

本期主編－黃錦文
責任編輯－王琳

中華 OT 電子期刊

The Chinese OT e-Newsletter

2021 年 6 月刊

本期專題：ICF 與 OT

內地 OT 教材與科研狀況

內地 OT 教育新篇

香港 OT 新發展

中 國 傳 統 佳 節

主編寄語

大家好！祝大家端午節快樂，值此佳節收穫去年努力的成果，奪得錦鏢！「中華 OT 電子期刊」自 2006 年出版，2011 年復刊以來，已超過 30 期了！近年得各編委的努力，每期的內容都非常豐富。從去年開始，得到陳福強先生的幫助，把以往的期刊加上索引，大家可以在學院的網頁上很容易地找到有興趣的文章觀看。今期的內容非常精彩，在約稿時已很興奮，因可邀請一些同行分享他們在某些領域的心得！

因緣際會，我聯絡上 2005 年曾參加青島 OT 國際會議的新加坡代表，在她的幫助下，我們邀請到新加坡職能治療師協會為我們寫一篇文稿，介紹新加坡職能治療的過去、現在和未來。希望日後有更多的新加坡同行在這裏與我們分享。王玉龍醫生及團隊在 2009 年開始研發“龍氏生活自理能力評定量表”，此量表已被國家標準化委員會正式批准該評定方法為國家標準，有關此量表的科研更被“Clinical Rehabilitation”期刊接納刊登。我們有幸邀得王醫生親自撰寫文分享。

今期我選擇了“ICF”作為期刊其中一個專題，雖然以前期刊也有關於 ICF 的文章，但這次我請到 ICF 的殿堂級人物——邱卓英教授與我們分享。邱教授是 WHO 有關 ICF 事項的中國代表，是 ICF 專家中的專家，他掌握了第一手的 ICF 資料。他這次更聯同郭鳳宜教授等寫了一篇結合 OT 與 ICF 的文章與大家分享！我也來湊湊熱鬧，寫了一篇 ICF 給我的啟發，文章也分享了一些 ICF 在香港 OT 發展的歷史。在這專題裏，也邀得陳寶珊博士寫了一篇有關脊髓損傷患者 ICF 檢查表的應用，這課題是她的研究領域，她的分享有重要的學術價值。另外，我們也收到山東中醫藥大學閔瑾同學和馬麗虹老師有關 ICF 模式用在帕金森症的文章，寫得很用心，年青人朝氣勃勃，最難得是有心，是作業治療的將來，我們歡迎及需要年青 OT 的投稿。

有關內地 OT 的發展，我也邀請了重量級人物給我們分享。首先是李奎成院長介紹了內地 OT 教材的歷史和發展。很欣慰聽到他們正在努力地編寫和翻譯 OT 教材，約有十多本 OT 教材將會在這一、兩年內面世！朱毅教授在內地康復期刊出版科研報告的數目名列前茅，他積極推動內地年青 OT 進行科研。這次他搜集了過去及近年 OT 在科研上的方向和領域，給大家繼續在科研路上帶領方向。

內地 OT 教育也傳來好消息，又多兩所大學的 OT 課程在去年得到了 WFOT 的認證，包括南京醫科大學和廣州醫科大學。很開心請到這兩個課程的老師撰稿，介紹他們課程的特色。這次認證的另一特點，是由中國康復醫學會作業治療事業委員會負責，聽說來年還有多個 OT 課程在申請認證！另一個大家關注的 OT 課程是北京大學與美國南加州大學合辦的碩博培訓課程，蘊釀多年後已正式開課，我在 2019 年路過北京時也聽了他們一節課，我覺得老師和學生都非常優秀，所以我也請了負責這課程的王甯華教授、劉奕君老師和學生與大家分享。

香港方面，我邀請了 3 位同行分享在 OT 相對新的發展項目。首先是吳顯波博士，他在胸肺康復工作多年，近年更關注心臟病患者的康復，他與團隊多次在香港及臺灣舉辦工作坊，推動 OT 在這領域的工作。方少麗老師是香港兒童醫院職業治療部的主管，由她來介紹 OT 在兒童醫院的角色最為合適！江樂恒老師拿了“大笑瑜伽”導師的認證，他的分享可啟發我們利用不同知識及技巧於 OT 的治療中！

最後，請各位多關注 2021 年在成都舉辦的 2021 國際作業治療研討會，這次會議的內容非常精彩，不容錯過！希望疫情儘快過去，我們可以面對面交流和分享！

黃錦文 2021 年 6 月



期刊目錄

新加坡：职能治疗.....	1
.....新加坡職能治療師協會	
失能等级划分的国家标准-龙氏量表.....	Error! Bookmark not defined.
.....王玉龍	
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 ¹ 邱服冰 ² 郭鳳宜 ³ 楊曉龍 ¹	
我对 ICF 的认识、反思及与 OT 概念结合的历程.....	Error! Bookmark not defined.
.....黃錦文	
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.....	17
.....陳寶珊	
基于 ICF 模式的帕金森病作业治疗应用分析.....	Error! Bookmark not defined.
.....閔瑾 馬麗虹	
中国内地作业治疗教材发展策略与现状.....	28
.....李奎成	
中国作业治疗科研发展掠影.....	Error! Bookmark not defined.
.....侯偉倩 郭佳寶 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.....	44
.....歐海寧 羅慶祿 張燕妮 邱雅賢 廖宇君 賴小松 林強	
北京大学医学部作业治疗方向硕士项目发展介绍.....	48
.....劉奕君 王寧華	
职业治疗师能抓住「心脏復康」的机遇吗?.....	Error! Bookmark not defined.
.....吳顯波	
一所儿童医院的职业治疗服务.....	578
.....方少麗	
大笑瑜伽在香港职业治疗的应用.....	Error! Bookmark not defined.
.....江樂恒	
2021 國際作業治療研討會會議通知及徵文通知.....	66





新加坡職能治療師協會

新加坡：職能治療

過去，現在，未來



新加坡職能治療師協會主辦的部門負責人會議， 2019

Article written by SAOT on June 2020

雖然職能治療始於早期 1900 年代，唯有在第 2 次世界大戰過後，職能治療服務才在我國首次開始。首批來到新加坡的職能治療師來自於英國。他們在 1950 年代的新加坡中央醫院開始提供職能治療服務。之後，新加坡衛生部漸漸發覺到培訓本地人為職能治療師的重要性，所以新加坡政府開始提供獎學金以支援本地的學生到英國以及澳大利亞完成他們的職能治療學位。



職能治療師使用治療性活動促進病人的肩膀關節活動度，新加坡中央醫院，1959年

職能治療服務在新加坡已有近 70 年之久。職能治療專業本身經歷了巨大的變革，從一開始被認為是編織竹籃的專家，到現在成為一項被普遍認可的專業，服務個案的年齡層和不同的病患，專精提供全人性化的服務以支援個案參與有意義性的職能活動。

新加坡職能治療的成長與茁壯

新加坡在 1950 年代，從只有少數的職能治療師，發展至目前，有 1300 多位執業登記的職能治療師。透過早期職能治療先驅們的遠見、智識和毅力，這項服務與行業才能在幾十年來不斷地發展。過去幾十年來，我們在專業認同、代表性、專業教育和專業能力上，進展成果豐碩。

新加坡職能治療師協會

在 1970 年中期，我們職能治療先驅們開始討論成立專業協會，以代表職能治療為一個獨立的專業。自從協會成立以來，協會透過創造職能治療臨床準則，為個案和群體的權益發聲提供繼續教育以及支持臨床研究以達成塑造。這也能領導職能治療專業的品質以及促進使用職能治療服務的宗旨。

新加坡職能治療師協會持續在國際和新加坡國內代表職能治療專業，譬如世界職能治療師聯盟、亞太職能治療區域小組和東亞會議(East Asian Exchange Meeting)。



林副教授在 2019 年東亞會議上發表簡報



講者與參與者在 2019 新加坡職能治療會議的合影

除了代表職能治療專業以外，協會也舉辦一系列的活動和會議，以支持專業的發展，例如在多種職能治療次領域組成特殊興趣小組，並定期分享各種職能治療主題，以及多種繼續教育的專業訓練。除此之外協會定期舉辦新加坡職能治療會議。2019 年在國際疫情爆發之前的幾個月，我們舉辦了第十屆新加坡職能治療會議。

專業執業法案

在 2013 年 4 月，職能治療、物理治療與語言治療一起成為向新加坡政府登記的健康專業。這個職業登記的法案讓職能治療師與其他專業人士，如醫生和牙醫，受到政府的監督和管理。新加坡當地剛畢業的職能治療師，以及在國外獲得學位的職能治療師都需要在受監督之下執業(conditional registration)一到兩年。他們需要展現安全性跟專業能力，才能成為完全受認可(full registration)的職能治療師。

本地職能治療師訓練

因為本地職能治療師在醫院跟社區醫療系統裏的需求日益增加，新加坡職能治療師協會和新加坡物理治療師協會在 1980 年代後期共同促請衛生署成立新加坡本地的訓練課程以滿足本地人力的需求。

新加坡第一個職能治療師學程於 1992 年在南洋理工學院 (Nanyang Polytechnic, NYP) 成立。一開始這個課程是根據悉尼大學的課程改編。這個學程順利地並且持續地獲得世界職能治療師聯盟的認證。這個學程從 1992 年到 2018 年間培訓了 25 屆的畢業生。



第一屆南洋理工學院職能治療師學程的畢業生和講師

Photo credit: Mr Patrick Ker

在多年努力爭取之下，在 2016 年，新加坡理工大學成立了四年制的職能治療師學程。從當初南洋理工學院第一屆的 13 位畢業學生，到目前新加坡理工大學每屆入取超過 100 位學生，新加坡的職能治療師人力將會快速增長。



新加坡理工大學第一屆畢業生的照片 Photo credit: Prof Tan Bhing Lect

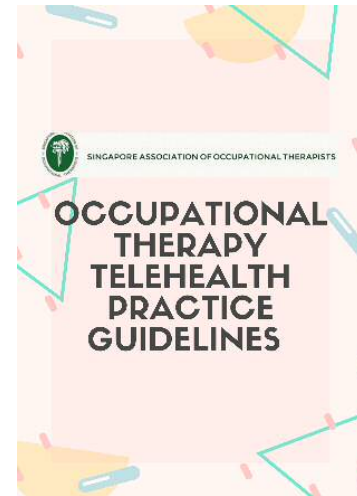
未來展望

對國家以及職能治療專業而言，新冠肺炎創造了前所未有的挑戰。不過值得慶倖也非常激勵人心的是，過去一年半之間，我們看到職能治療師的創造力、毅力和職能治療師跨領域整合。



職能治療師在新加坡各地的篩檢站協助篩檢工作

在疫情的高峰之際，很多職能治療師挺身而出支持醫療體系所需，例如透過做為肺炎篩檢工作人員或者是使用遠距醫療系統繼續為個案提供服務。



我們會繼續同心協力地發展專業，提供高品質及有效的職能治療服務，以及專注於發展專業的代表性、專業性，以及倡議參與有意義活動的重要性。

失能等級劃分的國家標準-龍氏量表

王玉龍 深圳大學第一附屬醫院

龍氏生活自理能力評定方法是 2009 年由深圳大學第一附屬醫院王玉龍康復團隊研發，其中“龍氏生活自理能力評定量表”（Longshi Assessment Scale of Activities of Daily Living，簡稱 LSADL）是根據 2013 年 3~5 月對 1960 名深圳市戶籍肢體殘疾人需求調查的結果制定的，隨後在上海、深圳、重慶和昆明等地進行了試用，結果顯示該評定方法評定結果準確、操作方法簡單、便捷，整個評定流程標準化，不僅專業人員可以使用，而且非專業人員也可以使用，節約了醫療資源。2018 年 12 月 28 日國家標準化委員會正式批准該評定方法為國家標準（GB/T37103-2018）。

一、基本理念

該評定方法的基本理念是認為人的能力與其活動範圍相關，活動範圍越大，其能力越強。由此，我們根據人的活動範圍將人分為活動範圍不同的三個群體，即床上人、家庭人和社會人。上述三個群體人的活動能力隨著活動範圍的擴大依次增強：①床上人：僅可在床上活動的人群；②家庭人：能主動下地或轉移到輪椅上，可在家庭環境中自主活動（包括乘坐輪椅），但不能主動轉移到戶外活動的人群；③社會人：能主動下地或轉移到輪椅上，並可主動轉移到戶外活動（包括乘坐輪椅）的人群。

二、生活自理能力等級劃分

以關鍵字“能不能下床”“能不能到戶外”為線索，以床上、家庭和社區三個活動範圍為基礎，將功能障礙者的生活自理能力分為生活完全不能自理、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 個等級，具體內容如下：①生活完全不能自理：功能障礙者僅有極少量的主動運動或完全不能運動，活動範圍局限於床上，不能完成床椅轉移；②生活基本不能自理：功能障礙者活動範圍局限於床上，可獨立完成床上部分活動，但不能完成床椅轉移；③生活小部分自理：功能障礙者可以完成下床或者床椅轉移，在幫助下能完成家庭環境中的小部分活動，而不能主動轉移到戶外（受制於本身或環境）；④生活大部分自理：功能障礙者可以完成下床或者床椅轉移，能獨立完成家庭環境中的大部分活動，而不能主動轉移到戶外（受制於本身或環境）；⑤生活基本自理：功能障礙者可以主動轉移到戶外，在幫助下能完成戶外環境中的小部分活動；⑥生活完全自理：功能障礙者可以主動轉移到戶外，能融入到社區生活中，學齡兒童可以在普通學校就讀，成人實現就業，老人在無他人照料的情況下可以獨立生活。

三、生活自理能力等級評定

（一）床上人生活自理能力評定

1.大小便 1分：大小便時既沒有感覺，也不能控制；2分：大小便時有便意，但控制能力差，每日出現不止1次大小便失禁；3分：大小便時可自行使用便盆或尿套、尿袋。

2.進食 1分：需要他人幫助進食（經鼻飼管或經口）；2分：借助輔助器具的幫助可以自行進食；3分：無需輔助器具可自行進食。

3.娛樂 1分：被動聽廣播、看電視或他人說話；2分：主動要求聽新聞、看電視、電腦等；3分：可獨立使用工具獲取娛樂、休閒資訊。

適用於不能主動下床的評定對象（包括乘坐輪椅），4分以下為生活完全不能自理，代表評定對象僅有極少量的主動運動，甚至於完全不能運動；4~9分為生活基本不能自理，其中4~6分代表評定物件在幫助下能完成床上的部分活動，7~9分代表評定物件能獨立完成床上的大部分活動。具體評定專案參見圖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
QR Code

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 _____

不能 No

能 Yes

表1 (床上人)
Form1 (Bedridden Group)

表2 (家庭人)
Form2 (Domestic Group)

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	大小便控制 Bowel and bladder control	1分 1 Point	2分 2 Points	3分 3 Points	1分 1 Point	2分 2 Points	3分 3 Points	评定结果 Assessment Results 床上人 Bedridden Group <4分 <4 Points 生活完全不能自理 Complete Dependence 4-9分 4-9 Points 生活基本不能自理 Slight Dependence 总分 Total
进食 Feeding	1分 1 Point	2分 2 Points	3分 3 Points	1分 1 Point	2分 2 Points	3分 3 Points		
娱乐 Entertainment	1分 1 Point	2分 2 Points	3分 3 Points	1分 1 Point	2分 2 Points	3分 3 Points		
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	如厕 Toileting	1分 1 Point	2分 2 Points	3分 3 Points	1分 1 Point	2分 2 Points	3分 3 Points	评定结果 Assessment Results 家庭人 Domestic Group <4分 <4 Points 生活小部分自理 Part Dependence 4-9分 4-9 Points 生活大部分自理 Part Independence 总分 Total
个人清洁 Personal hygiene	1分 1 Point	2分 2 Points	3分 3 Points	1分 1 Point	2分 2 Points	3分 3 Points		
家务 Housework	1分 1 Point	2分 2 Points	3分 3 Points	1分 1 Point	2分 2 Points	3分 3 Points		
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	小区锻炼 Exercise in community	1分 1 Point	2分 2 Points	3分 3 Points	1分 1 Point	2分 2 Points	3分 3 Points	评定结果 Assessment Results 社会人 Community Group <4分 <4 Points 生活基本自理 Slight Dependence 4-9分 4-9 Points 生活完全自理 Complete Independence 总分 Total
购物 Shopping	1分 1 Point	2分 2 Points	3分 3 Points	1分 1 Point	2分 2 Points	3分 3 Points		
活动参与 Participating in activities	1分 1 Point	2分 2 Points	3分 3 Points	1分 1 Point	2分 2 Points	3分 3 Points		
评定者 (Evaluator) : _____ 评定日期 (Date) : _____								

版权所有 盗版必究

圖 1 龍氏量表評定方法

(二) 家庭人生活自理能力評定

1.如廁 1分：全程在他人幫助下，於房間內使用坐便椅或其他工具就近完成大小便；2分：可在他人或輔助器具幫助下到洗手間完成大小便；3分：可自行到洗手間完成大小便。

2.清潔 1分：在他人完成準備工作後可在臥室中獨立完成修飾活動（刷牙、洗臉、剃須、化妝等）；2分：在他人完成準備工作後可在臥室中獨立完成擦身清潔等活動；3分：可獨立到洗手間完成洗澡活動。

3.家務 1分：可協助家人完成部分家務活動，如盛飯、端碗等；2分：可借助輔助器具獨立完成熱飯、掃地等較簡單的家務活動；3分：可獨立完成做飯、炒菜、煲湯等較複雜的家務活動。

適用於能主動下床、不能主動轉移到戶外的評定對象（包括乘坐輪椅），4分以下為生活小部分自理，代表評定物件在幫助下能完成部分家庭環境中的少部分活動，4~9分為生活大部分自理，代表評定物件可以獨立完成家庭環境中的大部分活動，其中4~6分代表評定物件僅能在家庭部分環境中活動，7~9分代表評定物件可以在家庭所有環境中活動。

(三) 社會人生活自理能力評定

1.社區鍛煉 1分：可在他人監護下到社區進行鍛煉；2分：可利用輔助器具自行到社區進行鍛煉；3分：無需輔助器具或他人監護，能自行到社區進行鍛煉。

2.購物 1分：可利用互聯網等通訊工具進行網上購物；2分：可在他人監護下到超市等場所購物；3分：可自行步行、騎車、坐公車或駕車到超市等場所購物。

3.社區活動 1分：可利用通訊工具與親朋好友交流；2分：可利用輔助器具或在他人監護下參與棋牌類等低強度的活動；3分：可獨立參與、組織集體活動，如喝茶、聚餐等。

適用於能主動轉移到戶外的評定對象（包括乘坐輪椅），4分以下為生活基本自理，代表評定物件在幫助下能完成戶外環境中的小部分活動，4~9分為生活完全自理，能融入到社區生活中，其中4~6分代表評定物件僅能在社區部分環境中活動，7~9分代表評定物件可以在社區所有環境中活動。

四、評定流程

具體內容見圖 2。

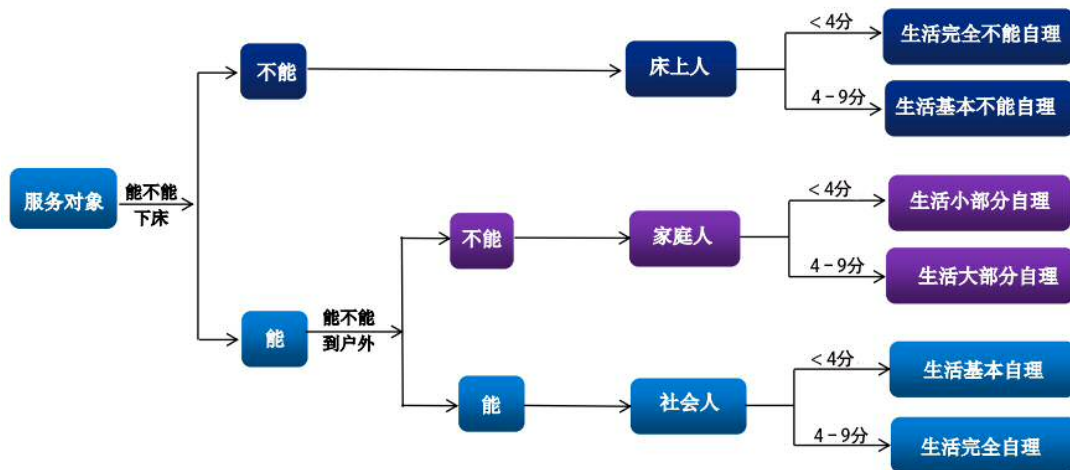


圖 2 LSADL 的評定流程

五、應用價值

2018年8月16日-2020年5月1日在全國23個省、103家單位參與的多中心研究累計完成病例15255例，結果顯示在以下領域有重要意義。

(一) 準確、快速、簡便地辨識人的生活自理能力，已成為失能等級劃分的國家標準。先區分“床上人”“家庭人”還是“社會人”，然後根據各自人群的功能狀態，可以快速地識別出屬於“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”還是“生活完全自理”，整個過程約10秒鐘完成，不需要任何特別的設備。

(二) 專業人員與非專業人員的使用具有相同的效果。該量表評定專案的內容是情景圖示，專業人員和非專業人員均可以理解、判斷。研究證明，康復專業人士的使用與非專業人員的使用具有相同的效果。

(三) 可以通過“LSADL”建立的失能等級評定模型，可以瞭解老年人羣中生活自理能力各個等級的比例。隨著年齡的增長，老年人生活自理能力發生變化；同時，通過分析引起失能的原因，瞭解導致不同功能等級的病因，從而為疾病和失能的預防提供重要的依據。

(四) 為醫療機構護理人員的配置提供合理的依據。因為不同失能等級的患者比例在護理人員的配置中起決定作用，而“LSADL”可以準確、快速地瞭解醫療機構中患者不同生活自理能力的比例，從而為護理人員的配置提供可靠的依據。

(五) 為醫療保險的償付提供一種新的標準。無論是單病種核算，還是DRGs收費，都有一個明顯的缺陷，即未與患者的功能恢復、療效掛鉤，而通過“LSADL”對患者治療前、後的比較，就可以快速地瞭解患者的功能恢復程度，為醫保償付提供依據。

(六) 通過實施遠端評定可節約醫療資源。目前評定一個患者的生活自理能力，不僅需要醫務人員參與，還需要醫務人員和患者面對面交流，進行現場評定，而“LSADL”可通過遠端視頻，可由醫務人員或者非醫務人員單獨進行評定，節約了醫療資源，提高了評定的效率。



基於《國際功能、殘疾和健康分類》的作業治療： 背景、理論架構與方法體系

邱卓英¹ 邱服冰² 郭鳳宜³ 楊曉龍¹

1. 世界衛生組織國際分類家族合作中心，北京市 100068
2. 深圳大學（體育部）體育與健康研究中心，深圳市
3. Visiting Professor, Indiana University School of Medicine, USA

作者簡介：邱卓英(1962-)，博士，研究員，教授，世衛組織國際分類家族中國合作中心聯合主任，WHO-FIC 網路功能和殘疾專家委員會委員，世界衛生組織《國際功能、殘疾和健康分類》（國際中文版）協調人、世界衛生組織-世界銀行《世界殘疾報告》國際編委、世界衛生組織《健康服務體系中的康復(2017)》指南制定小組專家，主要研究方向：ICF、康復心理學、殘疾研究、康復科學、康復資訊。

1 背景與理論架構

世界衛生組織(World Health Organization, WHO)聯合相關衛生組織和機構頒佈了很多有關健康促進、殘疾保障和康復服務的報告與指南檔。這些檔均強調發展康復服務，提高康復服務覆蓋率，提升康復服務的品質和安全性，並且從國際政策角度，提出在健康服務體系中發展康復服務的重要性。《世界殘疾報告》分析全球殘疾發展現狀以及殘疾相關服務；“全球殘疾問題行動計畫”根據《世界殘疾報告》的政策建議要求，制定了國際殘疾和康復發展的規劃，要求改善殘疾人健康、功能和福祉，推動殘疾人康復相關的理論研究。“康復 2030：行動呼籲”要求發展康復服務，促進實現聯合國 2030 可持續發展目標三全民健康覆蓋相關目標要求。在此基礎上，WHO 還發佈《健康服務體系中的康復行動指南》為現代康復服務的規劃和發展提供行動依據和方法工具。

康復是有健康狀況的個體在與環境交互過程中降低殘疾，實現預防功能喪失、減緩功能喪失速度、改善或恢復功能、代償喪失功能以及維持現有功能的目標，使個體功能最大化。健康狀況包括疾病(急性或慢性)、異常、損傷或創傷，也包括其他一些狀況，如懷孕、老齡化、應激、先天異常或遺傳基因易感性等。2017 年 WHO 發佈《健康服務體系中的康復》作為康復的政策指南，宣導康復服務是現代健康服務的重要組成環節，要形成健康促進、預防、治療、康復和姑息治療的完整健康服務體系，提高康復服務的可獲得性、可負擔性和公平性，使康復服務惠及更多有需求的物件，必須將康復服務納入健康服務體系。

作業治療作為康復服務的重要組成部分，在堅持以功能為核心的功能導向原則下，不僅關注身體結構與功能，更關注個體的活動及參與能力，並進一步強調了個體作業活動與環境因素的交互。在世界作業治療師聯合會（World Federation of Occupational Therapists, WFOT）關於作業治療的定義中明確指出，作業治療的首要目標是使個體能夠更好地提高日常生活活動參與，並通過與個體及社區間的協作來提高他們想要、需要或期待從事某類型作業活動的能力，或對作業活動內容甚至所處環境的調整來優化個體的作業活動參與。

根據聯合國《殘疾人權利公約》要求，WHO 依據《世界殘疾報告》中對地區、國家以及國際針對殘疾問題應採取行動提出的建議，採用《國際功能、殘疾和健康分類》(International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF)的理論與方法，並將 ICF 作為功能和殘

疾的核心分類。《國際物理和康復醫學會白皮書》對康復進行了系統說明，指出運用 ICF 的理論和方法，對功能和功能障礙進行命名、定義和分類，宣導在康復服務的評估、診斷、干預和結局評估過程中，全面系統運用 WHO 國際健康分類家族(World Health Organization Family International Classifications, WHO-FICs)的分類工具，提高康復治理和康復服務品質，其中 ICF 的應用尤為重要。

在康復領域，ICF 已經在政策發展、臨床和服務應用、管理和資訊應用，以及殘疾調查和流行病學研究等領域得到廣泛應用，其總體目標是提供一種統一的術語來描述功能以及與健康相關的狀態、結果和決定因素，可在全世界衛生和社會服務等各專業中使用。運用基於 ICF 的功能、殘疾和健康理論，對康復服務中的作業治療進行標準化描述，從身體、個體及環境 3 個層面指出了作業治療在身體結構與功能、活動和參與以及環境交互重的重要應用，並構建了基於 ICF 的作業治療理論架構。

2 基於 ICF 的作業治療體系建設

根據 WHO 在《世界殘疾報告》中基於 ICF 對康復的核心定義為：康復是“幫助經歷著或者可能經歷殘疾（功能障礙）的個體，在與環境的相互作用中獲得並維持最佳功能狀態的一系列措施”。康復作為一項重要的健康策略，是現代健康服務的重要組成部分，在預防、治療、康復和健康促進健康服務連續體中有著重要的作用。運用基於 ICF 的康復理論模式研究與體系建設，具有重要的理論意義和方法學的指導作用，基於 ICF 的理論模式可以構建有關康復服務中作業治療應用的理論體系，涉及作業治療的服務物件和主要功能障礙、主要干預措施和方法以及作業治療干預結局和效果評估等。見圖 1。

WHO 頒佈 ICF，將健康狀況中的功能和殘疾相關因素進行了整體分類，同時建議與國際疾病分類(International Classification of Diseases, ICD)和國際健康干預分類(International Classification of Health Intervention, ICHI)構成國際健康分類標準體系。ICF 的頒佈意味著從關注於疾病發展到關注功能和生活品質以及情景性因素影響。基於 ICF 的作業治療體系建設時，首先採用基於 ICF 的健康模式，即生物-心理-社會的健康模式，ICF 從健康和總體幸福感的角度，分析健康與功能狀態、健康與殘疾以及健康與環境之間的相互關係，建立基於生物-心理-社會模式的健康、功能和殘疾新模式，強調健康是個人身體功能與結構、活動和參與以及環境因素交互作用的結果，這與作業治療中對個體功能狀態、活動、參與及其環境因素影響的關注視角相符，此外，作業治療服務應基於 ICF 模式，進一步擴大對環境的概念性考慮，從而在關注個體當前環境的同時，充分考慮外部環境，如社會政策、組織架構服務等。此外，為進一步促進基於 ICF 的作業治療體系建設，作業治療師對 ICF 知識領域的瞭解及應用十分重要，儘管 WFOT 早已將 ICF 作為作業治療師的大學教育課程，但在作業治療的臨床應用中，知識水準上的不一致也成為了 ICF 在作業治療領域廣泛應用的限制。

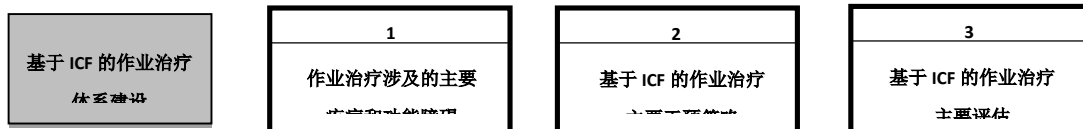


圖 1 基於 ICF 的作業治療應用體系建設

3 基於 ICF 的功能障礙分析

根據 ICF 有關功能和殘疾的理論架構，將功能定義為人類功能特定領域的集合，包括身體功能、身體結構、活動和參與，以及與人類功能密切相關的環境因素。從分類體系看，ICF 分類共兩個部分，四種成份。第一部分包括身體功能、身體結構和活動與參與。第二部分包括環境因素和個人因素(目前在 ICF 中沒有進行分類)。身體功能(body functioning, 代碼 b): 是指身體各系統的生理功能(包括心理功能)。身體結構(body structure, 代碼 s): 是指身體的解剖部位，如器官、肢體及其組成成份。活動和參與(activity and participation, 代碼 d): 活動是指可由個體執行一項任務或行動；參與是投入到一種生活情景中。環境因素(environment factor, 代碼 e)和個人因素(personal factor): 與人們日常生活和居住相關的自然、社會和態度的環境。

為更廣泛詳細的描述，在 ICF 的所有標識成份中，用章代表分類的第 1 水準分類，每章進一步分為不同的類目，這些類目按等級分為 2 級、3 級、4 級水準。ICF 有關章和類目的編碼也構成功能和殘疾的通用標識語言，這種語言可以明確地在不同國家、語言、文化和行業間研究與應用。例如作業治療常關注的生活自理能力，ICF 的等級標識編碼如下：

第 5 章 自理	1 級水準類目 (章)
d510 盥洗自身	2 級水準類目
d5100 盥洗身體各部	2 級水準類目
d5101 盥洗全身	2 級水準類目
d5102 擦幹身體	2 級水準類目

根據 ICF 功能分類和《國際物理和康復醫學白皮書》，康復臨床實踐涉及了各類型主要功能障礙，包括神經系統功能障礙，如腦卒中、腦外傷、脊髓損傷等；骨骼肌肉功能障礙，如頸障礙、腰障礙、上下肢骨骼肌肉障礙、上肢骨骼肌肉障礙、下肢骨骼肌肉障礙、截肢等；心臟障礙、呼吸障礙；癌症；兒童健康狀況；老年健康狀況。

4 基於 ICF 的作業治療主要干預方法分析

康復服務是現代健康服務體系的重要環節，參照《歐洲物理和康復醫學聯盟白皮書》，康復干預的主要策略和方法可以分為預防類、健康促進類、治療類、康復類、支持類和姑息類等 6 大類。根據不同的康復目的以及服務物件的康復需要，基於功能採用不同的康復服務提供模式和方法，使康復服務接受者的功能狀態最大化，提升康復服務的品質和服務的安全性。作業治療作為康復服務的重要組成部分，是針對功能和活動參與的干預措施，基於 ICF 理論架構，對作業治療干預進行系統化、結構化、標準化描述，可以構建康復服務領域中的作業治療干預體系，並且以 ICF 的生物-心理-社會模式整合各類方法，以患者為中心，以功能為導向，能夠改善康復效果和效率。作業治療干預時應注意區分個體情況、康復階段、康復服務提供的層級、服務方式等關鍵性因素。這種干預是以多學科團隊的形式進行的，進行作業治療干預時，不僅要考慮上述關鍵因素，干預措施的學科專業特點以及各類干預方法間的交互作用影響應被納入考慮。

5 基於 ICF 的作業治療評估

ICF 理論認為殘疾或者功能障礙是人類的健康狀態。針對所有的健康狀態，可以運用健

康和殘疾通用的標準進行比較。從強調病因到強調疾病所產生的影響。根據 ICF，功能狀態 (functioning) 是一個概括性術語，用於描述有關身體功能、身體結構、活動和參與。它表示在個體(有某種健康狀況)和個體所處的情境性因素(環境和個人因素)之間發生交互作用的積極方面。總體來說，功能包括“身體功能和結構”、“活動”、“參與”3 個水準，是個體為了生存所具備的積極的一面。功能從身體結構與功能層面，可以表現出功能正常或者功能受限與損傷等情況，在活動和參與層面，可以用活動表現和活動能力兩種維度量化功能。

在作業治療的康復循證研究中，特別是定量研究，建議運用基於 ICF 的標準化工具如限定值、ICF 核心分類組合(ICF-Core Sets)、《WHO 殘疾評定量表》(WHO Disability Assessment Schedule 2.0, WHODAS 2.0)等工具，進行康復資料報告和統計，以提升研究證據的品質，以及循證資料的可比較性。ICF 的功能評估工具有很多，但 ICD-11 在補充章節中推薦了三種評定工具。(如見表 1 所示)。

表 1 基於 ICF 的標準化功能評估工具

評估工具		說明
WHO 殘疾評定方案(36 題版本) (WHODAS 2.0 36-Item Version)	6 個領域： 認知、活動性、自我照護、與人相處、生活活動，以及參與及其對健康問題的影響	1. WHODAS 2.0 中文標準化版本； 2. WHODAS 2.0 活動和參與綜合功能評估，適用於臨床和社區康復服務；
WHO 示範殘疾評估表(簡明版) (Brief Model Disability Survey, MDS-B)	包括身體功能、活動和參與評估專案，可以計算出匯總的功能分數	1. MDS-B 中文標準化版本，身體功能和活動參與功能綜合評估； 2. 適用於臨床和社區康復服務，需要編寫臨床手冊；
VB40 通用功能領域 (VB40 Generic Functioning Domains)	通用功能集，涉及學習和應用知識、交流、主要生活領域、社區、社會和公民生活、精神功能、感覺功能和疼痛	1. 基於 ICF 核心分類通用版開發的工具，身體功能和活動參與功能綜合評估； 2. 適用於臨床和社區康復服務；

5.1 基於 ICF 的標準化功能評估工具

5.1.1 WHODAS 2.0

WHODAS 2.0 是 WHO 制定的通用的、標準化的殘疾程度評估工具。評估包含 6 個維度：認知、活動性、自我照護、與人相處、生活活動和社會參與。

5.1.2 ICF 核心分類組合(ICF-Core Sets)

核心分類組合是將 ICF 分類和限定值用於描述個人功能狀態的一種參考架構與評估工具。ICF 核心組合是用來描述當事者功能性狀態的必要類別編碼，而且組合中的類別編碼數量可以反映與健康狀況(疾病)相關的主要功能狀態；運用限定值和類目的內容，包括與不包括等分類工具進行標準化，提高功能評定的信度和效度。

5.1.3 MDS-B

MDS-B 包含 3 個維度：身體功能和身體結構、活動和參與、環境因素和個人因素。如視覺和相關功能(VA90)、聽力和前庭功能(VA91)等是從示範性殘疾調查項目中選擇出來的測量項目，具有很高的內容效度。

5.1.4 VB40 通用功能領域(核心分類)

VB40 通用功能集涉及學習和應用知識、交流、主要生活領域、社區、社會和公民生活、精神功能、感覺功能和疼痛。

5.2 現有作業治療評估工具的標準化——限定值應用

針對作業治療的評估工具較多，如 Barthel 指數 (Barthel Index, BI)、功能獨立性測試 (Functional Independence Measure ,FIM)、Wolf 運動功能測試(Wolf Motor Function Test ,WMFT)、加拿大作業表現測試(Canadian Occupational Performance Measure,COP-M)等，主要評估個體的認知水準、作業活動、功能獨立性、日常生活能力及生活品質等方面。為了使不同評估工具間的測量值具有可比性，可以運用 ICF 分類工具和限定值方法，對評估工具測得的資料進行標準化，即轉換成 ICF 相關類目的限定值，這樣就可以比較相同測量內容的值。將測量工具的測量結果標準化，可以用於報告康復進展和結局、康復醫療績效和康復醫療的安全性。

基於 ICF 的評估工具的標準化要根據 ICF 的內容與結構、術語體系，並依據評估需求(評估內容與評估結構)選擇評估工具的類別，如標準參照性評估或常模參照性評估。還要根據評估的方式，如自我報告、臨床觀察、臨床測試等確定評估專案和項目的形式，運用項目分析和 Rasch 分析技術等，進行評估的標準化，建立評估工具的信度、效度、評估專案的區分度。



我對 ICF 的認識、反思及與 OT 概念結合的歷程

黃錦文 香港職業治療學院

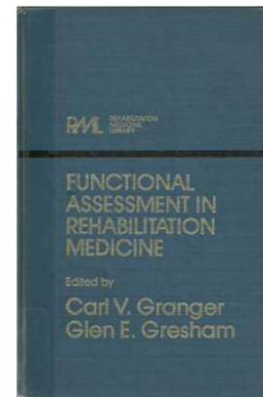
引言

我很喜歡 ICF，其中原因是它跟 OT 概念有很大程度的吻合，甚至 2016 年版的世界作業治療師聯盟作業治療基本課程也強調加入了 ICF 的概念。如要說 ICF，不能不說 ICIDH 或更基礎的失能模型 (Disablement Model)。有關這些概念，我的啟蒙老師是 Dr. Carl Granger，他在上世紀 70 年代已做了很多有關 Barthel Index 等有關功能評估的研究，更是 FIM 的創建者，所以他被譽為“功能評估之父”。他在 1984 年編寫的“Functional Assessment in Rehabilitation Medicine”(圖 1) 是這領域天



Dr. Carl V. Granger

(圖 1)



(Granger, 1984)

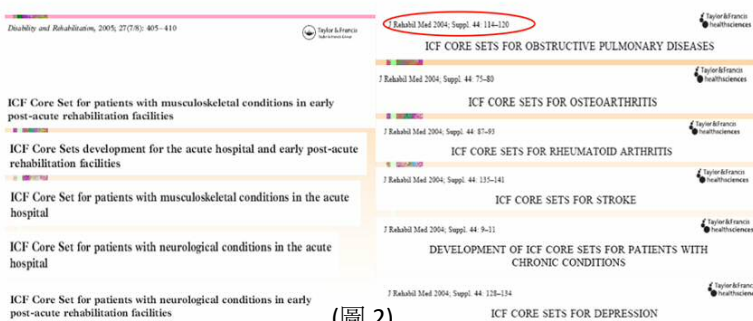
書，不可不看！有幸在 1996 年邀請到他來香港給本地治療師指導，我們獲益良多。沒有跟他“集郵”是我其中一憾事！

雖然 WHO 在 20 年前已宣佈以 ICF 替代 ICIDH 可算是 ICF 的前身。我認為 Impairment(病損)、Disability(殘疾)及 Handicap(殘障)是從事康復工作需要理解和厘清的概念，也應該納入 OT 培訓課程內。但我對 ICIDH 的編碼系統還是有所保留，還記得在 2000 年時，我們邀請到世界衛生組織(WHO)的兩位專家到香港給我們講解 ICIDH-β 版的內容，但我覺得編碼系統太繁複，不適合香港 OT 的臨床應用。但當時也啟發我們思考有關 OT 效果(outcome)的討論。

從 ICIDH 到 ICF 的改變

WHO 在 2001 年 5 月正式推出 ICF，推出的原因是要改善 ICIDH 裏的問題：包括其用了很多負面字詞來形容功能障礙人士(people with disabilities)、概念上的重疊、IDH 間的因果關係等。其中我覺得最重要的改變是其在典範上的改變(paradigm change)，即從 ICIDH 的“疾病的負擔(Burden of disease)”轉變到 ICF 的“健康模型(Health Model)”，在 ICF 裏，建立了對“健康”的元素及其影響因素的概念框架，也給 WHO 在 1948 年對“健康”定義的補充。這也對 OT 臨床實踐提供了堅實的支援，這點容後再談。

在 ICF 推出後，我留意到 WHO 的專家很積極做 ICF 的科研工作。ICF 本是一語言分類，希望能提供一標準的語言系統給不同專業，增進不同專業間的溝通和交流。所以初期 ICF 的研究是找出 ICF 的用詞



(圖 2)

與臨床常用評估表內容的相關性，將兩者連在一起。再進一步，WHO 更推廣 ICF 核心組合(Core set)的研究，建立了不同疾病的核心組合，在 2004-05 年間有大量這些研究的報告在科學期刊中出現(圖 2)，這是推動 ICF 在臨床使用必要的工作。也有專業探索 ICF 與其專業理論和實踐的關係，並在其專業期刊上發表。也有 multi-centre 的研究，把 ICF 的系統改善為量表形式，並研究其 psychometric 特性，希望 ICF 能被應用在臨床的評估上。我非常認同這策略，但應用在臨床上仍有一定困難，因受限於治療師的習慣、資源和對 ICF 的認識等因素。

ICF 在內地、澳門、臺灣都有一定的發展。在邱卓英教授的領導下，我聽說在內地有很多使用 ICF 的研究和資料，也辦了很多 ICF 的學習班；澳門也好像把 ICF 用在社福系統裏的指標；臺灣亦舉辦過 ICF 的專題會議。相較起來，香港在對 ICF 的推動似乎較冷淡，引不起較熱烈的討論和應用。

香港在對 ICF 的推廣及應用

其實香港對 ICF 的應用也不是空白，只不過是引不起熱潮！早在 2000 年初，我們已把 ICF 引入香港醫院管理局的資訊系統內。我們當年首先把 OT 常用的語言在 ICF 裏做了配對，共 800 多項。(圖 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

(圖 3)

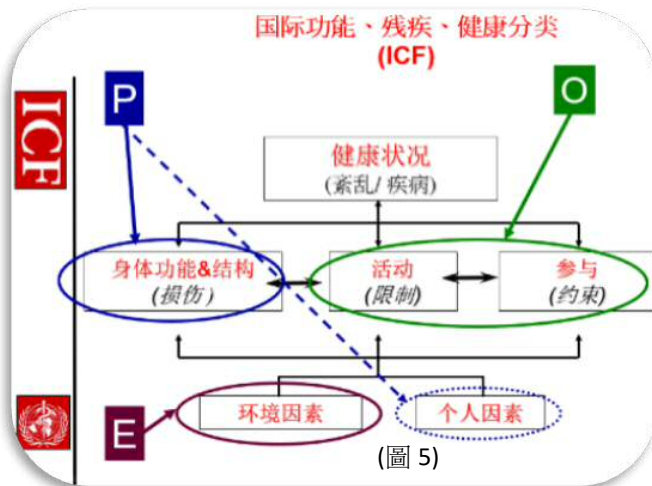
然後，我們把資料放在康復結果(Rehabilitation Outcome)的資訊系統上，治療師在填報時只用他們熟悉的用詞，而電腦系統在背後(back end)把用詞與 ICF 的編碼連系，這樣我們就可利用 ICF 的語言來看接受康復病人的問題。例如，比較他們在身體功能及結構、活動及參與所出現的問題和頻率。(圖 4)

Morbidity of Top 10 Prevalence Rate															
	Overall		Stroke		Hand		Knee		Shoulder		Spine		Dysphagia		Hi
	Rank	p	Rank	p	Rank	p	Rank	p	Rank	p	Rank	p	Rank	p	Rank
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					8	0.198	
													7	0.198	1

(圖 4)

在 2010 年，我們邀請了邱卓英教授、Alarcos Cieza 教授及 Jerome Bickenbach 教授到香港給我們培訓，使我們更瞭解 ICF 的歷史和發發展方向，真是大開眼界。我當時也跟他們分享我們把 ICF 用在資訊系統的經驗，他們都覺得非常值得與世界分享，並鼓勵我們繼續研究，並把結果在期刊發表。很可惜，十年過去了，這部份的資訊系統也已被停用，浪費了這麼好的機會，此也是我的另一憾事！

ICF 給我的啟發



首先，ICF 其實與 PEO 有點相似。我把兩者相關處顯示在圖 5。但 ICF 給我的最大啟發是建構了健康元素的框架，擴大了一般人對健康的看法。健康除了有關於身體功能和結構外，還有活動和參與。我很多年前已較喜歡用“occupy”，即“occupation”的動詞來闡釋 OT 的概念。即每個人佔有他的時間和空間，這是獨一無二的，這亦代表每個人的生活，充滿著個人的形式、功能和意義。而 ICF 裏的“活動和參與”正是 OT 所說的 occupation，也即是生活。這給予我們推廣 OT 的空間，即把病人對康復的焦點從只關注身體功能與結構，

釋放到關心他的活動和參與能力，這亦可說是生活的能力。

PEO 是 OT 很流行的實踐模型，是 OT 在判斷病患者的作業表現 (occupational performance) 上有很大的幫助，但我覺得 PEO 可以更進一步地運用在 OT 干預上，所以我設計了一個模型，把 ICF 和 PEO 拉在一起，作為 OT 干預的設計模型，當治療師為病患者提供治療時，可考慮這更全面和全人及健康和 OT 導向的治療模式。(圖 6)

偏癱		ICF		
		身体功能和结构	活动	参与
P	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
O	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
E	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

(圖 6)

在 ICF 的框架裏，我特別喜歡“參與(participation)”這概念。在多年對推廣 OT 的思考中，我曾指出 OT 需要找出 OT 可以給予一般人聯想到而有價值的共性(anchor)。我曾想到“健康”，因這是每個人都需要和追求的，但 OT 怎樣跟“健康”掛鉤，還要深思。我嘗試以“參與”這概念來貫通 OT 與健康，在 2012 年我曾經做了一個報告，題目為“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”。(圖 7&8 很可惜，這方向亦沒有得到回應。



(圖 7)



(圖 8)

總結

我還堅信與“健康”掛鉤是 OT 推廣的重要策略，只是現時未找到合適的語言和方法。我還記得約十年前在廣州參加會議時，在臺上的衛生廳副廳長問台下的醫生有關健康的定義，這意味著醫學界的領導也想醫生們除了關注醫學外，也要留意健康的其他元素。另一觀察是衛生部也用了國家衛生健康委員會為最高領導，這也代表國家對健康的重視，作為 OT，我們要把握這機遇，打好 OT 如何促進健康的理論和實踐，而 ICF 是很好的切入點，因它有很好的理論框架，而且是國際及跨專業的語言分類，有極大的發展空間。



國際功能、殘疾和健康分類（ICF）檢查表應用於香港慢性期的脊髓損傷患者信度與效度檢驗及其應用研究

作者： 陳寶珊博士

香港大埔醫院 高級職業治療師

國際功能、殘疾和健康分類 (ICF) 是國際衛生組織建立的國際分類中的核心分類標準之一，是對健康和健康相關領域的分類。這個分類系統從身體、個體和社會三個層面對身體功能與結構、活動和參與及功能與殘疾發生的環境進行分類。ICF 為更全面地描述健康和健康相關領域奠定了基礎，並促進了健康和殘疾相關資料的國際比較和資訊交流。ICF 檢查表已被廣泛採用作為脊髓損傷 (SCI) 患者的功能評定和臨床研究的概念框架。但其發展和驗證主要在西方社會完成，並受到西方社會的文化及價值觀的強烈影響。

本研究的目的是探討本地國際功能、殘疾和健康分類檢查表 (ICF-CCS) 的信度與效度及其應用於香港社會的慢性期的脊髓損傷患者 (SCI (LT)) 的臨床經驗和特徵描述。

方法

本研究包括三個階段：

第一階段： 12 名專家成員和 5 名慢性期的脊髓損傷患者對原始國際功能、殘疾和健康分類（慢性期的脊髓損傷患者）檢查表 (ICF-CCS for SCI (LT)) 的文化適應性和對最終的本地檢查表的認知彙報。

第二階段： 使用最終的本地國際功能、殘疾和健康分類（慢性期的脊髓損傷患者）檢查表 (adapted ICF-CCS for SCI (LT)) 對 10 名慢性期的脊髓損傷患者進行試點測試和重新測試。

第三階段： 使用本地的國際功能、殘疾和健康分類（慢性期的脊髓損傷患者）檢查表 (adapted ICF-CCS for SCI (LT)) 對 43 名在香港社區生活的慢性期的脊髓損傷患者進行評定。21 人採用面談模式進行採訪，22 人通過電話採訪。

結果

最終的本地國際功能、殘疾和健康分類（慢性期的脊髓損傷患者）檢查表 (adapted ICF-CCS for SCI (LT)) 包含 128 個 ICF 類別，並表現出優異的心理測量特性。

內容效度	Cronbach's $\alpha = 0.98$
重測信度	ICC = 0.93, 95%, CI: 0.57-0.97
內部一致性信度	Cronbach's $\alpha = 0.95$

本地國際功能、殘疾和健康分類(慢性期的脊髓損傷患者)檢查表(adapted ICF-CCS for SCI

(LT)) 其中 36 個 ICF 類別來自“身體功能”(b)，內含身體各系統的生理功能；7 個類別來自“身體結構”(s)，內含身體的解剖結構，器官、肢體及其組成部分；52 個類別來自“活動和參與”(d)，內含個體執行的各項任務或行動，以投入生活環境中；和最後的“環境因素”(e) 中的 33 個類別，包含構成人們生活和生活模式的自然、社會和態度環境。

對於共時效度，在“活動和參與”(d) 中的 ICF 類別與選定的 motor-FIM 和 CIQ 專案之間發現了中等至高度的相關性 ($r = 0.40-0.95$, $p < 0.005$)。來自“環境因素”(e) 的少數 ICF 類別與選定的 CHIEF-SF 項目顯著相關 ($r = 0.33-0.48$, $p < 0.005$)。

	Motor-FIM	CIQ	CHIEF-SF
d 活動參與			
d3 訊息交流		0.40-0.45	
d4 轉移及身體各部分活動	0.43-0.83		
d5 自理活動	0.47-0.95		
d6 家居日常生活項目		0.41-0.52	
d7 人際關係及社交		0.42-0.50	
d9 社區活動及人權		0.41-0.46	
e 環境因素			
e5 各項社會體制和政策			0.33-0.48
Pearson correlation, r ($p < 0.005$)			

對於建構效度，來自“身體功能”(b) 和“活動和參與”(d) 的大多數 ICF 類別與 motor-FIM 總數相關性良好 ($r = 0.36-0.88$, $p < 0.005$)。來自“身體功能”(b)、“活動和參與”(d) 和“環境因素”(e) 的一些 ICF 類別與 CIQ 總數顯著相關 ($r = 0.43-0.56$, $p < 0.005$)。每個 ICF 組合中只有一個 ICF 類別與 CHIEF-SF 總數顯著相關 ($r = 0.44-0.51$, $p < 0.005$)。

	Motor-FIM	CIQ	CHIEF-SF
b 身體功能			
b 152 情緒功能			0.51
b 28011 胸部疼痛	0.80	0.50	
b 455 運動耐受功能	0.74	0.43	
b 530 體重維持功能	0.54		
b 6201 排尿次數	0.48		
b 740 肌肉耐力功能	0.47		
d 活動和參與			
d 155 掌握技能	0.43		
d 345 書面訊息	0.50	0.45	
d 4453 轉動或旋轉手或手臂	0.81		
d 475 駕駛		0.55	
d 510 清洗自身	0.88	0.56	
d 520 護理身體各部份		0.56	
d 640 做家務	0.59		

d 770 親密關係	0.45	
d 910 社區生活		0.44
d 920 娛樂與休閒	0.36	0.53
e 環境因素		
e 525 住房		0.51
e 575 一般社支援的服務、體制和政策		0.51
Pearson correlation, r (p<0.005)		

利用本地的國際功能、殘疾和健康分類（慢性期的脊髓損傷患者）檢查表（adapted ICF-CCS for SCI (LT)）對 43 名在社區生活的慢性期的脊髓損傷患者進行的評定，其中 21 人採用面談方式採訪，其餘 22 人通過電話採訪。參加者男性 38 人，女性 5 人，平均年齡 43.9 歲。受傷後的年數從 7 年到 37 年不等，平均年數為 18.3 年。全癱組和截癱組的人口學特徵沒有差異。它們的特徵總結如下：

參加者特徵 (N=43) N(%)	全癱組 21 (48.8)	截癱組 22 (51.2)
男性	19 (90.5)	19 (86.4)
女性	2 (9.5)	3 (13.6)
平均年齡 + SD (range)	45.1+11.4 (28-62)	42.8+9.3 (25-65)
受傷後的年數 + SD (range)	15.6+6.3 (7-30)	20.9+9.3 (3-37)
脊髓損傷患者分類		
高位, 完全受損	(C1-C4) 3 (14.3)	(T1-T9) 12 (54.6)
低位, 完全受損	(C5-C8) 7 (33.3)	(T10-S) 2 (9.1)
高位, 不完全受損	(C1-C4) 1 (4.8)	(T1-T9) 5 (22.7)
低位, 不完全受損	(C5-C8) 10 (47.6)	(T10-S) 3 (13.6)
駕駛狀況		
有駕車	4 (19.0)	17 (77.3)
沒有駕車	17 (81.0)	5 (22.7)

全癱患者和截癱患者在各種 ICF 類別中的功能和表現的比較如下所示：

全癱組認為比較受影響的 ICF 類別	截癱組認為不受影響的 ICF 類別
b 身體功能	
b134 睡眠功能	
b280 痛覺	
b760 隨意運動控制功能	
b780 與肌肉和運動功能有關的感覺	
d 活動和參與	
d475 駕駛	d475 駕駛
d4 身體各部份的活動	d850 有報酬的就業
d5 自理活動	
d6 家居事務	
d770 親密關係	

兩組同樣受影響的 ICF 類別	兩組同樣不受影響的 ICF 類別
b 身體功能	
b130 精力和驅力	b810 皮膚的保護功能
b28015 下肢疼痛	
b525 排便	
b6200 排尿	
b640 性功能及	
b660 生殖功能	
b770 步態功能	
b820 皮膚的修復功能	
d 活動和參與	
d4104 站立	d230 進行日常事務
d450 步行	d360 使用交流設備和技術
d5300 小便控制	d570 照顧個人的健康
d5301 大便控制	d720 複雜人際交往
	d870 經濟自給
	d910 社區生活
	d920 娛樂與休閒
	d940 人權

全癱組認定為有利因素的環境因素

- e450 衛生專業人員的態度
- e525 住房（房屋）的服務、體制和政策
- e570 社會保障的服務、體制和政策

截癱組認定為障礙因素的環境因素

- e420 朋友的態度
- e515 建築和工程的服務、體制和政策
- e525 住房（房屋）的服務、體制和政策
- e540 交通運輸的服務、體制和政策

兩組同樣選定為有利因素的環境因素

- e150 公共建築物用的設計、建設及建築用品和技術（如無障礙設計）
- e155 私人建築物用的設計、建設及建築用品和技術（如無障礙設計）
- e440 個人護理提供者和個人助手的態度
- e450 衛生專業人員的態度
- e540 交通運輸的服務、體制和政策
- e575 一般社會支援的服務、體制和政策（如家務助理、送飯、陪診服務）

兩組同樣選定為沒有有利或障礙因素的環境因素

- e140 文化、娛樂（消閒用）及體育用的用品和技術
- e415 大家庭成員的態度
- e425 熟人、同伴、同事、鄰居和社區成員的態度

討論和結論

本研究確證了本地國際功能、殘疾和健康分類（慢性期的脊髓損傷患者）檢查表（adapted ICF-CCS for SCI (LT)）用於香港慢性期的脊髓損傷患者為有效和可靠的工具。文化適應和適當的信、效度檢驗研究結果認定了本地國際功能、殘疾和健康分類（慢性期的脊髓損傷患者）

檢查表 (adapted ICF-CCS for SCI (LT)) 能全面地為香港的慢性期的脊髓損傷患者描述健康和健康相關領域, 並有系統地收集資訊以解決人與環境之間相互作用有關的複雜需求和問題, 從而提高本地實踐標準, 促使慢性期的脊髓損傷患者的真正需求和功能得到妥善改進。

研究結果同時顯示截癱組在“活動和參與”(d) 以及駕駛能力、家庭融合和就業的大多數 ICF 類別中表現更好。全癱組認為交通、社會保障和健康方面的服務、體制和政策更為重要。儘管結果表明全癱患者功能障礙的風險較高, 但他們同樣能夠享受社區生活和參與閑餘活動以及經濟自給自足。若干“環境因素”(e) 是社會中的複雜問題, 這方面已確定為社區融合的主要促進因素或障礙因素, 並有待進一步深入研究。然而, 新驗證的本地國際功能、殘疾和健康分類 (慢性期的脊髓損傷患者) 檢查表 (adapted ICF-CCS for SCI (LT)) 包含 128 個類別, 臨床實踐時定必需要跨專業的專家共同努力才能廣泛地於日常臨床使用。

參考文獻

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.

基於 ICF 模式的帕金森病作業治療應用分析

閔瑾 馬麗虹

山東中醫藥大學康復醫學院

一直以來“藥物、手術、康復，是治療帕金森病的三駕馬車。”其中貫穿始終的康復治療對於延緩帕金森病的病情進展、提高患者的生活品質有著極為重要的意義。特別是作業療法對於減輕帕金森病患者運動障礙和提高生活品質能夠提供有效的康復治療方法。作業治療師通過有意義的源於生活的作業活動，提高帕金森病患者的生活品質。本綜述基於 ICF 模式（International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF），對帕金森病患者的作業療法進行分析，剖析作業治療干預的有效性。

帕金森病（Parkinson's Disease, PD）是一種較為常見、複雜多層次的神經系統功能紊亂疾病，是以早期黑質緻密部多巴胺能神經元丟失為核心的中樞神經退行性疾病，其患病率隨年齡增長而增加，50~60 歲的中老年人多發。據“九五”調查，我國 PD 的患病總人數已達到 170 多萬人，65 歲以上人群中患病率約 1.7%。對於有帕金森家族史者，發病率可高達 20%~30%。隨著人口老齡化及日益惡化的環境污染，我國每年將有 10 萬人加入到 PD 的患者隊伍中。《中國帕金森病治療指南（第三版）》（2014）指出：帕金森病會隨著時間推移而漸進性加重。作為一種進行性疾病，病情一般不會自然緩解，有的患者病情進展迅速，給患者、家庭和社會帶來了沉重的負擔。

目前的醫療管理只能部分有效地控制帕金森病的症狀和體征，而對於與帕金森病非多巴胺損傷（如平衡障礙或老年癡呆症）相關的損傷無效。此外，在疾病的後期，藥物治療的療效降低。有證據顯示，在疾病早期階段的病程進展較後期階段要快，因此，一旦早期診斷，應儘早介入康復治療，不僅可以很好地改善症狀，提高工作能力和生活品質，而且可能會達到延緩疾病進展的效果。

1 作業治療與 ICF 模式

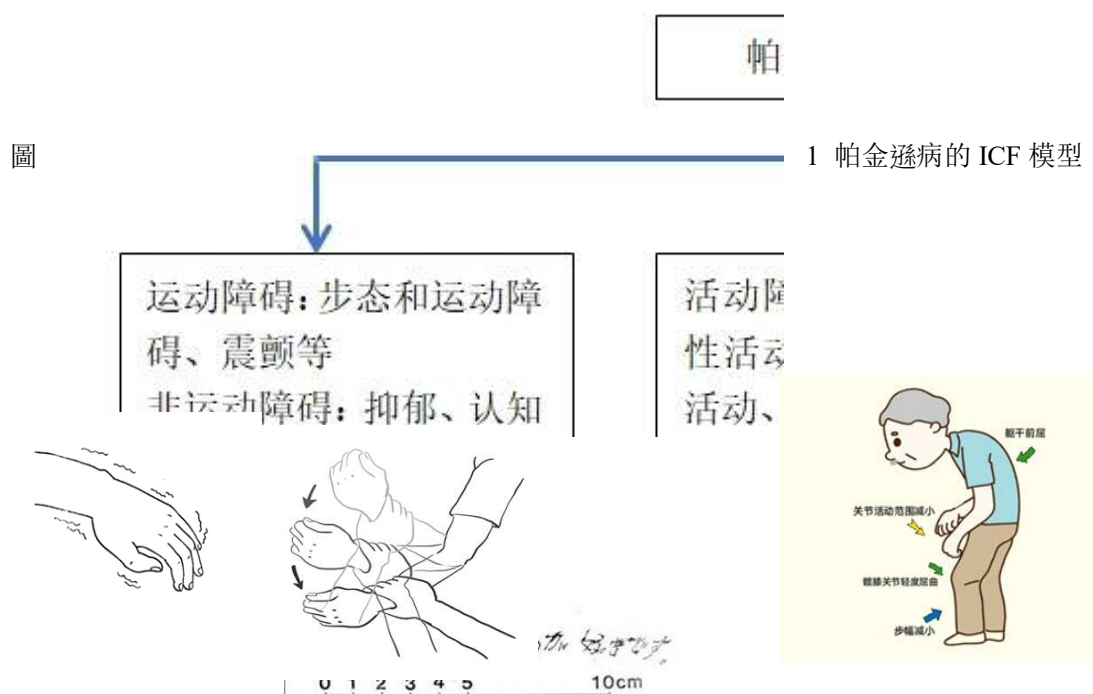
作業治療（Occupational Therapy, OT）是康復醫學的重要組成部分，包括對日常功能性活動的治療性使用，目的是加強服務物件對於家庭、學校、工作場所和社區角色的參與。在神經康復領域，作業治療師起著非常重要的作用，雖然目前尚未有設計良好的臨床試驗以證實作業療法在帕金森病干預的療效，但已經被許多國家/地區的指南推薦用於 PD 患者的輔助治療。荷蘭奈梅亨大學醫學中心的研究人員就曾開展了一項多中心、盲法隨機對照試驗，以評估作業療法對改善 PD 患者日常生活能力的效果。實驗採用加拿大作業活動量表（The Canada Occupational Performance Measures, COPM）對其功能進行評估。結果顯示，通過這種基於家庭、個體化的作業治療，能夠在一定程度上給 PD 患者的日常生活能力帶來益處。

2001 年世界衛生組織公佈的《世界衛生組織國際功能、殘疾和健康分類》（International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF）正式提出健康包括身體功能及結構、活動、參與等三大領域，及影響健康的環境與個人因素。ICF 模式為描述健康和健康相關問題提供了一個多學科框架和術語，具有普適性與國際性。其生物-心理-社會模型是描述與評估健康、健康狀況與環境間交互作用的標準分類框架。眾多研究提示，ICF 架構可以有助於使用者理解健康狀況與個人因素（即應對策略、偏好和態度）及環境因素（即身體、自然環境和社會因素）相互作用，進而對該類患者進行特徵性分析與全面的康復評估，預測帕金森病患者在日常生活方面遇到問題的程度，與作業治療的理念與模式有許多相似之處。世

界作業治療師聯盟（World Federation of Occupational Therapists, WFOT）2016 版的 Minimum Standards for Education of Occupational Therapists 也強調了 ICF 在作業治療實踐的重要性，從 OT 的角度看，活動和參與就是生活。綜上，本文旨在以 ICF 為基本理論框架，綜述帕金森病患者的活動和參與障礙，並採取相應作業治療解決措施，探討怎樣更好地把在 ICF 模式理念應用到實際研究中去。

2 帕金森病 ICF 模式具體化分析

運用國際功能分類（International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF）對於帕金森病的疾病特性進行分析。（圖 1）



3 臨床評估

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。筆者對世界上多數使用的評價方法做了統計，如圖 2 所示。

为个别患者選擇康复训练安排，以提高患者的积极性，要開發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，如康复訓練的持续性，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	評分指標
	Hoehn & Yahr 分期
	帕金森病統一評分量表
	步行速度(最慢, 最快)
	步幅

節奏（每分鐘步數）
 39 項帕金森病調查問卷(PDQ-39)
 計時起立-步行測驗（TUG）
 重心移動或擺動測定
 雙足支援時間
 Berg 平衡量表
 6 分鐘步行試驗
 定時十米步行試驗
 肌力
 反應時間
 從坐位到站立位的時間
 EuroQol 健康指數量表（EuroQol-5D）
 Webster 評分量表
 貝克抑鬱量表
 肺活量

圖 2 帕金森病效果研究所使用的評價指標使用率（1990-2000）

4 作業治療方案

目前作業治療越來越多地應用於預防疾病和損傷、預防繼發性病變、促進慢性病患者福利、減少衛生保健差距、促進健康生活方式等領域。

通過上述 ICF 模式下患者涉及的各部分障礙，發現可能受 PD 症狀影響或加重病症的具體任務，觀察活動進行的環境，確定風險因素，制定補償策略，為帕金森病患者提供保護性及矯正性的非手術性藥物措施，最大限度地提高患者軀體、心理和社會生活方面的恢復水準和獨立性。

4.1 對於身體功能和構造的作業療法：

4.1.1 減輕僵硬

使用藥劑可暫時使皮膚鬆弛，肌肉鬆弛，改善關節活動度（range of motion, ROM）。使用枕頭時，使肢體位置處於仰臥位，四肢伸展，可預防頸部的過度伸展，便於患者找到舒適的頸部姿勢並保持肌肉放鬆的狀態。呼吸訓練，鼓勵患者採用吹笛式呼吸，用鼻吸氣、口呼氣，將手放於腹部，感受腹部收縮和擴張。吸與呼時間之比為 1: 2，慢慢地呼氣達到 1: 5 作為目標。

4.1.2 關節活動範圍（ROM）訓練

徒手被動運動，通過關節活動度訓練、肌肉拉伸動作，確定關節活動範圍受限的原因，確保預防由於肌肉緊張受到的抑制，使徒手肌力運動能得到充分的運動範圍。若採取主動運動，拮抗肌的緊張度不會提高，則需要對動作的運動範圍和頻率進行再次確認，防止運動範圍減小。例如，對帕金森病患者通過作業治療改善手部功能、逐漸使關節活動能力範圍增大，可以運用擰螺絲釘練習、拼圖練習、串珠子練習、編織練習等。

4.1.3 強化肌力訓練

在日常生活動作中積極使用主動動作進行肌肉力量強化——對抗肌肉的緊張，有效使肌肉緊張亢進得到緩解。注意考慮動作的抵抗性和姿勢的調整。有節奏的動作更利於誘發自行主動運動。

4.1.4 位置和姿勢控制

頸部和軀幹部：對於身體前傾傾向需要進行姿勢調整訓練，胸廓的可動域限制容易導致呼吸運動障礙，軀幹前屈還會引發咽下部機能降低。建議採用緩慢的伸展動作、扭轉運動以及骨盆傾斜訓練促進姿勢調整。長時間工作下使用同一姿勢會導致腰部的疾病發作，所以建議患者選用站立動作方便的高椅子，並且調節座墊的硬度或使之具有一定的傾斜度，便於起立。

4.1.5 肢體功能訓練

坐位姿勢穩定狀態下，四肢屈曲時屈肌緊張度降低是很重要的。兩側上肢同時使用，改善手指的精細運動功能。運動時可搭配音樂或節奏，聲音刺激下使用反復運動和有節奏的動作能提升作業活動的執行能力。The New England Journal of Medicine、The Lancet 等雜誌就曾發表太極拳對改善平衡功能、預防跌倒等領域的研究報告，還有許多音樂步行訓練對代謝分析等報告，所以動作形式不必拘泥，帕金森病患者可以在專業醫生和治療師的陪同指導下長期練習。

4.2 活動能力訓練

注意對患者現症的把握、心理、精神狀態、認知障礙、治療藥劑的內容把握，並引導治療方案的計畫及實施。活動和作業分析是實踐者可以用來實現這種理解的工具。利用活動分析組織進行作業活動是作業治療的主要治療手段。活動分析中，要求作業治療師首先要確定影響執行和參與活動能力的人的各個方面。例如，對於帕金森病患者伸手取物的動作場景，患者需要的技能包括啟動任務、搜索和定位所需的物件、選擇正確的物件、適當地使用物件、彎曲並伸手夠到物件、操作物件、繼續任務以及知道何時終止任務；所需的身體結構包括所有四肢和軀幹，包括骨骼、關節、肌肉、肌腱、眼睛以及中樞和外周神經系統；身體功能包括持續注意力、視覺敏銳度、理解空間關係、觸覺回饋，關節活動範圍，肌肉力量、姿勢調整和控制等。基於此活動分析的現有證據和最佳實踐與客戶合作制定干預計畫。對於現症的把握，例如：系扣與解扣障礙為手指的精細分離能力降低造成、穿上衣困難為上肢伸展困難造成、鞋襪穿脫困難是由於姿勢反射障礙、僵硬導致鞋襪向腳尖的接觸困難等。

基於此，指導患者進行維持和改善響應功能的活動訓練，提高日常生活活動能力。對於帕金森病患者肌肉縮短、僵硬的症狀，建議把精細動作和增加肌力的粗大運動的主被動訓練結合起來，以增加關節活動範圍，改善手功能；鼓勵患者自行穿脫寬鬆、柔軟的衣褲，以加強上肢運動及上、下肢配合訓練；讓患者承擔一些家務勞動，有助於協調性和靈活性恢復；對於說話聲音小，發音困難、緩慢的症狀，可採用深呼吸和放鬆的方法進行指導要求患者音量儘量放大、發音儘量拉長，反復練習，鼓勵同伴間交流、出聲朗讀讀物，能提高音量、音調及吐字清晰度；鼓腮、吹口哨、露齒、用力皺眉、展眉等面部表情訓練，以改善面部肌肉僵硬，表情呆板的特殊面容；對於生活自理能力喪失的晚期帕金森病患者，在患者肢體被動運動過程中，家屬和治療師要注意動作和緩，對患者頸、腰、四肢各關節及肌肉進行按摩，並要定時幫助其翻身，防止關節固定、褥瘡和墜積性肺炎的發生。還要特別注意活動可能潛在的安全隱患，防止燙傷、使用利器。

4.3 改善社會參與

作業治療的最終目標是使患者恢復並保持最大可能的功能獨立，以達到最大限度的參與，最終回歸社會。Kielhofner 在人類作業模式 (Model of Human Occupation, MOHO) 中提出，“參與”是從事工作、日常生活活動及娛樂，是人類社會文化環境的重要部分，決定著人的幸福感。帕金森病的非運動症狀嚴重影響 PD 患者對生活情境的投入。作業治療師應專注於治療患者伴隨運動症狀出現的心理問題，以提高患者在家庭和社區中有意義的活動和角色中的表現和參與能力。帕金森病患者中約 40%~55% 出現抑鬱和焦慮等情緒情感障礙，治療師給予作業療法配合藥物治療進行治療，如心理療法、家人支持、社會參與等。社會參與

的活動和角色可分為：與家庭環境相關的活動，如自理和功能性活動；有報酬或無報酬的工作；以及休閒活動，如購物、參觀餐廳或劇院。根據服務物件的需要，作業治療師的角色延伸到使照顧者能夠在日常活動中支持和監督患者，同時考慮到他們自己的幸福，聯合家庭，提高患者的日常生活活動能力、減輕焦慮情緒和後遺症的影響，提高社會參與水準。

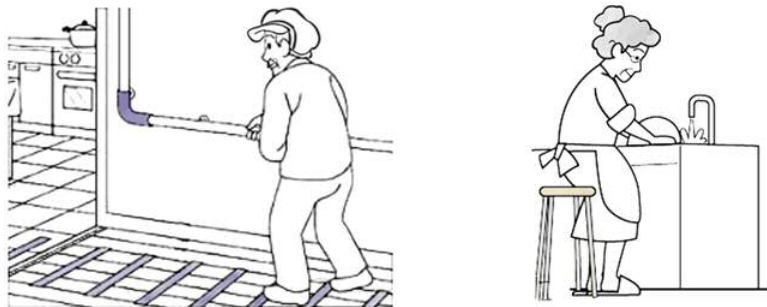
4.4 環境與任務調整

作業治療在環境調整方面的應用分為社會環境的調整和物理環境的調整。

在社會環境方面，為病情穩定、有康復需求的患者提供普及性、專業性、針對性的安全宣教，以降低 PD 的風險和減少症狀發生，為 OT 社會環境調整的重要內容，是康復預防的一部分。作業治療師對患者及其家屬進行 20~30min 宣教，包括治療方案介紹、姿勢和活動的安全性原則等。這些資訊也可製成印刷冊，鼓勵回歸家庭的患者在家人看護下復習。還有保險制度、價值觀、倫理及人際關係處理均能影響 PD 進程。因此，作業治療師可以通過提供完備的康復評估及病程記錄、為保險制度的完善提供幫助、安全宣教來完成社會環境調整。

在物理環境方面，作業治療以預防跌倒為首要目標提供居家環境評估，如傢俱的擺放是否提供足夠行走空間，或移除地毯來避免絆倒等意外，必要時安裝扶手以作安全協助且便於患者起身、轉移。為便於日常生活需要，選擇容易穿脫的拉鏈衣服及開襟在前、不必套頭的衣服，儘量穿不用系鞋帶的鞋子；喝涼開水或果汁時選用有彈性的塑膠吸管，喝熱飲用有寬把手、且質輕的杯子，以便減少使用過程中的用力；碗或盤子下放一塊橡皮墊以防滑動；針對有工作的帕金森病患者：作業治療著眼於人因工程的辦公區評估、姿勢調整及輔具建議，避免過度勞累。

5 指導康復治療從業者實踐的啟示



(1) 作業治療師應鼓勵帕金森病患者定期進行體育活動，並幫助他們找到適當和有意義的體育活動形式，以確保持續參與。更複雜的、多模式的、帶有人際成分的鍛煉形式可能會帶來最廣泛的益處。

(2) 治療師可以推薦一個有針對性的外部線索或支援系統，帕金森病患者及其護理人員可以實施該系統，以調節日常活動中的身體表現可能的需要。同時，對這些支援系統的使用進行充分的培訓和實踐，由於目前尚不清楚，因此應監測其長期影響。

(3) 從業者應考慮帕金森病相關的非運動功能障礙（如認知障礙、抑鬱）對作業表現和參與的影響。

(4) 從業者應將以服務物件為中心的自我管理策略納入對帕金森病患者的干預中，以提高自我效能，並保持參與有價值的活動和角色，從而減輕帕金森病對健康和生活品質的負面影響。

(5) 從業者可以從老年或慢性神經疾病文獻中為帕金森病患者改進干預措施。例如制定家庭改造和疲勞管理計畫。

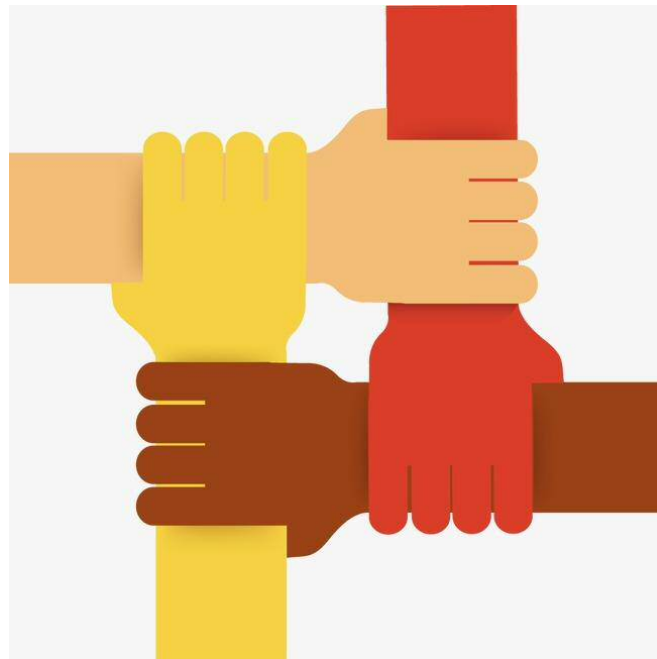
(6) 儘管在客戶所在生活環境中進行個性化的治療對於解決日常功能和獨立性很重要，但與其他帕金森病患者一起在群體環境中獲得的社會支援可能更有利於其社會參與和整體生活品質，從業者可以引導帕金森病患者使用社區資源進行此類社會互動。

最後，作業療法訓練和干預措施必須與患者（和護理人員）的能力、需求、動機和社會背景相適應，關於治療目標和干預類型的共同決策對於加強以患者為中心的方法非常重要。作業治療師利用教育和指導來提高患者的健康素養，並在患者適應疾病影響和應用自我管理方面發揮積極作用，尤其需要特別注意患者在預防、認識和充分處理問題方面的個人作用。

展望

ICF 是跨學科、跨領域描述健康狀況的分類體系，並提供了統一的標準框架，為臨床工作帶來一定便利。雖然目前國內外康復及相關領域的專業人士已逐漸參與 ICF 的發展和應用，但 ICF 的應用進展相對比較緩慢，尚未進入臨床廣泛應用階段。從 ICF 架構中探索帕金森病患者造成的身體功能和活動障礙，並且根據患者的生活環境及生活方式來構建組合治療方案，必要時根據病情和服藥狀況制定康復訓練計畫和生活指導內容，最終促進患者回歸家庭和社會。此為一個尚待研究的領域，其提出為作業療法的使用提供了新思路。

作業療法對帕金森病的康復干預是一個長期探索的過程，需要更多國家、更多人密切合作，通過可行的循證共同制定和完善相關臨床使用指南，推動 ICF 在衛生系統各領域中應用，最終使 ICF 成為在醫療衛生保健體系中必不可少的部分。



中國內地作業治療教材發展策略與現狀

李奎成 宜興九如城康復醫院

一、教材及其重要性

教材是依據課程標準編制的、系統反映學科內容的教學用書，以及作為教材內容組成部分的教學材料（如教材的配套音視頻資源、圖冊等）。教材在學生的培養中發揮十分重要的作用，國家對教材的規劃、編寫、選用非常重視。2017年，國務院專門成立了國家教材委員會（圖一），由劉延東副總理任委員會主任，教育部陳寶生部長，中央宣傳部黃坤明副部長任副主任，各大部委副部長（副主任）任部門委員，多位著名院士、教授任專家委員，可見規格之高，國家之重視程度。此外教育部還設立教材局、基礎教育課程教材發展中心等部門，具體對教材進行管理。2019年12月，教育部牽頭制定了《中小學教材管理辦法》《職業院校教材管理辦法》和《普通高等學校教材管理辦法》（圖二），對教材的管理、規劃、編寫、審核、出版與發行、選用與使用、服務與保障、評價與監督等方面進行了具體的規定。



圖一，國務院關於成立國家教材委員會的通知

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

新闻 > 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，部省合建各高等学校：

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

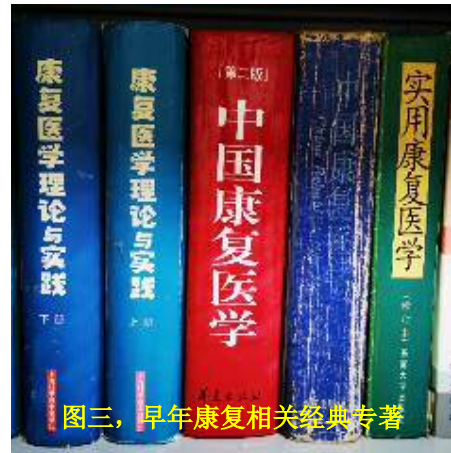
圖二，教育部印發教材管理辦法的通知

二、中國內地作業治療教育情況

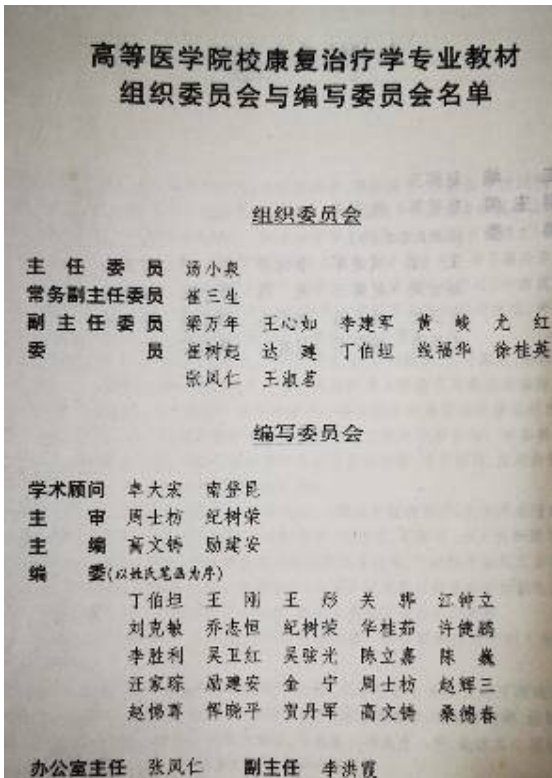
中國內地最早在 1980 年代末期開始康復相關學歷教育，最初主要是中專、大專學歷教育，且以康復醫學專業為主。2001 年南京醫科大學、首都醫科大學首次獲批康復治療專業本科教育，同年南京醫科大學開始招生。首都醫科大學於 2002 年開始康復治療專業（作業治療方向）教育，並於 2006 年在悉尼召開的 WFOT 大會上，正式通過了 WFOT 最低教育標準。此後，昆明醫科大學、四川大學、上海中醫藥大學、福建中醫藥大學、南京醫科大學、廣州醫科大學先後通過了 WFOT 作業治療課程教育標準。2017 年 3 月，教育部正式批准在上海中醫藥大學設立“康復作業治療”專業，開始了作業治療專業本科教育。目前中國內地共有 14 家院校開設了作業治療本科教育，其中 7 家通過了 WFOT 教育標準，此外，也有幾所學校開展了作業治療專業專科教育。作業治療研究生學歷教育方面，四川大學-香港理工大學災後重建與管理學院於 2013 年開設了作業治療碩士課程（MOT），該課程於 2016 年通過了 WFOT 的認證。2016 年北京大學與美國南加州大學簽署了作業治療碩士和博士教育合作協定，開始作業治療碩士和博士教育課程。

三、中國內地作業治療教材的發展

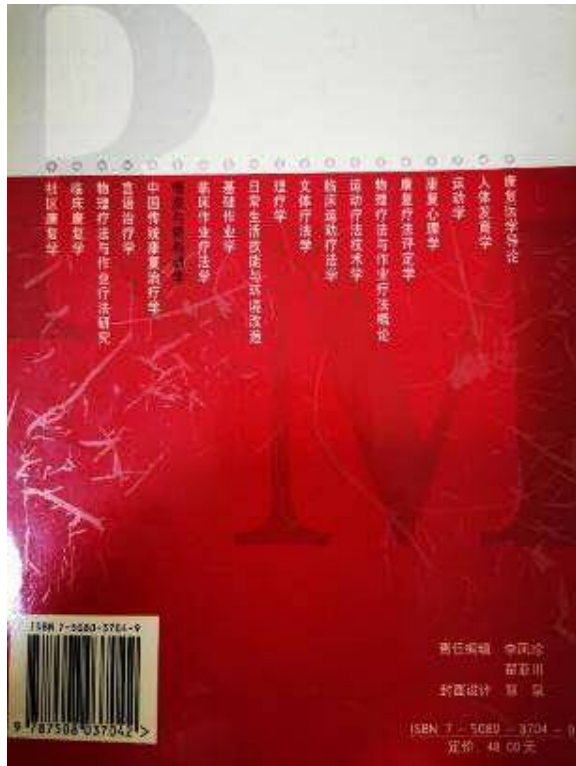
由於作業治療專業教育開展較晚，加上教材編寫的滯後，2003年之前，內地無專門作業治療教材或專著，康復治療專業主要使用《康復醫學》教材，參考《中國康復醫學》等少量專著（圖三）及國外材料或自編教材。2003-2005年，南京醫科大學和首都醫科大學共同組織（圖四）編寫，由華夏出版社出版了康復治療系列教材19本，供物理治療和作業治療學生共用，其中作業治療相關教材包括：《物理療法與作業療法概論》《康復療法評定學》《基礎作業學》《臨床作業療法學》《文體治療學》《日常生活技能與環境改造》《物理療法與作業療法研究》《社區康復學》《假肢與矯形器學》等（圖五）。



圖三，早年康復相關經典專著



圖四，物理治療與作業治療系列教材編委會



圖五，物理治療與作業治療系列教材書目

第一版教材於2005年全部出版，後於2014年進行了第二版的編寫（圖六），OT方面，增加了《職業關聯活動學》和《職業康復學》。



圖六，第二版物理治療與作業治療系列教材（2014）

康復治療專業作業治療課程教材方面，2008年人民衛生出版社出版了康復治療本科規劃教材《作業治療學》及配套材料（2013第2版，2018第3版）（圖七）；2009年廣東科技出版社出版了高職高專教材《作業療法》（圖八）；2010年人衛社出版了康復專科規劃教材《作



圖七，人衛作業治療本科規劃教材及配套材料

業治療技術》(圖九); 2012 年人衛社中醫院校康復治療規劃教材《作業治療學》(2019 第 2 版)(圖十)出版; 2018 年, 中國中醫藥出版社出版了規劃教材《作業治療學》(圖十一)。近年, 不同出版社出版了多部作業治療技術高職高專以及中專教材(圖十二)。



圖八, 廣東科技作業療法(2009)



圖九, 人衛社作業治療技術(2010)



圖十, 人衛中醫院校本科規劃教材(2012,2019)



圖十一, 中醫藥作業治療學(2018)

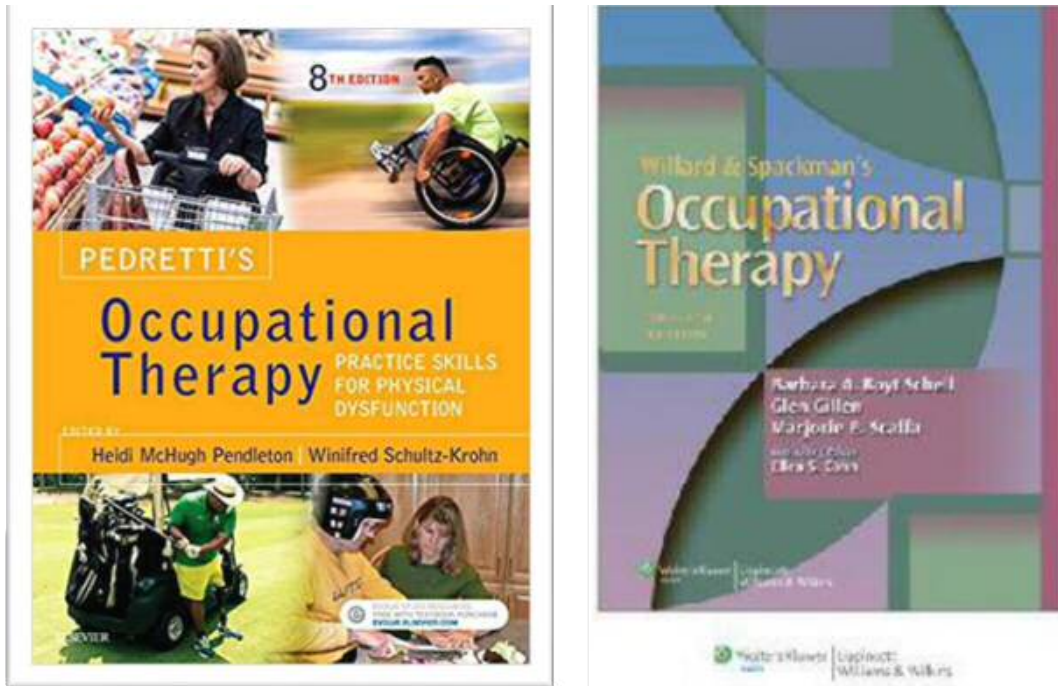


圖十二，不同出版社出版的大中專教材

作業治療專著（參考書）方面，不同單位組織出版了少量作業治療專著或亞專科作業治療著作（圖十三），也由不同出版社組織了國外經典作業治療教材或專著（圖十四）的翻譯工作，並將於近期出版中文版本。



圖十三，部分已出版的作業治療相關專著



圖十四 正在翻譯引進的經典作業治療專著

四、內地作業治療教材方面存在的問題

通過前述內容可發現，內地作業治療教材方面還存在一些問題和不足，主要包括以下方面：

1. 缺少系統性，缺乏專門針對 OT 專業學生的教材
2. 缺少專科亞專科方面教材，如神經系統疾病作業治療、手外傷作業治療等
3. 標準不完善，缺乏統一性
4. 教材內容偏重“技術”而“作業”方面不足
5. 內容單一、重複
6. 內容更新不足
7. 科研及循證實踐方面內容體現不夠

五、內地作業治療教材發展的思考及策略

教材在中國內地教學中發揮十分重要的作用，而越來越多的院校開展作業治療專業教育，急需系統的作業治療教材，並且還有超過 500 所院校開展了康復治療（技術）專業教育，也需要專門的規範化作業治療教材。結合存在的問題和強大的需要，可以從以下方面思考解

決。

1.行業學會發揮積極作用，指導作業治療教學、教材發展。中國康復醫學會康復教育專業委員會和作業治療專業委員會都可進行相應工作。中國康復醫學會作業治療專業委員會（COTA）已於2017年11月成立，並於2018年5月成為WFOT正式會員，2020年啟動了作業治療教育專案認證工作。可從以下方面進行考慮：

（1）與國際接軌，制定中國的作業治療教育標準和要求，推進WFOT課程認證，此工作分別由教育專委會和作業治療專委會進行中。

（2）制定作業治療實踐框架，統一作業治療的核心理念、實踐模式、工作內容、工作流程等。這部分工作已在進行，作業治療專業委員會於2019年底制定了《作業治療實踐框架》，但還需要進一步深化和完善。

（3）編寫作業治療指南：中國康復醫學會已於2018-2019年組織編寫了《作業治療技術臨床指南》和《作業治療指南》，將於近期出版（圖十五）。



圖十五 即將出版的作業治療技術臨床指南和作業治療指南

（4）編寫作業治療操作規範，已有部分專著出版，但需進一步完善。

（5）系統組織編寫作業治療專業教材，目前尚未進行，但已開始了相關探索，組織編寫了《作業治療系列叢書》（圖十六）並將於2021年出版，此叢書可作為作業治療專業教材的前期探索和嘗試。

（6）探討准入制度，對教材編寫進行規範與監管。

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	

圖十六 編寫中的作業治療系列叢書書目

2.重新審視教材作用，合理運用其他教學材料 教材的重要作用無需贅述，但也應該明確，教材並不是專業教學和學習的唯一材料，而且往往更不是最新的材料，教學過程中一定要參考最新的研究、專著、雜誌論文等內容。

3.充分利用互聯網資源和優勢，加強線上學習平臺建設、教學資源庫建設、精品課程建設。教育部已組織部分高校進行相關工作。

4.多種方式進行 OT 人才培訓，提升作業治療專業整體水準，帶動作業治療教學及教材編寫水準的提高。

(1) 開展作業治療師資培訓：如 2011 年開始的“作業治療師資培訓班”，至 2021 年 7 月已是第十一期，為作業治療教學和臨床培訓了一大批人才。

(2) 進行培訓基地建設：COTA 已經啟動作業治療培訓基地建設工作，希望今後在作業治療人才培訓和教材建設方面發揮更多作用。

(3) 召開專題培訓班、研討會、學術沙龍，探討作業治療教材的編寫和使用。

(4) 進修學習和訪學 到國內作業治療教學、臨床開展較好的單位進行系統學習，甚至到國外進行訪學，學習其他單位、其他國家的好的經驗和做法。

參考資料

1. 國務院辦公廳.關於成立國家教材委員會的通知.

http://www.moe.gov.cn/jyb_xgk/moe_1777/moe_1778/201707/t20170706_308824.html

2.教育部.關於印發《中小學教材管理辦法》《職業院校教材管理辦法》和《普通高等學校教材管理辦法》的通知.

http://www.gov.cn/zhengce/zhengceku/2020-01/07/content_5467235.htm?ivk_sa=1023197a

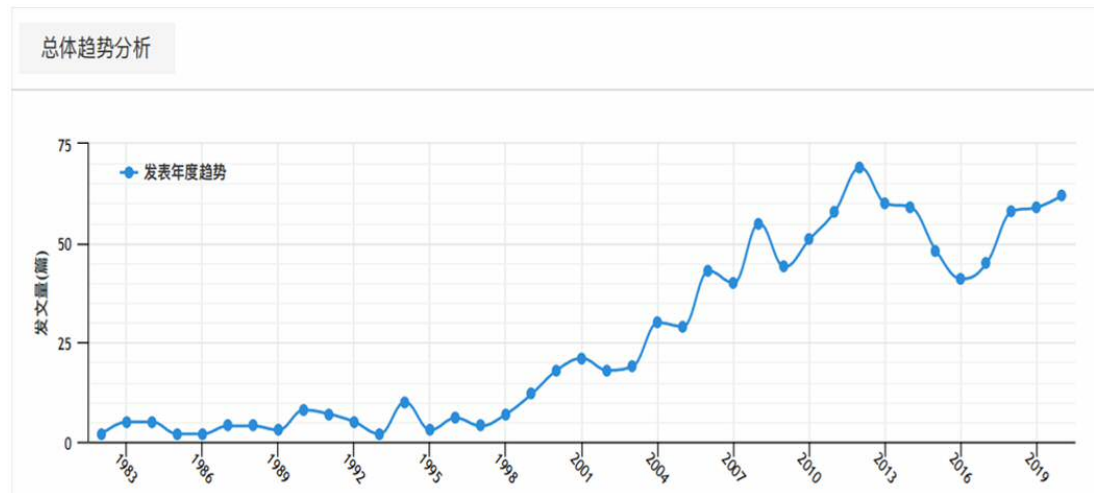
3.李奎成,閔彥寧.作業治療.北京：電子工業出版社，2018

中國作業治療科研發展掠影

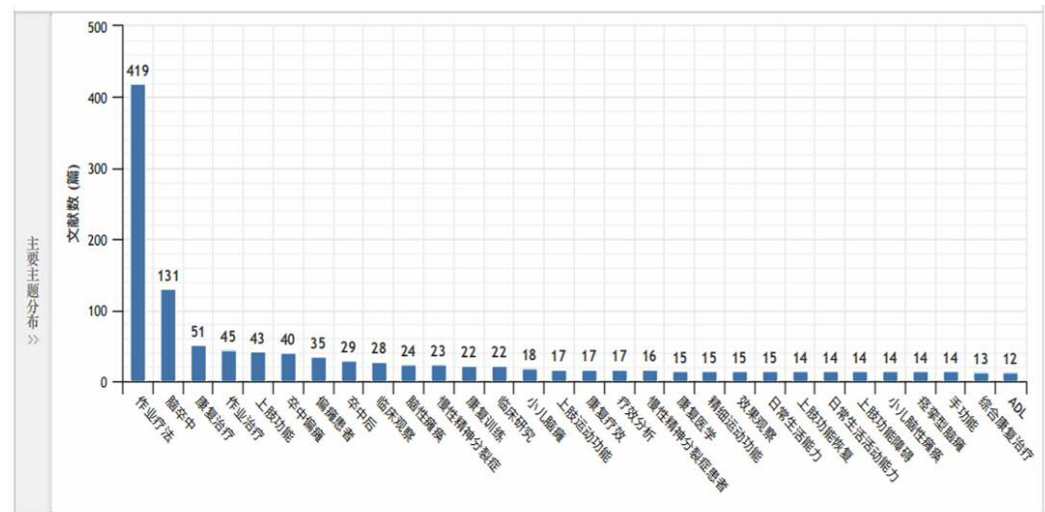
侯偉倩 郭佳寶 朱毅

作業治療是康復醫學科的重要組成部分，以服務物件為中心，通過有意義和目的的作業活動幫助他們提高生活自理能力、達到重返家庭和社會的目標。我國康復醫學發展較晚，國內專業性康復醫院較少，多為在綜合醫院內開設康復醫學科，但隨著人們對康復治療逐步瞭解，目前對康復治療也更加重視，絕大部分醫院的康復科室已經細化出獨立的作業治療部門，而且配備了專業的作業治療人員開展治療服務。臨床上對作業治療越來越重視，與之相關的科研項目也越來越豐富，接下來主要看一下中國作業治療的科研隨著時間的發展歷程。

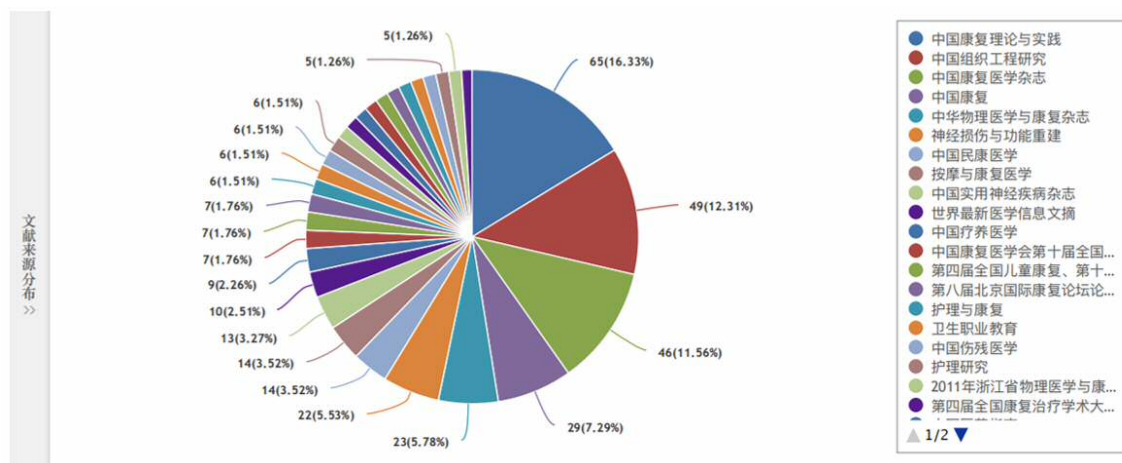
以“作業療法”為關鍵字在知網檢索相關文獻並進行視覺化分析，可以看出從 1982 年開始有作業治療方面的科研文獻記錄，但數量屈指可數。2000 年以後發文數量開始平穩上升，2012 年發文數量達三十年高峰，但 2016 年發文數量有所下降，之後呈回升趨勢，說明作業治療人員科研意識愈發強烈，已經從最初的機械性工作逐步轉變為具有主觀能動性的工作方式。



在檢索文獻中，絕大多數以“作業療法”為主題，此外，“腦卒中”、“康復治療”、“作業治療”、“上肢功能”、“卒中偏癱”也占比較高，提示作業療法的主要應用領域。



對文獻來源期刊進行統計，排在前五位的期刊分別是《中國康復理論與實踐》、《中國組織工程研究》、《中國康復醫學雜誌》、《中國康復》和《中華物理醫學與康復雜誌》，這些雜誌都是在國內較為權威的康復雜誌，作業治療人員在得出科研成果後可以選擇向上述雜誌投稿，一方面體現自己的科研價值，另一方面也可以為其他工作者的臨床問題提供治療思路。



知網收錄的文獻排名前五位學科類別分別是神經病學、臨床醫學、兒科學、精神病學以及中醫學，這與前面提到的主題都表明了作業療法的主要應用及研究方向。

中國作者分佈顯示，發文數量排名前四位作者均來自嘉興市第二醫院，2017年，該醫院康復醫學科由浙江省衛計委推薦上報國家級重點學科，在康復治療領域處於領先地位，從發文量可以看出該醫院作業治療發展較好，同時也很鼓勵治療人員進行科學探索。

中國機構分佈顯示，中國康復研究中心以22篇發文居於首位。中康主要承擔我國康復醫療、康復研究、人才培養等多領域康復工作，是我國現代康復醫學發展史上的一座里程碑，在我國康復的臨床及科研發展方面均取得了不容忽視的成績。此外，發文機構主要為醫院，少數為高校，體現了研究平臺的重要性及便宜性，啟發臨床工作者在臨床工作中要善於觀察、分析及總結，培養強烈的科研意識。

基金分佈顯示中部及沿海地區發文數較西部多，這與地區的經濟發展有一定的關係。文獻類型中研究論文數量最多，其次是資訊和綜述，這是一個較好的現象，研究論文需要進行原創研究，更能體現作業治療臨床工作者主動思考及解決問題的能力。

對知網在2020年收錄的中文文獻進行整理分析，發現發表的文獻主要有綜述、康復教育、康復管理、用藥研究、臨床研究、成果應用及調查報告七種類型。其中臨床研究文獻數量最多，研究表明作業療法在腦卒中、腦癱、兒童孤獨症等疾病的應用中效果顯著。臨床中，作業治療師可以通過個人與社區的合作，或者通過活動調整或環境改造來提高患者的參與能力，支援他們更好的參與到其想做的或被期望做的活動中去，實現治療目標。隨著科學技術的發展，智慧康復訓練系統等新型醫療器械也更多的被用於患者的康復訓練，為治療提供了更好的效果，同時使治療兼具趣味性。

在Web of Science中以“Occupational therapy”為主題進行檢索，可檢索到中國有27篇文獻被收錄，國家自然基金項目（NATIONAL NATURAL SCIENCE FOUNDATION OF CHINA, NSFC）機構資助進行的研究文獻僅有13篇，數量都不是很可觀，說明我國在作業療法的科研發展仍處於較為落後的地位。

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
		吴毅	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
		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	吉林大学	何金婷	青年科学基金项目	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
2018年	上海中医药大学	单春雷	面上项目	基于镜像神经元与具身感知可塑性的“视-动/感”整合训练对脑卒中上肢功能的作用与多维脑机制
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

從 2011 年至 2019 年共有八項作業治療相關研究取得了國家自然科學基金的支持，表明了作業治療的重要性正逐步凸顯，這與經濟快速增長、人們生活水準的提高以及對生活品質的要求越來越高關係密切。

作業治療實用新型專利的發明是臨床工作者和科研人員智慧的結晶，使用這些器械及治療系統有利於治療人員更加輕鬆有效的進行治療活動，同時吸引患者的興趣，使患者更容易接受治療活動。

碩博士論文中關於腦卒中後功能障礙的論文數量最多，將作業療法與互聯網、虛擬現實技術等現代科技結合的研究越來越多，一些非醫學專業如機械工程、生物工程等對作業治療也有所關注，作業療法與針灸結合的治療方式也被多次研究。

中國作業治療科研雖然起步較晚，但是正在逐步發展，作業治療人員科研意識不斷增強，學會在臨床中發揮主觀能動性，而不是機械地進行治療活動。各種基金支持體現出國家對作業治療也越來越重視，交叉學科、新興技術的參與也為作業治療注入了新鮮的血液。但是可以看到一些經濟發展較差的地區作業治療科學研究仍然匱乏，需要在鞏固中部及沿海科研創新的同時推進西部科研發展，加快整體科研發展。



以學生為中心的作業治療教學與臨床實踐

--南京醫科大學 OT 課程授課特色分享

伊文超 南京醫科大學康復醫學院作業治療學系

南京醫科大學作業治療方向分流教學始自 2011 級康復治療專業學生，本科四年施行“2+2”式的分方向教學，即在大學的前兩年康復治療專業學生集體授課，學習解剖、生理、評定等基礎課程；後兩年分物理治療和作業治療方向教學，各自學習相關專業課程。但在分流教學前，大二下學期開設《作業治療理論》課程，供即將選擇專業方向的學生對作業治療有初步的瞭解，以方便即將到來的分流方向選擇。因為作業治療不同於物理治療，與傳統醫學側重以疾病為中心的模式不同，作業治療以患者為中心，關心的是多數人不會下意識地去思考的看起來司空見慣的日常生活。作業治療師所擁有的技能，雖然對需要作業治療的人來說至關重要，但對其他人來說可能不屑一顧。因此有必要在學生選擇自己所喜歡的專業方向之前，對作業治療及其哲學有一定的瞭解。

本人有幸承擔南京醫科大學大二分流前的《作業治療理論》課程負責人以及大四門診手外傷的作業治療臨床帶教，承蒙黃錦文教授邀請，在此與各位交流課程及帶教經驗，望多指教！《作業治療理論》這門課程的授課內容包括作業治療的起源介紹、作業的含義及其與健康之間的關係、作業的領域與範疇、作業的哲學觀點、作業治療模式介紹（PEO、CMOP、MOHO、KAWA）、作業治療的流程和手段以及臨床推理。目的是讓學生對作業理論有初步瞭解，對作業和健康生活的關係有所思考，對專業有初步的認同和歸屬，就如 19 級幾位同學所言“在學這門課之前，我對於 ot 的瞭解僅限於“pt 讓人走到門前，ot 讓人把門擰開”這種程度的概念……學完之後，我認為 OT 面對更多的不是人的‘病’，而是病的‘人’……作業不僅僅是填滿時間，而是充實並賦予生活意義……活著可能不需要 OT，但要生活得快樂，離不開 OT……”。

《作業治療理論》課程貫徹以學生為中心的理念，以案例為線索闡述抽象的理論與哲學，實驗課以小組活動為形式，鼓勵頭腦風暴，同伴間互相學習促進，引起學生興趣和好奇，並能主動學習和發問，積極反思，查找解決問題的方案。

1.以學生為中心。不同的學習者有不同的學習方式，教師如果能提前瞭解所教授學生的學習方式，便可以根據學生的類型調整所教授內容的授課方法。在正式理論課程開始前，學生填寫學習方式問卷--VARK 調查表（見圖 1. 下載地址

<https://vark-learn.com/wp-content/uploads/2014/08/The-VARK-Questionnaire-Mandarin.pdf>），根據調查結果解讀自己的學習風格，課程負責人將最終結果分享給所有授課教師，以便瞭解當下學習者的學習方式類型，及時調整授課方式。根據既往經驗，多數學生都會選擇 K（動手型），並且多數學生都以不止一種學習方式為主要偏好，因此在《作業治療理論》這門課程中每一次課都必須包含多個形式的授課元素，比如幻燈（V 視覺）、視頻（VA 視聽）、講解（A 聽覺）、小組討論及彙報（ARK）、案例（VARK）、反思等。

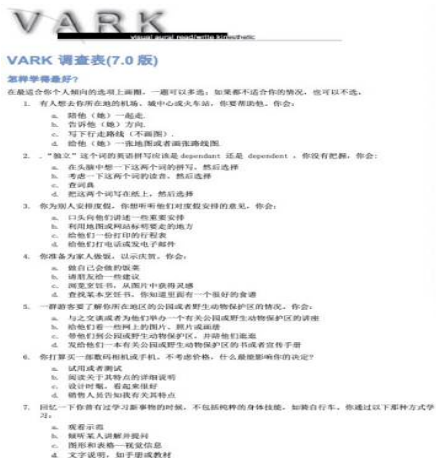


圖 1. VARK 調查表截圖

A

患者李某，女性，年齡 47 歲，因“突發右側肢體乏力約 1 月，伴麻木疼痛 2 天”入院。

患者 1 月前早晨去市場買菜途中无明显誘因突發右側肢體乏力，有頭暈，伴視物旋轉，听力下降，有惡心感，無意識障礙，無大小便失禁等。未予重視，第二日自覺全身無力，隨後出現反應遲鈍，右側肢體乏力較前加重，站立不穩，查头颅 CTA+灌注示：1. 左側基底節區高密度影，鈣化可能；2. 左側半卵圓中心及額葉梗死，腦干腔梗可能。3. 左側大腦前動脈小動脈瘤可能。

目前患者神志清，精神可，飲食良好，睡眠較差，MMSE28 分，定向力、計算力等高級智能功能正常，記憶力較患病前減退，卒中後焦慮狀態。關節活動度（PROM）：左側前關節屈伸、外展活動稍受限，余關節活動度正常。肌張力（Ashworth 分級）：未見明顯異常。徒手肌力（MMT）：右側上肢肌力 4 級；下肢 3 級，左側各肌群肌力無明顯異常。協調功能：雙側上肢指鼻、輪替試驗穩準，雙下肢跟膝試驗穩準。坐位平衡 3 級，站立平衡 2 級。右側肢體麻木、痛覺敏感、觸覺減退，雙側肢體深感覺未見明顯異常。Brunnstrom 分期（左上肢-手下肢）：V-VI 期。ADL 評分（Barthel 指數）：75 分（得分：吃飯 10 分，穿衣 5 分，大小便各 10 分，轉移 10 分，步行 10 分，梳洗 5 分，洗澡 0 分，上下樓梯 5 分，如廁 10 分）

1. 對自己手中的案例展開想象，豐富該患者的角色和個人特征，包括並不限於該患者的家庭、工作、興趣愛好等等。
2. 描述該患者具有代表性的一天作息時間表。
3. 挑選一項你認為該患者目前可能存在的作業表現問題，使用 PEO 模式對該作業表現問題進行分析，並完成 PEO 臨床應用表。

圖 2. 模擬案例之一

2.以案例為線索。為了幫助學生瞭解作業與生活和健康的關係，瞭解作業理論如何應用於臨床實踐，課程中選取了 5 個不同年齡段、性別、角色和診斷的案例（圖 2），貫穿整個課程始終，幫助學生瞭解作業所關心的領域、如何促進健康、不同年齡段 PEO 之間的變化關係、相同診斷不同角色所關注的領域有哪些不同、MOHO 模式在不同角色和診斷的運用、不同診斷的作業治療流程以及不同案例具體情況的臨床推理有哪些不同側重等。

3.以小組討論為形式。“就我個人而言，我還挺喜歡這種頭腦風暴的討論模式的，一個是在七嘴八舌中大家可以互相補充，完善各自的分析與結論……”來自 2019 級的學生在一篇反思日記中這樣寫道。作業治療理論希望激發學生對生活甚至對人生的思考。大學課堂為學生提供的是學習和經歷的機會，讓學生明白取之生活用之生活的道理。教師只是知識和經驗的載體之一，同伴、書本、互聯網等資訊化媒體以及積極參與各種社會活動都是學習成長的寶貴財富。小組討論可以讓學生通過互相學習、觀點表達和辯論，激發對問題的思考和解決方案的形成（圖 3）。



圖 3. PEO 模式學習時分小組討論案例

4.以興趣和好奇心為引導。整門課程最終考核形式也十分多樣化，由於《作業治療理論》課程的目的是為了讓學生能夠瞭解作業，熱愛作業，所以除傳統理論考核之外，學生可以挑

選自己感興趣的與作業理論相關的課題，製作小視頻進行彙報展示（圖 4）。比如（1）選擇不同作業模式進行比較；（2）討論如何成為一名出色的作業治療師；（3）不同國家和地區的作業治療服務；（4）作業與健康的關係等（圖 5）。其中 19 級的周子群在反思日記中寫道“我們有優秀中華傳統文化，與我們學習的 PEO、MOHO 等能否和諧的融合，或者產生類似於馬克思主義中國化的模式？就如 Kawa 模式的側重點和核心概念與西方實踐模式各有千秋一樣。網路遠端協助對於家庭康復是否帶來機遇？VR 虛擬模擬場景用於沉浸式訓練是否能在一定程度上提高康復物件的體驗？如今提倡多學科交叉發展，對於 OT 來說這路該如何走呢？”



圖 4. PEO 模式小組彙報



圖 5. 2019 級學生製作的與作業治療相關的彙報視頻（部分截圖）

5. 鼓勵動手參與和創新設計。從大二《作業治療理論》這門課程開始，在學習中融入涉及動手參與設計和創作的機會，包括手作品展示、科普視頻創作、創意工具製作等；大三有專門的《環境改造與輔助技術》一門課程，要求每組學生創作一件產品，學院支援優秀作品參加全國大創比賽。大四實習期間，鼓勵 OT 學生根據臨床治療所需創作一件治療性工具

作為出科成果展示。“實習期間首先要建立一個專屬於自己的臨床作業“儲物架”。有順序有計劃地排列好不同的治療性工具(圖 6), 根據患者的功能水準, 選擇合適難度的工具進行鍛煉”, 來自 2018 級的劉楊瑞說到。

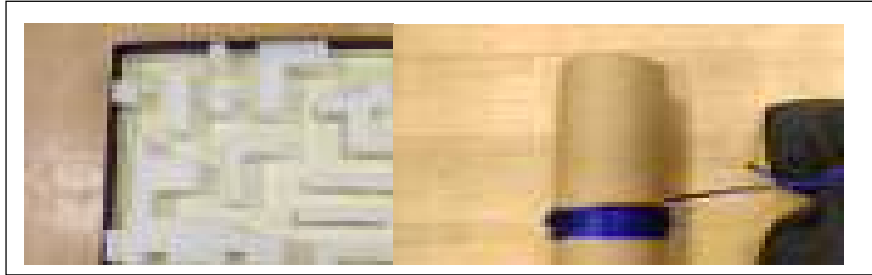


圖 6. 2018 級實習生利用廢舊物品 DIY 的簡易治療性工具
(左: 迷宮; 右: 前臂旋轉和腕背伸訓練器)

6. 以解決臨床患者作業問題為宗旨。不論在學校的理論課程學習中, 還是在大四的臨床實踐過程中, 教學秉承解決實際作業問題的宗旨, 啟發學生運用所學知識技能解決臨床問題。在校期間, 將理論知識和操作技能熟練掌握; 早期接觸案例, 引導學生主動思考臨床常見作業問題的解決方案, 學會使用各種管道獲取相關資訊, 形成解決思路, 為臨床實踐做好前期準備工作; 在實習期間, 遇到相對複雜綜合的現實案例, 運用前期積累的問題解決經驗, 迅速準確找到證據水準高且符合科學邏輯的解決方案, 帶領患者重拾生活信心!



粵港澳大灣區背景下中國內地作業治療人才培養

廣州醫科大學第五臨床學院/廣州醫科大學附屬第五醫院

歐海寧 羅慶祿 張燕妮 邱雅賢 廖宇君 賴小松 林強

廣州醫科大學（以下簡稱“廣醫”）創辦於 1958 年，是一所以醫學為優勢和特色，開展博士、碩士、本科多層次人才培養的廣東省高水準大學建設高校。下設 22 個學院，7 所直屬醫院和 11 所非直屬附屬醫院，28 個研究機構。擁有 1 個國家重點學科，7 個省部級重點學科，32 個市（廳）級重點學科；臨床醫學、藥理學與毒理學、分子生物學與遺傳學、生物學與生物化學、免疫學、神經科學與行為學進入 ESI 排名全球前 1%，全學科 ESI 綜合排名位居全國高校百強。學校廣泛開展對外學術和教育交流合作，先後與美國、歐洲、澳洲以及港澳臺等國家和地區的多所院校建立了穩定的合作交流關係。

廣醫於 2005 年獲國家教育部批准設置康復治療學專業，是我國大陸較早開設該專業本科教育的高等院校之一。為順應我國醫療衛生事業和殘疾人事業發展需求，2016 年起開設“作業治療（occupational therapy, OT）”和“物理治療（physiotherapy, PT）”兩個亞方向培養康復治療人才，其中 OT 方向的整體課程設置均參照世界作業治療師聯盟（World Federation of Occupational Therapist, WFOT）“作業治療師教育最低標準”，使 OT 教育標準國際化，這同時標誌著我校的 WFOT 認證申請工作正式啟動。經過數年的不斷發展與完善，我校於 2020 年獲教育部批准開設康復作業治療專業，且於 2021 年初通過 WFOT 最高等級國際認證（7 年），成為境內第六家、華南地區首家通過 WFOT 本科專業國際認證的高校。

廣醫 OT 教育項目的辦學理念綜合國際與本地觀點，形成對 OT 獨特的哲學性理解所引導。秉承我校“德術兼修，醫文相融，師生為本”的辦學理念，本專業進一步提出“以作業為中心，致力全民的健康、衛生和福利事業發展；立足本土，聯繫國際，循證為本，注重研修”的理念。下面將從課程設置、師資、實踐教學和學生培養四個方面介紹我校 OT 教育項目。

一、紮根中國本土，參照國際課程標準，構築“生命全週期”的理論-實驗-實習課程體系

我校採取“1+3”分方向培養模式，即學生大一年學習專業醫學基礎課程，大二至大四 3 年學習作業治療專業課程，課程標準結合國家標準和國際標準。OT 課程設置以 WFOT“作業治療師教育最低標準”為依據，結合本地教育背景，形成基礎與臨床醫學、作業治療學、人文社會科學與行為科學課程有機融合的架構，建立“醫學基礎課程-作業治療核心課程-通識課程”三位一體的課程體系（圖 1）。其中與作業治療專業課程主要涉及醫學基礎課程和 OT 核心課程。醫學基礎課幫助學生獲得精神衛生、軀體結構、生物醫學和各類疾病管理等方面的醫學基礎知識，如精神病學、人體解剖學、內科學等，以及醫學技術類、醫學科研基礎等相關知識。作業治療核心課程旨在訓練學生的作業治療知識、技巧和態度，使其理解人-作業-環境的關係，掌握作業治療流程和實踐；圍繞社會心理障礙、肌肉骨骼疾病、神經系統疾病、兒科系統疾病、內科及老年病的作業治療以及職業康復，逐層推進知識體系的構建。第一層次是醫學基礎課程，如精神病學、人體解剖學等；第二層次是 OT 核心課程中的普適性基礎學科，如作業治療理論與基礎、環境改造與輔助技術等；第三層次是各作業治療實踐主題的課程，如社會心理作業治療、肌肉骨骼疾病作業治療等。

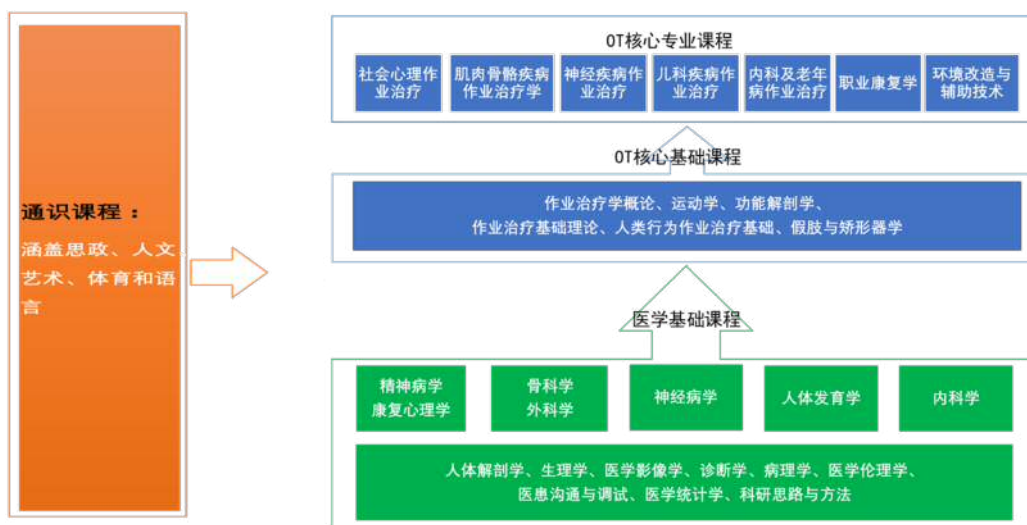


圖 1 三位一體的課程體系

為滿足兒童、殘疾人、老年人、精神衛生、職業健康等生命全週期的作業治療需求，2016年我校率先在華南地區各高校中將康復治療學專業分 OT 方向教學，設置肌肉骨骼疾病、神經疾病、兒科疾病、內科及老年病、社會心理的作業治療等課程，並設置綜合醫院、兒童醫院、康復中心、腦科醫院、老人院的輪轉實習。

二、師資內培外引，粵港澳大灣區融合發展

我校建立教師培養、考核、評價和激勵制度，堅持“以師為本”、按需設崗、向教學科研關鍵崗位傾斜的原則，調動教師教學積極性，對教學、科研優異的個人予以獎勵，鼓勵教師從事教學、進行教學改革。通過外派教師學習、舉辦專題講座等方式，更新教師教育理念，提升教師教學能力。

香港及廣東 OT 發展較早，院校和醫院儲備了較大量優秀 OT 師資。在粵港澳大灣區背景下，我校聘請香港理工大學曾永康教授為南山學者骨幹人才、客座教授，在理工大學的幫助下，逐步培養青年教師。我校一方面聘請香港理工大學教學團隊到校進行授課，並通過由本校 OT 老師跟課的方式培養青年教師，並注重自我師資培養，選派本校青年教師赴國外深造（圖 2）；另一方面調動區域資源，廣納廣東本土優秀 OT 師資，全面加強教師隊伍建設，以強師促強教。針對內地精神 OT 缺乏的困境，結合理大教師的支持及因廣州醫科大學擁有附屬腦科醫院的特點，安排學生實習輪轉社會心理作業治療內容，逐步培育本土精神 OT。

我校現有理論及實驗課程專職 OT 教師 5 名，外聘 OT 教師 16 名（均具有 WFOT 認證資質），其中 10 名具有海外學習經歷。實驗課授課要求師生比例不小於 1:15。立足粵港澳大灣區建設，為粵港澳大灣區建設培養輸送優秀作業治療人才。



圖 2 香港理工大學來我校授課

三、多層次多樣化的臨床實踐

臨床實踐分為實驗課程、臨床見習及臨床實習。多層次多樣化的臨床實踐循序漸進地培養學生的臨床思維和實踐技能，同時注重新興 OT 領域的實踐。實驗課程 (1~6 學期) 安排在課程中，在實驗室、臨床科室、康復中心等上實踐課及臨床見習。臨床見習 (2~6 學期) 包括集中見習 80h、社會實踐 160h 及境外見習。學生可根據自身情況，自主選擇香港理工大學、臺灣中山醫學大學 (圖 3)、美國 Creighton 大學 (圖 4)、及其醫療機構見習，培養國際視野。臨床實習 (6~8 學期)，以常見系統疾病為主線的作業治療實習 1600h，輪轉 4 種基地：綜合醫院 (神經系統與老年疾病 OT-14 周、肌肉骨骼疾病 OT-10 周、職業康復-2 周)、兒童醫院 (兒童疾病 OT-8 周)、精神病醫院 (社會心理 OT-4 周)、社區 (社區與老年 OT-2 周)，確保服務物件豐富，服務範圍深入醫院、社區、家庭、工作環境等；“以學生為中心”，學生根據實習基地特色自主選擇綜合醫院。

臨床實踐注重循證實踐應用，由 WFOT 認證專業教師帶教，要求學生以整體和動態的視角，以理論和研究成果為指導，將專業知識應用於以人為本的環境中，提供無偏見、安全公平的實踐服務，並作為評分依據。實習內容涵蓋各類疾病與人群，參與有關職業、社區、社會、健康、人權、福祉相關的事務，如“三下乡”志願活動，使其對人民健康和福祉做出貢獻。



圖 3 臺灣中山醫學大學短期交流項目



圖 4 美國克瑞頓大學短期見習項目

四、學生培養多維化

我校落實立德樹人根本任務，以學生為中心，培養實踐強、懂科研、能創新的複合型中國 OT 人才。以我校康復醫學實驗教學示範中心為平臺，引領學生早臨床、早實踐，從大一開始，通過實驗課程、見習、實習逐級提升學生實踐技能，並注重新興 OT 領域的實踐。

為培養 OT 學生科研能力，從學生大一開始，每年以線上線下結合的方式開展科研“第二課堂”，由教師講授科研基礎知識及統計、文獻分享等，每年約 30%OT 學生參加。同時根據學生個性與能力，組織參與不同的實驗操作、論文寫作等相關科研工作，每年累計教學課時超 40 學時；OT 學生每年定量申請大學生科技創新專案，研究方向一般為現階段國內外 OT 前沿熱點、難點問題，如鏡像神經元、腦卒中後肩痛、機械手臂、腦調控機制等。

為培養學生創新精神，學院及實踐基地組織舉辦“互聯網+”大賽、學生創新創業和實驗室開放項目、創新大賽等，積極擁抱現代化教學手段，通過學分獎勵的形式激勵學生積極發表論文、開展創業實踐、主持大學生創新創業專案，2016 年以來 OT 學生在各類比賽中獲獎 48 項，專利 10 餘項。

致謝：

廣州醫科大學毗鄰港澳，位於粵港澳大灣區建設的中心城市——廣州，擁有粵港合作辦學得天獨厚的地理位置優勢與政策優勢。近年來，我校在充分發揮我國大陸本土主觀能動性融合港澳資源的模式下，探索本土 OT 教育的發展，並取得了一定的成果。在此，僅對中國康復醫學會作業治療專業委員會，世界作業治療師聯盟，各界合作機構、作業治療及相關的專家、老師致以最誠摯的感謝！



北京大學醫學部作業治療方向碩士項目發展介紹

劉奕君 王寧華 北京大學醫學部醫學技術研究院

2016年，北京大學醫學部（以下簡稱北醫）與美國南加州大學（以下簡稱南加大）陳曾熙夫人作業科學與作業治療學部簽署了為期八年的雙方合作專案協定，正式啟動了作業治療研究生聯合培養項目。該項目包括北醫的康復治療學（作業治療方向）科學碩士專案（以下簡稱作業治療方向碩士項目）和南加大的作業治療臨床博士項目。在此合作中，南加大通過為北醫培養作業治療師資、作業科學的科研人員以及分享作業治療教學課程和內容，與北醫共同推動中國國內作業治療研究生教育的發展，培養國際一流的作業治療人才。

今年是該項目的第四個執行年，也是北醫作業治療方向碩士專案第一屆研究生畢業，並前往南加大繼續攻讀作業治療臨床博士學位的第一年。本文將對北醫作業治療方向碩士項目的發展歷程、課程建設以及學生的學習心得進行介紹，以期為我國作業治療專業的建設和發展提供資鑒。

一、北京大學醫學部作業治療方向科學碩士專案的發展歷程

為了全面啟動北醫作業治療方向碩士專案的教學工作，北醫在2017年和2018年先後選派了三名師資赴南加大學習。其中，兩名師資已在取得南加大的作業治療碩士和博士學位後回國，一名師資正在攻讀南加大的作業科學博士學位。經過為期三年的籌備，北醫作業治療方向碩士項目於2019年9月正式啟動，迎來了第一屆學生。



北醫作業治療方向碩士專案開學典禮合影

二、北京大學醫學部作業治療方向科學碩士專案的課程建設

北醫作業治療方向碩士項目的課程建設以我國本土的社會文化環境為基礎，以南加大作業治療碩士專案的課程設計為雛形。二者通過不斷的滲透交融，使課程內容在本土化的過程中得以豐富和完善。項目學制與南加大准入型作業治療碩士項目一致，為期兩年。課程教學

包括理論課程及臨床實踐教學。所有的理論課程與大部分實踐操作均採用全英文教學模式。理論課程分為以下四類：

(1) 專業基礎課

專業基礎課旨在使學生掌握與作業治療相關的基本理論與知識，包括《作業治療基礎課：作業》、《作業治療基礎課：創造力、手工藝和活動分析》、《作業治療基礎課：人體運動學》、《作業治療基礎課：神經科學》。

(2) 專業核心課

專業核心課旨在使學生掌握作業治療的核心能力和實踐基礎，包括《治療性自我使用與溝通技巧》、《臨床思辨》、《循證實踐：定量研究》、《循證實踐：定性研究》。

(3) 專業沉浸課

專業沉浸課旨在使學生掌握作業治療各領域的基本知識和臨床實踐能力，包括《沉浸課：成人軀體功能障礙作業治療》、《沉浸課：精神衛生作業治療》、《沉浸課：兒童作業治療》、《沉浸課：成年與增齡》。

(4) 進階課

進階課旨在使學生掌握作業治療的前沿進展，重點培養其創造力和領導力，包括《健康促進與福祉》、《設計以作業為中心的社區規劃》、《作業科學高級研討》、《領導力》。

按照美國作業治療教育認證協會（Accreditation Council for Occupational Therapy Education, ACOTE）標準的規定，該項目的臨床實踐教學分為兩個階段進行。第一階段實習（Level I Fieldwork）包括成人軀體作業治療、精神衛生作業治療、兒童作業治療、老年作業治療四個方向，共 16 周。第二階段實習（Level II Fieldwork）從上述四個方向中任選其二，共 24 周。

三、學生的學習心得

目前，北醫作業治療方向碩士專案已招收兩屆學生。學生們通過對作業治療課程的系統學習，收穫頗豐。以下為部分學生的學習心得節選。

我認為 OT 課程中很有價值的一部分內容是 OT 的歷史。我很喜歡項目裏這一部分的課程，因為對作業治療歷史的瞭解使得我從根本上瞭解 OT 產生的文化背景和意義，同時也幫助我思考 OT 如何本土化的問題。我認為，國內作業治療的教育也應當重視這一部分，因為不瞭解一個學科的歷史，不抓住過去，就很難分析目前國內 OT 發展的現狀與土壤，也很難抓住現在和未來。

第二，在 OT 實踐課中，我還學習了西方作業治療實踐模式是如何開展、運行以及如何堅持以作業為核心。在 level-II 的實習過程中，我一直嘗試將課上所學應用於臨床實踐，貫徹以作業為核心的模式，也的確遇到了許多關於理論能否轉化為實際的種種現實問題，有待未來進一步解決。

最後，OT 的研究課程和實踐課程一同拓寬了我的視野。過去我未曾想過 OT 可以在如此多的領域施展自己的拳腳。這對我來說的確是第一但也卻重要的一步，只有見過那些在自己的獨特領域建立起令人羨慕的職業認同感的 OT，自己才會更懂得 OT，同時將 OT 的理念結合現實的條件來將 OT 進一步推廣，造福人民。

——作業治療 2019 級碩士研究生公晨

通過兩年的 OT 課程學習，我發現 OT 是一門簡單中蘊含哲學的專業。大體而言，我們經常跟患者提及我們更多地關注的是他們想做、需要做以及被期望去做的事（如基本的日常生活活動，洗漱和穿衣等），盡可能地讓他們回歸正常的生活。他們的需求通常很簡單，如我想寫字，我想能自己吃飯等。可是這樣簡單的作業需求如何體現我們專業的價值呢？這就要求 OT 治療師能將患者的需求內化成以作業為中心的體系網路，從上而下不斷細分，以此去分析如何設計一項有意義的作業活動能滿足患者的需求。此外 OT 也在不斷構建以及擴展其哲學基礎。當我們分析以及設計一項作業活動時，我們通常會選擇一個或幾個的 Model 來指導我們思考，如 PEO Model 和 Kawa Model 等。這些理念模型是前輩們通過不斷的臨床觀察和分析，經過多次的實踐得出的結論。而在作業科學（Occupational Science）這門課中，我們也會探究作為作業個體（Occupational being）四個維度屬性——“Doing, Being, Becoming & Belonging”的內涵等。可以說，OT 就像一杯酒，一杯下肚，得其味，細品才知其醇厚。

——作業治療 2019 級碩士研究生王志灼

北醫 OT 課程像是一個顯微鏡，讓我重新認識生活點滴；北醫 OT 課程又像是望遠鏡，讓我看到了作業的方方面面，看到了作業治療的大有作為和大有可為。

在北醫 OT 的兩年，我首先是學習了如何成為一個會觀察、會交流的人、一個包容的人、一個能將心比心的人、一個懂得感恩的人，然後才是學習如何成為一位作業治療師。兩年的學習讓我感受到這身白衣的神聖，我將繼續努力，為了讓更多人活出精彩人生而奮鬥！

——作業治療 2019 級碩士研究生周兆雯

來到北醫，第一次開始接觸真正的 OT，隨著學習的不斷深入，發覺自己越來越喜歡 OT 的理念，潛移默化中將 OT 的思維模式遷移到日常生活中，也許學習 OT 首先治癒的是自己吧。在我們嘗試提升患者的生活品質時，首先要學會在每天繁重的學習和工作中，找到自己生活的平衡點。除了課堂上的學習之外，老師們為我們竭力尋找最好的實習醫院，其中讓我感受最深的是精神康復的實習。OT 的起源與精神康復密不可分，即便在今天，雖然疾病的種類和特點有所變化（比如焦慮和抑鬱發病率的增多以及趨向年輕化），但是 OT 在精神康復的領域中依然扮演著不可或缺的角色，任重而道遠。

——作業治療 2020 級碩士研究生許倩

專業核心課程給了大家很多討論交流的機會，許多新穎的、有趣的觀點就此產生了，我們還分小組為不同類人群設計作業項目來促進他們的健康和福祉。沉浸課程更是將課堂內的理論與臨床上的實踐結合起來，使得可以很快達成“所學所用”的目標。PUHSC—USC 專案中 OT 碩士課程的設計充分體現了 OT 教育的新理念和新思想，使得我們每一位同學都“沉浸”在 OT 中。

——作業治療 2019 級碩士研究生貞瑞生

在碩士研究生期間學習作業治療，讓我體會到何為一門“科學”與“藝術”相交融的學科，何為“以客戶為中心（client-centered）”的實踐理念，如何從“人”、“環境”、“作業”的角度去幫助患者全面恢復重要作業活動表現。作業治療不僅是書本裏的知識，更多的是一種思考方式或習慣，讓我們從患者角度出發幫助他們解決作業相關的問題。在學習作業治療期間我收穫頗豐，希望未來能夠通過自身努力為中國作業治療事業添磚加瓦。

——作業治療 2019 級碩士研究生楊璐銘

入學北醫學習 OT 碩士課程開始，可以說是經歷了身心方面的重大轉折，也收穫了終生難忘的成長。我們的課程內容充實且豐富，從秋季的基礎課程到冬春季的各種沉浸課、專業課，感謝這個過程裏老師們的陪伴和指引，各種形式的課程讓我有機會從各種視角去探索 OT 的世界；OT 的專業思想也讓我受益匪淺，“therapeutic use of self”除了讓我對臨床實踐有了更多的思考，也讓我對自己有了更深入的瞭解，很喜歡闡述 OT 理論文章裏的那句“orchestrate my life”，學習這些課程和背後的哲學，總能給我的生活許多啟示，促進我去思考對我來說最有意義的值得熱愛一生的作業活動，在偶爾失序的生活裏找尋作業的平衡，也期待用這些知識和思想化作 OT 旅程中前行的力量，去給更多的人更美好的影響。

——作業治療 2020 級碩士研究生王詠詩

現在是我來北醫學習作業治療學的第 8 個月了，對於課程的學習已經差不多過了一半，而我對作業治療的認識也逐漸加深。作業治療意在促進人們參與他們想要做、需要做或者被期望做的作業活動之中，是一門實踐的科學。這個定義與本科所接觸到的作業治療學的概念似乎比較接近。但是隨著課程的逐漸深入，我認識到作業治療學與我以前所接觸到的相關知識有所不同。儘管國內外的作業治療的核心目的都是促進患者重新參與到生活中，但是在我看來，在北醫-南加州大學作業治療碩士-博士聯合培養專案的課程中，我逐漸認識到作業治療學並非單純強調患者軀體功能的恢復，在作業治療的理論課程學習中，我認識到作業治療在一個哲學的理論角度闡釋了人們為什麼要進行各種作業活動，各種作業活動對於人們生活的意義是什麼。作業治療並非基於傳統的生物醫學模式把人看作是一個單獨的人，更多的是從一個人-環境-作業的動態關係來把握人的健康和福祉的問題。隨著課程的進行，我相信，我將學習到更多的作業治療知識並在將來的工作中應用到臨床實際。

——作業治療 2020 級碩士研究生何家文

在學習北醫 OT 課程的過程中，我深刻感受到了它與本科康復課程從上課內容到考察形式的不同。在課前，我們常常需要大量的閱讀，課堂強調老師與學生、同學之間的互動和討論，而考查形式應該是最與眾不同的一點。除了第一學期兩門較為基礎的理論課程需要以卷子的形式進行考察以外，平時最常見的就是準備各類課堂展示，或者基於不同的課程內容完成一些檔的書寫以及感想。在這樣的學習過程中，我們學到的知識被更加主動的吸收並轉化為自己的語言再次展示出來。在這樣的 OT 課程裏，我越發認識到獨立思考、主動尋找、發現並解決疑問的重要性，並在一次又一次的展示中鍛煉了自己的批判性思維和表達能力。

——作業治療 2020 級碩士研究生鐘泓穎

相比於其他醫學專業，作業治療很好地詮釋了一百多年前特魯多醫生的名言：“有時去治癒，常常去幫助，總是去安慰。”作業治療就像是疾病康復與回歸社會的橋樑，幫助患者應對傷病帶來的身心影響並提高其生活品質。OT 注重以全人的視角去看待每一位元患者，也重視外在環境因素的影響。通過有選擇性的作業活動，作業治療不僅可以改善患者的身體結構和功能障礙，更能提高其活動和參與。神經康復、肌肉骨骼康復、兒童康復、精神康復、慢性病管理…隨著我國康復的逐漸發展，相信作業治療可以在更多領域開拓發展並發揮自己的專業價值。

——作業治療 2020 級碩士研究生郭雯

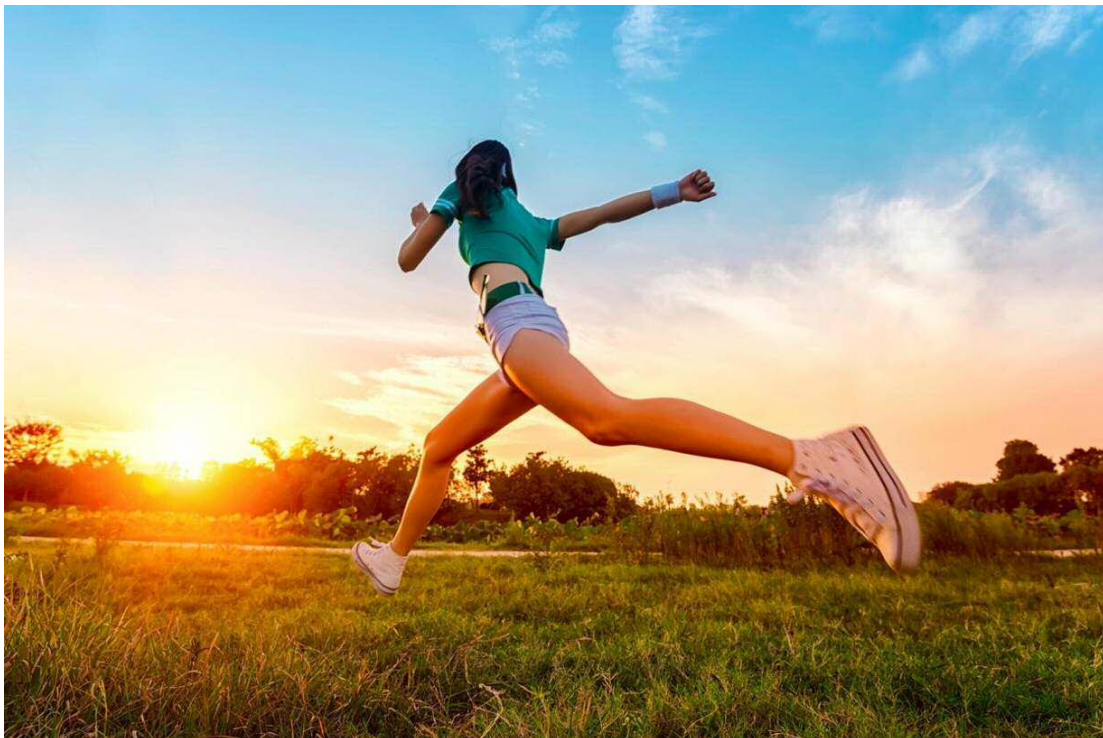
在北醫學習作業治療的這一年中，相較於本科階段，我對作業治療有了更加深刻的認識，更好的利用 OT 思維去分析患者的問題和優勢。雖然課業比較繁重，但是收穫多多：學會了如何更好的進行團隊合作；在合作過程中，傾聽同學間的觀點，接受不同的聲音。

在目前學到的所有課程中，《治療性的自我使用》對我的感觸最大，因為這門課讓我真切的感受到作業治療與其他專業的不同之處（主要是與物理治療師、醫生和護士之間的不同），讓我知道如何通過實際操作技巧將以個案為中心的理念應用到實際的治療過程。讓我學會了如何在尊重患者的同時，保護自己。另外，課程中用到的教材和額外的資料是比本科階段豐富的多的，很喜歡。

——作業治療 2020 級碩士研究生胥函君

四、展望

自今年開始，北醫將從作業治療方向碩士專案的畢業生中，選送三批共 15 名學生赴南加大攻讀作業治療博士學位。2022 年，還有 1 名學生將赴南加大攻讀作業科學博士學位。隨著人才隊伍的不斷壯大，北醫作業治療碩士教育將不斷發展，為我國作業治療專業的發展和建設添磚加瓦。



職業治療師能抓住「心臟復康」的機遇嗎？

吳顯波博士

(前 香港楊震「牽晴計畫」職業治療師 / 前 香港九龍醫院職業治療部部門主管)

“老年心臟病學”是近年於心臟專科發展中的一門新興科目，它的興起主要是為了應對年齡越來越大的心臟病病人，這些高齡的心臟病病人往往都有著其他的慢性疾病，使他們的病情更加複雜，趨使很多現有的治療方案：無論是藥物或介入性治療，都需要調節、改動，甚至重新研發。在復康方面，亦需要調整；從傳統只著重「運動處方」模式的「心臟復康」計畫，轉移到更跟注重「預防性」和「個人化及整體性」的「慢性疾病自我管理」方向發展。隨著這一方向的發展，於香港工作的職業治療師，不論是在公立醫院或是在社區到戶服務團隊中工作，近年他們都會接收到更多「心臟病」病人的轉介，當中有各種不同類型的心臟病。然而，大多數傳統職業治療的基礎培訓中，不論是本地還是海外，似乎都沒有於這一領域投入足夠的培訓時間，間接令到發展未如其他專業發展的速度和闊度，本文嘗探討不足之處，亦嘗試建議一些改善方法

一) 職業治療培訓課程中，對心臟疾病的臨床知識，涵蓋不多，基礎打不穩

回顧早在 1970 年代的職業治療教科書中，已有很多篇幅提及心臟復康，一般只提及「急性心肌梗塞」，其實現今在臨床服務上，要面對的還有很多不同心臟病類，例如：

1) 心血管病：無論是「慢性冠心病」還是「急性心肌梗塞」，都令心血管收縮或閉塞，心肌有可能因供血不足而壞死。

2) 心律失常：心房顫動、賀爾蒙失調、甲狀腺分泌過盛等都會致使心跳過快，加重心臟負擔。

3) 心臟結構問題：心瓣膜狹窄或倒流、先天性心臟病、原發性心肌病都令心臟無法如常工作，並使心肌肥大。

4) 病毒性心肌炎：例如流感病毒、新冠病毒可引起心肌發炎，削弱泵力。

5) 心包膜問題：放射治療、感染肺結核等都可能令心包膜硬化，阻礙心臟收縮和擴張。

6) 心肌受毒害：例如糖尿病、酒精、部份化療及免疫治療藥物都會損害心肌，影響泵血。

7) 高血壓：當血壓遠高於正常水準，心臟就要更用力泵血，加重心肌負擔。

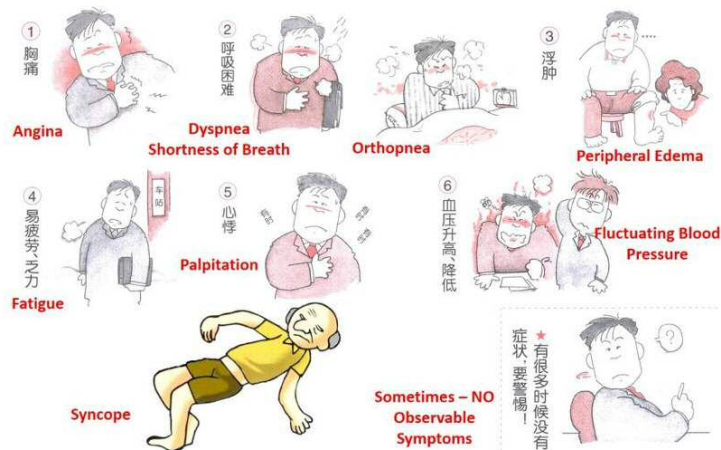
8) 心臟衰竭：老齡心臟病人中，預計患「心臟衰竭」的會愈來愈多，根據香港的統計數位，七十歲以上的長者中，約五分之一人是患者，「心臟衰竭」是一個症候群：心臟之於人體，如引擎之於汽車，它不停泵血，維持各部位運作。當心臟肌肉受損，泵血功能減弱，出現心臟衰竭，身體各部或因此得不到足夠養分，心臟衰竭的病因眾多，以上提及的各「心臟病」類都可能是其病因，有可能是單一，亦有可能互為因果。

各「心臟病類」都有其特別的病徵（圖一），如於「心臟衰竭」的病人隨著心衰竭愈加嚴重，氣喘、疲倦、水腫等征狀或逐一浮現，令患者飽受困擾。在醫療各「心臟病類」方面亦有很多新的治療方案和指引，例如對「心臟衰竭」的病人，往往因其不同的病因，醫學上會有較個人化及針對性的治療方案；除了利用藥物去舒緩徵狀，更要找出病原治理，即使不能根治，也能延緩心臟耗損。在新的治療手法中，一些介入性的治療方法（例如：用於治療「心肌梗塞」的氣球導管擴張術（俗稱「通波仔」）和植入支架、經導管微創主動脈瓣植入術...等）及不同功能的植入式心臟儀器（例如：「心臟起搏器」用於改善心律過慢，「心臟除顫器」

用於改善心律過快及預防因危險性心律引至的猝死，及最新的「心臟肌肉收縮調節器」三種。）都日新月異，當病人完成這些治療後，都有可能於短期內需要於一些日常生活動作小心提防，或需要長期避免接觸某些帶高磁場的環境。

以上提及的心臟病類或治療方案都是較少於職業治療的課程內容提及，對鑒定病情屬急性、慢性，不同階段的處理方法，對預後的判斷、若治療師沒有足夠知識，便找不清自己的角色和定位，亦會使醫療團隊和病人的溝通都造成了障礙，另外、試想一下，病人怎會對一個對他們病情一無所知的醫療復康從業人員投下信任及安心。

(圖一) 常見的「心臟病」病徵



二) 對「慢性疾病的自我管理」的內涵瞭解不深，亦未能善用有實證基礎的輔導方法及心理治療手法

「慢性疾病的自我管理」是世界衛生組織建議對處理慢性疾病的處理手法。目的在提高患者管理心臟疾病的知識和技能，包括病理學、藥物、健康飲食、運動、日常生活技巧和壓力管理等方面著手，把相關知識和技能，融入應用於日常生活中，構建健康生活方式，類似生活重整的概念。目標很清晰易明，過往醫療團隊多集中應用教育模式，辦講座、製作教育冊子和短片，很多病人或市民都知道多了，但知易行難，有部份市民未有參與，亦有部份市民嘗試過，但最後未能持之而恆，都是常常發現的問題。若要持之以恆、就需要有很強的**內在動力**，有部分患者，亦因一些思想上之診誤（表一）而做一些不正確之選擇，再者成功重點在於患者對**執行相關技考的信心**，而信心的建立是必要透過實踐，不單止是聽或知，荀子曰：「不聞不若聞之，聞之不若見之，見之不若知之，知之不若行之；學至於行之而止矣」。在應對內在主動力和解除謬誤的問題上，較成熟的處理技巧有「動機式訪談法（motivational interviewing, 簡稱 MI）」及「認知行為治療（Cognitive Behavioral Therapy, 簡稱 CBT）」。

「動機式訪談法」（MI）旨引導案主解決有關改變的矛盾心態，消除抗拒改變的因素，並促進自我探索及提升內在改變動機，幫助案主做出想要的改變。處理個案的矛盾心態會按步就班，由聯繫、重點、誘發動機、共研可執行性的行動目標、時間表、執行信心和所需輔助，每一步驟都有清楚目標。介入手法和技巧主要應 OARS 及配合敏銳的靈聽技巧。靈聽必需要敏銳，因為於同一時間內，治療師要記得內容、分釋內容、同時也要選擇合適的反應，動機式訪談法於前期 IOT 刊物也曾介紹過。

表一 于心臟病病人中一些常見診誤

謬誤一：	沒有症狀等於沒有心臟病、不用做運動或控制飲食了？	實況一：	未改變生活習慣，如繼續吸煙、大吃大喝，吸取過量膽固醇和脂肪，心臟病復發機會十分高。
謬誤二：	通波仔開通心臟血管就可以醫好冠心病，不用配合其他復康工作？	實況二：	通波仔只能物理性開通血管，控制三高才能改善長遠心血管健康。更重要的是，已接受支架放置的患者須服食至少一年的雙抗血小板藥。
謬誤三：	不少人質疑，患上心臟病、高血壓或高血脂等心血管問題，正要服用藥物控制病情，甚至需要做「通波仔」、「搭橋」等手術，還能夠做運動嗎？	實況三：	心臟復康訓練不單改善心臟功能，幫助患者控制血糖、血脂，還減低復發風險。研究顯示，心臟復康訓練有助降低心臟病死亡率約 20%至 27%，能顯著提升患者生活質素。

處理診誤或誤解，直斥其非未必可以得到予其的效果，善用 CBT 的原則與技巧可能更有成效。認知行為治療（CBT）建基於瞭解個案的想法、觀念和態度，對個案情緒和行為的影響，它背後的理論有兩個假設。第一，我們都受到自動化思維（automatic thoughts）的影響，這指我們都很習慣依賴同一套的思考模式去思考，有機會忽略了現實或者外在環境的其他因素，如建立了自動化負面思維，就會使我們自動地以一個悲觀的角度去思考，可能會太過集中在事情的負面部分上。第二，我們的身體反應、行為和情緒等，都是因為思想而產生。例如在做運動時感到不安（情緒）、心跳加速（身體感覺），可能會透過避免去做運動來減壓（行為）。在認知行為治療中，治療師將會和患者合作，一起解決患者的心理問題。治療師會先為患者進行評估，與患者一起分析問題，包括思想、行為和情緒等，以及它們對患者的心理和生活影響，而在頭幾次治療中，患者和治療師亦可以互相確認到底這種方法是否適用於患者的問題上。

三) 傳統的帶氧運動的種類，一些病情較晚期的患者未必能應付，有需要提升多元化的運動方案

帶氧運動的種類不少，常見有急步走、慢跑、游泳、登山、跳繩、踏單車、跳舞、健美操、各種球類運動等，但一些病情較晚期的患者，因未能出門到運動場而所受到限制；健身氣功則可在家中練習，是一個不錯選擇。健身氣功強調呼吸協調，亦有不少伸展動作，運動時節奏柔和緩慢，剛柔相濟，講求要順暢、連貫。其中健身氣功—八段錦有 8 個招式，屬於低中強度的帶氧運動，而且可鍛煉全身，亦包含重心轉移和平衡訓練。八段錦不但能增強肌力和心肌力量，還可調暢氣血、改善血管彈性、調節血壓和心率、增強免疫力；加上八段錦要求意念集中，有助調節情志，當心境開朗，穩定情緒，亦有助心臟健康。

香港聯合醫院曾於 06 年至 08 年間，向 57 位冠心病患者進行臨床研究，當中有 31 位持續 12 星期、每週不少於 5 次練習健身氣功八段錦，他們在研究期間均沒有入院紀錄，脈搏減緩 5.3%，上壓回復正常水準，下壓則下降 2.9%；至於沒有練八段錦的 26 位，11.5% 人在研究期間因心臟不適入院，而脈搏上升 6.4%，上下壓分別上升 2.7% 及 2%（圖二）。為確保指導員的質素，香港職業治療學會亦積極邀請了國家體育總局健身氣功管理中心和香港健身氣功總會每年派出教練，教授職業治療師學習健身氣功的正確招式。至今已引入 4 套健身氣功功法，包括易筋經、六字訣、五禽戲，八段錦，4 套氣功會按病人情況才作選擇。

另外在訓練過程中，職業治療師會一直監測患者的身體狀況及變化，例如觀察面色，還有量度血壓、心率、心律、血氧飽和度等，並會不時監測患者運動時的辛苦程度，持續評估，確保運動量都適合患者，一般由低強度運動做起 循序漸進。

(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



總結

若職業治療師沒有足夠「老年心臟病學」的知識，便成了自己的誤點，例如分不清禁忌症、忽略了需要小心提防的要點，做成不知怎樣去做，病人往往亦從這些細節，察覺到為什麼這個治療師與醫療團隊其他的成員不同。作為一專業團體，職業治療師應該要用開放的態度去，痛定思痛，查找不足，執行改善方案。因此，香港職業治療協會（HKOTA）制定相關證書。課程的意圖在：i) 提醒我們的專業會員「老年心臟病」患者正不斷增長，和，ii) 為有關同事提供基本但必要的知識和技能，去處理相關患者。

該課程涵蓋三個領域，包括：1) 心臟病學基礎臨床知識，2) 服務模式-概述，示例和新興需求，以及 3) 臨床技能，此外還有兩個特別主題：i) 來自年輕患者群體的額外關注和、ii) 兒童心臟疾病的需求。課程的設計亦參考了美國心胸疾病「心臟復康」課程範圍及指引，由於香港執業的職業治療師進行十二個講座，他們都具備相關經驗，並在不同的公共環境中工作香港，此課程亦曾於臺北及香港作網上現教授，現 IOT 正計畫把相關課程推廣至中國大陸的同業。



一所兒童醫院的職業治療服務

方少麗 香港職業治療師

嬰兒、兒童及青少年因先天或後天疾病影響，而難以達到各種生活角色的技能要求，正常地成長及參與日常活動。職業治療師會為嬰兒、兒童、青少年以及其家庭提供服務，有助改善有關情況，令他們得以趕上正常發展進度，盡力發展體智力、保持健康、提升生活質素及融入社區。兒科職業治療師非常注重家長的參與，經常協助家長瞭解個別病童的需要。教導家長善用子女長處，更有效地與他們溝通，從而更投入康復治療。



服務物件為 0 至 18 歲兒童及青少年，康復治療可以根據疾病種類作為分類

1. 神經發展康復治療

- 高危嬰兒篩查與早期介入（如早產、先天性心臟病）
- 大腦性麻痺
- 先天性疾病（如脊柱裂、唐氏綜合症）
- 腦腫瘤
- 創傷性腦損傷
- 腦癱症
- 神經肌肉疾病（如肌肉萎縮症）
- 新陳代謝疾病
- 發展協調障礙
- 自閉症
- 發展遲緩

2.肌肉骨骼康復治療

- 骨折、軟組織或運動創傷
- 先天性手部畸形（如多指畸形）
- 臂叢神經創傷
- 骨科術後復康（如肌腱、神經轉移等）
- 青少年風濕關節炎

3.心肺系統問題（緊急治療及復康）

- 新生兒深切治療及兒童深切治療
 - » 口腔協調訓練，為嬰兒開始進食作好準備
- 先天性心臟病
- 氧氣治療
- 圍手術期康復治療



4.兒童舒緩治療，讓生命有限的病童減低痛楚及與家人過有意義的生活



世界職業治療師聯會在立場書中提及每個人無論甚麼年齡也有生存及接受康復治療的權利。



無論病童年齡多大，能力有多局限，我相信透過治療及訓練，孩子總會成長，找尋快樂的時光。

一個人的獨立生活能力越高，自信心及社交能力也比人強。很多父母就以為孩子有長期病患或殘疾，就沒有希望。其實每個小生命都會帶來不一樣的驚喜。作為 OT 就可以教父母如何去欣賞孩子一點一滴地茁壯成長。

在一所有規模的兒童醫院，職業治療師透過全人治療模式以家庭為本，提升病童在姿勢控制、手部小肌肉、感官、認知、視覺感知及社交方面的發展。以符合與其年齡相配的成長指標，同時加強他們的日常生活活動（如進食、穿衣、整理儀容、如廁等自理行為）。為預備他們出院可回到校園生活、消閒、運動、提高玩樂能力及獨立性。改善他們在家居、學校及社區的生活功能，令他們

擁有具質素、意義及尊嚴的生活。

職業治療師和臨床團隊緊密合作溝通，為病童提供最適切有效的綜合治療。亦為照顧者提供建議及訓練，提升他們照顧病童的能力及信心。

病童出院後可能仍要接受康復治療，職業治療師就需要協助家人及建議隨訪，或者轉到更合適的社區康復中心跟進。

服務範圍

- 日常生活活動評估及訓練，包括自理、家居料理，社區設施使用等技能
- 口肌及進食評估及訓練（包括口腔肌能、感官，進食行為問題處理）
- 嬰兒感官刺激及感覺調節
- 發展評估及訓練
- 手部小肌肉評估及訓練
- 書寫評估及訓練
- 園藝治療
- 認知及感知評估及復康
- 職前評估及訓練
- 青少年生活重整課程
- 感覺統合治療
- 建議及提供輔助器具，提升日常生活功能及獨立能力
- 建議及提供減壓設備，紓緩及避免壓瘡的形成
- 坐姿評估、建議 / 配置相關輔助器具
- 設計及製作復康支架，達至保護作用、改善功能，以至促進神經復原
- 實地探訪家居 / 學校 / 工作場所，提供環境改善建議
- 疤痕處理及壓力治療
- 神經復康
- 紓緩治療
- 遊戲治療
- 為青少年康復者提供過渡服務，例如工作評估及訓練、駕駛評估，及性康復轉介

評估及循證實踐的重要

在制訂治療方案前，評估找出兒童發展遲緩的情況和成長的水準相當重要。這些資料往往可以幫助醫生找出原因並對症下藥。現在各方面的標準化評估工具都有，手眼協調，認知能力，感覺處理測量，自理能力都有。但治療師仍要吸取經驗才可以有效地應用這些評估工具。

華人兒童的手功能比外國孩子成長快，一般小肌肉功能評估在華人社會基本上不足夠分辨華人

兒童的能力，令治療成效及建議學校生活調適時欠缺說服力。

最近香港一群資深的兒科職業治療師研發出一套適合華人學齡兒童 (6 至 17.99 歲) 的小肌肉控制能力評估工具，對手功能靈巧程度及視覺動作整合能力都可以作對比。這樣，治療目標可更有規範而且將來可作研究用途。



總結

讓我從職業治療的角度去總結一下。兒童健康是需要推廣的。要減少將來長期病患者帶給社會的負擔，今天就應該幫助我們的下一代建立健康的生活模式。我們將來的生活就依賴健康成長的兒童。他們將來是如何卻又取決於我們今天的前瞻。



大笑瑜伽在香港職業治療的應用

江樂恒 香港職業治療師

呵呵哈哈！呵呵哈哈！非常好！非常好！Yeah！

笑聲傳遍每一個人心，喜悅的氣氛充滿個空間，這是我每一次帶領大笑瑜伽小組活動的感受。多謝香港職業治療學院會長黃會長邀請，可以在這裏分享一些大笑瑜伽的要點，我是香港的註冊職業治療師江樂恒，亦是國際認可大笑瑜伽導師（Certified Laughter Yoga Teacher, Level 2, Laughter Yoga University）。

大笑瑜伽起源于印度，於 1995 年由 Dr. Madan Kataria 醫生所創立。大笑瑜伽是一種獨特的概念，無需任何理由也可以大笑，即不需要你幽默、搞笑或講笑話。大笑瑜伽其實是一種帶氧運動，結合了「大笑」和「腹式呼吸」，並透過一班人一起進行的活動，令你身體和腦部有更多氧氣，使你感到更加充滿活力和健康。

大笑瑜伽發展至今已 30 年歷史，全球超過 100 個國家推行大笑瑜伽，包括有社福機構、學校、醫院、安老院舍和不同企業。

每次大笑瑜伽的活動包括四個步驟：

- 1、大笑熱身運動（Laughter warm up exercise）
- 2、大笑帶氧運動（Laughter aerobic exercise）
- 3、大笑靜心活動（Laughter meditation）
- 4、放鬆練習（Relaxation）

每次一小時的大笑瑜伽活動，得到科學的認證理論，於 2017 年做了一次文獻探討，大笑瑜伽可以增強人體免疫力系統、改善情緒、增加自信心以及提升生活質素與幸福感。在工作場所，大笑瑜伽提升員工的士氣、抗逆力及個人效能信念，整體上能提升工作效率。

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

圖片為 2020 年香港職業治療學會分享會的文獻探討大笑瑜伽與不同病症的研究摘要

2015 年取得國際認可大笑瑜伽導師後，在香港成立一個大笑俱樂部，于社區各大機構舉行超過 200 場大笑瑜伽活動，服務過精神病康復者以及認知障礙症長者，個案的回應十分正面，其中一場治療小組，由於活動的過程儘量鼓勵有交流，需要有一些手拖手的動作，有個男病人說第一次可以與治療師好像朋友一樣地活動。除此之外，活動過程需要做腹式呼吸，有個認知障礙症患者同時患有抑鬱症，他覺得可以呼出所有悶氣，過程中情緒也有好轉。

現在基本上時常都需要戴口罩，透過大笑瑜伽的活動，希望大家能找到心中的喜悅，COVID-19 疫情快一點完結，可以再一次見到大家的笑容。

以下圖片為大笑瑜伽領袖培訓班



以下圖片為大笑瑜伽熱身互動的部分



以下圖片為大笑瑜伽帶氧運動遊戲



以下圖片為精神健康基金會大笑瑜伽體驗活動



以下圖片為大笑瑜伽香港電臺訪問片段



參考文獻:

- 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

王琳女士（境外注册）: +86 18926775716, 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。

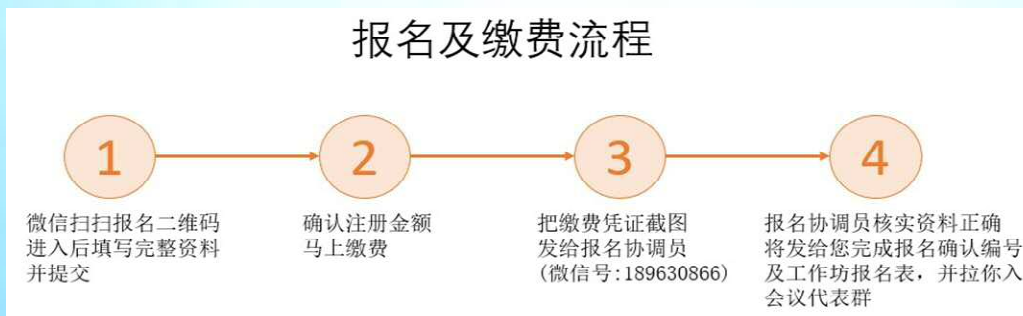
会议费用：RMB

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
专题讲着	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

特別鳴謝：

中華電子期刊編委會：

黃錦文
·香港職業治療學院
張瑞昆
·台灣高雄長庚醫院
林國徽
·廣州市殘疾人康復中心
李奎成
·宜興九如城康復醫院
陳少貞
·中山大學附屬第一醫院
閆彥寧
·河北省人民醫院
楊永紅
·四川大學華西醫院
朱毅
·鄭州大學第五附屬醫院

本期供稿作者：

新加坡職能治療師協會	王玉龍	邱卓英	邱服冰	郭鳳宜		
楊曉龍	黃錦文	陳寶珊	閆瑾	馬麗虹	李奎成	侯偉倩
郭佳寶	朱毅	伊文超	歐海寧	羅慶祿	張燕妮	邱雅賢
廖宇君	賴小松	林強	劉奕君	王寧華	吳顯波	方少麗
江樂恒	王琳					

本期責任主編：黃錦文

責任編輯：王琳

E-mail: hkiot@hkiot.org

Website: www.hkiot.org

HKIOT
Institute