



The Chinese OT E-Newsletter

中华 OT 电子季刊 (2013 年 6 月)

香港职业治疗学院 网址: www.hkiot.org

编者的话

各位两岸三地的 OT 同行，大家好！这次由广东省作业治疗师专业委员会负责编辑的《中华 OT 电子季刊》终于可以与大家见面了，非常感谢大家的投稿。本季刊的内容跨度很大，有我们大家熟悉和尊敬的香港职业治疗学院梁国辉院长“关于生活重整训练小组（下篇）”和另一篇由杨琼等翻译的“OT 的认知觉评估程序”这两部重头戏作开场，接下来是关于去年在香港举办的“WHO 的初级轮椅课程”和今年在广州妇女儿童医疗中心举办的“姿势设定与移动工作坊”方面的有关信息。下半部分基本上是一些工作在一线的 OT 分享，如何具体的应用作业治疗的理念和技巧，在日常的工作和社区去满足我们的客户在作业活动方面的需求。而值得一提的是一位受外国教育而成长起来的，在国内工作过一段时期的 OT，对目前国内的作业治疗服务的一些感受；最后还有我们广东工伤康复中心的李奎成主任，把一首国内经典的老歌“当兵的人”重新填词，变成了充满 OT 味道的“咱 OT 的人”。我们希望通过这个平台，给大家营造一个轻松愉快的学习和交流的环境，希望大家继续给予支持！

林国徽

广州市残疾人康复中心

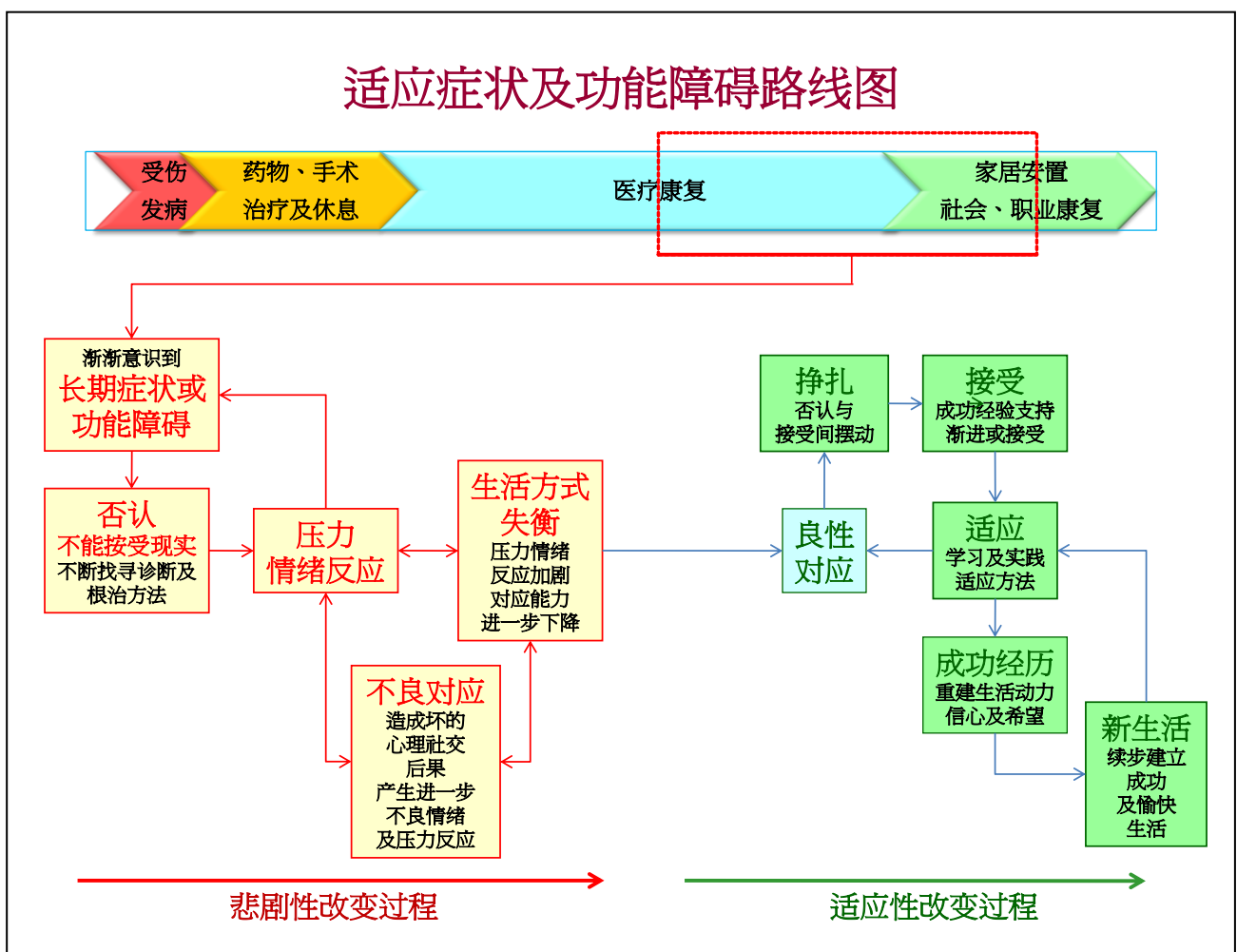
2013 年 6 月

生活重整训练小组（下篇）

梁国辉 伊利沙伯医院（香港）

前言

在长期症状或功能障碍的现实情况影响下，患者会经验两阶段的改变，首先是悲剧性改变(catastrophic change)及其后的适应性改变(adaptive change)。本文上篇描述了在悲剧性改变过程中的两个恶性循环：(1) 否认与情绪反应恶性循环，及(2)不良应对与生活方式失衡恶性循环；及适应性改变过程中的两个良性循环：(1) 良性对应、挣扎与接受良性循环，及(2)接受、适应与重建生活良性循环。（图一）



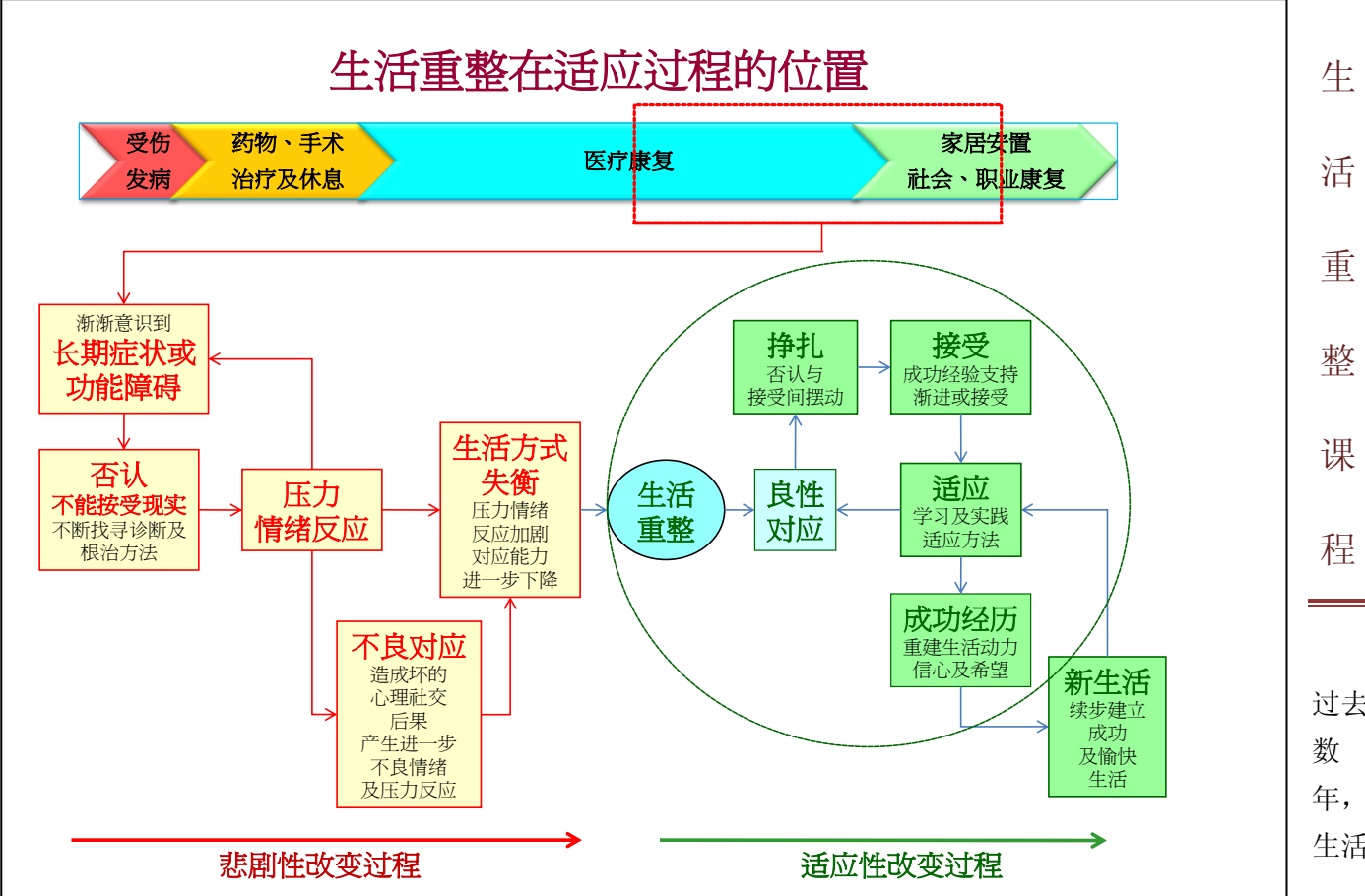
图一：适应症状及功能障碍路线图

重建生活是一个过程，是一个涉及身体、情绪、思想、行为及环境因素互动的过程；亦是一个涉及不同生活领域及层面的过程。综合而言，重建生活是一个涉及生活全方位的「接受」及「适应」过程。接受是指接受长期症状或功能障碍的现实。一般而言，患者要有某程度的接受，才会用心尝试学习适应;经历到一些成功经验，才会促进更多的接受，形成「接受」与「适应」的良性循环。

对因伤病引起较严重长期症状或功能障碍的人来说，「接受」及「适应」绝对不是一件容易的事情，决不是单纯一念之间的思想改变可以做到的。「适应」牵涉到思想的变化，价值观的调整，生活目标的再定位；亦包含自身能力的提高，生活及做事方法的学习，新生活方式的建立；此外，也不能缺少环境的改造，外界的迁就，及机会的掌握。上述种种，不是一定会自然发生，亦不会在一晚之间完成，更不是医护人员可以直接提供的。而是靠患者发挥内在的力量，利用剩余的能力，运用可掌控的资源，把握及创造各种机会，在自身生活的环境中，透过学习、尝试、实践、再实践，一步一步去完成的。一切思想、能力、环境及生活方式的改变都是要透过生活实践来完成的。用作业治疗的术语来说，「适应」是要透过有策略及有步骤地参与日常生活作业活动，建立良性作业循环，循序渐进地来完成的。

本文介绍一种名为「生活重整课程」的作业治疗服务，以协助及促使患者由悲剧性改变过渡到适应性改变。（图二）生活重整，就是一种促进患病适应的服务，在此要强调一点，治疗师在患者重整生活过程中是起促进作用，并非在患者康复早期中所起的治疗作用。治疗是对损坏的不正常的部位进行修复，生活重整是在现有的能力及资源的基础上发展及建立，不一定恢复伤员前的状态，而是建立新的、个人与环境相适应的状态。所以，生活重整被定位成一种作业治疗服务而不是一种治疗，重点是在患者现有基础上强化与建设，而非找出病因加以控制，亦非针对症状加以排除及舒缓。生活重整课程不是定位为病人教育小组、心理支持小组、或疾病管理训练小组，而是利用小组形式，指导个别学员建立较平衡生活方式的一种实践性及体验性小组训练项目，可归类为「目标为本训练法」(goal-directed group training) 或「小组生活教练法」(wellness and life group coaching)。治疗师采取指导及引导方式，在患者「接受」及「适应」过程中，从旁协助。虽然说是从旁协助，不代表不需要专业知识及技巧，而要应用很多超越医疗领域的理论，方法及服务提供方式，才能达至专业而有效地促进患者适应症状及功能障碍，完成重整及重建生活的目标。

图二 生活重整课程在适应过程中的位置



生活重整课程
在
过去
数年，
生活

重整课程发展迅速,运作日益完善及到达成熟的阶段。从协助学员适应症状及功能障碍过程中,同事们不断学习、改进及总结经验,把生活重整课程发展成十分规范及有系统的治疗项目。自2007年至2013年六月,伊利沙伯医院职业治疗部为有长期症状或功能障碍的病友举办了60期生活重整课程,有超过450名学员毕业。去年开始,医院加大力度发展生活重整课程,单在2012/13一年内,在得到各临床部门及病友的信任下,就举办了27期课程,近两百位同学毕业。

病类	班数	毕业人数
职业康复 (骨科伤员为主)	9	71
慢性痛症	21	173
脑中风	8	50
帕金森	4	25
艾滋病	2	16
综合慢性疾病(包括精神病)	13	98
青少年慢性疾病	2	21
脑退化	1	3
	60	457

课程对象及时机

生活重整课程是一项专门为因有长期症状或功能障碍引致「生活方式失衡」(occupational lifestyle dysfunction)的病友而设的职业治疗项目。生活方式失衡指人在疾病症状或功能障碍的影响下,各生活领域内的活动长期严重失衡,引致进一步身心健康受损,不能应付生活及环境的要求,继而进入更严重生活方式失平衡的恶性循环。生活方式失平衡的表现有两大类:(一)病人除生活自理及休息外,生活几乎没有甚么内容;或(二)病人生活只围绕着治疗及治疗相关活动,没有其他内容。两类人皆缺乏正常家庭、社交、娱乐、宗教及工作等日常活动。我们相信,人的正面心理健康是由日常生活中所产生的成功感及正面情绪所维持的,缺乏生活内容使人的心理素质下降,无法有效适应症状,及不能面对生活的挑战。我们应为,在病友单调枯燥或为奔波接受治疗的生活中,加入能引发愉快正面感受的活动,能提升心理素质和精神健康,使之有力量全面学习适应及重建一种个人能力与期望相匹配的生活方式。

生活重整课程是各种协助慢性疾病患者或永久残疾者适应症状及功能障碍的方法之一,特别是在功能完全恢复机会较微的情况下更是适用。课程针对下列情况人士而设:有长期症状(特别是严重疼痛)或长期身心功能障碍;生活单调缺乏内容;整体生活不愉快或不满现在生活方式;有较强烈忧郁或其他负面情绪;生活缺乏动力;无力面对各种生活挑战,如重返工作;及愿意透过学习和实践改善自己生活方式,追求较愉快生活感受。

在参加生活重整课程的同时，病友可接受其他舒缓及适应症状的治疗。另一方面，由于太着重找寻病因及追求根治疾病的治疗，会减低患者接受现实及学习适应的决心和动力，故减少此类活动对课程成效更为有利。

课程主要元素

生活重整是一个学习、尝试与实践过程。学员在受痛楚症状及功能障碍限制情况下，学习避免及排除负面思想、情绪、人际障碍及环境障碍，充分利用个人能够掌握的能力和人际、经济、环境和社会资源，学习及实践适应生活的策略及方法，并养成习惯，培养新的生活态度及建立新的生活目标，重建成功及愉快的生活方式。

生活重整课程重点训练学员在症状局限的情况下，能在日常生活活动中制造成功经验及愉快感受。累积生活中细小的成功经验来提高学员的自控感，加添重建生活的信心。活动过程或成功的结果会产生各种正面感受，正面感受可中和负面情绪，为学员提供改变及适应的动力。心理学家发现人的良好心理状况不完全靠排除所有负面情绪，及增加大量正面情绪而达成。是取决于负面情绪及正面情绪的比例。长期处于正面情绪少于负面情绪会导致心理健康受损。技术上说，当正面情绪与负面情绪比例长期低于一比一时，心理健康就会受损。正面情绪与负面情绪的正常比例应在三比一或以上，即三份正面情绪比一份负面情绪。如比例能达七或以上，此人达开心快乐丰盛生活状态。小尝试和小成功可助长接受，强化更认真学习适应的动力与决心。成功及正面感受的互动，可把生活方式失衡的恶性循环转化为重建成功愉快生活的良性循环。

在症状及功能障碍影响下，学员不能用以往一贯方式完成生活中一些事务，但可学习一些新的方法及利用一些工具，以另一种形式，达至同一结果。甚至可调节个人或他人的期望，以及改变生活或人际环境，以达致个人能力与期望相匹配的状态。这就是我们所期望的「适应」。

在生活重整课程中，治疗师教导学员在各生活领域应用适应性策略及技巧，使学员能在症状及功能障碍限制下完成想要做的事。这些策略主要分为四类：(一) 预防及控制症状策略；(二) 选择活动策略；(三) 进行活动策略；及(四) 生活方式策略。在课程中，治疗师除讲解各类适应性策略外，还会透过学员每周实践计划，促进学员把对自己有用的适应性策略个人化及情境化。

适应性策略

预防及控制症状策略有三方面：(一) 留意症状出现的情况：包括时间、地点、活动；(二) 留意引发症状的情况，并加以避免；(三) 留意症状出现的历程：症状强度及变化，症状维持时间，以提高对症状的掌握控感；(四) 适当运用有效的舒缓方法：药物、休息、物理因素方法、转移注意力，例如休闲活动，与朋友倾谈等。这些策略可实际减少症状出现的频率及减低症状的强度，并提高自我对症状的掌握控感。

选择活动的策略有三方面：(一) 评估活动的重要性，保留体力应付对自己较重要的活动；(二) 分析活动性质、步骤、重量、时间、路线等因素，评估活动与身体能力是否相乎；(三) 适当调整活动的目的，只做自己能合理应付的事。

进行活动的策略有三方面：(一) 掌握时间：活动时间、历时、分段、节奏、速度控制；(二) 掌握工序：实践活动前的计划，包括步骤、路线、工具、障碍等等。也可调节工序、简化工序、及应用节省体力工序；(三) 掌握环境：利用辅助工具及设备，适当寻求别人的协助。

生活方式策略也有三方面：(一) 从新建立与能力相匹配的作息安排；(二) 建立新的生活及活动态度；(三) 用新方法及态度去过以往的生活、达成以往的生活目标，或用新方法及态度去过新生活、达成新的生活目标。

课程结构及内容

生活重整课程不是心理或健康教育课程，没有固定每节内容及教材，但在过程中设有多个发展里程，在不同阶段侧重不同内容（图三）。生活重整是一个过程，改变生活方式一般需时3至6个月，所以，生活重整课程为期约6个月，分三个阶段进行。第一阶段是集体学习期，第二阶段是个人实践期，第三阶段是巩固强化期。

首阶段集体学习期为期约三个月，期间学员参加为数十节的小组学习，每周一节，每节2至3小时，主要在医院职业治疗部内进行。除每周小组学习外，治疗师会按个别学员需要，安排1至2次约30分钟的个人辅导。课程首1至3节旨在协助学员了解自己现况及意识到走出症状及功能障碍困扰的路线图（图二），期间促进学员与治疗师之间建立互信关系，及促进学员间建立互助关系，并鼓励学员认真参与每周实践计划，以投入自我改变过程。

第3至6节旨在学习适应策略及方法，并应用在每周实践计划内，以建立个人化及情景化适应策略及建立应用习惯。接受现实是全面开展学习适应及重整生活的先决条件。在这阶段，学员透过每周成功完成几项引发愉快感受的活动，创造正面情绪，累积心理资本，有利促进接受长期症状及功能障碍的现实。

在第6至10节，学员开始计划面对个人生活挑战，有些要准备重返工作，有些要改变生活角色，建立愉快新生活方式。学员继续透过每周实践计划，续步向目标进发，重建生活。在十节课程中，第5及8节会在医院以外环境举行，让学员一起选择较有挑战性的活动，集体突破症状的局限，治疗师更可现场了解学员应付现实环境的方式，提出针对性的适应方法。

在这三个月的集体学习期间，学员每周要为自己订立1至2项实践计划，在下周上课前自行完成，并在上课时向同学汇报成果及分享体验。在课程早期，治疗师会鼓励学员重拾个人兴趣，做一些可带来愉快感受的活动，治疗师亦会引导学员应用合适的适应性策略及技巧，以确保活动成功，可真正带来成功感及愉快感受。在课程中后期，治疗师会引导学员选择一些可帮助学员面对现实挑战的活动，把适应性策略及技巧应用到更广泛的生活领域内。每周实践计划的制定及下一周的分享是生活重整课程最为关键的内容，也是对学员最有用的学习环节。

第二阶段是个人实践期。在集体学习期结束前，每一学员要为自己订立未来三个月的个人实践计划，接着进入为期三个月的实践期，期间学员要自行完成所订定的实践计划，在这期间治疗师亦会按个别学员情况，安排1至2次个人辅导，促进学员成功完成实践计划。

第三阶段是巩固强化期，为期2至3周，包括集体上课两节，当中同学互相分享前三个月个人实践计划的成功经验，目的是巩固及强化过去一段时间的学习与实践，并为自己制定个人长远计划。

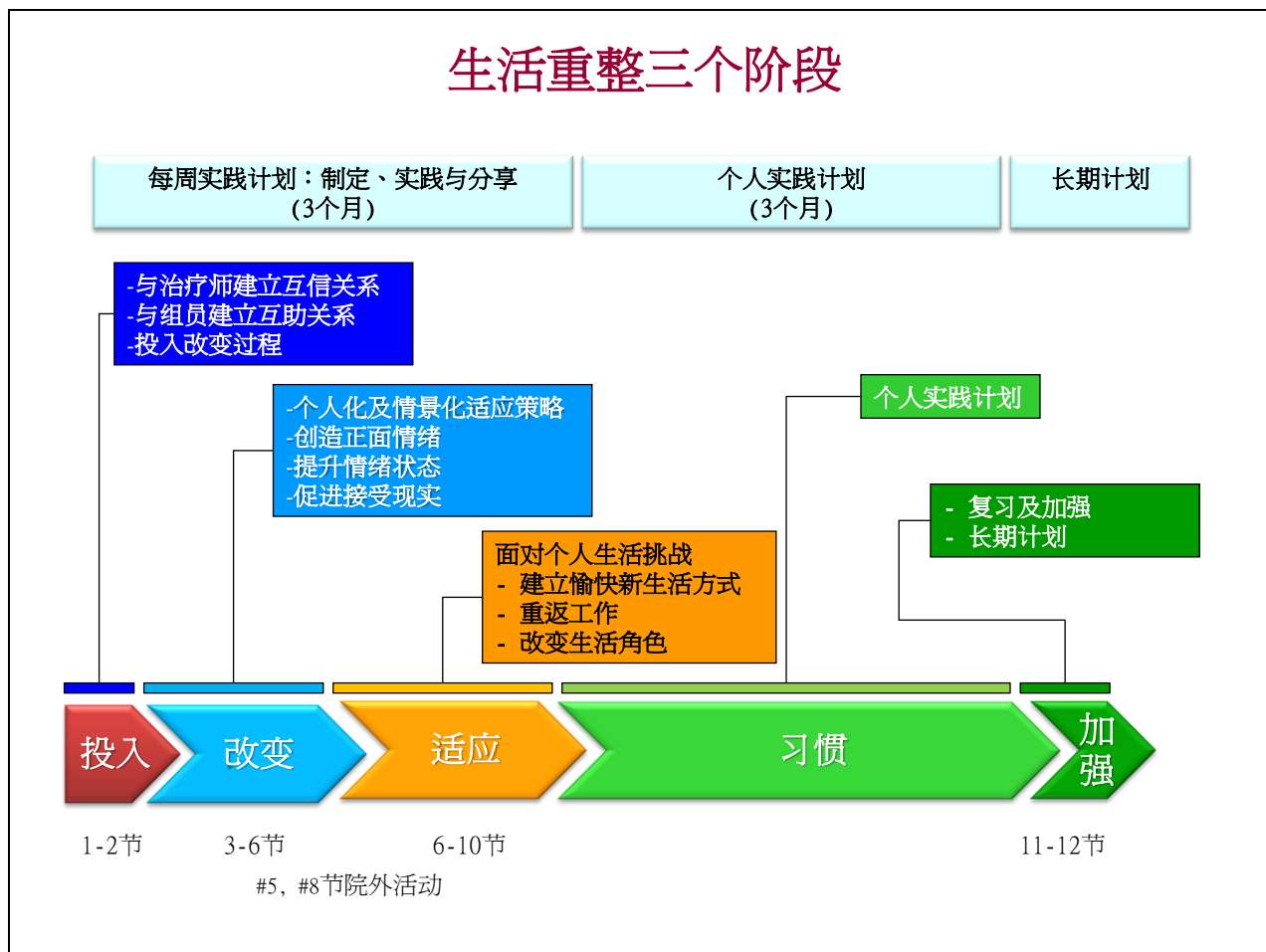
课程成效

在课程中段及第十节内，治疗师会让学员总结参加课程后的改变。他们可考虑有关自己情绪、思想、行为、生活态度、生活内容、人际关系（家人、朋友、同事等）等方面的改变，亦可征求家人及朋友的意见。学员把十项最明显或最重要的改变记录下来，与同学分享。综合多期同学的总结，学员的改变可分为以下几类：生活较主动及充实，较以往懂得追求正面感受，增强了社交能力及信心，改善了与家人的关系，对回复工作有更好准备，减少了负面情绪，增加了正面情绪，改善了思维与心态，及改善了身体功能。下面转载了其中一期学员分享的改变。（表二）

此外，一些客观评估也显示学员生活能力及方式发生了好的改变。学员日常参与可引发愉快正面情绪活动的频率明显增加。身心健康明显改善（图四：世界卫生组织身心健康评定，WHO-5）。生活功能，包括业余生活、人际关系及家庭岗位也有明显改善（图五：生活功能评定）。

总的来说，学员在自身症状没有太大改善情况下，增加了生活内容、建立了较平衡生活方式、改善了心理健康、加强了生活功能、增加了生活信心，此等改变均显示出学员已开始了良性适应过程。（注：部份学员同时接受其他药物及康复治疗，学员的改变也受其他治疗影响。）

图三 生活重整课程三个发展里程



表二：第二十班报告毕业学员的改变

李学员

- 学懂多一点控制情绪
- 尽量尝试回复正常活动
- 接受痛楚的感觉较过往容易
- 多了使用说话来代替文字
- 处理事情时会考虑多一些方法
- 开始回顾以往很多愉快事情
- 与一群同病相怜的朋友一起会畅所欲言
- 遇见医护人员时说话态度有所改变

何学员

- 开放自己、积极进取、逆境自强
- 面对现实、迎接将来、认识自我
- 多了新朋友,与家人相处好了

苏学员

- 放松自己,过去自己较容易紧张及敏感
- 多约朋友外出,令自己心情愉快了
- 思想由悲观有信心改变到从好方面去想
- 发掘兴趣信心,希望可做回乐观开心的人
- 多体会,从班中知道大家都有痛楚及心理压力
- 情绪由低落改善至乐观心态

简学员

- 在知识上明白了身体的伤痛是从多方面影响的,如心理特别敏感
- 有好多痛楚都不知原因地产生,需要学习面对
- 接受别人的帮助,学会感谢别人的关心
- 自己的病情与别人比较,可能已经是小巫见大巫
- 学懂向朋友直接说出:「请不要再注视我的伤」希望可以拥有更乐观的心

关学员

- 学懂怎样面对有关患处的痛楚
- 认识自己的疾病,怎样照顾自己
- 了解受伤雇员与保险公司的关系
- 学懂向雇主交待病情
- 学懂正视问题,渐渐回复正常的社交活动
- 有诉说心中烦恼的空间
- 勇敢地向学员及医护人员说出心中郁结
- 得到学员在精神上的支持,能舒缓忧伤

林学员

- 尽量适应痛楚,心情开朗了一点
- 计划将来,锻炼自己的身体,短暂放开一点心情
- 将自己感受同家人及朋友讲

黄学员

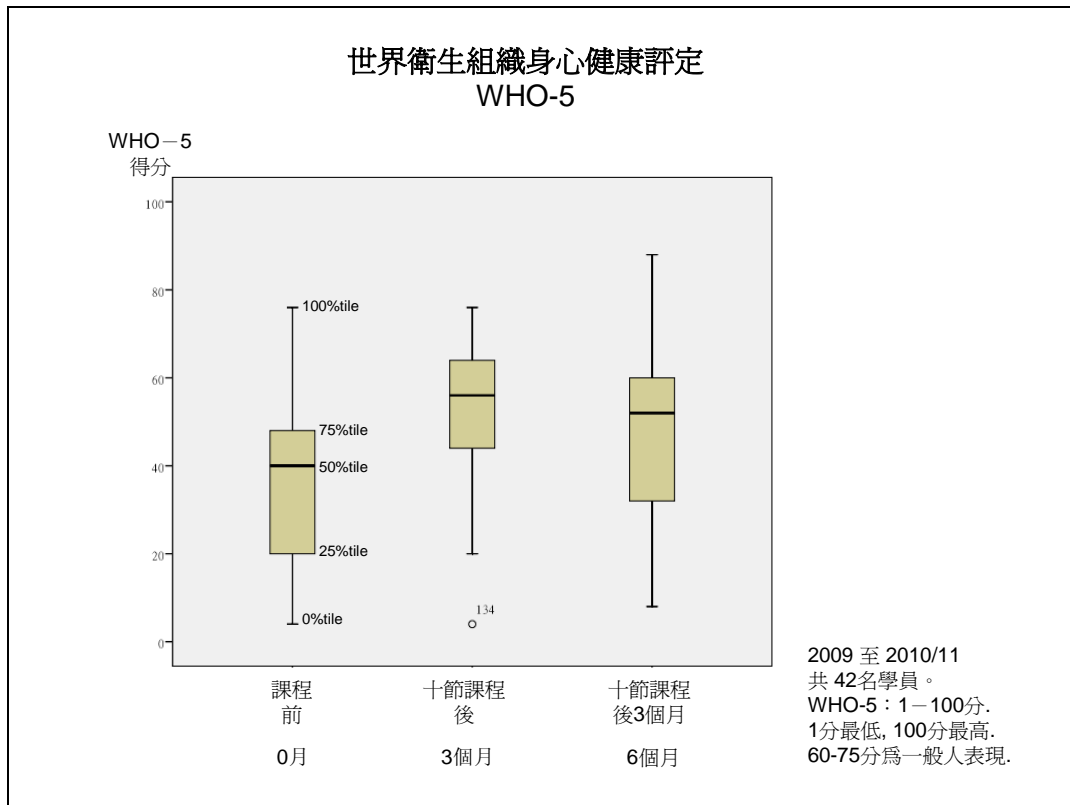
- 小组的每一位朋友都很友善,大家聊起来毫无压力
- 见到每位朋友包括自己都有改变~就系笑容
- 明天会更好,对自己有信心
- 参加小组后学到舒缓情绪的方法
- 两位李姑娘的态度让我得到信任
- 我会好好珍惜三个月小组里的友情

總結

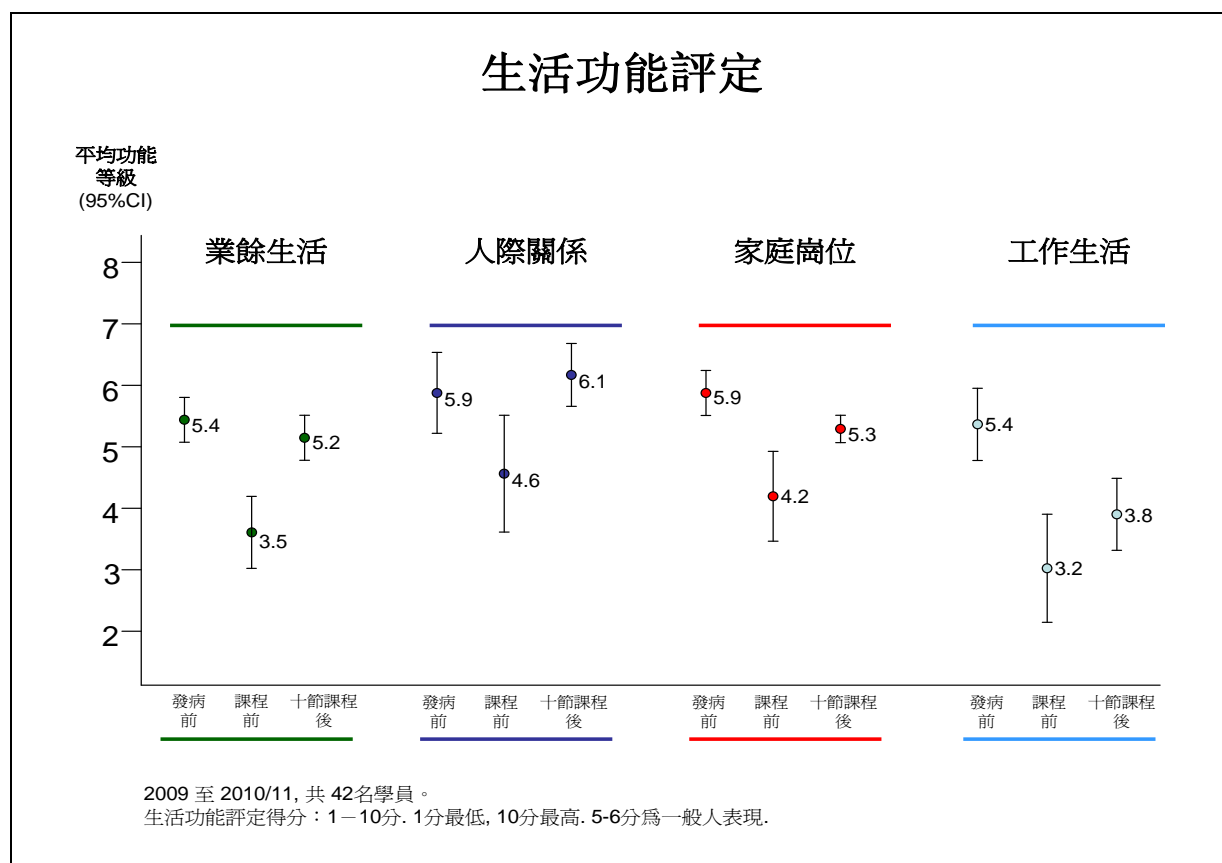
生活重整课程是一项协助患者适应长期症状及功能障碍的职业治疗项目，以「课程」为名是要突显以病人为中心的内涵、和要求学员主动学习和实践、而非被动接受治疗的重点。学员是否能透过参加此课程成功启动个人适应过程，全赖学员自身的努力及内在动力。课程提供了理念、知识、方法、及支持，个别学员根据自身的情况，在各自起点努力，以自身合适步伐，启动改变及重整生活的历程。

我们见证到很多成功的例子，学员们也总结了一系列导致成功的因素，包括：课程让自己明白现在的处境及现实地估量愈后情况，提供走出症状及功能障碍路线图，小组以追求快乐为主题，学习、个人化及场景化适应策略，自行定出每周实践计划，及自我主导适应目标及改变步伐。所有学员都认为治疗人员无条件的接纳及支持，组员间的关心和认同，和其他组员成功经验的鼓舞是帮助他们成功接受现实及适应的最关键元素。

图四：课程前后身心健康的改变



图五：课程前后生活功能的改变



OT 的認知覺察評估程序

... 针对从青少年到老年，从急性期照护到需长期帮助的患者

(Vancouver Coastal Health, April 2011)

中山大学附属第三医院康复医学科 杨琼、郑雅丹、张淑娴译

前言：

当患者转介至 OT，转介原因是认知障碍时，我们心中都会有一个粗略的评估流程，从未成文或者规范化；有时我们的评估思路往往会受限于 OT 的专业能力和经验，难免会不能及时准确的给予反馈给转介源。至今在国内依然没有一个完整的 OT 认知评估程序指导。机缘巧合，让我发现了 Vancouver Coastal Health 近年发布的 OT 接诊认知障碍患者评估程序，受益匪浅，因此在此与大家分享交流。望不久的将来，我们会拥有属于自己的更全面的规范化认知评估程序指导。

第1步—认知/知觉评估开始（或继续）？

- 在伦理上是合适的吗？（包括知情同意）
- 是否有评估的理由？是否有功能上的考虑？
- 需要进一步测试吗？
- 时机合适吗？

如果“否”，
无须继续

第2步-计划：准备工作和背景信息

- 评估的目的是什么（转诊问题）？（出院或治疗计划？回归驾驶/工作/学校？）
- 患者能够参与吗？如果能，能参与什么类型的评估？
- 实际的问题是什么？（讲解员？时间，空间，评估工具？）
- 哪些背景信息已经可以获得？（来源于过去的报告，图表，团队成员，家庭，其他支持者）

然后重新考虑STEP 1。

第3步-初步面谈

- 评估觉醒/自知力的水平
- 开始筛查认知/知觉基线水平
- 制作作业治疗文件（现病史，过去史，动机，价值观，期望/目标）

再适当考虑步骤1和步骤2。

第4步-筛查评估

任务执行水平的筛查

在作业治疗环境下进行评估

可以进行高于残损筛查的生态学及预测效度的筛查

选择一个或多个：

非结构化观察简单熟悉的任务或日常任务
(ADLs, IADLs)

残损水平的筛查

任务执行水平上强化筛查

请注意局限性（预测效度，深度）

快速筛查：如MMSE, 3MS, SMMSE, MoCA, MEAMS

然后，更深入的评估，第5步。

第5步-深入评估

在任务完成水平的深入评估

更深入的理解作业方面特定残损的影响

选择一个或多个：

非结构化观察熟悉的任务或新的、复杂的任务

结构化观察（框架结构），如MARS、PRPP

残损水平的深入评估

为了更具体深入了解特定认知/知觉的部分

OT的经典测试：如BIT、Dynavision、CMT、MVPT、OSOT、RBMT、TEA、TVPS

问卷（自我报告或其他评价者）：如

BRIEF、CFQ、DEX、EMQ、FrSBe、PRMQ

第6步：分析，建议及干预计划

解释检查结果：分析标准化的测试，观察，环境/情景评估这三方面的数据

贯穿始终：

环境 & 情境问题

融洽 & 专业地交流

建议的评估工具：

筛查评估:

深入的评估:

任务执行水平的筛查

- 非结构化观察 (简单、熟悉的任务):
 - ADLs: Activities of Daily Living
 - IADLs: Instrumental Activities of Daily Living
- 结构化观察 (框架结构):
 - EOS: Executive Observation Scale
 - RLS-R: Rancho Los Amigos-Revised
- 结构化观察 (标准化的工具):
 - CPT: Cognitive Performance Test
 - ERFT: Executive Function Route-Finding Task

残损水平的筛查

- 快速筛查:
 - MMSE: Folstein Mini Mental Status Exam
 - 3MS: Modified Mini-Mental status
 - SMMSE: Standardized Mini-Mental Status Exam
 - Moca: Montreal Cognitive Assessment
 - MEAMS: Middlesex Elderly Assessment of Mental State
- 扩展的检查:
 - CAM: Cognitive Assessment of Minnesota

任务执行水平的深入评估

- 非结构化观察 熟悉的任务, 或新颖或复杂任务。
- 结构化观察 (框架结构):
 - MARS: Moss Attention Rating Scale
 - PRPP: Perceive, Recall, Plan and Perform system of task analysis
- 标准化的工具 (表现为基础):
 - AMPS: Assessment of Motor and Process Skills
 - ADL / IADL Profile

残损水平的深入评估

- OT的典型测试:
 - BIT: Behavioural Inattention Test
 - Dynavision
 - CMT: Contextual Memory Test
 - MVPT: Motor-free Visual Perception Test
 - OSOT: Ontario Society of Occupational Therapists perception test
 - RBMT: Rivermead Behavior Memory Test

问卷 (自我报告或其他评价者):

- BRIEF: Behavior Rating Inventory of Executive Function
- CFQ: Cognitive Failures Questionnaire
- DEX: Dysexecutive Questionnaire
- EMQ: Everyday Memory Questionnaire

第1步 — 认知/知觉评估应该继续？

- ▶在伦理上是合适的吗？（包括知情同意）
- ▶是否有评估的理由？是否有功能上的考虑？
- ▶需要进一步测试吗？

在伦理上是合适的吗？

(1)知情同意：

必须获得自愿同意（从患者、配偶、代表或合适的委员会处）。

请记住，同意是一个持续的沟通过程。同意可以随时撤回。

(2)还需考虑

患者是否明白评估/筛查的用途和局限性。

您是否有相应的评估工具，以回答转诊问题。

经评估后，如果你确定了认知障碍，信息将被如何使用？（例如，有有利于确定是否存在认知障碍——去做出院计划？治疗计划？）

患者是否已经认识到和理解的评估/筛查的含意（药物变化，住房/布置指引，学校教育的要求，驾驶标准等）

有评估的理由吗？是否有功能上的考虑？

谁在索取这些信息（例如，医疗团队，患者，家庭，病案管理者等）？

想得到什么样的信息？我想要什么样的信息？

如果要求给出诊断（例如，“患者是否有老年痴呆症？”）... OT 具备了诊断的专业知识吗？

是否认知筛查或测试已经由其他团队成员完成？

有关认知的认知状态或功能已经有所改变了吗？

为什么我评估这个人？（例如，确定支持的级别？评估能力？）

除了患者给我的信息，我还需要从家庭，团队或医疗文书中取得什么信息？（例如，关于烦乱/不当行为/关注点）

有其他因素可能会在这个时候影响认知吗？（睡眠，饮食，药物的副作用，精神疾病加重，药物滥用，创伤）

有功能上的担忧吗？如果没有，为什么 OT 需要进行评估？

***如果不合理，那么一定要对转诊源解释清楚。*

是否需要进一步测试？

信息已经得到了吗？如果得到了，可以做出建议了吗？

基于患者的预后，未来的照顾或环境需要预测吗？

基于功能的信息和对患者的观察，患者需要额外的支持或另一种生活安排吗？

***如果不需要进一步的测试，那么一定要对转诊源解释清楚，如果合适的话，在已经获得信息的基础上协助做出建议。*

评估的时机是否合适？

患者的当前精神状态会影响评估吗？

患者病情稳定吗？包括患者当前认知状态存在的急性医疗上的原因吗？

如果患者不处于他/她通常的情景下，这样的测试会反映假如他/她处在通常情景下的表现吗？（例如，如果在医院里，比起他/她在家里时，有更多的支持/稳定/整洁 等吗？）

患者能耐受测试？

患者能配合测试？

认知涉及一个新的问题或一个由来已久的难题了吗？

患者的认知能力和功能水平的历史记录是什么？

**如果时机不恰当，则在时机恰当时要求一个新的转介，或者保持监视直到适合评估时为止。*

第2步 — 计划：准备工作和背景信息

决定要进行认知/知觉评定后，则执行这一步。

评估的目的是什么？

这跟功能/作业表现/作业有何关联？

是为了辅助预测安全性和表现吗？（例如，出院计划？独立生活？回归学校或工作？）

是为了治疗计划？

患者在评估中有能力参与吗？

患者的状态可以确定患者是否有能力参与评估，对于这一点我们掌握了什么信息？（如，觉醒水平，注意力，坐位耐受程度，语言能力，精细的运动能力，受教育程度）？

在设立评估过程中，我还需要考虑到什么？（一天中的什么时候？疲劳问题？心理健康状况？）

实际问题是什么？

是否需要讲解员？

在时间，空间，评估工具方面，已经具备了什么条件？

已经获得了什么背景资料（见患者前）？

来源于过去的报告，图表，学校历史/学术记录，团队成员，家庭，其他机构/支持服务。

病史，包括影响认知/知觉的共病状况/诊断的信息。

认知/知觉功能的特性，同时也依据患者的整体状态/功能。

与期望，目标，顾虑有关（团队，家人，患者，文化）

贯穿始终：环境和情景问题：

- 疲劳，情绪，心理健康问题，疼痛，药物等对认知功能水平的影响
- 环境/情景对表现的影响（例如，社会，文化，体能，支持，刺激/杂念等）
- 家与医院/诊所环境不同造成的影响
- 对状况感到新奇
- 真正的任务需求
- 外部策略：使用预先存在的与新的事物；在测试情况外，怎样的支持/策略是合适的？
- 客户的反应改变（体能，组织，线索/策略，复杂性，惯例，外部设备，一天中的时间）
- 评估把学习到的新东西泛化到其他环境/情景中的能力

贯穿始终：融洽和专业地交流（Therapeutic Use of Self）

- 整个过程中：融洽的重要性；交互式的风格的影响；同情心与同理心的使用等

第3步：初步面谈

患者的意识/自知力的水平是什么？

患者对认知和感知的自我报告是什么？

背景资料与你的观测相比较怎么样？

如果有熟悉的人在场，患者的自我报告与熟人的报告相比较怎么样？

我们可以从初步面谈中收集到什么认知/知觉信息？

比如：与注意力，记忆力，信息处理，视觉感知，执行功能等有关。

患者的作业概况是什么？

与自我保健，休闲，生产有关。同时也要考虑患者病史，动机，价值观，期望/目标。

如何将这些信息加入到已经收集到的背景资料中？

然后决定第 4 步或第 5 步：

第4步：筛查评估

选择第4步的原因：

- 只需要一个基本的剖析。
- 可评估的时间很短。
- 您对患者的认知/知觉功能还没有一个整体认识（这包括职业治疗师在评估认知/知觉方面没有太多的经验）。

A. 任务执行水平的筛查：

在这样的时候选择它：

当需要确保生态效度（即评估结果是准确地反映了现实生活中的表现）及/或预测效度（例如，评估结果将准确地预测出院的安全性）时。

当需要确定您已考虑环境和情景与患者的功能潜力有关。例如，考虑当控制任务和/或环境时，患者的表现受到的影响。

B. 损伤水平的筛选：

在这时候选择它：

当你需要对认知/感知能力有一个大概的、整体性评估的时候；

当你需要测量（定量的）变化的时候；

当其他医生可能需要复评结果的时候。

选择一个特定的工具的注意事项：

如果转诊问题涉及到预测独立生活安全性时，你可用的工具中哪个有此预测的效度？

客户的年龄和诊断是什么？（为了选择对这个人具有信度效度的测量工具）

然后，为了更深入的评估，进行第5步。

或者，如果没有进一步的评估，进行第6步

第5步：深入评估

选择第5步原因：

- 不仅仅需要一个基本的/整体的描述（即，你需要一个比筛查评估可提供的更深入的评估）。
- 您的患者在/在许多方面表现出相当高功能，所以因此筛查实验就会有“天花板效应”。

A：任务执行水平的深入评估：

在这样的时候选择它：

生态学及/或预测效度是很重要时。特别是对执行功能有这样的情况。

当在患者的潜力发挥作用中环境和相关的问题很显著时。例如，考虑当控制任务和/或环境时，患者的表现受到的影响。

B. 损伤水平的深入评估：

在这样的时候选择它：

当需要一个特定的认知或感知部分深入了解时（注意，记忆等），例如，当你不确定是什么造成任务/功能表现的受损时；

当需要提供特殊的评分结果时；

当需要测量（定量）变化时；

当其他医生可能需要复评结果时。

选择一个特定的工具的注意事项：

你的工具有无如预测独立生活的功能的预测效度？

患者的年龄和诊断？

C. 问卷：

在这样的时候选择它：

当自我报告里的信息量很大时（例如，获得患者的观点）；

当需要提供在家里或社区中那些作业治疗师无法观察到的功能信息时；

当获取关于患者的认知/感知功能和对功能的影响上患者的家人/支持者的信息时；

当不可能管理一个长期的、基于评价的行为表现的时候。

第6步：分析，建议及治疗计划

分析：

请记住，作业治疗师不诊断医疗/健康状况。

在目前情况下，关于患者的认知/知觉长处和局限性的调查结果预示了什么？

“三角数据”——即来自所有来源的信息都指向相同的关于认知、

感知和对功能的影响的结论（背景资料，面谈的资料和观察资料，患者的功能性观测数据和行为举止，标准化测试结果，问卷调查结果）。

结果与其他类型的评估信息相符合吗？（如 ADL / IADL 结果）？

结果与由其他医生进行测试结果相符吗？

有什么其他因素影响你的调查结果吗？

- 情绪（焦虑，抑郁）
- 疲劳

- 语言障碍
- 思想内容
- 视力或听力障碍
- 动机
- 其他医疗条件;药物
- 环境/与此相关的因素（包括身体，社会，文化，体制等）

患者对他们的认知/知觉表现有意识/自知力吗？-如果没有，这对你调查结果的阐述有什么影响呢？（特别是由面谈和问卷调查而来的结果）？

你的调查结果具有生态学性和前瞻性效度吗？

在整个筛查/评估过程中观察到的患者的优势和局限性是什么？

如果使用一个标准化的测试，它是按照在一个标准化的方式/方案—如果不是，调查结果的阐述会受此怎样的影响？你能给测试评分吗？

你能解决转诊问题吗？

患者会改变的潜能（环境，学习能力，技能，策略，和/或做事方式）是什么？

需要做进一步的评估的话：

- 由 OT 做？（例如，如果存在任何悬而未决的问题）
- 有其他学科做？（例如，语音语言病理学家，神经心理学家，眼科医生，驾驶康复专家）

建议和干预规划

需要什么类型的建议呢？（参考评估的理由-第 2 步）

由 OT 还是其他学科进行进一步评估？

比如与患者回归特定作业有关吗？（例如，独立生活？驾驶？学校？工作？）

为出院做规划？还是为治疗做计划？

来确定需要的支持（支持人员，服务，机构等）吗？

你将与谁共享调查结果？（患者，家人，医疗团队，照护人员，教师等）。这样做得到同意了吗？

需要什么文件，和谁需要有一份书面的建议？（图表？患者？家人/照顾者、医生的办公室、其他医生？）。提供这个有适当的准许吗？

患者的智力能理解建议，包括关于安全性与独立性的决策和结果吗？

对于治疗计划，哪种类型的认知/知觉干预治疗计划是最适合你的患者呢？（如矫正性/程序性训练？特定任务的训练？代偿策略？元认知策略？改良环境？教育？社会技能训练？）

谁将会执行建议和/或干预？

相关资源：

College of Occupational Therapists of British Columbia (2008). Practice Guideline: Obtaining Consent to Occupational Therapy Services. (obtained from http://www.cotbc.org/PDFs/COTBC_ObtainingConsentGuideline.aspx, February 2011)

Groves, D., Coggles, L., Hinrights, J., Berndt, S., & Bright, L. (2010). An innovative algorithm for cognitive assessment. *OT Now*, 2, 20-23.

Hartman-Maeir, A., Katz, N., & Baum, C.M. (2009). Cognitive Functional Evaluation (CFE) process for individuals with suspected cognitive difficulties. *Occupational Therapy in Health Care*, 23, 1-23

Mental Health Occupational Therapy Algorithm/Guidelines for Cognitive Assessments (August 11, 2010), Vancouver Coastal Health.

译者信息：

杨琼，Tel: 13802413041, E-mail: aqqsheep@163.com

郑雅丹，Tel: 15914332747, E-mail: yadanegg@163.com

张淑娴，Tel: 13533257021, E-mail: 562471721@qq.com

通讯地址：广州市天河路 600 号中山大学附属第三医院康复医学科，邮编 510630

WHO 轮椅服务培训（初级班）分享

广东省工伤康复中心 丘开亿

2012年9月，收到香港复康会发来的学习班通知邮件，9月23日至29日在香港举行由 WHO 主办的“轮椅服务培训（初级班）”。师资方面是几位代表世卫组织已经做了多年轮椅培训的资深人士，有治疗师也有轮椅教练。学员来自亚洲6个国家，当中有治疗师、医生、护士等共26人，以治疗师为多数。其中有一位学员既是轮椅使用者，也是轮椅生产企业代表。中国方面有6个学员，2位来自国家辅具资源中心，另外4位都是 OT，其中包括著名作业治疗师林国徽老师。现对培训内容做一简要分享。

按照 WHO 的要求，一个标准化的轮椅服务步骤依次为：预约与转诊、评定、选择、筹资与订购、生产组装、适配检测、训练、后期服务共8个方面。各位一定都深有体会，一个轮椅需求者没有轮椅或是有轮椅而不适用，该轮椅就如牢房一般将使用者囚禁于轮椅里面。而有一部适用的轮椅，则使用者的人生将可以跟我们同样精彩。所以，及时为轮椅需求者或使用者提供预约转诊是轮椅服务的第一步，更是前提。

在日常工作中，对“轮椅”的评定，有助于我们作出重要的决策，比如患者是否需要轮椅、什么时候需要轮椅，需要什么样的轮椅，在什么地方使用、如何使用，要什么人帮助，如何帮助等等，提示我们从现有资源中选择最适合眼前这位患者的轮椅及其组件，确定可能需要的训练。“轮椅”评定内容包括面谈、物理评定两大块。面谈中应特别注意使用者所期待的轮椅所具备的功能，因为他才是最终的受用人。如果使用者已经有一部轮椅，那则要考虑到正使用的轮椅是否能够满足使用者的需要，是否适应他/她的环境，是否与他/她的躯体相适应并有足够支持，是否安全耐用，坐垫是否能很好地减压等等方面。

“评定”内容另一方面：物理评定，包括：使用者的感觉功能及是否曾出现压疮、驱动轮椅的方式、实际肢体测量3个内容。

测量内容通常会有：臀部宽度、大腿和小腿的长度、坐位至胸腔下端和肩胛下角距离、坐垫高度。一定注意的是，测量时必须是保持直立、独立坐姿。所谓直立坐姿，即为站在使用者前面观：骨盆、肩关节在水平位，肩活动自由，头直立、放松；侧面观：骨盆、躯干直立，保持脊柱生理弯曲的同时髋、膝屈曲90°，踝0°，足部在膝盖下方并放置在脚踏或地板上。这个姿势也就是拿到轮椅后使用者坐在轮椅上的坐姿。另外，应分别测量左右侧大腿和小腿的长度，避免各种原因导致的双

侧下肢长度不一致。测量时可以借助硬质板帮助测量。从上可以看出，我们常说的“轮椅”评定，应该包括对轮椅使用者、使用环境等等方面的评定，而不仅仅是对轮椅本身的评定。

第三个步骤是根据上面的测量结果，在提供的轮椅中选出最符合使用者的轮椅及部件，选择的结果会受到政策、选择范围的影响。比如在2部轮椅中选择跟10部轮椅中选择1部，所选择出来的结果可能是不一样的。具体做法为：先对上面测量的结果转换为实际轮椅的具体尺寸，然后找出符合这些尺寸的不同款式的轮椅跟使用者一起讨论选择哪一部。与目前大多数教科书中稍有不同的是，由于每一位轮椅使用者都强烈建议使用轮椅座垫，所以在计算轮椅脚踏板高度、靠背高度时，应预留放一个坐垫的高度（约50mm）。即将测量的小腿长度减50mm为脚踏板的高度，坐位至胸腔下端或肩胛下角之间的距离增加50mm分别为普通轮椅靠背高度和低靠背轮椅的靠背高度。

选择的步骤是一个治疗师提出建议并与使用者之间互相讨论的过程，最终由使用者决定选择哪一部轮椅，建议双方签名确认，避免日后发生争议。

在发达国家，每一部轮椅都是个性化定制的，这就是涉及到筹资、订购、生产、组装等程序。组装好轮椅各部件之后，为确认轮椅各部分处于安全状态，试用前必须对轮椅进行检测，例如：整体有无棱角、破损，是否直线行走，前后轮转动一致，各部位螺丝拧紧，脚踏开合自由，车刹松紧合适，车胎充气良好，手轮光滑，坐垫被紧密包裹等。然后让使用者坐到轮椅上，检测一下测量结果--轮椅--肢体三者之间的匹配程度及试用情况。在静止、行动中观察使用过程中的正面、侧面，看是否符合直立坐姿要求，甚至是在上下坡时、乘坐公共交通工具时看是否符合使用者要求。如任何一方面出现问题，应及时进行调整，甚至重新更换轮椅，如轮椅适配程度良好，则将轮椅交付患者并进入第七步轮椅训练内容。

轮椅使用训练方面，应该根据具体病情、环境、需求等因素进行个性化的训练，不一定强求每个使用者都学会大轮平衡技术、上下楼梯等内容。我院根据德国慕劳创伤中心的工作模式，将轮椅训练系统化的分为初、中、高级训练组和挑战组，集合功能相近的患者以小组的形式开展相应的训练，取得非常满意的效果。

标准化轮椅服务方案的最后一项内容是后期服务，包括2个方面：轮椅的日常维护、跟踪与回访。WHO建议，平时应定期对轮椅各部位进行检修，如出现故障，可以自行维修或到自行车维修店修理；适配人员根据之前留下的个人资料，也可以在回访时进行预约修理。每一部轮椅交付使用时，都必须设立一段时间的跟踪服务，以确认轮椅各部分是否工作良好，同时为使用者提供更多的信息，如社区服务、维修点、附近的轮椅使用者群组等等。轮椅交付使用时与使用者商定的定期回访当中，如果使用者的情况发生改变（病情变化、儿童体形改变、生活或环境改变等），应为其提供

新的有需要的训练或重新调轮椅。

透过此次短短7天的轮椅服务规范培训，让每一位学员都深刻的理解到 WHO 所提倡的细致服务的理念。正如复康会贝维斯老师所说：“我们不仅仅是卖出一部轮椅，我们提供更多的专业轮椅服务”！



广东省康复医学会举办姿势设定和移动工作坊

广州市残疾人康复中心 周慧楨

为增进业内工作者对姿势设定在重症脑瘫儿童康复中的应用，3月7日广东康复医学会作业治疗师专业委员会在广州市妇女儿童医疗中心（市儿童医院）举办了为期一天的姿势设定和移动工作坊。

工作坊特邀业内知名的加拿大BC省儿童医院发育科、物理治疗、作业治疗专家 Dr Maureen O'Donnell，康复工程技术专家 Mark Dilabio，以及我市两位经验丰富的土木工程师参加。专家们现场为一例一岁七个月的重症脑瘫儿童进行了姿势设定和移动的评估，并为其量身制作了座椅。大家分工合作，Dr Maureen 以作业治疗师的身份，从接诊询问，到如何为婴幼儿进行特定的姿势评估与测量作了详细的讲解和示范。工作坊准备相应的材料，如板材、布料、海绵等，以及缝纫机、电锯等设备。学员现场观摩了康复工程专家 Mark Dilabio 与两位工程师制作的整个过程，从木板的裁切、组装、黏贴海绵、到制作布套，专家们一丝不苟，精确到每一颗螺丝钉，而且考虑周到，几个小时后，一台制作精良的儿童成长座椅便呈现在大家眼前。最后的步骤是调试，直到为幼儿找到最佳的坐姿。

期间，专家们还为一例大龄重症脑瘫儿童进行了轮椅调整。借助现有的材料和工具，进行了一些简单的改造，经过反复调试，该儿童在轮椅上的坐姿也有了明显的改善。

通过这些姿势设定和移动控制，可以帮助重症脑瘫儿童维持正常的抗重力姿势，减缓骨骼关节的继发变形，并能促进其手功能的协调发育，增加社会交往的能力。因此，坐姿调整与轮椅改造等课题也日益受到重视。据了解，广州市儿童医院目前已在广州市率先开展了座椅门诊，以满足脑瘫儿童的康复需求。

参加工作坊的学员有来自我市多家康复医疗机构的十多名治疗师，大家在姿势设定的作用和评估、成长座椅的制作和轮椅的调整等方面很受启发，并积极与专家们交流。



最 OT 的踇外翻矫形器

中山大学第一附属医院康复科 陈少贞

黄阿姨有一双大脚，39 码的鞋有时勉强能塞得进去，只要是逛街，鞋店是必看的，生怕走宝啊，万一有合脚的呢！可是最近黄阿姨有点泄气，怎么回事呢？双脚踇外翻，第二足趾严重变形上翘，挤在鞋子里哪里都不得劲，稍稍走一走路，脚就痛得不行，哪有心思逛街呢？！

“矫形啊！”我赶紧跟她推销我们的专业。“我倒是上网查了资料，有个网站介绍踇外翻的保守治疗方法，说是可以用矫形器来矫正，产品还拿了专利，我赶紧买了回来，这个钱我不会含糊的。”“那不挺好的？”“哎！广告做得好，但用得不舒服咧！硌脚，硬邦邦的，穿着走路不舒服，还磨出个水泡，要命的是穿了矫形器以后我要穿 41 码的鞋，你说我哪儿买去。”

原来这样啊，难怪黄阿姨这么久都不来看我了，往常来医院开药都会绕上来看我的。“这回是逼得没办法了，来看看你作业治疗师有什么办法。”“呵呵呵，有困难找 OT。那我也不能辜负您对我的厚望啊！”

我查看了黄阿姨的双脚，哎！真是受罪，你瞧，右脚霸道的大踇指不好好站队，使劲往外挤，把第二趾的位置完全挤占了，二足趾只能往上缩，佝偻着腰骑到大踇趾上去了，趾背面还被鞋子压出个鸡眼来。再看那欺负人的大踇趾，它自己也不轻松，肿着个大包也受着罪呢。左脚稍微好点，踇趾是逼过来了，但第二趾起码还能抵挡得住。

继而，我让黄阿姨戴上网购回来的矫形器，让我仔细看看问题出在哪里。因为我知道好的矫形器要使用得当才能发挥效果（其他的产品也一样），你不能因为有人说用了不舒服就否定它。

该矫形器的主要部件为硬塑料制成的支架，远端为压力板，制成弧形从踇指内侧作用与踇指；近端部分为两个长条形的压力传递柄，分别位于足背和足底，通过一条弹力带绕过足外侧把压力传递柄向外侧牵拉，充分利用了杠杠的原理使压力板向相反的方向对踇指施加一个向内侧的压力，从而纠正踇外翻。为了加强效果，在塑料支架的压力板和压力传递柄交界处（相当于踇跖趾关节内侧的部位）有一个侧压护垫，其不但起到杠杠支点的作用，还可以纠正第一跖骨内收畸形。设计理念非常完美。但是一个好的矫形器除了设计理念以外还有很多细节方面的东西需要考虑，个体化设计是最重要的环节，个体化最基本的要求就是合体。看黄阿姨的矫形器，压力板弯曲的弧度不够，与踇趾不服帖，戴上它压根儿就没法穿鞋子，趾蹠部位还受到卡压，所以夜间穿戴也不太现实。

于是本 OT 开始动脑筋了，首先是进行以患者为中心的患者需求分析：（1）黄阿姨喜欢逛街；（2）买菜是黄阿姨的主要家务活动。（3）黄阿姨的业余爱好是跳民族舞，下个月要参加区里的比赛。那么，能够做到走路不痛是最基本的要求，第二是能够穿运动鞋或穿布鞋。“当然啦，如果每个脚趾头都能够向正常那样该多好咧，不过，我知道那是不现实的。我着急的是参加比赛！现在走路都有困难，还怎么练舞呢?!”本 OT 就琢磨开了，怎么帮黄阿姨实现这些目标呢？纠正踇外翻本 OT 也有一些经验了，患者夜间用一个低温热塑矫形器对足部进行固定，白天最好是穿凉鞋（带有一个踇趾圈的那种最好）或人字拖鞋辅助矫正，或使用简易的足趾矫形器，效果还是不错的。但黄阿姨脚的尺码比较大，右脚的跖趾关节已经出现严重的跖趾关节过伸和趾间关节屈曲畸形，最好白天也能使用足趾矫形器配合治疗。而且这个矫形器必须体积尽量地小、服帖、柔软，而且能把第二趾拉回足平面并伸直趾间关节，把踇趾朝内侧推挤。如果把踇趾和第二趾用伙伴支具固定在一起，第二趾是不是就可以回到足平面，踇趾也只能被第二趾挤回内侧呢？本 OT 寻思着，看看周围，目光落在魔术贴上，嘿，这东西或许管用！试验开始了：OT 用了魔术贴开始了简单的加工，把阴阳两条魔术贴同方向重叠在一起，在其中心位置上用缝纫机一条线把它们订在一起，结果在右脚上一试，嘿，绝了！踇趾和第二趾形成伙伴关系，和平相处了！穿到鞋子里时，第二趾背面也不会受压了，不痛了！黄阿姨高兴坏了，“那你赶紧帮左脚也做一个呀！”“呵呵呵，如果左脚也照这个做一个还不够理想，最好能把踇趾和第二趾之间的间隙加大。”“那就更好咯！”本 OT 又寻思开了，如何利用软的魔术贴制造出趾间的间隙来呢？好吧，我说 OT 是有办法的。照上述方法把阴阳两条魔术贴同方向重叠在一起，从中间处车两道线（两线之间间隔约 3-5mm），这样便把问题解决了。这么一个小小的魔术贴矫形器是本 OT 设计过的最 OT 的矫形器了！

当然，夜间的低温足部矫形器是不能少的。黄阿姨有点担心，“那个东西硬邦邦的，穿着它哪里能睡得着？”“嘿，你不给它来点硬的，它们能规规矩矩地听话呀?! 对待踇外翻就要软硬兼施。”我跟阿姨开玩笑。“我这个人睡觉很挑剔的，有点不舒服都不可能睡着。你怎么软硬兼施都好，要保证我能睡得着。”“肯定没问题啦！”

于是，OT 让黄阿姨的双足踩在一张白纸上，用铅笔把脚的轮廓描画出来，根据构思把板材的轮廓在纸上勾勒出来，剪好，描在低温板上，剪好，加热，在阿姨足部成型，把踇趾矫正到正常位置。待冷却后，在第一和第二趾之间剪开，在足弓部、踇趾部和第二趾安装魔术贴。黄阿姨一试穿，嗬，非常合适。

“看来硬的东西不一定就不服帖哦！”黄阿姨感叹道。“哈哈，只要它硬得有道理！”我乘机臭美一下。

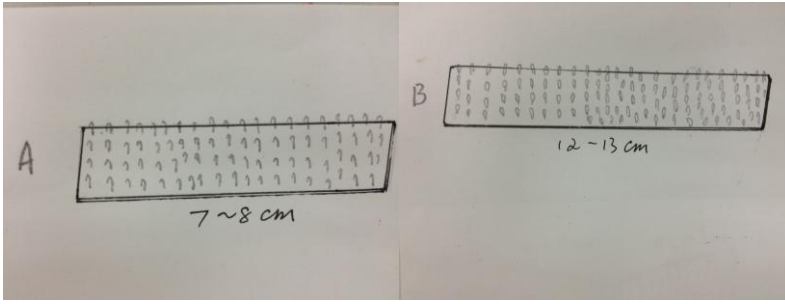


图 1,2

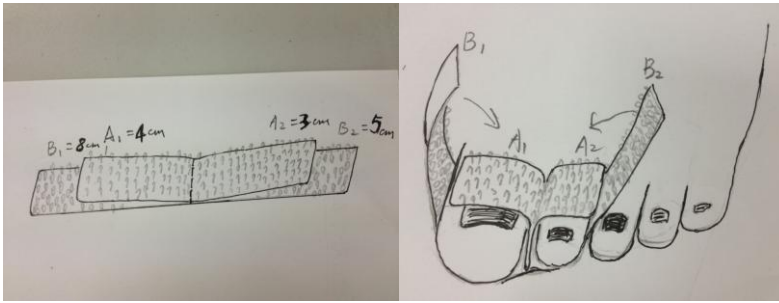


图 3,4

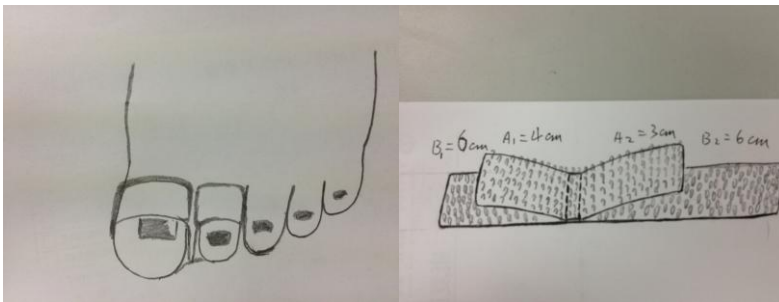


图 5,6

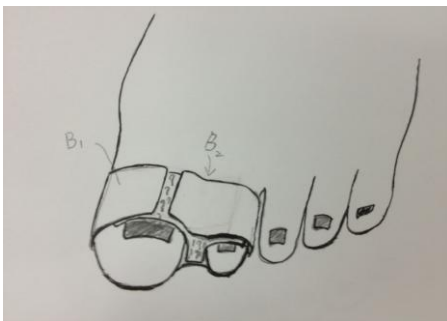


图 6

图解：

图 1：长约 7~8cm 宽 2.5cm 钩面魔术贴

图 2：长约 12~13cm 宽 2.5cm 毛面魔术贴

图 3：把钩面魔术贴叠放在毛面魔术贴上面（两者都面朝上）在中间略偏的位置上用缝纫机一条线

图 4：把车好的魔术贴套进第一和第二足趾之间，粘上魔术贴。注意扯紧下面长的那条毛面魔术贴，这样才能矫正第二趾的锥状畸形。

图 5: 重度踇外翻戴上魔术贴矫形器后的样子。

图 6: 如果是轻度（1 度到 2 度）踇外翻，魔术贴中间要车两条缝线，线间距离约 3~5mm。而且使毛面魔术贴第二趾的那一端更长，而拇指端更短。

图 6: 轻度踇外翻戴上魔术贴矫形器后足趾间隙被有效地加大了。

通过志愿者服务学习社区作业治疗

重庆城市管理职业学院健康管理系 李光辉 许晓惠 徐颖

在 2012 年下期，我们对康复治疗技术专业和社区康复专业学生进行作业治疗项目化教学中，在璧山县选择脑卒中、腰椎间盘突出、心理障碍等案例作为作业治疗案例进行教学试点。在社区作业治疗服务中发现存在很多问题：内地作业治疗在社区服务的机制没有建立，没有专业作业治疗的服务机构、没有专业作业治疗服务人员；社区作业治疗服务手段缺乏；专业院校作业治疗教学实践场所匮乏等。在内地社区作业治疗服务空白的情况下，我们积极地探索运用项目化教学手段，在社区作业治疗服务中探索内地社区作业治疗的志愿者服务和教学相结合的途径。

我们具体操作如下：专业老师根据阶段性教学任务对学生提出任务，把学生组织成志愿者服务团队，通过学校社会群团组织与试点的璧山县社区管理部门的有效对接，在社区中选择有需求的服务对象，在我们与社区服务人员共同指导下，由学生志愿者服务团队走进服务对象的家里，开展作业治疗服务。学生通过边治疗服务边学习的方式，把课堂学习、理解和记忆的知识，通过对服务对象进行 PEO、作业表现模式及 ICF 分析，评估服务对象、制定个性化治疗目标、治疗方案等形式，深度理解和掌握了作业治疗理论和方法，较好的完成学习作业治疗课程，从而实现作业治疗人才培养目标，让学生真正具备创造、评价、分析、应用、理解、记忆的能力。

具体案例

作业治疗，点燃社区康复之光——心得体会

小组成员：社区康复 2011 级 贾菲、蒋春瑶

康复治疗 2011 级 张鑫、李海海

病人简介

个人情况：小雪，女，汉族，29岁，未婚，初中文化，自由工作者，家住重庆市璧山县北门社区，爱好写网络小说并希望以此为职业。十五年前摆地摊被城管当众爆打，十年前因母亲外遇自杀（从六楼跳下）导致双腿粉碎性骨折，留下后遗症右腿膝关节大幅度屈曲困难，骨盆仍由钢针固定，不能长时间站立和行走。自此后十一年不曾出家门，逐渐拒绝与人交往，不信任别人，认为一出门就有人对她指指点点。

家庭情况：父母离异，和父亲住。母亲和她继父的孩子由其父亲帮忙照顾。父亲有精神病史，母亲患有高血压、糖尿病，并导致双眼视力下降。父亲没有正式职业，随处寻白蚂蚁卖，全家靠吃低保为生。父亲和母亲认为她是个残疾人，经常骂她，甚至父亲骂她是寄生虫，嫌弃她，喜欢她的妹妹（母亲与继父的孩子）。

社会情况：姑婆是社区领导，了解低保政策，帮助她获取低保资格。但周围邻居对她自杀的事议论纷纷。

PEO 的分析

1、个人范畴

身体：患者十年前因家庭原因自杀（从六楼跳下）导致双腿粉碎性骨折，留下后遗症右腿膝关节大幅度屈曲困难（入厕坐辅助椅子上），骨盆仍由钢针固定，不能长时间站立和行走。此后拒绝与人交往，逐渐患上自闭症。

情感：患者在情感上是较痛苦和自卑的。一方面父母离异，父亲患有精神疾病，并且嫌弃她，对她非打即骂（骂她是寄生虫）；母亲患高血压、糖尿病、双眼视力下降，无工作，仍然时常关心小雪。另一方面邻居的嘲笑和不理解。

精神：消极，自闭，自我保护意识很强，但内心深处积极向上的潜力很强，希望能够工作养活自己，摆脱邻居和家人的嘲笑，帮助妈妈治病。

2、环境范畴

物理环境（主要分析人工建造的环境）：患者家住璧山北门某小区五楼（无电梯），小区环境极差，家居环境为两室一厅，很简陋。

社会环境：患者和父亲还有母亲与其继父的孩子住在一起，社区环境很差。由于患者姑婆是社区领导，因为这个关系获得低保以维持生计。在医疗方面，有农村医疗保险。经济条件较差。

文化环境： 所出社区是农转非（农村转城市户口）聚集地。

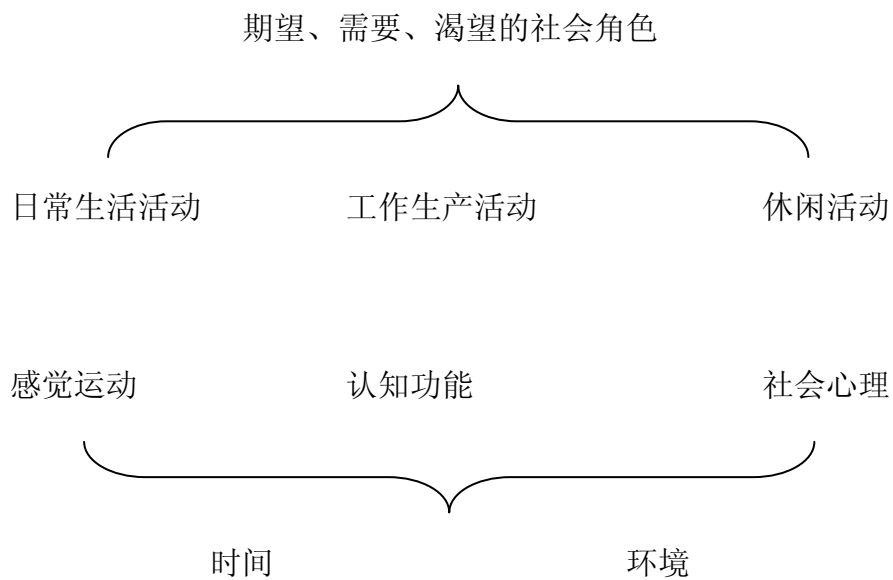
3、作业活动范畴

日常生活活动： 1、自我照料能基本自理 2、一般家务活动可以自理 3、应用交通工具能力较差，不知道汽车站、地铁火车站的地点。

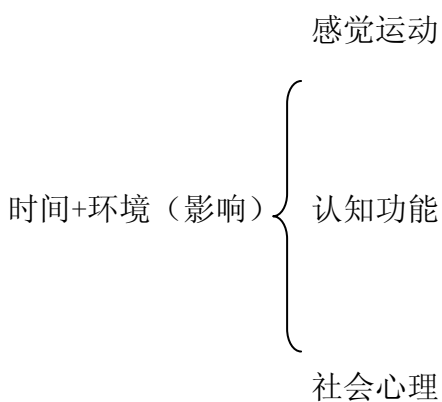
工作生产活动： 无

休闲活动： 看小说，写网络小说，玩 qq 游戏

加拿大作业表现模式分析



首先对加拿大作业表现模式进行整合

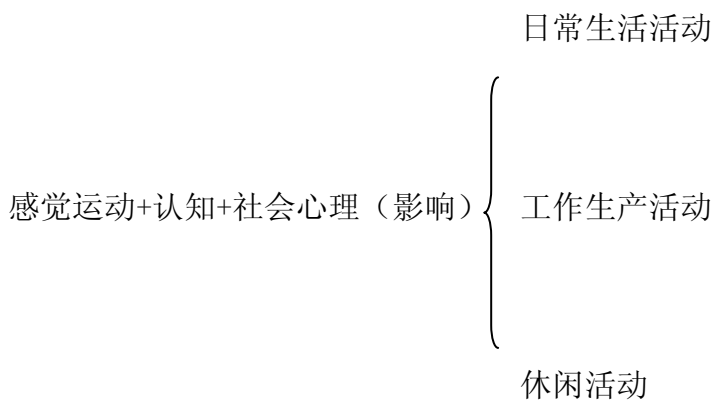


时间+环境：患者十年前因家庭原因自杀(从六楼跳下)导致双腿粉碎性骨折，自此后十年不曾出门，逐渐拒绝与人交往，不信任别人，认为一出门就有人对她指指点点。社区环境很差和家庭环境变故，个人的价值观和认识也比较偏激。

在感觉运动方面：主要问题是双腿粉碎性骨折问题，导致双下肢则是肌力有所下降，特别是右侧下肢膝关节大幅度屈曲困难（入厕需要辅助坐便椅子），骨盆仍由钢针固定，不能长时间站立和行走。，但是还是不影响正常生活。

在认知功能方面：无问题

在社会心理方面：因为十多年没有出门，导致很多事情都跟不上社会的步伐（坐公交车都不会），心态很消极。旁人对她谈论纷纷，自己也不和人进行交流。



由于上述感觉运动、认知、社会心理上的问题，导致了患者在日常生活活动与休闲活动上的不便。

日常生活活动方面：生活能基本自理。

工作生产活动方面：因为上述的问题，所以患者没有工作，但希望以写小说为职业。

休闲活动方面：看小说，写小说

疾病+环境+时间（影响）患者的社会角色——角色分析：

角色	在邻居和家人眼里她就是一个无用的人。（患者并不希望人们这样看待她，但久而久之患者也开始怀疑自己。）
女儿	患者生活在这样一个复杂的家庭环境里，缺乏家庭的温暖和关爱。同时也希望改变自己的家庭的现状。

职业上(社会角色)	患者希望将写小说为职业，改变自己是一个无用人的观点，但因为很多原因比较困难。
-----------	--

分析她的小说内容：患者写的小说内容为悲情类，文中男主角通常下常比较悲惨，女主角经历很多事后强大。这可能与患者曾经的经历有关，心中有心结。特别是母亲外遇离开了自己，让她失去的依靠。

综上所述：治疗患者社交障碍，可以利用以上两个方面进行康复治疗。

COPM 量表的分析

步骤一、自理

- 1、个人自理——患者基本能够生活自理，只是由于腿部问题，不能进行重力活动和剧烈运动。
- 2、功能性行走——因为腿部问题，只能行走一个多小时，可以慢跑一会儿。时间过长，腿部就会僵硬，第二天疼痛厉害。
- 3、社区生活——患者不会使用交通工具（例如：公交车），不会理财，可以进行基本购物。（原因：1、长时间脱离社会人群，2、心理因素）

步骤二、生产活动

- 1、有薪或无薪工作——患者没有工作，喜欢写网络小说，希望以此为职业。（由于是初中毕业知识层面不够和没有接触社会原因，写作比较困难）
- 2、家务活动——患者可以进行家务活动
- 3、玩耍或上学——患者已经 29 岁，这方面不考虑

步骤三、休闲活动

- 1、静态娱乐——喜欢看网络小说和写网络小说、玩 qq 家园类小游戏（可能是缺乏家庭温暖的原因）
- 2、动态娱乐——曾经喜欢旅行，初中时到过很多地方、去过湖南、云南、重庆周边旅游。（后由于家庭原因和自身身体原因就没有再旅游）
- 3、社交活动——现实中几乎没有，常与网友有交谈。

由 COPM 得出患者希望写小说为职业和网站签约获得稿费。

目标设定

长期目标：回归社会

中期目标：职业康复

短期目标：走出家门

制定计划实施

短期目标分析实施：根据上面的分析我们小组决定从以下五个方面入手。

- 1、 帮助收集小说素材，探讨小说写作为切入点，建立良好的治疗关系。（例如，患者对于常识性的问题不清楚，我们就借此讨论带她出门感受。）、qq、电话。特别补充小组成员蒋春瑶，因她是小说迷，和小雪有共同语言。
- 2、 参加社区组织的科普活动，插花艺术。购物、带妈妈逛公园。
- 3、 不论她开始接不接受，我们都给予她更多的关爱，以平等，尊重的态度对待她。多给培养兴趣爱好，接触新事物。（经常去看望她，关心她，进行一些娱乐活动）
- 4、 家庭的参与。（由于母亲关心她，她也比较爱母亲，与母亲进行交流，帮助劝导。）
- 5、 心理疏导

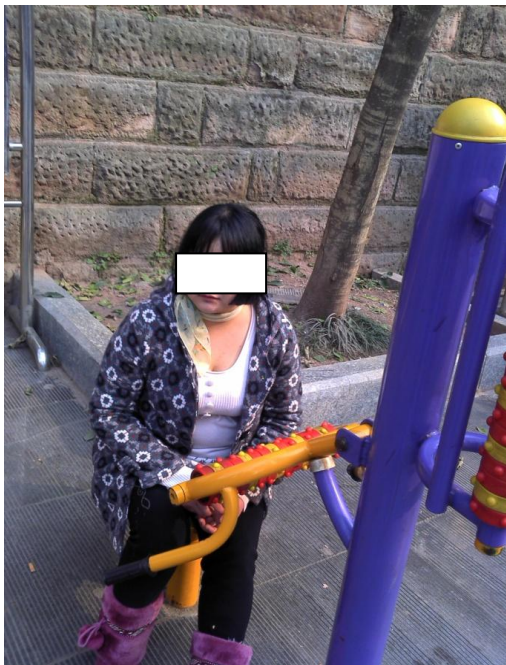
因为我们小组成员的共同努力，我们已经实现了短期目标。患者能够独自出门购物，买自己喜欢的衣服，更让我们不可思议的是患者在 10 年未出璧山，连公交车都不会做的情况下，并没有通讯工具（手机）的情况下，到了重庆火车北站见了朋友，安全回家。

中期目标分析实施：短期目标得到实现，现在我们就从三方面进行着手。

- 1、 尊重其自身的兴趣爱好（因为她喜欢写小说，并希望以此为职业，但写小说是一个漫长的过程。同时，她的文化水平不高，我们要考虑她能自力更生的问题。）
- 2、 重新择业，把小说当成业余爱好
- 3、 职业评定、分析和训练

中期目标成果：现在患者的已经和“起点”小说网签约，小说也已将上架，也算小有成就吧，她也可以得到一些稿费。

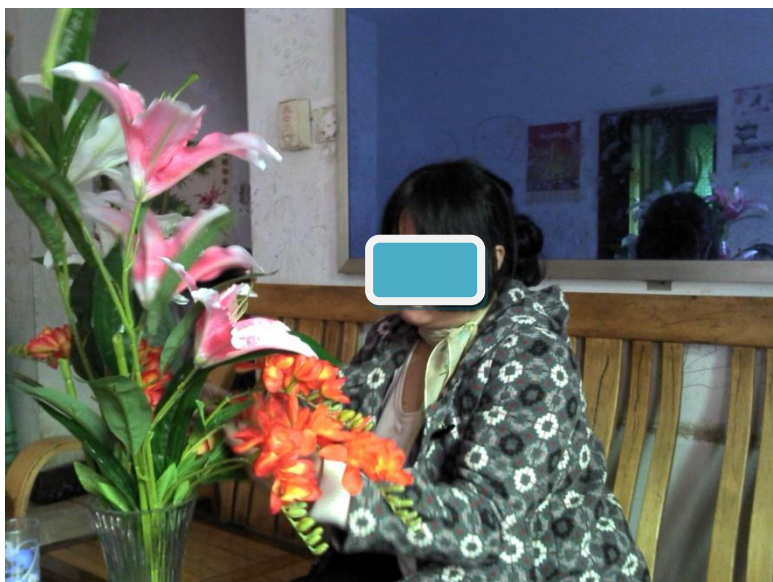
长期目标分析实施：当前期两个目标实现后，基本能回归社会，有自己的工作。我们就做一些后续的跟踪与关注。



社区锻炼



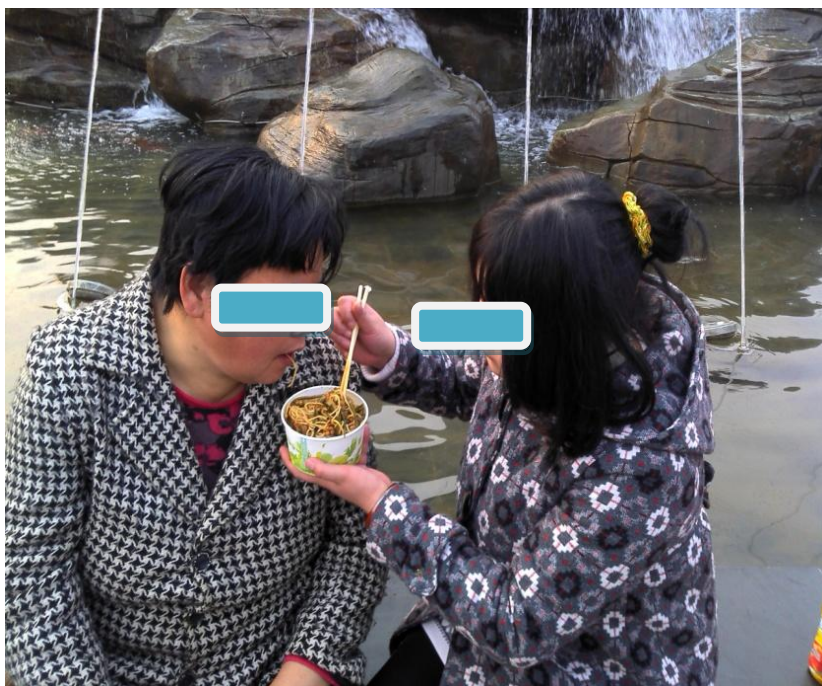
小雪参加社区科普活动后，兴趣大增，购买鲜花插花，图片为小组成员和小雪在一起插花。



小雪的插花



和母亲在湿地公园游玩



给母亲喂饭

总结：学生在通过到社区体验和学习作业治疗达到了很好的学习效果，能够很好的去理解和分析作业治疗理论，从而将作业治疗的理论框架运用到实际工作中。能够将作业治疗的治疗方案创新性的运用到具体的个案中，弥补了以前仅仅通过在课堂填鸭式教学的缺陷。

璧山县大旺社区沈爷爷作业治疗

李光辉， 重庆城市管理职业学院

一、接待

2013年1月17日通过学校老师以及大旺社区陈老师的介绍，我们正式介入沈爷爷的治疗。

二、评定

1、收集数据

1)、基本信息

姓名：沈爷爷

年龄：88岁

工作：老干部退休在家

社会经历：年轻时参过军并被打伤过腿，现退休在家

婚姻状况：已婚

居住地：璧山县大旺社区

既往史：脑萎缩、鼻窦炎、听力障碍、右大腿年轻时中过枪并留有后遗症、双腿变形等

现病史：高血压、风湿性关节炎等

2)、评定信息(采用直接观察法和间接评定法)

因在对于反映残疾水平或需要帮助的量方式上FIM比barthel指数更加详细和灵敏所以我们针对沈爷爷的状况选用了FIM量表进行ADL评定。

ADL 评定：

功能独立性测量

A、自理活动：进食（6分，有条件独立）

梳洗装饰（5分，监护或示范）

洗澡（3分，需要中等量的帮助）

穿上身服装（6分，有条件独立）

穿下身服装（6分，有条件独立）

如厕（6分，有条件独立）

B、括约肌控制：排尿管理（6分，有条件独立、不失禁）

排便管理（6分，有条件独立、不失禁）

C、转移：床椅间转移（5分，监护或管理）

转移至厕所（6分，有条件独立）

转移至浴盆或沐浴室（6分，有条件独立）

D、行走：步行/轮椅（6分，有条件独立、使用拐杖行走45m）

- 上下楼梯（3分，需要中等量的帮助）
- E、交流：理解（5分，需要有人提示或重复）
表达（4分，表达不清需有人解释）
- F、社会认知：社会交往（4分，小量帮助）
解决问题（2分，需要大量帮助）
记忆（3分，需要中等量帮助）

评估分析：根据我们对沈爷爷进行 FIM 的测量得出沈爷爷的总分数为 88 分属于轻度依赖。

肢体残疾分级：

从肢体残疾分级来讲沈爷爷目前的状况属于三级：能部分独立实现日常生活。

简易智能精神状态检查量表：

- A、定向力：4分
- B、记忆力：1分
- C、注意力和计算力：3分
- D、回忆能力：0分
- E、语言能力：5分

根据 MMSE 的量表测量得出沈爷爷目前的认知功能和精神状态均有一定障碍。

环境评定：

1) . 家庭环境的评定

室内设计：室内的活动空间较小对沈爷爷的活动有一定影响。

卫生间的设计：门是拉门，门宽允许轮椅轻松通过。

厨房和用餐设计：客厅食用，不用移动。

2) . 社区人工环境的评定

人行道：便于轮椅通过

台阶：接近平地面时有 3 级台阶两侧无扶手

3)、问题分析

最明确需要解决的的问题：下楼梯的安全以及方便问题。

三、评定分析

PEO 模式

人---

- 沈爷爷的身体功能方面有脑萎缩高血压鼻窦炎等病史，虽然存在各种下肢的问题但是在辅助器具的帮助下基本上还是能自理的，例如床上翻身 站起 坐下 如厕等。

- 而沈爷爷的肌力关节活动度也基本正常、因为疼痛和怕伤口裂开所以才不敢自己走路。

- 在认知方面觉得也许是因为年龄的原因，也许是大多数老人都会存在的问题就是往事历历在目而近事却记不太清楚。整个过程多在重复他当年打仗受伤的过程，可能是受电视的影响注意力也不太集中，而对于自己的保护意识还是很强烈的。

- 在情感方面中对于祥康福德欲望不强烈，甚至于安于现状。

精神方面，精神状态还比较好，晚上睡觉经常起夜，有时还会半夜起来吃点东西或者起来活动、玩一下再继续睡觉。

- 在社会阶层上是当年抗日战争时期留下来的老干部。

环境——

- 家庭环境上居住的环境是在老房子里面，家里有 100 多平方的大房子但还是比较喜欢现在的老房子，比较挤。
- 有三个儿女均有自己的工作，两个女儿离家很近经常来看两个老人。
- 因为两个老人都上了年纪所以没什么朋友与邻居也基本上不交流。
- 制度上面因为深夜也是离休老干部所以政府或者社区对他都是很关心的，过年过节都会来看他们送点东西。
- 儿女平时不拿生活费但沈爷爷的退休金也够两个人用，但在医保等方面，按照常理来说应该是全部报销，但是奶奶口中说道有次三千多的药费只报了两千多。
- 而在社会心理上，沈爷爷和外界接触很少，多是奶奶在外买菜所以基本上不太考虑。物理环境上天气一冷例如冬天腿就会痛，对于温度很敏感。

作业——

- 日常生活中有奶奶做家务活动，沈爷爷都是被照顾，能自己洗脸刷牙更衣如厕床上翻身等，室内移动需要辅助器的帮助。除了不干家务自我照料还是基本上能自理。
- 生产活动无。
- 休闲活动中沈爷爷只有看电视这一项，与外界及不上不接触，也不太爱出门，下肢有问题所以也不能散步最多是天气好时在小院子里晒晒太阳。

四、设定预期目标

1、最低残存能力（ICF 分析）

身体结构与功能方面：身体结构没有缺陷，功能上有一定障碍，主要表现在下肢的活动上。肌张力无问题，下肢肌力不够，因长期不活动有部分肌群有一定程度的萎缩。而且沈爷爷的听力与言语功能都有一定障碍，时常不能听到或听懂我们在表达什么。

活动与参与方面：因为下肢的活动问题导致沈爷爷的活动与参与都受到极大的限制，平时除了有亲戚来家里看他，基本上很少出门活动。

2、妨碍因素：通过观察和询问，沈爷爷最大的妨碍因素来治愈两个方面，第一个方面就是年纪大了各个系统的功能都有所下降，特别是下肢因受过伤并骨折过导致的活动问题，第二个原因就是心理因素，沈爷爷对于现在的生活有点安于现状，没有任何目的目的性，加之曾经因多次摔倒，心里有阴影。通过叙述性思维来考虑，如果希望他配合我们做一些康复训练，那么心理因素将是我们非常大的一个妨碍因素。

3、制定目标

Copm 量表——这是我们这次活动中唯一没有进展的一项，因为沈爷爷的年龄也大了，所以基本上没有什么想去完成想去改善的，觉得现在的生活很好。以下的目标，我们基本上是根据其现实生活中所存在的妨碍因素进行的康复目标制订。

近期治疗目标：在几个月的接触下，我们已经赢得了二老的信任，在此基础上潜移默化的鼓励杨爷爷进行行走活动，并监督和帮助他进行行走训练。

最终目标：即最大限度的维持他目前的身体状况，防止功能结构的下降。天气状况良好的话，能甩开手杖或者助行器自由行走。

五、制定治疗方案

活动场景可就在沈爷爷家里，这样减少了出行的安全困难问题，同时自己家里也让沈爷爷感到安心。

时间可选在每天的同一时间，出门活动尽量是在天气较好的时间。

1) 初步目标治疗方案：

我们给沈爷爷做上肢做按摩等活动四肢的运动，下肢做屈伸等被动运动，持续十分钟。

2) 最终目标治疗方案：

爷爷自己做踏脚踏脚等主动运动，做两分钟休息一分钟持续十分钟。

在做完活动以后就可以站起来活动走路了，可以在家里进行也可以在门口的凉台，天气好还可以出门走动，时间一沈爷爷感到累了就休息为宜。

1、作业活动分析

A、主动性 初步目标治疗方案中主要为我们给沈爷爷做被动运动，所以主动性参与很少。

B、一些相关因素 在考虑沈爷爷的年纪上我们尽量在主动运动时，以沈爷爷觉得累了为活动结束的时间

C、时间 按生活习惯。

D、安全性 主动活动时有可能有潜在的危险。

E、情绪 乐意做。

2、生物力学分析

1) 初步目标治疗方案：

上肢按摩等放松运动，首先沈爷爷取坐位，在一个放松的的姿位下，由我们为沈爷爷做按摩。下肢的屈伸等被动运动：取坐位，双腿在一定屈曲范围内，由我们一手放在小腿另一手放在膝关节以固定的作用，首先把屈曲的膝关节缓慢移动到与大腿平行的活动度再缓慢恢复原位。重复上述动作十次。进行下一个动作，一手握住小腿与足的中间另一手放在膝关节，整个小腿和大腿做上提和下降的运动，重复上述动作十次。

2) 最终目标治疗方案：

爷爷自己做踏脚踏脚等主动运动。首先沈爷爷取坐位，然后一只脚的小腿三头肌做收缩，变成前脚趾着地，而脚后跟全部上提至离地面 10 厘米左右，然后小腿三头肌放松，脚掌恢复原位，换为另外一只脚做相同运动。两只脚交替运动以沈爷爷感到累为结束的时间。休息 1-2 分钟以后换另一个动作，首先取坐位，膝关节与踝关节依然成 90° 屈曲位，全脚掌着地。然后一条腿股四头肌收缩，整个大腿带动小腿向上提至离地面 20 厘米，股四头肌放松回到原位，换另外一条腿做相同运动，两条腿做交替运动，以沈爷爷感到累为结束时间。

3、预防对策

无论是在做主动或者被动运动时多少都会存在一定的安全隐患，所以我们在做之前都要先询问沈爷爷今天下肢的情况怎么样，是否会有疼痛等感觉，而在整个被动运动中也要不断询问我们手法的轻重，而主动运动时这要告知沈爷爷在自己的能力范围之内，不要过度活动或者过量活动。及时反馈我们信息是我们预防对策的核心。

六、治疗的实施

除了正常的进行目标训练，因为我们时间有限，更多的是要沈爷爷在我们没在时也有这个意识进行主动训练，所以我们决定制作辅助器具来提高沈爷爷的积极性。

自闭症儿童感统康复基础培训班

广州市残疾人康复中心 周慧楨

2013年6月5日，由香港复康会主办，广州太阳船康复中心协办的“自闭症儿童感统康复基础培训班”在广州市海珠区残联展开了为期3天的课程。吸引了来自黑龙江、安徽、浙江等多个省市的二十多名学员参加，均为从事自闭症儿童服务的前线工作人员，其中包括特教老师、感统老师和康复治疗师。据了解，该课程是复康会“游戏与康复项目”之一，并获得汇丰银行的资助得以大力开展。

课程首先由广东省残疾人康复协会副秘书长陈旭红就自闭症目前的发展状况，以及在广东省内所做的一些相关研究作了简单介绍。据介绍，临床调查发现，近年来脑瘫儿发病率有呈下降的趋势，而自闭症儿童的发病率则呈上升趋势，目前自闭症（孤独症谱系障碍）在广东的发病率为1/150。研究发现自闭症发病率的上升与环境、食物、独生子女，以及高科技的发展及产品的广泛应用等因素有一定的相关性。关于自闭症儿童的康复她同时也强调：感觉统合是打开自闭症的一把钥匙。

其后，两位分别来自香港和新加坡的授课老师谢秀玲和区笑仪先后就自闭症儿童的感统康复作了系统而详尽的介绍，她们均为经验丰富作业治疗师。授课内容包括自闭症最新的诊断标准、相关评估方法，感觉统合基础知识介绍及其评估，如何制定介入计划及感统训练方案，家居感统活动的开展及其原则，如何建立自闭症儿童的游戏技巧，以及行为问题的处理等。授课期间还有个案的视频介绍和小组活动，让学员实践如何就个案开展感统评估，制定相应的感统餐单和游戏活动，并现场展示与讨论分享。整个课堂气氛活跃，学员们实践与讨论也十分积极，培训班在大家的游戏分享中圆满结束。



看中国作业治疗

香港复康会中国及国际部 区笑仪

作为香港复康会中国及国际部的一员，过去的三个月我在中国访问了很多家中心。这些中心都向特殊儿童提供教育和康复服务。这些特殊儿童大都患有脑瘫，自闭症和智力障碍。作为香港复康会“游戏和康复”项目的一部分，访问的目的是为了对康复工作人员和特教老师提供指导，结合使用“游戏”来开展对特殊儿童的康复服务。

在访问中，我们也为这些中心的老师们开展了相关的工作坊。在我访问不同的中心后，我发现他们通常所提供的治疗聚焦于残损，其目的是让孩子变得正常。因此，在我们提供的工作坊中，我们介绍了世界卫生组织的国际功能、残疾和健康分类(ICF)，提供给他们一个不同的健康定义以及一个孩子的功能是如何在多方面表现出来的。我们的重点放在了环境是如何可以协助或是阻碍一个孩子在日常生活中的参与，而活动参与恰恰是和功能水平相联系的。因此治疗的重点是提高孩子在各种日常活动中的参与，不管是个体的还是社区层面的。那么我们如何结合使用世界卫生组织的 ICF 到我们的临床实践中呢？

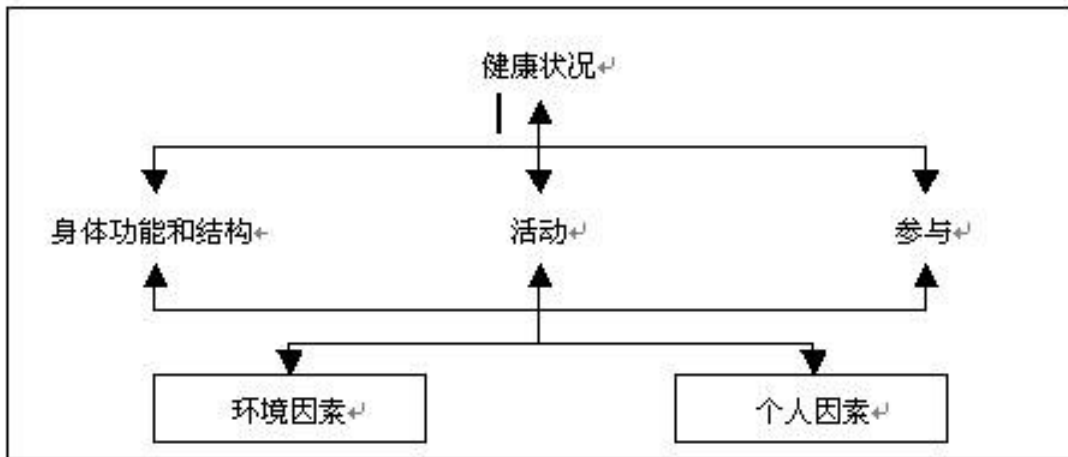
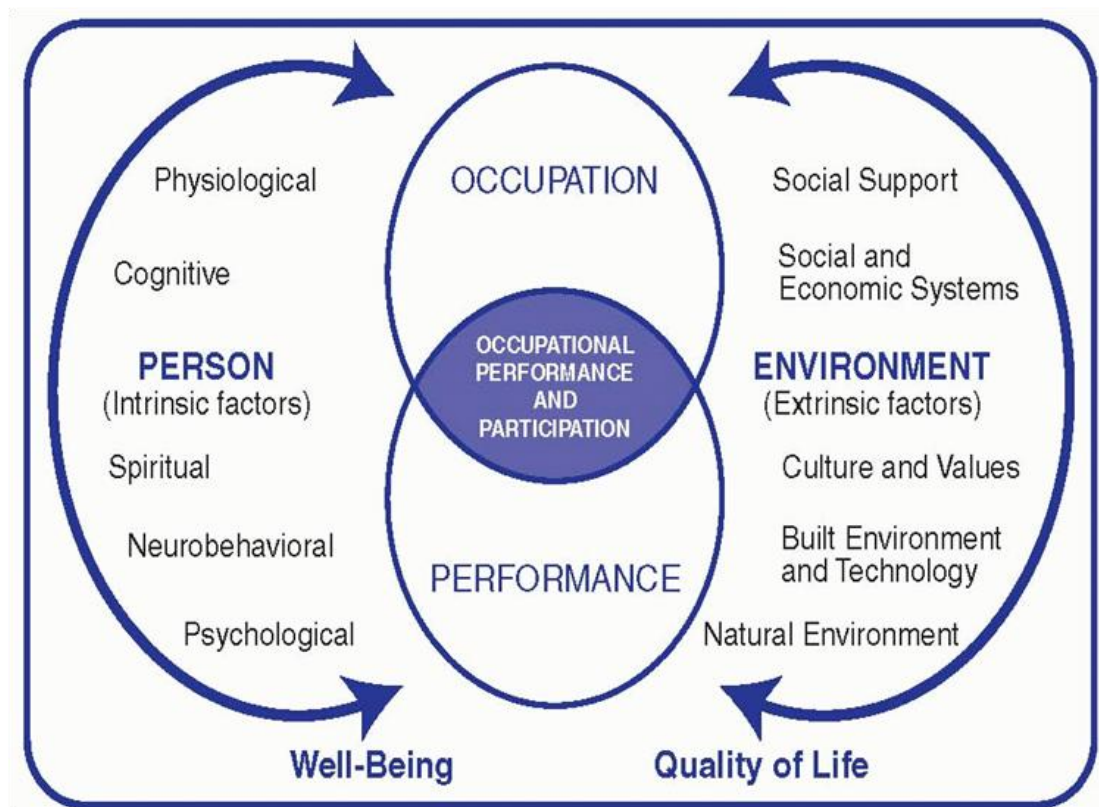


图 1 ICF 理论模式图

“人-环境-作业” (PEO)模式可以用来描述 ICF 在临床实践中的运用。PEO 模式很清楚地表明多种不同内外因素对健康的影响。作业活动表现和参与是“人、环境、任务/作业活动”之间互动的动态产物。为了提高活动参与，我们可以在这三者领域中进行改变。除了治疗孩子的残损，我们也可以尝试改造环境因素和所需完成的任务。不管孩子做什么作业活动或任务，必须记住我们的目标是提高其参与度，这也会使其功能得到进步，就如 ICF 上所展示的一样。

当在工作坊中描述环境领域时，我们总是鼓励参与者去考虑更大尺度的环境。在 ICF 模式中，环境包括一系列内容如产品和技术、社会关系，考虑社会对残疾的态度，明确每个环境因素的利弊。同样在治疗过程中，孩子在任何活动中的参与都可以通过环境因素得到提升。我记得最近有一次观察一堂课，有个脑瘫孩子在用站立架，这个孩子能用“K 助行器”行走，但是每天必须要用站立架站立一个小时。他的姿势肌肉越来越弱，因此要保持站立一个小时对他来说是很困难的。老师让教学变得很有趣，他用了很多小道具来教授不同的知识，让同学们上前来命名。但是每次脑瘫孩子轮到回到问题的时候，老师就会把桌子移到他面前，这样他就能指出正确的答案了。这样老师的任务就

完成了，因为他做了物理环境的改良，让这个脑瘫孩子有了活动参与。但是，对孩子来说，他没有真正参与到课堂。要他在上课的大部分时间都站直听课是困难的事情，而且，老师无意识地让他成为了特例，这样的社会态度其实没有帮到他，反而成为了一种阻碍。如果我们使用 ICF 和 PEO 模式在这个情况里，一个简单的环境改造是把站立架拿掉，允许他可以坐着，和其他孩子一样参与活动。把他的“K 助行器”放在他旁边也可以帮助鼓励他参与课堂活动，因为他是有能力和其他人一样独立行走前面回答问题。同样，这些简单方法在孩子的整体环境中也适用。所以现在，我们把有阻碍的环境去除，而用一些有益的来代替。要记住，去改变环境往往比让孩子适应环境要容易。改造某些环境特征是促进活动参与的另外一个工具。



当我们看 PEO 时，我们必须考虑我们的核心价值：作业活动。每次我们看孩子时，我们千万不能忘记游戏是孩子们的主要作业活动。什么是游戏？游戏是自然、快乐、难以预料的活动，它让孩子有机会对现实做出反应并且从中转化认识，游戏更关注过程而非最终产物(Stagnitti & Unsworth, 2000)。通过游戏的体验，孩子对周围的世界进行探索和学习。特殊儿童同样也需要这些体验来学习和探索所处环境中的新东西。因此，游戏在治疗中的使用和作业治疗的核心价值是一致的，使用作业活动是一种方法也是最终目的。

我花了过去的几个月时间和很多不同的专业人员交流，我发现游戏大多时候是被当作最终产物。大家的理解好像是孩子必须要有一定的能力才能进行游戏。其实正好相反，孩子必须要游戏才能获得一定的能力。因此，在儿科临床实践中游戏的使用其实包含了补偿和代偿两种技巧。在我们的工作坊中，我们强烈鼓励参与者用游戏作为和儿童工作的主要方法，这样孩子们可以有自然的反应和参与。比如活动（游戏）受限，一个偏瘫的儿童姿势肌肉比较弱，不能够在没有支持下坐着玩，他也还有一只手可以玩玩具。如果我们考虑如 ICF 中提到的环境协助，我们可以把他放在一个可支持他的椅子帮助他坐得更好，然后我们可以训练他上肢控制玩具的能力。我们可以很容易的换他的体位

为俯卧在一个滚筒上，可以同样一边训练他的肌肉，一边参与游戏活动。对于他的残损，还有很多的工具我们可以用来干预，但是要记住这个孩子长远的目标是让他尽可能地参与日常生活活动。

很重要的一点要记住，ICF 模式不是鼓励完全使用代偿方法，它强调的是用一更有凝聚力，完整的方法在我们的临床实践中。ICF 模式帮助了我拓宽对残疾的认识，也提高了我对作业治疗的理解。我曾经非常专注于孩子的功能，没有意识到其实我是在让孩子去适应环境。为什么环境不能去适应孩子呢？孩子的活动受限不一定只是孩子功能受限所造成的。就算孩子的身体功能没有改变，我们同样可以提高他们的活动参与。这些不仅仅只是帮助孩子们更好的认识他们的环境，而且也让他们变成快乐的孩子。

咱 OT 的人

李奎成 改编自王晓岭《当兵的人》

咱 OT 的人 / 有啥不一样

只因为我们都抱着 / 相同的理想

咱 OT 的人 / 有啥不一样

自从选择了作业 / 就爱上这一行

说不一样 / 其实也一样

都是为了实现 / 中国康复的梦想

说不一样 / 其实也一样

一样的努力留给 / 病人希望

OT 的人

OT 的人

咱 OT 的人 / 就是不一样

关注着结构和功能 / 活动参与也不忘

咱 OT 的人 / 就是不一样

为了病人生活 / 我们 PEO 样样想

说不一样 / 其实也一样

都用康复知识 / 提高生存质量

说不一样 / 其实也一样

一样帮助病人 / 实现他们的康复梦想

咱 OT 的人 / 有啥不一样

只因为我们都抱着 / 相同的理想

咱 OT 的人 / 就是不一样

为了病人生活 / 教育评估训练忙

咱 OT 的人

就是这--个--样

1=C $\frac{4}{4}$

进行曲速度

当兵的人

臧云飞 刘斌 曲
王晓岭 词

$\dot{3} - \dot{2} \dot{2} \cdot \dot{3} | i - - 0 | 3 i \underline{6 5 3} | 5 - - 0 | 5 \underline{5 6} i \underline{i \cdot i} | 6 i 3 - |$
 咱 当 兵 的 人 有 啥 不 一 样 只 因 为 我 们 都 穿 着 月
 咱 当 兵 的 人 就 是 不 一 样 头 枕 着 边 关 的 明 月

$5 \underline{5 6 5} \underline{3 2} | 2 - - 0 | \dot{3} - \dot{2} \dot{2} \cdot \dot{3} | i - - 0 | 3 i \underline{6 5 3} | 5 - - 0 |$
 朴 实 的 军 装 咱 当 兵 的 人 有 啥 不 一 样
 身 披 着 雨 雪 风 霜 咱 当 兵 的 就 是 不 一 样

$\underline{5 5} \underline{6 i} i | 6 \underline{5 6 3} \underline{0 3} | \dot{3} \dot{3} \dot{3} \dot{3} \underline{\dot{2} 6} | i - - 0 | i - 7 \underline{6 i} | 3 - - - |$
 自 从 离 开 家 乡 就 难 见 到 爹 娘 说 不 一 样
 为 了 国 家 安 宁 我 们 紧 握 手 枪 说 不 一 样

$5 \cdot \underline{5 6} \underline{3 2} | 2 - - - | 3 \cdot \underline{5 6} \underline{6 \cdot 6} | 6 \underline{i 3 3} - | i \cdot \underline{i 6} i | \dot{3} \cdot \underline{\dot{2} 2} - |$
 其 实 也 一 样 都 是 青 春 的 年 华 都 是 热 血 儿 郎 光
 其 实 也 一 样 都 在 渴 望 辉 煌 都 在 赢 得 荣 光

$\dot{3} - \dot{3} \dot{2} i | \dot{3} - - - | \dot{2} \dot{2} 6 \underline{\dot{3} \dot{2}} | \dot{2} - - - | i \underline{i \dot{2} \dot{3} \dot{3}} | \dot{2} \underline{i 7 6} - |$
 说 不 一 样 其 实 也 一 样 一 样 的 足 迹 留 给
 说 不 一 样 其 实 也 一 样 一 样 的 风 采 在 共 和

$5 \underline{5 3} \underline{\dot{3} 5 6} | i - - 0 ||$
 山 高 水 长
 旗 帜 上 飞 扬



目录

生活重整训练小组 (下篇)

OT 的认知知觉评估程序

WHO 轮椅服务培训 (初级班) 分享

姿势设定和移动工作坊

最 OT 的拇外翻矫形器

通过志愿者服务学习社区作业治疗

璧山县大旺社区沈爷爷作业治疗

自闭症儿童感统康复基础培训班

看中国作业治疗

咱 OT 的人

中華OT電子季刊編輯委員會

黃錦文 香職業治療學院

張瑞昆 台灣長庚醫院

林國徽 廣州市殘疾人康復中心

李奎成 廣東省工傷康復中心

顧越 中國康復研究中心

屈雲 四川省華西醫院康復醫學科

陳少貞 中山大學附屬一院康復醫學科

本期責任編輯：林國徽



香港职业治疗学院 HONG KONG INSTITUTE OF OCCUPATIONAL THERAPY LIMITED

联络地址：香港新界大埔全安路 9 號大埔醫院職業治療部 轉交

Correspondence: c/o Occupational Therapy Department, Tai Po Hospital, 9 Chuen On Road,
Tai Po, N.T., Hong Kong SAR

电话(Tel): 852-65096582 传真 (Fax) 852-35285727

电邮(E-mail): hkiot@hkiot.org

网页(Website): www.hkiot.org