

小組作業活動在腦卒中偏癱患者康復中的應用

秦小露

河北省人民醫院

作業治療是以服務物件為中心，通過有意義和目的的作業活動促進健康與幸福的一門醫療衛生專業，作業治療的主要目標是協助人們參與到日常生活活動中去，作業治療師通過與個人和社區的合作、或者通過活動調整或環境改造來提高服務物件的參與能力，支援他們更好地參與其想做的、必須做的、或被期望做的作業活動，實現治療目標^[1]。小組治療是作業治療較為常用的集體治療方式，是集合一些有共同目的的人參與到既定的活動中該活動的目的只能通過小組組員一起工作和交流才能達到^[2]。它以鼓勵、幫助、促進患者回歸有意義的作業活動為目的，廣泛應用於軀體障礙、精神障礙、發育障礙等患者的作業治療中。

一、小組治療的歷史

最早的小組治療始於 1905 年美國 J·Pratt 醫生在波士頓組織的結核病人小組。在小組治療裡，醫生向病人講解有關醫學知識和療養方法，支持、鼓勵病人，解答病人提出的疑問。更重要的是，病人之間互相交談，交流有關醫療方面的看法和經驗，互相支持，促進心靈的溝通。這種活動對病人確實很有益處，因而獲得廣泛的認可。此後，美國心理分析協會創始人之一，T·Bur' row，將心理分析的觀點用於小組治療。1909 年，精神科醫生兼傳教士馬施 LC.M 把團體心理治療方式引進康復工作中。

二、小組活動與作業治療的關係

小組治療（也稱集體治療、團體治療）是作業治療較為常用的集體治療方式，能較好地調動患者治療的積極性，提高治療效果，同時減少治療人手，提高治療效率，具備參與性強、趣味性高、操作好等優點。在實施作業療法中以小組作業活動和行為為媒介，在具體的作業活動中實現目的動作、行為和認知過程，從而使參與者在感覺、知覺上獲得共同體驗。目前很多康復科都定期開展了小組的作業治療活動。

三、腦卒中偏癱患者康復過程中主要問題

近年來腦卒中因高發病率，高病死率，高復發率及高致殘率已成為我國老年人及成年人致死、致殘的首位病因^[3]。最新調查結果表明，我國卒中患者呈現年輕化趨勢，40 歲以上腦卒中患者已超千萬，卒中後有 70% 遺留有不同程度的殘疾^[4]。殘疾嚴重影響了患者的日常生活及工作^[5]。其中，腦卒中偏癱患者在康復過程中主要面臨以下問題：

1. 腦卒中患者肢體運動功能及認知障礙問題

運動功能障礙及認知功能障礙是腦卒中後患者最常見的症狀。患側運動和感覺功能受到不同程度損傷並伴隨上下肢運動功能障礙，患者功能獨立水準較差。認知障礙不但影響患者的社會適應能力，而且影響患者的全面康復。Tham 等^[6]提到半側忽略是腦卒中的常見症狀，其影響日常生活活動能力、運動功能、閱讀能力等。軀體功能障礙及認知功能障礙等對日常生活活動產生嚴重影響。

2. 腦卒中對患者日常生活活動能力影響

生活自理是患者回歸社會的重要前提，因此日常生活活動訓練是康復醫學中非常重要的環節，其內容一般可分為以下幾類：進食、穿衣、轉移、

個人清潔衛生、上廁所、洗澡、家務勞動等等。不同程度不同部位腦卒中患者的日常生活活動障礙不同程度的影響了患者日常生活活動。

3. 腦卒中對患者社會參與能力的影響

Silva 等^[7]研究表示，社會參與水準與功能獨立性總分及各維度呈負相關，即功能獨立性越低，患者的社會參與程度越低。社會參與與患者的生活品質、心理狀態及後期參與康復治療的積極性密切相關^[8]。

四、小組作業活動在腦卒中偏癱患者康復中的應用

1. 有利於促進患者肢體運動並提高認知知覺能力

小組治療為患者創造了一個自由交流和學習的機會。多名患者可在治療師的指導下一起交流探討、相互學習。如患側受損功能的恢復，健側功能的代償，輔助器具的使用，對受損肢體的失用性改變進行預防，提高患者功能獨立水準^[9]的同時充實知識，提高認知。通過康復治療提高患者的認知功能雖然臨床上仍然存在爭議，但是已有的臨床研究證實了康復治療認知功能障礙的有效性^[10-13]。近年來，隨著研究的不斷深入，腦卒中後患者的認知功能障礙的作業治療小組活動日漸受到關注。

2. 有利於塑造良好行為，提高日常生活活動能力

小組治療的一個突出優點是使參與者在小組內，通過集體活動，能改變他們的行為，對他們進行日常生活機能的再訓練。如訓練他們如何進行進食、穿衣、轉移、個人清潔衛生、家務勞動等等使他們在小組成員和治療師的幫助下，重新回歸日常生活，矯正一些不良的或者異常的行為，塑造適應日常生活規範的行為。

3. 有利於促進社會參與，提高社會心理的全面康

小組活動在治療過程中並非僅僅針對運動功能的治療，而是全面影響腦卒中患者日常生活活動能力、參與社會活動能力、社會心理活動能力、認知能力和感知能力的綜合康復。使他們在平等和諧的環境下，並在治療者及其同伴的激勵支持下，讓他們覺得自己不再是與社會隔絕、被社會遺忘的人，而是社會的一分子，與社會漸漸地融合在一起，為最後回歸社會邁出重要的一步。

五、作業治療的治療性小組種類

根據我院腦卒中偏癱患者的康復治療情況，將小組活動分為以下幾種。如：

1. 獨立生活技巧小組：如食物烹飪小組、家務維持小組、外出購物小組等。
2. 藝術表達小組：如音樂、繪畫、書法、貼豆藝術畫、手工藝製作等。
3. 就業小組：如工業、文職、輔助就業等。
4. 餘暇小組：如 KTV、旅行、球類、健身操等。
5. 認知行為治療小組：如社交小組等。



食物烹飪小組



外出購物小組



餘暇早操小組



手工業製作小組



藝術表達小組



園林藝術小組

六、小組活動舉例（河北省人民醫院元旦小橘燈製作）

1. 活動項目：小橘燈製作
2. 活動主題：歡度元旦，為幸福生活點燃溫暖光芒
3. 活動目的：利用傳統的節日資源，感受元旦的歡樂。通過創設一個輕鬆活潑的活動氛圍，給予患者充分的表達自由和動手機會，注意動靜結合，讓患者積極參與活動，使他們的語言表達能力、動手操作能力、感受能力及平衡協調能力都得到提高。
4. 活動時間、地點及通知：2020 年 12 月 30 日上午 10：30--11:30
康復醫學科作業治療室



5. 活動內容：患者和部分家屬在各自治療師的陪同和指導下，用彩紙或橘子製作出漂亮的小橘燈，送給最愛的人，給愛人帶來溫暖。

6. 篩選人組：認知測試正常，日常交流和溝通無礙；可耐受和接受約 1 小時的活動鍛煉；坐位平衡Ⅲ級，Brunnstrom 上肢和手均達到Ⅲ級，FTHUE-HK 達到 3 級，可達輔助手 C 及以上水準；近期病情穩定。

7. 活動步驟：①人員就位，患者自我介紹 5 分鐘

②選取工具、挑選材料 5 分鐘

③討論製作方法 5 分鐘

④小橘燈製作進行 25 分鐘

⑤互相交流心得體會 5 分鐘

⑥贈燈、抒發感想 10 分鐘

⑦整理工具和場地 5 分鐘





8. **安全措施**：輪椅或者椅子安全穩定；剪刀擺放有序，無尖銳利器，防止受傷；備血壓計等檢測工具。

9. **回饋總結**：腦卒中患者恢復週期長，由於長期住院極容易產生依賴性、社會實踐和團體生活缺失，體驗不同的生活角色，可提升病人參與社會的動力。調動患者的主觀能動性，提升其在生活中的主動參與性。本次以小組團隊協調合作形式順利完成小橘燈製作，在活動中通過鼓勵組員討論自己在小組中獲得的經驗，評估在小組中個人目標實現的程度並充分表達自己的感受和想法。在活動結束後，及時瞭解組員在活動後的變化，安排跟進活動，將成功的體驗分享與他人分享，促進自身和他人提高訓練的動力和信心，進而提高整個康復的結局。

七、小組活動注意事項

提前征得患者和家屬同意，告知活動目的、任務等宣教工作，活動過程中時刻關注保障患者安全性。活動中若出現突發狀況，治療師應嚴格按照醫院應急預案處理，按照因人而異、循序漸進的原則，注

重小組內訓練狀態的整體控制，必要時，可以介入並給予一定輔助。

結束後，向家屬及時回饋訓練意義。

八、結語

通過小組作業活動不僅使患者穿衣飲食、家務操持、社交娛樂等活動中獲取了更多的自理能力和自我認可增加了訓練的信任和動力。在實施小組中根據患者的具體情況定期評估、對患者及其家屬進行再訪談，不斷對治療做出相應調整計畫，改進方案以達到預期治療效果，從而使患者肢體功能、心理精神、生活自理、社交娛樂等方面都有了較大的提高。

參考文獻

- 【1】 World Federation of Occupational Therapists. About occupational therapy (WFOT 2012). [2019-12-23]. <http://www.wfot.org/About/About-Occupational-Therapy>.
- 【2】 胡岱. 精神科作業治療小組活動的教學 [C]. 廣州：中國康復醫學會康復治療專業委員會作業治療學組成立暨首屆中國作業治療論壇資料彙編，2011.
- 【3】 王隴德，劉建民，楊弋，等．我國腦卒中防治仍面臨巨大挑戰——《中國腦卒中防治報告 2018》概要 [J]．中國迴圈雜誌，2019，34(2)：105 — 119．
- 【4】 王隴德．中國腦卒中防治報告(2017) [M]．北京：人民衛生出版社，2017: 1 — 11．
- 【5】 薑妍，逢冬．腦卒中病人發生殘疾的影響因素分析 [J]．護理研究，2019，12(33)：2130 — 2133．
- 【6】 Tham K, Ginsburg E, Fisher AG, et al. Training to improve awareness of disabilities in clients with unilateral neglect. *Am J Occup Ther* 2001;55(1):46-54
- 【7】 Silva SM, Corrêa JCF, Pereira GS, et al. Social participation following a stroke: an assessment in accordance with the international classification of functioning, disability and health. *Disability and Rehabilitation*, 2019, 41(8):879-886.
- 【8】 賀亞楠. 首發腦卒中患者社會參與水準及影響因素的縱向研究. 上海: 第二軍醫大學, 2013.

【9】 Ballinger C, A, Low J, et al. Unpacking the black box of therapy—a pilot study to describe occupational therapy and physiotherapy interventions for people with stroke. *Clin Rehabil* 1999;13(4):301–9

【10】 McDowd JM, Filion DL, Pohl PS, et al. Attentional abilities and functional outcomes following stroke. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2003;58(1):P45–53

【11】 Weiss PL, Naveh Y, Katz N. Design and testing of a virtual environment to train stroke patients with unilateral spatial neglect to cross a street safely. *Occup Ther Int* 2003;10(1):39–55

【12】 Lin KC, Cermak SA, Kinsbourne M, et al. Effects of left-sided movements on line bisection in unilateral neglect. *J Int Neuropsychol Soc* 1996;2(5):404–11

【13】 Edmans JA, Webster J, Lincoln NB. A comparison of two approaches in the treatment of perceptual problems after stroke. *Clin Rehabil* 2000;14(3):230–43