

**2019** The Chinese OT e-Newsletter  
**中華OT電子期刊**

**中華 OT 電子期刊9月號**  
**專題-「OT 與心靈共舞」**

中華OT電子期刊編輯委員會

2019.09



## 編者的話

大家好！相信這個月大家都度過了一個溫馨快樂團圓的中秋節！我是這一期《中華 OT 電子期刊》的責任主編張瑞昆。在內地，隨著康復醫學的推進，多數醫院都建設了康復部門，作業治療也在這一、二十年間蓬勃發展。常見的腦卒中、腦外傷、脊髓損傷、手傷、骨骼肌肉疾病、燒傷、腦癱兒、自閉症，也都看得到作業治療的服務。

唯獨在精神心理疾病的醫療領域中，甚少見到如同國外先進國家精神領域專長的作業治療師，扮演精神病人心理康復的關鍵角色。

精神病人的治療，是以個案為中心，由精神醫師、護理人員、心理師、社工人員與作業治療師等角色跨團隊合作，其中作業治療師負責精神康復，以及幫助病患再重建生活能力。病人經由精神科醫師診斷病情後，依個案需求轉介至作業治療，也就是說，病人除了可以服用醫生所開立的處方箋及藥物之外，亦能同時接受作業治療師所設計的活動，幫助個案復原。作業治療師首先評估他的情緒狀況、自我概念，瞭解其興趣、專長和就職情況，以及疾病對個案生活所造成的影響，再由評估過後的結果，設計出適合此病患的活動，同時也會設下康復程度的目標，希望個案能在活動中逐漸達成。

為了讓內地作業治療師更瞭解精神作業治療的內容，本期特別規劃「OT與心靈共舞」的主題，邀請了海峽兩岸多位在精神領域工作多年的作業治療師來分享他們的專長與經驗。希望能對內地精神作業治療的發展，多了一些推進力。

深圳市第二人民醫院耿紅荔，是國內少數專職在重症監護病房的作業治療師，本期特別邀請她分享這幾年工作的經驗，很值得大家來學習。

此外，我們也關心剛從OT本科畢業的學生，面對他的第一份OT工作，聊聊心理的感想、喜悅迎接或自己對這份OT工作的期許。學生就像我們的孩子一樣，他們的成就就是國內OT的未來發展的願景。

最後更感謝台灣大林慈濟醫院的李騏任治療師，接受我的委託擔任了這期會刊助理主編。包括邀稿、整稿與排版工作，都能在我規劃的時程內完成，這期的會刊才能如期出刊！

責任主編張瑞昆



## 目錄

# OT與心靈共舞



### 河川模式

- |                                  |    |
|----------------------------------|----|
| “人生之旅”系列團體活動分享<br>李雨潔，伊秀如        | 5  |
| 用河川模式淺談“哪吒”的生命故事<br>郭娜娜，董春雨      | 12 |
| 從河川模式談精神科職能治療臨床教學<br>李騏任、鍾秉倫、林俊佑 | 17 |



### 應用領域

- |                                   |    |
|-----------------------------------|----|
| 以行為理論及認知頓悟學習完全戒治精神分裂症個案之煙癮<br>簡才傑 | 25 |
| 由法規檢索論精神復健納入長期照顧服務體系<br>李元暉       | 31 |
| 農療對農村精神分裂症患者社會功能的影響<br>蒙玲，韋佳，韋李說  | 36 |
| 作業治療服務在醫科院校心理健康領域的探索<br>王聰        | 43 |
| 精神發育遲滯患者的綜合康復<br>趙然               | 48 |
| 感覺統合遊戲在兒童情緒調適的重要性<br>呂忠益          | 51 |
| 重症監護病房的作業治療介入與反思<br>耿紅荔           | 54 |



### 新手感悟

- |                                   |    |
|-----------------------------------|----|
| OT畢業生-作為作業治療師的第一份工<br>高麗萍，宋亞丹，朱雪玲 | 63 |
| OT畢業生-懵懂前行<br>李江                  | 67 |



### 會議通知

- |  |    |
|--|----|
| 2020 IOTC 第4次會議通知                          | 70 |
| 2020 HKOTA Occupational Therapy Conference | 86 |



---

# 河川模式

中華OT電子期刊 2019.09  
The Chinese OT e-Newsletter

李雨潔<sup>1</sup>，伊秀如<sup>2</sup>

## 摘要

“人生之旅”系列團體活動分為兩個階段，共五次活動。第一階段依次“美滿人生”和“復原人生”，兩次活動以桌面遊戲的形式進行，通過這兩次活動引導成員體驗大眾化人生及患病人生，並從中收集成員存在的和希望解決的問題。第二階段“旅程分享會”，該系列團體的後三次活動根據成員在第一階段活動中暴露和提出的需求進行相應的協助。

**關鍵字：**KAWA，復原，團體活動

## 壹、背景

精神疾病已成為我國公共衛生事業主要防治的疾病之一，具有慢性遷延、反復發作、社會功能受損等特點，嚴重影響著患者的身體和心理健康以及其和家屬的正常生活，患者的社會參與常受到嚴重的影響，合理、科學的幹預方式不可或缺，眾多研究表明，團體治療是精神疾病患者的有效幹預方式之一。

我院長期開展多樣化、多元化的作業治療團體活動，本次與大家分享的“人生之旅”系列團體活動融合KAWA模式與復原理念，以桌面遊戲為媒介，在提高團體成員參與度、增強活動趣味性的同時，引導團體成員在活動中體驗人生、認識自我、分析自我、接納自我，根據團體成員需求配合相關課程內容，說明成員在團體中學習新的態度與行為方式，成員間分享不同的生命經歷，提供不同的人生視角，在充分參與和體驗中獲得成長。

“人生之旅”系列團體活動分為兩個階段，共五次活動。第一階段依次“美滿人生”和“復原人生”，兩次活動以桌面遊戲的形式進行，通過這兩次活動引導成員體驗大眾化人生及患病人生，並從中收集成員存在的和希望解決的問題。第二階段“旅程分享會”，該系列團體的後三次活動根據成員在第一階段活動中暴露和提出的需求進行相應的協助。

1.無錫精神衛生中心。

2.南京醫科大學康復醫學院



主要參考架構或模式：KAWA 復原 團體動力學

方法與目的：

1. 團體成員能夠認識、分析自己人生河川的河流、岩石、漂浮木、河岸床；
2. 團體成員能夠在第一階段提供的眾多岩石（挑戰）中篩選出需要解決的問題，發現並確定個人需求；
3. 團體成員需求獲得相應的協助；
4. 團體成員獲得同伴支持；
5. 自知力缺乏的成員自知力得到提升，能夠識別自我症狀。

團體成員：封閉式團體；6-12人，年齡18-65周歲；病情穩定，陽性和陰性症狀量表（PANSS）≤65分；MoCa量表評分≥18（輕度認知功能障礙及正常），NCSE測試中專注能力項≥5分，記憶能力項≥8分。

活動大綱

階段	節次	團體名稱	活動時間	方法與目的
第一階段	第一節	“美滿人生”	1.5小時	由淺入深，以桌面遊戲為媒介，確定成員需求，引導成員分析自己的河川。
	第二節	“復原人生”	2小時	
第二階段	第三節	“旅程分享會”	1小時	根據成員需求以團體討論形式，提供問題解決方法，以及如何應用到生活中，幫助成員獲得同伴支持。
	第四節		1小時	
	第五節		1小時	

貳、治療流程

第一階段：“美滿人生”與“復原人生”

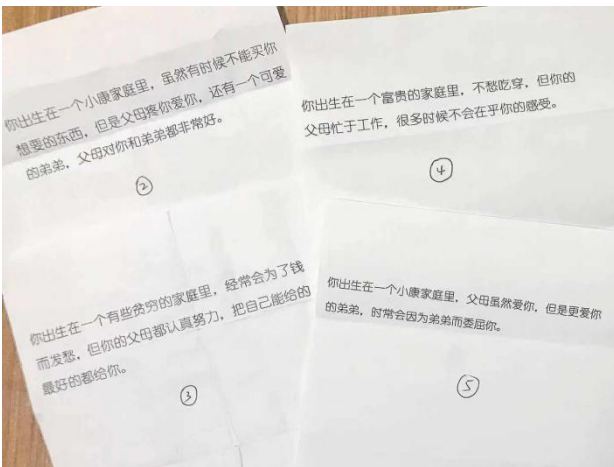
兩套遊戲設置中都包含6組人物設定，參與者完成七步人生之旅可到達終點，每場遊戲可供6-12人參與。【圖1】



【圖1，遊戲地圖】

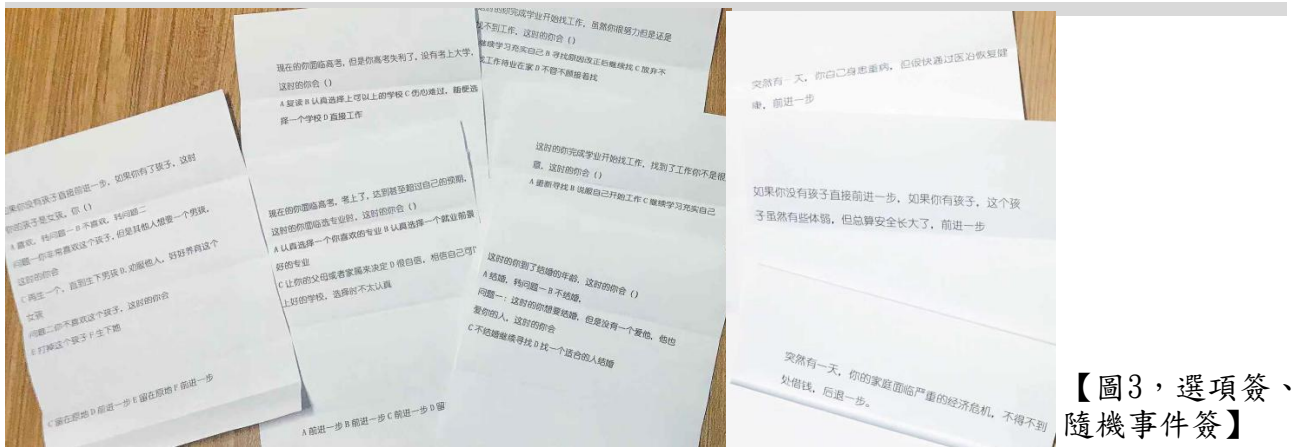
## PART 1 “美滿人生”

“美滿人生”以大眾人生軌跡為框架，開局所有成員抽取人物設定簽，人物設定簽為原生家庭情況概述，包括家庭經濟狀況、傳統習慣（包括信仰）、家人互動關係等，人物設定決定成員遊戲順序，暗喻個體出身對個體人生的最初影響。



【圖2，人物設定簽】

七步人生之旅包括高考、事業、婚戀、婚姻生活、生子、子女養育、退休七個重大人生時刻選項簽及隨機事件簽。選項簽由事件及選項群組成，不同選項對應遊戲地圖上人生的前進/後退/停留；隨機事件簽涉及不同人生時刻可能遇到的隨機事件，例如中獎、生病、家人離世，不同隨機事件簽也對應遊戲地圖上人生的前進/後退/停留。同一階段的選項簽和隨機事件簽放置於同一籤筒，下文統稱時刻簽。



【圖3，選項簽、隨機事件簽】

成員按照人物設定簽順序開始體驗人生各階段，根據地圖上人生所處位置抽取對應時刻簽，體驗人生的選擇及隨機事件對人生的影響。

在“美滿人生”遊戲中，除了常規的人生旅程外，我們做了2個額外設定：其一，我們在人生第4步籤筒中增加了“戲遊人生”簽（僅有一個），抽到該簽的成員可選擇與場內任一未到達終點的成員交換人生，讓組員們體驗人生的驚喜與無常；其二，到達終點的成員可指定場內任一成員直接到達第6步（被指定者失去此項特權），該特權暗喻朋友對我們人生的影響。

當所有成員到達終點，遊戲環節結束，治療師邀請成員們分享對各自人生的體悟，並進行加工與總結，引導成員對人生進行思考。

## PART 2 “復原人生”

“復原人生”以患病住院為起點展開，開局所有成員抽取人物設定簽，人物設定簽內容包含：年齡，診斷，首次發病/復發，工作/學習狀況，家庭（家庭關係、經濟狀況、家庭成員文化水準等），居住狀況，部分設定含發病誘因及個人興趣特長。人物設定決定成員遊戲順序，暗喻個體因素、病情、家庭支持對在院時長的影響。

在抽取人物設定簽後，成員抽取好友簽，兩兩組成好友，當好友中一人到達終點時，可選擇幫助好友前進2步。

“復原人生”與“美滿人生”遊戲設置和規則相似，選擇簽與隨機事件簽內容涉及事業、學業抉擇，興趣發展，朋輩支援，服藥，家庭矛盾處理，病恥感，壓力應對，自理，復發（包括早期先兆症狀的識別應對），人際關係等等，以個人成長、成功回歸家庭、重返社會為遊戲終點。





## PART 2 “復原人生”

“復原人生”以患病住院為起點展開，開局所有成員抽取人物設定簽，人物設定簽內容包含：年齡，診斷，首次發病/復發，工作/學習狀況，家庭（家庭關係、經濟狀況、家庭成員文化水準等），居住狀況，部分設定含發病誘因及個人興趣特長。人物設定決定成員遊戲順序，暗喻個體因素、病情、家庭支持對在院時長的影響。

在抽取人物設定簽後，成員抽取好友簽，兩兩組成好友，當好友中一人到達終點時，可選擇幫助好友前進2步。

“復原人生”與“美滿人生”遊戲設置和規則相似，選擇簽與隨機事件簽內容涉及事業、學業抉擇，興趣發展，朋輩支援，服藥，家庭矛盾處理，病恥感，壓力應對，自理，復發（包括早期先兆症狀的識別應對），人際關係等等，以個人成長、成功回歸家庭、重返社會為遊戲終點。

### 第二階段：“旅程分享會”

在遊戲設置中，透過河川模式的四元素的隱喻使用，在岩石的部分增加情緒管理、壓力管理、藥物管理、症狀監測、社交技巧、社會認知等內容，通過第一階段的團體活動，我們的團體成員們在體驗人生之外，能夠在活動中認識自我、分析自我，並且能夠與大家分享對遊戲中各人生的感悟以及自己的人生經歷，也能夠發現與遊戲中人生的相似之處、共鳴之處，我們根據成員們在第一階段活動中所暴露和提出的需求以促進式領導的形式開展相應的協助。

在“旅程分享會”中，我們以與成員一同選擇的3-5個問題為話題，鼓勵成員互相給予，分享不同的生命經歷，體驗、應對方式，治療師對內容進行總結、補充，引導成員們從經驗中學習技巧，幫助成員在分享會中尋找生活中的支持力量（家人、夥伴、有相似經歷的團體成員），幫助成員在團體中學習新的態度與行為方式。

## 三、討論

1. “美滿人生”——每個人不是獨立存在的個體，最初的人生中我們的原生家庭會對我們產生影響，之後的人生中我們的伴侶、朋友也會，而我們的每一個選擇和運氣也會影響我們前行的步履。

“美滿人生”地圖上每個人的道路就是一條濃縮的人生，每個人都會有不同的選擇與境遇。設定簽抽到第一個出發的人往往不是第一個到達終點的人，我們的出身可能會影響但不會決定我們之後的人生，人生中有諸多的不確定性，我們將會面對各式各樣的事件需要做出抉擇，也會有



突如其來的事件推動或阻止我們的步伐，運氣也是人生的一部分；當然，我們每個人不是獨立存在的個體，最初的人生中我們的原生家庭會對我們產生影響，之後的人生中我們的伴侶、朋友也會；人生有快有慢，但最終，我們總會到達終點，回看來時的路，一帆風順的人生是少有的，人生旅途中的起伏使我們的人生更加豐滿不少。

2. “復原人生” — 自己是自己生命的享有者和決策者。

“復原人生”融入復原理念，同時結合了疾病管理、情緒管理、社交技巧等內容，類比了出院後在院外患者可能會面對的問題，我們希望我們的成員能夠恢復元氣，積極重建不同的生命。在活動中意識到自己是自己生命的享有者和決策者，相信他們能夠行使自己的選擇權，決定自己的人生歷程，如複學、尋找新的工作，同時能承擔選擇的結果；能夠瞭解自身能力，關注個人成長和潛能發揮；能夠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；而我們的病情也不是直線好轉的，而是持續在起伏中成長，會有偶爾的挫折，我們需要在經驗中學習，正向的改變是可能的，挫折是人生的一部分；而朋友、病友能夠給予我們很好的支援，我們能夠分享經驗、知識、技巧，互相學習、鼓勵，給予歸屬感；我們有照顧自己，參與自己精神康復的責任，需要在康復過程中體驗和明晰自己，期待更好的未來；此外，家庭和社會的作用也是不能忽視的，良好的處理家庭問題也十分關鍵。

3. 旅程分享會” — 在互相給予中，尋找支持力量，學習新的態度與行為方式。

我們在兩次遊戲活動後，根據團體中成員的需求（如：復發先兆症狀識別、壓力應對、複雜社交場景類比）繼續結合相關系統內容，更好的賦予了系列團體活動的完整性和針對性，在輕鬆的氛圍下促進成員互相給予，在分享中幫助成員尋找支持力量，同時學習新的態度與行為方式。

4. “人生之旅” — 通過遊戲與分享會的形式在相對輕鬆的氛圍下引導團體成員認識自我、分析自我、接納自我，思考人生與疾病，提升疾病自知力及應對能力。

遊戲中，雖然團體成員使用了不屬於自己的人物設定，但在遊戲過程中卻能夠在其他成員的人生中發現類似經歷、產生共鳴、分析自我，能夠更加主動的在分享環節與大家分享自己的人生經歷，如發病時剃光頭髮、暴飲暴食、血統妄想，發現自己不是孤身一人面對這些問題或症狀，成員能夠在互動中實現情緒的表達和轉化，療愈創傷，修復舊有模式。缺乏疾病自知力的成員在活動中自知力得到提升，對疾病和人生的探討動機得到增強，在活動中找尋到了同伴支持，活動後成員之間的交流增強，並能夠主動與沒有參

加活動的病友分享經驗，部分成員在活動結束後開始規劃自己後續的人生。

#### 肆、限制

1. 選項簽選項內容有限；
2. “美滿人生”選擇了大眾化的人生流程，事件涉及廣度不足，順序性靈活度不足；
3. “美滿人生”中高考事件對於年紀偏大的成員共鳴不足；
4. “美滿人生”和“復原人生”兩次團體活動時間偏長，約1.5-2小時，雖然目前已開展的團體能保證團體成員注意力的保持和分享的品質，但有可能不適用於65歲以上成員，需進行篩查。

#### 伍、參考文獻

3. 張柔茵、岩間堅工. (2015). 河川模式入門 (張家好、陳其嶸、蕭業峰, Trans.): 張柔茵.
4. 李騏任, 生命之河探索-漫談河川模式
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

# 用河川模式淺談“哪吒”的生命故事

郭娜娜<sup>1</sup>，董春雨<sup>2</sup>

## 摘要

瞭解河川模式概念，河川模式對於生命故事的應用即主角、配角、時間、地點及事件。熟悉河川模式的四個相關概念：河流、岩石、漂流木（浮木）、河岸床（河床岸）。利用河川模式分析“哪吒”的生命歷程，討論作業治療師關於“哪吒”這類人群的人物分析。

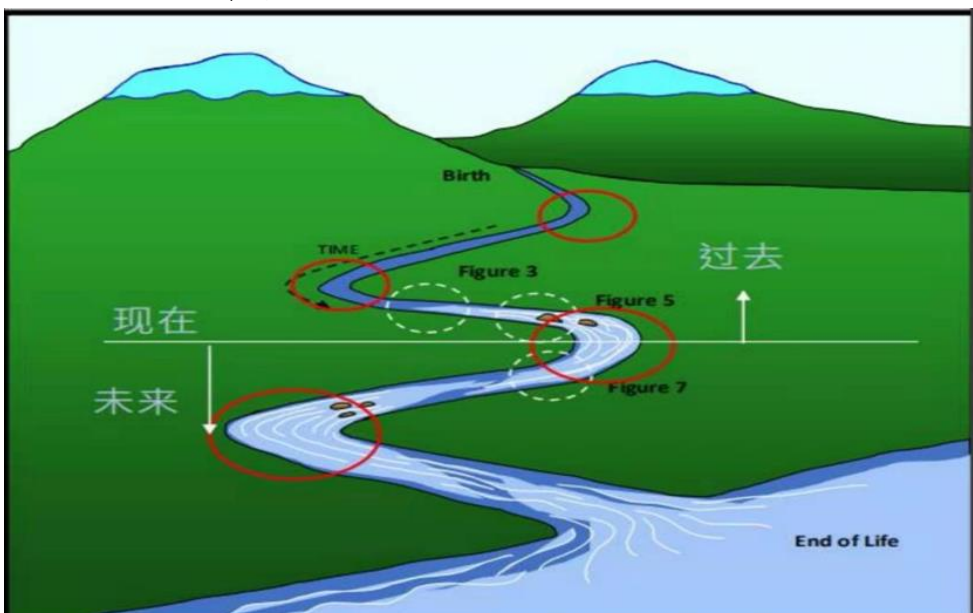
**關鍵字：**河川模式，生命歷程，哪吒

## 壹、背景

最近國產動畫片《哪吒之魔童降世》大熱，刷新了國產動畫片的最高票房。隨著影片的熱映，許多人也開始討論起其中的人物。然而作為我們作業治療師來說，當然要用專業的理論來討論其中的人物啦。今天我們就用河川模式來探討一下哪吒的生命歷程吧。

### 河川模式<sup>3</sup>

首先，在探討哪吒之前，讓我們先來瞭解一下何謂“河川模式”？河川模式是日本裔加拿大的職能治療師（中國大陸稱為作業治療師，以下文章均已作業治療師稱呼）岩間堅工博士所領導的團隊創立的。此模式是為了使各地的作業治療師能夠瞭解到個案“想要用什麼方式生活，使他們的人生更有意義，並與他們一同完成目標”所創立的。河川模式中所指的作業治療物件可以為個體、家庭、團體或組織。河川模式可被運用為概念模式、參考架構、評估工具及治療手法。



1.作者，南京醫科大學康復醫學院

2.南京醫科大學附屬無錫精神衛生中心

3.張柔茵、岩間堅工. (2015). 河川模式入門(張家好、陳其嶸、蕭業峰, Trans.): 張柔茵。

而“Kawa”意為日語中的“河川”，因此河川模式以河川作為比喻，描述一個人的生命旅程。多樣且具有時序性的生命經驗就像一條河流般，由高山順流而下至海洋。沿著河道曲徑，水流的性質及特性會因地而異、因不同情形而變。一條河流之源頭代表生命的起源，而入海口與大海相會處代表其盡頭。因此，河川模式考慮到個案的過去、現在與未來之生活需求。然後通過看河流不同事件的橫截面，每個橫截面就是代表在那個時間所遇到的各種問題。

## 貳、針對電影分析

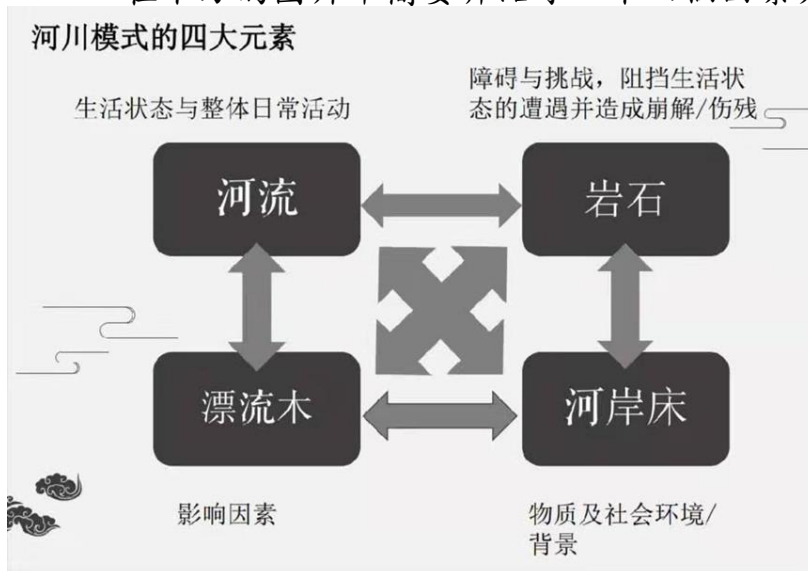
河川模式對於生命故事的應用於以下五個方面，分別是**主角**、**配角**、**時間**、**地點**及**事件**。下邊就讓我們用河川模式來重新認識一下《哪吒之魔童降世》中的哪吒吧。

在哪吒的生命活動中，首先我們的**主角**必然就是哪吒，而其中的**配角**有哪吒的父母李氏夫婦、師傅太乙真人、唯一的朋友敖丙以及罪魁禍首申公豹等人。**時間**則是從他的出生到他的生命終點即三周歲的生日宴。**地點**則包括整個錢塘觀以及師傅的江山社稷圖等地。**事件**主要有哪吒的出生、年幼時偷跑出府被鄰裡誤解、跟隨師父學習法術、認識新朋友敖丙、得知父親跟他換命以及生日宴會上遭遇天雷等。

## 三、河川模式四元素

河川模式可由原本象徵性意義的河川觀點去運用，或是透過其潛在的四個相關概念：河流、岩石、漂流木（浮木）、河岸床（河床岸）去表達。

在下方的圖片中簡要介紹了一下四個因素分別代表的含義。



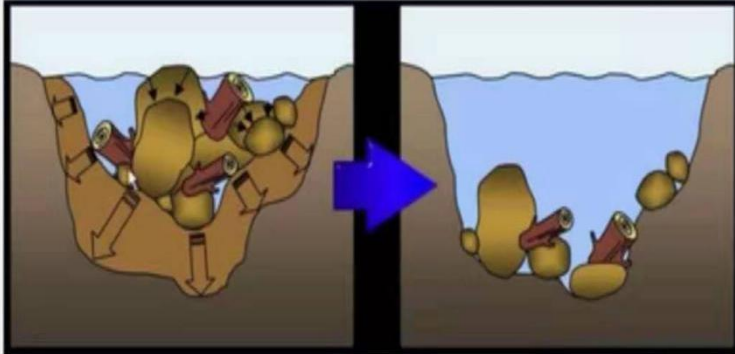
這四個組成部分都是相互影響的。**河岸床**指的是一個人生活的環境以及物質基礎，是一個人的支撐和後盾；**岩石**則是生活中的各種挑戰；**漂流木**則是對人的影響因素，它包括有好的和壞的兩個方面，好的漂流木可以幫助帶走河流中的岩石，而壞的漂流木則會和岩石一起阻礙河流的流動；而**河流**則指代的是一個人的生活狀態以及整體的日常活動，它可以很清晰的表明在某個時間段的生活是好還是壞。

在**河川模式的訪談**中，重要的是個人如何詮釋組成其生命歷程的元素，而非治療師是否認同個案所說的事物是否符合“岩石”或“浮木”的定義。重點是關於“個案的河流”，是關於他們的經驗，是從個案的觀點所衍生的。個案會找出他們的問題及困擾，並解釋它們的意義。為此，作業治療師便可依每個人每天生活的實際情形，提供對個人而言有實質意義的介入。

## 肆、四元素分析

下面就跟隨小編一起，根據上述的河川模式來“採訪”一下我們的主角“哪吒”，根據主角的“敘述”大膽的假設並且分析一下在哪吒一生中的四個因素分別有哪些吧。其實對於哪吒的一生來說，在他出生的那一刻起他的河岸床的支撐就非常的狹小，以及他的河流充滿了岩石和被堵住的漂流木。但是隨著時間的推移，在李氏夫婦的陪伴和愛護下，在師傅太乙真人的教導和幫助下，以及結識了唯一的朋友敖丙，這些因素都在幫助哪吒拓寬他的河岸床以及帶走堵住他河流的岩石。也為他最終有勇氣面對天雷、對抗命運提供機會。

<p><b>河岸床 River banks</b> 支持：物質環境較好、聲望高、家人關心、武器加成等 (物理資源、社會資源充足)</p>	<p><b>岩石 Rocks</b> 百姓誤解、缺少父親陪伴、沒有朋友陪伴、破壞力強、遭遇天雷等 (家庭角色缺失、休閒娛樂匱乏、社會參與低)</p>
<p><b>漂流木 Driftwood</b> 優勢：母親關心、師傅支援和愛護、自身能力變強、性格活潑、有武器加成等。 限制：缺少友情、缺乏自信、朋友的背叛等。 (學習技能較好、獨立生活能力強、堅強等)</p>	<p><b>河流 River flow</b> 整合人生的河流阻礙多、生命時間短、被百姓誤解、開始學習法術、對抗天雷等</p>



## 伍、討論

作為我們作業治療師來說，我們要做的就是通過作業治療的方法來讓我們個案的河水流動的更順暢。當我們遇到哪吒這樣的個案時，我們又能做些什麼來幫助他呢？

1. 減少社會的歧視，給予陪伴和愛護，拓寬河岸床

首先我們可以減少社會對於哪吒的歧視以及給予哪吒更多的陪伴和愛護來拓寬哪吒的河岸床。

2. 改變思想、合理利用資源、提升個人功能，增加人際支援

其次我們可以改變哪吒的叛逆思想、合理利用自己的積極資源，提升個人功能，以及認識更多的朋友等這些漂流木來帶走河流裡的岩石。

## 陸、總結

到這裡，小編就用河川模式簡單地分析完了哪吒的生命故事。通過對哪吒的分析，我們知道利用河川模式能夠很好說明作業治療師有意義的執行治療，也就是：當治療者遇到一位個案時，治療者可以知道要從個案身上提取出哪些資訊，以至於有益於後續治療計畫的擬定；個案通常合併有多重的議題需要被陳述，且他們往往無法有次序的陳述自身問題，在此狀況下，治療者可以更好的分析個案的多項議題並找出優先討論的內容。

在每位個案的河流當中，水流之處可因流速不同，而可能有更大流動的潛能。這些特定的地方或管道取決於個案河流中的其他因素，例如：河床兩岸、岩石、漂流木等。作業治療師與個案透過分析所有因素，作為後續介入的參考，並去除或減少那些妨礙個案河水流動的其他因素，進而使個案的生活狀態可流得更順暢，甚至可發揮到個體能力的極致。

其實在河川模式中所涉及的方面還有很多，包括對個案的評估、目標的制定、介入和在評估等內容，但是由於篇幅的原因，在本篇文章中小編就不做一一的介紹了。看完整篇文章希望大家能夠更瞭解河川模式一些。也希望在以後

的治療中能夠給大家提供一些幫助。

### 柒、參考文獻

3. 張柔茵、岩間堅工. (2015). 河川模式入門(張家好、陳其嶸、蕭業峰, Trans.): 張柔茵。
4. 李騏任, 生命之河探索-漫談河川模式。
5. 馮雪庭: 介紹河川模式及其在中國的臨床應用kawa model教學視頻。



李騏任<sup>1</sup>、鍾秉倫<sup>2</sup>、林俊佑<sup>3</sup>

## 摘要

當一位職能治療師從學校畢業，準備踏入臨床領域，甚至選擇了精神領域準備開始直接面對個案時，還有多少專業技術或知識是需要銜接準備的？這是此篇研究希望能試著去引發思考的，筆者試著從精神科的臨床出發，試著去思考當一位職能治療師來到臨床後需要進行怎樣的轉變，才能由學生轉換成治療師。此次研究規劃在台灣教學醫院中的新進同仁PGY教育計畫中，共分成三個階段共計兩年進行。針對南部某教學醫院身心醫學科，從2011年開始歷時八年共計四位新進同仁參與此訓練計畫，在四位成員中，全都在學術會議上進行了自己的研究，並找到了自己的臨床上慣用的治療理論來幫助個案。

**關鍵詞：**河川模式，學習鷹架，職能治療

## 壹、背景

當一位職能治療師從學校畢業，準備踏入臨床領域，甚至選擇了精神領域準備開始直接面對個案時，還有多少專業技術或知識是需要銜接準備的？對於一位在臨床工作的教師需要思考的應該是我想訓練出怎樣的同事一起工作，這牽扯到兩個面向的問題，一是實習生的教學；另一是剛到臨床報到的新進同事的訓練。實習是職能治療學生運用所學於臨床、學習關鍵專業知識的時候，故多數職能治療學生視其為高度重要的課程<sup>4</sup>。如何培育台灣實習醫學生及醫事實習學生具有專業精神，是目前醫學（事）教育課程的共同重點之一<sup>5</sup>。而在2007年衛生福利部開始推行教學醫院教學費用補助計畫以來，對於相關醫事人員教育養成教育品質，並將原計畫多元化客觀評量教學成效落實於教學醫院評鑑中檢視<sup>6</sup>。依醫學教育學者Miller所提之米勒三角架構，最頂端為「實作」(does)層級<sup>7</sup>，在這樣的架構下，「實作」的重點是每日例行常見的臨床醫療工作，但在臨床實務學習過程是有必要選擇合適教學評量方式以檢視其學習成果，以目前台灣醫學（事）教育常用的客觀臨床教學評量，包括：臨床技能實作與評量 (direct observation of procedural skills,

1. 佛教慈濟醫療財團法人大林慈濟醫院職業醫學科 嘉義

2. 佛教慈濟醫療財團法人大林慈濟醫院身心醫學科 嘉義

3. 佛教慈濟醫療財團法人大林慈濟醫院職業醫學科 嘉義

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. 黃崑巖、江漢聲、曾啟瑞、張聖原、賴其萬、廖慧娟. (2007). 醫學教育目標：培養“以病人為中心”的良醫. *醫療品質雜誌*, 1(4), 6.

6. 衛生福利部. (2017). 教學醫院評鑑基準 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)、迷你臨床演練評量 (mini-clinical evaluation exercise, mini-CEX) 及 OSCE 等。然則在臨床方面來說，不管是實習生或是新進同事的訓練，需要注意或思考的除了如何評量以外，還有訓練方式及訓練目的，所以，實習生該接受什麼樣的訓練，該以哪個方向為目標訓練，而新進同事又該有什麼樣不一樣的訓練方向呢？這是此篇研究希望能試著去引發思考的，筆者試著從精神科的臨床出發，試著去思考當一位職能治療師來到臨床後需要進行怎樣的轉變，才能由學生轉換成治療師。

訓練方向：

### 1. 以病人為中心整合以職能為中心

醫界普遍認為，社會價值觀改變，健保給付制度造成醫院以業績掛帥的趨勢影響，臨床醫師在工作中，常會忽略醫學倫理的實踐、缺乏「以病人為中心」的自覺。世界衛生組織明白對世界宣示「醫療是基本人權」，醫療人權才正式成為全球趨勢<sup>11</sup>。所以，訓練應以培養出「以病人為中心」設定治療走向的治療師。而職能治療的目標是促進個案的生活參與及生活品質。從人、活動、環境三方面來評估、分析及介入，以提升個案的生活參與，進而改善其健康與生活品質。在本質上即無法脫離以病人為中心導向的設計，但在協助個案往健康的生活品質上邁進時，治療師不得不考慮何謂健康，而依據世界衛生組織 (World Health Organization) 於 2001 年公佈了功能、失能與健康國際分類 (International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF)，定義健康不只是身體結構與功能的完好，更需要充分的參與生活。因此在 ICF 架構之下，職能治療師在醫療或復健團隊中的角色最主要的就是幫助個案充分發揮其身體功能，從事其希望或需要做的活動，全面的參與生活、融入社會<sup>12131415</sup>。基於這樣的觀點，世界職能治療師聯盟 (World Federation of Occupational Therapists, WFOT) 於 2002 年公佈了現行的職能治療師養成教育最低標準，強調「職能」是所有職能治療師教育課程的中心。然而在醫療系統中是以生物醫學模式的還原論為主，在此模式下，職能治療師常常被期待以改善個案的身體功能為主，

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. 陳正榮、朱紀洪、於大雄、孫光煥、汪志雄. (2009). 臨床技能評估工具介紹與應用—臨床技能實作與評量 (DOPS). *醫療品質雜誌*, 3(1), 7.

11. 黃崑巖、江漢聲、曾啟瑞、張聖原、賴其萬、廖慧娟. (2007). 醫學教育目標：培養“以病人為中心”的良醫. *醫療品質雜誌*, 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.

而個案的活動及生活參與方面則可能未受到應有的重視<sup>16</sup>。

## 2. 建立實證醫療的制度與文化

在國內外的醫界中，不論是醫師或護理師均已導入實證醫療的概念於臨床中，而推行實證治療的前提是臨床從業人員需常涉獵實證治療新知、建立執行實證治療的積極態度，適當地將實證治療新知運用在臨床治療上，並培養執行研究的技巧，方能提供最佳的醫療服務。而根據莊宜靜等學者<sup>17</sup>在2007年的研究指出職能治療師對實證治療的知識、態度與執行之能力都有中等的程度，這顯示職能治療師自覺對實證治療的能力是中等的，但仍有可提升的空間，這也鼓勵學校教育系統與繼續教育課程之安排，可多加強實證職能治療的教育，讓已有中等程度知識、態度與執行能力的治療師可再繼續提升，進而在臨床上落實實證職能治療。

## 貳、訓練方式

### 1. 適才適性：

醫學教育在依循著時代的變遷，科技的進步之下，其教育目標會有跟隨著有所變動，但總體仍緊扣知識、態度和技能三個方向進行<sup>18</sup>，但要能依循此三方向進行，臨床教師們得試著先知道受訓者目前所處的位置，為了能客觀且由受訓者口中探詢出來，筆者建議使用河川模式的四元素來針對學習此一事件作生命歷程的探索，透過受訓者的敘述，能藉由河川地走向大小和改變來瞭解受試者如何看待進入臨床前的學習此一事件，接著透過河岸床的引導討論，可從受訓者的分享中瞭解其所處的物質環境對他的支持度，在透過岩石找到可能的困境，由漂流木的引導找到可能的助力，含受訓者的個性及可能的關鍵支持人物。

### 2. 學習鷹架：

洪佳慧<sup>19</sup>等學者認為使用引導式活動分析表格，以及教師口頭引導學習鷹架可以提升學生的學習成效，教師的口頭引導可以依照學習的條岫能力作調整，適性化的引導讓學生學習加速提升概念性的瞭解；而書面引導的學習鷹架是學生熟悉的，在操作使用上需要較短的熟悉時間，且讓學習能將學習成效較快轉移到臨床工作上，同時可以提升學生程式性的瞭解。因此在前期瞭解完受訓者的特質後，依循特質建立相因應的學習歷程，搭配工作流程學習手冊，協助受訓者進入狀況。

16. 羅鈞令，蕭，黃，陳。(2017). 探討「以職能為基礎」在職能治療師養成教育課程與教學之落實. 職能治療學會雜誌, 35(2), 20.

17. 莊宜靜、曾美惠、陳威勝、楊國德、黃曼聰、梁文隆。(2007). 職能治療專業人員對實證治療之知識、態度及執行能力之初探. 醫學教育, 11(2), 9.

18. 何善台，徐，王如娥，謝正源，陳震震，林祺如，張聖原。(2004). 台灣未來醫學系教育改革方向. 醫學教育, 8(1), 13.

19. 洪佳慧，林。(2011). 應用學習鷹架融入教學對於學生學習活動分析成效之探索. 職能治療學會雜誌, 29(1), 25. doi:10.6594/JTOTA.2011.29(1).05

### 3. 實證評價：

實證職能治療乃是從系統性的研究中整合具有最好臨床證據之研究成果<sup>20</sup>，提供最好的決策於個案照護上<sup>21</sup>。實證治療的內容不僅涵蓋臨床經驗，也同時著重與臨床相關的研究知識、將研究結果應用於臨床治療的意願，以及將研究結果應用於臨床治療所需的技巧等<sup>22</sup>。Crane在1995年建議：實證治療的科學基礎是必須將研究行為與運用研究結果在臨床上結合在一起<sup>23</sup>。因此在訓練的最後階段導入實證醫學的訓練，一方面可以讓受訓者更能在未來的工作中做有所本，也能透過研究的結果，讓院外的同儕審查，更客觀的評價受訓後的成果如何。

## 三、研究方法

### 1. 流程：

此次研究規劃在台灣教學醫院中的新進同仁PGY教育計畫中，共分成三個階段共計兩年進行。

階段一：探索及建構：透過河川模式的敘事探索方式來找尋受訓者的人格特質和學習潛力，依循結果建立專屬於他的訓練方式。

階段二：學習及操作：藉由學習鷹架的建構，給予工作流程學習手冊及數位學習歷程，讓受訓者知道自己的進度及能夠具體的知道自己該學習的技能，也讓臨床教師的教學更具體易操作。

階段三：實證及評價：透過實證醫學的訓練學習針對臨床現象正確提問及搜尋答案，並試著將學習所得已實證方式呈現，讓院外同儕進行審查學習結果。

### 2. 對象

針對南部某教學醫院身心醫學科，從2011年開始歷時八年共計四位新進同仁參與此訓練計畫，男性兩位，女性兩位，皆從同一所大學畢業，皆為第一次踏進職場，除實習之外未接觸過身心醫學科個案。

### 3. 結果

在四位成員中，全都在學術會議上進行了自己的研究，並找到了自己的臨床上慣用的治療理論來幫助個案。這當中的一個人更喜歡使用桌面遊戲來幫助個案，兩個人更喜歡使用園藝治療理論給他的個案，而其中一個人更喜歡對他的個案使用表達藝術治療。

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、結論

當一位職能治療師來到臨床後需要進行怎樣的轉變，才能由學生轉換成治療師，在此研究中支持以身心醫學科的治療現場來說，每一位治療師應該在受訓之後尋找出適合自身的治療理論架構。意即本研究建議，在身心醫學科臨床中協助個案回歸生活的治療師門，不論是選擇精神動力學、敘事治療、表達性藝術治療，體適能運動學說等等治療理論，皆應依其自身的性向偏好來選擇，因為如果治療師本身不熟悉或不喜歡某一理論，而仍堅持使用它，所設計出來的誌勞團體可能連治療師本身即不喜歡，更何況需要由治療師帶動的個案。因此，本研究建議應該先找出新進治療師之特性，再依此進行訓練。

1. 建議新進人員職能治療教育的方法應該以河川模式進行前導。
2. 建議新進人員職能治療教育的最終目標應以實證醫學為依歸。
3. 建議新進人員職能治療教育的訓練設計應以讓受訓者瞭解何為以職能為中心的全人治療。

## 伍、參考架構

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, 謝正源, 陳震寰, 林祺如, 張聖原. (2004). 台灣未來醫學系教育改革方向. *醫學教育*, 8(1), 13.

16. 洪佳慧, 林. (2011). 應用學習鷹架融入教學對於學生學習活動分析成效之探索. 職能治療學會雜誌, 29(1), 25.  
doi:10.6594/JTOTA.2011.29(1).05
17. 莊宜靜、曾美惠、陳威勝、楊國德、黃曼聰、梁文隆. (2007). 職能治療專業人員對實證治療之知識、態度及執行能力之初探. 醫學教育, 11(2), 9.
18. 陳正榮、朱紀洪、於大雄、孫光煥、汪志雄. (2009). 臨床技能評估工具介紹與應用—臨床技能實作與評量 (DOPS). 醫療品質雜誌, 3(1), 7.
19. 陳偉德. (2007). 迷你臨床演練評量 (mini-CEX) 簡介. 醫療品質雜誌, 1(4), 5.
20. 黃崑巖、江漢聲、曾啟瑞、張聖原、賴其萬、廖慧娟. (2007). 醫學教育目標：培養“以病人為中心”的良醫. 醫療品質雜誌, 1(4), 6.
21. 衛生福利部. (2017). 教學醫院評鑑基準 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. 羅鈞令, 蕭. 黃. 陳. (2017). 探討「以職能為基礎」在職能治療師養成教育課程與教學之落實. 職能治療學會雜誌, 35(2), 20.



02

---

**應用領域**

中華OT電子期刊 2019.09  
The Chinese OT e-Newsletter





簡才傑<sup>12</sup>

## 摘要

精神分裂病人因受症狀干擾導致出現妄想及幻聽，除了服用藥物對抗幻聽及妄想之外，很多學員選擇替代方式對抗症狀，包含聽音樂，運動等。但是有些個案會用較不健康方式來進行轉移症狀干擾，例如抽煙。本次研究目的主要想透過行為與認知兩個派別來討論個案戒菸的有效程度，包含行為理論及認知論的頓悟學習。此次研究模型為個案報告，由職能治療師安排戒煙行為改變模式。結果發現介入後僅16天之內已無抽煙之情況。此外，個案仍繼續維持其戒煙狀態，並能在團體中與工作人員討論有關戒煙對身體健康，社會觀感之間的關係。研究顯示出透過行為增強以及認知頓悟模式對個案戒除菸癮方面有良好之成效。

**關鍵詞：**煙癮成癮，行為理論，頓悟學習，職能治療

## 壹、前言

精神分裂病人因受症狀干擾導致出現妄想及幻聽，除了服用藥物對抗幻聽及妄想之外，很多學員選擇替代方式對抗症狀，包含聽音樂，運動等。但是有些個案會用較不健康方式來進行轉移症狀干擾，例如抽煙。根據台灣衛生福利部統計全台灣十大癌症死亡原因統計發現，肺癌高居第一名，且已造成8854人死亡，其中肺癌的最高風險因素就是吸煙。此外，更恐怖的是，二手煙的威脅更是吸煙者帶來對旁人最大的危害。根據世界癌症統計，所有肺癌患者中有15%的男性及43%的女性是不抽煙的，所以煙害幾乎無所不在。以往戒煙研究都集中在透過專業人員，包含醫師，護理及訓練健康專業人員協助，通常透過藥物例如尼古丁戒斷Clonidine<sup>3</sup>，或是鎮靜劑Meprobamate<sup>4</sup>進行，另外，在心理社會層面治療則會包含團體行為治療<sup>5</sup>及嫌惡治療<sup>6</sup>等等進行，但是往往效果並不顯著。職能治療在健康促進方面包含戒煙，減重，口腔衛生，睡眠衛教等已經有直接或是間接地參與<sup>7</sup>，但是目前文獻很少提到職能治療師在這個領域的貢獻，如果職能治療師能找出一個有效的方式完全戒除煙癮，相信對個案的健康有很大的幫助。

1. 中山醫學大學附設醫院工學社區復健中心

2. 中山醫學大學附設醫院

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.



## 貳、理論基礎及執行方式

本次研究主要想透過行為與認知兩個派別來討論個案戒菸的有效程度，包含

### 一、行為理論<sup>8</sup>

這裡特別提到增強作用，而這正是操作制約學習完成的關鍵。所謂增強作用，就是增加個體行為重複出現的一種措施或是一項安排。而以下簡介有關增強和增強物的類別及其安排

1、就增強作用的層次來看，增強作用可分原增強和次增強兩類，而所用的增強物依其性質來分，可分為原增強物和次增強物兩類。凡是事物本身就具有增強行為作用者，稱為原增強物。可直接滿足個體需求的刺激物。如：食物、水、安全感、溫暖和性。事物本身原不具增強作用，但因常與原增強物伴隨出現，久而久之，經由個體多次學習之後，也就具有增強作用，這類事物稱為次級增強物。次級增強物分為三類：

a、社會增強物(social reinforcer)-例如:讚美、擁抱或注意等。

b活動增強物(activity reinforcer)-例如:玩玩具、遊戲或有趣的活動。

c、象徵增強物(symbolic reinforcer)-例如:金錢、成績、星號或點數，可用它來交換其他的增強物。

由於個案最在乎金錢，故採用次級增強物中的代幣增強物。

2、就增強物出現的時間分成

a、立即增強：個體表現正確反應後，立即給予獎賞。

b、延宕增強：個體表現正確反應後，經過一段時間在給予獎賞。例如：答對問題，治療師到活動結束後，才給予禮品獎勵。

故本研究採取強化物給予時間為立即增強，主要考量一段時間開始出現良好戒煙行為後給予立即強化，個案才能馬上習得良好行為

3就增強物施予的方式：

a. 連續增強：個體表現正確反應後，均給予增強物。

b. 部分增強：個體表現正確反應後，只選擇一部分反應給予增強物。而部分增強的方式，係根據反應的時間和反應的次數而定

故本研究採用強化物施予方式為連續增強，亦即出現良好反應均給予強化物

4、增強作用依其性質可分為正增強和負增強兩類，而所用的增強物依其性質也可分為正增強和負增強兩類。凡是個體反應後，某一刺激物能使個體感到滿意、愉快或興奮，因而強化了該反應者，所以刺激物就稱正增強物。

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



以本研究而言為鼓勵戒煙，採用鼓勵方式對個案及家屬較有激勵效用，故採用增強型式以正增強為主

## 二、認知論：頓悟學習

1、定義：柯勒(kohler)為研究黑猩猩的學習，設計了六大類很多不同的實驗，其中最著名的是“接竿問題”。他將饑餓的黑猩猩關在籠中，籠外遠處放置香蕉，並在籠與香蕉之間放置數條長短不同的竹竿，每條竹竿的長度，均不能單獨用來取到香蕉。他最聰明的猩猩蘇丹(Sultan)必須解決的問題是：如何將兩條竹竿接在一起，以取到香蕉？結果發現：黑猩猩面對情境時，動作並不紊亂，在幾次嘗試用單條竹竿取香蕉失敗後，突然顯露出領悟的樣子，於是將兩條竹竿接在一起而達到了目的。柯勒稱此種學習現象為頓悟學習<sup>9</sup>(insight learning)。頓悟是指突然察覺到問題的解決方法，是通過學習者重新組織或重新構建有關事物的形式而實現的。他認為學習不必靠盲目的嘗試和重複練習，只要個體理解整個情境中各刺激之間的關係，頓悟就會自然發生。所以個案進行問題解決時候，個案需洞察問題情境，發現中各項情境之關係，進而採取行動

## 2、特性：

- a、從解決前期到解決其轉變是突然且完整的
- b、頓悟解決方式在行為表現上是順利且沒有問題的
- c、頓悟解決的問題原則可保留很長一段時間且容易應用到其他問題

## 3、學習條件：

- a、個案智力足以瞭解問題情境及各組成元素關係
- b、相關知識及經驗
- c、學習內容：結構化學習有助於於頓悟
- d、個案意願

分析解決方面就依照學習條件進行

## 三、個案問題分析及介入

一、簡述：個案為是一位41歲診斷為精神分裂症，男性，未婚，與案父母同住。在20歲時出現幻聽（聽到有男生女生在他耳邊說話，罵他），妄想（認為有人跟蹤他，想要害他），之後便被帶至台灣台中中山醫學大學附設醫院精神科門診，在醫師建議下前來日間病房進行治療，自2012年後開始入住中山醫學大學附設醫院社區復健中心，因長期有幻聽干擾，故常用抽煙轉移其注意力。近期因幻聽較多以及生活形態不佳，導致煙癮加劇，目前一天需抽5包煙。

二、問題行為：一天5包煙，個案不但常出現乾咳，並常抱怨胸口悶痛，且

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



出現呼吸困難之情況，且案母認為吸煙影響金錢花用，與個案會談之後，個案也表示有動機想戒煙。

三、治療模式：

本研究由職能治療師安排，嘗試利用行為改變技術結合認知頓悟學習相關理論來矯正個案戒煙，而戒煙行為改變模式，包含學習內容及介入方式分數在表一中，而認知頓悟內容及問題分析及介入則在表二中呈現。

表一、行為改變模式工具

行為改變學習內容	介入模式
增強物使用	次級增強物
強化物給予時間	立即增強：一段時間開始出現良好戒煙行為後給予立即強化
強化物施予方式	連續強化：出現良好反應均給予強化物
增強型式	正增強為主

(本研究整理)

表二、認知頓悟學習

認知學習內容	問題分析及介入
個案智力足以瞭解問題情境及各組成元素關係	讓個案瞭解抽煙會導致相關疾病發生，也知道吸煙會造成的生理心理社會的影響
相關知識及經驗	個案會從新聞，報紙上面知道吸煙造成的壞處，也會從治療師的個別會談，團體衛教，職能討論會瞭解吸煙相關問題
學習內容：結構化職能治療有助於於頓悟	職能治療會談：增強個案戒煙動機 職能治療活動：給予吸煙相關危害報導 職能治療觀察：個案內外環境對吸煙問題的影響。 a、內在：個案覺得抽煙是一種興趣，無聊可以打發時間，媽媽會給錢抽煙 b、外在：沒有同儕壓力給予規勸，吸煙造成的社會負面觀感形象
個案意願	剛開始個案對於戒煙沒有意願，之前門診有使用戒煙貼片，但對於貼片嚴重拒絕，之後因為個案常出現乾咳，胸口不適之情況，故鼓勵戒煙，再加上案母願意配合行為治療給予金錢當酬賞

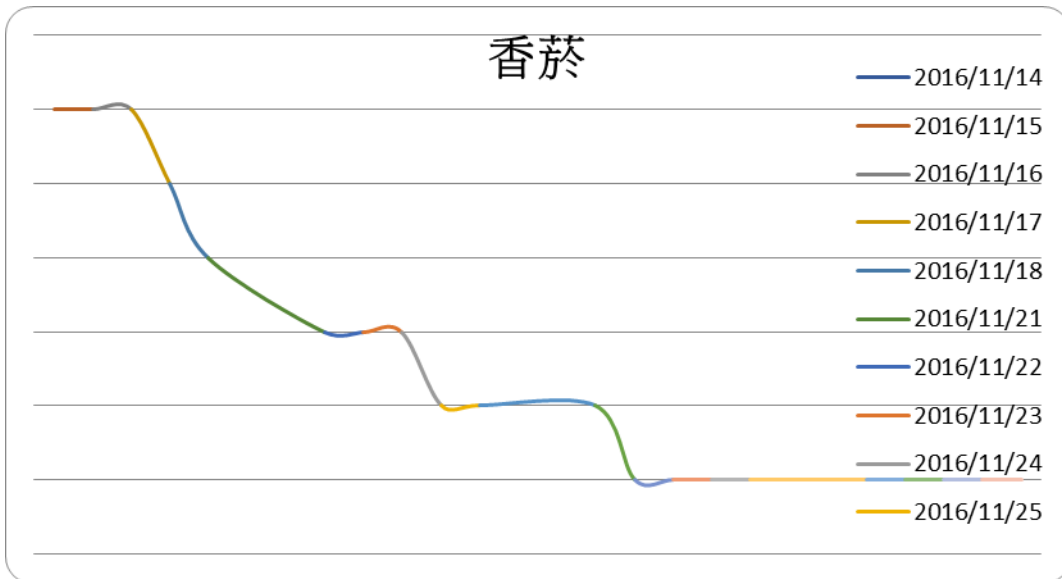
(本研究整理)



## 肆、介入結果

個案在前兩天還對戒煙猶豫不決，第三天開始，給予增強物後，慢慢意識到自己抽煙對身體不好，開始思考自己抽煙與身體之間問題，在第四天及第五天之後提供結構化職能治療活動之後，開始慢慢不抽煙，讓自己身體熟悉沒有抽煙的感覺，第六天開始在行為登記上面已經沒有抽煙情況，每天核對個案抽煙登記以及家屬確定沒有抽煙，詢問個案後表示自己沒有抽煙之後，感覺乾咳情況比較少，胸口也比較沒有悶痛的感覺(請見圖一)。

圖一、戒治時間圖



(本研究整理)

## 伍、結論與討論

個案從2016/11/30開始已經達到完全戒治的狀態，迄今已無抽煙之情況。另外個案動機仍繼續維持其戒煙狀態，並能在團體中與工作人員討論有關戒煙對身體健康，社會觀感之間的關係。顯示出透過行為增強以及認知頓悟模式對個案戒除菸癮方面有良好之成效。其實煙癮的形成因素非常複雜，本篇研究是從成癮之後完全戒除，但根本之道仍在如何衛教不要抽菸，培養健康生活型態以及養成合宜運動習慣，或許這些更是未來針對戒煙部分首先要做的。



## 陸、研究限制

- 一、自個案戒煙後為消除煙癮，常常以飲料戒除煙癮，故飲料攝取量大增，後續需針對個案戒煙後攝取飲料方面再進行介入。
- 二、本研究為個案報告，未來仍須樣本數多且嚴謹研究證實其療效。

## 柒、參考文獻

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.



李元暉<sup>1</sup>

## 摘要

台灣已於二零一五年六月制定《長期照顧服務法》，用以整合長期照顧服務，因體系紊亂，旋於二零一七年一月以及二零一九年修正。惟多次修正，仍未將精神病人列入服務對象，茲以檢索法規方式，論將精神復健納入長期照顧體系之適法性 (lawfulness)。

**關鍵詞：**精神復健，長期照顧服務

## 壹、《長期照顧服務法》公佈前(二零一五年前)之長照業務法源依據

在台灣，《長期照顧服務法》(Long-term care services act)(以下簡稱長照法)公佈前，缺乏一以「長期照顧」(long-term care)為名之法律。惟「為維護老人尊嚴與健康，延緩老人失能，安定老人生活，保障老人權益，增進老人福利，特制定本法(老人福利法，Senior citizens welfare act)」(以下簡稱老福法)<sup>2</sup>；以及「為維護身心障礙者之權益，保障其平等參與社會、經濟、文化等之機會，促進其自力及發展，特制定本法(身心障礙者權益保障法，People with disabilities rights protection act)」(以下簡稱身權法)<sup>3</sup>；換言之，《長照法》公佈前，是以《老福法》及《身權法》權充長期照顧服務之法源依據<sup>4</sup>。

因此，針對台灣《長照法》內容、項目之研究，必須針對先前《老福法》以及《身權法》。

## 貳、「社區精神復健」之意涵(implication)

按台灣《精神衛生法》(Mental health act)之用詞定義，「社區精神復健 (community mental health rehabilitation)」係「指為協助病人逐步適應社會生活，於社區中提供病人有關工作能力、工作態度、心理重建、社交技巧、日常生活處理能力等之復健治療」；而各種精神照護機構 (mental health care institution)，包括了精神醫療機構 (psychiatric institution)、精神護理機構 (psychiatric nursing institution)、心理治療所 (psychological treatment center)、心理諮商所 (psychological counseling center) 以及「提供社區精神復健」相關服務之精神復健機構 (mental health rehabilitation institution)。

1. 台灣職能治療師全聯會副秘書長，台灣營養師全聯會法規顧問，台灣社區精神復健發展協會理事。

2. 台灣《老人福利法》立法目的，於2015年1月修正(於長期照顧服務法制定前)。

3. 《身心障礙者權益保障法》立法目的，於2007年6月修正。

4. 以《長期照顧服務法》之立法目的：「為健全長期照顧服務體系提供長期照顧服務，確保照顧及支持服務品質，發展普及、多元及可負擔之服務，保障接受服務者與照顧者之尊嚴及權益」以及「長期照顧」之用詞定義：「指身心失能持續已達成或預期達6個月以上者，依其個人或其照顧者之需要，所提供之生活支援、協助、社會參與、照顧及相關之醫護服務」，與《老人福利法》及《身心障礙者權益保障法》二者之立法目的相比較，可以推論得知。



「社區精神復健」既是「復健治療」(rehabilitation)，法理上，依《職能治療師法》(Occupational therapist act)解釋「職能治療」(節錄)：「職能治療乃為復健醫療之一種方式 ...」<sup>5</sup>；而精神醫療團隊之其他專業，包括社會工作師、心理師、護理人員以及醫師，皆非復健醫療之一員；又，「社區精神復健」之意涵，包括「有關工作能力、工作態度、心理重建、社交技巧、日常生活處理能力等」，正好與台灣《職能治療師法》以及職能治療師臨床實務<sup>6</sup>，不謀而合。

因此，「社區精神復健」係「職能治療師」之業務無誤。

### 三、針對精神病人所提供之長照內容

「精神疾病 (mental illness)」，依《精神衛生法》用詞定義，「指思考、情緒、知覺、認知、行為等精神狀態表現異常，致其適應生活之功能發生障礙，需給予醫療及照顧之疾病；其範圍包括精神病、精神官能症、酒癮、藥癮及其他經認定之精神疾病，但不包括反社會人格違常者」<sup>7</sup>；而「精神病人 (patient)」，指罹患精神疾病之人。

如前所述，針對台灣現行《長照法》內容、項目之研究，必須先研究《老福法》以及《身權法》。按《長照法》公佈前，精神照護機構得提供「社交活動及人際關係訓練」、「心理重建 (psychological reconstruction)」、「情緒支持 (emotional support)」以及「行為輔導 (behavior counseling and guidance)」<sup>8</sup>。

精神照護機構得提供之服務，既與「社區精神復健」服務內容相同，又與「職能治療師」業務<sup>9</sup>相符，於現代西醫分工體制，自應由職能治療師，對精神病人執行該部分長照業務才是。

### 肆、現行情況

實務上，依《精神衛生法》訂定之「精神復健機構設置及管理辦法」，僭越《精神衛生法》授權，抵觸《職能治療師法》、《社會工作師法》(social worker act)、《心理師法》(psychologists act)、《護理人員法》(nursing personnel act)、《醫師法》(physicians act)甚至《醫療法》(medical care

5.台灣《職能治療師法》立法理由二：「按職能治療乃為復健醫療之一種方式，於醫療過程中是否需對病人做職能治療，應由醫師依病人病情需要做診斷，如需施行職能治療，再交由職能治療人員為之」

6.同註5，立法理由三(前段節錄)：「所稱作業治療(occupational therapy)，係指對身體或精神有障礙之病人，依其病情，運用適當之治療性活動(therapeutic activity)，以重建、維持或發展其動作協調或心理社會的適應能力之治療行為」；四：「所謂產業治療(industrial therapy)，係指運用生產性、服務性工作及其情境，以改善或增進病人之工作人格、工作習性及工作態度，促進病人回歸社會之就業能力」

7.英譯版本內容為“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.台灣「身心障礙者個人照顧服務辦法」。

9.《職能治療師法》立法理由三(後段節錄)：「所稱作業治療(occupational therapy)，...，對精神有障礙之病人，以運用治療性活動，控制在不傷害他人或病人本身之情況下，幫助病人抒發、傾洩鬱積之情緒，引導病人對外界活動能產生興趣及注意力之集中，把潛力發揮出來，重新建立成就感、自信心，以積極面對現實。」





act)規定，以職能治療師人數不足為由，於台灣，使社會工作人員(不需具備專業人員證書者)、心理師(包括臨床心理師、諮商心理師)、護理人員(包括護理師professional registered nurses、護士registered nurses)，外行領導內行，濫竽充數社區精神復健機構。導致精神復健機構「復健服務」品質每下愈況<sup>10</sup>。

而台灣現行之長期照顧服務，亦忽略小於1%人口數之精神復健接受者(多半為「思覺失調症 (schizophrenia)」病人)。

影響所及，一、二十年來，徒然浪費金錢、資源，且潛伏(latent)於長期照顧體系，使需要照顧者，得不到真正職能治療服務。

## 伍、結論

思覺失調症(舊稱精神分裂症)病人，於學理上，比一般人退化較早；借用《老福法》之立法目的，「為維護病人之尊嚴與健康，延緩病人失能，安定病人生活，保障病人權益，增進病人福利」；或《身權法》，「保障其平等參與社會、政治、經濟、文化等之機會，促進其自立及發展」；都與職能治療「重建、維持或發展其動作協調能力或心理社會的適應能力」若合符節，更係職能治療「運用治療性活動，引導病人對外界活動產生興趣及注意力之集中，把潛力發揮出來，重新建立成就感、自信心，以積極面對現實」<sup>11</sup>之天職。

台灣以其他專業魚目混珠的冤枉路，導致「社區精神復健」發生惡紫奪朱的效應，也就是不具備證書的(unlicensed)社會工作人員以及人數眾多的護理人員，宣稱渠等也會「復健」，所謂社區精神復健，在台灣，充斥著充權(empowerment)以及照料病人(caring)，卻不知如何訓練病人回歸社會。前車之鑑，後事之師，正足以提供將積極發展長期照顧借鏡：長期照顧服務體系，無法避免照顧退化(老化)之精神病人，反過來說，應積極納入以職能治療師為主的社區精神復健內容，才可收事半功倍之效(efficacy)。

10. (含關懷訪視檢討)，119-146頁，高雄凱旋醫院印行。自2003-2011，統計全台復健機構，「復健服務」評鑑得分率總是敬陪末座。

11. 黃曼聰，1997年，《職能治療師法》立法理由。



## 六、參考文獻

2. 台灣《老人福利法》立法目的，於2015年1月修正(於長期照顧服務法制定前)。
3. 《身心障礙者權益保障法》立法目的，於2007年6月修正。
4. 以《長期照顧服務法》之立法目的：「為健全長期照顧服務體系提供長期照顧服務，確保照顧及支持服務品質，發展普及、多元及可負擔之服務，保障接受服務者與照顧者之尊嚴及權益」以及「長期照顧」之用詞定義：「指身心失能持續已達成或預期達6個月以上者，依其個人或其照顧者之需要，所提供之生活支援、協助、社會參與、照顧及相關之醫護服務」，與《老人福利法》及《身心障礙者權益保障法》二者之立法目的相比較，可以推論得知。
5. 台灣《職能治療師法》立法理由二：「按職能治療乃為復健醫療之一種方式，於醫療過程中是否需對病人做職能治療，應由醫師依病人病情需要做診斷，如需施行職能治療，再交由職能治療人員為之」
6. 立法理由三(前段節錄)：「所稱作業治療(occupational therapy)，係指對身體或精神有障礙之病人，依其病情，運用適當之治療性活動(therapeutic activity)，以重建、維持或發展其動作協調或心理社會的適應能力之治療行為」；四：「所謂產業治療(industrial therapy)，係指運用生產性、服務性工作及其情境，以改善或增進病人之工作人格、工作習性及工作態度，促進病人回歸社會之就業能力」
7. 英譯版本內容為 “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. 台灣「身心障礙者個人照顧服務辦法」。
9. 《職能治療師法》立法理由三(後段節錄)：「所稱作業治療(occupational therapy)，...，對精神有障礙之病人，以運用治療性活動，控制在不傷害他人或病人本身之情況下，幫助病人抒發、傾洩鬱積之情緒，引導病人對外界活動能產生興趣及注意力之集中，把潛力發揮出來，重新建立成就感、自信心，以積極面對現實。」
10. 張達人，2012年精神醫療網暨社區精神復健年終檢討會(含關懷訪視檢討)，119-146頁，高雄凱旋醫院印行。自2003-2011，統計全台復健



機構，「復健服務」評鑑得分率總是敬陪末座。

11. 黃曼聰，1997年，《職能治療師法》立法理由。



蒙玲<sup>1</sup>，韋佳<sup>2</sup>，韋李說<sup>3</sup>

## 摘要

目的 探討農療對農村精神分裂症患者社會功能的影響。方法 選擇2012年5月至2013年6月住院的病人，在住院期間，使用循序漸進的方法進行農療幹預，於出院後一個月採用社會功能缺陷篩選量表（SDSS）進行評分，再追蹤6年，每年對社會功能進行評分一次。結果 經過觀察，兩組總分總體逐年增高，幹預後農療組的SDSS總分與10個因數的得分都明顯低於對照組，差異有統計學意義（ $P < 0.05$ ）。結論 農療可以改善社會功能，延緩社會功能的退化，提高患者生活品質，值得推廣應用。

**關鍵字：**農療，農村精神分裂症，社會功能，影響

## 壹、背景

隨著我國農村社會的發展變化，很多農民承受的精神壓力也隨之增大，精神問題、精神疾病日益突出。與城市相比，當前農村精神病人的很多康復要求得不到滿足且滿意度不高，尤其是醫療康復和職業康復<sup>4</sup>方面。但是，當前農療的正在逐步推進，推動了精神病人康復工作開展，為農村精神病人社會功能的康復提供全面長遠的理論指導，更好的促進和解決農村精神病人的康復服務工作，建立和完善精神病人的康復服務保障體系，對維護社會穩定意義重大<sup>5</sup>。很多的研究認為精神分裂症治療康復的重點不僅僅是對臨床症狀的控制，還包括其家庭、社會功能的恢復，直接影響病人及其家庭的疾病負擔及生活品質<sup>6,7</sup>。我院住院患者中，農村病人占絕大多數，為了豐富他們的住院生活，使他們得到更有效的康復，結合我院實際情況，在開展各項康復的同時，開展與其家庭勞作密切相關的農療課程，於出院後隨訪，採用社會功能缺陷篩選量表（SDSS）進行效果評估，現將結果報告如下。

1. 河池市第六人民醫院。

2. 河池市第六人民醫院。

3. 河池市第六人民醫院。

4. 陸愛軍，王永強. “農療”對慢性精神分裂症住院患者的康復效果[J]. 上海精神醫學，2010，2(4)：236-238.

5. 溫愛玉，王雲仙. 長期住院精神病患者對改善住院環境需求的調整分析[J]. 護理與康復，2012，11(3)：219-221.

6. 餘建英，王旭，林小敏. 社區綜合康復訓練對慢性精神分裂症病人家庭功能和社會功能影響的研究[J]. 護理研究，2015，29(7B)：2540-2542.

7. 趙濤，張傳海，莊美芳，等. 家屬培訓對長期住院慢性精神分裂症患者康復的影響[J]. 護理學雜誌，2012，27(5)：29-31.



## 貳、物件與方法

### 1 研究物件

選擇2012年5月至2013年6月住院的農村精神分裂症患者。入組標準：①符合CCMD-3診斷標準；②患者和(或)家屬簽署《農療知情同意書》和願意參與研究的知情同意書；③陽性和陰性症狀量表評分 $<35$ 分；④有一定認知、理解能力，溝通無明顯障礙。排除標準：①韋氏智力測驗 I Q  $<70$ ；②伴有嚴重軀體疾病和明顯的藥物不良反應。將入組的共80例患者，隨機分為對照組和農療組。對照組40例：男性29例，女性11例；年齡 20-56 歲，已婚 14 例，有子女4例，未婚26例，住院天數61-268天，病程1-14年。農療組40例：男性31例，女性9例；年齡 18-57 歲，已婚15 例，有子女4例，未婚25例，住院天數 65-273天，病程 1-13 年。農療天數 64-262 天，兩組病人的性別，年齡、婚姻情況、住院天數、病程等方面無明顯差異性， $P>0.05$ ，見表1。

表1：兩組病人的年齡、病程情況

組別	平均年齡 (歲)	病程 (個月)
對照組	44.19±8.12	231.50±107.83
農療組	44.33±9.71	236.40±25.35
P值	>0.05	>0.05

### 2 方法

#### 2.1 農療方法

(1)成立農療小組(設小組長，由病人擔任)，由病房主管醫生和主管護士做好心理護理，鼓勵病情穩定後的病人參加農療小組；瞭解各患者家庭勞作的基本內容，利用我院現有的條件，開設家庭常栽蔬菜和瓜果的培育種植。

(2)每月由分管農療專案的護士用多媒體進行講課，內容包括：參與農療的必要性和意義、各種時令農作物的栽培和病蟲防治、各種工具的使用和維護，每次課程30分鐘。



(3) 農療組住院期間參與農療的時間 $\geq 4$ 周。採用循序漸進的作業方法：第一周每天1小時(上、下午各30分鐘)；第二周每天2小時(上、下午各60分鐘)；第三周每天3小時(上、下午各90分鐘)；第四周以後每天4小時(上、下午各120分鐘)，直至出院。

(4) 把每天的農療任務分兩部分，研究物件分為兩個小組，每次治療結束後，由農療小組長進行品質檢查，本小組成員之間進行點評，由農療護士總結並發給相應的精神獎勵和物質獎勵，農療患者兩組之間每週進行相互交流1次，農療護士在每次農療之前，組織農療小組對農療基地現有的農作物進行勘察，瞭解農作物的長勢、患病情況，對長勢、患病情況進行現場分析，制定防治措施，佈置本次農療的任務。對照組則不參與其治療，靜養方式。

(5) 農療成品每月通過多媒體展示一次，每4周為農療的一個療程。

(6) 出院後農療組每天參與家庭勞作 $\geq 2$ 小時。

## 2.2 建立支援系統

家庭的關心及支持是精神病人康復的物質保障和精神支柱，住院期間農療護士定期向病區反映病人的農療情況，主管醫生與患者的家屬進行有效溝通，把病人的進步如實告知家屬，出院後定期隨訪，讓家屬鼓勵、支援病人參與農療。

## 2.3 調查方法

採用自製的一般情況調查表收集患者的基本情況，內容包括性別、年齡、婚姻情況、病程、住院天數、家庭常規勞作等內容。

## 3 評定方法

本文觀察的指標主要為患者的社會功能狀況，採用社會功能篩選量表評定(SDSS)，SDSS共10個項目，每項目的評分為0-2分，分3級評分：

(0分)無缺陷，(1分)有些缺陷，(2分)嚴重缺陷。未婚者的第2和第3項評分記9，不計入總分，評定範圍為最近一月。我國十二地區精神疾病流行學調查規定總分 $\geq 2$ 分，為有社會功能缺陷。

## 4 統計方法

採用SPSS9.0軟體進行分析，SDSS相關資料對比採用t檢驗， $P < 0.05$ 代表差異顯著。

## 三、結果

經過觀察，農療組的SDSS總分與10個因數的得分都明顯低於對照組，差異有統計學意義( $P < 0.05$ )。見表2。經過追蹤6年，我們發現6年期間兩組總分總體逐年增高。見圖1。我們又總結了2014-2019年農療組和對照組的SDSS



年農療組和對照組的SDSS總分與10個因數的得分，見表3。

)

表2：兩組幹預後SDSS相關評分對比(x±s，分)

項目	對照組	農療組	t	P
SDSS總分	403±0.5	213±0.5	10.258	<0.05
因數				
職業和工作	53 ± 0.5	12±0.5	9.258	<0.05
婚姻職能	10 ±0.5	9±0.5	1.582	<0.05
父母職能	10±0.5	2±0.5	8.228	<0.05
社會性退縮	10±0.5	17±0.5	6.257	<0.05
家庭外的社會活動	59±0.5	20±0.5	7.559	<0.05
家庭內的活動過少	54±0.5	23±0.5	362.252	<0.05
家庭職能	55±0.5	24±0.5	10.254	<0.05
個人生活自理	16±0.5	6±0.5	15.245	<0.05
對外界的興趣和關心	68±0.5	42±0.5	6.889	<0.05
責任心和計劃性	68±0.5	57±0.5	6.255	<0.05

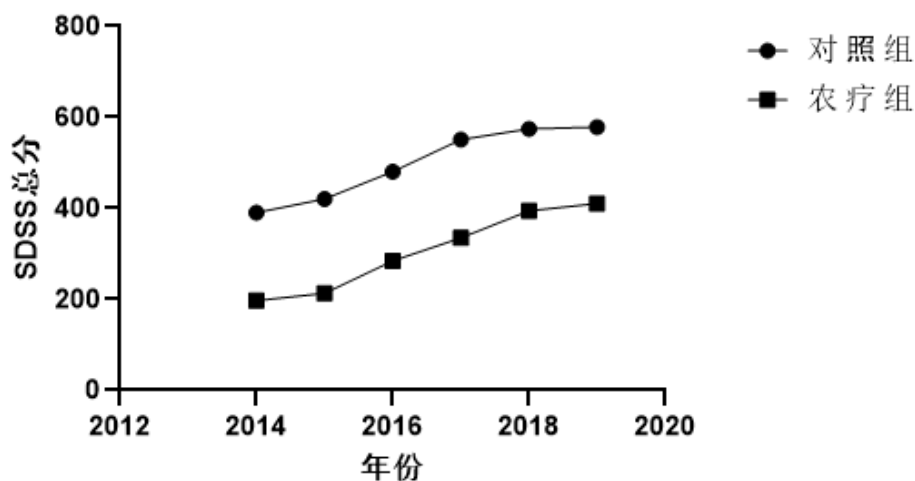
表3 2014-2019年兩組的SDSS總分與10個因數的平均得分情況(x±s，分)



表3 2014-2019年兩組的SDSS總分與10個因數的平均得分情況(x±s, 分)

項目	對照組	農療組	t	P
SDSS總分	498.8±0.5	305.5±0.5	20.324	<0.05
因數				
職業和工作	57.8±0.5	35.3±0.5	1.582	<0.05
婚姻職能	10 ±0.5	19.5±0.5	4.235	<0.05
父母職能	9.5±0.5	5.5±0.5	4.789	<0.05
社會性退縮	61±0.5	36.5±0.5	4.237	<0.05
家庭外的社會活動	62±0.5	36.8±0.5	6.89	<0.05
家庭內的活動過少	58±0.5	36.1±0.5	2.15	<0.05
家庭職能	61.7±0.5	36±0.5	6.908	<0.05
個人生活自理	27.7±0.5	15.5±0.5	6.460	<0.05
對外界的興趣和關心	66.2±0.5	38.2±0.5	7.256	<0.05
責任心和計劃性	68.7±0.5	46±0.5	5.248	<0.05

圖1：兩組各年的SDSS總分總體趨勢圖







## 肆、討論

目前我國農村地區，由於醫療資源的缺乏和不足，精神病人的醫療康復服務遠遠不夠，加之職業康復、教育康復和社會康復等起步較晚，很多政策及康復制度都很缺失，所以我國農村精神病人的康復保障服務任重而道遠<sup>8</sup>。國家執行的新型農村合作醫療政策，讓許多農村的精神病患者有條件得到系統的治療，農療是非藥物治療綜合幹預治療方法其中的一種，是一個主動參與的過程，增強了患者的主動性，提高了患者農療參與周圍活動的興趣，對於農村精神病人更具有實用性意義。患者生活在農村，祖輩的勞作，熟悉的耕種程式在農療基地盡現，患者在相互交流勞作經驗的同時，可以相互傾訴，室外開放的空間更易使他們不快的情緒，得到宣洩，為患者建立良好的心境起積極作用，有利於疾病的康復。農療計畫的第四周，勞動時間和強度基本接近農村的勞動實況，通過循序漸進的方法，使第四周後的勞動時間、強度接近農村常規家庭勞作，每週逐漸加重勞動強度、延長勞動時間，隨著工作時間、強度的遞增，使機體的順應性提高，病人更容易適應。通過多媒體講課，增加患者的新鮮感，生動有趣的畫面更能吸引他們的注意力，農療成品的展示、支援系統的建立，提高他們完成農療任務的信心，對發展新的興趣或計畫起促動作用<sup>9</sup>，這說明有組織、有計劃、有目的的農療訓練對精神分裂症病人康復是有積極意義的，與徐燕等<sup>10</sup>的研究結果相一致。

在經濟和文化水準相對低下的農村，人們對精神病知識的知曉偏少，往往忽視了患者社會功能的恢復和重建，患者病情複雜多變，複診率高，精神病患者的費用已成為社會和患者家庭沉重的負擔，而農療療效的提高，可以使患者創造一定社會經濟效益，減輕家庭負擔，提高生活品質，該研究結果與張文<sup>11</sup>的研究結果相一致。

總之，本研究中，患者的復發率會對SDSS評分產生一定的影響，出院後，患者疾病的週期、心理狀態也會對評分產生一定誤差。但是，對比兩組10個因數的SDSS總分，農療可以使精神病患者的惰性和負性情緒減輕，改善社會功能，提高社會適應能力和遠期療效，提高患者生活品質，值得推廣應用。

8. 姚志賢· 新型農村合作醫療制度中精神病人醫療康復受益情況調查報告[J]· 中國康復理論與實踐, 2009, 10(10): 22-23

9. 楊團, 李敬, 唐曉春· 北京市農村地區精神病人康復服務現狀與政策研究[J]· 中國社會科學院社會政策研究中心, 2008, 7(12): 88-91.

10. 徐燕, 蔡軍, 周岩岩, 等· 農療訓練對社區精神分裂症病人康復的效果分析· [J] 護理研究 2018, 32(7): 1142-1143.

11. 張文· 農療對精神分裂症慢性期病人康復的影響[J]. 中國民康醫學, 2009, 21(6):624-625.



## 伍、參考文獻

4. 陸愛軍，王永強. “農療”對慢性精神分裂症住院患者的康復效果[J]. 上海精神醫學，2010，2(4)：236-238.
5. 溫愛玉，王雲仙. 長期住院精神病患者對改善住院環境需求的調整分析[J]. 護理與康復，2012，11(3)：219-221.
6. 余建英，王旭，林小敏. 社區綜合康復訓練對慢性精神分裂症病人家庭功能和社會功能影響的研究[J]. 護理研究，2015，29(7B)：2540-2542.
7. 趙濤，張傳海，莊美芳，等. 家屬培訓對長期住院慢性精神分裂症患者康復的影響[J]. 護理學雜誌，2012，27(5)：29-31.
8. 姚志賢. 新型農村合作醫療制度中精神病人醫療康復受益情況調查報告[J]. 中國康復理論與實踐，2009，10(10)：22-23.
9. 楊團，李敬，唐曉春. 北京市農村地區精神病人康復服務現狀與政策研究[J]. 中國社會科學院社會政策研究中心，2008，7(12)：88-91.
10. 徐燕，蔡軍，周岩岩，等. 農療訓練對社區精神分裂症病人康復的效果分析. [J] 護理研究 2018，32(7)：1142-1143.
11. 張文. 農療對精神分裂症慢性期病人康復的影響[J]. 中國民康醫學，2009，21(6)：624-625.



王聰<sup>1</sup>

## 摘要

相較於國外作業治療服務在大學校園心理健康服務的成熟發展，國內高校心理健康工作中作業治療服務確是空白。從2108年我國內地作業治療人員從業現狀的調查與分析的結果來看，作業治療師主要工作領域為神經系統疾病；工作在精神心理領域中僅為6.47%<sup>2</sup>，而這些人當中在高校中從事心理健康作業治療工作的人更是為零。因此這塊領域更值得我們去探究作業治療服務在國內大學校園裡心理健康工作中的角色及其可行性。為之後切實在大學校園裡開展作業治療服務及構建更完善的心理健康服務體系提供有力依據。本文通過問卷調查，使用問卷星生成資料進行瞭解、分析研究大學生心理健康問題的特點及普遍性，結合作業治療服務的內容及特色，為重新構建大學生心理健康工作服務模式提出新的方法和舉措。

**關鍵字：**大學生心理健康，作業治療服務，PEO模型

## 壹、國內外作業治療服務在高校開展的現狀

### 1. 國外作業治療服務在高校開展的情況

西方國家，早在18世紀就有精神科醫生運用作業活動的技術對患者進行治療，第二次世界大戰後，由於康復醫學的興起，尤其是全面康復觀念的提出，作業治療的工作重點由對精神病的治療發展到對殘疾的康復治療上，著眼於身體功能的恢復及職業和勞動能力的恢復，而作業治療師在醫院、學校、社區等都有分配。近年來作業治療發展很快，在基礎理論、作業的分析和選擇、新技術的開拓、新的治療性作業理論研究、作業療法的縱向分科發展、作業治療與各學科配合以及作業療法在保健和康復中的應用等許多方面都有了顯著的進步。除了一些普遍的領域，很多OT都走進了校園，通過早期宣教、設計作業活動以及環境改造等方式減低了心理疾病發生率。例如加拿大英屬哥倫比亞大學作業治療系的師生很早開始將作業治療服務同大學生心理健康工作相結合，在校園內開展作業治療在心理健康領域中的服務，並取得很好的效果。

### 2. 國內作業治療服務在高校開展的情況

近幾年來，大學生出現心理問題的情況越來越多，各高校學生工作處也越來越重視學生心理健康情況。教育部印發《高等學校學生心理健康教育指導綱要》（以下簡稱《綱要》），要求健全心理危機預防和快速反應機制，建立學校、院系、班級、宿舍“四級”預警防控體系，

1. 昆明醫科大學康復學院 雲南 昆明 650500。

2. 閔彥寧, 楊永紅, 蘆劍峰, 李奎成, 胡軍, 劉璿, 林國徽, 陳少貞, 胡岱. 我國內地作業治療人員從業現狀的調查與分析[J]. 中國康復醫學雜誌, 2018, 33(07):833-836.



完善心理危機幹預工作預案。主要任務包括：把心理健康教育課程納入學校整體教學計畫，對新生開設心理健康教育公共必修課；通過舉辦心理健康教育月、“5·25”大學生心理健康節等形式多樣的主題教育活動，增強心理健康教育吸引力和感染力；設立心理發展輔導室、心理測評室、積極心理體驗中心、團體活動室、綜合素質訓練室等，積極構建教育與指導、諮詢與自助、自助與他助緊密結合的心理健康教育與諮詢服務體系；建立心理危機轉介診療機制，暢通從學校心理健康教育與諮詢機構到校醫院、精神衛生專業機構的心理危機轉介綠色通道，及時轉介疑似患有嚴重心理或精神疾病的學生到專業機構接受診斷和治療<sup>3</sup>。國內高校各自建立了心理諮詢平臺並開展一些心理教育活動，但成效不明顯。在這些諮詢團隊中，主要是由心理專業或非專業人士進行管理。國內的作業治療未受到社會足夠重視，不僅僅是思想意識的問題還有各學科之間的合作問題，但是隨著國際趨勢的發展，近幾年我國的作業治療也發展迅速，但學校學生心理健康工作從未涉及。現在的教育團隊模式依然老化陳舊，心理治療團隊更是單一。因此，相比較國內外作業治療的發展現狀，從國外成功的案例中借鑒經驗尋找適合我國高校心理健康教育工作團隊的模式和方法，調整心理健康工作團隊人員和完善工作團隊模式是十分必要且重要的事情。

### 3. 作業治療在心理健康領域中的服務模式及內容

作業治療服務建立在以服務物件為中心的模式以及基於作業治療的模式上，為心理健康的個案提供生物-心理-社會範疇的全面康復評估及訓練。其內容包括為個案提供團體治療、單獨治療。團體治療：包括社會功能訓練、心理健康教育、情緒壓力管理、興趣愛好培養、認知功能鍛煉和體能訓練等<sup>45</sup>。

## 貳、物件與方法

### 1. 對象

以某醫科大學2017級基礎醫學專業及康復專業 1000名學生為研究物件，網路回收問卷155份，有效問卷155份，回收率為15.5%；155名調查對象中，男性54名，占34.8%，女性101名，占65.2%。

### 2. 方法

採用自製大學生心理健康及作業治療服務內容問卷，利用問卷星線上問卷調查平臺，進行線上調查。

### 3. 統計分析

問卷星線上問卷調查平臺直接生成百分比進行分析。

3. 呂汶聰 林蓓蕾. 大學生常見心理問題及幹預對策,《全科護理》2018.8(16):24-2

4. 錢維,陸江波,蘇彬,李達.無錫同仁國際康復醫院精神科作業治療服務模式介紹[J].中國康復,2015,30(06):435-436

5. 馬亮. 作業療法在精神疾病康復治療中的應用效果評價,《基層醫學論壇》2018.5(22):14



#### 4. 調查結果

調查結果顯示：大學生的心理壓力主要來源包括就業問題（32.26%）、學業壓力（26.45%）及人際交往困難造成的心理壓力（15.48%），見表1；調查中只有12.26%的學生表示自己目前的心理狀態良好，未有任何壓力和不適。同時在調查中發現如果在校園裡開展康復作業治療服務，67.7%的同學願意參加社交技巧訓練的小組活動，60.7%的同學願意參加壓力管理的小組活動，也有65.81%的同學提出希望在校園內設立壓力減壓室，可以供同學們使用，見表2。

表1 心理壓力主要來源

選項	小計	比例
人際交往困難	24	15.48%
角色轉換與適應問題	11	7.1%
學業壓力	41	26.45%
就業壓力	50	32.26%
家庭經濟壓力	10	6.45%
無壓力，心理狀態良好	19	12.26%



表2 同學願意參加的康復作業治療服務活動

選項	小計	比例
精神心理問題知識的培訓	81	52.26%
精神心理問題的急救方法培訓	81	52.26%
個人一對一治療	83	53.55%
壓力管理的小組活動	94	60.65%
社交技巧訓練的小組活動	105	67.74%
自我效能感提升的小組活動	78	50.32%
壓力減壓室的使用	102	65.81%

### 三、對策及建議

結合調查結果、作業治療服務內容、特色及教育部提出的四級心理健康防控體系，提出以下對策及建議：

3.1 在宿舍及班級層面，在原來的基礎上加入作業治療的服務，包括：1、學生資訊管理員和心理委員的精神心理疾病的普及及精神疾病的急救方法的培訓2、通過小組活動、角色扮演、真實案例分享等活動進行精神心理疾病的宣傳及宣導，改變學生對有精神心理問題的學生的態度，營造更具包容性的、和諧的校園環境。

3.2 在院系層面，作業治療的服務主要提供：1、對部分老師的精神心理疾病知識的普及。2、通過小組教育的方式，讓學生找到壓力管理、時間管理、社交技巧訓練等方法。而社交技巧的訓練也是同學們需求最大，最願意參加的小組訓練活動。

3.3 在學校層面，作業治療的服務與大學心理健康服務站一同合作，處理解決學生的心理健康問題。主要包括：對學生進行面談、評估及幹預。值得一提的是，在面談、評估和幹預的過程中與心理治療或心理諮詢大有不同的是，



心理治療和心理諮詢主要注重解決學生的情緒心理問題。而作業治療則關注學生生理、情緒、認知及精神等方面以及非常重要是關注他的作業活動表現，發現影響其作業表現的主要問題，通過使用CBT、社會學習理論、行為治療、意象訓練等方法解決問題，從而促進學生在某些受影響的作業領域的表現。

## 肆、限制

4.1 上述的對策及建議在現階段還停留在理論階段，還需要切實在高校中開展其服務內容，通過實踐檢驗該對策是否可行有效及困難和阻力。

4.2 由於高校中心理健康服務中心尚未聘用作業治療專業人員，對該對策及建議的實施有一定的局限性及困難。對作業治療服務在高校中開展是一個巨大的挑戰。

## 伍、參考文獻

2. 閔彥寧, 楊永紅, 蘆劍峰, 李奎成, 胡軍, 劉璿, 林國徽, 陳少貞, 胡岱. 我國內地作業治療人員從業現狀的調查與分析[J]. 中國康復醫學雜誌, 2018, 33(07):833-836.
3. 錢維, 陸江波, 蘇彬, 李達. 無錫同仁國際康復醫院精神科作業治療服務模式介紹[J]. 中國康復, 2015, 30(06):435-436
4. 馬亮. 作業療法在精神疾病康復治療中的應用效果評價, 《基層醫學論壇》2018. 5(22):14
5. 呂汶聰 林蓓蕾. 大學生常見心理問題及幹預對策, 《全科護理》2018. 8(16) : 24·2



趙然<sup>1</sup>

## 摘要

目的：研究精神科綜合康復治療對於精神發育遲滯患者的治療效果。方法：選擇精神發育遲滯患者20例，對其進行綜合康復治療，治療前後均進行韋氏成人智力量表（WAIS）和日常生活技能訓練量表（ADL）評估，比較評估結果。結果：與治療前評估結果相對比，治療後韋氏成人智力量表和日常生活技能訓練量表評分較之前均有明顯改善，差異具有統計學意義（ $P < 0.05$ ）。結論：精神科綜合康復治療對於精神發育遲滯可以有效改善智力，提高獨立生活能力。

**關鍵字：**精神發育遲滯，綜合性康復治療方法，精神康復

## 壹、背景

精神發育遲滯（MR）是精神科常見的精神疾病，是指個體在發育階段（通常指18歲以前）精神發育遲滯或受阻，臨床表現為認知、語言、情感意志和社會化等方面的缺陷、不足，在成熟和功能上顯著落後於同齡兒童，成年後無法融入社會，常年在精神病院或福利院居住，給家庭和社會帶來經濟負擔和相應社會問題<sup>2</sup>。

此類患者通常智力在70以下，由福利院或其他社會團體轉介入院，生活無法自理，語言溝通障礙，社會功能缺損嚴重<sup>3</sup>。日常治療主要依靠磁療、針灸和康復護理，幫助患者適應住院生活<sup>45</sup>。

隨著精神康復治療在精神衛生機構的發展，針對此類患者，無錫市精神衛生中心聯合各街道衛生服務中心研究採用綜合康復治療，以專業的康復手段，評估和分析此類患者的主要功能障礙，通過日常生活訓練、認知訓練、文化再教育訓練、社交訓練等綜合康復方式<sup>6</sup>，幫助精神發育遲滯患者改善功能障礙，重新與社會連接，爭取真正達到重返家庭，回歸社會。此次研究的目的是希望能夠瞭解通過日常生活訓練、認知訓練、文化再教育訓練、社交訓練等綜合康復方式的說明，能否真的協助重返家庭，回歸社會。

1. 無錫精神衛生中心。

2. 沈漁郵·精神病學[M]·5版·北京：人民衛生出版

3. 李潔，寇振芬·精神發育遲滯司法精神病鑒定69例分析[J]·臨床醫學，2012，32(4)：30—31。

4. 楊東梅，馬彩雲，尚清，等·中西醫結合系統治療精神發育遲滯臨床路徑初探[J]光明中醫，2015，10(20)：2194-2197。

5. 潘小平，李東秀，蘇賡，等·兒童精神發育遲滯針灸治療和康復治療結果分析[J]·中國康復醫學，2014，18(11)：28-29。

6. 馬丹英，常向東·慢性精神病康復技能訓練的研究進展[J]·中國健康心理學雜誌，2014，22(4)：639—641。





## 貳、研究方法

### 1. 方法：

綜合康復以團體治療（6-12人）為主要治療方式，三個月為一個療程。運用韋氏成人智力量表（WAIS）、日常生活技能訓練量表（ADL）前後評估，進行對比。

由兩位治療師和一位康復護士組成綜合康復治療小組，制定好標準化的治療流程，開展團體治療：

- i. 日常生活訓練：運用MOHO模式作為引導，進行穿衣、疊被、洗漱、用餐、外出等日常生活訓練，幫助患者由意志上對日常生活活動的認知及價值觀的改變，造成實際職能表現能力上的改變，並逐步將此改變轉化為習慣，逐漸適應個人獨立生活。
- ii. 認知訓練：透過團體的設計進行關於記憶力、注意力、關注細節能力等認知訓練，改善患者的認知能力，以降低認知功能對於日常生活表現的影響。
- iii. 文化再教育訓練：通過簡單的團體活動從識字、書寫、社會文化再教育，幫助患者能夠更好的融入現代社會文化環境<sup>7</sup>。
- iv. 社交訓練：在團體活動中加入簡單的社交技能訓練，幫助患者能夠正確識別他人情緒，表達自身感受，減少交流與溝通障礙引起的日常矛盾。

### 2. 結果：

治療進行五個療程，治療結果：

	治療前	治療後	t	P
韋氏量表	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

治療前後韋氏量表評分比較，與治療前相比，治療後得分（46.250±9.530）明顯高於治療前得分（40.700±8.0791），差異具有統計學意義（ $P<0.05$ ）。

治療前後ADL量表評分比較，與治療前相比，治療後得分（53.500±10.773）明顯高於治療前得分（43.250±8.926），差異具有統計學意義（ $P<0.05$ ）。

7. 牛國輝，熊華春，朱登納，等. 引導式教育在精神發育遲滯幼兒中的療效研究〔J〕. 中國實用醫藥，2014，9（18）：13 - 14。



### 三、討論

#### 1. 最大程度幫助患者能夠獨立生活：

流行病學調查顯示，我國中重度精神發育遲滯患者發生率為1.2%~5.5%，疾病給家庭、社會以及患者本身都造成嚴重的損害<sup>8</sup>。目前國內大多數患者都依靠福利機構收容、家庭贍養或精神機構住院等方式，但生活品質極低。對此，綜合康復從多種功能恢復出發，在日常生活範圍內訓練患者的自理能力，最大程度幫助患者能夠獨立生活。

#### 2. 減少因社會文化脫節造成的社會脫離：

在文化再教育及認知範圍內幫助患者提高與家庭、社會的融合度，在現代文化背景下減少因社會文化脫節造成的社會脫離。

#### 3. 提升溝通與互動技巧：

在社交訓練中提升溝通與互動技巧，讓患者與周邊環境的資訊交流數量與品質都大幅度增加，許多因交流障礙造成的情緒波動、異常行為等都能得到很好的抑制。

多種康復治療技術綜合應用，力求讓精神發育遲滯患者能夠最大限度的獲得新角色、新能力，重新融入家庭，回歸社會。

### 肆、限制

由於本次研究樣本量小，幹預時間較短，且研究中發現針對重度精神發育遲滯患者的治療效果並不明顯，尚需擴大樣本量、延長幹預時間、對不同程度精神發育遲滯患者分類幹預等進一步研究。

### 伍、參考文獻

2. 沈漁郵·精神病學[M]·5版·北京：人民衛生出版社，2005：696。
3. 李潔，寇振芬·精神發育遲滯司法精神病鑒定案例分析[J]·臨床醫學，2012，32(4)：30—31。
4. 楊東梅，馬彩雲，尚清，等·中西醫結合系統治療精神發育遲滯臨床路徑初探[J]光明中醫，2015，10(20):2194-2197。
5. 潘小平，李東秀，蘇賡，等·兒童精神發育遲滯針灸治療和康復治療結果分析[J]·中國民康醫學，2014，18(11):28-29。
6. 馬丹英，常向東·慢性精神病患者康復技能訓練的研究進展[J]·中國健康心理學雜誌，2014，22(4)：639—641。
7. 牛國輝，熊華春，朱登納，等·引導式教育在精神發育遲滯幼兒中的療效研究 [J]·中國實用醫藥，2014，9(18)：13 - 14。
8. 程明高，高永強，張瑋·綜合性康復療法治療精神發育遲滯患兒的效果分析[J]·河南醫學研究，2015，9(8):57-58。

8. 程明高，高永強，張瑋·綜合性康復療法治療精神發育遲滯患兒的效果分析[J]·河南醫學研究，2015，9(8):57-58。



呂忠益<sup>1</sup>

## 摘要

『小孩子為什麼一直哭？』『孩子老是很怕生，不喜歡跟其他孩子一起玩！？』

『怎麼了？我的孩子玩遊戲就是很容易緊張與害怕！？』

『幹嘛又生氣了？可以好好跟我說嗎？』『這麼沒有耐心，做不好一下就放棄了！？』

我們常常提醒與安撫孩子，爸媽老是問為什麼情緒有狀況，需要幫忙的孩子越來越多？

孩子在想什麼？是什麼讓孩子愛哭愛生氣？如何提升情緒穩定度？

**關鍵詞：親子教養，職能治療**

## 壹、臨床發現

透過簡單的職能治療實證醫學觀察，

就可發現感覺統合對孩子的情緒發展與調適非常非常的重要：

1. 臨床上發現觸覺敏感(不喜歡被碰觸、拒絕理髮、洗頭洗臉，挑剔衣服質感，對痛覺反應過度、不喜歡穿褲子、套頭衣服，遠離他人，不喜歡別人靠近…)的孩子，情緒較不穩定，甚至翻臉跟翻書一樣快，本來玩的好開心，可能因為別人不小心的碰觸，突然情緒失控大發雷霆！！其實只要持續友善的擁抱，提供好的觸覺刺激(按摩、順毛撫摸、SPA、游泳…)與觸覺減敏感的人際互動遊戲(炒飯糰、抱抱好朋友、烤乳豬、壓比薩、搓湯圓…)，就會讓孩子情緒忍耐度大大進步呦！

2. 前庭平衡覺整合不佳(容易暈車、拒絕或特別喜歡溜滑梯、害怕或是特別喜歡被高舉、旋轉或盪鞦韆，不自覺搖晃身體、跑來跑去、自我打轉…)的幼兒，有的孩子變成異常好動，一直尋求大腦興奮的感統刺激來滿足自己，很急很衝容易插隊；有的孩子則會平衡差、易跌倒，動作差，甚至排斥運動玩遊戲、不喜歡律動跳舞，變的容易緊張與焦慮、沒有自信的小朋友，我們設計許多好玩有目的性的感覺統合遊戲(超級跳跳馬、鞦韆太空船打怪獸、滾滾香腸拼拼圖、翻筋斗孫悟空、陀螺龍捲風…)，可愛的孩子們開始學習調整自己的行為與動作，衝動無法控制自己，還有膽小緊張的情況都是會緩解許多的！

1. 台灣陽光天使職能治療兒童發展關懷協會理事長。



3. 本體運動覺發展不成熟(動作不靈巧、緩慢、很容易累，易絆倒、碰傷，玩跳格子、踢球、丟接球遊戲有困難)的兒童，常常出現粗大動作發展較落後，動作不協調，肌耐力偏低，沒有自信，容易放棄、沒有學習動機的生理與心理狀態，運動真的對孩子很重要，可以宣洩精力並穩定情緒，加強孩子的動作整合，增進免疫力與強健身體！所以好好的引導與陪伴孩子跑跑步、跳體操、騎腳踏車，適當加上戶外的體能與球類活動，孩子的體適能、肌耐力也會大大提升！

4. 其他感官學習刺激不足：聽覺注意力不集中(叫名字沒有反應、上課時易分心、東張西望、常被無關緊要的聲音干擾，無法專心聽老師或父母說話.....，其實是聽覺注意力系統調整有問題，無法過濾周遭雜音，因而無法專注聽課，這類型的孩子通常都有感覺統合前庭平衡覺整合異常的問題。過動兒、遲緩兒皆會發生)，視知覺能力不佳(東西找不到、粗心大意、閱讀跳漏字)，也會讓孩子在學習上遇到挫折，這也是家長需要注意的地方！

孩子有情緒調適的問題，一定要尋求專業的職能治療師協助，搭配感覺統合遊戲，加上情緒人際互動訓練，持續累積正向學習的生活經驗，孩子的情緒與行為就是會越來越好的！

我們提供小訣竅，一起養育健康快樂的孩子。

## 貳、臨床建議手法

### 1. 鼓勵多運動：

陪孩子玩球、騎腳踏車、游泳等，多運動不但可以鍛鍊孩子的體能，也會讓他變得更開朗。保持動態生活可以適度紓解孩子的壓力與情緒，並且讓孩子喜歡自己，擁有較正面的身體形象，並從運動中發現樂趣與成就感。

### 2. 笑口常開：

常和孩子說說笑話、一起編些好笑的歌，和孩子一起開懷大笑，對我們和孩子都有益處。光是大笑，就是很好的運動。

### 3. 常常擁抱：

輕輕一個擁抱，傳達的是無限的關懷，是無聲的「我愛你」。研究發現溫柔的撫觸擁抱，可以讓早產兒變得較健康、較活潑，情緒也較穩定。對於大人而言，擁抱也能讓人減輕壓力，撫平不安的情緒。

### 4. 有創意的讚美：

當孩子表現很好時，不要只是說：「很好。」讚美要具體一些，說出細節，指出有哪些地方讓人印象深刻，或是比上次表現更好，例如，「你今天有主動跟警衛伯伯說早安，真的很有禮貌。」不過，讚美時也要注意，不要養成



孩子錯誤的期待。有些父母會用禮物或用錢獎賞孩子，讓孩子把重點都放在可以獲得哪些報酬上，而不是良好的行為上。父母應該讓孩子自己發現，完成一件事情所帶來的滿足與成就感，而不是用物質報酬來獎賞他。

### 5. 用心聆聽：

沒有什麼比用心聆聽更能讓孩子感受到被關心。想要當個更好的傾聽者嗎？不要只用一隻耳朵聽，當孩子對你說話時，儘量停下你手邊正在做的事情，專心聽他講話。要耐心聽孩子說完話，不要中途打斷、急著幫他表達或是要他快快把話說完，即使他所說的內容你已經聽過許多遍了。陪孩子去上學途中或哄孩子上床睡覺時，是最佳的傾聽時刻。

### 6. 給他表演的舞臺：

每個孩子都有特有的天賦，何不給他們機會表現一下？如果他們喜歡說故事，鼓勵他多說故事給你聽。如果他對數字很擅長，帶著他去逛街，讓他幫你挑選價格便宜的東西。當你能欣賞孩子的才能，並表現出你的熱情時，孩子自然會更有自信心。

7. 孩子需要的是陪伴，孩子需要的是關心，孩子需要的是激發潛能與發現孩子天才的爸媽。



## 重症監護病房的作業治療介入與反思

耿紅荔<sup>1</sup>

如果有一天你我也躺在慘白的病床上，你會不會希望在專業的臨床支持之外多一些溫暖的鼓勵和支持。

我，是一名作業治療師，由於長期工作於重症監護病房（Intensive Care Unit）便不由得對ICU的工作甚至乎生活有了新的認識。在這個收治了全院最多疑難重症患者的地方，作為崇尚以患者為中心、參與為主、功能至上的作業治療（Occupational Therapy, OT）而言又該如何開展呢？

近年來隨著ICU診療技術的不斷提高，越來越多的患者從ICU中獲益從而得到生命的延續；而隨著醫學模式的不斷推進，生物-心理-社會醫學模式（Bio-psycho-social medical model）逐漸被更多的臨床工作者所關注，這樣一來ICU的評價體系除患者生存率外，更多的也開始關注ICU倖存患者的生活品質。有大量研究表明ICU患者易出現呼吸肌和四肢骨骼肌的萎縮，而這些現象的產生並不能用危重疾病本身解釋；同時ICU患者中亦出現了不同的精神改變，在腹部大手術和心臟術後譫妄發生率甚至高達50%和51%<sup>2</sup>。2012年，美國重症醫學會（Society of Critical Care Medicine, SCCM）就提出應該加強對ICU後綜合征（Post-Intensive Care syndrome, PICS）的認識<sup>34</sup>。而一般來說我們認為PICS主要就包括患者在ICU期間乃至出院後很長一段時間內出現的長期認知障礙、精神障礙和肢體功能障礙。

很長時間OT都著重處理後期患者，但當我們再一次關注PICS時發現其實三大ICU綜合征都與OT需要促進的功能密切相關。而近年來更多的研究也表明OT在ICU中也扮演著舉足輕重的作用。一篇於2009年發表在柳葉刀上的研究<sup>5</sup>就提示關注包括鎮靜、早期物理治療和作業治療的整體康復是安全可行的，並且對患者出院功能有積極影響，同時也可以介紹譫妄持續時間和呼吸機使用天數。當然據我所知，近幾年隨著康復醫學的不斷推進重症康復也逐漸被更多臨床工作者所重視，但是真正在重症監護室中針對患者譫妄和精神認知狀態進行介入的OT仍是屈指可數。這也是擺在我面前的一個難題，作為作業治療師我們如何更好的瞭解我們的患者、如何為ICU的患者提供更安全有效的服務是一個值得探討的問題。所幸這幾年更多的集束化管理指南也在

1. 深圳市第二人民醫院 中級治療師。
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.



關注患者疾病以外的因素，也為OT的介入提供了很好的支援。下面的表格展示了集束化管理中對患者覺醒程度的關注，這樣作業治療師就有可能在患者更好的狀態下對其進行資料的收集，適當的家屬參與也可以讓OT介入時關注到患者社交環境的支持。表2 則展示了根據美國作業治療協會（American Occupational Therapy Association, AOTA）給出的OT框架，作業治療師應該為患者提供多元化的治療策略，橫向發展的思路可能讓作業治療師在治療的選擇上可以有更豐富的選擇。x阿姨的故事可能會給人們一些關於OT在ICU介入的一些靈感。

表1 ABCDEF集束化管理<sup>6</sup>

ABCDEF集束化管理	
A (awakening)	由護士評估機械通氣患者進行覺醒試驗的安全性
B (breathing)	由呼吸治療師評估患者進行自主呼吸試驗的安全性
C (coordinated effort)	在減少或停止鎮靜劑、患者恢復自主意識後，由護士和呼吸治療師共同進行自主呼吸試驗，醫生重新評估是否改換鎮靜鎮痛藥物或者減少劑量，並決定拔管時機
D (delirium assessment)	可綜合應用Glasgow 昏迷評分量表（GLS 評分量表）、RASS評分和 CAM-ICU 量表來評估
E (early mobilization and ambulation)	早期活動包括物理鍛煉和職業治療
F (family)	增加親情交流，鼓勵家庭成員的早期介入幫助，參與到ICU 的日常治療護理工作中

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 業治療框架<sup>7</sup>一覽表

Create, promote (health promotion)	促進患者在更真實環境下的活動參與 ((adapted from Dunn, McClain, Brown, & Youngstrom, 1998, p. 534).)
Establish, restore (remediation, restoration)	重建已經缺失的能力或技能 (adapted from Dunn et al., 1998, p. 533).
Maintain	持續擁有已獲得的能力或技能
Modify (compensation, daptation)	提供環境或工具的改造 (Dunn et al., 1998, p. 533).
Prevent (disability prevention)	注意作業活中併發的風險因素(adapted from Dunn et al., 1998, p. 534).

每次的轉介都承載著一份希望，每次的會診都蘊藏著一份信任。X阿姨就是我眾多ICU患者中的一位，和她的康復旅程還要從一次意外說起。X阿姨向來喜歡遊山玩水卻在一次外出遊玩中發生了意外導致頸椎骨折脫位並脊髓完全性損傷ASIA, C4-A, 在當地行骨折鋼板內固定術後急診送至我院ICU。入院後經過一周的臨床救治，由康復醫師根據澳大利亞機械通氣專家共識<sup>8</sup>標評估後轉介至重症康復治療組，物理治療師針對患者的心肺功能進行相關的處理、同時做好四肢骨骼肌肉的保護及殘存力量的練習。

而我作為一名作業治療師也收到轉介申請開展OT服務。我們都知道康復評定是康復治療目標及方案設定的前提，沒有評估就沒有治療的話語權。通常來說，我們將評估分為定量的標準化評估和定性的非標準化評估，而當我們面對重症患者的功能評價時非標準化的評估是尤為重要的，因此首次的患者見面我開始盡可能多的瞭解患者的真實狀態而不是進行詳盡的功能評價，這樣的評估實際上從推開病房大門的那一刻起就開始了。

表3 ICU常見功能障礙及對應評價工具一覽表

功能障礙	常用量表
康復介入時機	機械通氣患者早期主動運動的專家共識和建議 五個標準化問題
意識狀態	GCS、FOUR、CRS-R
精神認知	CAM-ICU、MMSE
疼痛躁動	NRS-V、COPT
吞咽障礙	染色試驗、窪田飲水試驗
肌骨功能	MRC、PFIT、RPE
生活能力	Bathel Index、FIM
生活品質	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.





在一個陽光正好的下午我全副武裝的穿著隔離衣打開了患者的病房大門，X阿姨獨自躺在一間單人病房中，病房有窗卻拉著窗簾陽光根本無法穿透進來，我輕輕打開窗簾讓陽光透進來，X阿姨看向光線的防線，嘗試用唇部活動向我打招呼。我做了一些簡單的體格檢查卻沒有完成全套的損傷平面評估，這似乎不符合臨床診療規範，但是當我看到患者腹部區域大片血紅劃痕時我還是改變了首次的評估策略。與其做一些臨床已經做過很多的檢查倒不如開始使用OT的訪談技巧，為了不增加患者的呼吸壓力，在和管床醫生協調後我邀請她的先生一同參與到了我們的第一次訪談。

通過訪談我瞭解到了患者的職業和其既往的興趣愛好，這對後續的治療實施和作業活動的設計是很有幫助的。首次訪談中患者有很強的交流欲望，如何建立有效的溝通是我應該考慮的問題；患者有一個很好的姐妹平日就喜歡在花園裡泡泡茶聊聊天，很是愜意。我看著窗外下午的陽光，也在考慮是否可以從此處著手給予患者以康復的力量。實際上基於今天的訪談我們以PEO模式對患者進行分析，可以瞭解到患者在P、E、O三者中的強弱勢表現。

表4 基於PEO模式下的患者評估

	強勢	弱勢
P (person)	1、生命體征平穩：保證了後續治療的安全性 2、呼吸機模式：:SIMV模式，與物理治療師配合爭取離線 3、神志清楚：精神可，表達欲強，應儘快建立有效溝通	1、ASIA：C4—A：殘存功能有限，預後不佳，需考慮肢體保護 2、氣道闊清力減弱，防止墜積性肺炎和誤吸 3、無法翻身骶尾部皮膚需要格外保護防止壓瘡
E (environment)	1、社交環境：家屬對治療和患者都予以高度支持支持 2、物理環境：單間病房乾淨明亮，應保持晝夜變化	1、單獨病房：無法及時表達自己的訴求，沒人查房時無法呼救 2、管道凌亂：確定管道連接，使用熱塑板材固定易脫落管道
O (occupation)	1、喜歡閱讀、飲茶：播放音訊節目 2、希望和姐妹在一起玩：以此為契機為患者樹立目標感	1、無特殊



根據上表的內容，我聯絡了康復團隊進行了一次針對該患者的全面討論，最終達成一致意見，除了基礎併發症的防控外，我們儘快設計出適合患者使用的交流板、加強與患者的有效溝通。常用的交流板為九宮格但是對於X阿姨來說頭部的控制只能滿足四宮格的動作，於是我找到了患者最常需要交流的四大事件包括：喝水、如廁、搖床和音樂。並針對交流板的應用開始進行頭控的訓練。

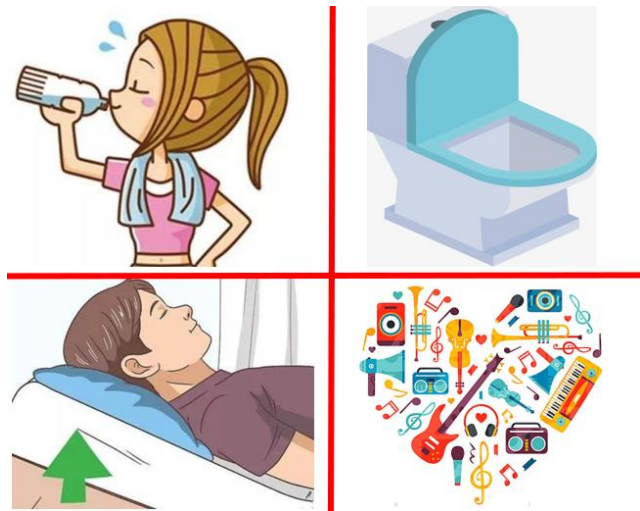


圖1 四宮格的交流板設計

為了更好的讓我們的目標和患者目標達成一致，我再次邀請患者家屬共同討論患者在ICU的康復目標。患者表示非常希望可以進行語言表達，我們也認為通過訓練可以建立患者語言表達的可能性。而為了讓患者找到康復的目標感，幾輪訪談後患者也希望未來依然能過上驅動著輪椅到姐妹家後花園聊聊天、喝喝茶的生活。明確具體的作業活動為康復的開展建立了一個良好的契機，根據對這個活動的全面分析我們認為儘快改善患者不同體位下的軀幹控制也是十分必要的，我們也為患者設計了胸背支架以保證在後期床旁坐位時的安全性。當然這樣的訪談結果不是一蹴而就的，每一次的訪談都需要為患者帶來些許的實質性改變，下圖也展示了這個患者康復期間我們提供的部分服務。



圖2 簡單的輔具製作



表5 基於PEO的OT介入

P (person)	<ol style="list-style-type: none"><li>1、在進行翻身起坐前進行必要的關節活動以保證後續關節活動的安全性</li><li>2、加強患者頭控訓練以方便使用四宮格，並為未來使用核孔輪椅做準備</li><li>3、進行發音訓練，運用APP語音辨識來回饋患者現在的語言能力水準</li><li>4、進行不同角度的搖床坐起，儘早完成床旁坐起、為輪椅轉移做準備</li></ol>
E (environment)	<ol style="list-style-type: none"><li>1. 積極聯絡醫生護士密切關注鎮靜藥物的使用情況</li><li>2. 協同護士做好良肢位拜訪，並宣教家屬相關方法</li><li>3. 宣教家屬學會正確的肢體運動方式</li><li>4. 鼓勵在不違反院感原則下，讓患者的姐妹一同參與語言表達活動</li><li>5. 協同護士聯絡燈光管理，讓患者有正確的晝夜時間輸入</li><li>6. 選配合適的下肢足托防止下肢變形</li><li>7. 改良頸托支撐墊片防止局部壓瘡產生</li><li>8. 改良患者衣服更容易穿脫</li><li>9. 運動手機設定自主呼吸訓練鬧鈴</li></ol>
O (occupation)	<ol style="list-style-type: none"><li>1. 通過微信語音向家屬報告每日活動</li><li>2. 嘗試唱歌錄音</li><li>3. 將輪椅在監護下推出病房</li></ol>



經過整個團隊的通力合作，患者于2周後耐受搖床坐位70°；4周後間斷性離線，期間根據患者愛好鼓勵患者嘗試唱歌；6周後可佩戴支具開始端坐訓練；8周後可以在離線狀態下完成整個床椅轉移過程，並可以在經鼻氧氣支援下正常言語交流達20分鐘，最終順利轉出到普通病房。雖然患者順利轉出ICU後仍需要長時間的康復訓練。但是我相信在共同面對創傷的時候，作業治療師仍能和患者一起發現希望之光。我們能夠通過專業的活動分析讓患者找到更多生活的意義。

在工作的最初一段時間內，“安慰、安慰”的工作性質讓我找不到OT在ICU的角色，但是隨著工作的推進我反復在思考，患者並不需要空虛的“安慰”。每天或是每週看得到的進步才能給患者帶來更多的動力。通過“訪談”我們常常會瞭解到臨床醫師不慎察覺的患者生活習慣、也更多的瞭解患者的既往性格特徵；通過“觀察評估”我們常常更能明確患者的潛在功能和精神狀況；通過“分析設計”我們可以提供更加有意義有動力的OT治療，讓患者看到自己看到自己的進步。我想這也是作業治療的魅力所在，這些年我們越發明白了那句著名的格言：常常去幫助、總是去安慰、偶爾去治癒。帶一些有溫度的治療，能更好的調動患者的積極因素，最大限度的解除患者的心理障礙，增強患者的信心。

### 參考文獻

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

中華OT電子期刊 2019.09  
The Chinese OT e-Newsletter



# OT畢業生-作為作業治療師的第一份工

## OT畢業生- 我作為作業治療師的第一份工作

時值九月，金華秋實，我們如同時珍園裡的杏子成熟落地，將大學所學帶到祖國各地。秉持“大醫精誠，止於至善”的校訓，也時刻謹記師長“終身學習”的叮囑，將康復作業治療進行到底。以下是福建中醫藥大學2019屆三位應屆畢業生在作業治療領域不同的就業情況反映：

**高麗萍**，目前就業於**鄭州市某綜合性醫院**，從事康復治療師工作。

似乎還沒來得及回想大學生活，似乎準備了很久，似乎永遠都沒有準備好，懷著一種莫名的心情踏進社會，不舍，懷念！

四年前，我還是懵懵懂懂的認為“康復”就是所謂的“推拿、按摩”，從來沒有想過自己畢業後會成為一名治療師。我對康復的興趣是在這四年當中慢慢建立起來的，起初瞭解康復的定義，發展，理念，服務物件... 存在功能障礙的客戶一步一步康復，回歸家庭，重返社會...

說起這個工作，其中有一個很重要的原因是，家長希望能在省內工作，所以個人比較關注省內醫院的招聘資訊。處於實習期間的我，在實習生微信群裡看到帶教老師轉發的消息而獲得鄭州某醫院的招聘資訊，後來根據官網上面的要求進行投簡歷報名，兩個星期之後便收到醫院通知資訊，需要攜帶材料參加現場確認，筆試，面試，以及複試。在確認報名材料的同時，現場考試臨床操作（康復科主任作為患者），第二天上午安排了兩場考試，專業筆試以及心理測試；下午安排面試，首先是中英文自我介紹，其次是評委提問環節，我的問題是“網球肘”相關的肌肉分析以及扳機點，壓力衣的使用物件以及支具的製作；第三天安排了複試，在此之前是綜合了筆試以及面試的成績，部分同學收到複試通知。之後便繼續回到實習地點，一邊實習一邊等消息。

今天吃了什麼？今天的衣服很好看啊！你住在哪裡呢？社區？樓房？你的職業是做什麼的？……這些事情每天都會在我們的生活中上演，它們就是日常生活，包括了我們的衣、食、住、行。作業治療是指協助殘疾者和患者選擇、參與、應用有目的性和有意義的活動，預防、恢復或減少與生活相關的功能障礙及促進最大程度的功能，達到最大限度地恢復軀體、心理和社會方面的適應和功能。患者每次來做治療都會訴說，“你看我這個手連勺子都拿不住”、“我什麼時候能自己穿衣服啊，不想讓家人幫我”，這些日常生活活動對他們來說尤其重要，甚至影響自尊心，在這種狀態下作業治療師的介入可以為他們解決很多問題。在臨床上，特別期待患者向我說“我之前做



“做不了……，現在我能……”，只有在這個時候，我才會對自己的能力有一絲認可。

工作將近三個月，對於作為新人的我來說，需要學習的東西還有很多很多，初次接觸一所醫院的臨床體系，我還需要儘快調整自己的狀態去適應新的模式。但是很幸運也很感謝，在大學期間，學校以及老師的栽培，灌輸比較專業、領先的作業治療理念以及模式，使自己作業治療層面的理論與實踐的知識框架是一種比較“嶄新”的狀態，但是現在臨床的工作在逐漸充實我的知識容積，使其更加緊實、豐富。入職三個月再加上實習一年，我始終遇到一個問題：“如何通過作業活動使偏癱患者的肌張力快速降低？”這個是我比較疑問的地方。我相信通過後面臨床上面的學習以及專業老師的研究我能找到一部分答案，我給自己的目標就是：每天進步一點點，日後進步一大點。

未來的我，第一年打算先在做好本職工作的基礎上，努力學習康復專業知識拿到康復治療師資格證，其次爭取早些獲得某院校研究生錄取通知書，並攻讀研究生課程獲得碩士學位，而且希望自己可以在某一個康復專業領域有較好的成就，如果可能的話，想要有更高層次的深造，考取博士學位！現在的我就要努力朝著自己設定的目標路線向前走，哪怕只走一點點，那也是前進的方向！

**宋亞丹**，目前就業於**上海養志康復醫院**，從事作業治療師工作。

2015年9月入學，開始學習康復相關知識。2018年7月，我大四，開始在上海市養志康復醫院（上海市陽光康復中心）實習；同年12月份，我開始準備找工作。因為在上海實習，所以我一直在關注上海醫院招聘的資訊，也包括我實習的醫院，都在招聘時間投遞了簡歷。後來，關注的範圍逐漸擴大，因為我家在河南，所以開始關注鄭州市醫院的招聘資訊，逐漸在相關醫院官網上給的方式填寫資訊，投遞簡歷。經過不斷的筆試、面試、操作考，差不多在2019年5月左右，拿到了上海幾家私立醫院的offer。也由於實習所在醫院本來是以招研究生為主的，所以一開始並沒有被聘用，等到七月中旬被通知補錄，又回到了上海市陽光康復中心上班，成為了一名上海市陽光康復中心的一名作業治療師。

2019年7月11號，我正式開始上班。剛開始時候，跟實習是完全不一樣的狀態，開始獨立接病人、評估並制定康復計畫，需要很快速地跟病人建立良好的治療關係。因為本身就在這家醫院已經實習過一年，所以對醫院的整體





架構與接診患者有一定的瞭解，進入工作狀態也比較快。因為陽光是一家專科康復醫院，所以分工比較明確，康復醫生、OT、PT、ST、護士都是各司其職，整體工作環境和工作內容都比較符合我一開始的期待。我現在主要做的是神經系統疾病作業治療，以卒中病人居多。

現在距離我開始上班已經兩個月了，會越來越發現僅僅靠在學校學習的知識去做病人是不夠用的。我需要去思考和尋找很多問題的答案，比如，怎麼在最短的時間裡跟病人建立關係、怎麼讓病人理解作業治療，並相信它的價值等等問題。當看到一些病人做了一段時間治療以後，軀體功能更好了，並且可以在現有的疾病狀態獨立完成一些ADL活動（洗臉、刷牙、穿衣、轉移等等）的時候，會覺得自己的所作所為是有價值的；可是同時，當看到一些老病人，反復入院，卻無特別的進展時，會覺得難過。所以即使有人告訴我，維持也是一種進步的呈現形式，我依然想要尋求改變。

對於未來，我會有許多期待。首先希望自己可以紮紮實實的積累臨床經驗，好好工作，更好地服務于更多的病人；其次希望自己可以不斷提升自己，三年後可以去攻讀研究生；最後就是希望康復展的越來越好，在越來越多的地方，包括不發達的城市、山村偏遠地區都可以有康復的出現，也希望自己以後有機會去這些地方貢獻自己的一份力量，為康復的發展做出個人份的努力！

**朱雪玲**，目前就職於**上海長和大蘊兒科門診部**，從事兒童作業治療師工作。

每一個不曾起舞的日子都是對生命的辜負，對於初入臨床的我而言，每一個不曾學習的日子都是生命的辜負。問自己現在的工作是否符合預期，我的回答是：超出自己預期。本著學習的心態選擇在這家醫療機構工作，成為全職的兒童作業治療師，現在回過頭看去年萬分糾結的自己，會忍不住告訴那時找工作的我：不要擔心未來，去經歷去感受就好。相較於公立醫院所擁有的穩定環境，在這樣的國際化醫療機構我感受到的是更多快節奏，不斷變化的壓力。表面上看，臨床業務不是每個小時的連軸轉，實際上，在間歇時間需要寫個案進展記錄、治療計畫、家庭指導建議等，參加IDT會議，參加集團內培訓，自我學習彙報，不時需要到國際學校提供服務等等。在這樣的環境中，於我而言，是符合自己剛要將理論和臨床進行接軌的狀態，有充分的自我思考和督導給予回饋，能夠及時發現在提供作業治療服務時自己沒有留意的區塊，作出適切的調整。

在生活中，脫離集體宿舍生活的我馬上意識到作業治療對於瞭解自己的



生活，打理好生活太重要了。作業治療是源於生活又運用於生活，和生活融為一體的，而在我的生活中完全能表現出自己的專業：建立合適的日常規律、家居的安排、工具的調適性使用、以及各種資源再利用等等，成為開放而自由的人，多姿多彩的生活是作業治療所帶給我的，所以我也熱切希望運用作業治療幫助更多人，解決更多的事。

入職兩個月，對於臨床新人來說，我有太多需要學習，我依然很感謝學校的教育，很感謝實習醫院的培養，這些基礎讓我的作業治療大樓格外穩固，而現在的工作則讓大樓不斷的得到充實和豐富。作業治療是什麼？過去我也不斷問自己這樣的問題，現在我開始能夠慢慢明晰了：Occupational Therapy即所有佔用我們時間的事都是我們的作業，作業治療師從孩子的日常活動，也就是孩子每天的生活內容，包括生活自理、學習、遊戲及休息等活動中瞭解孩子的能力與限制。經由分析孩子日常所從事的作業活動，以及家中或學校環境的限制或支持，配合孩子的能力，運用活動改變，環境調整，以及輔具設計等專業技巧，提供不同的支援，以彌補孩子能力的不足，讓孩子可以從事其感興趣的作業活動。在這些治療性有意義的活動參與中可以促進孩子身心功能全面的發展。我們運用活動設計的技巧，配合孩子的發展與學習潛能，在活動設計中提供適當的挑戰，逐步提高孩子各方面能力的發展。因此作業治療的主要目標是促進孩子參與作業活動的機會，及早幫助孩子與參與日常作業活動，以發揮孩子的潛能，並讓孩子有一個快樂的童年生活。

儘管目前臨床上兒童作業治療服務的年齡層，包含剛出生的新生兒一直到青少年，常見的診斷有腦性癱瘓、發育遲緩、染色體異常、肌肉萎縮、腦傷、脊髓損傷或體弱、感覺統合障礙、學習障礙、自閉症、智力缺陷、注意力缺陷多動症、行為及情緒障礙等個案，但我依然不會忘記前輩的諄諄教誨：牢記醫學生誓言，Do not note only the details but not the overall picture. 不要覺得服務物件是兒童就可以把成人部分的知識丟失，要以全人的觀點看待每一個小朋友，既要專注於當下，更要考慮到未來發展，更長遠的一生的考慮，要善於治療性地使用自己，治療性運用環境，成為一名更好的作業治療師。作業治療師會遇見無數種可能的問題，OT是萬能的，運用好自己的專業去應對萬變的未來。

當然除了適應和掌握目前的工作外，我對於未來的規劃還包括能夠繼續進修本專業的研究生課程，當然這部分期待還需要很長的時間才能實現，但我相信未來可期！

以上僅為個人對於專業的部分理解，希望能夠得到更多老師的指導。



李江<sup>1</sup>

2017年冬季對於即將走向實習點的大三OT學生來說，對這個專業充滿了好奇與期待，但更多的是迷茫。大學期間學習的是理論知識，但臨床應用的機會很少。記住了作業治療的名字解釋，但對於其臨床應用仍不足。作業治療在國內仍然是新興專業，如何讓更多的人認識它，接受它，信任它仍還有挑戰。

恰逢學校舉辦作業治療峰會，在機緣巧合之下我來到了昆明長和天城康復醫院實習。在開始實習之後，從最基礎的觀察報告開始學習，每天帶教老師都利用下班的時間培訓使用SOAP書寫觀察報告和治療計畫。同時老師所做的每一個個案都要求我寫一份觀察報告並給其批閱。每一份觀察報告都需要數次與帶教老師討論和修改。在帶教老師辛勤培訓和我無數個夜晚辛苦學習下，我對臨床個案的觀察能力提高了很多，曾經被我忽視的很多細節也變得清晰起來。我的臨床推理能力、評估準確性和臨床技能操作得到了很大的提升。個案的每一個動作，每一句話背後可能都是治療的一個切入點。這些微不足道的切入細節有可能會給一個個案巨大的改變。我也因此喜歡上了OT，喜歡這裡孜孜不倦的老師，更喜歡為病人提供優質的康復服務的長和。

我選擇了繼續留在這裡工作，我和其他通過筆試和面試來到這裡的同事不一樣的是老師們對我的很多考核其實已經融入到了平常的實習中。平時的多次個案彙報、病例書寫、評估工具彙報、臨床技能考核、理論知識考核等都是入職考核的一部分。

帶教老師在孩子面前永遠是一名和藹可親的大姐姐，那個能帶著弟弟妹妹不斷長大的姐姐。在病人面前永遠是那個為了病人能回歸家庭而努力學習

1. 福建中醫藥大學 昆明長和天城康復醫院



新知識的人。在學生面前永遠是無數個夜晚指路的明燈。我也希望自己能夠成為他們一樣的人，一個能幫助患者回歸家庭和社會的人。

上班的第一天我很激動和興奮，雖然見到的都是熟悉的面孔，但我的身份和角色發生了改變，我在成為真正的作業治療師的路上邁出去了第一步，我對人生的職業規劃充滿了期待，我怎麼提高專業技能，怎麼加強臨床經驗，怎麼建立良好的溝通能力，怎麼得到同事、病人及家屬的認可，這些期待和疑問也化為我的動力讓我不斷學習和努力，當然，值得慶倖的是，我所工作的地方有很成熟的一對一督導帶教機制，有專業能力晉升級別規範，有線上線下不同級別教師的專題講座，有完善的培訓計畫，這些都讓我在職業發展路徑上有更清晰的認識，在專業發展路徑上，醫院有請郭鳳宜老師對新入職的員工提供入職培訓。並且和督導一起制定給了專業發展計畫。這是超出我的預期的。以患者為中心，注重多學科團隊合作，注重循證醫學等理念讓我在工作中有表現中更好，讓我為患者提供優質的康復服務而墊定了基礎。

未來的康復是什麼樣子？自己未來會成為什麼樣的人？接下來的日子中都會遇見什麼人呢？一切都是未知的，唯一不變是病人進步時的那一絲小雀躍；不變的是醫者的初心；不變的是自己仍然還有很多的不解，還需努力尋找答案。大醫精誠，止於至善。



---

**會議通知**

中華OT電子期刊 2019.09  
The Chinese OT e-Newsletter



香港职业治疗学院  
Hong Kong Institute of Occupational Therapy



# International Occupational Therapy Conference 2020 國際作業治療研討會

四川省康復治療師協會作業治療師分會學術年會  
成都康復醫學會社區康復專業委員會學術年會

中國·成都

會議主題：創新、融合、智慧、生活

會議日期：2020年04月9日 - 04月12日

會議地點：成都龍之夢大酒店（四川省成都市成華區嘉陵江路8號）

大會網站：<http://www.hkiot.org/2020iotc>

## 主辦機構

香港職業治療學院 成  
都市第二人民醫院 成  
都康復醫學會  
四川省康復治療師協會作業治療師分會

## 支持機構

中國康復醫學會作業治療專業委員會 四  
川省醫學會物理醫學與康復專業委員會  
臺灣職能治療學會  
臺灣職能治療師公會全聯會  
四川省康復醫學會工傷康復專委會  
重建生活為本康復文化傳播中心（香港）  
四川衛生康復職業學院  
成都市青白江區人民醫院  
四川省第二中醫醫院 成  
都第一骨科醫院  
成都顧連康復醫院

## 大會聯絡人：

張濤先生（註冊/參展）+86 18608022057，微信：189630866，[189630866@qq.com](mailto:189630866@qq.com)

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

向桃女士（會務諮詢）+86 028-67830673，+86 18081896189，[buaaqt@163.com](mailto:buaaqt@163.com)

## 大會組織架構：

**大會顧問：**Kit SINCLAIR（香港）、林克忠（臺灣）、方國恩、燕鐵斌

**名譽主席：**週一嶽（香港）、徐榮華、何成奇

## 組織委員會：

**主任委員：**梁國輝（香港）、閔彥甯、羅倫

**副主任委員：**張瑞昆（臺灣）、劉雅、劉沙鑫

**委員：**徐慶士（香港）、陳剛（香港）、陳俊松（香港）、劉志豪（香港）、葉香君（臺灣）、林國徽、劉岩、曾真、章榮、強茗、吳蔚然、胡婷、徐利、向桃

## 學術委員會：

**主任委員：**黃錦文（香港）、李奎成

**副主任委員：**張白強（臺灣）、楊永紅、李攀

**委員：**李月英（香港）、楊麗菁（香港）、葉智斌（香港）、江樂恒（香港）、黃璨珣（臺灣）、胡軍、劉璿、李恩耀、陳少貞、劉曉丹、況偉宏、吳麗君、胡岱、蔡素芳、陸佳妮

**財務秘書：**梁邱、方少麗（香港）

**招商統籌：**羅倫、梁國輝

**大會秘書處：**向桃、王琳（HKIOT）、王孝雲、張濤、邱嘉欣（HKIOT）

**會議形式：**主題演講、專題講座、論文發表、專題工作坊、康復設備及產品  
耗 材展覽等

## 會議專題：

創新、融合、智慧、生活、神經康復、老年及養老康復、社區康復、急性期康復、創傷康復、脊髓損傷康復、OT創新、OT質控、OT文化及價值觀、兒童康復、OT教育、職業康復

## 主題演講嘉賓及題目：

**Dr. Charles CHRISTIANSEN (USA)**

Authentic 21st Century Occupational Therapy

(21世紀真正的作業治)

**Dr. Hanne TUNTLAND (Norway)**

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

(復能-創新與作業-強調作業治療的角色)

**黃錦文 教授 (香港)**

健康與幸福-如何達到此作業治療的重要目標

**渡邊慎一 教授 (日本)**

日本照護機器人的開發與普及：作業治療師的角色

**羅 倫 教授 (成都)**

成都地區康復發展願景與使命：重建生活為本

## 工作坊嘉賓及題目

大會安排工作坊，工作坊名額有限，先報先得，滿額即止。所有成功註冊及交費的會議代表均會收到大會發出的工作坊報名表，可及時選擇報名參加。如個別工作坊專題報名人數不足最低人，將會取消。查詢及聯絡微信號:189630866

。工作坊主講嘉賓及專題如下：


工作坊 1 4月9日上午	Dr. Hanne TUNTLAND	Reablement - what it is and how it can be implemented (復能是什麼及如何實踐)	英語 (即時翻譯)	限 40 人
工作坊 2 4月9日上午	呂冠廷 先生	藝術 X 職能治療	中文	限 40 人
工作坊 3 4月9日上午	宮本陳敏 博士	反復促通療法(川平法)在 卒中後上肢功能恢復的應用	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 個所有作業治療師應該 知道有關人類作業的概念)	英語 (即時翻譯)	限 50 人
工作坊 5 4月11日下午	徐慶士 先生	上肢康復新理念-肘為先	中文	限 30 人



## 會議費用：RMB

參加者身份	提前報（2020/2/9， 18：00 截止）	提前報（2020/3/9， 18：00 截止）	現場註冊
一般參加者	1200	1500	1800
主辦協辦機構會員	900	1200	1500
OT 全日制學生	400	600	800

## 會議註冊及繳費：大會現已開始接受報名。

A. 中國大陸所有參會代表，請通過微信平臺，掃碼  註冊及提交，並儘快安排繳費，無論以何種方式繳費，請保存繳費憑證，馬上截圖發給報名協調員，以確定註冊成功完成。報名及繳費協調員：張濤先生，微信號：189630866，電話：18608022057。

### 報名及繳費流程



### 繳費方式：

- 1、銀行櫃檯對公匯款；請務必備註附言：“2020IOTC+姓名”
- 2、個人網銀、手機銀行轉帳；請務必備註附言：“2020IOTC+姓名”，

以上兩種方式的匯款資料如下：

收款帳戶：成都康復醫學會  
開戶銀行：中信銀行成都分行-西月城支行  
賬 號：7411-1101-8260-0076-771

- 3、公務卡現場刷卡：請需要刷公務卡的參會代表提前與報名協調員聯繫，登記申請；大會規定提前報名所享受優惠，以收到費用日期為準，請先個人微信或支付寶預付註冊費，請務必備註：“2020IOTC+姓名+手機後四位數”。報到時，公務卡繳費成功後，預交費用按原支付途徑退還。未提前申請公務卡刷卡的參會代表，繳費時按現場註冊收費。刷卡申請及繳費預付查詢，連絡人：張濤先生，微信號：189630866，電話：18608022057。

**B.香港參會代表**，請登陸大會網站 <http://www.hkiot.org/2020iotc/>線上註冊；提交完整資料後，註冊郵箱會收到報名編碼回條，請儘快轉帳、匯款或以支票存入，香港職業治療學院帳戶，請務必備註：“2020IOTC+姓名+電話/電郵”；繳費成功後，請將付款憑條以掃描或圖片 WhatsApp 至 59035598，以便確認。會議查詢及聯繫：王琳女士 電話：+86 18926775716；郵箱：[gd-linda@hotmail.com](mailto:gd-linda@hotmail.com)；收款資料如下：

收款帳戶：HK Institute of Occupational Therapy Ltd  
開戶銀行：香港上海滙豐銀行  
賬號：814-098737-838

**C.臺灣參會代表**，請登陸大會網站 <http://www.hkiot.org/2020iotc/>線上註冊，提交完整資料後，註冊郵箱會收到報名編碼回條，請您儘快與大會指定的臺灣團隊工作負責人：張瑞昆先生聯繫，確認及完成繳費。

**D.其他地區及國際參會代表**，請登陸大會網站 <http://www.hkiot.org/2020iotc/>線上註冊，提交完整資料後，註冊郵箱會收到報名編碼回條，國際代表可于報到當日持報名回條，現場以人民幣繳費，繳費金額以網上註冊日期為準，請提前兌換好相應金額人民幣。

### 特約消息：

大會設立康復相關設備、訓練產品、耗材及書籍等的展位展覽和相關形式的廣告 宣傳及會議贊助，具體規格及標準要求詳見“招商通知”，相關招商、參展報名 等安排，歡迎各展商來電詳詢：張濤 先生：+86 186 0802 2057。

## 會議徵文：

### 目的

論文專場旨在促進專業人員的科研思維及能力；分享及交流專業內容；增加各地康復從業者間的交流及學習。

我們誠邀您為大會的「論文發表」環節投稿，您所投的稿經評選錄取後，可選擇在「論文發表」時段中作現場口頭發表，也可以海報發表方式發表。口頭報

告的發表時間為 10-12 分鐘/人，另有 3 分鐘問答時間。歡迎各作者踴躍投稿，大會將接納同一投稿者以第一作者身份的最多 2 份論文現場報告發表。學術委員 會將根據報告的學術價值作評選。被接納錄取的論文將會刊登於大會論文集及香 港職業治療學院網站。大會還特設多個獎學金名額（供 40 周歲以內的治療師申 請），符合獎學金申請資格的論文發表者，大會將於會議現場頒發獎學金 RMB 500 元。意在鼓勵內地從事康復工作的治療師踴躍參加。

大會接納兩類報告：（1）分析研究報告/科研論文；（2）經驗分享報告。

### 徵文範圍：

創新、融合、智慧、生活、神經康復、老年及養老康復、社區康復、急性期康復、創傷康復、脊髓損傷康復、OT 創新、OT 質控、OT 文化及價值觀、兒童康復、OT 教育、職業康復及作業治療相關科研、教學、管理、經驗分享類論文等。

### 徵文要求：

- 中文摘要 300 字以內，英文摘要 500 字以內。
- 所有論文投稿者（含大陸、港澳臺、國際）必須透過會議網站，按要求網上投稿，請登陸大會網站 <http://www.hkiot.org/2020iotc/>完成編輯。
- 每一位會議代表最多可以第一作者身份投 2 份摘要
- 論文投稿截止日期：**2019 年 12 月 31 日**，
- 大會收到論文後，將于一周內以電郵回復確認收訖。
- 如一周後仍未收到電郵確認，請再次投遞。
- 錄取結果將於 **2020 年 1 月 31 日**前公佈，並以電子郵件通知第一作者。
- 論文入選者，符合獎學金申請資格的作者，可申請獎學金，
- 錄取者將於大會現場頒發獎學金，未到場者視為自動放棄，不予代領。
- 口頭報告者須統一使用大會安排的電腦。大會不設幻燈機及膠片投影機等。
- 大會接納海報發表報告，作者需按大會指定尺寸自行製作及設計海報。
- 論文未入選者，亦可按普通代表報名參會。

## 大會名譽主席



**徐榮華 教授 主任**  
醫師 博士生導師  
成都市第二人民醫院 院長

徐榮華教授是現任成都市第二人民醫院院長，歷任成都市衛生局醫政處副處長、幹保處處長；原成都市醫院管理局改革發展處處長；成都市中西醫結合醫院黨委副書記、院長。長期從事醫療衛生管理研究，具有豐富的醫院管理經驗。成都市政府特殊津貼專家、四川省衛計委有突出貢獻的中青年專家、四川省衛計委系統先進個人、成都市第十批有突出貢獻的優秀專家。在國內外核心期刊上發表學術論文 30 餘篇。先後獲國家科技專利 2 項、成都市人民政府科技進步三等獎 2 項、成都市科技進步二等獎 1 項。現兼任中華醫學會創傷學分會常委；中國中西醫結合學會神經外科專業委員會委員；中國醫院協會中醫醫院分會第一屆委員會委員。成都市醫療保險研究會副會長；成都中醫藥學會第七屆理事會副會長；成都市醫師學會第二屆理事會副會長。2018 年，獲得省衛計委 省中醫藥管理局四川省首屆“新時代健康衛士”和中國醫院協會“優秀醫院院長”榮譽稱號。2019 年榮獲中國醫師協會“白求恩式好醫生”提名獎。

## 大會名譽主席



### 何成奇 教授

主任醫師、博士生導師  
成都康復醫學會 會長

何成奇教授是主任醫師、醫學博士、博士生導師。1997年獲福建中醫學院醫學碩士學位；1999年美國Loma Linda大學訪問學者；2003年獲四川大學華西臨床醫學院外科（骨科）博士學位。先後擔任四川大學華西醫院康復醫學科/康復醫學系書記、主任，康復醫學四川省重點實驗室主任，四川大學-香港理工大學災後重建管理學院副院長。領導的學科為國家臨床重點專科，2018專科聲譽及綜合排名全國第三。

學術任職：先後擔任中國康復醫學會運動療法專委會主委，中國醫師協會康復醫師分會骨科康復專委會副主委，中華醫學會物理醫學與康復專委會候任主委，四川省學術技術帶頭人、四川大學華西醫院一級專家、四川省衛健委首席專家、四川省醫學會物理康復專委會主委、四川省醫師協會康復醫師分會會長、成都康復醫學會會長。

學術成就：先後獲得華夏醫學科技一等獎、教育部科技進步二等獎、中國醫師獎、中國優秀科技工作者、寶鋼優秀教師獎、天府名醫、香港理工大學榮譽教授等獎勵及榮譽。主持國際專案5項、國家自然科學基金4項，四川省重大科技專案1項、863子課題2項及其他專案11項。發表第一作者SCI收錄論文56篇、

中文統計源期刊論文223篇、專利12項。主編出版著作16部、副主編9部，參編16部。擔任《中華物理醫學與康復雜誌》等五家期刊編委。

人才培養：2001年招收碩士、2006年招收博士、2009年招收博士後。先後培養碩士39人、博士33人、博士後6人。

臨床特長：頸椎病、腰椎病、骨關節炎、骨質疏鬆、骨折術後及癱瘓康復。

研究方向：骨關節炎/骨質疏鬆/骨折的物理治療基礎與臨床研究

## 主題演講嘉賓介紹



Charles Christiansen 教授

美國德克薩斯大學醫學院衛生專業學院臨床教授

Christiansen 教授目前是“美國研究作業學會”(SSO: USA)的主席，也是一家名為 StoryCrafting, Inc 的諮詢集團的創始人。他是美國作業治療基金會(American Occupational Therapy Foundation)前任首席執行官，2008 年至 2015 年擔任該職位。在他的學衛生涯中，他曾在明尼蘇達大學(University of Minnesota)擔任衛生科學副教務長；在德克薩斯大學醫學院(University of Texas Medical Branch (UTMB))擔任健康專業學院院長和 George T. Bryan 傑出教授。他還在英屬哥倫比亞大學(University of British Columbia)、德克薩斯大學聖安東尼奧分校(University of Texas Health Science Center at San Antonio)和德克薩斯女子大學(Texas Woman's University)擔任領導職務。

Christiansen 教授曾獲得多項學術獎項，並且是科學期刊 OTJR: *Occupation, Participation and Health* (作業、參與和健康)的創始編輯。在 2017 年的作業治療百年紀念(occupational therapy Centennial)期間，他被美國作業治療學會(American Occupational Therapy Association)頒發最高榮譽的“傑出貢獻獎”(Award of Merit)，並被選為作業治療史上 100 位具有影響力的人物之一。他是 12 本學術著作的高級編輯和撰稿人，並擔任過去 10 個版本的《泰伯百科醫學詞典》的顧問，發表論文 100 餘篇，論文章節被引用 2000 餘次。

## 主題演講嘉賓介紹



Hanne Tuntland 教授

挪威西部應用科學大學教授

Hanne Tuntland 教授，挪威西部應用科學大學(HVL)教授(全職)，奧斯陸城市大學副教授(20%兼職)。她擁有貝根大學的博士學位，奧斯陸大學的碩士學位和奧斯陸城市大學的職業治療(OT)學士學位。她的 OT 專業領域是處理老年人健康。Tuntland 教授在作業治療學士和康復與老齡化跨專業教育碩士的教學擁有豐富的經驗。她根據學術和教學經驗編寫了幾本 OT 學生教材。

Hanne Tuntland 教授是挪威研究“再賦能”(reablement)的先驅，並參與了兩項有關“再賦能”的實證研究。她發表了有關再賦能的幾篇科學論文和報告，一篇博士論文，一本教科書和多篇書籍章節，探討各方面的“再賦能”。她還參加了由國際老齡化聯合會安排的全球“再賦能”智庫，目前她是 ReAble 國際研究網路的成員。

## 主題演講嘉賓介紹



黃錦文教授

香港職業治療學院會長

黃錦文教授是香港資深作業治療師，1981 年畢業於香港理工學院職業治療系。他先後修畢工商管理碩士、資訊系統文學碩士及文學士（哲學）課程。他學術上的興趣包括復康支架設計及製作、自理功能評估及訓練、管理、資訊系統及哲學。並創意地將以上知識組合運用於職業治療中。他于社康職業治療、認知功能評估、偏癱康復及職業科學等範疇都有不同的著作及研究。他有超過 30 份著作，他亦多次被邀請在全國及國際會上發表學術報告。

黃錦文教授熱心于推動內地作業治療發展的工作，於 2002 年創辦了香港職業治療學院，為內地治療師提供職業治療培訓。他現時是昆明醫學院作業治療系兼職系主任、中國康復醫學會作業治療專業委員會顧問及康復學報副編輯。



## 主題演講嘉賓介紹



渡邊慎一 (Watanabe Shin Ichi) 先生

日本橫濱市綜合康復中心 社區康復部長

渡邊慎一先生是日本作業治療士協會 制度對策委員會福祉用具對策委員長，厚生勞動省福祉用具・住宅改修評估研究會委員，經濟產業省日本工業標準 調查會委員，神奈川縣作業治療士會特別顧問，曾先後在日本國家鐵路門司鐵路 醫院、橫濱市綜合康復中心、厚生勞動省老年人醫療福利局等機構工作。

渡邊先生出版了多部專業書籍及刊物，包括《介護人員初級培訓課本》、《介護管理輔助員 (Care manager) 培訓文本》、《福祉用具輔導員培訓課本》等等。

## 主題演講嘉賓介紹



**羅倫 教授**

**成都市第二人民醫院 康復醫學科主任**

羅倫主任是主任醫師，香港理工大學作業治療研究生。成都市衛計系統第四批學術技術帶頭人，成都市康復醫學質控中心執行主任。中國康復醫學會作業治療專委會常務委員；四川康復醫學會工傷康復專委會主任委員；四川省醫學會物理醫學與康復專業委員會常委；成都康復醫學會社區康復專委會主任委員；成都康復醫學會副會長。致力於在四川省內、全國推廣作業治療理念、社區康復服務模式、工傷康復體系建設、一站式跨學科多專業服務模式等。在傳統康復領域，是清代中後葉近代火神派開山祖師鄭欽安第四代傳人，推動傳統康復與現代康復的形與神的結合。

承擔科研課題 10 餘項，與國內外多家著名的專業機構建立友好合作項目近 10 項，以第一作者和通訊作者身份發表論文 30 餘篇，參與國家級教材的編撰工作，參編學術專著三部。

## 會議住宿安排：

大會不做統一安排，請各自安排預定。請參考會議酒店位置圖：



酒店地址：四川省成都市成華區嘉陵江路8號（成都東站東廣場北出口）；酒店地下二層直接聯通成都東站公交到達層，成都東站公交到達層位於東站廣場北出口。

### 交通路線指引：

#### 1. 火車站：

成都東站：距離酒店50米，位於東站東廣場北出口左手邊。成

都火車南站：距離酒店7.8公里，計程車15分鐘，預計22元；

從火車南站到酒店：乘坐地鐵1號線，在天府廣場站換乘地鐵2號線到達成都東客站。

成都火車北站：距離酒店12公里，計程車25分鐘，預計34元；

從火車北站到酒店：乘坐地鐵1號線，在天府廣場站換乘地鐵2號線到達成都東客站。

#### 2. 成都雙流國際機場：

距離酒店22公里，計程車40分鐘，預計60元。

機場大巴3號線至成都東站西廣場，步行至酒店（票價：20元）。

T2航站樓乘坐一成綿樂城際高鐵至成都東站，步行至酒店（票價：8元）每天8個班次，17分鐘到達成都雙流國際機場T2 航站樓。T1或T2航站樓乘坐地鐵10號線，在太平園站換乘地鐵3號線，在春熙路站換乘地鐵2號線到達成都東客站。



## 2020國際作業治療研討會 邀請函

尊敬的

國際作業治療研討會，是由香港職業治療學院牽頭，聯合內地合作夥伴，組織主辦的一場康復作業治療學術盛事，會議每兩年舉辦一次，願望是促進國際作業治療的交流，提高作業治療的水準，加速中國作業治療的發展。

2020 國際作業治療研討會，以“創新 融合 智慧 生活”為主題，由香港職業治療學院、成都市第二人民醫院、成都康復醫學會、四川省康復治療師協會作業治療師分會聯合主辦，將於 2020 年 4 月在四川 成都舉行。這將是，繼 2005 青島、2008 廣州、2012 香港、2015 深圳、2018 昆明之後的第六屆國際作業治療研討大會，為推動和提高中國大陸作業治療的發展有著深遠意義

本次大會設神經OT、脊髓損傷 OT、創傷 OT、養老 OT、融合社區、急性期 OT、兒童 OT、精神 OT、工傷（職業康復）、OT 創新、老年癡呆 OT、OT 質控、OT 文化及價值觀、教育等多個專題，邀請了眾多國內外作業治療專家進行精彩的學術報告，將為國內外作業治療同仁們 提供交流的平臺，瞭解不同地區作業治療領域的前沿理論、技術和實 踐，共同探討適合和滿足中國社會需求的作業治療模式，促進專業的 可持續發展，共謀中國作業治療的發展大計，從而有助於我國作業治 療邁向國際一流水準。

在此，我們謹代表本次大會組織委員會，誠邀 閣下 積極參與，就上述主題踴躍分享您的經驗和研究，讓我們攜手，為共同促進國際、國內康復事業與作業治療的蓬勃發展，貢獻自己的一份力量！讓 更多同行和年輕後備軍在此平臺的積極交流中得到提升和幫助。

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)**

# 中華OT 電子期刊編輯委員會

**THANKS**

張瑞昆 臺灣高雄長庚醫院  
林國徽 廣東省殘疾人康復中心  
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  
閔彥寧 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 鄭州大學第五附屬醫院  
黃錦文 香港職業治療學院

香港職業治療學院

Hong Kong Institute of Occupational  
Therapy

地址：香港特別行政區，九龍觀塘駿業街44 號  
航空科技大廈504 室

電話：(852) 65096582

電郵：hkiot@hkiot.org

網頁：<http://www.hkiot.org>