中華民國

# 職能治療師會刊

2011 Jan.

莫拉克風災災後重建

職能科學的介紹與應用・職能治療專業品質之省思・留學生了沒

生理疾病職能治療病歷書寫的要件・青海心長庚情・OT執業模式

Vol.26

中華民國職能治療師會刊

# 目錄 | Contents


## 會務

01 第三屆第十四次理監事聯席會議記錄

## 新知

13 職能科學的介紹與應用

## 臨床

14 生理疾病職能治療病歷書寫的要件

18 ICF職能治療評估內容及指導語介紹

22 談OT執業模式

24 從大腦神經科學演進談幼兒發展

28 職能治療專業品質之省思

## 活動

30 莫拉克風災災後重建

32 青海心　長庚情

## 經驗

39 留學生了沒



# 職能治療師會刊

No. 26

發 行 人：褚增輝

發 行 所：社團法人中華民國職能治療師公會全國聯合會

地　　址：24936台北縣八里鄉華富山33號

電　　話：(02)2610-1237

傳　　眞：(02)2610-4177

網　　址：www.oturoc.org.tw

E－mail：oturoc@ms64.hinet.net

主　　編：連淑惠

編輯委員：呂仲平、陳坤駿、李佳潔

美編設計：橙研設計美學工作室

電　　話：0952-965898

# 社團法人中華民國職能治療師公會全國聯合會
# 第三屆第十四次理監事聯席會議記錄

一、時　　間：中華民國99年12月12日(星期日)下午2時00分

二、地　　點：台大公衛大樓430討論室(台北徐州路17號4樓)

三、出席人員：

理　　事：理事長褚增輝、常務理事呂淑貞、常務理事方貴代、常務理事連淑惠、理事李敏聰、理事吳明順、理事吳鴻順、理事陳柏志、理事林克忠、理事柯宏勳、理事俞雨春、理事郭立昌、理事曾人和、理事劉國政、理事洪嘉駿、理事梁文隆。

監　　事：常務監事楊國德、監事張瑞昆、監事陳瓊玲、監事劉秀之、監事沈毓姓、監事沈明德。

列席人員：林清良主委、吳菁宜主委、候補理事黃上育、台北市公會理事長龔宇聲、花蓮縣公會理事洪駿、宜蘭縣公會理事長楊逸群、高雄市公會理事長郭明慧、秘書長王勝輝、副秘書長黃盛祥、秘書張育晴、秘書張雅婷。

四、請假人員：常務理事祝旭東、理事王珩生、理事簡才傑、理事高麗芷、理事張旭鎧、監事：謝監事彥緯。各公會代表：台南市公會常理事長陳秋音、基隆市公會理事長金明輝、雲林縣公會理事長林欣怡、彰化縣公會理事長陳宜男、新竹縣公會理事長張宇群、嘉義市公會理事長王杏丹、南投縣公會理事長李慧玲、新竹市公會理事長黃志豪、台中縣公會理事長章國正、屏東縣公會理事長鍾秉璁、桃園縣公會理事長黃恢濤。

五、主　　席：理事長褚增輝。

六、確認上次會議記錄：無異議通過。

七、主席致詞：

1. 關於研議未來OT證照國家考試通過標準，考試院表示原建議三項主科中通過兩主科不符合邏輯，經過本會再次徵詢各大院校及學會後，多數同意調整為三主科均需及格始得通過。
2. 統計近三年來考取證照OT共計1278人(910師、368生)，本會會員數至10月底僅增加599人，顯示有領照者679人尚未從事OT，這是否表示人力比職缺多？值得大家深思！
3. 本會續推請各大專OT院校未來能增加一些社區OT的課程及實習。
4. 因現行醫院職缺較難有增加，市場有照者找工作較以前為難，若可以增加社區、

長照、職評、職業重建、學校系統等領域之實習，有助於專業之發展，考選部日前請學會進行訂定臨床OT實習標準，初步共識臨床實習改為四站(生理、心理、小兒及社區)，至少必須四選三，每站至少實習9週，亦可以選四站共計36週實習，不致影響現行39週的安排。

5. 本會與學會共同邀請20位資深教師編輯PGYOT訓練課程使用手冊，預定將於100年1月9日安排課程，分享課程使用手冊，以提供臨床單位執行PGY之成效，並與臨床工作同仁交換意見後定稿。

6. 醫聯盟目前成立仍有一些立案上困難待突破，繼續推行中。

## 八、秘書處報告：

- 台北縣長照評估6-8月共計131案；台北市長照評估9-11月共計15案。
- 第三屆台大職能治療營捐款，金額為3,000元。
- 99年度醫療責任補助金已經有19個公會完成繳納，尚未繳費的為「台北市職能治療師公會」。
- 台北縣政府100年度至101年度補助辦理長期照顧失能評估服務計畫書於12/3寄出初審。
- 第三屆第十三次理監事會提案討論(案由二)擬由秘書處對秘件之管理、保留、調閱與銷毀相關規則，因各相關學公會少有類似參考資料續研擬中。
- 99.09.14　研定身心障礙學生教育輔助器材相關支持服務及考試服辦法草案座談會，由褚理事長增輝代表本會出席參加。
- 99.09.15　2010年國際身心障礙日「關愛讓人間更美麗」第一次籌備會議，由祝常務理事旭東代表本會出席參加。
- 99.09.23　研定身心障礙學生教育輔助器材相關支持服務及考試服辦法草案第2次會議，由褚理事長增輝代表本會出席參加。
- 有關「全球攜手防自殺：不分您我、不分地區」國際學術研討會，致贈花藍。
- 99.11.21　研訂專門職業及技術人員高等考試職能治療考試「實習期滿成績及格」之認定基準會議，由褚理事長增輝代表本會出席參加。
- 99.12.17　99年度醫事人力需求推估論壇，由褚理事長增輝及林克忠主任代表本會出席參加。
- 99.12.09　中華民國藥師公會全國聯合會第十屆、第十一屆理事長交接典禮，致贈花藍。
- 99.11.28　台灣職能治療學會第15屆第1次會員大會，致贈花藍。
- 99.12.09　精神復健機構(住宿型機構及日間型機構)復健治療點數修訂會議，由呂常務理事淑貞及黃副秘書長盛祥代表本會出席參加。

## 九、各委員會報告：

### （一）研究發展委員會

報告人：吳菁宜主委

一、為鼓勵研究發展，延續台灣省公會的獎勵辦法，辦理97、98兩年度之研究獎勵金

事宜，97年度獎勵金共20人獲獎，總金額為42500元，98年度共 42 人獲獎，總金額為 149991元，已將獎金發給受獎人。

二、6月26日將與成功大學職能治療學系合辦學術研討會，研討會名稱為”2010職能治療師全國聯合會暨成大職治系20週年慶學術研討會， 共有53篇論文發表，其中約18篇口頭報告，其餘為壁報論文展，並舉辦壁報論文優良獎之評選，共選出前三名。會中邀請褚增輝理事長、陳美津教授、林克忠理事長三位專家演講，與會人數達三百多人。

三、99年4月25日於中部中山醫學大學附設醫院舉辦法規感控倫理性別等四合一課程，由簡才傑委員負責 該次繼續教育的進行。

四、99年6月20日於台南市立醫院舉辦法規感控倫理性別等四合一課程，由吳鴻舜委員負責該次繼續教育的進行。

五、99年7月 11日於北部亞東醫院舉辦法規感控倫理性別等四合一課程，由吳益芳委員負責該次繼續教育的進行。

六、協辦臨床教師認證課程，7/24,25, 7/31,8/1於中部，8/21,22, 8/28,29於北、南部分別舉辦初級、高級臨床教師課程。

七、台灣職能治療研究與實務雜誌，已於6月發行第六卷第一期，將於12月份發行第二期。明年第一期之稿件亦充足。

## （二）財務委員會

代報告人：王勝輝秘書長

99 年 1-12 月份收支總表

| 年　　月 | 收　　入 | 支　　出 | 年　　月 | 收　　入 | 支　　出 |
|---|---|---|---|---|---|
| 98 年度餘額 | 829, 645 | | 99 年 7 月 | 589, 100 | 253, 830 |
| 99 年 1 月 | 91, 315 | 218, 316 | 99 年 8 月 | 113, 195 | 194, 934 |
| 99 年 2 月 | 0 | 70, 117 | 99 年 9 月 | 0 | 283, 164. 00 |
| 99 年 3 月 | 21, 000 | 383, 534 | 99 年 10 月 | 61, 990 | 153, 531 |
| 99 年 4 月 | 22, 545 | 245, 038 | 99 年 11 月 | 0 | 172, 210 |
| 99 年 5 月 | 2, 738, 700 | 84, 390 | 小計 | 4, 470, 153 | 2, 387, 198 |
| 99 年 6 月 | 2, 663 | 328, 134 | 結餘 | 2, 882, 955 | |

## （三）資訊文宣委員會

報告人：連淑惠主委

一、預計發行職能治療師會刊四期

A. 職能治療師會刊經98年08月16日第三屆第九次理監事聯席會議決議，廢除紙本型式，改為發行電子版。99年已出刊職能治療師會刊四期，共發行

(A.)第22期（99年1月）
(B.)第23期（99年4月）
(C.)第24期（99年7月）
(D.)第25期（99年10月）

二、全聯會網頁維護及及時更新工作。

三、配合全聯會政策與活動，提供各界之新聞、文稿及活動資料之發佈。

## （四）全民健保委員會

報告人：張瑞昆主委

一、今年衛生署修正全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法中，有關18條附表2之設置標準職能治療人員條件，經全聯會多方努力及衛生署楊署長的支持下，99/9/15行政院衛生署正式公告修正後的健保特約管理辦法，終於依照本會之建議，修正為任何院所(包括復健專科醫師)施行職能治療之條件，應至少有一位二年資歷的職能治療師，連物理治療也修訂了「三年條款」，將會比照我們至少應有一位二年資歷的物理治療師的條件。

二、中央健保局多次詢問職能治療每日合理治療量，經多次會議討論及交換意見後，建議職能治療合理量仍為45人次/日，但應以350,000點為基準，將〔中度複雜治療〕以上的申報數量依不同層級分60%-80%，就能區分出申報複雜者，治療量會減少；而申報中度以後者，治療量會增多。精神科職能治療則以「每一位治療師每次團體治療至多15人，每日至多三次為限。」(也是45人次/日)。

三、會員關心二代健保對我們之影響，其實二代健保指的是對現行健保制度檢討後，所提出的制度上改革方案，其主要的改革有:(1)原本依薪資所得計收保費，現在將改依家戶總所得來計收保費核心價值，以求公平。(2) 推動民眾就醫資訊及醫療品質資訊公開化，以增進民眾的選擇能力，進而強化提升醫療品質機制。(3)支付制度，則朝向鼓勵提供優良醫療服務的方向改革。由於二代健保還在立法階段，各界還有諸多意見有待整合，目前尚無法推測對我們專業或執業上的影響。

四、內政部兒童局會議針對「發展遲緩兒童至醫療院所自費療育暨健保支付事宜諮詢會議」，有以下共識： (1)早療部份（0-6歲）給付為過低，建議加成給付提高30%。(2)罕見疾病或重大傷病兒童復健之加成給付應延至12歲、針對兒童治療給付項目應獨立量身規劃支付標準。

## （五）政策法規委員會

報告人：方貴代主委

一、參與中央政府機關相關會議並提出建議：

1・關於特殊教育法相關子法規修法乙案，本會於99年2月9日行文教育部回覆詳細實施情形及條文修正意見。

2・99.2.2參加台師大場次特殊教育法施行細則修法座談會議，發言內容及建議修法內

容，整理如附件。

3・99.2.8參加考選部「研商專門職業及技術人員考試法修正草案」會議。會中與相關職業團體代表一致極力爭取專門職業及技術人員的認定基準、認定程序等有關事項的辦法，因草案中相關規定並不適於現行制度，在立法不慎的狀況下很容易造成臨床執業人員的工作權益損失，另會中亦針對報考高等考試的學歷資格，外國人的報考資格等進行討論。

4・代表參加內政部兒童局會議，討論「發展遲緩兒童至醫療院所自費療育暨健保支付事宜諮詢會議」，有以下幾點報告 (1)針對已有健保特約之醫療 機構開辦音樂治療、感覺統合治療、視知覺課程等數項自費治療項目之適法性以及開立自費項目之收據格式是否應依照衛生署版本等議題進出討論(2)共同意見為針對早療部份（0-6歲）給付為過低，建議加成給付提高30%獲得採納(3)在場提出部份罕病或重病兒童復健之加成給付應延12歲、針對兒童治療給付項目應獨立量身規劃之建言，也獲得允諾為未來修訂支付標準的參考。

5・提供關於全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之本會建議，回覆中央健保局。

6・99.08.16協同本會褚理事長、學會林理事長拜會衛生署楊署長，並提出本會關於醫療機構設置標準會議之職能治療人員人力比、特管法會議之健保職能治療特約相關建議。

7・99.09.01參加特教子法規「特殊教育支援服務與專業團隊設置及實施辦法」之修訂公聽會，提供學公會整合的共同建議，並獲得與會人員善意的回應。

二、完成本會相關規章、辦法及子法規草案擬定：

1・協助草擬本會「中華民國職能治療師公會全國聯合會出席國際會議補助辦法」，提案理監事會討論。

2・應衛生署要求，草擬本會「社團法人中華民國職能治療師公會全國聯合會自律公約」，提交此次理監事會討論。

3・著手規劃「中華民國職能治療師公會全國聯合會章程、辦法及職能治療相關專業法規彙編」。

三、回覆會員執業相關法規問題：

回覆協助處理高雄縣政府教育處特教科執業之盧治療師關於加入公會之會費繳納及辦理執業登記問題。由於其業務包括職能治療到校服務、輔具媒合、評估以及訪視，依法應辦理執業登記。但去年辦理執業登記的時候，遭高雄縣衛生局拒絕，理由為該單位並非為一執行（職能治療）業務單位（非為醫療機構，也不是特殊學校）。目前服務單位主管認定加入公會應屬本人的行為，並應自行支付相關費用。建議：

1・請聘任之主管機關依教育部及衛生署來函處理，各級學校或特教資源中心聘任專職職能治療師，其依規定應加入公會者，所需負擔之費用應由任職之機關學校本權責核處。

2・關於執登地點，可商請其巡迴服務學校其中一所提供其執登。或由高縣衛生局行文回覆其可不用執登之理由，以保障自身權益。

## （六）人力資源委員會

報告人：褚增輝主委

一、最新(99.08.20)整合學公會會員數

1、公會OT：99/1/1：2274人（師1960、生314）

99/4/1：2298人（師1985、生313）

99/8/20：2319人（師2006、生313）

99/10/20：2389人（師2077、生312）

2、各縣市公會人員統計概況

| 會員類別 | 99/10/20 生合計 | 99/10/20 師合計 | 99/10/20 師生合計 | 99/8/20 師生合計 | 99/4/1 師生合計 | 99/1/1 師生合計 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 台中市 | 33 | 161 | 194 | 197 | 195 | 192 |
| 台中縣 | 37 | 105 | 142 | 139 | 134 | 133 |
| 台北市 | 16 | 372 | 388 | 379 | 378 | 363 |
| 台北縣 | 27 | 257 | 284 | 272 | 259 | 254 |
| 台南市 | 16 | 80 | 96 | 90 | 89 | 92 |
| 台南縣 | 9 | 105 | 114 | 105 | 116 | 113 |
| 宜蘭縣 | 6 | 46 | 52 | 48 | 47 | 47 |
| 花蓮縣 | 8 | 62 | 70 | 66 | 67 | 69 |
| 南投縣 | 17 | 60 | 77 | 75 | 76 | 73 |
| 屏東縣 | 11 | 40 | 51 | 51 | 47 | 43 |
| 苗栗縣 | 13 | 37 | 50 | 48 | 50 | 49 |
| 桃園縣 | 13 | 178 | 191 | 187 | 179 | 163 |
| 高雄市 | 17 | 153 | 170 | 170 | 167 | 192 |
| 高雄縣 | 29 | 97 | 126 | 125 | 127 | 129 |
| 基隆市 | 3 | 26 | 29 | 30 | 31 | 31 |
| 雲林縣 | 4 | 55 | 59 | 57 | 54 | 55 |
| 新竹市 | 7 | 36 | 43 | 43 | 43 | 41 |
| 新竹縣 | 6 | 32 | 38 | 37 | 37 | 37 |
| 嘉義市 | 8 | 73 | 81 | 77 | 77 | 77 |
| 彰化縣 | 32 | 102 | 134 | 123 | 125 | 121 |
| 合計 | 312 | 2076 | 2389 | 2319 | 2298 | 2274 |

3、學員會員人數：99/10：1317人（99/1：1230人）

4、公會加學會共有會員人數：99/10：2590人（99/1：2416人）

5、有現職登錄者：99/10：2232人（99/1：2054人）

二、整合全國職能治療師名單及有執業者名單中：

1、參加學會而未加入公會99/10：169人（99/1:154人）

2、參加公會而未加入學會99/10：1374人（99/1:1309人）

（七）專業服務推廣委員會　　報告人：呂淑貞主委

1． 明年精神評鑑基準完全未改變，後年將會因綜合醫院大修改而變動較大，可能會改成統一版本。

2． 明年教學補助計劃，是否放入實習學生仍在討論中，PGY師資改3年。

3． ICF鑑定與求專業人力未來有可能合併培訓，明年25縣市預計評估10000人。

4． 社會福利政策網網領北、中南座談會各預估在12/10、17、31舉行。

5． 明年北區職評中心預計於元月開設160小時初階班，已取得證照之職能治療師歡迎加入陣容。

6． 12/9代表理事長與副秘書長盛祥參加中央健保局研商精神復健機構復健治療數修訂會議，初步草案數。日間型450元/日調480元/日；住宿型378元/日調508元/日。

（八）學分認證委員會　　報告人: 王勝輝主委

學分認證審查課程從99.09.07至99.12.10，共計有95個課程，行政處理費為38,500元。（如附件二）

十、討論事項：

案由一：確認2010年度優良職能治療師各項得獎名單。

提案人：林清良主委

說　明：11月28日召開優良職能治療師審查委員會（評審）會議，選出各獎項得獎名單：

(1)菁英獎－周映君、張自強、張婉嫈等3人。

(2)傑出獎－毛慧芬、梁文隆、蔡宜蓉等3人。

(3)奉獻獎－楊國德、周美華、羅鈞令等3人。

決　議：菁英獎3人－通過。傑出獎3人－通過。奉獻獎3人－通過。

案由二：學術研究發表獎勵要點提請討論。

提案人：吳菁宜主委

說　明：擬照去年度公告辦理。（附件三）

決　議：照案通過，本年度15萬獎金自民國100年元月至二月間申請。

案由三：籌備第四屆會員大會相關事宜：日期、時間、地點、禮品、頒發獎項、大會議程、理監事建議名單、選舉事宜、99年度工作報告及經費收支、100度工作計

畫及預算等項。

提案人：褚增輝理事長

說　明：

決　議：1.日期訂於民國100年3月27日上午9：30。

2.地點暫定於台大公衛大樓101講堂。

3.禮品為300元統一禮卷。

4.頒發獎項：含優良職能治療師選拔頒獎、服務滿30年服務獎章頒獎，講座及獎盃已與廠商確認以去年相同款式辦理。

5.選舉事務由沈明德監事負責辦理，祕書處協助辦理。

6.理、監事推薦名單：包括現任理、監事以及候補理、監事、林主委、吳主委，請秘書處準備參選登記文件並發函，請於100年1月31日前將推薦參選之名單回覆秘書處彙整。

7. 99年度工作報告與經費收支會後由秘書處將相關資料彙整後，再寄予各委員會修訂及確認。

8. 100年度工作計畫及預算會後請各委員會將相關資料彙整後，再寄予秘書處整理。

案由四：向會員宣導「職能治療師自律公約」。

提案人：褚增輝理事長

說　明：（如附件四）

決　議：1.由各縣市公會轉寄給會員。

2.列印在會員大會手冊。

3.可在會員大會上由理事長(或秘書長)帶領全體宣讀。

4.自律公約上應登載通過理監事會會議次及日期。

3.成立「仲裁委員會」，由理事長擔任主委，下次理監事會議討論相關法條。

案由五：修訂有關「醫療責任補助金審核小組及審核要點」。

提案人：褚增輝理事長

說　明：（如附件五）

決　議：1.已在台銀成立專戶：「社團法人中華民國職能治療師公會全國聯合會醫療責任補助金專戶」

2.秘書處於會後將相關的法規及資料再次行文給各公會，請各公會提供修訂意見，回覆給秘書處彙整後，提供理監事下次會議討論，及會員大會決議。

3.日後若有審核會議，邀請相關公會代表派員或本人說明，並邀請各公會代表列席以了解補助之運用情形。

4.專戶之收入、核撥、餘絀情形列入每次例行性理事長聯席會議及理監事會議上

報告。

5.本專款支應僅支付補助金核定之本額，以及審核小組委員出席及交通費用。

6.醫療責任補助金審核小組已經理監事會決議由王珩生理事擔任召集人，相關委員名單於下次理監事再確認。

案由六：說明有關「醫事人員及醫事機構是否可預定時間、提早辦理執業、歇業或開業、停業乙案」。

提案人：褚增輝理事長

說　明：（如附件六）

決　議：照案辦理。

案由七：辦理「二年期職能治療師(生)訓練計畫」應用課程。

提案人：褚增輝理事長

說　明：（如附件七）電子檔。

決　議：預定於民國100年1月9日及22日下午1:30至5點，在台北及高雄二處辦理教育訓練課程。每位會員參加收費400元。

案由八：確認「健保申報職能治療服務合理量」。

提案人：褚增輝理事長

決　議：1.生理、小兒及精神科均以45次為基準，其他加註說明均刪除。

2.暫時不主動提出，再請張主委轉知學會。

案由九：研討公會網頁、行事曆之應用與OT地圖等功能。

提案人：褚增輝理事長

決　議：OT地圖繼續與系統工程師聯繫修正；行事曆部份請張瑞昆主委協助各縣市公會登入帳號設定。

## 十一、臨時動議：

案由一：擬修訂優良職能治療師表揚辦法第二條第二項本文。

決　議：

| 條　次 | 修正後條文 | 原　條　文 | 說　明 |
|---|---|---|---|
| 優良職能治療師表揚辦法第二條第二項 | 凡職能治療師**曾**為各級公會會員，公會年資累計滿三年以上，具有下列情形之一者，得接受推薦或提名。 | 凡職能治療師為各級公會會員，公會年資累計滿三年以上，具有下列情形之一者，得接受推薦或提名。 | 因受推薦者可能為資深退職之職能治療師，其應享有參與機會。 |

案由二：建請全聯會發函教育部，說明專業人員業務之公會會費繳納。

提案人：俞雨春理事

說　明：1.目各特教學交相關專業人員已有80人。

2.各種專業人員在執行業務部份方式不同。

3.目前部份學校要求專業人員排課。

4.依專業人員進行標準，專業人為公務人員，非教師，應無課務。

5.本年度教育部曾發函各校，專業人員依其……入公會者所須負擔之費用應由任職之機關學校本權責核處。

決　議：由俞雨春理事提供建議文件，以提供全聯會發函之參考。

十二、散會：下午4時45分；下次會議時間為100年2月20日。

# 職能科學的介紹與應用

**郭昶志**｜高雄醫學大學職能治療學系・助理教授

相對於發展已近一百年的職能治療專業，職能科學從開始至今雖僅約二十年的光景，卻已在世界各國逐漸生根茁壯。但是，對於台灣許多的臨床職能治療師而言，它仍然是一個難以理解的名詞。最常見的問題莫過於到底應該如何運用職能科學於職能治療之中。針對這個問題，本文將對於職能科學的領域做一個簡單扼要的介紹，內容包括職能與職能科學的定義、職能科學知識與研究方向的架構以及職能科學與職能治療的關係。

首先，要談到職能治療或職能科學之前，不能不談什麼是「職能」。一般而言，職能這兩個字目前在台灣被廣泛的使用並且解釋為類似職業能力之意。然而，在職能治療的專業裡，「職能」卻有著截然不同的定義! 職能原譯自英文的Occupation，不過它指的並不是大眾認知的「有薪金的工作」而是源自拉丁字根「Occupacio」，意指支配或控制。所以，在職能治療的專業裡，職能是被定義為在文化辭彙之下可以被命名的各種人類選擇從事的活動，比如說「釣魚」或「烹飪」，又或是比較抽象層次的「工作」或「遊玩」。人一生不外乎在從事各種職能活動使其人生有意義而健康。而就如醫師會用藥物治病，職能治療師會運用經設計而有治療性的職能活動，使患者藉從事活動的過程，以預防、矯治殘障，改善功能，提昇生活適應力及生活品質。

那什麼是職能科學呢？簡而言之就是研究人類在生命中處於不同環境之下，參與或安排日常職能活動的能力與需求的一門科學。光是說明定義可能不夠明瞭，以下將針對職能科學知識與研究方向的架構做三個維度之剖析：一、職能的基本要素。落於這個維度的研究主要為了鑑別各種職能活動的性質、結構、特徵或特色，簡單的來說就是研究什麼是職能活動。二、隨時間展開的職能過程。落於這個維度的研究主要為了調查人類從事職能活動的主觀經驗、過程、特點與後果，簡單的來說就是研究發生在人類從事職能活動過程中的任何事物。三、從事職能活動與其他現象的關係。落於這個維度的研究主要用來解釋職能活動跟健康、安適感（well-being）、生活品質、人類發展、自我認同、社會結構和政策等等的關聯性，簡單的來說就是研究人類從事職能活動的重要性。

最後，讓我們來談談職能科學與職能治療的關係。職能科學並不是職能治療的一種參考架構，也並沒有一種治療手法叫做職能科學治療。職能科學是透過前段所述的研究架構所得職能活動的知識去分析與合成新的理論洞見，藉以轉譯至臨床職能治療之應用以及改善既有的職能治療介入方式；同時亦可藉之開發並正當化新的職能治療範疇，比如說職能治療於預防慢性疾病之應用。反之，在職能治療臨床上所發現的問題亦可回饋給職能科學研究者作進一步之分析。透過此雙向之建設性的回饋機制，將有助於職能治療與職能科學之專業發展並互相提升科學與實務之連結與服務品質。

# 生理疾病職能治療病歷書寫的要件
# 談 Progress Note 的撰寫

**葉蘭蓀**｜輔仁大學職能治療學系・講師

職能治療病歷，是治療師服務個案的記載資料及工作記錄，可以反應出臨床推理的過程，以作為學習、研究和教學的參考；病歷也是團隊溝通重要的媒介，以及保險給付和法律的依據。根據職能治療師法，治療師有責任及義務寫好病歷，但是，目前醫療相關法規對於病歷格式並沒有明確要求。一般而言，完整、正確、詳實、一致、易讀、即時及整合為應具備之要項。

## *生理疾病職能治療病歷書寫的種類*

無論在臨床、機構、社區或學校系統工作，生理疾病個案的病歷撰寫種類其實大同小異，在時間屬性上，一般為Initial Evaluation Note、Progress Note、Daily Note、Discharge Note，以及Summary Note。其中，除了Progress Note 及Daily Note無特定形式，常見個案類型在工作單位通常已有固定表單及格式可依循。另外，依業務屬性，除了前述一般病歷種類，另有環境改造建議、職業輔導評量、副木製作紀錄，以及未來的ICF殘障鑑定等特定紀錄形式。

臨床治療師業務繁忙，如何用文字或圖示有效、清楚、簡要描述個案狀況，以提供有實證基礎的適切治療是相當大的考驗。若有既定表單格式，只要依照個案特性及需求，選用適當特定的評估項目，通常撰寫問題不大。若是病歷已電子化，以項目勾選為主，更可縮短病歷書寫時間！

## *常用的病歷寫作方式*
### *——記敘文vs.論說文*

在初評、複評或結案的職能治療病歷報告中，一般會依照基本資料、評估、主要問題、長短期治療目標及建議治療項目的順序撰寫。比較困擾大家的常是寫法較有彈性、書寫難度較高、至少約一個月寫一次的Progress Note。

常見的Progress Note寫作方式主要有三種：以資料來源為導向的病歷記錄（Source-oriented medical record, SOMR）、SOAP，和以問題為導向的病歷記錄（Problem-oriented medical record, POMR）。

SOMR如同說故事般，大多依年代時

序，常見於Daily Note以及治療師個人的存檔資料。優點是格式較彈性、容易撰寫、方便依時間順序整理，缺點為冗長、缺乏整合、不易快速看到重點、較多主觀論述，且較易陷入自我有限知識來統整患者狀況。

SOAP的格式常為一般治療師使用，如同寫論說文般，起承轉合，分別論述個案主觀敘述自覺問題(subjective)、治療師或其他客觀評估資料(objective)、依據證據整合解讀個案狀況(assessment)，以及規劃因應之治療計畫(plan)四項。SOAP較前述SOMR條理分明，且內容前後呼應，可惜當個案同時有多種問題時，臨床推理路徑容易混淆。

POMR（如表一），又稱為P-SOAP，如同寫數篇論說文般，先表列問題目錄(problem list)，再依序以前述SOAP格式論述。各問題與對應的SOAP必須一脈相承，緊密環扣，邏輯合理。問題序號不可變更，若有新問題則依序加在後面。另外，表中須清楚描述各個問題目前的狀況，以「現存且需解決(active)」、「現存但不影響( inactive)」，以及「已解決(resolved)」三種文字描述。

## *Progress Note*

### *——記錄生理疾病個案的變化情形*

Progress Note主要目的在於記錄個案的變化情形，亦即進步、退步或持平穩定的狀況。針對生理疾病個案，前述三種記錄方式各有其優缺點，也各有其適用性。

一般而言，SOMR較適合治療師的個人隨手紀錄，例如患者當天的特殊表現。另外，因為形式似流水帳，他人較不易擷取重點，因此，較不宜作為治療團隊間溝通的媒介。若是工作單位規定得有每日紀錄，為求時效及避免手寫字跡潦草，辨識困難，可考慮以SOMR形式將各個常見疾病類型病歷電子化，用電子版的項目勾選方式呈現。

SOAP較適用於問題單純的個案，例如慢性且治療已一段時日之患者，或者是手部外傷，如單條肌腱斷裂縫合的個案。

POMR則適用性較廣，特別是患者的主要問題複雜多樣，交錯影響，不易以前述二種記錄方式撰寫者，例如，腦傷患者常伴隨動作、感覺、認知及日常生活功能等多種障礙，且心理及家庭等因素也必須考量時，以SOAP不易追蹤個別問題的變化，臨床推理也易混淆，則可改用POMR撰寫。另外，特殊、尚未確診或罕見個案的評估紀錄，若工作單位內沒有現成適用的表單時，POMR就是很好的選擇。

## *以問題為導向的病歷記錄（Problem-oriented medical record, POMR）*

接著我們進一步探討適用性較廣的POMR記錄方式。有的工作單位會要求所有病歷皆以POMR方式呈現，因為除了Progress Note，其他病歷也幾乎都可以很方便以這種方式撰寫。但是，若工作單位沒有要求，一般會只用在治療中間時期的病歷撰寫。

最常為治療師疑惑的是POMR中的”Problem list” 是僅列出與目前的職能治療直接相關之主要問題，或是列出所有健

康病史及目前所有問題呢？這是個十分值得探討的議題。職能治療強調全人看待個案，更會考量內在及外在環境因素，過去、現在、未來的狀況也是彼此關聯的，例如，既有的白內障可能影響現在中風後視知覺表現，過去的膝下截肢會影響目前移位功能等。更何況，現今的ICF潮流趨勢除了身體結構功能外，也重視活動表現及社會參與，因而，列出所有問題似乎較為適切。

但是，文書工作負荷越大，實務治療可能因而受到影響，因此，除了完整考量個案各個面向，也要配合實務推理角度，斟酌拿捏分際。亦即，整個治療團隊成員多寡、上級的期待落差、單位組織內部規範、治療師個人能力及時間等狀況而有不同考量。例如，若職能治療師是「單打獨鬥」，面對多年未就醫的居家個案，當然得盡可能完整探討，以找出關鍵的問題。若是在醫療團隊分工細密的大型醫院，也許職能治療師可以以相關性較高的主要問題為表列項目探討。

至於”Problem list”的「問題」有那些適用的項目呢？範圍相當廣，診斷是常用的一種，主要是指過往病史，例如輕微智能不足；另外，異常的生理現象，如姿勢性低血壓；理學檢查結果，如下肢水腫；實驗值異常，如血糖過高；醫學倫理，如病床內使用約束帶；病人安全，如防止跌倒；感染管制，如開放性肺結核；以及實證職能治療，將臨床上遇到的難題，透過尋找適當研究文獻，並嚴謹評析文獻，再與所有治療相關的人討論，全面考量，最後決定是否應用在實際臨床上，並加以記錄，亦即提供證據導向，並符合邏輯的實務職能治療，例如個案家屬與治療師對侷限療法的見解有出入。

另外，問題項目採歸納式，詳細列出各個問題細項，還是演繹式，盡量就「大處」著眼比較好呢？並沒有絕對的答案，重要的是清楚呈現出問題的邏輯，也就是回歸問題的本質及病歷的功能考量。思維上可以就造成的原因是否同源、治療方式重點異同，以及撰寫時的複雜程度來考慮。例如，手部外傷患者的關節活動度及肌肉力量，一般會將其分為二項表列，因為個別進步幅度未必一致；但是，若是因關節活動角度不夠而造成肌肉力量表現較差，未必得將二者分項敘述；又如，一般中風個案可以動作功能或動作恢復布氏階層(Brunnstrom stage)為一個問題，沒有必要分項提出關節活動度或肌肉力量；若是個案輕微中風，且有回去需高度手功能的工作時，一開始可以將關節活動度、肌力、手指靈活度等項目分別探討；另外，腦傷患者的動作功能與認知能力的受損程度及恢復快慢，二者分屬不同面向，最好分別表列，而日常生活功能需整合多種基本能力，當然自成一項。

最後，若是問題有所修正，可以增加新項目，並標示清楚；或是在數字後方加上英文字母，例如#1a, #1b, #1c來表示治療的演進。

至於問題表列下方的SOAP如何撰寫，這在一般臨床治療師而言，應該比較熟悉，因為平時在思考推理個案問題時就已經在腦中運作了，換成文字表述，通常游刃有餘。

總之，病歷可以反應出治療師的邏輯推理及文字表達能力，書寫方式其實並無明文規定，只要真實明白即可。臨床推理能力也並非一蹴可及，老生常談的多聽、多看、多問、多寫、多想仍是不變法則。

*表一、以問題為導向的病歷記錄（Problem-oriented medical record, POMR）範例*

姓名　　性別　　出生日期　　診斷　　床號　　記錄日期

Problem List

| No. | Date of Onset | Date Recorded | Status | Problem | Date Resolved |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. | 1960's | 2010/11/30 | Inact | MDP, major depression | |
| 2. | 2003 | 2010/11/30 | Act | Hypertension | |
| 3. | | 2010/11/30 | Inact | Cataract, os, s/p op | |
| 4. | 2007/9/25 | 2010/11/30 | Inact | Head injury, resolved | 2007/9/30 |
| 5. | 2010/8/8 | 2010/11/30 | Act | Hand injury, ↓ ROM | |
| 6. | 2010/8/8 | 2010/11/30 | Act | Hand injury, ↓ m. strength | |

| 1. | 1960's | 2010/11/30 | Inact | MDP, major depression | |
|---|---|---|---|---|---|

S:
O:
A:
P:

| 2. | 2003 | 2010/11/30 | Act | Hypertension | |
|---|---|---|---|---|---|

S:
O:
A:
P:

# ICF職能治療評估內容及指導語介紹

**余鴻文**｜馬偕紀念醫院・職能治療技術主任

國際健康功能與身心障礙分類系統（International Classification of Function，Disability and Health，ICF）鑑定一個人健康狀況（Health Condition）的標準是依據功能需求【包括所有的身體功能（Body function）、身體結構（Body structure）、活動（Activities）、參與（Participation）、及環境因素（Environmental factors）和個人因素（Personal factors）】，而ICF code是由英文字首（b、s、d、e）+數字編碼+ICF限定值（0、1、2、3、4、8、9）所組成，如d550.04 ：表示在進食(d550)的活動參與，在自然環境下之表現沒有困難（第一限定值為0），但在不使用輔具的標準評估環境下，有完全的困難（第二限定值為4）。ICF建立標準化的溝通語言，以連結社會福利需求、輔具服務需求、醫療需求、教育需求等，所看的是病人的能力方面，而不是只看到病人的殘障。

因ICF評估是由整個團隊分工合作完成，包括醫師、OT（職能治療師）或PT（物理治療師）或ST（語言治療師）、社工或心理師或職評人員等，而職能治療師的評估內容主要在活動及參與的部份，包括d2一般任務與需求、d3溝通、d4行動、d5自我照顧、d6居家生活。

- d2內容包括：d210從事單項任務（Undertaking a single task）、d220從事多項任務（Undertaking multiple tasks）、d230執行日常例行事務（Carrying out daily routine）、d240處理壓力與其他心理需求（Handling stress and other psychological demands）；
- d3內容包括：d310口語訊息的溝通-接收（Communicating with receiving spoken messages）、d315非口語訊息的溝通-接收（Communicating with receiving nonverbal messages）、d325書面文字訊息的溝通-接收（Communicating with receiving written messages）、d330說話（Speaking）、d335產生非口語的訊息（Producing nonverbal messages）、d345書寫訊息（Writing messages）、d350交談（Conversation）；
- d4內容包括：d410改變身體基本姿勢（Changing basic body position）、d415維持身體姿勢（Maintain a body position）、d420自行移位（Transferring oneself）、d430舉起與攜帶物品（Lifting

and carrying objects)、d440手部的精細使用(Fine hand use)、d445手與手臂的使用(Hand and arm use)、d450步行(Walking)、d465使用設備四處移動(Moving around using equipment)、d470使用運輸工具(Using transportation)、d475駕駛(Driving)；

►d5內容包括：d510清洗個人(Washing oneself)、d520照顧身體部位(Caring for body parts)、d530如廁(Toilting)、d540穿著(Dressing)、d550進食(Eating)、d560飲用飲料(Drinking)、d570照料個人健康(Looking after one's health)；

►d6內容包括：d620取得商品與服務(Acquisition of goods and service)、d630準備餐點(Preparing meals)、d640做家事(Doing housework)、d650照護家用物品(Caring for household objects)、d660協助他人(Assisting others)。

## *評估前注意事項：*

1.先看身心障礙者鑑定表第一頁的「鑑定屬性」。

2.填表「適用屬性」說明：

| 適用屬性 | | | |
|---|---|---|---|
| 1 | ■ | ■ | 4 |
| 5 | 6 | 7 | 8 |

代表只有「鑑定屬性」為1、4、5、6、7、8的受試者需要測試該項目。

■ 塗黑的部分無需填寫

3.每一編碼評估時，請注意編碼前的「適用屬性」，以免評估不適用。

4.一些評估空間、設備與物品設置：如ICF鑑定題本、ICF填表說明、紙與筆、評估床、兩張同高度椅子、高度差10公分左右的椅子、裝二公斤重物的手提袋、高過肩的穩定檯子、茶杯、剪刀與紙、釦扣子的評估工具、綁鞋帶的評估工具、有瓶蓋的塑膠瓶、棒球大小的軟球、鑰匙與鎖、一平坦可直線步行前進6公尺以上的空間、身體乳液、牙刷、梳子、指甲刀、簡單物品或水果的圖卡、故事書、其它如衛浴設備。

## *評估時注意事項：*

1.第一限定值是指在自然環境下(通常指個案平常活動之場域，可以使用輔具)個案的表現。

2.第二限定值是指在標準環境下(通常指在評估場域，不使用輔具)個案的表現。

3.d2一般任務與需求、d3溝通、d6居家生活、及d570照料個人健康(Looking after one's health)只評第一限定值，不必評第二限定值。

4.ICF鑑定題本內有每一評估項目簡單的評估小項，而ICF填表說明有詳細計分及對應的限定值說明。

至於指導語，詳細仍需看ICF填表說明，在此僅能大略描述：

・d4行動(Mobility)：

►d410、d415、d420、d430、d440、d445指導語：『您過去一個月可否自己完成以下活動？』，『若需要別人幫忙，幫忙的程度：1.提醒或監看 2.需身體協助』。

►d450、d465則依給予協助程度來給障礙分數，再對應限定值。

►d470使用運輸工具，(如果個案過去一個月內不需要使用運輸工具往返(目的地)，則不用問以下問題，給予限定值9)。自然環境下，指導語：『您過去一個月平時往返(目的地)所使用的交通工具為何？可否獨立叫車或訂票、買票？自行上下車(船、其

他)?』,『若有困難,出現困難的頻率有多少(以0%-100%來算)』。無障礙環境下,指導語:『若您要去的地方有無障礙環境設施,您可否獨立……(同上)?』,『若有困難,出現……(同上)』。

►d475駕駛:(有資格或證照且需要駕駛交通工具外出時再問,否則給予限定值9)。自然環境下,指導語:『請問您平時駕駛的交通工具為何?使用頻率為何?』,『請問您過去是否可以獨立安全地駕駛您以上的交通工具到目的地?包括5大活動:1啟動、控制、停止如自行車、摩托車、汽車、電動車、電動輪椅等;2知曉交通規則;3知曉哪裡停車及付停車費;4知曉在那裡加油;5自行規劃路線。』,『如有困難,出現困難的頻率為何(一星期或一個月幾次等)?』。無障礙環境下,指導語:『請問您平時駕駛的交通工具為何?使用頻率為何?』,『若您要去的地方有無障礙環境設施,請問您是否可以……(同上)?』。

・d5自我照護(Self-care):以訪談個案或重要他人方式並輔以觀察來釐清個案之困難。指導語:『過去一個月內,請問您在以下活動是否可獨立完成,或需要1他人監督、提醒或2身體的協助?』。d550進食及d560飲用飲料,個案使用鼻胃管方式進食或飲用飲料(水),則直接給予限定值4。

・d6居家生活:訪談個案或重要他人以及觀察兩種方式進行。指導語:『過去一個月內,您是否需要……?』,『您可否在合理時間內安全地獨立……?或有需要協助的地方,需要他人協助的頻率,以0-100%來分』。

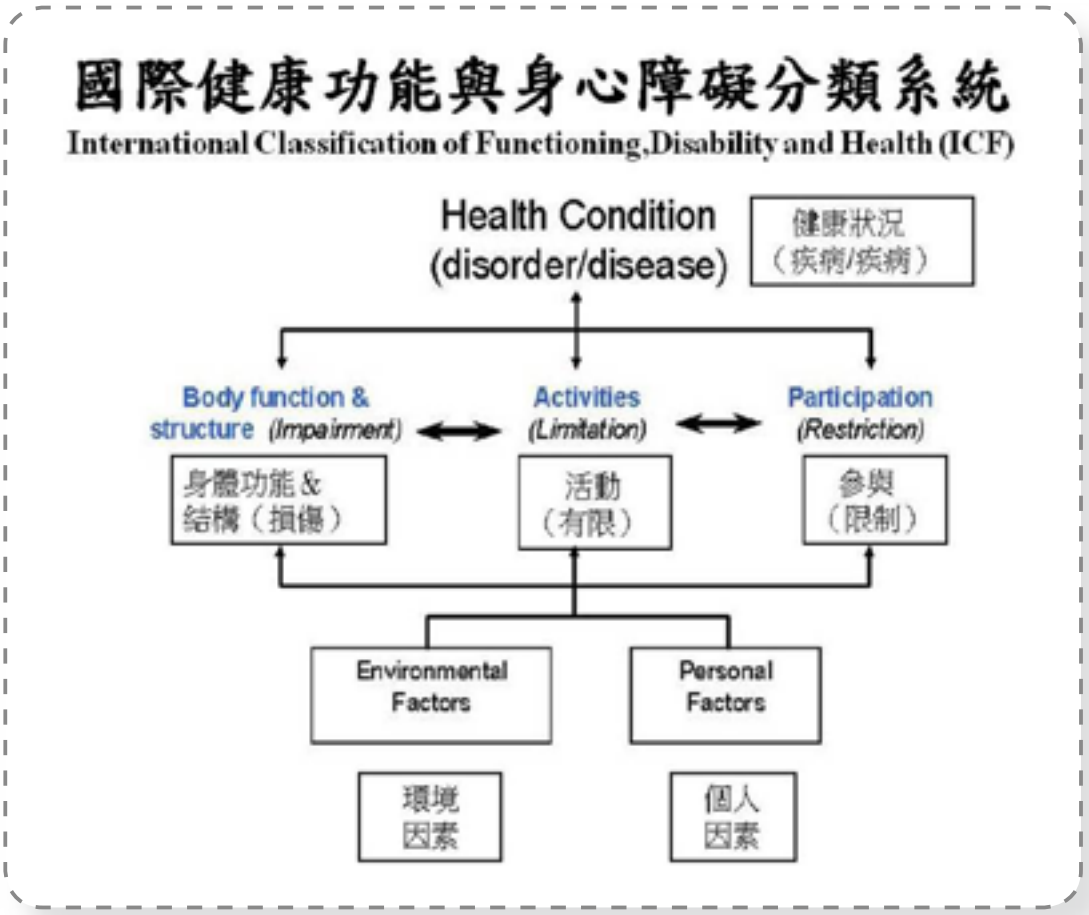
・d2一般任務與需求(General tasks and demands),注意與說明:

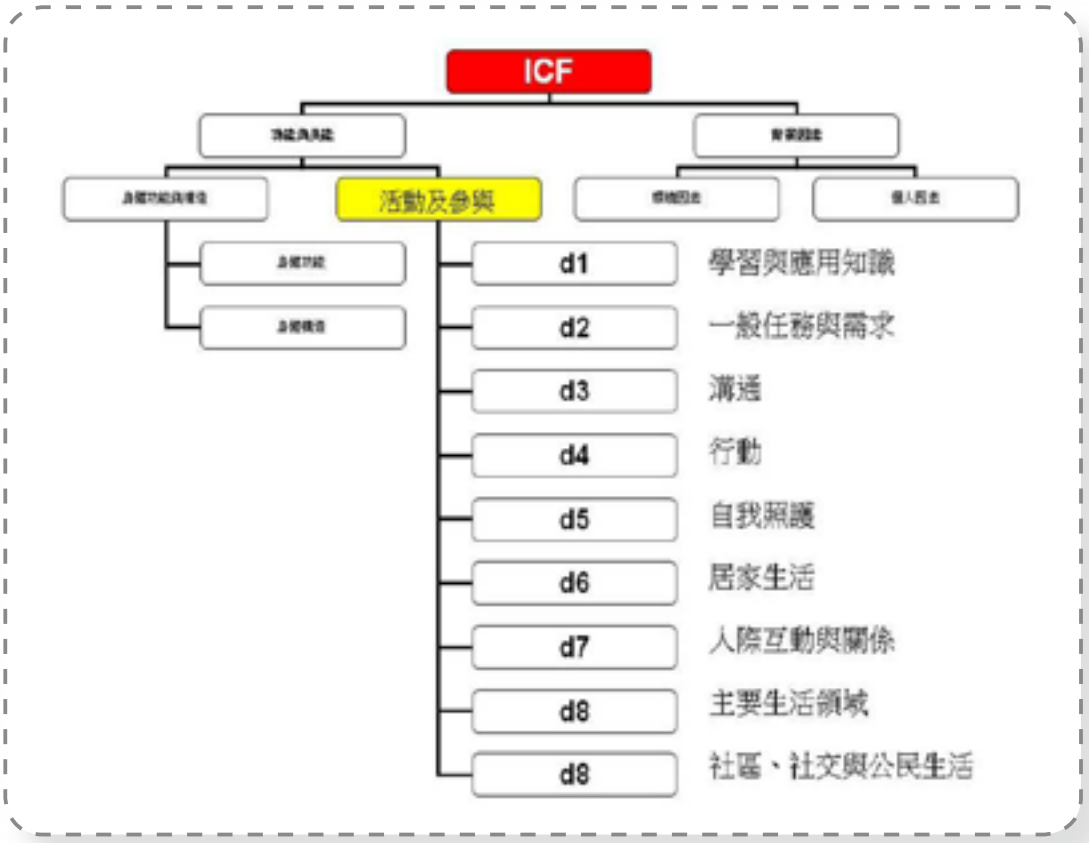
1.若個案可達成d230之標準,限定值得分為0時,則d210及d220的限定值皆給予0;同樣的,若d220限定值得分為0時,則d210限定值也給予0,不論d230之限定值分數為何。

2.若個案有認知功能障礙,以致無法明白口頭說明指示,可輔以圖卡,或詢問陪同者以蒐集更多的相關資訊;另外,環境若許可,可請個案當場實際演練。

・d3溝通(Communication):請準備以下圖卡 1 眼睛 2 西瓜 3 剪刀 4 機車等及ICF鑑定題本,並依鑑定題本內容逐一施測,325文字訊息的溝通-接收,因需閱讀答題,可準備一份題目讓受試者閱讀答題。

以上僅大略說明ICF職能治療師評估內容、指導語及一些注意事項,仍要詳看ICF鑑定題本及ICF填表說明,或可參考本人請全聯會放置於網站的【ICF職能治療師評估內容及指導語】,自己增刪來使用。


國際健康功能與身心障礙分類系統
International Classification of Functioning,Disability and Health (ICF)
Health Condition
(disorder/disease)
健康狀況
（疾病/疾病）
Body function &
structure (Impairment)
Activities
(Limitation)
Participation
(Restriction)
身體功能&
結構（損傷）
活動
（有限）
參與
（限制）
Environmental
Factors
Personal
Factors
環境
因素
個人
因素


ICF
活動及參與
d1
學習與應用知識
d2
一般任務與需求
d3
溝通
d4
行動
d5
自我照護
d6
居家生活
d7
人際互動與關係
d8
主要生活領域
d8
社區、社交與公民生活

# 啟發『大雞慢啼』及預防『小時了了，大未必佳』
# --談OT執業模式

**高麗芷**｜臺北市立萬芳醫學中心・精神科顧問

職能治療在台灣發展至今40年，仍絕大部分居第二線在醫療院所工作，接受醫師轉介，也由醫師來決定薪資的額度。雖然職能治療學、公會努力向中央健保局爭取合理點數，且獲得提升，但卻很遺憾未反映在職能治療師的薪水上。

另一方面，近幾年醫院及精神復健機構評鑑對文書的要求大幅提高，導致職能治療師的工作負擔過於沉重。自二十多年前評鑑制度開始，筆者即為委員，總會跳脫委員身份，異地而處省思這些要求是否合理。同時，橫向觀察醫師委員對同業的要求，發覺他們會考量醫師所得，不做過度苛求。甚至醫界會不斷開發新的診斷與治療方法及執業模式，務實教導，使專業長久居於優勢。

未來筆者仍將持續與其他評鑑委員溝通，期改善評鑑的要求，另一方面希望公會的專業發展任務，不僅安排研習課程，也應開發新的執業模式。

本文即做為拋磚引玉：

## 開業收自費訓練與諮商

筆者從民國72年起，開發感覺統合執業模式，至今27年餘，此產業規模的受益者，分佈在台灣各地的職能治療師，還包括上游的復健科醫師，以及業外的生意人。據筆者的觀察，在醫療院所外，仍有職能治療師自行開業，收自費訓練與諮商的市場。其原因如下：

### 一、兒童成長過程智力變動大

Fels縱向研究發現，中產階級家庭中的一般兒童在2.5歲到17歲間，智商平均改變28.5分，超過三成的孩子在此15年間，智商躍進30分以上。IQ從不及80衝到130以上的案例並不罕見。3~10歲間，有2/3的小孩，智商會增、減15分以上。

1975年，Schwartz和Elonen的研究也發現，一半以上的孩子在0到16歲期間，智商有三次大變化。因此，職能治療師不要劃地自限，以為感覺統合訓練只限3~8歲間。

## 二、服務對象不要侷限身心障礙者或醫師明確診斷者

在知識經濟的時代，國家的競爭力由人才的腦力決定。依1897 年義大利經濟學者帕列托(Paret)提出的80/20法則（Pareto Principle），80%的成果歸因於20%的原因。如果能掌握關鍵的20%，就可得到倍數的收穫。各國主動發掘資優人才，即早培植，是可以理解且值得的，但問題出在，預測效度到底有多高。

2003年，美國賓州大學教育心理系教授Hoi Suen 分析1970年起的論文，發現智商與學業成就的相關度，隨著時間拉長而遞減。學齡前的智商與兩年後的學業成就有40%（中度）相關，小學三年級的資優學童中多達1/3的人在3年前的智商低於平均（Lohman, 2006），從幼兒園篩檢出來的資優生中，到小三（4年後）仍資優的只剩27.6%。總言之，從學前幼兒到三年級的這2~4年間，有的孩子是『大雞慢啼』，也有的孩子是『小時了了，大未必佳』。

大腦遵行「用進廢退」原則，使用的神經元被保留，經常使用的神經元外層包上白色脂肪組織形成髓鞘，訊息傳輸效率大提升。腦的某些部位一年內有多達50%的神經組織升級，智力大躍進。所以，感覺統合訓練模式可大大發揮，避免兒童腦力的下滑（小時了了，大未必佳），順利提升各類型兒童的腦力（包括慢啼的大雞）。

# 從大腦神經科學演進談幼兒發展
## --科學育兒，多元發展，才是潛能開發

***藉由科學性的教養方式來改變腦部運作，才是提升兒童學習效率與優勢成長的主要關鍵。***

**王宏哲** 職能治療師
國立陽明大學醫學院腦科學研究所博士班進修中。曾任醫學中心兒童發展治療，職能治療臨床指導老師，專長於大腦神經科學研究(腦磁波、腦電波、功能性磁振造影等)、兒童發展評估與治療、幼兒大腦教學、感覺統合、兒童體適能等，首創「學前幼兒大腦」專家培訓暨檢測計畫。現為「天才領袖」全腦&體適能培育中心執行長。

長久以來，不論是教育界、科學界或醫學界，都一直在追幼兒潛能開發背後的奧秘，因為天生嬰才這件事情，讓我們不得不重新思考我們所知道的兒童發展。近年來，大腦造影技術如雨後春筍般快速發展，愈來愈多的科學研究證實，人類要破解大腦密碼、瞭解大腦與行為之間的關係，絕非天方夜譚；此外，先天基因與後天教養所扮演的影響角色雖然無法明確區分，但是腦科學研究所提供的資訊和貢獻，卻是不容忽視的。

### *系統作法、從大腦功能來開發*

大腦是人類接收及發送信號的中樞，如感覺動作、意識、高層運思等，其實從幼兒階段，腦內革命就不斷地在進行著，而且革命的速度遠超過成人，舉凡幼兒外顯的感覺動作能力、心智能力、推理邏輯能力、專注與記憶能力，以及情緒能力等，都是大腦不斷塑造、發展而來。至於先天潛能與後天教養的

論戰，也隨著一波波科技的更迭與成果，逐漸出現了曙光。

其實，大腦的整體表現優劣，代表著先天基因與後天環境、文化刺激、生理和心理發展整合的結果；換句話說，如果先天基因羅織出大腦這塊美麗的畫布，那麼後天環境的刺激，便是一枝神奇的畫筆，為大腦鋪陳出更多的構圖與色彩。很多發展遲緩兒的家長在臨床最常問我們的問題”老師，孩子的大腦結構到底出了什麼問題？”，我總是回答”結構沒有問題，只是還沒有通而已！”，其實我是要點出複雜神經網絡連結不好，造成認知或其它發展功能上的失調。

那要怎麼做？外力到底有沒有機會改造大腦？許多研究發現，哺乳類動物在刺激豐富、充滿遊戲的環境中，重要的大腦區域便會發展得出奇迅速，團體中的行為表現也會比較出色。例如在猴子的實驗中，將剛出生的小猴子隔離，生活在貧瘠的環境中，結果發現，這猴子在很多認知及行為上的表現都會呈現負面的異常。反觀人類，許多有趣的研究發現，人類嬰幼兒時期的感覺動作遊戲、語言刺激、親子依附關係、體適能等，都影響其未來的學習與發展。甚至是同卵雙胞胎，即使具有相同的先天基因，但其中接受到較豐富的後天環境刺激的個體，其大腦或身體的發展也就愈好。

所以，追求潛能開發，或許更該把許多的大腦科學新知正確地應用在孩子的學習及發展上，並且藉由科學性的教養方式來改變腦部運作，有系統、有目標、而且多元的介入，才是提升兒童學習效率與優勢成長的主要關鍵。

*大腦要開竅，豐富多元的遊戲不能少。*

大腦有足夠的刺激，對於兒童智力的發展，具有很密切的關係，而智力主要建構在具有注意力、記憶、社交、語言等元素的遊戲行為上，所以要促進孩子的智能發展，幼兒期的遊戲經驗是很重要的。哥倫比亞大學教授Eric Kandel研究發現，大腦神經元會受到環境的刺激而釋放出更多的神經傳導物質，這些物質幫助製造新的蛋白質以增加突觸的連結，進而改變大腦網路。因此，對於正在快速發展的大腦來說，豐富多元的遊戲及學習，便是啟動大腦高效運作的鑰匙。

所以，人終其一生都需要學習，只有學習中的大腦才會隨著時間及環境的刺激而不斷重塑，發展成更優秀的個體。至於如何在大腦複雜的結構及發展過程中，找出增加神經元連結的方法，則是所有腦科學家當前致力的目標。

某些大腦潛能開發上的迷思，如腦神經細胞數量的多寡絕對影響孩子腦力發育，這個說法是有很大的錯誤，因為人類潛能要開發的是神經與神經之間的連結，而不是去看你腦細胞的數量。基本上，人類大腦中每一個神經細胞和其他神經細胞之間，約有一千個以上的連結。所以，愈多環境刺激的大腦，在學習上的連結也就愈強壯，促使孩子產生反應快、記憶深、專注長，以及充滿豐富創造思考力的表現。

## 大腦的多元智能啟蒙原則

長期以來，許多國內外的腦科學專家也一直在尋找一套教育模式，可以讓孩子快速且有效率地學習。無論方法為何，人們必須要能體認到，天性與後天教養不該是絕對的二分法；因材施教，才是潛能開發最好的遵循指標。

目前，腦神經科學專家們已經歸納出幾項基本原則，透過系統化地教導，讓發育中孩子的大腦可以運作得更有效率。

所謂的系統化的專家培育法，共有三個步驟：STEP 1（刺激大腦警醒/提升反應速度）→STEP 2（整合大腦皮質/皮質下功能）→STEP 3（強化肢體動作/促進協調發展）。

那麼，如何在幼小兒童的啟蒙階段，落實大腦科學培育呢？

### ＊增強認知能力的提升

重視孩子全面性的認知發展，如日常生活的智能、學習上的智能、人際社交智能、空間智能及語言智能等。其他像是專注力、記憶力、推理邏輯能力及創造思考能力等的加強和提升，對於兒童心智潛能的開發，都有相當的助益。

傳統中，人們總是強調高智商（IQ）的重要，但事實上，健全、優越的多元智能，可以讓我們應付更多生活中的挑戰、解決更多的複雜問題。因此，縱使先天智能有限的孩子，一樣可以透過多元智能的開發，讓他往後的生涯發展和表現，不亞於高智商的孩子。

### ＊多運動，提升體適能力

像是肢體協調、肌力與肌耐力、心肺耐力、動作柔軟度、感覺統合、手眼協調等，都屬於動作發展及體適能力。根據臨床經驗，從小有好的體能及動作協調度高的孩子，在社交能力、自信心、自尊心及其他的認知學習上，都會比體能及動作協調度差的孩子，整體表現優秀很多。近年來，更多的科學研究證實，運動可以改變大腦的迴路，常運動的孩子較易專注學習，也較具有優越的記憶力及思考力。此外，運動時所釋放的腦內激素，會直接影響人們腦中的情緒系統，讓人感受如沐春風；所以，啟發體適能的潛能，是正面且迅速促進大腦開發的管道。

### ＊訓練孩子的情緒管理能力

心理影響生理，重視孩子的情緒管理、問題解決能力、挫折忍受度、同理心發展、環境適應能力等。根據臨床經驗，幼兒的情緒是可以教育的，情緒管理更可以自我提升，甚至快樂的情緒在個體中會感染，也可以藉由訓練來主動形成。因此，訓練孩子理性與感性協調發展，從外在訓練孩子可以解讀他人的表情，從內在訓練孩子能設身處地的為人著想，凡事可以感同身受，也是新世代兒童潛能開發的必要條件。

## 以科學證據結合專業臨床經驗

許多的科學實證證明兒童大腦的可塑性相當高，適當的介入及刺激，絕對可以促進兒童的大腦發育成熟，並提升學習效率。但是，一些錯誤的發展觀點，被不肖商人利用，實在是需要適時地釐清，例如：

【迷思 1 】左、右腦可以單獨進行開發？

科學說：腦磁儀的科學研究證明，左右腦的訊息溝通相當快速，在毫秒之間，況且大腦絕非只有左右之分，透過豐富的環境刺激與功能遊戲，才是正確的刺激大腦之道。

【迷思 2 】常抱哭泣的孩子，會讓孩子的個性變得軟弱、依賴？

科學說：發展學證實，提供嬰幼兒足夠的觸覺經驗和安全感，絕對有益於大腦與人格的發展。

【迷思 3 】三歲前的孩子懂得很少，不需要教太多？

科學說：大腦科學證實，三歲前，生長環境和遊戲的刺激愈豐富，幼兒日後的發展能力就愈強。

【迷思 4 】四肢發達的孩子，頭腦就比較簡單？

科學說：大腦科學證實，幼兒時期的體適能力表現愈好，長大後的認知能力及社交情緒能力就愈佳，專注力也越好。近代更是非常多的身體姿勢與動作研究，認為人類的動作可以回饋到大腦，甚至協助或干擾大腦對外界事物的解讀。

【迷思 5 】：大腦發展只會隨著年紀走下坡，人愈老愈笨？

科學說：大腦科學證實，大腦的可塑性是終其一生的，只不過愈早期的可塑性愈強，成人可以靠許多的益智遊戲來預防大腦老化。

【迷思 6 】透過預測幼兒的大腦細胞數，或進行皮指紋測試，可以預測孩子未來的成就？

科學說：大腦是用進廢退的，而且功能一直都處在動態改變，計算成人或幼兒大腦細胞數量是沒有意義的，唯有透過標準化的兒童發展評估才比較客觀，很多坊間機構用皮指紋來斷終生，拿出的大腦理論與證據與當代科學背道而馳，錯誤百出，實在是非常荒謬的事情。

【迷思 7 】：大腦的訓練是讓孩子變聰明，未來成功機率變大？

科學說：大腦科學及兒童發展證實，高智商（IQ）不一定代表比較容易成功，還必須加上高人一等的情緒管理（EQ）和身體發展（DQ），才能發展出超級大腦，造就美好人生。

## *以全人開發為終極目標*

隨著大腦認知神經科學研究不斷地推陳出新，兒童的教養策略也有了爆炸性的改革。所以，培育兒童更優勢的學習能力固然重要，但身為家長及師長的我們也必須重新檢視，什麼才是讓孩子的大腦得以平衡發展且合乎自然的教養模式，例如加強孩子的認知學習，也必須顧及孩子的記憶功能、專注能力、語言理解表達、邏輯運思及視知覺等的表現。此外，發展學也提醒，感覺整合能力及動作成熟度、學習等息息相關，不但影響兒童的生理，也影響高層次的認知發展。

培養或教育一個孩子必須要從巨觀著眼、微觀著手，提供孩子更多元的學習環境，而不是更多的限制；掌握孩子的大腦黃金時期，結合認知、發展與人格的教養，才能讓大腦即早優勢發展，讓孩子的潛質可以更充分、更高品質地開發與邁進。

# 職能治療專業品質之省思

**連淑惠**｜林口長庚整形外科復健治療中心・職能治療師

一個醫療專業要能永續生存，要想蓬勃發展，最重要的是有一定的品質，以及對接受服務的對象有顯著的助益，追求專業的品質一直是職能治療的先進們，努力追求的目標，因此各種領域的繼續教育課程，職能治療師的分級制度，都應運而生，但是臨床工作者如何證明職能治療專業對接受服務的對象有哪些助益？在專業的推廣上，才是更為重要的課題。

職能治療專業在台灣誕生已經40年，民國84年全民健保開辦以後，因為接受醫療的便利性，才使職能治療廣泛被一般民眾接受及運用，由於在台灣可以無限地享受相當便宜，又具有一定水準的醫療服務，因此病患接受數年復健治療的情形，並不罕見，病患樂意長期接受職能治療的服務，固然是一件美事，但是我們是否思考過下列這些背後隱藏的問題呢？

1・『臨床工作者如何證明長期接受職能治療的必要性？在整個服務的過程中，以何種方式呈現病患功能上的進展？』；

2・『如果接受職能治療服務不再是無限制而且便宜的醫療，一般民眾是否仍然樂意付出額外的費用求取職能治療的服務？』

3・『我們如何根據專業的判斷，將資源做最有效的運用？大醫院的病患不需要再回家等候數個月以後的通知，小診所的病患不必再忍受摩肩擦踵的擁擠環境。』

全民健保的財務狀況岌岌可危是眾所皆知的問題，各種控制支出費用的策略一項接著一項在推動，總額給付造成所有的醫療院所遇缺不補，雖然對於目前執業中的職能治療人員影響不明顯，預計開始實施的診斷關聯群（DRGs）支付制度，對於復健治療的衝擊卻會相當巨大，因為現行的總額給付支付制度，屬於論量計酬，論量計酬是依醫療服務項目實報實銷，醫院經營管理階層會鼓勵臨床醫療人員增加服務頻率及項目，主治醫師也樂於讓更多醫療專業參與服務，這對於擴展職能治療專業具有相當的便利性，一旦逐步施行診斷關聯群（DRGs）支付制度，醫院經營管理階層因為需承擔財務風險，勢必會加強臨床路徑的管理，減少不必要的醫療處置，主治醫師也會斟酌相關服務的必要性，病

患接受復健治療，將無可避免可能像日本及美加地區一樣，受到一定次數的限制，超過次數的部分，必須自行負擔，如果臨床工作者無法證明接受職能治療服務的助益及必要性，民眾及醫師運用職能治療服務的頻率一定會大幅降低，目前大部分的職能治療執業人員的薪資報酬將可能逐漸走下坡，職能治療學系的畢業生找不到工作的情形，也會因此益發惡化，而我們做好準備了嗎？

2004年開始的精神復健機構評鑑，讓精神復健機構建立良好的品質規範，造就職能治療師在精神復健機構建不可動搖的地位，2007年起全面實行以病人為中心的新制醫院評鑑，其中心精神也是希望醫療機構能以病人的醫療服務品質取勝，因此評鑑標準要求建立各項品質指標監測系統，所以雖然每次的醫院評鑑作業，都讓受評單位的臨床工作人員人仰馬翻、如臨大敵，從長期及宏觀的觀點來看待醫院評鑑，對於專業品質提升及發展，其實都有相當的好處，如果我們能順應潮流，持續按照評鑑標準，改善臨床作業程序，一定能使品質越來越好，讓生理、小兒及社區職能治療，也能像心理職能治療成為心理衛生領域不可或缺的一環，屆時就不需擔憂專業領域的發展前景，以及從業人員無法有效開拓就業市場的問題。

現行的醫院評鑑制度要求臨床從業人員，至少需有十分之一以上的人員，發表論文或在學術研討會口頭報告，如果執行及紀錄職能治療的治療品質指標，成為例行的作業程序，臨床工作者可以分析、運用這些資料，發表臨床治療效果，一方面可以讓其他醫療專業了解職能治療專業，另一方面也可以讓臨床作業精益求精，找出治療效果不夠顯著的治療方法之癥結所在。

目前的醫療環境以及敍薪制度，讓很多執業的職能治療從業人員，必須配合經營階層不斷的創造業績，每日服務病患數量超乎其他國家職能治療師的負荷，有些機構甚至申報職能治療師每日服務超出50位病患，如果申報屬實，試問職能治療師是以何種方式提供服務？如何能在1天完成如此多病患的服務？試想治療效果及服務品質如何能獲得病患的認同？也難怪健保局要多次行文給全聯會及學會，要求我們提出每日合理服務量的建議，根據全聯會人力發展委員會的統計資料，過去5年約增加了一倍的職能治療師，既然人力資源已經是充足甚至有過剩問題，未來我們應該致力於專業品質的提升，向各領域扎根，才能站穩我們的腳步，不要只看到眼前誘人的績效及分紅，因為分配資源的掌控權，握在經營管理經層手上，今天你努力完成30位病患的服務所獲得的薪資報酬，明年你可能要完成40位病患的服務，才能獲得相同的薪水，只有以職能治療專業品質做為獲取政府機構及其他專業領域的認同，方能鞏固職能治療師的地位。

# 莫拉克風災災後重建
## --社區職能治療

**黃成勛**｜職能治療師

*＊起因*

98年8月8日莫拉克颱風重創高雄縣山地原鄉，不僅造成財務上嚴重的毀損，更使得許多原鄉居民喪失住所。所幸相關單位與民間團體積極投入重建，因此在杉林鄉建立大愛村。然而，種族文化的差異性，固然有完善的硬體設備，仍無法使得原民們獲得安適感!職能的剝奪造成其日常生活的失序，甚至出現心理疾病的相關問題。本於身為心理衛生專業的一員，且日常生活的獨立性乃至安適感皆為我專業所強調之範疇，因此，與高雄醫學大學職能治療學系蔡宜蓉老師多番協商討論後，決定投入災後重建的業務，以此不僅可回饋社會，並可藉此推廣我職能治療專業在社會的角色。

*＊感謝奉獻*

由於是初次辦理社區職能治療的模式，因此在籌備的過程備感困難。所幸在高雄市職能治療師公會與高雄縣職能治療師公會的共同合作下，在學術專業上除了有蔡宜蓉老師的協助外，台灣大學職能治療學系毛慧芬老師亦提供了相當多寶貴的資訊；而在實務方面則要感謝參與團隊的治療師們：高雄長庚醫院資深職能治療師吳宜華、義守大學職能治療學系李柏森老師、高雄醫學大學職能治療研究所的郭為元治療師及禾順復健科診所楊秀菁治療師等人，他們願意撥冗寶貴的假日，不畏舟車之苦至大愛村帶領活動。

*＊活動模式*

社區職能治療可謂是將職能治療各領域專業知能結合的綜合體，如基本的生理復健知識、輔具與無障礙的、活動學的技巧等等，因此此次社區職能治療的團體進行的模式亦是相當的多元化

（1）團體活動：透過活動的方式，結合原住民昔日熟識的活動如繩鞭竹鞭，讓住民在活動的過程中，能獲得心理上的安適感與滿足，並藉此重拾過去的日常生活。

（2）個別治療：治療師透過個別至住民家，評估其輔具及移位的技巧，以及相關空間無障礙的部分。

（3）諮詢服務：定點提供住民及家屬相關的咨詢服務。

*＊未來期許*

在本系列的社區復健活動，沒有設計標準化的施測過程，因此無法呈現數據上的成效，但在此次的活動介入後，住民及照顧管理專員表示獲得相當寶貴知識，是

以前所欠缺的，住民在大愛村的生活品質亦有相當的改善，例如：在日常生活所需的活動表現上。此次的活動只是個序曲，期望在未來的日子能夠透過不斷的修正與住民的回饋，以社區職能治療的模式，來提供最適切的服務！

・團體活動治療

・個別治療服務

・移位技巧訓練

# “青海心．長庚情”

## 基隆長庚醫院青海之心醫療服務團國際醫療支援活動

**張世穎**｜基隆長庚醫院情人湖院區復健科．職能治療師

前言

這是一個由基督教中華牙醫行善團與基隆長庚醫院共同舉辦的國際醫療支援活動，2008年開始至2010年共成團三次，主要目的為義診、培訓、教育與交流。在長庚醫院全力支援公費公假下，醫療團成員包含胸腔科、復健科、牙科醫師、護理師、社工、呼吸治療師、與職能治療師等各專科人員。

筆者所參與為2008與2009年兩次醫療義診活動。

### ～捨我其誰？～

那是一次例行的科會，主任一如往常地宣達著應該要知道的事項。

突然間，主任提到了謝副院長要找復健科同仁一起參與”青海之心”醫療服務的事，還點名要有治療師參與。心想，這可奇怪了，我們這些”小咖”，曾幾何時也能有這樣的機緣了？心裡暗自竊笑著。眼尾瞄瞄周邊的同事，面面相覷的表情充斥在鴉雀無聲的氣氛中。

現在想來，那天的我也真太不知天高地厚了，資歷淺薄又手邊工作做不完的我，心裡竟揚起一股捨我其誰的使命感。

話當然是沒說出口的，但是心意卻已悄悄立下——有機會，我一定要去看一看。

### ～十人瘦身大隊～

出發的前三天，說是要打包行李跟行前說明。

五點下了班趕到五樓會議室，團隊中的夥伴們已經開始動工了。驚覺，事態嚴重。

這是一項艱鉅的工程。

為了要能將各界熱情慷慨捐贈的物資、藥品等順利拖運到西寧，我們必須開始減重。拆掉不必要的包裝、清點數量、分組、綑紮、再到裝箱、密封、標示、編號，一群人搞得就像生產線上的女工與捆工的組合，忙得不可開交。

我還記得，那天謝副院長忙到滿身汗，脫到只剩一件印有陸軍字樣的草綠色汗衫，就像是一位軍中的老士官長帶著小兵，要扛著全副武裝去行軍。畫面是有點滑稽的，但被感動淹沒的我卻笑不出來。

五樓。十個人。數十箱藥品瘦身成十五大箱。五點到八點。沒人記得吃晚餐。

## ～憑空消失的四小時～

從北京要轉機到西寧，原本的行程是有四小時的空檔的。

聽說北京機場專賣怪東西；也聽說北京機場很大很大，很有看頭；皮箱裡抗寒抗乾燥的”補給品”也鬧缺貨，該是可以利用這段時間去好好血拼一番補補貨了。敗家的衝動蠢蠢欲動著。

但計畫真的永遠趕不上變化。

２００８北京奧運就像一股熊熊的火一樣，燃起了全中國的熱情，北京張開雙臂迎接著世界遊客的到來。但也因如此，重重提高的安檢措施讓我們在出海關時，遇上了重大的挫折。

經過不斷的交涉與漫長的等待，使出所有派得上用場的文件、邀請函，團長最後還是敗下陣來。所有非個人隨身行李的部份，都被留在海關帶不出來了。也就是說，我們很可能得赤手空拳上戰場。我個人是還好，反正本來的計畫就是”出一張嘴”去培訓當地的作業人員，然後就地取材，用既有的資源進行早療復健的工作，講義教材也在我肩上包包裡，未來幾天不成問題。但其他人就慘了，牙醫可能沒有器械可以拔牙、補牙；婦科、兒科可能看完病沒有藥可以給；胸腔照護時可能沒有口罩、手套、隔離衣；不敢想像義診團會不會就變成觀光團了？

憑空消失的四小時，人間蒸發的醫療必需品，沒想到都還只是這趟”驚異之旅”的開端而已。給個震撼指數，大概有９５分。

## ～全有ＶＳ全無～

正式到兒童福利院”開工”的第一個上午，安排的是全院的參觀與介紹，其後則是與當地負責人員討論、建構培訓課程。

說實話，我是張著下巴走完全程的。

”驚異之旅”第二重——硬體設備。震撼指數：９０分。

以前書上說，中國地大物博。我萬萬沒想到，兒童福利院也是耶！真的什麼設備都有！出門前我在忙長庚醫院情人湖院區擴建的採購案，因為場地、人力等因素的考量，規劃的都沒這兒多、沒這兒先進！特殊教育專用教室有四間，個別訓練室多到我沒數清楚，自閉症也有專用教室，居然還有語言治療室、物理治療室、作業治療室（也就是職能治療室）、家居技能訓練室、電腦教室、支具製作室、感覺統合訓練教室、針灸治療室，甚至是感官刺激訓練室與模擬超市。

香港基督教勵行會派駐當地的資深社工Stanley告訴我們，這裡的硬體因為有來自香港的奧援，所以設備完全是香港的水準，而且還在逐年增添。不過，我們看到的只是樣板，只有這裡是這樣的水準，走出福利院大門，就是我們印象中的那般水平而已。我心想，這裡就算是樣板，也啥都不缺吧？那我們還來做啥？

很快的，我找到了答案。

接下來的院童訪視與課程安排——震撼指數：破百。

十來位腦性麻痺患童一字排開，被擺放在餵食椅上、輪椅上、特製推車上，但是，沒有一位是被正確擺位的。看在眼裡，真的不敢相信。”擺位”，對任何一位在台灣的復健從業人員來說，是再基本不過的事了，而且，我們也都能理解這對腦性麻痺患童有多麼的重要。感覺統合訓練室中，正巧有一位社區來的自閉症患童在進行訓練，他的康復員（治療師）在後頭追著他跑。我猜，這看來不差的感統教室，大概也沒啥人真的知道該怎麼使用。支具製作室裡頭的設備，是台灣專門的支具公司才會有的，滿滿一間，材料也堆

了一倉庫，老答案——沒人會用。而這些，都還只是冰山一角。

在這些問題面前，我突然覺得自己好渺小。

只有四天，我能教給她們多少？

「老師，您上啥課都好，我們啥都缺。」負責跟我討論、安排培訓課程的李組長這樣告訴我。

## ～燃燒吧，小宇宙！～

還記得小時候有部卡通影片，故事講的是五位戰士要保護一位女神，而得不斷地對抗來自邪惡的武士。每當他們被打得半死的時候，總會有勵志的話語由旁白的口中說出，不外乎要他們鼓起勇氣、全力奮戰之類的，但結尾一定是這一句——燃燒吧，小宇宙！然後畫面中主角的背後，會燃起熊熊的火燄，就算快被打”掛”了，也會頓時有如神助地充滿戰力，又從地上爬起來打壞人…。

我的小宇宙，也就這樣燒了四天。

培訓的第一天上午，結束在議題的安排與見證牙醫團神奇的工作效率上。下午，正式開戰，講的是感覺統合訓練的基本概念。第二天上午最猛，關節活動訓練、姿勢控制訓練、坐姿與臥姿擺位、特製推車與輪椅擺位、口腔按摩與餵食示範，雜七雜八一大堆連講解帶示範，居然給我搞定了。代價不高，就是我的喉嚨掛掉而已。下午，一位自閉兒、兩位腦性麻痺兒的個案討論與實作示範，從訂目標到安排治療活動，還順帶做了家長衛教與諮詢，到了課程結束時，已經開始有人在問我明年會不會再來了。

隔天早上，安排的是感覺統合訓練評估方法與實際操作，也把訓練室裡的器材示範、講解了一遍，順便還調整了一下動線。康復員們把角落櫥櫃中的”雜物”一樣樣翻出來問，殊不知，樣樣都是寶。下午，進行副木製作訓練，是我個人覺得最需要教會她們的事。一旦她們會了，孩子們就可以有好的下肢支撐，就可以練站、練走，這樣才能脫離那些看似完善但卻完全不合身的坐姿擺位工具。幾天下來，每節課都有”順便”的事情，這個下午當然也有。就在等著燒熱水、練習操作的空檔，我還把因為太先進而被閒置多時的裁縫車稍稍調整了一下，弄得”簡單”一點，雖然最後因時間不足而未正式完工，但她們應該能用了。

最後一天的課，應聽眾要求提早了一些開始。媽呀，我都還沒把自己弄醒咧。進嬰兒室講幼兒擺位與簡易復健運動，陣仗之大是四天之最，孩子的問題也最嚴重。說到嚴重，這時我才想起，還有好幾位康復員口中”相當嚴重”的孩子，我大概沒時間看了，很遺憾。緊接著又是兩名個案討論與治療示範，最後才又進支具製作室，解決了一些操作上常見的問題。下午轉到福利慈善醫院交流參訪，倒是給自己上了一課。

四天一眨眼過去。時間，怎麼樣都不夠用。

時間與記憶，稍停在2008北京奧運的火紅仲夏。

## ～再續前緣～

延續去年參加醫療服務團的精神與回憶，這一年來，總是在有意無意之間甚或是工作之餘，會想起遠在西寧的那群特殊孩子。不曉得他們吃的”技巧”好些了嗎？是不是有較完整的康復(復健)計畫了？還是仍舊排排坐、整天無所事事呢？如果有機會再和康復員們見面，我應該再帶些什麼東西過去，會更符合他們的需求，對他們的幫助更大呢？

有了去年的經驗，不管是分工或是跑流程，感覺上都順利許多。尤其是藥品的建檔與管理，看來弱不禁風的藥師小妤實在發揮驚人的實力，不得不令人佩服長庚小辣椒的實力。我的好室友阿木，果然發揮在管理課歷練之耐操精神，看似繁雜的行程與工作連絡分配，竟也服服貼貼、妥妥當當地搞定。至於我這次的服務重點，主要是完成去年培訓過後的成果驗收，另外還要再針對兒童福利院康復部門不足的地方給予培訓。主要行程及任務說明如下：

7／20

上午　兒童福利院　檢討去年培訓重點成效、重度障礙兒童之訓練示範、自我進食技巧檢視與訓練、擺位輔具使用檢視、副木製作檢視與示範指導、多重感官訓練室之使用介紹

下午　紅十字醫院　講題：「台灣職能治療教育與執業」、康復科參訪與交流

7／21

上午　兒童福利院　個案下肢支架調整、講題：「手部發展與訓練技巧」、個案分析與討論

下午　兒童福利院　講題：「多重障礙兒童簡介與訓練」、個案分析與討論、注意力不足與過動症之教養技巧與感覺統合治療訓練、問題與討論、課程心得分享與建議

7／22

上午　湟中縣大才中學　協助義診、講題：「老人日常生活功能之照護技巧」

下午　湟中縣大才中學　協助義診、腦性麻痺學童復健衛教

7／23

上午　循化縣醫院　車程

下午　循化縣醫院　協助義診、講題：「多重障礙兒童簡介與訓練」

7／24

上午　循化縣醫院　協助義診

下午　紅十字醫院　車程、參訪紅十字醫院博物館

## ～學習與交流～

這次的行程可說是緊湊而富有挑戰性，對所有團員來說都是體力與耐力的挑戰。不論是與合作醫院的交流或是義診活動、培訓課程，處處都充滿了新奇的安排與全新的體驗。

再度參訪紅十字醫院康復科(即復健科)，熟悉的臉孔與環境映入眼簾，一樣是短短地一條走道，兩旁各有許多小隔間，擺放了如：紅外線、短波、電療等基本的物理治療器材，還外加了有針灸室與不相干的乳腺檢查室。作業治療(職能治療)的康復活動仍是被嚴重閒置的，小小一間房內堆了一些治療器材，看來多是閒置。語言治療、心理治療、甚或音樂治療，在這裡應該都還只是聽聞的階段，也許當地醫師在受訓時”聽過”這些，也大致瞭解其重要性，但卻無實際的技術人員可提供服務。

目前紅十字醫院並無專門的康復科病房，僅提供會診與門診服務，病患量相當少。依當地醫師表示，這跟國家保險給付制度與民眾對生活品質要求的概念不足有相當大的關係。保險僅給付一定額度用於所有相關治療，多數人在前段緊急或需維持生命的治療時，便已用掉大部分的保險給付，對於後段的復健治療實是無法負擔或認為無其必要而中斷。也就是說，康復科基本上是一個”不賺錢”的科別，在醫院的經營考量下，人力、規模都相對弱勢許多。

不管是在紅十字醫院或是西寧兒童福利院、湟中縣大才中學與循化縣醫院，受過完

整訓練的康復科相關治療師是相當缺乏的，甚至應該沒有；瑞士籍的強納森醫師與香港勵行會的資深經理史丹利，千方百計地想把我們都留在青海，甚至希望我們能在台灣代為招募願意至青海服務的相關人員。當地一般的康復員僅接受過所謂的”培訓”，可操作簡單的手法與活動，但對細分科的各項治療概念、評估、臨床推理等，都沒有較紮實的課程可供進修。或許，在兩岸合作機制正式規劃或建立時，可以安排短期(一至兩個月)的專業人員交換駐院訓練課程，以實際的討論與臨床實作，建立更完整、穩固的學習經驗。這樣作，也許會耗費雙方一些人力與費用，但我想這樣的種子人員訓練，長期來看，是符合經濟效益的。

此外，值得一提的是，紅十字醫院所擁有的醫療人文資源與精神。身為基隆長庚醫院師資培育中心醫學人文與倫理小組之成員，在參訪紅十字醫院博物館後，更是汗顏於自己的渺小與無所建樹。這是一座”醫”的歷史與地理博物館，館內收藏了來自大陸各地的文物與史蹟，自遠古時代的海底化石、陶器、銅器、到早期的手術設備、醫療儀器，甚至是骨董文物，都蒐羅在館內；西醫、中醫、藏醫，在青海都有一定之重要性，博物館內也都詳細地予以記錄與保存。

參訪過程中，心情是複雜的。進到博物館，心中那一絲絲身為”進步的台灣人”的優越感霎時消失。是啊，我們的硬體設施與基礎的醫學訓練確實可供紅十字醫院參考，但在人文精神建立與落實、推廣方面，我們又落後了多少？在追求科學、進步的同時，我們忽略的範疇又有多少？

## ～回饋與展望～

筆者個人此行最重要的任務，是在西寧兒童福利院的相關培訓與交流課程，短短一天半的時間裡，能用的時間全上了（工作內容如前述）。時間當然是不夠用的，但我想在我能力所及之下，結合去年的經驗與觀察，我在課程中將幾個重要的觀念與康復員們分享與討論，應該可以讓她們有點收穫與想法。

整體來說，福利院去年主要培訓的餵食技巧訓練、副木製作訓練、輔具與擺位技巧訓練，都有不少的進步。但相對於孩子增加的速度之快與從業人員的流失，三餐要餵完那麼多孩子，實是無法有多餘之時間供孩子練習，所以，進步僅止於餵食的安全性增加了，但孩子自我進食的能力卻未見提升。閒置許久的”超高級”感官功能刺激訓練室，也在第一天培訓時給予使用建議與示範下，隔天就正式開張了。副木製作，已有多位康復員可做出特製鞋墊與踝足部支架；每三個月也有來自香港的支具師教作高溫成型之支架，已有兩位種子學員即將學成出師了。特殊教育方面，今年也新聘了美籍的特教老師進駐，透過與她的討論，我想未來在康復員對孩童整體功能評估能力方面，是可以再著力的部份，這樣她們才能完整得知孩童整體能力，並訂定訓練目標與策略，與特教連結。我想這對福利院的康復部門整體進步是會有更長遠的助益的。

在培訓課程結束後的晚間，一群熱情的康復員邀約我共同進餐，吃的是當地著名的回民燒烤料理。烤羊蹄、炕羊排、炕羊腸、與烤肉串，配著特殊風味的熬（ㄋㄠ）茶，無一不是難得的美味。席間，她們給了我許多這兩年來的回饋。有人說，常常作到自己不知道在幫孩子做啥、不知道目標在哪裡、因看不到進步而緊張。經過課程討論後了解，原來是因為沒有確實了解孩子的發展能力並配合家屬期待去訂定目標，以致壓力產生。也有人

說，她在我講完手部技巧訓練並實際討論個案後，終於了解要怎麼去分析可能的原因，再對症下藥。康復組長說：「不會聽了一堆聽不懂又不知道怎麼用的理論」，她很喜歡我結合實際個案討論與”一點點”基礎學理的課程進行方式，同時又給了她們許多實用的策略建議。

很開心大家給我的回饋都是正面的，還一直告訴我有多少台灣吃不到的風味美食要帶我去品嚐或是草原風光要去欣賞。我說，一頓烤羊餐就吃不完了，她們才說：「那你就留下來教我們，我們再帶你慢慢吃吧！」。我一面覺得窩心，自己的付出終於看到一點收穫，一面卻也為她們求知若渴的無助感到無奈。

*～未完。待續？～*

這世上真的有神的存在嗎？

這世上真的有所謂的緣分嗎？

一群人這樣的付出與努力，真的會有代價嗎？

這麼短暫的培訓，能帶來多大的改變？

我們分享的，是他們也需要的嗎？

會不會有更好、更有效率的方法？

如果把他們帶來台灣培訓一段時間，會不會更直接一點？

還要多久，那些孩子才有機會過得好一點？

我們還能做些什麼？

如果真有下次，我會看到什麼？

離鄉背景在青海服務的遊子，你會想家嗎？

我們，還會再見面嗎？……

我的回憶充滿了問號，但心情卻是充滿喜悅。

能付出是一種幸福，有能力助人也是一種快樂。

因為登高才知道自己的渺小，也因為看見別人的作為，才領略自己的不足。

要更懂得謙虛的重要，也更要能感恩這得來不易的一切。

# 活動

# 留學生了沒

**林宛儀**｜職能治療師

兩年前，懷抱著對社區復健與職業復健的熱忱，來到美國「復健諮商」排名頂尖的賓州州立大學攻讀碩士學位，一圓我的留學夢，也開啟了一段滿載收穫的旅程。

在美國復健諮商的訓練中，多元文化（Multiculturalism）的議題不斷地被提及，除了種族、年紀、性別等類別外，身心障礙也被視為是多元文化下的一個分類。我很喜歡這個概念，他們認為身心障礙者只是和非身心障礙者不同，而不是正常與不正常的區別，就像每個人的種族、教育程度、社經地位不同一樣，我們應該尊重每個人的差異性。我們同學中，有白人、黑人、土耳其人、台灣人、盲人以及憂鬱症患者，也堪稱是多元文化的產物。

此外，他們也非常注重倫理議題，尤其是保密原則（Confidentiality）。記得之前我們要做一份機構見習的報告，我和同學聯絡了好多家復健機構，但他們都以保護病人隱私為由，拒絕我們參觀。好不容易找到一家可以讓我們參觀的機構，但參觀當天其實只是坐在辦公室聽取簡介，完全無法進入個案活動空間。這讓我體會到台灣的治療環境，其實不是那麼保護病人的，精神病房時常充斥著嬉鬧的見習、實習生，工作人員也常爆料治療過某某名人，完全忽視「病人隱私」的重要性。

留學期間，我努力學習復健諮商相關的知識和技能，其中，社區心理衛生（Community Mental Health）和職業發展與安置（Job Development and Placement）是我最喜歡的兩堂課，或許因為有相關的工作經驗，因此讓我上起課來格外有心得。在社區心裡衛生的課堂中，我見識到美國精神病患積極爭取自己的權利，他們高倡許多口號，如”Nothing about us without us”、”We are not alone（WANA）”。老師甚至安排精神病患及家屬來為我們上課，讓我對他們自信的模樣印象深刻。

在職業發展與安置的課堂中，我很喜歡定制化就業（Customized Employment）的概念，他們認為在職業發展的過程中，應該把雇主視為顧客，針對雇主的需求，提供最適合的求職者。老師在課堂上也一再強調”Vocational Rehabilitation is a business”，不要把雇主想成是慈善事業，他們注重的是成本考量，因此要用「談生意」的態度來為身心障礙者找工作。此外，我們也探討六度分隔理論（Six Degrees of Separation）在職業發展的運用，甚至連

Facebook, Plurk等社交網站，都能成為幫個案找工作的媒介。

除了「復健」相關知識與技能外，「諮商」的理論與技巧也是訓練的重點。我們在學校的諮商中心接受一學期完整的諮商訓練，在輔導有人際困難、適應問題的大學生中，我發現美國大學生普遍存在複雜的兩性關係，許多人甚至有藥物濫用的問題，處理起來非常棘手，但好處是，他們很願意接受諮商，也勇於揭露自己的議題，不像很多台灣人都對於接受諮商很排斥。

在通過一關關考驗後，最後一個學期，我們必須完成600小時的全職復健諮商師實習，大部分的美國同學，都到Office of Vocational Rehabilitation（OVR）實習，此為州立的職業復健機關，身為國際學生的我，無法進入OVR這種公家單位，只好利用有限的資源，尋找理想的實習機構。在經歷一番努力，我有幸來到匹茲堡最大的職業復健中心Goodwill實習，在Goodwill，職業復健的每一環，都由專門的部門負責，如接案、職業評估、職業訓練、職前準備、職業發展與安置、穩定就業輔導等，讓我真正見識到什麼叫高品質的就業服務。

在15週的實習中，我一共待了職業評估、職業發展與安置與CareerLink三個部門。在職業評估部門，我們提供一系列的評量，從會談、成就測驗、興趣量表、工作樣本、電腦化測驗以及情境評量等，並且主持個案討論會，邀請個案、家屬以及各專業一同討論後續服務。我很驚訝他們的職評做得如此詳細，完整的職評通常要5-10天，最後的評估報告也長達15-20頁。在職業發展與安置部門，讓我見識到就服員和雇主之間buddy-buddy的合作關係，美國人一向很容易在初次見面和別人混熟，也很會推銷自己的長處以及爭取權利，這樣的民族性的確對於幫個案找工作有極大的幫助。而Career Link則是屬於walk-in service，任何有職業需求的人都可以在這裡尋求協助，我們為每位個案提供各種就業諮詢，包括履歷表撰寫、面試準備、身心障礙者就業的相關法規、就業調適問題等，也定期舉辦演講、工作坊，教導個案如何找工作與維持穩定就業。此外，Goodwill最廣為人知的，就是他的二手商店，幾乎每一州、每個城市/鄉鎮都會有Goodwill 二手商店，從整理二手衣服/商品、標價到販賣等，為身心障礙者提供大量的工作機會。

為了增廣見聞，我參與了一些學術研討會，如PARF（Pennsylvania Association of Rehabilitation Facilities），在會場上，我看到一些視障、聽障朋友也一同參與復健諮商的盛會，主辦單位甚至貼心地幫他們準備導盲犬、手語口譯員。我也看到腦外傷或脊髓損傷的個案，參與壁報論文展示或發表演講，這些身心障礙者積極地參與學術研討會，與復健相關人士交流，令我印象深刻。另外，我也主動拜訪美國精神復健機構的指標，如紐約活泉之家（Fountain House）與波士頓大學精神復健中心（Center for Psychiatric Rehabilitation）等，希望能吸取他們成功的經驗，為台灣精神復健注入更多活水。

兩年來，在歷經美國復健諮商的洗禮下，對於美國社區復健和職業復健有了更多的體悟及實務經驗，目前台灣復健諮商是一個新興的領域，其強調個案獨立自主、回歸社區的理念和職能治療的哲理不謀而合。期許未來有更多職能治療師攻讀國內外復健諮商所，將職能治療和復健諮商的理念發揚光大，一起改善身心障礙者的生活品質。