼痛、活動度、肌肉力量減弱、協調功能減退），評定活動功能的受限程度（移動、抓握物體、日常活動）和參與受限（職業表現、家庭關係、娛樂和休閒、社交生活），情境因素的改變（環境和個人因素—健康行為、應對策略、併發症、年齡和性別）和生活品質。

（2）日常生活活動能力評估 使用改良 Barthel 指數評估老年人日常生活



能力，發現老年人在必須的日常生活活動中是否存在困難，使用功能獨立性評定評估老年人的自理能力、括約肌控制、轉移、行走，交流和社會認知，發現問題，並制定幹預措施。功能獨立性評定涵蓋了改良 Barthel 指數的評定內容，另有對交流能力和社會認知方面的評估。

(3) 關節疼痛評定：疼痛會影響人的情緒、心理和生活滿意度。評估老年人的疼痛，並針對性制定緩解疼痛或治癒疼痛的方案，提高老年人的生活滿意度。疼痛的評定包括 McGill 疼痛問卷 (McGill Pain Questionnaire) 和視覺類比評分法 (visual analogue scale, VAS)。

(4) 社會功能和居住環境的評估 主要包括了患者的經濟情況，家庭成員等社會支援系統，明確可以照顧和支援患者的人員，瞭解照料者的心理和經濟負擔情況。

(5) 心理評估 老年患者容易因自身機能的減退和身份的轉變，產生焦慮、憂愁、不安等消極的情緒，進而出現食欲不振、睡眠障礙等問題，進一步地影響其身健康，出現惡性循環。

(6) 關節活動範圍、神經、肌肉的評定：採用目測或器具測定關節活動的範圍、肌力、肌張力、耐力、深淺感覺、本體感覺的評定。

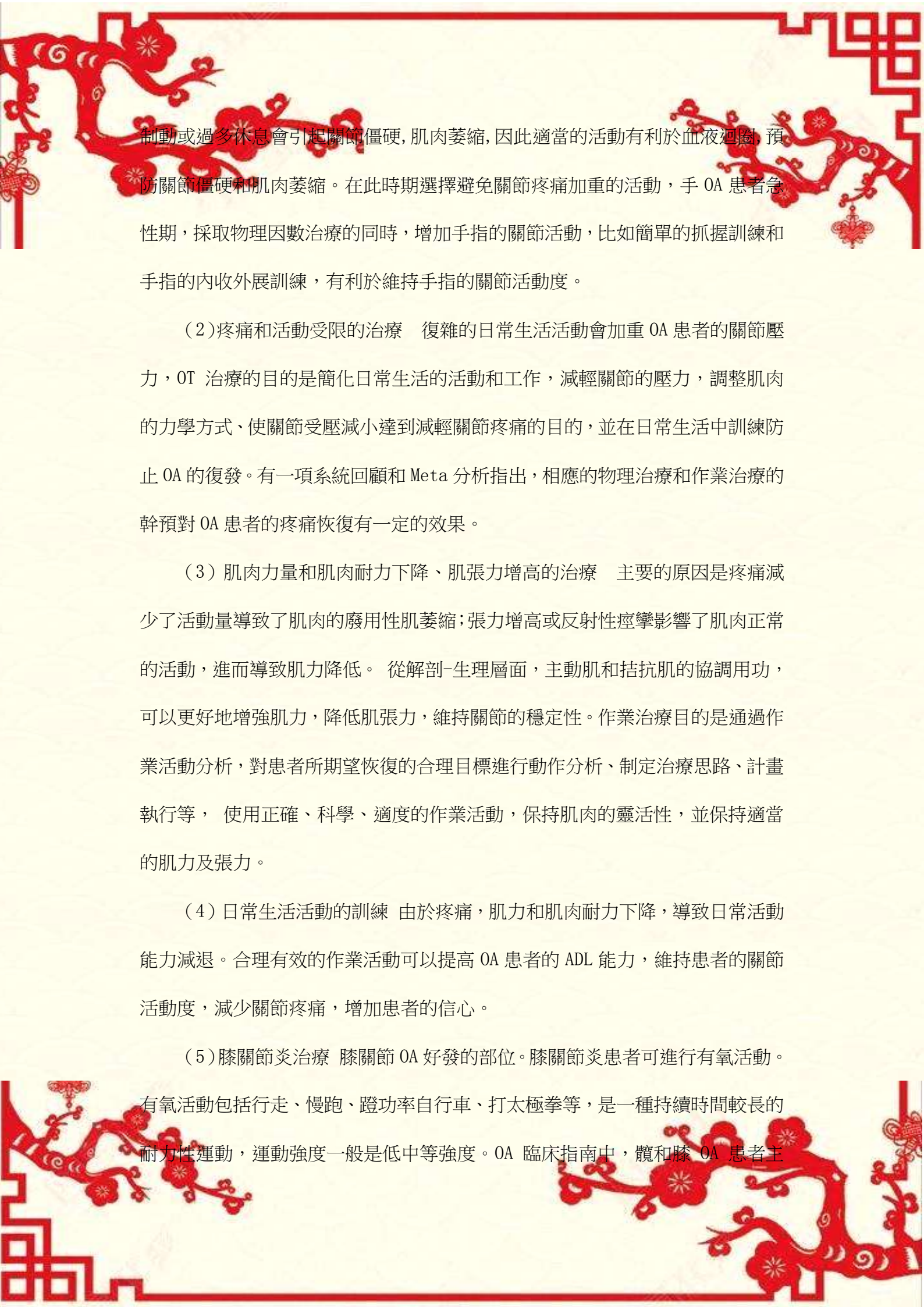
(7) 平衡能力、移動能力和跌倒風險的評估 下肢骨關節炎的患者，可能存在平衡能力下降、移動能力受限和跌倒風險增加，使用 Berg 平衡量表，移動能力評定 (modified rivermead mobility index, MRMI) 量表，MORSE 跌倒評估表 (表 -1)、Hendrich 跌倒風險評估表評估患者的平衡能力、移動能力和跌倒風險，制定相對應的治療措施。

表-5 MORSE 跌倒評估表

評定的日期								
時 間								
病人曾跌倒 (3 月內) /視覺障礙	沒有=0 有=25							
超過一個 醫學診斷	沒有=0 有=15							
使用助行 器具	沒有需要=0 完全臥床=0 護士扶持=0 丁形拐杖/手杖=15 學步車=15 扶傢俱行走=30							
靜脈輸液/ 置管/使用 藥物治療	沒有=0 有=20							
步態	正常=0 臥床=0 輪椅代步=0 乏力/≥65 歲/體位 性低血壓=10 失調及不平衡=20							
精神 狀態	瞭解自己能力=0 忘記自己限制/ 意識障礙/躁動不 安/溝通障礙/睡眠 障礙=15							
得 分								

3 老年性骨關節炎患者的作業治療方法

(1) 急性期的炎症治療 急性期的骨關節炎患者主要表現為紅、腫、熱、痛,此時期可適當的休息和減少患側關節的負重活動,進行一些物理因數療法,如冷療。疼痛最明顯時可採取臥床或使用輔助器具等措施減輕疼痛。但長時間的



制動或過多休息會引起關節僵硬, 肌肉萎縮, 因此適當的活動有利於血液迴圈, 預防關節僵硬和肌肉萎縮。在此時期選擇避免關節疼痛加重的活動, 手 OA 患者急性期, 採取物理因數治療的同時, 增加手指的關節活動, 比如簡單的抓握訓練和手指的內收外展訓練, 有利於維持手指的關節活動度。

(2)疼痛和活動受限的治療 復雜的日常生活活動會加重 OA 患者的關節壓力, OT 治療的目的是簡化日常生活的活動和工作, 減輕關節的壓力, 調整肌肉的力學方式、使關節受壓減小達到減輕關節疼痛的目的, 並在日常生活中訓練防止 OA 的復發。有一項系統回顧和 Meta 分析指出, 相應的物理治療和作業治療的幹預對 OA 患者的疼痛恢復有一定的效果。

(3) 肌肉力量和肌肉耐力下降、肌張力增高的治療 主要的原因是疼痛減少了活動量導致了肌肉的廢用性肌萎縮; 張力增高或反射性痙攣影響了肌肉正常的活動, 進而導致肌力降低。從解剖-生理層面, 主動肌和拮抗肌的協調用功, 可以更好地增強肌力, 降低肌張力, 維持關節的穩定性。作業治療目的是通過作業活動分析, 對患者所期望恢復的合理目標進行動作分析、制定治療思路、計畫執行等, 使用正確、科學、適度的作業活動, 保持肌肉的靈活性, 並保持適當的肌力及張力。

(4) 日常生活活動的訓練 由於疼痛, 肌力和肌肉耐力下降, 導致日常活動能力減退。合理有效的作業活動可以提高 OA 患者的 ADL 能力, 維持患者的關節活動度, 減少關節疼痛, 增加患者的信心。

(5)膝關節炎治療 膝關節 OA 好發的部位。膝關節炎患者可進行有氧活動。有氧活動包括行走、慢跑、蹬功率自行車、打太極拳等, 是一種持續時間較長的耐力性運動, 運動強度一般是低中等強度。OA 臨床指南中, 髌和膝 OA 患者主

動進行有氧運動幹預方法的循證等級為 I a 級，已有隨機對照試驗的系統綜述證實。以步行活動為例，步行的速度和強度以自身耐受為標準，根據自身的情況逐

漸增加訓練強度，訓練的頻率為每週 3~5 次，每次持續 20~60 分鐘。有氧運動訓練可以減小下肢負荷，從而起到減輕疼痛的作用。

4 合理飲食和體重管理

不良的飲食習慣，飲食不規律等對體重的控制有非常大的影響。體重過重，加重了關節的負擔。減輕體質量是 KOA 患者減輕疼痛和減少殘疾的 1a 級證據，國際骨關節炎研究學會（OARSI）強烈推薦減輕體重。基於 Meta 回歸分析發現，殘疾會因患者體質量減輕超過 5.1%得以明顯改善。減輕體重是最有效的非藥物幹預措施，包括脂肪和熱量的限制。

5 能量節約技術

改造家庭環境，適應疾病需要；使用合適的輔助裝置或者在最佳的體位完成 ADL 活動；勞逸結合；保持良好姿勢；對於病變關節，可在消除或減輕重力的情況下進行，使用能量節約技術，可以提高完成 ADL 活動的效率，並且可以在活動中更好的保護病變關節。

6 心理情緒管理

大多數的 OA 患者都會存在抑鬱、焦慮的狀態。適當的進行心理輔導和心理支持療法，為患者解釋疾病的發病機制和治療原理，使患者明白只要堅持就好的結果，有助於預防和控制疼痛和關節活動障礙。相反不良的情緒會導致病情沒有好轉甚至導致病情加重。讓患者減輕或者消除焦慮心理，以積極的態度面對疾病。在精神運動康復中，良好的情緒管理可以給自己帶來信心，去嘗試和適應疾病後新的情境，獲得基本的安全保障，並通過實際的情境良好的調整和改善自己。

總結

社會的發展和進步，人們的生活水準和品質在不斷的提高，人類的平均壽命不斷的延長，老年人在整個社會的人口比率也在不斷的增長，老年性骨關節疾病也持續增多，老年性的骨關節疾病嚴重影響著老年人的生活，降低了老年人的生活品質。作業治療從疾病的發生發展，軀體功能，心理情緒，社會功能方面來治療和提高老年人的生活品質。更重要的是，作業治療在疾病早期介入，使患者的功能得到最大限度的恢復。

參考文獻

- [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 骨關節炎診斷及治療指南. 中華風濕病學雜誌 2010, 14 (6) .
- [4] 竇祖林 . 作業治療學[M]. 北京:人民衛生出版社, 2008: 1.
- [5] 袁普衛, 楊威, 康武林, 張曉亮, 陳斌. 骨關節炎的康復治療研究進展[J]. 風濕病與關節炎, 2016, 5(02):63-67.
- [6] 王麗春, 閆彥寧. 活動分析-作業治療的評價基礎. 中國康復醫學雜誌. 2010, (3) .
- [7] Bernhard Aebischer, Simone Elsig and 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, Barreels 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: 精神運動康復學教材基本概念

全髋關節置換的作業治療

成都市第二人民醫院康復醫學科 羅倫 王孝雲

全髋關節置換術不僅能解除患者髋關節疼痛，而且能改善和恢復髋關節功能，從而提高患者的生活品質，已廣泛應用於股骨頭缺血性壞死、股骨頸骨折、股性髋關節炎、類風濕性關節炎、強直性脊柱炎等疾病的治療。而術前及術後的康復治療對提高患者的髋關節功能及生活品質起著重要作用，作業治療作為康復治療的重要組成部分，也扮演著重要角色，在患者接受全髋關節置換術的前後，作業治療師可以提供以下服務。

一、術前

1. 在患者接受手術前進行髋關節禁忌動作及院內和家居安全教育，作業治療師應對患者、家屬和照顧者進行術後髋關節禁忌動作教育以及院內和家居安全教育，並為其提供《全髋關節置換教育手冊》。



(1) 患側腿術後需要遵守的三條基本原則包括：

- 屈髖不能超過 90 度。
- 內收不能超過中線。
- 內旋不能超過中立位。

(2) 院內安全教育



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你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。



I-07

2. 輔具的選擇和使用

輔具的選擇和使用的方法教育是患者從傷者到安全獨立進行日常生活活動之間的橋樑。

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自身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



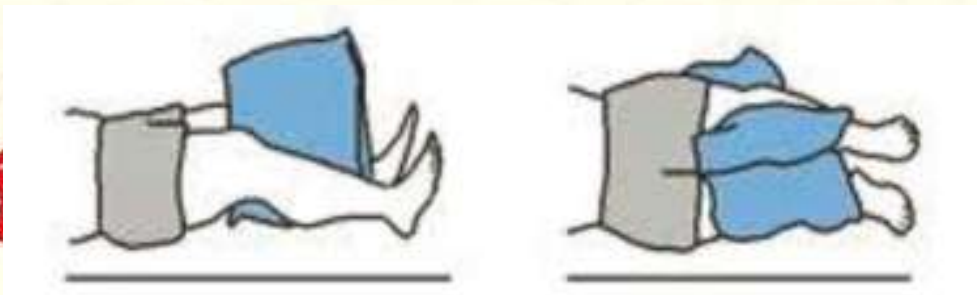
手杖

► 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）床上體位轉移：

側臥位時請在雙腿之間放一個硬枕頭，確保這個枕頭沿著腿的長軸放置並且可預防雙腿交叉。當從側臥位翻身時請不要旋轉/扭動髖關節，需要夾著枕頭並把身體作為一個整體來翻轉。避免通過身體前傾去拉被子，可以使用取物器來完成這個動作。



(2) 上廁所：

在得到醫生的允許之前，患者不能使用蹲廁。治療師評估患者情況推薦適合使用的廁所類型。並告知患者及家屬適合的坐廁坐高。轉移時使用輔具走到廁所，並且轉身使腿後方靠到馬桶/坐便器。把做過手術的一側腿伸到前面。雙手放在一個穩定的面上或者廁所扶手上，然後身體輕柔緩慢地坐到廁所上。



(3) 離開廁所：

身體移到坐廁邊緣，伸直手術側的腿並且保持健側腿屈曲。把手臂放在廁所扶手或者一個穩定的平面上。站起，在站穩之前不要去抓助行器，因為助行器可能會翻。

(4) 穿衣和整理衣櫥：

確保所有的物品都放在容易夠取的位置，例如放在肩關節和髖關節水準線之間的範圍內。拿取位置過高的物品容易失去平衡，導致跌倒。可請他人幫助整理衣櫥的衣物，將常用的衣物放在軀幹至頭頂範圍讓患者能夠不用彎曲身體或者旋轉髖關節就可以夠到衣物。

如果無法重新擺放房間的物品，請使用取物器取低處、遠處物品。保持取物器不離身或放在方便拿取的位置，這樣，患者可以隨時用它來拾取地上或高處的任何物品。（可以掛在助行器上，掛在手腕，掛在牆上）；坐一個牢靠的，高度合適的平面上（例如椅子、床緣）穿衣。

使用輔具安全穿脫褲子、鞋子、襪子的示意如下：



(5) 沐浴：進入浴室/浴缸

每個人浴室設置是不同的，例如，患者家裏可能有一個浴缸。作業治療師可以根據家居的獨特環境，為患者提供合適的輔具及安全建議。此外，治療師可以在醫院幫助患者練習轉移，這樣回家後患者就可以安全進出浴缸。

如果有需要，可以讓照顧者站在一旁提供幫助，特別是頭幾次沐浴時。如果是獨自沐浴，請把手機放在塑膠袋裏帶進浴室。這樣，如果遇到緊急情況時可以打電話求助。在浴室放置防滑墊，防滑墊要覆蓋所有可能打濕變滑的地方。定期檢查防滑墊邊緣有無翹起。牆上安置扶手，幫助患者在濕滑的地面保持平衡，預防跌倒。建議患者坐著洗澡，座椅要帶有靠背，洗澡時要面對向花灑。使用長柄海綿，避免洗背部時旋轉身體以及洗腳時彎曲身體。在洗浴前把水打開，避免坐下後髖關節屈曲再身體前傾去擰水龍頭。起立前用取物器持毛巾擦幹腳，確保所有洗浴用品都放置在身邊合適的高度和位置，這樣可以避免患者通過彎腰、前傾或者旋轉身體才能夠使用到這些物品。

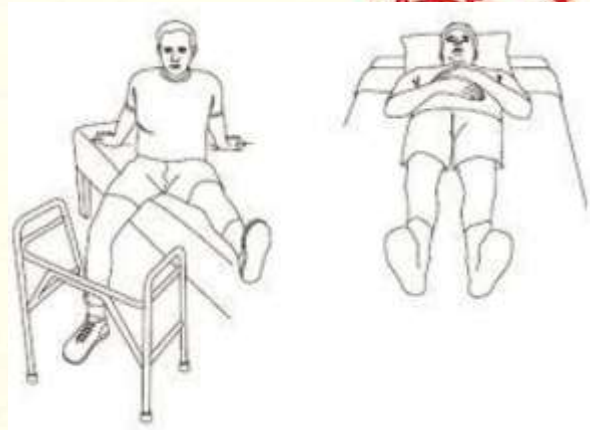
(6) 起床：

從床上坐起時保持雙腿合攏並伸直在身體前方。坐到床邊時不要用健側腿幫助患腿，以防雙腿交叉，而是要把患側腿順著床沿滑動。把患側腿伸直向前。手

力推床面順勢站起。在站穩之前，不要去拿助行器。

(7) 上床：

背向床邊移動直到感覺到腿碰到床沿。把患側腿向前伸直。手扶著床面，身體慢慢向床沿坐下。慢慢的躺



下，手支撐在床面上，身體後傾再移動雙腳到床面。注意保持膝不要高過髖關節。如果無法將患側腿抬上床面，不要用健側腿去幫助，而要用輔具說明患側上床。這個輔具可以是一個毛巾或者類似的東西，或者向照顧者尋求幫助。

(8) 座椅的選擇：

選擇一把穩固的、結實的帶扶手的椅子。帶輪子或者搖擺椅子不適合術後患者。理想的情況是椅子有兩個扶手。請確保椅子有足夠的高度，保證坐下時髖關節屈曲少於 90 度。座位高度應該達到或高於患者的膝蓋。如果座位不夠高，可以在上面加上一個硬墊子。治療師會測量患者的下肢，給出適合患者情況的座椅高度。

(9) 坐到椅子上：

背靠向椅子移動直到腿碰到椅子。請把手術側的腿稍微向前伸直。雙手向後抓住椅子扶手，然後緩慢坐下。

(10) 從椅子上站立：

先把患側伸直向前，用雙手支撐站起。在站穩之前，不要去拿助行器。



(11) 坐到沒扶手的椅子上：

從側方接近，背靠向椅子直到腿碰到一面。把患側腿向前伸直。首先，一隻手摸在椅子座位上，另一隻手放在靠背上，然後身體緩慢向下坐在椅子上。確保肩、膝和足在一個方向上，緩慢轉動身體到正前方。

(12) 從沒扶手的椅子上站起：

身體轉到椅子側方，患腿放在前方，一隻手扶著椅子的靠背，另一隻手放在座位上。雙手支撐站起。在站穩之前，不要去拿助行器。

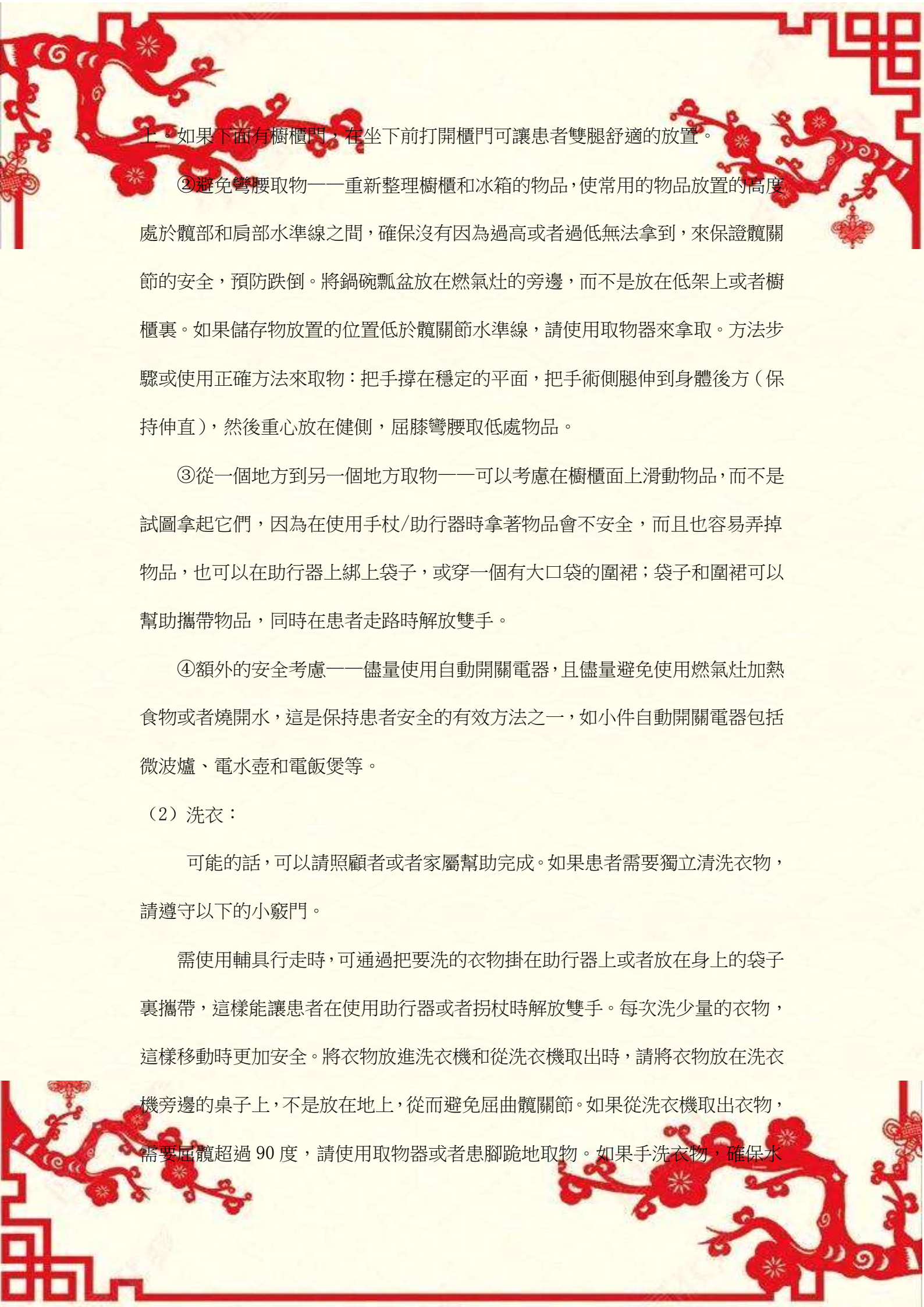
(13) 上下樓梯：

治療師可幫患者確保爬樓梯的安全，所以治療師需瞭解患者在家裏和在社區裏使用的樓梯情況是非常重要的。一般的技巧包括：保持樓道清潔，沒有垃圾和其他物品。確保樓道光線良好。確保扶手都牢牢地固定在牆上。確保梯面不打滑。如果患者需要手杖才能安全上下樓梯，確保手杖放在樓梯附近。請記得先用健側上樓梯，然後再用患側腿上到同一級臺階。下樓梯時，請先用患側腿下樓梯，再用健側腿下到同一級臺階。

4. 家居和社區活動教育

(1) 備餐：

①盡可能多地坐著完成——當切菜或者準備其他食物時，坐在椅子上完成，可以節約能量和減少跌倒的可能性。如果要洗碗碟，可以坐在水槽邊的高椅



上。如果下面有櫥櫃門，在坐下前打開櫃門可讓患者雙腿舒適的放置。

②避免彎腰取物——重新整理櫥櫃和冰箱的物品，使常用的物品放置的高度處於髖部和肩部水準線之間，確保沒有因為過高或者過低無法拿到，來保證髖關節的安全，預防跌倒。將鍋碗瓢盆放在燃氣灶的旁邊，而不是放在低架上或者櫥櫃裏。如果儲存物放置的位置低於髖關節水準線，請使用取物器來拿取。方法步驟或使用正確方法來取物：把手撐在穩定的平面，把手術側腿伸到身體後方（保持伸直），然後重心放在健側，屈膝彎腰取低處物品。

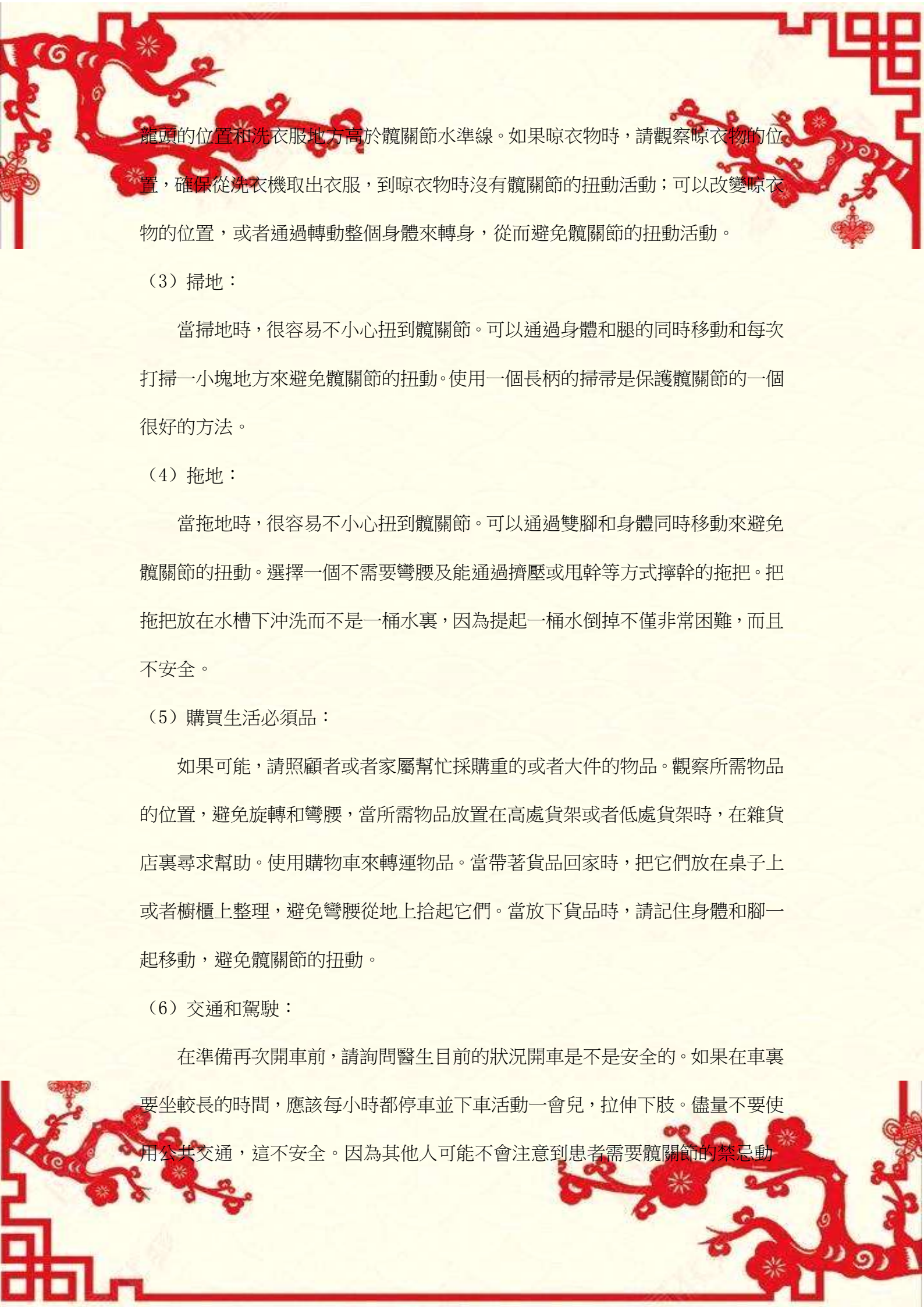
③從一個地方到另一個地方取物——可以考慮在櫥櫃面上滑動物品，而不是試圖拿起它們，因為在使用手杖/助行器時拿著物品會不安全，而且也容易弄掉物品，也可以在助行器上綁上袋子，或穿一個有大口袋的圍裙；袋子和圍裙可以幫助攜帶物品，同時在患者走路時解放雙手。

④額外的安全考慮——儘量使用自動開關電器，且儘量避免使用燃氣灶加熱食物或者燒開水，這是保持患者安全的有效方法之一，如小件自動開關電器包括微波爐、電水壺和電飯煲等。

（2）洗衣：

可能的話，可以請照顧者或者家屬幫助完成。如果患者需要獨立清洗衣物，請遵守以下的小竅門。

需使用輔具行走時，可通過把要洗的衣物掛在助行器上或者放在身上的袋子裏攜帶，這樣能讓患者在使用助行器或者拐杖時解放雙手。每次洗少量的衣物，這樣移動時更加安全。將衣物放進洗衣機和從洗衣機取出時，請將衣物放在洗衣機旁邊的桌子上，不是放在地上，從而避免屈曲髖關節。如果從洗衣機取出衣物，需要屈髖超過 90 度，請使用取物器或者患腳跪地取物。如果手洗衣物，確保水



龍頭的位置和洗衣服地方高於髖關節水準線。如果晾衣物時，請觀察晾衣物的位置，確保從洗衣機取出衣服，到晾衣物時沒有髖關節的扭動活動；可以改變晾衣物的位置，或者通過轉動整個身體來轉身，從而避免髖關節的扭動活動。

(3) 掃地：

當掃地時，很容易不小心扭到髖關節。可以通過身體和腿的同時移動和每次打掃一小塊地方來避免髖關節的扭動。使用一個長柄的掃帚是保護髖關節的一個很好的方法。

(4) 拖地：

當拖地時，很容易不小心扭到髖關節。可以通過雙腳和身體同時移動來避免髖關節的扭動。選擇一個不需要彎腰及能通過擠壓或甩幹等方式擰幹的拖把。把拖把放在水槽下沖洗而不是一桶水裏，因為提起一桶水倒掉不僅非常困難，而且不安全。

(5) 購買生活必須品：

如果可能，請照顧者或者家屬幫忙採購重的或者大件的物品。觀察所需物品的位置，避免旋轉和彎腰，當所需物品放置在高處貨架或者低處貨架時，在雜貨店裏尋求幫助。使用購物車來轉運物品。當帶著貨品回家時，把它們放在桌子上或者櫥櫃上整理，避免彎腰從地上拾起它們。當放下貨品時，請記住身體和腳一起移動，避免髖關節的扭動。

(6) 交通和駕駛：

在準備再次開車前，請詢問醫生目前的狀況開車是不是安全的。如果在車裏要坐較長的時間，應該每小時都停車並下車活動一會兒，拉伸下肢。儘量不要使用公共交通，這不安全。因為其他人可能不會注意到患者需要髖關節的禁忌動

作：有些公交停靠的位置距離月臺不夠近；有些線路的座位很少，當這些公共交通工具車輛急停或轉彎時，可能會跌倒。如果需要出行，請使用私家車或者計程車。

避免使用摩托車或者電動摩托車，請儘量坐在小汽車前排乘客位置，給雙腿更多的空間。如果車裏的座位特別低，請增加坐墊高度來確保安全的屈髖角度，治療師需告知患者所需的坐墊高度。在汽車的座位或者坐墊上鋪放一個大塑膠袋，他能減少摩擦使患者更容易轉移。每次上車或者下車前，要求司機遠離路沿停車。若患者有特殊的交通工具，治療師指導患者正確地上下車輛的方法。

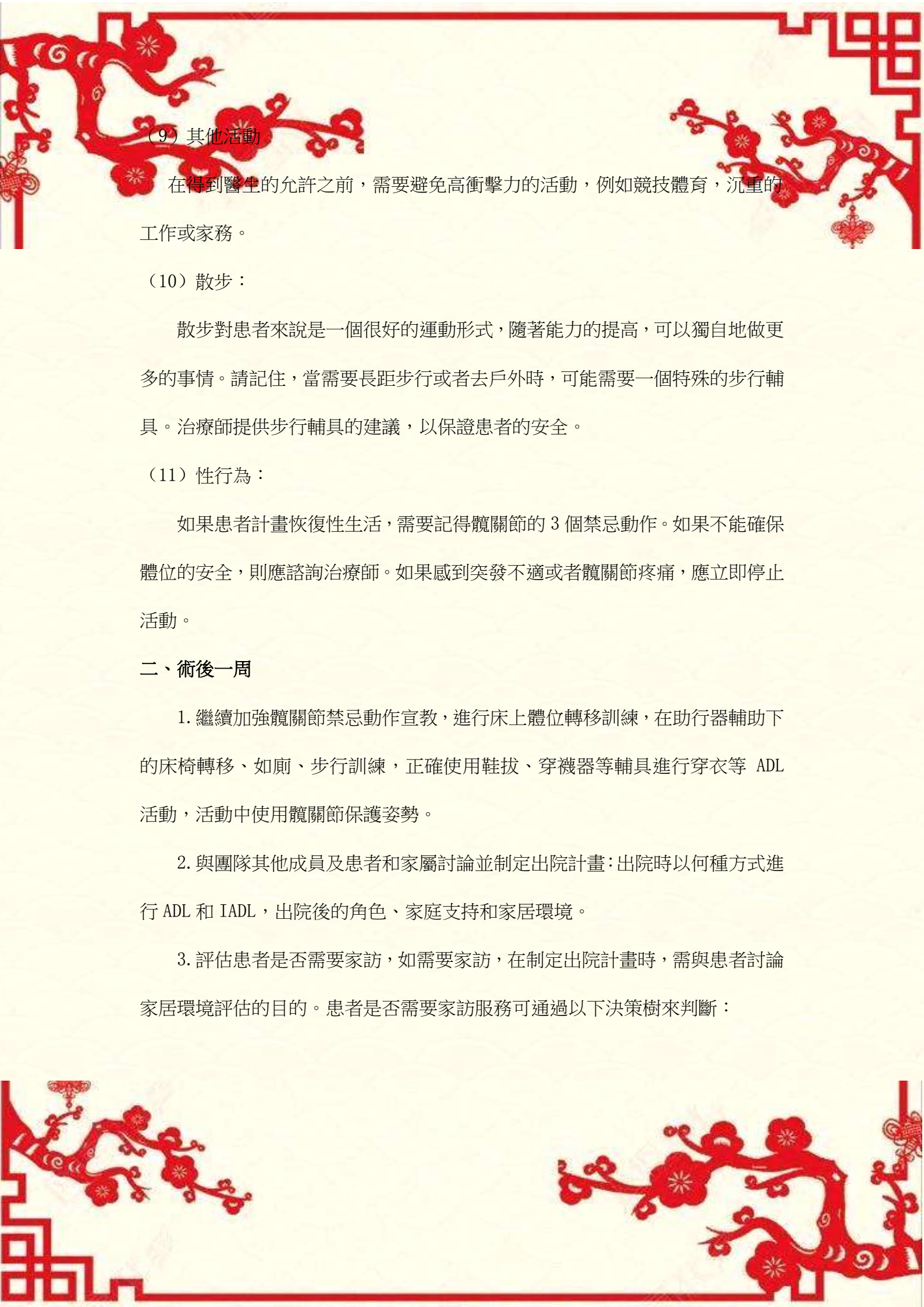
（7）上車：

背向車座椅，患側腿向前伸直，手向後伸找一些可以用手抓著的物件，如儀錶盤，車座靠背等。不要抓車門，因為它不是穩定的。身體慢慢朝車座椅下降，把腿留在車門外。避免車撞到頭，慢慢地坐在車椅上。把腿抬進車內，如果患者獨自抬起患側腿有困難，可以尋求幫助；當幫助者幫患者把腿移進車內時，請幫助者不要把膝蓋抬到高於髖關節。



（8）下車：

打開車門，把腿放到地上。如果完成這個有困難，請尋求幫助來移動患側腿。並且教幫助者不要把膝蓋抬到高於髖關節的位置。把身體移到車座邊，避免上半身前傾或者屈曲過髖關節。把腿放在地上。保持使患側腿伸出身體前方，屈曲健側腿的膝部。把右手放在後方車座上，左手放在汽車儀錶盤上或者車門上（如果車門是穩定的），手向下用力支撐站起。請不要拉助行器來幫助站起，因為助行器是不穩定的，可能翻轉。直到站穩之前，不要使用助行器。



(9) 其他活動

在得到醫生的允許之前，需要避免高衝擊力的活動，例如競技體育，沉重的工作或家務。

(10) 散步：

散步對患者來說是一個很好的運動形式，隨著能力的提高，可以獨自地做更多的事情。請記住，當需要長距步行或者去戶外時，可能需要一個特殊的步行輔具。治療師提供步行輔具的建議，以保證患者的安全。

(11) 性行為：

如果患者計畫恢復性生活，需要記得髖關節的 3 個禁忌動作。如果不能確保體位的安全，則應諮詢治療師。如果感到突發不適或者髖關節疼痛，應立即停止活動。

二、術後一周

1. 繼續加強髖關節禁忌動作宣教，進行床上體位轉移訓練，在助行器輔助下的床椅轉移、如廁、步行訓練，正確使用鞋拔、穿襪器等輔具進行穿衣等 ADL 活動，活動中使用髖關節保護姿勢。

2. 與團隊其他成員及患者和家屬討論並制定出院計畫：出院時以何種方式進行 ADL 和 IADL，出院後的角色、家庭支持和家居環境。

3. 評估患者是否需要家訪，如需要家訪，在制定出院計畫時，需與患者討論家居環境評估的目的。患者是否需要家訪服務可通過以下決策樹來判斷：



說明：

1：評估病人目前和過去在完成自我照顧、生產性活動和休閒活動方面的功能情況。

2a：由治療師按照計畫完成 OT 的幹預措施，但出院計畫中不需要考慮環境改造。

2b：考慮病人是否有可靠而有責任的照顧者來實施治療師建議的環境改造方案。

3：考慮病人或照顧者是否能充分理解治療師的口頭指示或建議，並明白如何進行必要的改造。

4a：向病人或照顧者提供照片式家訪量表，並指導他們如何完成該表格。

4b：進行家訪。

*在家訪評估的時候向患者或照顧者提供關於家居環境改造的建議和指導。

5：在照片式家居評估或家訪後，治療師可以考慮使用不同的工具進行環境改造的教育，例如：

*輔具推薦小冊子

*資源銷售清單

*防跌倒清單

三、術後兩周

1. 繼續上周的 ADL 訓練，逐漸進行雙拐輔助下的上下樓梯訓練。

2. 回顧並完善出院計畫：回顧目前的 ADL 方式是否與出院計畫預期一樣，並進行針對性的分析和訓練，分析目前的功能情況與出院後的角色和家居環境之間的差異和解決辦法。

四、術後三周

1. 繼續加強 ADL 訓練，逐漸進行輕體力的 IADL 訓練（在醫院裏模擬出院後家居環境，進行家居活動練習）。

2. 針對出院計畫中有困難的問題進行強化訓練或尋找代償方法（如當患者不能完成家務活動時，需和患者討論回家後將如何應對，當患者不能夠使用輔具獨立完成自我照顧時，是否有照顧者能幫忙）。

3. 與患者討論出院時乘坐交通工具的注意事項：選擇何種交通工具，坐在車上保持怎樣的姿勢利於髖關節保護，如有需要，提供上下車輛的轉移教育。

五、術後四周

1. 繼續強化 ADL 和 IADL 訓練。

2. 復習並牢記髖關節注意事項。

3. 患者完成出院前家居安全和防跌倒檢查清單，完成家居環境自評量表並將資訊回饋給治療師，治療師根據問題提出環境改造建議（對有需要的患者，也可進行實地的家訪和指導），或在醫院模擬出院後家居環境，進行相應的 ADL 加強訓練。

臥室

- 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。

髖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。

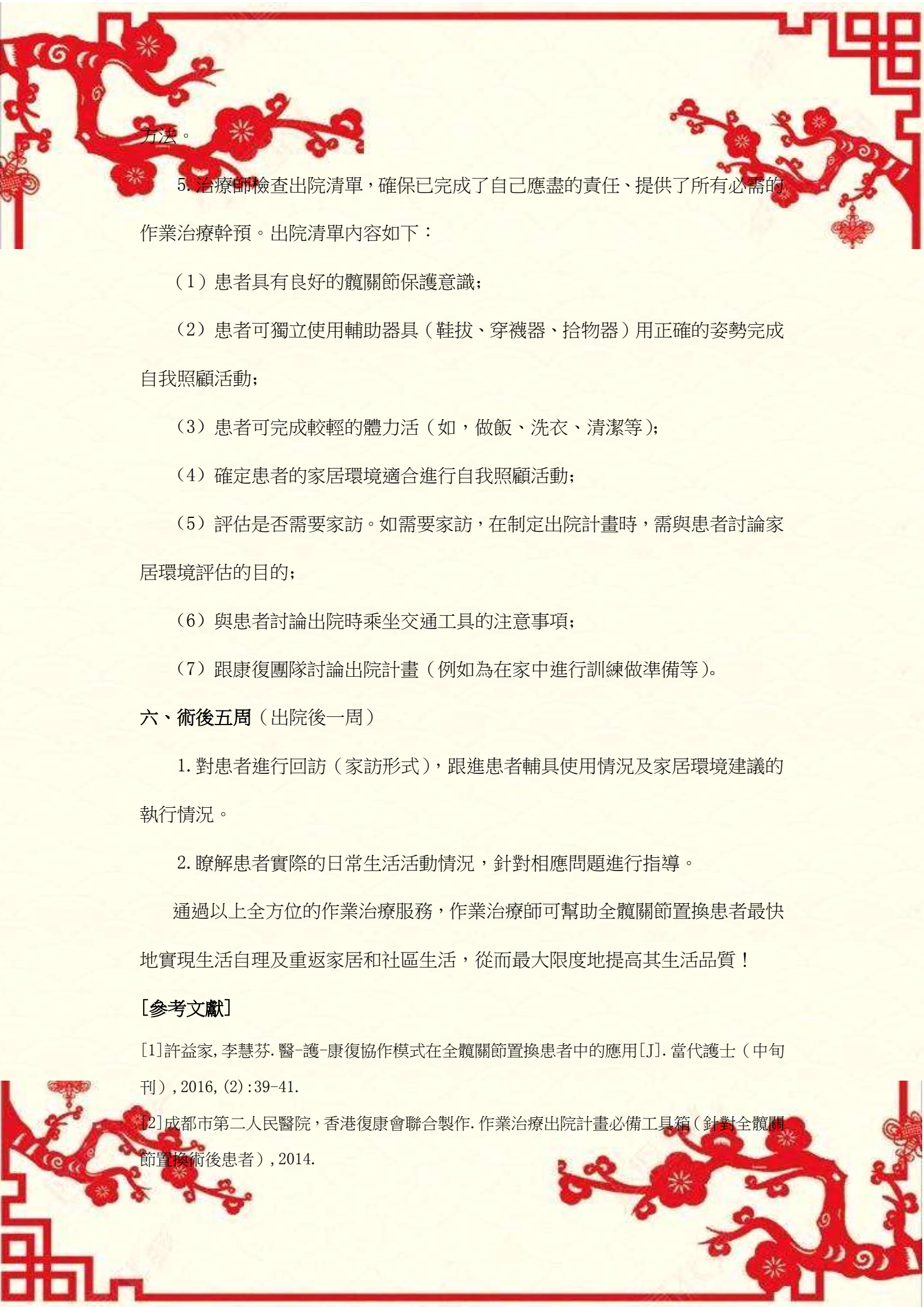
浴室（厕所）

- 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。



家居安全和防跌倒檢查清單

4. 讓患者觀看髖關節注意事項宣教視頻，並確保其掌握正確的日常生活活動



方法。

5. 治療師檢查出院清單，確保已完成了自己應盡的責任、提供了所有必需的作業治療幹預。出院清單內容如下：

- (1) 患者具有良好的髖關節保護意識；
- (2) 患者可獨立使用輔助器具（鞋拔、穿襪器、拾物器）用正確的姿勢完成自我照顧活動；
- (3) 患者可完成較輕的體力活（如，做飯、洗衣、清潔等）；
- (4) 確定患者的家居環境適合進行自我照顧活動；
- (5) 評估是否需要家訪。如需要家訪，在制定出院計畫時，需與患者討論家居環境評估的目的；
- (6) 與患者討論出院時乘坐交通工具的注意事項；
- (7) 跟康復團隊討論出院計畫（例如為在家中進行訓練做準備等）。

六、術後五周（出院後一周）

1. 對患者進行回訪（家訪形式），跟進患者輔具使用情況及家居環境建議的執行情況。

2. 瞭解患者實際的日常生活活動情況，針對相應問題進行指導。

通過以上全方位的作業治療服務，作業治療師可幫助全髖關節置換患者最快地實現生活自理及重返家居和社區生活，從而最大限度地提高其生活品質！

【參考文獻】

[1]許益家, 李慧芬. 醫-護-康復協作模式在全髖關節置換患者中的應用[J]. 當代護士（中旬刊）, 2016, (2):39-41.

[2]成都市第二人民醫院，香港復康會聯合製作. 作業治療出院計畫必備工具箱（針對全髖關節置換術後患者），2014.

個案報告: 康復醫師統籌下以作業治療為主導的出院計畫促進患者合理出院探討

-----以腕關節置換術為例

成都市第二人民醫院康復醫學科 羅倫 李攀

患者入院即應為其做好出院計畫，這已是國際共識。但是在目前國內的綜合醫院（這裏主要講三級）康復醫學裏的患者，要做到“合理出院”，是非常困難的。所謂合理出院需要滿足四個方面的條件，即：醫務（含醫、治、護）人員認為可以；住院時間在臨床路徑或醫院制定的時限標準內；如果需要轉介下級機構，上級機構經評估後認為下轉的機構滿足條件，且下級機構能夠並願意承接；患者及家屬接受醫院的建議。

在我國，由於客觀條件限制，大多數醫院需要將住院時間作為重要的考核指標，要求縮短住院時間，並將住院時間控制在滿足臨床路徑或者醫院給出的住院時限內（即前述的第 2 個條件），至於患者最終是否順利的回歸家庭、社會，重建身心健康、幸福、愉快的生活，則少見報導。為了真正實現患者的合理出院，我科從出院計畫的安排、康復服務體系內的合作互動對促進患者合理出院作了持續的探索，這裏以腕關節置換術的患者為例，簡要報導出院計畫的安排和患者合理出院的過程。

一、基本資訊

患者蔣婆婆，女性，72 歲，2017 年 11 月 16 日因車禍致右股骨頸骨折（頭下型），11 月 18 日轉入我院骨科住院治療。患者性格較急，是家裏的主心骨；老伴有心臟病、高血壓，不會做家務不會做飯；女兒常年在外地工作無法照顧。

家住三樓，無電梯。

二、康復過程

患者入院後，康復醫師統籌康復團隊，對患者進行全面評估後，制訂康復治療計畫，並初步確定出院目標、出院計畫。康復過程如下：

1．術前康復（2 天，11 月 18 日-11 月 19 日）

康復醫師協調骨科醫師與骨科康復前移治療組的治療師，經過評估和討論後，確定康復目標為：預防併發症（下肢靜脈血栓等）；讓患者及其家屬對疾病、治療、康復等有瞭解。據此，為患者制定的初步康復治療計畫包括：① 下肢踝泵活動，10 個/組，2 組/小時；② 股四頭肌等長收縮練習，10 個/組，2 組/小時；③ 臀肌等長收縮練習，10 個/組，2 組/小時；

2. 手術：患者于 11 月 20 日行右髖關節置換術，術後安返病房。



手術前



手術後

3. 術後康復

患者的術後康復按照我科此前出版的《髖關節置換術出院計畫工具箱》實施。

3.1 術後第一、二天（11 月 21 日-11 月 22 日）

骨科床旁治療師進行評估顯示，改良 Barthel 指數（MBI）20 分，表現為日常生活能力極重度依賴（僅大小便可控制）。第一天的康復治療重點是日常生活穿衣、進食指導訓練，強調防跌倒並貫穿住院階段始終，這也是出院回家必需要

自己完成並注意的。

3.2 術後第三、四天（11 月 23 日）

患者訴頭暈，神經內科會診後診斷為耳石症，給予對症處理。患者康復治療的主動性減弱，訓練的量和時間銳減，陪護的照顧量增加。這些症狀的出現是康復治療中的影響因素，使得康復治療並不是只按工具箱就可以順利完成，並且加重了患者病人的角色，若不及時處理會延誤出院時間。

3 術後第五天（11 月 25 日）

家屬反映患者自己不剝橘子而是讓家屬剝，日常生活依賴性較強，且患者及家屬都想知道患者什麼時候可以自己上廁所。我們分析後認為，患者每天穿著病號服，治療師來指導時，她下床做訓練；治療師不在時，她會整天呆在床上接受照顧，且基於患者的虛弱，治療師沒有太積極地給予如廁等日常生活活動的訓練。這些都加深了“病人”的角色。由於如廁問題既關乎患者的隱私和尊嚴，也是影響患者出院的重要因素，而骨科床旁治療師不是專業的作業治療師，因此，在發現這種情況後，即刻將患者的如廁訓練需求轉介給作業治療師，作業治療師開始介入。



作業治療師在床旁指導患者進行穿衣訓練

3.4 術後第六天（11月26日）

患者訴心慌、心累，測量心率 100-110 次/分，完善相關檢查，經心內科會診後診斷為竇性心動過速，因患者較為虛弱，大部分時間都臥床休息。此時，康復治療團隊經過討論，決定放緩康復治療的進度。

3.5 術後第七天（11月27日）

作業治療師再次對患者進行評估，結果顯示 MBI 為 65 分，日常生活能力中度依賴（進食、穿衣、入廁、個人衛生、床椅轉移、步行較前進步）。經康復醫師統籌協調，在確保身體狀況安全的情況下，作業治療師指導家屬幫助患者換上自己的衣服，並提供馬桶凳開始在骨科病房衛生間進行真正的人廁訓練。經過約 4 次練習後，患者基本掌握入廁方法及注意事項，在護工少量幫助下可自行完成入廁。作業治療師進一步告知家屬提供家裏坐便器的尺寸，以便給予坐便器的改裝計畫，這是患者回家安全如廁的保障。同時，採用訓練用階梯開始指導患者進行上下樓梯的訓練，為出院回家做準備。



換上自己的衣服如廁訓練



上下樓梯

3.6 術後第八、九天（11月28-11月29日）

患者訴夜間休息差，服用安眠藥物後無明顯改善，有乏力感，伴納差、腹瀉，不能完成訓練。康復醫師協調中醫師給予中藥調理，並聯繫消化內科及心內科會

診處理，未發現明顯異常。心理治療師行焦慮抑鬱評估，結果顯示患者心理狀態正常。由於康復醫師在處理患者內科狀況時花費一些時間，可能導致出院時間的推遲。

3.7 術後第十至十三天（12月1日）

經過前述處理，患者腹瀉緩解，精神好轉，考慮腹瀉原因可能是因患者較為節約，習慣吃剩飯剩菜，食用前又未能充分加熱。經康復醫師及治療師提醒患者及家屬注意後情況有所改善。

隨著患者基礎情況的好轉以及角色的調整，康復治療團隊開始為患者進行出院前的準備，告知患者及家屬擬安排在拆線後 1-2 天出院。作業治療師指導患者及家屬學習髖關節置換康復宣教視頻，並根據患者家屬提供的家中坐便器尺寸即給予坐便器的改裝方案。



病人角色演變



播放視頻

3.8 術後第十四至十六天（12月4日）

傷口拆線後，作業治療師再次評估 MBI 為 78 分，日常生活能力輕度依賴（洗澡和上下樓梯完全依賴），同時患者仍訴頭暈、心慌，家裏的馬桶增高器未到貨，需要請一位元元元做家務的照顧者也沒到。針對這種情況，康復醫師建議患者暫緩出院，並組織召開了多專業討論。

作業治療師（家訪具體實施者）認為，患者有良好的家庭支持，回家後有照顧者輔助完成日常活動。因在日常生活中比較強勢且喜歡做家務，為防止過早過急參與家務，提高患者回家後參與日常活動的安全性和獨立性。準備在患者出院前家訪，提供家居環境評估，患者正確使用輔具完成活動的指導等。根據患者家屬提供資料：1. 家裏馬桶較矮，家屬已購買馬桶增高器，還未到貨；處理：在增高器安裝前，作業治療師提供合適的坐便椅在家使用，待增高器安裝可以使用後歸還。2. 患者現行走活動需助行架輔助，處理：作業治療師提供助行架給患者在家使用，1 月後跟進患者功能情況決定是否調換輔具。骨科床旁治療師認為可以在目前治療的基礎上考慮增加：1. 強化神經肌肉控制訓練，但要注意訓練強度。2. 出院前加強戶外步行訓練、家居適應訓練等。心理治療師回饋患者性格多抱怨，容易關注負面資訊，但她心裏是清楚自己好轉的不錯，所以出院前的心理準備是讓家屬經常給一些好的暗示，以調整心態。中醫師則建議可繼續調整患者的飲食、二便，睡眠，促進精力恢復，為出院及回家做好準備。經過討論，小組決定由作業治療師為患者進行一次出院前的家居探訪。

3.9 術後第十七至二十天（12 月 7-10 日）

作業治療師進行家居探訪發現，馬桶增高器仍然未到，計畫出院時先借坐便椅給患者使用，待患者家中的坐便器改裝完成後返還。評估室內環境後，囑咐家屬不要過早讓其參與家務勞作，在家中有門檻的位置做出標識，提醒患者注意防跌倒的細節；調整家中廚房物品擺



放位置，便於患者在廚房時保護患者的安全（患者愛好烹飪）；計畫向患者出借助行架，待患者可扶肘拐行走後返

家訪評估如廁環境

還

3.9 術後第二十天（12月11日）

作業治療師再次評估評估 MBI 為 83 分，洗澡需要大量幫助，上下樓梯需要少量幫助，步行需監護，穿衣需少量說明。當天照顧者到位，馬桶增高器安裝完成，患者及家屬很高興地接受出院安排。作業治療師陪同患者回家，整個出行過程給予患者及家屬詳細的宣教和指導。



上下車



上下樓梯



坐便器改造

該患者總共住院時間 20 天。出院後 1 個多月時，我們對患者進行了一次家訪（2018 年 1 月 16 日），患者可扶單拐（肘拐）行走，日常生活基本自理，並可進行少量家務活動，如烹飪、洗衣等。

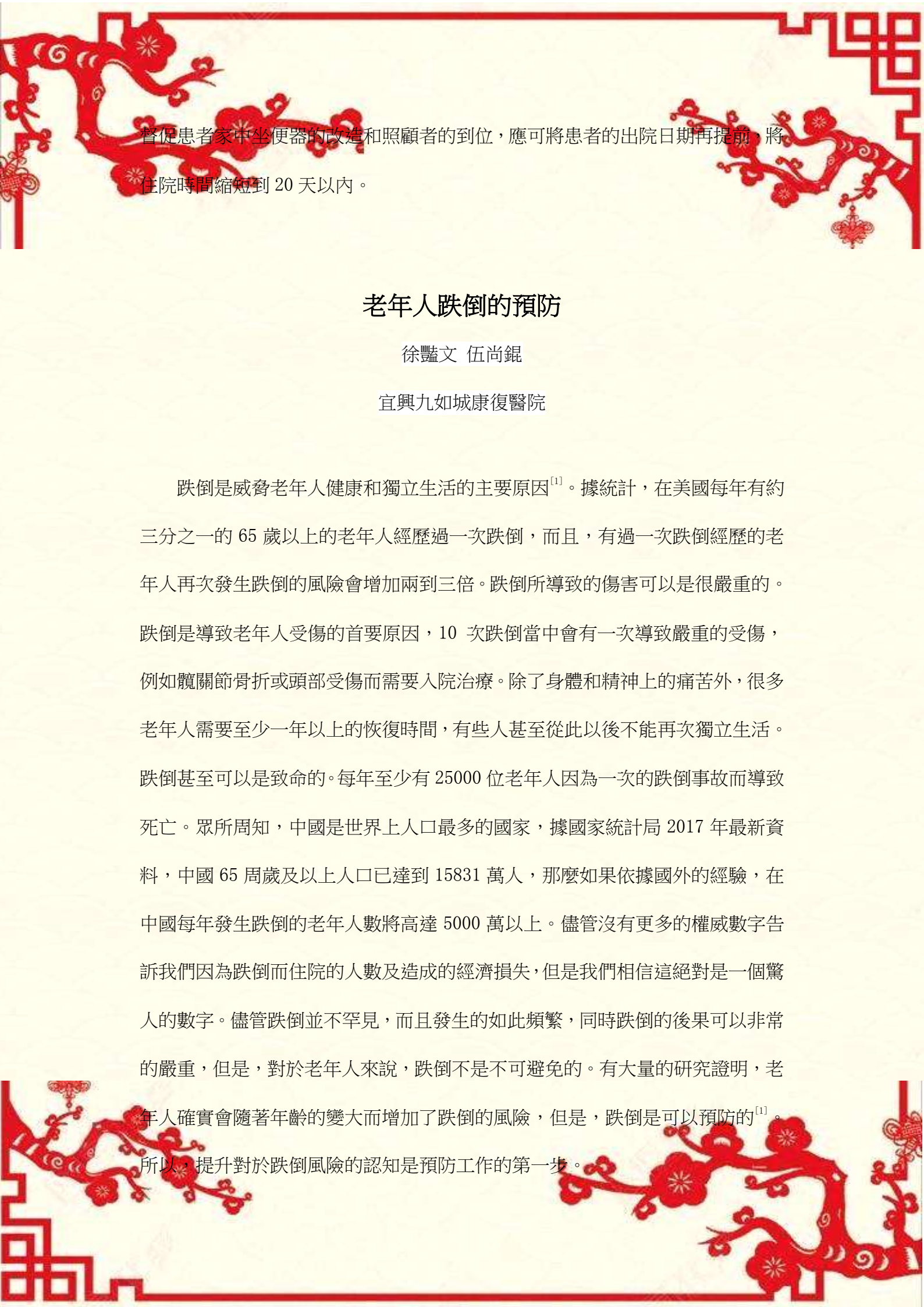


助行架改為肘拐
開始做少量家務活動

回顧該個案的整個治療過程，我們發現：

1. 康復醫師統籌下的多專業合作使康復治療能夠有序進行；
2. 儘早地進行患者角色調適對促進患者生活方式的重建有著十分重要的作用；
3. 床旁康復治療師應該具備全面綜合評估和治療的能力，強化對重建生活為本的認識，及時轉介給作業治療師精準訓練；
4. 作業治療師在出院計畫的實施中起著關鍵的作用，尤其是出院過程的最終完成；
5. 作業治療師出院後隨訪對跟進患者輔具的更換、家務活動的參與，重建與原來相近或調整後的生活，並賦予其內容獲得充實、愉快、有意義的專業指導。
6. 人工關節置換術的標準住院日按照臨床路徑標準是 14-21 天（2016 衛計委版），但臨床路徑並不能照顧很多細節，而人是同時兼具生物-心理-社會三重特性，這就決定了細節是會影響住院時間的，也因為這些細節的存在，按照髖關節置換康復工具箱的步驟實施也不一定都很順利。

因此，康復醫師統籌下以作業治療為主導的出院計畫促進患者合理出院是非常優化的方法。當然，在該個案中還有許多可改進的地方，提早家居探訪的時間、



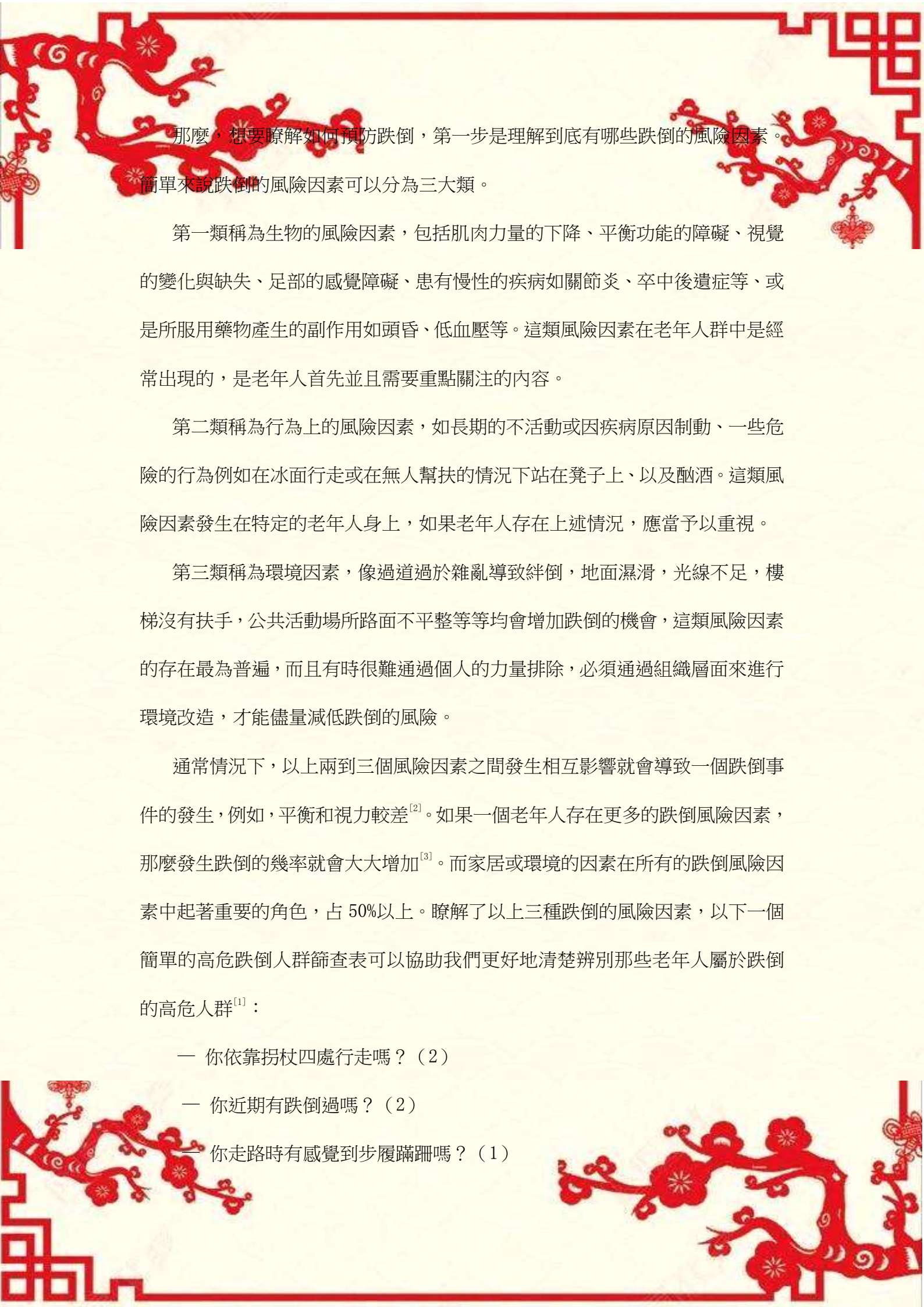
督促患者家中坐便器的改造和照顧者的到位，應可將患者的出院日期再提前，將住院時間縮短到 20 天以內。

老年人跌倒的預防

徐豔文 伍尚鋸

宜興九如城康復醫院

跌倒是威脅老年人健康和獨立生活的主要原因^[1]。據統計，在美國每年有約三分之一的 65 歲以上的老年人經歷過一次跌倒，而且，有過一次跌倒經歷的老年人再次發生跌倒的風險會增加兩到三倍。跌倒所導致的傷害可以是很嚴重的。跌倒是導致老年人受傷的首要原因，10 次跌倒當中會有一次導致嚴重的受傷，例如髖關節骨折或頭部受傷而需要入院治療。除了身體和精神上的痛苦外，很多老年人需要至少一年以上的恢復時間，有些人甚至從此以後不能再次獨立生活。跌倒甚至可以是致命的。每年至少有 25000 位老年人因為一次的跌倒事故而導致死亡。眾所周知，中國是世界上人口最多的國家，據國家統計局 2017 年最新資料，中國 65 周歲及以上人口已達到 15831 萬人，那麼如果依據國外的經驗，在中國每年發生跌倒的老年人數將高達 5000 萬以上。儘管沒有更多的權威數字告訴我們因為跌倒而住院的人數及造成的經濟損失，但是我們相信這絕對是一個驚人的數字。儘管跌倒並不罕見，而且發生的如此頻繁，同時跌倒的後果可以非常的嚴重，但是，對於老年人來說，跌倒不是不可避免的。大量的研究證明，老年人確實會隨著年齡的變大而增加了跌倒的風險，但是，跌倒是可以預防的^[1]。所以，提升對於跌倒風險的認知是預防工作的第一步。



那麼，想要瞭解如何預防跌倒，第一步是理解到底有哪些跌倒的風險因素。

簡單來說跌倒的風險因素可以分為三大類。

第一類稱為生物的風險因素，包括肌肉力量的下降、平衡功能的障礙、視覺的變化與缺失、足部的感覺障礙、患有慢性的疾病如關節炎、卒中後遺症等、或是所服用藥物產生的副作用如頭昏、低血壓等。這類風險因素在老年人群中是經常出現的，是老年人首先並且需要重點關注的內容。

第二類稱為行為上的風險因素，如長期的不活動或因疾病原因制動、一些危險的行為例如在冰面行走或在無人幫扶的情況下站在凳子上、以及酗酒。這類風險因素發生在特定的老年人身上，如果老年人存在上述情況，應當予以重視。

第三類稱為環境因素，像過道過於雜亂導致絆倒，地面濕滑，光線不足，樓梯沒有扶手，公共活動場所路面不平整等等均會增加跌倒的機會，這類風險因素的存在最為普遍，而且有時很難通過個人的力量排除，必須通過組織層面來進行環境改造，才能儘量減低跌倒的風險。

通常情況下，以上兩到三個風險因素之間發生相互影響就會導致一個跌倒事件的發生，例如，平衡和視力較差^[2]。如果一個老年人存在更多的跌倒風險因素，那麼發生跌倒的幾率就會大大增加^[3]。而家居或環境的因素在所有的跌倒風險因素中起著重要的角色，占 50%以上。瞭解了以上三種跌倒的風險因素，以下一個簡單的高危跌倒人群篩查表可以協助我們更好地清楚辨別那些老年人屬於跌倒的高危人群^[1]：

- 你依靠拐杖四處行走嗎？（2）
- 你近期有跌倒過嗎？（2）
- 你走路時有感覺到步履蹣跚嗎？（1）



— 你擔心跌倒嗎？（1）

— 你在家裏需要扶著傢俱來保持平衡嗎？（1）

— 你需要撐著扶手才能從椅子上站起嗎？（1）

— 在馬路邊緣上下你感到吃力嗎？（1）

— 你的腳感覺麻木嗎？（1）

— 你經常需要跑去洗手間嗎？（1）

— 你有服用藥物，會導致你頭昏或疲倦嗎？（1）

— 你有服用改善睡眠或精神狀態的藥物嗎？（1）

— 你經常感到難過或沮喪嗎？（1）

上述每個問題之後均有一個數位，你需要將回答“是”的問題之後的數字相加，若結果等於或大於“4”，則表明你可能更容易發生跌倒。

瞭解了跌倒的風險因素，學習了如何鑒別自身是否是跌倒的高危人群，那麼究竟老年人應該如何預防跌倒呢？

首先，老年人需要清晰的瞭解自己的身體狀況，尤其是那些結果超過“4”分的老年人，建議前往醫院向醫生尋求建議，瞭解功能狀態、所服用藥物的副作用等。有視力障礙的老年人建議每年進行視力檢查並更換合適的眼鏡。此外，建議所有老年人參與並堅持一項體育鍛煉，如太極拳，提高自身下肢力量及平衡協調能力。

其次，需要提高自身安全意識，避免攀爬到高處等風險性較高的行為，如果有飲酒習慣的老年人，務必進行控制，避免過度飲酒致醉。

最後，對家居環境中的也應進行適度的改造，如移除不同居室間突出地面的門檻，盥洗間出入口增加防滑墊，浴缸與馬桶旁增加扶手等。此外，如果您居住



的社區經常有人在某些特定的地方跌倒，不妨將問題反映給所屬的居委會，通過公共設施及環境的改造來防止跌倒的發生。

“含飴弄孫，頤養天年”一直是中國人傳統中對老年人美好的祝福，希望這篇文章，能讓更多的人瞭解到跌倒的嚴重危害及預防跌倒的重要性，祝願每一位老年人都能獨立、自由的享受晚年生活。

參考文獻：

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 海南醫學院第二附屬醫院康復治療科



香港職業治療學院

HONG KONG INSTITUTE OF OCCUPATIONAL THERAPY

地址：香港特別行政區，香港新界大埔全安路9號大埔醫院職業治療部 轉交

電話：(852) 6509 6582

電郵：hkot@hkot.org

網站：<http://www.hkot.org>

