

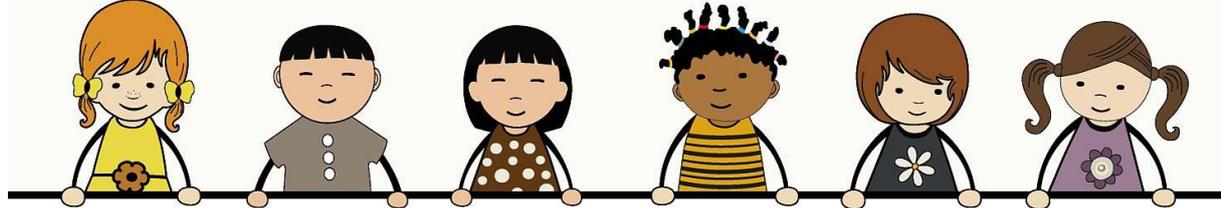
祝賀“2022年作業治療學術年會順利舉行”！

2022年12月號

## 中華 OT 電子季刊

The Chinese OT e-Newsletter





## 快樂靈動生命

生命需要驅動力，這個驅動力就是快樂。快樂是樸實的，人人都可以享有非常簡單的它。快樂有著共同的屬性就是被理解和被尊重。快樂又有著充分的個性，在每個人身上都有著自己獨特的興趣、愛好，從事這些作業活動的時候，你就可以感受到別人無法體驗到的樂趣。因此，我們可以看到制壺師雕琢紫砂的專注；我們可以看到書畫家潑墨竹帛丹青的暢快；我們可以看到杭州西泠客揮刀金石的豪情；這些都是快樂側影。“獨樂”與“眾樂”是並行的，與摯友相談甚歡，與家人圍爐相望，快樂如同噴灑在空氣中的香氛讓眾人沉醉。

作為作業治療師，尤為重視客戶在康復活動時是否具有足夠的內驅力。這種內驅力是持續且專注地主動參與康復實踐的重要原動力。根據患者的愛好、職業、社會角色、未來的人生規劃所設定的康復內容是可以最大限度地激發患者興致去參與到治療中。與個人活動相比，小組間活動也是趣味紛繁，相互間的切磋交流，就共同的問題來交換各自的經驗。

過去的3年可謂是比較艱苦的歲月，一場突如其來的疫情擾亂了所有人的心緒。在面對健康挑戰的同時，民眾因疫情催生的相關社會困難而焦慮不安。人亦有言，進退維谷。難以抉擇的惑，挑起生活的困，成為不少人心間重石。如何解放自己，遠離患得患失？或許尋找快樂元素亦是群體身心健康的解決之策。

快樂看似是描述情緒一詞，實則是靈動生命的巨大力量。

我們在此時推出季刊當然有我們的想法，希望大家抖擻精神，快樂出發。

感謝本期所有作者，感謝鼎力相助本季季刊完成的張瑞昆教授、黃錦文教授、楊永紅教授。

本期執行編輯：朱毅

# 目錄

## OT 與疫情

- 生活重整於疫情中的實踐 / 何靜雯…………… 3
- 作業治療在新冠疫情下的角色與功能 / 張自強…………… 9
- 作為一名精神科作業治療師對 COVID-19 疫情的一些思考 / 董怡悅…………… 17
- 輕型新型冠狀病毒住院患者作業治療的初步經驗：案例彙報 / 唐禎…………… 23

## 醫院環境

- 醫院環境內的藝術，不止於藝術 / 柯曉敏，李嫻，喻璽，朱曉文，王於領 …… 29
- 醫院環境內的氛圍感，如何影響療愈？ / 朱曉文，喻璽，柯曉敏，李嫻…………… 39

## OT 與心理健康

- 燒傷後創傷後應激障礙的管理 / 王愛琳，劉婧，邱佳盈，董怡悅…………… 52
- 作業治療與自閉症心理健康 / 胡岱…………… 57

## 臨床應用

- 基於 SOAP 格式的作業治療記錄臨床實踐 / 李鑫…………… 63
- 作業治療在腫瘤康復的應用 / 賴西癸…………… 74
- 作業治療助力重返社會 / 李聰慧…………… 80
- 日常生活中的快樂元素對病患的應用探討 / 甘佳寧…………… 84

## OT 的教學與開展

- “疫起作業”——疫情期間福建醫科大學《作業治療學》課程線上教學實踐與探索  
/ 林誠，王志灼… 89
- 無錫市中心康復醫院作業治療模式介紹 / 卞立…………… 95

## 體會

- 從業這 10+年，關於作業治療 / 徐睿…………… 107

# 生活重整於疫情中的實踐

何靜雯博士 香港大埔醫院 職業治療師

2019 年疫情發展以來，大家的生活受到不同程度的影響。久而久之，我們都慢慢改變了固有的生活習慣，例如，衛生習慣、飲食健康、運動、上課學習，工作及社交生活。生活模式的轉變會對部分人帶來適應困難、焦慮和困擾。世界各地亦有研究指出疫情與情緒、睡眠、生活品質的影響。有研究指出，香港大約有 19% 的市民有抑鬱症狀，亦有 14% 的人有焦慮症狀。在 500 個參與者中有 25% 表示他們的精神健康有下滑的跡象。因此，為面對未知的挑戰，能有效地調息生活節奏以達至身心健康是重要的課題。

為減低傳播風險，精神科的醫療服務在疫情期間亦有所改變。網上治療及診症方法因而急速發展。我們一班職業治療師明白平衡生活對身心健康的重要性，所以設計了「愛。生活」2.0 網上學習平臺，包括 28 天的網上學習短片、自學練習和生活故事分享。讓有需要的人可跟從建議課程，在家中亦可以一步一步重整生活，積極面對疫情保持身心健康。



重整生活課程主要分四個重點：一、認識生活平衡及生活角色的重要性；二、疫情中的減壓小活動；三、疫情中的正向心態；四、持之以恆建立有意義的生活模式。

## 一、認識生活平衡及生活角色的重要性

### 生活平衡：

首先，我們根據職業治療對生活活動（occupation）的定義將生活作息分為八部分，包括：自我照顧、家務、休息與睡眠、工作、學習、娛樂、興趣及社交活動。我們的生活往往都由這八類活動組成，如要達至平衡的生活應注意三大重點。第一，能夠根據自己的生活角色，喜好及能力參與不同類型的生活活動。例如在職人士亦需注意休息與自我照顧；退休人士可多培養興趣及社交活動，以免生活活動過於單一、欠缺平衡。第二，能根據生活角色安排合適的時間參與各類生活活動；例如好好安排平日與假期的活動。第三，保持生活活動類型的多元化，例如動態及靜態的活動，亦包括個人同群體的活動。

### 生活角色：

生活角色一般會根據我們的年齡和能力去擔當生活上不同的角色。而生活角色大約可分為十種，包括：家人、朋友、伴侶、自我照顧者、照顧者、家務照料者、義工、學生、在職人士、團體參與者，及業餘愛好者或興趣參與者。當我們選擇重整生活的活動時，可以從我們的生活角色入手，這樣就更容易因應角色及時間去改變生活模式。

### 建立目標：

清晰的目標在生活重整的過程中非常重要。我們可以用 SMART 的原則作協助。而 SMART 裏面的每一個字母都代表了我們訂立目標時的每一個原則。首先是 S 是 Specific，代表目標是要具體的。M 是 Measurable，代表目標是可以量度的。A 是 Achievable，指目標是可以達成的。R 是 Realistic，代表目標是可以實行的。而最後是 T 代表 Time 即目標是有時限性和時間性的。我們可以嘗試從訂立短期目標開始。目標例子：每天晚上做 10 分鐘的靜觀活動，以保持心理健康。然後用手機或筆記簿做記錄。一星期後再翻閱自己是否能達成以上目標。如果未能達到以上目標再考慮是否與生活角色、能力及喜好有關，因而需要調整目標。若能達到以上目標，我們可以一步一步將目標拓展，覆蓋更多的生活範疇。

## 二、疫情中的減壓小活動

### 壓力的影響：

疫情中，我們會面對不同壓力，如未能處理適當會影響健康及情緒。壓力的產生主要來自對自己的期望、對別人或社會的期望、自身的不愉快、經歷和環境的轉變。壓力能影



響我們的情緒包括焦慮、不安、慌張、發怒及悶悶不樂等。另外還會有思想反應包括不能集中精神、記憶力衰退及消極等。最後可能還會有行為反應包括逃避、失眠、暴飲暴食、食欲不振、抽煙飲酒等。雖然壓力會帶來負面作用但適量的壓力是成功的推動力，能令我們做事更有效率，亦可以激發我們的潛能，令我們進步。日常生活中難免會有壓力，我們要相信有壓力未必是一件壞事，最重要的是怎樣面對壓力，令我們在壓力之下能好好生活實現自己生活中的目標。

### 減壓活動：

大家可以考慮多做八段錦健身氣功、禪繞畫、和諧粉彩、園藝活動、靜觀及瑜伽等活動。以上活動皆有文獻指出能減壓、調息身心及保持身心健康。

## 三、疫情中的正向心態

### 快樂方程式：

美國心理學家沙利文博士曾經列出一條快樂方程式「H 等於 S 加 C 加 V」。H 是 Happiness，快樂指數越高代表你越快樂。S 是 Set Range，這是與生俱來的快樂幅度。

### 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！

**H = S**

**C**

**V**

x 0.5 +

x 0.1 +

x 0.4

= \_\_\_\_\_ (10分滿分)

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。

研究證實有些人生性樂觀，有些人則偏向抑鬱。S 對快樂的影響大約占 50%。C 是 Circumstances，即環境和個人際遇。如果環境和際遇都順利會比較快樂，但這個影響只占 10%。V 即系 Voluntary Activity，是自發性安排的活動，是個人可控制的範圍。從這個快樂方程式我們可以瞭解到天生因素及環境因素並非完全主宰我們的快樂。我們仍能安排一些快樂的活動去過幸福的生活。

### 幸福感的活動主要元素：

擁有幸福的活動要包括五大元素。第一，要全程投入。即集專注及享受當下的活動，不要被煩惱和困難騷擾。第二，人際間的聯繫。我們必須多重視人與人之間的溝通和互動，從而在疫情中得到安慰及陪伴，鼓勵同提醒，增加快樂和幸福。第三，活動的深層意義。若能進行一些對自己或他人有意義的活動或貢獻，這個快樂就會雙倍增加。在困難中我們更必須好好照顧自己照顧他人，為社會做出一份貢獻。第四，成就感。假若活動能令你獲得認同及讚賞，這個滿足感就能令你覺得更快樂。

## 四、建立有意義的生活模式

我們在生活重整的過程中探討過不同類型的職業活動，並學習了怎樣訂立生活目標去重建身心健康。我們明白壓力對我們的影響，多參與減壓活動能保持身心健康。最後，我們亦講解了何謂快樂與幸福感，及如何在選擇生活目標時增強

活動中的幸福感。希望大家謹記學過的知識，持之以恆及加以實踐，從而過著一個有意義有平衡的生活。

### 參考文獻

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.

# 作業治療在新冠疫情下的角色與功能

張自強 臺灣八里療養院

## [摘要]

新冠肺炎 (Covid-19) 自 2020 全球大爆發以來至今已兩年多，全球疫情依然險峻，作業治療師就利用自己的專業及臨床上的應用，包括：遠距作業治療、隔離病房應用、家長線上諮詢、強化自我調適、關心照顧者健康、協助改善腦霧等，並藉此實務經驗提供許多策略，使民眾在疫情期間能透過作業治療的協助，在新冠疫情逐漸穩定之際，協助大家重建並共度健康的生活。

## [關鍵字] 作業治療 職能治療 新冠疫情

新冠肺炎 (Covid-19) 自 2020 全球大爆發以來至今已兩年多，全球疫情依然險峻，因應疫情自 2019 年底開始，世界各地都會因應疫情而暫時關閉了一些會有群聚風險的場所，從那時開始多了許多「宅在家」的民眾，國外有研究指出，受到新冠肺炎影響而「長時間社交孤立」之後，會因為感到孤單而有較高比例出現憂鬱及焦慮的情況，有更高的比例會因為社交孤立而產生認知功能下降的狀況。民眾於短時間內仍須遵守「防疫新生活」的規範，包含：維持社交距離、戴口罩、勤洗手等策略來降低感染風險，而作業治療師（職能治療師）就利用自己的專業及臨床上的應用，並藉此實務經驗提供許多策略，使民眾在疫情期間能透過各種方式，平安度過這波疫情。

## 1. 遠距作業治療（遠距職能治療，Tele-OT）的興起與應用

遠距作業治療亦即參考遠距醫療概念透過遠距方式執行作業治療，自從 COVID-19 疫情爆發後，民眾對於遠距醫療的需求大量增加。遠距醫療可增加醫療的可及性、減少社會及醫療體系的支出，以及減少接觸感染提升患病保護的機會。

在此分享原來在醫院的門診作業治療，自疫情升溫後已陸續提供家長線上諮詢，幾次遠距職能治療團體下來的經驗，家長們大都表示已減輕了家長們對孩子照顧的困擾負荷，而且能及時地提供他們如何調整家裏的環境，以改善孩子上學校遠距課程不專心的困擾。此外，也因應防疫而缺乏戶外活動，孩子容易躁動不安，遠距作業治療諮詢時也提供了家長們簡單的活動，包括：小飛機、小桌子、撐椅、熊爬等，可以讓孩子們在家能夠消耗一些過多的能量，以利孩子的居家遠距學習。

此外，在疫情中要讓中風病人仍能持續地練習日常生活訓練，可以藉由提供遠距作業治療服務，請治療師在線上提供個案的能力評估、教導執行日常生活活動的步驟和策略、瞭解個案的居家環境，提供相關的輔具使用教學，以及衛教照顧者如何適時地協助病人。

## 2. 作業治療在因為疫情而收治在隔離病房的應用

在精神病院的病人於住院期間，作業治療在精神醫療團隊中扮演重要的角色，利用治療性活動團體，透過不同的媒介，促進病人能維持正常的生活作息及促進活動參與及人際互動。但因疫情影響，初入院的病人需單獨隔離 14 天降低感染

風險，在隔離期間作業治療團體亦改為遠距方式進行，如何促進或維持隔離精神病人活動參與，降低住院的焦慮或無助就顯得特別重要。雖因疫情考量，初入院的精神病人需有隔離檢疫期，無法以常規作業治療模式介入，但透過遠距的治療活動，可有效地降低病人住院的焦慮感，滿足社交需求及促進病人的活動參與。而透過此方案的遠距團體活動模式所產生的效益，經過評估後發現包括：能促進病人的活動參與、能協助病人維持規律性、能緩解被隔離期間孤獨及焦慮感、並在隔離期得到社交需求滿足等。雖然在執行過程中，而遠距團體較難有個別化的活動分級調整，這些皆為未來可再進行活動優化的參考。

### 3. 作業治療提供家長線上諮詢以改善孩子遠距上課不專心

作業治療師可以提供家長們意見，以改善孩子們的遠距不專心，包括：

(1) **訂日常生活作息表：**在家裏不像在學校有明確上下課時間以維持規律作息，因此訂定生活作息表很重要，訂定完後可以透過視覺提醒協助記憶，例如：貼在容易看到的地方等。而作息內容安排原則：課程時間縮短到半小時內、動靜穿插安排、加入家事、休閒及社交時間等，家長們也可以配合孩子的獎勵制度來進行；

(2) **上課前十分鐘運動，調整警醒度：**可以進行適當地結合前庭覺、本體覺輸入之活動，例如：開合跳 30 下、跳繩 100 下等，並視孩子情況調整頻率及強度。也可以利用遊戲方式增加孩子動機，例如：海洋世界或是下載運動遊戲的 app: active arcade 等；

(3) **建置專心的學習環境：**在上課前約定把玩具收起或拿布蓋上，同時觀察是否有其他易使孩子分心的物品？可調整座位讓視覺面向無受干擾的地方、必要時戴上耳機，並注意燈光明暗程度、調整適當的桌椅高度等。在建置好學習環境後，可固定上課座位，以使孩子較容易進入學習狀態；

(4) **每日家長給予回饋分享：**在一天的結尾，可結合孩子一天表現做總結，搭配集點制度獎勵。可請孩子思考並分享自己今日的表現，若有正向行為需給予鼓勵，令其繼續維持；負向行為則共同討論可如何修正。而集點制度需設定具體、可行的目標行為，觀察孩子喜歡的事物作為獎勵，可每天統計點數，每週兌換獎勵。

作業治療師可以提供簡單的活動，包括：小飛機、小桌子、撐椅、熊爬等，可以讓孩子們在家能夠消耗一些過多的能量，方便未來的居家遠距學習。

#### 4. 長期面對疫情的壓力 作業治療強化自我身心調適

新冠肺炎（Covid-19）自全球大爆發以來至今也已經兩年了，每天面對不同的疫情相關資訊來源，如：電視、網路、社群媒體、朋友間等，隨著染疫確診、死亡及重症人數增加、生活物資的搶購、醫療資源的滿載等，每個人心中不免倍感壓力，有些甚至出現了焦慮、失眠、緊張等現象，都會直接或間接地影響到我們的生活。作業治療提出建議做好自我身心調適，才能在高漲的疫情下維持健康的最佳狀態：

- (1) **定時關心疫情資訊即可：**每天固定觀看疫情指揮中心資訊，建議減少觀看不必要的資訊，避免傳遞非經證實的資訊反而造成無謂的擔憂；
- (2) **找到自己最佳的紓壓方式：**透過自我放鬆、冥想、聽音樂或找到適當的人說話，尋求自己最適合的紓壓方式，以降低身心焦慮程度；
- (3) **每天抽出半小時運動一下：**運動是維持身心健康最重要的活動，簡單瑜伽或是室內散步，也可以搭配遊戲的 app，每天抽空完成；
- (4) **透過媒介維持社交互動：**為避免防疫期間造成社交孤立，所以每天還是要與家人（分兩地）或朋友通電話或微信等通訊維繫。

## 5. 面對防疫延長戰 作業治療支持關心照顧者的身心健康

新冠疫情至今已經兩年多仍未減緩，第一線的醫療人員在不斷增加的確診和重症病人的醫療負荷至今已經將近一個月了，越來越多第一線的工作人員無論是直接或間接的投入現場醫療或複健工作，或多或少會感到身心疲憊（夜以繼日的醫療與急救）、罪惡感（為何沒有及時把他們搶救）、心情憂鬱（每天看到悲傷親屬或個案死亡的景象）、無助（醫療負荷滿載需要幫忙的人過多）、情緒不穩（多重壓力與身心疲憊造成）等，容易導致身體及心理健康失調等現象。

為使第一線醫療急救照顧者或是未來長期協助新冠肺炎醫療的照顧者能夠降低照顧上的壓力，作業治療師提出應該重視 Care the Carer，亦即關心照顧者，第一線的醫療急救照顧者並不是鋼鐵人，透過關心與協助這些照顧者，讓他們面

對急救與醫療照顧病人壓力之餘，能自我調適或是透過團體的協助，避免把相關工作壓力影響到個人生活，可以健康並持續扮演好照顧者角色。

現階段的 Care the Carer，包括「該休息時就要休息，才能有良好的體力支持工作」、「感到壓力時立刻找人說，獲得傾聽與支持，就能降低壓力」、「學習壓力放鬆技巧，如運動或看電視、聽音樂」與「團體事件分享與紓壓」等。作業治療師除了是精神醫療團隊之重要成員之一，更能就過去作業治療在地震災後身心重建的經驗，可以協助執行 Care the Carer 計畫，透過有經驗的團體帶領者運用團體動力學的技巧，包括：將照顧者形成小團體，在團體中討論事件壓力、分享個人的心得，並鼓勵討論壓力處理方式、帶領簡單肢體放鬆運動、搭配調整呼吸的瑜伽、輕音樂搭配繪畫的抒發情緒等，最後總結並給予正向及健康的處理模式，以協助照顧者能夠持續且健康地回歸正常的工作或生活。

## 6. 作業治療協助改善新冠肺炎後腦霧的生活困難

新冠肺炎為數不少的病人，痊癒後卻長期伴隨包括腦霧等長期新冠的後遺症，症狀嚴重者甚至影響日常生活功能造成失能。腦霧是一種認知障礙，主要是以記憶力及注意力下降為主。有腦霧的病人常常會發現自己很難專注於事物上，思考反應速度變慢了，甚至有些想講的話都講不出來，很難下決定及做判斷，一些生活中再熟悉不過的簡單日常事務都難以完成，日子變得辛苦與挫折，對生活與工

作都是挑戰。作業治療建議可以藉由一些策略及方法改變或調整行為，減少腦霧對生活的影響：

- (1) 減少所處環境中的干擾因數。例如減少房間中不必要的擺設，既有的傢俱擺放不雜亂；工作臺面亦然，只放置工作所需物品並保持整潔；
- (2) 簡化工作刪除不必要的步驟，且重新分析安排工作中規律穿插休息。除此之外，分析整日的體力波動，將較困難的工作安排於體力較好時；
- (3) 避免多項工作同時進行，一次處理一件事依序進行；
- (4) 多步驟的工作，在工作臺面或牆上以清楚的書面提示執行步驟；
- (5) 靜坐可以提升記憶力同時降低壓力，並且增進決策力。

作業治療師可以協助改善生活上因腦霧造成的影響，透過有目的性且具有功能性的生活規劃，協助大家穿透長期新冠認知障礙的迷霧，邁向康復之路，重新獲得生活的掌控。

作業治療（職能治療）面對「後疫情時代」來臨的建議大原則還是「盡可能地維持疫情前的正常作息和生活習慣」，維持身心功能不退化。如何有效規劃一天作息正常，白天儘量維持吃飯和活動的作息，夜間才能有足夠的休息。同時找到適當的活動，改善白天睡覺晚上睡不著的狀況，也可以選擇人潮較少的離峰時段逛街或到公共場合，其實只要戴好口罩，做好手部清潔，挑選離峰時段多去戶外空曠地方走走。若是真的與親友碰面不方便，則可以透過視訊和家人及朋友見

面，聽聽對方的聲音和近況，可以穩定情緒並且刺激思考，讓兩端的親友見見彼此聊聊天，仍可以一掃憂鬱重拾愉快心情，透過作業治療的協助，在新冠疫情逐漸穩定之際，協助大家重建並共度健康的生活。

### 參考文獻：

1. American Occupational Therapy Association. (2013). Telehealth. *American Journal of Occupational Therapy*, 67(Suppl.), S69 - S90.
2. 葉佳姍、孫華萱、王玉山、郭筱琦、張自強 (2021)。疫情期間遠距職能治療活動對特殊需求學童及家長的應用。2021 年第十屆提升全人醫療整合服務研討會，臺灣。
3. 謝佩君、張自強 (2021)。如何提升精神科隔離病房之病人在遠距活動的參與度。2021 年第十屆提升全人醫療整合服務研討會，臺灣。
4. 長新冠引發「腦霧」 職能治療改善 8 要點 (2022)。人間福報，網址：  
<https://www.merit-times.com/NewsPage.aspx?unid=792141>

## 作為一名精神科作業治療師對 COVID-19 疫情的一些思考

四川大學華西醫院 董怡悅

在三年的 COVID-19 流行期間，有很多相關文獻都證明 COVID-19 大流行對人類群體的心理狀況是有很大的影響的，其中針對中國境內的文章就有兩三百之多，內容非常豐富。

針對普通人群，COVID-19 大流行中普通人群心理相關問題（抑鬱、焦慮、軀體化症狀）的患病率很高<sup>[1,2]</sup>，對女性的影響更明顯<sup>[3]</sup>，總體來說基本與一線護士持平<sup>[4]</sup>。媒體的作用不容小覷，社交媒體的使用與急性應激反應程度呈正相關<sup>[5,6]</sup>。COVID-19 疫情顯著增加了對於暴露在疫情中的可能性相關的高度焦慮，使得戴口罩、保持社交距離、勤洗手的行為增多，同時減少了公共場所隨地吐痰和在城市社區外出的行為<sup>[7]</sup>。

針對專業人員，從 2019 年第一次疫情期間至今關注了各個層面的醫務人員。從疫情期間的心理壓力來源、影響、應對，到疫情之後的疲勞、倦怠、創傷。結果表明，高比例的醫護人員因為 COVID-19 流行患有焦慮和抑鬱<sup>[8,9]</sup>。其中，一線抗擊 COVID-19 疫情人員的壓力、疲勞和倦怠程度最高<sup>[10,11]</sup>，而非一線抗擊 COVID-19 疫情人員的創傷程度可能更高<sup>[4,12]</sup>。在應對方面，來自政府和衛生管理部門根據相關風險因素制定和採取的有效干預策略和預防措施，醫院管理層據此提供安全的職業環境是非常重要的<sup>[13,14]</sup>。

COVID-19 患者在早期康復期間情緒反應和應激反應症狀的發生率很高，特別是年輕患者<sup>[15]</sup>。對 COVID-19 爆發的擔憂，對 COVID-19 有關的線索的高度警惕和對社會孤立感的反思，可能是已有精神疾病的患者創傷後應激反應和抑鬱症狀增

高到將近一半的原因<sup>[16]</sup>。

還有一個應該被關注的群體，那就是學生。COVID-19 爆發引起的心理應激反應可能導致學生的非自殺性自傷行為以及能導致非自殺性自傷的睡眠障礙<sup>[17]</sup>。另外，在此期間，很多地方展開了線上教學，學生可能會因此花費更長的時間進行與互聯網相關的活動，也會導致心理困擾的增加<sup>[18]</sup>。值得注意的是，健康衛生相關專業的學生表現出急性應激反應症狀程度也明顯增高<sup>[19]</sup>。

總體而言，提高個體的情緒管理能力<sup>[17, 20, 21]</sup>，採取積極的應對策略<sup>[21, 22]</sup>，提高家庭支持<sup>[20, 22]</sup>和其他社會支持程度<sup>[20, 21]</sup>都是有效的應對措施。另外，互聯網使用的合理監管對於學生是重要的措施<sup>[18]</sup>。

基於文獻知識和臨床經驗，我們認為有必要在病房開展針對患者的應激事件處理團體活動和納入家屬的應激事件應對教育。

今年 9 月，成都經歷了一次 COVID-19 疫情封控。我來到我工作的心理衛生中心住院部，和以往的感覺有些不同。辦公室不再是以往的嘈雜，每個醫療組一個醫生輪班上崗；護理組的人員也因為各種原因減少到維持病房運轉的極限；心理諮詢組只能做到每個病房一個心理治療師；作業治療組也只有兩個人在崗，基本只能維持病房的藥物治療流程和團體治療活動不被影響。其他的治療，如生物回饋、經顱磁刺激、光照治療、個案心理諮詢、作業個案治療等，只能被迫暫停。

與此同時，因為嚴峻的疫情形勢，住院部的很多患者無法出院。一個患者，因為從成都到甘孜後的大巴車停運而無法回家，只能繼續滯留在醫院；另一個患者，因為居住的社區是高風險，一樣無法回家。其他在院患者，出現了很多讓醫生意想不到的問題。

有位抽動障礙的患者，在疫情之前的抽動動作頻率已經從每分鐘 5—6 次降

低到每 10 分鐘 5—6 次，疫情之後的兩天卻迅速回到剛剛住院時的狀態。患者的母親非常著急，反復找醫生，想讓孩子參與病房還在開展的所有治療。想讓孩子的心理諮詢師來和孩子展開治療，想讓孩子參與運動治療，想讓孩子參與作業治療，想讓孩子參與各種形式的物理治療。醫生只能告訴這位母親，現在病房還在運行的治療專案只有藥物、心理團體活動和作業治療團體活動，她非常擔心患者的抽動症狀會不能控制的嚴重下去。

抑鬱障礙的患者們，基本上都出現了在他們的病程中最嚴重的情緒反應。有些患者出現停不下來的哭泣；有些患者會拿著他們“得之不易”的自傷工具，如零食袋子的尖銳邊角，早餐盒蓋等，在情緒低落時約在病房花園的角落自傷；有些患者的精神病性症狀加重了，剛剛好轉的幻覺、妄想又頻繁出現。

還有，基本上所有患者和家屬都出現了不同程度的焦慮症狀。病房裏面的老年焦慮患者，會在過道裏面不斷地走，口中念念有詞“完了完了完了……”，有焦慮症狀的青少年，更多天天躺在床上時時刻刻找關於疫情的報導，或者盯著天花板在不斷擔心著各種災難的發生或遇到的事情解決不了。他們有的出現了頭痛、頭暈、胸悶、心慌、胃痛、噁心、便秘、腹瀉等軀體症狀，整個人顯得非常痛苦。

而我們，作為病房還在運轉的作業治療組，能做的並不多。我們可以去安撫和教育抽動障礙患者的媽媽，把孩子白天的時間作息安排起來，可以教這個患者使用習慣逆轉的方法控制抽動症狀；但是我們無法使他的抽動頻率回到疫情前的水準，也就無法讓患者在團體治療中更少地把自己的作品毀壞，也沒有人力能夠單獨關注他一個人的情況。

我們可以收好我們的工具降低有自傷行為患者的環境危險因素，可以在團體中教他們發洩情緒和應對幻覺的方法，可以告訴陪護和家屬應該怎樣與患者溝通；

但是我們沒法做到關注每個患者的特殊性，很難讓他們的情緒症狀得到改善。

我們可以在患者出現軀體不適時儘量讓他們在團體活動中感到舒適，讓他們在團體活動時不去擔心，可以為家屬開展教育團體；但是我們沒有辦法讓患者們更多地關注自己的生活，沒法去解決他們和家屬之間出現的衝突。

同時，在睡不著的某天凌晨，我突然意識到自己其實也出現了和我的患者類似的情緒反應。我的眩暈復發了，身體很累但是睡不著；我一天只吃兩餐，其他時間都覺得很飽；我已經三天沒有練琴了，這是平時不可能發生的；我變得易激惹，一點小事就讓我感到憤怒。這時，我意識到需要對自己的生活狀態做出調整。首先，線上門診讓我有了控制眩暈的藥物；其次，我儘量做到一日三餐；再次，我每日都去琴房，練習最基礎的手指訓練；最後，我通過睡眠限制和放鬆訓練讓我的睡眠品質和時間都有改善。這樣做的第三天，我發現自己感覺精力充沛，心情好，有動力去面對和想辦法解決患者的各種問題了。

如今回想起來，雖然只有短短十幾天，我還是能夠深刻體會到這次疫情帶給我的變化。第一，我切身體會到患者群體和自身對於應激事件的反應，一定會在類似的事件發生時做出更及時、適當的應對。第二，我們一直對患者強調維持生活規律的重要性，這次我得以親身體驗“規律”對於生活品質的巨大影響。第三，我明白了自己能夠在這種時候針對性地做一些事情，為患者服務的同時也能讓自己調節狀態更好地生活。第四，我更加珍惜多學科合作的團隊，沒有這種治療聯盟對於患者來說有可能形成致命的打擊。

這個月，在國家政策指導下，常態核酸成為過去式。病房在一個星期之內出現了多達 40 位患者及家屬的發熱，同時經歷嚴重的醫療人員減員。好在大多患者的情況還是比較穩定的，同事們也是儘量堅持完成臨床工作。在我看來，長達

三年對新冠疫情的相對封閉的監管著實是必要且有效的，希望我在未來能夠運用在這次事件中獲得的經驗，不斷強化自己對於應激相關障礙的臨床處理技能，能夠為患者做出應有的專業支持。

## 參考文獻

- [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

# 輕型新型冠狀病毒住院患者作業治療的初步經驗 案例彙報

唐禎 重慶渝西醫院

## 一. 介紹



新型冠狀病毒是一種廣泛影響全身各系統的疾病，該疾病已被證實會導致肺部、心臟、肌肉和神經系統問題<sup>[1]</sup>。因其廣泛的影響，對患者的活動能力和日常活動產生直接影響，這些可能包括基本活動和工具活動，同時對受影響人群的心理健康和職業平衡產生正面衝擊<sup>[1] [2]</sup>。因此，現有的研究報告發現，早期的作業治療（OT）介入，包括提供患者在心理社會支持和諮詢方面的專業知識，可以有效地讓患者早日回歸正常生活<sup>[3]</sup>。

由於新型冠狀病毒傳染性較高，臨床較多應用基於問題解決的醫療模式，而忽略患者的功能、康復需求，作業治療基於 PEO 模式（人—環境—作業）指導實踐，可以彌補醫療模式的不足<sup>[4]</sup>。

目前，針對新型冠狀病毒的作業治療循證指南尚未制定出來<sup>[5]</sup>。本文是一位感染新冠、與患者共同隔離的臨床作業治療師的親身經歷，其在封控期間從作業治療師的視角應用 PEO 模型，指導兩名患者在新型冠狀病毒環境中開展住院 OT 服務，可能為未來的傳染性疾病面臨臨時管控或長期新冠肺炎（long-covid）患者的 OT 服務提供持續支持。

## 二. 案例介紹

### 案例 1



該案例是一名 85 歲的男性腦梗塞恢復期患者，他因運動、視聽覺障礙、言語表達困難、日常生活活動受限在康復科進行功能恢復訓練，通過 2 個月的康復訓練 ADL 大部分自理，可以獨立室內步行。患者在治療期間因感染新型冠狀病毒，

作為陽性病例隔離、治療。患者的康復訓練計畫中止。

作業治療師於該案例確診新型冠狀病毒五天後開始介入治療，此時他存在咳嗽、咳痰症狀，照護人員報告其存在不聽醫囑服藥，食欲降低等負面行為，現日常生活均在床上解決，大部分依賴，照護人員對其基本家庭情況、愛好、興趣、此前用藥情況並不瞭解，因與患者溝通困難，照護人員擔心跌倒，使用束腹帶以保證其安全，該情況進一步加重了患者的身體狀況惡化。

### 評估與干預：

經過評估，該患者肢體功能可，遺留吞咽障礙並依賴照護者餵食，嗆咳導致了患者進食欲望進一步降低，同時增加了其肺部感染的風險，此外隔離病房內的照護人員缺乏相關經驗，這可能對其臨床症狀的恢復存在不利影響。患者如廁使用尿不濕，個人衛生全部依賴，照護者因擔心洗澡感冒導致患者病情加重，因此未在隔離期間進行，因隔離期間的防控要求，患者的活動空間受到嚴格限制，未能進行轉移活動，大量時間臥床，導致大部分業餘活動無法參與，日常生活能力倒退。在評估過程中，患者出現如“揮手”“搖頭”“歎氣”等負面行為，不配合進行評估。

### 干預措施：



作業訓練包括四個方面：心理支持、環境干預、作業活動介入、功能維持。該訓練內容於作業治療介入開始，解除隔離後結束，治療頻率 1 次/天，干預計畫如表 1。



表 1：OT 訓練計畫

訓練專案	內容	時間
心理干預	聊天、傾聽、微笑、觸摸療法等	10min
環境支持	適應環境、人物，並鼓勵其與他人交流、接觸	5—10min
ADL 訓練	個人衛生訓練、轉移、步行訓練、洗澡訓練	20min
預防併發症	排痰、壓瘡、坐位保持適應性訓練	15min
宣教（干預前/後）	照護者、家屬	5—10min
肢體功能維持訓練	上、下肢粗大運動主動訓練	15—20min

## 結局與反思：

患者進入隔離病房後，照護、醫護嚴重不足，過多關注患者的疾病恢復情況，而忽略了患者功能狀況，因限制過度，作業活動表現受限、患者排斥情緒出現，陷入惡性循環中。應用 PEO 模式分析和干預，一周後，患者積極配合訓練，解除束縛，日常生活能力恢復至隔離前的水準，且與照護、治療師、患者建立一定的溝通聯繫，情緒好轉。

## 案例 2

該案例是一名 78 歲的女性腦梗塞恢復期患者，她存在運動障礙、日常生活活動受限，在進行為期一個月的康復訓練後，ADL 基本自理，已出院，平日可在家屬陪同下拄拐到社區與其他老人交談，患者因感染新型冠狀病毒，作為陽性病例進行隔離、治療，因隔離期間身體機能下降，日常活動降低轉介至作業治療師

處。

作業治療師於該案例新型冠狀病毒 5 天後介入，他本人述發熱期已過，但仍存在說話、日常生活活動費力的狀況，非常想以生活自理的狀態回到社區。



### 評估：

經過評估，該案例 ADL 70 分，除步行、上下樓梯、如廁、洗澡需少量輔助外，其餘可自理，患側上肢手功能 5 級，焦慮自評量表（SAS）：58 分（輕度焦慮），活動耐受時間僅為 3—5min 即出現疲憊。

### 干預：

作業治療師針對患者的情況進行 ADL 訓練、宣教、訪談等干預措施。情緒好轉，活動耐受時間增加至 30min，日常生活大部分自理。

### 結局與反思：

該案例於夜間轉移至床旁坐便器如廁時，突發跌倒，患側髖部周圍疼痛難忍，經醫生初步評估懷疑骨折，因防控要求，未能立即行床旁片，確定骨折位置及損傷程度，作業治療師暫停治療。該案例在跌倒後的第三天進行了床旁 X 片，並確診為股骨頸骨折，醫生立即行外固定處理，期間因家屬封控不能探望、患者擔心骨折程度嚴重且呈惡化趨勢發展、骨折處疼痛等原因，患者出現焦慮、低落等情緒加重的狀況，ADL 大部分依賴，包括床上移動等。

在隔離期間，突發情況未能及時處理，對於這種不確定性，作業治療難以介入。



### 三、思考

#### 1. 作業治療是否需要介入？

新冠流行期間，我國針對陽性病例提倡居家、方艙、定點醫院救治等多種方式進行隔離、治療。在隔離期間，我們不難看到人們因社會隔離而出現精神狀況惡化、個人因長期固定和肌肉骨骼惡化變得虛弱，由於康復服務在大流行期間限制開展，患者本身因心腦血管等疾病導致的運動障礙、日常活動倒退的風險也因此增加，作業治療的早期介入可以保持、提高患者的日常生活能力、認知精神狀態，通過疾病的宣教，可以改善負面情緒，對疾病、角色、情緒狀態可以更好地進行自我管理。

#### 2. 作業治療介入後可以做什麼？

可以參考 PEO 模式，分析患者個人因素、環境因素及活動因素，分析其中的阻礙、促進因素，思考利用遠程移動方式進行家屬探望、疾病會診，結合患者個人喜好、興趣等方式促進患者參與有意義的作業活動，積極關注患者情緒情感，降低患者進入專注思考疾病惡化的思維陷阱。

#### 3. 作業治療開展的挑戰？

在新冠流行期間，治療師可能面臨內科專業知識、患者疾病把控、物資短缺、資源協調困難、輔具提供、人員配備和個人防護裝備短缺，以及解決健康狀況的最佳做法的不確定性等挑戰，此時作業治療師應通過密切聯繫家屬、醫師、護士等組成的治療團隊，不斷增加知識儲備的同時，與團隊成員共同促進問題解決。此外，患者對疾病發展、回歸社區的流程等問題尤其迷茫，因此作業治療師應重視通過文本、網路等多種方式宣教，及時的宣教可以讓患者科學認識疾病，達到

維持良好功能狀態、預防併發症、情緒疏導及促進恢復患者 ADL 獨立性的作用。

#### 4. 作業治療開展的風險？

作業治療在新冠流行期間開展，應嚴格按照防控要求進行防護措施，進行自我防護，此外通過病歷系統對患者的現病史、既往史等有全面的掌握，降低診治期間的風險。

### 四、結論與建議

作業治療是一門健康學科，可以為所有年齡、群體和社區的人提供各種各樣的服務，使他們能夠充分融入家庭、教育、工作和休閒環境中的職業。作業治療的在疫情發展期間，因治療是面對面進行服務，可能因為防控要求，康復服務受到限制，我們應思考利用遠程服務，在關注促進患者參與有意義的作業活動同時，積極干預他們的情感情緒、康復需求，以保持功能狀態，預防併發症，此外對照護者進行轉移等培訓，減輕照護負擔。

### 參考文獻

- [1]陸雲飛, 楊宗國, 王梅, 時佳, 王振偉, 呂瑩, 湯伯宗, 葉晨, 徐慶年, 殷科珊 and 陳曉蓉, 2020. 50 例新型冠狀病毒感染的肺炎患者中醫臨床特徵分析. 上海中醫藥大學學報, 34(2), pp.17-21.
- [2]魏華 and 李廷玉, 2020. 新型冠狀病毒肺炎疫情對不同人群心理的影響及心理干預的建議. 兒科藥學雜誌, 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>.

# 醫院環境內的藝術，不止於藝術

柯曉敏 廣州醫科大學作業治療專業學生  
李嫻 中山大學附屬第六醫院康復醫療中心主管作業治療師  
喻璽 廣州醫科大學作業治療畢業生  
朱曉文 廣州醫科大學作業治療專業學生  
王於領 中山大學附屬第六醫院康復醫療中心主任

醫院環境，一直受古今中外重視，環境不僅可給醫務工作者精神支持，也可成為療愈患者及其家屬的重要元素。正如查爾斯國王所說：“在一個沒有靈魂的混凝土盒子裏，毫無特色的窗戶，黯淡的走廊和功能純粹的病房，治癒創傷並不容易。身體需要療愈、精神也需要療愈。<sup>[1]</sup>”

早在 14 世紀的歐洲醫院，藝術已成為醫院環境治療的重要元素。最早的醫院為教堂式的建築，他們通過特殊的方式運用藝術療愈患者，如，中世紀法國勃艮第醫院掛著 Rogier 於 1445 年創作的畫作《最後審判》。它描繪了進入天堂之門的喜悅和墜入地獄的恐怖，這份畫作對比鮮明，被用於絕症患者的懺悔，每個絕症患者都會被這幅畫陪伴著接受最後的祝福，開始懺悔<sup>[2]</sup>。在歐洲這個階段的歷史上，藝術是為了完成宗教特定功能而存在的。

在 18 世紀，一種更具商業意識的環境藝術行為出現。1734 年，William Hogarth 為倫敦聖巴塞洛繆醫院繪製了一幅油畫，強調慈善和同情的美德。在《貝塞斯達泳池的基督》中，描繪了一個令人心酸的場景：生病的母親和孩子因為負擔不起治療費用而被拒之門外。這些作品不是為病人設計的，而是為了給來訪的皇室和貴族留下深刻印象，希望他們能為之觸動並慷慨解囊，留下捐贈<sup>[3]</sup>。

1966 年，洛杉磯商界大咖 Frederick 頭部受傷後昏迷入院。雖然他在幾天後蘇醒，但遺留記憶問題，甚至不認識自己的妻子。他的妻子 Marcia，美國華人博物館創始人之一，把藝術品放在丈夫床邊，幾天後 Frederick 正在看妻子帶來的

一幅抽象畫時，突然喊出了這幅畫的藝術家 Pollock 的名字。這個使 Frederick 康復的“pollock 之力”啟發了 Marcia，於是她到處說服她的朋友、藝術家以及商人們向醫院捐贈藝術品。西達賽奈收藏館現任館長 John. T. Langer 認為，“他可以在識別妻子身份之前，就與藝術品建立聯繫。藝術和他的康復之間有著明顯的聯繫。”轉眼數十年過去了，如今，西達賽奈已經成為美國西岸最大的非營利性醫院，擁有了 4000 多件藝術品，價值數百萬美元。除此之外，世界排名第二的美國克利夫蘭診所同樣也擁有著毫不遜色於博物館的收藏，克利夫蘭診所堅持藝術對療愈有積極影響。

醫院環境一直在潛移默化地影響著患者、家屬及醫護工作者的心理健康狀態。如今的環境治療，已經從傳統的建築藝術、美術藝術等衍生到了環境設置的每個角落，循證醫學和現代科技為醫院環境注入了新的元素。下麵將從物理環境刺激的建築特徵及室內設計特徵兩個維度進行綜述。

## 建築特徵

即醫療環境中相對永久性的特徵部分，如窗戶、走廊和陽臺等。建築環境可以通過各種機制促進患者的康復。

### 1. 窗戶景觀

暴露在自然光下是創造康復環境的一個非常重要的因素。研究表明，病房提供自然景觀和自然光可以幫助患者產生積極的、有希望的和支持性的思想<sup>[4]</sup>。一項研究報告說，朝東的窗戶促進了自然光的進展，這有助於減輕壓力，因此有助於康復<sup>[5]</sup>。另外，早在 1984 年的一項研究表明<sup>[6]</sup>，病房窗戶的自然景觀顯著減少了術後患者需要的鎮痛治療和住院時間。最近 2022 年的一項研究也發現，窗戶景

觀較多的綠色和亮度都顯著減少了患有情感障礙的精神病患者的住院時間<sup>[7]</sup>。

多年以來，自然景觀和光照被認為是住院患者的環境基礎，但並不是所有的病房都有窗戶。儘管醫院建築設計師、醫院工作者共同認為應該在病房安裝一扇窗戶，但這種想法還只適用於新的建築和翻修專案，並不包括較舊的現有設施，如老式的醫院重症監護室。雖然在現有空間中實現安裝窗戶可能很困難，但仍然有解決方案，例如安裝模擬晝夜照明模式和晝夜節律的虛擬窗戶<sup>[8]</sup>。另外，基於藝術干預手段的窗戶景觀也被證明可以改善住院患者的心理情緒狀況、住院體驗



中山六院康復醫療中心

針對臥床患者的天花板裝飾

和健康品質，如在房間掛一幅自然景觀的畫布、安裝一個顯示外界藝術品的螢幕等。Austin 等<sup>[9]</sup>人在接受盆腔重建手術患者的病床邊牆上掛一幅自然景觀的畫布和播放 1 小時的舒緩音樂，發現干預 2 周後，術後患者的 VAS 疼痛評分沒有顯著變化，但對其術後體驗有積極影響，患者的滿意度和幸福感得到提高。Catherine 等<sup>[10]</sup>

人在愛爾蘭的一家幹細胞移植醫院有一種創新型的藝

術干預措施“開放窗口”，即讓患者從九個藝術頻道中選擇圖像傳送到病房的螢幕中，其中藝術頻道主題包括自然、個人意義的地點、視覺抽象和經典藝術品。他們通過“開放窗口”使得 96 名受試者在接受移植後 7

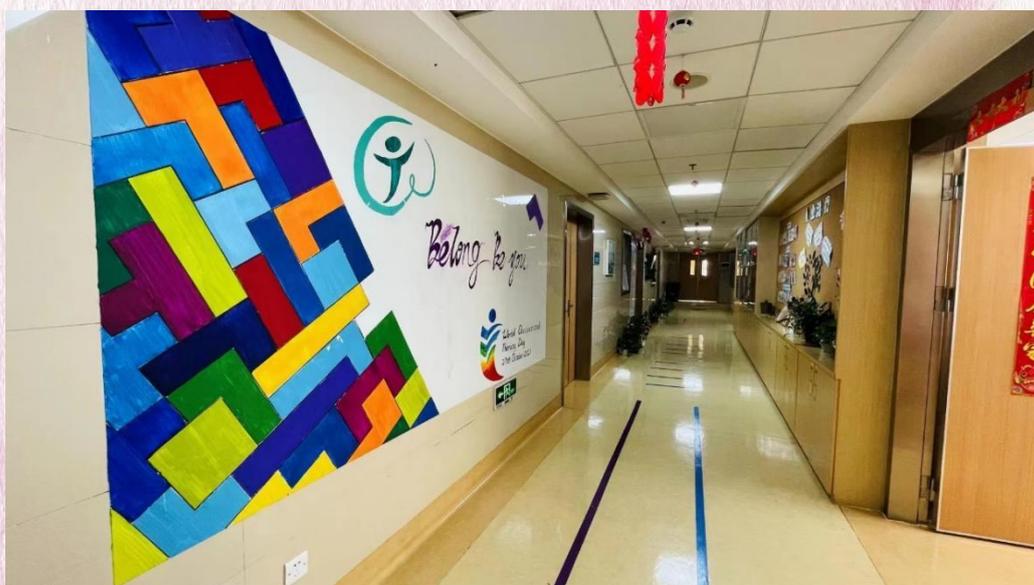


天及移植後 60 天的焦慮、抑鬱水準都有顯著下降。

中山六院康復醫療中心病房裝飾

## 2. 走廊

我國綜合醫院房間數量多，往往需要較長的通道走廊。Foureur 等<sup>[11]</sup>人發現，在婦產醫院單位中設置狹長、無窗的、無差別的走廊會令人恐懼和焦慮，甚至威脅到病人治療的狀態。長長的走廊會讓第一次到達的人感到恐懼和焦慮，特別是那些不確定走廊可能有多遠以及附近是否有幫助的人。對此，Foureur 等人認為設計一個構圖簡潔、形式明確、色彩悅目的標誌和圖像作為引導標界，有助於降低患者的焦慮。此外，走廊的另一個關鍵要素要和易於進入花園和庭院有關。Edgerton 等<sup>[12]</sup>人得出部分結論，當步行在具有自然日光和外部花園景觀等自然特徵的走廊環境時，特別是當走廊色彩與外部結構設計相關聯時，患者感到壓力更小更輕鬆。相反，照明條件差以及沒有窗戶和室外景觀的走廊則令人恐懼。



走廊牆面和地面的“可迴圈”裝飾既可豐富環境也可用於功能訓練

### 室內設計特徵

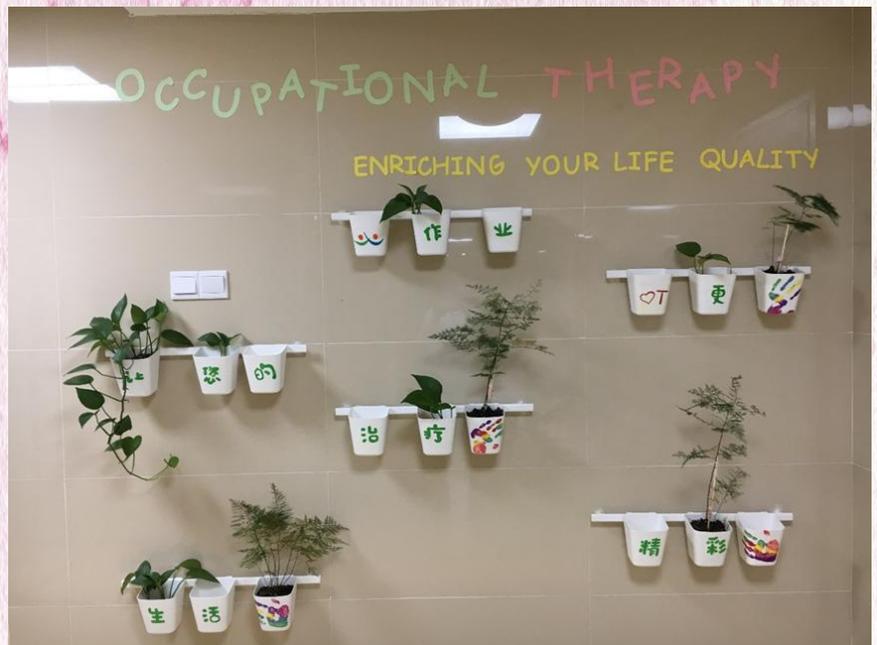
即醫療環境的非永久性方面，如盆栽植物、藝術品的放置等。住院患者往往有各種需要，而醫院室內環境是患者共同的重要要求之一。研究表明，像家一樣

的環境可以減少患者的疼痛和情緒困擾<sup>[13]</sup>。此外，可讓患者進行休閒活動和提供視覺藝術的環境可以幫助病人重建角色和身份<sup>[14]</sup>。

## 1. 室內綠色植物

許多研究已經調查了綠色植物與健康之間的關係，其中包括心理健康。在2020年新冠疫情以前，大多數研究只調查了戶外綠化或綠地與健康之間的聯繫<sup>[15]</sup>，而缺乏了室內綠色植物的資訊。挪威一項2016年的調查研究發現，住院患者對擁有室內綠色植物表現出積極的態度<sup>[16]</sup>。在目前已知唯一的室內綠色植物擺放隨機對照試驗中，研究者招募了90名痔瘡切除術後的患者，將他們隨機分配到有植物的房間或沒有植物的房間。研究發現，在有植物的房間裏的患者報告了更多的積極生理反應，以及更少的疼痛，焦慮和疲勞<sup>[17]</sup>。

另外，真實的室內綠色植物與虛擬的綠色植物圖像的視覺刺激對患者的影響可能是不同的。一項2021年的研究報告<sup>[18]</sup>，在觀察四種不同類型的視覺刺激——真實的綠色植物、人工植物，一張植物照片和沒有植物5分鐘後成人腦電波變化和主觀情緒變化情況。數據結果顯示，僅僅通過觀察一個真實的植物就能產生一種舒適的感覺，既



中山六院作業治療部牆上綠植區

能清醒頭腦，也能減少焦慮和壓力。因此，在室內放置真實綠色植物而不是人工植物或植物照片，在心理生理學和心理學方面可能更有效。

將室內植物暴露與心理健康聯繫起來的機制可能是直觀的，但還沒有被完全理解<sup>[19]</sup>。大量的實驗研究試圖在室內綠色植物和健康結果之間建立聯繫。例如，一篇綜述<sup>[20]</sup>概述了四個特性：光合，蒸騰，淨化和心理效應。前三個特性有產生氧氣、增加濕度、降低溫度以及減少空氣污染物的直接影響，最終從而影響心理健康。最近的一項研究還報告說，室內植物可以豐富室內微生物多樣性<sup>[21]</sup>。一個可能合理的假設是，改變後的環境微生物組可能會影響心理健康。

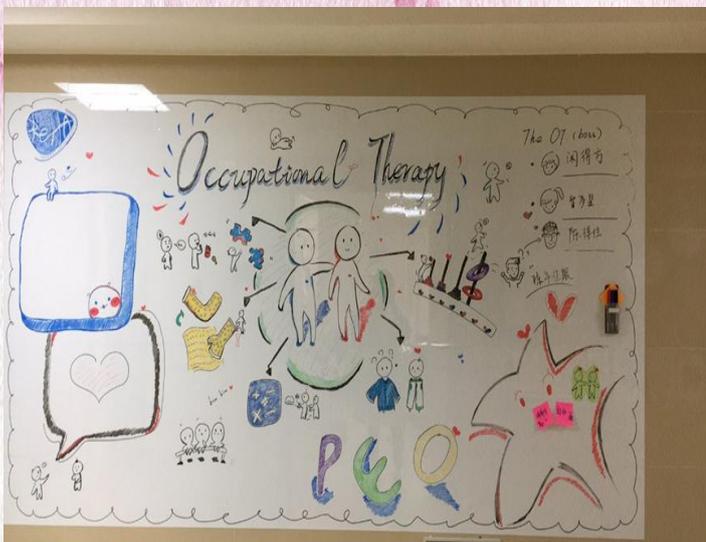
## 2、藝術/裝飾布置

醫院環境藝術的表現形式和物質載體一般分為二維或三維的藝術作品，如攝影作品、繪畫作品、雕塑作品等。

藝術/裝飾是醫院環境設計的新組成部分，有利於促進患者的積極情緒和幸福<sup>[22]</sup>。Franco 等<sup>[23]</sup>人在博洛尼亞的一家醫院內科病房裏擺放了兩次不同主題的藝

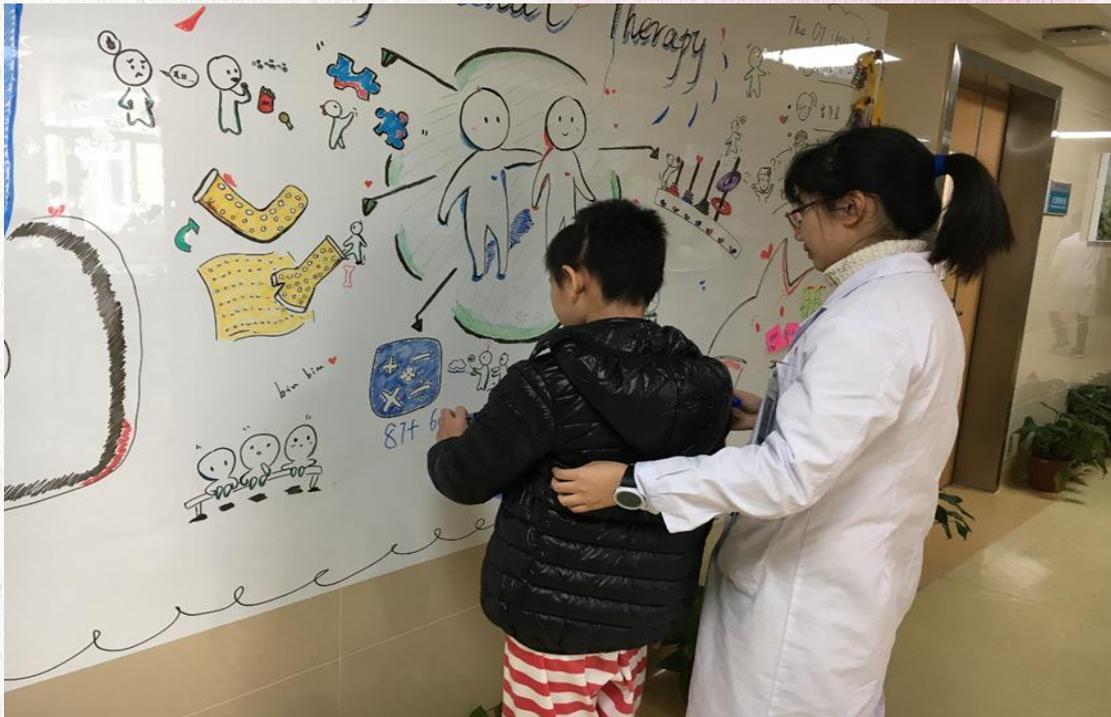


術品照片，每張照片都附有兩張解釋性海報介紹，一張描述了攝影師的專業簡介，另一張則介紹了照片的藝術價值。在這一系列的做法之後 72%的受試者感



到心情愉悅，而原因可能是，這種裝飾減少了病人和訪客在進入醫院時通常感受到的嚴峻、單一、去個性化的空間的印象，緩解了長時間住院所帶來的壓迫感。另外，似乎兒科醫生早就意識到，一個愉快的環境對年輕的病人有心理上的好處。因此，兒科病房的牆壁經常被塗上明亮的顏色，壁上畫著有趣的漫畫，吸引注意力，積極激發兒童的想像力<sup>[24]</sup>。最後，也有研究讓病人自己根據個人的欣賞、視覺吸引力和偏好來選擇在病人的房間裏展示的藝術品，意外地聽到病人談論他們對藝術作品的看法、他們的選擇的原因和他們所提倡的個人生活回憶，而這可以被看作支持性心理治療的一種<sup>[23]</sup>。





不同主題的牆面繪畫用於患者治療與互動

藝術干預的潛在有益影響的原因尚不清楚。有證據表明<sup>[25]</sup>，在沒有被提示的情況下，藝術/裝飾視覺刺激被默認在人類大腦中經歷一個評估過程。一方面，人類對視覺刺激的反應可能是即時的和情感的，另一方面藝術美學可以是一種快樂來源，能減輕患者在醫院環境的壓力，這些都對醫院的藝術/裝飾有重要影響。部分證據支持，藝術品產生的視覺刺激可以減輕患者壓力，而其中視覺秩序的某些元素（如色彩、對稱性和比例）和視覺形式（如輪廓）會引起特定的神經反應，包括情緒反應，如桌椅圓鈍的邊緣比方形的邊緣減少了患者的恐懼感和壓迫感。



治療區域用暖色調及治療工具圓鈍化處理

總的來說，醫院環境的各個維度綜合地為患者創造了一個環境，積極或消極地對住院患者產生不容忽視的影響。許多醫院都在尋求不同環境維度的改造可能性，以圖創造一個相對平衡積極的整體環境，以確保醫院環境在方便和支持醫務工作者的同時，所有患者也能從物理環境刺激獲益。

### 參考文獻

- [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

# 醫院環境內的氛圍感，如何影響療愈？

朱曉文 廣州醫科大學作業治療專業學生

喻璽 廣州醫科大學作業治療專業畢業生

柯曉敏 廣州醫科大學作業治療專業學生

李嫻 中山大學附屬第六醫院主管作業治療師

你印象中的醫院是怎樣的？吵鬧的人群，藍白色的建築風格，瀰漫著消毒水的氣味？許多人害怕去醫院，不僅僅是小孩，一些成年人也會對醫院就診或者是入院治療感到緊張，甚至是醫務工作者也會在醫院感到壓力和焦慮。這些不良情緒的源頭有很多，孩子害怕打針吃藥，成年人害怕疾病帶來的各種不良影響，醫護可能是高強度工作下的壓力等。害怕、焦慮、壓力等，看上去都是心理層面的問題，但是長此以往會給我們的身心帶來不良的影響。那究竟有沒有途徑可以“潤物細無聲”，“悄悄”地緩解我們在醫療環境下的這些不良的情緒呢？或許，調整醫院環境氛圍是一個好方法。

## 醫療環境氛圍

醫療環境氛圍由氣味、照明、聲音等因素組成<sup>[1]</sup>，通過兩種方式影響患者。第一，直接生理調節。例如，地毯比乙烯基地板含有更多的微生物<sup>[2]</sup>，可能會引起感染，從而對患者健康產生直接生理影響。第二，“心理仲介效應”：指環境刺激通過感官知覺引起心理過程而起作用。例如，綠植在人們心目中往往與“舒適”“愜意”這類認知相聯繫，通過這種聯繫，放置在醫院裏的植物可能可以減少住院對患者帶來的心理刺激，從而減少焦慮，進而促進療愈康復。這些因素存在於每一個環境中，且與我們的情緒息息相關。本文將圍繞這些環境氛圍元素（氣

味、照明、聲音) 怎樣發揮作用、如何調節我們的情緒進行展開。

## 氣味

嗅覺系統和涉及情感/情緒的回路有很大的重疊而且它們之間是相互聯繫的。嗅覺皮層本身所在的區域和主要嗅覺通路以外的突觸區域通常都被認為是參與情緒和心情的區域<sup>[3]</sup>。Schiffman<sup>[4-6]</sup>等人共同完成的系列研究中，他們使用了情緒狀態檔案 (POMS) 和全面情緒障礙 (TMD) 來評估古龍水和養豬場氣味對情緒的影響。評估結果表明，參與者在日常生活中使用古龍水情緒評分均有所提高；相反，居住在密集養豬場附近的人情緒評分是下降的，歸結於其散發出的難聞氣味。

最近一些研究表明吸入某些類型的芳香 (由嗅覺系統檢測到的 <300Da 的揮發性化學物質)<sup>[7]</sup> 會對人產生心理影響，大量的動物和人體研究亦表明吸入某些類型的芳香具有抗焦慮的作用。大腦調節負面情緒 (如焦慮) 最重要的區域坐落在邊緣系統，杏仁核是其中的核心。γ-氨基丁酸 (GABA) 是中樞神經系統 (CNS) 的主要抑制性遞質，是焦慮調節的核心。例如，服用苯二氮卓類藥物會減少負面情緒下杏仁核的啟動。此外，向杏仁核輸入 GABA 或 GABA 受體激動劑可以降低幾種動物的焦慮程度<sup>[8]</sup>。薰衣草精油能夠減輕焦慮已被大量的臨床研究證實，而它緩解焦慮的機制也可能與大腦的 GABA 能系統相關。Soni 等<sup>[9]</sup> 在薰衣草的醫學用途綜述中報道，薰衣草與苯二氮卓類藥物具有類似的作用，其增加了 GABA 在杏仁核中的作用。此外，AOSHIMA 和 HAMAMOTO<sup>[10]</sup> 的研究表明，來自薰衣草的精油可以輕度增強 GABA 受體的 GABA。大量的試驗研究表明，除薰衣草芳香以外，許多其他類型的芳香也有類似的反映，如檸檬醇和茉莉花內酯等。與此結果相反

的是, Chioca<sup>[11]</sup>等人證明在小鼠中, 吸入苦參揮發油參與了血清素能神經的傳播, 但不參與 GABA 能/ 苯二氮卓類神經的傳播。該實驗中, 血清素能系統在苦參精油的抗焦慮作用中起重要作用。Vinkers 和 Oorschot<sup>[12]</sup>的研究表明 GABA $\alpha$  3 亞基具有功能性與血清素系統的 5-HT $1A$  受體相互作用, 發揮抗焦慮作用。由此看來, 薰衣草等芳香發揮抗焦慮作用的機制還需更深入的研究。

另一方面, Franco<sup>[13]</sup>等人提出薰衣草精油緩解焦慮的作用或許和安慰劑效應有一定的相關性。在 Franco 等人的研究中, 他們比較薰衣草精油 (LFO) 和無味精油 (UO) 對於減輕乳房手術前焦慮的影響。與治療前相比, LFO 和 UO 治療都減少了對可能發生的不幸的恐懼和擔心的感覺, 而且均對降低緊張感和戰戰兢兢的感覺有很強的效果。總體而言, LFO 和 UO 都減少了參與者術前的消極感覺, 這些有益的效果很可能是由於 LFO 的芳香療法與術前給予患者額外關注的相關安慰劑效應。而在 Bae<sup>[14]</sup>等人的研究中, 也得到了類似的結果。

## 照明

光是一個非常突出的環境因素, 光對大腦和行為的影響不只是其在視覺感知中發揮的作用。光對於人類在內的哺乳動物而言, 除了成像, 還有誘導晝夜節律、介導瞳孔反射、調節外周生理事件、促進警覺性、喚醒以及調節情緒和認知的作用<sup>[15-16]</sup>。光不僅可以照亮環境, 也能“照亮”心靈, 日光具有調節人類的情緒和認知能力, 最好的例子是強光療法能夠有效地治療、緩解季節性抑鬱 (SAD)。SAD 是一種具有季節性的抑鬱症, 受到 SAD 影響的人每年的秋冬季都會有定期的抑鬱和焦慮發作, 這種症狀可以在春季和夏季自行緩解<sup>[17]</sup>。

越來越多的人開始去探索光究竟是如何去調節我們的情緒的, 食欲素 (Orexin)

便是其中的奧秘之一。情緒和焦慮障礙在嗜睡患者中普遍存在，這些患者其中的一個共同點便是中樞下丘腦素的水準下降<sup>[18]</sup>。類似的結果出現在抑鬱症的實驗室模型中，表現為下丘腦素肽含量的減少以及下丘腦素神經元數量或大小的減少<sup>[19]</sup>。含有下丘腦素的神經元多位於人類<sup>[20]</sup>以及晝夜活動的齧齒動物的下丘腦外側中<sup>[21]</sup>，Gaillard<sup>[22]</sup>等人發現實驗室大鼠和草鼠都有直接的視網膜投影到外側下丘腦，且大部分的食欲素細胞（orexinergic cells）存在於外側下丘腦中。在這兩個物種中，下丘腦的食欲素神經元通過視交叉上核接收視網膜輸入<sup>[23]</sup>。而 Adidharma<sup>[24]</sup>等人在白天活動的草鼠中發現急性光照會啟動食欲素神經元，表明這些細胞對光敏感。Deats<sup>[25]</sup>等人評估了白天光照水準對促食欲素神經元的影響，與明亮日光條件下飼養 4 周的 brDL（明亮光照條件）草鼠相比，dimDL（昏暗光照條件）動物在下丘腦的食欲素細胞更少以及在中腦中縫背核的食欲素纖維密度較低，表明了中央食欲素水準降低以及食欲素能輸出減弱。此外，對 brLD 條件下的動物使用選擇性 OX1R 拮抗劑後，增加了它們的抑鬱和焦慮樣行為，這表明功能性的促食欲素-OX1R 通路對於草鼠的消極情感行為的缺失至關重要。

在氣味的部分，我們淺略地提及了 5-HT<sub>1A</sub> 受體，接下來的部分，我們要從五羥色胺（5-HT）進行展開。單胺假說表明 5-HT、NE 和/或 DA 神經傳遞的失衡是抑鬱症<sup>[26-27]</sup>的病理生理學的基礎，第一代和第二代抗抑鬱藥的療效和作用是單胺假說的主要基礎，這一假設也可能得到 20 世紀 50 年代的臨床觀察的支持，即利血平消耗了中樞單胺儲備，可以誘發患者的抑鬱<sup>[28-30]</sup>。對於 5-HT，急性色氨酸消耗會導致 5-HT 抗抑鬱藥緩解的患者輕度抑鬱症狀復發<sup>[31-32]</sup>。此外，腦脊液中 5-HT（5-HIAA）的主要代謝物水準似乎較低，特別是那些表現出自殺行為的患者。

Orexin 細胞大量投射到中樞單胺能系統，包括富含 5-HT 的背脊神經核<sup>[33-34]</sup>，

在那裏誘導 5-HT 能細胞的興奮反應<sup>[35]</sup>並局部刺激 5-HT 釋放<sup>[36]</sup>。也有研究表明，明亮的陽光會迅速增加 5-HT 的產生，這與光照的時間和強度有關<sup>[37]</sup>。

可是，這是否表明光照的時間越長對於我們的情緒就越有利呢？物極其反，就如我們都懂的道理一樣，再好的補品，吃多了也會對身體產生壞處，光照亦是如此。在電燈還沒有發明的年代，人類每日的光明和黑暗受太陽驅動，這使得內外的晝夜節律與光明和黑暗相關聯<sup>[38]</sup>。自電燈發明，無處不在的夜間照明模糊了白天和黑夜的邊界。隨著科技的發展，夜間的光源更多了，手機、電腦、電視等電子產品給人類帶來了前所未有的光污染。而這些都會給我們的健康帶來負面的影響，當暴露在幾乎不間斷的光線下或是暴露在光線下的時間不對時，生物和行為節律可能會不同步，影響晝夜節律系統。情緒障礙一直與光線和晝夜節律相關，還是以季節性情感障礙（SAD）為例，SAD 患者心情在短白晝的冬季心境惡劣和長白晝的夏季心境緩解之間波動。事實上，相當多的情緒障礙以睡眠和晝夜節律紊亂為特徵，或以不規則的光照週期為誘因。晝夜節律調節貫穿大多數被認為參與控制情緒的系統，包括邊緣腦區、單胺神經遞質和下丘腦—垂體—腎上腺軸。根據美國精神病協會《精神障礙診斷與統計手冊》第 5 版中的定義，睡眠中斷是重性抑鬱、雙相情感障礙、創傷後應激障礙、廣泛性焦慮和其他情緒障礙的診斷標準<sup>[39]</sup>。因此，夜間廣泛暴露在光線下擾亂晝夜節律是合理的。

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陽光。說起陽光，我們便會想到溫暖和希望。陽光對住院時間、死亡率、感知壓力和疼痛主要帶來積極的影響，在一項關於陽光影響的研究中，Walch<sup>[40]</sup>等人表明，接受脊柱手術並暴露在高強度陽光下的患者經歷更少的壓力，疼痛略有減輕，止痛藥物減少了 22%，因此止痛藥物費用降低了 21%。可是，陽光並不是百利而無一

害的。過度的陽光照射與許多負面的健康結果相關，其中最常提及的便是皮膚癌。因此，我們借助環境中的人造光以及陽光介入治療時，需要充分瞭解其作用原理，選擇合適的時間段以及合適的時間長度。

## 聲音

在醫院環境中，我們時常會看到保持安靜、禁止吸煙等標牌。在傳統的觀念上，醫院環境中的聲音被認為是負面的且不是我們所需要的，基於醫院環境裏的聲音主要是噪音。噪音主要影響治療期間的行為和睡眠，阻礙恢復的速度以及誘發壓力。近年來，越來越多形式的聲音出現在醫院，如音樂、自然聲等。越來越多的研究表明，音樂具有治療作用，他可以介入各種疾病的治療，比如腦卒中促醒以及言語治療等，同時運用音樂想像等療法可以緩解人們的壓力、促使放鬆等。另一方面，自然聲也對緩解焦慮大有益處。Bahman<sup>[41]</sup>等人的一項隨機對照試驗表明，N-BS（自然聲）可以減少機械通氣患者因焦慮引起的潛在有害生理反應，實驗組採用自然聲進行干預，而對照組採用降低噪音影響的方法進行干預，有意思的是兩組對減少焦慮均起積極的效果，其中，實驗組效果更佳。我們的命題，從如何降低噪音影響悄悄地轉移到了如何構建一個和諧的醫院聲景中來。

首先，是噪音的問題。噪音，或者說是不理想的聲音，一部分源自於不同的機械聲音（供暖、通風和空調系統等低頻聲音），另一部分來自醫療設備聲源（心臟監測警報器、噴霧器、脈搏血氧計音調等）、電子產品聲源（電話、電視和收音機等）以及物體的撞擊聲、人們交流的聲音（對講機、工作人員的對話聲）。這些煩人的聲音會導致改變記憶，增加激動、攻擊性行為和抑鬱或焦慮<sup>[42]</sup>的不良影響。研究證明，降低醫療環境的噪音水準確實有助於健康的恢復。在南丁格爾

的一項早期研究中，她提出在擁有降低聲音水準設計的醫院接受治療，病人疾病的恢復速度比較快<sup>[43]</sup>。Hagerman<sup>[44]</sup> 等人研究了吸收噪音的天花板瓷磚對住進重症監護室的病人的影響。在統計上，聲學不良組的再住院率明顯更高，且需要額外靜脈注射  $\beta$  - 受體阻滯劑。

當然，我們不能一概而論，一棍子打死所有的聲音。在這裏，要引入聲景的概念。聲景本身並不是一個新的概念，它最初是在聲學生態學背景下被記錄和定義為聲音的環境或聲波環境，強調個人或社會感知和理解聲音的方式<sup>[45]</sup>。也就是說，聲音的感知是主觀的，對同一種聲音，不同的人可能會產生不同的感受，這也許和他的個人經歷、所處的社會環境等相關。根據研究和統計，大多數聲音景觀研究者已經證明了類似的趨勢：人類聽眾更喜歡自然的聲音（如鳥鳴聲和流水聲可作為積極的聲音景觀），而不喜歡交通噪音或建築噪音等<sup>[46-48]</sup>。

與此同時，從音樂心理學的大量研究中可以證實音樂是治療各種疾病的情感的有效方法。音樂可以增強生產力、減少工作誤差，改善記憶和學習，降低血壓，促進消化，提高睡眠品質、刺激放鬆、減少憤怒等。關於音樂和情緒的功能性神經影像學研究表明，音樂可以調節已知與情緒至關重要相關的大腦結構的活動，如杏仁核、伏隔核、下丘腦、海馬、島葉、扣帶回皮質和眶額皮質<sup>[49-51]</sup>。例如，即使中風患者固定躺在掃描器中無法移動，聽音樂也會啟動運動皮質的部分區域<sup>[52-53]</sup>。研究表明，聽音樂具有顯著的能力影響大量不同的腦區，這些腦區專門負責聽覺處理、節奏和運動協調、覺醒調節、情緒和愉悅以及認知處理，包括速度、音色和音調<sup>[54-56]</sup>。音樂的類型是多樣的，比如我們經常提及的古典音樂、流行音樂等等。不同的音樂類型會對我們情緒產生不同的影響，在 Uğraş GA 等人的一項隨機對照試驗中，對比古典土耳其音樂，自然的聲音和古典西方音樂對減少術

前焦慮的影響。研究表明，古典土耳其音樂，自然的聲音和古典西方音樂均能有效地減輕患者術前焦慮，保持患者的健康收縮壓和血清皮質醇水準正常，而其中古典土耳其音樂最有效。（注：這是一項在土耳其展開的試驗，這可能與人們受熟悉的音樂影響更大相關）<sup>[57]</sup>。關於音樂和自然聲哪個對生理、心理產生更積極的影響的問題，我認為可以進行更深入的研究。或許我們可以從減少噪音、增加自然聲以及利用音樂等角度出發，去探索如何構造一個積極的聲景，從而讓患者和醫務工作者獲得更多的舒適感。

總而言之，將康復理念貫徹在空間環境設計中，以患者的身心訴求為依據，結合光、聲音、空氣、溫度、濕度、材料等環境媒介以設計環境。物理環境氛圍，就像是空氣一般，從不缺席我們生命的每一秒，無論你在世界的哪一個角落。當然，醫院也不例外。他們就像“利器”，本無利弊，取決於我們怎麼使用它。我們可以通過調整物理環境氛圍，在醫療環境下給患者以及醫護人員帶來更多的舒適感、安全感，來共同創造一個真正舒適的醫院療愈空間。

#### 參考文獻：

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 *Arvicantis 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>

# 燒傷後創傷後應激障礙的管理

王愛琳，劉婧，邱佳盈，董怡悅

四川大學華西醫院

燒傷是一個全球性的公共衛生問題，燒傷是熱力（火焰、熱水、熱蒸汽、熱油、熱水泥等）、電流以及化學物質和放射性物質作用於人體皮膚、黏膜、肌肉等造成的損傷。燒傷主要是皮膚損害，嚴重者可傷及皮下組織、肌肉、骨骼、關節、神經、血管甚至內臟，可發生一系列的局部和全身性反應或損傷。燒傷在社會經濟地位低下和欠發達地區更為普遍，但總體而言，近年來燒傷發生率和燒傷嚴重程度有所下降，死亡率和住院天數總體上有所下降<sup>[1]</sup>。燒傷按深度可分為 I 度燒傷、淺 II 度燒傷、深 II 度燒傷和 III 度燒傷。I 度燒傷僅傷及表皮的一部分，常於 3~5 天內癒合。淺 II 度燒傷波及整個表皮和部分乳頭層，一般經 1~2 周左右癒合，不留癍

痕。深 II 度燒傷深及真皮乳頭層以下，一般需 3~4 周自行癒合，常留有癍痕。III 度燒傷一般指全程皮膚的燒傷，表皮、真皮及皮膚附件全部毀損，創面修復依賴於手術植皮或皮瓣修復。目前大多數研究僅關注燒傷大小，沒有考慮燒傷深度。

多年來，隨著治療方式的進步，燒傷患者的生存率不斷提高。然而，持續被掩蓋的是燒傷患者的情感痛苦和整體情感需求，而不是物理治療的需求。有些人可能會發展為急性應激障礙（ASD），多達三分之一的燒傷患者也會發展為創傷後應激障礙（PTSD）。有時燒傷患者的臨床表現也符合亞綜合征性創傷後應激障礙<sup>[2]</sup>。PTSD 是指個體經歷、目睹或遭遇到一個或多個涉及自

身或他人的實際死亡，或受到死亡的威脅，或嚴重地受傷，或軀體完整性受到威脅後，所導致的個體延遲出現和持續存在的精神障礙。PTSD 患者的主要表現有閃回、回避和警覺性增高。閃回指患者在不自主的情況下反復想到創傷事件或場景人物，回避指患者主觀上避免接觸與創傷事件相關的環境、物品和相似事件，警覺性增高表現為聽到一點聲響就出現驚跳反應、入睡困難或睡眠不深、易激惹、注意力難以集中、過分擔驚受怕等<sup>[3]</sup>。

### 一、燒傷患者 PTSD 的影響因素

燒傷患者 PTSD 的發生及其發生的強度因人而異，主要的影響因素與燒傷的疾病特點、患者的個人特徵和環境都有關。

與燒傷有關的因素有燒傷面積、部位和深度<sup>[4, 5]</sup>。劉學生等<sup>[5]</sup>指出燒傷面積大於等於 40% 以及燒傷部位為頭面部是影響 PTSD 程度的主要因素。燒傷面積越大，應激反應越強烈，同時會更加

影響患者的預後。由於頭面部大面積暴露於視野，頭面部燒傷患者面臨歧視、排斥等社交問題，很大程度地影響患者的社交積極性。

與患者有關的因素有患者的性格與心態、生活經驗<sup>[4]</sup>。心理彈性問卷（Connor - Davidson resilience scale, CD-RISC）評分與創傷後應激障礙呈負相關<sup>[6]</sup>。心理彈性是一個動態的過程，指個體在接受後天的強化心理彈性教育與訓練後能夠提高其在逆境和壓力中的靈活應對能力的過程<sup>[7]</sup>。心理彈性較高的患者往往有較高的環境適應力及心理復原能力，在面對燒傷時更能積極應對。除此之外，反芻反應量表（ruminative responses scale, RRS）評分、傷殘接受度量表（the acceptance of disability scale, ADS）評分、大五人格問卷神經質分量表（NEO FFI-N）評分也是燒傷後患者出現 PTSD 的預示因素<sup>[5]</sup>。

與環境有關的因素有醫院的環境。

經歷過長的住院時間、不好的住院體驗及入住 ICU 的燒傷患者發生 PTSD 的概率較大<sup>[8]</sup>。

總之，燒傷患者在病情穩定後會開始關注自身的病情對未來生活帶來的可能性影響，包括軀體功能受限（如肌力下降、關節活動度受限）、自理能力下降、社會功能受損等。對於大多數的患者，接受自身傷殘情況是非常困難的。他們會過分在意他人的評價，從而拒絕與外界交流，產生抑鬱、焦慮等負性情緒，併發生 PTSD。

## 二、治療方法

### 1. 中醫方法

對燒傷患者來說，嚴密監測創面及滲液情況是非常必要的。此時，可以使用燒傷膏來保護創面、消炎止痛、除腐生肌、抑制癍痕增生<sup>[9, 10]</sup>。其中朱思平等<sup>[9]</sup>使用自製的新中藥濕潤燒傷膏配方為紅花 50g，桃仁、大黃、白蠟各 200g，黃連 250g，黃柏、紫草各 300g，白芷、凡士林各 500g，地榆、虎杖、香油各

1000g，並用麻油煎炸濾去渣。另外，對創面邊緣進行推、揉為主的按摩與創面檢測一樣可以通過減少患者的痛苦來降低患者焦慮情緒，以此來緩解應激相關症狀。

### 2. 西醫方法

首先，嚴重的疼痛是燒傷患者必經的考驗，基於此提出的階梯式急性疼痛管理將疼痛程度分級，並根據等級制定個體化的鎮痛方案，以便進行階梯式鎮痛處理，促進患者康復<sup>[11, 12]</sup>。臨床上對中度疼痛患者給予對乙醯氨基酚混懸滴劑口服治療，對重度疼痛患者給予嗎啡靜脈注射等<sup>[13]</sup>。沈軼彬等<sup>[13]</sup>的結論是，對燒傷患者採用階梯式急性疼痛管理，可改善患者 PTSD 的程度，緩解其心理壓力。

其次，對於患者焦慮和抑鬱情緒的管理也十分重要。藥物治療是情緒相關障礙的一線治療方法，應用選擇性 5-羥色胺再攝取抑制劑（SSRI-s）聯合音樂療法，可以有效降低燒傷患者焦慮和

抑鬱程度，且能有效促進創面癒合<sup>[14]</sup>。另外，提高患者的心理彈性水準，可以有效改善 PTSD 的發生<sup>[5, 15]</sup>。臨床可通過積極心理學培養患者產生積極、自信的心態，同時聯合家庭、社會支持，為患者提供良好的外部環境，以提高患者的心理彈性<sup>[6]</sup>。查曉慧等<sup>[15]</sup>認為，以認知行為療法、放鬆技巧和社會支持為主的心理彈性干預措施的同時，制定規範、系統的預防護理實踐方案作為心理彈性干預來加強患者心理彈性，可以有效提高嚴重燒傷患者的心理彈性水準。

再次，對患者及家屬的教育也是燒傷後 PTSD 的影響因素之一<sup>[16]</sup>。應該最先進行的是燒傷的疾病教育，包括燒傷的治療要點、傷口護理要點、家屬的照顧要點等。之後，可以通過向患者以及家屬介紹治療成功的案例來減輕患者的焦慮和抑鬱情緒，增強患者的自信心，幫助患者更好地面對疾病配合治療。最後，需要根據患者的自身情況，制定合

理的行為鍛煉方法，肯定患者的堅持，鼓勵患者的進步。

最後，燒傷病程長，對外觀外貌有一定影響，燒傷患者出現 PTSD 相關症狀的預防及緩解需要考慮患者出院後的情況。在患者出院前，可以結合患者心理狀態評估結果制定針對性的心理疏導方式；在患者出院後，可以通過多種社交平臺使治療具有延續性，以便瞭解患者出院後存在的問題，並對患者和家屬存在的疑惑進行耐心解答，給予其正確指導，使患者出院後能夠獲得高質量的院外護理。張瑞等<sup>[17]</sup>的研究表明，運用這種方式有助於減輕頸部大面積燒傷患者 PTSD 的症狀。

綜上，目前已有多種方法可以用於減輕患者燒傷後 PTSD 的症狀，且有較為明顯的效果。同時，目前在此領域，康復治療專業的研究成果較少，可作為未來的研究方向。

## 參考文獻

- [1] Smolle C, Cambiaso-Daniel J, Forbes AA, et al. 全球燒傷流行病學的最新趨勢：系統評價。 *燒傷*. 2017;43(2):249-257. DOI: 10.1016/j.burns.2016.08.013
- [2] Lodha P, Shah B, Karia S, De Sousa A. 燒傷後的創傷後應激障礙 (PTSD)：全面的臨床審查。 *安·伯恩斯火災災難*. 2020;33(4):276-287.
- [3] 孫學禮. 精神病學 (第四版) [M]. 北京：人民衛生出版社，2018.
- [4] 唐洪泰, 朱峰. 危重燒傷後的急性應激反應 [J]. *中華燒傷雜誌*, 2017, 33 (11): 657-659. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1009-2587.2017.11.001
- [5] 劉學生, 李黎, 陳國棟. 燒傷感染患者發生創傷後應激障礙的影響因素 [J]. *河南醫學研究*, 2022, 31(18):3382-3385.
- [6] 郭曉東, 賈亞南, 王愛花, 等. 住院高位妊娠患者創傷後應激障礙發生現狀及影響因素分析 [J]. *中華現代護理雜誌*, 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, 劉石勇. 新中藥濕潤燒傷膏治療燒傷 780 例 [J]. *中國中西醫結合外科雜誌*, 2011, 17(1):93-94.
- [10] 王秀娟, 高亞東, 韓麗芳. 燒傷膏治療燒傷患者的中醫護理分析 [J]. *內蒙古中醫藥*, 2016, 35(12):148-149.
- [11] 吳巍巍, 路英慧, 程丹, 等. 燒傷患兒的疼痛評估及非藥物干預研究進展 [J]. *中華燒傷雜誌*, 2020, 36(1):76-80. DOI:10.3760/cma.j.issn.1009-2587.2020.01.012.
- [12] 賈曉丹, 修世宇. 燒傷患者持續燒傷相關疼痛的影響因素及預防對策 [J]. *醫療裝備*, 2019, 32(15):160-162. DOI:10.3969/j.issn.1002-2376.2019.15.096.
- [13] 沈軼彬. 階梯式急性疼痛管理對燒傷患兒創傷後應激障礙的影響 [J]. *浙江醫學*, 2022, 44(02):194-195.
- [14] 吳孝蘋, 王東, 孫充洲, 等. 選擇性 5-羥色胺再攝取抑制劑及音樂治療對燒傷後情緒及創面癒合的影響 [J]. *中國組織工程研究*, 2004, 8(35):7936-7938.
- [15] 查曉慧, 曾秀仁, 黃美霞. 基於循證構建的心理彈性干預對嚴重燒傷患者創傷後應激障礙發生的影響 [J]. *中國醫藥科學*, 2020, 10(07):119-122.
- [16] 張笑雪, 景福琴, 馮可. 知信行護理干預對燒傷科住院患者創傷後應激障礙的影響 [J]. *現代診斷與治療*, 2021, 32(15):2502-2503.
- [17] 張瑞, 任新穎. 延續性護理干預在頸部大面積燒傷患者中的應用效果及對創傷後應激障礙發生情況的影響 [J]. *臨床醫學研究與實踐*, 2021, 6(24):172-174. DOI: 10.19347/j.cnki.2096-1413.202124057.

# 作業治療與自閉症心理健康

胡岱 北京優術康源繼續教育

## 一、自閉症與心理健康

近年來，自閉症兒童的發病率呈顯著上升趨勢。2021年12月美國疾病控制與預防中心（CDC）最新統計自閉症譜系障礙的發病率為1/44，而《中國自閉症教育康復行業發展狀況報告II》發佈，報告顯示目前中國自閉症患病率估計約1/68，自閉症人數超過1000萬。來自世界衛生組織WHO的全球平均發病率約1%（Zeidan J et al. Autism Research 2022 March WHO），男女比例約是3:1（Loomes et al., 2017）。如此快速的增長，其中一個原因是在1994年自閉症診斷標準修訂，將非典型自閉症、阿斯伯格綜合征、高功能自閉症等納入了自閉症譜系障礙的範疇，放寬了納入標準。目前《第五版精神障礙診斷與統計手冊》（5th ed.; DSM-5; American Psychiatric Association, 2013）關於自閉症的診斷標準如下：

- ①在社會交往和社會互動的多個層面上有持續缺陷；
- ②受限、重複的行為方式、刻板的興趣和活動；
- ③以上症狀必須在早期發育階段就出現；
- ④以上症狀已經在社交、工作和學習等領域造成明顯的障礙。

自閉症的功能障礙也是不一樣的，我們常說臨床上沒有兩個自閉症患者是一樣的，他們的需求也各不一樣，例如有的低功能患者依賴性大需要24小時照顧，而有的高功能自閉症只是生活中需要多一點



時間來理解和處理事物。當然，大多數自閉症患者在某種程度上都有一些共同特徵，包括難以識別或理解他人的感受並表達自己的感受；感覺刺激會帶來壓力，例如明亮的燈光、嘈雜的噪音和擁擠的空間之類的事情會產生焦慮和緊張情緒；更喜歡熟悉和規律的日常生活，對意想不到的變化或不熟悉的情況感到焦慮或不安；高度集中和刻板的興趣或愛好；需要更長的時間來理解資訊；除了挑戰和困難，也有一些患者的狀況有積極的一面：例如，比其他人更有創造力、更堅定、更專注或更容易接受他人和事物。

就像其他人一樣，自閉症患者也可能患上其他心理疾患，事實上由於自閉症的特殊性和對心理造成的壓力，兒童同時有焦慮、抑鬱、注意力缺陷多動障礙（ADHD）或強迫症（OCD）等心理健康問題的比例都比正常人高。最新的文獻顯示注意力缺陷多動障礙的總體合併患病率估計為 28%；焦慮症大約為 20%；睡眠障礙為 13%；破壞性、衝動控制和行為障礙為 12%；抑鬱症為 11%；強迫症為 9%；雙向情感障礙為 5%；精神分裂症譜系障礙為 4%；進食障礙大約為 1%—6%，其中女性患者心理問題的比例要高於男性（Meng Chuan Lai, et al. 2019; Micali et al., 2013; Botha and Frost, 2018）。目前關於自閉症併發心理疾患具體原因的研究不多，推測的因素包括：難以融入或理解這個世界，導致抑鬱和焦慮的感覺；由於社交和語言的功能障礙，遮蔽了他們的心理健康問題；家庭和本人對共患基本所帶來的恥辱和歧視比較敏感；還可能是因為心理問題不太可能獲得適當的支持而放棄，例如，有些常規的治療方式可能不適合這些自閉症患者，

或者治療師也不知道如何調整他們的方法來幫助此類心理問題。

## 二、作業治療提供的支持

由於具備作業表現、活動分析和設計、環境分析、神經生理學、心理社會發展和群體動力學等方面的專業知識，作業治療師有資格也有能力提供針對自閉症患者的心理服務和支持。我們在與其他心理健康服務提供者（如心理學家、社會工作者、精神病醫生等）互動時，需要闡明作用治療服務的獨特價值，也就是使用基於循證的有意義的活動，可以促進日常生活的參與和心理健康。心理學領域的研究已經證實，參與能產生積極情緒的有意義的作業活動有助於增強心理彈性並促進心理健康 (Donaldson, Csikszentmihalyi, & Nakamura, 2011; Fredrickson, 2004)。另外，對兒科作業治療實踐的循證文獻也表明，以活動為導向的遊戲、休閒和娛樂干預有助於改善兒童的社會交往、自尊建立和產生積極情緒，並減少行為問題 (Bazyk & Arbesman, 2013)。

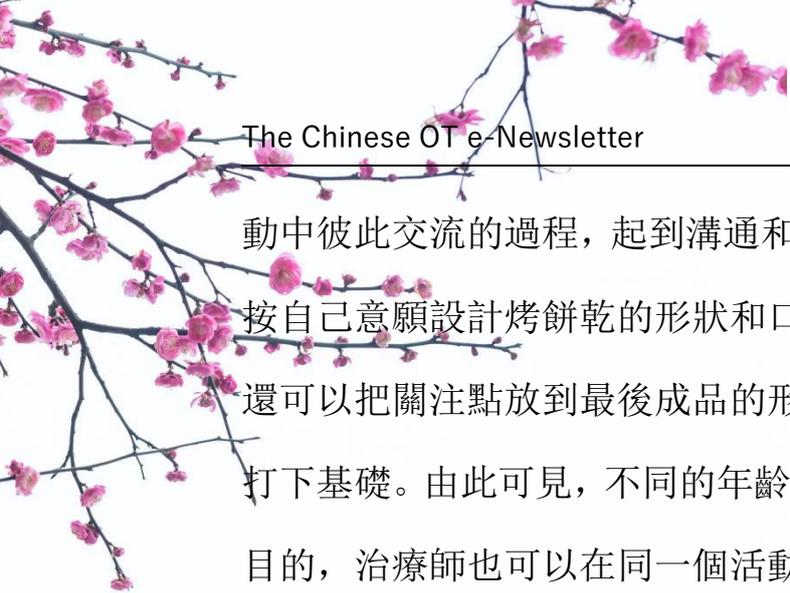
在評估階段，作業治療師常見的方法包括家長和教師問卷，臨床互動觀察，教室表現觀察和標準化工具的使用，來找出孩子在自閉症和心理疾患雙重影響下作業活動參與受限的程度，常用的標準化工具有 Children's Assessment of Participation and Enjoyment (CAPE) and Preferences for Activities of Children (PAC)；Miller Function and Participation Scales (M-FUN)；School Functional Assessment (SFA) 和 The Short Child Occupational Profile (SCOPE)

等。另外，作業治療師雖然很少對兒童的心理疾患進行診斷，但也可以利用一些專門的工具進行初步的心理狀態判斷和篩查，例如，Children's Depression Inventory 2nd Edition (CDI 2) 和 Infant Toddler Social Emotional Assessment (ITSEA) 等等。

結合評估結果和家長關心的問題，形成短期和長期目標，以及制定一對一和小組的治療方案，其治療原則包括：

- ①提供成功的機會；
- ②幫助兒童建立新的興趣愛好和維持老的愛好；
- ③促進健康的睡眠規律；
- ④提升兒童和青少年的社交能力，與他人良好相處，結交和保持友誼；
- ⑤習慣在小組和群體環境中活動；
- ⑥情緒管理，應對挫折和憤怒；
- ⑦允許適當的自我表達；
- ⑧鼓勵承擔責任和解決問題。

其中小組活動對於自閉症的心理健康促進有著重要的貢獻，前提是能找到功能相近的小朋友配隊，並能找到符合成員興趣的活動，要求每個小朋友有自己特定的角色，必要的話提前教會活動中需要技能。例如，3個4-5歲孩子做橡皮泥的活動，孩子1負責把橡皮泥搓成小球，並交給孩子2用玩具模具壓成三角或五角星等形狀，孩子3把壓好的形狀匹配並粘到畫紙或者小白板上，可以培養孩子等待和控制情緒的能力，並能體會成功和習慣和其他孩子一起互動的感覺。又比如一個16-18歲青少年的烘焙小組活動，治療師可以把重點放在促進活



動中彼此交流的過程，起到溝通和緩解焦慮的作用，也可以鼓勵組員按自己意願設計烤餅乾的形狀和口味，促進自我表達和自信的建立，還可以把關注點放到最後成品的形成，為自理或將來在相關領域就業打下基礎。由此可見，不同的年齡不同的主題都會有靈活多變的治療目的，治療師也可以在同一個活動中設計出不同的目標。

總之，要提高自閉症兒童的心理健康服務品質，需要多方努力和改變，包括提升社會和家長對共患心理疾病的包容性，以及醫療團隊對自閉症心理疾患的篩查和診斷能力，最後是治療師除針對該領域治療能力的學習和提升。

## 參考文獻

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.

# 基於 SOAP 格式的作業治療記錄臨床實踐

李鑫 中山大學附屬第三醫院

SOAP 是英文首字母的縮寫，這四個字母分別代表患者資訊的四個部分。S 即 subjective data，指主觀資料；O 即 objective data，指客觀資料；A 即 assessment and analysis，指對患者的評估與分析；P 即 plan，指治療計畫。

早在 20 世紀，美國人 Lawrence Weed 提出了一種組織康復治療記錄的系統，稱為問題導向的康復治療記錄（problem-oriented medical record, POMR），SOAP 是這個系統中的一部分。POMR 表格的開頭有一系列關於患者的問題，每位治療人員都要分別書寫對應於某個問題的一份 SOAP 記錄。但中國的醫療機構並未採納 POMR 系統，而是採用了來源導向的醫療記錄（source-oriented medical record, SOMR）。但無論如何，POMR 系統的一大貢獻就是推廣了 SOAP 記錄的使用。

隨著近年來不斷改進原始的 SOAP 記錄的格式，它已經成為康復治療記錄的實用工具。我科在此基礎之上不斷完善，形成了自己的 SOAP 格式的記錄，並在臨床應用，介紹如下。

## 一、初始記錄

### （一）主觀資料

“S”中應該包括治療師在患者處獲取的關於他（她）的損傷或問題的所有資訊，由患者的家屬或陪護所提供的資訊同樣應納入主觀

資料的資訊中（見圖 1）。

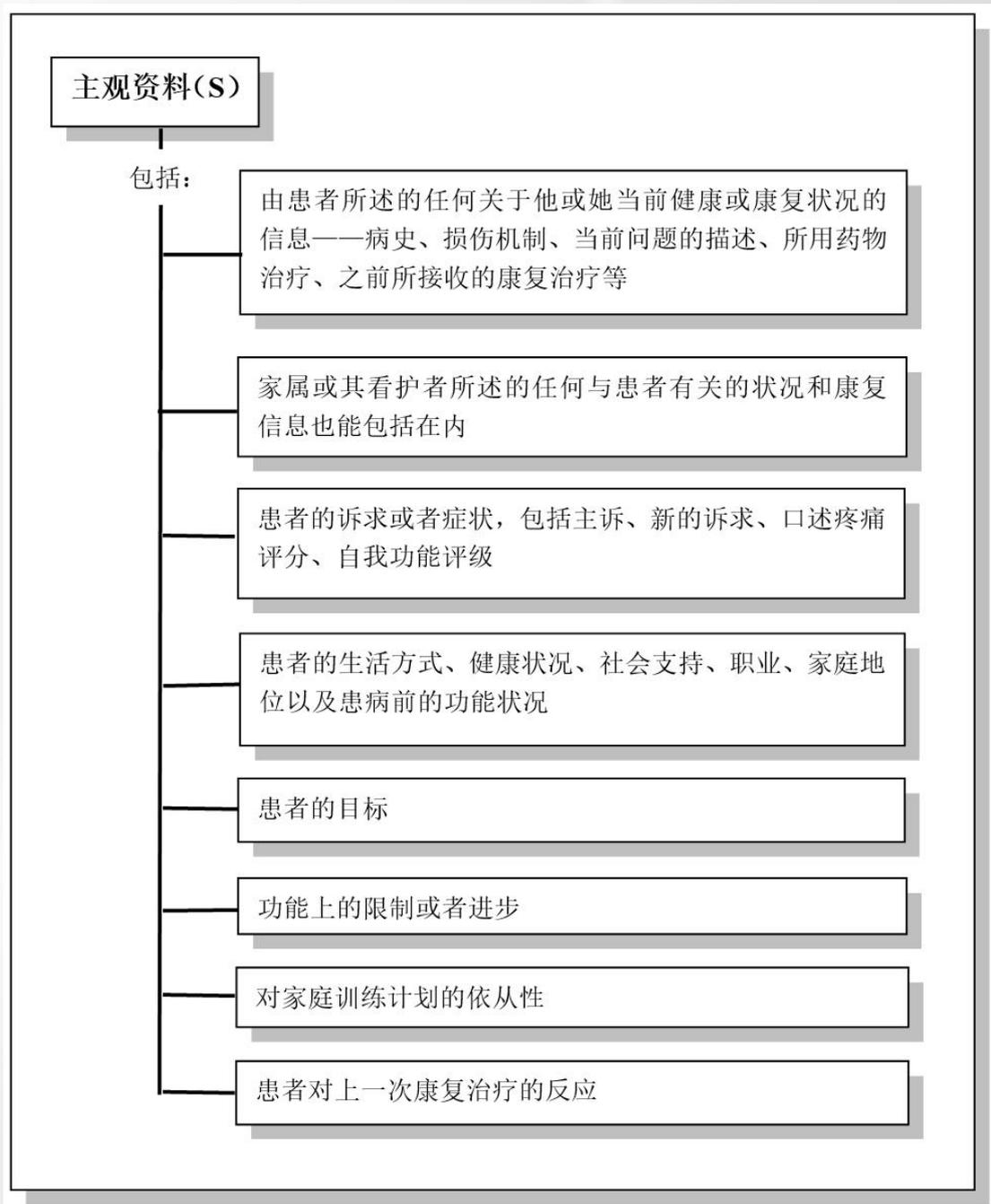


圖 1 主觀資料

## （二）客觀資料

“O”中應包括相關的測試與檢查、患者近期的功能狀態，主要記錄量表或儀器評估的結果。

1. 作業範疇（如 ADL、IADL、工作、社交） 記錄每個功能表現和患者因素是如何影響患者在相關作業範疇的表現，包括治療師輔助的程度、所需的設置、適應性設備或技術、提示的種類、照顧者的教育、體位，以及患者的反應。此外，還應描述患者對他人的意識、對話的發起，與同組人的互動等情況。

2. 患者因素（如 ROM、肌力、水腫、感覺） 提供具體的測量結果，例如水腫的周徑或體積，握、捏肌力，PROM 和 AROM，感覺完整或損傷。

3. 功能表現（如平衡、協調、認知、行為） 記錄平衡是靜態的還是動態的，患者身體是否有傾斜，是否存在旋轉體位，負重是否對稱；記錄左/右利手、抓握的形式、有無目的性的抓握和鬆開，以及粗大運動和精細運動能力；報告方向、任務啟動、保持任務的能力，排序、判斷、遵循指令操作的能力；還要記錄患者治療過程中的心理行為狀態，如躁動、嗜睡、焦慮、強迫症等。

### （三）評估與分析

“A” 這裏應包含作業治療診斷、長期目標以及短期目標。

功能診斷作為 SOAP 評估記錄區的重要內容之一，是治療師對影響患者日常生活活動的損傷及功能限制的描述，同時也是對主觀資料和客觀資料的進一步解釋。完整的功能診斷必須包含損傷及功能限制兩個部分。損傷是指骨骼、關節、肌肉、韌帶、肌腱、神經和皮膚的

異常或功能障礙，或者是由於腦、脊髓、外周神經、肺部或心血管系統病變而造成的動作上的問題。功能上的限制是指功能性活動能力的不足或喪失，即 ADL 能力的下降。

長期目標（long-term goals, LTG），即預期的功能性治療結果，是描述患者完成康復治療後或者出院時所能達到的執行活動或工作的能力，以支持個體之身體、心理以及社會的健康，實現有意義的生活。

對於臨床功能障礙的康復，通常至少需要設立一個長期目標，有時還可能需要更多。在治療過程中每天或者每週都可能設立一些小的目標，這些小目標被稱為短期目標（short-term goals, STG）。一個長期目標通常是由數個短期目標組成。

#### （四）計畫

“P”是患者所接受的干預措施，必須包括以下內容：①形式；②部位；③時間；④強度；⑤體位。

## 二、進展記錄

治療進展需要定期記錄（通常每週一次），進展記錄可包括干預程式的概要資訊和患者朝向目標的進步情況。記錄同時會建議繼續/停止治療以及推薦在適當的時機轉介給其他醫療機構。進展記錄包括以下內容：

1. 所提供治療的概要 簡單說明治療的頻率和已經提供治療的時長，使用的技術和策略，所提供的環境改良和作業改良，所提供的

輔助器具和支具，藥物、教育或其他相關的患者最新資料，患者對作業治療干預的反應。

2. 患者目前的能力 患者朝向目標的進步和患者在作業方面的表現。

3. 計畫或推薦 推薦患者繼續/改變原治療方案及其依據。

### 三、出院記錄

出院記錄常用於總結患者整體功能的改善情況及在必要時推薦轉診或繼續治療，一般內容包括日期、目的、初始狀態、治療過程、進展、進一步治療的推薦。

#### （一）治療過程小結

第一次和最後一次治療的時間，頻率，治療次數，治療方法的總結，與目標一致的進步情況，康復治療的結果，關於治療效果的評價。

#### （二）推薦

與患者未來的需求相關的建議，具體的後續計畫，推薦至其他醫療專業或機構。

以下通過一份完整的 SOAP 記錄舉例，瞭解我科的作業治療患者的治療轉歸。

## 舉例：

吳 XX，男，41 歲，X 區 XX 床，發病時間：2022.10.03，接診日期：2022.10.12  
臨床診斷：腦出血 MR/CT /X-Ray： 右側基底節區出血

### 初始評估記錄

一、S（主觀資料） 陳述者：患者本人、患者妻子

- 1.主述：左側肢體活動不利 8 天
- 2.現病史：
  - (1) 開始康復治療時間：2022 年 10 月 8 日
  - (2) 治療手段：物理治療、針灸、高壓氧，效果不顯著
- 3.既往史：
  - (1) 高血壓病史，既往有腎結石
  - (2) 發病前功能完全獨立
- 4.社會史：
  - (1) 生活方式：職業 IT 人員，愛好：圍棋
  - (2) 個人狀況：文化水準：大學；婚姻狀況：已婚；醫療關係：醫保
  - (3) 居住情況：同住者：妻子，家有電梯，坐廁，淋浴
- 5.情感或態度：患者與家屬均積極配合
- 6.患者目標：改善認知，回歸工作
- 7.疼痛：無
- 8.目前輔具使用情況：無

二、O（客觀資料）

- 1.認知評估：評估時間：2022-10-12
  - (1) MoCA：22/30 分
  - (2) BIT：53/146 分
- 2.肢體功能：評估時間：2022-10-12
  - (1) 坐位平衡：1 級
  - (2) 站位平衡：0 級
  - (3) 偏癱側和利手：左，右利手
  - (4) 左上肢近端肌群肌力 2-級，遠端肌群肌力 1 級
  - (5) FMA 上肢：15/36 分；腕手：3/30 分
  - (6) PROM：正常

(7) 協調：指鼻試驗：震顫：正常；辨距不良：正常；速度：無

(8) 感覺：觸覺：消失；痛覺：消失；本體覺：消失

(9) 無肩關節半脫位、無腫脹及攣縮

3.ADL 評估：評估時間： 2022-10-12

改良 Barthel 指數：35/100 分，其中：大便 10/10，小便 10/10，修飾 3/5，用廁 0/10，進食 10/10，轉移（床椅）0/15，行走 0/15，穿衣 2/10，上下樓梯 0/10，洗澡 0/5

### 三、A（評估分析）

1.作業治療診斷：左上肢肌力下降及左側忽略導致 ADL 重度功能障礙。

2.主要問題：

(1) 左上肢及手功能障礙：

①肌力減退：上肢近端肌群肌力 2-級，遠端肌群肌力 1 級；

②感覺消失：左上肢觸覺、痛覺及本體覺消失；

③FMA：18/66 分，提示左上肢及手功能重度受損。

(2) 認知知覺功能障礙：

①輕度認知障礙：MoCA：22/30 分；

②左側單側忽略：BIT：53/146。

(3) ADL 重度依賴：MBI：35/100 分，大小便可自行控制，進食獨立，修飾中等量幫助下完成，穿衣需大量幫助，其餘完全依賴。

3.個人/環境因素的優勢：

(1) 家屬照顧，本人及家屬積極配合，目標明確；

(2) 患者目前病程 10 天，左上肢已經有部分肌力恢復；

(3) 大學本科學歷，學歷高，年齡較輕。

4.長期目標：

3 周內，能在少量幫助下穿開襟上衣，獨立洗臉、刷牙；能有意識轉向患側，尋找物品。

5.短期目標：

1 周內，左上肢近端肌力達到 3 級，遠端肌力達到 2 級；

1 周內，能通過日曆說出正確的日期。

### 四、P（計畫）

1.增強上肢肌力訓練：以下訓練 1 次/天，5 天/周

(1) 磨砂板訓練：10 個/組，3 組/次；

- (2) 肩推器訓練：10 個/組，5 組/次。
- 2.改善單側忽略訓練：以下訓練 1 次/天，5 天/周
- (1) 感覺刺激：用不同粗糙的刷子刺激患側與健側，5min/次；
- (2) 下棋：使用黑白兩種顏色的棋子，放在患者健側，讓患者用健手拿起黑棋放在患側，15min/次；
- (3) 撲克牌遊戲：認大小，10min/次。
- 3.rTMS，左側頂葉，1Hz，90%rMT，1000 個。
- 4.ADL 訓練：穿開襟上衣訓練，15min/次，2 次/周。
- 5.宣教：
- (1) 與家屬宣教，在患側跟患者聊天，把常用物品放置在患側。
- (2) ADL 能獨自完成的部分讓患者自行完成，盡可能地少提供幫助。

治療師：李 XX

日期：2022-10-12

## 治療進展記錄

### 一、主客觀資料

- 1.家屬述患者吃飯已可以吃到患側這邊的食物，可打字，正常回復微信的資訊。
- 2.FMA：31/66，手及上肢功能中度受損。
- 3.MBI：43/100，中度功能障礙。
- 4.BIT：134/146，提示不存在單側忽略。

### 二、評估

#### (一) 治療進展

經 rTMS、磨砂板、肩推器、下棋訓練，左側近端肌力由 2-進展至 2 級；FMA 由 18 分進展至 31 分，手及上肢功能由重度受損進展至中度受損；MBI 由 35 分進展至 43 分，ADL 由重度功能障礙進展至中度功能障礙；BIT 由 53 分進展至 134 分，單側忽略基本消失。

#### (二) 目前存在問題

##### 1.左上肢及手功能障礙：

- (1) 肌力減退：上肢近端肌群肌力 2 級，遠端肌力 1 級；
- (2) 感覺消失：觸覺、痛覺、本體覺消失；
- (3) FMA：31/66 分，提示左上肢及手功能中度受損。

2.ADL 中度功能障礙：MBI：43/100 分，大小便可自行控制，進食獨立完成，

修飾中等量幫助下完成，轉移、如廁、穿衣需大量幫助，其餘完全依賴。

### (三) 目標

2 周內：患者可在監護下穿脫開襟上衣。

### 三、計畫

1.磨砂板訓練、肩推器訓練：各 10 個/組，3 組/次，每天 1 次。

2.感覺刺激：用不同粗糙的刷子刺激患側與健側，5min/次，每天 1 次。

3.下棋：使用黑白兩種顏色的棋子，放在患者健側，讓患者用健手拿起黑棋放在患側，15min/次，每天 1 次。

4.撲克牌遊戲：認大小，10min/次，每天 1 次。

5.TMS，左側 M1，1Hz，100% rMT，1000 個，每天 1 次。

6.ADL 訓練：穿開襟上衣訓練，15min/次，2 次/周。

治療師：李 XX

日期：2022-10-20

## 出院記錄

### 一、入院時主要問題

1.左上肢及手功能障礙

(1) 肌力減退：上肢近端肌群肌力 2-級，遠端肌群肌力 1 級；

(2) 感覺消失：左上肢觸覺、痛覺及本體覺消失；

(3) FMA：18/66 分，提示左上肢及手功能重度受損。

2.認知知覺功能障礙：

(1) 輕度認知障礙：MoCA：22/30 分；

(2) 左側單側忽略：BIT：53/146。

3.ADL 重度依賴：MBI：35/100 分，大小便可自行控制，進食獨立，修飾中等量幫助下完成，穿衣需大量幫助，其餘完全依賴。

### 二、治療總結

患者從 10.12 開始康復訓練，一共接受了 12 次治療，經過肩推器、磨砂板訓練、rTMS、ADL 宣教後，患者如廁由 0 分進展到 2 分，穿衣由 2 分進展到 8 分，轉移由 0 分進展到 12 分；經過撲克牌、下棋訓練，患者 BIT 由 53 分進展到 134 分。

### 三、出院前檢查

1.FMA: 31/66 分，提示左上肢及手功能中度受損。

2.MBI: 45/100 分，中度功能障礙，生活依賴明顯，其中大小便可自行控制，進食獨立完成，轉移、穿衣少量幫助下完成，修飾中等量幫助下完成，如廁大量幫助下完成，其餘完全依賴。

3.左上肢近端肌力 3+級，遠端肌力 2 級。

#### 四、已解決問題

1.患者如廁由完全依賴進展到需大量幫助，穿衣由整個過程需要幫助進展到監護下完成，轉移由完全依賴進展到有人提示下完成。

2.患者從之前會忽略患側物品和打字時找不到字等問題，進展到現在吃飯可以吃到患側食物，可完成打字，正常回復微信消息，單側忽略症狀基本消失。

#### 五、出院時主要問題

1.左上肢及手功能障礙：

(1) 肌力減退：上肢近端肌群肌力 3+級，遠端 2 級；

(2) 感覺消失：觸覺、痛覺、本體覺消失；

(3) 左上肢及手功能中度受損。

2.ADL 中度功能障礙，生活依賴明顯。

#### 六、出院指導

建議患者轉院繼續治療，延續目前的治療方案：

1.增強上肢肌力訓練：以下訓練 1 次/天，5 天/周

(1) 磨砂板訓練：10 個/組，3 組/次；

(2) 肩推器訓練：10 個/組，5 組/次。

(3) 彈力棒訓練：前部旋前旋後練習，10 個/組，3 組/次。

2.改善單側忽略訓練：以下訓練 1 次/天，5 天/周

(1) 感覺刺激：用不同粗糙的刷子刺激患側與健側，10min/次；

(2) 下棋：與患者進行五子棋對戰，15min/次；

(3) 撲克牌遊戲：與患者進行打撲克對局，10min/次。

3.rTMS，左側 M1，1Hz，100% rMT，1000 個。

4.ADL 訓練：穿脫衣服、褲子、鞋襪訓練，15min/次，2 次/周。

治療師：李 XX

日期：2022-10-26

從本記錄可以瞭解到，患者早期即進行康復介入，預後良好，通過記錄的內容，可以很好地把控患者的治療方向及治療方案，在康復質控中起到重要作用。許多治療師在臨床中過分關注治療的實施以及技術水準的提高，往往會忽略了文書方面的能力提高，隨著國家對康復的重視，治療記錄會逐步納入三甲考核中，需要治療師們提高文書記錄能力，把文書記錄作為日常臨床診療的常規內容。

# 作業治療在腫瘤康復的應用

賴西癸 上海體育學院

根據世界衛生組織國際癌症研究機構（IARC）發佈的 2020 年全球最新癌症負擔數據，由於人口增長和老齡化，主要的高危癌症尚未出現顯著下降趨勢，一些國家的癌症負擔迅速增加。預計到 2040 年，全球癌症負擔將達到 2840 萬例，比 2020 年增加 47%<sup>1</sup>，提供全面的癌症照護，對於全球癌症控制至關重要。在此報告中提到中國已經成為名副其實的“癌症大國”，新發病例和死亡人數均位列全球第一。

癌症患者的存活率在過去 30 年中有了顯著提高，獲得更長的生存期，但往往有更高程度的身體、認知和心理障礙<sup>2</sup>，嚴重影響患者的生活品質。由於缺乏超越傳統的醫療干預，如康復治療，從而損害患者的功能，並限制了患者在生存期間的活動和參與<sup>3</sup>。癌症患者的康復需求是巨大的，主要體現在疲勞、衰弱、淋巴水腫、活動能力下降和認知受損等，這些功能障礙問題其實都是康復治療的服務範疇，但是這些患者不知道可以從哪里獲得相關的醫療支持來幫助改善他們的症狀。研究發現，在估計 87% 被認為需要作業治療的老年癌症倖存者中，只有 32% 的人在癌症診斷的前 2 年內接受了作業治療<sup>4</sup>。

作業治療可以顯著提高癌症倖存者參與活動的能力，從而提高生活品質。然而，目前大眾和臨床腫瘤專家對癌症患者進行作業治療服務知之甚少。最近的研究發現，作業治療可以為癌症患者的三個主要的 ICF 領域提供干預：提高生活品質（活動和參與層面）、症狀管理（身體結構和功能層面）和環境改造（環境層面）<sup>5</sup>，涉及多種干預措施，包括 ADL 再訓練、疼痛和疲勞管理的教育和策略、改善上肢功能、淋巴水腫管理、提供輔具、家庭環境改造、活動適應、社會和休閒

興趣的改變、放鬆和壓力管理訓練。

## 如何評估癌症患者轉診到作業治療的必要性

癌症相關的功能障礙是一個緩慢的過程，有些可能難以識別。在繁忙的腫瘤臨床治療中，如何快速確定何時將患者轉診到作業治療十分重要，這將有助於確定哪些患者將從作業治療服務中受益。

表 1 腫瘤康復中的作業治療評估

評估專案	評估目的
快速篩查問題 <sup>6</sup> ： <ul style="list-style-type: none"> <li>• 患者在過去 6 個月內是否跌倒過？</li> <li>• 在過去幾周內，患者在執行 ADL 或 IADL 任務時是否遇到困難？</li> <li>• 是否有上肢靈活性限制或疼痛限制了日常活動？</li> <li>• 患者在休閒或社交活動中是否存在障礙？</li> <li>• 患者是否有記憶力、注意力或注意力的變化，從而影響了日常活動的參與？</li> </ul>	簡單的問題可以很容易地確定可以從轉診到作業治療中受益的患者
老年綜合評估 <sup>7</sup>	評估功能狀態、跌倒、身體健康、認知和其他結構
患者報告的結局測量資訊系統 <sup>8</sup>	評估患者的生活品質、功能狀態和社會活動參與度

DASH 評估 <sup>9</sup>	評估患者的上肢能力
功能獨立性評測 (FIM) 量表 <sup>10</sup>	更全面、客觀地反映患者的 ADL 能力
基於 ICF 的職業康復核心組合 <sup>11</sup>	全面評估需要重返公眾崗位的癌症倖存者的需求和工作困難

### 作業治療的干預措施

作業治療可以改善多個與癌症及其治療有關的功能障礙。需要注意的是這些功能障礙並不是孤立發生的，而往往是相互關聯的。因此，基於前面提供的作業治療評估，盡可能全面地進行評估，再根據評估結果，選擇合適的作業治療干預措施。

表 2 作業治療需求和潛在的干預措施

臨床結局 (需求)	作業治療干預策略舉例
癌症相關疲勞	建議患者進行結構化的活動修改和優先順序排序，以及使用每日活動日志來監控基於任務的活動和能量模式。需要進行個性化的調整，如將常用物品放在冰箱中易於到達的高度、在夜間定時淋浴等，以節省能量。
認知功能障礙	採取適應性策略，對於有記憶和注意力問題的患者，幫助創建個性化的系統來設置，如藥物提醒，安排約會，並處理購物，烹飪和資金管理的待辦事項類型任務。進行使用紙質地圖和/或含有 GPS 設備的培訓或再培訓，以提高外出導航的獨立性。

跌倒	跌倒預防：居家環境改造，包括在浴缸或淋浴中設置扶手，以幫助進出浴缸或靠近廁所，以幫助從坐姿上升到站立姿勢並安全地上廁所。其他改造包括樓梯扶手、清除危險物體和雜物以及使用防滑墊。
上肢活動受限	可選擇活動、牽伸和改善運動範圍和肌肉力量的方式進行組合，然後根據需要進行功能任務執行和活動或環境的調整訓練。推薦使用輔具，可以提高患者的獨立性，如用於一只手可以進行切割食物的搖臂刀。
淋巴水腫	淋巴水腫教育包括識別加重的風險和可能加重腫脹的活動、適當的活動調整、能量節約技術、自我按摩以及通過完全減充血治療來管理腫脹。
化療誘發的周圍神經病變	通過感覺和功能活動進行適應和代償，如烹飪。調整特定工具以保持 ADL 和 IADL 的獨立性，如在穿衣時協助扣鈕扣的鈕扣鉤。
功能障礙	作業治療可以改善患者的日常生活活動能力，從穿衣、洗澡和使用廁所，到更複雜的 IADL 任務，如組織一天的日程安排、記賬、烹飪以及能夠照顧孩子或年邁的家屬等。

## 未來展望

作業治療師是癌症康復團隊的重要組成，在某些方面，作業治療、物理治療和言語治療的康復目標和技術可能會重疊，但作為一個團隊，它們都致力於提高每個患者的生活品質和認知/功能表現。在臨床上，應該形成明確的腫瘤康復臨

床路徑，以及如何轉介到作業治療，各個部門之間應有更加明確的分工。未來在環境改造<sup>5</sup>和配置輔具<sup>12</sup>等方面，需要進一步研究和探索。此外，在腫瘤的臨床結局上，不應該只有病態和死亡，未來研究應涉及能夠全面反映患者功能狀態的功能結局指標，更能反映出醫療的價值，目前國內在推廣的 ICF 康復組合，也可在腫瘤康復中進行驗證。

由於醫療資源分配不均勻，很多偏遠地方的病人無法及時得到治療，但“互聯網+醫療”技術的出現很大程度上緩解了這一問題，如線上問診、遠程醫療等很大程度上提高醫療服務水準。有研究證實了遠程醫療平臺提供的乳腺癌圍手術期康復計畫的可接受性、實用性和有效性，其中包含遠程的作業治療評估和干預，並且患者的滿意度很高<sup>13</sup>。此外，在 Covid-19 大流行的背景下，遠程作業治療不失為一個更好的選擇。

綜上，作業治療融入癌症患者的日常活動，可幫助患者參與有益的康復活動，促進身體機能、家庭功能的改善，最終回歸常態化生活，實現全面康復。相信作業治療的加入對於癌症疾病負擔會有關鍵的影響，不僅體現在存活時間，更體現在患者的功能狀態和生活品質。

## 參考文獻

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.

# 作業治療助力重返社會

李聰慧 鄭州大學第五附屬醫院 [conghuili@163.com](mailto:conghuili@163.com)

參與是功能的一個方面，在《國際功能、殘疾和健康分類》中，被描述為對生活狀態的參與<sup>[1]</sup>。這包括但是不限於照顧他人、建立和維持人際關係、參與休閒娛樂活動、接受教育、工作等。各種慢性病帶來的殘疾使患者的生活品質、社會參與受到了不同程度的影響<sup>[2]</sup>。對於各種原因導致的社會功能障礙，通過相應的作業治療訓練，從而改善社會功能，提高患者社會參與。本文簡要回顧了臨床常用的社會功能障礙的作業治療技術，從而幫助患者重返社會。

## 獨立生活技術

為了減少對他人的依賴，獨立生活是社會功能障礙患者面臨的挑戰<sup>[3]</sup>。生活技能是獨立生活必需的基本技能<sup>[4]</sup>。加拿大提出了一項向獨立生活過渡計畫（The Gage Transition to Independent Living Program, GTIL）。在該計畫中，參與者與各種相關人員協助合作，制定獨立生活的目標，開展各項技能培訓，包括健康管理、膳食準備、交通服務、無障礙居住等<sup>[5]</sup>。針對特殊人群，也開發出對應的干預措施。例如，在現實世界中生存和發展（Surviving and Thriving in the Real World, STRW）是一項幫助自閉症譜系障礙患者發展生活技能的干預措施<sup>[6]</sup>。這項計畫的主要核心領域如圖 1 所示，這四項技能也是獨立生活的基本技能。

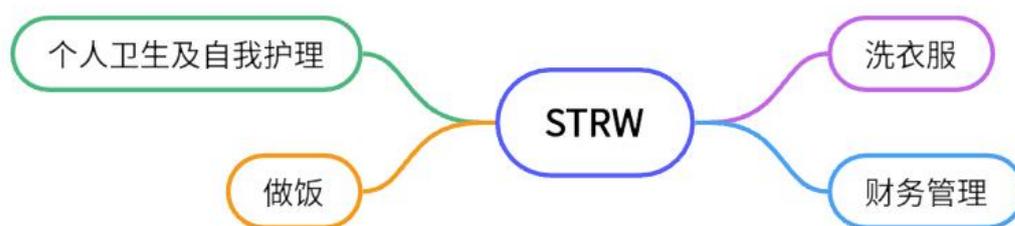


圖 1 STRW 針對日常生活技能的四個核心領域

## 傷殘適應技術

適應是使患者自身適應新的或者變化的環境<sup>[7]</sup>。根據患者的情況，可採取兩種應對的策略：同化應對，根據個人偏好積極調整發展和生活環境；調節應對，根據環境、情景調整個人的偏好和目標<sup>[8, 9]</sup>。此外，基於 Ryff 的心理幸福認知模型<sup>[10]</sup>發展出幸福療法（Well-Being Therapy, WBT），幫助患者更加關注積極因素<sup>[11, 12]</sup>。圖 2 為在臨床實踐中設計的活動舉例。我們為患者準備一個筆記本/手帳本/手帳記錄 APP 等，告訴患者使用目的和使用方法，並要求患者每天記錄。記錄的內容可以是任何事情，並給這些事情打幸福感分值，並說明為什麼覺得幸福。定期與患者討論總結，引導患者多多關注幸福感分值高的事情。



圖 2 傷殘適應技術的活動舉例

## 社交技巧訓練技術

社交技巧訓練 (Social Skills Training, SST) 是一種心理干預方法，其利用行為治療的原則與方法，以改善患者的社交表現、互動及人際交往能力<sup>[13, 14]</sup>。在訓練過程中，可以通過示範、角色扮演、回饋強化等方法<sup>[15]</sup>。圖 3 展示瞭解決社交衝突的活動舉例。為了解決在社交中遇到的衝突，我們先向患者展示社交衝突的情況以及示範解決方式。途徑可以是但不限於電影、電視、他人示範。之後我們為患者寫一個“半命題劇本”，給患者分配角色，並設置一個衝突場景，讓患者根據學習的知識以及示範的內容進行“自由發揮”（在過程中，治療師適當給予提示）。最後，大家總結反思自己的表現並一起討論出最佳應對策略。在這個過程中重要的是治療師要及時給出鼓勵與糾正。

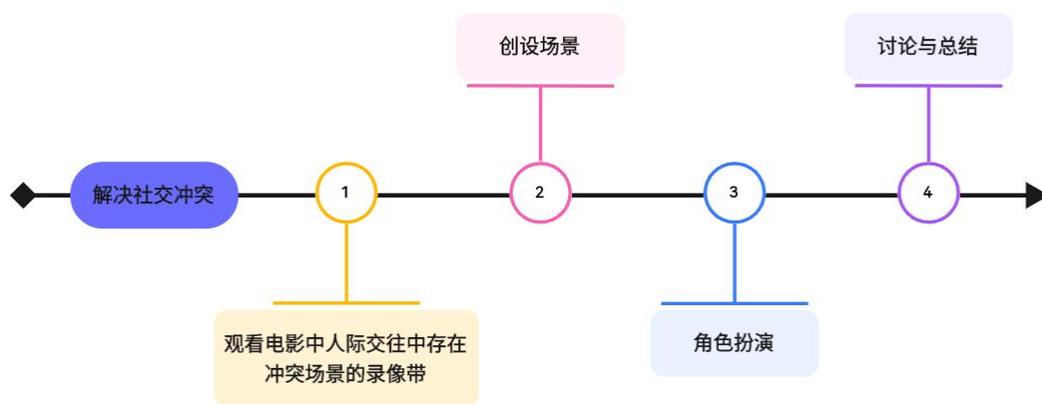


圖 3 社會衝突解決方案的活動舉例

## 小結

各種疾病原因導致的社會功能障礙，嚴重影響了患者社會參與。通過各種相關的技術，包括獨立生活技能、傷殘適應技術、社交技巧訓練技術等可以幫助患者更好地重返社會。

## 參考文獻

- [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, 單敬, 田寶. 智力殘疾青少年生活技能訓練 [J]. 中國康復理論與實踐, 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.

# 日常生活中的快樂元素對病患的應用探討

甘佳寧 鄭州大學醫科科學院

**【摘要】：**情緒能影響人的健康狀態，積極情緒可以改善患者的病情，除了疾病本身，患者的情緒也應當受到足夠的關注。本文對一些日常生活中可以改善情緒的元素進行總結，包括環境、陪伴、休閒活動和飲食四個方面，並對這些元素可能應用於患者的方法進行探討。

**【關鍵字】：**情緒 日常生活

情緒是一種主觀感受，包括正面情緒和負面情緒，與人的健康狀態相關聯，積極的情緒對疾病的發展有積極的影響，消極的情緒則會導致疾病的惡性結果<sup>(1)</sup>。因此，快樂情緒可以改善患者的病情，讓快樂圍繞患者是必要的。然而，疾病會給人帶來疲勞、疼痛等嚴重影響生活品質的症狀，還會給患者帶來恐懼，患病後患者的社會參與會減少，家庭角色也會隨之改變，這些都會使患者產生巨大的心理壓力，甚至出現抑鬱情緒，對患者的健康進一步造成了危害<sup>(2-4)</sup>。

很多研究表明，快樂可以由日常生活中的各種因素產生，本文對如何巧妙

利用這些因素進行探討，從而將快樂滲透到病人的日常生活中，使患者減輕抑鬱情緒、增加幸福感。

## 1. 改善情緒的因素

### 1.1 環境改造

顏色心理學研究顯示，顏色可以影響人的情緒，其中黃色、橙色等暖色會引起人們的積極情緒，藍色、紫色等冷色則會引起人們的消極情緒<sup>(5)</sup>。將顏色刺激應用於醫療保健環境中，相較於冷色生活環境，由於橙色對人的愉快刺激，引發歡快、活潑的聯想，患者會認為自身的健康狀況得到改善<sup>(6)</sup>。然而大部分病房都是白色，不會對患者的心理健康

產生有利影響，可以將病房四周貼上暖色調壁紙，患者能夠減少壓力、提升幸福感。

對於環境的改造還可以從陽光著手，作為一個改善季節性情感抑鬱的生活干預方式，曬太陽可以通過提高內啡肽的水準給人們帶來歡樂的情緒，日照時間的增加可以減少心理問題的困擾<sup>(7, 8)</sup>，適當的日光照射對人們非常重要，因此，房屋內需要充足的光照，對於居家的患者可以專門設置陽光房，在陽光房內安置搖椅，供患者在特定時間享受日光浴。對於住院病患，光照環境不可改變時，需要家屬協助患者在病房樓外空地曬太陽。另外，改善房屋條件，減少房屋周圍的雜訊和空氣污染，房屋周圍增加綠植等方法都可以減少人的抑鬱情緒，這些方法應當在改造醫療環境時受到關注<sup>(9)</sup>。

## 1.2 提供陪伴

孤獨使人們在社會關係網路中淡化，情感訴求無法得到預期的回應，從

而引發負性情緒。尤其對於病患來說，孤獨感更容易產生，而家人的陪伴無疑是患者最需要的<sup>(10)</sup>，也是使患者遠離孤獨的最佳途徑。家人的陪伴可以對患者進行情感支持，給患者帶來安全感，顯著改善患者的情緒。另外，為避免孤獨、減少負性情緒的產生，可以組織患者之間進行交流並對此交流正面引導，從而滿足患者的交流訴求，緩解患者對疾病的焦慮和恐懼<sup>(11)</sup>。

除了與家屬或其他患者進行交流，還可以讓患者與寵物為伴。寵物可以給人提供積極的心理作用，減少負面情緒的產生<sup>(12)</sup>。病情穩定居於院外的患者可以選擇餵養寵物，用寵物治癒疾病帶來的負性情緒，減輕疾病帶來的心理壓力。對孤獨感較強的患者，建議選擇狗作為寵物，因為狗比其他動物更能給主人提供陪伴<sup>(13)</sup>。

## 1.3 組織休閒活動

音樂在多種疾病中被證實可以降低患者的焦慮和壓抑情緒<sup>(14, 15)</sup>，建議患

者多聽舒緩音樂，或者醫院通過廣播播放音樂，有條件的情況下可以在醫院大廳進行鋼琴演奏。另外，研究表明體育活動也可以減輕焦慮、提升幸福感<sup>(16)</sup>，將其與音樂結合，每天早晨組織患者伴隨舒緩的音樂做體操或打太極等，給患者帶來愉悅的同時，可以促進患者的健康。

園藝與成年人的自我價值感、快樂情緒相關，對人的情緒改善有明顯作用，可以促進幸福感、增加生活滿意度<sup>(17, 18)</sup>。因此在院內或家裏，建議患者種植盆栽，有條件的患者可以在花園裏栽培果蔬，社區可以提供空地組織患者合作種植照料植物。患者進行園藝的時間可以控制在每週 1 至 2 小時<sup>(18)</sup>。

先前研究表明，患者接受視覺藝術治療能有效地產生積極的情緒，減輕心靈上的痛苦和焦慮，增加生活中的樂趣<sup>(19, 20)</sup>。醫院或社區可以組織患者進行繪畫、貼紙、粘土等視覺藝術活動，緩解患者的抑鬱心情，為其生活增添回憶和

樂趣。

#### 1.4 注重飲食

一日三餐是人們的基本生活需求，而食物可以給人提供滿足感和愉悅感，對人的情緒產生影響。然而患者在夜晚可能由於病痛和心理壓力難以入睡，睡眠不足會導致白天精神萎靡、昏昏欲睡，可能錯過進餐時間。而研究表明早餐能影響人的心理健康，不吃早餐會導致負性情緒的增加，而每天吃飯的次數越多，人的幸福感越強烈<sup>(21, 22)</sup>。患者家屬需要監督患者的進食，盡力滿足一日三餐，也可以進行少量的加餐，減少患者出現抑鬱情緒的概率。

另外，提高患者積極情緒還可以將眼光聚焦於食物本身。水果蔬菜是公認的健康食品，而這些果蔬不僅可以補充人體所必需的維生素和礦物質，還能改善患者的心理健康，減輕心理壓力<sup>(22, 23)</sup>。治療師可以對患者及患者家屬進行健康宣教，督促患者增加水果蔬菜的攝入量。此外，在保證健康的前提下，可以

給患者提供他們愛吃的食物，滿足患者的需求使患者感受到愉悅。

## 2. 小結

患者的情緒影響著患者的疾病進展和結果，其重要性不言而喻。而當今醫學模式從生物醫學模式轉變為生物-心理-社會醫學模式也說明了心理健康的重要性，僅關注患者的疾病是不夠的，還要時刻關注病人的心理健康，做到更

人性化的治療，照顧好患者的情緒，使患者在愉快的氛圍中接受治療。

日常生活中可以帶給人快樂的元素多種多樣，本文列舉了一些可以實踐的方法，尤其是一些低成本的方法可以隨時應用於患者。除了本文列舉的改善患者情緒的方法，日常生活中還有更多的可能利用的元素待大家思考和開發。

## 參考文獻

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. 丁躍慶, 劉哲寧, 胡守興. 腦外科疾病抑鬱情緒的初步調查. *中國臨床心理學雜誌*. 2001;9(2):2.
3. 許加素, 李洪林, 譚力, 彭曉林. 基層醫院心血管疾病住院患者抑鬱焦慮情緒調查分析. *臨床和實驗醫學雜誌*. 2013;12(21):3.
4. 張天燕, 安波, 劉榮禎. 癌症患者抑鬱情緒與社會支持的調查分析. *中國健康心理學雜誌*. 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. 劉愛琴, 駱惠玉, 王丁蘭. 住院癌症患者陪伴需求的調查研究. *中華護理教育*. 2014(4):4.
11. 徐嵐, 陳雪梅, 薑懿效, 鄒雅琪, 周蘭妹. 積極視角下住院患者間患際交流意義的質性研究. *解放軍護理雜誌* 年 38 卷 3 期 6-9, 80 頁 ISTIC PKU CSCD. 2021:上海市科學技術委員會優秀學術帶頭人計畫專案.
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. 視覺繪畫藝術治療與心理健康. 絲網印刷. 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.

# “疫起作業”

## 疫情期間福建醫科大學《作業治療學》課程線上教學實踐與探索

林誠 王志灼

福建醫科大學健康學院康復醫學系

### 一、福建醫科大學作業治療學課程概覽

福建醫科大學康復治療學專業設立於 2002 年，是全國首批、省內首家創辦，面向全國招生的專業。作業治療學作為康復治療學的重要組成部分，旨在教授康復治療師通過有意義的作業活動促進患者功能獨立性的恢復，提高生活品質。基於此，福建醫科大學於 2012 年開設《作業治療學》課程，理論 36 學時，實訓 28 學時，4 學分，以康復治療學專業“十三五”規劃教材《作業治療學》為基礎，通過理論和實訓教學相結合，培養學生作業治療學專業知識和技能。該門課程採用綜合考核方式，對學生整個學習過程進行科學、客觀的評定，包含形成性和總結性評價。形成性評價（40%）：小組討論彙報（20%），社會服務（10%），課後討論（5%），課後作業（5%）；總結性評價（60%）：期末理論考試（40%），技能考試（20%），綜合考核學生的專業知識、專業技能和社會服務能力。

《作業治療學》課程面向康復治療學專業大三學生，學生個性鮮明、思維活躍，但實踐少、服務意識弱，同時學習自律性較差。根據學生的特點，該課程以“預防—治療—康養”為一體覆蓋健康管理全過程的新醫科理念為指導，踐行醫學教育目標從以疾病診療為中心轉向健康指導，落實立德樹人根本任務，創新“人才培養、社會服務和創新創業相結合”的教育理念。該門課程圍繞以學生發展為中心，自 2014 年以來，通過帶領學生走進社區，開展系列作業治療志願者服務

和科普宣傳活動，讓教學和社會實踐相融合，提高學生的社會服務意識；2016年，將教學和創新創業相融合，提升學生的創新能力；2017年在前期的建設基礎上，構建以“勝任力和創新力”為導向的 PEO 創新教學模式；2019年，按照教育部發佈國家一流本科課程的建設標準，構建知識傳授、能力培養、素養提升全方位的教學目標，以提高學生的崗位勝任力、創新力和社會服務意識，從而達到我校康復治療學國家一流專業全方位、全週期保障人民健康的複合型康復卓越人才的培養目標。所構建的以“勝任力和創新力”為導向的 PEO 創新實踐教學模式，2020年獲中國康復醫學會教學成果獎，2021年《作業治療學》課程獲福建省線下一流本科課程。

## 二、疫情期間作業治療學課程教學情況

因突發新冠肺炎疫情，根據學校發佈的“停學不停課、開展線上教學”的通知，健康學院康復醫學系教師利用微信群、ZOOM 等軟體開展了《作業治療學》課程線上直播教學。

為了保障線上教學的品質，康復醫學系教師在課前通過 ZOOM 軟體開展遠程線上集體備課，對教學內容和線上教學的形式進行交流（圖 1）；與學生開展軟體調試，確保每個同學能夠順利使用軟體（圖 2）；通過微信群通知課程上課通知和課前準備內容，為開展好在線直播課程做好準備工作（圖 3）。

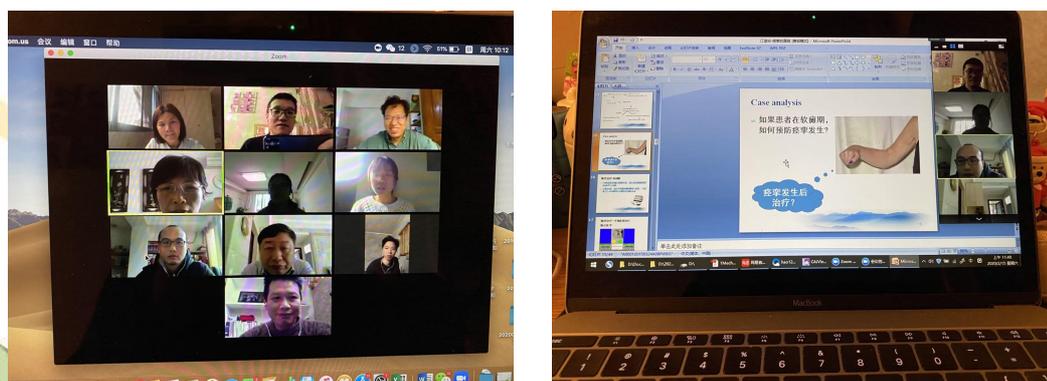


圖 1 遠程線上集體備課情況

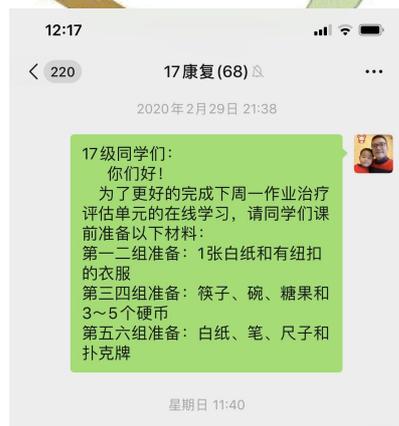
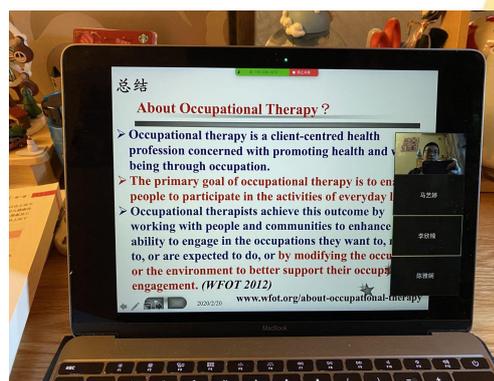


圖 2 課前與學生進行軟體調試情況

圖 3 課前微信群進行上課準備通知情況

在課前系列保障工作完備的情況下，我系作業治療學授課教師林誠通過 ZOOM 軟體開展線上直播教學，同時在授課過程中開展線上提問、討論等互動交流學習，確保線上教學品質（圖 4）。同時，為了豐富線上教學內容，激發學生線上參與度，我們就作業活動分析教學模組設計了教師與學生在家中一同包餃子的活動，並進行直播共用各自的勞動成果（圖 5）。該項活動旨在讓學生親身參與到包餃子的作業活動中，感受並知曉包餃子作業活動的步驟和注意事項，從而能更好地完成包餃子這一作業活動的分析報告，真正落實以實踐指導教學的課程目標。在作業治療實訓教學模組，我們充分發揮學生在家中的各種便利條件，讓學生在家中練習床上轉移、穿脫衣服、上下樓梯等作業活動訓練（圖 6）。教師通過與學生進行直播共用，實現對學生練習中存在的問題以及需要注意的事項進行即時指導，達到線上實訓教學與線下實訓教學具有同樣的效果。



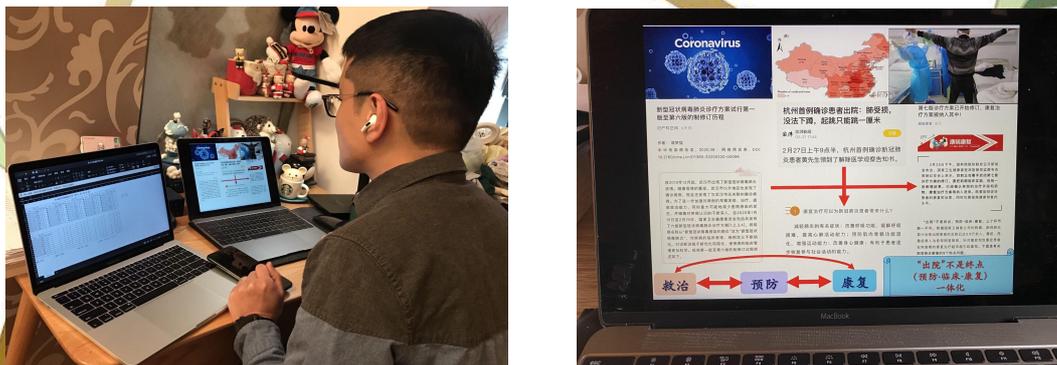


圖 4 線上教學開展情況



圖 5 教師與學生一同進行包餃子作業活動情況



圖 6 線上作業治療實訓教學情況

為了保證學生線上學習的效果，授課教師在課後通過作業治療學課程中心平臺佈置作業，批改作業（圖 7）；同時借助微信群開展課後交流，以進一步促進學生掌握知識點，提高教學品質。

网络教学综合平台

当前课程: 作业治疗学

课程管理 教学资源 教学活动 课程建设 课程预览

查看作业

作业标题:	作业和作业治疗第一次作业
发布时间:	2020年2月20日
截止时间:	2020年2月23日
是否按分组布置作业:	否(所有学生都可以提交此作业,所有该课程的教师都可以批阅学生提交的此次作业)
允许多次提交答案:	不允许
状态:	发布
评分方式:	打分值:10.0分
作业内容:	大家好, 请大家完成下面作业: 1. 试想一下你生活中最喜欢做的活动或者认为最重要的活动是什么? 如果你失去去做这些活动的的能力, 你有什么感受? 将如何应对? 有什么补救的措施? 2. 如何理解作业治疗内涵?

删除作业任务 返回

圖 7 作業治療學課程中心平臺作業發佈及批閱情況

### 三、疫情期間作業治療學課程學生線上學習感悟

雖然現在因為疫情在家上直播課不如在學校學習方便，但是我覺得老師一直都很盡責，在課堂上經常詢問我們有沒有聽懂，很照顧我們，所以上課的效率也沒有下降。

雖然是網上上課，但是老師講解的非常詳細，與學生的互動以及在時間的把握上都非常好，感覺和在學校上課沒有什麼區別。在作業治療學課上，老師講的很有激情，內容由淺入深，通俗易懂，也比較幽默風趣。雖然由於上網課的原因，自己有時會集中不了注意力，但是也在適應這一過程中。

老師上課時能很好地將新知識點與以前學過的知識點相融合，並進行適當的復習，有助於鞏固和運用以前學過的知識。老師很注重教學品質，教學過程中經常與學生進行互動，瞭解學生對相關內容的掌握情況。

老師每次都很用心地進行備課和 PPT 課件的製作，上課前都會進行調試以確保學生能看到課件及聽到老師的聲音，很認真地上好每一節課，教學很有邏輯性，有助於學生從整體上把握教學內容以及形成一定的框架。教學時，老師能很好地結合案例引導學生思考以及進行講解，有助於學生更好地理解 and 掌握相關內容。

#### 四、疫情期間作業治療學課程教師線上教學感悟

因突發疫情，無法返校開學，學系老師在家防控疫情時努力學習和測試各種教學軟體使用方法，從而順利地通過 ZOOM 軟體、微信群和 MOOC 平臺等方式開展了多元化的線上直播教學，完成現階段的教學任務，教學效果良好，受到學生們的肯定，但線上網路教學會受到網速和電腦硬體等因素的影響，會出現播放教學視頻的卡頓和電腦運行卡頓的現象，這是網路教學的通病，老師和同學們都會克服各種困難，繼續開展好在線教學，直到疫情結束重返校園。

2022 年 12 月

# 無錫市中心康復醫院作業治療模式介紹

卞立 無錫市中心康復醫院

作業治療（occupational therapy, OT）是以康復對象為中心，通過有選擇的作業活動或適當的環境干預來改善康復對象的軀體、心理和社會功能，促進活動和參與，提高生活品質的康復醫學專業。其中作業活動是指人們想要做、需要做或被期望做的、有目的的、為生命帶來意義和價值的活動。2018年一項針對我國內地作業治療人員從業現狀的調查與分析顯示，目前我國作業治療從業人員相對短缺，而大多數作業治療師主要從事神經系統疾病的作業治療，另外全國僅有6.47%的作業治療師從事精神心理康復方向。無錫市精神衛生中心在精神康復的作業治療方面有著豐富的經驗和積累，無錫市中心康復醫院孵化於無錫市精神衛生中心，作業治療工作開展得以借鑒，進而形成了自己的治療模式。因為篇幅有限，下麵將僅對我院作業治療模式進行簡單的介紹。

無錫市中心康復醫院（以下簡稱我院）作業治療組主要依據作業治療中常用的PEO模式，探索依據個人因素、環境因素和作業活動三者之間的動態關係，嘗試不同的治療方法，力求從PEO三大模組為患者提供全維度的作業治療，提升患者功能、能力和生活品質，增加生活幸福感。

**1.治療區域劃分** 我們將作業治療室從功能上進行了區域劃分。

①**上肢及手功能訓練室** 針對患者個人因素造成的功能減退或缺失進行一對一治療；

②**作業活動室** 主要進行指導性作業活動，包括一切基於活動分析的桌面活動和儀器治療；

③**ADL 訓練室** 配有起居室、衛生間、洗漱臺、淋浴房和模擬廚房，通過對環境的調整來實現患者居家生活的訓練，包括自理活動和認知功能訓練。

功能區域劃分的目的 一是便於患者進入規範化的流程並接受適宜的治療；二是更容易將功能相近的患者組織在一起開展小組治療；此外，根據作業治療師的特長和興趣進行輪轉或定崗，可以滿足治療師本身“一專多能”的職業需求。

**2. 病程管理** 根據患者入院時間和病程給予不同的治療策略。

①**患者剛入院或者病程在 1 個月以內** 著重於上肢功能訓練，輔以指導性作業活動和 BADL 訓練（即功能層面）；

②**病程在 2-3 個月** 側重於指導性作業活動和 BADL 訓練，輔以上肢功能訓練和輔助器具的使用（即活動層面）；

③**病程 > 3 個月** 側重於 IADL 訓練、環境適應性訓練、職業能力訓練等，輔以上肢功能訓練和輔助器具的使用（即參與層面）。

### 3. 治療策略

#### 3.1 上肢及手功能訓練

使用神經促通技術，如 Bobath、Rood 等，運動再學習技術，PNF 技術，筋膜技術，肌內效貼技術、淋巴引流技術、感覺再訓練和脫敏技術等對上肢功能進行反復訓練。使用經顱磁治療、經顱電治療、肌電生物回饋、功能性電刺激、鏡像治療等設備進行早期干預，主要改善患者的運動功能和感覺功能。

### 3.2 指導性作業活動

治療師會根據患者需求，結合個人的社會角色、興趣愛好、價值觀等來選擇和設計適宜的作業活動。在作業活動的難度控制上，遵循患者在治療過程中有愉悅感和治療後有成就感的原則。例如，針對一個平常喜歡下棋的患者，他的目標是能拿起筷子自己吃飯。那麼我們在設計作業活動時便可以結合下棋來進行手的精細訓練，通過改變棋盤的高度、遠近、大小，棋子的形狀、品質、大小等因素來調整難易程度，並結合一些如鑷子、筷子等工具進行夾取棋子的活動，再轉移到筷子的使用的訓練中，最終達到獨立進食的目的。整個訓練過程中康復對象應該是愉悅的，治療師應該及時回饋患者的進步使其產生自我效能，更加積極主動地參與治療。值得一提的是，在訓練中作業治療師無論是按照“由上至下”還是“由下至上”的方式，都非常考驗一個治療師作業分析的能力，找到患者的最近康復區，幫助患者設定具體、可衡量的目標和適宜的訓練計畫。除了設計的活動方案以外，利用上肢機器人、虛擬情景治療、Valpar 訓練系統、多感官刺激技術、小組治療等綜合技術，最大限度地快速提升患者的生活能力。



圖一 結對練習

“最近康復區”借鑒於心理學家維果斯基的最近發展區（Zone of Proximal Development）理論。該理論認為學生的發展有兩種水準：一種是現有的獨立活動時所能達到的解決問題的水準；另一種是通過教學所獲得的潛力，兩者之間的差異就是最近發展區。這部分即潛能，是需要治療師通過自己的經驗、技術和能力

來幫助患者提升的部分。

### 3.3 出院前準備訓練（參與層面）

包括 IADL 的評估與治療，輔助器具和矯形器的配備、外出適應性訓練、家居環境評估與改造建議、職業技能培訓等。在條件允許的情況下會帶患者外出購物、乘坐公共交通工具、進出商場等適應性訓練，為患者從醫院回歸到家庭的平穩過渡提供保障。



圖二 職業技能訓練

隨著經顱磁治療和經顱電治療等非侵入式治療技術的快速發展，越來越多人關注這些技術在改善上肢運動功能方面的作用，我院也在做相關方向的研究。近來也有很多研究通過腦功能成像技術來觀察不同作業活動對於腦區的啟動情況，從而給臨床治療帶來一些循證依據。

## 4. 特色治療

### 團體治療

團體治療可以充分調動患者的主觀能動性，使其積極投入到活動中並引導治療師進行延伸思考和活動反思。這種具有目標導向性、挑戰性和趣味性的訓練方法，增加了對患者腦部的多元化刺激，因而可能會產生更好的臨床效果。我院作業治療組在護理中應用成熟的 Orem 自理模式下，根據改良 Barthel 指數（Modified Barthel Index, MBI）評分把團體治療細分為三大系統，即改良 Barthel 指數低於 40 分為完全補償系統，40-60 分為部分補償系統，大於 60 為輔助-教育系統，按照團體動力學的七步步驟進行訓練，取得了良好的訓練效果。

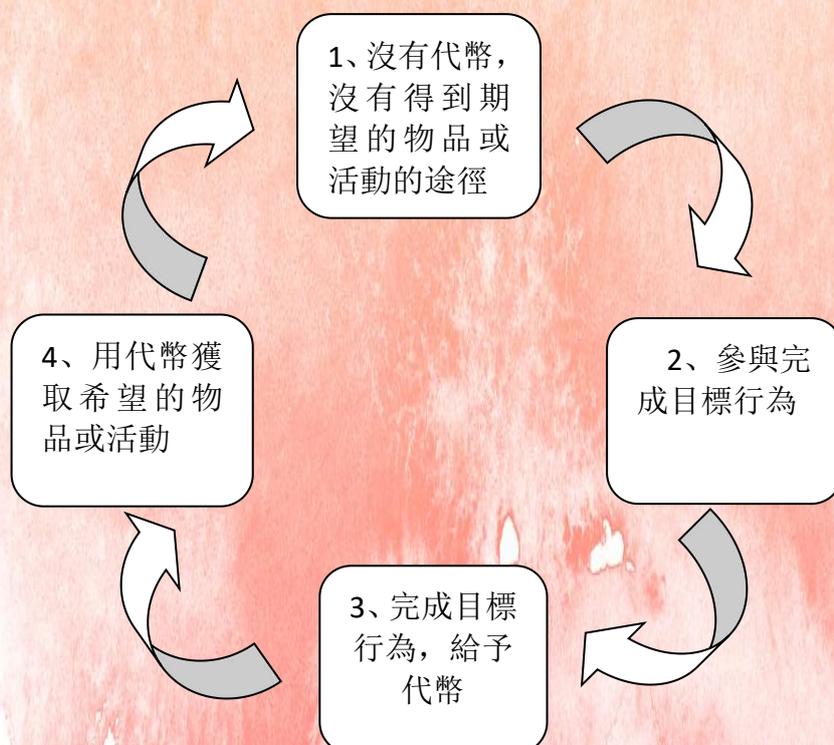


圖三 團體月活動

## 代幣治療

也稱標記獎酬法 (Token economy)，主要是通過標記獎勵機制來強化病人積極行為的一種方式，它是為矯正行為而設計的，給予客戶有一定條件限制的強化物代幣系統的最終目標是強化良好的行為表現，減少不良行為。我院作業治療組每年都會根據不同的節日組織大的團體活動，每月活動，以及按需開展的小組治療，會根據患者表現獎勵不同面額的代幣，用來兌換禮品或者在購物街上使用。

表 1 代幣治療的基本週期



## 生態步行帶

我們在治療室模擬了一條適應患者不同能力的步行訓練帶，並將步行訓練簡單地劃分為四級：一級為站立平衡訓練，主要利用 E-link 平衡訓練系統進行訓練；二級為平衡杠內步行帶訓練，包括模擬草坪和石子路；三級為上下臺階和斜坡訓練；四級為戶外花園步行訓練。



一級 E-link 平衡訓練



二級 模擬草坪和石子路



三級 臺階和斜坡

圖四 生態步行訓練帶

## 園藝治療

園藝治療作為一種輔助性的治療方式，是非常容易開展也非常容易被患者接受的治療途徑。通過對植物的欣賞、辨別、種植、澆水、施肥、繪製花盆等活動不僅可以訓練到平衡功能、協調能力、上肢及手功能、精細功能，還可以促進心理達到緩解焦慮和抑鬱情緒、舒緩壓力的目的。鑒於我院治療區域以外有不同造景的小花園，我們也將園藝治療拓展到遊園、粘貼樹葉畫、攝影等戶外活動和室內活動結合的形式。



圖五 園藝治療--種植、繪製花盆、花盆成品

## 茶藝治療



功夫茶可以修身養性，做茶和品茶的過程又可以促進人際交往，把這種中國傳統的交流方式引入治療的目的，也是讓患者從個人認知上去標籤化，將自己定位為一個正常的個體而參與社會。

圖六 茶藝治療

## 感覺統合訓練

或稱為多感官刺激技術，通常我們會以環境佈置、色彩搭配、香氛治療、音樂干預等途徑來實現對患者的多感官刺激。另外，我們也制定了針對老年人下肢和步行功能的感覺統合四級訓練方案，進行系統和進階式的訓練。



圖七 音樂干預治療

## 5.康復質控

我院作業治療組通過沉浸式查房和對實習生的培訓管理等方面完善治療的每一個環節，實現作業治療的療效保證。

### 5.1.沉浸式查房 將傳統的上級治療師

查房從治療室回歸到病房，在患者生活的真實情境下進行評估和指導，這樣才能切實地將治療室訓練的成果轉移到實際生活活動中，促進能力的提升和 24 小時康復的實現。這樣也可以避免患者在訓練的時候會回到病房就不會的尷尬，

實現訓練有結果。



圖八 沉浸式查房

**5.2 三維立體帶教模式** 我院的作業治療實習分為兩大塊，一是常見疾病的作業治療，二是精神疾病的作業治療。學生的培訓內容包括理論授課、操作演示和個案管理，其中個案管理要求學生可以獨立完成個案的接診、評估、治療全過程，培養學生獨立思考和建立臨床思維模式。實習開始前有入組的理論考核，結束前會安排操作考核，另外要求學生以小組形式提交出組創意作品，並定期開展實習生的創新創意大賽，從理論、操作、創意三維立體的全方位提升實習生的綜合素質和核心競爭力。



圖九 實習生出組作品

作業治療的對象也並不僅僅是一些傳統意義上的患者，還包括患者的家屬以及社區人員等，因為作業治療並不僅僅是為了讓患者提高身體功能，最重要的是幫助患者提高生活品質，重新回歸家庭與社會。這就需要作業治療師與患者及其家屬以及相關人員的共同努力。為此，我們特意開辦了一些康復知識學習班，包括入院宣教小組、體位擺放小組、牽伸小組、手工藝小組等，不僅提升照料人員的護理能力，同時兼顧他們的心理健康，豐富他們的在院生活，緩解其焦慮情緒。未來我們期待可以增加心理驛站、家屬分享會、瑜伽小組等團體活動，關注患者進步的同時關注照料者的身心健康，讓家屬或護理人員成為助力，為實現患者目標共同努力。

以上就我院作業治療的開展情況做了簡單介紹，我院作業治療服務模式目前

仍然存在一些局限性。我們在適應科室發展要求的同時，也在及時調整治療模式以適應當下社會情境，還有很多做得不夠完善和亟待解決的問題：一、我們的團體治療還處在探索階段，需要進一步的研究和完善；二、治療人員數量、專業性和專業能力還有待進一步提高，特別是作業分析和活動設計方面，需要專業的培訓和指導；三、我院目前並沒有開設專業的輔助器具與矯形器製作、壓力治療、職業治療等專業特色鮮明的治療專案。

最後，作業治療可以有更多嘗試，比如在社區康復、居家康復、兒童專注力訓練、老年失能方面做出貢獻。

### 參考文獻

- [1] 閔彥寧,楊永紅,蘆劍峰,李奎成,胡軍,劉璿,林國徽,陳少貞,胡岱.我國內地作業治療人員從業現狀的調查與分析[J].中國康復醫學雜誌,2018,33(07):833-836.
- [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] 遊菲,王鵬,馬朝陽,等.團體模式康復訓練對腦卒中偏癱患者上肢功能和手功能的影響[J].中華物理醫學與康復雜誌,2015,37(8):593-596.
- [4] 張麗, 劉曉丹, 薛炘,等. 團體認知行為的作業訓練對腦卒中後認知障礙的效果[J]. 中國康復理論與實踐, 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] 林秀瑤,許雲輝,孔東燕,等.腦卒中患者團體心理治療的成本-效果分析[J].中國康復醫學雜誌, 2015,30(4):74-77.
- [7] 卞立,董萬利,張麗,鮑丹.Orem 部分補償的團體作業治療在腦卒中上肢運動障礙患者中的應用[J].中國康復,2022,37(03):136-139.
- [8] 卡爾, 謝潑德, 王寧華,等. 腦卒中康復:優化運動技巧的練習與訓練指南[M]. 北京大學醫學出版社, 2007: 20-24.

## 醫院簡介

無錫市中心康復醫院（原名稱為無錫市同仁康復醫院）系無錫市編辦、江蘇省衛生健康委員會批准設置的公益性事業單位，隸屬無錫市衛生健康委員會，是集臨床、教學、科研、預防、保健、康復為一體的全國首批三級康復醫院。開放床位 350 張，建築面積 28000 平方米，目前醫院設有神經康復科、骨與關節康復科、老年康復科、心肺康復科、康復治療科、康復心理科等康復專科，有博士 9 人，碩士 40 餘人，康復治療師 60 餘名。主要提供腦卒中、脊髓損傷、周圍神經損傷、骨折、運動損傷、手外傷、關節及軟組織損傷、燒傷等常見康復病種的全面康復診療。康復治療科設有物理治療（PT）室、作業治療（OT）室、言語治療（ST）室、水療室、音樂治療室、職業康復室、傳統康復室、心理治療室等 20 個功能治療室。目前已開設治療師相關門診，包括運動損傷門診、肌骨疼痛門診、脊柱側彎專科門診和手功能康復門診。

# 從業這 10+ 年，關於作業治療

徐睿 中南大學湘雅二醫院

感謝主編，我很榮幸接到約稿。截至今年，我已經從事作業治療十一年了，想跟大家分享一些關於康復、關於作業的感悟和心得：

首先，從實習生帶教方面來說。帶教是臨床工作中很重要的一個部分。作為帶教老師，我們是帶領實習生開啟他們事業的導師。我入行的時候，可能還沒有現在的實習生懂得多。“康復”“運動療法”當時對我來說都是全新的辭彙，需要通過“百度”才能瞭解，就更談不上“作業治療”了。我的同班同學還有人認為“康復”是一個營養學、中醫學或者心理學的分支學科，從而選擇康復。記得 2010 年結束實習時，張長傑主任問我對於康復有什麼想法。當時，我覺得對於神經損傷的患者，特別是脊髓損傷患者，很多時候我們能幫助他們恢復的肢體功能有限。張主任聽後，覺得作業治療應該可以給我答案。從那以後，我便開啟了作業治療的旅程。我能踏入作業治療，張主任是我的引路人。因此，我也希望能夠幫助很多實習生找到自己的方向。我通過在中國康復研究中心的學習、香港復康會的合作專案，發現越來越多無能為力的事情，在康復後開始變得有希望。很多事情不是做不到，而是想不到。例如，頸髓損傷患者可以用 C 型勺進食；坡度比例在 1/12-1/15 之間會更容易使用手動輪椅；門向內開會對危險情況下患者逃生更有幫助；水溝蓋板格柵間隙的大小有可能阻礙患者出行等等。我發現作業治療師的角色遠比想像的更豐富，作業治療的內容和形式也遠比知道的更豐富。很多剛踏入作業治療的學生或者進修生，對於作業治療會有很多疑惑。例如作業治療是上肢 PT 嗎？是只做精細功能嗎？這是一個很老的問題，也是很多人討論過的問題。

隨著大家對於 PT、OT、ST、P&O 的深入瞭解，越來越多的人不再去討論這些了，這是因為大家對於自己行業的認識越來越清晰。自己知道自己在做什麼，就不需要過多的解釋，也不需要過分地在意他人的想法。所以如果你想知道這個問題的答案，應該更深入地瞭解作業治療，專心研究它，自然也就有了解釋。至於與其他學科的交叉是存在的，但是每個學科的關注點會不一樣。就像一位 OT 和一位 PT 都訓練患者翻身起坐一樣，看起來訓練內容一樣，但是兩位治療師的重點是不同的。OT 和 ST 都訓練認知，但他們的關注點也不同。

對於臨床工作而言，我們也會遇到很多問題，時間長了可能會自我懷疑：我這樣做到底能幫助到患者多少？作業治療讓生活更美好！但是患者的生活品質也沒有好到和以前一樣啊，那麼提高生活品質從何說起？很多人認為治療師提高了患者的生活品質，就覺得患者的生活品質要恢復到與從前一樣，不然就是生活品質下降，沒有提高。可是你要知道患者從患病開始生活品質就已經下降了，功能障礙以後生活品質更差。而治療師的介入，才讓本來生活品質差的患者提高了生活品質，是在差的基礎上變好了。如果這樣，可能會有人說：既然不能恢復患者原有的生活品質，作業治療（或者康復治療）的意義何在？雖然作業（或者康復）還不能夠幫助患者完全恢復到以前一模一樣的生活品質，但是相信隨著康復治療團隊的努力、科技的進步、方法的改進、環境的友好、政策的支持等等，患者的生活品質會越來越高。醫學不就是為了避免患病和死亡而誕生的嗎？但醫學也沒有根本解決這兩個問題。不過正是醫學的努力，才能避免不少疾病的發生，才能幫助人們延長壽命。我們應該用發展的眼光看待醫學和康復。臨床上，很多人還不能接受 ADL 訓練，認為肢體恢復，ADL 就自然恢復了，不需要訓練。不管肢體能否恢復，ADL 訓練都是必要的。因為肢體的恢復只是一方面，患者需要面對的

是生活事件，肢體只是生活事件中的一小部分。患者還需要處理心理、情感、思維、感覺、肢體、環境、關係等一系列複雜的元素，並進行綜合分析、判斷，最後做出合適的行為。患者處理 ADL 時，你可以看到很多方面的問題。患者處理 ADL 時，需要調動他很多方面的能力綜合判斷和處理，是一個中樞外周、外周中樞不斷互動的過程。所以肢體恢復可以幫助 ADL，ADL 訓練也可以幫助肢體恢復。怎樣才能幫助患者獨立處理好這些內容，這是需要作業治療師幫助的，所以一位好的作業治療師需要知道的東西很多。我記得一個有意思的案例：一位喝湯時有嗆咳的患者，他的照顧者覺得他吞咽有問題，經過一段時間作業治療以後，患者自己拿碗喝湯，嗆咳問題就沒有出現了。這是因為照顧者一直認為在患者癱瘓後，需要餵食，沒有讓患者獨立進食，而照顧者性子急，餵食會比較快，患者跟不上餵食者的速度，導致嗆咳。患者對於不能掌控的環境，沒有辦法調適自己行為的時候，就會出現本不應該出現的障礙。重新建立患者 ADL 的模式，讓患者獨立完成 ADL 是很重要的。作業治療是帶給患者希望的治療，患者功能障礙以後如同生活被黑暗籠罩，而作業治療是黑暗中的微光，雖然不能照亮整片天空，但是只要微光在，黑夜總能過去。如果有更多的微光加入，那麼黎明就不再遙遠。希望你我都能成為患者的微光，照亮他的生活！

對於科普宣傳，這是我一直熱衷的事情。好的宣傳可以讓更多的人知道作業。讓患者知道自己是否有作業需求，有作業需求可以找誰。科普宣傳也可以讓治療師知道在專業方面自己瞭解多少，不了解多少。對於科普宣傳，大家不要害怕暴露自己的問題，只有看到問題，才能發展得更好。作業治療師是最有創新意識，也是最善“變”的，它永遠隨著這個時代在變化。作業的宣傳也有賴於全國熱愛作業的人。好在每年 10 月 27 日是世界作業治療日，都會有很多科普活動。

對於我自己而言，很高興能加入這個行業，PEO 模式可以讓我多元化地分析問題，不再抓著“人”不放，多考慮一些其他因素，你的格局一下子就打開了。環境干預會不會讓“人”的事情變得更簡單？作業治療的內核也會讓我在做事的時候更多地去考慮整體結果或者最終需要達成的目的，而不會緊盯著原有的計畫路徑。這也會讓我在處理事物的時候思路更多。作業治療讓我越來越知道自己想要什麼，怎麼樣去做。獨立地思考，不跟風，不念過去，不懼未來，享受當下。如果你現在很迷茫、感到孤獨、沒有興趣、找不到意義，作業治療瞭解一下，它也許是你的微光，可以燃啟你的天空。

徐睿

2022 年 12 月 15 日 長沙

中華 OT 電子期刊編輯委員會

黃錦文 香港職業治療學院

張瑞昆 臺灣高雄長庚醫院

林國徽 廣州市殘疾人康復中心

李奎成 濰坊醫學院

陳少貞 中山大學附屬第一醫院

閆彥寧 河北省人民醫院

楊永紅 四川大學華西醫院

朱 毅 鄭州大學康復醫院

本期責任主編：朱毅



香港職業治療學院

HONG KONG INSTITUTE OF OCCUPATIONAL THERAPY

地址：香港特別行政區，香港新界大埔全安路 9 號大埔醫院職業治療部

電郵：[HKIOT@HKIOT.ORG](mailto:HKIOT@HKIOT.ORG)

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