

遊憩治療理論與應用之發展

摘要

本研究透過文獻回顧法，對於國內外遊憩治療的理論與應用進行深入探討。遊憩治療乃是依據當事人個人需求，系統化運用遊憩活動的介入，透過遊憩體驗來達到促進諸如精神患者、重症疾病患者、殘障者及行為問題者等人身心健康的目標之過程。一般遊憩治療包括四個相互關聯的服務：遊憩治療、休閒諮商教育、重新創造和休閒技術培養，其實施程序可分為四個階段分別為狀況評估、規劃、執行及結果評估，而遊憩治療活動介入的類型，已逐漸發展出藝術治療、遊戲治療、園藝治療、運動治療等繁多的相關專業領域。

關鍵字：遊憩治療、治療程序、治療效益

Development of Theory and Application in Therapeutic Recreation

Abstract

This study mainly discusses the theories and applications of the therapeutic recreation. Therapeutic recreation uses treatment, education and recreation services to help people who suffer from mental disorder, illnesses, disabilities, social deviation, and other conditions to improve their health, functional abilities, independence and quality of life. It has four relation services including Recreation Therapy, Leisure Counseling/Education, Re-Creation and Leisure Skill Development. There are four steps of therapeutic process: assessment, planning, implementation and evaluation. Moreover, the therapeutic recreation has many kinds of specialty interventions that are art therapy, play therapy, horticultural therapy and exercise therapy.

Keywords : Therapeutic Recreation, Therapeutic Process, Therapeutic Benefit

壹、前言

利用舞蹈、音樂、美術、遊戲、水上遊憩活動、騎馬等休閒遊憩活動做為治療方法以達到醫療目的之觀念，早在古埃及文獻就曾記載醫師鼓勵患者在庭園中散步（劉富文，1999），而中國人自古倡導習武藉此建體修身以養生和古印度人以水療來治療發燒（杜淑芬，2002），即顯示遊憩治療早就存在各文化之間。然而，遊憩治療（Therapeutic Recreation or Recreational Therapy）的相關應用研究直至二十世紀中旬之後才在美國盛行，經過數十年的發展已成為新的專業學門，並衍生出藝術治療（Art Therapy）、遊戲治療（Play Therapy）、園藝治療（Horticultural Therapy）、運動治療（Exercise Therapy）等領域。

遊憩治療乃屬戰後及災後所發展的治療方式，因此非常適合應用於醫療資源需求大的社會狀態，在藉由各種不同的遊憩方式，提供團體的治療處方，不但具有生理、心理及社交性的治療效果，自然方式的療程更對於疾病的復發性有預防效果（姜義村，1999）。雖然目前在美國僅有大型醫院才設置遊憩治療的專業部門，但是多數醫院均將遊憩治療和物理、心理、職能等復建治療方法廣泛結合運用，共同提供病患復健服務。在醫療過程中，專業休閒治療師（Therapeutic Recreation Specialist）依據患者的個別狀況、醫療進度、個人需要以及過去的興趣，利用舞蹈、運動、閱讀、音樂、美術、社交活動、水上活動、寵物、遊戲、手工藝及其他特別活動...等休閒活動，設計適合患者個人的遊憩治療計畫，這些方法便稱為休閒處方，讓病患的生理、心理、社交等各方面早日康復（沐桂新，1995）。

相較於國外遊憩治療開化的程度，雖然遊憩治療的觀念引入台灣已有一段時間，但是目前國內遊憩治療的學術研究與實務應用仍處於萌芽階段。同時，有鑑於近年來精神疾病已逐漸成為台灣社會工業化、資訊化後所產生的主要文明病之一（國家衛生研究院，2002），而許多臨床研究均證實遊憩治療具有減緩壓力、促進身心正向發展的價值存在，並可廣泛實施於學校、復建機構、療養院、精神病院、犯罪矯治中心等，均具有顯著的治療效果。此外，社會科學有助於瞭解疾病的成因與防治，以及病人的求醫行為，並有助於建立良好的醫病關係，近年來醫學教育改革中社會科學被認為是臨床醫學的基礎課程（李明濱，1997）。因此，本研究透過文獻回顧法，彙整分析國內外遊憩治療研究結果，對於遊憩治療的理論與應用方法進行深入探討，冀能做為身心醫學、精神醫學、衛生保健、休閒遊憩等相關領域實務應用之參考，以及後續研究發展之基石。

貳、遊憩治療的意義與發展

一、遊憩治療的定義

目前在台灣部分學者將「遊憩治療 (Therapeutic Recreation)」翻譯或稱為休閒治療。然而休閒 (Leisure) 的英文源自於拉丁文意指自由時間，是故休閒強調自我決定 (self-determination) 與內在動機 (intrinsic motivation) (Austin & Crawford, 2001)，可謂是「自由意志可以支配的時間所從事的活動」。相對地，遊憩 (Recreation) 的英文亦源自於拉丁文，意謂恢復 (restoration)、復原 (recovery) 與再創造 (re-create)，因而是指「利用休閒時間從事有益身心的各種活動，經由活動來滿足某一既定的目的以促進身體健康或提高創造力」。所以本研究依據原始字義與相關理論而將之稱為「遊憩治療」。

Davis 早在 1936 年即將遊憩治療定義為「以任何自由的、自願的以及表達性的活動；包括肢體、感官或心智的活動；其重點是遊戲的心態、愉悅的態度及釋放有益身心的情緒。活動係由醫療專業人員所開立的處方，用以成為有益身心的輔助治療」(杜淑芬，2002)。Austin (1986) 提出「遊憩治療是有目的的藉由休閒與遊憩的介入來改善當事者的生活品質」；O,Morrow & Reynolds (1989) 認為「遊憩治療的特殊功能在於協助健康或患病的當事者在休閒活動的表現，藉由遊憩體驗促進或恢復健康」(引自 Austin & Crawford, 2001)。美國遊憩治療學會 (American Therapeutic Recreation Association, ATRA) 則將遊憩治療的定義延伸為「提供處方和遊憩服務給有疾病或喪失能力條件的人。處方服務經常稱之為遊憩療法，主要目的在於復原、矯正或恢復與增進功能，以及減少、消除疾病或無行為能力所產生的種種影響；遊憩服務的主要目的是提供遊憩資源和遊憩機會以促進病患的健康和良好的生活，並由受過訓練並持有證照的專家提供遊憩治療」(引自 Malkin & Howe, 1993)。Carter, Van Andel, & Robb (1995) 認為「遊憩治療係指遊憩專業化的應用在介入、改變一些生理、情緒或社會行為等特定目標，以促進個體的發展與成長。遊憩治療可以被視為是一種藉由遊憩活動與體驗達到特定目標之系統化應用的過程」。

Austin & Crawford (2001) 回顧各學者的定義後，彙整出兩個共通點：(1) 遊憩治療是一種有目的的介入；(2) 當事者個人身心促進就是介入的結果。因而將遊憩治療定義為「有目的地運用休閒遊憩活動，而遊憩體驗就是讓接受治療者產生正面利益的方法」。遊憩治療必須是能夠幫助患者發展、表達和保持自己選擇個人內在所需的休閒生活型態，並在過程中消除或將障礙減到最小 (Wilhite & Keller,

1992)。綜合上述，可將遊憩治療定義為：「依據當事人個人需求，系統化運用遊憩活動的介入，透過遊憩體驗來達到促進當事人身心健康的目標之過程」。

二、遊憩治療的發展

利用舞蹈、音樂、美術、遊戲、水上活動、騎馬、園藝等活動做為醫療方法，以達到治療的目的並非嶄新的觀念。早在古埃及的文獻當中就記載醫師鼓勵患者在庭園中散步（劉富文，1999），並用藝術活動來治療精神病患（陸雅青，1993）。而一七九八年 Dr. B. Rush 亦發現精神病患在農場中從事耕耘工作有治療的效果（劉富文，1999）。另外，一八八〇年左右，相傳義大利人 Lombroso 在醫院應用藝術活動來紓解病人身心障礙（陸雅青，2000）。

一八八〇年國際紅十字會開始指示其分支機構進行休閒治療的工作，而一九一九年美國紅十字會成立時的工作項目就包含遊憩治療服務項目。第二次世界大戰結束後，美國曾嘗試用各種方法幫助一群適應不良的軍人重建生活（黃麗卿，2001），並在專為在二次大戰後退役軍人管理局（Veteran Administration）的僱員所成立之美國遊憩協會（American Recreation Society）中設置醫院遊憩部門（Hospital Recreation Section），此即第一個有遊憩治療師的專門組織，透過退役軍人管理局的協助與運作，遊憩治療得以迅速發展（陳盈芊，1983）。自一九四〇年開始，遊憩治療師成為消費者的心理和生理修復的重要專業團隊（ATRA, 2002）。然而，自一九四八年專業組織的形成，卻使得遊憩治療在專業存在的基礎與專業的定位認知上產生差異，並且經歷多次整合與分裂的過程；當時遊憩治療以美國遊憩社會成立醫院遊憩分會（American Recreation Society, Hospital Recreation Section, ARS）與國家遊憩治療師協會（National Association of Recreational Therapists, NART）為主流，前者強調遊憩本身就是有益身心的參與，因此如何讓所有人都有機會參與便是遊憩治療存在的意義；而後者則認為遊憩治療係以處方為目的，因此遊憩治療若要成為一項專業，必須要能證明其對對個體健康的意義。直至一九六六年兩股勢力以「Therapeutic Recreation」一詞達共識，最後成立「國家遊憩治療協會（National Therapeutic Recreation Society，簡稱 NTRS）」紛爭才落幕。然而，到了一九八四年「美國遊憩治療學會（American Therapeutic Recreation Association，簡稱 ATRA）」的成立，使得遊憩治療的定義與取向再度走向分裂，這乃是由於 NTRS 承襲 ARS 對遊憩治療的觀點，而 ATRA 則沿襲 NART 對遊憩治療的看法所致（杜淑芬，2002）。然而，NTRS 與 ATRA 這兩個協會，乃是目前美國遊憩治療方面兩個主要的專業團體（Austin & Crawford, 2001）。

雖然現今在美國僅有大型醫院才設置遊憩治療的專業部門，但是多數醫院均將遊憩治療和物理、心理、職能等復建治療方法廣泛結合運用（沐桂新，1995）。反觀國內，遊憩治療直至近代才逐漸受到重視，早期多將遊憩治療運用於特殊教育方面，以休閒輔導來啟發有學習障礙生的學習能力。目前台灣許多醫療機構已紛紛提供遊憩治療的服務，儘管如此，與國外行之有年的成果相較，遊憩治療在我國仍有相當大的發展空間。

參、遊憩治療的內容

遊憩治療由於不同於一般性的治療方式，因此有其特殊的性質。Faulkner（1991）認為遊憩治療一般包括四個相互關聯的服務：遊憩治療（Recreation Therapy）、休閒諮商教育（Leisure Counseling / Education）、重新創造（Re-Creation）和休閒技術培養（leisure Skill Development）。另外，美國國家遊憩治療學協會（NTRS）認為休閒治療在不同階段的目的具有差異（引自沐桂新，1995）。上述所提到之內容進程，與 Peterson & Gunn 在 1981 年所提出的遊憩治療服務模組（The Therapeutic Recreation Service Continuum Model），以及 Austin 在 1992 年提出遊憩治療模式：健康防禦／健康促進模式（杜淑芬，2002）相似，茲綜合分述如下。

一、遊憩治療（Recreation Therapy）

遊憩治療是有目的的介入患者的生活，而將遊憩活動當做介入的工具，因此活動的選擇必須能夠滿足當事人的需求。一旦介入達到預期目的，便可結束這項活動，並在結束治療課程後進行休閒嗜好的追縱（Faulkner, 1991）。Peterson & Gunn (1981)認為在此階段患者履行基本義務的行為相當侷限、依賴，此時治療師扮演治療者的角色，所有活動的介入是由治療者設計行為醫藥處方（杜淑芬，2002）；Austin (1992)亦表示當個案身心健康狀況差時，休閒活動的介入有助於個體健康的防禦，同時透過治療師設計的活動參與，防止個體健康的惡化（杜淑芬，2002）。依循遊憩治療主要的目標，使病患透過活動而擁有愉悅的休閒體驗，藉此瞭解病患的生理、心理、情感和社交的需求，並能夠增強患者的能力與控制力（Buettner and Martin, 1993）。

美國國家遊憩治療學協會（NTRS）認為病患在接受外科手術後，視患者康復程度並配合整體醫療需要提供適當休閒遊憩活動，以幫助患者進行心理、生理上的復健，意即透過遊憩活動協助治療（Therapy through Recreation），而此階段遊憩

治療的主要目的在協助醫療與復健（引自沐桂新，1995）。

二、休閒諮商/教育（Leisure Counseling / Education）

休閒能夠平衡及恢復生活，能恢復解決問題所需的能量，因而有助於工作的適應。Austin (1992)與 Peterson & Gunn (1981)均認為遊憩治療發展到休閒諮商／教育階段時，個體逐步增進其身心健康狀態，治療師就無需積極參與，個體自主的能力已提昇，此時可藉由治療師運用休閒諮商及教育的介入，幫助個體察覺休閒行為並獲取休閒參與的知識、技巧與資源（杜淑芬，2002）。Faulkner (1991)亦認為休閒諮商就是藉由懇談諮詢幫助當事人瞭解從事休閒的角色與價值。因為，休閒的參與必須是自願的，當當事人瞭解休閒的重要性時，自願從事休閒就變得比較容易了，因此當事人必須在參與前瞭解休閒的需求、價值和角色。另外，Stumbo & Thompson (1986)提出休閒諮商乃除了聚焦在休閒技巧及資源外，也開始注意到休閒態度及覺察，而且需要諮商的專業技巧，是一種助人的歷程，幫助人們產生認知、情感、行為上的改變，以增加其休閒滿意（引自徐惠嬪，2001）。Tinsley (1982)則主張有效的休閒諮商應該全面瞭解當事人的思想、感情及行為，不應該將諮商狹隘的局限於休閒活動的選擇。

Allen & Hamilton (1980)認為休閒教育所指的是較廣泛的歷程，目的在幫助當事人發展休閒生活風格，提高生活品質（引自林一真，1995）。Stumbo & Thompson (1986)則認為休閒教育是利用一個教育的方式來強調休閒態度、覺察、社交技巧、決策方式、活動及資源等，藉此提升個人的生活品質，充實休閒的內涵（引自徐惠嬪，2001）。是故，休閒諮商與教育是運用各種活動和技術來幫助個人瞭解他們的需求，以及意義的休閒活動之價值。休閒諮商是使用勸告的技術來達成這些目標；而休閒教育則是進行學術教育（Faulkner, 1991）。

美國國家遊憩治療學協會（NTRS）提出許多身心受到重大創傷的病患，特別是肢體殘缺或是心理受創嚴重者，將無法繼續從事過去熟悉或喜愛的休閒活動。因此，此類病患在醫療完成後，需透過休閒諮商與教育培養新的、適合的休閒活動與技能（引自沐桂新，1995）。目前國內休閒諮商在特殊教育的領域上扮演重要角色，包括資優生、視障與聽障生、青少年、自閉兒等特殊對象的休閒輔導（陳賦雲，1992；詹文宏，1992）。

三、重新創造 (Re-Creation)

遊憩將人們的注意力從負面的轉移到正面的方向，因而有些專家把它稱作轉移。重新創造(Re-Creation)能夠提供正確的轉移，從精神勞累的活動中得到暫緩，重塑行爲並重新學習並發展社交技巧機會。它與遊憩是有差異的，遊憩(recreation)最主要的目的是爲個人提供機會去體驗生存與生活之間的差異，它是最終、最後所有遊憩治療服務的結果，是內在新生的過程；重新創造則是一種治療(therapeutic)，是個人內部自發的、無法由他人代替的，但是並非療法(therapy)，因爲療法是一個過程的設計、控制、設計並且由治療師操縱以提供預期的益處(Faulkner, 1991)。

美國國家遊憩治療學協會(NTRS)認爲實際上病患在醫院停留的時間是短暫的，絕大多數的時間是和一般正常人一起生活。當病患重返社會後，除了生活與就業之外，與家人與社區居民共同參與休閒活動，才是完整重返社會。藉由無障礙設施與特殊活動提供良好的休閒環境，提昇病患的遊憩參與，以幫助病患重享健康的休閒生活(引自沐桂新，1995)。

四、休閒技術培養 (Leisure Skill Development)

休閒技術培養的課程是教人如何完成希望的活動，主要的目即是在治療期間和結束以後繼續發展從事休閒活動的技巧。休閒技術培養相當重要，因爲多數的病患及其家人並沒有充分的活動技術。雖然大部分的活動興趣不會持續一生，但是成功的參與就是持續的開啓另一扇休閒興趣參與的門，因此應依個人興趣提供相關課程(Faulkner, 1991)。林一真(1995)認爲休閒技巧的培養在於協助當事人發展統整而合乎一般社會要求的休閒技巧爲主，在培育休閒能力之前，必須先了解當事人目前的休閒能力及缺點爲何，並協助當事人做深度的自我探索。同樣的，Austin(1992)與 Peterson & Gunn(1981)亦表示當個案身心狀況良好，出現自發自主的休閒參與及選擇行爲，便完成遊憩治療協助個體達到自我實現的健康狀態(杜淑芬，2002)。

Faulkner(1991)亦曾強調這些技巧的重要性，並認爲運用一些創造課程(Creative Sessions)不僅能鼓勵當事人平衡他們的生活同時還能發展其社交及智力技巧，鼓勵當事人積極參與藝術、音樂、戲劇、寫作及舞蹈等藝術活動，以及園藝活動之生產性課程(Productive Sessions)，以發展成爲個人興趣。培育休閒技巧的種類包括：社會化技巧、社交技巧、邏輯思考技巧或身體技巧等(林一真，

1995)。

休閒治療提供了上述的四項服務，每一項服務皆有其特殊功效與作用。一般休閒治療服務的地點，主要是根據當事者的需要而在許多地點進行休閒治療服務。通常傳統的服務傳遞地點包括專門的復健醫院、一般醫院中的復健單位、長期看護、急診看護、或技術護士所、物品濫用復健所、家庭保健服務和殘障人士居所 (ARTA, 2002)。

肆、遊憩治療的程序

由於休閒治療配合受療者的康復情形，有其循序漸進的治療過程，O'Moorow & Reynolds (1989) 對於休閒治療提出了一個 APIE 四階段的治療程序，其四階段分別為狀況評估 (Assessment)、規劃 (Planning)、執行 (Implementation) 及結果評估 (Evaluation)，此程序係為一可以重複循環應用的系統 (引自 Austin, 2001)。

一、狀況評估 (Assessment)

休閒治療師必須瞭解當事人的能力、知識、技巧以及當事人生活居住環境，並透評估當事人對休閒的興趣、態度、參與度和滿意度，以確定當事人的問題或其利害關係及強度 (Austin & Crawford, 2001)。治療師應該透過良好的計畫搜集資訊，包括有系統的檢查所涉及到的評估技術，如此才能達到發展良好休閒治療計畫的目標 (Wilhite & Keller, 1992)。常用於評估休閒治療的標準化工具包括列四種：(1) 遊憩治療綜合評價尺度 (Comprehensive Evaluation in Recreation Therapy Scale, 簡稱 CERT) 通常設計應用於短期、急診精神病的裝置，與遊憩治療確認和定義行為有關，主要包含一般生活行為模式以及個人和團體遊憩治療活動的表現 (Wilhite & Keller, 1992)；(2) 休閒活動表 (Leisure Activities Blank, 簡稱 LAB) 是探索休閒興趣的模式，通常應用在兒童與青少年的研究方面 (Wilhite & Keller, 1992)；(3) 美國技術協會休閒評估程序 (State Technical Institute Leisure Assessment Process, 簡稱 STILAP) 是設計用來確認成年人在復健機構的休閒參與模式，不僅將休閒能力進行分類，並且提供未來休閒技巧培育的指導方針 (Wilhite and Keller, 1992)；(4) 休閒診斷系列 (Leisure Diagnostic Battery, 簡稱 LDB) 是遊憩治療測量中最廣泛使用的一種，主要應用於特殊兒童和青少年或認知無能者之休閒功能測量，此測量能夠幫助休閒治療師判斷當事人對休閒自由的認知程度並界定限制他們對自由認知的影響因素 (Wilhite and Keller, 1992)。

二、規劃 (Planning)

在規劃階段最主要是要使計畫碰觸到問題或利害關係，以針對問題尋求解決的方式 (Austin, 2001)，並透過活動的選擇，使個人輔導的過程能夠契合所要達成的目標 (Wilhite & Keller, 1992)。活動的選擇要評估當事人的活動範圍及能力 (Buettner and Martin, 1995)，包括：體力、社交、認知、情感及管理等问题 (Wilhite & Keller, 1992)，活動必須隨著不同的個人、計劃或環境的改變而加以修正。隨後要進行適當的介入，一般介入的技巧可透過行為管理、知覺訓練和再刺激、再社會化及現實定位，達到介入的目的。由於休閒機會的連續將可能使當事人更倚賴休閒生活型態，所以再來便是要考慮服務傳遞的方式。最後開始書寫計畫，將計畫的過程和維持適當的介入技術記錄下來 (Wilhite & Keller, 1992)。

三、執行 (Implementation)

執行階段是計畫真正付諸施實，而計畫成功高度依賴執行人員的專業 (Austin, 2001; Wilhite & Keller, 1992)，是故在這個階遊憩治療師扮演關鍵性角色。除注意療程之外，遊憩治療師在執行一個計畫時必須持續不斷地紀錄病患的反應，做為效益評價階段之參考 (Austin, 2001)。在醫療過程中，專業休閒治療師 (Therapeutic Recreation Specialist) 依據患者的個別狀況、醫療進度、個人需要以及過去的興趣，利用舞蹈、運動、閱讀、音樂、美術、社交活動、水上活動、寵物、遊戲、手工藝及其他特別活動...等休閒活動，設計適合患者個人的遊憩治療計畫，這些方法便稱為休閒處方，讓病患的生理、心理、社交等各方面早日康復 (沐桂新, 1995)。因此，遊憩治療師在整個治療過程占有相當重要的地位，同時必須具備應有的專業能力。其中，國家遊憩治療認證會 (The National Council for Therapeutic Recreation Certification) 於 1988 即公佈遊憩治療師專業考試內容包含基礎知識、計劃和介入、紀錄和評鑑、服務管理，以及專業發展等技能範疇 (杜淑芬, 2002)。

四、結果評估 (Evaluation)

遊憩治療師必須收集評估資料，並評定計畫實施的效果與改善方向，確保病患接受有效的服務 (Austin, 2001)。結果評估是休閒治療最後一個階段，主要是測量遊憩治療處方的介入是否使當事人達到預定進步的目標 (Beddall & Kennedy, 1985)。此外，Gunn & Peterson (1978) 亦曾提出包括：陳述問題、決定變數、確定資料來源、擬定收集資料的方法、完成資料收集、進行資料處理、完成評估報

告，共六個評估的步驟（引自 Wilhite & Keller, 1992）。而陳盈芊（1983）所提出的休閒治療六個步驟為：第一個步驟為成員的評量，評量的要點為成員的娛樂經驗，對娛樂喜好的程度以及對自己所喜愛的娛樂的選擇能力，並配合與患者與患者的家人或對其有影響的人的晤談；第二個步驟為診斷什麼樣的休閒娛樂最符合患者的需要；第三步驟是訂定患者的終點行為目標；第四個步驟是訂定達成終點目標的中點行為目標；第五個步驟要確立個別服務計劃或治療計劃，主要是訂定足以幫助患者達到各階段的中點目標的活動，並進行休閒教育，其主要目的在於給予患者有關休閒休閒娛樂的觀念、技巧及知識；最後一個步驟是要評鑑整個治療過程的成效。總而言之，在遊憩治療的過程中，首先遊憩治療師會先評估病患的狀況；隨後開立休閒處方，例如：園藝、下棋、繪畫、音樂、社交活動等各種適合的休閒娛樂；然後開始進行治療，在治療的過程中視當事人的情況而修正治療的方式或調整治療的速度，以幫助病患獲得復原；並且在最後透過治療的結果評估以瞭解整體休閒治療的成效。而做後的評估報告則可以圖、表、大綱、投影片、錄影帶等方法表現（Wilhite & Keller, 1992）。

伍、遊憩治療的方式與適用對象

一、遊憩治療的方式

遊憩治療經過數十年的發展已成為新的專業學門。一九三〇至一九四〇年代，美國精神治療運動（Psychiatric Movement）後，促成美術、音樂、舞蹈等藝術團體，將心理分析與藝術結合；而遊戲也早被使用在兒童心理治療方面（沐桂新, 1995）。現今，在美國依活動介入類型，已逐漸發展出藝術治療（Art Therapy）、遊戲治療（Play Therapy）、園藝治療（Horticultural Therapy）、運動治療（Exercise Therapy）等繁多的相關專業領域。

（一）藝術治療

范瓊方（1995）認為藝術治療包括：音樂治療、舞蹈治療、視覺藝術治療、遊戲治療及詩詞治療等領域。

1. 視覺藝術治療

運用美術進行心理治療能夠展開溝通的能力，並且在頭腦推理的範圍外提

供洞察力及想像力。由不同階段的創作和省思發展出來的醫療，以透過美術做為媒介，釋放心靈治療的力量。

美國藝術治療協會（American Art Therapy Association）指出「藝術治療是透過藝術的形式，運用在心理治療的工具或媒介，允許人們透過口語、非口語的表達藝術創作的經驗，去探索個人的問題及潛能，以協助人們內心世界與外在世界更趨為一致」（引自賴念華、陳秉華，1996）。因此，McNiff（1999）認為藝術治療（Art Therapy）是美學與醫學聯袂刺激而成的一種學科，是藉由想像力自行治療，重新利用其活力回到日常的生活。

Wadson（1987）認為在藝術治療不僅可以透過創作的過程緩和情緒上的衝突，有助於自我認識和自我成長，並且對於個人維持內在與外在世界平衡有極大的幫助。陸雅青（2000）則指出藝術治療憑藉藝術使當事人能夠透過創作釋放不安的情緒，將舊有的經驗加以澄清，亦即在將意念化為具體形象的過程中，傳遞出個人目前的需求與情緒，經過分享和討論，使其人格獲得統整。另外，侯禎塘（1987）提出藝術治療的療效分為兩個取向：其一為心理分析取向，在這個取向中藝術成為非語言的溝通媒介，配合當事人對創作的一些聯想和詮釋來抒發其負面情緒、解開心結；另一個取向為藝術本質取向，透過藝術創作的過程，緩和情感上的衝突，提高當事人對事物的洞察力或達到情緒淨化的效果。在這兩個取向中都將藝術當作是表達個人內在和外經驗的橋樑，而達到休閒技能培育的治療效果。藝術治療就如藝術教育一般，可以教導當事人技巧及使用材料的方法。藝術治療過程中治療師給個人的指示提供了自我表現、自我溝通和自我成長機會。在藝術治療中，治療過程、方式、內容和聯想變得非常重要，因為每一部分都反映出個人的人格發展、人格特質和潛意識，是故藝術治療較關心的是個人的內在經驗而非最後的產品（Wadson, 1987）。

2. 音樂治療

由於音樂具有喚起（provocation），亦即叫醒與刺激的意思，是一種刺激以引起當事人注意力及維持其興趣，擴大並豐富其理解力的活動；藉由音樂，可以觀照到當事人的內在，傾聽自己內心的聲音，對於人類的身心有著一種平衡作用（林貴美，1993）。

根據一九九七年美國國立音樂治療協會（The National Association for Music Therapy）對音樂治療（Music Therapy）的定義為「把音樂的成就當成治療的目標，令音樂達到恢復（restoration）、保持（maintenance）及改進（improvement）個體心理及生理健康的作用，使個體在行為上帶來良好的改變，這種改變使個

體能夠在進行治療後，對他自己以及其所生存的環境以較深的瞭解，進而適應社會」。音樂治療的意義意就是使用音樂活動或音樂的手段而使殘障或病弱個體恢復健康或改進殘障狀況；或者維持現狀使個體的病情或殘障程度不再惡化；或者使用音樂的方法，使個體透過音樂性的遊戲或音樂活動的演練而更了解其生存環境中的人、事、物，因而更能應其環境（林貴美，1993）。

音樂治療家 Donald（1979）指出音樂治療能夠協助病人或殘障者集中注意力，並促進機能協調、培養想像力、穩定情緒、促進社會化與語言互動、促進團體參與動機、發展休閒技巧與新的興趣。Jocab（1987）亦認為音樂治療對殘障兒童而言可提高成就、促進感覺發展、做為感情發洩的管道與心理刺激及社會化的媒介等效用（引自林貴美，1993）。因此，音樂治療不僅可增進當事人對休閒活動的興趣，更可的培育其休閒技能，同時能夠持續進行，達到休閒技巧培育在治療結束後仍可持續進行休閒活動的目的。

3. 戲劇治療

根據美國戲劇治療協會對戲劇治療的定義「劇治療是有意地使用戲劇或劇場歷程來達成症狀減輕、情緒及身體整合與個人成長的治療性目標」（引自 Landy, 1998）。Landy（1998）認為戲劇治療是結合了教育劇與娛樂劇的目的，主要在於學習、更新與再創造。當事人經由角色扮演及以戲劇方式展現過去經驗的方式，可以讓他們有效地想像出自己功能失調的狀況。在治療過程中，他們重新創造這些印象來進一步接受檢視、熟悉及整合，讓具有功能的部分展現出來。由於戲劇中游移於虛構與真實環境中，因此戲劇治療能夠透過自我、角色、表徵化、自發性及潛意識等概念，而衍生角色取替、模仿、認同、投射、轉移、角色分演、情感性回憶、美感距離及情緒宣洩等治療歷程（Landy, 1998）。

4. 舞蹈治療

舞蹈是人類最古老最直接的身體語言，而身體語言是一種非口語表達情緒的管道，舞蹈治療則是運用肢體律動和心理情感無盡的循環中，呈現並擴展具有象徵性意義的訊息，使人重新去詮釋、反省與認識個人的價值與尊嚴。

美國舞蹈治療學會（American Dance Therapy Association）對舞蹈治療所下的定義為「一種心理治療，運動作用進行情緒、認知和生理的整個過程」（引自李宗芹，1996）。李宗芹（1996）指出「舞蹈治療是以身體為主要表達媒介的藝術活動，並試圖從身體表達的方式來處理人的困擾，及企圖在以口語為主流的治療方式中，發展一種治療的方法，讓人的情感能有多管道的出現及宣

洩」。吳雅珍（1999）則認為「嘗試從觀察身體動作的表達方式去瞭解人們心理的困擾，並進一步用身體表達的角度去認識、面對並處理情緒困擾，引導情緒回到正常健康的軌道，然後再以健康的心緒去面對當初造成困擾的問題癥結，在度重塑完全的身心健康」就是舞蹈治療。若將舞蹈應用在治療課程中，音樂的選擇必須要特別注意，必須提供當事人一種能理解的舞蹈風格及舞蹈技術，如此才能達到休閒技巧培育的目的（Faulkner, 1991）。

5. 寫作治療

對於有口語表達困難的人，創新寫作是良好的溝通管道。當寫作做為溝通的一個形式時，許多當事人能在活動的過程中找回自我。寫作不僅能夠引起當事人意識的開端，同時也能幫助拼寫困難的人，並發展其子音和母音之間的識別能力。因此，寫作治療能應用在一些有限制的患者身上，以寫作為媒介，激發當事人新的認知及邏輯思考能力，將其思想導向較正面的方向（Faulkner, 1991）。

（二）遊戲治療

所謂遊戲治療係（Play Therapy）係指「凡是以遊戲為主要溝通媒介以達到改變個案的目標者，皆可稱為遊戲治療」（張碧鳳，2000）。遊戲佔兒童生活的大部分，且兒童因為認知發展有限，因而無法透過語言將情感適切的表達出來，所以遊戲治療是一種變通的諮商方式。遊戲治療的目的在於祛除症狀、教育及促進成長（劉焜輝，1996）。

（三）園藝治療

人類與植物的交互過程中，所產生的生理歷程，對一些生活在某種壓力下的人們具有治療、恢復的功能，這種以園藝活動來改進人類生理及心理狀態的方法，即為園藝治療（謝瑞瑁，1980）。美國堪薩斯（Kansas）州立大學所設置的國立心理衛生機構（National Institute of Mental Health）對園藝治療所下的定義為「治療師和病人之間分享對植物的經驗，其互動所創造的環境有助於調解病人的官能障礙」（引自梁仲容，1996）。劉富文（1999）則認為園藝治療（Horticultural Therapy）是利用植物、園藝和人與植物的親密關係為推力，來協助病患獲得治療與復健效果的方法。

（四）運動治療

運動治療主要是利用運動來治療病人，乃是物理治療中最特殊的一部分，一方面針對不同的殘障或疾病，治療師可給予病人不同的運動治療，藉助各種輔具的使用，配合訓練，來增加病人動態的能力，以提高病人的獨立性，減少對他人的依賴。另一方面，就一般人而言適當而正確的運動，不但可以減少因姿勢不良導致的腰酸背痛，而且可提升心肺功能，改善個人體能狀況，並可防止老化之併發症產生（賴俊喬，2002）；亦是一種自我治療方法，透過運動來增強肌體抵抗力，幫助患者恢復健康或預防疾病的有效方法（凌霜，1992）。是以有系統的計畫，使用動作、舞蹈或感覺經驗等任何形式的介入方法促使個體之身體與認知的統整與復健，進而對其生活的環境有良好的適應（林貴美，1994）。因此，運動治療的技巧乃是藉由有控制的、漸進的、適度計劃的方式對身體系統施予謹慎進階的壓力或力量以改善個體的整體功能（Kisner & Colby, 1995）。

除了上述類型，遊憩治療方式尚可包括探索治療、水療、體驗治療、幽默治療、閱讀治療等，經由這些活動的介入，達到協助個體達到最佳的健康狀態的目標（杜淑芬，2002）。

二、遊憩治療的適用對象

由於遊憩治療適用的對象多元且廣泛，主要可概分為精神患者、重症疾病患者、殘障者及行為問題者，本研究以相關實証研究說明遊憩治療對不同對象的治療效果，茲分述如下。

（一）精神病患者

遊憩治療運用於精神病患者的治療效果方面，賴炫政（1999）探討運動對憂鬱症的影響之研究中，以十位接受藥物治療的憂鬱症病患為對象，將之分成實驗及對照兩組，並在實驗組從事 60~80%HRmax 運動強度的步行運動一個月，評量兩組受測者的憂鬱改善程度。研究結果顯示實驗組比對照組之憂鬱改善程度較為明顯，而運動次數與憂鬱改善程度正相關。陳學添（2001）針對一名國小二年級之受虐兒童為對象，讓個案接受每週一次、每次 50 至 60 分鐘、共十五次的藝術治療。研究結果發現經由藝術治療，個案對自我概念增強，行為困擾降低，並且由抗拒、防衛的態度，逐漸與研究者建立信任的治療關係。吳欣怡（2001）針對一名 49 歲，慢性精神分裂症女病患為對象，進行支持性取向之藝術治療。讓個案接受每週一次、每次 60 至 90 分鐘、共 12 次的藝術治療。研究結果發現經由治療過程，個案增加其自信心與自我強度，並在治療結束後的第五週起，個案逐漸改善其退縮行為。李選、葉美玉、劉燦榮（1993）針對精神病患透過音樂治療以

改善其人際相處以及幫助控制情境焦慮，在治療過程中讓病患聆聽輕柔的音樂並進行靜態活動，研究結果發現此療程對精神病患培養睡眠情緒有正向效果。黃榮真（1994）針對花蓮縣明聰國小十七名啟班 8 至 15 歲的女童，進行十四次、每次各二節的團體音樂治療研究。研究結果發現透過治療女童在認知能力、溝通技巧、自我概念、動作發展、行為適應及人際互動方面，都有顯著的進步。張連強（2001）針對台北市立啟聰學校聽覺障礙學童之家長，應用創作性戲劇活動去營造出一個無壓力，充滿和協、歡愉氣氛的空間來抒發家長們身心的壓力。研究結果發現，用創作性戲劇活動可以讓受測者在許多問題上獲得改善，達到舒緩壓力，創造及思考出更適當的解決方案並且能以更正面、更健康的態度來面對往後的人生。綜上述可得知，遊憩治療對於精神病患者具有治療效果。

（二）重症疾病患者

在重症疾病患者治療效果的實証研究方面，Kolanowski, Buettner, Costa, & Litaker（2001）以療養院患有癡呆症的病人為研究對象，嘗試由病患所具有的遊憩休閒技術程度和個人興趣的角度，建立一種遊憩治療活動選擇與設計的模式。將受測者以隨機的方式分為接受遊憩治療的實驗以及為接受治療的控制組，結果發現，實驗組較控制組對活動投入的時間長、且正面情緒影響也較高。張瑛等人（1996）讓心臟手術前的病患進行音樂治療，結果發現音樂治療確實能夠改善心臟手術前病患面對壓力的生理反應及緊張感受，並且能減輕其疼痛程度。李德芬、黃秀梨（1997）藉由播放輕柔音樂讓 60 位燒傷的患者進行音樂治療。研究結果發現音樂治療可減輕患者在換藥過程中的疼痛強度及疼痛感，同時亦減緩其心跳、呼吸增加的次數及體溫的升高，身心狀況均獲得改善。徐麗麗等人（1998）針對三十個癌症末期病人進行音樂治療。研究結果發現音樂能夠快速的影響患者的情緒，促使患者心境的轉變及緩和病情。曾慈慧（1997）針對中國醫藥學院及中山附設醫院的腎結石及消化性潰瘍之住院病患，應用生、心理模式以及園藝治療理論，測試景觀環境類型、景觀體驗類型以及疾病種類不同對住院病患生心理反應的差異。由住院病患住院第一天開始做三天份追蹤式問卷調查，研究結果發現當醫院景觀環境綠覆率越高時，心理部份的景觀體驗收穫與醫院滿意度越高，生理部份的疼痛改善狀況也越高。因此，可瞭解到遊憩治療對於患有重症疾病者亦有其治療效果。

（三）殘障者

針對遊憩治療於殘障者治療效果進行探討的研究，可概分為肢體與智能殘障兩大類。在肢體殘障方面，O'Hare（1998）針對一名八歲患有生理及精神疾病包

括失明及輕微的腦部癱瘓的女童，讓患者在一處海豚保育中心內每星期與海豚一起游泳半小時。結果發現患者在接受海豚治療後，變得較積極同時也較常微笑，並且與周遭環境也有了較佳的互動。Tomaszewski, Jenkins, & Keller (2001) 在騎馬對於殘障者自我效能 (self-efficacy) 提昇的研究中，讓研究肢體殘障患者參與十二星期的騎馬課程，結果發現騎馬課程確實有助於殘障者的自我效能提昇，而受測者在未接受課程前的原來自我效能越高，其後續參與課程的時間越長。Caldwell, Finkelstein, & Demers (2001) 比較患有生長遲緩、糖尿病的青少年和一般正常青少年的休閒習慣差異的研究中，發現三者從事社交性活動、運動、戶外活動、放鬆活動等類型的休閒活動之時間並沒有差異，但是患有生長遲緩與糖尿病者之休閒無聊感較正常者高，父母對這兩類患者的休閒參與和控制亦較正常的父母高。而智能障礙方面，黃麗卿 (2001) 針對兩名情緒障礙生進行每週一次、每次 60 至 100 分鐘、共五次的舞蹈治療活動。研究結果顯示透過舞蹈治療能夠舒緩情緒障礙生因長期焦慮而出現的肌肉緊張，減低其緊張度，釋放攻擊防禦。梁仲容 (1996) 曾比較智障兒童為 (實驗組一) 與一般兒童 (實驗組二) 接受園藝治療輔導方案的實驗教學後，與未曾接受此方案的一般生 (控制組) 在自我概念、生活適應與休閒態度之差異。研究結果顯示，園藝治療輔導方案對智障學兒同的自我概念、生活適應都有積極正面的影響。由上可知，遊憩治療亦相當適用於肢體與智能障礙者，並同樣具有其治療效果。

(四) 行爲問題者

在行爲問題者方面，岳清清 (2001) 以台北市社區少年學園為對象，針對青少年時期中輟學生的生心理發展與行爲特徵做觀察紀錄的分析界定。研究結果發現透過創作性戲劇，可導正中輟學生的偏差行爲，並給予正確的人生觀及價值觀，幫助中輟學生重新審視自己的行爲，淨化其身，最終走向正常的生活。蔡明富 (1994) 針對台南市二所國小四年級學生共 28 名過動兒童為研究對象，並將人數均分為實驗組與控制組以進行維期八週、每週三次的書法治療。研究結果發現書法治療對國小過動兒童的注意力與過動表現具有立即的輔導效果，實驗組在注意力、自我概念等改進情形，以及在衝動、過動等減少情形甚佳。張瑞香 (2000) 針對桃園少年輔育院學生實驗組 140 名、控制組 70 名，共計 210 名學生，讓他們全部接受「書法藝術審美輔導教育測驗」之前測與後測，進行為期十二週的實驗教學。研究結果發此實驗教學確實能提升同學自主性學書法的興致，並增強習寫自信心，獲得定靜等潛移默化的功效。孫尤利 (1997) 針對七名認輔兒童實施八次的遊戲治療，評定結果發現一開始個案都是感覺較不舒服的，同時攻擊也較多，但是在接受八次遊戲治療處理後，其在學業成就與人際關係的變化效果則有

正向也有負向反應，而在自我概念的效果皆是正向的成長。鍾鳳嬌（2000）針對兩名國小一年級的寄養兒童進行遊戲治療，結果發現藉由遊戲的進行可以使兒童顯現快樂的情緒反應，亦可抒解焦慮、緊張及挫折的情緒，藉以得到自我了解、自我控制，進而促發自我成長的動力。張碧凰（2000）藉由遊戲治療協助一位經評估發現具有潛在危險性暴力行為及社交互動障礙的 5 歲過動兒，在 20 次的治療過程後，發現個案的問題行為消失，暴力行為減低，傾聽能力及互惠技巧則增加。蔡宜青（2000）針對一名國小五年級之選擇性緘默症女童為對象進行兒童藝術治療。個案接受每週一次、每次 40 至 50 分鐘、共 17 次的藝術治療活動，研究結果顯示藝術治療的介入使得個案獲得情感的釋放與支持，並且外在問題行為表現有持續而穩定的進步，但對於個案公開、全面性的口語溝通，尙未有立即性的成效。

隨著適用對象的不同，遊憩治療服務的地點亦隨之而有所差異，一般而言，遊憩治療療程可施行於復健中心、醫院復健部門、心理衛生機構、學校、安養機構、藥隱治療中心、犯罪矯治中心、中途之家、社區活動中心等（杜淑芬，2002）。

陸、遊憩治療發展現況

一、國外發展現況

目前美、日等國已有遊憩治療協會，尤以美國發展頗具規模致使遊憩治療日受重視，因而促成許多相關法案制定。美國自一九五四年公佈「職業復健法」（*Vocational Rehabilitation Act*）以協助殘障的退役軍人獲得醫療及職業訓練保障，一九六三年的「復健法修正案」（*Rehabilitation Act Amendments*）擴大適用範圍，納入疾病與殘障者的休閒生活。一九七七年白宮殘障者會議（*White House Conference on Handicapped Individuals*）中肯定復健法修正案的執行成效，將休閒列入白宮會議關心的十六項領域之一，一九七八年再度修正內容，強調休閒及娛樂服務是復健過程之一，並指明在復健設施、公立特殊計畫及執行方案中必須提供休閒服務（傅惠珍，1992）。另外，一九七一年國際殘障復健組織聯合會於羅馬召開的殘障復健立法會議，最後通過的十七項結論中的第七項即為「提供殘障者保健、運動與休閒設施」（郭為藩，1986）。並且，目前最具公信力與發展最完全的組織即為美國兩大協會 ATRA 與 NTRS，其他國外以有許多相關協會組織，而部分大專院校亦有開設遊憩治療相關課程。

二、國內發展現況

相對於國外專業遊憩治療發展已具完整的規模，反觀台灣目前遊憩治療現況，主要將遊憩治療附屬於醫療機構之職能治療項下，諸如台北市立療養院內由職能治療師與具有藝術技術的人員共同進行藝術治療，臺大醫院緩和病房亦有音樂治療師及美術教育師（楊美女，2000），而台北市立療養院、台北榮民總醫院、林口長庚醫院、三軍總醫院、桃園縣立療養院、彰化秀傳醫院、南投草屯療養院、高雄大寮凱旋醫院復健中心、博愛兒童發展中心、陽明教養院、靜萱療養院、台東馬偕醫院、台東醫院等機構，均利用遊憩治療處方，來幫助精神病患進行復健。除此之外，我國職能治療師法之中，明訂職能治療師業務包含遊憩治療項目。除了醫療機構外，在學術單位方面，將遊憩治療課程列為發展方向的計有國立體育學院適應體育學系、嘉南藥理科技大學休閒保健學系與預計在九十二年成立的嘉義大學體育與休閒治療研究所等（杜淑芬，2002）。另外，在學術研究方面，由於國內尚無專業期刊，因此遊憩治療的相關性研究一般均發表在教育、體育、心理諮詢、精神醫學、心理行為輔導之相關期刊與雜誌之中。此外，目前我國對於殘障者休閒生活照顧的相關法令較少，僅有「殘障福利法」針對殘障者進入公營遊憩區或使用公共設施時給予半價優惠，以及公共空間無障礙設施設置方面的規定（郭為藩，1986）。

柒、結論與建議

遊憩治療乃是依據當事人個人需求，系統化運用遊憩活動的介入，透過遊憩體驗來達到促進當事人身心健康的目標之過程。而遊憩治療的效果已在許多臨床的實證研究中獲得證實。例如：讓病患與海豚游泳、嬉戲或是參加騎馬課程等，藉由動物陪伴的遊憩活動，會讓病人變得較積極，有助於自我效能的提昇。運動能明顯改善憂鬱症患者的憂鬱程度。繪畫能讓緘默症病患獲得情感釋放與支持，同時改善其對於外在問題行為的表現，也可增強慢性精神病分裂症病患與受虐兒童的自我概念、自信心，並改善退縮行為。音樂不僅在心理方面有助於促進精神病患的人際關係、控制焦慮情境並培養正面睡眠情緒，改善啟智班兒童的認知能力、溝通技巧、自我概念、動作發展、行為適應及人際關係互動，影響癌症末期病人的情緒、緩和病情；在生理方面亦可減輕心臟手術前的病患與燒傷患者改善壓力的生理反應和緊張感受，並減輕疼痛程度。戲劇可以促進聽障者與他人溝通的能力，並可矯正中輟生的偏差行為。寫作能提高過動兒的注意力和自我概念，並減少衝動、過動的情形。舞蹈則可減低情緒障礙生的緊張程度，釋放攻擊防禦。而遊戲可增強認輔兒童的自概念，讓過動兒的暴力行為減低、增加傾聽能力與互惠技巧。此外，參與園藝活動則能增強智障兒童的自我概念、生活適應，也可以

讓腎結石及消化性潰瘍的住院病患透過景觀體驗，改善疼痛影響情緒，並提高對醫院的滿意度。因此，基於遊憩活動易接近的特質，除了適用於上述的精神患者、行為問題者、殘障者及重症病患者外，遊憩治療亦可廣為運用於社會大眾。除此之外，一般遊憩治療療程可施行於復健中心、醫院復健部門、心理衛生機構、學校、安養機構、藥隱治療中心、犯罪矯治中心、中途之家、社區活動中心等。也由於遊憩治療的發源地來自西方國家，因此，目前我國遊憩治療發展進程遠不及國外發展現況，仍有極大的發展空間。

有鑑於國外遊憩治療的發展現況，我國應參考其發展歷程，應多方設立遊憩治療的公私部門，並且加強專業遊憩治療師的培訓，同時鼓勵教育單位開設遊憩治療相關課程，如此，才能使遊憩治療廣泛性的增加專業學術性機構與特殊性團體。再者，舉辦國際學術研討會，聘請國外知名學者分享經驗，並且積極籌辦發行專業期刊，使國內遊憩治療療程有更好的發展方向，引起社會大眾的共鳴，形成遊憩治療療程的專業化與普及化。此外，國內關於遊憩治療的研究仍屬相當缺乏的狀態，日後可針對不同型態之遊憩治療的使用族群，進行治療效果的研究與分析，以奠定國內遊憩治療學術研究的根基。

參考文獻

- 王淑女(1995)青少年的休閒活動與偏差行為。社區發展季刊，72，105-122。
- 吳欣怡(2001)藝術治療對慢性精神分裂症病患的介入－個案研究。臺北市立師範學院視覺藝術研究所碩士論文。
- 吳雅珍(1999)淺談舞蹈治療。國立台灣體育學院學報，5(下)，289-306。
- 李宗芹(1996)與心共舞－舞蹈治療的理論與實踐。台北：遠流出版公司。
- 李德芬、黃秀梨(1997)音樂治療對燒傷病患換藥疼痛反應之探討。台灣精神醫學，11，28-39。
- 李選、葉美玉、劉燦榮(1995)音樂治療對改善住院精神病患精神症狀與人際互動之成效。護理研究，1，145-157。
- 杜淑芬(2002)休閒治療的現況與展望。輔仁大學心理學系三十週年系慶學術研討會論文輯，輔仁大學心理學系主編。
- 沐桂新(1995)休閒治療－休閒活動的醫療及心理輔導效能之探討。學生輔導通訊，

39, 38-43。

岳清清(2001)創作性戲劇對國民中學中輟學生應用之研究—以台北市社區少年學園為例。中國文化大學戲劇研究所論士論文。

林一真(1995)休閒輔導模式與休閒輔導實務。學生輔導通訊, 39, 24-31。

林貴美(1993)音樂治療與教育手冊—音樂治療與教育的基本概念與活動設計。台北:心理。

林貴美(1994)運動治療對自閉症兒童學習影響之研究。國立臺北師範學院特殊教育系碩士論文。

侯禎塘(1987)藝術治療團體對特殊學校肢體殘障國中學生人格適應之影響。國立彰化師範大學輔導研究所碩士論文。

姜義村(1999)災後復建臺灣需要休閒治療。中央日報, 民國 88 年 11 月 9 日, http://edu.ocac.gov.tw/class/2000/2000_01_06.htm。

洪光遠等譯, Landy, R. J. 著(1998)戲劇治療—概念、理論與實務。台北:心理。

范瓊方(1995)藝術治療在幼兒教育上的運用。國教月刊, 41(9、10), 頁 32-37。

孫尤利(1997)應用遊戲治療於國小認輔兒童之實證研究。國立彰化師範大學輔導研究所碩士論文。

徐中盈譯, Kisner, C. & Colby L. A. 著(2000)運動治療學—基礎與技術。台北:合記。

徐惠嬪(2001)三角休閒諮商模式對中輟學生團體輔導之行動研究—榮耀之役。國立高雄師範大學輔導研究所碩士論文。

徐麗麗、胡文郁、邱泰源、陳慶餘(1998)音樂治療於緩和醫療之應用。基層層學, 13, 32-33。

張連強(2001)創作性戲劇活動對聽覺障礙學童家長生活影響之研究—以台北市立啓聰學校為例。中國文化大學戲劇研究所碩士論文。

張瑞香(2000)以書法藝術作為審美輔導教育之研究—桃園少年輔育院為例。國立臺灣師範大學美術研究所碩士論文。

張瑛、黃秀梨、李明濱、許心恬、廖玟君(1996)音樂治療對心臟病人手術前壓力反應之效果。中華精神醫學, 10 卷, 128-137。

- 張碧鳳(2000)運用遊戲治療於一位過動兒之經驗。護理雜誌，47(6)，88-94。
- 梁仲容(1996)園藝治療輔導方案對國小兒童自我概念、生活適應與休閒態度影響效果之研究。國立臺南師院初等教育學報，9，333-373。
- 許邏灣譯，McNiff, S.著(1992)藝術治療。台北：新路。
- 郭為藩(1986)殘障復健立法的課題。我國特殊教育的現代化，中華民國特殊教育學會編，(pp.12-32)，台北：中華民國特殊教育學會。
- 陳盈芊(1983)休閒治療師－專業人員的新領域。特殊教育季刊，9，36-40。。
- 陳賦雲(1992)特殊學生之休閒輔導。特教園丁，8(2)，19-22。
- 陳學添(2001)藝術治療介入對受虐兒童自我概念之影響－個案研究。臺北市立師範學院視覺藝術研究所碩士論文。
- 陸雅青(1993)藝術治療：繪畫詮釋－從美術進入孩子的心靈世界。台北：心理。
- 陸雅青(2000)藝術治療團體實務研究－以破碎家庭兒童為例。台北：五南。
- 凌霜(1992)運動療法。台北：星光。
- 傅惠珍(1992)視覺障礙學生休閒生活現況之研究。台灣師範大學特殊教育研究所碩士論文。
- 曾慈慧(1997)醫院景觀環境差異對病人生心理反應之研究－以台中市中國醫藥學院與中山附設醫院為例。逢甲大學建築及都市計畫研究所碩士論文。
- 黃榮真(1994)國小啟智班學童音樂治療研究。特教園丁，10，25-33。
- 黃麗卿(2001)情緒障礙生舞蹈治療歷程的分析。國立頭城家商學報，1，142-157。
- 楊美女(2000)藝術治療。板中學報，3，177-186。
- 詹文宏(1992)自閉兒的休閒輔導。特教園丁，8(2)，25-28。
- 劉富文(1999)人與植物的關係。科學農業，47(1、2)，2-10。
- 劉焜輝(1996)遊戲治療理論與實施。台北：天馬。
- 蔡宜青(2000)藝術治療對選擇性緘默症兒童的介入－個案研究。臺北市立師範學院視覺藝術研究所碩士論文。
- 蔡明富(1994)書法治療對國小過動兒童問題行為與自我概念輔導效果之研究。國立

- 台南師範學院初學教育研究所碩士論文。
- 賴念華、陳秉華(1996)成長團體中藝術媒材的介入——一個成員體驗的歷程分析。教育心理學報，29，233-258。
- 賴俊喬(2002)物理治療與職能治療。花智通訊。
- 賴炫政(2000)運動對憂鬱症的影響。國立臺灣師範大學體育研究所碩士論文。
- 謝瑞瑁(1970)園藝治療在休憩利用研究。國立臺灣大學園藝研究所碩士論文。
- 鍾鳳嬌(2000)兒童遊戲治療的歷程分析。國立台中師範學院幼兒教育季刊，12，59-92。
- AATA (1995). Ethical Standards for Art Therapists. IL: American Art Therapy Association.
- ATRA (2002). <http://www.atra-tr.org>
- Austin, D. R. (2001). Therapeutic Recreation: Processes and Techniques. Champaign, Ill.: Sagamore Pub.
- Austin, D. R., & Crawford, M. E. (2001). Therapeutic Recreation: An Introduction (3rd ed.). Boston: Allyn and Bacon.
- Buettner, L., & Martin, H. L. (1995). Therapeutic Recreation in the Nursing Home. Venture Publishing.
- Caldwell, L. L., Finkelstein, J. W., & Demers, B. (2001). Exploring the leisure behavior patterns and experiences of youth with endocrinological disorders: Implications for therapeutic recreation. Therapeutic Recreation Journal, 35(3), 236-249.
- Carter, M. J., Robb, G. M., & Van Andel, G. E. (1995). Therapeutic Recreation: A Practical Approach (2nd ed.). Prospect Heights, Ill.: Waveland Press.
- Corvillen, J., & Bernardi, L. M. (1999). Helping employees manage stress. The Canadian Manager, 24(3), 11-14.
- Donald, E. M. (1979). Music Therapy. Springfield, Illinois, Charles C. Thomas.
- Faulkner, R. W. (1991). Therapeutic Recreation Protocol for Treatment of Substance Addictions. State College, PA: Venture Publishing.
- Hiro Chino(1997). Fukushi Recreation TR in Japan.

<http://www.recreationtherapy.com/rt.htm>

- Kolanowski, A. M., Buettner, L., Costa, P. T., & Litaker, M. S. (2001). Capturing interests: Therapeutic recreation activities for persons with dementia. *Therapeutic Recreation Journal*, 35(3), 220-235.
- Malkin, M. J., & Howe, C. Z. (1993). *Research in Therapeutic Recreation: Concepts and Methods*. State College, PA: Venture Publishing.
- O'Hare, J. (1998). Dolphin discovery. *The Exceptional Parent*, 28(3), 22-25.
- O'Morrow, G. S., & Carter, M. J. (1997). *Effective Management in Therapeutic Recreation Service*. State College, PA: Venture Publishing.
- Tomaszweski, S. F., Jenkins, S. R., & Keller, J. (2001). An evaluation of therapeutic horseback riding programs for adults with physical impairments. *Therapeutic Recreation Journal*, 35(3), 250-257.
- Wadson, H. (1987). *The Dynamics of Art Psychotherapy*. New York: John Wiley & Sons.
- Wilhite, B. C. & Keller, M. J. (1992). *Therapeutic Recreation: Cases and Exercises*. State College, Pa.: Venture Pub.