

祝贺“2022年作业治疗学术年会顺利举行”！

2022年12月号

中华OT电子季刊

The Chinese OT e-Newsletter





快乐灵动生命

生命需要驱动力，这个驱动力就是快乐。快乐是朴实的，人人都可以享有非常简单的它。快乐有着共同的属性就是被理解和被尊重。快乐又有着充分的个性，在每个人身上都有着自己独特的兴趣、爱好，从事这些作业活动的时候，你就可以感受到别人无法体验到的乐趣。因此，我们可以看到制壶师雕琢紫砂的专注；我们可以看到书画家泼墨竹帛丹青的畅快；我们可以看到杭州西泠客挥刀金石豪情；这些都是快乐侧影。“独乐”与“众乐”是并行的，与挚友相谈甚欢，与家人围炉相望，快乐如同喷洒在空气中的香氛让众人沉醉。

作为作业治疗师，尤为重视客户在康复活动时是否具有足够的内驱力。这种内驱力是持续且专注地主动参与康复实践的重要原动力。根据患者的爱好、职业、社会角色、未来的人生规划所设定的康复内容是可以最大限度地激发患者兴致去参与到治疗中。与个人活动相比，小组间活动也是趣味纷繁，相互间的切磋交流，就共同的问题来交换各自的经验。

过去的3年可谓是比较艰苦的岁月，一场突如其来的疫情扰乱了所有人的心绪。在面对健康挑战的同时，民众因疫情催生的相关社会困难而焦虑不安。人亦有言，进退维谷。难以抉择的惑，挑起生活的困，成为不少人心间重石。如何解放自己，远离患得患失？或许寻找快乐元素亦是群体身心健康的解决之策。

快乐看似是描述情绪一词，实则是灵动生命的巨大力量。

我们在此时推出季刊当然有我们的想法，希望大家抖擞精神，快乐出发。

感谢本期所有作者，感谢鼎力相助本季季刊完成的张瑞昆教授、黄锦文教授、杨永红教授。

本期执行编辑：朱毅

目录

OT 与疫情

- 生活重整于疫情中的实践 / 何静雯····· 3
- 作业治疗在新冠疫情下的角色与功能 / 张自强····· 9
- 作为一名精神科作业治疗师对 COVID-19 疫情的一些思考 / 董怡悦····· 17
- 轻型新型冠状病毒住院患者作业治疗的初步经验：案例汇报 / 唐祯····· 23

医院环境

- 医院环境内的艺术，不止于艺术 / 柯晓敏，李娴，喻玺，朱晓文，王于领····· 29
- 医院环境内的氛围感，如何影响疗愈？ / 朱晓文，喻玺，柯晓敏，李娴····· 39

OT 与心理健康

- 烧伤后创伤后应激障碍的管理 / 王爱琳，刘婧，邱佳盈，董怡悦····· 52
- 作业治疗与自闭症心理健康 / 胡岱····· 57

临床应用

- 基于 SOAP 格式的作业治疗记录临床实践 / 李鑫····· 63
- 作业治疗在肿瘤康复的应用 / 赖西葵····· 74
- 作业治疗助力重返社会 / 李聪慧····· 80
- 日常生活中的快乐元素对病患的应用探讨 / 甘佳宁····· 84

OT 的教学与开展

- “疫起作业”——疫情期间福建医科大学《作业治疗学》课程线上教学实践与探索
/ 林诚，王志灼····· 89
- 无锡市中心康复医院作业治疗模式介绍 / 卞立····· 95

体会

- 从业这 10+年，关于作业治疗 / 徐睿····· 107

生活重整于疫情中的实践

何静雯博士 香港大埔医院 职业治疗师

2019 年疫情发展以来，大家的生活受到不同程度的影响。久而久之，我们都慢慢改变了固有的生活习惯，例如，卫生习惯、饮食健康、运动、上课学习，工作及社交生活。生活模式的转变会对部分人带来适应困难、焦虑和困扰。世界各地亦有研究指出疫情与情绪、睡眠、生活质量的影响。有研究指出，香港大约有 19% 的市民有抑郁症状，亦有 14% 的人有焦虑症状。在 500 个参与者中有 25% 表示他们的精神健康有下滑的迹象。因此，为面对未知的挑战，能有效地调息生活节奏以达至身心健康是重要的课题。

为减低传播风险，精神科的医疗服务在疫情期间亦有所改变。网上治疗及诊症方法因而急速发展。我们一班职业治疗师明白平衡生活对身心健康的重要性，所以设计了「爱。生活」2.0 网上学习平台，包括 28 天的网上学习短片、自学练习和生活故事分享。让有需要的人可跟从建议课程，在家中亦可以一步一步重整生活，积极面对疫情保持身心健康。



重整生活课程主要分四个重点：一、认识生活平衡及生活角色的重要性；二、疫情中的减压小活动；三、疫情中的正向心态；四、持之以恒建立有意义的生活模式。

一、认识生活平衡及生活角色的重要性

生活平衡：

首先，我们根据职业治疗对生活活动（occupation）的定义将生活作息分为八部分，包括：自我照顾、家务、休息与睡眠、工作、学习、娱乐、兴趣及社交活动。我们的生活往往都由这八类活动组成，如要达至平衡的生活应注意三大重点。第一，能够根据自己的生活角色，喜好及能力参与不同类型的生活活动。例如在职人士亦需注意休息与自我照顾；退休人士可多培养兴趣及社交活动，以免生活活动过于单一、欠缺平衡。第二，能根据生活角色安排合适的时间参与各类生活活动；例如好好安排平日与假期的活动。第三，保持生活活动类型的多元化，例如动态及静态的活动，亦包括个人同群体的活动。

生活角色：

生活角色一般会根据我们的年龄和能力去担当生活上不同的角色。而生活角色大约可分为十种，包括：家人、朋友、伴侣、自我照顾者、照顾者、家务照料者、义工、学生、在职人士、团体参与者，及业余爱好者或兴趣参与者。当我们选择重整生活的活动时，可以从我们的生活角色入手，这样就更容易因应角色及时间去改变生活模式。

建立目标:

清晰的目标在生活重整的过程中非常重要。我们可以用 SMART 的原则作协助。而 SMART 里面的每一个字母都代表了我们在订立目标时的每一个原则。首先是 S 是 Specific, 代表目标是要具体的。M 是 Measurable, 代表目标是可以量度的。A 是 Achievable, 指目标是可以达成的。R 是 Realistic, 代表目标是可以实行的。而最后是 T 代表 Time 即目标是有时限性和时间性的。我们可以尝试从订立短期目标开始。目标例子: 每天晚上做 10 分钟的静观活动, 以保持心理健康。然后用手机或笔记簿做记录。一星期后再翻阅自己是否能达成以上目标。如果未能达到以上目标再考虑是否与生活角色、能力及喜好有关, 因而需要调整目标。若能达到以上目标, 我们可以一步一步将目标拓展, 覆盖更多的生活范畴。

二、疫情中的减压小活动

压力的影响:

疫情中, 我们会面对不同压力, 如未能处理适当会影响健康及情绪。压力的产生主要来自对自己的期望、对别人或社会的期望、自身的不愉快、经历和环境的转变。压力能影



响我们的情绪包括焦虑、不安、慌张、发怒及闷闷不乐等。另外还会有思想反应包括不能集中精神、记忆力衰退及消极等。最后可能还会有行为反应包括逃避、失眠、暴饮暴食、食欲不振、抽烟饮酒等。虽然压力会带来负面作用但适量的压力是成功的推动力，能令我们做事更有效率，亦可以激发我们的潜能，令我们进步。日常生活中难免会有压力，我们要相信有压力未必是一件坏事，最重要的是怎样面对压力，令我们在压力之下能好好生活实现自己生活中的目标。

减压活动：

大家可以考虑多做八段锦健身气功、禅绕画、和谐粉彩、园艺活动、静观及瑜伽等活动。以上活动皆有文献指出能减压、调息身心及保持身心健康。

三、疫情中的正向心态

快乐方程式：

美国心理学家沙利文博士曾经列出一条快乐方程式「H 等于 S 加 C 加 V」。H 是 Happiness，快乐指数越高代表你越快乐。S 是 Set Range，这是与生俱来的快乐幅度。

你的快樂指數

雖然快樂指數中 S、C 和 V 沒有特定的比例，但為了帮助大家以快樂指數具體地了解自己的快樂程度，我們套用了另外一些學者的說法，以 S 約佔快樂指數的 50%，C 約佔快樂指數的 10%，以 V 約佔快樂指數的 40%，作為指數的參考。

大家可以定期計算一下自己的快樂指數，看看自己快不快樂！

情緒基調是與生俱來，所以是不變的。如果天生較易開心的人，他的分數亦較高，反之亦然。

現實環境和個人際遇，會隨時間改變。如當時環境和際遇都順利，分數亦較高，反之亦然。

你有沒有保持快樂的情緒，做一些令自己快樂的事？如果有，分數亦較高，反之亦然。

快樂指數的高低每人也不同，所以可在不同的時候計算一下，加以比較，如果發現指數比平時低，便要想想問題所在。不過如果快樂指數長期偏低（例如低於 5），那你可能需要學習一些令自己快樂的方法，使 V 的分數上升，以增加快樂指數。

$H = S \times 0.5 + C \times 0.1 + V \times 0.4$ (10分滿分)

研究证实有些人天生乐观，有些人则偏向抑郁。S 对快乐的影响大约占 50%。C 是 Circumstances，即环境和个人际遇。如果环境和际遇都顺利会比较快乐，但这个影响只占 10%。V 即系 Voluntary Activity，是自发性安排的活动，是个人可控制的范围。从这个快乐方程式我们可以了解到天生因素及环境因素并非完全主宰我们的快乐。我们仍能安排一些快乐的活动去过幸福的生活。

幸福感的活动主要元素：

拥有幸福的活动要包括五大元素。第一，要全程投入。即集专注及享受当下的活动，不要被烦恼和困难骚扰。第二，人际间的联系。我们必须多重视人与人之间的沟通和互动，从而在疫情中得到安慰及陪伴，鼓励同提醒，增加快乐和幸福感。第三，活动的深层意义。若能进行一些对自己或他人有意义的活动或贡献，这个快乐就会双倍增加。在困难中我们更必须好好照顾自己照顾他人，为社会做出一份贡献。第四，成就感。假若活动能令你获得认同及赞赏，这个满足感就能令你觉得更快乐。

四、建立有意义的生活模式

我们在生活重整的过程中探讨过不同类型的职业活动，并学习了怎样订立生活目标去重建身心健康。我们明白压力对我们的影响，多参与减压活动能保持身心健康。最后，我们亦讲解了何谓快乐与幸福感，及如何在选择生活目标时增强

活动中的幸福感。希望大家谨记学过的知识，持之以恒及加以实践，从而过着一个有意义有平衡的生活。

参考文献

Choi, E.P.H., Hui, B.P.H., Wan, E.Y.F. (2020). Depression and Anxiety in Hong Kong during COVID-19. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 17(10):3740. doi: 10.3390/ijerph17103740. PMID: 32466251; PMCID: PMC7277420.

Lam, C.S., Yu BY, Cheung, D.S.T., Cheung, T., Lam, S.C., Chung, K.F., Ho, F.Y., Yeung, W.F. (2021) Sleep and Mood Disturbances during the COVID-19 Outbreak in an Urban Chinese Population in Hong Kong: A Longitudinal Study of the Second and Third Waves of the Outbreak. *International Journal of Environmental Research and Public Health*;18(16):8444. doi: 10.3390/ijerph18168444. PMID: 34444192; PMCID: PMC8392420.

Seligman, M. E. (2002). *Authentic happiness: Using the new positive psychology to realize your potential for lasting fulfillment*. Simon and Schuster.

作业治疗在新冠疫情下的角色与功能

张自强 台湾八里疗养院

[摘要]

新冠肺炎 (Covid-19) 自 2020 全球大爆发以来至今已两年多，全球疫情依然险峻，作业治疗师就利用自己的专业及临床上的应用，包括：远距作业治疗、隔离病房应用、家长在线咨询、强化自我调适、关心照顾者健康、协助改善脑雾等，并藉此实务经验提供许多策略，使民众在疫情期间能透过作业治疗的协助，在新冠疫情逐渐稳定之际，协助大家重建并共度健康的生活。

[关键词] 作业治疗 职能治疗 新冠疫情

新冠肺炎 (Covid-19) 自 2020 全球大爆发以来至今已两年多，全球疫情依然险峻，因应疫情自 2019 年底开始，世界各地都会因应疫情而暂时关闭了一些会有群聚风险的场所，从那时开始多了许多「宅在家」的民众，国外有研究指出，受到新冠肺炎影响而「长时间社交孤立」之后，会因为感到孤单而有较高比例出现忧郁及焦虑的情况，有更高的比例会因为社交孤立而产生认知功能下降的状况。民众于短时间内仍须遵守「防疫新生活」的规范，包含：维持社交距离、戴口罩、勤洗手等策略来降低感染风险，而作业治疗师（职能治疗师）就利用自己的专业及临床上的应用，并藉此实务经验提供许多策略，使民众在疫情期间能透过各种方式，平安度过这波疫情。

1. 远距作业治疗（远距职能治疗，Tele-OT）的兴起与应用

远距作业治疗亦即参考远距医疗概念透过远距方式执行作业治疗，自从 COVID-19 疫情爆发后，民众对于远距医疗的需求大量增加。远距医疗可增加医疗的可及性、减少社会及医疗体系的支出，以及减少接触感染提升患病保护的机会。

在此分享原来在医院的门诊作业治疗，自疫情升温后已陆续提供家长在线咨询，几次远距职能治疗团体下来的经验，家长们大都表示已减轻了家长们对孩子照顾的困扰负荷，而且能及时地提供他们如何调整家里的环境，以改善孩子上学校远距课程不专心的困扰。此外，也因应防疫而缺乏户外活动，孩子容易躁动不安，远距作业治疗咨询时也提供了家长们简单的活动，包括：小飞机、小桌子、撑椅、熊爬等，可以让孩子们在家能够消耗一些过多的能量，以利孩子的居家远距学习。

此外，在疫情中要让中风病人仍能持续地练习日常生活训练，可以藉由提供远距作业治疗服务，请治疗师在线提供个案的能力评估、教导执行日常生活活动的步骤和策略、了解个案的居家环境，提供相关的辅具使用教学，以及卫教照顾者如何适时地协助病人。

2. 作业治疗在因为疫情而收治在隔离病房的应用

在精神病院的病人于住院期间，作业治疗在精神医疗团队中扮演重要的角色，利用治疗性活动团体，透过不同的媒介，促进病人能维持正常的生活作息及促进活动参与及人际互动。但因疫情影响，初入院的病人需单独隔离 14 天降低感染

风险，在隔离期间作业治疗团体亦改为远距方式进行，如何促进或维持隔离精神病人活动参与，降低住院的焦虑或无助就显得特别重要。虽因疫情考量，初入院的精神病人需有隔离检疫期，无法以常规作业治疗模式介入，但透过远距的治疗活动，可有效地降低病人住院的焦虑感，满足社交需求及促进病人的活动参与。而透过此方案的远距团体活动模式所产生的效益，经过评估后发现包括：能促进病人的活动参与、能协助病人维持规律性、能缓解被隔离期间孤独及焦虑感、并在隔离期得到社交需求满足等。虽然在执行过程中，而远距团体较难有个别化的活动分级调整，这些皆为未来可再进行活动优化的参考。

3. 作业治疗提供家长在线咨询以改善孩子远距上课不专心

作业治疗师可以提供家长们意见，以改善孩子们的远距不专心，包括：

(1) **订日常生活作息表：**在家里不像在学校有明确上下课时间以维持规律作息，因此订定生活作息表很重要，订定完后可以透过视觉提醒协助记忆，例如：贴在容易看到的地方等。而作息内容安排原则：课程时间缩短到半小时内、动静穿插安排、加入家事、休闲及社交时间等，家长们也可以配合孩子的奖励制度来进行；

(2) **上课前十分钟运动，调整警醒度：**可以进行适当地结合前庭觉、本体觉输入之活动，例如：开合跳 30 下、跳绳 100 下等，并视孩子情况调整频率及强度。也可以利用游戏方式增加孩子动机，例如：海洋世界或是下载运动游戏的 app: active arcade 等；

(3) **建置专心的学习环境：**在上课前约定把玩具收起或拿布盖上，同时观察是否有其他易使孩子分心的物品？可调整座位让视觉面向无受干扰的地方、必要时戴上耳机，并注意灯光明暗程度、调整适当的桌椅高度等。在建置好学习环境后，可固定上课座位，以使孩子较容易进入学习状态；

(4) **每日家长给予反馈分享：**在一天的结尾，可结合孩子一天表现做总结，搭配集点制度奖励。可请孩子思考并分享自己今日的表现，若有正向行为需给予鼓励，令其继续维持；负向行为则共同讨论可如何修正。而集点制度需设定具体、可行的目标行为，观察孩子喜欢的事物作为奖励，可每天统计点数，每周兑换奖励。

作业治疗师可以提供简单的活动，包括：小飞机、小桌子、撑椅、熊爬等，可以让孩子们在家能够消耗一些过多的能量，方便未来的居家远距学习。

4. 长期面对疫情的压力 作业治疗强化自我身心调适

新冠肺炎（Covid-19）自全球大爆发以来至今也已经两年了，每天面对不同的疫情相关信息来源，如：电视、网络、社群媒体、朋友间等，随着染疫确诊、死亡及重症人数增加、生活物资的抢购、医疗资源的满载等，每个人心中不免倍感压力，有些甚至出现了焦虑、失眠、紧张等现象，都会直接或间接地影响到我们的生活。作业治疗提出建议做好自我身心调适，才能在高涨的疫情下维持健康的最佳状态：

- (1) **定时关心疫情信息即可：**每天固定观看疫情指挥中心信息，建议减少观看不必要的信息，避免传递非经证实的信息反而造成无谓的担忧；
- (2) **找到自己最佳的纾压方式：**透过自我放松、冥想、听音乐或找到适当的人说话，寻求自己最适合的纾压方式，以降低身心焦虑程度；
- (3) **每天抽出半小时运动一下：**运动是维持身心健康最重要的活动，简单瑜伽或是室内散步，也可以搭配游戏的 app，每天抽空完成；
- (4) **透过媒介维持社交互动：**为避免防疫期间造成社交孤立，所以每天还是要与家人（分两地）或朋友通电话或微信等通讯维系。

5. 面对防疫延长战 作业治疗支持关心照顾者的身心健康

新冠疫情至今已经两年多仍未减缓，第一线的医疗人员在不断增加的确诊和重症病人的医疗负荷至今已经将近一个月了，越来越多第一线的工作人员无论是直接或间接的投入现场医疗或复健工作，或多或少会感到身心疲惫（夜以继日的医疗与急救）、罪恶感（为何没有及时把他们抢救）、心情忧郁（每天看到悲伤亲属或个案死亡的景象）、无助（医疗负荷满载需要帮忙的人过多）、情绪不稳（多重压力与身心疲惫造成）等，容易导致身体及心理健康失调等现象。

为使第一线医疗急救照顾者或是未来长期协助新冠肺炎医疗的照顾者能够降低照顾上的压力，作业治疗师提出应该重视 Care the Carer，亦即关心照顾者，第一线的医疗急救照顾者并不是钢铁人，透过关心与协助这些照顾者，让他们面

对急救与医疗照顾病人压力之余，能自我调适或是透过团体的协助，避免把相关工作压力影响到个人生活，可以健康并持续扮演好照顾者角色。

现阶段的 Care the Carer，包括「该休息时就要休息，才能有好的体力支持工作」、「感到压力时立刻找人说，获得倾听与支持，就能降低压力」、「学习压力放松技巧，如运动或看电视、听音乐」与「团体事件分享与纾压」等。作业治疗师除了是精神医疗团队之重要成员之一，更能就过去作业治疗在地震灾后身心重建的经验，可以协助执行 Care the Carer 计划，透过有经验的团体带领者运用团体动力学的技巧，包括：将照顾者形成小团体，在团体中讨论事件压力、分享个人的心得，并鼓励讨论压力处理方式、带领简单肢体放松运动、搭配调整呼吸的瑜伽、轻音乐搭配绘画的抒发情绪等，最后总结并给予正向及健康的处理模式，以协助照顾者能够持续且健康地回归正常的工作或生活。

6. 作业治疗协助改善新冠肺炎后脑雾的生活困难

新冠肺炎为数不少的病人，痊愈后却长期伴随包括脑雾等长期新冠的后遗症，症状严重者甚至影响日常生活功能造成失能。脑雾是一种认知障碍，主要是以记忆力及注意力下降为主。有脑雾的病人常常会发现自己很难专注于事物上，思考反应速度变慢了，甚至有些想讲的话都讲不出来，很难下决定及做判断，一些生活中再熟悉不过的简单日常事务都难以完成，日子变得辛苦与挫折，对生活与工

作都是挑战。作业治疗建议可以藉由一些策略及方法改变或调整行为，减少脑雾对生活的影响：

- (1) 减少所处环境中的干扰因子。例如减少房间中不必要的摆设，既有的家具摆放不杂乱；工作台面亦然，只放置工作所需物品并保持整洁；
- (2) 简化工作删除不必要的步骤，且重新分析安排工作中规律穿插休息。除此之外，分析整日的体力波动，将较困难的工作安排于体力较好时；
- (3) 避免多项工作同时进行，一次处理一件事依序进行；
- (4) 多步骤的工作，在工作台面或墙上以清楚的书面提示执行步骤；
- (5) 静坐可以提升记忆力同时降低压力，并且增进决策力。

作业治疗师可以协助改善生活上因脑雾造成的影响，透过有目的性且具有功能性的生活规划，协助大家穿透长期新冠认知障碍的迷雾，迈向康复之路，重新获得生活的掌控。

作业治疗（职能治疗）面对「后疫情时代」来临的建议大原则还是「尽可能地维持疫情前的正常作息和生活习惯」，维持身心功能不退化。如何有效规划一天作息正常，白天尽量维持吃饭和活动的作息，夜间才能有足够的休息。同时找到适当的活动，改善白天睡觉晚上睡不着的状况，也可以选择人潮较少的离峰时段逛街或到公共场合，其实只要戴好口罩，做好手部清洁，挑选离峰时段多去户外空旷地方走走。若是真的与亲友碰面不方便，则可以透过视讯和家人及朋友见

面，听听对方的声音和近况，可以稳定情绪并且刺激思考，让两端的亲友见见彼此聊聊天，仍可以一扫忧郁重拾愉快心情，透过作业治疗的协助，在新冠疫情逐渐稳定之际，协助大家重建并共度健康的生活。

参考文献：

1. American Occupational Therapy Association. (2013). Telehealth. *American Journal of Occupational Therapy*, 67(Suppl.), S69 - S90.
2. 叶佳姗、孙华萱、王玉山、郭筱琦、张自强 (2021)。疫情期间远距职能治疗活动对特殊需求学童及家长的应用。2021 年第十届提升全人医疗整合服务研讨会，台湾。
3. 谢佩君、张自强 (2021)。如何提升精神科隔离病房之病人在远距活动的参与度。2021 年第十届提升全人医疗整合服务研讨会，台湾。
4. 长新冠引发「脑雾」 职能治疗改善 8 要点 (2022)。人间福报，网址：
<https://www.merit-times.com/NewsPage.aspx?unid=792141>

作为一名精神科作业治疗师对 COVID-19 疫情的一些思考

四川大学华西医院 董怡悦

在三年的 COVID-19 流行期间，有很多相关文献都证明 COVID-19 大流行对人类群体的心理状况是有很大的影响的，其中针对中国境内的文章就有两三百之多，内容非常丰富。

针对普通人群，COVID-19 大流行中普通人群心理相关问题（抑郁、焦虑、躯体化症状）的患病率很高^[1,2]，对女性的影响更明显^[3]，总体来说基本与一线护士持平^[4]。媒体的作用不容小觑，社交媒体的使用与急性应激反应程度呈正相关^[5,6]。COVID-19 疫情显著增加了对于暴露在疫情中的可能性相关的高度焦虑，使得戴口罩、保持社交距离、勤洗手的行为增多，同时减少了公共场所随地吐痰和在社区外出的行为^[7]。

针对专业人员，从 2019 年第一次疫情期间至今关注了各个层面的医务人员。从疫情期间的心理压力来源、影响、应对，到疫情之后的疲劳、倦怠、创伤。结果表明，高比例的医护人员因为 COVID-19 流行患有焦虑和抑郁^[8,9]。其中，一线抗击 COVID-19 疫情人员的压力、疲劳和倦怠程度最高^[10,11]，而非一线抗击 COVID-19 疫情人员的创伤程度可能更高^[4,12]。在应对方面，来自政府和卫生管理部门根据相关风险因素制定和采取的有效干预策略和预防措施，医院管理层据此提供安全的职业环境是非常重要的^[13,14]。

COVID-19 患者在早期康复期间情绪反应和应激反应症状的发生率很高，特别是年轻患者^[15]。对 COVID-19 爆发的担忧，对 COVID-19 有关的线索的高度警惕和对社会孤立感的反思，可能是已有精神疾病的患者创伤后应激反应和抑郁症状增

高到将近一半的原因^[16]。

还有一个应该被关注的群体，那就是学生。COVID-19 爆发引起的心理应激反应可能导致学生的非自杀性自伤行为以及能导致非自杀性自伤的睡眠障碍^[17]。另外，在此期间，很多地方展开了在线教学，学生可能会因此花费更长的时间进行与互联网相关的活动，也会导致心理困扰的增加^[18]。值得注意的是，健康卫生相关专业的学生表现出急性应激反应症状程度也明显增高^[19]。

总体而言，提高个体的情绪管理能力^[17, 20, 21]，采取积极的应对策略^[21, 22]，提高家庭支持^[20, 22]和其他社会支持程度^[20, 21]都是有效的应对措施。另外，互联网使用的合理监管对于学生是重要的措施^[18]。

基于文献知识和临床经验，我们认为有必要在病房开展针对患者的应激事件处理团体活动和纳入家属的应激事件应对教育。

今年 9 月，成都经历了一次 COVID-19 疫情封控。我来到我工作的心理卫生中心住院部，和以往的感觉有些不同。办公室不再是以往的嘈杂，每个医疗组一个医生轮班上岗；护理组的人员也因为各种原因减少到维持病房运转的极限；心理咨询组只能做到每个病房一个心理治疗师；作业治疗组也只有两个人在岗，基本只能维持病房的药物治疗流程和团体治疗活动不被影响。其他的治疗，如生物反馈、经颅磁刺激、光照治疗、个案心理咨询、作业个案治疗等，只能被迫暂停。

与此同时，因为严峻的疫情形势，住院部的很多患者无法出院。一个患者，因为从成都到甘孜后的大巴车停运而无法回家，只能继续滞留在医院；另一个患者，因为居住的社区是高风险，一样无法回家。其他在院患者，出现了很多让医生意想不到的问题。

有位抽动障碍的患者，在疫情之前的抽动动作频率已经从每分钟 5—6 次降

低到每 10 分钟 5—6 次，疫情之后的两天却迅速回到刚刚住院时的状态。患者的母亲非常着急，反复找医生，想让孩子参与病房还在开展的所有治疗。想让孩子的心心理咨询师来和孩子展开治疗，想让孩子参与运动治疗，想让孩子参与作业治疗，想让孩子参与各种形式的物理治疗。医生只能告诉这位母亲，现在病房还在运行的治疗项目只有药物、心理团体活动和作业治疗团体活动，她非常担心患者的抽动症状会不能控制的严重下去。

抑郁障碍的患者们，基本上都出现了在他们的病程中最严重的情绪反应。有些患者出现停不下来的哭泣；有些患者会拿着他们“得之不易”的自伤工具，如零食袋子的尖锐边角，早餐盒盖等，在情绪低落时约在病房花园的角落自伤；有些患者的精神病性症状加重了，刚刚好转的幻觉、妄想又频繁出现。

还有，基本上所有患者和家属都出现了不同程度的焦虑症状。病房里面的老年焦虑患者，会在过道里面不断地走，口中念念有词“完了完了完了……”，有焦虑症状的青少年，更多天天躺在床上时时刻刻找关于疫情的报导，或者盯着天花板在不断担心着各种灾难的发生或遇到的事情解决不了。他们有的出现了头痛、头晕、胸闷、心慌、胃痛、恶心、便秘、腹泻等躯体症状，整个人显得非常痛苦。

而我们，作为病房还在运转的作业治疗组，能做的并不多。我们可以去安抚和教育抽动障碍患者的妈妈，把孩子白天的时间作息安排起来，可以教这个患者使用习惯逆转的方法控制抽动症状；但是我们无法使他的抽动频率回到疫情前的水平，也就无法让患者在团体治疗中更少地把自己的作品毁坏，也没有人力能够单独关注他一个人的情况。

我们可以收好我们的工具降低有自伤行为患者的环境危险因素，可以在团体中教他们发泄情绪和应对幻觉的方法，可以告诉陪护和家属应该怎样与患者沟通；

但是我们没法做到关注每个患者的特殊性，很难让他们的情绪症状得到改善。

我们可以在患者出现躯体不适时尽量让他们在团体活动中感到舒适，让他们在团体活动时不去担心，可以为家属开展教育团体；但是我们没有办法让患者们更多地关注自己的生活，没法去解决他们和家属之间出现的冲突。

同时，在睡不着的某天凌晨，我突然意识到自己其实也出现了和我的患者类似的情绪反应。我的眩晕复发了，身体很累但是睡不着；我一天只吃两餐，其他时间都觉得很饱；我已经三天没有练琴了，这是平时不可能发生的；我变得易激惹，一点小事就让我感到愤怒。这时，我意识到需要对自己的生活状态做出调整。首先，在线门诊让我有了控制眩晕的药物；其次，我尽量做到一日三餐；再次，我每日都去琴房，练习最基础的手指训练；最后，我通过睡眠限制和放松训练让我的睡眠质量和时间都有改善。这样做的第三天，我发现自己感觉精力充沛，心情好，有动力去面对和想办法解决患者的各种问题了。

如今回想起来，虽然只有短短十几天，我还是能够深刻体会到这次疫情带给我的变化。第一，我切身体会到患者群体和自身对于应激事件的反应，一定会在类似的事件发生时做出更及时、适当的应对。第二，我们一直对患者强调维持生活规律的重要性，这次我得以亲身体会“规律”对于生活质量的巨大影响。第三，我明白了自己能够在这种时候针对性地做一些事情，为患者服务的同时也能让自己调节状态更好地生活。第四，我更加珍惜多学科合作的团队，没有这种治疗联盟对于患者来说有可能形成致命的打击。

这个月，在国家政策指导下，常态核酸成为过去式。病房在一个星期之内出现了多达 40 位患者及家属的发热，同时经历严重的医疗人员减员。好在大多患者的情况还是比较稳定的，同事们也是尽量坚持完成临床工作。在我看来，长达

三年对新冠疫情的相对封闭的监管着实是必要且有效的，希望我在未来能够运用在这次事件中获得的经验，不断强化自己对于应激相关障碍的临床处理技能，能够为患者做出应有的专业支持。

参考文献

- [1] Ran L, Wang W, Ai M, Kong Y, Chen J, Kuang L. Psychological resilience, depression, anxiety, and somatization symptoms in response to COVID-19: A study of the general population in China at the peak of its epidemic. *Soc Sci Med*. 2020;262:113261. doi:10.1016/j.socscimed.2020.113261
- [2] Wang C, Pan R, Wan X, et al. Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(5):1729. Published 2020 Mar 6. doi:10.3390/ijerph17051729
- [3] Yan S, Xu R, Stratton TD, et al. Sex differences and psychological stress: responses to the COVID-19 pandemic in China. *BMC Public Health*. 2021;21(1):79. Published 2021 Jan 7. doi:10.1186/s12889-020-10085-w
- [4] Li Z, Ge J, Yang M, et al. Vicarious traumatization in the general public, members, and non-members of medical teams aiding in COVID-19 control. *Brain Behav Immun*. 2020;88:916-919. doi:10.1016/j.bbi.2020.03.007
- [5] He X, Zhang Y, Chen M, Zhang J, Zou W, Luo Y. Media Exposure to COVID-19 Predicted Acute Stress: A Moderated Mediation Model of Intolerance of Uncertainty and Perceived Social Support. *Front Psychiatry*. 2021;11:613368. Published 2021 Feb 10. doi:10.3389/fpsy.2020.613368
- [6] Luo Y, He X, Wang S, Li J, Zhang Y. Media exposure predicts acute stress and probable acute stress disorder during the early COVID-19 outbreak in China. *PeerJ*. 2021;9:e11407. Published 2021 May 10. doi:10.7717/peerj.11407
- [7] Ni Z, Lebowitz ER, Zou Z, et al. Response to the COVID-19 Outbreak in Urban Settings in China. *J Urban Health*. 2021;98(1):41-52. doi:10.1007/s11524-020-00498-8
- [8] Huang L, Lei W, Xu F, Liu H, Yu L. Emotional responses and coping strategies in nurses and nursing students during Covid-19 outbreak: A comparative study. *PLoS One*. 2020;15(8): e0237303. Published 2020 Aug 7. doi:10.1371/journal.pone.0237303
- [9] Xiao X, Zhu X, Fu S, Hu Y, Li X, Xiao J. Psychological impact of healthcare workers in China during COVID-19 pneumonia epidemic: A multi-center cross-sectional survey investigation. *J Affect Disord*. 2020;274:405-410. doi:10.1016/j.jad.2020.05.081
- [10] Chen R, Sun C, Chen JJ, et al. A Large-Scale Survey on Trauma, Burnout, and Posttraumatic Growth among Nurses during the COVID-19 Pandemic. *Int J Ment Health Nurs*. 2021;30(1):102-116. doi:10.1111/inm.12796
- [11] Wu W, Zhang Y, Wang P, et al. Psychological stress of medical staffs during outbreak of COVID-19 and adjustment strategy. *J Med Virol*. 2020;92(10):1962-1970. doi:10.1002/jmv.25914
- [12] Liao C, Guo L, Zhang C, et al. Emergency stress management among nurses: A lesson from the COVID-19 outbreak in China—a cross-sectional study. *J Clin Nurs*. 2021;30(3-4):433-442. doi:10.1111/jocn.15553
- [13] Cai H, Tu B, Ma J, et al. Psychological Impact and Coping Strategies of Frontline Medical Staff in Hunan Between January and March 2020 During the Outbreak of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in Hubei, China. *Med Sci Monit*. 2020;26:e924171. Published 2020 Apr 15. doi:10.12659/MSM.924171
- [14] Zhan YX, Zhao SY, Yuan J, et al. Prevalence and Influencing Factors on Fatigue of First-line Nurses Combating with COVID-19 in China: A Descriptive Cross-Sectional Study. *Curr Med Sci*.

2020;40(4):625-635. doi:10.1007/s11596-020-2226-9

- [15] Cai X, Hu X, Ekumi IO, et al. Psychological Distress and Its Correlates Among COVID-19 Survivors During Early Convalescence Across Age Groups. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2020;28(10):1030-1039. doi:10.1016/j.jagp.2020.07.0037
- [16] Ting TCM, Wong AWS, Liu WS, Leung FLT, Ng MT. Impact of COVID-19 outbreak on posttraumatic stress in patients with psychiatric illness. *Psychiatry Res*. 2021;303:114065. doi:10.1016/j.psychres.2021.114065
- [17] Xiao J, Wang R, Hu Y, et al. Impacts of the psychological stress response on nonsuicidal self-injury behavior in students during the COVID-19 epidemic in China: the mediating role of sleep disorders. *BMC Psychol*. 2022;10(1):87. Published 2022 Apr 4. doi:10.1186/s40359-022-00789-6
- [18] Chen CY, Chen IH, Pakpour AH, Lin CY, Griffiths MD. Internet-Related Behaviors and Psychological Distress Among Schoolchildren During the COVID-19 School Hiatus. *Cyberpsychol Behav Soc Netw*. 2021;24(10):654-663. Cai H, Tu B, Ma J, et al. Psychological Impact and Coping Strategies of Frontline Medical Staff in Hunan Between January and March 2020 During the Outbreak of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in Hubei, China. *Med Sci Monit*. 2020;26: e924171. Published 2020 Apr 15. doi:10.12659/MSM.924171
- [19] Li Y, Wang Y, Jiang J, et al. Psychological distress among health professional students during the COVID-19 outbreak [published correction appears in *Psychol Med*. 2021 Aug;51(11):1960]. *Psychol Med*. 2021;51(11):1952-1954. doi:10.1017/S0033291720001555
- [20] Wang Y, Zhang M, Yin Q, et al. Psychological Responses of the Patients in Cabin Hospital to the COVID-19 Outbreak: A Comparative Epidemiologic Analysis. *Front Psychol*. 2021;12:641167. Published 2021 Jul 12. doi:10.3389/fpsyg.2021.641167
- [21] Ye Z, Yang X, Zeng C, et al. Resilience, Social Support, and Coping as Mediators between COVID-19-related Stressful Experiences and Acute Stress Disorder among College Students in China. *Appl Psychol Health Well Being*. 2020;12(4):1074-1094. doi:10.1111/aphw.12211
- [22] Huang Y, Su X, Si M, et al. The impacts of coping style and perceived social support on the mental health of undergraduate students during the early phases of the COVID-19 pandemic in China: a multicenter survey. *BMC Psychiatry*. 2021;21(1):530. Published 2021 Oct 27. doi:10.1186/s12888-021-03546-y

轻型新型冠状病毒住院患者作业治疗的初步经验

案例汇报

唐祯 重庆渝西医院

一. 介绍



新型冠状病毒是一种广泛影响全身各系统的疾病，该疾病已被证实会导致肺部、心脏、肌肉和神经系统问题^[1]。因其广泛的影响，对患者的活动能力和日常活动产生直接影响，这些可能包括基本活动和工具活动，同时对受影响人群的心理健康和职业平衡产生正面冲击^{[1] [2]}。因此，现有的研究报告发现，早期的作业治疗（OT）介入，包括提供患者在心理社会支持和咨询方面的专业知识，可以有效地让患者早日回归正常生活^[3]。

由于新型冠状病毒传染性较高，临床较多应用基于问题解决的医疗模式，而忽略患者的功能、康复需求，作业治疗基于 PEO 模式（人—环境—作业）指导实践，可以弥补医疗模式的不足^[4]。

目前，针对新型冠状病毒的作业治疗循证指南尚未制定出来^[5]。本文是一位感染新冠、与患者共同隔离的临床作业治疗师的亲身经历，其在封控期间从作业治疗师的视角应用 PEO 模型，指导两名患者在新型冠状病毒环境中开展住院 OT 服务，可能为未来的传染性疾病面临临时管控或长期新冠肺炎（long-covid）患者的 OT 服务提供持续支持。

二. 案例介绍

案例 1



该案例是一名 85 岁的男性脑梗塞恢复期患者，他因运动、视听觉障碍、言语表达困难、日常生活活动受限在康复科进行功能恢复训练，通过 2 个月的康复训练 ADL 大部分自理，可以独立室内步行。患者在治疗期间因感染新型冠状病毒，

作为阳性病例隔离、治疗。患者的康复训练计划中止。

作业治疗师于该案例确诊新型冠状病毒五天后开始介入治疗，此时他存在咳嗽、咳痰症状，照护人员报告其存在不听医嘱服药，食欲降低等负面行为，现日常生活均在床上解决，大部分依赖，照护人员对其基本家庭情况、爱好、兴趣、此前用药情况并不了解，因与患者沟通困难，照护人员担心跌倒，使用束腹带以保证其安全，该情况进一步加重了患者的身体状况恶化。

评估与干预：

经过评估，该患者肢体功能可，遗留吞咽障碍并依赖照护者喂食，呛咳导致了患者进食欲望进一步降低，同时增加了其肺部感染的风险，此外隔离病房内的照护人员缺乏相关经验，这可能对其临床症状的恢复存在不利影响。患者如厕使用尿不湿，个人卫生全部依赖，照护者因担心洗澡感冒导致患者病情加重，因此未在隔离期间进行，因隔离期间的防控要求，患者的活动空间受到严格限制，未能进行转移活动，大量时间卧床，导致大部分业余活动无法参与，日常生活能力倒退。在评估过程中，患者出现如“挥手”“摇头”“叹气”等负面行为，不配合进行评估。

干预措施：

作业训练包括四个方面：心理支持、环境干预、作业活动介入、功能维持。该训练内容于作业治疗介入开始，解除隔离后结束，治疗频率 1 次/天，干预计划如表 1。

表 1: OT 训练计划

训练项目	内容	时间
心理干预	聊天、倾听、微笑、触摸疗法等	10min
环境支持	适应环境、人物，并鼓励其与他人交流、接触	5—10min
ADL 训练	个人卫生训练、转移、步行训练、洗澡训练	20min
预防并发症	排痰、压疮、坐位保持适应性训练	15min
宣教（干预前/后）	照护者、家属	5—10min
肢体功能维持训练	上、下肢粗大运动主动训练	15—20min

结局与反思：

患者进入隔离病房后，照护、医护严重不足，过多关注患者的疾病恢复情况，而忽略了患者功能状况，因限制过度，作业活动表现受限、患者排斥情绪出现，陷入恶性循环中。应用 PEO 模式分析和干预，一周后，患者积极配合训练，解除束缚，日常生活能力恢复至隔离前的水平，且与照护、治疗师、患者建立一定的沟通联系，情绪好转。

案例 2

该案例是一名 78 岁的女性脑梗塞恢复期患者，她存在运动障碍、日常生活活动受限，在进行为期一个月的康复训练后，ADL 基本自理，已出院，平日可在家属陪同下拄拐到社区与其他老人交谈，患者因感染新型冠状病毒，作为阳性病例进行隔离、治疗，因隔离期间身体机能下降，日常活动降低转介至作业治疗师

处。

作业治疗师于该案例新型冠状病毒 5 天后介入，他本人述发热期已过，但仍存在说话、日常生活活动费力的状况，非常想以生活自理的状态回到社区。



评估：

经过评估，该案例 ADL 70 分，除步行、上下楼梯、如厕、洗澡需少量辅助外，其余可自理，患侧上肢手功能 5 级，焦虑自评量表（SAS）：58 分（轻度焦虑），活动耐受时间仅为 3—5min 即出现疲惫。

干预：

作业治疗师针对患者的情况进行 ADL 训练、宣教、访谈等干预措施。情绪好转，活动耐受时间增加至 30min，日常生活大部分自理。

结局与反思：

该案例于夜间转移至床旁坐便器如厕时，突发跌倒，患侧髌部周围疼痛难忍，经医生初步评估怀疑骨折，因防控要求，未能立即行床旁片，确定骨折位置及损伤程度，作业治疗师暂停治疗。该案例在跌倒后的第三天进行了床旁 X 片，并确诊为股骨颈骨折，医生立即行外固定处理，期间因家属封控不能探望、患者担心骨折程度严重且呈恶化趋势发展、骨折处疼痛等原因，患者出现焦虑、低落等情绪加重的状况，ADL 大部分依赖，包括床上移动等。

在隔离期间，突发情况未能及时处理，对于这种不确定性，作业治疗难以介

入。



三、思考

1. 作业治疗是否需要介入？

新冠流行期间，我国针对阳性病例提倡居家、方舱、定点医院救治等多种方式进行隔离、治疗。在隔离期间，我们不难看到人们因社会隔离而出现精神状况恶化、个人因长期固定和肌肉骨骼恶化变得虚弱，由于康复服务在大流行期间限制开展，患者本身因心脑血管等疾病导致的运动障碍、日常活动倒退的风险也因此增加，作业治疗的早期介入可以保持、提高患者的日常生活能力、认知精神状态，通过疾病的宣教，可以改善负面情绪，对疾病、角色、情绪状态可以更好地进行自我管理。

2. 作业治疗介入后可以做什么？

可以参考 PEO 模式，分析患者个人因素、环境因素及活动因素，分析其中的阻碍、促进因素，思考利用远程移动方式进行家属探望、疾病会诊，结合患者个人喜好、兴趣等方式促进患者参与有意义的作业活动，积极关注患者情绪情感，降低患者进入专注思考疾病恶化的思维陷阱。

3. 作业治疗开展的挑战？

在新冠流行期间，治疗师可能面临内科专业知识、患者疾病把控、物资短缺、资源协调困难、辅具提供、人员配备和个人防护装备短缺，以及解决健康状况的最佳做法的不确定性等挑战，此时作业治疗师应通过密切联系家属、医师、护士等组成的治疗团队，不断增加知识储备的同时，与团队成员共同促进问题解决。此外，患者对疾病发展、回归社区的流程等问题尤其迷茫，因此作业治疗师应重视通过文本、网络等多种方式宣教，及时的宣教可以让患者科学认识疾病，达到

维持良好功能状态、预防并发症、情绪疏导及促进恢复患者 ADL 独立性的作用。

4. 作业治疗开展的风险？

作业治疗在新冠流行期间开展，应严格按照防控要求进行防护措施，进行自我防护，此外通过病历系统对患者的现病史、既往史等有全面的掌握，降低诊治期间的风险。

四、结论与建议

作业治疗是一门健康学科，可以为所有年龄、群体和社区的人提供各种各样的服务，使他们能够充分融入家庭、教育、工作和休闲环境中的职业。作业治疗的在疫情发展期间，因治疗是面对面进行服务，可能因为防控要求，康复服务受到限制，我们应思考利用远程服务，在关注促进患者参与有意义的作业活动同时，积极干预他们的情感情绪、康复需求，以保持功能状态，预防并发症，此外对照护者进行转移等培训，减轻照护负担。

参考文献

- [1]陆云飞, 杨宗国, 王梅, 时佳, 王振伟, 吕莹, 汤伯宗, 叶晨, 徐庆年, 殷科珊 and 陈晓蓉, 2020. 50 例新型冠状病毒感染的肺炎患者中医临床特征分析. 上海中医药大学学报, 34(2), pp.17-21.
- [2]魏华 and 李廷玉, 2020. 新型冠状病毒肺炎疫情对不同人群心理的影响及心理干预的建议. 儿科药学杂志, 26(4), pp.6-7.
- [3]Britton, L., Rosenwax, L. and McNamara, B. (2015) “Occupational therapy practice in acute physical hospital settings: Evidence from a scoping review,” *Australian Occupational Therapy Journal*, 62(6), pp. 370 – 377. Available at: <https://doi.org/10.1111/1440-1630.12227>.
- [4]Hoel, V., Zweck, C.von and Ledgerd, R. (2021) “The impact of covid-19 for occupational therapy: Findings and recommendations of a global survey,” *World Federation of Occupational Therapists Bulletin*, 77(2), pp. 69 – 76. Available at: <https://doi.org/10.1080/14473828.2020.1855044>.
- [5]Rich, T. et al. (2020) “Preliminary experiences in acute occupational therapy for in-patients with coronavirus-19 (COVID-19): Leveraging assistive technology in three case studies of male veterans,” *Disability and Rehabilitation: Assistive Technology*, 17(3), pp. 283 – 289. Available at: <https://doi.org/10.1080/17483107.2020.1852326>.

医院环境内的艺术，不止于艺术

柯晓敏 广州医科大学作业治疗专业学生
李娴 中山大学附属第六医院康复医疗中心主管作业治疗师
喻玺 广州医科大学作业治疗毕业生
朱晓文 广州医科大学作业治疗专业学生
王于领 中山大学附属第六医院康复医疗中心主任

医院环境，一直受古今中外重视，环境不仅可给医务工作者精神支持，也可成为疗愈患者及其家属的重要元素。正如查尔斯国王所说：“在一个没有灵魂的混凝土盒子里，毫无特色的窗户，黯淡的走廊和功能纯粹的病房，治愈创伤并不容易。身体需要疗愈、精神也需要疗愈。^[1]”

早在 14 世纪的欧洲医院，艺术已成为医院环境治疗的重要元素。最早的医院为教堂式的建筑，他们通过特殊的方式运用艺术疗愈患者，如，中世纪法国勃艮第医院挂着 Rogier 于 1445 年创作的画作《最后审判》。它描绘了进入天堂之门的喜悦和坠入地狱的恐怖，这份画作对比鲜明，被用于绝症患者的忏悔，每个绝症患者都会被这幅画陪伴着接受最后的祝福，开始忏悔^[2]。在欧洲这个阶段的历史上，艺术是为了完成宗教特定功能而存在的。

在 18 世纪，一种更具商业意识的环境艺术行为出现。1734 年，William Hogarth 为伦敦圣巴塞洛缪医院绘制了一幅油画，强调慈善和同情的美德。在《贝塞斯达泳池的基督》中，描绘了一个令人心酸的场景：生病的母亲和孩子因为负担不起治疗费用而被拒之门外。这些作品不是为病人设计的，而是为了给来访的皇室和贵族留下深刻印象，希望他们能为之触动并慷慨解囊，留下捐赠^[3]。

1966 年，洛杉矶商界大咖 Frederick 头部受伤后昏迷入院。虽然他在几天后苏醒，但遗留记忆问题，甚至不认识自己的妻子。他的妻子 Marcia，美国华人博物馆创始人之一，把艺术品放在丈夫床边，几天后 Frederick 正在看妻子带来的

一幅抽象画时，突然喊出了这幅画的艺术家 Pollock 的名字。这个使 Frederick 康复的“pollock 之力”启发了 Marcia，于是她到处说服她的朋友、艺术家以及商人们向医院捐赠艺术品。西达赛奈收藏馆现任馆长 John. T. Langer 认为，“他可以在识别妻子身份之前，就与艺术品建立联系。艺术和他的康复之间有着明显的联系。”转眼数十年过去了，如今，西达赛奈已经成为美国西岸最大的非营利性医院，拥有了 4000 多件艺术品，价值数百万美元。除此之外，世界排名第二的美国克利夫兰诊所同样也拥有着毫不逊色于博物馆的收藏，克利夫兰诊所坚持艺术对疗愈有积极影响。

医院环境一直在潜移默化地影响着患者、家属及医护工作者的心理健康状态。如今的环境治疗，已经从传统的建筑艺术、美术艺术等衍生到了环境设置的每个角落，循证医学和现代科技为医院环境注入了新的元素。下面将从物理环境刺激的建筑特征及室内设计特征两个维度进行综述。

建筑特征

即医疗环境中相对永久性的特征部分，如窗户、走廊和阳台等。建筑环境可以通过各种机制促进患者的康复。

1. 窗户景观

暴露在自然光下是创造康复环境的一个非常重要的因素。研究表明，病房提供自然景观和自然光可以帮助患者产生积极的、有希望的和支持性的思想^[4]。一项研究报告说，朝东的窗户促进了自然光的进展，这有助于减轻压力，因此有助于康复^[5]。另外，早在 1984 年的一项研究表明^[6]，病房窗户的自然景观显著减少了术后患者需要的镇痛治疗和住院时间。最近 2022 年的一项研究也发现，窗户景

观较多的绿色和亮度都显著减少了患有情感障碍的精神病患者的住院时间^[7]。

多年以来，自然景观和光照被认为是住院患者的环境基础，但并不是所有的病房都有窗户。尽管医院建筑设计师、医院工作者共同认为应该在病房安装一扇窗户，但这种想法还只适用于新的建筑和翻修项目，并不包括较旧的现有设施，如老式的医院重症监护室。虽然在现有空间中实现安装窗户可能很困难，但仍然有解决方案，例如安装模拟昼夜照明模式和昼夜节律的虚拟窗户^[8]。另外，基于艺术干预手段的窗户景观也被证明可以改善住院患者的心理情绪状况、住院体验



和健康质量，如在房间挂一幅自然景观的画布、安装一个显示外界艺术品的屏幕等。Austin 等^[9]人在接受盆腔重建手术患者的病床边墙上挂一幅自然景观的画布和播放 1 小时的舒缓音乐，发现干预 2 周后，术后患者的 VAS 疼痛评分没有显著变化，但对其术后体验有积极影响，患者的满意度和幸福感得到提高。Catherine 等^[10]

中山六院康复医疗中心
针对卧床患者的天花板装饰

人在爱尔兰的一家干细胞移植医院有一种创新型的艺术干预措施“开放窗口”，即让患者从九个艺术频道中选择图像传送到病房的屏幕中，其中艺术频道主题包括自然、个人意义的地点、视觉抽象和经典艺术品。他们通过“开放窗口”使得 96 名受试者在接受移植后 7

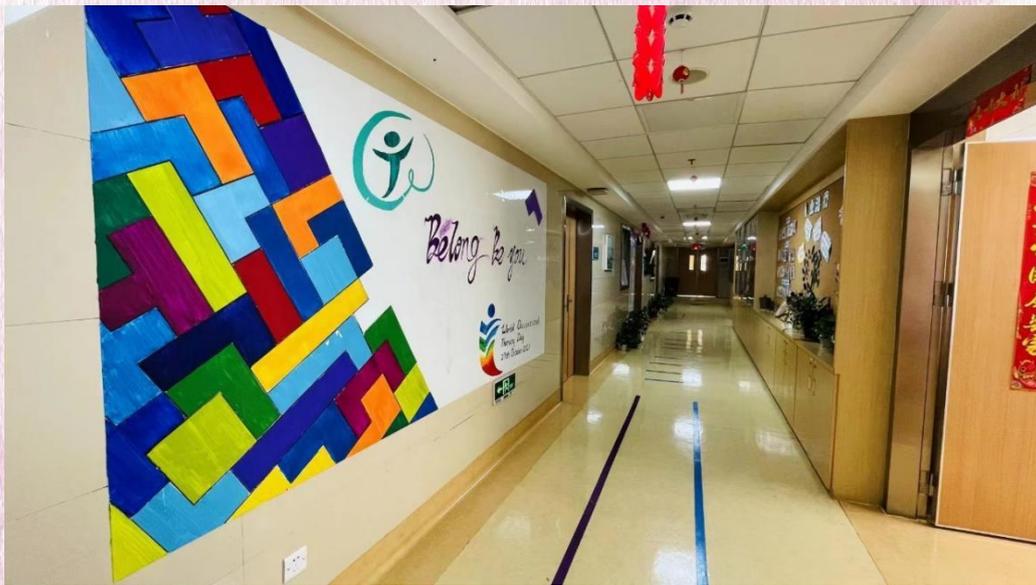


天及移植后 60 天的焦虑、抑郁水平都有显著下降。

中山六院康复医疗中心病房装饰

2. 走廊

我国综合医院房间数量大，往往需要较长的通道走廊。Foureur 等^[11]人发现，在妇产医院单位中设置狭长、无窗的、无差别的走廊会令人恐惧和焦虑，甚至威胁到病人治疗的状态。长长的走廊会让第一次到达的人感到恐惧和焦虑，特别是那些不确定走廊可能有多远以及附近是否有帮助的人。对此，Foureur 等人认为设计一个构图简洁、形式明确、色彩悦目的标志和图像作为引导标界，有助于降低患者的焦虑。此外，走廊的另一个关键要素要和易于进入花园和庭院有关。Edgerton 等^[12]人得出部分结论，当步行在具有自然日光和外部花园景观等自然特征的走廊环境时，特别是当走廊色彩与外部结构设计相关联时，患者感到压力更小更轻松。相反，照明条件差以及没有窗户和室外景观的走廊则令人恐惧。



走廊墙面和地面的“可循环”装饰既可丰富环境也可用于功能训练

室内设计特征

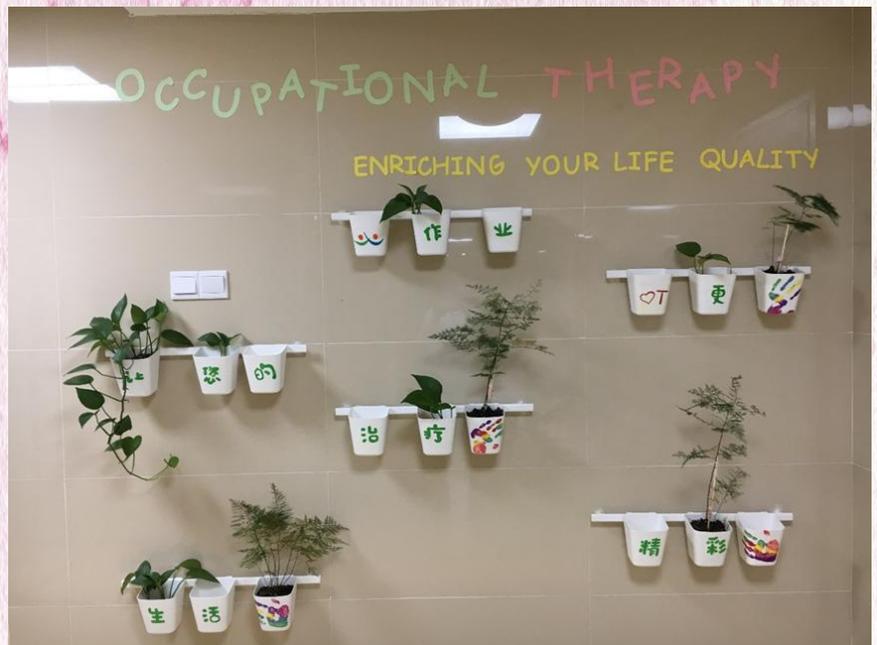
即医疗环境的非永久性方面，如盆栽植物、艺术品的放置等。住院患者往往有各种需要，而医院室内环境是患者共同的重要要求之一。研究表明，像家一样

的环境可以减少患者的疼痛和情绪困扰^[13]。此外，可让患者进行休闲活动和提供视觉艺术的环境可以帮助病人重建角色和身份^[14]。

1. 室内绿色植物

许多研究已经调查了绿色植物与健康之间的关系，其中包括心理健康。在2020年新冠疫情以前，大多数研究只调查了户外绿化或绿地与健康之间的联系^[15]，而缺乏了室内绿色植物的信息。挪威一项2016年的调查研究发现，住院患者对拥有室内绿色植物表现出积极的态度^[16]。在目前已知唯一的室内绿色植物摆放随机对照试验中，研究者招募了90名痔疮切除术后的患者，将他们随机分配到有植物的房间或没有植物的房间。研究发现，在有植物的房间里的患者报告了更多的积极生理反应，以及更少的疼痛，焦虑和疲劳^[17]。

另外，真实的室内绿色植物与虚拟的绿色植物图像的视觉刺激对患者的影响可能是不同的。一项2021年的研究报告^[18]，在观察四种不同类型的视觉刺激——真实的绿色植物、人工植物，一张植物照片和没有植物5分钟后成人脑电波变化和主观情绪变化情况。数据结果显示，仅仅通过观察一个真实的植物就能产生一种舒适的感觉，既



中山六院作业治疗部墙上绿植区

能清醒头脑，也能减少焦虑和压力。因此，在室内放置真实绿色植物而不是人工植物或植物照片，在心理生理学和心理学方面可能更有效。

将室内植物暴露与心理健康联系起来的机制可能是直观的，但还没有被完全理解^[19]。大量的实验研究试图在室内绿色植物和健康结果之间建立联系。例如，一篇综述^[20]概述了四个特性：光合，蒸腾，净化和心理效应。前三个特性有产生氧气、增加湿度、降低温度以及减少空气污染物的直接影响，最终从而影响心理健康。最近的一项研究还报告说，室内植物可以丰富室内微生物多样性^[21]。一个可能合理的假设是，改变后的环境微生物组可能会影响心理健康。

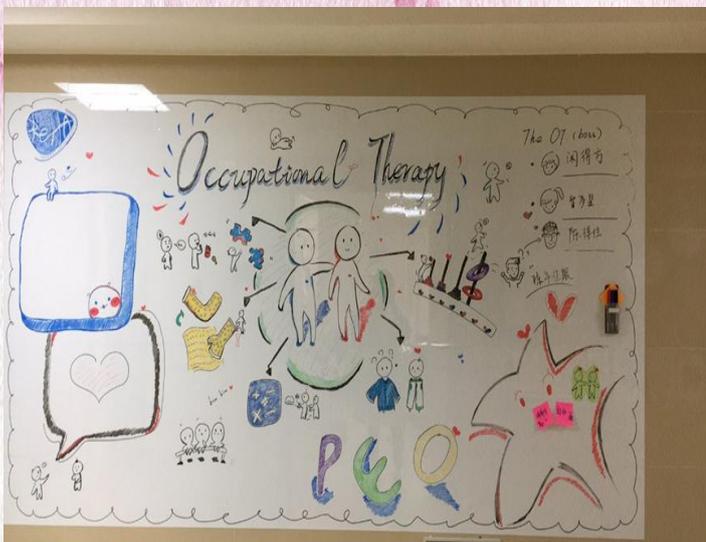
2、艺术/装饰布置

医院环境艺术的表现形式和物质载体一般分为二维或三维的艺术作品，如摄影作品、绘画作品、雕塑作品等。

艺术/装饰是医院环境设计的新组成部分，有利于促进患者的积极情绪和幸福感^[22]。Franco 等^[23]人在博洛尼亚的一家医院内科病房里摆放了两次不同主题的艺术



作品照片，每张照片都附有两张解释性海报介绍，一张描述了摄影师的专业简介，另一张则介绍了照片的艺术价值。在这一系列的做法之后 72%的受试者感



到心情愉悦，而原因可能是，这种装饰减少了病人和访客在进入医院时通常感受到的严峻、单一、去个性化的空间的印象，缓解了长时间住院所带来的压迫感。另外，似乎儿科医生早就意识到，一个愉快的环境对年轻的病人有心理上的好处。因此，儿科病房的墙壁经常被涂上明亮的颜色，壁上画着有趣的漫画，吸引注意力，积极激发儿童的想象力^[24]。最后，也有研究让病人自己根据个人的欣赏、视觉吸引力和偏好来选择在病人的房间里展示的艺术品，意外地听到病人谈论他们对艺术作品的看法、他们的选择的原因和他们所提倡的个人生活回忆，而这可以被看作支持性心理治疗的一种^[23]。





不同主题的墙面绘画用于患者治疗与互动

艺术干预的潜在有益影响的原因尚不清楚。有证据表明^[25]，在没有被提示的情况下，艺术/装饰视觉刺激被默认在人类大脑中经历一个评估过程。一方面，人类对视觉刺激的反应可能是即时的和情感的，另一方面艺术美学可以是一种快乐来源，能减轻患者在医院环境的压力，这些都对医院的艺术/装饰有重要影响。部分证据支持，艺术品产生的视觉刺激可以减轻患者压力，而其中视觉秩序的某些元素（如色彩、对称性和比例）和视觉形式（如轮廓）会引起特定的神经反应，包括情绪反应，如桌椅圆钝的边缘比方形的边缘减少了患者的恐惧感和压迫感。



治疗区域用暖色调及治疗工具圆钝化处理

总的来说，医院环境的各个维度综合地为患者创造了一个环境，积极或消极地对住院患者产生不容忽视的影响。许多医院都在寻求不同环境维度的改造可能性，以图创造一个相对平衡积极的整体环境，以确保医院环境在方便和支持医务工作者的同时，所有患者也能从物理环境刺激获益。

参考文献

- [1] Mountbatten-Windsor, C. P. A. G., 1992: Brushing up on the art of healing. *Hospital Doctor*, 47.
- [2] Narbonne, R. d., 1988: *Hospices de Beaune: Hotel-Dieu*. Paris: SocietedEditions Regionales.
- [3] Behrman P. Art in hospitals: why is it there and what is it for? *Lancet*. 1997;350(9077):584-585. doi:10.1016/S0140-6736(97)03019-5
- [4] Timmermann C, Uhrenfeldt L, Birkelund R. Room for caring: patients' experiences of well-being, relief and hope during serious illness. *Scand J Caring Sci*. Sep 2015;29(3):426-34. doi:10.1111/scs.12145
- [5] DuBose J, MacAllister L, Hadi K, Sakallaris B. Exploring the Concept of Healing Spaces. *HERD*. Jan 2018;11(1):43-56. doi:10.1177/1937586716680567
- [6] Ulrich RS. View through a window may influence recovery from surgery. *Science*. Apr 27 1984;224(4647):420-1. doi:10.1126/science.6143402
- [7] Mascherek A, Weber S, Riebandt K, et al. On the relation between a green and bright window view and length of hospital stay in affective disorders. *Eur Psychiatry*. Feb 22 2022;65(1):1-22. doi:10.1192/j.eurpsy.2022.9
- [8] Anderson DC. Bricks and Morals-Hospital Buildings, Do No Harm. *J Gen Intern Med*. Feb 2019;34(2):312-316. doi:10.1007/s11606-018-4707-0
- [9] Hill AM, Crisp CC, Shatkin-Margolis A, et al. The influence of postoperative environment on patient pain and satisfaction: a randomized trial. *Am J Obstet Gynecol*. Aug 2020;223(2):271 e1-271 e8. doi:10.1016/j.ajog.2020.05.006
- [10] McCabe C, Roche D, Hegarty F, McCann S. 'Open Window': a randomized trial of the effect of new media art using a virtual window on quality of life in patients' experiencing stem cell transplantation. *Psychooncology*. Feb 2013;22(2):330-7. doi:10.1002/pon.2093
- [11] Foureur MJ LN, Davis DL, Forbes IF, Homer CE. Developing the Birth Unit Design Spatial Evaluation Tool (BUDSET) in Australia: a qualitative study. 2010 Summer;doi: 10.1177/193758671000300405

- [12] Edgerton E, Ritchie L, McKechnie J. Objective and subjective evaluation of a redesigned corridor environment in a psychiatric hospital. *Issues Ment Health Nurs.* May 2010;31(5):306-14. doi:10.3109/01612840903383976
- [13] Kligler B, Homel P, Harrison LB, et al. Impact of the Urban Zen Initiative on patients' experience of admission to an inpatient oncology floor: a mixed-methods analysis. *J Altern Complement Med.* Aug 2011;17(8):729-34. doi:10.1089/acm.2010.0533
- [14] Reynolds F, Prior S. The role of art-making in identity maintenance: case studies of people living with cancer. *Eur J Cancer Care (Engl).* Sep 2006;15(4):333-41. doi:10.1111/j.1365-2354.2006.00663.x
- [15] Yang BY, Zhao T, Hu LX, et al. Greenspace and human health: An umbrella review. *Innovation (Camb).* Nov 28 2021;2(4):100164. doi:10.1016/j.xinn.2021.100164
- [16] Raanaas RK, Patil G, Alve G. Patients' recovery experiences of indoor plants and views of nature in a rehabilitation center. *Work.* 2015;53(1):45-55. doi:10.3233/WOR-152214
- [17] Park SH, Mattson RH. Ornamental indoor plants in hospital rooms enhanced health outcomes of patients recovering from surgery. *J Altern Complement Med.* Sep 2009;15(9):975-80. doi:10.1089/acm.2009.0075
- [18] Jeong JE, Park SA. Physiological and Psychological Effects of Visual Stimulation with Green Plant Types. *Int J Environ Res Public Health.* 2021;18(24):12932. Published 2021 Dec 8. doi:10.3390/ijerph182412932
- [19] Zhao T, Markevych I, Buczyłowska D, Romanos M, Heinrich J. When green enters a room: A scoping review of epidemiological studies on indoor plants and mental health. *Environ Res.* Jan 1 2023;216(Pt 3):114715. doi:10.1016/j.envres.2022.114715
- [20] Deng L, Deng Q. The basic roles of indoor plants in human health and comfort. *Environ Sci Pollut Res Int.* Dec 2018;25(36):36087-36101. doi:10.1007/s11356-018-3554-1
- [21] Dockx Y, Täubel M, Bijmens EM, et al. Indoor green can modify the indoor dust microbial communities. *Indoor air.* Mar 2022;32(3):e13011. doi:10.1111/ina.13011
- [22] Garcia Marcos R, Marti-Bonmati L, Martinez JJ, et al. [Decorative elements in the medical imaging area improve patients' perception of pleasantness]. *Radiologia.* Mar-Apr 2014;56(2):129-35. Los elementos decorativos ambientales en el Area de Imagen Medica mejoran la percepcion de agradabilidad del paciente. doi:10.1016/j.rx.2012.07.006
- [23] Trevisani F, Casadio R, Romagnoli F, et al. Art in the hospital: its impact on the feelings and emotional state of patients admitted to an internal medicine unit. *J Altern Complement Med.* 2010;16(8):853-859. doi:10.1089/acm.2009.0490
- [24] Ullán AM, Belver MH. Visual Arts in Children's Hospitals: Scoping Review. *HERD.* 2021;14(4):339-367. doi:10.1177/19375867211003494
- [25] Nanda U, Pati D, McCurry K. Neuroesthetics and healthcare design. *HERD.* Winter 2009;2(2):116-33. doi:10.1177/193758670900200210

医院环境内的氛围感，如何影响疗愈？

朱晓文 广州医科大学作业治疗专业学生

喻玺 广州医科大学作业治疗专业毕业生

柯晓敏 广州医科大学作业治疗专业学生

李娴 中山大学附属第六医院主管作业治疗师

你印象中的医院是怎样的？吵闹的人群，蓝白色的建筑风格，弥漫着消毒水的气味？许多人害怕去医院，不仅仅是小孩，一些成年人也会对医院就诊或者是入院治疗感到紧张，甚至是医务工作者也会在医院感到压力和焦虑。这些不良情绪的源头有很多，孩子害怕打针吃药，成年人害怕疾病带来的各种不良影响，医护可能是高强度工作下的压力等。害怕、焦虑、压力等，看上去都是心理层面的问题，但是长此以往会给我们的身心带来不良的影响。那究竟有没有途径可以“润物细无声”，“悄悄”地缓解我们在医疗环境下的这些不良的情绪呢？或许，调整医院环境氛围是一个好方法。

医疗环境氛围

医疗环境氛围由气味、照明、声音等因素组成^[1]，通过两种方式影响患者。第一，直接生理调节。例如，地毯比乙烯基地板含有更多的微生物^[2]，可能会引起感染，从而对患者健康产生直接生理影响。第二，“心理中介效应”：指环境刺激通过感官知觉引起心理过程而起作用。例如，绿植在人们心目中往往与“舒适”“惬意”这类认知相联系，通过这种联系，放置在医院里的植物可能可以减少住院对患者带来的心理刺激，从而减少焦虑，进而促进疗愈康复。这些因素存在于每一个环境中，且与我们的情绪息息相关。本文将围绕这些环境氛围元素（气

味、照明、声音）怎样发挥作用、如何调节我们的情绪进行展开。

气味

嗅觉系统和涉及情感/情绪的回路有很大的重叠而且它们之间是相互联系的。嗅觉皮层本身所在的区域和主要嗅觉通路以外的突触区域通常都被认为是参与情绪和心情的区域^[3]。Schiffman^[4-6]等人共同完成的系列研究中，他们使用了情绪状态档案（POMS）和全面情绪障碍（TMD）来评估古龙水和养猪场气味对情绪的影响。评估结果表明，参与者在日常生活中使用古龙水情绪评分均有所提高；相反，居住在密集养猪场附近的人情绪评分是下降的，归结于其散发出的难闻气味。

最近一些研究表明吸入某些类型的芳香（由嗅觉系统检测到的 $<300\text{Da}$ 的挥发性化学物质）^[7]会对人产生心理影响，大量的动物和人体研究亦表明吸入某些类型的芳香具有抗焦虑的作用。大脑调节负面情绪（如焦虑）最重要的区域坐落在边缘系统，杏仁核是其中的核心。 γ -氨基丁酸（GABA）是中枢神经系统（CNS）的主要抑制性递质，是焦虑调节的核心。例如，服用苯二氮卓类药物会减少负面情绪下杏仁核的激活。此外，向杏仁核输入GABA或GABA受体激动剂可以降低几种动物的焦虑程度^[8]。薰衣草精油能够减轻焦虑已被大量的临床研究证实，而它缓解焦虑的机制也可能与大脑的GABA能系统相关。Soni等^[9]在薰衣草的医学用途综述中报道，薰衣草与苯二氮卓类药物具有类似的作用，其增加了GABA在杏仁核中的作用。此外，AOSHIMA和HAMAMOTO^[10]的研究表明，来自薰衣草的精油可以轻度增强GABA受体的GABA。大量的试验研究表明，除薰衣草芳香以外，许多其他类型的芳香也有类似的反映，如柠檬醇和茉莉花内酯等。与此结果相反

的是, Chioca^[11]等人证明在小鼠中, 吸入苦参挥发油参与了血清素能神经的传播, 但不参与 GABA 能/苯二氮卓类神经的传播。该实验中, 血清素能系统在苦参精油的抗焦虑作用中起重要作用。Vinkers 和 Oorschot^[12]的研究表明 GABAA 受体的 $\alpha 3$ 亚基具有功能性与血清素系统的 5-HT1A 受体相互作用, 发挥抗焦虑作用。由此看来, 薰衣草等芳香发挥抗焦虑作用的机制还需更深入的研究。

另一方面, Franco^[13]等人提出薰衣草精油缓解焦虑的作用或许和安慰剂效应有一定的相关性。在 Franco 等人的研究中, 他们比较薰衣草精油 (LFO) 和无味精油 (UO) 对于减轻乳房手术前焦虑的影响。与治疗前相比, LFO 和 UO 治疗都减少了对可能发生的不幸的恐惧和担心的感觉, 而且均对降低紧张感和战战兢兢的感觉有很强的效果。总体而言, LFO 和 UO 都减少了参与者术前的消极感觉, 这些有益的效果很可能是由于 LFO 的芳香疗法与术前给予患者额外关注的相关安慰剂效应。而在 Bae^[14]等人的研究中, 也得到了类似的结果。

照明

光是一个非常突出的环境因素, 光对大脑和行为的影响不只是其在视觉感知中发挥的作用。光对于人类在内的哺乳动物而言, 除了成像, 还有诱导昼夜节律、介导瞳孔反射、调节外周生理事件、促进警觉性、唤醒以及调节情绪和认知的作用^[15-16]。光不仅可以照亮环境, 也能“照亮”心灵, 日光具有调节人类的情绪和认知能力, 最好的例子是强光疗法能够有效地治疗、缓解季节性抑郁 (SAD)。SAD 是一种具有季节性的抑郁症, 受到 SAD 影响的人每年的秋冬季都会有定期的抑郁和焦虑发作, 这种症状可以在春季和夏季自行缓解^[17]。

越来越多的人开始去探索光究竟是如何去调节我们的情绪的, 食欲素 (Orexin)

便是其中的奥秘之一。情绪和焦虑障碍在嗜睡患者中普遍存在，这些患者其中的一个共同点便是中枢下丘脑素的水平下降^[18]。类似的结果出现在抑郁症的实验室模型中，表现为下丘脑素肽含量的减少以及下丘脑素神经元数量或大小的减少^[19]。含有下丘脑素的神经元多位于人类^[20]以及昼夜活动的啮齿动物的下丘脑外侧中^[21]，Gaillard^[22]等人发现实验室大鼠和草鼠都有直接的视网膜投影到外侧下丘脑，且大部分的食欲素细胞（orexinergic cells）存在于外侧下丘脑中。在这两个物种中，下丘脑的食欲素神经元通过视交叉上核接收视网膜输入^[23]。而 Adidharma^[24]等人在白天活动的草鼠中发现急性光照会激活食欲素神经元，表明这些细胞对光敏感。Deats^[25]等人评估了白天光照水平对促食欲素神经元的影响，与明亮日光条件下饲养 4 周的 brDL（明亮光照条件）草鼠相比，dimDL（昏暗光照条件）动物在下丘脑的食欲素细胞更少以及在中脑中缝背核的食欲素纤维密度较低，表明了中央食欲素水平降低以及食欲素能输出减弱。此外，对 brLD 条件下的动物使用选择性 OX1R 拮抗剂后，增加了它们的抑郁和焦虑样行为，这表明功能性的促食欲素-OX1R 通路对于草鼠的消极情感行为的缺失至关重要。

在气味的部分，我们浅略地提及了 5-HT_{1A} 受体，接下来的部分，我们要从五羟色胺（5-HT）进行展开。单胺假说表明 5-HT、NE 和/或 DA 神经传递的失衡是抑郁症^[26-27]的病理生理学的基础，第一代和第二代抗抑郁药的疗效和作用是单胺假说的主要基础，这一假设也可能得到 20 世纪 50 年代的临床观察的支持，即利血平消耗了中枢单胺储备，可以诱发患者的抑郁^[28-30]。对于 5-HT，急性色氨酸消耗会导致 5-HT 抗抑郁药缓解的患者轻度抑郁症状复发^[31-32]。此外，脑脊液中 5-HT（5-HIAA）的主要代谢物水平似乎较低，特别是那些表现出自杀行为的患者。

Orexin 细胞大量投射到中枢单胺能系统，包括富含 5-HT 的背脊神经核^[33-34]，

在那里诱导 5-HT 能细胞的兴奋反应^[35]并局部刺激 5-HT 释放^[36]。也有研究表明，明亮的阳光会迅速增加 5-HT 的产生，这与光照的时间和强度有关^[37]。

可是，这是否表明光照的时间越长对于我们的情绪就越有利呢？物极其反，就如我们都懂的道理一样，再好的补品，吃多了也会对身体产生坏处，光照亦是如此。在电灯还没有发明的年代，人类每日的光明和黑暗受太阳驱动，这使得内外的昼夜节律与光明和黑暗相关联^[38]。自电灯发明，无处不在的夜间照明模糊了白天和黑夜的边界。随着科技的发展，夜间的光源更多了，手机、电脑、电视等电子产品给人类带来了前所未有的光污染。而这些都会给我们的健康带来负面的影响，当暴露在几乎不间断的光线下或是暴露在光线下的时间不对时，生物和行为节律可能会不同步，影响昼夜节律系统。情绪障碍一直与光线和昼夜节律相关，还是以季节性情感障碍（SAD）为例，SAD 患者心情在短白昼的冬季心境恶劣和长白昼的夏季心境缓解之间波动。事实上，相当多的情绪障碍以睡眠和昼夜节律紊乱为特征，或以不规则的光照周期为诱因。昼夜节律调节贯穿大多数被认为参与控制情绪的系统，包括边缘脑区、单胺神经递质和下丘脑—垂体—肾上腺轴。根据美国精神病协会《精神障碍诊断与统计手册》第 5 版中的定义，睡眠中断是重性抑郁、双相情感障碍、创伤后应激障碍、广泛性焦虑和其他情绪障碍的诊断标准^[39]。因此，夜间广泛暴露在光线下扰乱昼夜节律是合理的。

光照，它包括了生活中必不可少的人造光源，以及生命中必不可少的太阳光。说起阳光，我们便会想到温暖和希望。阳光对住院时间、死亡率、感知压力和疼痛主要带来积极的影响，在一项关于阳光影响的研究中，Walch^[40]等人表明，接受脊柱手术并暴露在高强度阳光下的患者经历更少的压力，疼痛略有减轻，止痛药物减少了 22%，因此止痛药物费用降低了 21%。可是，阳光并不是百利而无一

害的。过度的阳光照射与许多负面的健康结果相关，其中最常提及的便是皮肤癌。因此，我们借助环境中的人造光以及阳光介入治疗时，需要了解其作用原理，选择合适的时间段以及合适的时间长度。

声音

在医院环境中，我们时常会看到保持安静、禁止吸烟等标牌。在传统的观念上，医院环境中的声音被认为是负面的且不是我们所需要的，基于医院环境里的声音主要是噪音。噪音主要影响治疗期间的行为和睡眠，阻碍恢复的速度以及诱发压力。近年来，越来越多形式的声音出现在医院，如音乐、自然声等。越来越多的研究表明，音乐具有治疗作用，他可以介入各种疾病的治疗，比如脑卒中促醒以及言语治疗等，同时运用音乐想象等疗法可以缓解人们的压力、促使放松等。另一方面，自然声也对缓解焦虑大有益处。Bahman^[41]等人的一项随机对照试验表明，N-BS（自然声）可以减少机械通气患者因焦虑引起的潜在有害生理反应，实验组采用自然声进行干预，而对照组采用降低噪音影响的方法进行干预，有意思的是两组对减少焦虑均起积极的效果，其中，实验组效果更佳。我们的命题，从如何降低噪音影响悄悄地转移到了如何构建一个和谐的医院声景中来。

首先，是噪音的问题。噪音，或者说是理想的声音，一部分源自于不同的机械声音（供暖、通风和空调系统等低频声音），另一部分来自医疗设备声源（心脏监测警报器、喷雾器、脉搏血氧计音调等）、电子产品声源（电话、电视和收音机等）以及物体的撞击声、人们交流的声音（对讲机、工作人员的对话声）。这些烦人的声音会导致改变记忆，增加激动、攻击性行为和抑郁或焦虑^[42]的不良影响。研究证明，降低医疗环境的噪音水平确实有助于健康的恢复。在南丁格尔

的一项早期研究中，她提出在拥有降低声音水平设计的医院接受治疗，病人疾病的恢复速度比较快^[43]。Hagerman^[44] 等人研究了吸收噪音的天花板瓷砖对住进重症监护室的病人的影响。在统计上，声学不良组的再住院率明显更高，且需要额外静脉注射 β - 受体阻滞剂。

当然，我们不能一概而论，一棍子打死所有的声音。在这里，要引入声景的概念。声景本身并不是一个新的概念，它最初是在声学生态学背景下被记录和定义为声音的环境或声波环境，强调个人或社会感知和理解声音的方式^[45]。也就是说，声音的感知是主观的，对同一种声音，不同的人可能会产生不同的感受，这也许和他的个人经历、所处的社会环境等相关。根据研究和统计，大多数声音景观研究者已经证明了类似的趋势：人类听众更喜欢自然的声音（如鸟鸣声和流水声可作为积极的声音景观），而不喜欢交通噪音或建筑噪音等^[46-48]。

与此同时，从音乐心理学的大量研究中可以证实音乐是治疗各种疾病的情感的有效方法。音乐可以增强生产力、减少工作误差，改善记忆和学习，降低血压，促进消化，提高睡眠质量、刺激放松、减少愤怒等。关于音乐和情绪的功能性神经影像学研究表明，音乐可以调节已知与情绪至关重要相关的大脑结构的的活动，如杏仁核、伏隔核、下丘脑、海马、岛叶、扣带回皮质和眶额皮质^[49-51]。例如，即使中风患者固定躺在扫描仪中无法移动，听音乐也会激活运动皮质的部分区域^[52-53]。研究表明，听音乐具有显著的能力影响大量不同的脑区，这些脑区专门负责听觉处理、节奏和运动协调、觉醒调节、情绪和愉悦以及认知处理，包括速度、音色和音调^[54-56]。音乐的类型是多样的，比如我们经常提及的古典音乐、流行音乐等等。不同的音乐类型会对我们情绪产生不同的影响，在 Uğraş GA 等人的一项随机对照试验中，对比古典土耳其音乐，自然的声音和古典西方音乐对减少术

前焦虑的影响。研究表明，古典土耳其音乐，自然的声音和古典西方音乐均能有效地减轻患者术前焦虑，保持患者的健康收缩压和血清皮质醇水平正常，而其中古典土耳其音乐最有效。（注：这是一项在土耳其展开的试验，这可能与人们受熟悉的音乐影响更大相关）^[57]。关于音乐和自然声哪个对生理、心理产生更积极的影响的问题，我认为可以进行更深入的研究。或许我们可以从减少噪音、增加自然声以及利用音乐等角度出发，去探索如何构造一个积极的声景，从而让患者和医务工作者获得更多的舒适感。

总而言之，将康复理念贯彻在空间环境设计中，以患者的身心诉求为依据，结合光、声音、空气、温度、湿度、材料等环境媒介以设计环境。物理环境氛围，就像是空气一般，从不缺席我们生命的每一秒，无论你在世界的哪一个角落。当然，医院也不例外。他们就像“利器”，本无利弊，取决于我们怎么使用它。我们可以通过调整物理环境氛围，在医疗环境下给患者以及医护人员带来更多的舒适感、安全感，来共同创造一个真正舒适的医院疗愈空间。

参考文献：

1. Dijkstra, K., Pieterse, M., & Pruyn, A. (2006). Physical environmental stimuli that turn healthcare facilities into healing environments through psychologically mediated effects: systematic review. *Journal of advanced nursing*, 56(2), 166–181. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.03990.x>
2. Anderson, R. L., Mackel, D. C., Stoler, B. S., & Mallison, G. F. (1982). Carpeting in hospitals: an epidemiological evaluation. *Journal of clinical microbiology*, 15(3), 408–415. <https://doi.org/10.1128/jcm.15.3.408-415.1982>
3. Soudry, Y., Lemogne, C., Malinvaud, D., Consoli, S. M., & Bonfils, P. (2011). Olfactory system and emotion: common substrates. *European annals of otorhinolaryngology, head and neck diseases*, 128(1), 18–23. <https://doi.org/10.1016/j.anorl.2010.09.007>
4. Schiffman, S. S., Miller, E. A., Suggs, M. S., & Graham, B. G. (1995). The effect of environmental odors emanating from commercial swine operations on the mood of nearby residents. *Brain research bulletin*, 37(4), 369–375.

[https://doi.org/10.1016/0361-9230\(95\)00015-1](https://doi.org/10.1016/0361-9230(95)00015-1)

5. Schiffman, S. S., Sattely-Miller, E. A., Suggs, M. S., & Graham, B. G. (1995). The effect of pleasant odors and hormone status on mood of women at midlife. *Brain research bulletin*, 36(1), 19–29.
[https://doi.org/10.1016/0361-9230\(94\)00133-l](https://doi.org/10.1016/0361-9230(94)00133-l)
6. Schiffman, S. S., Suggs, M. S., & Sattely-Miller, E. A. (1995). Effect of pleasant odors on mood of males at midlife: comparison of African-American and European-American men. *Brain research bulletin*, 36(1), 31–37.
[https://doi.org/10.1016/0361-9230\(94\)00134-m](https://doi.org/10.1016/0361-9230(94)00134-m)
7. Sowndhararajan, K., & Kim, S. (2016). Influence of Fragrances on Human Psychophysiological Activity: With Special Reference to Human Electroencephalographic Response. *Scientia pharmaceutica*, 84(4), 724–751.
<https://doi.org/10.3390/scipharm84040724>
8. Nuss P. (2015). Anxiety disorders and GABA neurotransmission: a disturbance of modulation. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 11, 165–175. <https://doi.org/10.2147/NDT.S58841>
- Soni, R.P., Katoch, M., Rana, S., & Kumar, A. (2016). An overview of the medical utility of lavender.
9. Aoshima, H., & Hamamoto, K. (1999). Potentiation of GABAA receptors expressed in *Xenopus* oocytes by perfume and phytoncid. *Bioscience, biotechnology, and biochemistry*, 63(4), 743–748. <https://doi.org/10.1271/bbb.63.743>
10. Chioca, L. R., Ferro, M. M., Baretta, I. P., Oliveira, S. M., Silva, C. R., Ferreira, J., Losso, E. M., & Andreatini, R. (2013). Anxiolytic-like effect of lavender essential oil inhalation in mice: participation of serotonergic but not GABAA/benzodiazepine neurotransmission. *Journal of ethnopharmacology*, 147(2), 412–418.
<https://doi.org/10.1016/j.jep.2013.03.028>
11. Vinkers, C. H., van Oorschot, R., Korte, S. M., Olivier, B., & Groenink, L. (2010). 5-HT1A receptor blockade reverses GABA(A) receptor alpha3 subunit-mediated anxiolytic effects on stress-induced hyperthermia. *Psychopharmacology*, 211(2), 123–130. <https://doi.org/10.1007/s00213-010-1895-7>
12. Franco, L., Blanck, T. J., Dugan, K., Kline, R., Shanmugam, G., Galotti, A., von Bergen Granell, A., & Wajda, M. (2016). Both lavender fleur oil and unscented oil aromatherapy reduce preoperative anxiety in breast surgery patients: a randomized trial. *Journal of clinical anesthesia*, 33, 243–249. <https://doi.org/10.1016/j.jclinane.2016.02.032>
13. Bae, S., & Asojo, A. O. (2020). Ambient Scent as a Positive Distraction in Long-Term Care Units: Theory of Supportive Design. *HERD*, 13(4), 158–172. <https://doi.org/10.1177/1937586720929021>
14. Foster, R. G., & Hankins, M. W. (2002). Non-rod, non-cone photoreception in the vertebrates. *Progress in retinal and eye research*, 21(6), 507–527. [https://doi.org/10.1016/s1350-9462\(02\)00036-8](https://doi.org/10.1016/s1350-9462(02)00036-8)
15. Fu, Y., Liao, H. W., Do, M. T., & Yau, K. W. (2005). Non-image-forming ocular photoreception in vertebrates. *Current*

opinion in neurobiology, 15(4), 415–422. <https://doi.org/10.1016/j.conb.2005.06.011>

16. Rosenthal, N. E., Sack, D. A., Gillin, J. C., Lewy, A. J., Goodwin, F. K., Davenport, Y., Mueller, P. S., Newsome, D. A., & Wehr, T. A. (1984). Seasonal affective disorder. A description of the syndrome and preliminary findings with light therapy. *Archives of general psychiatry*, 41(1), 72–80. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1984.01790120076010>
17. Fortuyn, H. A., Lappenschaar, M. A., Furer, J. W., Hodiamont, P. P., Rijnders, C. A., Renier, W. O., Buitelaar, J. K., & Overeem, S. (2010). Anxiety and mood disorders in narcolepsy: a case-control study. *General hospital psychiatry*, 32(1), 49–56. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2009.08.007>
18. Allard, J. S., Tizabi, Y., Shaffery, J. P., Trough, C. O., & Manaye, K. (2004). Stereological analysis of the hypothalamic hypocretin/orexin neurons in an animal model of depression. *Neuropeptides*, 38(5), 311–315. <https://doi.org/10.1016/j.npep.2004.06.004>
19. Aziz, A., Fronczek, R., Maat-Schieman, M., Unmehopa, U., Roelandse, F., Overeem, S., van Duinen, S., Lammers, G. J., Swaab, D., & Roos, R. (2008). Hypocretin and melanin-concentrating hormone in patients with Huntington disease. *Brain pathology (Zurich, Switzerland)*, 18(4), 474–483. <https://doi.org/10.1111/j.1750-3639.2008.00135.x>
20. Donlin, M., Cavanaugh, B. L., Spagnuolo, O. S., Yan, L., & Lonstein, J. S. (2014). Effects of sex and reproductive experience on the number of orexin A-immunoreactive cells in the prairie vole brain. *Peptides*, 57, 122–128. <https://doi.org/10.1016/j.peptides.2014.05.004>
21. Gaillard, F., Karten, H. J., & Sauvé, Y. (2013). Retinorecipient areas in the diurnal murine rodent *Arvicanthis niloticus*: a disproportionately large superior colliculus. *The Journal of comparative neurology*, 521(8), 1699–1726. <https://doi.org/10.1002/cne.23303>
22. Deurveilher, S., & Semba, M. (2005). Indirect projections from the suprachiasmatic nucleus to major arousal-promoting cell groups in rat: implications for the circadian control of behavioural state. *Neuroscience*, 130(1), 165–183. <https://doi.org/10.1016/j.neuroscience.2004.08.030>
23. Adidharma, W., Leach, G., & Yan, L. (2012). Orexinergic signaling mediates light-induced neuronal activation in the dorsal raphe nucleus. *Neuroscience*, 220, 201–207. <https://doi.org/10.1016/j.neuroscience.2012.06.020>
24. Deats, S. P., Adidharma, W., Lonstein, J. S., & Yan, L. (2014). Attenuated orexinergic signaling underlies depression-like responses induced by daytime light deficiency. *Neuroscience*, 272, 252–260. <https://doi.org/10.1016/j.neuroscience.2014.04.069>
25. Massart, R., Mongeau, R., & Lanfumey, L. (2012). Beyond the monoaminergic hypothesis: neuroplasticity and epigenetic changes in a transgenic mouse model of depression. *Philosophical transactions of the Royal Society of*

London. *Series B, Biological sciences*, 367(1601), 2485–2494. <https://doi.org/10.1098/rstb.2012.0212>

26. Slattery, D. A., Hudson, A. L., & Nutt, D. J. (2004). Invited review: the evolution of antidepressant mechanisms. *Fundamental & clinical pharmacology*, 18(1), 1–21. <https://doi.org/10.1111/j.1472-8206.2004.00195.x>
27. Akiskal, H. S., & McKinney, W. T., Jr (1973). Depressive disorders: toward a unified hypothesis. *Science (New York, N.Y.)*, 182(4107), 20–29. <https://doi.org/10.1126/science.182.4107.20>
28. Baumeister, A. A., Hawkins, M. F., & Uzelac, S. M. (2003). The myth of reserpine-induced depression: role in the historical development of the monoamine hypothesis. *Journal of the history of the neurosciences*, 12(2), 207–220. <https://doi.org/10.1076/jhin.12.2.207.15535>
29. Leyton, M., Young, S. N., & Benkelfat, C. (1997). Relapse of depression after rapid depletion of tryptophan. *Lancet (London, England)*, 349(9068), 1840–1841. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)61726-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)61726-6)
30. Delgado P. L. (2006). Monoamine depletion studies: implications for antidepressant discontinuation syndrome. *The Journal of clinical psychiatry*, 67 Suppl 4, 22–26.
31. Jacobsen, J. P., Medvedev, I. O., & Caron, M. G. (2012). The 5-HT deficiency theory of depression: perspectives from a naturalistic 5-HT deficiency model, the tryptophan hydroxylase 2Arg439His knockin mouse. *Philosophical transactions of the Royal Society of London. Series B, Biological sciences*, 367(1601), 2444–2459. <https://doi.org/10.1098/rstb.2012.0109>
32. Nixon, J. P., & Smale, L. (2007). A comparative analysis of the distribution of immunoreactive orexin A and B in the brains of nocturnal and diurnal rodents. *Behavioral and brain functions : BBF*, 3, 28. <https://doi.org/10.1186/1744-9081-3-28>
33. Peyron, C., Tighe, D. K., van den Pol, A. N., de Lecea, L., Heller, H. C., Sutcliffe, J. G., & Kilduff, T. S. (1998). Neurons containing hypocretin (orexin) project to multiple neuronal systems. *The Journal of neuroscience : the official journal of the Society for Neuroscience*, 18(23), 9996–10015. <https://doi.org/10.1523/JNEUROSCI.18-23-09996.1998>
34. Soffin, E. M., Gill, C. H., Brough, S. J., Jerman, J. C., & Davies, C. H. (2004). Pharmacological characterisation of the orexin receptor subtype mediating postsynaptic excitation in the rat dorsal raphe nucleus. *Neuropharmacology*, 46(8), 1168–1176. <https://doi.org/10.1016/j.neuropharm.2004.02.014>
35. Tao, R., Ma, Z., McKenna, J. T., Thakkar, M. M., Winston, S., Strecker, R. E., & McCarley, R. W. (2006). Differential effect of orexins (hypocretins) on serotonin release in the dorsal and median raphe nuclei of freely behaving rats. *Neuroscience*, 141(3), 1101–1105. <https://doi.org/10.1016/j.neuroscience.2006.05.027>
36. Lambert, G. W., Reid, C., Kaye, D. M., Jennings, G. L., & Esler, M. D. (2002). Effect of sunlight and season on serotonin

turnover in the brain. *Lancet (London, England)*, 360(9348), 1840–1842.

[https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(02\)11737-5](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(02)11737-5)

37. Bedrosian, T. A., & Nelson, R. J. (2017). Timing of light exposure affects mood and brain circuits. *Translational psychiatry*, 7(1), e1017. <https://doi.org/10.1038/tp.2016.262>
38. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
39. Walch, J. M., Rabin, B. S., Day, R., Williams, J. N., Choi, K., & Kang, J. D. (2005). The effect of sunlight on postoperative analgesic medication use: a prospective study of patients undergoing spinal surgery. *Psychosomatic medicine*, 67(1), 156–163. <https://doi.org/10.1097/01.psy.0000149258.42508.70>
40. Saadatmand, V., Rejeh, N., Heravi-Karimooi, M., Tadrissi, S. D., Zayeri, F., Vaismoradi, M., & Jasper, M. (2013). Effect of nature-based sounds' intervention on agitation, anxiety, and stress in patients under mechanical ventilator support: a randomised controlled trial. *International journal of nursing studies*, 50(7), 895–904. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.11.018>
41. Ryherd, E., West, J.E., Busch-Vishniac, I.J., & Wayne, K.P. (2008). Evaluating the Hospital Soundscape. *Acoustics Today*, 4, 22.
42. J. (1860). Notes on Nursing. What it is, and what it is not; by Florence Nightingale, London: Harrison. 8vo. pp. 79. *Journal of Mental Science*, 6(34), 481-495. doi:10.1192/bjp.6.34.481
43. Hagerman, I., Rasmanis, G., Blomkvist, V., Ulrich, R., Eriksen, C. A., & Theorell, T. (2005). Influence of intensive coronary care acoustics on the quality of care and physiological state of patients. *International journal of cardiology*, 98(2), 267–270. <https://doi.org/10.1016/j.ijcard.2003.11.006>
44. Truax, B., & Radford, L. (2001). Barry Truax, editor: Handbook of Acoustic Ecology, 2nd edition (CD-ROM version) CD-ROM, 1999; Cambridge Street Records, 4346 Cambridge Street, Burnaby, British Columbia V5C 1H4, Canada. *Computer Music Journal*, 25, 93-94.
45. Axelsson, Ö., Nilsson, M. E., & Berglund, B. (2010). A principal components model of soundscape perception. *The Journal of the Acoustical Society of America*, 128(5), 2836–2846. <https://doi.org/10.1121/1.3493436>
46. Nilsson, M.E., & Berglund, B. (2006). Soundscape quality in suburban green areas and city parks. *Acta Acustica United With Acustica*, 92, 903-911.
47. Yang, W., & Kang, J. (2005). Soundscape and Sound Preferences in Urban Squares: A Case Study in Sheffield. *Journal of Urban Design*, 10, 61-80.

48. Gosselin, N., Peretz, I., Johnsen, E., & Adolphs, R. (2007). Amygdala damage impairs emotion recognition from music. *Neuropsychologia*, 45(2), 236–244. <https://doi.org/10.1016/j.neuropsychologia.2006.07.012>
49. Koelsch S. (2010). Towards a neural basis of music-evoked emotions. *Trends in cognitive sciences*, 14(3), 131–137. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2010.01.002>
50. Koelsch S. (2014). Brain correlates of music-evoked emotions. *Nature reviews. Neuroscience*, 15(3), 170–180. <https://doi.org/10.1038/nrn3666>
51. Chen, J. L., Penhune, V. B., & Zatorre, R. J. (2008). Listening to musical rhythms recruits motor regions of the brain. *Cerebral cortex (New York, N.Y. : 1991)*, 18(12), 2844–2854. <https://doi.org/10.1093/cercor/bhn042>
52. Meister, I. G., Krings, T., Foltys, H., Boroojerdi, B., Müller, M., Töpper, R., & Thron, A. (2004). Playing piano in the mind--an fMRI study on music imagery and performance in pianists. *Brain research. Cognitive brain research*, 19(3), 219–228. <https://doi.org/10.1016/j.cogbrainres.2003.12.005>
53. Levitin, D. J., & Tirovolas, A. K. (2009). Current advances in the cognitive neuroscience of music. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1156, 211–231. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2009.04417.x>
54. Peretz, I., & Zatorre, R. J. (2005). Brain organization for music processing. *Annual review of psychology*, 56, 89–114. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.56.091103.070225>
55. Trainor, L. J., & Schmidt, L. A. (2003). Processing emotions induced by music. In I. Peretz & R. Zatorre (Eds.), *The cognitive neuroscience of music* (pp. 311–324). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780198525202.003.0020>
56. Uğraş, G. A., Yıldırım, G., Yüksel, S., Öztürkçü, Y., Kuzdere, M., & Öztekin, S. D. (2018). The effect of different types of music on patients' preoperative anxiety: A randomized controlled trial. *Complementary therapies in clinical practice*, 31, 158–163. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2018.02.012>

烧伤后创伤后应激障碍的管理

王爱琳，刘婧，邱佳盈，董怡悦

四川大学华西医院

烧伤是一个全球性的公共卫生问题，烧伤是热力（火焰、热水、热蒸汽、热油、热水泥等）、电流以及化学物质和放射性物质作用于人体皮肤、黏膜、肌肉等造成的损伤。烧伤主要是皮肤损害，严重者可伤及皮下组织、肌肉、骨骼、关节、神经、血管甚至内脏，可发生一系列的局部和全身性反应或损伤。烧伤在社会经济地位低下和欠发达地区更为普遍，但总体而言，近年来烧伤发生率和烧伤严重程度有所下降，死亡率和住院天数总体上有所下降^[1]。烧伤按深度可分为 I 度烧伤、浅 II 度烧伤、深 II 度烧伤和 III 度烧伤。I 度烧伤仅伤及表皮的一部分，常于 3~5 天内愈合。浅 II 度烧伤波及整个表皮和部分乳头层，一般经 1~2 周左右愈合，不留瘢

痕。深 II 度烧伤深及真皮乳头层以下，一般需 3~4 周自行愈合，常留有瘢痕。III 度烧伤一般指全程皮肤的烧伤，表皮、真皮及皮肤附件全部毁损，创面修复依赖于手术植皮或皮瓣修复。目前大多数研究仅关注烧伤大小，没有考虑烧伤深度。

多年来，随着治疗方式的进步，烧伤患者的生存率不断提高。然而，持续被掩盖的是烧伤患者的情感痛苦和整体情感需求，而不是物理治疗的需求。有些人可能会发展为急性应激障碍（ASD），多达三分之一的烧伤患者也会发展为创伤后应激障碍（PTSD）。有时烧伤患者的临床表现也符合亚综合征性创伤后应激障碍^[2]。PTSD 是指个体经历、目睹或遭遇到一个或多个涉及自

身或他人的实际死亡,或受到死亡的威胁,或严重地受伤,或躯体完整性受到威胁后,所导致的个体延迟出现和持续存在的精神障碍。PTSD 患者的主要表现有闪回、回避和警觉性增高。闪回指患者在不自主的情况下反复想到创伤事件或场景人物,回避指患者主观上避免接触与创伤事件相关的环境、物品和相似事件,警觉性增高表现为听到一点声响就出现惊跳反应、入睡困难或睡眠不深、易激惹、注意力难以集中、过分担惊受怕等^[3]。

一、烧伤患者 PTSD 的影响因素

烧伤患者 PTSD 的发生及其发生的强度因人而异,主要的影响因素与烧伤的疾病特点、患者的个人特征和环境都有关。

与烧伤有关的因素有烧伤面积、部位和深度^[4, 5]。刘学生等^[5]指出烧伤面积大于等于 40%以及烧伤部位为头面部是影响 PTSD 程度的主要因素。烧伤面积越大,应激反应越强烈,同时会更加

影响患者的预后。由于头面部大面积暴露于视野,头面部烧伤患者面临歧视、排斥等社交问题,很大程度地影响患者的社交积极性。

与患者有关的因素有患者的性格与心态、生活经验^[4]。心理弹性问卷(Connor - Davidson resilience scale, CD-RISC)评分与创伤后应激障碍呈负相关^[6]。心理弹性是一个动态的过程,指个体在接受后天的强化心理弹性教育与训练后能够提高其在逆境和压力中的灵活应对能力的过程^[7]。心理弹性较高的患者往往有较高的环境适应力及心理复原能力,在面对烧伤时更能积极应对。除此之外,反刍反应量表(ruminative responses scale, RRS)评分、伤残接受度量表(the acceptance of disability scale, ADS)评分、大五人格问卷神经质分量表(NEO FFI-N)评分也是烧伤后患者出现 PTSD 的预示因素^[5]。

与环境有关的因素有医院的环境。

经历过长的住院时间、不好的住院体验及入住 ICU 的烧伤患者发生 PTSD 的概率较大^[8]。

总之,烧伤患者在病情稳定后会开始关注自身的病情对未来生活带来的可能性影响,包括躯体功能受限(如肌力下降、关节活动度受限)、自理能力下降、社会功能受损等。对于大多数的患者,接受自身伤残情况是非常困难的。他们会过分在意他人的评价,从而拒绝与外界交流,产生抑郁、焦虑等负面情绪,并发生 PTSD。

二、治疗方法

1. 中医方法

对烧伤患者来说,严密监测创面及渗液情况是非常必要的。此时,可以使用烧伤膏来保护创面、消炎止痛、除腐生肌、抑制瘢痕增生^[9, 10]。其中朱思平等^[9]使用自制的新中药湿润烧伤膏配方为红花 50g,桃仁、大黄、白蜡各 200g,黄连 250g,黄柏、紫草各 300g,白芷、凡士林各 500g,地榆、虎杖、香油各

1000g,并用麻油煎炸滤去渣。另外,对创面边缘进行推、揉为主的按摩与创面检测一样可以通过减少患者的痛苦来降低患者焦虑情绪,以此来缓解应激相关症状。

2. 西医方法

首先,严重的疼痛是烧伤患者必经的考验,基于此提出的阶梯式急性疼痛管理将疼痛程度分级,并根据等级制定个体化的镇痛方案,以便进行阶梯式镇痛处理,促进患者康复^[11, 12]。临床上对中度疼痛患者给予对乙酰氨基酚混悬滴剂口服治疗,对重度疼痛患者给予吗啡静脉注射等^[13]。沈轶彬等^[13]的结论是,对烧伤患者采用阶梯式急性疼痛管理,可改善患者 PTSD 的程度,缓解其心理压力。

其次,对于患者焦虑和抑郁情绪的管理也十分重要。药物治疗是情绪相关障碍的一线治疗方法,应用选择性 5-羟色胺再摄取抑制剂(SSRI-s)联合音乐疗法,可以有效降低烧伤患者焦虑和

抑郁程度，且能有效促进创面愈合^[14]。另外，提高患者的心理弹性水平，可以有效改善 PTSD 的发生^[5, 15]。临床可通过积极心理学培养患者产生积极、自信的心态，同时联合家庭、社会支持，为患者提供良好的外部环境，以提高患者的心理弹性^[6]。查晓慧等^[15]认为，以认知行为疗法、放松技巧和社会支持为主的心理弹性干预措施的同时，制定规范、系统的预防护理实践方案作为心理弹性干预来加强患者心理弹性，可以有效提高严重烧伤患者的心理弹性水平。

再次，对患者及家属的教育也是烧伤后 PTSD 的影响因素之一^[16]。应该最先进行的是烧伤的疾病教育，包括烧伤的治疗要点、伤口护理要点、家属的照顾要点等。之后，可以通过向患者以及家属介绍治疗成功的案例来减轻患者的焦虑和抑郁情绪，增强患者的自信心，帮助患者更好地面对疾病配合治疗。最后，需要根据患者的自身情况，制定合

理的行为锻炼方法，肯定患者的坚持，鼓励患者的进步。

最后，烧伤病程长，对外观外貌有一定影响，烧伤患者出现 PTSD 相关症状的预防及缓解需要考虑患者出院后的情况。在患者出院前，可以结合患者心理状态评估结果制定针对性的心理疏导方式；在患者出院后，可以通过多种社交平台使治疗具有延续性，以便了解患者出院后存在的问题，并对患者和家属存在的疑惑进行耐心解答，给予其正确指导，使患者出院后能够获得高质量的院外护理。张瑞等^[17]的研究表明，运用这种方式有助于减轻颈部大面积烧伤患者 PTSD 的症状。

综上，目前已有多种方法可以用于减轻患者烧伤后 PTSD 的症状，且有较为明显的效果。同时，目前在此领域，康复治疗专业的研究成果较少，可作为未来的研究方向。

参考文献

- [1] Smolle C, Cambiaso-Daniel J, Forbes AA, et al. 全球烧伤流行病学的最新趋势：系统评价。《烧伤》. 2017;43(2):249-257. DOI: 10.1016/j.burns.2016.08.013
- [2] Lodha P, Shah B, Karia S, De Sousa A. 烧伤后的创伤后应激障碍 (PTSD): 全面的临床审查。《安·伯恩斯火灾灾难》. 2020;33(4):276-287.
- [3] 孙学礼. 精神病学 (第四版) [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2018.
- [4] 唐洪泰, 朱峰. 危重烧伤后的急性应激反应 [J]. 中华烧伤杂志, 2017, 33 (11): 657-659. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1009-2587.2017.11.001
- [5] 刘学生, 李黎, 陈国栋. 烧伤感染患者发生创伤后应激障碍的影响因素 [J]. 河南医学研究, 2022, 31(18):3382-3385.
- [6] 郭晓东, 贾亚南, 王爱花, 等. 住院高位妊娠患者创伤后应激障碍发生现状及影响因素分析 [J]. 中华现代护理杂志, 2022, 28 (5); 655-659
- [7] Poses RM, Smith WR, Maulitz R. Resilience training and physician well-being [J]. J Gen Intern Med, 2011, 26 (11): 1243, 1244, 1245.
- [8] Nosanov LB, Prindeze NJ, Schneider DM, et al. Prevalence and risk factors for acute stress disorder and posttraumatic stress disorder after burn injury. *Am J Surg.* 2022;223(1):151-156. doi:10.1016/j.amjsurg.2021.07.035
- [9] 朱思平, 蔡德珺, 刘石勇. 新中药湿润烧伤膏治疗烧伤 780 例 [J]. 中国中西医结合外科杂志, 2011, 17(1):93-94.
- [10] 王秀娟, 高亚东, 韩丽芳. 烧伤膏治疗烧伤患者的中医护理分析 [J]. 内蒙古中医药, 2016, 35(12):148-149.
- [11] 吴巍巍, 路英慧, 程丹, 等. 烧伤患儿的疼痛评估及非药物干预研究进展 [J]. 中华烧伤杂志, 2020, 36(1):76-80. DOI:10.3760/cma.j.issn.1009-2587.2020.01.012.
- [12] 贾晓丹, 修世宇. 烧伤患者持续烧伤相关疼痛的影响因素及预防对策 [J]. 医疗装备, 2019, 32(15):160-162. DOI:10.3969/j.issn.1002-2376.2019.15.096.
- [13] 沈轶彬. 阶梯式急性疼痛管理对烧伤患儿创伤后应激障碍的影响 [J]. 浙江医学, 2022, 44(02):194-195.
- [14] 吴孝苹, 王东, 孙充洲, 等. 选择性 5-羟色胺再摄取抑制剂及音乐治疗对烧伤后情绪及创面愈合的影响 [J]. 中国组织工程研究, 2004, 8(35):7936-7938.
- [15] 查晓慧, 曾秀仁, 黄美霞. 基于循证构建的心理弹性干预对严重烧伤患者创伤后应激障碍发生的影响 [J]. 中国医药科学, 2020, 10(07):119-122.
- [16] 张笑雪, 景福琴, 冯可. 知信行护理干预对烧伤科住院患者创伤后应激障碍的影响 [J]. 现代诊断与治疗, 2021, 32(15):2502-2503.
- [17] 张瑞, 任新颖. 延续性护理干预在颈部大面积烧伤患者中的应用效果及对创伤后应激障碍发生情况的影响 [J]. 临床医学研究与实践, 2021, 6(24):172-174. DOI: 10.19347/j.cnki.2096-1413.202124057.

作业治疗与自闭症心理健康

胡岱 北京优术康源继续教育

一、自闭症与心理健康

近年来，自闭症儿童的发病率呈显著上升趋势。2021年12月美国疾病控制与预防中心（CDC）最新统计自闭症谱系障碍的发病率为1/44，而《中国自闭症教育康复行业发展状况报告II》发布，报告显示目前中国自闭症患病率估计约1/68，自闭症人数超过1000万。来自世界卫生组织WHO的全球平均发病率约1%（Zeidan J et al. Autism Research 2022 March WHO），男女比例约是3:1（Loomes et al., 2017）。如此快速增长，其中一个原因是在1994年自闭症诊断标准修订，将非典型自闭症、阿斯伯格综合征、高功能自闭症等纳入了自闭症谱系障碍的范畴，放宽了纳入标准。目前《第五版精神障碍诊断与统计手册》（5th ed.; DSM-5; American Psychiatric Association, 2013）关于自闭症的诊断标准如下：

- ①在社会交往和社会互动的多个层面上有持续缺陷；
- ②受限、重复的行为方式、刻板的兴趣和活动；
- ③以上症状必须在早期发育阶段就出现；
- ④以上症状已经在社交、工作和学习等领域造成明显的障碍。

自闭症的功能障碍也是不一样的，我们常说临床上没有两个自闭症患者是一样的，他们的需求也各不一样，例如有的低功能患者依赖性大需要24小时照顾，而有的高功能自闭症只是生活中需要多一点



时间来理解和处理事物。当然，大多数自闭症患者在某种程度上都有一些共同特征，包括难以识别或理解他人的感受并表达自己的感受；感觉刺激会带来压力，例如明亮的灯光、嘈杂的噪音和拥挤的空间之类的事情会产生焦虑和紧张情绪；更喜欢熟悉和规律的日常生活，对意想不到的变化或不熟悉的情况感到焦虑或不安；高度集中和刻板的兴趣或爱好；需要更长的时间来理解信息；除了挑战和困难，也有一些患者的状况有积极的一面：例如，比其他人更有创造力、更坚定、更专注或更容易接受他人和事物。

就像其他人一样，自闭症患者也可能患上其他心理疾患，事实上由于自闭症的特殊性和对心理造成的压力，儿童同时有焦虑、抑郁、注意力缺陷多动障碍（ADHD）或强迫症（OCD）等心理健康问题的比例都比正常人高。最新的文献显示注意力缺陷多动障碍的总体合并患病率估计为 28%；焦虑症大约为 20%；睡眠障碍为 13%；破坏性、冲动控制和行为障碍为 12%；抑郁症为 11%；强迫症为 9%；双向情感障碍为 5%；精神分裂症谱系障碍为 4%；进食障碍大约为 1%—6%，其中女性患者心理问题的比例要高于男性（Meng Chuan Lai, et al. 2019; Micali et al., 2013; Botha and Frost, 2018）。目前关于自闭症并发心理疾患具体原因的研究不多，推测的因素包括：难以融入或理解这个世界，导致抑郁和焦虑的感觉；由于社交和语言的功能障碍，遮蔽了他们的心理健康问题；家庭和本人对共患基本所带来的耻辱和歧视比较敏感；还可能是因为心理问题不太可能获得适当的支持而放弃，例如，有些常规的治疗方式可能不适合这些自闭症患者，

或者治疗师也不知道如何调整他们的方法来帮助此类心理问题。

二、作业治疗提供的支持

由于具备作业表现、活动分析和设计、环境分析、神经生理学、心理社会发展和群体动力学等方面的专业知识，作业治疗师有资格也有能力提供针对自闭症患者的心理服务和支持。我们在与其他心理健康服务提供者（如心理学家、社会工作者、精神病医生等）互动时，需要阐明作业治疗服务的独特价值，也就是使用基于循证的有意义的活动，可以促进日常生活的参与和心理健康。心理学领域的研究已经证实，参与能产生积极情绪的有意义的作业活动有助于增强心理弹性并促进心理健康 (Donaldson, Csikszentmihalyi, & Nakamura, 2011; Fredrickson, 2004)。另外，对儿科作业治疗实践的循证文献也表明，以活动为导向的游戏、休闲和娱乐干预有助于改善儿童的社会交往、自尊建立和产生积极情绪，并减少行为问题 (Bazyk & Arbesman, 2013)。

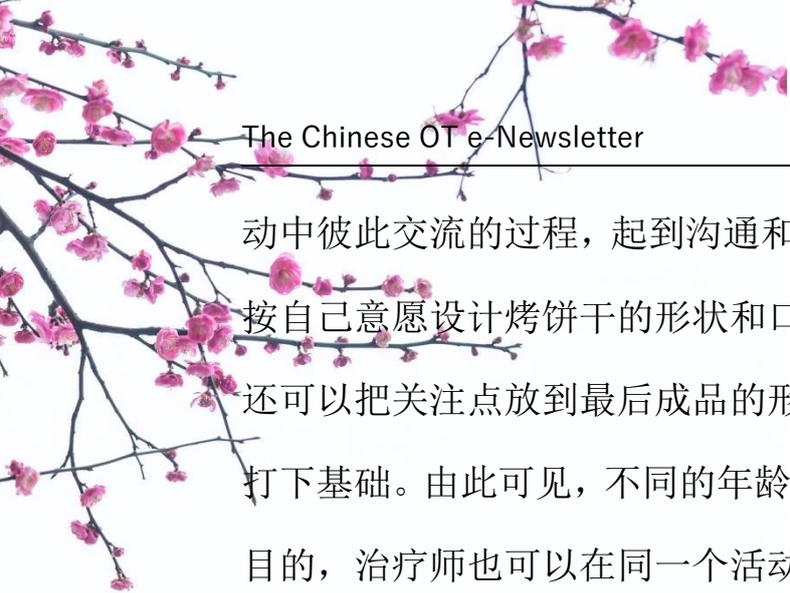
在评估阶段，作业治疗师常见的方法包括家长和教师问卷，临床互动观察，教室表现观察和标准化工具的使用，来找出孩子在自闭症和心理疾患双重影响下作业活动参与受限的程度，常用的标准化工具有 Children's Assessment of Participation and Enjoyment (CAPE) and Preferences for Activities of Children (PAC)；Miller Function and Participation Scales (M-FUN)；School Functional Assessment (SFA) 和 The Short Child Occupational Profile (SCOPE)

等。另外，作业治疗师虽然很少对儿童的心理疾患进行诊断，但也可以利用一些专门的工具进行初步的心理状态判断和筛查，例如，Children's Depression Inventory 2nd Edition (CDI 2) 和 Infant Toddler Social Emotional Assessment (ITSEA) 等等。

结合评估结果和家长关心的问题，形成短期和长期目标，以及制定一对一和小组的治疗方案，其治疗原则包括：

- ①提供成功的机会；
- ②帮助儿童建立新的兴趣爱好和维持老的爱好；
- ③促进健康的睡眠规律；
- ④提升儿童和青少年的社交能力，与他人良好相处，结交和保持友谊；
- ⑤习惯在小组和群体环境中活动；
- ⑥情绪管理，应对挫折和愤怒；
- ⑦允许适当的自我表达；
- ⑧鼓励承担责任和解决问题。

其中小组活动对于自闭症的心理健促进有着重要的贡献，前提是能找到功能相近的小朋友配队，并能找到符合成员兴趣的活动，要求每个小朋友有自己特定的角色，必要的话提前教会活动中需要技能。例如，3个4-5岁孩子做橡皮泥的活动，孩子1负责把橡皮泥搓成小球，并交给孩子2用玩具模具压成三角或五角星等形状，孩子3把压好的形状匹配并粘到画纸或者小白板上，可以培养孩子等待和控制情绪的能力，并能体会成功和习惯和其他孩子一起互动的感觉。又比如一个16-18岁青少年的烘焙小组活动，治疗师可以把重点放在促进活



动中彼此交流的过程，起到沟通和缓解焦虑的作用，也可以鼓励组员按自己意愿设计烤饼干的形状和口味，促进自我表达和自信的建立，还可以把关注点放到最后成品的形成，为自理或将来在相关领域就业打下基础。由此可见，不同的年龄不同的主题都会有灵活多变的治疗目的，治疗师也可以在同一个活动中设计出不同的目标。

总之，要提高自闭症儿童的心理健服务质量，需要多方努力和改变，包括提升社会和家长对共患心理疾病的包容性，以及医疗团队对自闭症心理疾患的筛查和诊断能力，最后是治疗师除针对该领域治疗能力的学习和提升。

参考文献

Academy of Child & Adolescent Psychiatry, Vol. 56 No. 6, pp. 466-474, doi: 10.1016/j.jaac.2017.03.013.

Bazyk, S., & Arbesman, M. (2013). Occupational therapy practice guidelines for mental health promotion, prevention, and intervention for children and youth. Bethesda, MD: AOTA Press.

Botha, M. and Frost, D.M. (2018), "Extending the minority stress model to understand mental health problems experienced by the autistic population", *Society and Mental Health*, Vol. 10 No. 1, doi: 10.1177/2156869318804297.

Donaldson, S. I., Csikszentmihalyi, M., & Nakamura, J. (Eds.). (2011). *Applied positive psychology: Improving everyday life, health, schools, work, and society*. London: Routledge Academic.

Fredrickson, B. L. (2004). The broaden-and-build theory of positive emotions. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 359, 1367–1377.

Meng Chuan Lai, Caroline Kasee, (2019) Prevalence of co-occurring mental health diagnoses in the autism population: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*, Volume 6, Issue 10, Page 819-829

Micali, N., et al. (2013), "The incidence of eating disorders in the UK in 2000–2009: findings from the general practice research database", *BMJ Open*, Vol. 3 No. 5, pp. e002646, doi: 10.1136/BMJOPEN-2013-002646.

Loomes, R., Hull, L. and Mandy, W.P.L. (2017), "What is the male-to-Female ratio in autism spectrum disorder? A systematic review and Meta-Analysis", *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2017 Jun;56(6):466-474.

The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.; DSM–5; American Psychiatric Association, 2013)

Zeidan J et al. *Autism Research* 2022 March. Global prevalence of autism: A systematic review update.

基于 SOAP 格式的作业治疗记录临床实践

李鑫 中山大学附属第三医院

SOAP 是英文首字母的缩写，这四个字母分别代表患者信息的四个部分。S 即 subjective data，指主观资料；O 即 objective data，指客观资料；A 即 assessment and analysis，指对患者的评估与分析；P 即 plan，指治疗计划。

早在 20 世纪，美国人 Lawrence Weed 提出了一种组织康复治疗记录的系统，称为问题导向的康复治疗记录 (problem-oriented medical record, POMR)，SOAP 是这个系统中的一部分。POMR 表格的开头有一系列关于患者的问题，每位治疗人员都要分别书写对应于某个问题的一份 SOAP 记录。但中国的医疗机构并未采纳 POMR 系统，而是采用了来源导向的医疗记录 (source-oriented medical record, SOMR)。但无论如何，POMR 系统的一大贡献就是推广了 SOAP 记录的使用。

随着近年来不断改进原始的 SOAP 记录的格式，它已经成为康复治疗记录的实用工具。我科在此基础上不断完善，形成了自己的 SOAP 格式的记录，并在临床应用，介绍如下。

一、初始记录

(一) 主观资料

“S”中应该包括治疗师在患者处获取的关于他（她）的损伤或问题的所有信息，由患者的家属或陪护所提供的信息同样应纳入主观

资料的信息中（见图 1）。

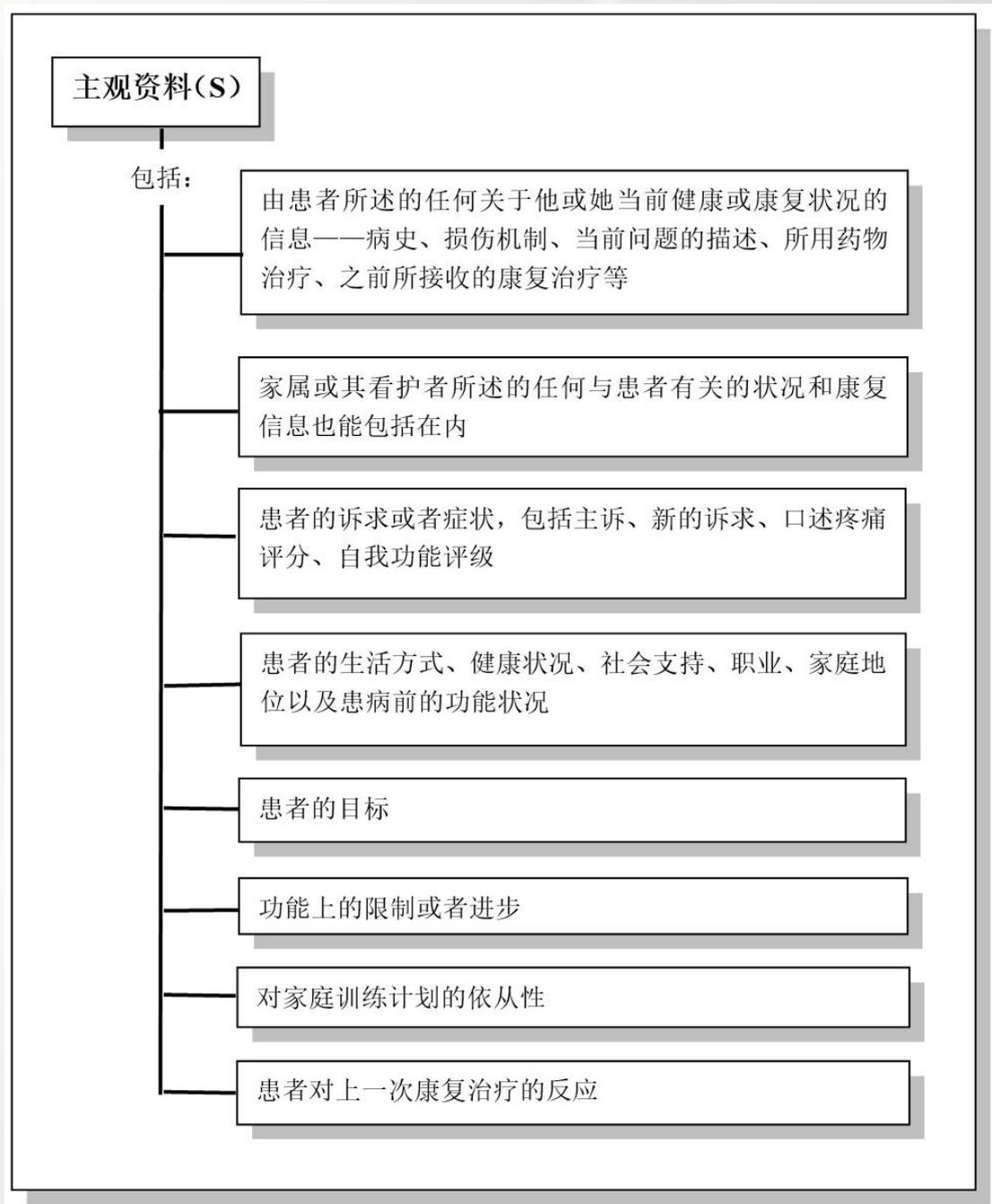


图 1 主观资料

（二）客观资料

“O”中应包括相关的测试与检查、患者近期的功能状态，主要记录量表或仪器评估的结果。

1. 作业范畴（如 ADL、IADL、工作、社交） 记录每个功能表现和患者因素是如何影响患者在相关作业范畴的表现，包括治疗师辅助的程度、所需的设置、适应性设备或技术、提示的种类、照顾者的教育、体位，以及患者的反应。此外，还应描述患者对他人的意识、对话的发起，与同组人的互动等情况。

2. 患者因素（如 ROM、肌力、水肿、感觉） 提供具体的测量结果，例如水肿的周径或体积，握、捏肌力，PROM 和 AROM，感觉完整或损伤。

3. 功能表现（如平衡、协调、认知、行为） 记录平衡是静态的还是动态的，患者身体是否有倾斜，是否存在旋转体位，负重是否对称；记录左/右利手、抓握的形式、有无目的性的抓握和松开，以及粗大运动和精细运动能力；报告方向、任务启动、保持任务的能力，排序、判断、遵循指令操作的能力；还要记录患者治疗过程中的心理行为状态，如躁动、嗜睡、焦虑、强迫症等。

（三）评估与分析

“A” 这里应包含作业治疗诊断、长期目标以及短期目标。

功能诊断作为 SOAP 评估记录区的重要内容之一，是治疗师对影响患者日常生活活动的损伤及功能限制的描述，同时也是对主观资料和客观资料的进一步解释。完整的功能诊断必须包含损伤及功能限制两个部分。损伤是指骨骼、关节、肌肉、韧带、肌腱、神经和皮肤的

异常或功能障碍，或者是由于脑、脊髓、外周神经、肺部或心血管系统病变而造成的动作上的问题。功能上的限制是指功能性活动能力的不足或丧失，即 ADL 能力的下降。

长期目标（long-term goals, LTG），即预期的功能性治疗结果，是描述患者完成康复治疗后或者出院时所能达到的执行活动或工作的能力，以支持个体之身体、心理以及社会的健康，实现有意义的生活。

对于临床功能障碍的康复，通常至少需要设立一个长期目标，有时还可能更多。在治疗过程中每天或者每周都可能会设立一些小的目标，这些小目标被称为短期目标（short-term goals, STG）。一个长期目标通常是由数个短期目标组成。

（四）计划

“P”是患者所接受的干预措施，必须包括以下内容：①形式；②部位；③时间；④强度；⑤体位。

二、进展记录

治疗进展需要定期记录（通常每周一次），进展记录可包括干预程序的概要信息和患者朝向目标的进步情况。记录同时会建议继续/停止治疗以及推荐在适当的时机转介给其他医疗机构。进展记录包括以下内容：

1. 所提供治疗的概要 简单说明治疗的频率和已经提供治疗的时长，使用的技术和策略，所提供的环境改良和作业改良，所提供的

辅助器具和支具，药物、教育或其他相关的患者最新资料，患者对作业治疗干预的反应。

2. 患者目前的能力 患者朝向目标的进步和患者在作业方面的表现。

3. 计划或推荐 推荐患者继续/改变原治疗方案及其依据。

三、出院记录

出院记录常用于总结患者整体功能的改善情况及在必要时推荐转诊或继续治疗，一般内容包括日期、目的、初始状态、治疗过程、进展、进一步治疗的推荐。

（一）治疗过程小结

第一次和最后一次治疗的时间，频率，治疗次数，治疗方法的总结，与目标一致的进步情况，康复治疗的结果，关于治疗效果的评价。

（二）推荐

与患者未来的需求相关的建议，具体的后续计划，推荐至其他医疗专业或机构。

以下通过一份完整的 SOAP 记录举例，了解我科的作业治疗患者的治疗转归。

举例：

吴 XX，男，41 岁，X 区 XX 床，发病时间：2022.10.03，接诊日期：2022.10.12
临床诊断：脑出血 MR/CT /X-Ray： 右侧基底节区出血

初始评估记录

一、S（主观资料） 陈述者：患者本人、患者妻子

1.主述：左侧肢体活动不利 8 天

2.现病史：

(1) 开始康复治疗时间：2022 年 10 月 8 日

(2) 治疗手段：物理治疗、针灸、高压氧，效果不显著

3.既往史：

(1) 高血压病史，既往有肾结石

(2) 发病前功能完全独立

4.社会史：

(1) 生活方式：职业 IT 人员，爱好：围棋

(2) 个人状况：文化水平：大学；婚姻状况：已婚；医疗关系：医保

(3) 居住情况：同住者：妻子，家有电梯，坐厕，淋浴

5.情感或态度：患者与家属均积极配合

6.患者目标：改善认知，回归工作

7.疼痛：无

8.目前辅具使用情况：无

二、O（客观资料）

1.认知评估：评估时间：2022-10-12

(1) MoCA：22/30 分

(2) BIT：53/146 分

2.肢体功能：评估时间：2022-10-12

(1) 坐位平衡：1 级

(2) 站位平衡：0 级

(3) 偏瘫侧和利手：左，右利手

(4) 左上肢近端肌群肌力 2-级，远端肌群肌力 1 级

(5) FMA 上肢：15/36 分；腕手：3/30 分

(6) PROM：正常

(7) 协调：指鼻试验：震颤：正常；辨距不良：正常；速度：无

(8) 感觉：触觉：消失；痛觉：消失；本体觉：消失

(9) 无肩关节半脱位、无肿胀及挛缩

3.ADL 评估：评估时间： 2022-10-12

改良 Barthel 指数：35/100 分，其中：大便 10/10，小便 10/10，修饰 3/5，
用厕 0/10，进食 10/10，转移（床椅）0/15，行走 0/15，穿衣 2/10，上下楼梯 0/10，
洗澡 0/5

三、A（评估分析）

1.作业治疗诊断：左上肢肌力下降及左侧忽略导致 ADL 重度功能障碍。

2.主要问题：

(1) 左上肢及手功能障碍：

①肌力减退：上肢近端肌群肌力 2-级，远端肌群肌力 1 级；

②感觉消失：左上肢触觉、痛觉及本体觉消失；

③FMA：18/66 分，提示左上肢及手功能重度受损。

(2) 认知知觉功能障碍：

①轻度认知障碍：MoCA：22/30 分；

②左侧单侧忽略：BIT：53/146。

(3) ADL 重度依赖：MBI：35/100 分，大小便可自行控制，进食独立，修饰
中等量帮助下完成，穿衣需大量帮助，其余完全依赖。

3.个人/环境因素的优势：

(1) 家属照顾，本人及家属积极配合，目标明确；

(2) 患者目前病程 10 天，左上肢已经有部分肌力恢复；

(3) 大学本科学历，学历高，年龄较轻。

4.长期目标：

3 周内，能在少量帮助下穿开襟上衣，独立洗脸、刷牙；能有意识转向患侧，
寻找物品。

5.短期目标：

1 周内，左上肢近端肌力达到 3 级，远端肌力达到 2 级；

1 周内，能通过日历说出正确的日期。

四、P（计划）

1.增强上肢肌力训练：以下训练 1 次/天，5 天/周

(1) 磨砂板训练：10 个/组，3 组/次；

- (2) 肩推器训练：10 个/组，5 组/次。
- 2.改善单侧忽略训练：以下训练 1 次/天，5 天/周
- (1) 感觉刺激：用不同粗糙的刷子刺激患侧与健侧，5min/次；
- (2) 下棋：使用黑白两种颜色的棋子，放在患者健侧，让患者用健手拿起黑棋放在患侧，15min/次；
- (3) 扑克牌游戏：认大小，10min/次。
- 3.rTMS，左侧顶叶，1Hz，90%rMT，1000 个。
- 4.ADL 训练：穿开襟上衣训练，15min/次，2 次/周。
- 5.宣教：
- (1) 与家属宣教，在患侧跟患者聊天，把常用物品放置在患侧。
- (2) ADL 能独立完成的部分让患者自行完成，尽可能地少提供帮助。

治疗师：李 XX

日期：2022-10-12

治疗进展记录

一、主客观资料

- 1.家属述患者吃饭已可以吃到患侧这边的食物，可打字，正常回复微信的信息。
- 2.FMA：31/66，手及上肢功能中度受损。
- 3.MBI：43/100，中度功能障碍。
- 4.BIT：134/146，提示不存在单侧忽略。

二、评估

(一) 治疗进展

经 rTMS、磨砂板、肩推器、下棋训练，左侧近端肌力由 2-进展至 2 级；FMA 由 18 分进展至 31 分，手及上肢功能由重度受损进展至中度受损；MBI 由 35 分进展至 43 分，ADL 由重度功能障碍进展至中度功能障碍；BIT 由 53 分进展至 134 分，单侧忽略基本消失。

(二) 目前存在问题

1.左上肢及手功能障碍：

- (1) 肌力减退：上肢近端肌群肌力 2 级，远端肌力 1 级；
- (2) 感觉消失：触觉、痛觉、本体觉消失；
- (3) FMA：31/66 分，提示左上肢及手功能中度受损。

2.ADL 中度功能障碍：MBI：43/100 分，大小便可自行控制，进食独立完成，

修饰中等量帮助下完成，转移、如厕、穿衣需大量帮助，其余完全依赖。

（三）目标

2周内：患者可在监护下穿脱开襟上衣。

三、计划

1.磨砂板训练、肩推器训练：各 10 个/组，3 组/次，每天 1 次。

2.感觉刺激：用不同粗糙的刷子刺激患侧与健侧，5min/次，每天 1 次。

3.下棋：使用黑白两种颜色的棋子，放在患者健侧，让患者用健手拿起黑棋放在患侧，15min/次，每天 1 次。

4.扑克牌游戏：认大小，10min/次，每天 1 次。

5.TMS，左侧 M1，1Hz，100% rMT，1000 个，每天 1 次。

6.ADL 训练：穿开襟上衣训练，15min/次，2 次/周。

治疗师：李 XX

日期：2022-10-20

出院记录

一、入院时主要问题

1.左上肢及手功能障碍

（1）肌力减退：上肢近端肌群肌力 2-级，远端肌群肌力 1 级；

（2）感觉消失：左上肢触觉、痛觉及本体觉消失；

（3）FMA：18/66 分，提示左上肢及手功能重度受损。

2.认知知觉功能障碍：

（1）轻度认知障碍：MoCA：22/30 分；

（2）左侧单侧忽略：BIT：53/146。

3.ADL 重度依赖：MBI：35/100 分，大小便可自行控制，进食独立，修饰中等量帮助下完成，穿衣需大量帮助，其余完全依赖。

二、治疗总结

患者从 10.12 开始康复训练，一共接受了 12 次治疗，经过肩推器、磨砂板训练、rTMS、ADL 宣教后，患者如厕由 0 分进展到 2 分，穿衣由 2 分进展到 8 分，转移由 0 分进展到 12 分；经过扑克牌、下棋训练，患者 BIT 由 53 分进展到 134 分。

三、出院前检查

1.FMA: 31/66 分, 提示左上肢及手功能中度受损。

2.MBI: 45/100 分, 中度功能障碍, 生活依赖明显, 其中大小便可自行控制, 进食独立完成, 转移、穿衣少量帮助下完成, 修饰中等量帮助下完成, 如厕大量帮助下完成, 其余完全依赖。

3.左上肢近端肌力 3+级, 远端肌力 2 级。

四、已解决问题

1.患者如厕由完全依赖进展到需大量帮助, 穿衣由整个过程需要帮助进展到监护下完成, 转移由完全依赖进展到有人提示下完成。

2.患者从之前会忽略患侧物品和打字时找不到字等问题, 进展到现在吃饭可以吃到患侧食物, 可完成打字, 正常回复微信消息, 单侧忽略症状基本消失。

五、出院时主要问题

1.左上肢及手功能障碍:

(1) 肌力减退: 上肢近端肌群肌力 3+级, 远端 2 级;

(2) 感觉消失: 触觉、痛觉、本体觉消失;

(3) 左上肢及手功能中度受损。

2.ADL 中度功能障碍, 生活依赖明显。

六、出院指导

建议患者转院继续治疗, 延续目前的治疗方案:

1.增强上肢肌力训练: 以下训练 1 次/天, 5 天/周

(1) 磨砂板训练: 10 个/组, 3 组/次;

(2) 肩推器训练: 10 个/组, 5 组/次。

(3) 弹力棒训练: 前部旋前旋后练习, 10 个/组, 3 组/次。

2.改善单侧忽略训练: 以下训练 1 次/天, 5 天/周

(1) 感觉刺激: 用不同粗糙的刷子刺激患侧与健侧, 10min/次;

(2) 下棋: 与患者进行五子棋对战, 15min/次;

(3) 扑克牌游戏: 与患者进行打扑克对局, 10min/次。

3.rTMS, 左侧 M1, 1Hz, 100% rMT, 1000 个。

4.ADL 训练: 穿脱衣服、裤子、鞋袜训练, 15min/次, 2 次/周。

治疗师: 李 XX

日期: 2022-10-26

从本记录可以了解到，患者早期即进行康复介入，预后良好，通过记录的内容，可以很好地把控患者的治疗方向及治疗方案，在康复质控中起到重要作用。许多治疗师在临床中过分关注治疗的实施以及技术水平的提高，往往会忽略了文书方面的能力提高，随着国家对康复的重视，治疗记录会逐步纳入三甲考核中，需要治疗师们提高文书记录能力，把文书记录作为日常临床诊疗的常规内容。

作业治疗在肿瘤康复的应用

赖西癸 上海体育学院

根据世界卫生组织国际癌症研究机构（IARC）发布的 2020 年全球最新癌症负担数据，由于人口增长和老龄化，主要的高危癌症尚未出现显著下降趋势，一些国家的癌症负担迅速增加。预计到 2040 年，全球癌症负担将达到 2840 万例，比 2020 年增加 47%¹，提供全面的癌症照护，对于全球癌症控制至关重要。在此报告中提到中国已经成为名副其实的“癌症大国”，新发病例和死亡人数均位列全球第一。

癌症患者的存活率在过去 30 年中有了显著提高，获得更长的生存期，但往往有更高程度的身体、认知和心理障碍²，严重影响患者的生活质量。由于缺乏超越传统的医疗干预，如康复治疗，从而损害患者的功能，并限制了患者在生存期间的活动和参与³。癌症患者的康复需求是巨大的，主要体现在疲劳、衰弱、淋巴水肿、活动能力下降和认知受损等，这些功能障碍问题其实都是康复治疗的服务范畴，但是这些患者不知道可以从哪里获得相关的医疗支持来帮助改善他们的症状。研究发现，在估计 87% 被认为需要作业治疗的老年癌症幸存者中，只有 32% 的人在癌症诊断的前 2 年内接受了作业治疗⁴。

作业治疗可以显著提高癌症幸存者参与活动的的能力，从而提高生活质量。然而，目前大众和临床肿瘤专家对癌症患者进行作业治疗服务知之甚少。最近的研究发现，作业治疗可以为癌症患者的三个主要的 ICF 领域提供干预：提高生活质量（活动和参与层面）、症状管理（身体结构和功能层面）和环境改造（环境层面）⁵，涉及多种干预措施，包括 ADL 再训练、疼痛和疲劳管理的教育和策略、改善上肢功能、淋巴水肿管理、提供辅具、家庭环境改造、活动适应、社会和休闲

兴趣的改变、放松和压力管理训练。

如何评估癌症患者转诊到作业治疗的必要性

癌症相关的功能障碍是一个缓慢的过程，有些可能难以识别。在繁忙的肿瘤临床治疗中，如何快速确定何时将患者转诊到作业治疗十分重要，这将有助于确定哪些患者将从作业治疗服务中受益。

表 1 肿瘤康复中的作业治疗评估

评估项目	评估目的
快速筛查问题 ⁶ ： <ul style="list-style-type: none"> • 患者在过去 6 个月内是否跌倒过？ • 在过去几周内，患者在执行 ADL 或 IADL 任务时是否遇到困难？ • 是否有上肢灵活性限制或疼痛限制了日常活动？ • 患者在休闲或社交活动中是否存在障碍？ • 患者是否有记忆力、注意力或注意力的变化，从而影响了日常活动的参与？ 	简单的问题可以很容易地确定可以从转诊到作业治疗中受益的患者
老年综合评估 ⁷	评估功能状态、跌倒、身体健康、认知和其他结构
患者报告的结局测量信息系统 ⁸	评估患者的生活质量、功能状态和社会活动参与度

DASH 评估 ⁹	评估患者的上肢能力
功能独立性评测（FIM）量表 ¹⁰	更全面、客观地反映患者的 ADL 能力
基于 ICF 的职业康复核心组合 ¹¹	全面评估需要重返公众岗位的癌症幸存者的需求和工作困难

作业治疗的干预措施

作业治疗可以改善多个与癌症及其治疗有关的功能障碍。需要注意的是这些功能障碍并不是孤立发生的，而往往是相互关联的。因此，基于前面提供的作业治疗评估，尽可能全面地进行评估，再根据评估结果，选择合适的作业治疗干预措施。

表 2 作业治疗需求和潜在的干预措施

临床结局（需求）	作业治疗干预策略举例
癌症相关疲劳	建议患者进行结构化的活动修改和优先级排序，以及使用每日活动日志来监控基于任务的活动和能量模式。需要进行个性化的调整，如将常用物品放在冰箱中易于到达的高度、在夜间定时淋浴等，以节省能量。
认知功能障碍	采取适应性策略，对于有记忆和注意力问题的患者，帮助创建个性化的系统来设置，如药物提醒，安排约会，并处理购物，烹饪和资金管理的待办事项类型任务。进行使用纸质地图和/或含有 GPS 设备的培训或再培训，以提高外出导航的独立性。

跌倒	跌倒预防：居家环境改造，包括在浴缸或淋浴中设置扶手，以帮助进出浴缸或靠近厕所，以帮助从坐姿上升到站立姿势并安全地上厕所。其他改造包括楼梯扶手、清除危险物体和杂物以及使用防滑垫。
上肢活动受限	可选择活动、牵伸和改善运动范围和肌肉力量的方式进行组合，然后根据需要进行功能任务执行和活动或环境的调整训练。推荐使用辅具，可以提高患者的独立性，如用于一只手可以进行切割食物的摇臂刀。
淋巴水肿	淋巴水肿教育包括识别加重的风险和可能加重肿胀的活动、适当的活动调整、能量节约技术、自我按摩以及通过完全减充血治疗来管理肿胀。
化疗诱发的周围神经病变	通过感觉和功能活动进行适应和代偿，如烹饪。调整特定工具以保持 ADL 和 IADL 的独立性，如在穿衣时协助扣纽扣的纽扣钩。
功能障碍	作业治疗可以改善患者的日常生活活动能力，从穿衣、洗澡和使用厕所，到更复杂的 IADL 任务，如组织一天的日程安排、记账、烹饪以及能够照顾孩子或年迈的家属等。

未来展望

作业治疗师是癌症康复团队的重要组成，在某些方面，作业治疗、物理治疗和言语治疗的康复目标和技术可能会重叠，但作为一个团队，它们都致力于提高每个患者的生活质量和认知/功能表现。在临床上，应该形成明确的肿瘤康复临

床路径，以及如何转介到作业治疗，各个部门之间应有更加明确的分工。未来在环境改造⁵和配置辅具¹²等方面，需要进一步研究和探索。此外，在肿瘤的临床结局上，不应该只有病态和死亡，未来研究应涉及能够全面反映患者功能状态的功能结局指标，更能反映出医疗的价值，目前国内在推广的 ICF 康复组合，也可在肿瘤康复中进行验证。

由于医疗资源分配不均匀，很多偏远地方的病人无法及时得到治疗，但“互联网+医疗”技术的出现很大程度上缓解了这一问题，如在线问诊、远程医疗等很大程度上提高医疗服务水平。有研究证实了远程医疗平台提供的乳腺癌围手术期康复计划的可接受性、实用性和有效性，其中包含远程的作业治疗评估和干预，并且患者的满意度很高¹³。此外，在 Covid-19 大流行的背景下，远程作业治疗不失为一个更好的选择。

综上，作业治疗融入癌症患者的日常活动，可帮助患者参与有益的康复活动，促进身体机能、家庭功能的改善，最终回归常态化生活，实现全面康复。相信作业治疗的加入对于癌症疾病负担会有关键的影响，不仅体现在存活时间，更体现在患者的功能状态和生活质量。

参考文献

1. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, et al. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA: a cancer journal for clinicians*. 2021; 71:209-49.
2. Baxter MF, Newman R, Longpré SM, Polo KM. Occupational Therapy's Role in Cancer Survivorship as a Chronic Condition. *The American journal of occupational therapy : official publication of the American Occupational Therapy Association*. 2017; 71:7103090010p1-p7.
3. Bennion AE, Molassiotis A. Qualitative research into the symptom experiences of adult cancer patients after treatments: a systematic review and meta-synthesis. *Supportive care in cancer : official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*. 2013; 21:9-25.
4. Pergolotti M, Cutchin MP, Weinberger M, Meyer AM. Occupational therapy use by older adults with cancer. *The American journal of occupational therapy : official publication of the American Occupational Therapy Association*. 2014; 68:597-607.
5. Taylor S, Keesing S, Wallis A, Russell B, Smith A, Grant R. Occupational therapy intervention for cancer patients following hospital discharge: How and when should we intervene? A systematic review. *Australian occupational therapy journal*. 2021; 68:546-62.
6. Pergolotti M, Williams GR, Campbell C, Munoz LA, Muss HB. Occupational Therapy for Adults With Cancer: Why It Matters. *The oncologist*. 2016; 21:314-9.
7. Hurria A, Gupta S, Zauderer M, Zuckerman EL, Cohen HJ, Muss H, et al. Developing a cancer-specific geriatric assessment: a feasibility study. *Cancer*. 2005; 104:1998-2005.
8. Hays RD, Bjorner JB, Revicki DA, Spritzer KL, Cella D. Development of physical and mental health summary scores from the patient-reported outcomes measurement information system (PROMIS) global items. *Quality of life research : an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*. 2009; 18:873-80.
9. Hudak PL, Amadio PC, Bombardier C. Development of an upper extremity outcome measure: the DASH (disabilities of the arm, shoulder and hand) [corrected]. *The Upper Extremity Collaborative Group (UECG)*. *American journal of industrial medicine*. 1996; 29:602-8.
10. Hamilton BB, Laughlin JA, Fiedler RC, Granger CV. Interrater reliability of the 7-level functional independence measure (FIM). *Scandinavian journal of rehabilitation medicine*. 1994; 26:115-9.
11. Paltrinieri S, Costi S, Pellegrini M, Díaz Crescitelli ME, Vicentini M, Mancuso P, et al. Adaptation of the Core Set for Vocational Rehabilitation for Cancer Survivors: A Qualitative Consensus-Based Study. *Journal of occupational rehabilitation*. 2022; 32:718-30.
12. Pilegaard MS, la Cour K, Baldursdóttir F, Morgan D, Oestergaard LG, Brandt Å. Assistive devices among people living at home with advanced cancer: Use, non-use and who have unmet needs for assistive devices? *European journal of cancer care*. 2022; 31:e13572.
13. Lai LL, Player H, Hite S, Satyananda V, Stacey J, Sun V, et al. Feasibility of Remote Occupational Therapy Services via Telemedicine in a Breast Cancer Recovery Program. *The American journal of occupational therapy : official publication of the American Occupational Therapy Association*. 2021; 75:7502205030p1-p9.

作业治疗助力重返社会

李聪慧 郑州大学第五附属医院 conghuili@163.com

参与是功能的一个方面，在《国际功能、残疾和健康分类》中，被描述为对生活状态的参与^[1]。这包括但是不限于照顾他人、建立和维持人际关系、参与休闲娱乐活动、接受教育、工作等。各种慢性病带来的残疾使患者的生活质量、社会参与受到了不同程度的影响^[2]。对于各种原因导致的社会功能障碍，通过相应的作业治疗训练，从而改善社会功能，提高患者社会参与。本文简要回顾了临床常用的社会功能障碍的作业治疗技术，从而帮助患者重返社会。

独立生活技术

为了减少对他人的依赖，独立生活是社会功能障碍患者面临的挑战^[3]。生活技能是独立生活必需的基本技能^[4]。加拿大提出了一项向独立生活过渡计划（The Gage Transition to Independent Living Program, GTIL）。在该计划中，参与者与各种相关人员协助合作，制定独立生活的目标，开展各项技能培训，包括健康管理、膳食准备、交通服务、无障碍居住等^[5]。针对特殊人群，也开发出对应的干预措施。例如，在现实世界中生存和发展（Surviving and Thriving in the Real World, STRW）是一项帮助自闭症谱系障碍患者发展生活技能的干预措施^[6]。这项计划的主要核心领域如图 1 所示，这四项技能也是独立生活的基本技能。

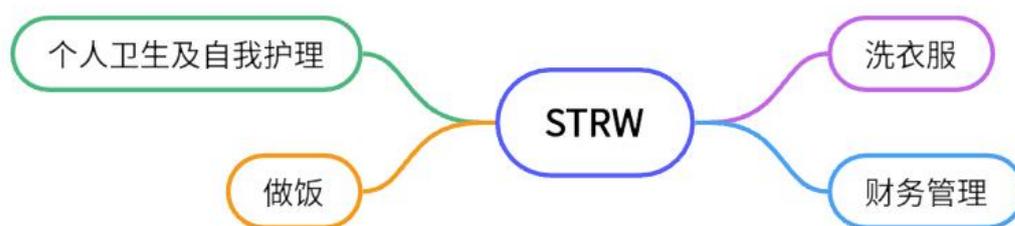


图 1 STRW 针对日常生活技能的四个核心领域

伤残适应技术

适应是使患者自身适应新的或者变化的环境^[7]。根据患者的情况，可采取两种应对的策略：同化应对，根据个人偏好积极调整发展和生活环境；调节应对，根据环境、情景调整个人的偏好和目标^[8, 9]。此外，基于 Ryff 的心理幸福认知模型^[10]发展出幸福疗法（Well-Being Therapy, WBT），帮助患者更加关注积极因素^[11, 12]。图 2 为在临床实践中设计的活动举例。我们为患者准备一个笔记本/手帐本/手帐记录 APP 等，告诉患者使用目的和使用方法，并要求患者每天记录。记录的内容可以是任何事情，并给这些事情打幸福感分值，并说明为什么觉得幸福。定期与患者讨论总结，引导患者多多关注幸福感分值高的事情。



图 2 伤残适应技术的活动举例

社交技巧训练技术

社交技巧训练（Social Skills Training, SST）是一种心理干预方法，其利用行为治疗的原则与方法，以改善患者的社交表现、互动及人际交往能力^[13, 14]。在训练过程中，可以通过示范、角色扮演、反馈强化等方法^[15]。图3展示了解决社交冲突的活动举例。为了解决在社交中遇到的冲突，我们先向患者展示社交冲突的情况以及示范解决方式。途径可以是但不限于电影、电视、他人示范。之后我们为患者写一个“半命题剧本”，给患者分配角色，并设置一个冲突场景，让患者根据学习的知识以及示范的内容进行“自由发挥”（在过程中，治疗师适当给予提示）。最后，大家总结反思自己的表现并一起讨论出最佳应对策略。在这个过程中重要的是治疗师要及时给出鼓励与纠正。

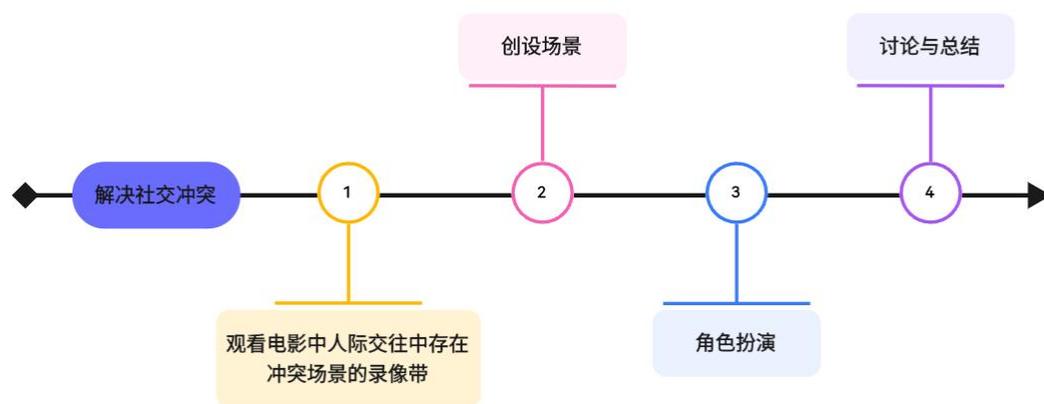


图3 社会冲突解决方案的活动举例

小结

各种疾病原因导致的社会功能障碍，严重影响了患者社会参与。通过各种相关的技术，包括独立生活技能、伤残适应技术、社交技巧训练技术等可以帮助患者更好地重返社会。

参考文献

- [1] ORGANIZATION W H. Towards a common language for functioning, disability, and health: ICF [J]. The international classification of functioning, disability and health, 2002.
- [2] SPRANGERS M A, DE REGT E B, ANDRIES F, et al. Which chronic conditions are associated with better or poorer quality of life? [J]. J Clin Epidemiol, 2000, 53(9): 895-907.
- [3] 李旭培, 单敬, 田宝. 智力残疾青少年生活技能训练 [J]. 中国康复理论与实践, 2008, (05): 416-8.
- [4] BROLIN D E. Life centered career education: A competency based approach [M]. ERIC, 1997.
- [5] GOETTL T, BUREN T, GRAHAM S, et al. Getting on with life: a qualitative evaluation of an independent living skills education program for people with physical disabilities [J]. Disabil Rehabil, 2020, 42(25): 3621-7.
- [6] DUNCAN A, LIDDLE M, STARK L J. Iterative Development of a Daily Living Skills Intervention for Adolescents with Autism Without an Intellectual Disability [J]. Clin Child Fam Psychol Rev, 2021, 24(4): 744-64.
- [7] MENZEL P, DOLAN P, RICHARDSON J, et al. The role of adaptation to disability and disease in health state valuation: a preliminary normative analysis [J]. Soc Sci Med, 2002, 55(12): 2149-58.
- [8] BRANDTSTADTER J, RENNER G. Tenacious goal pursuit and flexible goal adjustment: explication and age-related analysis of assimilative and accommodative strategies of coping [J]. Psychol Aging, 1990, 5(1): 58-67.
- [9] BOERNER K. Adaptation to disability among middle-aged and older adults: the role of assimilative and accommodative coping [J]. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci, 2004, 59(1): P35-42.
- [10] RYFF C D. Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being [J]. Journal of personality and social psychology, 1989, 57(6): 1069.
- [11] FAVA G A, RUINI C. Development and characteristics of a well-being enhancing psychotherapeutic strategy: well-being therapy [J]. J Behav Ther Exp Psychiatry, 2003, 34(1): 45-63.
- [12] NIERENBERG B, MAYERSOHN G, SERPA S, et al. Application of well-being therapy to people with disability and chronic illness [J]. Rehabil Psychol, 2016, 61(1): 32-43.
- [13] KOPELOWICZ A, LIBERMAN R P, ZARATE R. Recent advances in social skills training for schizophrenia [J]. Schizophr Bull, 2006, 32 Suppl 1: S12-23.
- [14] TURNER D T, MCGLANAGHY E, CUIJPERS P, et al. A Meta-Analysis of Social Skills Training and Related Interventions for Psychosis [J]. Schizophr Bull, 2018, 44(3): 475-91.
- [15] WALLACE C J, NELSON C J, LIBERMAN R P, et al. A review and critique of social skills training with schizophrenic patients [J]. Schizophr Bull, 1980, 6(1): 42-63.

日常生活中的快乐元素对病患的应用探讨

甘佳宁 郑州大学医科科学院

【摘要】：情绪能影响人的健康状态，积极情绪可以改善患者的病情，除了疾病本身，患者的情绪也应当受到足够的关注。本文对一些日常生活中可以改善情绪的元素进行总结，包括环境、陪伴、休闲活动和饮食四个方面，并对这些元素可能应用于患者的方法进行探讨。

【关键词】：情绪 日常生活

情绪是一种主观感受，包括正面情绪和负面情绪，与人的健康状态相关联，积极的情绪对疾病的发展有积极的影响，消极的情绪则会导致疾病的恶性结果⁽¹⁾。因此，快乐情绪可以改善患者的病情，让快乐围绕患者是必要的。然而，疾病会给人带来疲劳、疼痛等严重影响生活质量的症状，还会给患者带来恐惧，患病后患者的社会参与会减少，家庭角色也会随之改变，这些都会使患者产生巨大的心理压力，甚至出现抑郁情绪，对患者的健康进一步造成了危害⁽²⁻⁴⁾。

很多研究表明，快乐可以由日常生活中的各种因素产生，本文对如何巧妙

利用这些因素进行探讨，从而将快乐渗透到病人的日常生活中，使患者减轻抑郁情绪、增加幸福感。

1. 改善情绪的因素

1.1 环境改造

颜色心理学研究显示，颜色可以影响人的情绪，其中黄色、橙色等暖色会引起人们的积极情绪，蓝色、紫色等冷色则会引起人们的消极情绪⁽⁵⁾。将颜色刺激应用于医疗保健环境中，相较于冷色生活环境，由于橙色对人的愉快刺激，引发欢快、活泼的联想，患者会认为自身的健康状况得到改善⁽⁶⁾。然而大部分病房都是白色，不会对患者的心理健康

产生有利影响,可以将病房四周贴上暖色调壁纸,患者能够减少压力、提升幸福感。

对于环境的改造还可以从阳光着手,作为一个改善季节性情感抑郁的生活干预方式,晒太阳可以通过提高内啡肽的水平给人们带来欢乐的情绪,日照时间的增加可以减少心理问题的困扰^(7, 8),适当的日光照射对人们非常重要,因此,房屋内需要充足的光照,对于居家的患者可以专门设置阳光房,在阳光房内安置摇椅,供患者在特定时间享受日光浴。对于住院病患,光照环境不可改变时,需要家属协助患者在病房楼外空地晒太阳。另外,改善房屋条件,减少房屋周围的噪声和空气污染,房屋周围增加绿植等方法都可以减少人的抑郁情绪,这些方法应当在改造医疗环境时受到关注⁽⁹⁾。

1.2 提供陪伴

孤独使人们在社会关系网络中淡化,情感诉求无法得到预期的回应,从

而引发负性情绪。尤其对于病患来说,孤独感更容易产生,而家人的陪伴无疑是患者最需要的⁽¹⁰⁾,也是使患者远离孤独的最佳途径。家人的陪伴可以对患者进行情感支持,给患者带来安全感,显著改善患者的情绪。另外,为避免孤独、减少负性情绪的产生,可以组织患者之间进行交流并对此交流正面引导,从而满足患者的交流诉求,缓解患者对疾病的焦虑和恐惧⁽¹¹⁾。

除了与家属或其他患者进行交流,还可以让患者与宠物为伴。宠物可以给人提供积极的心理作用,减少负面情绪的产生⁽¹²⁾。病情稳定居于院外的患者可以选择喂养宠物,用宠物治愈疾病带来的负性情绪,减轻疾病带来的心理压力。对孤独感较强的患者,建议选择狗作为宠物,因为狗比其他动物更能给主人提供陪伴⁽¹³⁾。

1.3 组织休闲活动

音乐在多种疾病中被证实可以降低患者的焦虑和压抑情绪^(14, 15),建议患

者多听舒缓音乐,或者医院通过广播播放音乐,有条件的情况下可以在医院大厅进行钢琴演奏。另外,研究表明体育活动也可以减轻焦虑、提升幸福感⁽¹⁶⁾,将其与音乐结合,每天早晨组织患者伴随舒缓的音乐做体操或打太极等,给患者带来愉悦的同时,可以促进患者的健康。

园艺与成年人的自我价值感、快乐情绪相关,对人的情绪改善有明显作用,可以促进幸福感、增加生活满意度^(17, 18)。因此在院内或家里,建议患者种植盆栽,有条件的患者可以在花园里栽培果蔬,社区可以提供空地组织患者合作种植照料植物。患者进行园艺的时间可以控制在每周 1 至 2 小时⁽¹⁸⁾。

先前研究表明,患者接受视觉艺术治疗能有效地产生积极的情绪,减轻心灵上的痛苦和焦虑,增加生活中的乐趣^(19, 20)。医院或社区可以组织患者进行绘画、贴纸、粘土等视觉艺术活动,缓解患者的抑郁心情,为其生活增添回忆和

乐趣。

1.4 注重饮食

一日三餐是人们的基本生活需求,而食物可以给人提供满足感和愉悦感,对人的情绪产生影响。然而患者在夜晚可能由于病痛和心理压力难以入睡,睡眠不足会导致白天精神萎靡、昏昏欲睡,可能错过进餐时间。而研究表明早餐能影响人的心理健康,不吃早餐会导致负性情绪的增加,而每天吃饭的次数越多,人的幸福感越强烈^(21, 22)。患者家属需要监督患者的进食,尽力满足一日三餐,也可以进行少量的加餐,减少患者出现抑郁情绪的概率。

另外,提高患者积极情绪还可以将眼光聚焦于食物本身。水果蔬菜是公认的健康食品,而这些果蔬不仅可以补充人体所必需的维生素和矿物质,还能改善患者的心理健康,减轻心理压力^(22, 23)。治疗师可以对患者及患者家属进行健康宣教,督促患者增加水果蔬菜的摄入量。此外,在保证健康的前提下,可以

给患者提供他们爱吃的食物，满足患者的需求使患者感受到愉悦。

2. 小结

患者的情绪影响着患者的疾病进展和结果，其重要性不言而喻。而当今医学模式从生物医学模式转变为生物-心理-社会医学模式也说明了心理健康的重要性，仅关注患者的疾病是不够的，还要时刻关注病人的心理健康，做到更

人性化的治疗，照顾好患者的情绪，使患者在愉快的氛围中接受治疗。

日常生活中可以带给人快乐的元素多种多样，本文列举了一些可以实践的方法，尤其是一些低成本的方法可以随时应用于患者。除了本文列举的改善患者情绪的方法，日常生活中还有更多的可能利用的元素待大家思考和开发。

参考文献

1. Diener E, Pressman SD, Hunter J, Delgado-Gil D. If, Why, and When Subjective Well-Being Influences Health, and Future Needed Research. *Appl Psychol Health Well Being*. 2017;9(2):133-67.
2. 丁跃庆, 刘哲宁, 胡守兴. 脑外科疾病抑郁情绪的初步调查. *中国临床心理学杂志*. 2001;9(2):2.
3. 许加素, 李洪林, 谭力, 彭晓林. 基层医院心血管疾病住院患者抑郁焦虑情绪调查分析. *临床和实验医学杂志*. 2013;12(21):3.
4. 张天燕, 安波, 刘荣祯. 癌症患者抑郁情绪与社会支持的调查分析. *中国健康心理学杂志*. 2012;20(8):3.
5. Elliot AJ, Maier MA. Color Psychology: Effects of Perceiving Color on Psychological Functioning in Humans. In: Fiske ST, editor. *Annual Review of Psychology*, Vol 65. *Annual Review of Psychology*. 65. Palo Alto: Annual Reviews; 2014. p. 95-120.
6. Gomez-Vela P, Perez-Ruiz M, Hernandez Martin MF, Roman J, Larumbe-Zabala E. Acute effect of orange chromatic environment on perceived health status, pain, and vital signs during chemotherapy treatment. *Support Care Cancer*. 2020;28(5):2321-9.
7. Beecher ME, Eggett D, Erekson D, Rees LB, Bingham J, Klundt J, et al. Sunshine on my shoulders: Weather, pollution, and emotional distress. *J Affect Disord*. 2016;205:234-8.
8. Galima SV, Vogel SR, Kowalski AW. Seasonal Affective Disorder: Common Questions and Answers. *Am Fam Physician*. 2020;102(11):668-72.
9. Rautio N, Filatova S, Lehtiniemi H, Miettunen J. Living environment and its relationship to depressive mood: A systematic review. *Int J Soc Psychiatr*. 2018;64(1):92-103.
10. 刘爱琴, 骆惠玉, 王丁兰. 住院癌症患者陪伴需求的调查研究. *中华护理教育*. 2014(4):4.
11. 徐岚, 陈雪梅, 姜懿效, 邹雅琪, 周兰妹. 积极视角下住院患者间患际交流意义的质性研究. *解放军护理杂志* 年38卷3期 6-9, 80页 ISTIC PKU CSCD. 2021:上海市科学技术委员会优秀学术带头人计划项目.
12. McConnell AR, Brown CM, Shoda TM, Stayton LE, Martin CE. Friends With Benefits: On the Positive Consequences of Pet Ownership. *J Pers Soc Psychol*. 2011;101(6):1239-52.
13. Siegel JM. Stressful life events and use of physician services among the elderly: the moderating role of pet ownership. *J Pers Soc Psychol*. 1990;58(6):1081-6.
14. Gallagher LM, Lagman R, Rybicki L. Outcomes of Music Therapy Interventions on Symptom Management in Palliative Medicine Patients. *Am J Hosp Palliat Med*. 2018;35(2):250-7.
15. Raglio A, Attardo L, Gontero G, Rollino S, Groppo E, Granieri E. Effects of music and music therapy on mood in neurological patients. *World journal of psychiatry*. 2015;5(1):68-78.
16. Fox KR. The influence of physical activity on mental well-being. *Public Health Nutrition*. 1999;2(3A):411-8.
17. Shiue I. Gardening is beneficial for adult mental health: Scottish Health Survey, 2012-2013. *Scand J Occup Ther*. 2016;23(4):320-5.
18. Wang Z, Zhang Y, Lu S, Tan L, Guo W, Lown M, et al. Horticultural therapy for general health in the older adults: A systematic review and meta-analysis. *PLOS ONE*. 2022;17.
19. Im ML, Lee JI. Effects of art and music therapy on depression and cognitive function of the elderly. *Technol Health Care*. 2014;22(3):453-8.
20. 周子琴, 郭文惠. 视觉绘画艺术治疗与心理健康. 丝网印刷. 2022(12):3.
21. Lee SA, Park EC, Ju YJ, Lee TH, Han E, Kim TH. Breakfast consumption and depressive mood: A focus on socioeconomic status. *Appetite*. 2017;114:313-9.
22. Lesani A, Mohammadpoorasl A, Javadi M, Esfeh JM, Fakhari A. Eating breakfast, fruit and vegetable intake and their relation with happiness in college students. *Eat Weight Disord-Stud Anorex*. 2016;21(4):645-51.
23. Guzek D, Glabska D, Groele B, Gutkowska K. Fruit and Vegetable Dietary Patterns and Mental Health in Women: A Systematic Review. *Nutr Rev*. 2022;80(6):1357-70.

“疫起作业”

疫情期间福建医科大学《作业治疗学》课程在线教学实践与探索

林诚 王志灼

福建医科大学健康学院康复医学系

一、福建医科大学作业治疗学课程概览

福建医科大学康复治疗学专业设立于 2002 年，是全国首批、省内首家创办，面向全国招生的专业。作业治疗学作为康复治疗学的重要组成部分，旨在教授康复治疗师通过有意义的作业活动促进患者功能独立性的恢复，提高生活质量。基于此，福建医科大学于 2012 年开设《作业治疗学》课程，理论 36 学时，实训 28 学时，4 学分，以康复治疗学专业“十三五”规划教材《作业治疗学》为基础，通过理论和实训教学相结合，培养学生作业治疗学专业知识和技能。该门课程采用综合考核方式，对学生整个学习过程进行科学、客观的评定，包含形成性和总结性评价。形成性评价（40%）：小组讨论汇报（20%），社会服务（10%），课后讨论（5%），课后作业（5%）；总结性评价（60%）：期末理论考试（40%），技能考试（20%），综合考核学生的专业知识、专业技能和社会服务能力。

《作业治疗学》课程面向康复治疗学专业大三学生，学生个性鲜明、思维活跃，但实践少、服务意识弱，同时学习自律性较差。根据学生的特点，该课程以“预防—治疗—康养”为一体覆盖健康管理全过程的新医科理念为指导，践行医学教育目标从以疾病诊疗为中心转向健康指导，落实立德树人根本任务，创新“人才培养、社会服务和创新创业相结合”的教育理念。该门课程围绕以学生发展为中心，自 2014 年以来，通过带领学生走进社区，开展系列作业治疗志愿者服务

和科普宣传活动，让教学和社会实践相融合，提高学生的社会服务意识；2016年，将教学和创新创业相融合，提升学生的创新能力；2017年在前期的建设基础上，构建以“胜任力和创新力”为导向的 PEO 创新教学模式；2019年，按照教育部发布国家一流本科课程的建设标准，构建知识传授、能力培养、素养提升全方位的教学目标，以提高学生的岗位胜任力、创新力和社会服务意识，从而达到我校康复治疗学国家一流专业全方位、全周期保障人民健康的复合型康复卓越人才的培养目标。所构建的以“胜任力和创新力”为导向的 PEO 创新实践教学模式，2020年获中国康复医学会教学成果奖，2021年《作业治疗学》课程获福建省线下一流本科课程。

二、疫情期间作业治疗学课程教学情况

因突发新冠肺炎疫情，根据学校发布的“停课不停课、开展在线教学”的通知，健康学院康复医学系教师利用微信群、ZOOM 等软件开展了《作业治疗学》课程在线直播教学。

为了保障线上教学的质量，康复医学系教师在课前通过 ZOOM 软件开展远程在线集体备课，对教学内容和在线教学的形式进行交流（图 1）；与学生开展软件调试，确保每个同学能够顺利使用软件（图 2）；通过微信群通知课程上课通知和课前准备内容，为开展好在线直播课程做好准备工作（图 3）。

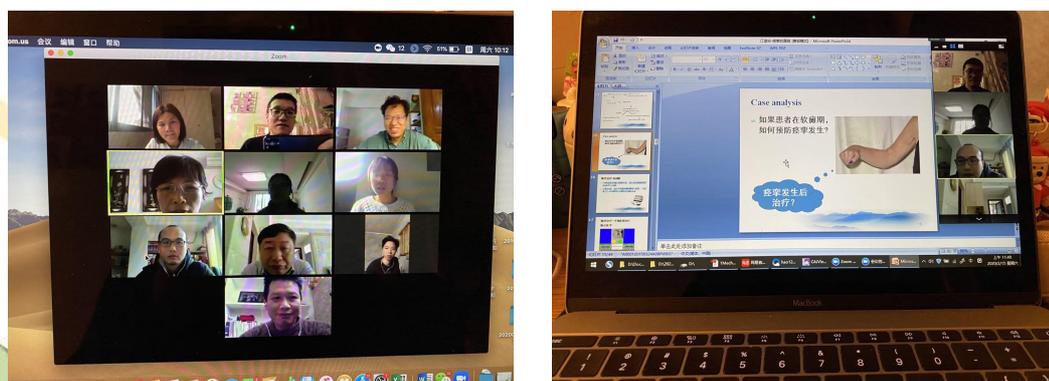


图 1 远程在线集体备课情况

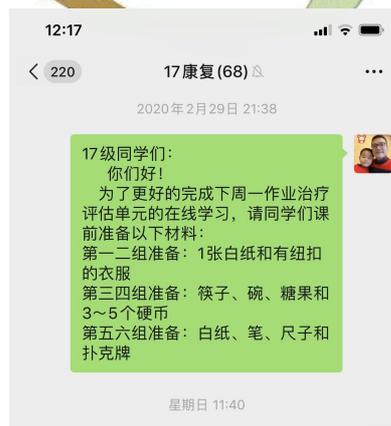


图 2 课前与学生进行软件调试情况

图 3 课前微信群进行上课准备通知情况

在课前系列保障工作完备的情况下，我系作业治疗学授课教师林诚通过 ZOOM 软件开展在线直播教学，同时在授课过程中开展在线提问、讨论等互动交流学习，确保在线教学质量（图 4）。同时，为了丰富在线教学内容，激发学生在线参与度，我们就作业活动分析教学模块设计了教师与学生在家中一同包饺子的活动，并进行直播共享各自的劳动成果（图 5）。该项活动旨在让学生亲身参与到包饺子的作业活动中，感受并知晓包饺子作业活动的步骤和注意事项，从而能更好地完成包饺子这一作业活动的分析报告，真正落实以实践指导教学的课程目标。在作业治疗实训教学模块，我们充分发挥学生在家中的各种便利条件，让学生在家中练习床上转移、穿脱衣服、上下楼梯等作业活动训练（图 6）。教师通过与学生进行直播共享，实现对学生练习中存在的问题以及需要注意的事项进行实时指导，达到在线实训教学与线下实训教学具有同样的效果。



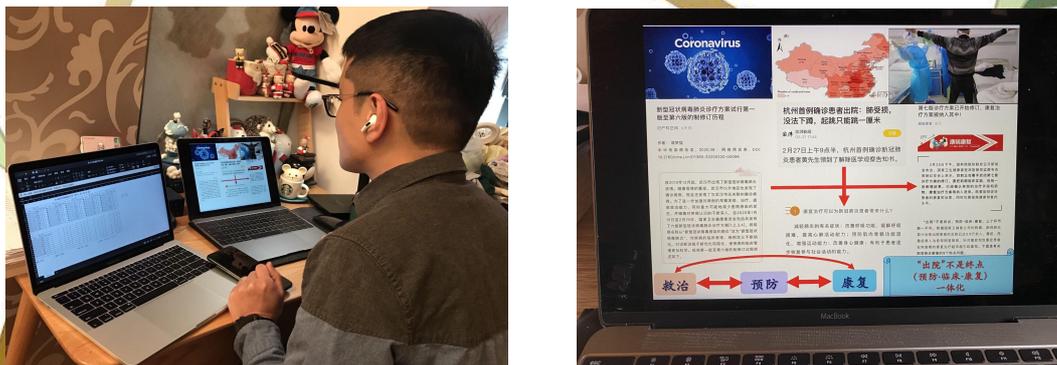


图 4 在线教学开展情况



图 5 教师与学生一同进行包饺子作业活动情况



图 6 在线作业治疗实训教学情况

为了保证学生在线学习的效果，授课教师在课后通过作业治疗学课程中心平台布置作业，批改作业（图7）；同时借助微信群开展课后交流，以进一步促进学生掌握知识点，提高教学质量。



图7 作业治疗学课程中心平台作业发布及批阅情况

三、疫情期间作业治疗学课程学生在线学习感悟

虽然现在因为疫情在家上直播课不如在学校学习方便，但是我觉得老师一直都很尽责，在课堂上经常询问我们有没有听懂，很照顾我们，所以上课的效率也没有下降。

虽然是网上上课，但是老师讲解的非常详细，与学生的互动以及在时间的把握上都非常好，感觉和在学校上课没有什么区别。在作业治疗学课上，老师讲的很有激情，内容由浅入深，通俗易懂，也比较幽默风趣。虽然由于上网课的原因，自己有时会集中不了注意力，但是也在适应这一过程中。

老师上课时能很好地将新知识点与以前学过的知识点相融合，并进行适当的复习，有助于巩固和运用以前学过的知识。老师很注重教学质量，教学过程中经常与学生进行互动，了解学生对相关内容的掌握情况。

老师每次都很用心地进行备课和 PPT 课件的制作，上课前都会进行调试以确保学生能看到课件及听到老师的声音，很认真地上好每一节课，教学很有逻辑性，有助于学生从整体上把握教学内容以及形成一定的框架。教学时，老师能很好地结合案例引导学生思考以及进行讲解，有助于学生更好地理解 and 掌握相关内容。

四、疫情期间作业治疗学课程教师在线教学感悟

因突发疫情，无法返校开学，学系老师在家防控疫情时努力学习和测试各种教学软件使用方法，从而顺利地通过 ZOOM 软件、微信群和 MOOC 平台等方式开展了多元化的在线直播教学，完成现阶段的教学任务，教学效果良好，受到学生们的肯定，但在线网络教学会受到网速和计算机硬件等因素的影响，会出现播放教学视频的卡顿和计算机运行卡顿的现象，这是网络教学的通病，老师和同学们都会克服各种困难，继续开展好在线教学，直到疫情结束重返校园。

2022 年 12 月

无锡市中心康复医院作业治疗模式介绍

卞立 无锡市中心康复医院

作业治疗（occupational therapy, OT）是以康复对象为中心，通过有选择的作业活动或适当的环境干预来改善康复对象的躯体、心理和社会功能，促进活动和参与，提高生活质量的康复医学专业。其中作业活动是指人们想要做、需要做或被期望做的、有目的的、为生命带来意义和价值的活动。2018年一项针对我国内地作业治疗人员从业现状的调查与分析显示，目前我国作业治疗从业人员相对短缺，而大多数作业治疗师主要从事神经系统疾病的作业治疗，另外全国仅有6.47%的作业治疗师从事精神心理康复方向。无锡市精神卫生中心在精神康复的作业治疗方面有着丰富的经验和积累，无锡市中心康复医院孵化于无锡市精神卫生中心，作业治疗工作开展得以借鉴，进而形成了自己的治疗模式。因为篇幅有限，下面将仅对我院作业治疗模式进行简单的介绍。

无锡市中心康复医院（以下简称我院）作业治疗组主要依据作业治疗中常用的PEO模式，探索依据个人因素、环境因素和作业活动三者之间的动态关系，尝试不同的治疗方法，力求从PEO三大模块为患者提供全维度的作业治疗，提升患者功能、能力和生活质量，增加生活幸福感。

1.治疗区域划分 我们将作业治疗室从功能上进行了区域划分。

①**上肢及手功能训练室** 针对患者个人因素造成的功能减退或缺失进行一对一治疗；

②**作业活动室** 主要进行指导性作业活动，包括一切基于活动分析的桌面活动和仪器治疗；

③**ADL 训练室** 配有起居室、卫生间、洗漱台、淋浴房和模拟厨房，通过对环境的调整来实现患者居家生活的训练，包括自理活动和认知功能训练。

功能区域划分的目的一是便于患者进入规范化的流程并接受适宜的治疗；二是更容易将功能相近的患者组织在一起开展小组治疗；此外，根据作业治疗师的特长和兴趣进行轮转或定岗，可以满足治疗师本身“一专多能”的职业需求。

2.病程管理 根据患者入院时间和病程给予不同的治疗策略。

①**患者刚入院或者病程在 1 个月以内** 着重于上肢功能训练，辅以指导性作业活动和 BADL 训练（即功能层面）；

②**病程在 2-3 个月** 侧重于指导性作业活动和 BADL 训练，辅以上肢功能训练和辅助器具的使用（即活动层面）；

③**病程 > 3 个月** 侧重于 IADL 训练、环境适应性训练、职业能力训练等，辅以上肢功能训练和辅助器具的使用（即参与层面）。

3.治疗策略

3.1 上肢及手功能训练

使用神经促通技术，如 Bobath、Rood 等，运动再学习技术，PNF 技术，筋膜技术，肌内效贴技术、淋巴引流技术、感觉再训练和脱敏技术等对上肢功能进行反复训练。使用经颅磁治疗、经颅电治疗、肌电生物反馈、功能性电刺激、镜像治疗等设备进行早期干预，主要改善患者的运动功能和感觉功能。

3.2 指导性作业活动

治疗师会根据患者需求，结合个人的社会角色、兴趣爱好、价值观等来选择和设计适宜的作业活动。在作业活动的难度控制上，遵循患者在治疗过程中有愉悦感和治疗后有成就感的原则。例如，针对一个平常喜欢下棋的患者，他的目标是能拿起筷子自己吃饭。那么我们在设计作业活动时便可以结合下棋来进行手的精细训练，通过改变棋盘的高度、远近、大小，棋子的形状、质量、大小等因素来调整难易程度，并结合一些如镊子、筷子等工具进行夹取棋子的活动，再转移到筷子的使用的训练中，最终达到独立进食的目的。整个训练过程中康复对象应该是愉悦的，治疗师应该及时反馈患者的进步使其产生自我效能，更加积极主动地参与治疗。值得一提的是，在训练中作业治疗师无论是按照“由上至下”还是“由下至上”的方式，都非常考验一个治疗师作业分析的能力，找到患者的最近康复区，帮助患者设定具体、可衡量的目标和适宜的训练计划。除了设计的活动方案以外，利用上肢机器人、虚拟情景治疗、Valpar 训练系统、多感官刺激技术、小组治疗等综合技术，最大限度地快速提升患者的生活能力。



图一 结对练习

“最近康复区”借鉴于心理学家维果斯基的最近发展区（Zone of Proximal Development）理论。该理论认为学生的发展有两种水平：一种是现有的独立活动时所能达到的解决问题的水平；另一种是通过教学所获得的潜力，两者之间的差异就是最近发展区。这部分即潜能，是需要治疗师通过自己的经验、技术和能力

来帮助患者提升的部分。

3.3 出院前准备训练（参与层面）

包括 IADL 的评估与治疗，辅助器具和矫形器的配备、外出适应性训练、家居环境评估与改造建议、职业技能培训等。在条件允许的情况下会带患者外出购物、乘坐公共交通工具、进出商场等适应性训练，为患者从医院回归到家庭的平稳过渡提供保障。



图二 职业技能训练

随着经颅磁治疗和经颅电治疗等非侵入式治疗技术的快速发展，越来越多人关注这些技术在改善上肢运动功能方面的作用，我院也在做相关方向的研究。近来也有很多研究通过脑功能成像技术来观察不同作业活动对于脑区的激活情况，从而给临床治疗带来一些循证依据。

4. 特色治疗

团体治疗

团体治疗可以充分调动患者的主观能动性，使其积极投入到活动中并引导治疗师进行延伸思考和活动反思。这种具有目标导向性、挑战性和趣味性的训练方法，增加了对患者脑部的多元化刺激，因而可能会产生更好的临床效果。我院作业治疗组在护理中应用成熟的 Orem 自理模式下，根据改良 Barthel 指数（Modified Barthel Index, MBI）评分把团体治疗细分为三大系统，即改良 Barthel 指数低于 40 分为完全补偿系统，40-60 分为部分补偿系统，大于 60 为辅助-教育系统，按照团体动力学的七步步骤进行训练，取得了良好的训练效果。

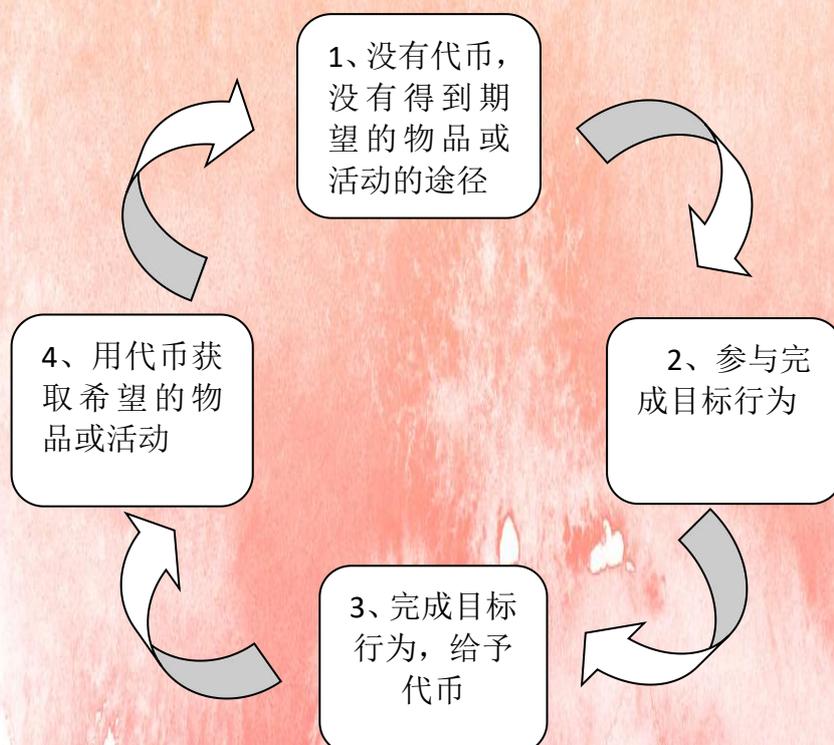


图三 团体月活动

代币治疗

也称标记奖励法 (Token economy)，主要是通过标记奖励机制来强化病人积极行为的一种方式，它是为矫正行为而设计的，给予客户有一定条件限制的强化物代币系统的最终目标是强化良好的行为表现，减少不良行为。我院作业治疗组每年都会根据不同的节日组织大的团体活动，每月活动，以及按需开展的小组治疗，会根据患者表现奖励不同面额的代币，用来兑换礼品或者在购物街上使用。

表 1 代币治疗的基本周期



生态步行带

我们在治疗室模拟了一条适应患者不同能力的步行训练带，并将步行训练简单地划分为四级：一级为站立平衡训练，主要利用 E-link 平衡训练系统进行训练；二级为平衡杠内步行带训练，包括模拟草坪和石子路；三级为上下台阶和斜坡训练；四级为户外花园步行训练。



一级 E-link 平衡训练

二级 模拟草坪和石子路

三级 台阶和斜坡

图四 生态步行训练带

园艺治疗

园艺治疗作为一种辅助性的治疗方式，是很容易开展也很容易被患者接受的治疗途径。通过对植物的欣赏、辨别、种植、浇水、施肥、绘制花盆等活动不仅可以训练到平衡功能、协调能力、上肢及手功能、精细功能，还可以促进心理达到缓解焦虑和抑郁情绪、舒缓压力的目的。鉴于我院治疗区域以外有不同造景的小花园，我们也将园艺治疗拓展到游园、粘贴树叶画、摄影等户外活动和室内活动结合的形式。



图五 园艺治疗--种植、绘制花盆、花盆成品

茶艺治疗

功夫茶可以修身养性，做茶和品茶的过程又可以促进人际交往，把这种中国传统的交际方式引入治疗的目的，也是让患者从个人认知上去标签化，将自己定位为一个正常的个体而参与社会。



图六 茶艺治疗

感觉统合训练

或称为多感官刺激技术，通常我们会以环境布置、色彩搭配、香氛治疗、音乐干预等途径来实现对患者的多感官刺激。另外，我们也制定了针对老年人下肢和步行功能的感统四级训练方案，进行系统和进阶式的训练。



图七 音乐干预治疗

5. 康复质控

我院作业治疗组通过沉浸式查房和对实习生的培训管理等方面完善治疗的每一个环节，实现作业治疗的疗效保证。

5.1. 沉浸式查房 将传统的上级治疗师查房从治疗室回归到病房，在患者生活的真实情境下进行评估和指导，这样才能切实地将治疗室训练的成果转移到实际生活活动中，促进能力的提升和 24 小时康复的实现。这样也可以避免患者在训练的时候会回到病房就不会的尴尬，实现训练有结果。



图八 沉浸式查房

5.2 三维立体带教模式 我院的作业治疗实习分为两大块，一是常见疾病的作业治疗，二是精神疾病的作业治疗。学生的培训内容包括理论授课、操作演示和个案管理，其中个案管理要求学生可以独立完成个案的接诊、评估、治疗全过程，培养学生独立思考和建立临床思维模式。实习开始前有入组的理论考核，结束前会安排操作考核，另外要求学生以小组形式提交出组创意作品，并定期开展实习生的创新创意大赛，从理论、操作、创意三维立体的全方位提升实习生的综合素质和核心竞争力。



图九 实习生出组作品

作业治疗的对象也并不仅仅是一些传统意义上的患者，还包括患者的家属以及社区人员等，因为作业治疗并不仅仅是为了让患者提高身体功能，最重要的是帮助患者提高生活质量，重新回归家庭与社会。这就需要作业治疗师与患者及其家属以及相关人员的共同努力。为此，我们特意开办了一些康复知识学习班，包括入院宣教小组、体位摆放小组、牵伸小组、手工艺小组等，不仅提升照料人员的护理能力，同时兼顾他们的心理健康，丰富他们的在院生活，缓解其焦虑情绪。未来我们期待可以增加心理驿站、家属分享会、瑜伽小组等团体活动，关注患者进步的同时关注照料者的身心健康，让家属或护理人员成为助力，为实现患者目标共同努力。

以上就我院作业治疗的开展情况做了简单介绍，我院作业治疗服务模式目前

仍然存在一些局限性。我们在适应科室发展要求的同时，也在及时调整治疗模式以适应当下社会情境，还有很多做得不够完善和亟待解决的问题：一、我们的团体治疗还处在探索阶段，需要进一步的研究和完善；二、治疗人员数量、专业性和专业能力还有待进一步提高，特别是作业分析和活动设计方面，需要专业的培训和指导；三、我院目前并没有开设专业的辅助器具与矫形器制作、压力治疗、职业治疗等专业特色鲜明的治疗项目。

最后，作业治疗可以有更多尝试，比如在社区康复、居家康复、儿童专注力训练、老年失能方面做出贡献。

参考文献

- [1] 闫彦宁,杨永红,芦剑峰,李奎成,胡军,刘璇,林国徽,陈少贞,胡岱.我国内地作业治疗人员从业现状的调查与分析[J].中国康复医学杂志,2018,33(07):833-836.
- [2] Strong S, Rigby P, Stewart D et al. Application of the Person-Environment-Occupation Model: a practical tool.[J]. Can J Occup Ther, 1999, 66: 122-33.
- [3] 游菲,王鹏,马朝阳,等.团体模式康复训练对脑卒中偏瘫患者上肢功能和手功能的影响[J].中华物理医学与康复杂志,2015,37(8):593-596.
- [4] 张丽, 刘晓丹, 薛焱,等. 团体认知行为的作业训练对脑卒中后认知障碍的效果[J]. 中国康复理论与实践, 2019, 025(009):1070-1074.
- [5] Banningh J W , Roelofs S , Vernooij-Dassen M , et al. Long-term effects of group therapy for patients with mild cognitive impairment and their significant others: A 6- to 8-month follow-up study[J]. Dementia, 2013, 12(1):81-91.
- [6] 林秀瑶,许云辉,孔东燕,等.脑卒中患者团体心理治疗的成本-效果分析[J].中国康复医学杂志, 2015,30(4):74-77.
- [7] 卞立,董万利,张丽,鲍丹.Orem 部分补偿的团体作业治疗在脑卒中上肢运动障碍患者中的应用[J].中国康复,2022,37(03):136-139.
- [8] 卡尔, 谢泼德, 王宁华,等. 脑卒中康复:优化运动技巧的练习与训练指南[M]. 北京大学医学出版社, 2007: 20-24.

医院简介

无锡市中心康复医院（原名称为无锡市同仁康复医院）系无锡市编办、江苏省卫生健康委员会批准设置的公益性事业单位，隶属无锡市卫生健康委员会，是集临床、教学、科研、预防、保健、康复为一体的全国首批三级康复医院。开放床位 350 张，建筑面积 28000 平方米，目前医院设有神经康复科、骨与关节康复科、老年康复科、心肺康复科、康复治疗科、康复心理科等康复专科，有博士 9 人，硕士 40 余人，康复治疗师 60 余名。主要提供脑卒中、脊髓损伤、周围神经损伤、骨折、运动损伤、手外伤、关节及软组织损伤、烧伤等常见康复病种的全面康复诊疗。康复治疗科设有物理治疗（PT）室、作业治疗（OT）室、言语治疗（ST）室、水疗室、音乐治疗室、职业康复室、传统康复室、心理治疗室等 20 个功能治疗室。目前已开设治疗师相关门诊，包括运动损伤门诊、肌骨疼痛门诊、脊柱侧弯专科门诊和手功能康复门诊。

从业这 10+ 年，关于作业治疗

徐睿 中南大学湘雅二医院

感谢主编，我很荣幸接到约稿。截至今年，我已经从事作业治疗十一年了，想跟大家分享一些关于康复、关于作业的感悟和心得：

首先，从实习生带教方面来说。带教是临床工作中很重要的一个部分。作为带教老师，我们是带领实习生开启他们事业的导师。我入行的时候，可能还没有现在的实习生懂得多。“康复”“运动疗法”当时对我来说都是全新的词汇，需要通过“百度”才能了解，就更谈不上“作业治疗”了。我的同班同学还有人认为“康复”是一个营养学、中医学或者心理学的分支学科，从而选择康复。记得 2010 年结束实习时，张长杰主任问我对于康复有什么想法。当时，我觉得对于神经损伤的患者，特别是脊髓损伤患者，很多时候我们能帮助他们恢复的肢体功能有限。张主任听后，觉得作业治疗应该可以给我答案。从那以后，我便开启了作业治疗的旅程。我能踏入作业治疗，张主任是我的引路人。因此，我也希望能够帮助很多实习生找到自己的方向。我通过在中国康复研究中心的学习、香港复康会的合作项目，发现越来越多无能为力的事情，在康复后开始变得有希望。很多事情不是做不到，而是想不到。例如，颈髓损伤患者可以用 C 型勺进食；坡度比例在 1/12-1/15 之间会更容易使用手动轮椅；门向内开会危险情况下患者逃生更有帮助；水沟盖板格栅间隙的大小有可能阻碍患者出行等等。我发现作业治疗师的角色远比想象的更丰富，作业治疗的内容和形式也远比知道的更丰富。很多刚踏入作业治疗的学生或者进修生，对于作业治疗会有很多疑惑。例如作业治疗是上肢 PT 吗？是只做精细功能吗？这是一个很老的问题，也是很多人讨论过的问题。

随着大家对于 PT、OT、ST、P&O 的深入了解，越来越多的人不再去讨论这些了，这是因为大家对于自己行业的认识越来越清晰。自己知道自己在做什么，就不需要过多的解释，也不需要过分地在意他人的想法。所以如果你想知道这个问题的答案，应该更深入地了解作业治疗，专心研究它，自然也就有了解释。至于与其他学科的交叉是存在的，但是每个学科的关注点会不一样。就像一位 OT 和一位 PT 都训练患者翻身起坐一样，看起来训练内容一样，但是两位治疗师的重点是不同的。OT 和 ST 都训练认知，但他们的关注点也不同。

对于临床工作而言，我们也会遇到很多问题，时间长了可能会自我怀疑：我这样做到底能帮助到患者多少？作业治疗让生活更美好！但是患者的生活质量也没有好到和以前一样啊，那么提高生活质量从何说起？很多人认为治疗师提高了患者的生活质量，就觉得患者的生活质量要恢复到与从前一样，不然就是生活质量下降，没有提高。可是你要知道患者从患病开始生活质量就已经下降了，功能障碍以后生活质量更差。而治疗师的介入，才让本来生活质量差的患者提高了生活质量，是在差的基础上变好了。如果这样，可能会有人说：既然不能恢复患者原有的生活质量，作业治疗（或者康复治疗）的意义何在？虽然作业（或者康复）还不能够帮助患者完全恢复到以前一模一样的生活质量，但是相信随着康复治疗团队的努力、科技的进步、方法的改进、环境的友好、政策的支持等等，患者的生活质量会越来越高。医学不就是为了避免患病和死亡而诞生的吗？但医学也没有根本解决这两个问题。不过正是医学的努力，才能避免不少疾病的发生，才能帮助人们延长寿命。我们应该用发展的眼光看待医学和康复。临床上，很多人还不能接受 ADL 训练，认为肢体恢复，ADL 就自然恢复了，不需要训练。不管肢体能否恢复，ADL 训练都是必要的。因为肢体的恢复只是一方面，患者需要面对的

是生活事件，肢体只是生活事件中的一小部分。患者还需要处理心理、情感、思维、感觉、肢体、环境、关系等一系列复杂的元素，并进行综合分析、判断，最后做出合适的行为。患者处理 ADL 时，你可以看到很多方面的问题。患者处理 ADL 时，需要调动他很多方面的能力综合判断和处理，是一个中枢外周、外周中枢不断互动的过程。所以肢体恢复可以帮助 ADL，ADL 训练也可以帮助肢体恢复。怎样才能帮助患者独立处理好这些内容，这是需要作业治疗师帮助的，所以一位好的作业治疗师需要知道的东西很多。我记得一个有意思的案例：一位喝汤时有呛咳的患者，他的照顾者觉得他吞咽有问题，经过一段时间作业治疗以后，患者自己拿碗喝汤，呛咳问题就没有出现了。这是因为照顾者一直认为在患者瘫痪后，需要喂食，没有让患者独立进食，而照顾者性子急，喂食会比较快，患者跟不上喂食者的速度，导致呛咳。患者对于不能掌控的环境，没有办法调适自己行为的时候，就会出现本不应该出现的障碍。重新建立患者 ADL 的模式，让患者独立完成 ADL 是很重要的。作业治疗是带给患者希望的治疗，患者功能障碍以后如同生活被黑暗笼罩，而作业治疗是黑暗中的微光，虽然不能照亮整片天空，但是只要微光在，黑夜总能过去。如果有更多的微光加入，那么黎明就不再遥远。希望你我都能成为患者的微光，照亮他的生活！

对于科普宣传，这是我一直热衷的事情。好的宣传可以让更多的人知道作业。让患者知道自己是否有作业需求，有作业需求可以找谁。科普宣传也可以让治疗师知道在专业方面自己了解多少，不了解多少。对于科普宣传，大家不要害怕暴露自己的问题，只有看到问题，才能发展得更好。作业治疗师是最有创新意识，也是最善“变”的，它永远随着这个时代在变化。作业的宣传也有赖于全国热爱作业的人。好在每年 10 月 27 日是世界作业治疗日，都会有很多科普活动。

对于我自己而言，很高兴能加入这个行业，PEO 模式可以让我多元化地分析问题，不再抓着“人”不放，多考虑一些其他因素，你的格局一下子就打开了。环境干预会不会让“人”的事情变得更简单？作业治疗的内核也会让我在做事的时候更多地去考虑整体结果或者最终需要达成的目的，而不会紧盯着原有的计划路径。这也会让我在处理事情的时候思路更多。作业治疗让我越来越知道自己想要什么，怎么样去做。独立地思考，不跟风，不念过去，不惧未来，享受当下。如果你现在很迷茫、感到孤独、没有兴趣、找不到意义，作业治疗了解一下，它也许是你的微光，可以燃启你的天空。

徐睿

2022年12月15日 长沙

中华 OT 电子期刊编辑委员会

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 潍坊医学院

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 郑州大学康复医院

本期责任主编：朱毅



香港职业治疗学院

HONG KONG INSTITUTE OF OCCUPATIONAL THERAPY

地址：香港特别行政区，香港新界大埔全安路 9 号大埔医院职业治疗部

电邮：HKIOT@HKIOT.ORG

网站：[HTTP://WWW.HKIOT.ORG](http://www.hkiot.org)