

## 作業科学のプロモーション

Jin-Ling Lo

国立台湾大学医学部作業療学科

村井 真由美 (介護老人保健施設 愛と結の街)・吉川 ひろみ (県立広島大学) 監訳  
呉 祈慧 (鹿児島大学大学院)・王 治文 (東北文化学園大学) 訳

要旨：作業科学は誕生してからすでに20数年が経過し、作業に関連した研究の結果は、日常の作業が健康にとって重要であることを人々に認識させた。これらに基づき作業療法士は、作業に焦点をおきながらエビデンスに基づく介入サービスを提供することができるようになった。しかしながら、現在作業科学の探求に関わっているのは作業療法専門職が主であり、十分に作業を認識し、作業に焦点を当てた介入サービスを提供できる臨床の専門家はいまだに少ない。本論文は、人及び健康の視点から作業を基盤とする介入と伝統的医学モデルとの違いを探求し、作業科学を臨床実践に応用する際に直面しうる障害について考察するほか、作業に焦点を当てた介入方法を紹介する。筆者は、作業科学を推進するためには人々に作業科学の効果を見せなければならないと考えている。作業が健康にとって重要であることを理解できたなら、さらに多くの人々が作業の探求と応用に引き寄せられるであろう。

キーワード：作業，作業科学，作業に焦点を当てた介入

1989年にアメリカ南カリフォルニア大学作業療学科に作業科学博士後期課程が創立されてから、作業科学は徐々に作業療法分野で認められてきた。作業療法専門団体は積極的に作業を基盤とするサービスを推進し、世界作業療法士連盟 (The World Federation of Occupational Therapists, WFOT) も作業療法士の養成教育の中に作業を中心概念にすべきであると要求している。しかしながら、作業科学が誕生して20年も経った今日、作業科学に関連する研究や書籍・雑誌はたくさんあるにもかかわらず、「作業」の科学はいまだに作業療法の範疇から出ておらず、社会で一般的に知られていない状態である。また作業療法専門領域において、作業科学という名前を知っている人は多いものの、その人たちが作業科学が何であるかを分かっているとは限らない。さらに、作業科学の定義と範疇が分かっているとしても、本当の真髄を理解できているとは言えず、応用できるまではいかない場合もあろう。そのため、台湾をはじめ世界各国で作業科学の推進に努力する必要があると思う。

ある品物やある概念をうまく売り出すためには、相手にその効果やメリットを示す必要がある。同様に作業科学を広げるためには、人々に作業科学の効果やパワーを見せる必要がある。したがって、作業科学の推奨者としては、自ら作業のパワーを感じる必要があると考える。筆者は、南カリフォルニア大学で作業科学の博士号を取

得し台湾に帰国したとき、作業科学に興味を持ってくれた多くの人々から、しばしば講演に招かれた。しかし実は、当時は自分でも作業科学の効果を確認できていなかったため、やや心細かった。話せたのは書籍や文献から読み取った情報のみであった。その後、数年間の臨床及び教育の経験を経て、徐々にクライアントを見る角度が変わり、問題を捉える視点も異なったことに気付いた。かつて突破できなかったネックも存在しなくなった。臨床経験を通して筆者は今までクライアントや問題を見る時の盲点に気付くことができ、明確になった感覚が得られた。現在では、サービスを提供する対象者が子供であれ大人であれ、また領域が学校システムであれ介護システムであれ、筆者はすばやくクライアントの問題点を捉えることができ、効果的に対処し、アドバイスすることができる。また自信を持って他人に作業の概念を説明することができ、学生や多くの実践家に作業科学を勉強する意欲を起こさせることができる。

また、長期にわたり作業療法臨床実践及び作業療法教育に携わるほか、作業療法協会の理事や会長を担当し、協会の学術活動や研究の発展、また作業療法専門知識及びサービスの向上などの仕事に関わっているため、さまざまな方向から作業の概念を推進・実践することもできた。いまだに大きな成果は見られないが、これらの仕事から多くの収穫が得られた。まず、生活や教育・研究・

臨床実践の仕事で作業の概念を体験し、強化することができた。次に、作業の概念の推進と作業の概念を臨床実践に適用する際の難しさを理解できるようになった。さらに、作業の概念を伝える方法や表現の仕方を少しずつ学習できた。長年の努力を重ね、満足した結果はいまだに得られないが、落胆はなくくじけそうでもない。予測した結果が得られない原因を知り、困難を乗り越える方法が分かるようになったからである。自信を持って努力し続ければ必ず目標に到達できると思う。本論文では筆者個人の作業科学の推進における経験と心得を述べる。ご指摘をもらえると幸いである。

## 人間に対する作業の視点は伝統医学モデルの視点と異なる

### 1. 伝統医学の人間及び健康への視点

伝統医学が人間を見る視点は、主に人そのもの、外観から内部各部分の構造や機能である。身体的・心理的或いは社会的側面すべてにわたり、逐一分解・剖検し、異常が見つかったら、いわゆる「科学的」な方法を用いて対処する。人間の身体面または健康に対して標準値や基準値が設けられ、この標準値や基準値から離脱したら異常とみなされ、またこの標準値を理論枠組みにし、介入・治療を行う。世界保健機関（World Health Organization, WHO）が1980年代に公表した国際障害分類（International Classification of Impairment, Disability and Handicap, ICHIDH）はこの概念に属している。心身機能障害（impairment）は活動能力の低下（disability）につながり、役割遂行にも障害をもたらす社会的不利を与え（handicap）、自分の行おうとする作業ができなくなる。したがって、人間の作業（訳注：筆者は「作業活動」と記しているが、邦訳では「作業」と以下、表す）の参加への障害を排除するためにはまず活動能力の低下を改善しなければならないし、活動能力の低下を改善するためには心身機能障害を解決しなければならない。この理論は医療及びリハビリテーション領域に深い影響を与え、過去20数年間医療及びリハビリテーションチームは対象者の心身機能障害の排除に目標を集中させている。この視点は基本的に還元主義（reductionism）を基礎としている。たとえば事故によって片側上肢を切断した成人が、先進の医療技術が備わっている環境に生活しているなら、医療専門職チームはこの人に対して適切な義肢を設計製作し、また自由に操作できるまでこの義肢の使用方法を指導・訓練し、クライアントに可能な限り片手を失った機能が取り戻せるように努力するであろう。義肢で卵やピーナッツを拾って落とさなければ、作業療法士にとっては、成功した事例に

なると思われる。

しかしながら、もし担当の作業療法士がこのクライアントの日常生活における義肢の使用状況を追跡し、クライアントが日常的にまったく義肢を使用せず、或いは出かける際に装飾用の義肢しか使用していないことを知ったならば、きっと失望するであろう。しかしそういうクライアントがいることは筆者が臨床で実際に見たものであり、特別な例ではない。最初、他の療法士と同様に筆者は、このクライアントが怠けているため義肢を使わないのだと思い、その理由については深く考えなかった。すると次にまたこのようなクライアントと出会っても、同じ方法で介入するだけであろう。しかしそこで明らかにひとつの事実を見逃すことになる。それは、療法士が心をこめて設計製作し、使用方法を訓練した義肢をずっとクライアントが使用しないことで、すべての努力が無駄になってしまうということである。

Frank 博士の四肢の発達障害の事例に対して長期的に追跡した研究報告を読んだとき、なぜクライアントが心をこめて作った義肢を使用しなかったのか分かった。それはクライアントが義肢を自分の体の一部として受け止めることができなかったからである。無駄な努力にならないようにするには、このような介入方法を止め、もしくは義肢の操作練習だけではなく、クライアントに義肢を自分の体の一部として受け入れさせるべきなのである。義肢を受け入れてこそ、この義肢の継続的使用が確保でき、義肢の本来の目的を達成することができる。それでは、どうすればいいのであろうか。

### 2. 作業科学の視点から人間を見る

作業科学は人間の健康に対する作業の重要性を探求する科学である。生活は調整し続ける過程であり、人はそれぞれ日常の作業の選択、参加によって自己の体・心・スピリチュアリティの要求を満たす。すなわち、人間の日常の作業は体・心・スピリチュアリティの統合、及び環境との相互作用が生んだ結果である。したがって作業の視点から人間を見ることは伝統科学または医学からの視点とは異なる。作業科学者は「人は作業的存在（occupational being）」と認識し、人間には意味を求める内的要求があり、作業への参加を通して意味を作り出すと主張する。よって、一個人の日常の作業経験はその人の心身的健康と安らぎの状態と関係している。

WHO が2001年に公表した国際生活機能分類（International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF）の概念によれば、健康とは個人が十分に生活に参加することである。また、作業の視点からは、十分

に生活に参加することとは意味のある日常の作業に参加することである。すなわち、個人の日常の作業への参加はその人の健康状態を反映している。したがって、医療及びリハビリテーションの目標はクライアントの心身機能障害の排除のみならず、クライアントの活動への参加に設定されるべきである。また、ICFは環境及び個人特性がクライアントの活動参加に影響することを強調している。クライアントの活動参加を向上させるには、クライアント本人の心身機能と身体構造以外に、環境や個人特性などの因子も考慮しなければならない。この点は作業科学の概念と一致している。作業科学は人—環境—作業 (person-environment-occupation, PEO) (Law et al., 1996) の視点からクライアントの遂行状況を理解すべきであると主張する。例えばある小学校3年生の男の子は授業に集中できず、何事もただらとし、毎日夜中になっても宿題を終わらせることができないため、病院に連れてこられた。医師に感覚統合障害と診断され、評価と治療のため作業療法部門に紹介された。作業療法士は作業に焦点を当て、人—環境—作業の視点からクライアントの作業遂行を確認したところ、クライアントが遊び活動を含むどの活動に対しても興味を持っていないことが分かった。母親に子供の日常の活動について尋ね、クライアントが毎日放課後も塾や習い事があるとの情報を得た。クライアントが宿題をするとき母親は常にそばで見張って、もしくはタイマーを置き、1行を14分間以内を書くように要求するが、効果は見られなかった。母親はまたクライアントのおかしな行動に戸惑っている。「普段なら朝がなかなか起きられないのに、日曜日は学校がなくても早々と起きて、私を起こして、『お母さん、何をすれば良い？暇でしょうがないんだよ』と言う」と述べた。母親の話から作業療法士は、クライアントの問題は環境と関係しており、感覚統合障害によるとは限らないと推測した。母親はたくさんの学習活動を子供のスケジュールに入れ、また厳しく迫る方法で子供と接したため、子供が普段から自由活動の時間がなく、自主的に行う機会もなかった。時間が経つにつれ、子供は自分で行うべきことを見つけてことができず、興味・趣味を何も持たず、学習活動にも興味を持ってなくなっている。また、クライアントは授業中に集中できないで何事もただらしているため、しばしば怒られたり罰を受けたりした。クライアントはよく夜眠れないと訴えた。まず、作業療法士は母親にもし自分がこの子であったなら、日常の作業はどのような経験になるかをイメージしてもらった。母親に感想を聞いたら「疲れるわ」との回答があった。そこで、それほどのような結果をもたらすかを母親に考えてもらった。こ

のように少しずつ母親に子供の作業遂行の原因を理解してもらい、次に子供の日常の作業のスケジュール調整について母親と相談し、子供が学習への動機付けを持つことを目標とした。これが作業の視点からの介入であった。

今日世界各国でICFのモデルが使用されている。ICFのモデルにおいては、クライアントの心身機能と身体構造に注目するだけではなく、クライアントの日常生活活動及び社会への参加が医療ケアの最終目標となる。クライアントの活動参加を促進するという医療チームの最終目標の達成のために、作業療法士は欠かせない役割を担っている。作業療法士は人—環境—作業の視点からクライアントの心身機能を統合、向上させ、クライアントの作業への参加と遂行を促す。またクライアントと作業及び環境との調和を高め、作業及び環境因子を調整する。しかしながら、すべての作業療法士がどうすれば良いかを理解しているのだろうか。

### 作業科学をどのように推進していくか？

作業科学を推進するには、まず人々に作業科学の実用性を示す必要があると思う。アメリカ南カリフォルニア大学作業療法学科の学科長であるClark博士の健常高齢者を対象とした研究は良い例である。彼らは作業科学の概念を応用し、高齢者に能動的に自分の日常の作業を計画するように指導する。また対象者に障害を乗り越えることを学習させ、作業戦略や方法を用いて自分のしたいことを自分でできるようにする (Jackson, Carlson, Mandel, Zemke, & Clark, 1998)。Clark氏ら (1996) はランダム化比較試験 (Randomized Controlled Trials, RCT) の研究デザインを用いて、著明な効果を得、作業科学の実用性を証明した。

南カリフォルニア大学の健常高齢者を対象とした研究が公表された後、作業療法分野で「作業」への注目が高まり、「作業を基盤とする」サービスの提供が呼びかけられるようになってきたが、風を起すことはできず、臨床実践者の行動を変えることはできなかった。多くの臨床実践者はいわゆる作業、すなわち日常生活活動、仕事や教育、余暇・レジャーを評価項目に含めたが、これらの因子をクリニカルリーズニングの過程に入れず、クライアントの心身機能を優先して考慮していた。作業療法士はクライアントの心身機能が改善されれば、これらの作業が自然に行えるとの古い考え方を持っていたからである。クライアントの心身機能が日常の作業を行えるように改善できればいいけれど、仮に改善できなくても、作業療法士は依然としてリハビリテーションを続けさせようとクライアントを励まし続けるのである。しかし実

は、心身機能が制限されても生活への参加を高めることができ、また作業への参加を通してクライアントの心身機能が改善することもある。多数の療法士はこのことを知らないため、真の作業を基盤とする介入を取り入れられず、作業がクライアントの健康に改善・安らぎをもたらす効果も実感できない。

したがって筆者は、作業科学を推進するには、多くの作業療法士に作業科学の概念を利用させ、効果的な作業を基盤とする介入サービスを提供できるようにしなければならないと考えた。こうすることでこそ彼らに作業のパワーを体験させることができる。作業のパワーを実感できたら自然に作業科学の提唱者となる。また作業を基盤とする作業療法サービスを受けたクライアントも作業科学および作業療法の代弁者になると思う。それでは、どのように作業科学の理念を臨床現場に定着させるのであろうか。

### 作業理論を臨床実践で応用する際に遭遇する障害

前にも述べたが、多くの作業療法士は作業を評価項目に入れたにもかかわらず、作業を基盤とする介入を提供していなかった。筆者は作業を基盤とする臨床サービスを推進した経験から、作業理論を臨床実践で応用する際に遭遇する障害が主に二つあると考える。一つは作業療法士が古い考え方で作業を見ることである。もう一つは、作業療法士が、作業科学は学者や研究者が関心を持っている難しい学問であり、臨床実践者は自分の仕事に専念しさえすれば良いと思いがちで、作業或いは作業科学について積極的に理解しようとしなないことである。

#### 1. 古い考え方で作業を見る

数年前に大学院修士課程の学生に対し、作業科学及び作業を基盤とする介入モデルについて授業を行ったことである。2時間も使って作業とは何か、また作業が人の健康に対して有している重要性について説明した後、学生たちに自分の提供した作業療法サービスが作業を基盤としているか否かを振り返らせた。長年実践経験のある精神科の作業療法士のある学生は、自分はいつものようにしていると答えた。この学生に行き方や困ったことについて説明してもらったら、学生はクライアントの基本的な日常生活活動や仕事、余暇活動およびそれらの遂行に関心を持つように心がけると返答し、クライアントの一般的問題は日常的にだらだらしていることや活動参加への意欲低下であると述べた。この学生の答えは多くの作業療法士の考えを反映している。日常的にだらだらしていることや活動参加への意欲低下は多くのクライ

エントにみられる現象のようで、療法士に深い無力感を持たせている。これに対して作業科学は、人は作業的存在であり、自主的に作業に参加することを通して意味を求める存在であると主張している (Hasselkus, 2001)。作業の重要性を探求することを目標にしている作業科学で、この問題を解決できるのであろうか。

人間が自主的に「する (doing)」ことを通して自己の存在意義を求めるものなのであれば、何故クライアントは活動への意欲が欠けているように見えるのであろうか？一つの重要な鍵は、クライアントが「能動的に」意味を得る機会の有無であると思う。作業療法士が重要だと思う作業をクライアントに取り組んでほしいと思っても、クライアントにとってはこれらの作業が必ずしも意味のあるものとは限らないため、強い意欲で参加しようとはしない。したがって「意味」に対する認識や把握が非常に重要である。意味は人間のある状況に対する感性であり、知覚的、象徴的、感情的経験が含まれる (Nelson, 1996)。Hasselkus (2002) は作業を行う経験が作業を行う目的より重要で、人間の発達と健康の滋養となると述べた。この視点から考えると、クライアントが今まで重視していた、上手であるとか、馴染みがあるといった作業は、日常生活活動 (ADL) より心を動かしやすく、クライアントが参加しようという意欲を誘うのであろう。

アメリカ作業療法協会がまとめた統一用語 (Uniform Terminology) (AOTA, 1994) およびそれに代わる臨床実践枠組み (Clinical Practice Framework) (AOTA, 2002) の目的は、作業療法士が臨床実践に携わるとき、コミュニケーションや交流をしやすくなるように、共通の範疇と言語或いは言葉を提供することである。これらは、作業を基本的日常生活活動および手段的日常生活活動・仕事と教育・余暇とレジャーの3部分にわけ、各部分に詳しい項目を挙げており、多くの作業療法士がよく参照する枠組みになっている。しかし作業療法士が伝統的還元主義的な考え方で作業を見ているならば、この枠組みに基づいて逐次クライアントを評価し、障害や不足している項目に焦点を当てて介入しても、作業がクライアントにとって意味があるか否かの点は完全に無視されることになる。特に心身機能障害と能力低下の両方がある場合、還元主義理論で考える作業療法士は通常クライアントの心身機能障害から介入すると思われる。作業療法士が設定した活動に対して、クライアントが拒否するならば、作業療法士はクライアントの意欲に注目し、活動への参加を強制はしないとしても、クライアントにとって意味のある作業を見つけようとしなないであろう。そのため作業療法士は、クライアントの作業遂行が改善されない

理由はクライアントの意欲低下や拒否であり、作業を基盤とする介入は役に立たないと誤解してしまう。以上の例から、臨床実践者が作業を焦点とする介入を行おうとしても作業のパワーと効果を発揮できないことが理解できた。

## 2. 作業科学は難しい学問であるか？

作業の概念の推進を妨げるもう一つの障害は、多くの臨床の作業療法士が作業科学を「難しい学問」と思い、作業科学は作業科学者の研究対象であり、自分には関係ないと考えることである。自分の役割は専門職の協会団体の規則を守り、作業を基盤とする介入を行うだけと思っている。積極的な作業療法士は作業に関連する治療的理論枠組み、例えば人間作業モデル (Model of Human Occupation, MOHO) (Kielhofner, 1995) に取り組み、また作業に関連する評価方法を用い、例えばカナダ作業遂行測定 (Canadian Occupational Performance Measurement, COPM) (Law et al., 1998) で臨床実践を行っている。

理論枠組みは科学知識或いは理論を応用しやすい形式に読み替え、特定の領域や範囲において、作業療法士にクライアントを評価し、治療計画を立て、介入する基礎を提供する。一般的に理論枠組みは療法士が参考にしやすいように、明確な項目内容、治療の原則や技術が述べられている。しかし療法士がある理論枠組みを使用する前に、その理論枠組みの基になる理論を十分に理解していなければ、利用が形式に流されやすくなり、理論枠組みの効果を発揮できなくなる。例えば MOHO は作業を基盤とする理論枠組みである。ある作業療法士が MOHO の理論根拠や MOHO に関する研究結果を理解していないまま、MOHO を利用して評価や介入を行うなら、介入に対する考え方やプロセス或いは方法が変わらず、作業に関連する項目を増やすだけで、作業の本当の効果は発揮できないであろう。

### 作業を基盤とする介入モデル

では、効果的な「作業を基盤とする介入モデル」をどのように進めるか。Hasselkus (2002) の「日常的な作業の意味」(The meaning of everyday occupation) という本に挙げられた例は作業を基盤とする介入モデルと伝統的介入モデルとの違いについて説明できると考えられる。これはある作業療法士が満足できない実践経験を振り返ったものである。臨床実習のとき、医師からある 90 歳台のクライアントに対し日常生活活動を訓練し、自分で食事を摂れるようにとの依頼があった。しかし、このクライアントはまったく反応せず、数日後亡くなったとの連絡

があった。この作業療法士は何故このクライアントに対して作業療法への依頼箋が出されたのかずっと分からなかった。すなわちこの療法士はこのクライアントに対して作業療法は何ができるか見当がつかなかったのである。伝統的な還元主義の視点から見ると、このクライアントは自ら摂食する能力すらないし、一般的に挙げられる日常生活活動についても練習できないと思われる。しかし、クライアントの状況では基本的日常生活活動・仕事・余暇やレジャーには参加できないとしても、作業の視点から見れば、クライアントにはまったく反応がなくても、すべての人と同様に一日 24 時間の生活があり、感受性がある。どうすればこのクライアントが有意義な生活を送るための、何か納得できる、しかも参加できる作業を見つけれられるのであろうか。

## 1. 人を中心に、作業に焦点を当てる

作業 (occupation) と活動 (activity) との区別は、活動は単なる分類であり、作業は遂行者の感性と経験を重視する点にある。例えばよく利用されている日常生活活動評価バーセルインデックス (Mahoney & Barthel, 1965) には、食事・更衣・整容・トイレなど 10 項目がある。作業療法士がこの評価票を利用してクライアントを評価する際に、クライアントが自立してこれらの活動を行えるか否かだけに目を向けるなら、焦点はこれらの活動の遂行に絞られるだけで、作業の概念とは合致しない。一方、作業療法士がクライアントの能力を見極め、活動と作業を適切に調整し、クライアントにとって興味があり、チャレンジでき、かつ成功体験が得られる活動に参加させれば、これらの活動はクライアントが他人の介助を必要とするか否か、基本的日常生活活動 (例えばバーセルインデックスの 10 項目) に含まれているか否かに関わらず、クライアントにとって意味と効果が生じる。先に述べた 90 歳台のクライアントに対して、作業の視点に立つならば、クライアントに感覚や思考能力が残っている場合、介護者が日常生活活動を手伝うときに、クライアントの意見を聞き、クライアントの反応によく注意し、いつ・どこで・どのように活動を行うか、どの服を着るか、何を食べるかなど、クライアントに選択や決定の機会を与えることが薦められる。こうしてクライアントは自分の日常生活活動に参加でき、自分が自分の主となり、生活及び日常生活のすべての活動が意味のあるものとなる。また、人を中心とするということは、活動項目にはこだわらないということである。この 90 歳台のクライアントにとって、食事が最も意味のある活動ではない。材料や芸術活動を通してクライアントに感情を表現させ、或い

は昔の経験を思い出させるほうが、もっと生活に意味を与えられるかもしれない。

Pierce (2003) は、人が日常の作業をする目的はそれらの中から楽しい気持ちや生産的経験、もしくは休息を得ることであると述べた。各個人はそれらの経験を得る場所が違っており、また、同じ作業であっても人によって感じ方が異なり、個別化されている。したがって、クライアントに意味のある作業を見つけるのに、作業療法士はまずクライアントを理解しなければならない。性、年齢、教育レベル、今までの経験、趣味、価値観などクライアントの個人特性から、クライアントにとって意味のある、もしくはクライアントが共感できる作業を推考する。前に述べた例によると、作業を基盤とする介入は活動項目を増やすだけではなく、クライアントを見る視点を、標準値を基準にする概念から主観的経験と感性の重視へと変換することである。クライアントから考え始めることこそ、人を中心とすることの真髄である。

## 2. 全人的視点

伝統的な還元主義の視点からは、能力低下はクライアントの心身機能障害と関係があり、クライアントの障害、すなわち心身機能と身体構造の歪みを治せば、能力低下の問題は自然に解決できる。つまり、人を機械のパーツのように別々に検査・治療を行っていく。しかしながら、この考え方は人の体・心・スピリチュアリティの相互作用と統合が作業遂行にとって重要である点を無視している。前に挙げた小学生の例で、あの子は感覚統合障害を持っていたが、感覚統合障害だけを治療しても、環境が同じであれば、あの子の学習態度や成績は改善できないであろう。なぜなら、全人的視点から見れば、作業遂行は人の体・心・スピリチュアリティ各方面、及び環境と作業との相互作用の結果だからである(Crist, Royeen, & Schkade, 2000)。一個人は能力がいくら高くても、意欲がなければ何事も上手くできない。反対にクライアントにとって意味のある作業はクライアントの能力を完全に発揮させることができる。したがって、作業を基盤とする介入は身体の一部や機能だけではなく、人の全体に焦点を当てることであり、人の総合的な表現や感性からクライアントを理解し、評価と介入を行っていくことである。

作業を基盤とする介入は、クライアントの日常的な作業及び作業に参加するときの主観的な感性に関心を持つ。人は自分がしたいことを行え、作業の参加から楽しさ・休息・生産の3つを経験するニーズが満たされるなら、十分に生活に参加でき、健康と安らぎが得られているといえよう。逆に、人は自分のしたいことが行えない、ま

たは楽しさ・休息・生産の経験が得られなければ、前述した感覚統合障害の小学生と同様に、心身の健康に影響が及ぶであろう。したがって、全人的視点から作業評価を行い、クライアントの能力と作業及び環境との適合を考慮する必要がある。あの小学生のように、母親がクライアントのニーズと感情に気付かず要求していたため、作業療法士は母親に子供の状況を理解させ、子供への要求を調整するよう協力を求め、作業と環境の要求と子供の能力を適合させる。また子供を作業へ参加するよう励まし、試みた行動と努力を認める。子供が作業の参加から成功体験や楽しい経験を得られれば、作業に参加する意欲が高まり、良好な循環が形成される。こうして子供が作業に参加する態度は消極的で受身的なものから、積極的で能動的なものに変わり、子供の心身機能は積極的な作業参加によって向上するようになる。

## どう作業を基盤とする介入モデルを学習するのか

作業科学は作業の理論による基礎とエビデンスを作業療法に提供しているが、これらの知識や情報を把握できただけで効果的な作業を基盤とする治療を行うことはできない。古い直線的な思考モデルを打破し、作業を基盤とする介入のテクニックと知識を学習する必要がある。

### 1. 古い考え方を打破する

作業を基盤とする介入を行うためには、まず療法士が持っている古い還元主義の考え方を打破する必要がある。ある研究によれば、クライアントの心身機能の改善は、クライアントの作業参加と遂行の向上を保証することができない(Mandich, Polatajko, Macnab & Miller, 2001)。また、還元主義を基礎とする介入モデルで心身機能が回復できないクライアントや老化によって長期化しているクライアントを対象とするとき、作業療法士は前の例にあった療法士と同様にお手上げ状態となる。しかしながら、もし作業療法士が作業の視点もしくはICFが強調した活動と参加の角度から考えるなら、クライアントの心身機能だけが活動参加を制限する因子ではなくなる。

### 2. 作業と関連する理論を学習する

いくつかの作業を基盤とする治療理論枠組みは、例えば発達領域の作業理論枠組みやMOHOなど、作業療法士が作業を基盤とする介入をする際に役立つ。しかしながらこれらの理論枠組みを使用する前に、作業及び作業と健康との関係などを十分に理解する必要がある。そこには、個人の作業がどのように作り上げられてきたか、作業の多面性(例えば生理的、心理的、社会的な側面、時

間や空間、文化的な側面などが含まれる)の各側面が個人の作業経験や健康にどう影響するかについても理解しなければならない。作業療法士が作業の意味と重要性、及びこれらがどのように人々の健康に影響を与えるかを本当に理解できたならば、自然にクライアントの作業に関心を持ち、また適切な作業理論枠組みを用いて、クライアントの作業参加の改善という目標を達成することができる。

作業を理解するには、Hasselkus (2002) が書いた「日常的な作業の意味」を入門的な本として薦める。以前筆者は精神科の作業療法士である学生にこの本を精読させ、ディスカッションをする授業を行った。2週間に1回のペースで、1回3時間ずつ、計6回約3か月でこの本を通読した。授業前に予定した内容を学生に予習させ、授業中に筆者はポイントを説明し、事例を用いて講義形式で説明するほか、学生にテーマを与え、ディスカッションする時間を設けた。ディスカッションするテーマは、本に書かれた概念と学生個人の生活経験や臨床実践経験と結びつけることを目標に設定した。この授業法は、学生に事前に勉強させるだけではなく、授業時のディスカッションが学生に自分の生活経験や臨床実践経験を考え直させ、本で勉強した知識を個人の生活や臨床実践経験に結びつける。こうすることで、本に書かれている概念が個人の日常生活や思考に溶け込み、学生はこの概念を活用できるようになった。そしてその半年後の第1回台湾作業科学セミナーでは、授業を受けた2人の学生が作業の概念を個人生活や臨床実践の中で用いた経験を発表し、熱い反響を得た。

### 3. 作業を基盤とする介入テクニックと知識を学習する

作業を基盤とする介入を進めるには、作業科学以外に、作業を基盤とする介入テクニックや知識も学習しなければならない。例えばトップダウンの評価テクニック、クリニカルリーズニングの能力、および人間発達に関する豊富な知識である。

**トップダウン評価**：作業遂行は人—作業—環境の3つが相互に作用した結果であり、クライアントの作業遂行が順調でないことは、クライアントの能力と作業や環境が適合していないことを示している。このとき作業分析を行い、トップダウンで、逐次、人、作業、環境の3方向の相互作用の視点から作業遂行不良の原因を理解する。また、クリニカルリーズニングでは、エビデンスに基づいた方法を使って問題分析を行っていく。

**クリニカルリーズニング**：クリニカルリーズニングはクライアントの問題を分析理解し、計画立案、治療実施に

当たる作業療法士をリードする思考方法である。作業を基盤とする介入は全人的介入の視点を主張するため、作業療法士は各種の異なるクリニカルリーズニングのテクニックを使用し (Chang & Lo, 1999)、人—作業—環境相互作用の視点からクライアントの身体的・心理的・社会的機能、価値観、生活背景、環境などの面が作業参加と遂行に与える影響を理解し、全人的介入を行っていく。

**人間発達の知識**：クリニカルリーズニングのテクニックを備えた後も、作業療法士はまた豊富な人間発達の知識を身につけなければならない。人間の一生は発達し続ける過程であり、作業の参加を通して自我を発達させ、環境に適応し、心身の健康を維持する。したがって、作業療法士は特に作業と人間発達の関係を理解する必要があり、各心身機能の発達及び各能力の発達段階における相互関係及び影響、また環境(文化や時代の背景を含む)と作業が人間発達の過程において重要であることを知らなければならない。人間作業を十分に理解した後に、作業を基盤とすることが作業療法サービスに浸透し、その効果を発揮できる。

### まとめ

Yerxa 博士は、研究の目的は臨床で遭遇した問題を解決することであり、研究の結果が教育を通して学生や臨床家に理解され、臨床実践に応用され、作業療法サービスの質が高められることによって、サービスの対象であるクライアントに還元できると述べた (Yerxa, 1994)。したがって、作業科学の目的は、作業と人の健康との関係を解明し、人間に福利をもたらすことである。作業科学を推進するには、作業科学の応用を進めるべきである。作業療法士が作業の視点から人の生活と健康を見て、作業を基盤とする治療サービスを提供すれば、作業の効果が発揮され、作業のパワーを理解でき、やがてもっと多くの人間作業に関する知識を求めていくようになる。それはさらに作業に関する研究活動の増加を促し、将来作業科学が自然に有名な科学になり、各領域の学者や専門家の関心を集めていくこととなる。

### 文献

- 1) American Occupational Therapy Association. (1994). Uniform terminology for occupational therapy—third edition. American Journal of Occupational Therapy, 48, 1047-1054.
- 2) American Occupational Therapy Association. (2002). Occupational Therapy practice framework: Domain and process. American Journal of Occupational Therapy, 56, 609-639.

- 3) Chang, L. H., Lo, J. L. (1999). Clinical reasoning in occupation therapy. *Journal of Occupational Therapy Association, R.O.C.*, 17, 14-24.
- 4) Clark F., Azen, S. P., Zemke, R., Jackson, J., Carlson, M., Mandel, D., Hay, J., Josephson, K., Cherry, B., Hessel, C., Palmer, J., & Lipson, L. (1997). Occupational therapy for independent-living older adults, *Journal of American Medical Association*, 278, 1321-1326.
- 5) Crist, P., Royeen, C., & Schkade, J. (Eds.) (2000). *Infusing occupation into Practice* (2nd ed.) Bethesda, MD: American Occupational Therapy Association.
- 6) Desrosiers, J., Noreau, L., Robichaud, L., Fougereyrollas, P., Rochette, A., & Viscogliosi, C. (2004). Validity of the Assessment of Life Habits (LIFE-H) in older adults. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 36(4), 177-182.
- 7) Frank, G. (1984). Life history model of adaptation to disability: The case of a "congenital amputee." *Social Science and Medicine*, 19, 639-645.
- 8) Hasselkus, B. R. (2002). *The meaning of everyday occupation*. Thorofare, NJ: Slack.
- 9) Jackson, J., Carlson, M., Mandel, D., Zemke, R., & Clark, F. (1998). Occupation in lifestyle redesign: The well elderly study occupational therapy program. *The American Journal of Occupational Therapy*, 52, 326-336.
- 10) Kielhofner, G. (1995). *A model of human occupation: Therapy and application* (2nd ed.). Baltimore: Williams & Wilkins.
- 11) Law, M., Baptiste, S., Carswell, A., McColl, M., Polatajko, H., & Pollock, N. (1998). *Canadian Occupational Performance Measure* (3rd ed.). Toronto: CAOT Publication.
- 12) Law, M., Cooper, B.A., Strong, S., Stewart, D., Rigby, P., & Letts, L. (1996). The Person-Environment-Occupation Model: A transactive approach to occupational performance. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 63, 9-23.
- 13) Mahoney, F. I. & Barthel, D. W. (1965). Functional evaluation: The Barthel Index. *Maryland State Medical Journal*, 14, 61-65.
- 14) Mandich, A. D., Polatajko, H. J., Macnab, J. J., & Miller, L. T. (2001). Treatment of children with developmental coordination disorder: What is the evidence? *Physical and Occupational Therapy in Pediatrics*, 20, 51-68.
- 15) Nelson, D. L. (1996). Therapeutic occupation: A definition. *American Journal of Occupational Therapy*, 50, 775-782.
- 16) Pierce, D. (2003). *Occupation by Design: Building Therapeutic Power*. Philadelphia: F. A. Davis.
- 17) World Federation of Occupational Therapists (2002). *Revised minimum standards for the education of occupational therapist*. The Author.
- 18) World Health Organization (WHO) (1980). *International classification of impairments, disabilities and handicaps*. Geneva: WHO.
- 19) World Health Organization (WHO) (2001). *International classification of functioning, disability and health*. Geneva: WHO.
- 20) Yerxa, E. H. (1994). In search of good ideas for occupational therapy. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 1, 7-15.



Jin-Ling Lo

School of Occupational Therapy, College of Medicine, National Taiwan University

It has been more than 20 years since the body of knowledge in occupational science evolved. The research findings related to human occupation have enhanced people's understanding of the importance of occupation to health and well-being, thereby making evidence-based practice focusing on occupation much more feasible for occupational therapists. At present, researchers in occupational science are predominantly from the field of occupational therapy. However, the concept of "occupation" and of providing occupation-focused services is still new to some occupational therapists. This article discussed the differences between an occupation-focused approach and a medical model approach in their perspectives on human being and health. In addition, the possible obstacles for applying occupational science into clinical practicing were discussed. Methods for learning an occupation-focused practice were also suggested. The author argued that in order to promote the development of occupational science, it is necessary to increase the public's awareness of the benefits of occupational science. As the effect of occupation on health and well-being is recognized and experienced, more researchers and practitioners would be attracted to investigate and apply the concept of occupational science.

Key words: occupation, occupational science, occupation-focused approach

## 職能科學的促進與推廣

羅鈞令

國立台灣大學醫學院職能治療學系

摘要：職能科學發展迄今已 20 餘年，職能相關研究的發現幫助人們更加認識日常職能對健康及安適的重要性。職能治療師也因此而更能夠提供以職能為焦點並具實證基礎的介入服務。然而，目前從事職能科學探究的仍以職能治療專業人員為主，甚至許多臨床工作者尚未充分認識職能或提供以職能為焦點的介入。本文從對人與健康的觀點探討以職能為基礎的介入和傳統醫學模式之差異，並進一步討論將職能科學應用在臨床實務工作中可能面臨的阻礙以及學習以職能為焦點的治療介入之方法。作者認為要推展職能科學必須能夠讓大家看到它的用處。當人們真正體會到職能對人們健康與安適的重要後，必然會吸引有更多人投入職能的探究與應用。

關鍵詞：職能，職能科學，以職能為焦點的介入

自從 1989 年美國南加州大學職能治療學系成立職能科學的博士班課程以來，職能科學已逐漸獲得職能治療界普遍的認同。職能治療專業團體也積極地推動著以職能為基礎的服務模式；The World Federation of Occupational Therapists (WFOT) 也要求職能治療師的養成教育必須以職能為核心概念 (WFOT, 2002)。然而，雖然職能科學誕生至今已 20 年，且已有許多職能科學相關的研究、書籍或雜誌，但是「職能」這門科學仍然未能走出職能治療圈廣為社會大眾所認識。即使在職能治療專業領域中，大家都知道職能科學這個名稱，但是未必都知道它是什麼；就算知道它的定義與範疇，也未必真正了解其意涵，更遑論它的應用了。因此，職能科學的發展不論在台灣或許多其他國家，都還有待拓展。

個人認為要能夠成功推銷一樣東西或一個概念，一定要讓對方看到或感受到它的功效或好處。我們要推廣職能科學，就必須讓人們看到它的用處或力量 (power)。因此，做為職能科學的提倡者，自己首先必須真正感受到它的力量。我剛從南加州大學取得職能科學博士學位回到台灣時，許多人都很好奇什麼是職能科學，紛紛邀請我前去做專題演講。但我其實內心是有些惶恐的，因為我自己也還不確定職能科學究竟有何效用。我所能講的，只是我從書本、雜誌上讀來的東西。經過了幾年的臨床及教學工作後，我漸漸發現自己看個案及問題的角度改變了，過去會面臨到的一些無法突破的瓶頸也不復存在了。我在臨床工作上的體會，幫助我了解了過去看待個案及問題的盲點，因此有豁然開朗的感覺。如今不論是服務兒童或成人個案，在學校體系或長期照護體系，我都可以很快的掌握到個案的問題，提供有效的處理或建議。也能夠很有信心的向別人推

銷職能的概念，吸引了許多學生與實務工作者想要學習職能科學。

另一方面，我個人由於長期從事職能治療臨床實務工作與職能治療教育，也持續擔任職能治療學會的理事或理事長，並負責學會的學術與研究發展以及提升職能治療專業知能與服務品質的工作，因此有許多機會從不同的面向來推動與實踐職能的概念。雖然迄今還沒有很大的成果，但是個人從這些工作中有許多收穫與心得。個人的收穫與心得包括：一、體會並深化職能的概念於個人的生活與工作中，包括教學、研究與臨床實務工作；二、了解推展職能概念並落實於實務工作的困難之處；三、慢慢學到了推銷職能概念的方式與語言。經過了多年的努力，雖然仍未得到令人滿意的結果，但是我並不灰心或氣餒，因為我已經知道了未能得到預期結果的原因，也知道了克服困難的方法。因此有信心只要不斷的努力，必定會達成目標的。以下就與各位分享我個人關於實踐與推廣職能科學的體會與心得，還請大家不吝指教。

### 從職能的觀點看人不同於傳統醫學模式的觀點

#### 1. 傳統醫學對人與健康的觀點

傳統醫學看人的觀點主要是看人本身，包括人的外觀與內部每一個部份的結構或功能，不論是身體、心理或社會面，都可以逐一仔細的分解、剖析，如果發現異狀，通常就會使用所謂「科學的」方法逐一處理。對於人們的身體或健康會有一個標準或常模。當某人的身體或健康偏離了標準或常模，就會被視為異常，進而以此標準為參考架構，進行介入或治療。世界衛生組織 (World Health Organization, WHO) 在 1980 年代所公佈的 International Classification of

Impairment, Disability and Handicap (ICIDH) 即屬於這種觀念。它認為身體功能障礙 (impairment) 會導致活動功能障礙 (disability), 進而造成執行角色功能的障礙 (handicap), 無法執行個人所欲從事的活動。因此要解決人們參與活動的障礙, 就必須排除活動功能障礙; 要排除活動功能障礙就必須解決身體官能的障礙。這樣的思維邏輯深深影響著醫療及復健領域, 使得過去 20 多年間, 醫療與復健團隊努力的目標都集中在排除個案的身體官能障礙上。這種觀點基本上是以還原理論 (reductionism) 為基礎的。比如一位因意外而致單臂截肢的成人, 他/她如果生活在一個醫療發達的環境, 醫療專業團隊就會設法幫他/她設計適合的義肢, 並訓練他/她操縱這個義肢的技巧, 直到他/她可以自如的使用, 使他/她盡可能重新獲得失去的手臂之功能。當他/她可以使用義肢拿一個雞蛋或花生而不會掉落時, 對於他/她的職能治療師而言, 即可算是一個非常成功的案例。

然而, 如果這位治療師持續追蹤這位個案之後在生活中使用此義肢的情形, 他/她極可能會很失望。因為他/她可能發現這位個案平時根本沒有使用這個義肢或只有出門時才配戴著裝飾用的義肢。這是在臨床上實際看到的情形, 而非特例。原本, 我也和大多數的治療師一樣, 認為是個案偷懶而不用, 並沒有去想為什麼。當下一次再碰到這類個案時, 仍然會採取一樣的方法介入。但是這樣做, 顯然忽略了一個事實, 那就是: 個案最終可能並不會使用治療師精心為他/她設計、訓練的義肢。這樣做其實是徒勞無功的。

直到我讀到了 Dr. Frank (1984) 針對一位先天四肢發育不全的個案所做的長期追蹤研究的報告之後, 才恍然大悟, 為什麼個案不使用設計得那麼好的義肢。原來是因為她無法將其內化為自己身體的一部份。因此, 為了不繼續做徒勞無功的事, 我們就應該停止這樣的介入方式, 否則就應該不止是訓練義肢的操作, 還應設法幫助個案將該義肢融入其身體概念中, 才能夠確保個案會繼續使用這個義肢, 真正發揮義肢的功效。但是要怎麼做呢?

## 2. 從職能科學的觀點看人

職能科學是探究職能對於人類健康與安適的重要性之科學。生活即是不斷調適的過程, 人們藉由選擇及參與各種日常職能來滿足自己身、心、靈各方面的需求。換句話說, 人們的日常職能是統整其身、心、靈三方面, 並與環境產生互動的結果。因此, 從職能的觀點看人, 不同於傳統科學或醫學的觀點。職能科學家認為「人是職能的存有 (occupational being)」, 人們有尋求意義的內在需求, 透過參與職能來製造意義。因此一個人的日常職能經驗即關係著其身心健康與安適的狀態。

如果從世界衛生組織 (2001) 所公佈的國際功能分類

(International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF) 的概念來看, 健康是一個人能夠充份的參與生活。以職能的觀點來看, 充份參與生活即表示充份參與有意義的日常職能。換言之, 一個人的日常職能之參與即反映著其健康狀態。因此醫療與復健都應該是以促進個案的活動參與為目標, 而不再只是聚焦於去除個案的身體官能障礙。ICF 還強調環境與個人特質對個案的活動及參與之影響, 因此要提升個案的活動參與, 除了考慮其本身的身體官能外, 還需要考慮環境及個人特質等因素。這與職能科學的概念是不謀而合的。職能科學便是主張以人-環境-職能 (person- environment- occupation, PEO) (Law et al., 1996) 的觀點來了解個案的職能表現。例如一名小學三年級學童, 因上課不專心, 做事拖拖拉拉, 每天功課都寫到三更半夜還寫不完而被帶到醫院來求診。醫師診斷其為感覺統合功能障礙, 於是轉介到職能治療部門來接受評估與治療。治療師以職能為焦點, 從人-環境-職能的角度來了解個案的職能表現, 發現他對任何活動都提不起興趣, 包括遊戲活動。經詢問母親該孩童的日常活動後發現, 他每天放學後都還有補習或才藝課要上。寫功課時母親會守在旁邊盯著, 或放一個計時器規定他七分鐘寫半行, 但是都沒有效。母親還表示:「好奇怪喔! 平時早晨要叫他起床很困難, 但是週日不用上學時, 他卻早早就起來了, 還來叫醒我說:『媽! 我要做什麼? 好無聊啲!』」於是治療師推論該孩童的問題與其環境有關, 不見得完全是感覺統合功能障礙所造成。由於母親替他安排了太多的學習活動, 而且採取緊迫盯人的方式, 使得該孩童平時缺乏自由活動的時間, 也沒有自主的機會。久而久之, 該孩童不只不會自己找事做, 也沒有培養起任何興趣或嗜好, 包括對學習也沒有興趣。治療師更了解到該孩童經常因為上課不專心或做事拖拖拉拉而被責罵或處罰。這孩童表示他常常晚上都睡不著。因此治療師首先讓母親想像一下, 如果她是這個孩子, 日常職能經驗是這樣的話, 她會感覺如何? 母親表示:「好累啲!」於是治療師進一步引導母親去思考這會產生什麼效果呢? 一步一步的協助母親去了解孩童的表現背後之原因, 再討論如何調整孩童的日常職能活動之安排, 先以培養孩童的學習動機為目標, 這就是從職能的觀點介入。

今天世界各國都紛紛引用 ICF 的架構。在 ICF 的架構下, 不只是關心個案的身體結構與功能, 個案的日常活動及社會參與更是醫療照顧的最終目標。醫療團隊要能夠達到最終的促進個案的活動參與之目標, 職能治療師的角色就十分重要。職能治療師應從人-環境-職能的角度來促進個案的職能參與及表現, 包括整合及促進個案的身心功能, 並調整活動與環境因素, 以提高個案和活動與環境的契合度。但是是否所有的職能治療師們都知道怎麼做呢?

## 如何推廣職能科學？

要推廣職能科學，個人認為首先是要讓人看到它的實用性。美國南加州大學職能治療學系系主任 Dr. Clark 所主持的健康老人的研究就是一個很好的例子 (Clark et al., 1996)。他/她們應用職能科學的概念，教導老人們主動規劃自己的日常職能，並學習克服障礙、從事職能的策略或方法，讓老人們可以做自己想做的事 (Jackson, Carlson, Mandel, Zemke, & Clark, 1998)。Dr. Clark 等人 (1996 以 Randomized Controlled Trials 的實驗設計，獲得了顯著的效果，為職能科學的效用提供了一個強而有力的實證。

然而自從南加州大學的健康老人的研究結果公佈之後，雖然喚起了職能治療界對「職能」的重視，紛紛呼籲要提供「以職能為基礎」的服務，但是並未能帶動風潮，實質改變一般臨床工作者的作法。大多的臨床工作者只不過將所謂的「職能」，也就是日常活動、工作或教育、休閒、娛樂增列為其評估的項目，但是往往並未將職能活動作為介入目標，而還是以處理個案的身體功能為優先考量，因為治療師的觀念仍然是認為只要身體功能改善了，這些活動自然就能夠做了。如果個案的身體功能進步到能夠執行日常活動固然很好；若不能，則往往仍然勉勵個案繼續努力做復健運動。殊不知即使身體功能受限，仍然有辦法提升個案的生活參與，而且透過職能參與，個案的身體功能更有機會提升。因此大多數的治療師們並未真正採用以職能為基礎的治療，也就無緣見識到職能對於改善個案的健康與安適的效用有多大。

因此，個人認為要推動職能科學，必須要讓更多的職能治療師學會運用職能科學的概念，提供真正「有效的」以職能為基礎的治療服務。惟有這樣，才能夠讓他們體會到職能的力量，一旦看到了職能的力量，他/她們自然就會成為職能科學最佳的提倡者。而所有受惠於「以職能為基礎」的職能治療服務的個案們，也將成為職能科學與職能治療最佳的代言人。但如何將職能科學的理念落實於臨床工作中呢？

### 落實職能理論於臨床實務工作中的障礙

前面提到，許多治療師將一些職能活動列入評估項目中，但並未真正提供以職能為基礎的治療介入，根據個人推廣以職能為基礎的臨床服務模式之經驗發現，主要障礙有二：一是職能治療師們用其舊有的思維模式來看待職能；二是治療師們常認為職能科學是一門高深的學問，是學者或研究人員所關心的，作為臨床工作者只需要做好自己的治療工作就好了，因此並未積極去了解職能或職能科學。

#### 1. 用舊思維來看待職能

幾年前有一次在我對職能治療碩士班學生講授職能科學

以及以職能為基礎的治療介入模式時，當我花了 2 個小時解釋何謂職能以及職能對於人們健康與安適的重要性之後，我請學生們檢視他們所提供的職能治療服務是否是以職能為基礎。一位有多年精神職能治療實務工作經驗的在職學生回答說：我一直都是這樣在做的。我請他進一步描述他的作法及所遭遇到之困難時，他表示，就是都會關心個案的基本日常活動、工作與休閒活動及表現。但是個案普遍的問題是生活懶散，缺乏參與活動的動機。這位學生的回答反映了大多數職能治療師的共同問題：生活懶散、缺乏參與活動的動機好像是許多個案都有的現象，因此治療師們常常有很深的無力感。然而職能科學主張人類是職能的存有 (occupational being)，人們會主動透過參與職能來尋求意義 (Hasselkus, 2001)。職能科學既是以探究人類職能的重要性為目標，是否能夠幫助我們解決這個問題呢？

人們既會主動透過「做 (doing)」尋求個人存在的意義，為何我們的個案卻常常表現得缺乏活動的動機呢？我想其中一個主要的關鍵是在於個案是否有「主動」尋求意義的機會。如果治療師安排「他/她」認為重要的活動要個案去做，但是這些活動未必是個案覺得有意義的，當然就不會有很強的動機要去做它。因此治療師對「意義」的認識與掌握便十分重要了。意義是一個人對某個狀況的感受，包括知覺的、象徵的及情感的經驗 (Nelson, 1996)。Hasselkus (2002) 認為從事職能的經驗比目的更重要，更能夠滋養我們的發展與安適。從這個觀點來思考，個案過去看重的、拿手的或熟悉的職能可能比 ADL 更能觸動人心，誘發個案參與的動機。

美國職能治療學會所發展的統一名詞 (Uniform Terminology) (AOTA, 1994)，以及之後取代它的臨床實務架構 (Clinical Practice Framework) (AOTA, 2002) 的用意是提供職能治療師在執行臨床實務工作時，有一個共同的範疇與名詞或語言，以利彼此溝通與交流。針對職能都列舉出基本日常活動與工具性日常活動、工作與教育、休閒與娛樂等三大部分；每一部份並列有更詳細的項目，是許多職能治療師常用的參考架構。然而如果治療師是以傳統還原論的思考模式來看待職能，就可能依此架構逐項評估個案，再針對有障礙或不足的項目予以介入，完全忽略了個案是否覺得那些活動有意義。尤其是當身體功能與活動障礙並存之時，如果治療師以還原理論思考，通常會優先處理身體功能障礙。當個案拒絕參與治療師設計或建議的活動時，治療師通常會尊重個案的意願而不勉強他/她參與，但亦不會設法去找出對個案有意義的職能。同時將個案的職能參與未獲得改善，歸因於個案缺乏動機或配合度不佳。因此誤以為以職能為基礎的治療似乎也無濟於事。這也就可以理解為什麼有一些臨床工作者雖自許要以職能為介入的焦點之後，但卻未能發揮職能的力量 (power) 與

效用了。

## 2. 職能是一門高深的學問?

另一個阻礙推廣職能概念的障礙是許多職能治療臨床工作者認為職能科學是「一門高深的學問」，是職能科學家們要去研究的，與自己無關。自己的角色只需要遵守專業團體的規範，進行以職能為基礎的治療介入。他/她可能會採用與職能相關的治療參考架構，如人類職能模式 (Model of Human Occupation, MOHO) (Kielhofner, 1995)，及與職能相關的評估工具，如加拿大職能表現評量 (Canadian Occupational Performance Measurement, COPM) (Law et al., 1998) 來進行其臨床實務工作。

參考架構的主要功能即是將科學知識或理論轉譯為方便應用的型式，針對特定的領域或範疇，發展出一個引導治療師進行個案評估及規劃並進行介入的鷹架。參考架構通常有很明確的項目內容、治療原則與技巧，方便治療師參照及依循。但是如果治療師在使用一種參考架構之前，未能充份了解該參考架構的理論基礎，就很容易流於形式，而無法發揮該參考架構的功效。例如，MOHO 是以職能為基礎的參考架構，如果一名職能治療師不了解 MOHO 所依據的職能理論或研究發現，而只是參考 MOHO 的架構進行評估或治療，就有可能只是增加了一些職能相關的項目，而其介入的觀念、流程或方式可能並沒有改變，因此並不一定可以真正發揮出職能的功效。

### 以職能為基礎的介入模式

那麼究竟有效的「以職能為基礎的介入模式」要如何進行呢? Hasselkus (2002) 在其「日常職能活動的意義 (The meaning of everyday occupation)」一書中曾經舉過一個例子，正可以用來說明以職能為基礎的介入模式與傳統的介入模式之不同。一位職能治療師回憶其最不满意的一個實務經驗時提到，在其實習時，醫師轉介了一位九十出頭的老先生來做日常生活訓練，學習自己進食。但是這位老先生根本一點反應也沒有。幾天之後她就被通知說那位老先生已經死了。這位治療師始終不懂為何這位老先生會被轉介到職能治療來。換句話說，這位治療師不知道職能治療能夠為這位老先生做什麼，因為從傳統還原論的觀點來看，這位老先生顯然沒有任何潛力來學習自己進食，而且一般列舉出來的日常活動，以老先生的狀況都沒有辦法訓練。然而從職能的觀點來看，老先生雖然沒有任何反應，但是他和每個人一樣，一天有 24 個小時的日子要過，他仍然是有感受力的。雖然以老先生當時的狀況，基本日常活動、工作或一般的休閒、娛樂活動顯然他是無法參與的。那麼是否可以找到一些可以讓老先生有感覺 (make sense) 又可以參與的活動，讓其生活有意義呢？

## 1. 以人為中心，以職能為焦點

職能 (occupation) 與活動 (activity) 的區別在於活動是一種類別，而職能則著重於參與者的感受與經驗。例如，常用的日常活動評估量表—巴氏量表 (Mahoney & Barthel, 1965)，包含進食、穿脫衣物、清潔、如廁...等十種活動，當治療師在使用此量表評估個案時，如果只是看個案能否獨立完成這些活動，焦點放在這些活動的操作面上，就不會符合職能的概念。但是如果治療師衡量個案的能力，適當的調整活動與環境，讓個案可以參與他/她有興趣、具挑戰性但可以成功的活動，則不論有無他人的協助或是否屬於基本日常活動 (如巴氏量表的十項活動) 都不影響它對個案的意義與功效。例如前面提到的那位 90 多歲的老先生，從職能的觀點來看，只要老先生還有感覺或思想，照顧者可以在協助他做每一件日常活動時徵詢他的意見或留意他的反應，提供他做選擇或決定的機會，包括在何時、何處、以及如何進行每一個活動，選擇穿哪一件衣服、吃什麼食物...等等。這樣老先生仍然可以參與自己的日常活動，做自己的主人，其生活以及日常生活中的每一個活動才是有意義的。此外，以人為中心就不會拘泥於固定的活動項目。以老先生的狀況而言，進食並不是對他最有意義的活動，如果透過一些素材或藝術活動幫助老先生表達其情感，或回顧其過去的經歷，更能夠賦予其生命意義。

Pierce (2003) 認為人們從事日常職能主要是要從中獲得愉悅的、生產的及充電的經驗。每個人獲得這些經驗的來源不盡相同；同樣的活動帶給每個人的感受亦不相同，是非常個別化的。因此要找到對個案有意義的活動，治療師得要先了解個案，從個案的個人特質，包括性別、年齡、教育程度、過去的經驗、興趣、價值觀等，來推測可能對個案有意義或能夠引起共鳴的活動。由前述的例子我們可以得知，以職能為基礎的介入，並非只是增加了活動的項目而已，而是看待個案的角度要從以常模為標準架構的觀念轉變為重視個別的主觀經驗與感受。從個案出發，才是以人為中心的真諦。

## 2. 全人的觀點

傳統還原論的觀點看待失能是認為它與個案的身體官能障礙相關，找出個案的障礙，也就是身體結構及功能上的缺失，予以矯治後，個案的失能問題自然就可以解決了。因此是將人比照機器一部分一部分，分別來檢查與矯治的。然而這種作法忽略了人的身、心、靈之互動性與整合性對職能表現的重要。例如前面所舉的學童的例子，雖然他有感覺統合功能障礙，但是如果只處理其感覺統合問題，而其環境依舊，孩童的學習動機與表現極可能不會改善。因為從全人的觀點來看，職能表現是綜合一個人身、心、靈各方面，與環境及活動互動的結果 (Crist, Royeen, & Schkade,

2000)。一個人能力再好，但是如果缺乏動機的話，事情還是做不好的。相反的，一個對個案有意義的活動，能夠誘使個案將其所有的能力都充份發揮出來。因此，以職能為基礎的介入，是聚焦於全人的，而非身體的某一個部份或功能；是從一個人的整體表現與感受來了解個案，進行評估與治療介入的。

以職能為基礎的介入，關心個案的日常職能及其職能參與的主觀感受。一個人如果能夠做他想做的事，並且能夠從活動參與中滿足其愉悅、充電與生產三種經驗的需求，就代表他/她可以充份的參與生活，有好的健康與安適。反之，如果一個人無法做他想做的事，或無法獲得足夠的愉悅、充電或生產的經驗，就可能影響其身心健康，如同那位學童的情形一樣。因此需要以全人的觀點進行職能評估，分析個案的能力與活動及環境之契合度。以那位學童而言，治療師發現母親對他的要求沒有顧及孩童的需求與感受，因此幫助母親了解孩童的狀況之後，協助母親調整對孩童的要求，使活動與環境的要求和孩童的能力相契合，再鼓勵孩童參與並肯定其嘗試與努力，學會從參與活動中得到成功或愉快的經驗之後，其參與活動的意願才逐漸提高，於是形成一個良性的循環。孩童對活動的參與逐漸由被動、消極轉變為主動、積極的態度，孩童的身心功能也在積極的參與活動中獲得提升。

### 如何學習以職能為基礎的介入模式

職能科學固然提供職能治療關於職能的理論基礎與實證，然而並非具備的這些知識或訊息就能夠進行有效的以職能為基礎的治療，還需要打破舊有的線性思考模式，並學習以職能為基礎的介入技巧與知識。

#### 1. 打破舊有的思考模式

要進行以職能為基礎的介入，首先需要治療師打破舊有的還原論的思考模式。已有研究發現改善個案的身體功能，並不能夠確保個案的職能及參與表現也會跟著進步 (Mandich, Polatajko, Macnab, & Miller, 2001)。再者以還原論為基礎的介入模式在面對那些身體功能無法恢復的個案或逐漸老化的年長個案時，治療師常常會束手無策，就如同前面舉例的那位治療師的反應一樣。然而治療師如果從職能的觀點或 ICF 所強調的活動及參與的角度來思考，個案的身體功能將可不再是限制他/她活動及參與的因素。

#### 2. 學習職能相關理論

有一些以職能為基礎的治療參考架構，如小兒的職能參考架構和 MOHO 都能夠幫助治療師進行以職能為基礎的介入，然而使用這些參考架構之前，治療師需要先充份了解職能以及職能與健康、安適的關係，包括個人職能是如

何建構的，職能的多元面向，例如生理、心理與社會的面向，時間、空間與文化的面向……等等；以及各個面向對於個人的職能經驗、健康及安適的影響。當治療師真正了解了職能的意義與重要性，及其是如何影響人們的健康與安適之後，面對個案時自然會去關心個案的職能，也才能夠適當的運用職能參考架構來助其達成改善個案的職能參與之目標。

要學習認識職能，Hasselkus (2002) 所寫的那本「日常職能活動的意義」，是很不錯的入門書。我曾經帶領一群從事精神職能治療的治療師們研讀及討論這本書，我們每週進行一次，每次 3 小時，持續進行了 6 次，也就是前後約 3 個月的時間。活動進行的方式是請學員們預先依進度閱讀每次上課的內容，當天上課時，除了由我挑出該部分的重點，配合範例以講課的方式詳加解說外，並讓學員們有許多小組討論的時間，針對預設的議題進行討論，之後並互相分享。討論議題的擬定主要是以促使學員們將書本上的概念與個人生活經驗或臨床實務經驗做連結為目標。這樣的安排，治療師們不只有事前的準備，上課時的討論更可幫助治療師們反思個人的生活與臨床實務經驗，將書本上的知識在個人生活與臨床實務中得到印證，這樣才可能活用書本上的理論，將其融入個人的日常生活與思想中。大約半年後，在台灣第一屆職能科學論壇上，有兩位參與了這個研討會的治療師分別分享了他們在個人生活或臨床實務工作中實踐職能概念的經驗與心得，十分動人，獲得在場觀眾們高度的評價。

#### 3. 學習以職能為基礎的介入技巧與知識

要進行以職能為基礎的介入，除了需要學習職能科學以外，還必須學習以職能為基礎的介入技巧，如由上而下的評估技巧與臨床推理的能力，以及豐富的人類發展相關的知識。

由上而下的評估。由於職能表現是人、活動、環境三者互動的結果，因此當個案的職能表現不佳時，表示個案的能力與活動及環境的要求之契合度不佳。就必須進行職能分析，由上而下，逐步從人、活動與環境三方面的互動之角度來了解個案職能表現不佳的原因，透過臨床推理，進行有實證基礎的問題分析。

臨床推理。臨床推理是引導治療師分析、了解個案問題，設計與實施治療的一種思維方式。由於以職能為基礎的治療強調全人化的介入觀點，職能治療師需要使用各種不同的臨床推理技巧 (Chang & Lo, 1999)，從人—活動—環境互動的觀點來了解個案的生理、心理、社會功能以及價值觀、生活背景、環境等面向對其職能參與及表現的影響，以能夠進行全人的介入。

人類發展知識。有了臨床推理的技巧後，職能治療師還

必須具備豐富的人類發展知識。人的一生就是不斷發展的過程，透過職能活動的參與發展自我，適應環境以維護身心的安適。因此職能治療師特別要了解職能與人類發展的關係，包括各種身體功能的發展以及各種功能彼此之間在發展過程中的相互關係與相互影響，以及環境（包括文化與時空背景）與職能在個人發展過程中的重要性。唯有充份了解了人類職能之後，才能夠真正落實以職能為基礎的職能治療服務，並且發揮其應有的功效。

### 總 結

Dr. Yerxa 曾說，研究的目的是為了解決所遭遇的臨床問題，而研究的結果可以透過教學讓職能治療學生或從業人員知道，進而應用於臨床實務工作中，以提升職能治療服務的品質，加惠服務的個案 (Yerxa, 1994)。因此，職能科學的目的無非是為了了解職能與人類健康及安適的關係，進而能夠造福人類。故而要推廣職能科學，就必需推廣職能科學的應用。如果職能治療師學會了以職能的觀點來看待人類的生活與健康，提供以職能為基礎的治療服務，就能夠發揮職能的效用，也才能夠真正了解職能的力量，進而渴求得到更多關於人類職能的知識。這將會促成更多的職能科學研究活動，職能科學自然也將成為未來的顯學，吸引各領域的學者、專家之投入。

### 文 獻

- 1) American Occupational Therapy Association. (1994). Uniform terminology for occupational therapy—third edition. *American Journal of Occupational Therapy*, 48, 1047-1054.
- 2) American Occupational Therapy Association. (2002). Occupational Therapy practice framework: Domain and process. *American Journal of Occupational Therapy*, 56, 609-639.
- 3) Chang, L. H., Lo, J. L. (1999). Clinical reasoning in occupation therapy. *Journal of Occupational Therapy Association, R.O.C.*, 17, 14-24.
- 4) Clark F., Azen, S. P., Zemke, R., Jackson, J., Carlson, M., Mandel, D., Hay, J., Josephson, K., Cherry, B., Hessel, C., Palmer, J., & Lipson, L. (1997). Occupational therapy for independent-living older adults, *Journal of American Medical Association*, 278, 1321-1326.
- 5) Crist, P., Royeen, C., & Schkade, J. (Eds.) (2000). *Infusing occupation into Practice* (2nd ed.) Bethesda, MD: American Occupational Therapy Association.
- 6) Desrosiers, J., Noreau, L., Robichaud, L., Fougeryrollas, P., Rochette, A., & Viscogliosi, C. (2004). Validity of the Assessment of Life Habits (LIFE-H) in older adults. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 36(4), 177-182.
- 7) Frank, G. (1984). Life history model of adaptation to disability: The case of a “congenital amputee.” *Social Science and Medicine*, 19, 639-645.
- 8) Hasselkus, B. R. (2002). *The meaning of everyday occupation*. Thorofare, NJ: Slack.
- 9) Jackson, J., Carlson, M., Mandel, D., Zemke, R., & Clark, F. (1998). Occupation in lifestyle redesign: The well elderly study occupational therapy program. *The American Journal of Occupational Therapy*, 52, 326-336.
- 10) Kielhofner, G. (1995). *A model of human occupation: Therapy and application* (2nd ed.). Baltimore: Williams & Wilkins.
- 11) Law, M., Baptiste, S., Carswell, A., McColl, M., Polatajko, H., & Pollock, N. (1998). *Canadian Occupational Performance Measure* (3rd ed.). Toronto: CAOT Publication.
- 12) Law, M., Cooper, B.A., Strong, S., Stewart, D., Rigby, P., & Letts, L. (1996). The Person-Environment-Occupation Model: A transactive approach to occupational performance. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 63, 9-23.
- 13) Mahoney, F. I. & Barthel, D. W. (1965). Functional evaluation: The Barthel Index. *Maryland State Medical Journal*, 14, 61-65.
- 14) Mandich, A. D., Polatajko, H. J., Macnab, J. J., & Miller, L. T. (2001). Treatment of children with developmental coordination disorder: What is the evidence? *Physical and Occupational Therapy in Pediatrics*, 20, 51-68.
- 15) Nelson, D. L. (1996). Therapeutic occupation: A definition. *American Journal of Occupational Therapy*, 50, 775-782.
- 16) Pierce, D. (2003). *Occupation by Design: Building Therapeutic Power*. Philadelphia: F. A. Davis.
- 17) World Federation of Occupational Therapists (2002). *Revised minimum standards for the education of occupational therapist*. The Author.
- 18) World Health Organization (WHO) (1980). *International classification of impairments, disabilities and handicaps*. Geneva: WHO.
- 19) World Health Organization (WHO) (2001). *International classification of functioning, disability and health*. Geneva: WHO.
- 20) Yerxa, E. H. (1994). In search of good ideas for occupational therapy. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 1, 7