

2019 The Chinese OT e-Newsletter  
中华OT电子期刊

中华 OT 电子期刊9月号  
专题-「OT 与心灵共舞」

中华OT电子期刊编辑委员会

2019.09



## 编者的话

大家好！相信这个月大家都度过了一个温馨快乐团圆的中秋节！我是这一期《中华 OT 电子期刊》的责任主编张瑞昆。在内地，随着康复医学的推进，多数医院都建设了康复部门，作业治疗也在这一、二十年间蓬勃发展。常见的脑卒中、脑外伤、脊髓损伤、手伤、骨骼肌肉疾病、烧伤、脑瘫儿、自闭症，也都看得到作业治疗的服务。

唯独在精神心理疾病的医疗领域中，甚少见到如同国外先进国家精神领域专长的作业治疗师，扮演精神病人心理康复的关键角色。

精神病人的治疗，是以个案为中心，由精神医师、护理人员、心理师、社工人员与作业治疗师等角色跨团队合作，其中作业治疗师负责精神康复，以及帮助病患再重建生活能力。病人经由精神科医师诊断病情后，依个案需求转介至作业治疗，也就是说，病人除了可以服用医生所开立的处方笺及药物之外，亦能同时接受作业治疗师所设计的活动，帮助个案复元。作业治疗师首先评估他的情绪状况、自我概念，了解其兴趣、专长和就职情况，以及疾病对个案生活所造成的影响，再由评估过后的结果，设计出适合此病患的活动，同时也会设下康复程度的目标，希望个案能在活动中逐渐达成。

为了让内地作业治疗师更了解精神作业治疗的内容，本期特别规划「OT与心灵共舞」的主题，邀请了海峡两岸多位在精神领域工作多年的作业治疗师来分享他们的专长与经验。希望能对内地精神作业治疗的发展，多了一些推进力。

深圳市第二人民医院耿红荔，是国内少数专职在重症监护病房的作业治疗师，本期特别邀请她分享这几年工作的经验，很值得大家来学习。

此外，我们也关心刚从OT本科毕业的学生，面对他的第一份OT工作，聊聊心理的感想、喜悦迎接或自己对这份OT工作的期许。学生就像我们的孩子一样，他们的成就就是国内OT的未来发展的愿景。

最后更感谢台湾大林慈济医院的李骐任治疗师，接受我的委托担任了这期会刊助理主编。包括邀稿、整稿与排版工作，都能在我规划的时程内完成，这期的会刊才能如期出刊！

责任主编张瑞昆



## 目录

# OT与心灵共舞



### 河川模式

“人生之旅”系列团体活动分享 李雨洁，伊秀如	5
用河川模式浅谈“哪咤”的生命故事 郭娜娜，董春雨	12
从河川模式谈精神科职能治疗临床教学 李骐任、钟秉伦、林俊佑	17



### 应用领域

以行为理论及认知顿悟学习完全戒治精神分裂症个案之烟瘾 简才杰	25
由法规检索论精神复健纳入长期照顾服务体系 李元晖	31
农疗对农村精神分裂症患者社会功能的影响 蒙玲，韦佳，韦李说	36
作业治疗服务在医科院校心理健康领域的探索 王聪	43
精神发育迟滞患者的综合康复 赵然	48
感觉统合游戏在儿童情绪调适的重要性 吕忠益	51
重症监护病房的作业治疗介入与反思 耿红荔	54



### 新手感悟

OT毕业生-作为作业治疗师的第一份工 高丽萍，宋亚丹，朱雪玲	63
OT毕业生-懵懂前行 李江	67



### 会议通知

2020 IOTC 第4次会议通知	70
2020 HKOTA Occupational Therapy Conference	86



---

# 河川模式

中华OT电子期刊 2019.09  
The Chinese OT e-Newsletter

李雨洁<sup>1</sup>，伊秀如<sup>2</sup>

## 摘要

“人生之旅”系列团体活动分为两个阶段，共五次活动。第一阶段依次“美满人生”和“复元人生”，两次活动以桌面游戏的形式进行，通过这两次活动引导成员体验大众化人生及患病人生，并从中收集成员存在的和希望解决的问题。第二阶段“旅程分享会”，该系列团体的后三次活动根据成员在第一阶段活动中暴露和提出的需求进行相应的协助。

**关键词：**KAWA，复元，团体活动

## 壹、背景

精神疾病已成为我国公共卫生事业主要防治的疾病之一，具有慢性迁延、反复发作、社会功能受损等特点，严重影响着患者的身体和心理健康以及其和家属的正常生活，患者的社会参与常受到严重的影响，合理、科学的干预方式不可或缺，众多研究表明，团体治疗是精神疾病患者的有效干预方式之一。

我院长期开展多样化、多元化的作业治疗团体活动，本次与大家分享的“人生之旅”系列团体活动融合KAWA模式与复元理念，以桌面游戏为媒介，在提高团体成员参与度、增强活动趣味性的同时，引导团体成员在活动中体验人生、认识自我、分析自我、接纳自我，根据团体成员需求配合相关课程内容，说明成员在团体中学习新的态度与行为方式，成员间分享不同的生命经历，提供不同的人生视角，在充分参与和体验中获得成长。

“人生之旅”系列团体活动分为两个阶段，共五次活动。第一阶段依次“美满人生”和“复元人生”，两次活动以桌面游戏的形式进行，通过这两次活动引导成员体验大众化人生及患病人生，并从中收集成员存在的和希望解决的问题。第二阶段“旅程分享会”，该系列团体的后三次活动根据成员在第一阶段活动中暴露和提出的需求进行相应的协助。

1. 无锡精神卫生中心。

2. 南京医科大学康复医学院

## 主要参考架构或模式：KAWA 复元 团体动力学

### 方法与目的：

1. 团体成员能够认识、分析自己人生河川的河流、岩石、漂浮木、河岸床；
2. 团体成员能够在第一阶段提供的众多岩石（挑战）中筛选出需要解决的问题，发现并确定个人需求；
3. 团体成员需求获得相应的协助；
4. 团体成员获得同伴支持；
5. 自知力缺乏的成员自知力得到提升，能够识别自我症状。

团体成员：封闭式团体；6-12人，年龄18-65周岁；病情稳定，阳性和阴性症状量表（PANSS）≤65分；MoCa量表评分≥18（轻度认知功能障碍及正常），NCSE测试中专注能力项≥5分，记忆能力项≥8分。

### 活动大纲

阶段	节次	团体名称	活动时间	方法与目的
第一阶段	第一节	“美满人生”	1.5小时	由浅入深，以桌面游戏为媒介，确定成员需求，引导成员分析自己的河川。
	第二节	“复元人生”	2小时	
第二阶段	第三节	“旅程分享会”	1小时	根据成员需求以团体讨论形式，提供问题解决方法，以及如何应用到生活中，帮助成员获得同伴支持。
	第四节		1小时	
	第五节		1小时	

## 贰、治疗流程

第一阶段：“美满人生”与“复元人生”

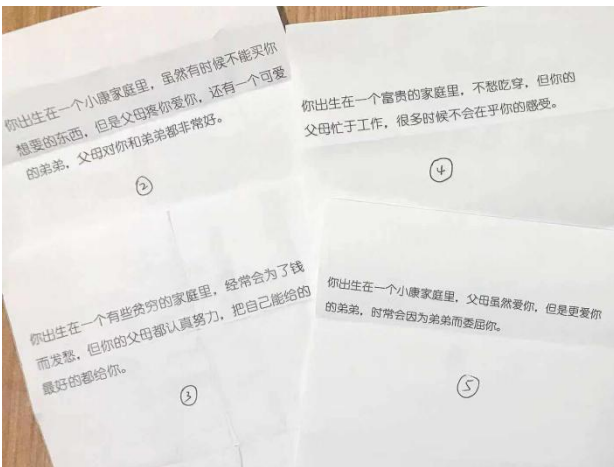
两套游戏设置中都包含6组人物设定，参与者完成七步人生之旅可到达终点，每场游戏可供6-12人参与。【图1】



【图1，游戏地图】

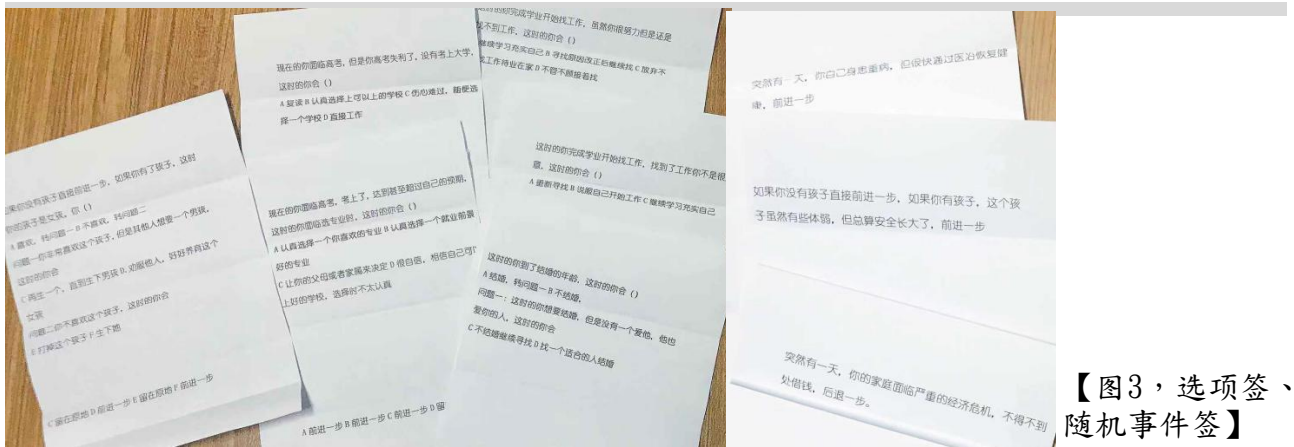
## PART 1 “美满人生”

“美满人生”以大众人生轨迹为框架，开局所有成员抽取人物设定签，人物设定签为原生家庭情况概述，包括家庭经济状况、传统习惯（包括信仰）、家人互动关系等，人物设定决定成员游戏顺序，暗喻个体出身对个体人生的最初影响。



【图2，人物设定签】

七步人生之旅包括高考、事业、婚恋、婚姻生活、生子、子女养育、退休七个重大人生时刻选项签及随机事件签。选项签由事件及选项组成，不同选项对应游戏地图上人生的前进/后退/停留；随机事件签涉及不同人生时刻可能遇到的随机事件，例如中奖、生病、家人离世，不同随机事件签也对应游戏地图上人生的前进/后退/停留。同一阶段的选项签和随机事件签放置于同一签筒，下文统称时刻签。



【图3, 选项签、随机事件签】

成员按照人物设定签顺序开始体验人生各阶段, 根据地图上人生所处位置抽取对应时刻签, 体验人生的选择及随机事件对人生的影响。

在“美满人生”游戏中, 除了常规的人生旅程外, 我们做了2个额外设定: 其一, 我们在人生第4步签筒中增加了“戏游人生”签(仅有一个), 抽到该签的成员可选择与场内任一未到达终点的成员交换人生, 让组员们体验人生的惊喜与无常; 其二, 到达终点的成员可指定场内任一成员直接到达第6步(被指定者失去此项特权), 该特权暗喻朋友对我们人生的影响。

当所有成员到达终点, 游戏环节结束, 治疗师邀请成员们分享对各自人生的体悟, 并进行加工与总结, 引导成员对人生进行思考。

## PART 2 “复元人生”

“复元人生”以患病住院为起点展开, 开局所有成员抽取人物设定签, 人物设定签内容包含: 年龄, 诊断, 首次发病/复发, 工作/学习状况, 家庭(家庭关系、经济状况、家庭成员文化水平等), 居住状况, 部分设定含发病诱因及个人兴趣特长。人物设定决定成员游戏顺序, 暗喻个体因素、病情、家庭支持对在院时长的影响。

在抽取人物设定签后, 成员抽取好友签, 两两组成好友, 当好友中一人到达终点时, 可选择帮助好友前进2步。

“复元人生”与“美满人生”游戏设置和规则相似, 选择签与随机事件签内容涉及事业、学业抉择, 兴趣发展, 朋辈支持, 服药, 家庭矛盾处理, 病耻感, 压力应对, 自理, 复发(包括早期先兆症状的识别应对), 人际关系等等, 以个人成长、成功回归家庭、重返社会为游戏终点。





## PART 2 “复元人生”

“复元人生”以患病住院为起点展开，开局所有成员抽取人物设定签，人物设定签内容包含：年龄，诊断，首次发病/复发，工作/学习状况，家庭（家庭关系、经济状况、家庭成员文化水平等），居住状况，部分设定含发病诱因及个人兴趣特长。人物设定决定成员游戏顺序，暗喻个体因素、病情、家庭支持对在院时长的影响。

在抽取人物设定签后，成员抽取好友签，两两组成好友，当好友中一人到达终点时，可选择帮助好友前进2步。

“复元人生”与“美满人生”游戏设置和规则相似，选择签与随机事件签内容涉及事业、学业抉择，兴趣发展，朋辈支持，服药，家庭矛盾处理，病耻感，压力应对，自理，复发（包括早期先兆症状的识别应对），人际关系等等，以个人成长、成功回归家庭、重返社会为游戏终点。

### 第二阶段：“旅程分享会”

在游戏设置中，透过河川模式的四元素的隐喻使用，在岩石的部分增加情绪管理、压力管理、药物管理、症状监测、社交技巧、社会认知等内容，通过第一阶段的团体活动，我们的团体成员们在体验人生之外，能够在活动中认识自我、分析自我，并且能够与大家分享对游戏中各人生的感悟以及自己的人生经历，也能够发现与游戏中人生的相似之处、共鸣之处，我们根据成员们在第一阶段活动中所暴露和提出的需求以促进式领导的形式开展相应的协助。

在“旅程分享会”中，我们以与成员一同选择的3-5个问题为话题，鼓励成员互相给予，分享不同的生命经历，体验、应对方式，治疗师对内容进行总结、补充，引导成员们从经验中学习技巧，帮助成员在分享会中寻找生活中的支持力量（家人、伙伴、有相似经历的团体成员），帮助成员在团体中学习新的态度与行为方式。

## 三、讨论

1. “美满人生”——每个人不是独立存在的个体，最初的人生中我们的原生家庭会对我们产生影响，之后的人生中我们的伴侣、朋友也会，而我们的每一个选择和运气也会影响我们前行的步履。

“美满人生”地图上每个人的道路就是一条浓缩的人生，每个人都会有不同的选择与境遇。设定签抽到第一个出发的人往往不是第一个到达终点的人，我们的出身可能会影响但不会决定我们之后的人生，人生中有诸多的不确定性，我们将会面对各式各样的事件需要做出抉择，也会有



突如其来的事件推动或阻止我们的步伐，运气也是人生的一部分；当然，我们每个人不是独立存在的个体，最初的人生中我们的原生家庭会对我们产生影响，之后的人生中我们的伴侣、朋友也会；人生有快有慢，但最终，我们总会到达终点，回看来时的路，一帆风顺的人生是少有的，人生旅途中的起伏使我们的人生更加丰满不少。

2. “复元人生”——自己是自己生命的享有者和决策者。

“复元人生”融入复元理念，同时结合了疾病管理、情绪管理、社交技巧等内容，模拟了出院后在院外患者可能会面对的问题，我们希望我们的成员能够恢复元气，积极重建不同的生命。在活动中意识到自己是自己生命的享有者和决策者，相信他们能够行使自己的选择权，决定自己的人生历程，如复学、寻找新的工作，同时能承担选择的结果；能够了解自身能力，关注个人成长和潜能发挥；能够理解和接受自己患有精神疾病，精神疾病只是生命中的一小部分，不是全部；而我们的病情也不是直线好转的，而是持续在起伏中成长，会有偶尔的挫折，我们需要在经验中学习，正向的改变是可能的，挫折是人生的一部分；而朋友、病友能够给予我们很好的支持，我们能够分享经验、知识、技巧，互相学习、鼓励，给予归属感；我们有照顾自己，参与自己精神康复的责任，需要在康复过程中体验和明晰自己，期待更好的未来；此外，家庭和社会的作用也是不能忽视的，良好的处理家庭问题也十分关键。

3. “旅程分享会”——在互相给予中，寻找支持力量，学习新的态度与行为方式。

我们在两次游戏活动后，根据团体中成员的需求（如：复发先兆症状识别、压力应对、复杂社交场景模拟）继续结合相关系统内容，更好的赋予了系列团体活动的完整性和针对性，在轻松的氛围下促进成员互相给予，在分享中帮助成员寻找支持力量，同时学习新的态度与行为方式。

4. “人生之旅”——通过游戏与分享会的形式在相对轻松的氛围下引导团体成员认识自我、分析自我、接纳自我，思考人生与疾病，提升疾病自知力及应对能力。

游戏中，虽然团体成员使用了不属于自己的人物设定，但在游戏过程中却能够在其他成员的人生中发现类似经历、产生共鸣、分析自我，能够更加主动的在分享环节与大家分享自己的人生经历，如发病时剃光头发、暴饮暴食、血统妄想，发现自己不是孤身一人面对这些问题或症状，成员能够在互动中实现情绪的表达和转化，疗愈创伤，修复旧有模式。缺乏疾病自知力的成员在活动中自知力得到提升，对疾病和人生的探讨动机得到增强，在活动中找寻到了同伴支持，活动后成员之间的交流增强，并能够主动与没有参

加活动的病友分享经验，部分成员在活动结束后开始规划自己后续的人生。

#### 肆、限制

1. 选项签选项内容有限；
2. “美满人生”选择了大众化的人生流程，事件涉及广度不足，顺序性灵活性不足；
3. “美满人生”中高考事件对于年纪偏大的成员共鸣不足；
4. “美满人生”和“复元人生”两次团体活动时间偏长，约1.5-2小时，虽然目前已开展的团体能保证团体成员注意力的保持和分享的质量，但有可能不适用于65岁以上成员，需进行筛查。

#### 伍、参考文献

3. 张柔茵、岩间坚工. (2015). 河川模式入门 (张家好、陈其嵘、萧业峰, Trans.): 张柔茵.
4. 李骐任, 生命之河探索-漫谈河川模式
5. Lim, H. & Iwama, M. K. 2006. Emerging models- An Asian perspective: The Kawa (River) Model. In Duncan, E. A. S. (ed). 2006. Foundations for practice in occupational Therapy. 4th Edition. Elsevier Limited: London.
6. Anthony W A. Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. [J]. Psychosocial Rehabilitation Journal, 1993, 16(4):11-23.
7. Lcsw-C P H E. Group Dynamics in Occupational Therapy, the Theoretical Basis and Practice Application of Group Intervention 3rd ed. by Cole, M. B. [J]. Social Work with Groups, 2009, 32(1-2):153-155.



河川模式

# 用河川模式浅谈“哪咤”的生命故事

郭娜娜<sup>1</sup>，董春雨<sup>2</sup>

## 摘要

了解河川模式概念，河川模式对于生命故事的应用即主角、配角、时间、地点及事件。熟悉河川模式的四个相关概念：河流、岩石、漂流木（浮木）、河岸床（河床岸）。利用河川模式分析“哪咤”的生命历程，讨论作业治疗师关于“哪咤”这类人群的人物分析。

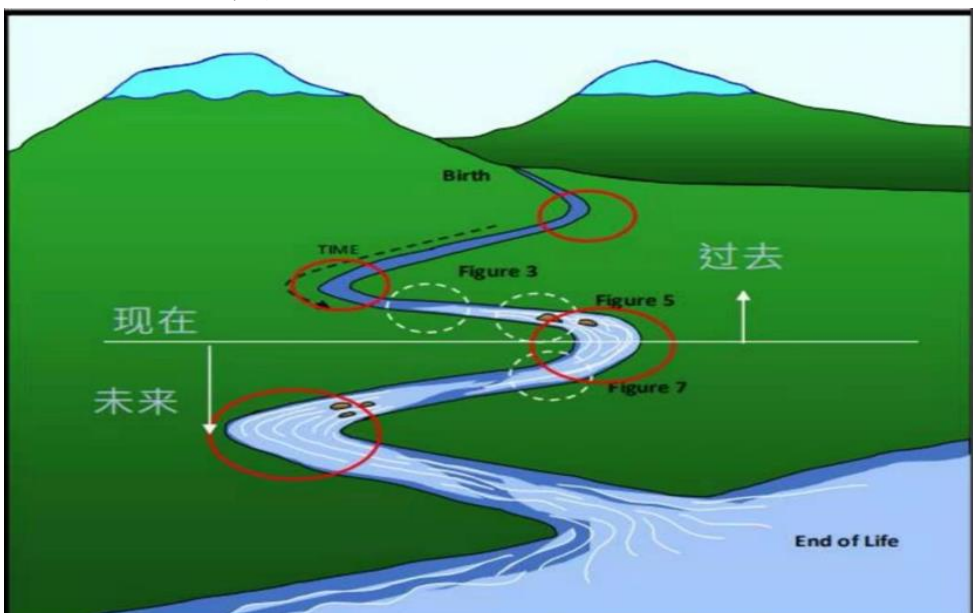
关键词：河川模式，生命历程，哪咤

## 壹、背景

最近国产动画片《哪咤之魔童降世》大热，刷新了国产动画片的最高票房。随着影片的热映，许多人也开始讨论起其中的人物。然而作为我们作业治疗师来说，当然要用专业的理论来讨论其中的人物啦。今天我们就用河川模式来探讨一下哪咤的生命历程吧。

### 河川模式<sup>3</sup>

首先，在探讨哪咤之前，让我们先来了解一下何谓“河川模式”？河川模式是日本裔加拿大的职能治疗师（中国大陆称为作业治疗师，以下文章均已作业治疗师称呼）岩间坚工博士所领导的团队创立的。此模式是为了使各地的作业治疗师能够了解到个案“想要用什么方式生活，使他们的人生更有意义，并与他们一同完成目标”所创立的。河川模式中所指的作业治疗对象可以为个体、家庭、团体或组织。河川模式可被运用为概念模式、参考架构、评估工具及治疗手法。



1.作者，南京医科大学康复医学院

2.南京医科大学附属无锡精神卫生中心

3.张柔茵、岩间坚工. (2015). 河川模式入门(张家好、陈其嵘、萧业峰, Trans.): 张柔茵。

而“Kawa”意为日语中的“河川”，因此河川模式以河川作为比喻，描述一个人的生命旅程。多样且具有时序性的生命经验就像一条河流般，由高山顺流而下至海洋。沿着河道曲径，水流的性质及特性会因地而异、因不同情形而变。一条河流之源头代表生命的起源，而入海口与大海相会处代表其尽头。因此，河川模式考虑到个案的过去、现在与未来之生活需求。然后通过看河流不同事件的横截面，每个横截面就是代表在那个时间所遇到的各种问题。

## 贰、针对电影分析

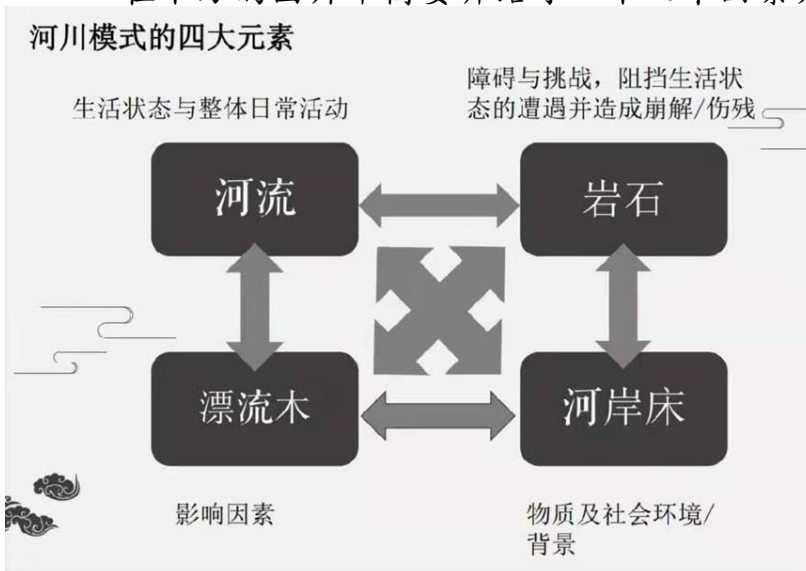
河川模式对于生命故事的应用于以下五个方面，分别是**主角、配角、时间、地点及事件**。下边就让我们用河川模式来重新认识一下《哪咤之魔童降世》中的哪咤吧。

在哪咤的生命活动中，首先我们的**主角**必然就是哪咤，而其中的**配角**有哪咤的父母李氏夫妇、师傅太乙真人、唯一的朋友敖丙以及罪魁祸首申公豹等人。**时间**则是从他的出生到他的生命终点即三周岁的生日宴。**地点**则包括整个钱塘观以及师傅的江山社稷图等地。**事件**主要有哪咤的出生、年幼时偷跑出府被邻里误解、跟随师父学习法术、认识新朋友敖丙、得知父亲跟他换命以及生日宴会上遭遇天雷等。

## 三、河川模式四元素

河川模式可由原本象征性意义的河川观点去运用，或是透过其潜在的四个人相关概念：河流、岩石、漂流木（浮木）、河岸床（河床岸）去表达。

在下方的图片中简要介绍了一下四个因素分别代表的含义。





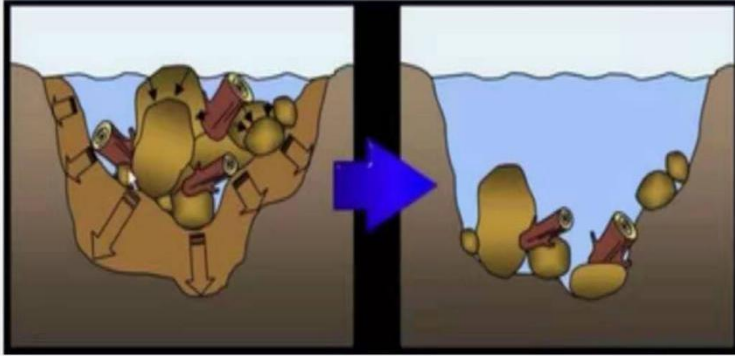
这四个组成部分都是相互影响的。河岸床指的是一个人生活的环境以及物质基础，是一个人的支撑和后盾；岩石则是生活中的各种挑战；漂流木则是对人的影响因素，它包括有好的和坏的两个方面，好的漂流木可以帮助带走河流中的岩石，而坏的漂流木则会和岩石一起阻碍河流的流动；而河流则指代的是一个人的生活状态以及整体的日常活动，它可以很清晰的表明在某个时间段的生活是好还是坏。

在河川模式的访谈中，重要的是个人如何诠释组成其生命历程的元素，而非治疗师是否认同个案所说的事物是否符合“岩石”或“浮木”的定义。重点是关于“个案的河流”，是关于他们的经验，是从个案的观点所衍生的。个案会找出他们的问题及困扰，并解释它们的意义。为此，作业治疗师便可依每个人每天生活的实际情形，提供对个人而言有实质意义的介入。

### 肆、四元素分析

下面就跟随小编一起，根据上述的河川模式来“采访”一下我们的主角“哪咤”，根据主角的“叙述”大胆的假设并且分析一下在哪咤一生中的四个因素分别有哪些吧。其实对于哪咤的一生来说，在他出生的那一刻起他的河岸床的支撑就非常的狭小，以及他的河流充满了岩石和被堵住的漂流木。但是随着时间的推移，在李氏夫妇的陪伴和爱护下，在师傅太乙真人的教导和帮助下，以及结识了唯一的朋友敖丙，这些因素都在帮助哪咤拓宽他的河岸床以及带走堵住他河流的岩石。也为他最终有勇气面对天雷、对抗命运提供机会。

<p><b>河岸床 River banks</b>  <b>支持：物质环境较好、声望高、家人关心、武器加成等</b>  <b>(物理资源、社会资源充足)</b></p>	<p><b>岩石 Rocks</b>  <b>百姓误解、缺少父亲陪伴、没有朋友陪伴、破坏力强、遭遇天雷等</b>  <b>(家庭角色缺失、休闲娱乐匮乏、社会参与低)</b></p>
<p><b>漂流木 Driftwood</b>  <b>优势：母亲关心、师傅支持和爱护、自身能力变强、性格活泼、有武器加成等。</b>  <b>限制：缺少友情、缺乏自信、朋友的背叛等。</b>  <b>(学习技能较好、独立生活能力强、坚强等)</b></p>	<p><b>河流 River flow</b>  <b>整合人生的河流阻碍多、生命时间短、被百姓误解、开始学习法术、对抗天雷等</b></p>



## 伍、讨论

作为我们作业治疗师来说，我们要做的就是通过作业治疗的方法来让我们个案的河水流动的更顺畅。当我们遇到哪咤这样的个案时，我们又能做些什么来帮助他呢？

1. 减少社会的歧视，给予陪伴和爱护，拓宽河岸床

首先我们可以减少社会对于哪咤的歧视以及给予哪咤更多的陪伴和爱护来拓宽哪咤的河岸床。

2. 改变思想、合理利用资源、提升个人功能，增加人际支持

其次我们可以改变哪咤的叛逆思想、合理利用自己的积极资源，提升个人功能，以及认识更多的朋友等这些漂流木来带走河流里的岩石。

## 陆、总结

到这里，小编就用河川模式简单地分析完了哪咤的生命故事。通过对哪咤的分析，我们知道利用河川模式能够很好说明作业治疗师有意义的执行治疗，也就是：当治疗者遇到一位个案时，治疗者可以知道要从个案身上提取出哪些信息，以至于有益于后续治疗计划的拟定；个案通常合并有多重的议题需要被陈述，且他们往往无法有次序的陈述自身问题，在此状况下，治疗者可以更好的分析个案的多项议题并找出优先讨论的内容。

在每位个案的河流当中，水流之处可因流速不同，而可能有更大流动的潜能。这些特定的地方或管道取决于个案河流中的其他因素，例如：河床两岸、岩石、漂流木等。作业治疗师与个案透过分析所有因素，作为后续介入的参考，并去除或减少那些妨碍个案河水流动的其他因素，进而使个案的生活状态可流得更顺畅，甚至可发挥到个体能力的极致。

其实在河川模式中所涉及的方面还有很多，包括对个案的评估、目标的制定、介入和在评估等内容，但是由于篇幅的原因，在本篇文章中小编就不做一一介绍了。看完整篇文章希望大家能够更了解河川模式一些。也希望在以后

的治疗中能够给大家提供一些帮助。

### 柒、参考文献

3. 张柔茵、岩间坚工. (2015). 河川模式入门(张家好、陈其嵘、萧业峰, Trans.): 张柔茵。
4. 李骐任, 生命之河探索-漫谈河川模式。
5. 冯雪庭: 介绍河川模式及其在中国的临床应用kawa model教学视频。



李骐任<sup>1</sup>、钟秉伦<sup>2</sup>、林俊佑<sup>3</sup>

## 摘要

当一位职能治疗师从学校毕业，准备踏入临床领域，甚至选择了精神领域准备开始直接面对个案时，还有多少专业技术或知识是需要衔接准备的？这是此篇研究希望能试着去引发思考的，笔者试着从精神科的临床出发，试着去思考当一位职能治疗师来到临床后需要进行怎样的转变，才能由学生转换成治疗师。此次研究规划在台湾教学医院中的新进同仁PGY教育计划中，共分成三个阶段共计两年进行。针对南部某教学医院身心医学科，从2011年开始历时八年共计四位新进同仁参与此训练计划，在四位成员中，全都在学术会议上进行了自己的研究，并找到了自己的临床上惯用的治疗理论来帮助个案。

**关键词：**河川模式，学习鹰架，职能治疗

## 壹、背景

当一位职能治疗师从学校毕业，准备踏入临床领域，甚至选择了精神领域准备开始直接面对个案时，还有多少专业技术或知识是需要衔接准备的？对于一位在临床工作的教师需要思考的应该是我想训练出怎样的同事一起工作，这牵扯到两个面向的问题，一是实习生的教学；另一是刚到临床报到的新进同事的训练。实习是职能治疗学生运用所学于临床、学习关键专业知识的时候，故多数职能治疗学生视其为高度重要的课程<sup>4</sup>。如何培育台湾实习医学生及医事实习学生具有专业精神，是目前医学（事）教育课程的重点之一<sup>5</sup>。而在2007年卫生福利部开始推行教学医院教学费用补助计划以来，对于相关医事人员教育养成教育质量，并将原计划多元化客观评量教学成效落实于教学医院评鉴中检视<sup>6</sup>。依医学教育学者Miller所提之米勒三角架构，最顶端为「实作」(does)层级<sup>7</sup>，在这样的架构下，「实作」的重点是每日例行常见的临床医疗工作，但在临床实务学习过程是有必要选择合适教学评量方式以检视其学习成果，以目前台湾医学（事）教育常用的客观临床教学评量，包括：临床技能实作与评量 (direct observation of procedural skills,

1. 佛教慈济医疗财团法人大林慈济医院职业医学科 嘉义

2. 佛教慈济医疗财团法人大林慈济医院身心医学科 嘉义

3. 佛教慈济医疗财团法人大林慈济医院职业医学科 嘉义

4. Mitchell, M. M., & Kampfe, C. M. (1990). Coping strategies used by occupational therapy students during fieldwork: An exploratory study. *American Journal of Occupational Therapy*, 44, 8.

5. 黄昆岩、江汉声、曾启瑞、张圣原、赖其万、廖慧娟. (2007). 医学教育目标：培养“以病人为中心”的良医. *医疗质量杂志*, 1(4), 6.

6. 卫生福利部. (2017). 教学医院评鉴基准 106年版. 取自

[http://www.mohw.gov.tw/CHT/DOMA/DMI.aspx?f\\_list\\_no=934&fod\\_list\\_no=5761](http://www.mohw.gov.tw/CHT/DOMA/DMI.aspx?f_list_no=934&fod_list_no=5761).

7. Miller, G. E. (1990). The assessment of clinical skills/competence/performance. *Academic Medicine*, 65, 5.

DOPS)、迷你临床演练评量 (mini-clinical evaluation exercise, mini-CEX) 及 OSCE 等。然则在临床方面来说, 不管是实习生或是新进同事的训练, 需要注意或思考的除了如何评量以外, 还有训练方式及训练目的, 所以, 实习生该接受什么样的训练, 该以哪个方向为目标训练, 而新进同事又该有什么不一样训练方向呢? 这是此篇研究希望能试着去引发思考的, 笔者试着从精神科的临床出发, 试着去思考当一位职能治疗师来到临床后需要进行怎样的转变, 才能由学生转换成治疗师。

训练方向:

### 1. 以病人为中心整合以职能为中心

医界普遍认为, 社会价值观改变, 健保给付制度造成医院以业绩挂帅的趋势影响, 临床医师在工作中, 常会忽略医学伦理的实践、缺乏「以病人为中心」的自觉。世界卫生组织明白向世界宣示「医疗是基本人权」, 医疗人权才正式成为全球趋势<sup>11</sup>。所以, 训练应以培养出「以病人为中心」设定治疗走向的治疗师。而职能治疗的目标是促进个案的生活参与及生活质量。从人、活动、环境三方面来评估、分析及介入, 以提升个案的生活参与, 进而改善其健康与生活质量。在本质上即无法脱离以病人为中心导向的设计, 但在协助个案往健康的生活质量上迈进时, 治疗师不得不考虑何谓健康, 而依据世界卫生组织 (World Health Organization) 于 2001 年公布了功能、失能与健康国际分类 (International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF), 定义健康不只是身体结构与功能的完好, 更需要充分的参与生活。因此在 ICF 架构之下, 职能治疗师在医疗或复健团队中的角色最主要的就是帮助个案充分发挥其身体功能, 从事其希望或需要做的活动, 全面的参与生活、融入社会<sup>12131415</sup>。基于这样的观点, 世界职能治疗师联盟 (World Federation of Occupational Therapists, WFOT) 于 2002 年公布了现行的职能治疗师养成教育最低标准, 强调「职能」是所有职能治疗师教育课程的中心。然而在医疗系统中是以生物医学模式的还原论为主, 在此模式下, 职能治疗师常常被期待以改善个案的身体功能为主,

8. Miller, G. E. (1990). The assessment of clinical skills/competence/performance. *Academic Medicine*, 65, 5.

9. Swing, S. R. (2007). The ACGME outcome project: Retrospective and prospective. *Medical Teacher*, 29, 7..

10. 陈正荣、朱纪洪、于大雄、孙光焕、汪志雄. (2009). 临床技能评估工具介绍与应用—临床技能实作与评量 (DOPS). *医疗质量杂志*, 3(1), 7.

11. 黄昆岩、江汉声、曾启瑞、张圣原、赖其万、廖慧娟. (2007). 医学教育目标: 培养“以病人为中心”的良医. *医疗质量杂志*, 1(4), 6.

12. Deshaies, L. D., Bauer, E. R., & Berro, M. (2001). Occupation-Based Treatment in Physical Disabilities Rehabilitation. *OT Practice*, 6, 6.

13. Dudgeon, B. J. (2009). Community Integration (B. Lippincott Ed. 11 ed.). In E. B. Crepeau: E. S. Cohn & B. A B.

14. Graff, M. J., Vernooij-Dassen, M. J., Thijssen, M., Dekker, J., Hoefnagels, W. H., & Olderkert, M. G. (2007).

Effects of community occupational therapy on quality of life, mood, and health status in dementia patients and their caregivers: a randomized controlled trial. *he Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 62, 8.

15. Sakellariou, D., & Pollard, N. (2006). Rehabilitation: in the community or with the community. *The British Journal of Occupational Therapy*, 69, 5.

而个案的活动及生活参与方面则可能未受到应有的重视<sup>16</sup>。

## 2. 建立实证医疗的制度与文化

在国内外的医界中，不论是医师或护理师均已导入实证医疗的概念于临床中，而推行实证治疗的前提是临床从业人员需常涉猎实证治疗新知、建立执行实证治疗的积极态度，适当地将实证治疗新知运用在临床治疗上，并培养执行研究的技巧，方能提供最佳的医疗服务。而根据庄宜静等学者<sup>17</sup>在2007年的研究指出职能治疗师对实证治疗的知识、态度与执行之能力都有中等的程度，这显示职能治疗师自觉对实证治疗的能力是中等的，但仍有可提升的空间，这也鼓励学校教育系统与继续教育课程之安排，可多加强实证职能治疗的教育，让已有中等程度知识、态度与执行能力的治疗师可再继续提升，进而在临床上落实实证职能治疗。

## 贰、训练方式

### 1. 适才适性：

医学教育在依循着时代的变迁，科技的进步之下，其教育目标会有跟随着有所变动，但总体仍紧扣知识、态度、和技能三个方向进行<sup>18</sup>，但要能依循此三方向进行，临床教师们得试着先知道受训者目前所处的位置，为了能客观且由受训者口中探询出来，笔者建议使用河川模式的四元素来针对学习此一事件作生命历程的探索，透过受训者的叙述，能藉由河川地走向大小和改变来了解受训者如何看待进入临床前的学习此一事件，接着透过河岸床的引导讨论，可从受训者的分享中了解其所处的物质环境对他的支持度，在透过岩石找到可能的困境，由漂流木的引导找到可能的助力，含受训者的个性及可能的关键支持人物。

### 2. 学习鹰架：

洪佳慧<sup>19</sup>等学者认为使用引导式活动分析表格，以及教师口头引导学习鹰架可以提升学生的学习成效，教师的口头引导可以依照学习的条响能力作调整，适性化的引导让学生学习加速提升概念性的了解；而书面引导的学习鹰架是学生熟悉的，在操作使用上需要较短的熟悉时间，且让学习能将学习成效较快转移到临床工作上，同时可以提升学生程序性的了解。因此在前期了解完受训者的特质后，依循特质建立相因应的学习历程，搭配工作流程学习手册，协助受训者进入状况。

16. 罗钧令，萧. 黄. 陈. (2017). 探讨「以职能为基础」在职能治疗师养成教育课程与教学之落实. 职能治疗学会杂志, 35(2), 20.

17. 庄宜静、曾美惠、陈威胜、杨国德、黄曼聪、梁文隆. (2007). 职能治疗专业人员对实证治疗之知识、态度及执行能力之初探. 医学教育, 11(2), 9.

18. 何善台，徐.，王如娥，谢正源，陈震寰，林祺如，张圣原. (2004). 台湾未来医学系教育改革方向. 医学教育, 8(1), 13.

19. 洪佳慧，林. (2011). 应用学习鹰架融入教学对于学生学习活动分析成效之探索. 职能治疗学会杂志, 29(1), 25. doi:10.6594/JTOTA.2011.29(1).05

### 3. 实证评价：

实证职能治疗乃是从系统性的研究中整合具有最好临床证据之研究成果<sup>20</sup>，提供最好的决策于个案照护上<sup>21</sup>。实证治疗的内容不仅涵盖临床经验，也同时着重与临床相关的研究知识、将研究结果应用于临床治疗的意愿，以及将研究结果应用于临床治疗所需的技巧等<sup>22</sup>。Crane在1995年建议：实证治疗的科学基础是必须将研究行为与运用研究结果在临床上结合在一起<sup>23</sup>。因此在训练的最后阶段导入实证医学的训练，一方面可以让受训者更能在未来的工作中做有所本，也能透过研究的结果，让院外的同侪审查，更客观的评价受训后的成果如何。

## 三、研究方法

### 1. 流程：

此次研究规划在台湾教学医院中的新进同仁PGY教育计划中，共分成三个阶段共计两年进行。

阶段一：探索及建构：透过河川模式的叙事探索方式来找寻受训者的人格特质和学习潜力，依循结果建立专属于他的训练方式。

阶段二：学习及操作：藉由学习鹰架的建构，给予工作流程学习手册及数字学习历程，让受训者知道自己的进度及能够具体的知道自己该学习的技能，也让临床教师的教学更具体易操作。

阶段三：实证及评价：透过实证医学的训练学习针对临床现象正确提问及搜寻答案，并试着将学习所得已实证方式呈现，让院外同侪进行审查学习结果。

### 2. 对象

针对南部某教学医院身心医学科，从2011年开始历时八年共计四位新进同仁参与此训练计划，男性两位，女性两位，皆从同一所大学毕业，皆为第一次踏进职场，除实习之外未接触过身心医学科个案。

### 3. 结果

在四位成员中，全都在学术会议上进行了自己的研究，并找到了自己的临床上惯用的治疗理论来帮助个案。这当中的一个人更喜欢使用桌面游戏来帮助个案，两个人更喜欢使用园艺治疗理论给他的个案，而其中一个人更喜欢对他的个案使用表达艺术治疗。

20.Sackett DL, R. W., Muir Gray JA, et al. (1996). Evidence-based medicine: What it is and what it isn't. *Br Med J*, 312, 2.

21.W, L.-S. (1997). Evidence-based practice and occupational therapy. *Br J Occup Ther*, 60, 5.

22.Eller LS, K. E., Wang SL. (2003). Research knowledge, attitudes and practices of health professionals. *Nur Outlook*, 51, 6.

23.J, C. (1995). The future of research utilization. *Nurs Clin North Am*, 30, 13.

103年

園藝治療對思覺失調患者橫跨院內外之協助-臨床治療經驗分享 (林○○, 心理)

生理復健介入對於長照機構老年人口之療效: 文獻回顧 (楊○○, 生理)

104年

桌上遊戲對慢性精神病患在認知、社交與職能表現上的效益 (鍾○○, 心理)

106年

The Application of Storyboard Game in Interpersonal Interaction (李○○, 心理)

## 肆、结论

当一位职能治疗师来到临床后需要进行怎样的转变，才能由学生转换成治疗师，在此研究中支持以身心医学科的治疗现场来说，每一位治疗师应该在受训之后寻找出适合自身的治疗理论架构。意即本研究建议，在身心医学科临床中协助个案回归生活的治疗师门，不论是选择精神动力学、叙事治疗、表达性艺术治疗，体适能运动学说等等治疗理论，皆应依其自身的性向偏好来选择，因为如果自疗师本身不熟悉或不喜欢某一理论，而仍坚持使用它，所设计出来的志劳团体可能连治疗师本身即不喜欢，更何况需要由治疗师带动的个案。因此，本研究建议应该先找出新进治疗师之特性，再依此进行训练。

1. 建议新进人员职能治疗教育的方法应该以河川模式进行前导。
2. 建议新进人员职能治疗教育的最终目标应以实证医学为依归。
3. 建议新进人员职能治疗教育的训练设计应以让受训者了解何为以职能为中心的全人治疗。

## 伍、参考架构

4. Deshaies, L. D., Bauer, E. R., & Berro, M. (2001). Occupation-Based Treatment in Physical Disabilities Rehabilitation. *OT Practice*, 6, 6.
5. Dudgeon, B. J. (2009). Community Integration (B. Lippincott Ed. 11 ed.). In E. B. Crepeau: E. S. Cohn & B. A B.
6. Eller LS, K. E., Wang SL. (2003). Research knowledge, attitudes and practices of health professionals. *Nur Outlook*, 51, 6.
7. Graff, M. J., Vernooij-Dassen, M. J, Thijssen, M., Dekker, J., Hoefnagels, W. H., & , & Olderikkert, M. G. (2007). Effects of community occupational therapy on quality of life, mood, and health status in dementia patients and their caregivers: a randomized controlled trial. *he Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 62, 8.
8. J, C. (1995). The future of research utilization. *Nurs Clin North Am*, 30, 13.
9. Miller, G. E. (1990). The assessment of clinical skills/competence/performance. *Academic Medicine*, 65, 5.
10. Mitchell, M. M., & Kampfe, C. M. (1990). Coping strategies used by occupational therapy students during fieldwork: An exploratory study. *American Journal of Occupational Therapy*, 44, 8.
11. Sackett DL, R. W., Muir Gray JA, et al. (1996). Evidence-based medicine: What it is and what it isn't. *Br Med J*, 312, 2.
12. Sakellariou, D., & Pollard, N. (2006). Rehabilitation: in the community or with the community. *The British Journal of Occupational Therapy*, 69, 5.
13. Swing, S. R. (2007). The ACGME outcome project: Retrospective and prospective. *Medical Teacher*, 29, 7.
14. W, L.-S. (1997). Evidence-based practice and occupational therapy. *Br J Occup Ther*, 60, 5.
15. 何善台, 徐., 王如娥, 谢正源, 陈震寰, 林祺如, 张圣原. (2004). 台湾未来医学系教育改革方向. *医学教育*, 8(1), 13.

16. 洪佳慧, 林. (2011). 应用学习鹰架融入教学对于学生学习活动分析成效之探索. 职能治疗学会杂志, 29(1), 25.  
doi:10.6594/JTOTA.2011.29(1).05
17. 庄宜静、曾美惠、陈威胜、杨国德、黄曼聪、梁文隆. (2007). 职能治疗专业人员对实证治疗之知识、态度及执行能力之初探. 医学教育, 11(2), 9.
18. 陈正荣、朱纪洪、于大雄、孙光焕、汪志雄. (2009). 临床技能评估工具介绍与应用—临床技能实作与评量 (DOPS). 医疗质量杂志, 3(1), 7.
19. 陈伟德. (2007). 迷你临床演练评量 (mini-CEX) 简介. 医疗质量杂志, 1(4), 5.
20. 黄昆岩、江汉声、曾启瑞、张圣原、赖其万、廖慧娟. (2007). 医学教育目标：培养“以病人为中心”的良医. 医疗质量杂志, 1(4), 6.
21. 卫生福利部. (2017). 教学医院评鉴基准 106 年版. 取自 [http://www.mohw.gov.tw/CHT/DOMA/DM1.aspx?f\\_list\\_no=934&fod\\_list\\_no=5761](http://www.mohw.gov.tw/CHT/DOMA/DM1.aspx?f_list_no=934&fod_list_no=5761).
22. 罗钧令, 萧. 黄. 陈. (2017). 探讨「以职能为基础」在职能治疗师养成教育课程与教学之落实. 职能治疗学会杂志, 35(2), 20.



02

---

**应用领域**

中华OT电子期刊 2019.09  
The Chinese OT e-Newsletter



简才杰<sup>12</sup>

## 摘要

精神分裂病人因受症状干扰导致出现妄想及幻听，除了服用药物对抗幻听及妄想之外，很多学员选择替代方式对抗症状，包含听音乐，运动等。但是有些个案会用较不健康方式来进行转移症状干扰，例如抽烟。本次研究目的主要想透过行为与认知两个派别来讨论个案戒烟的有效程度，包含行为理论及认知论的顿悟学习。此次研究模型为个案报告，由职能治疗师安排戒烟行为改变模式。结果发现介入后仅16天之内已无抽烟之情况。此外，个案仍继续维持其戒烟状态，并能在团体中与工作人员讨论有关戒烟对身体健康，社会观感之间的关系。研究显示出透过行为增强以及认知顿悟模式对个案戒除烟瘾方面有良好之成效。

**关键词：**烟瘾成瘾，行为理论，顿悟学习，职能治疗

## 壹、前言

精神分裂病人因受症状干扰导致出现妄想及幻听，除了服用药物对抗幻听及妄想之外，很多学员选择替代方式对抗症状，包含听音乐，运动等。但是有些个案会用较不健康方式来进行转移症状干扰，例如抽烟。根据台湾卫生福利部统计全台湾十大癌症死亡原因统计发现，肺癌高居第一名，且已造成8854人死亡，其中肺癌的最高风险因素就是吸烟。此外，更恐怖的是，二手烟的威胁更是吸烟者带来对旁人最大的危害。根据世界癌症统计，所有肺癌患者中有15%的男性及43%的女性是不抽烟的，所以烟害几乎无所不在。以往戒烟研究都集中在透过专业人员，包含医师，护理及训练健康专业人员协助，通常透过药物例如尼古丁戒断Clonidine<sup>3</sup>，或是镇静剂Meprobamate<sup>4</sup>进行，另外，在心理社会层面治疗则会包含团体行为治疗<sup>5</sup>及嫌恶治疗<sup>6</sup>等等进行，但是往往效果并不显著。职能治疗在健康促进方面包含戒烟，减重，口腔卫生，睡眠卫教等已经有直接或是间接地参与<sup>7</sup>，但是目前文献很少提到职能治疗师在这个领域的贡献，如果职能治疗师能找出一个有效的方式完全戒除烟瘾，相信对个案的健康有很大的帮助。

1. 中山医学大学附设医院工学小区复健中心

2. 中山医学大学附设医院

3. Glassman, A. H., Stetner, F., Walsh, B. T., Raizman, P. S., Fleiss, J. L., Cooper, T. B., & Covey, L. S. (1988). Heavy smokers, smoking cessation, and clonidine: results of a double-blind, randomized trial. *Jama*, 259(19), 2863-2866.

4. Hughes, J., Stead, L., & Lancaster, T. (2000). Anxiolytics and antidepressants for smoking cessation. *The Cochrane database of systematic reviews*(2), CD000031-CD000031.

5. Goldfried, M. R., & Davison, G. C. (1994). *Clinical behavior therapy*, Exp: John Wiley & Sons.

6. Hajek, P., & Stead, L. F. (2001). Aversive smoking for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(3).

7. Bruce, M. A., & Borg, B. (2002). *Psychosocial frames of reference: Core for occupation-based practice*: Slack Incorporated.



## 贰、理论基础及执行方式

本次研究主要想透过行为与认知两个派别来讨论个案戒烟的有效程度，包含

### 一、行为理论<sup>8</sup>

这里特别提到增强作用，而这正是操作制约学习完成的关键。所谓增强作用，就是增加个体行为重复出现的一种措施或是一项安排。而以下简介有关增强和增强物的类别及其安排

1、就增强作用的层次来看，增强作用可分原增强和次增强两类，而所用的增强物依其性质来分，可分为原增强物和次增强物两类。凡是事物本身就具有增强行为作用者，称为原增强物。可直接满足个体需求的刺激物。如：食物、水、安全感、温暖和性。事物本身原不具增强作用，但因常与原增强物伴随出现，久而久之，经由个体多次学习之后，也就具有增强作用，这类事物称为次级增强物。次级增强物分为三类：

a、社会增强物(social reinforcer)-例如:赞美、拥抱或注意等。

b活动增强物(activity reinforcer)-例如:玩玩具、游戏或有趣的活动。

c、象征增强物(symbolic reinforcer)-例如:金钱、成绩、星号或点数，可用它来交换其他的增强物。

由于个案最在乎金钱，故采用次级增强物中的代币增强物。

2、就增强物出现的时间分成

a、立即增强：个体表现正确反应后，立即给予奖赏。

b、延宕增强：个体表现正确反应后，经过一段时间在给予奖赏。例如：答对问题，治疗师到活动结束后，才给予礼品奖励。

故本研究采取强化物给予时间为立即增强，主要考虑一段时间开始出现良好戒烟行为后给予立即强化，个案才能马上习得良好行为

3就增强物施予的方式：

a. 连续增强：个体表现正确反应后，均给予增强物。

b. 部分增强：个体表现正确反应后，只选择一部分反应给予增强物。而部分增强的方式，系根据反应的时间和反应的次数而定

故本研究采用强化物施予方式为连续增强，亦即出现良好反应均给予强化物

4、增强作用依其性质可分为正增强和负增强两类，而所用的增强物依其性质也可分为正增强和负增强两类。凡是个体反应后，某一刺激物能使个体感到满意、愉快或兴奋，因而强化了该反应者，所以刺激物就称正增强物。

8.Goldfried, M. R., & Davison, G. C. (1994). Clinical behavior therapy, Exp: John Wiley & Sons.



以本研究而言为鼓励戒烟，采用鼓励方式对个案及家属较有激励效用，故采用增强型式以正增强为主

## 二、认知论：顿悟学习

1、定义：柯勒(kohler)为研究黑猩猩的学习，设计了六大类很多不同的实验，其中最著名的是“接竿问题”。他将饥饿的黑猩猩关在笼中，笼外远处放置香蕉，并在笼与香蕉之间放置数条长短不同的竹竿，每条竹竿的长度，均不能单独用来取到香蕉。他最聪明的猩猩苏丹(Sultan)必须解决的问题是：如何将两条竹竿接在一起，以取到香蕉？结果发现：黑猩猩面对情境时，动作并不紊乱，在几次尝试用单条竹竿取香蕉失败后，突然显露出领悟的样子，于是将两条竹竿接在一起而达到了目的。柯勒称此种学习现象为顿悟学习<sup>9</sup>(insight learning)。顿悟是指突然察觉到问题的解决方法，是通过学习者重新组织或重新构建有关事物的形式而实现的。他认为学习不必靠盲目的尝试和重复练习，只要个体理解整个情境中各刺激之间的关系，顿悟就会自然发生。所以个案进行问题解决时候，个案需洞察问题情境，发现中各项情境之关系，进而采取行动

## 2、特性：

- a、从解决前期到解决其转变是突然且完整的
- b、顿悟解决方式在行为表现上是顺利且没有问题的
- c、顿悟解决的问题原则可保留很长一段时间且容易应用到其他问题

## 3、学习条件：

- a、个案智力足以了解问题情境及各组成元素关系
- b、相关知识及经验
- c、学习内容：结构化学习有助于于顿悟
- d、个案意愿

分析解决方面就依照学习条件进行

## 三、个案问题分析及介入

一、简述：个案为是一位41岁诊断为精神分裂症，男性，未婚，与案父母同住。在20岁时出现幻听（听到有男生女生在他耳边说话，骂他），妄想（认为有人跟踪他，想要害他），之后便被带至台湾台中中山医学大学附设医院精神科门诊，在医师建议下前来日间病房进行治疗，自2012年后开始入住中山医学大学附设医院小区复健中心，因长期有幻听干扰，故常用抽烟转移其注意力。近期因幻听较多以及生活形态不佳，导致烟瘾加剧，目前一天需抽5包烟。

二、问题行为：一天5包烟，个案不但常出现干咳，并常抱怨胸口闷痛，且

9.Windholz, G., & Lamal, P. (1985). Kohler's insight revisited. *Teaching of Psychology*, 12(3), 165-167.



出现呼吸困难之情况，且案母认为吸烟影响金钱花用，与个案会谈之后，个案也表示有动机想戒烟。

三、治疗模式：

本研究由职能治疗师安排，尝试利用行为改变技术结合认知顿悟学习相关理论来矫正个案戒烟，而戒烟行为改变模式，包含学习内容及介入方式分数在表一中，而认知顿悟内容及问题分析及介入则在表二中呈现。

表一、行为改变模式工具

行为改变学习内容	介入模式
增强物使用	次级增强物
增强物给予时间	立即增强：一段时间开始出现良好戒烟行为后给予立即强化
增强物施予方式	连续强化：出现良好反应均给予强化物
增强型式	正增强为主

(本研究整理)

表二、认知顿悟学习

认知学习内容	问题分析及介入
个案智力足以了解问题情境及各组成元素关系	让个案了解抽烟会导致相关疾病发生，也知道吸烟会造成的生理心理社会的影响
相关知识及经验	个案会从新闻，报纸上面知道吸烟造成的坏处，也会从治疗师的个别会谈，团体卫教，职能讨论会了解吸烟相关问题
学习内容：结构化职能治疗有助于于顿悟	职能治疗会谈：增强个案戒烟动机 职能治疗活动：给予吸烟相关危害报导 职能治疗观察：个案内外在环境对吸烟问题的影响。 a、内在：个案觉得抽烟是一种兴趣，无聊可以打发时间，妈妈会给钱抽烟 b、外在：没有同侪压力给予规劝，吸烟造成的社会负面观感形象
个案意愿	刚开始个案对于戒烟没有意愿，之前门诊有使用戒烟贴片，但对于贴片严重拒绝，之后因为个案常出现干咳，胸口不适之情况，故鼓励戒烟，再加上案母愿意配合行为治疗给予金钱当酬赏

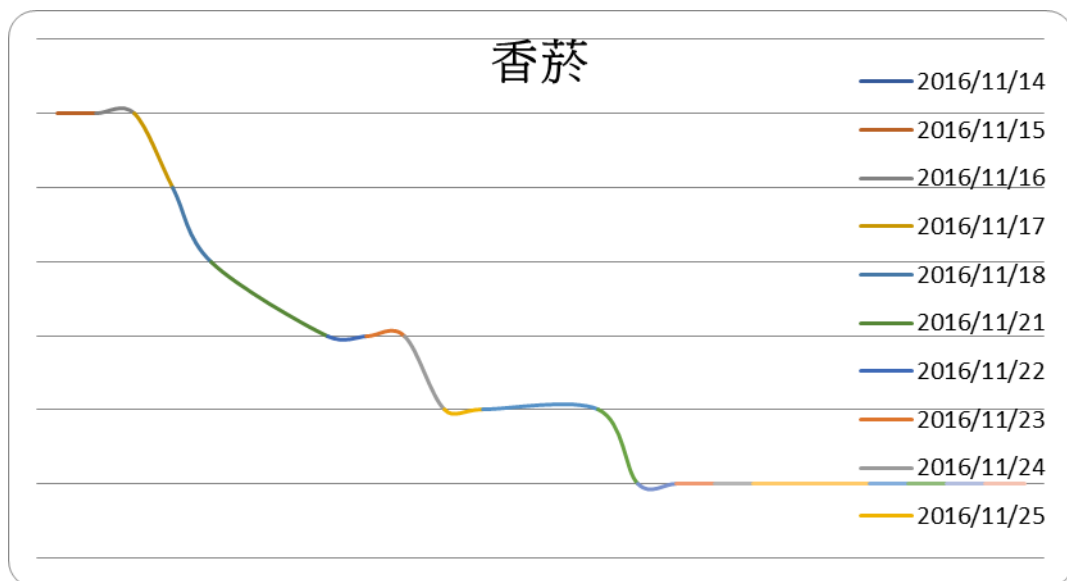
(本研究整理)



### 肆、介入结果

个案在前两天还对戒烟犹豫不决，第三天开始，给予增强物后，慢慢意识到自己抽烟对身体不好，开始思考自己抽烟与身体之间问题，在第四天及第五天之后提供结构化职能治疗活动之后，开始慢慢不抽烟，让自己身体熟悉没有抽烟的感觉，第六天开始在行为登记上面已经没有抽烟情况，每天核对个案抽烟登记以及家属确定没有抽烟，询问个案后表示自己没有抽烟之后，感觉干咳情况比较少，胸口也比较没有闷痛的感觉(请见图一)。

图一、戒治时间图



(本研究整理)

### 伍、结论与讨论

个案从2016/11/30开始已经达到完全戒治的状态，迄今已无抽烟之情况。另外个案动机仍继续维持其戒烟状态，并能在团体中与工作人员讨论有关戒烟对身体健康，社会观感之间的关系。显示出透过行为增强以及认知顿悟模式对个案戒除烟瘾方面有良好之成效。其实烟瘾的形成因素非常复杂，本篇研究是从成瘾之后完全戒除，但根本之道仍在如何卫教不要抽烟，培养健康生活型态以及养成合宜运动习惯，或许这些更是未来针对戒烟部分首先要做的。



## 陆、研究限制

- 一、自个案戒烟后为消除烟瘾，常常以饮料戒除烟瘾，故饮料摄取量大增，后续需针对个案戒烟后摄取饮料方面再进行介入。
- 二、本研究为个案报告，未来仍须样本数多且严谨研究证实其疗效。

## 柒、参考文献

3. Bruce, M. A., & Borg, B. (2002). *Psychosocial frames of reference: Core for occupation-based practice*: Slack Incorporated.
4. Glassman, A. H., Stetner, F., Walsh, B. T., Raizman, P. S., Fleiss, J. L., Cooper, T. B., & Covey, L. S. (1988). Heavy smokers, smoking cessation, and clonidine: results of a double-blind, randomized trial. *Jama*, 259(19), 2863-2866.
5. Goldfried, M. R., & Davison, G. C. (1994). *Clinical behavior therapy, Exp*: John Wiley & Sons.
6. Hajek, P., & Stead, L. F. (2001). Aversive smoking for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(3).
7. Hughes, J., Stead, L., & Lancaster, T. (2000). Anxiolytics and antidepressants for smoking cessation. *The Cochrane database of systematic reviews*(2), CD000031-CD000031.
8. Windholz, G., & Lamal, P. (1985). Kohler's insight revisited. *Teaching of Psychology*, 12(3), 165-167.



李元晖<sup>1</sup>

## 摘要

台湾已于二零一五年六月制定《长期照顾服务法》，用以整合长期照顾服务，因体系紊乱，旋于二零一七年一月以及二零一九年修正。惟多次修正，仍未将精神病人列入服务对象，兹以检索法规方式，论将精神复健纳入长期照顾体系之适法性 (lawfulness)。

**关键词：**精神复健，长期照顾服务

## 壹、《长期照顾服务法》公布前(二零一五年前)之长照业务法源依据

在台湾，《长期照顾服务法》(Long-term care services act)(以下简称长照法)公布前，缺乏一以「长期照顾」(long-term care)为名之法律。惟「为维护老人尊严与健康，推迟老人失能，安定老人生活，保障老人权益，增进老人福利，特制定本法(老人福利法，Senior citizens welfare act)」(以下简称老福法)<sup>2</sup>；以及「为维护身心障碍者之权益，保障其平等参与社会、经济、文化等之机会，促进其自力及发展，特制定本法(身心障碍者权益保障法，People with disabilities rights protection act)」(以下简称身权法)<sup>3</sup>；换言之，《长照法》公布前，是以《老福法》及《身权法》权充长期照顾服务之法源依据<sup>4</sup>。

因此，针对台湾《长照法》内容、项目之研究，必须针对先前《老福法》以及《身权法》。

## 贰、「小区精神复健」之意涵(implication)

按台湾《精神卫生法》(Mental health act)之用词定义，「小区精神复健 (community mental health rehabilitation)」系「指为协助病人逐步适应社会生活，于小区中提供病人有关工作能力、工作态度、心理重建、社交技巧、日常生活处理能力等之复健治疗」；而各种精神照护机构 (mental health care institution)，包括了精神医疗机构 (psychiatric institution)、精神护理机构 (psychiatric nursing institution)、心理治疗所 (psychological treatment center)、心理咨商所 (psychological counseling center) 以及「提供小区精神复健」相关服务之精神复健机构 (mental health rehabilitation institution)。

1.台湾职能治疗师全联会副秘书长，台湾营养师全联会法规顾问，台湾小区精神复健发展协会理事。

2.台湾《老人福利法》立法目的，于2015年1月修正(于长期照顾服务法制定前)。

3.《身心障碍者权益保障法》立法目的，于2007年6月修正。

4.以《长期照顾服务法》之立法目的：「为健全长期照顾服务体系提供长期照顾服务，确保照顾及支持服务质量，发展普及、多元及可负担之服务，保障接受服务者与照顾者之尊严及权益」以及「长期照顾」之用词定义：「指身心失能持续已达成或预期达6个月以上者，依其个人或其照顾者之需要，所提供之生活支持、协助、社会参与、照顾及相关之医护服务」，与《老人福利法》及《身心障碍者权益保障法》二者之立法目的相比较，可以推论得知。



「小区精神复健」既是「复健治疗」(rehabilitation)，法理上，依《职能治疗师法》(Occupational therapist act)解释「职能治疗」(节录)：「职能治疗乃为复健医疗之一种方式 ...」<sup>5</sup>；而精神医疗团队之其他专业，包括社会工作者、心理师、护理人员以及医师，皆非复健医疗之一员；又，「小区精神复健」之意涵，包括「有关工作能力、工作态度、心理重建、社交技巧、日常生活处理能力等」，正好与台湾《职能治疗师法》以及职能治疗师临床实务<sup>6</sup>，不谋而合。

因此，「小区精神复健」系「职能治疗师」之业务无误。

### 三、针对精神病人所提供之长照内容

「精神疾病 (mental illness)」，依《精神卫生法》用词定义，「指思考、情绪、知觉、认知、行为等精神状态表现异常，致其适应生活之功能发生障碍，需给予医疗及照顾之疾病；其范围包括精神病、精神官能症、酒瘾、药瘾及其他经认定之精神疾病，但不包括反社会人格违常者」<sup>7</sup>；而「精神病人 (patient)」，指罹患精神疾病之人。

如前所述，针对台湾现行《长照法》内容、项目之研究，必须先研究《老福法》以及《身权法》。按《长照法》公布前，精神照护机构得提供「社交活动及人际关系训练」、「心理重建 (psychological reconstruction)」、「情绪支持 (emotional support)」以及「行为辅导 (behavior counseling and guidance)」<sup>8</sup>。

精神照护机构得提供之服务，既与「小区精神复健」服务内容相同，又与「职能治疗师」业务<sup>9</sup>相符，于现代西医分工体制，自应由职能治疗师，对精神病人执行该部分长照业务才是。

### 肆、现行情况

实务上，依《精神卫生法》订定之「精神复健机构设置及管理办法」，僭越《精神卫生法》授权，抵触《职能治疗师法》、《社会工作师法》(social worker act)、《心理师法》(psychologists act)、《护理人员法》(nursing personnel act)、《医师法》(physicians act)甚至《医疗法》(medical care

5.台湾《职能治疗师法》立法理由二：「按职能治疗乃为复健医疗之一种方式，于医疗过程中是否需对病人做职能治疗，应由医师依病人病情需要做诊断，如需施行职能治疗，再交由职能治疗人员为之」

6.同注5，立法理由三(前段节录)：「所称作业治疗(occupational therapy)，系指对身体或精神有障碍之病人，依其病情，运用适当之治疗性活动(therapeutic activity)，以重建、维持或发展其动作协调或心理社会的适应能力之治疗行为」；四：「所谓产业治疗(industrial therapy)，系指运用生产性、服务性工作及其情境，以改善或增进病人之工作人格、工作习性及工作态度，促进病人回归社会之就业能力」

7.英译版本内容为“Mental illness: the illness with abnormal presentations in mental status such as thoughts, emotions, perception, cognition and behaviors, which cause impairment in the function to adapt to living and need medical treatment and care; its range includes psychosis, neurosis, alcohol addition, drug addition, and other mental illness recognized, but not antisocial personality disorder.”

8.台湾「身心障碍者个人照顾服务办法」。

9.《职能治疗师法》立法理由三(后段节录)：「所称作业治疗(occupational therapy)，...，对精神有障碍之病人，以运用治疗性活动，控制在不伤害他人或病人本身之情况下，帮助病人抒发、倾泄郁积之情绪，引导病人对外界活动能产生兴趣及注意力之集中，把潜力发挥出来，重新建立成就感、自信心，以积极面对现实。」





act)规定，以职能治疗师人数不足为由，于台湾，使社会工作人员(不需具备专业人员证书者)、心理师(包括临床心理师、咨商心理师)、护理人员(包括护理师professional registered nurses、护士registered nurses)，外行领导内行，滥竽充数小区精神复健机构。导致精神复健机构「复健服务」品质每下愈况<sup>10</sup>。

而台湾现行之长期照顾服务，亦忽略小于1%人口数之精神复健接受者(多半为「思觉失调症 (schizophrenia)」病人)。

影响所及，一、二十年來，徒然浪费金钱、资源，且潜伏(latent)于长期照顾体系，使需要照顾者，得不到真正职能治疗服务。

## 伍、结论

思觉失调症(旧称精神分裂症)病人，于学理上，比一般人退化较早；借用《老福法》之立法目的，「为维护病人之尊严与健康，推迟病人失能，安定病人生活，保障病人权益，增进病人福利」；或《身权法》，「保障其平等参与社会、政治、经济、文化等之机会，促进其自立及发展」；都与职能治疗「重建、维持或发展其动作协调能力或心理社会的适应能力」若合符节，更系职能治疗「运用治疗性活动，引导病人对外界活动产生兴趣及注意力之集中，把潜力发挥出来，重新建立成就感、自信心，以积极面对现实」<sup>11</sup>之天职。

台湾以其他专业鱼目混珠的冤枉路，导致「小区精神复健」发生恶紫夺朱的效应，也就是不具备证书的(unlicensed)社会工作人员以及人数众多的护理人员，宣称渠等也会「复健」，所谓小区精神复健，在台湾，充斥着充权(empowerment)以及照料病人(caring)，却不知如何训练病人回归社会。前车之鉴，后事之师，正足以提供将积极发展长期照顾借镜：长期照顾服务体系，无法避免照顾退化(老化)之精神病人，反过来说，应积极纳入以职能治疗师为主的精神复健内容，才可收事半功倍之效(efficacy)。

10. (含关怀访视检讨)，119-146页，高雄凯旋医院印行。自2003-2011，统计全台复健机构，「复健服务」评鉴得分率总是敬陪末座。

11. 黄曼聪，1997年，《职能治疗师法》立法理由。



## 六、参考文献

2. 台湾《老人福利法》立法目的，于2015年1月修正(于长期照顾服务法制定前)。
3. 《身心障碍者权益保障法》立法目的，于2007年6月修正。
4. 以《长期照顾服务法》之立法目的：「为健全长期照顾服务体系提供长期照顾服务，确保照顾及支持服务质量，发展普及、多元及可负担之服务，保障接受服务者与照顾者之尊严及权益」以及「长期照顾」之用词定义：「指身心失能持续已达成或预期达6个月以上者，依其个人或其照顾者之需要，所提供之生活支持、协助、社会参与、照顾及相关之医护服务」，与《老人福利法》及《身心障碍者权益保障法》二者之立法目的相比较，可以推论得知。
5. 台湾《职能治疗师法》立法理由二：「按职能治疗乃为复健医疗之一种方式，于医疗过程中是否需对病人做职能治疗，应由医师依病人病情需要做诊断，如需施行职能治疗，再交由职能治疗人员为之」
6. 立法理由三(前段节录)：「所称作业治疗(occupational therapy)，系指对身体或精神有障碍之病人，依其病情，运用适当之治疗性活动(therapeutic activity)，以重建、维持或发展其动作协调或心理社会的适应能力之治疗行为」；四：「所谓产业治疗(industrial therapy)，系指运用生产性、服务性工作及其情境，以改善或增进病人之工作人格、工作习性及工作态度，促进病人回归社会之就业能力」
7. 英译版本内容为“Mental illness: the illness with abnormal presentations in mental status such as thoughts, emotions, perception, cognition and behaviors, which cause impairment in the function to adapt to living and need medical treatment and care; its range includes psychosis, neurosis, alcohol addition, drug addition, and other mental illness recognized, but not antisocial personality disorder.”
8. 台湾「身心障碍者个人照顾服务办法」。
9. 《职能治疗师法》立法理由三(后段节录)：「所称作业治疗(occupational therapy)，...，对精神有障碍之病人，以运用治疗性活动，控制在不伤害他人或病人本身之情况下，帮助病人抒发、倾泄郁积之情绪，引导病人对外界活动能产生兴趣及注意力之集中，把潜力发挥出来，重新建立成就感、自信心，以积极面对现实。」
10. 张达人，2012年精神医疗网暨小区精神复健年终检讨会(含关怀访视检讨)，119-146页，高雄凯旋医院印行。自2003-2011，统计全台复健



机构，「复健服务」评鉴得分率总是敬陪末座。

11. 黄曼聪，1997年，《职能治疗师法》立法理由。



# 农疗对农村精神分裂症患者社会功能的影响

蒙玲<sup>1</sup>，韦佳<sup>2</sup>，韦李说<sup>3</sup>

## 摘要

目的 探讨农疗对农村精神分裂症患者社会功能的影响。方法 选择2012年5月至2013年6月住院的病人，在住院期间，使用循序渐进的方法进行农疗干预，于出院后一个月采用社会功能缺陷筛选量表（SDSS）进行评分，再追踪6年，每年对社会功能进行评分一次。结果 经过观察，两组总分总体逐年增高，干预后农疗组的SDSS总分与10个因子的得分都明显低于对照组，差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。结论 农疗可以改善社会功能，推迟社会功能的退化，提高患者生活质量，值得推广应用。

**关键词：**农疗，农村精神分裂症，社会功能，影响

## 壹、背景

随着我国农村社会的发展变化，很多农民承受的精神压力也随之增大，精神问题、精神疾病日益突出。与城市相比，当前农村精神病人的很多康复要求得不到满足且满意度不高，尤其是医疗康复和职业康复<sup>4</sup>方面。但是，当前农疗的正在逐步推进，推动了精神病人康复工作开展，为农村精神病人社会功能的康复提供全面长远的理论指导，更好的促进和解决农村精神病人的康复服务工作，建立和完善精神病人的康复服务保障体系，对维护社会稳定意义重大<sup>5</sup>。很多的研究认为精神分裂症治疗康复的重点不仅仅是对临床症状的控制，还包括其家庭、社会功能的恢复，直接影响病人及其家庭的疾病负担及生活质量<sup>6,7</sup>。我院住院患者中，农村病人占绝大多数，为了丰富他们的住院生活，使他们得到更有效的康复，结合我院实际情况，在开展各项康复的同时，开展与其家庭劳作密切相关的农疗课程，于出院后随访，采用社会功能缺陷筛选量表（SDSS）进行效果评估，现将结果报告如下。

1. 河池市第六人民医院。

2. 河池市第六人民医院。

3. 河池市第六人民医院。

4. 陆爱军，王永强. “农疗”对慢性精神分裂症住院患者的康复效果[J]. 上海精神医学，2010，2(4)：236-238.

5. 温爱玉，王云仙. 长期住院精神病患者对改善住院环境需求的调整分析[J]. 护理与康复，2012，11(3)：219-221.

6. 余建英，王旭，林小敏. 小区综合康复训练对慢性精神分裂症病人家庭功能和社会功能影响的研究[J]. 护理研究，2015，29(7B)：2540-2542.

7. 赵涛，张传海，庄美芳，等. 家属培训对长期住院慢性精神分裂症患者康复的影响[J]. 护理学杂志，2012，27(5)：29-31.



## 贰、对象与方法

### 1 研究对象

选择2012年5月至2013年6月住院的农村精神分裂症患者。入组标准：①符合CCMD-3诊断标准；②患者和(或)家属签署《农疗知情同意书》和愿意参与研究的知情同意书；③阳性和阴性症状量表评分 $<35$ 分；④有一定认知、理解能力，沟通无明显障碍。排除标准：①韦氏智力测验 I Q  $<70$ ；②伴有严重躯体疾病和明显的药物不良反应。将入组的共80例患者，随机分为对照组和农疗组。对照组40例：男性29例，女性11例；年龄 20-56 岁，已婚 14 例，有子女4例，未婚26例，住院天数61-268天，病程1-14年。农疗组40例：男性31例，女性9例；年龄 18-57 岁，已婚15 例，有子女4例，未婚25例，住院天数 65-273天，病程 1-13 年。农疗天数 64-262 天，两组病人的性别，年龄、婚姻情况、住院天数、病程等方面无明显差异性， $P>0.05$ ，见表1。

表1：两组病人的年龄、病程情况

组别	平均年龄 (岁)	病程 (个月)
对照组	44.19±8.12	231.50±107.83
农疗组	44.33±9.71	236.40±25.35
P值	>0.05	>0.05

### 2 方法

#### 2.1 农疗方法

(1)成立农疗小组(设小组长，由病人担任)，由病房主管医生和主管护士做好心理护理，鼓励病情稳定后的病人参加农疗小组；了解各患者家庭劳作的基本内容，利用我院现有的条件，开设家庭常栽蔬菜和瓜果的培育种植。

(2)每月由分管农疗项目的护士用多媒体进行讲课，内容包括：参与农疗的必要性和意义、各种时令农作物的栽培和病虫害防治、各种工具的使用和维护，每次课程30分钟。



(3) 农疗组住院期间参与农疗的时间 $\geq 4$ 周。采用循序渐进的作业方法：第一周每天1小时(上、下午各30分钟)；第二周每天2小时(上、下午各60分钟)；第三周每天3小时(上、下午各90分钟)；第四周以后每天4小时(上、下午各120分钟)，直至出院。

(4) 把每天的农疗任务分两部分，研究对象分为两个小组，每次治疗结束后，由农疗小组长进行质量检查，本小组成员之间进行点评，由农疗护士总结并发给相应的精神奖励和物质奖励，农疗患者两组之间每周进行相互交流1次，农疗护士在每次农疗之前，组织农疗小组对农疗基地现有的农作物进行勘察，了解农作物的长势、患病情况，对长势、患病情况进行现场分析，制定防治措施，布置本次农疗的任务。对照组则不参与其治疗，静养方式。

(5) 农疗成品每月通过多媒体展示一次，每4周为农疗的一个疗程。

(6) 出院后农疗组每天参与家庭劳作 $\geq 2$ 小时。

## 2.2 建立支持系统

家庭的关心及支持是精神病人康复的物质保障和精神支柱，住院期间农疗护士定期向病区反映病人的农疗情况，主管医生与患者的家属进行有效沟通，把病人的进步如实告知家属，出院后定期随访，让家属鼓励、支持病人参与农疗。

## 2.3 调查方法

采用自制的一般情况调查表收集患者的基本情况，内容包括性别、年龄、婚姻情况、病程、住院天数、病程、家庭常规劳作等内容。

## 3 评定方法

本文观察的指针主要为患者的社会功能状况，采用社会功能筛选量表评定(SDSS)，SDSS共10个项目，每项目的评分为0-2分，分3级评分：(0分)无缺陷，(1分)有些缺陷，(2分)严重缺陷。未婚者的第2和第3项评分记9，不计入总分，评定范围为最近一月。我国十二地区精神疾病流行病学调查规定总分 $\geq 2$ 分，为有社会功能缺陷。

## 4 统计方法

采用SPSS9.0软件进行分析，SDSS相关数据对比采用t检验， $P < 0.05$ 代表差异显著。

## 三、结果

经过观察，农疗组的SDSS总分与10个因子的得分都明显低于对照组，差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。见表2。经过追踪6年，我们发现6年期间两组总分总体逐年增高。见图1。我们又总结了2014-2019年农疗组和对照组的SDSS



年农疗组和对照组的SDSS总分与10个因子的得分，见表3。

)

表2：两组干预后SDSS相关评分对比(x±s，分)

项目	对照组	农疗组	t	P
SDSS总分	403±0.5	213±0.5	10.258	<0.05
因子				
职业和工作	53 ± 0.5	12±0.5	9.258	<0.05
婚姻职能	10 ±0.5	9±0.5	1.582	<0.05
父母职能	10±0.5	2±0.5	8.228	<0.05
社会性退缩	10±0.5	17±0.5	6.257	<0.05
家庭外的社会活动	59±0.5	20±0.5	7.559	<0.05
家庭内的活动过少	54±0.5	23±0.5	362.252	<0.05
家庭职能	55±0.5	24±0.5	10.254	<0.05
个人生活自理	16±0.5	6±0.5	15.245	<0.05
对外界的兴趣和关心	68±0.5	42±0.5	6.889	<0.05
责任心和计划性	68±0.5	57±0.5	6.255	<0.05

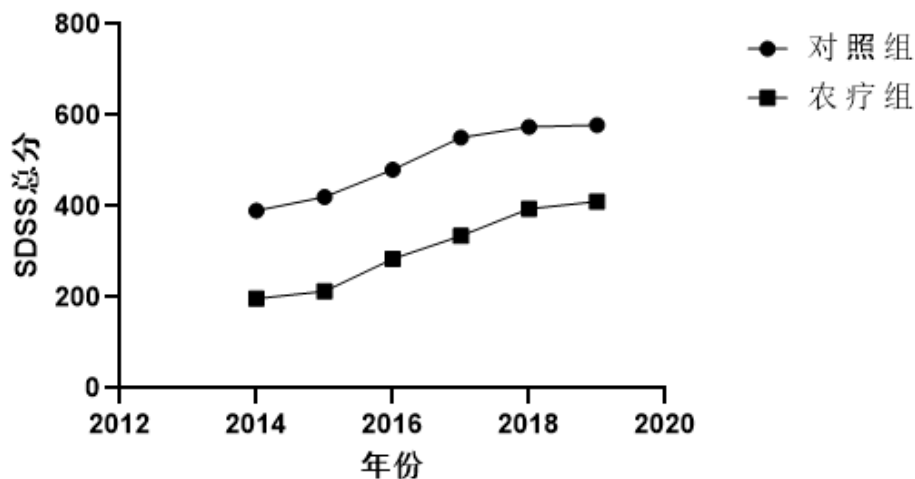
表3 2014-2019年两组的SDSS总分与10个因子的平均得分情况(x±s，分)



表3 2014-2019年两组的SDSS总分与10个因子的平均得分情况(x±s, 分)

项目	对照组	农疗组	t	P
SDSS总分	498.8±0.5	305.5±0.5	20.324	<0.05
因子				
职业和工作	57.8±0.5	35.3±0.5	1.582	<0.05
婚姻职能	10 ±0.5	19.5±0.5	4.235	<0.05
父母职能	9.5±0.5	5.5±0.5	4.789	<0.05
社会性退缩	61±0.5	36.5±0.5	4.237	<0.05
家庭外的社会活动	62±0.5	36.8±0.5	6.89	<0.05
家庭内的活动过少	58±0.5	36.1±0.5	2.15	<0.05
家庭职能	61.7±0.5	36±0.5	6.908	<0.05
个人生活自理	27.7±0.5	15.5±0.5	6.460	<0.05
对外界的兴趣和关心	66.2±0.5	38.2±0.5	7.256	<0.05
责任心和计划性	68.7±0.5	46±0.5	5.248	<0.05

图1：两组各年的SDSS总分总体趋势图







## 肆、讨论

目前我国农村地区，由于医疗资源的缺乏和不足，精神病人的医疗康复服务远远不够，加之职业康复、教育康复和社会康复等起步较晚，很多政策及康复制度都很缺失，所以我国农村精神病人的康复保障服务任重而道远<sup>8</sup>。国家执行的新型农村合作医疗政策，让许多农村的精神病患者有条件得到系统的治疗，农疗是非药物治疗综合干预治疗方法其中的一种，是一个主动参与的过程，增强了患者的主动性，提高了患者农疗参与周围活动的兴趣，对于农村精神病人更具有实用性意义。患者生活在农村，祖辈的劳作，熟悉的耕种程序在农疗基地尽现，患者在相互交流劳作经验的同时，可以相互倾诉，室外开放的空间更易使他们不快的情绪，得到宣泄，为患者建立良好的心境起积极作用，有利于疾病的康复。农疗计划的第四周，劳动时间和强度基本接近农村的劳动实况，通过循序渐进的方法，使第四周后的劳动时间、强度接近农村常规家庭劳作，每周逐渐加重劳动强度、延长劳动时间，随着工作时间、强度的递增，使机体的顺应性提高，病人更容易适应。通过多媒体讲课，增加患者的新鲜感，生动有趣的画面更能吸引他们的注意力，农疗成品的展示、支持系统的建立，提高他们完成农疗任务的信心，对发展新的兴趣或计划起促动作用<sup>9</sup>，这说明有组织、有计划、有目的的农疗训练对精神分裂症病人康复是有积极意义的，与徐燕等<sup>10</sup>的研究结果相一致。

在经济和文化水平相对低下的农村，人们对精神病知识的知晓偏少，往往忽视了患者社会功能的恢复和重建，患者病情复杂多变，复诊率高，精神病患者的费用已成为社会 and 患者家庭沉重的负担，而农疗疗效的提高，可以使患者创造一定社会经济利益，减轻家庭负担，提高生活质量，该研究结果与张文<sup>11</sup>的研究结果相一致。

总之，本研究中，患者的复发率会对SDSS评分产生一定的影响，出院后，患者疾病的周期、心理状态也会对评分产生一定误差。但是，对比两组10个因子的SDSS总分，农疗可以使精神病患者的惰性和负性情绪减轻，改善社会功能，提高社会适应能力和远期疗效，提高患者生活质量，值得推广应用。

8. 姚志贤·新型农村合作医疗制度中精神病人医疗康复受益情况调查报告[J]·中国康复理论与实践, 2009, 10(10): 22-23

9. 杨团, 李敬, 唐晓春·北京市农村地区精神病人康复服务现状与政策研究[J]·中国社会科学院社会政策研究中心, 2008, 7(12): 88-91.

10. 徐燕, 蔡军, 周岩岩, 等·农疗训练对小区精神分裂症病人康复的效果分析·[J] 护理研究 2018, 32(7): 1142-1143.

11. 张文. 农疗对精神分裂症慢性期病人康复的影响[J]. 中国民康医学, 2009, 21(6):624-625.



## 伍、参考文献

4. 陆爱军,王永强.“农疗”对慢性精神分裂症住院患者的康复效果[J].上海精神医学,2010,2(4):236-238.
5. 温爱玉,王云仙.长期住院精神病患者对改善住院环境需求的调整分析[J].护理与康复,2012,11(3):219-221.
6. 余建英,王旭,林小敏.小区综合康复训练对慢性精神分裂症病人家庭功能和社会功能影响的研究[J].护理研究,2015,29(7B):2540-2542.
7. 赵涛,张传海,庄美芳,等.家属培训对长期住院慢性精神分裂症患者康复的影响[J].护理学杂志,2012,27(5):29-31.
8. 姚志贤.新型农村合作医疗制度中精神病人医疗康复受益情况调查报告[J].中国康复理论与实践,2009,10(10):22-23.
9. 杨团,李敬,唐晓春.北京市农村地区精神病人康复服务现状与政策研究[J].中国社会科学院社会政策研究中心,2008,7(12):88-91.
10. 徐燕,蔡军,周岩岩,等.农疗训练对小区精神分裂症病人康复的效果分析.[J] 护理研究 2018,32(7):1142-1143.
11. 张文.农疗对精神分裂症慢性期病人康复的影响[J].中国民康医学,2009,21(6):624-625.

王聪<sup>1</sup>

## 摘要

相较于国外作业治疗服务在大学校园心理健康服务的成熟发展，国内高校心理健康工作中作业治疗服务确是空白。从2108年我国内地作业治疗人员从业现状的调查与分析的结果来看，作业治疗师主要工作领域为神经系统疾病；工作在精神心理领域中仅为6.47%<sup>2</sup>，而这些人当中在高校中从事心理健康作业治疗工作的人更是为零。因此这块领域更值得我们去探究作业治疗服务在国内大学校园里心理健康工作中的角色及其可行性。为之后切实在大学校园里开展作业治疗服务及构建更完善的心理健康服务体系提供有力依据。本文通过问卷调查，使用问卷星生成数据进行了解、分析研究大学生心理健康问题的特点及普遍性，结合作业治疗服务的内容及特色，为重新构建大学生心理健康工作服务模式提出新的方法和举措。

**关键词：**大学生心理健康，作业治疗服务，PEO模型

## 壹、国内外作业治疗服务在高校开展的现状

### 1. 国外作业治疗服务在高校开展的情况

西方国家，早在18世纪就有精神科医生运用作业活动的技术对患者进行治疗，第二次世界大战后，由于康复医学的兴起，尤其是全面康复观念的提出，作业治疗的工作重点由对精神病的治疗发展到对残疾的康复治疗上，着眼于身体功能的恢复及职业和劳动能力的恢复，而作业治疗师在医院、学校、小区等都有分配。近年来作业治疗发展很快，在基础理论、作业的分析 and 选择、新技术的开拓、新的治疗性作业理论研究、作业疗法的纵向分科发展、作业治疗与各学科配合以及作业疗法在保健和康复中的应用等许多方面都有了显著的进步。除了一些普遍的领域，很多OT都走进了校园，通过早期宣教、设计作业活动以及环境改造等方式减低了心理疾病发生率。例如加拿大英属哥伦比亚大学作业治疗系的师生很早开始将作业治疗服务同大学生心理健康工作相结合，在校园内开展作业治疗在心理健康领域中的服务，并取得很好的效果。

### 2. 国内作业治疗服务在高校开展的情况

近几年来，大学生出现心理问题的情况越来越多，各高校学生工作处也越来越重视学生心理健康情况。教育部印发《高等学校学生心理健康教育指导纲要》（以下简称《纲要》），要求健全心理危机预防和快速反应机制，建立学校、院系、班级、宿舍“四级”预警防控体系，

1. 昆明医科大学康复学院 云南 昆明 650500。

2. 闫彦宁, 杨永红, 芦剑峰, 李奎成, 胡军, 刘璇, 林国徽, 陈少贞, 胡岱. 我国内地作业治疗人员从业现状的调查与分析[J]. 中国康复医学杂志, 2018, 33(07):833-836.



完善心理危机干预工作预案。主要任务包括：把心理健康教育课程纳入学校整体教学计划，对新生开设心理健康教育公共必修课；通过举办心理健康教育月、“5·25”大学生心理健康节等形式多样的主题教育活动，增强心理健康教育吸引力和感染力；设立心理发展辅导室、心理测评室、积极心理体验中心、团体活动室、综合素质训练室等，积极构建教育与指导、咨询与自助、自助与他助紧密结合的心理健康教育与咨询服务体系；建立心理危机转介诊疗机制，畅通从学校心理健康教育与咨询机构到校医院、精神卫生专业机构的心理危机转介绿色通道，及时转介疑似患有严重心理或精神疾病的学生到专业机构接受诊断和治疗<sup>3</sup>。国内高校各自建立了心理咨询平台并开展一些心理教育活动，但成效不明显。在这些咨询团队中，主要是由心理专业或非专业人士进行管理。国内的作业治疗未受到社会足够重视，不仅仅是思想意识的问题还有各学科之间的合作问题，但是随着国际趋势的发展，近几年我国的作业治疗也发展迅速，但学校学生心理健康工作从未涉及。现在的教育团队模式依然老化陈旧，心理治疗团队更是单一。因此，相比较国内外作业治疗的发展现状，从国外成功的案例中借鉴经验寻找适合我国高校心理健康教育团队的模式和方法，调整心理健康工作团队人员和完善工作团队模式是十分必要且重要的事情。

### 3. 作业治疗在心理健康领域中的服务模式及内容

作业治疗服务建立在以服务对象为中心的模式以及基于作业治疗的模式上,为心理健康的个案提供生物-心理-社会范畴的全面康复评估及训练。其内容包括为个案提供团体治疗、单独治疗。团体治疗:包括社会功能训练、心理健康教育、情绪压力管理、兴趣爱好培养、认知功能锻炼和体能训练等<sup>45</sup>。

## 贰、对象与方法

### 1. 对象

以某医科大学2017级基础医学专业及康复专业 1000名学生为研究对象，网络回收问卷155份，有效问卷155份，回收率为15.5%；155名调查对象中，男性54名，占34.8%，女性101名，占65.2%。

### 2. 方法

采用自制大学生心理健康及作业治疗服务内容问卷，利用问卷星在线问卷调查平台，进行在线调查。

### 3. 统计分析

问卷星在线问卷调查平台直接生成百分比进行分析。

3. 吕汶聪 林蓓蕾. 大学生常见心理问题及干预对策,《全科护理》2018.8(16):24-2

4. 钱维, 陆江波, 苏彬, 李达. 无锡同仁国际康复医院精神科作业治疗服务模式介绍[J]. 中国康复, 2015, 30(06):435-436

5. 马亮. 作业疗法在精神疾病康复治疗中的应用效果评价,《基层医学论坛》2018.5(22):14



#### 4. 调查结果

调查结果显示：大学生的心理压力主要来源包括就业问题（32.26%）、学业压力（26.45%）及人际交往困难造成的心理压力（15.48%），见表1；调查中只有12.26%的学生表示自己现在的心理状态良好，未有任何压力和不适。同时在调查中发现如果在校园里开展康复作业治疗服务，67.7%的同学愿意参加社交技巧训练的小组活动，60.7%的同学愿意参加压力管理的小组活动，也有65.81%的同学提出希望在校园内设立压力减压室，可以供同学们使用，见表2。

表1 心理压力主要来源

选项	小计	比例
人际交往困难	24	15.48%
角色转换与适应问题	11	7.1%
学业压力	41	26.45%
就业压力	50	32.26%
家庭经济压力	10	6.45%
无压力，心理状态良好	19	12.26%



表2 同学愿意参加的康复作业治疗服务活动

选项	小计	比例
精神心理问题知识的培训	81	52.26%
精神心理问题的急救方法培训	81	52.26%
个人一对一治疗	83	53.55%
压力管理的小组活动	94	60.65%
社交技巧训练的小组活动	105	67.74%
自我效能感提升的小组活动	78	50.32%
压力减压室的使用	102	65.81%

### 三、对策及建议

结合调查结果、作业治疗服务内容、特色及教育部提出的四级心理健康防控体系，提出以下对策及建议：

3.1在宿舍及班级层面，在原来的基础上加入作业治疗的服务，包括：1、学生信息管理员和心理委员的精神心理疾病的普及及精神疾病的急救方法的培训2、通过小组活动、角色扮演、真实案例分享等活动进行精神心理疾病的宣传及倡导，改变学生对有精神心理问题的学生的态度，营造更具包容性的、和谐的校园环境。

3.2在院系层面，作业治疗的服务主要提供：1、对部分老师的精神心理疾病知识的普及。2、通过小组教育的方式，让学生找到压力管理、时间管理、社交技巧训练等方法。而社交技巧的训练也是同学们需求最大，最愿意参加的小组训练活动。

3.3 在学校层面，作业治疗的服务与大学心理健康服务站一同合作，处理解决学生的心理健康问题。主要包括：对学生进行面谈、评估及干预。值得一提的是，在面谈、评估和干预的过程中与心理治疗或心理咨询大有不同的是，



心理治疗和心理咨询主要注重解决学生的情绪心理问题。而作业治疗则关注学生生理、情绪、认知及精神等方面以及非常重要是关注他的作业活动表现，发现影响其作业表现的主要问题，通过使用CBT、社会学习理论、行为治疗、意象训练等方法解决问题，从而促进学生在某些受影响的作业领域的表现。

## 肆、限制

4.1 上述的对策及建议在现阶段还停留在理论阶段，还需要切实在高校中开展其服务内容，通过实践检验该对策是否可行有效及困难和阻力。

4.2 由于高校中心理健康服务中心尚未聘用作业治疗专业人员，对该对策及建议的实施有一定的局限性及困难。对作业治疗服务在高校中开展是一个巨大的挑战。

## 伍、参考文献

2. 闫彦宁, 杨永红, 芦剑峰, 李奎成, 胡军, 刘璇, 林国徽, 陈少贞, 胡岱. 我国内地作业治疗人员从业现状的调查与分析[J]. 中国康复医学杂志, 2018, 33(07):833-836.
3. 钱维, 陆江波, 苏彬, 李达. 无锡同仁国际康复医院精神科作业治疗服务模式介绍[J]. 中国康复, 2015, 30(06):435-436
4. 马亮. 作业疗法在精神疾病康复治疗中的应用效果评价, 《基层医学论坛》2018.5(22):14
5. 吕汶聪 林蓓蕾. 大学生常见心理问题及干预对策, 《全科护理》2018.8(16):24·2

赵然<sup>1</sup>

## 摘要

目的：研究精神科综合康复治疗对于精神发育迟滞患者的治疗效果。方法：选择精神发育迟滞患者20例，对其进行综合康复治疗，治疗前后均进行韦氏成人智力量表（WAIS）和日常生活技能训练量表（ADL）评估，比较评估结果。结果：与治疗前评估结果相对比，治疗后韦氏成人智力量表和日常生活技能训练量表评分较之前均有明显改善，差异具有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。结论：精神科综合康复治疗对于精神发育迟滞可以有效改善智力，提高独立生活能力。

**关键词：**精神发育迟滞，综合性康复治疗方法，精神康复

## 壹、背景

精神发育迟滞（MR）是精神科常见的精神疾病，是指个体在发育阶段（通常指18岁以前）精神发育迟滞或受阻，临床表现为认知、语言、情感意志和社会化等方面的缺陷、不足，在成熟和功能上显著落后于同龄儿童，成年后无法融入社会，常年在精神病院或福利院居住，给家庭和社会带来经济负担和相应社会问题<sup>2</sup>。

此类患者通常智力在70以下，由福利院或其他社会团体转介入院，生活无法自理，语言沟通障碍，社会功能缺损严重<sup>3</sup>。日常治疗主要依靠磁疗、针灸和康复护理，帮助患者适应住院生活<sup>45</sup>。

随着精神康复治疗在精神卫生机构的发展，针对此类患者，无锡市精神卫生中心联合各街道卫生服务中心研究采用综合康复治疗，以专业的康复手段，评估和分析此类患者的主要功能障碍，通过日常生活训练、认知训练、文化再教育训练、社交训练等综合康复方式<sup>6</sup>，帮助精神发育迟滞患者改善功能障碍，重新与社会连接，争取真正达到重返家庭，回归社会。此次研究的目的是希望能够了解通过日常生活训练、认知训练、文化再教育训练、社交训练等综合康复方式的说明，能否真的协助重返家庭，回归社会。

1. 无锡精神卫生中心。
2. 沈渔邨·精神病学[M]·5版·北京：人民卫生出版
3. 李洁，寇振芬·精神发育迟滞司法精神病鉴定69例分析[J]·临床医学，2012，32(4)：30—31。
4. 杨东梅，马彩云，尚清，等·中西医结合系统治疗精神发育迟滞临床路径初探[J]光明中医，2015，10(20)：2194-2197。
5. 潘小平，李东秀，苏赓，等·儿童精神发育迟滞针灸治疗和康复治疗结果分析[J]·中国民康医学，2014，18(11)：28-29。
6. 马丹英，常向东·慢性精神病患者康复技能训练的研究进展[J]·中国健康心理学杂志，2014，22(4)：639—641。





## 贰、研究方法

### 1. 方法：

综合康复以团体治疗（6-12人）为主要治疗方式，三个月为一个疗程。运用韦氏成人智力量表（WAIS）、日常生活技能训练量表（ADL）前后评估，进行对比。

由两位治疗师和一位康复护士组成综合康复治疗小组，制定好标准化的治疗流程，开展团体治疗：

- i. 日常生活训练：运用MOHO模式作为引导，进行穿衣、迭被、洗漱、用餐、外出等日常生活训练，帮助患者由意志上对日常生活活动的认知及价值观的改变，造成实际职能表现能力上的改变，并逐步将此改变转化为习惯，逐渐适应个人独立生活。
- ii. 认知训练：透过团体的设计进行关于记忆力、注意力、关注细节能力等认知训练，改善患者的认知能力，以降低认知功能对于日常生活表现的影响。
- iii. 文化再教育训练：通过简单的团体活动从识字、书写、社会文化再教育，帮助患者能够更好的融入现代社会文化环境<sup>7</sup>。
- iv. 社交训练：在团体活动中加入简单的社交技能训练，帮助患者能够正确识别他人情绪，表达自身感受，减少交流与沟通障碍引起的日常矛盾。

### 2. 结果：

治疗进行五个疗程，治疗结果：

	治疗前	治疗后	t	P
韦氏量表	40.700±8.0791	46.250±9.530	-7.829	<0.05
ADL量表	43.250±8.926	53.500±10.773	-10.335	<0.05

治疗前后韦氏量表评分比较，与治疗前相比，治疗后得分（46.250±9.530）明显高于治疗前得分（40.700±8.0791），差异具有统计学意义（P<0.05）。

治疗前后ADL量表评分比较，与治疗前相比，治疗后得分（53.500±10.773）明显高于治疗前得分（43.250±8.926），差异具有统计学意义（P<0.05）。

7. 牛国辉，熊华春，朱登纳，等. 引导式教育在精神发育迟滞幼儿中的疗效研究〔J〕. 中国实用医药，2014，9（18）：13 - 14。



### 三、讨论

#### 1. 最大程度帮助患者能够独立生活：

流行病学调查显示，我国中重度精神发育迟滞患者发生率为1.2%~5.5%，疾病给家庭、社会以及患者本身都造成严重的损害<sup>8</sup>。目前国内大多数患者都依靠福利机构收容、家庭赡养或精神机构住院等方式，但生活质量极低。对此，综合康复从多种功能恢复出发，在日常生活范围内训练患者的自理能力，最大程度帮助患者能够独立生活。

#### 2. 减少因社会文化脱节造成的社会脱离：

在文化再教育及认知范围内帮助患者提高与家庭、社会的融合度，在现代文化背景下减少因社会文化脱节造成的社会脱离。

#### 3. 提升沟通与互动技巧：

在社交训练中提升沟通与互动技巧，让患者与周边环境的信息交流数量与质量都大幅度增加，许多因交流障碍造成的情绪波动、异常行为等都能得到很好的抑制。

多种康复治疗技术综合应用，力求让精神发育迟滞患者能够最大限度的获得新角色、新能力，重新融入家庭，回归社会。

### 肆、限制

由于本次研究样本量小，干预时间较短，且研究中发现针对重度精神发育迟滞患者的治疗效果并不明显，尚需扩大样本量、延长干预时间、对不同程度精神发育迟滞患者分类干预等进一步研究。

### 伍、参考文献

2. 沈渔邨·精神病学[M]·5版·北京：人民卫生出版社，2005：696。
3. 李洁，寇振芬·精神发育迟滞司法精神病鉴定案例分析[J]·临床医学，2012，32(4)：30—31。
4. 杨东梅，马彩云，尚清，等·中西医结合系统治疗精神发育迟滞临床路径初探[J]光明中医，2015，10(20):2194-2197。
5. 潘小平，李东秀，苏赓，等·儿童精神发育迟滞针灸治疗和康复治疗结果分析[J]·中国民康医学，2014，18(11):28-29。
6. 马丹英，常向东·慢性精神病患者康复技能训练的研究进展[J]·中国健康心理学杂志，2014，22(4)：639—641。
7. 牛国辉，熊华春，朱登纳，等·引导式教育在精神发育迟滞幼儿中的疗效研究 [J]·中国实用医药，2014，9(18)：13 - 14。
8. 程明高，高永强，张玮·综合性康复治疗治疗精神发育迟滞患儿的效果分析[J]·河南医学研究，2015，9(8):57-58。

8.程明高,高永强,张玮.综合性康复治疗治疗精神发育迟滞患儿的效果分析[J].河南医学研究,2015,9(8):57-58。



吕忠益<sup>1</sup>

## 摘要

『小孩子为什么一直哭？』『孩子老是很怕生，不喜欢跟其他孩子一起玩！？』

『怎么了？我的孩子玩游戏就是很容易紧张与害怕！？』

『干嘛又生气了？可以好好跟我说吗？』『这么没有耐心，做不好一下就放弃了！？』

我们常常提醒与安抚孩子，爸妈老是问为什么情绪有状况，需要帮忙的孩子越来越多？

孩子在想什么？是什么让孩子爱哭爱生气？如何提升情绪稳定度？

**关键词：亲子教养，职能治疗**

## 壹、临床发现

透过简单的职能治疗实证医学观察，

就可发现感觉统合对孩子的情绪发展与调适非常非常的重要：

1. 临床上发现触觉敏感(不喜欢被碰触、拒绝理发、洗头洗脸，挑剔衣服质感，对痛觉反应过度、不喜欢穿裤子、套头衣服，远离他人，不喜欢别人靠近…)的孩子，情绪较不稳定，甚至翻脸跟翻书一样快，本来玩的好开心，可能因为别人不小心的碰触，突然情绪失控大发雷霆！！其实只要持续友善的拥抱，提供好的触觉刺激(按摩、顺毛抚摸、SPA、游泳…)与触觉减敏感的人际互动游戏(炒饭团、抱抱好朋友、烤乳猪、压比萨、搓汤圆…)，就会让孩子情绪忍耐度大大进步呦！

2. 前庭平衡觉整合不佳(容易晕车、拒绝或特别喜欢溜滑梯、害怕或是特别喜欢被高举、旋转或荡秋千，不自觉摇晃身体、跑来跑去、自我打转…)的幼儿，有的孩子变成异常好动，一直寻求大脑兴奋的感觉刺激来满足自己，很急很冲容易插队；有的孩子则会平衡差、易跌倒，动作差，甚至排斥运动玩游戏、不喜欢律动跳舞，变的容易紧张与焦虑、没有自信的小朋友，我们设计许多好玩有目的性的感觉统合游戏(超级跳跳马、秋千宇宙飞船打怪兽、滚滚香肠拼拼图、翻筋斗孙悟空、陀螺龙卷风…)，可爱的孩子们开始学习调整自己的行为与动作，冲动无法控制自己，还有胆小紧张的情况都是会缓解许多的！

1. 台湾阳光天使职能治疗儿童发展关怀协会理事长。



3. 本体运动觉发展不成熟(动作不灵巧、缓慢、很容易累，易绊倒、碰伤，玩跳格子、踢球、丢接球游戏有困难)的儿童，常常出现粗大动作发展较落后，动作不协调，肌耐力偏低，没有自信，容易放弃、没有学习动机的生理与心理状态，运动真的对孩子很重要，可以宣泄精力并稳定情绪，加强孩子的动作整合，增进免疫力与强健身体！所以好好的引导与陪伴孩子跑跑步、跳体操、骑脚踏车，适当加上户外的体能与球类活动，孩子的体适能、肌耐力也会大大提升！

4. 其他感官学习刺激不足：听觉注意力不集中(叫名字没有反应、上课时易分心、东张西望、常被无关紧要的声音干扰，无法专心听老师或父母说话.....，其实是听觉注意力系统调整有问题，无法过滤周遭杂音，因而无法专注听课，这类型的孩子通常都有感觉统合前庭平衡觉整合异常的问题。过动儿、迟缓儿皆会发生)，视知觉能力不佳(东西找不到、粗心大意、阅读跳漏字)，也会让孩子在学习上遇到挫折，这也是家长需要注意的地方！

孩子有情绪调适的问题，一定要寻求专业的职能治疗师协助，搭配感觉统合游戏，加上情绪人际互动训练，持续累积正向学习的生活经验，孩子的情绪与行为就是会越来越好的！

我们提供小诀窍，一起养育健康快乐的孩子。

## 贰、临床建议手法

### 1. 鼓励多运动：

陪孩子玩球、骑脚踏车、游泳等，多运动不但可以锻炼孩子的体能，也会让他变得更开朗。保持动态生活可以适度纾解孩子的压力与情绪，并且让孩子喜欢自己，拥有较正面的身体形象，并从运动中发现乐趣与成就感。

### 2. 笑口常开：

常和孩子说说笑话、一起编些好笑的歌，和孩子一起开怀大笑，对我们和孩子都有益处。光是大笑，就是很好的运动。

### 3. 常常拥抱：

轻轻一个拥抱，传达的是无限的关怀，是无声的「我爱你」。研究发现温柔的抚触拥抱，可以让早产儿变得较健康、较活泼，情绪也较稳定。对于大人而言，拥抱也能让人减轻压力，抚平不安的情绪。

### 4. 有创意的赞美：

当孩子表现很好时，不要只是说：「很好。」赞美要具体一些，说出细节，指出有哪些地方让人印象深刻，或是比上次表现更好，例如，「你今天有主动跟警卫伯伯说早安，真的很有礼貌。」不过，赞美时也要注意，不要养成



孩子错误的期待。有些父母会用礼物或用钱奖赏孩子，让孩子把重点都放在可以获得哪些报酬上，而不是良好的行为上。父母应该让孩子自己发现，完成一件事情所带来的满足与成就感，而不是用物质报酬来奖赏他。

### 5. 用心聆听：

没有什么比用心聆听更能让孩子感受到被关心。想要当个更好的倾听者吗？不要只用一只耳朵听，当孩子对你说话时，尽量停下你手边正在做的事情，专心听他讲话。要耐心听孩子说完话，不要中途打断、急着帮他表达或是要他快快把话说完，即使他所说的内容你已经听过许多遍了。陪孩子去上学途中或哄孩子上床睡觉时，是最佳的倾听时刻。

### 6. 给他表演的舞台：

每个孩子都有特有的天赋，何不给他们机会表现一下？如果他们喜欢说故事，鼓励他多说故事给你听。如果他对数字很擅长，带着他去逛街，让他帮你挑选价格便宜的东西。当你能欣赏孩子的才能，并表现出你的热情时，孩子自然会更有自信心。

7. 孩子需要的是陪伴，孩子需要的是关心，孩子需要的是激发潜能与发现孩子天才的爸妈。



耿红荔<sup>1</sup>

如果有一天你我也躺在惨白的病床上，你会不会希望在专业的临床支持之外多一些温暖的鼓励和支持。

我，是一名作业治疗师，由于长期工作于重症监护病房（Intensive Care Unit）便不由得对ICU的工作甚至乎生活有了新的认识。在这个收治了全院最多疑难重症患者的地方，作为崇尚以患者为中心、参与为主、功能至上的作业治疗（Occupational Therapy, OT）而言又该如何开展呢？

近年来随着ICU诊疗技术的不断提高，越来越多的患者从ICU中获益从而得到生命的延续；而随着医学模式的不断推进，生物-心理-社会医学模式（Bio-psycho-social medical model）逐渐被更多的临床工作者所关注，这样一来ICU的评价体系除患者生存率外，更多的也开始关注ICU幸存患者的生活质量。有大量研究表明ICU患者易出现呼吸肌和四肢骨骼肌的萎缩，而这些现象的产生并不能用危重疾病本身解释；同时ICU患者中亦出现了不同的精神改变，在腹部大手术和心脏术后谵妄发生率甚至高达50%和51%<sup>2</sup>。2012年，美国重症医学会（Society of Critical Care Medicine, SCCM）就提出应该加强对ICU后综合征（Post-Intensive Care syndrome, PICS）的认识<sup>34</sup>。而一般来说我们认为PICS主要就包括患者在ICU期间乃至出院后很长一段时间内出现的长期认知障碍、精神障碍和肢体功能障碍。

很长时间OT都着重处理后期患者，但当我们再一次关注PICS时发现其实三大ICU综合征都与OT需要促进的功能密切相关。而近年来更多的研究也表明OT在ICU中也扮演着举足轻重的作用。一篇于2009年发表在柳叶刀上的研究<sup>5</sup>就提示关注包括镇静、早期物理治疗和作业治疗的整体康复是安全可行的，并且对患者出院功能有积极影响，同时也可以介绍谵妄持续时间和呼吸机使用天数。当然据我所知，近几年随着康复医学的不断推进重症康复也逐渐被更多临床工作者所重视，但是真正在重症监护室中针对患者谵妄和精神认知状态进行介入的OT仍是屈指可数。这也是摆在我面前的一个难题，作为作业治疗师我们如何更好的了解我们的患者、如何为ICU的患者提供更安全有效的服务是一个值得探讨的问题。所幸这几年更多的集束化管理指南也在

1. 深圳市第二人民医院 中级治疗师。
2. Mu D-L, Wang D-X, Li L-H, et al. High serum cortisol level is associated with increased risk of delirium after coronary artery bypass graft surgery; a prospective cohort study. *Crit Care*. 2010;14(6):R238.
3. Needham DM, Davidson J, Cohen H, et al. Improving long-term outcomes after discharge from intensive care unit[J]. *Crit Care Med*, 2012, 40(2):502-509.
4. Wunsch H, Guerra C, Barnato AE, et al. Three-year outcomes for Medicare beneficiaries who survive intensive care[J]. *JAMA*, 2010, 303(9):849-856.
5. Schweickert, W. D., Pohlman, M. C., Pohlman, A. S., Nigos, C., Pawlik, A. J., & Esbrook, C. L., et al. (2009). Early physical and occupational therapy in mechanically ventilated, critically ill patients: a randomised controlled trial. *Lancet*, 373(9678), 1874-1882.



关注患者疾病以外的因素，也为OT的介入提供了很好的支持。下面的表格展示了集束化管理中对患者觉醒程度的关注，这样作业治疗师就有可能在患者更好的状态下对其进行资料的收集，适当的家属参与也可以让OT介入时关注到患者社交环境的支持。表2 则展示了根据美国作业治疗协会（American Occupational Therapy Association, AOTA）给出的OT框架，作业治疗师应该为患者提供多元化的治疗策略，横向发展的思路可能让作业治疗师在治疗的选择上可以有更丰富的选择。x阿姨的故事可能会给人们一些关于OT在ICU介入的一些灵感。

表1 ABCDEF集束化管理<sup>6</sup>

ABCDEF集束化管理	
A (awakening)	由护士评估机械通气患者进行觉醒试验的安全性
B (breathing)	由呼吸治疗师评估患者进行自主呼吸试验的安全性
C (coordinated effort)	在减少或停止镇静剂、患者恢复自主意识后，由护士和呼吸治疗师共同进行自主呼吸试验，医生重新评估是否改换镇静镇痛药物或者减少剂量，并决定拔管时机
D (delirium assessment)	可综合应用Glasgow 昏迷评分量表（GLS 评分量表）、RASS评分和 CAM-ICU 量表来评估
E (early mobilization and ambulation)	早期活动包括物理锻炼和职业治疗
F (family)	增加亲情交流，鼓励家庭成员的早期介入帮助，参与到ICU 的日常治疗护理工作中

6. Marra, A., Ely, E. W., Pandharipande, P. P., & Patel, M. B. (2017). The abcdef bundle in critical care. *Critical Care Clinics*, 33(2), 225-243.



表2 业治疗框架<sup>7</sup>一览表

Create, promote (health promotion)	促进患者在更真实环境下的活动参与 ((adapted from Dunn, McClain, Brown, & Youngstrom, 1998, p. 534).)
Establish, restore (remediation, restoration)	重建已经缺失的能力或技能 (adapted from Dunn et al., 1998, p. 533).
Maintain	持续拥有已获得的能力或技能
Modify (compensation, daptation)	提供环境或工具的改造 (Dunn et al., 1998, p. 533).
Prevent (disability prevention)	注意作业活中并发的风险因素(adapted from Dunn et al., 1998, p. 534).

每次的转介都承载着一份希望，每次的会诊都蕴藏着一份信任。X阿姨是我众多ICU患者中的一位，和她的康复旅程还要从一次意外说起。X阿姨向来喜欢游山玩水却在一次外出游玩中发生了意外导致颈椎骨折脱位并脊髓完全性损伤ASIA, C4-A, 在当地行骨折钢板内固定术后急诊送至我院ICU。入院后经过一周的临床救治，由康复医师根据澳大利亚机械通气专家共识<sup>8</sup>标评估后转介至重症康复治疗组，物理治疗师针对患者的心肺功能进行相关的处理、同时做好四肢骨骼肌肉的保护及残存力量的练习。

而我作为一名作业治疗师也收到转介申请开展OT服务。我们都知道康复评定是康复治疗目标及方案设定的前提，没有评估就没有治疗的话语权。通常来说，我们将评估分为定量的标准化评估和定性的非标准化评估，而当我们面对重症患者的功能评价时非标准化的评估是尤为重要的，因此首次的患者见面我开始尽可能多的了解患者的真实状态而不是进行详尽的功能评价，这样的评估实际上从推开病房大门的那一刻起就开始了。

表3 ICU常见功能障碍及对应评价工具一览表

功能障碍	常用量表
康复介入时机	机械通气患者早期主动运动的专家共识和建议 五个标准化问题
意识状态	GCS、FOUR、CRS-R
精神认知	CAM-ICU、MMSE
疼痛躁动	NRS-V、COPT
吞咽障碍	染色试验、洼田饮水试验
肌骨功能	MRC、PFIT、RPE
生活能力	Bathel Index、FIM
生活质量	SF-36、EQ-5D、NHP

7. Roley, S. S., Delany, J. V., Barrows, C. J., Brownrigg, S., Honaker, D., & Sava, D. I., et al. (2014). Occupational therapy practice framework: domain & practice, 2nd edition. American Journal of Occupational Therapy, 62(6), 625-683.

8. Hodgson, C. L., Stiller, K., Needham, D. M., Tipping, C. J., & Webb, S. A. (2014). Expert consensus and recommendations on safety criteria for active mobilization of mechanically ventilated critically ill adults. Critical Care, 18(6), 658.





在一个阳光正好的下午我全副武装的穿著隔离衣打开了患者的病房大门，x阿姨独自躺在一间单人病房中，病房有窗却拉着窗帘阳光根本无法穿透进来，我轻轻打开窗帘让阳光透进来，x阿姨看向光线的防线，尝试用唇部活动向我打招呼。我做了一些简单的体格检查却没有完成全套的损伤平面评估，这似乎不符合临床诊疗规范，但是当我看到患者腹部区域大片血红划痕时我还是改变了首次的评估策略。与其做一些临床已经做过很多的检查倒不如开始使用OT的访谈技巧，为了不增加患者的呼吸压力，在和管床医生协调后我邀请她的先生一同参与到了我们的第一次访谈。

通过访谈我了解到了患者的职业和其既往的兴趣爱好，这对后续的治疗实施和作业活动的设计是很有帮助的。首次访谈中患者有很强的交流欲望，如何建立有效的沟通是我应该考虑的问题；患者有一个很好的姐妹平日就喜欢在花园里泡泡茶聊聊天，很是惬意。我看着窗外下午的阳光，也在考虑是否可以从此处着手给予患者以康复的力量。实际上基于今天的访谈我们以PEO模式对患者进行分析，可以了解到患者在P、E、O三者中的强弱势表现。

表4 基于PEO模式下的患者评估

	强势	弱势
P (person)	1、生命体征平稳：保证了后续治疗的安全性 2、呼吸机模式：:SIMV模式，与物理治疗师配合争取脱机 3、神志清楚：精神可，表达欲强，应尽快建立有效沟通	1、ASIA：C4—A：残存功能有限，预后不佳，需考虑肢体保护 2、气道清洁力减弱，防止坠积性肺炎和误吸 3、无法翻身骶尾部皮肤需要格外保护防止压疮
E (environment)	1、社交环境：家属对治疗和患者都予以高度支持支持 2、物理环境：单间病房干净明亮，应保持昼夜变化	1、单独病房：无法及时表达自己的要求，没人查房时无法呼救 2、管道凌乱：确定管道连接，使用热塑板材固定易脱落管道
O (occupation)	1、喜欢阅读、饮茶：播放音讯节目 2、希望和姐妹在一起玩：以此为契机为患者树立目标感	1、无特殊



根据上表的内容，我联络了康复团队进行了一次针对该患者的全面讨论，最终达成一致意见，除了基础并发症的防控外，我们尽快设计出适合患者使用的交流板、加强与患者的有效沟通。常用的交流板为九宫格但是对于X阿姨来说头部的控制只能满足四宫格的动作，于是我找到了患者最常需要交流的四大事件包括：喝水、如厕、摇床和音乐。并针对交流板的应用开始进行头控的训练。

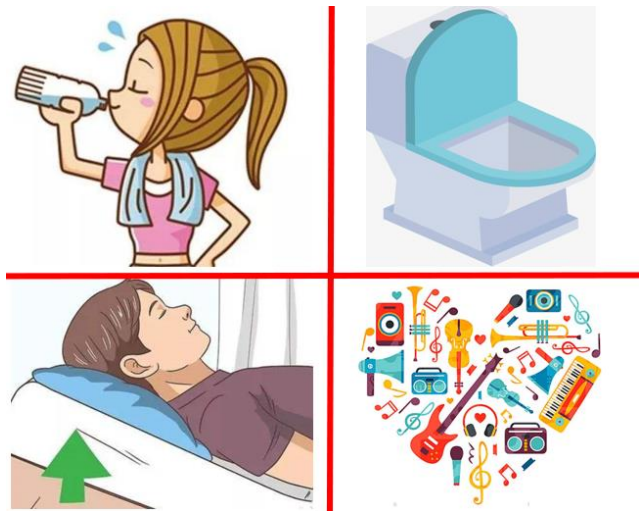


图1 四宫格的交流板设计

为了更好的让我们的目标和患者目标达成一致，我再次邀请患者家属共同讨论患者在ICU的康复目标。患者表示非常希望可以进行语言表达，我们也认为通过训练可以建立患者语言表达的可能性。而为了让患者找到康复的目标感，几轮访谈后患者也希望未来依然能过上驱动着轮椅到姐妹家后花园聊聊天、喝喝茶的生活。明确具体的作业活动为康复的开展建立了一个良好的契机，根据对这个活动的全面分析我们认为尽快改善患者不同体位下的躯干控制也是十分必要的，我们也为患者设计了胸背支架以保证在后期床旁坐位时的安全性。当然这样的访谈结果不是一蹴而就的，每一次的访谈都需要为患者带来些许的实质性改变，下图也展示了这个患者康复期间我们提供的部分服务。



图2 简单的辅具制作



表5 基于PEO的OT介入

<p>P (person)</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1、在进行翻身起坐前进行必要的关节活动以保证后续关节活动的安全性</li> <li>2、加强患者头控训练以方便使用四宫格，并为未来使用核孔轮椅做准备</li> <li>3、进行发音训练，运用APP语音识别来回馈患者现在的语言能力水平</li> <li>4、进行不同角度的摇床坐起，尽早完成床旁坐起、为轮椅转移做准备</li> </ol>
<p>E (environment)</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 积极联络医生护士密切关注镇静药物的使用情况</li> <li>2. 协同护士做好良肢位拜访，并宣教家属相关方法</li> <li>3. 宣教家属学会正确的肢体运动方式</li> <li>4. 鼓励在不违反院感原则下，让患者的姐妹一同参语言表达活动</li> <li>5. 协同护士联络灯光管理，让患者有正确的昼夜时间输入</li> <li>6. 选配合适的下肢足托防止下肢变形</li> <li>7. 改良颈托支持垫片防止局部压疮产生</li> <li>8. 改良患者衣服更容易穿脱</li> <li>9. 运动手机设定自主呼吸训练闹铃</li> </ol>
<p>O (occupation)</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 通过微信语音向家属报告每日活动</li> <li>2. 尝试唱歌录音</li> <li>3. 将轮椅在监护下推出病房</li> </ol>



经过整个团队的通力合作，患者于2周后耐受摇床坐位70°；4周后间断性脱机，期间根据患者爱好鼓励患者尝试唱歌；6周后可佩戴支具开始端坐训练；8周后可以在脱机状态下完成整个床椅转移过程，并可以在经鼻氧气支持下正常言语交流达20分钟，最终顺利转出到普通病房。虽然患者顺利转出ICU后仍需要长时间的康复训练。但是我相信在共同面对创伤的时候，作业治疗师仍能和患者一起发现希望之光。我们能够通过专业的活动分析让患者找到更多生活的意义。

在工作的最初一段时间内，“安慰、安慰”的工作性质让我找不到OT在ICU的角色，但是随着工作的推进我反复在思考，患者并不需要空虚的“安慰”。每天或是每周看得到的进步才能给患者带来更多的动力。通过“访谈”我们常常会了解到临床医师不慎察觉的患者生活习惯、也更多的了解患者的既往性格特征；通过“观察评估”我们常常更能明确患者的潜在功能和精神状况；通过“分析设计”我们可以提供更加有意义有动力的OT治疗，让患者看到自己看到自己的进步。我想这也是作业治疗的魅力所在，这些年我们越发明白了那句著名的格言：常常去帮助、总是去安慰、偶尔去治愈。带一些有温度的治疗，能更好的调动患者的积极因素，最大限度的解除患者的心理障碍，增强患者的信心。

### 参考文献

2. Mu D-L, Wang D-X, Li L-H, et al. High serum cortisol level is associated with increased risk of delirium after coronary artery bypass graft surgery ; a prospective cohort study. *Crit Care*. 2010;14(6):R238.
3. Needham DM, Davidson J, Cohen H, et al. Improving longterm outcomes after discharge from intensive care unit[J]. *CritCareMed*, 2012, 40(2):502-509.
4. Wunsch H, Guerra C, Barnato AE, et al. Three-year outcomes for Medicare beneficiaries who survive intensive care[J]. *JAMA*, 2010, 303(9):849-856.
5. Schweickert, W. D., Pohlman, M. C., Pohlman, A. S., Nigos, C., Pawlik, A. J., & Esbrook, C. L., et al. (2009). Early physical and occupational therapy in mechanically ventilated, critically ill patients: a randomised controlled trial. *Lancet*, 373(9678), 1874-1882.



6. Marra, A., Ely, E. W., Pandharipande, P. P., & Patel, M. B. (2017). The abcdef bundle in critical care. *Critical Care Clinics*, 33(2), 225-243.
7. Roley, S. S., Delany, J. V., Barrows, C. J., Brownrigg, S., Honaker, D., & Sava, D. I., et al. (2014). Occupational therapy practice framework: domain & practice, 2nd edition. *American Journal of Occupational Therapy*, 62(6), 625-683.
8. Hodgson, C. L., Stiller, K., Needham, D. M., Tipping, C. J., & Webb, S. A. (2014). Expert consensus and recommendations on safety criteria for active mobilization of mechanically ventilated critically ill adults. *Critical Care*, 18(6), 658.



03

---

# 新手感悟

中华OT电子期刊 2019.09  
The Chinese OT e-Newsletter



# OT毕业生-作为作业治疗师的第一份工作

## OT毕业生- 我作为作业治疗师的第一份工作

时值九月，金华秋实，我们如同时珍园里的杏子成熟落地，将大学所学带到祖国各地。秉持“大医精诚，止于至善”的校训，也时刻谨记师长“终身学习”的叮嘱，将康复作业治疗进行到底。以下是福建中医药大学2019届三位应届毕业生在作业治疗领域不同的就业情况反映：

**高丽萍**，目前就业于**郑州市某综合性医院**，从事康复治疗师工作。

似乎还没来得及回想大学生活，似乎准备了很久，似乎永远都没有准备好，怀着一种莫名的心情踏进社会，不舍，怀念！

四年前，我还是懵懵懂懂的认为“康复”就是所谓的“推拿、按摩”，从来没有想过自己毕业后会成为一名治疗师。我对康复的兴趣是在这四年当中慢慢建立起来的，起初了解康复的定义，发展，理念，服务对象...存在功能障碍的客户一步一步康复，回归家庭，重返社会...

说起这个工作，其中有一个很重要的原因是，家长希望能在省内工作，所以个人比较关注省内医院的招聘信息。处于实习期间的我，在实习生微信群里看到带教老师转发的消息而获得郑州某医院的招聘信息，后来根据官网上面的要求进行投递简历报名，两个星期之后便收到医院通知信息，需要携带材料参加现场确认，笔试，面试，以及复试。在确认报名材料的同时，现场考试临床操作（康复科主任作为患者），第二天上午安排了两场考试，专业笔试以及心理测试；下午安排面试，首先是中英文自我介绍，其次是评委提问环节，我的问题是“网球肘”相关的肌肉分析以及扳机点，压力衣的使用对象以及支具的制作；第三天安排了复试，在此之前是综合了笔试以及面试的成绩，部分同学收到复试通知。之后便继续回到实习地点，一边实习一边等消息。

今天吃了什么？今天的衣服很好看啊！你住在哪里呢？小区？楼房？你的职业是做什么的？……这些事情每天都会在我们的生活中上演，它们就是日常生活，包括了我们的衣、食、住、行。作业治疗是指协助残疾者和患者选择、参与、应用有目的性和有意义的活动，预防、恢复或减少与生活相关的功能障碍及促进最大程度的功能，达到最大限度地恢复躯体、心理和社会方面的适应和功能。患者每次来做治疗都会诉说，“你看我这个手连勺子都拿不住”、“我什么时候能自己穿衣服啊，不想让家人帮我”，这些日常生活活动对他们来说尤其重要，甚至影响自尊心，在这种状态下作业治疗师的介入可以为他们解决很多问题。在临床上，特别期待患者向我说“我之前做



“做不了……，现在我能……”，只有在这个时候，我才会对自己的能力有一丝认可。

工作将近三个月，对于作为新人的我来说，需要学习的东西还有很多很多，初次接触一所医院的临床体系，我还需要尽快调整自己的状态去适应新的模式。但是很幸运也很感谢，在大学期间，学校以及老师的栽培，灌输比较专业、领先的作业治疗理念以及模式，使自己作业治疗层面的理论与实践的知识框架是一种比较“崭新”的状态，但是现在临床的工作在逐渐充实我的知识容积，使其更加紧实、丰富。入职三个月再加上实习一年，我始终遇到一个问题：“如何通过作业活动使偏瘫患者的肌张力快速降低？”这个是我比较疑问的地方。我相信通过后面临床上面的学习以及专业老师的研究我能找到一部分答案，我给自己的目标就是：每天进步一点点，日后进步一大点。

未来的我，第一年打算先在做好本职工作的基础上，努力学习康复专业知识拿到康复治疗师资格证，其次争取早些获得某院校研究生录取通知书，并攻读研究生课程获得硕士学位，而且希望自己可以在某一个康复专业领域有较好的成就，如果可能的话，想要有更高层次的深造，考取博士学位！现在的我就要努力朝着自己设定的目标路线向前走，哪怕只走一点点，那也是前进的方向！

**宋亚丹**，目前就业于**上海养志康复医院**，从事作业治疗师工作。

2015年9月入学，开始学习康复相关知识。2018年7月，我大四，开始在上海市养志康复医院（上海市阳光康复中心）实习；同年12月份，我开始准备找工作。因为在上海实习，所以我一直在关注上海医院招聘的信息，也包括我实习的医院，都在招聘时间投递了简历。后来，关注的范围逐渐扩大，因为我家在河南，所以开始关注郑州市医院的招聘信息，逐渐在相关医院官网上给的方式填写信息，投递简历。经过不断的笔试、面试、操作考，差不多在2019年5月左右，拿到了上海几家私立医院的offer。也由于实习所在医院本来是以招研究生为主的，所以一开始并没有被聘用，等到七月中旬被通知补录，又回到了上海市阳光康复中心上班，成为了一名上海市阳光康复中心的一名作业治疗师。

2019年7月11号，我正式开始上班。刚开始时候，跟实习是完全不一样的状态，开始独立接病人、评估并制定康复计划，需要很快速地跟病人建立良好的治疗关系。因为本身就在这家医院已经实习过一年，所以对医院的整体





架构与接诊患者有一定的了解，进入工作状态也比较快。因为阳光是一家专科康复医院，所以分工比较明确，康复医生、OT、PT、ST、护士都是各司其职，整体工作环境和工作内容都比较符合我一开始的期待。我现在主要做的是神经系统疾病作业治疗，以卒中病人居多。

现在距离我开始上班已经两个月了，会越来越发现仅仅靠在学校学习的知识去做病人是不够用的。我需要去思考和寻找很多问题的答案，比如，怎么在最短的时间里跟病人建立关系、怎么让病人理解作业治疗，并相信它的价值等等。当看到一些病人做了一段时间治疗以后，躯体功能更好了，并且可以在现有的疾病状态独立完成一些ADL活动（洗脸、刷牙、穿衣、转移等等）的时候，会觉得自己的所作所为是有价值的；可是同时，当看到一些老病人，反复入院，却无特别的进展时，会觉得难过。所以即使有人告诉我，维持也是一种进步的呈现形式，我依然想要寻求改变。

对于未来，我会有许多期待。首先希望自己可以扎扎实实的积累临床经验，好好工作，更好地服务于更多的病人；其次希望自己可以不断提升自己，三年后可以去做攻读研究生；最后就是希望康复展的越来越好，在越来越多的地方，包括不发达的城市、山村偏远地区都可以有康复的出现，也希望自己以后有机会去这些地方贡献自己的一份力量，为康复的发展做出个人份的努力！

**朱雪玲**，目前就职于**上海长和大蕴儿科门诊部**，从事儿童作业治疗师工作。

每一个不曾起舞的日子都是对生命的辜负，对于初入临床的我而言，每一个不曾学习的日子都是生命的辜负。问自己现在的工作是否符合预期，我的回答是：超出自己预期。本着学习的心态选择在这家医疗机构工作，成为全职的儿童作业治疗师，现在回过头看去年万分纠结的自己，会忍不住告诉那时找工作的我：不要担心未来，去经历去感受就好。相较于公立院所拥有的稳定环境，在这样的国际化医疗机构我感受到的是更多快节奏，不断变化的压力。表面上看，临床业务不是每个小时的连轴转，实际上，在间歇时间需要写个案进展记录、治疗计划、家庭指导建议等，参加IDT会议，参加集团内培训，自我学习汇报，不时需要到国际学校提供服务等等。在这样的环境中，于我而言，是符合自己刚要将理论和临床进行接轨的状态，有充分的自我思考和督导给予回馈，能够及时发现现在提供作业治疗服务时自己没有留意的区块，作出适切的调整。

在生活中，脱离集体宿舍生活的我马上意识到作业治疗对于了解自己的



生活，打理好生活太重要了。作业治疗是源于生活又运用于生活，和生活融为一体的，而在我的生活中完全能表现出自己的专业：建立合适的日常规律、家居的安排、工具的调适性使用、以及各种资源再利用等等，成为开放而自由的人，多姿多彩的生活是作业治疗所带给我的，所以我也热切希望运用作业治疗帮助更多人，解决更多的事。

入职两个月，对于临床新人来说，我有太多需要学习，我依然很感谢学校的教育，很感谢实习医院的培养，这些基础让我的作业治疗大楼格外稳固，而现在的工作则让大楼不断的得到充实和丰富。作业治疗是什么？过去我也不断问自己这样的问题，现在我开始能够慢慢明晰了：Occupational Therapy即所有占用我们时间的事都是我们的作业，作业治疗师从孩子的日常活动，也就是孩子每天的生活内容，包括生活自理、学习、游戏及休息等活动中了解孩子的能力与限制。经由分析孩子日常所从事的作业活动，以及家中或学校环境的限制或支持，配合孩子的能力，运用活动改变，环境调整，以及辅具设计等专业技巧，提供不同的支持，以弥补孩子能力的不足，让孩子可以从事其感兴趣的作业活动。在这些治疗性有意义的活动参与中可以促进孩子身心功能全面的发展。我们运用活动设计的技巧，配合孩子的发展与学习潜能，在活动设计中提供适当的挑战，逐步提高孩子各方面能力的发展。因此作业治疗的主要目标是促进孩子参与作业活动的机会，及早帮助孩子参与日常作业活动，以发挥孩子的潜能，并让孩子有一个快乐的童年生活。

尽管目前临床上儿童作业治疗服务的年龄层，包含刚出生的新生儿一直到青少年，常见的诊断有脑性瘫痪、发育迟缓、染色体异常、肌肉萎缩、脑伤、脊髓损伤或体弱、感觉统合障碍、学习障碍、自闭症、智力缺陷、注意力缺陷多动症、行为及情绪障碍等个案，但我依然不会忘记前辈的谆谆教诲：牢记医学生誓言，Do not note only the details but not the overall picture. 不要觉得服务对象是儿童就可以把成人部分的知识丢失，要以全人的观点看待每一个小朋友，既要专注于当下，更要考虑到未来发展，更长远的一生的考虑，要善于治疗性地使用自己，治疗性运用环境，成为一名更好的作业治疗师。作业治疗师会遇见无数种可能的问题，OT是万能的，运用好自己的专业去应对万变的未来。

当然除了适应和掌握目前的工作外，我对于未来的规划还包括能够继续进修本专业的研究生课程，当然这部分期待还需要很长的时间才能实现，但我相信未来可期！

以上仅为个人对于专业的部分理解，希望能够得到更多老师的指导。



李江<sup>1</sup>

2017年冬季对于即将走向实习点的大三OT学生来说，对这个专业充满了好奇与期待，但更多的是迷茫。大学期间学习的是理论知识，但临床应用的机会很少。记住了作业治疗的名字解释，但对于其临床应用仍不足。作业治疗在国内仍然是新兴专业，如何让更多的人认识它，接受它，信任它仍还有挑战。

恰逢学校举办作业治疗峰会，在机缘巧合之下我来到了昆明长和天城康复医院实习。在开始实习之后，从最基础的观察报告开始学习，每天带教老师都利用下班的时间培训使用SOAP书写观察报告和治疗计划。同时老师所做的每一个个案都要求我写一份观察报告并给其批阅。每一份观察报告都需要数次与带教老师讨论和修改。在带教老师辛勤培训和我无数个夜晚辛苦学习下，我对临床个案的观察能力提高了很多，曾经被我忽视的很多细节也变得清晰起来。我的临床推理能力、评估准确性和临床技能操作得到了很大的提升。个案的每一个动作，每一句话背后可能都是治疗的一个切入点。这些微不足道的切入细节有可能会给一个个案巨大的改变。我也因此喜欢上了OT，喜欢这里孜孜不倦的老师，更喜欢为病人提供优质的康复服务的长和。

我选择了继续留在这里工作，我和其他通过笔试和面试来到这里的同事不一样的是老师们对我的很多考核其实已经融入到了平常的实习中。平时的多次个案汇报、病例书写、评估工具汇报、临床技能考核、理论知识考核等都是入职考核的一部分。

带教老师在孩子面前永远是一名和蔼可亲的大姐姐，那个能带着弟弟妹妹不断长大的姐姐。在病人面前永远是那个为了病人能回归家庭而努力学习

1. 福建中医药大学 昆明长和天城康复医院



新知识的人。在学生面前永远是无数个夜晚指路的明灯。我也希望自己能够成为他们一样的人，一个能帮助患者回归家庭和社会的人。

上班的第一天我很激动和兴奋，虽然见到的都是熟悉的面孔，但我的身份和角色发生了改变，我在成为真正的作业治疗师的路上迈出去了第一步，我对人生的职业规划充满了期待，我怎么提高专业技能，怎么加强临床经验，怎么建立良好的沟通能力，怎么得到同事、病人及家属的认可，这些期待和疑问也化为我的动力让我不断学习和努力，当然，值得庆幸的是，我所工作的地方有很成熟的一对一督导带教机制，有专业能力晋升级别规范，有在线线下不同级别教师的专题讲座，有完善的培训计划，这些都让我在职业发展路径上有更清晰的认识，在专业发展路径上，医院有请郭凤宜老师对新入职的员工提供入职培训。并且和督导一起制定给了专业发展计划。这是超出我的预期的。以患者为中心，注重多学科团队合作，注重循证医学等理念让我在工作中有表现中更好，让我为患者提供优质的康复服务而垫定了基础。

未来的康复是什么样子？自己未来会成为什么样的人？接下来的日子中都会遇见什么人呢？一切都是未知的，唯一不变是病人进步时的那一丝小雀跃；不变的是医者的初心；不变的是自己仍然还有很多的不懂，还需努力寻找答案。大医精诚，止于至善。



---

# 会议通知

中华OT电子期刊 2019.09  
The Chinese OT e-Newsletter

2020  
International Occupational Therapy  
Conference 国际作业治疗研讨会

四川省康复治疗师协会作业治疗师分会学术年会  
成都康复医学会小区康复专业委员会学术年会

中国·成都

会议主题：创新、融合、智慧、生活

会议日期：2020年04月9日 - 04月12日

会议地点：成都龙之梦大酒店（四川省成都市成华区嘉陵江路8号）

大会网站：<http://www.hkiot.org/2020iotc>

### 主办机构

香港职业治疗学院 成  
都市第二人民医院 成  
都康复医学会  
四川省康复治疗师协会作业治疗师分会

### 支持机构

中国康复医学会作业治疗专业委员会 四  
川省医学会物理医学与康复专业委员会  
台湾职能治疗学会  
台湾职能治疗师公会全联会  
四川省康复医学会工伤康复专委会  
重建生活为本康复文化传播中心（香港）  
四川卫生康复职业学院  
成都市青白江区人民医院  
四川省第二中医医院 成  
都第一骨科医院  
成都顾连康复医院

### 大会联络人：

张涛先生（注册/参展）+86 18608022057，微信：189630866，[189630866@qq.com](mailto:189630866@qq.com)

王琳女士（境外注册）+86 18926775716，[qd-linda@hotmail.com](mailto:qd-linda@hotmail.com)

向桃女士（会务咨询）+86 028-67830673，+86 18081896189，[buaaqt@163.com](mailto:buaaqt@163.com)

## 大会组织架构：

**大会顾问：**Kit SINCLAIR（香港）、林克忠（台湾）、方国恩、燕铁斌

**名誉主席：**周一岳（香港）、徐荣华、何成奇

## 组织委员会：

**主任委员：**梁国辉（香港）、闫彦宁、罗伦

**副主任委员：**张瑞昆（台湾）、刘雅、刘沙鑫

**委员：**徐庆士（香港）、陈刚（香港）、陈俊松（香港）、刘志豪（香港）、叶香君（台湾）、林国徽、刘岩、曾真、章荣、强茗、吴蔚然、胡婷、徐利、向桃

## 学术委员会：

**主任委员：**黄锦文（香港）、李奎成

**副主任委员：**张自强（台湾）、杨永红、李攀

**委员：**李月英（香港）、杨丽菁（香港）、叶智斌（香港）、江乐恒（香港）、黄璨珣（台湾）、胡军、刘璇、李恩耀、陈少贞、刘晓丹、况伟宏、吴丽君、胡岱、蔡素芳、陆佳妮

**财务秘书：**梁邱、方少丽（香港）

**招商统筹：**罗伦、梁国辉

**大会秘书处：**向桃、王琳（HKIOT）、王孝云、张涛、邱嘉欣（HKIOT）

**会议形式：**主题演讲、专题讲座、论文发表、专题工作坊、康复设备及产品耗材展览等

## 会议专题：

创新、融合、智慧、生活、神经康复、老年及养老康复、小区康复、急性期康复、创伤康复、脊髓损伤康复、OT创新、OT质控、OT文化及价值观、儿童康复、OT教育、职业康复

## 主题演讲嘉宾及题目：

**Dr. Charles CHRISTIANSEN (USA)**

Authentic 21st Century Occupational Therapy  
(21世纪真正的作业治)

**Dr. Hanne TUNTLAND (Norway)**

Reablement - as innovation and occupation - with an emphasis on the role of the occupational therapist

(复能-创新与作业-强调作业治疗的角色)

**黄锦文 教授 (香港)**

健康与幸福-如何达到此作业治疗的重要目标

**渡边慎一 教授 (日本)**

日本照护机器人的开发与普及：作业治疗师的角色

**罗伦 教授 (成都)**

成都地区康复发展愿景与使命：重建生活为本

## 工作坊嘉宾及题目

大会安排工作坊，工作坊名额有限，先报先得，满额即止。所有成功注册及交费的会议代表均会收到大会发出的工作坊报名表，可及时选择报名参加。如个别工作坊专题报名人数不足最低人，将会取消。查询及联络微信号:189630866

。工作坊主讲嘉宾及专题如下：


工作坊 1 4月9日上午	Dr. Hanne TUNTLAND	Reablement - what it is and how it can be implemented (复能是什么及如何实践)	英语 (实时翻译)	限 40 人
工作坊 2 4月9日上午	吕冠廷 先生	艺术 X 职能治疗	中文	限 40 人
工作坊 3 4月9日上午	宫本陈敏 博士	反复促通疗法 (川平法) 在 卒中后上肢功能恢复的应用	中文	限 40 人
工作坊 4 4月10日下午	Dr. Charles CHRISTIANSEN	What Every Occupational Therapist Should Know about Human Occupation: 10 Key Concepts (10 个所有作业治疗师应该 知道有关人类作业的概念)	英语 (实时翻译)	限 50 人
工作坊 5 4月11日下午	徐庆士 先生	上肢康复新理念-肘为先	中文	限 30 人



## 会议费用：RMB

参加者身份	提前报（2020/2/9， 18：00 截止）	提前报（2020/3/9， 18：00 截止）	现场注册
一般参加者	1200	1500	1800
主办协办机构会员	900	1200	1500
OT 全日制学生	400	600	800

## 会议注册及缴费：大会现已开始接受报名。

A. 中国大陆所有参会代表，请通过微信平台，扫码  注册及提交，并尽快安排缴费，无论以何种方式缴费，请保存缴费凭证，马上截图发给报名协调员，以确定注册成功完成。报名及缴费协调员：张涛先生，微信号：189630866，电话：18608022057。

### 报名及缴费流程



### 缴费方式：

- 1、 银行柜台对公汇款；请务必备注附言：“2020IOTC+姓名”
- 2、 个人网银、手机银行转账；请务必备注附言：“2020IOTC+姓名”，

以上两种方式的汇款数据如下：

收款帐户：成都康复医学会  
开户银行：中信银行成都分行-西月城支行  
账 号：7411-1101-8260-0076-771

- 3、 公务卡现场刷卡：请需要刷公务卡的参会代表提前与报名协调员联系，登记申请；大会规定提前报名所享受优惠，以收到费用日期为准，请先个人微信或支付宝预付注册费，请务必备注：“2020IOTC+姓名+手机后四位数”。报到时，公务卡缴费成功后，预交费用按原支付途径退还。未提前申请公务卡刷卡的参会代表，缴费时按现场注册收费。刷卡申请及缴费预付查询，连络人：张涛先生，微信号：189630866，电话：18608022057。

**B.香港参会代表**，请登陆大会网站 <http://www.hkiot.org/2020iotc/>在线注册；提交完整数据后，注册邮箱会收到报名编码回条，请尽快转帐、汇款或以支票存入，香港职业治疗学院帐户，请务必备注：“2020IOTC+姓名+电话/电邮”；缴费成功后，请将付款凭条以扫描或图片 WhatsApp 至 59035598，以便确认。会议查询及联系：王琳女士 电话：+86 18926775716；邮箱：[gd-linda@hotmail.com](mailto:gd-linda@hotmail.com)；收款资料如下：

收款帐户：HK Institute of Occupational Therapy Ltd  
开户银行：香港上海汇丰银行  
账号：814-098737-838

**C.台湾参会代表**，请登陆大会网站 <http://www.hkiot.org/2020iotc/>在线注册，提交完整数据后，注册邮箱会收到报名编码回条，请您尽快与大会指定的台湾团队工作负责人：张瑞昆先生联系，确认及完成缴费。

**D.其他地区及国际参会代表**，请登陆大会网站 <http://www.hkiot.org/2020iotc/>在线注册，提交完整数据后，注册邮箱会收到报名编码回条，国际代表可于报到当日持报名回条，现场以人民币缴费，缴费金额以网上注册日期为准，请提前兑换好相应金额人民币。

### 特约消息：

大会设立康复相关设备、训练产品、耗材及书籍等的展位展览和相关形式的广告 宣传及会议赞助，具体规格及标准要求详见“招商通知”，相关招商、参展报名 等安排，欢迎各展商来电详询：张涛 先生：+86 186 0802 2057。

## 会议征文：

### 目的

论文专场旨在促进专业人员的科研思维及能力；分享及交流专业内容；增加各地康复从业者间的交流及学习。

我们诚邀您为大会的「论文发表」环节投稿，您所投的稿经评选录取后，可选择在「论文发表」时段中作现场口头发表，也可以海报发表方式发表。口头报

告的发表时间为 10-12 分钟/人，另有 3 分钟问答时间。欢迎各作者踊跃投稿，大会将接纳同一投稿者以第一作者身份的最多 2 份论文现场报告发表。学术委员会将根据报告的学术价值作评选。被接纳录取的论文将会刊登于大会论文集及香港职业治疗学院网站。大会还特设多个奖学金名额（供 40 周岁以内的治疗师申请），符合奖学金申请资格的论文发表者，大会将于会议现场颁发奖学金 RMB 500 元。意在鼓励内地从事康复工作的治疗师踊跃参加。

大会接纳两类报告：（1）分析研究报告/科研论文；（2）经验分享报告。

### 征文范围：

创新、融合、智慧、生活、神经康复、老年及养老康复、小区康复、急性期康复、创伤康复、脊髓损伤康复、OT 创新、OT 质控、OT 文化及价值观、儿童康复、OT 教育、职业康复及作业治疗相关科研、教学、管理、经验分享类论文等。

### 征文要求：

- 中文摘要 300 字以内，英文摘要 500 字以内。
- 所有论文投稿者（含大陆、港澳台、国际）必须透过会议网站，按要求网上投稿，请登陆大会网站 <http://www.hkiot.org/2020iotc/>完成编辑。
- 每一位会议代表最多可以第一作者身份投 2 份摘要
- 论文投稿截止日期：**2019 年 12 月 31 日**，
- 大会收到论文后，将于一周内以电邮回复确认收讫。
- 如一周后仍未收到电邮确认，请再次投递。
- 录取结果将于 **2020 年 1 月 31 日**前公布，并以电子邮件通知第一作者。
- 论文入选者，符合奖学金申请资格的作者，可申请奖学金，
- 录取者将于大会现场颁发奖学金，未到场者视为自动放弃，不予代领。
- 口头报告者须统一使用大会安排的电脑。大会不设幻灯机及胶片投影机。
- 大会接纳海报发表报告，作者需按大会指定尺寸自行制作及设计海报。
- 论文未入选者，亦可按普通代表报名参会。

## 大会名誉主席



**徐荣华 教授 主任**  
医师 博士生导师  
成都市第二人民医院 院长

徐荣华教授是现任成都市第二人民医院院长，历任成都市卫生局医政处副处长、干保处处长；原成都市医院管理局改革发展处处长；成都市中西医结合医院党委副书记、院长。长期从事医疗卫生管理研究，具有丰富的医院管理经验。成都市政府特殊津贴专家、四川省卫计委有突出贡献的中青年专家、四川省卫计委系统先进个人、成都市第十批有突出贡献的优秀专家。在国内外核心期刊上发表学术论文 30 余篇。先后获国家科技专利 2 项、成都市人民政府科技进步三等奖 2 项、成都市科技进步二等奖 1 项。现兼任中华医学会创伤学分会常委；中国中西医结合学会神经外科专业委员会委员；中国医院协会中医医院分会第一届委员会委员。成都市医疗保险研究会副会长；成都中医药学会第七届理事会副会长；成都市医师学会第二届理事会副会长。2018 年，获得省卫计委 省中医药管理局四川省首届“新时代健康卫士”和中国医院协会“优秀医院院长”荣誉称号。2019 年荣获中国医师协会“白求恩式好医生”提名奖。

## 大会名誉主席



### 何成奇 教授

主任医师、博士生导师  
成都康复医学会 会长

何成奇教授是主任医师、医学博士、博士生导师。1997年获福建中医学院医学硕士学位；1999年美国Loma Linda大学访问学者；2003年获四川大学华西临床医学院外科学（骨科）博士学位。先后担任四川大学华西医院康复医学科/康复医学系书记、主任，康复医学四川省重点实验室主任，四川大学-香港理工大学灾后重建管理学院副院长。领导的学科为国家临床重点专科，2018专科声誉及综合排名全国第三。

学术任职：先后担任中国康复医学会运动疗法专委会主委，中国医师协会康复医师分会骨科康复专委会副主委，中华医学会物理医学与康复专委会候任主委，四川省学术技术带头人、四川大学华西医院一级专家、四川省卫健委首席专家、四川省医学会物理康复专委会主委、四川省医师协会康复医师分会会长、成都康复医学会会长。

学术成就：先后获得华夏医学科技一等奖、教育部科技进步二等奖、中国医师奖、中国优秀科技工作者、宝钢优秀教师奖、天府名医、香港理工大学荣誉教授等奖励及荣誉。主持国际项目5项、国家自然科学基金4项，四川省重大科技专案1项、863子课题2项及其他项目11项。发表第一作者SCI收录论文56篇、

中文统计源期刊论文223篇、专利12项。主编出版著作16部、副主编9部，参编16部。担任《中华物理医学与康复杂志》等五家期刊编委。

人才培养：2001年招收硕士、2006年招收博士、2009年招收博士后。先后培养硕士39人、博士33人、博士后6人。

临床特长：颈椎病、腰椎病、骨关节炎、骨质疏松、骨折术后及瘫痪康复。

研究方向：骨关节炎/骨质疏松/骨折的物理治疗基础与临床研究

## 主题演讲嘉宾介绍



Charles Christiansen 教授

美国得克萨斯大学医学院卫生专业学院临床教授

Christiansen 教授目前是“美国研究作业学会”(SSO: USA)的主席，也是一家名为 StoryCrafting, Inc 的咨询集团的创始人。他是美国作业治疗基金会(American Occupational Therapy Foundation)前任首席执行官，2008 年至 2015 年担任该职位。在他的学术生涯中，他曾在明尼苏达大学(University of Minnesota)担任卫生科学副教务长；在得克萨斯大学医学院(University of Texas Medical Branch (UTMB))担任健康专业学院院长和 George T. Bryan 杰出教授。他还在英属哥伦比亚大学(University of British Columbia)、得克萨斯大学圣安东尼奥分校(University of Texas Health Science Center at San Antonio)和得克萨斯女子大学(Texas Woman's University)担任领导职务。

Christiansen 教授曾获得多项学术奖项，并且是科学期刊 OTJR: *Occupation, Participation and Health* (作业、参与和健康)的创始编辑。在 2017 年的作业治疗百年纪念(occupational therapy Centennial)期间，他被美国作业治疗学会(American Occupational Therapy Association)颁发最高荣誉的“杰出贡献奖”(Award of Merit)，并被选为作业治疗史上 100 位具有影响力的人物之一。他是 12 本学术著作的高级编辑和撰稿人，并担任过去 10 个版本的《泰伯百科医学词典》的顾问，发表论文 100 余篇，论文章节被引用 2000 余次。

## 主题演讲嘉宾介绍



Hanne Tuntland 教授

挪威西部应用科学大学教授

Hanne Tuntland 教授，挪威西部应用科学大学(HVL)教授(全职)，奥斯陆城市大学副教授(20%兼职)。她拥有贝根大学的博士学位，奥斯陆大学的硕士学位和奥斯陆城市大学的职业治疗(OT)学士学位。她的 OT 专业领域是处理老年人健康。Tuntland 教授在作业治疗学士和康复与老龄化跨专业教育硕士的教学拥有丰富的经验。她根据学术和教学经验编写了几本 OT 学生教材。

Hanne Tuntland 教授是挪威研究“再赋能”(reablement)的先驱，并参与了两项有关“再赋能”的实证研究。她发表了有关再赋能”的几篇科学论文和报告，一篇博士论文，一本教科书和多篇书籍章节，探讨各方面的“再赋能”。她还参加了由国际老龄化联合会安排的全球“再赋能”智库，目前她是 ReAble 国际研究网络的成员。

## 主题演讲嘉宾介绍



黄锦文教授

香港职业治疗学院会长

黄锦文教授是香港资深作业治疗师，1981年毕业于香港理工学院职业治疗系。他先后修毕工商管理硕士、信息系统文学硕士及文学士（哲学）课程。他学术上的兴趣包括复康支架设计及制作、自理功能评估及训练、管理、信息系统及哲学。并创意地将以上知识组合运用于职业治疗中。他于社康职业治疗、认知功能评估、偏瘫康复及职业科学等范畴都有不同的著作及研究。他有超过 30 份著作，他亦多次被邀请在全国及国际会上发表学术报告。

黄锦文教授热心于推动内地作业治疗发展的工作，于 2002 年创办了香港职业治疗学院，为内地治疗师提供职业治疗培训。他现时是昆明医学院作业治疗系兼职系主任、中国康复医学会作业治疗专业委员会顾问及康复学报副编辑。



## 主题演讲嘉宾介绍



渡边慎一 (Watanabe Shin Ichi) 先生

日本横滨市综合康复中心 社区康复部长

渡边慎一先生是日本作业治疗法士协会 制度对策委员会福祉用具对策委员长，厚生劳动省福祉用具・住宅改修评估研究会委员，经济产业省日本工业标准 调查会委员，神奈川县作业治疗士会特别顾问，曾先后在日本国家铁路门司铁路 医院、横滨市综合康复中心、厚生劳动省老年人医疗福利局等机构工作。

渡边先生出版了多部专业书籍及刊物，包括《介护人员初级培训课本》、《介护管理辅助员 (Care manager) 培训文本》、《福祉用具辅导员培训课本》等等。

## 主题演讲嘉宾介绍



罗伦 教授

成都市第二人民医院 康复医学科主任

罗伦主任是主任医师，香港理工大学作业治疗研究生。成都市卫计系统第四批学术技术带头人，成都市康复医学质控中心执行主任。中国康复医学会作业治疗专委会常务委员；四川康复医学会工伤康复专委会主任委员；四川省医学会物理医学与康复专业委员会常委；成都康复医学会小区康复专委会主任委员；成都康复医学会副会长。致力于在四川省内、全国推广作业治疗理念、社区康复服务模式、工伤康复体系建设、一站式跨学科多专业服务模式等。在传统康复领域，是清代中后叶近代火神派开山祖师郑钦安第四代传人，推动传统康复与现代康复的形与神的结合。

承担科研课题 10 余项，与国内外多家著名的专业机构建立友好合作项目近 10 项，以第一作者和通讯作者身份发表论文 30 余篇，参与国家级教材的编撰工作，参编学术专著三部。

## 会议住宿安排:

大会不做统一安排，请各自安排预定。请参考会议酒店位置图：



酒店地址：四川省成都市成华区嘉陵江路8号（成都东站东广场北出口）；酒店地下二层直接联通成都东站公交到达层，成都东站公交到达层位于东广场北出口。

### 交通路线指引：

#### 1. 火车站：

成都东站：距离酒店50米，位于东广场北出口左手边。成

都火车南站：距离酒店7.8公里，出租车15分钟，预计22元；

从火车南站到酒店：乘坐地铁1号线，在天府广场站换乘地铁2号线到达成都东客站。

成都火车北站：距离酒店12公里，出租车25分钟，预计34元；

从火车北站到酒店：乘坐地铁1号线，在天府广场站换乘地铁2号线到达成都东客站。

#### 2. 成都双流国际机场：

距离酒店22公里，出租车40分钟，预计60元。

机场大巴3号线至成都东站西广场，步行至酒店（票价：20元）。

T2航站楼乘坐一城绵乐城际高铁至成都东站，步行至酒店（票价：8元）每天8个班次，17分钟到达成都双流国际机场T2航站楼。T1或T2航站楼乘坐地铁10号线，在太平园站换乘地铁3号线，在春熙路站换乘地铁2号线到达成都东客站。



## 2020国际作业治疗研讨会 邀请函

尊敬的

国际作业治疗研讨会，是由香港职业治疗学院牵头，联合内地合作伙伴，组织主办的一场康复作业治疗学术盛事，会议每两年举办一次，愿望是促进国际作业治疗的交流，提高作业治疗的水准，加速中国作业治疗的发展。

2020 国际作业治疗研讨会，以“创新 融合 智慧 生活”为主题，由香港职业治疗学院、成都市第二人民医院、成都康复医学会、四川省康复治疗师协会作业治疗师分会联合主办，将于 2020 年 4 月在四川. 成都举行。这将是，继 2005 青岛、2008 广州、2012 香港、2015 深圳、2018 昆明之后的第六届国际作业治疗研讨大会，为推动和提高中国大陆作业治疗的发展有着深远意义

本次大会设神经OT、脊髓损伤 OT、创伤 OT、养老 OT、融合社区、急性期 OT、儿童 OT、精神 OT、工伤（职业康复）、OT 创新、老年痴呆 OT、OT 质控、OT 文化及价值观、教育等多个专题，邀请了众多国内外作业治疗专家进行精彩的学术报告，将为国内外作业治疗同仁们 提供交流的平台，了解不同地区作业治疗领域的前沿理论、技术和实 践，共同探讨适合和满足中国社会需求的作业治疗模式，促进专业的 可持续发展，共谋中国作业治疗的发展大计，从而有助于我国作业治 疗迈向国际一流水准。

在此，我们谨代表本次大会组织委员会，诚邀 阁下 积极参与，就上述主题踊跃分享您的经验和研究，让我们携手，为共同促进国际、国内康复事业与作业治疗的蓬勃发展，贡献自己的一份力量！让 更多同行和年轻后备军在此平台的积极交流中得到提升和帮助。

我们诚候您的参与，并感谢您对本次大会的关注及支持！

2020 国际作业治疗研讨会 组织委员会

主办机构：



# HKOTA Occupational Therapy Conference 2020

Organized by:



Co-organized by:



THE HONG KONG  
POLYTECHNIC UNIVERSITY  
香港理工大學



康復治療科學系  
Department of Rehabilitation Sciences



東華學院  
TUNG WAH COLLEGE

## Momentum for Change in the New Era

**Date: 21-22 March 2020**

**Location: The Hong Kong Polytechnic University,  
Hung Hom, Hong Kong**

— *Keynote Speakers* —

**Marilyn PATTISON**

President, World Federation of Occupational Therapists

**Professor Keh-Chung LIN**

Professor of Occupational Therapy, National Taiwan University

**Professor Hector TSANG**

Cally Kwong Mei Wan Professor in Psychosocial Health  
Chair Professor and Head of the Department of Rehabilitation Sciences,  
The Hong Kong Polytechnic University

**Stella CHENG**

Chairperson, Hong Kong Occupational Therapy Association  
Professor of Practice, Department of Rehabilitation Sciences,  
The Hong Kong Polytechnic University

**Abstract Submission Deadline: 31 Oct 2019**

**Abstract Acceptance Announcement: 29 Nov 2019**

**Early Bird Deadline: 13 Dec 2019**

**Inquiry: [hkotaintlconf@gmail.com](mailto:hkotaintlconf@gmail.com)**

# 中华OT 电子期刊编辑委员会

THANKS

张瑞昆 台湾高雄长庚医院  
林国徽 广东省残疾人康复中心  
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 郑州大学第五附属医院  
黄锦文 香港职业治疗学院

香港职业治疗学院

Hong Kong Institute of Occupational  
Therapy

地址：香港特别行政区，九龙观塘骏业街44号  
航空科技大厦504室

电话：(852) 65096582

电邮：hkiot@hkiot.org

网页：<http://www.hkiot.org>