

本期主编 — 黄锦文 — 责任编辑 — 王琳

# 中华 OT 电子期刊

The Chinese OT e-Newsletter

2021 年 6 月刊

本期专题：ICF 与 OT

内地 OT 教材与科研状况

内地 OT 教育新篇

香港 OT 新发展

中 国 传 统 佳 节

## 主编寄语

大家好！祝大家端午节快乐，值此佳节收获去年努力的成果，夺得锦鏢！「中华 OT 电子期刊」自 2006 年出版，2011 年复刊以来，已超过 30 期了！近年得各编委的努力，每期的内容都非常丰富。从去年开始，得到陈福强先生的帮助，把以往的期刊加上索引，大家可以在学院的网页上很容易地找到有兴趣的文章观看。今期的内容非常精彩，在约稿时已很兴奋，因可邀请一些同行分享他们在某些领域的心得！

因缘际会，我联络上 2005 年曾参加青岛 OT 国际会议的新加坡代表，在她的帮助下，我们邀请到新加坡职能治疗师协会为我们写一文稿，介绍新加坡职能治疗的过去、现在和未来。希望日后有更多的新加坡同行在这里与我们分享。王玉龙医生及团队在 2009 年开始研发“龙氏生活自理能力评定量表”，此量表已被国家标准化委员会正式批准该评定方法为国家标准，有关此量表的科研更被“Clinical Rehabilitation”期刊接纳刊登。我们有幸邀得王医生亲自撰写文分享。

今期我选择了“ICF”作为期刊其中一个专题，虽然以前期刊也有关于 ICF 的文章，但这次我请到 ICF 的殿堂级人物——邱卓英教授与我们分享。邱教授是 WHO 有关 ICF 事项的中国代表，是 ICF 专家中的专家，他掌握了第一手的 ICF 资料。他这次更联同郭凤宜教授等写了一篇结合 OT 与 ICF 的文章与大家分享！我也来凑凑热闹，写了一篇 ICF 给我的启发，文章也分享了一些 ICF 在香港 OT 发展的历史。在这专题里，也邀得陈宝珊博士写了一篇有关脊髓损伤患者 ICF 检查表的应用，这课题是她的研究领域，她的分享有重要的学术价值。另外，我们也收到山东中医药大学闫瑾同学和马丽虹老师有关 ICF 模式用在帕金森症的文章，写得很用心，年青人朝气蓬勃，最难得是有心，是作业治疗的将来，我们欢迎及需要年青 OT 的投稿。

有关内地 OT 的发展，我也邀请了重量级人物给我们分享。首先是李奎成院长介绍了内地 OT 教材的历史和发展。很欣慰听到他们正在努力地编写和翻译 OT 教材，约有十多本 OT 教材将会在这一、两年内面世！朱毅教授在内地康复期刊出版科研报告的数目名列前茅，他积极推动内地年青 OT 进行科研。这次他搜集了过去及近年 OT 在科研上的方向和领域，给大家继续在科研路上带领方向。

内地 OT 教育也传来好消息，又多两所大学的 OT 课程在去年得到了 WFOT 的认证，包括南京医科大学和广州医科大学。很开心请到这两个课程的老师撰稿，介绍他们课程的特色。这次认证的另一特点，是由中国康复医学会作业治疗事业委员会负责，听说来年还有多个 OT 课程在申请认证！另一个大家关注的 OT 课程是北京大学与美国南加州大学合办的硕博培训课程，蕴酿多年后已正式开课，我在 2019 年路过北京时也听了他们一节课，我觉得老师和学生都非常优秀，所以我也请了负责这课程的王宁华教授、刘奕君老师和学生与大家分享。

香港方面，我邀请了 3 位同行分享在 OT 相对新的发展项目。首先是吴显波博士，他在胸肺康复工作多年，近年更关注心脏病患者的康复，他与团队多次在香港及台湾举办工作坊，推动 OT 在这领域的工作。方少丽老师是香港儿童医院职业治疗部的主管，由她来介绍 OT 在儿童医院的角色最为合适！江乐恒老师拿了“大笑瑜伽”导师的认证，他的分享可启发我们利用不同知识与技巧于 OT 的治疗中！

最后，请各位多关注 2021 年在成都举办的 2021 国际作业治疗研讨会，这次会议的内容非常精彩，不容错过！希望疫情尽快过去，我们可以面对面交流和分享！

黄锦文 2021 年 6 月



## 期刊目录

新加坡：职能治疗.....	1
.....新加坡职能治疗师协会	
失能等级划分的国家标准-龙氏量表.....	5
.....王玉龙	
基于《国际功能、残疾和健康分类》的作业治疗：背景、理论架构与方法体系.....	9
.....邱卓英 <sup>1</sup> 邱服冰 <sup>2</sup> 郭凤宜 <sup>3</sup> 杨晓龙 <sup>1</sup>	
我对 ICF 的认识、反思及与 OT 概念结合的历程.....	14
.....黄锦文	
国际功能、残疾和健康分类（ICF）检查表应用于香港慢性期的脊髓损伤患者信度与效度检验及其应用研究.....	18
.....陈宝珊	
基于 ICF 模式的帕金森病作业治疗应用分析.....	23
.....闫瑾 马丽虹	
中国内地作业治疗教材发展策略与现状.....	29
.....李奎成	
中国作业治疗科研发展掠影.....	38
.....侯伟倩 郭佳宝 朱毅	
以学生为中心的作业治疗教学与临床实践--南京医科大学 OT 课程授课特色分享.....	41
.....伊文超	
粤港澳大湾区背景下中国内地作业治疗人才培养.....	45
.....欧海宁 罗庆禄 张燕妮 邱雅贤 廖宇君 赖小松 林强	
北京大学医学部作业治疗方向硕士项目发展介绍.....	49
.....刘奕君 王宁华	
职业治疗师能抓住「心脏復康」的机遇吗？.....	54
.....吴显波	
一所儿童医院的职业治疗服务.....	578
.....方少丽	
大笑瑜伽在香港职业治疗的应用.....	62
.....江乐恒	
2021 国际作业治疗研讨会会议通知&征文通知.....	66





新加坡职能治疗师协会

## 新加坡：职能治疗

过去，现在，未来



新加坡职能治疗师协会主办的部门负责人会议， 2019

Article written by SAOT on June 2020

虽然职能治疗始于早期 1900 年代，唯有在第 2 次世界大战过后，职能治疗服务才在我国首次开始。首批来到新加坡的职能治疗师来自于英国。他们在 1950 年代的新加坡中央医院开始提供职能治疗服务。之后，新加坡卫生部渐渐发觉到培训本地人为职能治疗师的重要性，所以新加坡政府开始提供奖学金以支持本地的学生到英国以及澳大利亚完成他们的职能治疗学位。



职能治疗师使用治疗性活动促进病人的肩膀关节活动度，新加坡中央医院，1959年

职能治疗服务在新加坡已有近 70 年之久。职能治疗专业本身经历了巨大的变革，从一开始被认为是编织竹篮的专家，到现在成为一项被普遍认可的专业，服务个案的年龄层和不同的病患，专精提供全人性化的服务以支持个案参与有意义的职能活动。

## 新加坡职能治疗的成长与茁壮

新加坡在 1950 年代，从只有少数的职能治疗师，发展至目前，有 1300 多位执业登记的职能治疗师。透过早期职能治疗先驱们的远见、智识和毅力，这项服务与行业才能在几十年来不断地发展。过去几十年来，我们在专业认同、代表性、专业教育和专业能力上，进展成果丰硕。

## 新加坡职能治疗师协会

在 1970 年中期，我们职能治疗先驱们开始讨论成立专业协会，以代表职能治疗为一个独立的专业。自从协会成立以来，协会透过创造职能治疗临床准则，为个案和群体的权益发声提供继续教育以及支持临床研究以达成塑造。这也能领导职能治疗专业的品质以及促进使用职能治疗服务的宗旨。

新加坡职能治疗师协会持续在国际和新加坡国内代表职能治疗专业，譬如世界职能治疗师联盟，亚太职能治疗区域小组和东亚会议 (East Asian Exchange Meeting)。



林副教授在 2019 年东亚会议上发表简报



讲者与参与者在 2019 新加坡职能治疗会议的合影

除了代表职能治疗专业以外，协会也举办一系列的活动和会议，以支持专业的发展，例如在多种职能治疗次领域组成特殊兴趣小组，并定期分享各种职能治疗主题，以及多种继续教育的专业训练。除此之外协会定期举办新加坡职能治疗会议。2019 年在国际疫情爆发之前的几个月，我们举办了第十届新加坡职能治疗会议。

## 专业执业法案

在 2013 年 4 月，职能治疗，物理治疗与语言治疗一起成为向新加坡政府登记的健康专业。这个职业登记的法案让职能治疗师与其他专业人士，如医生和牙医，受到政府的监督和管理。新加坡当地刚毕业的职能治疗师，以及在国外获得学位的职能治疗师都需要在受监督之下执业(conditional registration)一到两年。他们需要展现安全性跟专业能力，才能成为完全受认可(full registration)的职能治疗师。

## 本地职能治疗师训练

因为本地职能治疗师在医院跟社区医疗系统里的需求日益增加，新加坡职能治疗师协会和新加坡物理治疗师协会在 1980 年代后期共同促请卫生署成立新加坡本地的训练课程以满足本地人力的需求。

新加坡第一个职能治疗师学程于 1992 年在南洋理工学院(Nanyang Polytechnic, NYP) 成立。一开始这个课程是根据悉尼大学的课程改编。这个学程顺利地并且持续地获得世界职能治疗师联盟的认证。这个学程从 1992 年到 2018 年间培训了 25 届的毕业生。



第一届南洋理工学院职能治疗师学程的毕业生和讲师

Photo credit: Mr Patrick Ker

在多年努力争取之下，在 2016 年，新加坡理工大学成立了四年制的职能治疗师学程。从当初南洋理工学院第一届的 13 位毕业学生，到目前新加坡理工大学每届入取超过 100 位学生，新加坡的职能治疗师人力将会快速增长。



新加坡理工大學第一屆毕业生的照片 Photo credit: Prof Tan Bhing Leet

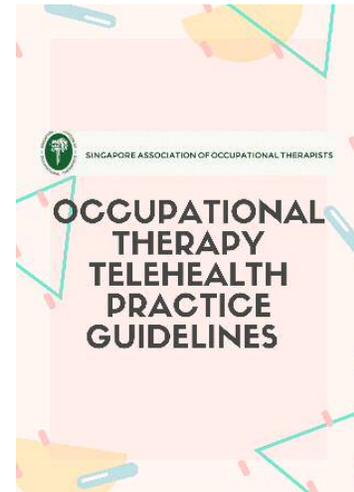
## 未來展望

对国家以及职能治疗专业而言，新冠肺炎创造了前所未有的挑战。不過值得庆幸也非常激励人心的是，过去一年半之间，我们看到职能治疗师的创造力、毅力和职能治疗师跨领域整合。



职能治疗师在新加坡各地的筛检站协助筛检工作

在疫情的高峰之际，很多职能治疗师挺身而出支持医疗体系所需，例如透过做为肺炎筛检工作人员或者是使用远距医疗系统继续为个案提供服务。



我们会继续同心协力地发展专业，提供高品质及有效的职能治疗服务，以及专注于发展专业的代表性，专业性，以及倡议参与有意义活动的重要性。

# 失能等级划分的国家标准-龙氏量表

王玉龙 深圳大学第一附属医院

龙氏生活自理能力评定方法是 2009 年由深圳大学第一附属医院王玉龙康复团队研发,其中“龙氏生活自理能力评定量表”(Longshi Assessment Scale of Activities of Daily Living, 简称 LSADL)是根据 2013 年 3~5 月对 1960 名深圳市户籍肢体残疾人需求调查的结果制定的,随后在上海、深圳、重庆和昆明等地进行了试用,结果显示该评定方法评定结果准确、操作方法简单、便捷,整个评定流程标准化,不仅专业人员可以使用,而且非专业人员也可以使用,节约了医疗资源。2018 年 12 月 28 日国家标准化委员会正式批准该评定方法为国家标准(GB/T37103-2018)。

## 一、基本理念

该评定方法的基本理念是认为人的能力与其活动范围相关,活动范围越大,其能力越强。由此,我们根据人的活动范围将人分为活动范围不同的三个群体,即床上人、家庭人和社会人。上述三个群体人的活动能力随着活动范围的扩大依次增强:①床上人:仅可在床上活动的人群;②家庭人:能主动下地或转移到轮椅上,可在家庭环境中自主活动(包括乘坐轮椅),但不能主动转移到户外活动的人群;③社会人:能主动下地或转移到轮椅上,并可主动转移到户外活动(包括乘坐轮椅)的人群。

## 二、生活自理能力等级划分

以关键词“能不能下床”“能不能到户外”为线索,以床上、家庭和社区三个活动范围为基础,将功能障碍者的生活自理能力分为生活完全不能自理、生活基本不能自理、生活小部分自理、生活大部分自理、生活基本自理和生活完全自理 6 个等级,具体内容如下:①生活完全不能自理:功能障碍者仅有极少量的主动运动或完全不能运动,活动范围局限于床上,不能完成床椅转移;②生活基本不能自理:功能障碍者活动范围局限于床上,可独立完成床上部分活动,但不能完成床椅转移;③生活小部分自理:功能障碍者可以完成下床或者床椅转移,在帮助下能完成家庭环境中的一部分活动,而不能主动转移到户外(受制于本身或环境);④生活大部分自理:功能障碍者可以完成下床或者床椅转移,能独立完成家庭环境中的大部分活动,而不能主动转移到户外(受制于本身或环境);⑤生活基本自理:功能障碍者可以主动转移到户外,在帮助下能完成户外环境中的一部分活动;⑥生活完全自理:功能障碍者可以主动转移到户外,能融入到社区生活中,学龄儿童可以在普通学校就读,成人实现就业,老人在无他人照料的情况下可以独立生活。

## 三、生活自理能力等级评定

### (一) 床上人生活自理能力评定

1. 大小便 1 分:大小便时既没有感觉,也不能控制;2 分:大小便时有便意,但控制能

力差，每日出现不止1次大小便失禁；3分：大小便时可自行使用便盆或尿套、尿袋。

2. 进食 1分：需要他人帮助进食（经鼻饲管或经口）；2分：借助辅助器具的帮助可以自行进食；3分：无需辅助器具可自行进食。

3. 娱乐 1分：被动听广播、看电视或他人说话；2分：主动要求听新闻、看电视、电脑等；3分：可独立使用工具获取娱乐、休闲资讯。

适用于不能主动下床的评定对象（包括乘坐轮椅），4分以下为生活完全不能自理，代表评定对象仅有极少量的主动运动，甚至于完全不能运动；4~9分为生活基本不能自理，其中4~6分代表评定对象在帮助下能完成床上的部分活动，7~9分代表评定对象能独立完成床上的大部分活动。具体评定项目参见图1。

## 龙氏日常生活能力评定量表

### LONGSHI ASSESSMENT SCALE OF ACTIVITIES OF DAILY LIVING



使用手册  
Guideline

姓名 \_\_\_\_\_ 性别 \_\_\_\_\_ 年龄 \_\_\_\_\_ 电话 \_\_\_\_\_ 诊断 \_\_\_\_\_

姓名 Name \_\_\_\_\_ 性别 Gender \_\_\_\_\_ 年龄 Age \_\_\_\_\_ 电话 Telephone Number \_\_\_\_\_ 诊断 Diagnosis \_\_\_\_\_

**评定流程 Evaluation Flow**

能不能下床? Can you get off bed?

不能 No → 表1 (床上人) Form1 (Bedridden Group)

能 Yes → 能不能到户外? Can you go outside?

不能 No → 表2 (家庭人) Form2 (Domestic Group)

能 Yes → 表3 (社会人) Form3 (Community Group)

**表1**  
Form 1

人群 (Group)	评定内容 (Evaluation Contents)						得分 (Score)
 床上人 Bedridden Group  评分细则 Assessment Rules	大小便控制 (大小便自理)	 1分 1 Point	 2分 2 Points	 3分 3 Points			
	进食	 1分 1 Point	 2分 2 Points	 3分 3 Points			
	娱乐	 1分 1 Point	 2分 2 Points	 3分 3 Points			
评定结果 (Assessment Results)	床上人 (Bedridden Group) <input type="checkbox"/> <4分 (Complete Dependence) <input type="checkbox"/> 4-9分 (Severe Dependence) <input type="checkbox"/>						总分 (Total)
评定者 (Evaluator):		评定日期 (Date):					

**表2**  
Form 2

人群 (Group)	评定内容 (Evaluation Contents)						得分 (Score)
 家庭人 Domestic Group  评分细则 Assessment Rules	如厕	 1分 1 Point	 2分 2 Points	 3分 3 Points			
	个人清洁	 1分 1 Point	 2分 2 Points	 3分 3 Points			
	家务	 1分 1 Point	 2分 2 Points	 3分 3 Points			
评定结果 (Assessment Results)	家庭人 (Domestic Group) <input type="checkbox"/> <4分 (Part Dependence) <input type="checkbox"/> 4-9分 (Part Dependence) <input type="checkbox"/>						总分 (Total)
评定者 (Evaluator):		评定日期 (Date):					

**表3**  
Form 3

人群 (Group)	评定内容 (Evaluation Contents)						得分 (Score)
 社会人 Community Group  评分细则 Assessment Rules	小区锻炼	 1分 1 Point	 2分 2 Points	 3分 3 Points			
	购物	 1分 1 Point	 2分 2 Points	 3分 3 Points			
	活动参与	 1分 1 Point	 2分 2 Points	 3分 3 Points			
评定结果 (Assessment Results)	社会人 (Community Group) <input type="checkbox"/> <4分 (Light Dependence) <input type="checkbox"/> 4-9分 (Complete Independence) <input type="checkbox"/>						总分 (Total)
评定者 (Evaluator):		评定日期 (Date):					

版权所有 盗版必究

图1 龙氏量表评定方法

(二) 家庭人生活自理能力评定

1. 如厕 1分：全程在他人帮助下，于房间内使用坐便椅或其它工具就近完成大小便；2分：可在他人或辅助器具帮助下到洗手间完成大小便；3分：可自行到洗手间完成大小便。

2. 清洁 1分：在他人完成准备工作后可在卧室中独立完成修饰活动（刷牙、洗脸、剃须、化妆等）；2分：在他人完成准备工作后可在卧室中独立完成擦身清洁等活动；3分：可独立到洗手间完成洗澡活动。

3. 家务 1分：可协助家人完成部分家务活动，如盛饭、端碗等；2分：可借助辅助器具独立完成热饭、扫地等较简单的家务活动；3分：可独立完成做饭、炒菜、煲汤等较复杂的家务活动。

适用于能主动下床、不能主动转移到户外的评定对象（包括乘坐轮椅），4分以下为生活小部分自理，代表评定对象在帮助下能完成部分家庭环境中的少部分活动，4~9分为生活大部分自理，代表评定对象可以独立完成家庭环境中的大部分活动，其中4~6分代表评定对象仅能在家庭部分环境中活动，7~9分代表评定对象可以在家庭所有环境中活动。

(三) 社会人生活自理能力评定

1. 小区锻炼 1分：可在他人监护下到小区进行锻炼；2分：可利用辅助器具自行到小区进行锻炼；3分：无需辅助器具或他人监护，能自行到小区进行锻炼。

2. 购物 1分：可利用互联网等通讯工具进行网上购物；2分：可在他人监护下到超市等场所购物；3分：可自行步行、骑车、坐公车或驾车到超市等场所购物。

3. 社区活动 1分：可利用通讯工具与亲朋好友交流；2分：可利用辅助器具或在他人监护下参与棋牌类等低强度的活动；3分：可独立参与、组织集体活动，如喝茶、聚餐等。

适用于能主动转移到户外的评定对象（包括乘坐轮椅），4分以下为生活基本自理，代表评定对象在帮助下能完成户外环境中的小部分活动，4~9分为生活完全自理，能融入到社区生活中，其中4~6分代表评定对象仅能在社区部分环境中活动，7~9分代表评定对象可以在社区所有环境中活动。

## 四、评定流程

具体内容见图 2。

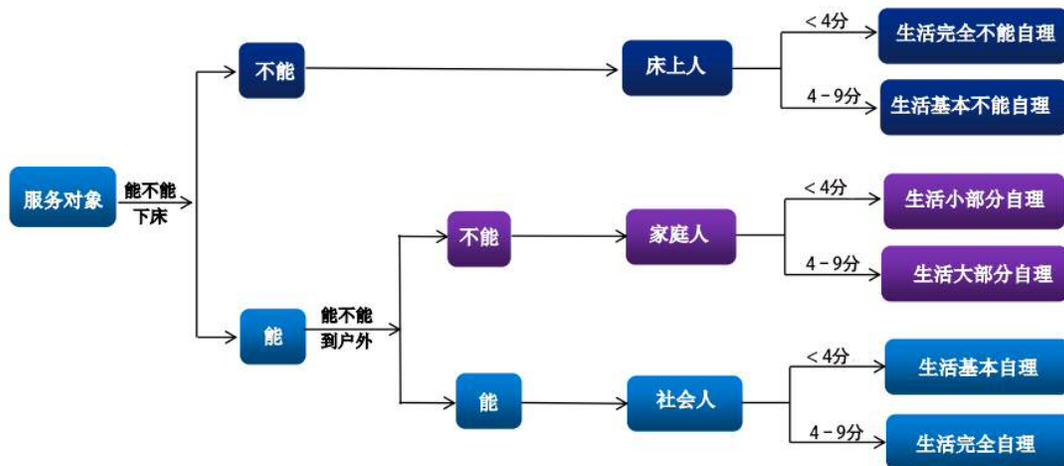


图 2 LSADL 的评定流程

## 五、应用价值

2018年8月16日-2020年5月1日在全国23个省、103家单位参与的多中心研究累计完成病例15255例，结果显示在以下领域有重要意义。

(一) 准确、快速、简便地辨识人的生活自理能力，已成为失能等级划分的国家标准。先区分“床上人”“家庭人”还是“社会人”，然后根据各自人群的功能状态，可以快速地识别出属于“生活完全不能自理”“生活基本不能自理”“生活小部分自理”“生活大部分自理”“生活基本自理”还是“生活完全自理”，整个过程约10秒钟完成，不需要任何特别的设备。

(二) 专业人员与非专业人员的使用具有相同的效果。该量表评定项目的内容是情景图示，专业人员和非专业人员均可以理解、判断。研究证明，康复专业人士的使用与非专业人员的使用具有相同的效果。

(三) 可以通过“LSADL”建立的失能等级评定模型，可以了解老年人群中生活自理能力各个等级的比例。随着年龄的增长，老年人生活自理能力发生变化；同时，通过分析引起失能的原因，了解导致不同功能等级的病因，从而为疾病和失能的预防提供重要的依据。

(四) 为医疗机构护理人员的配置提供合理的依据。因为不同失能等级的患者比例在护理人员的配置中起决定作用，而“LSADL”可以准确、快速地了解医疗机构中患者不同生活自理能力的比例，从而为护理人员的配置提供可靠的依据。

(五) 为医疗保险的偿付提供一种新的标准。无论是单病种核算，还是DRGs收费，都有一个明显的缺陷，即未与患者的功能恢复、疗效挂钩，而通过“LSADL”对患者治疗前、后的比较，就可以快速地了解患者的功能恢复程度，为医保偿付提供依据。

(六) 通过实施远程评定可节约医疗资源。目前评定一个患者的生活自理能力，不仅需要医务人员参与，还需要医务人员和患者面对面交流，进行现场评定，而“LSADL”可通过远程视频，可由医务人员或者非医务人员单独进行评定，节约了医疗资源，提高了评定的效率。



# 基于《国际功能、残疾和健康分类》的作业治疗： 背景、理论架构与方法体系

邱卓英<sup>1</sup> 邱服冰<sup>2</sup> 郭凤宜<sup>3</sup> 杨晓龙<sup>1</sup>

- 1 世界卫生组织国际分类家族合作中心，北京市 100068
- 2 深圳大学（体育部）体育与健康研究中心，深圳市
3. Visiting Professor, Indiana University School of Medicine, USA

作者简介：邱卓英(1962-)，博士，研究员，教授，世卫组织国际分类家族中国合作中心联合主任，WHO-FIC 网络功能和残疾专家委员会委员，世界卫生组织《国际功能、残疾和健康分类》（国际中文版）协调人、世界卫生组织-世界银行《世界残疾报告》国际编委、世界卫生组织《健康服务体系中的康复(2017)》指南制定小组专家，主要研究方向：ICF、康复心理学、残疾研究、康复科学、康复信息。

## 1 背景与理论架构

世界卫生组织(World Health Organization, WHO)联合相关卫生组织和机构颁布了很多有关健康促进、残疾保障和康复服务的报告与指南文件。这些文件均强调发展康复服务，提高康复服务覆盖率，提升康复服务的质量和安全性，并且从国际政策角度，提出在健康服务体系中发展康复服务的重要性。《世界残疾报告》分析全球残疾发展现状以及残疾相关服务；“全球残疾问题行动计划”根据《世界残疾报告》的政策建议要求，制定了国际残疾和康复发展的规划，要求改善残疾人健康、功能和福祉，推动残疾人康复相关的理论研究。“康复2030：行动呼吁”要求发展康复服务，促进实现联合国2030可持续发展目标三全民健康覆盖相关目标要求。在此基础上，WHO还发布《健康服务体系中的康复行动指南》为现代康复服务的规划和发展提供行动依据和方法工具。

康复是有健康状况的个体在与环境交互过程中降低残疾，实现预防功能丧失、减缓功能丧失速度、改善或恢复功能、代偿丧失功能以及维持现有功能的目标，使个体功能最大化。健康状况包括疾病（急性或慢性）、异常、损伤或创伤，也包括其他一些状况，如怀孕、老龄化、应激、先天异常或遗传基因易感性等。2017年WHO发布《健康服务体系中的康复》作为康复的政策指南，倡导康复服务是现代健康服务的重要组成环节，要形成健康促进、预防、治疗、康复和姑息治疗的完整健康服务体系，提高康复服务的可获得性、可负担性和公平性，使康复服务惠及更多有需求的对象，必须将康复服务纳入健康服务体系。

作业治疗作为康复服务的重要组成部分，在坚持以功能为核心的功能导向原则下，不仅关注身体结构与功能，更关注个体的活动及参与能力，并进一步强调了个体作业活动与环境因素的交互。在世界作业治疗师联合会(World Federation of Occupational Therapists, WFOT)关于作业治疗的定义中明确指出，作业治疗的首要目标是使个体能够更好地提高日常生活活动参与，并通过与个体及社区间的协作来提高他们想要、需要或期待从事某类型作业活动的的能力，或对作业活动内容甚至所处环境的调整来优化个体的作业活动参与。

根据联合国《残疾人权利公约》要求，WHO依据《世界残疾报告》中对地区、国家以及国际针对残疾问题应采取行动提出的建议，采用《国际功能、残疾和健康分类》(International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF)的理论与

方法，并将 ICF 作为功能和残疾的核心分类。《国际物理和康复医学会白皮书》对康复进行了系统说明，指出运用 ICF 的理论和方法，对功能和功能障碍进行命名、定义和分类，倡导在康复服务的评估、诊断、干预和结局评估过程中，全面系统运用 WHO 国际健康分类家族 (World Health Organization Family International Classifications, WHO-FICs) 的分类工具，提高康复治理和康复服务质量，其中 ICF 的应用尤为重要。

在康复领域，ICF 已经在政策发展、临床和服务应用、管理和信息应用，以及残疾调查和流行病学研究等领域得到广泛应用，其总体目标是提供一种统一的术语来描述功能以及与健康相关的状态、结果和决定因素，可在全世界卫生和社会服务等各专业中使用。运用基于 ICF 的功能、残疾和健康理论，对康复服务中的作业治疗进行标准化描述，从身体、个体及环境 3 个层面指出了作业治疗在身体结构与功能、活动和参与以及环境交互重的重要应用，并构建了基于 ICF 的作业治疗理论架构。

## 2 基于 ICF 的作业治疗体系建设

根据 WHO 在《世界残疾报告》中基于 ICF 对康复的核心定义为：康复是“帮助经历着或者可能经历残疾（功能障碍）的个体，在与环境的相互作用中获得并维持最佳功能状态的一系列措施”。康复作为一项重要的健康策略，是现代健康服务的重要组成部分，在预防、治疗、康复和健康促进健康服务连续体中有着重要的作用。运用基于 ICF 的康复理论模式研究与体系建设，具有重要的理论意义和方法学的指导作用，基于 ICF 的理论模式可以构建有关康复服务中作业治疗应用的理论体系，涉及作业治疗的服务对象和主要功能障碍、主要干预措施和方法以及作业治疗干预结局和效果评估等。见图 1。

WHO 颁布 ICF，将健康状况中的功能和残疾相关因素进行了整体分类，同时建议与国际疾病分类 (International Classification of Diseases, ICD) 和国际健康干预分类 (International Classification of Health Intervention, ICHI) 构成国际健康分类标准体系。ICF 的颁布意味着从关注于疾病发展到关注功能和生活质量以及情景性因素影响。基于 ICF 的作业治疗体系建设时，首先采用基于 ICF 的健康模式，即生物-心理-社会的健康模式，ICF 从健康和总体幸福感的角度，分析健康与功能状态、健康与残疾以及健康与环境之间的相互关系，建立基于生物-心理-社会模式的健康、功能和残疾新模式，强调健康是个人身体功能与结构、活动和参与以及环境因素交互作用的结果，这与作业治疗中对个体功能状态、活动、参与及其环境因素影响的关注视角相符，此外，作业治疗服务应基于 ICF 模式，进一步扩大对环境的概念性考虑，从而在关注个体当前环境的同时，充分考虑外部环境，如社会政策、组织架构服务等。此外，为进一步促进基于 ICF 的作业治疗体系建设，作业治疗师对 ICF 知识领域的了解及应用十分重要，尽管 WFOT 早已将 ICF 作为作业治疗师的大学教育课程，但在作业治疗的临床应用中，知识水平上的不一致也成为了 ICF 在作业治疗领域广泛应用的限制。

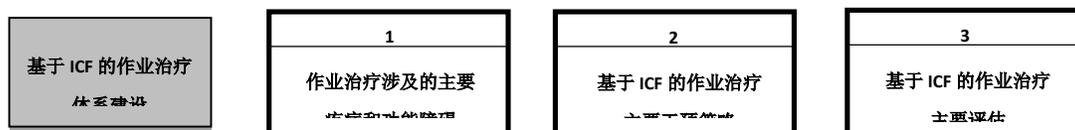


图 1 基于 ICF 的作业治疗应用体系建设

### 3 基于 ICF 的功能障碍分析

根据 ICF 有关功能和残疾的理论架构,将功能定义为人类功能特定领域的集合,包括身体功能、身体结构、活动和参与,以及与人类功能密切相关的环境因素。从分类体系看,ICF 分类共两个部分,四种成份。第一部分包括身体功能、身体结构和活动与参与。第二部分包括环境因素和个人因素(目前在 ICF 中没有进行分类)。身体功能(body functioning, 代码 b):是指身体各系统的生理功能(包括心理功能)。身体结构(body structure, 代码 s):是指身体的解剖部位,如器官、肢体及其组成成份。活动和参与(activity and participation, 代码 d):活动是指可由个体执行一项任务或行动;参与是投入到一种生活情景中。环境因素(environment factor, 代码 e)和个人因素(personal factor):与人们日常生活和居住相关的自然、社会和态度的环境。

为更广泛详细的描述,在 ICF 的所有标识成份中,用章代表分类的第 1 水平分类,每章进一步分为不同的类目,这些类目按等级分为 2 级、3 级、4 级水平。ICF 有关章和类目的编码也构成功能和残疾的通用标识语言,这种语言可以明确地在不同国家、语言、文化和行业间研究与应用。例如作业治疗常关注的生活自理能力,ICF 的等级标识编码如下:

第 5 章 自理	1 级水平类目(章)
d510 盥洗自身	2 级水平类目
d5100 盥洗身体各部	2 级水平类目
d5101 盥洗全身	2 级水平类目
d5102 擦干身体	2 级水平类目

根据 ICF 功能分类和《国际物理和康复医学白皮书》,康复临床实践涉及了各类型主要功能障碍,包括神经系统功能障碍,如脑卒中、脑外伤、脊髓损伤等;骨骼肌肉功能障碍,如颈障碍、腰障碍、上下肢骨骼肌肉障碍、上肢骨骼肌肉障碍、下肢骨骼肌肉障碍、截肢等;心脏障碍、呼吸障碍;癌症;儿童健康状况;老年健康状况。

### 4 基于 ICF 的作业治疗主要干预方法分析

康复服务是现代健康服务体系的重要环节,参照《欧洲物理和康复医学联盟白皮书》,康复干预的主要策略和方法可以分为预防类、健康促进类、治疗类、康复类、支持类和姑息类等 6 大类。根据不同的康复目的以及服务对象的康复需要,基于功能采用不同的康复服务提供模式和方法,使康复服务接受者的功能状态最大化,提升康复服务的质量和安全性。作业治疗作为康复服务的重要组成部分,是针对功能和活动参与的干预措施,基于 ICF 理论架构,对作业治疗干预进行系统化、结构化、标准化描述,可以构建康复服务领域中的作业治疗干预体系,并且以 ICF 的生物-心理-社会模式整合各类方法,以患者为中心,以功能为导向,能够改善康复效果和效率。作业治疗干预时应注意区分个体情况、康复阶段、康复服务提供的层级、服务方式等关键性因素。这种干预是以多学科团队的形式进行的,进行作业治疗干预时,不仅要考虑上述关键因素,干预措施的学科专业特点以及各类干预方法间的交互作用影响应被纳入考虑。

### 5 基于 ICF 的作业治疗评估

ICF 理论认为残疾或者功能障碍是人类的健康状态。针对所有的健康状态,可以运用健

康和残疾通用的标准进行比较。从强调病因到强调疾病所产生的影响。根据 ICF，功能状态 (functioning) 是一个概括性术语，用于描述有关身体功能、身体结构、活动和参与。它表示在个体 (有某种健康状况) 和个体所处的情境性因素 (环境和个人因素) 之间发生交互作用的积极方面。总体来说，功能包括“身体功能和结构”、“活动”、“参与”3 个水平，是个体为了生存所具备的积极的一面。功能从身体结构与功能层面，可以表现出功能正常或者功能受损与损伤等情况，在活动和参与层面，可以用活动表现和活动能力两种维度量化功能。

在作业治疗的康复循证研究中，特别是定量研究，建议运用基于 ICF 的标准化工具如限定值、ICF 核心分类组合 (ICF-Core Sets)、《WHO 残疾评定量表》(WHO Disability Assessment Schedule 2.0, WHODAS 2.0) 等工具，进行康复数据报告和统计，以提升研究证据的质量，以及循证数据的可比较性。ICF 的功能评估工具有很多，但 ICD-11 在补充章节中推荐了三种评定工具。(如见表 1 所示)。

表 1 基于 ICF 的标准化功能评估工具

评估工具		说明
WHO 残疾评定方案 (36 题版本) (WHODAS 2.0 36-Item Version)	6 个领域： 认知、活动性、自我照护、与人相处、生活活动，以及参与及其对健康问题的影响	1. WHODAS 2.0 中文标准化版本； 2. WHODAS 2.0 活动和参与综合功能评估，适用于临床和社区康复服务；
WHO 示范残疾评估表 (简明版) (Brief Disability Model Survey, MDS-B)	包括身体功能、活动和参与评估项目，可以计算出汇总的功能分数	1. MDS-B 中文标准化版本，身体功能和活动参与功能综合评估； 2. 适用于临床和社区康复服务，需要编写临床手册；
VB40 通用功能领域 (VB40 Generic Functioning Domains)	通用功能集，涉及学习和应用知识、交流、主要生活领域、社区、社会和公民生活、精神功能、感觉功能和疼痛	1. 基于 ICF 核心分类通用版开发的工具，身体功能和活动参与功能综合评估； 2. 适用于临床和社区康复服务；

## 5.1 基于 ICF 的标准化功能评估工具

### 5.1.1 WHODAS 2.0

WHODAS 2.0 是 WHO 制定的通用的、标准化的残疾程度评估工具。评估包含 6 个维度：认知、活动性、自我照护、与人相处、生活活动和社会参与。

## 5.1.2 ICF 核心分类组合(ICF-Core Sets)

核心分类组合是将 ICF 分类和限定值用于描述个人功能状态的一种参考架构与评估工具。ICF 核心组合是用来描述当事者功能性状态的必要类别编码，而且组合中的类别编码数量可以反映与健康状况(疾病)相关的主要功能状态；运用限定值和类目的内容，包括与不包括等分类工具进行标准化，提高功能评定的信度和效度。

## 5.1.3 MDS-B

MDS-B 包含 3 个维度：身体功能和身体结构、活动和参与、环境因素和个人因素。如视觉和相关功能(VA90)、听力和前庭功能(VA91)等是从示范性残疾调查项目中选择出来的测量项目，具有很高的内容效度。

## 5.1.4 VB40 通用功能领域(核心分类)

VB40 通用功能集涉及学习和应用知识、交流、主要生活领域、社区、社会和公民生活、精神功能、感觉功能和疼痛。

## 5.2 现有作业治疗评估工具的标准化——限定值应用

针对作业治疗的评估工具较多，如 Barthel 指数 (Barthel Index, BI)、功能独立性测试 (Functional Independence Measure, FIM)、Wolf 运动功能测试 (Wolf Motor Function Test, WMFT)、加拿大作业表现测试 (Canadian Occupational Performance Measure, COP-M) 等，主要评估个体的认知水平、作业活动、功能独立性、日常生活能力及生活质量等方面。为了使不同评估工具间的测量值具有可比性，可以运用 ICF 分类工具和限定值方法，对评估工具测得的数据进行标准化，即转换成 ICF 相关类目的限定值，这样就可以比较相同测量内容的值。将测量工具的测量结果标准化，可以用于报告康复进展和结局、康复医疗绩效和康复医疗的安全性。

基于 ICF 的评估工具的标准化要根据 ICF 的内容与结构、术语体系，并依据评估需求 (评估内容与评估结构) 选择评估工具的类别，如标准参照性评估或常模参照性评估。还要根据评估的方式，如自我报告、临床观察、临床测试等确定评估项目和项目的形式，运用项目分析和 Rasch 分析技术等，进行评估的标准化，建立评估工具的信度、效度、评估项目的区分度。



# 我对ICF的认识、反思及与OT概念结合的历程

黄锦文 香港职业治疗学院

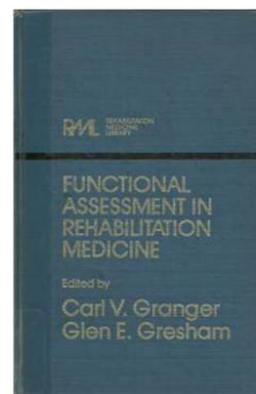
## 引言

我很喜欢 ICF, 其中原因是它跟 OT 概念有很大程度的吻合, 甚至 2016 年版的世界作业治疗师联盟作业治疗基本课程也强调加入了 ICF 的概念。如要说 ICF, 不能不说 ICIDH 或更基础的失能模型 (Disablement Model)。有关这些概念, 我的启蒙老师是 Dr. Carl Granger, 他在上世纪 70 年代已做了很多有关 Barthel Index 等有关功能评估的研究, 更是 FIM 的创建者, 所以他被誉为“功能评估之父”。他在 1984 年编写的“Functional Assessment in Rehabilitation Medicine” (图 1) 是这领域天书, 不可不看! 有幸在 1996 年邀请到他来香港给本地治疗师指导, 我们获益良多。没有跟他“集邮”是我其中一憾事!



Dr. Carl V. Granger

(图 1)



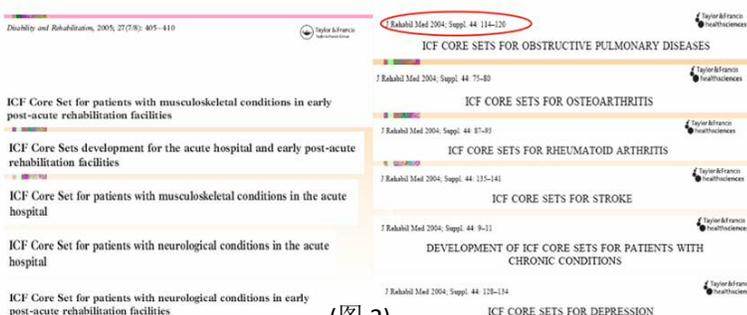
(Granger, 1984)

虽然 WHO 在 20 年前已宣布以 ICF 替代, ICIDH 可算是 ICF 的前身。我认为 Impairment (病损)、Disability (残疾) 及 Handicap (残障) 是从事康复工作需要理解和厘清的概念, 也应该纳入 OT 培训课程内。但我对 ICIDH 的编码系统还是有所保留, 还记得在 2000 年时, 我们邀请到世界卫生组织 (WHO) 的两位专家到香港给我们讲解 ICIDH-β 版的内容, 但我觉得编码系统太繁复, 不适合香港 OT 的临床应用。但当时也启发我们思考有关 OT 效果 (outcome) 的讨论。

## 从 ICIDH 到 ICF 的改变

WHO 在 2001 年 5 月正式推出 ICF, 推出的原因是要改善 ICIDH 里的问题: 包括其用了很多负面字词来形容功能障碍人士 (people with disabilities)、概念上的重叠、IDH 间的因果关系等。其中我觉得最重要的改变是其在典范上的改变 (paradigm change), 即从 ICIDH 的“疾病的负担 (Burden of disease)”转变到 ICF 的“健康模型 (Health Model)”, 在 ICF 里, 建立了对“健康”的元素及其影响因素的概念框架, 也给 WHO 在 1948 年对“健康”定义的补充。这也对 OT 临床实践提供了坚实的支持, 这点容后再谈。

在 ICF 推出后，我留意到 WHO 的专家很积极做 ICF 的科研工作。ICF 本是一语言分类，希望能提供一标准的语言系统给不同专业，增进不同专业间的沟通和交流。所以初期 ICF 的研究是找出 ICF 的用词



(图 2)

与临床常用评估表内容的相关性，将两者连在一起。再进一步，WHO 更推广 ICF 核心组合 (Core set) 的研究，建立了不同疾病的核心组合，在 2004-05 年间有大量这些研究的报告在科学期刊中出现 (图 2)，这是推动 ICF 在临床使用必要的工作。也有专业探索 ICF 与其专业理论和实践的关系，并在其专业期刊上发表。也有 multi-centre 的研究，把 ICF 的系统改善为量表形式，并研究其 psychometric 特性，希望 ICF 能被应用在临床的评估上。我非常认同这策略，但应用在临床上仍有一定困难，因受限于治疗师的习惯、资源和对 ICF 的认识等因素。

ICF 在内地、澳门、台湾都有一定的发展。在邱卓英教授的领导下，我听说在内地有很多使用 ICF 的研究和数据，也办了很多 ICF 的学习班；澳门也好像把 ICF 用在社福系统里的指标；台湾亦举办过 ICF 的专题会议。相较起来，香港在对 ICF 的推动似乎较冷淡，引不起较热烈的讨论和应用。

## 香港在对 ICF 的推广及应用

其实香港对 ICF 的应用也不是空白，只不过是引不起热潮！早在 2000 年初，我们已把 ICF 引入香港医院管理局的信息系统内。我们当年首先把 OT 常用的语言在 ICF 里做了配对，共 800 多项。(图 3)

	A	B	C	D	E	F	G	H
1	ICF Code	ICF Description	Common Language	Alias Table	Assessment 1	Scale	Type of data	Assessment 2
2	b770	Gait pattern functions	Abnormal gait pattern		ICF (First qualifier)	0-4	Numerical	
3	b7509	Motor reflex functions, unspecified	Abnormal motor reflexes		ICF (First qualifier)	0-4	Numerical	Observation & Examination
4	b7509	Motor reflex functions, unspecified	Abnormal spinal reflexes		ICF (First qualifier)	0-4	Numerical	Observation & Examination
5	b7359	Muscle tone functions, unspecified	Abnormal tone		ICF (First qualifier)	0-4	Numerical	Modified Asworth Scale

(图 3)

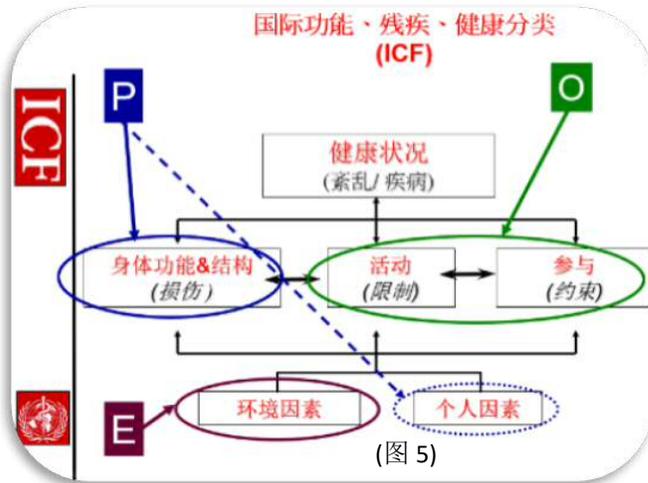
然后，我们把资料放在康复结果 (Rehabilitation Outcome) 的信息系统上，治疗师在填报时只用他们熟悉的用词，而计算机系统背后 (back end) 把用词与 ICF 的编码连系，这样我们就可利用 ICF 的语言来看接受康复病人的问题。例如，比较他们在身体功能及结构、活动及参与所出现的问题和频率。(图 4)

Morbidity of Top 10 Prevalence Rate														
	Overall		Strokes		Hand		Knee		Shoulder		Spine		MI	
	Rank	p	Rank	p	Rank	p	Rank	p	Rank	p	Rank	p	Rank	p
s720	Impairment: Body Structure													
s720	Structure of shoulder region													
	Impairment: Body Function													
b840	Sensation related to the skin													
b770	Gait pattern functions													
b735	Muscle tone functions													
b730	6	4.97	7	22.69	8	0.45	2	6.77	5	1.63	6	1.883		7
b7100	3	5.43			6	0.90	3	4.14	2	8.14	1	10.68		6
b710	Mobility of joints functions													
b550	Thermoregulatory functions													
b5104	1	6.68	2	36.05			6	0.75					7	0.198
	Swallowing													

15  
(图 4)

在 2010 年，我们邀请了邱卓英教授、Alarcos Cieza 教授及 Jerome Bickenbach 教授到香港给我们培训，使我们更了解 ICF 的历史和发发展方向，真是大开眼界。我当时也跟他们分享我们把 ICF 用在信息系统的经验，他们都觉得非常值得与世界分享，并鼓励我们继续研究，并把结果在期刊发表。很可惜，十年过去了，这部份的信息系统也已被停用，浪费了这么好的机会，此也是我的另一憾事！

## ICF 给我的启发



首先，ICF 其实与 PEO 有点相似。我把两者相关处显示在图 5。但 ICF 给我的最大启发是建构了健康元素的框架，扩大了一般人对健康的看法。健康除了有关身体功能和结构外，还有活动和参与。我很多年前已较喜欢用“occupy”，即“occupation”的动词来阐释 OT 的概念。即每个人占有他的时间和空间，这是独一无二的，这亦代表每个人的生活，充满着个人的形式、功能和意义。而 ICF 里的“活动和参与”正是 OT 所说的 occupation，也即是生活。这给予我们推广 OT 的空间，即把病人对康复的焦点从只关注身体功能与结

构，释放到关心他的活动和参与能力，这亦可说是生活的能力。

PEO 是 OT 很流行的实践模型，是 OT 在判断病患者的作业表现 (occupational performance) 上有很大的帮助，但我觉得 PEO 可以更进一步地运用在 OT 干预上，所以我设计了一个模型，把 ICF 和 PEO 拉在一起，作为 OT 干预的设计模型，当治疗师为患者提供治疗时，可考虑这更全面和全人及健康和 OT 导向的治疗模式。(图 6)

偏瘫		ICF		
		身体功能和结构	活动	参与
<b>P</b>	患者问题	肌张力异常、患侧上下肢控制失调、肩痛、认知感知问题	不能穿衣、不能走路、不能洗澡	不能工作、不能外出、减少社交活动
<b>O</b>	有意义的活动	打麻将、做手工艺、下棋、健康气功、电子游戏	穿衣、转移、洗澡、煮饭	小组活动、发展兴趣、探访朋友
<b>E</b>	改良环境/方法	手复康支架、肩吊带、机械人训练、虚拟游戏	改良筷子、长柄辅具	改良家居或工作建筑环境、使用电脑

(图 6)

在 ICF 的框架里，我特别喜欢“参与(participation)”这概念。在多年对推广 OT 的思考中，我曾指出 OT 需要找出 OT 可以给予一般人联想到而有价值的共性(anchor)。我曾想到“健康”，因这是每个人都需要和追求的，但 OT 怎样跟“健康”挂钩，还要深思。我尝试以“参与”这概念来贯通 OT 与健康，在 2012 年我曾经做了一个报告，题目为“Integrating concept

of OT & ICF to help marketing of OT”。我提出了 PhD 的說法，即 “occupational therapy enhance patients’ Participation to satisfy their Health and Happiness Demands”。(图 7&8 很可惜，这方向亦没有得到回应。



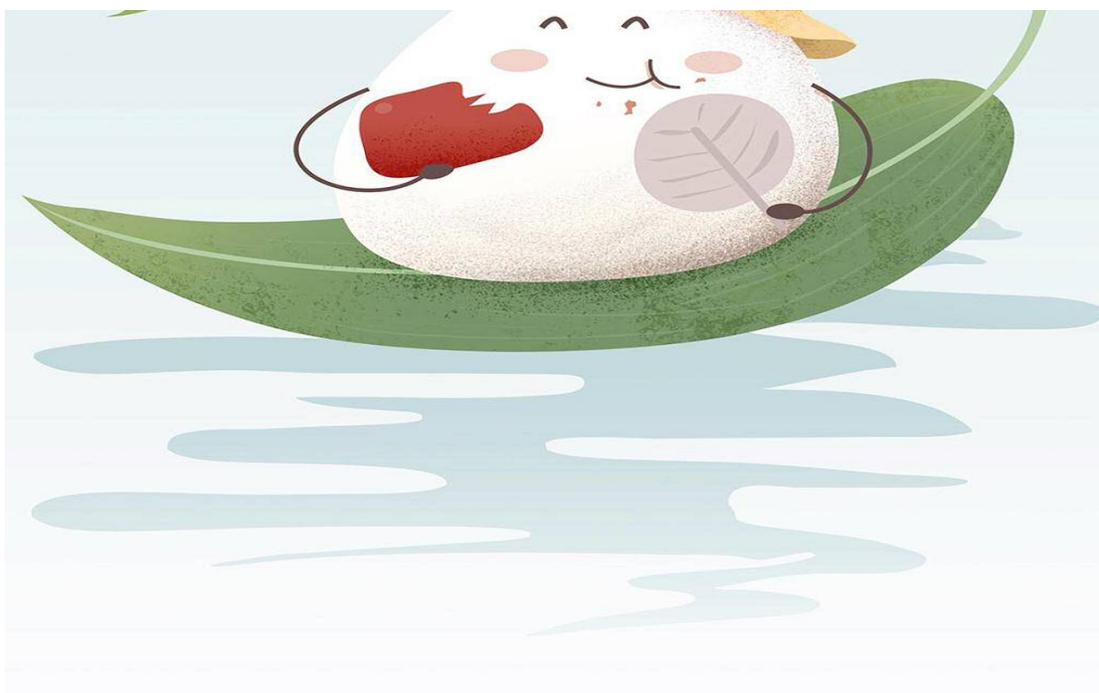
(图 7)



(图 8)

## 总结

我还坚信与“健康”挂钩是 OT 推广的重要策略，只是现时未找到合适的语言和方法。我还记得约十年前在广州参加会议时，在台上的卫生厅副厅长问台下的医生有关健康的定义，这意味着医学界的领导也想医生们除了关注医学外，也要留意健康的其它元素。另一观察是卫生部也用了国家卫生健康委员会为最高领导，这也代表国家对健康的重视，作为 OT，我们要把握这机遇，打好 OT 如何促进健康的理论和实践，而 ICF 是很好的切入点，因它有很好的理论框架，而且是国际及跨专业的语言分类，有极大的发展空间。



# 国际功能、残疾和健康分类（ICF）检查表应用于香港慢性期的脊髓损伤患者信度与效度检验及其应用研究

作者：陈宝珊博士

香港大埔医院 高级职业治疗师

国际功能、残疾和健康分类（ICF）是国际卫生组织建立的国际分类中的核心分类标准之一，是对健康和健康相关领域的分类。这个分类系统从身体、个体和社会三个层面对身体功能与结构、活动和参与及功能与残疾发生的环境进行分类。ICF 为更全面地描述健康和健康相关领域奠定了基础，并促进了健康和残疾相关数据的国际比较和信息交流。ICF 检查表已被广泛采用作为脊髓损伤（SCI）患者的功能评定和临床研究的框架。但其发展和验证主要在西方社会完成，并受到西方社会的文化及价值观的强烈影响。

本研究的目的是探讨本地国际功能、残疾和健康分类检查表（ICF-CCS）的信度与效度及其应用于香港社会的慢性期的脊髓损伤患者（SCI（LT））的临床经验和特征描述。

## 方法

本研究包括三个阶段：

第一阶段：12 名专家成员和 5 名慢性期的脊髓损伤患者对原始国际功能、残疾和健康分类（慢性期的脊髓损伤患者）检查表（ICF-CCS for SCI（LT））的文化适应性和对最终的本地检查表的认知汇报。

第二阶段：使用最终的本地国际功能、残疾和健康分类（慢性期的脊髓损伤患者）检查表（adapted ICF-CCS for SCI（LT））对 10 名慢性期的脊髓损伤患者进行试点测试和重新测试。

第三阶段：使用本地的国际功能、残疾和健康分类（慢性期的脊髓损伤患者）检查表（adapted ICF-CCS for SCI（LT））对 43 名在香港社区生活的慢性期的脊髓损伤患者进行评定。21 人采用面谈模式进行采访，22 人通过电话采访。

## 结果

最终的本地国际功能、残疾和健康分类（慢性期的脊髓损伤患者）检查表（adapted ICF-CCS for SCI（LT））包含 128 个 ICF 类别，并表现出优异的心理测量特性。

内容效度	Cronbach' s $\alpha$ = 0.98
重测信度	ICC = 0.93, 95%, CI: 0.57-0.97
内部一致性信度	Cronbach' s $\alpha$ = 0.95

本地国际功能、残疾和健康分类（慢性期的脊髓损伤患者）检查表（adapted ICF-CCS for

SCI (LT)) 其中 36 个 ICF 类别来自“身体功能”(b), 内含身体各系统的生理功能; 7 个类别来自“身体结构”(s), 内含身体的解剖结构, 器官、肢体及其组成部分; 52 个类别来自“活动和参与”(d), 内含个体执行的各项任务或行动, 以投入生活环境中; 和最后的“环境因素”(e) 中的 33 个类别, 包含构成人们生活和生活方式的自然、社会和态度环境。

对于共时效率, 在“活动和参与”(d) 中的 ICF 类别与选定的 motor-FIM 和 CIQ 项目之间发现了中等至高度的相关性 ( $r = 0.40-0.95$ ,  $p < 0.005$ )。来自“环境因素”(e) 的少数 ICF 类别与选定的 CHIEF-SF 项目显著相关 ( $r = 0.33-0.48$ ,  $p < 0.005$ )。

	Motor-FIM	CIQ	CHIEF-SF
<b>d 活动参与</b>			
d3 讯息交流		0.40-0.45	
d4 转移及身体各部分活动	0.43-0.83		
d5 自理活动	0.47-0.95		
d6 家居日常生活项目		0.41-0.52	
d7 人际关系及社交		0.42-0.50	
d9 社区活动及人权		0.41-0.46	
<b>e 环境因素</b>			
e5 各项社会体制和政策			0.33-0.48

Pearson correlation,  $r$  ( $p < 0.005$ )

对于建构效率, 来自“身体功能”(b) 和“活动和参与”(d) 的大多数 ICF 类别与 motor-FIM 总数相关性良好 ( $r = 0.36-0.88$ ,  $p < 0.005$ )。来自“身体功能”(b)、“活动和参与”(d) 和“环境因素”(e) 的一些 ICF 类别与 CIQ 总数显著相关 ( $r = 0.43-0.56$ ,  $p < 0.005$ )。每个 ICF 组合中只有一个 ICF 类别与 CHIEF-SF 总数显著相关 ( $r = 0.44-0.51$ ,  $p < 0.005$ )。

	Motor-FIM	CIQ	CHIEF-SF
<b>b 身体功能</b>			
b 152 情绪功能			0.51
b 28011 胸部疼痛	0.80	0.50	
b 455 运动耐受功能	0.74	0.43	
b 530 体重维持功能	0.54		
b 6201 排尿次数	0.48		
b 740 肌肉耐力功能	0.47		
<b>d 活动和参与</b>			
d 155 掌握技能	0.43		
d 345 书面讯息	0.50	0.45	
d 4453 转动或旋转手或手臂	0.81		
d 475 驾驶		0.55	
d 510 清洗自身	0.88	0.56	
d 520 护理身体各部份		0.56	
d 640 做家务	0.59		

d 770 亲密关系	0.45	
d 910 社区生活		0.44
d 920 娱乐与休闲	0.36	0.53
<b>e 环境因素</b>		
e 525 住房		0.51
e 575 一般社支援的服务、体制和政策		0.51
Pearson correlation, $r$ ( $p < 0.005$ )		

利用本地的国际功能、残疾和健康分类（慢性期的脊髓损伤患者）检查表（adapted ICF-CCS for SCI (LT)）对 43 名在社区生活的慢性期的脊髓损伤患者进行的评定，其中 21 人采用面谈方式采访，其余 22 人通过电话采访。参加者男性 38 人，女性 5 人，平均年龄 43.9 岁。受伤后的年数从 7 年到 37 年不等，平均年数为 18.3 年。全瘫组和截瘫组的人口学特征没有差异。它们的特征总结如下：

参加者特征 (N=43) N(%)	全瘫组 21 (48.8)	截瘫组 22 (51.2)
男性	19 (90.5)	19 (86.4)
女性	2 (9.5)	3 (13.6)
平均年龄 + SD (range)	45.1+11.4 (28-62)	42.8+9.3 (25-65)
受伤后的年数 + SD (range)	15.6+6.3 (7-30)	20.9+9.3 (3-37)
脊髓损伤患者分类		
高位，完全受损	(C1-C4) 3 (14.3)	(T1-T9) 12 (54.6)
低位，完全受损	(C5-C8) 7 (33.3)	(T10-S) 2 (9.1)
高位，不完全受损	(C1-C4) 1 (4.8)	(T1-T9) 5 (22.7)
低位，不完全受损	(C5-C8) 10 (47.6)	(T10-S) 3 (13.6)
驾驶状况		
有驾车	4 (19.0)	17 (77.3)
没有驾车	17 (81.0)	5 (22.7)

全瘫患者和截瘫患者在各种 ICF 类别中的功能和表现的比较如下所示：

全瘫组认定为比较受影响的 ICF 类别	截瘫组认定为不受影响的 ICF 类别
<b>b 身体功能</b>	
b134 睡眠功能	
b280 痛觉	
b760 随意运动控制功能	
b780 与肌肉和运动功能有关的感觉	
<b>d 活动和参与</b>	
d475 驾驶	d475 驾驶
d4 身体各部份的活动	d850 有报酬的就业
d5 自理活动	
d6 家居事务	
d770 亲密关系	

两组同样受影响的 ICF 类别	两组同样不受影响的 ICF 类别
<b>b 身体功能</b>	
b130 精力和驱力	b810 皮肤的保护功能
b28015 下肢疼痛	
b525 排便	
b6200 排尿	
b640 性功能及	
b660 生殖功能	
b770 步态功能	
b820 皮肤的修复功能	
<b>d 活动和参与</b>	
d4104 站立	d230 进行日常事务
d450 步行	d360 使用交流设备和技术
d5300 小便控制	d570 照顾个人的健康
d5301 大便控制	d720 复杂人际交往
	d870 经济自给
	d910 社区生活
	d920 娱乐与休闲
	d940 人权

#### 全瘫组认定为有利因素的环境因素

e450 卫生专业人员的态度  
e525 住房（房屋）的服务、体制和政策  
e570 社会保障的服务、体制和政策

#### 截瘫组认定为障碍因素的环境因素

e420 朋友的态度  
e515 建筑和工程的服务、体制和政策  
e525 住房（房屋）的服务、体制和政策  
e540 交通运输的服务、体制和政策

#### 两组同样选定为有利因素的环境因素

e150 公共建筑物用的设计、建设及建筑用品和技术（如无障碍设计）  
e155 私人建筑物用的设计、建设及建筑用品和技术（如无障碍设计）  
e440 个人护理提供者和个人助手的态度  
e450 卫生专业人员的态度  
e540 交通运输的服务、体制和政策  
e575 一般社会支援的服务、体制和政策（如家务助理、送饭、陪诊服务）

#### 两组同样选定为没有有利或障碍因素的环境因素

e140 文化、娱乐（消闲用）及体育用的用品和技术  
e415 大家庭成员的态度  
e425 熟人、同伴、同事、邻居和社区成员的态度

## 讨论和结论

本研究确证了本地国际功能、残疾和健康分类（慢性期的脊髓损伤患者）检查表（adapted ICF-CCS for SCI (LT) 用于香港慢性期的脊髓损伤患者为有效和可靠的工具。文化适应和适当的信、效度检验研究结果认定了本地国际功能、残疾和健康分类（慢性期的脊髓损伤患者）

检查表 (adapted ICF-CCS for SCI (LT)) 能全面地为香港的慢性期的脊髓损伤患者描述健康和健康相关领域, 并有系统地收集信息以解决人与环境之间相互作用有关的复杂需求和问题, 从而提高本地实践标准, 促使慢性期的脊髓损伤患者的真正需求和功能得到妥善改进。

研究结果同时显示截瘫组在“活动和参与”(d) 以及驾驶能力、家庭融合和就业的大多数 ICF 类别中表现更好。全瘫组认为交通、社会保障和健康方面的服务、体制和政策更为重要。尽管结果表明全瘫患者功能障碍的风险较高, 但他们同样能够享受社区生活和参与闲余活动以及经济自给自足。若干“环境因素”(e) 是社会中的复杂问题, 这方面已确定为社区融合的主要促进因素或障碍因素, 并有待进一步深入研究。然而, 新验证的本地国际功能、残疾和健康分类 (慢性期的脊髓损伤患者) 检查表 (adapted ICF-CCS for SCI (LT)) 包含 128 个类别, 临床实践时定必需要专业的专家共同努力才能广泛地于日常临床使用。

## 参考文献

1. Bickenbach, J., Cieza, A., Rauch, A. and Stucki, G. (2012). ICF Core Sets. Manual for Clinical Practice. Hogrefe: Gottingen.
2. ICF Research Branch. "ICF Core Sets Projects: 2013," accessed on 21 Aug, 2014. <http://www.icf-research-branch.org/icf-core-sets-projects-sp-1641024398>
3. Kirchberger, I., Biering-Sørensen, F., Charlifue, S., Baumberger, M., Campbell, R., Kovindha, A., Ring, H., Sinnott, A., Scheuringer, M. and Stucki, G. (2010)a. Identification of the most common problems in functioning of individuals with spinal cord injury using the International Classification of Functioning, Disability and Health. *Spinal Cord*, 48, 221-229.
4. Li, K., Yan, T., You, L., Li, R. and Ross A.M. (2014). International classification of functioning, disability and health categories for spinal cord injury nursing in China. *Disabil Rehabil*, 37(1), 25-32.
5. Selb, M., Escorpizo, R., Kostanjsek, N., Stucki, G., Ustun, B. and Cieza, A. (2014). A guide on how to develop an International Classification of Functioning, Disability and Health Core Set. *Eur J of Phys and Rehabil Med*, 51(1), 105-117.
6. World Health Organization. (2001). International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF. WHO: Geneva.
7. World Health Organization. (2002). Towards a common language for functioning, disability and health ICF. WHO: Geneva. <http://www.who.int/classifications/icf/training/icfbeginnersguide.pdf>
8. Yen, T., Liou, T., Chang, K., Wu, N., Chou, L. and Chen, H. (2014). Systematic review of ICF core set from 2001 to 2012. *Disabil Rehabil*, 36(3), 177-184.
9. Zhang, H., Enderby, P. and Sand, L. (2011). Application of the international classification of functioning, disability and health in China. *Chin Med J*, 124(21), 3588-3591.
10. Zhu, P., Qiu, Z., Zhang, A. et al. (2004). Reliability and validity of WHO ICF-Clinical checklist for patients with spinal cord injuries. *Chin J Rehabil Theory Practice*, 10(11): 708-709.

# 基于ICF模式的帕金森病作业治疗应用分析

闫瑾 马丽虹

山东中医药大学康复医学院

一直以来“药物、手术、康复，是治疗帕金森病的三驾马车。”其中贯穿始终的康复治疗对于延缓帕金森病的病情进展、提高患者的生活质量有着极为重要的意义。特别是作业疗法对于减轻帕金森病患者运动障碍和提高生活质量能够提供有效的康复治疗方法。作业治疗师通过有意义的源于生活的作业活动，提高帕金森病患者的生活质量。本综述基于 ICF 模式（International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF），对帕金森病患者的作业疗法进行分析，剖析作业治疗干预的有效性。

帕金森病（Parkinson's Disease, PD）是一种较为常见、复杂多层次的神经系统功能紊乱疾病，是以早期黑质致密部多巴胺能神经元丢失为核心的中枢神经退行性疾病，其患病率随年龄增长而增加，50~60 岁的中老年人多发。据“九五”调查，我国 PD 的患病总人数已达到 170 多万人，65 岁以上人群中患病率约 1.7%。对于有帕金森家族史者，发病率可高达 20%~30%。随着人口老龄化及日益恶化的环境污染，我国每年将有 10 万人加入到 PD 的患者队伍中。《中国帕金森病治疗指南（第三版）》（2014）指出：帕金森病会随着时间推移而渐进性加重。作为一种进行性疾病，病情一般不会自然缓解，有的患者病情进展迅速，给患者、家庭和社会带来了沉重的负担。

目前的医疗管理只能部分有效地控制帕金森病的症状和体征，而对于与帕金森病非多巴胺能损伤（如平衡障碍或老年痴呆症）相关的损伤无效。此外，在疾病的后期，药物治疗的疗效降低。有证据显示，在疾病早期阶段的病程进展较后期阶段要快，因此，一旦早期诊断，应尽早介入康复治疗，不仅可以很好地改善症状，提高工作能力和生活质量，而且可能会达到延缓疾病进展的效果。

## 1 作业治疗与 ICF 模式

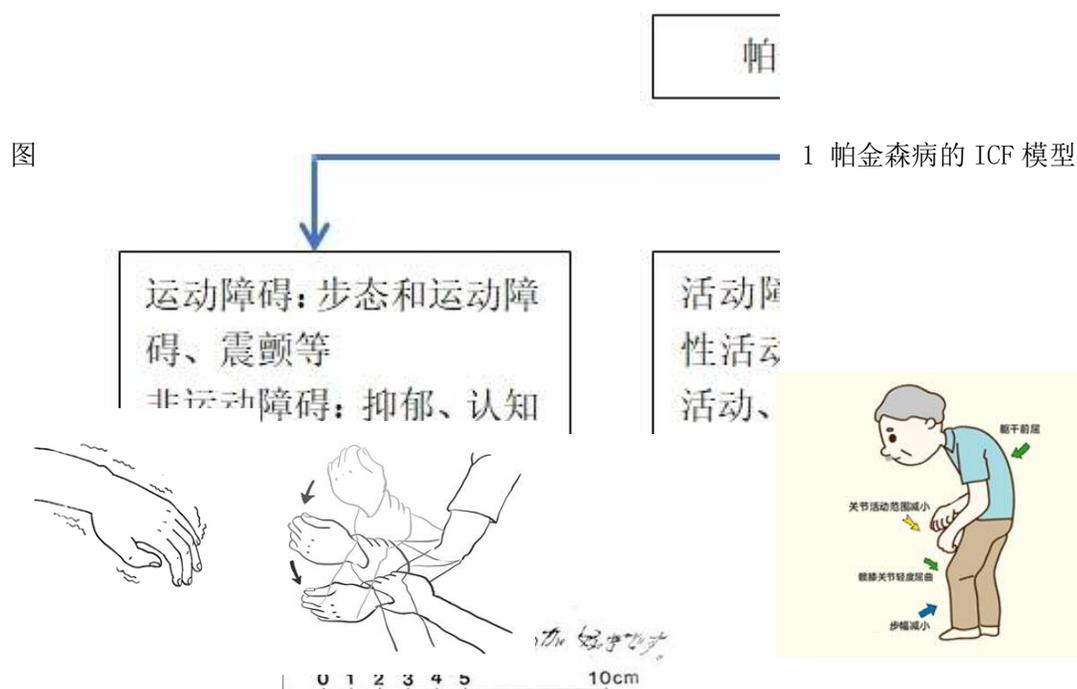
作业治疗（Occupational Therapy, OT）是康复医学的重要组成部分，包括对日常功能性活动的治疗性使用，目的是加强服务对象对于家庭、学校、工作场所和社区角色的参与。在神经康复领域，作业治疗师起着非常重要的作用，虽然目前尚未有设计良好的临床试验以证实作业疗法在帕金森病干预的疗效，但已经被许多国家/地区的指南推荐用于 PD 患者的辅助治疗。荷兰奈梅亨大学医学中心的研究人员就曾开展了一项多中心、盲法随机对照试验，以评估作业疗法对改善 PD 患者日常生活能力的效果。实验采用加拿大作业活动量表（The Canada Occupational Performance Measures, COPM）对其功能进行评估。结果显示，通过这种基于家庭、个体化的作业治疗，能够在一定程度上给 PD 患者的日常生活能力带来益处。

2001 年世界卫生组织公布的《世界卫生组织国际功能、残疾和健康分类》（International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF）正式提出健康包括身体功能及结构、活动、参与等三大领域，及影响健康的环境与个人因素。ICF 模式为描述健康和健康相关问题提供了一个多学科框架和术语，具有普适性与国际性。其生物-心理-社会模型是描述与评估健康、健康状况与环境间交互作用的标准分类框架。众多研究提示，ICF 架构可以有助于使用者理解健康状况与个人因素（即应对策略、偏好和态度）及环境因素（即身体、自然环境和社会因素）相互作用，进而对该类患者进行特征性分析与全面的康复评估，预测帕金森病患者在日常生活方面遇到问题的程度，与作业治疗的理念与模式有许多相似之

处。世界作业治疗师联盟（World Federation of Occupational Therapists, WFOT）2016 版的 Minimum Standards for Education of Occupational Therapists 也强调了 ICF 在作业治疗实践的重要性，从 OT 的角度看，活动和参与就是生活。综上，本文旨在以 ICF 为基本理论框架，综述帕金森病患者的活动和参与障碍，并采取相应作业治疗解决措施，探讨怎样更好地把在 ICF 模式理念应用到实际研究中去。

## 2 帕金森病 ICF 模式具体化分析

运用国际功能分类（International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF）对于帕金森病的疾病特性进行分析。（图 1）



## 3 临床评估

目前，在 PD 的临床和科学研究中应用的量表主要有：帕金森病统一评分量表（unified Parkinson's disease rating scale, UPDRS）、Hoehn & Yahr (HY) 分级、Weber 氏量表及 Markham 和 Diamon 量表等。笔者对世界上多数使用的评价方法做了统计，如图 2 所示。为个别患者选择康复训练安排，以提高患者的积极性，要开发更客观的全日式整体运动障碍的评估方法，从多方面进行评估，如康复训练的持续性，以及通过问卷调查从患者中收集信息和评估，有助于开发、选择和提供更好的康复方法。

引用率排名	评分指标
	Hoehn & Yahr 分期
	帕金森病统一评分量表
	步行速度(最慢, 最快)
	步幅

节奏（每分钟步数）  
 39 项帕金森病调查问卷 (PDQ-39)  
 计时起立-步行测验 (TUG)  
 重心移动或摆动测定  
 双足支持时间  
 Berg 平衡量表  
 6 分钟步行试验  
 定时十米步行试验  
 肌力  
 反应时间  
 从坐位到站立位的时间  
 EuroQol 健康指数量表 (EuroQol-5D)  
 Webster 评分量表  
 贝克抑郁量表  
 肺活量

图 2 帕金森病效果研究所使用的评价指标使用率 (1990-2000)

## 4 作业治疗方案

目前作业治疗越来越多地应用于预防疾病和损伤、预防继发性病症、促进慢性病患者福利、减少卫生保健差距、促进健康生活方式等领域。

通过上述 ICF 模式下患者涉及的各部分障碍,发现可能受 PD 症状影响或加重病症的具体任务,观察活动进行的环境,确定风险因素,制定补偿策略,为帕金森病患者提供保护性及矫正性的非手术性药物措施,最大限度地提高患者躯体、心理和社会生活方面的恢复水平和独立性。

### 4.1 对于身体功能和构造的作业疗法:

#### 4.1.1 减轻僵硬

使用药剂可暂时使皮肤松弛,肌肉松弛,改善关节活动度 (range of motion, ROM)。使用枕头时,使肢体位置处于仰卧位,四肢伸展,可预防颈部的过度伸展,便于患者找到舒适的颈部姿势并保持肌肉放松的状态。呼吸训练,鼓励患者采用吹笛式呼吸,用鼻吸气、口呼气,将手放于腹部,感受腹部收缩和扩张。吸与呼时间之比为 1: 2,慢慢地呼气达到 1: 5 作为目标。

#### 4.1.2 关节活动范围 (ROM) 训练

徒手被动运动,通过关节活动度训练、肌肉拉伸动作,确定关节活动范围受限的原因,确保预防由于肌肉紧张受到的抑制,使徒手肌力运动能得到充分的运动范围。若采取主动运动,拮抗肌的紧张度不会提高,则需要对动作的运动范围和频率进行再次确认,防止运动范围减小。例如,对帕金森病患者通过作业治疗改善手部功能、逐渐使关节活动能力范围增大,可以运用拧螺丝钉练习、拼图练习、串珠子练习、编织练习等。

#### 4.1.3 强化肌力训练

在日常生活动作中积极使用主动动作进行肌肉力量强化——对抗肌肉的紧张,有效使肌肉紧张亢进得到缓解。注意考虑动作的抵抗性和姿势的调整。有节奏的动作更利于诱发自行主动运动。

#### 4.1.4 位置和姿势控制

颈部和躯干部：对于身体前倾倾向需要进行姿势调整训练，胸廓的可动域限制容易导致呼吸运动障碍，躯干前屈还会引发咽下部机能降低。建议采用缓慢的伸展动作、扭转运动以及骨盆倾斜训练促进姿势调整。长时间工作下使用同一姿势会导致腰部的疾病发作，所以建议患者选用站立动作方便的高椅子，并且调节座垫的硬度或使之具有一定的倾斜度，便于起立。

#### 4.1.5 肢体功能训练

坐位姿势稳定状态下，四肢屈曲时屈肌紧张度降低是很重要的。两侧上肢同时使用，改善手指的精细运动功能。运动时可搭配音乐或节奏，声音刺激下使用反复运动和有节奏的动作能提升作业活动的执行能力。The New England Journal of Medicine、The Lancet 等杂志就曾发表太极拳对改善平衡功能、预防跌倒等领域的研究报告，还有许多音乐步行训练对代谢分析等报告，所以动作形式不必拘泥，帕金森病患者可以在专业医生和治疗师的陪同指导下长期练习。

### 4.2 活动能力训练

注意对患者现症的把握、心理、精神状态、认知障碍、治疗药剂的内容把握，并引导治疗方案的计划及实施。活动和作业分析是实践者可以用来实现这种理解的工具。利用活动分析组织进行作业活动是作业治疗的主要治疗手段。活动分析中，要求作业治疗师首先要确定影响执行和参与活动能力的人的各个方面。例如，对于帕金森病患者伸手取物的动作场景，患者需要的技能包括启动任务、搜索和定位所需的对象、选择正确的对象、适当地使用对象、弯曲并伸手够到对象、操作对象、继续任务以及知道何时终止任务；所需的身体结构包括所有四肢和躯干，包括骨骼、关节、肌肉、肌腱、眼睛以及中枢和外周神经系统；身体功能包括持续注意力、视觉敏锐度、理解空间关系、触觉反馈，关节活动范围，肌肉力量、姿势调整和控制等。基于此活动分析的现有证据和最佳实践与客户合作制定干预计划。对于现症的把握，例如：系扣与解扣障碍为手指的精细分离能力降低造成、穿上衣困难为上肢伸展困难造成、鞋袜穿脱困难是由于姿势反射障碍、僵硬导致鞋袜向脚尖接触困难等。

基于此，指导患者进行维持和改善响应功能的训练，提高日常生活活动能力。对于帕金森病患者肌肉缩短、僵硬的症状，建议把精细动作和增加肌力的粗大运动的主被动训练结合起来，以增加关节活动范围，改善手功能；鼓励患者自行穿脱宽松、柔软的衣裤，以加强上肢运动及上、下肢配合训练；让患者承担一些家务劳动，有助于协调性和灵活性恢复；对于说话声音小，发音困难、缓慢的症状，可采用深呼吸和放松的方法进行指导要求患者音量尽量放大、发音尽量拉长，反复练习，鼓励同伴间交流、出声朗读读物，能提高音量、音调及吐字清晰度；鼓腮、吹口哨、露齿、用力皱眉、展眉等面部表情训练，以改善面部肌肉僵硬，表情呆板的特殊面容；对于生活自理能力丧失的晚期帕金森病患者，在患者肢体被动运动过程中，家属和治疗师要注意动作和缓，对患者颈、腰、四肢各关节及肌肉进行按摩，并要定时帮助其翻身，防止关节固定、褥疮和坠积性肺炎的发生。还要特别注意活动可能潜在的安全隐患，防止烫伤、使用利器。

### 4.3 改善社会参与

作业治疗的最终目标是使患者恢复并保持最大可能的功能独立，以达到最大限度的参与，最终回归社会。Kielhofner 在人类作业模式 (Model of Human Occupation, MOHO) 中提出，“参与”是从事工作、日常生活活动及娱乐，是人类社会文化环境的重要部分，决定着人的幸福感。帕金森病的非运动症状严重影响 PD 患者对生活情境的投入。作业治疗师应专注于治疗患者伴随运动症状出现的心理问题，以提高患者在家庭和社区中有意义的活动和角色中的表现和参与能力。帕金森病患者中约 40%~55% 出现抑郁和焦虑等情绪情感障碍，治疗师给予作业疗法配合药物治疗进行治疗，如心理疗法、家人支持、社会参与等。社会参与的活动和

角色可分为:与家庭环境相关的活动,如自理和功能性活动;有报酬或无报酬的工作;以及休闲活动,如购物、参观餐厅或剧院。根据服务对象的需要,作业治疗师的角色延伸到使照顾者能够在日常活动中支持和监督患者,同时考虑到他们自己的幸福,联合家庭,提高患者的日常生活活动能力、减轻焦虑情绪和后遗症的影响,提高社会参与水平。

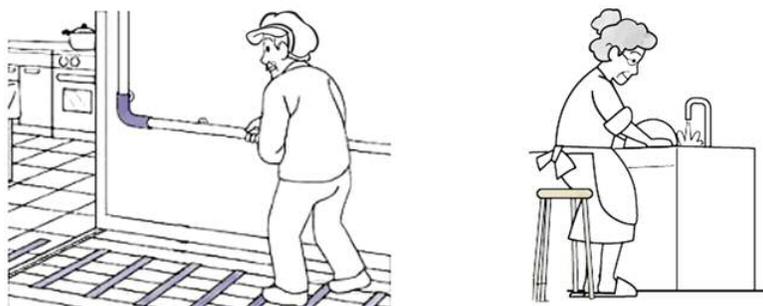
#### 4.4 环境与任务调整

作业治疗在环境调整方面的应用分为社会环境的调整和物理环境的调整。

在社会环境方面,为病情稳定、有康复需求的患者提供普及性、专业性、针对性的安全宣教,以降低 PD 的风险和减少症状发生,为 OT 社会环境调整的重要内容,是康复预防的一部分。作业治疗师对患者及其家属进行 20~30min 宣教,包括治疗方案介绍、姿势和活动的安全性原则等。这些信息也可制成印刷册,鼓励回归家庭的患者在家人看护下复习。还有保险制度、价值观、伦理及人际关系处理均能影响 PD 进程。因此,作业治疗师可以通过提供完备的康复评估及病程记录、为保险制度的完善提供帮助、安全宣教来完成社会环境调整。

在物理环境方面,作业治疗以预防跌倒为首要目标提供居家环境评估,如家具的摆放是否提供足够行走空间,或移除地毯来避免绊倒等意外,必要时安装扶手以作安全协助且便于患者起身、转移。为便于日常生活需要,选择容易穿脱的拉链衣服及开襟在前、不必套头的衣服,尽量穿不用系鞋带的鞋子;喝凉开水或果汁时选用有弹性的塑料吸管,喝热饮用有宽把手、且质轻的杯子,以便减少使用过程中的用力;碗或盘子下放一块橡皮垫以防滑动;针对有工作的帕金森病患者:作业治疗着眼于人因工程的办公区评估、姿势调整及辅具建议,避免过度劳累。

## 5 指导康复治疗从业者实践的启示



(1) 作业治疗师应鼓励帕金森病患者定期进行体育活动,并帮助他们找到适当和有意义的体育活动形式,以确保持续参与。更复杂的、多模式的、带有人际成分的锻炼形式可能会带来最广泛的益处。

(2) 治疗师可以推荐一个有针对性的外部线索或支持系统,帕金森病患者及其护理人员可以实施该系统,以调节日常活动中的身体表现可能的需要。同时,对这些支持系统的使用进行充分的培训和实践,由于目前尚不清楚,因此应监测其长期影响。

(3) 从业者应考虑帕金森病相关的非运动功能障碍(如认知障碍、抑郁)对作业表现和参与的影响。

(4) 从业者应将服务对象为中心的自我管理策略纳入对帕金森病患者的干预中,以提高自我效能,并保持参与有价值的活动和角色,从而减轻帕金森病对健康和生活质量的负面影响。

(5) 从业者可以从老年或慢性神经疾病文献中为帕金森病患者改进干预措施。例如制定家庭改造和疲劳管理计划。

(6) 尽管在客户所在生活环境中进行个性化的治疗对于解决日常功能和独立性很重要，但与其他帕金森病患者一起在群体环境中获得的社会支持可能更有利于其社会参与和整体生活质量，从业者可以引导帕金森病患者使用社区资源进行此类社会互动。

最后，作业疗法训练和干预措施必须与患者（和护理人员）的能力、需求、动机和社会背景相适应，关于治疗目标和干预类型的共同决策对于加强以患者为中心的方法非常重要。作业治疗师利用教育和指导来提高患者的健康素养，并在患者适应疾病影响和应用自我管理方面发挥积极作用，尤其需要特别注意患者在预防、认识和充分处理问题方面的个人作用。

## 展望

ICF 是跨学科、跨领域描述健康状况的分类体系，并提供了统一的标准框架，为临床工作带来一定便利。虽然目前国内外康复及相关领域的专业人士已逐渐参与 ICF 的发展和应用，但 ICF 的应用进展相对比较缓慢，尚未进入临床广泛应用阶段。从 ICF 架构中探索帕金森病患者造成的身体功能和活动障碍，并且根据患者的生活环境及生活方式来构建组合治疗方案，必要时根据病情和服药状况制定康复训练计划和生活指导内容，最终促进患者回归家庭和社会。此为一个尚待研究的领域，其提出为作业疗法的使用提供了新思路。

作业疗法对帕金森病的康复干预是一个长期探索的过程，需要更多国家、更多人密切合作，通过可行的循证共同制定和完善相关临床使用指南，推动 ICF 在卫生系统各领域中的应用，最终使 ICF 成为在医疗卫生保健体系中必不可少的部分。



# 中国内地作业治疗教材发展策略与现状

李奎成 宜兴九如城康复医院

## 一、教材及其重要性

教材是依据课程标准编制的、系统反映学科内容的教学用书，以及作为教材内容组成部分的教学材料（如教材的配套音视频资源、图册等）。教材在学生的培养中发挥十分重要的作用，国家对教材的规划、编写、选用非常重视。2017年，国务院专门成立了国家教材委员会（图一），由刘延东副总理任委员会主任，教育部陈宝生部长，中央宣传部黄坤明副部长任副主任，各大部委副部长（副主任）任部门委员，多位著名院士、教授任专家委员，可见规格之高，国家之重视程度。此外教育部还设立教材局、基础教育课程教材发展中心等部门，具体对教材进行管理。2019年12月，教育部牵头制定了《中小学教材管理办法》《职业院校教材管理办法》和《普通高等学校教材管理办法》（图二），对教材的管理、规划、编写、审核、出版与发行、选用与使用、服务与保障、评价与监督等方面进行了具体的规定。



图一，国务院关于成立国家教材委员会的通知

中华人民共和国中央人民政府  
www.gov.cn

国务院 总理 新闻 政策 互动 服务 数据 国情 国家政务服务平台

首页 > 政策 > 国务院政策文件库 > 国务院办公厅文件

标题: 教育部关于印发《中小学教材管理办法》《职业院校教材管理办法》和《普通  
高等学校教材管理办法》的通知 发文机关: 教育部

发文字号: 教材〔2019〕3号 来 源: 教育部网站

主题分类: 科技、教育、教育 公文种类: 通知

成文日期: 2019年12月16日 发布日期: 2020年

【字体: 大 中 小】

**教育部关于印发《中小学教材管理办法》  
《职业院校教材管理办法》和《普通  
高等学校教材管理办法》的通知**  
教材〔2019〕3号

各省、自治区、直辖市教育厅（教委），新疆生产建设兵团教育局，有关部门（单位）教育司（局），部属各高等学校，部属各高等学校：

为贯彻落实党中央、国务院关于加强和改进新形势下大中小学教材建设的意见，建立健全大中小学教材管理制度，切实提高教材建设水平，我部牵头制定了《中小学教材管理办法》《职业院校教材管理办法》和《普通高等学校教材管理办法》，经国家教材委员会全体会议审议通过，报中央教育工作领导小组同意，现将三个教材管理办法印发给你们，请认真贯彻执行。

教育部  
2019年12月16日

图二，教育部印发教材管理办法的通知

## 二、中国内地作业治疗教育情况

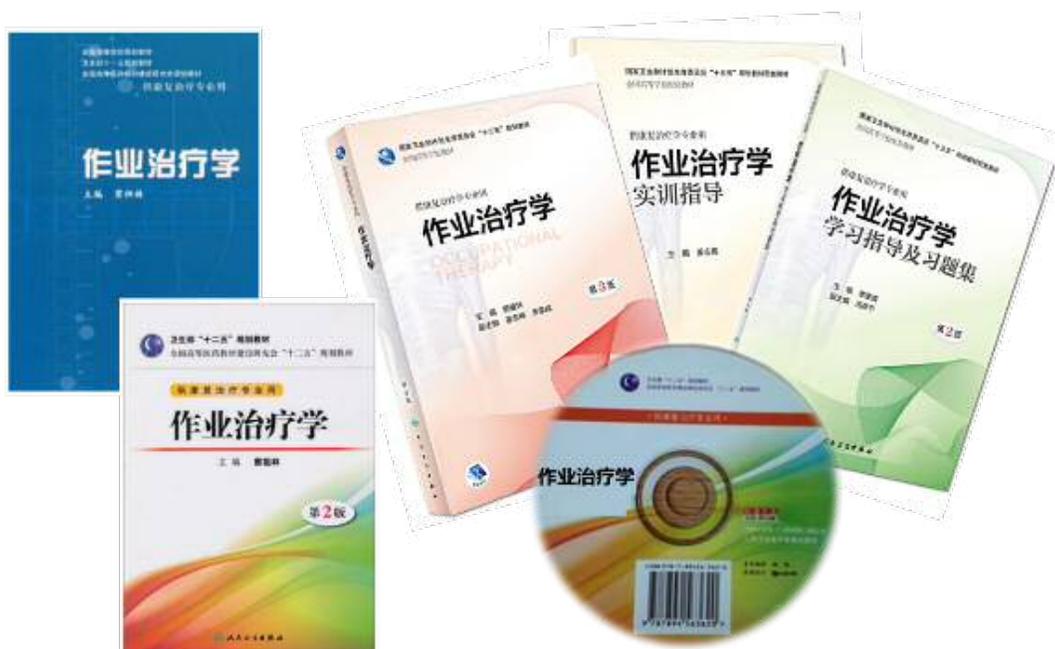
中国内地最早在 1980 年代末期开始康复相关学历教育，最初主要是中专、大专学历教育，且以康复医学专业为主。2001 年南京医科大学、首都医科大学首次获批康复治疗专业本科教育，同年南京医科大学开始招生。首都医科大学于 2002 年开始康复治疗专业（作业治疗方向）教育，并于 2006 年在悉尼召开的 WFOT 大会上，正式通过了 WFOT 最低教育标准。此后，昆明医科大学、四川大学、上海中医药大学、福建中医药大学、南京医科大学、广州医科大学先后通过了 WFOT 作业治疗课程教育标准。2017 年 3 月，教育部正式批准在上海中医药大学设立“康复作业治疗”专业，开始了作业治疗专业本科教育。目前中国内地共有 14 家院校开设了作业治疗本科教育，其中 7 家通过了 WFOT 教育标准，此外，也有几所学校开展了作业治疗专业专科教育。作业治疗研究生学历教育方面，四川大学-香港理工大学灾后重建与管理学院于 2013 年开设了作业治疗硕士课程（MOT），该课程于 2016 年通过了 WFOT 的认证。2016 年北京大学与美国南加州大学签署了作业治疗硕士和博士教育合作协议，开始作业治疗硕士和博士教育课程。





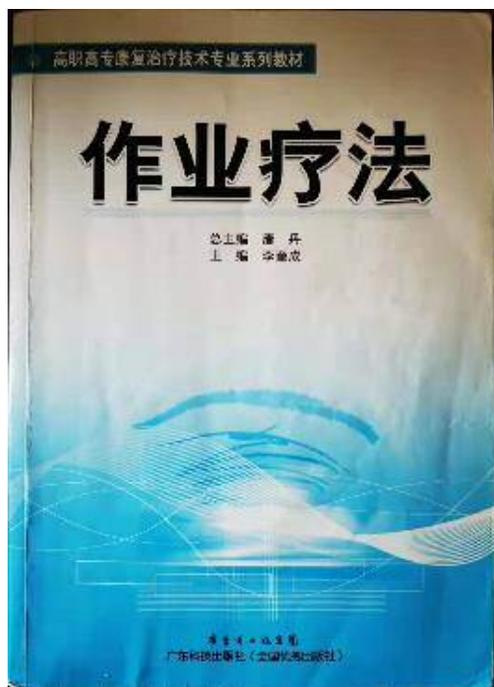
图六，第二版物理治疗与作业治疗系列教材（2014）

康复治疗专业作业治疗课程教材方面，2008年人民卫生出版社出版了康复治疗本科规划教材《作业治疗学》及配套材料（2013年第2版，2018年第3版）（图七）；2009年广东科技出版社出版了高职高专教材《作业疗法》（图八）；2010年人卫社出版了康复专科规划教材《作

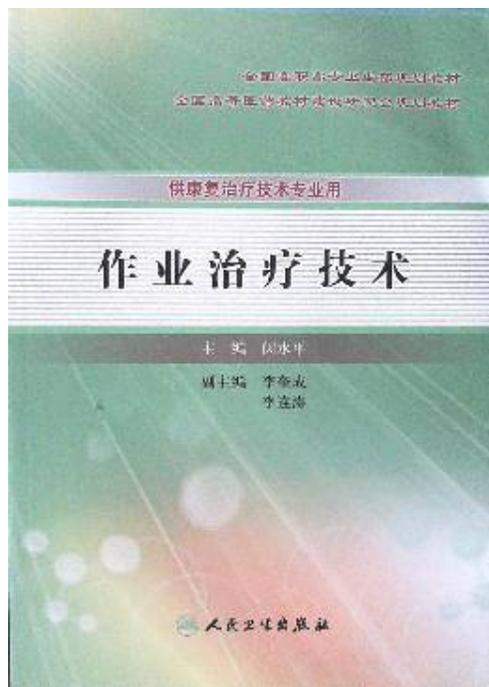


图七，人卫作业治疗本科规划教材及配套材料

业治疗技术》(图九); 2012 年人卫社中医院校康复治疗规划教材《作业治疗学》(2019 第 2 版)(图十)出版; 2018 年, 中国中医药出版社出版了规划教材《作业治疗学》(图十一)。近年, 不同出版社出版了多部作业治疗技术高职高专以及中专教材(图十二)。



图八, 广东科技作业疗法(2009)



图九, 人卫社作业治疗技术(2010)



图十, 人卫中医院校本科规划教材(2012,2019)



图十一, 中医药作业治疗学(2018)

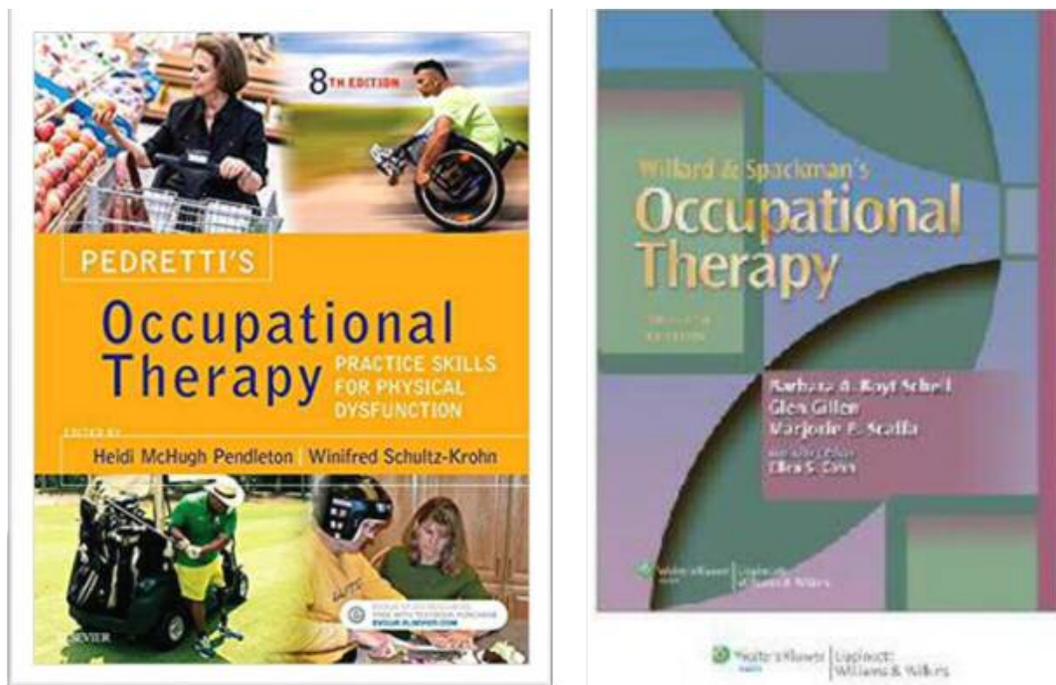


图十二，不同出版社出版的大中专教材

作业治疗专著（参考书）方面，不同单位组织出版了少量作业治疗专著或亚专科作业治疗著作（图十三），也由不同出版社组织了国外经典作业治疗教材或专著（图十四）的翻译工作，并将于近期出版中文版本。



图十三，部分已出版的作业治疗相关专著



图十四 正在翻译引进的经典作业治疗专著

#### 四、内地作业治疗教材方面存在的问题

通过前述内容可发现，内地作业治疗教材方面还存在一些问题和不足，主要包括以下方面：

1. 缺少系统性，缺乏专门针对 OT 专业学生的教材
2. 缺少专科亚专科方面教材，如神经系统疾病作业治疗、手外伤作业治疗等
3. 标准不完善，缺乏统一性
4. 教材内容偏重“技术”而“作业”方面不足
5. 内容单一、重复
6. 内容更新不足
7. 科研及循证实践方面内容体现不够

#### 五、内地作业治疗教材发展的思考及策略

教材在中国内地教学中发挥十分重要的作用，而越来越多的院校开展作业治疗专业教育，急需系统的作业治疗教材，并且还有超过 500 所院校开展了康复治疗（技术）专业教育，也需要专门的规范化作业治疗教材。结合存在的问题和强大的需要，可以从以下方面思考解决。

1. 行业学会发挥积极作用，指导作业治疗教学、教材发展。中国康复医学会康复教育专业委员会和作业治疗专业委员会都可进行相应工作。中国康复医学会作业治疗专业委员会（COTA）已于2017年11月成立，并于2018年5月成为WFOT正式会员，2020年启动了作业治疗教育项目认证工作。可从以下方面进行考虑：

（1）与国际接轨，制定中国的作业治疗教育标准和要求，推进WFOT课程认证，此工作分别由教育专委会和作业治疗专委会进行中。

（2）制定作业治疗实践框架，统一作业治疗的核心理念、实践模式、工作内容、工作流程等。这部分工作已在进行，作业治疗专业委员会于2019年底制定了《作业治疗实践框架》，但还需要进一步深化和完善。

（3）编写作业治疗指南：中国康复医学会已于2018-2019年组织编写了《作业治疗技术临床指南》和《作业治疗指南》，将于近期出版（图十五）。



图十五 即将出版的作业治疗技术临床指南和作业治疗指南

（4）编写作业治疗操作规范，已有部分专著出版，但需进一步完善。

（5）系统组织编写作业治疗专业教材，目前尚未进行，但已开始了相关探索，组织编写了《作业治疗系列丛书》（图十六）并将于2021年出版，此丛书可作为作业治疗专业教材的前期探索和尝试。

（6）探讨准入制度，对教材编写进行规范与监管。

模块	书目	主编	进度
作业治疗 理论基础	《作业治疗基本理论》	胡军	完稿
	《作业分析与实践》(翻译)	林国徽	完稿
	《作业评定》	刘晓丹, 魏全	完稿
	《临床科研与循证实践》	朱毅	完稿
作业治疗 技术	《日常生活活动能力训练与指导》	闫彦宁, 黄富表	完稿
	《职业康复》	徐艳文, 郑树基	完稿
	《辅助技术与环境改造》	李奎成, 刘岩	完稿
作业治疗 临床应用	《矫形器制作与应用》	陈少贞	完稿
	《神经系统疾病作业治疗》	刘璇, 董安琴	完稿
	《骨骼肌肉系统疾病作业治疗》	杨永红, 李棋	完稿
	《社会心理作业治疗》	李达, 刘沙鑫	已出版
	《烧伤作业治疗》	李奎成, 吕国忠	完稿
	《老年作业治疗》	闫彦宁, 侯红	完稿
	《儿童作业治疗》	李恩耀	完稿
《社区作业治疗》	罗伦, 罗筱媛	完稿	

图十六 编写中的作业治疗系列丛书书目

2. 重新审视教材作用, 合理运用其他教学材料 教材的重要作用无需赘述, 但也应该明确, 教材并不是专业教学和学习的唯一材料, 而且往往更不是最新的材料, 教学过程中一定要参考最新的研究、专著、杂志论文等内容。

3. 充分利用互联网资源和优势, 加强在线学习平台建设、教学资源库建设、精品课程建设。教育部已组织部分高校进行相关工作。

4. 多种方式进行 OT 人才培养, 提升作业治疗专业整体水平, 带动作业治疗教学及教材编写水平的提高。

(1) 开展作业治疗师资培训: 如 2011 年开始的“作业治疗师资培训班”, 至 2021 年 7 月已是第十一期, 为作业治疗教学和临床培训了一大批人才。

(2) 进行培训基地建设: COTA 已经启动作业治疗培训基地建设工作, 希望今后在作业治疗人才培养和教材建设方面发挥更多作用。

(3) 召开专题培训班、研讨会、学术沙龙, 探讨作业治疗教材的编写和使用。

(4) 进修学习和访学 到国内作业治疗教学、临床开展较好的单位进行系统学习, 甚至到国外进行访学, 学习其他单位、其他国家的好的经验和做法。

## 参考资料

1. 国务院办公厅. 关于成立国家教材委员会的通知.

[http://www.moe.gov.cn/jyb\\_xgk/moe\\_1777/moe\\_1778/201707/t20170706\\_308824.html](http://www.moe.gov.cn/jyb_xgk/moe_1777/moe_1778/201707/t20170706_308824.html)

2. 教育部. 关于印发《中小学教材管理办法》《职业院校教材管理办法》和《普通高等学校教材管理办法》的通知.

[http://www.gov.cn/zhengce/zhengceku/2020-01/07/content\\_5467235.htm?ivk\\_sa=1023197a](http://www.gov.cn/zhengce/zhengceku/2020-01/07/content_5467235.htm?ivk_sa=1023197a)

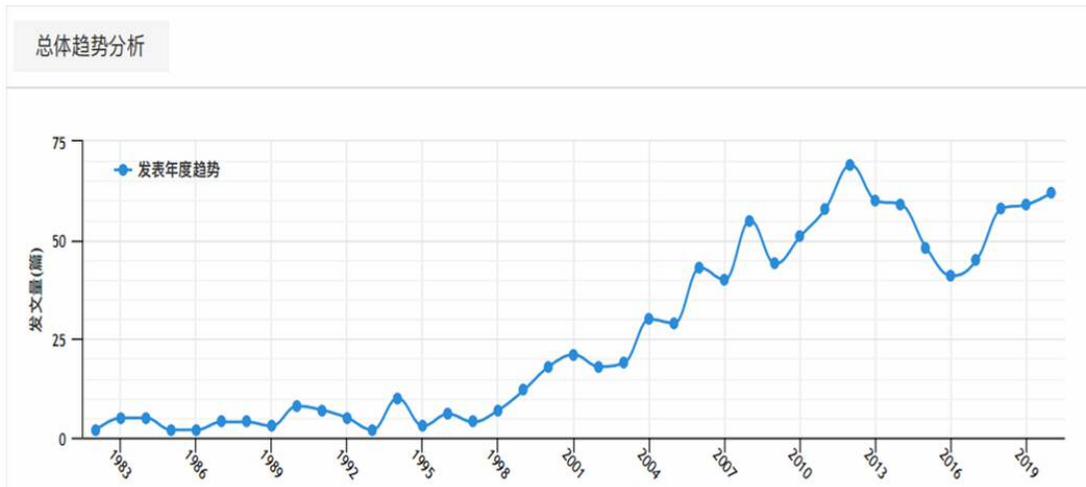
3. 李奎成, 闫彦宁. 作业治疗. 北京: 电子工业出版社, 2018

# 中国作业治疗科研发展掠影

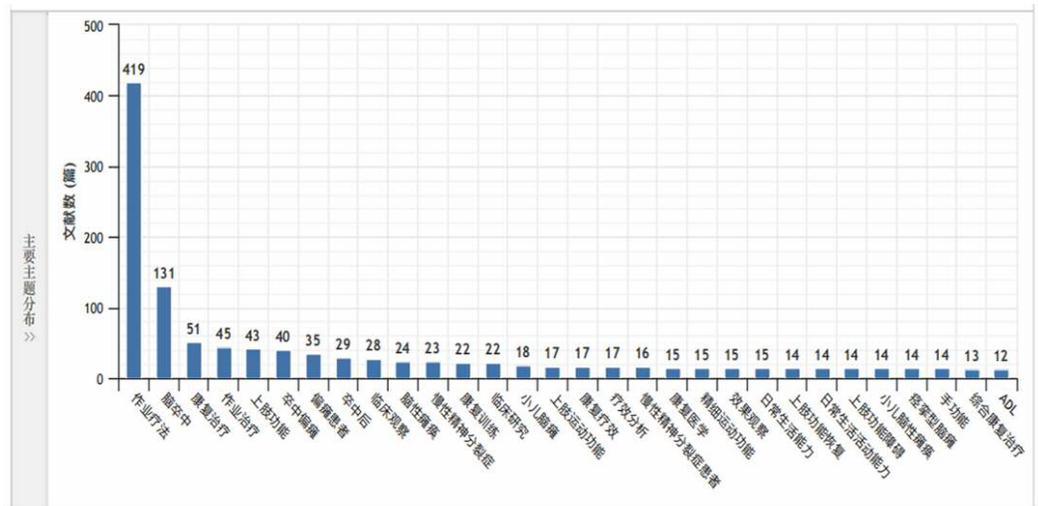
侯伟倩 郭佳宝 朱毅

作业治疗是康复医学科的重要组成部分，以服务对象为中心，通过有意义和目的的作业活动帮助他们提高生活自理能力、达到重返家庭和社会的目标。我国康复医学发展较晚，国内专业性康复医院较少，多为在综合医院内开设康复医学科，但随着人们对康复治疗逐步了解，目前对康复治疗也更加重视，绝大部分医院的康复科室已经细化出独立的作业治疗部门，而且配备了专业的作业治疗人员开展治疗服务。临床上对作业治疗越来越重视，与之相关的科研项目也越来越丰富，接下来主要看一下中国作业治疗的科研随着时间的发展历程。

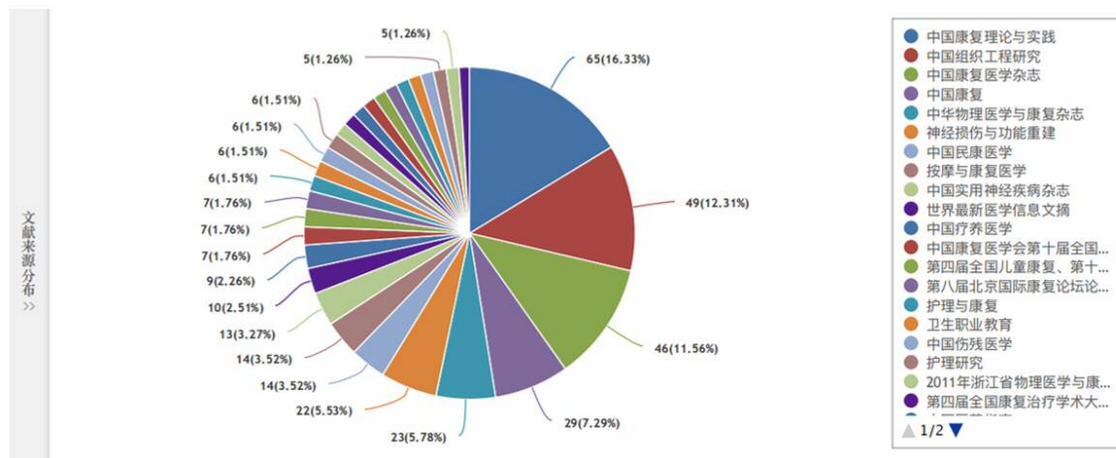
以“作业疗法”为关键词在知网检索相关文献并进行可视化分析，可以看出从1982年开始有作业治疗方面的科研文献记录，但数量屈指可数。2000年以后发文数量开始平稳上升，2012年发文数量达三十年高峰，但2016年发文数量有所下降，之后呈回升趋势，说明作业治疗人员科研意识愈发强烈，已经从最初的机械性工作逐步转变为具有主观能动性的工作方式。



在检索文献中，绝大多数以“作业疗法”为主题，此外，“脑卒中”、“康复治疗”、“作业治疗”、“上肢功能”、“卒中偏瘫”也占比较高，提示作业疗法的主要应用领域。



对文献来源期刊进行统计，排在前五位的期刊分别是《中国康复理论与实践》、《中国组织工程研究》、《中国康复医学杂志》、《中国康复》和《中华物理医学与康复杂志》，这些杂志都是在国内较为权威的康复杂志，作业治疗人员在得出科研成果后可以选择向上述杂志投稿，一方面体现自己的科研价值，另一方面也可以为其他工作者的临床问题提供治疗思路。



知网收录的文献排名前五位学科类别分别是神经病学、临床医学、儿科学、精神病学以及中医学，这与前面提到的主题都表明了作业疗法的主要应用及研究方向。

中国作者分布显示，发文数量排名前四位作者均来自嘉兴市第二医院，2017年，该医院康复医学科由浙江省卫计委推荐上报国家级重点学科，在康复治疗领域处于领先地位，从发文量可以看出该医院作业治疗发展较好，同时也很鼓励治疗人员进行科学探索。

中国机构分布显示，中国康复研究中心以22篇发文居于首位。中康主要承担我国康复治疗、康复研究、人才培养等多领域康复工作，是我国现代康复医学发展史上的一座里程碑，在我国康复的临床及科研发展方面均取得了不容忽视的成绩。此外，发文机构主要为医院，少数为高校，体现了研究平台的重要性及便宜性，启发临床工作者在临床工作中要善于观察、分析及总结，培养强烈的科研意识。

基金分布显示中部及沿海地区发文数较西部多，这与地区的经济发展有一定的关系。文献类型中研究论文数量最多，其次是资讯和综述，这是一个较好的现象，研究论文需要进行原创研究，更能体现作业治疗临床工作者主动思考及解决问题的能力。

对知网在2020年收录的中文文献进行整理分析，发现发表的文献主要有综述、康复教育、康复管理、用药研究、临床研究、成果应用及调查报告七种类型。其中临床研究文献数量最多，研究表明作业疗法在脑卒中、脑瘫、儿童孤独症等疾病的应用中效果显著。临床中，作业治疗师可以通过个人与社区的合作，或者通过活动调整或环境改造来提高患者的参与能力，支持他们更好的参与到其想做的或被期望做的活动中去，实现治疗目标。随着科学技术的发展，智能康复训练系统等新型医疗器械也更多的被用于患者的康复训练，为治疗提供了更好的效果，同时使治疗兼具趣味性。

在Web of Science中以“Occupational therapy”为主题进行检索，可检索到中国有27篇文献被收录，国家自然科学基金项目（NATIONAL NATURAL SCIENCE FOUNDATION OF CHINA, NSFC）机构资助进行的研究文献仅有13篇，数量都不是很可观，说明我国在作业疗法的科研发展仍处于较为落后的地位。

批准年份	依托单位	负责人	资助类型	项目名称
2019年	复旦大学	陆蓉蓉	青年科学基金项目	多模式感知反馈训练对脑卒中后上肢功能恢复的脑可塑性研究
		吴颢	面上项目	rTMS联合丰富环境促进脑缺血神经功能恢复的机制研究
	吉林大学	吴军发	面上项目	小鼠齿状核参与调控丰富环境介导的卒中/小鼠神经重塑的机制研究
2018年	上海中医药大学	单春雷	面上项目	丰富环境通过NMDAR-Ca2+-Actin A环路改善慢性脑缺血认知障碍的机制研究
2016年	四川大学	杨永红	青年科学基金项目	rTMS联合VR对亚急性期脑卒中患者手功能的影响及相关机制研究
2012年	嘉兴学院	王晶	医学科学	基于镜像神经元的康复策略促进脑卒中患者上肢功能重建的多模态脑功能成像研究
2011年	北京中医药大学	刘红燕	医学科学	影响转移接受者生活质量的因素研究

从2011年至2019年共有八项作业治疗相关研究取得了国家自然科学基金的支持，表明了作业治疗的重要性正逐步凸显，这与经济快速增长、人们生活水平的提高以及对生活质量的要求越来越高关系密切。

作业治疗实用新型专利的发明是临床工作者和科研人员智慧的结晶，使用这些器械及治疗系统有利于治疗人员更加轻松有效的进行治疗活动，同时吸引患者的兴趣，使患者更容易接受治疗活动。

硕博学位论文中关于脑卒中后功能障碍的论文数量最多，将作业疗法与互联网、虚拟现实技术等现代科技结合的研究越来越多，一些非医学专业如机械工程、生物工程等对作业治疗也有所关注，作业疗法与针灸结合的治疗方式也被多次研究。

中国作业治疗科研虽然起步较晚，但是正在逐步发展，作业治疗人员科研意识不断增强，学会在临床中发挥主观能动性，而不是机械地进行治疗活动。各种基金支持体现出国家对作业治疗也越来越重视，交叉学科、新兴技术的参与也为作业治疗注入了新鲜的血液。但是可以看到一些经济发展较差的地区作业治疗科学研究仍然匮乏，需要在巩固中部及沿海科研创新的同时推进西部科研发展，加快整体科研发展。



# 以学生为中心的作业治疗教学与临床实践

## --南京医科大学OT课程授课特色分享

伊文超 南京医科大学康复医学院作业治疗学系

南京医科大学作业治疗方向分流教学始自 2011 级康复治疗专业学生，本科四年施行“2+2”式的分方向教学，即在大学的前两年康复治疗专业学生集体授课，学习解剖、生理、评定等基础课程；后两年分物理治疗和作业治疗方向教学，各自学习相关专业课程。但在分流教学前，大二下学期开设《作业治疗理论》课程，供即将选择专业方向的学生对作业治疗有初步的了解，以方便即将到来的分流方向选择。因为作业治疗不同于物理治疗，与传统医学侧重以疾病为中心的模式不同，作业治疗以患者为中心，关心的是多数人不会下意识地去思考的看起来司空见惯的日常生活。作业治疗师所拥有的技能，虽然对需要作业治疗的人来说至关重要，但对其他人来说可能不屑一顾。因此有必要在学生选择自己所喜欢的专业方向之前，对作业治疗及其哲学有一定的了解。

本人有幸承担南京医科大学大二分流前的《作业治疗理论》课程负责人以及大四门诊手外伤的作业治疗临床带教，承蒙黄锦文教授邀请，在此与各位交流课程及带教经验，望多指教！《作业治疗理论》这门课程的授课内容包括作业治疗的起源介绍、作业的含义及其与健康之间的关系、作业的领域与范畴、作业的哲学观点、作业治疗模式介绍（PEO、CMOP、MOHO、KAWA）、作业治疗的流程和手段以及临床推理。目的是让学生对作业理论有初步了解，对作业和健康生活的关系有所思考，对专业有初步的认同和归属，就如 19 级几位同学所言“在学这门课之前，我对于 ot 的了解仅限于“pt 让人走到门前，ot 让人把门拧开”这种程度的概念……学完之后，我认为 OT 面对更多的不是人的‘病’，而是病的‘人’……作业不仅仅是填满时间，而是充实并赋予生活意义……活着可能不需要 OT，但要生活得快乐，离不开 OT……”。

《作业治疗理论》课程贯彻以学生为中心的理念，以案例为线索阐述抽象的理论与哲学，实验课以小组活动为形式，鼓励头脑风暴，同伴间互相学习促进，引起学生兴趣和好奇，并能主动学习和发问，积极反思，查找解决问题的方案。

**1. 以学生为中心。**不同的学习者有不同的学习方式，教师如果能提前了解所教授学生的学习方式，便可以根据学生的类型调整所教授内容的授课方法。在正式理论课程开始前，学生填写学习方式问卷--VARK 调查表（见图 1，下载地址

<https://vark-learn.com/wp-content/uploads/2014/08/The-VARK-Questionnaire-Mandarin.pdf>），根据调查结果解读自己的学习风格，课程负责人将最终结果分享给所有授课教师，以便了解当下学习者的学习方式类型，及时调整授课方式。根据既往经验，多数学生都会选择 K（动手型），并且多数学生都以不止一种学习方式为主要偏好，因此在《作业治疗理论》这门课程中每一次课都必须包含多个形式的授课元素，比如幻灯（V 视觉）、视频（VA 视听）、讲解（A 听觉）、小组讨论及汇报（ARK）、案例（VARK）、反思等。

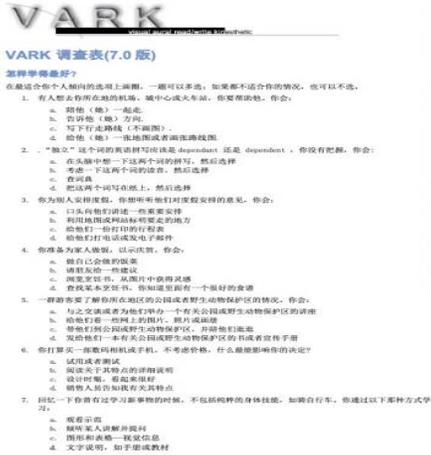


图 1. VARK 调查表截图

**A**

患者李某，女性，年龄 47 岁，因“突发右侧肢体乏力 1 月，伴麻木疼痛 2 天”入院。

患者 1 月前早晨去市场买菜途中无明显诱因突发右侧肢体乏力，有头晕，伴视物旋转，听力下降，有恶心感，无意识障碍，无大小便失禁等，未予重视，第二日自觉全身无力，随后出现反应迟钝，右侧肢体乏力较前加重，站立不稳，查头颅 CTA+灌注示：1. 左侧基底节区高密度影，钙化可能；2. 左侧半卵圆中心及额叶脑梗死，脑干腔梗可能；3. 左侧大脑前动脉小动脉瘤可能。

目前患者神志清，精神可，饮食良好，睡眠较差，MMSE28 分，定向力、计算力等高级智能功能正常，记忆力较患病前减退，卒中后焦虑状态。关节活动度 (PROM)：左侧肩关节屈伸、外展活动稍受限，余关节活动度正常。肌张力 (Ashworth 分级)：未见明显异常。徒手肌力 (MMT)：右侧上肢肌力 4 级；下肢 3 级，左侧各肌群肌力无明显异常。协调功能：双侧上肢指鼻、轮替试验稳准，双下肢跟膝胫试验稳准。坐位平衡 3 级，站立平衡 2 级。右侧肢体麻木、痛觉敏感、触觉减退，双侧肢体深感觉未见明显异常，Brunnstrom 分期 (左上肢-手下肢)：V-V 期。ADL 评分 (Barthel 指数)：75 分 (得分)；吃饭 10 分，穿衣 5 分，大小便各 10 分，转移 10 分，步行 10 分，修饰 5 分，洗澡 0 分，上下楼梯 5 分，如厕 10 分。

1. 对自己手中的案例展开想象，丰富该患者的角色和个人特征，包括并不局限于该患者的家庭、工作、兴趣爱好等等。
2. 描述该患者具有代表性的一天作息时间表。
3. 挑选一项你认为该患者目前可能存在的作业表现问题，使用 PEO 模式对该作业表现问题进行分析，并完成 PEO 临床实践量表。

图 2. 模拟案例之一

**2. 以案例为线索。**为了帮助学生了解作业与生活和健康的关系，了解作业理论如何应用于临床实践，课程中选取了 5 个不同年龄段、性别、角色和诊断的案例 (图 2)，贯穿整个课程始终，帮助学生了解作业所关心的领域、如何促进健康、不同年龄段 PEO 之间的变化关系、相同诊断不同角色所关注的领域有哪些不同、MOHO 模式在不同角色和诊断的运用、不同诊断的作业治疗流程以及不同案例具体情况的临床推理有哪些不同侧重等。

**3. 以小组讨论为形式。**“就我个人而言，我还是挺喜欢这种头脑风暴的讨论模式的，一个是在七嘴八舌中大家可以互相补充，完善各自的分析与结论……”来自 2019 级的学生在一篇反思日记中这样写道。作业治疗理论希望激发学生对生活甚至对人生的思考。大学课堂为学生提供的是学习和经历的机会，让学生明白取之生活用之生活的道理。教师只是知识和经验的载体之一，同伴、书本、互联网等信息化媒体以及积极参与各种社会活动都是学习成长的宝贵财富。小组讨论可以让学生通过互相学习、观点表达和辩论，激发对问题的思考和解决方案的形成 (图 3)。



图 3. PEO 模式学习时分小组讨论案例

**4. 以兴趣和好奇心为引导。**整门课程最终考核形式也十分多样化，由于《作业治疗理论》课程的目的是为了让学生能够了解作业，热爱作业，所以除传统理论考核之外，学生可以挑选自己感兴趣的与作业理论相关的课题，制作小视频进行汇报展示 (图 4)。比如 (1) 选择

不同作业模式进行比较；(2) 讨论如何成为一名出色的作业治疗师；(3) 不同国家和地区的作业治疗服务；(4) 作业与健康的关系等（图 5）。其中 19 级的周子群在反思日记中写道“我们有优秀中华优秀传统文化，与我们学习的 PEO、MOHO 等能否和谐的融合，或者产生类似于马克思主义中国化的模式？就如 Kawa 模式的侧重点和核心概念与西方实践模式各有千秋一样。网络远程协助对于家庭康复是否带来机遇？VR 虚拟模拟场景用于沉浸式训练是否能在一定程度上提高康复对象的体验？如今提倡多学科交叉发展，对于 OT 来说这路该如何走呢？”



图 4. PEO 模式小组汇报



图 5. 2019 级学生制作的与作业治疗相关的汇报视频（部分截图）

**5. 鼓励动手参与和创新设计。**从大二《作业治疗理论》这门课程开始，在学习中融入涉及动手参与设计和创作的机会，包括手工作品展示、科普视频创作、创意工具制作等；大三有专门的《环境改造与辅助技术》一门课程，要求每组学生创作一件产品，学院支持优秀作品参加全国大创比赛。大四实习期间，鼓励 OT 学生根据临床治疗所需创作一件治疗性工具作为出科成果展示。“实习期间首先要建立一个专属于自己的临床作业“储物架”。有顺序有计

划地排列好不同的治疗性工具(图 6), 根据患者的功能水平, 选择合适难度的工具进行锻炼”, 来自 2018 级的刘杨瑞说到。

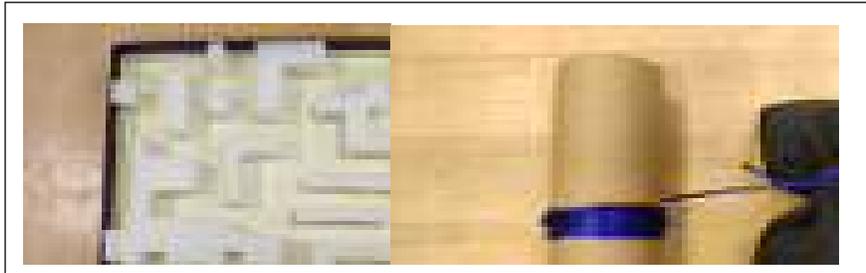


图 6. 2018 级实习生利用废旧物品 DIY 的简易治疗性工具  
(左: 迷宫; 右: 前臂旋转和腕背伸训练器)

**6. 以解决临床患者作业问题为宗旨。**不论在学校的理论课程学习中, 还是在大四的临床实践过程中, 教学秉承解决实际作业问题的宗旨, 启发学生运用所学知识技能解决临床问题。在校期间, 将理论知识和操作技能熟练掌握; 早期接触案例, 引导学生主动思考临床常见作业问题的解决方案, 学会使用各种渠道获取相关资讯, 形成解决思路, 为临床实践做好前期准备工作; 在实习期间, 遇到相对复杂综合的现实案例, 运用前期积累的问题解决经验, 迅速准确找到证据水平高且符合科学逻辑的解决方案, 带领患者重拾生活信心!



# 粤港澳大湾区背景下中国内地作业治疗人才培养

广州医科大学第五临床学院/广州医科大学附属第五医院  
欧海宁 罗庆禄 张燕妮 邱雅贤 廖宇君 赖小松 林强

广州医科大学（以下简称“广医”）创办于 1958 年，是一所以医学为优势和特色，开展博士、硕士、本科多层次人才培养的广东省高水平大学建设高校。下设 22 个学院，7 所直属医院和 11 所非直属附属医院，28 个研究机构。拥有 1 个国家重点学科，7 个省部级重点学科，32 个市（厅）级重点学科；临床医学、药理学与毒理学、分子生物学与遗传学、生物学与生物化学、免疫学、神经科学与行为学进入 ESI 排名全球前 1%，全学科 ESI 综合排名位居全国高校百强。学校广泛开展对外学术和教育交流合作，先后与美国、欧洲、澳洲以及港澳台等国家和地区的多所院校建立了稳定的合作交流关系。

广医于 2005 年获国家教育部批准设置康复治疗学专业，是我国大陆较早开设该专业本科教育的高等院校之一。为顺应我国医疗卫生事业和残疾人事业发展需求，2016 年起开设“作业治疗（occupational therapy, OT）”和“物理治疗（physiotherapy, PT）”两个亚方向培养康复治疗人才，其中 OT 方向的整体课程设置均参照世界作业治疗师联盟（World Federation of Occupational Therapist, WFOT）“作业治疗师教育最低标准”，使 OT 教育标准国际化，这同时标志着我校的 WFOT 认证申请工作正式启动。经过数年的不断发展与完善，我校于 2020 年获教育部批准开设康复作业治疗专业，且于 2021 年初通过 WFOT 最高等级国际认证（7 年），成为境内第六家、华南地区首家通过 WFOT 本科专业国际认证的高校。

广医 OT 教育项目的办学理念综合国际与本地观点，形成对 OT 独特的哲学性理解所引导。秉承我校“德术兼修，医文相融，师生为本”的办学理念，本专业进一步提出“以作业为中心，致力全民的健康、卫生和福利事业发展；立足本土，联系国际，循证为本，注重研修”的理念。下面将从课程设置、师资、实践教学和学生培养四个方面介绍我校 OT 教育项目。

## 一、扎根中国本土，参照国际课程标准，构筑“生命全周期”的理论-实验-实习课程体系

我校采取“1+3”分方向培养模式，即学生大一年学习专业医学基础课程，大二至大四 3 年学习作业治疗专业课程，课程标准结合国家标准和国际标准。OT 课程设置以 WFOT “作业治疗师教育最低标准”为依据，结合本地教育背景，形成基础与临床医学、作业治疗学、人文社会科学与行为科学课程有机融合的架构，建立“医学基础课程-作业治疗核心课程-通识课程”三位一体的课程体系（图 1）。其中与作业治疗专业课程主要涉及医学基础课程和 OT 核心课程。医学基础课帮助学生获得精神卫生、躯体结构、生物医学和各类疾病管理等方面的医学基础知识，如精神病学、人体解剖学、内科学等，以及医学技术类、医学科研基础等相关知识。作业治疗核心课程旨在训练学生的作业治疗知识、技巧和态度，使其理解人-作业-环境的关系，掌握作业治疗流程和实践；围绕社会心理障碍、肌肉骨骼疾病、神经系统疾病、儿科系统疾病、内科及老年病的作业治疗以及职业康复，逐层推进知识体系的构建。第一层次是医学基础课程，如精神病学、人体解剖学等；第二层次是 OT 核心课程中的普适性基础学科，如作业治疗理论与基础、环境改造与辅助技术等；第三层次是各作业治疗实践主题的

课程，如社会心理作业治疗、肌肉骨骼疾病作业治疗等。

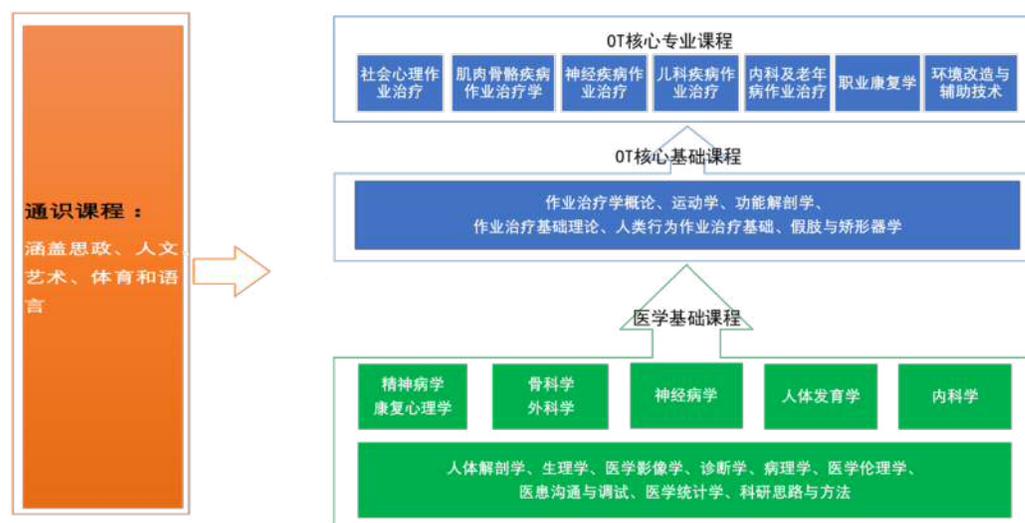


图1 三位一体的课程体系

为满足儿童、残疾人、老年人、精神卫生、职业健康等生命全周期的作业治疗需求，2016年我校率先在华南地区各高校中将康复治疗学专业分OT方向教学，设置肌肉骨骼疾病、神经疾病、儿科疾病、内科及老年病、社会心理的作业治疗等课程，并设置综合医院、儿童医院、康复中心、脑科医院、老人院的轮转实习。

## 二、师资内培外引，粤港澳大湾区融合发展

我校建立教师培养、考核、评价和激励制度，坚持“以师为本”、按需设岗、向教学科研关键岗位倾斜的原则，调动教师教学积极性，对教学、科研优异的个人予以奖励，鼓励教师从事教学、进行教学改革。通过外派教师学习、举办专题讲座等方式，更新教师教育理念，提升教师教学能力。

香港及广东OT发展较早，院校和医院储备了较大量优秀OT师资。在粤港澳大湾区背景下，我校聘请香港理工大学曾永康教授为南山学者骨干人才、客座教授，在理工大学的帮助下，逐步培养青年教师。我校一方面聘请香港理工大学教学团队到校进行授课，并通过由本校OT老师跟课的方式培养青年教师，并注重自我师资培养，选派本校青年教师赴国外深造(图2)；另一方面调动区域资源，广纳广东本土优秀OT师资，全面加强教师队伍建设，以强师促强教。针对内地精神OT缺乏的困境，结合理大教师的支持及因广州医科大学拥有附属脑科医院的特点，安排学生实习轮转社会心理作业治疗内容，逐步培育本土精神OT。

我校现有理论及实验课程专职OT教师5名，外聘OT教师16名(均具有WFOT认证资质)，其中10名具有海外学习经历。实验课授课要求师生比例不小于1:15。立足粤港澳大湾区建设，为粤港澳大湾区建设培养输送优秀作业治疗人才。



图2 香港理工大学来我校授课

### 三、多层次多样化的临床实践

临床实践分为实验课程、临床见习及临床实习。多层次多样化的临床实践循序渐进地培养学生的临床思维和实践技能，同时注重新兴 OT 领域的实践。实验课程（1~6 学期）安排在课程中，在实验室、临床科室、康复中心等上实践课及临床见习。临床见习（2~6 学期）包括集中见习 80h、社会实践 160h 及境外见习。学生可根据自身情况，自主选择香港理工大学、台湾中山医学大学（图 3）、美国 Creighton 大学（图 4）、及其医疗机构见习，培养国际视野。临床实习（6~8 学期），以常见系统疾病为主线的作业治疗实习 1600h，轮转 4 种基地：综合医院（神经系统与老年疾病 OT-14 周、肌肉骨骼疾病 OT-10 周、职业康复-2 周）、儿童医院（儿童疾病 OT-8 周）、精神病医院（社会心理 OT-4 周）、社区（社区与老年 OT-2 周），确保服务对象丰富，服务范围深入医院、社区、家庭、工作环境等；“以学生为中心”，学生根据实习基地特色自主选择综合医院。

临床实践注重循证实践应用，由 WFOT 认证专业教师带教，要求学生以整体和动态的视角，以理论和研究成果为指导，将专业知识应用于以人为本的环境中，提供无偏见、安全公平的实践服务，并作为评分依据。实习内容涵盖各类疾病与人群，参与有关职业、社区、社会、健康、人权、福祉相关的事务，如“三下乡”志愿活动，使其对人民健康和福祉做出贡献。



图3 台湾中山医学大学短期交流项目



图4 美国克瑞顿大学短期见习项目

#### 四、学生培养多维化

我校落实立德树人根本任务，以学生为中心，培养实践强、懂科研、能创新的复合型中国 OT 人才。以我校康复医学实验教学示范中心为平台，引领学生早临床、早实践，从大一开始，通过实验课程、见习、实习逐级提升学生实践技能，并注重新兴 OT 领域的实践。

为培养 OT 学生科研能力，从学生大一开始，每年以线上线下结合的方式开展科研“第二课堂”，由教师讲授科研基础知识及统计、文献分享等，每年约 30%OT 学生参加。同时根据学生个性与能力，组织参与不同的实验操作、论文写作等相关科研工作，每年累计教学课时超 40 学时；OT 学生每年定量申请大学生科技创新项目，研究方向一般为现阶段国内外 OT 前沿热点、难点问题，如镜像神经元、脑卒中后肩痛、机械手臂、脑调控机制等。

为培养学生创新精神，学院及实践基地组织举办“互联网+”大赛、学生创新创业和实验室开放项目、创新大赛等，积极拥抱现代化教学手段，通过学分奖励的形式激励学生积极发表论文、开展创业实践、主持大学生创新创业项目，2016 年以来 OT 学生在各类比赛中获奖 48 项，专利 10 余项。

#### 致谢：

广州医科大学毗邻港澳，位于粤港澳大湾区建设的中心城市——广州，拥有粤港合作办学得天独厚的地理位置优势与政策优势。近年来，我校在充分发挥我国大陆本土主观能动性融合港澳资源的模式下，探索本土 OT 教育的发展，并取得了一定的成果。在此，仅对中国康复医学会作业治疗专业委员会，世界作业治疗师联盟，各界合作机构、作业治疗及相关的专家、老师致以最诚挚的感谢！



# 北京大学医学部作业治疗方向硕士项目发展介绍

刘奕君 王宁华 北京大学医学部医学技术研究院

2016年，北京大学医学部（以下简称北医）与美国南加州大学（以下简称南加大）陈曾熙夫人作业科学与作业治疗学部签署了为期八年的双方合作项目协议，正式启动了作业治疗研究生联合培养项目。该项目包括北医的康复治疗学（作业治疗方向）科学硕士项目（以下简称作业治疗方向硕士项目）和南加大的作业治疗临床博士项目。在此合作中，南加大通过为北医培养作业治疗师资、作业科学的科研人员以及分享作业治疗教学课程和内容，与北医共同推动中国国内作业治疗研究生教育的发展，培养国际一流的作业治疗人才。

今年是该项目的第四个执行年，也是北医作业治疗方向硕士项目第一届研究生毕业，并前往南加大继续攻读作业治疗临床博士学位的第一年。本文将对北医作业治疗方向硕士项目的发展历程、课程建设以及学生的学习心得进行介绍，以期为我国作业治疗专业的建设和发展提供资鉴。

## 一、北京大学医学部作业治疗方向科学硕士项目的发展历程

为了全面启动北医作业治疗方向硕士项目的教学工作，北医在2017年和2018年先后选派了三名师资赴南加大学习。其中，两名师资已在取得南加大的作业治疗硕士和博士学位后回国，一名师资正在攻读南加大的作业科学博士学位。经过为期三年的筹备，北医作业治疗方向硕士项目于2019年9月正式启动，迎来了第一届学生。



北医作业治疗方向硕士项目开学典礼合影

## 二、北京大学医学部作业治疗方向科学硕士项目的课程建设

北医作业治疗方向硕士项目的课程建设以我国本土的社会文化环境为基础，以南加大作业治疗硕士项目的课程设计为雏形。二者通过不断的渗透交融，使课程内容在本土化的过程中得以丰富和完善。项目学制与南加大准入型作业治疗硕士项目一致，为期两年。课程教学

包括理论课程及临床实践教学。所有的理论课程与大部分实践操作均采用全英文教学模式。理论课程分为以下四类：

#### （1）专业基础课

专业基础课旨在使学生掌握与作业治疗相关的基本理论与知识，包括《作业治疗基础课：作业》、《作业治疗基础课：创造力、手工艺和活动分析》、《作业治疗基础课：人体运动学》、《作业治疗基础课：神经科学》。

#### （2）专业核心课

专业核心课旨在使学生掌握作业治疗的核心能力和实践基础，包括《治疗性自我使用与沟通技巧》、《临床思辨》、《循证实践：定量研究》、《循证实践：定性研究》。

#### （3）专业沉浸课

专业沉浸课旨在使学生掌握作业治疗各领域的基本知识和临床实践能力，包括《沉浸课：成人躯体功能障碍作业治疗》、《沉浸课：精神卫生作业治疗》、《沉浸课：儿童作业治疗》、《沉浸课：成年与增龄》。

#### （4）进阶课

进阶课旨在使学生掌握作业治疗的前沿进展，重点培养其创造力和领导力，包括《健康促进与福祉》、《设计以作业为中心的社区规划》、《作业科学高级研讨》、《领导力》。

按照美国作业治疗教育认证协会（Accreditation Council for Occupational Therapy Education, ACOTE）标准的规定，该项目的临床实践教学分为两个阶段进行。第一阶段实习（Level I Fieldwork）包括成人躯体作业治疗、精神卫生作业治疗、儿童作业治疗、老年作业治疗四个方向，共 16 周。第二阶段实习（Level II Fieldwork）从上述四个方向中任选其二，共 24 周。

### 三、学生的学习心得

目前，北医作业治疗方向硕士项目已招收两届学生。学生们通过对作业治疗课程的系统学习，收获颇丰。以下为部分学生的学习心得节选。

我认为 OT 课程中很有价值的一部分内容是 OT 的历史。我很喜欢项目里这一部分的课程，因为对作业治疗历史的了解使得我从根本上了解 OT 产生的文化背景和意义，同时也帮助我思考 OT 如何本土化的问题。我认为，国内作业治疗的教育也应当重视这一部分，因为不了解一个学科的历史，不抓住过去，就很难分析目前国内 OT 发展的现状与土壤，也很难抓住现在和未来。

第二，在 OT 实践课中，我还学习了西方作业治疗实践模式是如何开展、运行以及如何坚持以作业为核心。在 level-II 的实习过程中，我一直尝试将课上所学应用于临床实践，贯彻以作业为核心的模式，也的确遇到了许多关于理论能否转化为实际的种种现实问题，有待未来进一步解决。

最后，OT 的研究课程和实践课程一同拓宽了我的视野。过去我未曾想过 OT 可以在如此多的领域施展自己的拳脚。这对我来说的确是第一但也却重要的一步，只有见过那些在自己的独特领域建立起令人羡慕的职业认同感的 OT，自己才会更懂得 OT，同时将 OT 的理念结合现实的条件来将 OT 进一步推广，造福人民。

——作业治疗 2019 级硕士研究生公晨

通过两年的 OT 课程学习，我发现 OT 是一门简单中蕴含哲学的专业。大体而言，我们经常跟患者提及我们更多地关注的是他们想做、需要做以及被期望去做的事（如基本的日常生活活动，洗漱和穿衣等），尽可能地让他们回归正常的生活。他们的需求通常很简单，如我想写字，我想能自己吃饭等。可是这样简单的作业需求如何体现我们专业的价值呢？这就要求 OT 治疗师能将患者的需求内化成以作业为中心的体系网络，从上而下不断细分，以此去分析如何设计一项有意义的作业活动能满足患者的需求。此外 OT 也在不断构建以及扩展其哲学基础。当我们分析以及设计一项作业活动时，我们通常会选择一个或几个的 Model 来指导我们思考，如 PEO Model 和 Kawa Model 等。这些理念模型是前辈们通过不断的临床观察和分析，经过多次的实践得出的结论。而在作业科学（Occupational Science）这门课中，我们也会探究作为作业个体（Occupational being）四个维度属性——“Doing, Being, Becoming & Belonging”的内涵等。可以说，OT 就像一杯酒，一杯下肚，得其味，细品才知其醇厚。

——作业治疗 2019 级硕士研究生王志灼

北医 OT 课程像是一个显微镜，让我重新认识生活点滴；北医 OT 课程又像是望远镜，让我看到了作业的方方面面，看到了作业治疗的大有可为和大有可为。

在北医 OT 的两年，我首先是学习了如何成为一个会观察、会交流的人、一个包容的人、一个能将心比心的人、一个懂得感恩的人，然后才是学习如何成为一位作业治疗师。两年的学习让我感受到这身白衣的神圣，我将继续努力，为了让更多人活出精彩人生而奋斗！

——作业治疗 2019 级硕士研究生周兆雯

来到北医，第一次开始接触真正的 OT，随着学习的不断深入，发觉自己越来越喜欢 OT 的理念，潜移默化中将 OT 的思维模式迁移到日常生活中，也许学习 OT 首先治愈的是自己吧。在我们尝试提升患者的生活质量时，首先要学会在每天繁重的学习和工作中，找到自己生活的平衡点。除了课堂上的学习之外，老师们为我们竭力寻找最好的实习医院，其中让我感受最深的是精神康复的实习。OT 的起源与精神康复密不可分，即便在今天，虽然疾病的种类和特点有所变化（比如焦虑和抑郁发病率的增多以及趋向年轻化），但是 OT 在精神康复的领域中依然扮演着不可或缺的角色，任重而道远。

——作业治疗 2020 级硕士研究生许倩

专业核心课程给大家很多讨论交流的机会，许多新颖的、有趣的观点就此产生了，我们还分小组为不同类人群设计作业项目来促进他们的健康和福祉。沉浸课程更是将课堂内的理论与临床上的实践结合起来，使得可以很快达成“所学所用”的目标。PUHSC-USC 项目中 OT 硕士课程的设计充分体现了 OT 教育的新理念和新思想，使得我们每一位同学都“沉浸”在 OT 中。

——作业治疗 2019 级硕士研究生贡瑞生

在硕士研究生期间学习作业治疗，让我体会到何为“科学”与“艺术”相交融的学科，何为“以客户为中心（client-centered）”的实践理念，如何从“人”、“环境”、“作业”的角度去帮助患者全面恢复重要作业活动表现。作业治疗不仅是书本里的知识，更多的是一种思考方式或习惯，让我们从患者角度出发帮助他们解决作业相关的问题。在学习作业治疗期间我收获颇丰，希望未来能够通过自身努力为中国作业治疗事业添砖加瓦。

——作业治疗 2019 级硕士研究生杨璐铭

入学北医学习 OT 硕士课程开始，可以说是经历了身心方面的重大转折，也收获了终生难忘的成长。我们的课程内容充实且丰富，从秋季的基础课程到冬春季的各种沉浸课、专业课，感谢这个过程里老师们的陪伴和指引，各种形式的课程让我有机会从各种视角去探索 OT 的世界；OT 的专业思想也让我受益匪浅，“therapeutic use of self”除了让我对临床实践有了更多的思考，也让我对自己有了更深入的了解，很喜欢阐述 OT 理论文章里的那句“orchestrate my life”，学习这些课程和背后的哲学，总能给我的生活许多启示，促进我去思考对我来说最有意义的值得热爱一生的作业活动，在偶尔失序的生活里找寻作业的平衡，也期待用这些知识和思想化作 OT 旅程中前行的力量，去给更多的人更美好的影响。

——作业治疗 2020 级硕士研究生王咏诗

现在是我来北医学习作业治疗学的第 8 个月了，对于课程的学习已经差不多过了一半，而我对作业治疗的认识也逐渐加深。作业治疗意在促进人们参与他们想要做、需要做或者被期望做的作业活动之中，是一门实践的科学。这个定义与本科所接触到的作业治疗学的概念似乎比较接近。但是随着课程的逐渐深入，我认识到作业治疗学与我以前所接触到的相关知识有所不同。尽管国内外的作业治疗的核心目的都是促进患者重新参与到生活中，但是在我看来，在北医-南加州大学作业治疗硕士-博士联合培养项目的课程中，我逐渐认识到作业治疗学并非单纯强调患者躯体功能的恢复，在作业治疗的理论课程学习中，我认识到作业治疗在一个哲学的理论角度阐释了人们为什么要进行各种作业活动，各种作业活动对于人们生活的意义是什么。作业治疗并非基于传统的生物医学模式把人看作是一个单独的人，更多的是从一个人-环境-作业的动态关系来把握人的健康和福祉的问题。随着课程的进行，我相信，我将学习到更多的作业治疗知识并在将来的工作中应用到临床实际。

——作业治疗 2020 级硕士研究生何家文

在学习北医 OT 课程的过程中，我深刻感受到了它与本科康复课程从上课内容到考察形式的不同。在课前，我们常常需要大量的阅读，课堂强调老师与学生、同学之间的互动和讨论，而考查形式应该是最与众不同的一点。除了第一学期两门较为基础的理论课程需要以卷子的形式进行考察以外，平时最常见的就是准备各类课堂展示，或者基于不同的课程内容完成一些文件的书写以及感想。在这样的学习过程中，我们学到的知识被更加主动的吸收并转化为自己的语言再次展示出来。在这样的 OT 课程里，我越发认识到独立思考、主动寻找、发现并解决疑问的重要性，并在一次又一次的展示中锻炼了自己的批判性思维和表达能力。

——作业治疗 2020 级硕士研究生钟泓颖

相比于其它医学专业，作业治疗很好地诠释了一百多年前特鲁多医生的名言：“有时去治愈，常常去帮助，总是去安慰。”作业治疗就像是疾病康复与回归社会的桥梁，帮助患者应对伤病带来的身心影响并提高其生活质量。OT 注重以全人的视角去看待每一位患者，也重视外在环境因素的影响。通过有选择性的作业活动，作业治疗不仅可以改善患者的身体结构和功能障碍，更能提高其活动和参与。神经康复、肌肉骨骼康复、儿童康复、精神康复、慢性病管理...随着我国康复的逐渐发展，相信作业治疗可以在更多领域开拓发展并发挥自己的专业价值。

——作业治疗 2020 级硕士研究生郭雯

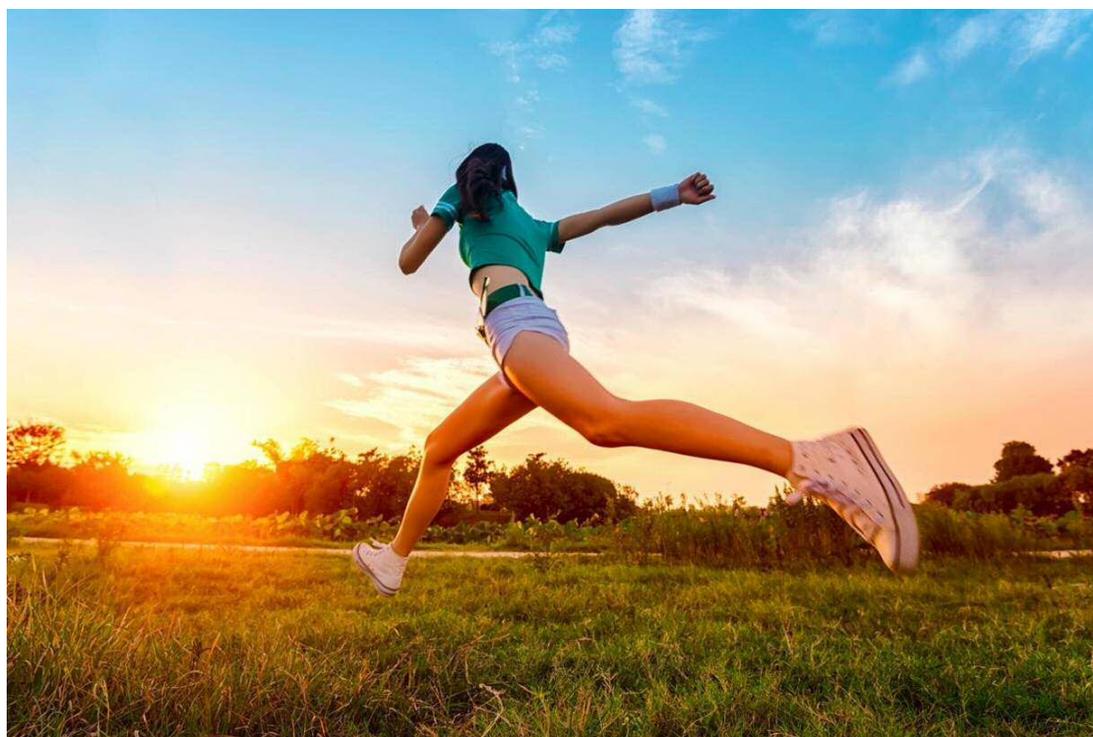
在北医学习作业治疗的这一年中，相较于本科阶段，我对作业治疗有了更加深刻的认识，更好的利用 OT 思维去分析患者的问题和优势。虽然课业比较繁重，但是收获多多：学会了如何更好的进行团队合作；在合作过程中，倾听同学间的观点，接受不同的声音。

在目前学到的所有课程中，《治疗性的自我使用》对我的感触最大，因为这门课让我真切地感受到作业治疗与其他专业的不同之处（主要是与物理治疗师、医生和护士之间的不同），让我知道如何通过实际操作技巧将以个案为中心的理念应用到实际的治疗过程。让我学会了如何在尊重患者的同时，保护自己。另外，课程中用到的教材和额外的资料是比本科阶段丰富的多的，很喜欢。

——作业治疗 2020 级硕士研究生胥函君

#### 四、展望

自今年开始，北医将从作业治疗方向硕士项目的毕业生中，选送三批共 15 名学生赴南加大攻读作业治疗博士学位。2022 年，还有 1 名学生将赴南加大攻读作业科学博士学位。随着人才队伍的不断壮大，北医作业治疗硕士教育将不断发展，为我国作业治疗专业的发展和建设添砖加瓦。



# 职业治疗师能抓住「心脏复康」的机遇吗？

吴显波博士

(前 香港杨震「牵晴计划」职业治疗师 / 前 香港九龙医院职业治疗部部门主管)

“老年心脏病学”是近年于心脏专科发展中的一门新兴科目，它的兴起主要是为了应对年龄越来越大的心脏病病人，这些高龄的心脏病人往往都有着其他的慢性疾病，使他们的病情更加复杂，趋使很多现有的治疗方案：无论是药物或介入性治疗，都需要调节、改动，甚至重新研发。在复康方面，亦需要调整：从传统只着重「运动处方」模式的「心脏复康」计划，转移到更跟注重「预防性」和「个人化及整体性」的「慢性疾病自我管理」方向发展。随着这一方向的发展，于香港工作的职业治疗师，不论是在公立医院或是在社区到户服务团队中工作，近年他们都会接收到更多「心脏病」病人的转介，当中有各种不同类型的心脏病。然而，大多数传统职业治疗的基础培训中，不论是本地还是海外，似乎都没有于这一领域投入足够的培训时间，间接令到发展未如其他专业发展的速度和阔度，本文尝试探讨不足之处，亦尝试建议一些改善方法

## 一) 职业治疗培训课程中，对心脏疾病的临床知识，涵盖不多，基础打不稳

回顾早在 1970 年代的职业治疗教科书中，已有很多篇幅提及心脏复康，一般只提及「急性心肌梗塞」，其实现今在临床服务上，要面对的还有很多不同心脏病类，例如：

1) **心血管病**：无论是「慢性冠心病」还是「急性心肌梗塞」，都令心血管收缩或闭塞，心肌有可能因供血不足而坏死。

2) **心律失常**：心房颤动、贺尔蒙失调、甲状腺分泌过盛等都会致使心跳过快，加重心脏负担。

3) **心脏结构问题**：心瓣膜狭窄或倒流、先天性心脏病、原发性心肌病都令心脏无法如常工作，并使心肌肥大。

4) **病毒性心肌炎**：例如流感病毒、新冠病毒可引起心肌发炎，削弱泵力。

5) **心包膜问题**：放射治疗、感染肺结核等都可能令心包膜硬化，阻碍心脏收缩和扩张。

6) **心肌受毒害**：例如糖尿病、酒精、部份化疗及免疫治疗药物都会损害心肌，影响泵血。

7) **高血压**：当血压远高于正常水平，心脏就要更用力泵血，加重心肌负荷。

8) **心脏衰竭**：老龄心脏病病人中，预计患「心脏衰竭」的会愈来愈多，根据香港的统计数字，七十岁以上的长者中，约五分之一人是患者，「心脏衰竭」是一个症候群：心脏之于人体，如引擎之于汽车，它不停泵血，维持各部位运作。当心脏肌肉受损，泵血功能减弱，出现心脏衰竭，身体各部或因此得不到足够养分，心脏衰竭的病因众多，以上提及的各「心脏病」类都可能是其病因，有可能是单一，亦有可能互为因果。

各「心脏病类」都有其特别的病征（图一），如于「心脏衰竭」的病人随着心衰竭愈加严重，气喘、疲倦、水肿等征状或逐一浮现，令患者饱受困扰。在医疗各「心脏病类」方面亦有很多新的治疗方案和指引，例如对「心脏衰竭」的病人，往往因其不同的病因，医学上会有较个人化及针对性的治疗方案；除了利用药物去纾缓征状，更要找出病原治理，即使不能根治，也能延缓心脏耗损。在新的治疗手法中，一些介入性的治疗方法（例如：用于治疗「心肌梗塞」的气球导管扩张术（俗称「通波仔」）和植入支架、经导管微创主动脉瓣植入术...等）及不同功能的植入式心脏仪器（例如：「心脏起搏器」用于改善心律过慢，「心脏除颤器」

用于改善心律过快及预防因危险性心律引至的猝死，及最新的「心脏肌肉收缩调节器」三种。) 都日新月异，当病人完成这些治疗后，都有可能于短期内需要于一些日常生活动作小心提防，或需要长期避免接触某些带高磁场的环境。

以上提及的心脏病类或治疗方案都是较少于职业治疗的课程内容提及，对鉴定病情属急性、慢性，不同阶段的处理方法，对预后的判断、若治疗师没有足够知识，便找不清自己的角色和定位，亦会使医疗团队和病人的沟通都造成了障碍，另外、试想一下，病人怎会对一个对他们病情一无所知的医疗康复从业人员投下信任及安心。

### (圖一) 常見的「心臟病」病徵



## 二) 对「慢性疾病的自我管理」的内涵了解不深，亦未能善用有实证基础的辅导方法及心理治疗手法

「慢性疾病的自我管理」是世界卫生组织建议对处理慢性疾病的处理手法。目的在提高患者管理心脏疾病的知识和技能，包括病理学，药物、健康饮食、运动、日常生活技巧和压力管理等方面着手，把相关知识和技能，融入应用于日常生活中，构建健康生活方式，类似生活重整的概念。目标很清晰易明，过往医疗团队多集中应用教育模式，办讲座、制作教育册子和短片，很多病人或市民都知道多了，但知易行难，有部份市民未有参与，亦有部份市民尝试过，但最后未能持之而恒，都是常常发现的问题。若要持之以恒、就需要有很强的**内在动力**，有部分患者，亦因一些思考上之**診误** (表一) 而做一些不正确之选择，再者成功重点在于患者对**执行相关技考的自信心**，而自信心的建立是必要透过实践，不单止是听或知，荀子曰：「不闻不若闻之，闻之不若见之，见之不若知之，知之不若行之；学至于行之而止矣」。在应对内在主动力和解除谬误的问题上，较成熟的处理技巧有「动机式访谈法 (motivational interviewing, 简称 MI)」及「认知行为治疗 (Cognitive Behavioral Therapy, 简称 CBT)」。

「动机式访谈法」(MI) 旨引导案主解决有关改变的矛盾心态，消除抗拒改变的因素，并促进自我探索及提升内在改变动机，帮助案主做出想要的改变。处理个案的矛盾心态会按部就班，由联系、重点、诱发动机、共研可执行性的行动目标、时间表、执行信心和所需辅助，每一步骤都有清楚目标。介入手法和技巧主要应 OARS 及配合敏锐的灵听技巧。灵听必需要敏锐，因为于同一时间内，治疗师要记得内容、分釋内容、同时也要选择合适的反应，动机式访谈法于前期 IOT 刊物也曾介绍过。

表一 于心脏病病人中一些常见诊误

谬误一：	没有症状等于没有心脏病、不用做运动或控制饮食了？	实况一：	未改变生活习惯，如继续吸烟、大吃大喝，吸取过量胆固醇和脂肪，心脏病复发机会十分高。
谬误二：	通波仔开通心脏血管就可以医好冠心病，不用配合其他复康工作？	实况二：	通波仔只能物理性开通血管，控制三高才能改善长远心血管健康。更重要的是，已接受支架放置的患者须服食至少一年的双抗血小板药。
谬误三：	不少人质疑，患上心脏病、高血压或高血脂等心血管问题，正要服用药物控制病情，甚至需要做「通波仔」、「搭桥」等手术，还能够做运动吗？	实况三：	心脏复康训练不单改善心脏功能，帮助患者控制血糖、血脂，还减低复发风险。研究显示，心脏复康训练有助降低心脏病死亡率约 20%至 27%，能显著提升患者生活质素。

处理诊误或误解，直斥其非未必可以得到予其的效果，善用 CBT 的原则与技巧可能更有成效。认知行为治疗 (CBT) 建基于了解个案的想法、观念和态度，对个案情绪和行为的影响，它背后的理论有两个假设。第一，我们都受到自动化思维 (automatic thoughts) 的影响，这指我们都很习惯依赖同一套的思考模式去思考，有机会忽略了现实或者外在环境的其他因素，如建立了自动化负面思维，就会使我们自动地以一个悲观的角度去思考，可能会太过集中在事情的负面部分上。第二，我们的身体反应、行为和情绪等，都是因为思想而产生。例如在做运动时感到不安 (情绪)、心跳加速 (身体感觉)，可能会透过避免去做运动来减压 (行为)。在认知行为治疗中，治疗师将会和患者合作，一起解决患者的心理问题。治疗师会先为患者进行评估，与患者一起分析问题，包括思想、行为和情绪等，以及它们对患者的心理和生活影响，而在头几次治疗中，患者和治疗师亦可以互相确认到底这种方法是否适用于患者的问题上。

### 三) 传统的带氧运动的种类，一些病情较晚期的患者未必能应付，有需要提升多元化的运动方案

带氧运动的种类不少，常见有急步走、慢跑、游泳、登山、跳绳、踏单车、跳舞、健美操、各种球类运动等，但一些病情较晚期的患者，因未能出门到运动场而所受到限制；健身气功则可在家中练习，是一个不错选择。健身气功强调呼吸协调，亦有不少伸展动作，运动时节奏柔和缓慢，刚柔相济，讲求要顺畅、连贯。其中健身气功一八段锦有 8 个招式，属于低中强度的带氧运动，而且可锻炼全身，亦包含重心转移和平衡训练。八段锦不但能增强肌力和心肌力量，还可调畅气血、改善血管弹性、调节血压和心率、增强免疫力；加上八段锦要求意念集中，有助调节情志，当心境开朗，稳定情绪，亦有助心脏健康。

香港联合医院曾于 06 年至 08 年间，向 57 位冠心病患者进行临床研究，当中有 31 位持续 12 星期、每周不少于 5 次练习健身气功八段锦，他们在研究期间均没有入院纪录，脉搏减缓 5.3%，上压回复正常水平，下压则下降 2.9%；至于没有练八段锦的 26 位，11.5% 人在研究期间因心脏不适入院，而脉搏上升 6.4%，上下压分别上升 2.7% 及 2% (图二)。为确保指导员的质素，香港职业治疗学会亦积极邀请了国家体育总局健身气功管理中心和香港健身气功总会每年派出教练，教授职业治疗师学习健身气功的正确招式。至今已引入 4 套健身气功功法，包括易筋经、六字诀、五禽戏，八段锦，4 套气功会按病人情况才作选择。

另外在训练过程中，职业治疗师会一直监测患者的身体状况及变化，例如观察面色，还有量度血压、心率、心律、血氧饱和度等，并会不时监测患者运动时的辛苦程度，持续评估，确保运动量都适合患者，一般由低强度运动做起 循序渐进。

### (圖二) 相關於香港聯合醫院「心臟病」科進行的健身氣功研究的 新聞報導



### 总结

若职业治疗师没有足够「老年心脏病学」的知识，便成了自己的误点，例如分不清禁忌症、忽略了需要小心提防的要点，做成不知怎样去做，病人往往亦从这些细节，察觉到为什么这个治疗师与医疗团队其他的成员不同。作为一专业团体，职业治疗师应该要用开放的态度去，痛定思痛，查找不足，执行改善方案。因此，香港职业治疗协会（HKOTA）制定相关证书。课程的意图在：i) 提醒我们的专业会员「老年心脏病」患者正不断增长，和，ii) 为有关同事提供基本但必要的知识和技能，去处理相关患者。

该课程涵盖三个领域，包括：1) 心脏病学基础临床知识，2) 服务模式-概述，示例和新兴需求，以及 3) 临床技能，此外还有两个特别主题：i) 来自年轻患者群体的额外关注和、ii) 儿童心脏疾病的需求。课程的设计亦参考了美国心胸疾病「心脏复康」课程范围及指引，由于香港执业的职业治疗师进行十二个讲座，他们都具备相关经验，并在不同的公共环境中工作香港，此课程亦曾于台北及香港作网上现教授，现 IOT 正计划把相关课程推广至中国大陆的同业。



# 一所儿童医院的职业治疗服务

方少丽 香港职业治疗师

婴儿、儿童及青少年因先天或后天疾病影响，而难以达到各种生活角色的技能要求，正常地成长及参与日常活动。职业治疗师会为婴儿、儿童、青少年及其家庭提供服务，有助改善有关情况，令他们得以赶上正常发展进度，尽力发展体智能、保持健康、提升生活素质及融入社区。儿科职业治疗师非常注重家长的参与，经常协助家长了解个别病童的需要。教导家长善用子女长处，更有效地与他们沟通，从而更投入康复治疗。



服务对象为 0 至 18 岁儿童及青少年，康复治疗可以根据疾病种类作为分类

## 1. 神经发展康复治疗

- 高危婴儿筛查与早期介入（如早产、先天性心脏病）
- 大脑性麻痺
- 先天性疾病（如脊柱裂、唐氏综合症）
- 脑肿瘤
- 创伤性脑损伤
- 脑痲症
- 神经肌肉疾病（如肌肉萎縮症）
- 新陈代谢疾病
- 发展协调障碍
- 自闭症
- 发展迟缓

## 2.肌肉骨骼康复治疗

- 骨折、软组织或运动创伤
- 先天性手部畸形（如多指畸形）
- 臂丛神经创伤
- 骨科术后复康（如肌腱、神经转移等）
- 青少年风湿关节炎

## 3.心肺系统问题（紧急治疗及復康）

- 新生儿深切治疗及儿童深切治疗
  - » 口腔协调训练，为婴儿开始进食作好准备
- 先天性心脏病
- 氧气治疗
- 围手术期康复治疗



## 4.儿童纾缓治疗，让生命有限的病童减低痛楚及与家人过有意义的生活



世界职业治疗师联会在立场书中提及每个人无论甚么年龄也有生存及接受康复治疗的权利。



无论病童年齡多大，能力有多局限，我相信透过治疗及训练，孩子总会成长，找寻快乐的时光。

一个人的独立生活能力越高，自信心及社交能力也比人强。很多父母就以为孩子有长期病患或残疾，就没有希望。其实每个小生命都会带来不一样的惊喜。作为 OT 就可以教父母如何去欣赏孩子一点一滴地茁壮成长。

在一所有规模的儿童医院，职业治疗师透过全人治疗模式以家庭为本，提升病童在姿势控制、手部小肌肉、感官、认知、视觉感知及社交方面的发展。以符合与其年龄相配的成长指标，同时加强他们的日常生活活动（如进食、穿衣、整理仪容、如厕等自理行为）。为预备他们出院可回到校园生活、消闲、运动、提高玩乐能力及独立性。改善他们在家居、学校及社区的生活功能，令他们

拥有具质素、意义及尊严的生活。

职业治疗师和临床团队紧密合作沟通，为病童提供最确切有效的综合治疗。亦为照顾者提供建议及训练，提升他们照顾病童的能力及信心。

病童出院后可能仍要接受康复治疗，职业治疗师就需要协助家人及建议随访，或者转到更合适的社区康复中心跟进。

## 服务范围

- 日常生活活动评估及训练，包括自理、家居料理，社区设施使用等技能
- 口肌及进食评估及训练（包括口腔肌能、感官，进食行为问题处理）
- 婴儿感官刺激及感觉调节
- 发展评估及训练
- 手部小肌肉评估及训练
- 书写评估及训练
- 园艺治疗
- 认知及感知评估及复康
- 职前评估及训练
- 青少年生活重整课程
- 感觉统合治疗
- 建议及提供辅助器具，提升日常生活功能及独立能力
- 建议及提供减压设备，纾缓及避免压疮的形成
- 坐姿评估、建议 / 配置相关辅助器具
- 设计及制作康复支架，达至保护作用、改善功能，以至促进神经复原
- 实地探访家居 / 学校 / 工作场所，提供环境改善建议
- 疤痕处理及压力治疗
- 神经复康
- 纾缓治疗
- 游戏治疗
- 为青少年康复者提供过渡服务，例如工作评估及训练、驾驶评估，及性康复转介

## 评估及循证实践的重要

在制订治疗方案前，评估找出儿童发展迟缓的情况和成长的水平相当重要。这些资料往往可以帮助医生找出原因并对症下药。现在各方面的标准化评估工具都有，手眼协调，认知能力，感觉处理测量，自理能力都有。但治疗师仍要吸取经验才可以有效地应用这些评估工具。

华人儿童的手功能比外国孩子成长快，一般小肌肉功能评估在华人社会基本上不足够分辨华人

儿童的能力，令治疗成效及建议学校生活调适时欠缺说服力。

最近香港一群资深的儿科职业治疗师研发出一套适合华人学龄儿童（6 至 17.99 岁）的小肌肉控制能力评估工具，对手功能灵巧程度及视觉动作整合能力都可以作对比。这样，治疗目标可更有规范而且将来可作研究用途。



## 总结

让我从职业治疗的角度去总结一下。儿童健康是需要推广的。要减少将来长期病患者带给社会的负担，今天就应该帮助我们的下一代建立健康的生活模式。我们将来的生活就依赖健康成长的儿童。他们将来是如何却又取决于我们今天的前瞻。



# 大笑瑜伽在香港職業治療的應用

江乐恒 香港职业治疗师

呵呵哈哈！呵呵哈哈！非常好！非常好！Yeah!

笑声传遍每一个人心，喜悦的气氛充满个空间，这是我每一次带领大笑瑜伽小组活动的感受。多谢香港职业治疗学院院长黄会长邀请，可以在这里分享一些大笑瑜伽的要点，我是香港的注册职业治疗师江乐恒，亦是国际认可大笑瑜伽导师（Certified Laughter Yoga Teacher, Level 2, Laughter Yoga University）。

大笑瑜伽起源于印度，于1995年由Dr. Madan Kataria 医生所创立。大笑瑜伽是一种独特的概念，无需任何理由也可以大笑，即不需要你幽默、搞笑或讲笑话。大笑瑜伽其实是一种带氧运动，结合了「大笑」和「腹式呼吸」，并透过一班人一起进行的活动，令你身体和脑部有更多氧气，使你感到更加充满活力和健康。

大笑瑜伽发展至今已有30年历史，全球超过100个国家推行大笑瑜伽，包括有社福机构、学校、医院、安老院舍和不同企业。

每次大笑瑜伽的活动包括四个步骤：

- 1、大笑热身运动（Laughter warm up exercise）
- 2、大笑带氧运动（Laughter aerobic exercise）
- 3、大笑静心活动（Laughter meditation）
- 4、放松练习（Relaxation）

每次一小时的大笑瑜伽活动，得到科学的认证理论，于2017年做了一次文献探讨，大笑瑜伽可以增强人体免疫力系统、改善情绪、增加自信心以及提升生活质素与幸福感。在工作场所，大笑瑜伽提升员工的士气、抗逆力及个人效能信念，整体上能提升工作效率。

<a href="#">Decaro et al.</a>	2016	Caregivers and patient with <b>Parkinson's Disease</b>	Wellness scale
<a href="#">Sura-Narayan et al.</a>	2011	<b>Stroke Survivors</b>	PANSS, BP and Blood sugar level
<a href="#">Bennett et al.</a>	2015	<b>Hemodialysis patients</b>	Mood, lung function and blood pressure (NS)
<a href="#">Dolgoff-Kaspar et al.</a>	2012	Awaiting <b>Organ transplant (6)</b>	Mood level
<a href="#">Shahidi et al.</a>	2011	<b>Elderly depressed women</b>	GDS
<a href="#">Proyer et al.</a>	2012	Commentary <b>Shahidi paper</b>	Scientific Basis before RCT
<a href="#">Modabbernia et al.</a>	2012	Reply Commentary <b>Shahidi paper</b>	Defense "benefit" doesn't mean promising results
<a href="#">Herzog et al.</a>	2015	<b>Oncologic patients</b>	QOL & Immune Cells markers
<a href="#">Farifteh et al.</a>	2014	<b>Cancer patient before chemotherapy</b>	Stress level
<a href="#">Kim et al.</a>	2015	<b>Oncology out-patient</b>	Decrease mood disturbance and improve self-esteem
<a href="#">Telles et al.</a>	2013	<b>Children with depressive features</b>	Total, General, personal Self-esteem improve
<a href="#">Ghodsbin et al.</a>	2014	<b>Elderly</b>	General Health using GHQ-28
<a href="#">Yazani et al.</a>	2014	<b>Nursing students</b>	General Health

图片为2020年香港职业治疗学会分享会的文献探讨大笑瑜伽与不同病症的研究摘要

2015 年取得国际认可大笑瑜伽导师后，在香港成立一个大笑俱乐部，于社区各大机构举行超过 200 场大笑瑜伽活动，服务过精神病康复者以及认知障碍症长者，个案的回应十分正面，其中一场治疗小组，由于活动的过程尽量鼓励有交流，需要有一些手拖手的动作，有个男病人说第一次可以与治疗师好像朋友一样地活动。除此之外，活动过程需要做腹式呼吸，有个认知障碍症患者同时患有抑郁症，他觉得可以呼出所有闷气，过程中情绪也有好转。

现在基本上时常都需要戴口罩，透过大笑瑜伽的活动，希望大家能找到心中的喜悦，COVID-19 疫情快一点完结，可以再一次见到大家的笑容。

以下图片为大笑瑜伽领袖培训班



以下图片为大笑瑜伽热身互动的部分



以下图片为大笑瑜伽带氧运动游戏



以下图片为精神健康基金会大笑瑜伽体验活动



以下图片为大笑瑜伽香港电台访问片段



#### 参考文献:

1. Ko, H. J., & Youn, C. H. (2011). Effects of laughter therapy on depression, cognition and sleep among the community - dwelling elderly. *Geriatrics & Gerontology International, 11*(3), 267-274.
2. Shahidi, M., Mojtahed, A., Modabbernia, A., Mojtahed, M., Shafiabady, A., Delavar, A., & Honari, H. (2011). Laughter yoga versus group exercise program in elderly depressed women: a randomized controlled trial. *International journal of geriatric psychiatry, 26*(3), 322-327.
3. Ghodsbin, F., Ahmadi, Z. S., Jahanbin, I., & Sharif, F. (2014). The effects of laughter therapy on general health of elderly people referring to jahandidegan community center in Shiraz, Iran, 2014: a randomized controlled trial. *International journal of community based nursing and midwifery, 3*(1), 31-38.
4. Leber, D. A., & Vanoli, E. G. (2001). Therapeutic use of humor: occupational therapy clinicians' perceptions and practices. *American Journal of Occupational Therapy, 55*(2), 221-226.

# 2021

## International Occupational Therapy Conference

### 国际作业治疗研讨会

中国·成都

会议主题： **创新、融合、智慧、生活**

会议日期： 2021年08月19日 - 22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/2021iotc>

#### 主办机构

香港职业治疗学院

成都康复医学会

四川省康复治疗师协会作业治疗师分会

#### 承办机构

成都市第二人民医院

#### 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）

四川大学华西医院华西康复医学中心

四川卫生康复职业学院

成都顾连康复医院

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



#### 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)

苏文渊先生（会务咨询）：+86 028-67830673, +86 13618018303

**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等

### 会议专题及征稿范围：

创新、融合、智慧、生活、神经康复、老年及养老康复、社区康复、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

### 征文要求：

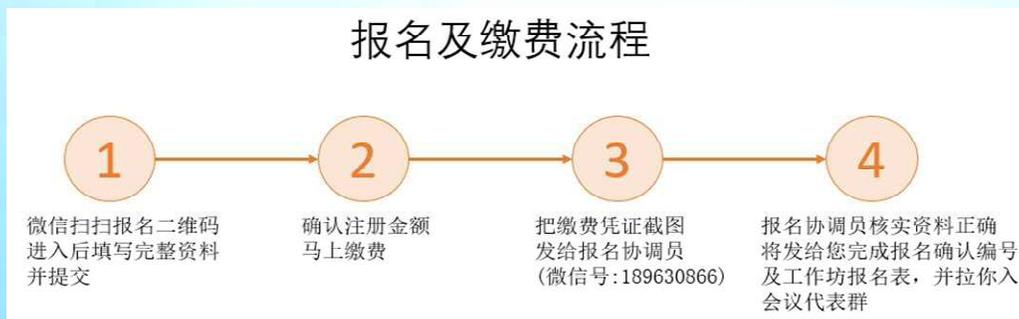
- 中文摘要 300 字以内，英文摘要 500 字以内。
- 所有论文投稿者（含大陆、港澳台、国际）必须透过会议网站，按要求网上投稿，请登陆大会网站 <http://www.hkiot.org/2021iotc/>完成编辑。
- 论文投稿截止日期：**2021 年 6 月 20 日**，录取结果将于 **2021 年 7 月 10 日**公布。
- 论文入选者，符合奖学金申请资格的作者，可申请奖学金。

### 会议费用：RMB

参加者身份	正常报名2021/07/31 18:00截止	现场注册
一般参会代表	1500	1800
专题讲者	1200	/
主/承办机构会员	1200	1800
OT 全日制学生	600	800

### 会议注册及缴费：

A. 中国大陆所有参会代表，请通过微信平台扫码  注册。具体操作步骤如下：



### 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，欢迎各展商来电详询：苏文渊 先生：+86 136 1801 8303，张涛 先生：+86 186 0802 2057

**特别鸣谢：**

**中华电子期刊编委会：**

- 黄锦文  
• 香港职业治疗学院
- 张瑞昆  
• 台湾高雄长庚医院
- 林国徽  
• 广州市残疾人康复中心
- 李奎成  
• 宜兴九如城康复医院
- 陈少贞  
• 中山大学附属第一医院
- 闫彦宁  
• 河北省人民医院
- 杨永红  
• 四川大学华西医院
- 朱毅  
• 郑州大学第五附属医院

**本期供稿作者：**

新加坡职能治疗师协会	王玉龙	邱卓英	邱服冰	郭凤宜		
杨晓龙	黄锦文	陈宝珊	闫瑾	马丽虹	李奎成	侯伟倩
郭佳宝	朱毅	伊文超	欧海宁	罗庆禄	张燕妮	邱雅贤
廖宇君	赖小松	林强	刘奕君	王宁华	吴显波	方少丽
江乐恒	王琳					

**本期责任编辑：黄锦文**

**责任编辑：王琳**

**E-mail: [hkiot@hkiot.org](mailto:hkiot@hkiot.org)**

**Website: [www.hkiot.org](http://www.hkiot.org)**

**HKIOT**  
Institute