

國立臺灣師範大學特殊教育學系、特殊教育中心
特殊教育研究學刊，民 91，23 期，25-49 頁

以教師為個案管理員的專業團隊運作 --以一所國小為例

顏秀雯

王天苗

臺中市西屯國小

國立臺灣師範大學

本研究以一國小為例，探究以教師擔任個案管理員的專業團隊的運作。採用質性研究方法，透過第一階段的參與觀察及第二階段的行動研究，加上深度訪談及相關文件資料的蒐集，進行了為期七個月的現場工作。

本研究發現：第一階段，特教老師和治療師共同合作，從評估、IEP 目標的擬定到專業服務的提供。教師雖積極參與，但因治療師仍以一對一的方式進行治療，無法達到治療與教學結合的目的。第二階段的行動研究，治療的進行改由老師將治療師提供的策略融入教學而治療師入班協助的合作方式，藉由老師平日教學執行治療策略，較易達到治療的成效。由固定的溝通交流，對促進專業間的了解、專業間的角色釋放及專業間的溝通，進而建立專業間相互信任的關係有很大的幫助。

整體而言，專業團隊的運作主要受到老師和治療師過去的經驗、專業間的了解與溝通、對教師主導角色的認知和接納的影響。最後提出一些建議，期望能更加提昇專業團隊的效能及服務提供的品質。

關鍵字：專業團隊、個案管理員、質性研究

研究背景

國外先進國家過去三十年來，因為重視人權，讓反隔離、零拒絕、統合 (integration) 或融合教育 (inclusive education) 能逐漸付諸實現，影響所及，使學校裏各種不同障礙和高危險群 (at risk) 的學生人數快速增加，尤其學生的障礙程度日趨複雜而且嚴重 (Thomas, Correa, & Morsink 1995)。為了顧及身心障礙學生發展及

學習上的全面需求，國外學者建議，特殊教育和普通教育雙軌制應該合而為一，形成全面性的教育系統 (comprehensive educational system)，才能使教學更好，而且服務更多的學生；更重要的是，結合不同領域的專業人員一起合作，才能滿足不同障礙學生的學習需求，並且提供老師所需要的教學支援 (Anderson, Hawkins, Hamilton, & Hampton, 1999; Ysseldyke, Algozzine, & Turlow, 2000)。Rainforth, York 和 MacDonald (1992)

指出，特殊教育「應該被視為是一種服務及支持的系統，而非一種方案（program）和安置」，正可以反映出特殊教育學生多樣性的需求。

在臺灣，依照身心障礙保護法（民 86）的規定，各級學校「不得因其障礙類別、程度、或尚未設置特殊教育班（學校）而拒絕其入學」，因此「所有」身心障礙者（包括嚴重障礙者）的就學權是受到保障的。如同國外先進國家的發展一樣，國內這十多年來，隨著一些障礙狀況較複雜或嚴重的學生逐漸進入學校受教後，特教老師面臨了前所未有的挑戰，常有特教專業無法應付的情形出現，而需要其他專業人員的支援。

「若要提供身心障礙學生適性的教育，單靠教育人員是不夠的……唯有結合教育、心理、社會、醫學、法律、科技等不同領域的專業人員，擬定綜合的教學與療育計劃，才能發揮科際整合的效果，提供身心障礙學生所需的服務」

以上這段在「中華民國身心障礙教育報告書」（教育部，民 84）裏的內容，最能表示出專業整合的需求。

自從特殊教育法（民 86）「身心障礙教育之診斷與教學工作，應以專業團隊合作進行為原則」的規定以後，相繼公佈實施「特殊教育相關專業人員及助理人員選用辦法」（民 88）和「身心障礙教育專業團隊設置與實施辦法」（民 88），使教育以外的其他專業領域人員得以依規定進入了學校系統裏。專業人員間透過團隊的運作共同合作，來協助身心障礙學生。正因為如此，我們要關心的是，「如何」讓身心障礙學生在有效能的專業合作之下，獲得他們所需要的教育和相關專業服務。

一、專業團隊的運作

專業團隊要如何合作？以國外的經驗看來，主要有「多專業」（multidisciplinary）、「專業間」（interdisciplinary）和「跨專業」（transdisciplinary）等三種專業合作的模式，其中，「跨專業」合作模式被認為是最佳的模式（王天苗，民 83；鈕文英，民 87；McWilliam & Strain, 1993；

Woodruff & McGonigel, 1988）。「跨專業」合作方式主要是由和個案最重要的專業人員擔任「個案管理員」（case manager），其他專業人員則採「間接服務」方式，提供個案員示範、諮詢和檢視等服務，共同提供最具統整性的團隊服務（Woodruff & McGonigel, 1988）。

「跨專業」的合作模式所以比較好，主要是從專業人員間的溝通互動、個案服務決策和經濟等方面來考量的。首先，從專業人員間的溝通互動來看，「多專業」合作方式雖然強調不同專業人員的共同「參與」，但是大家主要就個案情況各自進行處理，所以溝通互動機會甚少，提出的建議容易產生衝突；「專業間」合作方式強調彼此之間的溝通，分享對個案的評估結果，並且整合專業的服務目標；「跨專業」合作時，專業人員間的互動層次最高，彼此交換資訊、知識和技能，從評估、擬定目標到服務的執行，都經過團隊成員的討論和共同決定（Raver, 1991）。

再從個案服務決策的觀點來看，因為「跨專業」模式是團體共同做決策，不但可以減少因為個別決策帶來的錯誤，更有效率，而且共同擬定的目標也更符合身心障礙學生複雜的特殊需求（Raver, 1991）。最後，就經濟上的考量，「跨專業」合作模式被認為是三者當中最省錢和省時間的。透過個案管理員，除了可以提供整合性的服務，使專業服務不但具有成本效益（efficiency）及成效（effectiveness），更可以減少服務過程中評估或建議策略重複的情形，同時也可以減少時間或體力上的負擔（王天苗，民 88；McLaughlin & Wehman, 1992）。

不可否認的，「跨專業」合作的過程中，往往可能會遭遇時間安排困難、理念共識達成不易、成員不易做到分享責任、團隊人員間的通及人際互動關係有困難等問題，而且團隊合作需要有充分的職前訓練才能達到合作的效果（Raver, 1991）。

儘管如此，就如同 Thomas 等人（1995）

所說的，如果各專業人員都只以自己的專業來描述問題，專業人員之間也沒有互動和溝通，這樣的服務，即使有相同的目標和服務對象，對於服務對象而言，仍然是破碎、不完整的，也會使父母無所適從。有人更指出，專業服務的提供最需要考量的方法，就是以最少的人力和物力、卻達到最大效益的做法 (Adelman & Taylor, 1998)。因此，雖然「跨專業」合作方式有些實施上的困難，但是相較於其他的兩種方式，它仍然被認為是最值得採用的方式。

在國內有限的文獻裏，大多數探討專業整合的需求情形、服務定點、合作方式、專業整合相關配合措施或專業整合實施的相關因素等 (洪儷瑜、鈕文英，民 85；趙可屏，民 86；蕭夙娟、王天苗，民 87)。值得注意的是，以國內特殊教育學生需要的專業看來，主要還是對物理、職能和語言治療專業人員的需求量最大 (蕭夙娟、王天苗，民 87)。然而，至今治療師的人力都無法滿足醫療系統的需求量，更遑論學校系統內特殊教育學生的大量需求了。以物理治療師為例，到民國八十八年三月止，臺灣地區領有物理治療證照者僅有 1,203 人，而且集中在都會區 (柴惠敏，民 88)；在八十九學年度時，在教育系統服務的物理治療師僅有 131 名，人力分佈不平均 (王雅瑜等，民 90)。

正因為國內有限的治療師專業人力，卻要因應學校內大量特殊教育學生的需要，就讓我們似乎不得不考量要採取以最少的人力卻服務最多特殊教育學生的「跨專業」合作模式來運作團隊。到目前為止，國內僅有一篇探討「跨專業」合作的研究，作者在一所幼稚園裏，成功運作了以「特殊教育教師」擔任所有園內發展遲緩幼兒的「個案管理員」，其他專業人員則以「間接服務」的方式，提供特教老師諮詢和協助。特教老師除了負責協調及安排治療師和義工，並且協助班級教師進行評估幼兒及設計和執行個別化教學 (王天苗，民 90)。廖華芳和李靜芬 (民 86)

稱這種「間接服務」的方式，不僅符合人力精簡的原則，更會是國內未來發展的趨勢。

二、專業間的合作

各專業領域本就有各自專精之處，來自不同背景的專業人員要一起合作，也著實不易。要如何做才能達到合作的效果呢？根據國外文獻，專業團隊內的成員要為相同的問題一起努力，協調彼此的專業，合為一體，這樣才能提供身心障礙兒童整體性的服務 (Bailey, 1984; Pfeiffer, 1980)。團隊的形成，往往經歷形成 (forming)、風暴 (storming)、常態 (norming) 和終止 (adjourning) 等主要四個階段：初成為團隊的一分子之後，溝通過程彼此很可能會發生爭執、對立，挑戰領導者的能力；更在過程中，重新界定彼此的角色關係，建立共同的目標；最後，成員從互動中，確定各自在團隊中的關係，並且感受到自己的專業受尊重，直到目標完成為止 (Abelson & Woodman, 1983)。有學者就指出，如果期待團隊成員能夠立刻順利地進行合作是不切實際的想法 (Raver, 1991)。團隊的形成初期，爭執或對立在所難免，因此要成功地運作團隊，是需要時間，更需要彼此充分的溝通，來共同解決問題 (Jordan, Gallagher, Hutinger, & Karnes, 1988)。

專業團隊形成以後，成員逐漸會對自己在專業團隊中的角色、甚至於角色的存在產生質疑。例如，班級老師可能會覺得自己的負荷量很大或是覺得治療師提出的策略不切實際；治療師則可能會因為服務個案量大太，沒時間或少有時間和老師進行討論和溝通。此外，不同專業人員會對學生的某一問題會有不同的看法，甚至於專業間能共同討論個案學習上的優劣，也能一起設計教學，但是彼此對於對方專業領域的課程和教學目標卻一無所知。因此，國外學者建議，一個有效能的專業團隊，除了需要時間讓彼此熟悉，團隊成員也需要清楚彼此的角色定位，換言之，每個人都清楚地瞭解每個角色需要做的工作 (Abelson

& Woodman, 1983; Thomas et al., 1995)。如果大家不能清楚瞭解彼此的角色，就很可能發生期待其他成員去解決學生的問題或希望短期可以看到效果等不合理或不切實際的期待。上述問題容易發生在合作的初期，但是隨著團隊的合作逐漸上軌道，問題會漸漸減少，自然對團隊合作的品質有正面的幫助 (Abelson & Woodman, 1983)。

要使成員彼此可以瞭解各自的角色並且整合彼此的專業，在專業合作的過程裏，大家學習去釋放專業角色是有必要的。Lyon 和 Lyon (1980) 把角色釋放分成一般知識、技能知識和表現知識三個層級，認為在專業合作時，尤其要釋放「表現知識」。因此，成員不僅要溝通彼此的指導原則或一般性的技巧，更要具體告知進行的方式。當團隊成員願意以彼此「分享」替代「防衛」的時候，慢慢地也就能夠建立彼此相互信任的關係。

Maher 和 Hawryluk (1983) 指出，在角色釋放的過程中，團隊成員必須有下列四項特質：有意願接受其它領域訓練、有能力參與問題解決、有足夠時間去參與團隊運作及執行在團隊中自己承擔的任務。他們認為，唯有具備這四項特質和共識，角色釋放的過程才能順利進行，並確保專業團隊成員間有繼續合作的意願。此外，專業團隊成員有時候還必須放棄自己的某些角色，或透過練習來學習合作 (Dettmer, Dyck, & Thurston, 1996)。

三、專業團隊中教師的角色

根據國內外學者指出，學校系統專業團隊的運作，教師往往要扮演「個案管理員」的角色 (王天苗, 民 88; Strickland & Turnbull, 1990)。所謂「個案管理員」，就是說，當特殊教育學生所需要的專業服務不只一種的時候，就需要有一人擔任管理者和協調者，整合其他專業人員所提供的服務，使學生不需要一一面對不同的專業人員，也省去家長疲於奔命 (王天苗, 民 88)。廖華芳和李靜芬 (民 86) 就曾建議：「學校系統專

業團隊運作模式，教師的主動參與以及積極投入是相當重要的，而且需事先加以規劃在運作模式中，以免在提供專業服務的過程當中，教師容易置身事外」。

長久以來，特教老師的專業培訓多缺乏與其他專業人員合作有關的課程內容，一旦合作，往往成就大打折扣或產生的問題。因此，Hudson 和 Glomb (1997) 建議，特教老師除了要瞭解和尊重其他專業之外，還要學習從多方面的觀點去考量，更要具備有效的溝通技巧和與他人合作的策略，這樣才能和其他專業人員共同解決學生的問題。

行動的契機和問題焦點

臺北縣在民國八十四年起，就開始為期三年的專業團隊運作模式試驗計畫，不過當初最主要服務的對象是在家教育的學生。從教育局資料和研究報告裏可以知道，整個專業服務主要還是以醫療系統主導，接受服務的者也多限於領有身心障礙手冊的學生。

隨著特教法的公布，學校體系依法納入特教以外的其他專業人員，這時候，由學校主導團隊運作的迫切性就愈來愈大了。不過，依照各縣市專業團隊實施的情形，大多數只是相關專業人員入校提供身心障礙學生「直接服務」，專業人員之間少有或甚至沒有溝通 (趙可屏, 民 86)。為了使臺北縣的專業團隊服務能更好，首先，我們收集了團隊運作相關文獻及臺北縣學校相關人員提供的經驗和運作困難等資料，再進一步與教育局承辦員及相關人員進行三次的討論會，最後決定了「以特教老師擔任學生個案管理員」的想法為基礎，進行新學年的新嘗試，改變過去教師被動參與或不參與的團隊運作方式。也就是說，企圖以下的嘗試：(1)服務方式：從在中心學校的定點服務改變成「巡迴到校服務」；(2)服務提供：治療師主要以「間接服務」方式提供教師和家長

諮詢服務。因此，所謂老師擔任學生的「個案管理員」，是強調老師在專業團隊運作中，從評估個案、設計 IEP 和教學的過程中，都要擔任「主導」的角色。

這樣新的嘗試，是希望這些治療師到校不是做「治療」，而是能瞭解學生的學習生態環境，提供出能和特殊教育結合的建議。此外，企圖改變以前「到了治療時間，老師就把學生交給治療師，治療和教學互不相干」及「治療師習慣了醫療模式，一對一地進行治療」的方式，期望讓學校老師不但能有更多參與的機會，更重要的是讓老師以「個案管理員」的角色，負起協調專業團隊運作的責任及整合其他專業人員所提供的服務。整體的規劃，首先由特教老師進行學生的初步評估，以提供治療師有關學生的學習及行為狀況的資料，治療師再針對老師所提供的資料進行評估。在這過程裏，期望老師一方面根據對學生的了解，很快和治療師溝通學生的狀況，縮短治療師評估的時間，另一方面也協助處理學生可能有的情緒或行為上的問題。接下來的，就是治療師提供老師設計個別化教育計畫（IEP）目標的建議，協助老師把治療重點和策略融入平時的課程教學當中（會議記錄 A08-16；會議記錄 A09-01）。

由於臺北縣新行動在八十九學年度嘗試實施，為了掌握情形，經過教育局的行政協調與支持，在考量師資、學校的配合度的條件下，最後選定了「武當國小」為本研究的場域。由第一作者進入現場收集資料，第二作者則擔任專業顧問，提供諮詢，協助新行動的進行。

在這個研究裏，企圖打破「傳統」，在武當國小嘗試以教師為「個案管理員」、其他專業人員提供「諮詢服務」的專業團隊合作模式來實施。研究主要目的就是，去瞭解在運作過程中實際發生的情形。老師和相關專業人員之間會有什麼合作機制？老師又如何扮演個案管理員的角色？更重要的是，想探究大家在遭遇到問題之

後，如何凝聚共識、溝通協調，共同去解決問題。

研究方法

一、研究設計

本研究為了深入探究以教師擔任個案管理員的專業團隊運作的實施過程，第一作者進入研究現場，希望能從參與者的觀點蒐集資料，設法掌握及理解當事者在過程中主觀的想法，以達到了解「社會事實」（social reality）的完整面貌（引自劉仲冬，民 85）。本研究主要採取「參與式的行動研究」（participatory action research）設計，一方面整合理論與實證研究，另一方面將理論直接運用於研究當中（賴秀芬，郭淑珍，民 85），並以實踐的方式來回修正理論與實際之間的辯證張力（dialectical tension）（引自夏林清，民 85）。

由第一作者在武當國小的場域裏，在直接觀察和訪談過程中，與老師、治療師、障礙學生和家長建立了多面向和長期性的關係。透過參與研究者的觀點，瞭解研究場域中的個體如何建構及解釋新的專業團隊運作的過程及意義，而且在觀察彼此的互動過程中，獲得了對不同專業運作經驗的解釋。此外，經由第二作者的推動和專業諮詢，使本行動有了啓動，更在過程中引導現場老師行動的走向。希望藉由參與式行動研究的設計，對於學校系統專業團隊運作現場中發現的問題，能適時有所改進。

二、研究現場

本研究的現場「武當國小」，是一個臺北縣近市中心的學校，辦校績效佳。依據武當國小 89 學年度校方資料，全校共有 83 班，一至六年級每年級約 12 至 14 班，另有啓智班 2 班、資源班 1 班和附設幼稚園 2 班。學生人數共 2,741 名，老師人數共 144 名。該校的特殊班、資源班及特殊教育學生活動區域（以下稱特教區）是本研究的焦點場所。

三、研究參與者

參與本研究的人員，除兩名作者外，還包括教育局行政人員三名、武當國小的特殊班和資源班老師六名及特教組長一名、職能治療師四名、物理治療師一名和語言治療師一名。如前所述，第一作者擔任現場參與觀察、訪談和資料收集的工作，第二作者則負責溝通觀念、整合意見、提供行動諮詢等工作。教育局人員除了提供過去團隊實施的經驗外，主要還是在過程中扮演行政協調和支持的角色。該國小特殊教育老師都具有特教訓練背景，治療師則因前一年曾和老師有合作經驗，彼此是熟識的，只是過去是以直接服務方式提供學生治療。

四、研究時間

進入現場是在 89 學年度 9 月 21 日，於 90 年 4 月 20 日正式退出現場。除去春節假期，整個研究共約七個月的時間在現場蒐集資料。

五、研究程序

在正式進入武當國小之前，我們先透過與教育局承辦人員的非正式溝通和討論，初步了解往年北縣專業團隊的運作情形。隨後，我們更和基層優秀老師共同討論新想法和新行動的做法，並和各學會代表進行討論，取得行動的共識。

經教育局承辦人員的陪同和引見，第一次拜訪了武當國小，與校長、行政主管和特教老師解說了想法和行動，獲得校長的大力支持。我們也由會後與特教老師於資源班內的小聚會，建立起初步的合作關係，也逐步開啓了兩階段的研究工作。

第一階段，是進入現場後到上學期專業服務結束的期間。由於本學期治療師入校服務時間晚，學校老師又對教育局公文的内容中所提出的新運作模式不瞭解，更由於第一作者初次進入研究場域，在不知道該如何著手的情況之下，改變了原先想直接進入行動共識形成的程序，改採「參與觀察法」，從觀察和非正式訪談的過程中收集的現場發生情形的資料。

第二階段，則是從上學期末針對修正行動的討論並凝聚共識起到下學期退出研究場域為止。本階段主要採行動研究方法，透過我們和現場老師和治療師們的協力合作，形成改進的共識，並且逐步進行循環式的改造行動。

六、資料蒐集與紀錄

在這研究，收集資料的方法主要是採取參與觀察，並且透過深度訪談和收集相關文件、會議記錄及討論資料，掌握事象和想法。希望從不同的資料來源增加對事件的全面了解，也藉由不同資料來源，相互驗證及比對觀察所得的資料。

(一) 參與觀察

整個研究過程當中，主要針對專業服務過程進行參與觀察，共十七次。第一階段參與職能治療的觀察約一星期一次，時間是從早上 9 點到下午 5 點。到了第二階段，則兩星期一次觀察兩組職能治療師進行服務，共十三次。第一和第二階段對語言治療的觀察約一個月一次，也從早上 9 點到下午 5 點，共五次；物理治療的服務，則在第二階段才進行參與觀察，一個月一次，每次觀察時間從早上 9 點到 12 點，共三次。在觀察現場，研究者摘要記錄發生的情形，在當晚回溯完成一日詳細的觀察筆記。詳細的觀察紀錄內容包括了時間、地點、參與者、觀察內容、歸類、反思心得及尚待澄清的問題等。

(二) 深度訪談

本研究爲了深入了解研究參與者的觀點及澄清問題，以正式和非正式的訪談蒐集資料。正式訪談的進行，主要是採一對一或一對二的方式，以半結構式訪談爲主軸。過程進行錄音，事後請特教輔系的學生協助將訪談內容轉成逐字稿。

爲了不耽誤老師太多的時間，並且及時反應問題，平日主要還是多以非正式的隨機交談爲主，談話內容或摘要記錄在研究日誌中。無論逐字稿或研究日誌，第一作者都即刻逐字逐句地閱讀並進行分析，並把訪談過程中尚未澄清的問題記錄下來，作爲下一步訪談時的參考。

(三) 文件蒐集

收集的相關文件主要有：會議記錄及相關書面資料兩大類。會議記錄包括教育局有關專業服務會議及武當國小特教班有關的討論會。此外，透過教育局承辦人、特教組長、特教老師等管道或利用出席會議的機會，蒐集相關的書面資料。

七、研究者的角色

在研究過程當中，主要是透過第一作者進行現場的資料收集，企圖對專業團隊運作的情形、行動進行及最後的結果有完整的了解。在現場，第一作者隨時提醒自己多以「學習者」的角色自處，盡可能的拋下自己的既定成見，才看得到真實的經驗與事件。十一月，專業服務開始進行，最初的幾次，希望能夠蒐集到研究參與者在不受干預之下真實的反應及互動情形，所以只做一個「旁觀者」，盡可能地把現場觀察到的詳盡紀錄。除此之外，隨著時間推移，第一作者也嘗試去融入及協助，逐漸加入他們的討論。例如，幫忙澄清老師或家長提出的問題，主動提問題讓治療師更了解老師或家長真正想要的協助是什麼，或是提醒治療師或老師做示範給對方看等。扮演的角色從幾乎不參與的旁觀者漸次轉變成比較主動的「助理」和「參與者」。

第一作者更努力促使老師完整地表達他們的問題和期待，或是盡可能地讓治療師以較少專業術語的方式表達意見，使雙方了解彼此專業養成背景不同及彼此看事情角度和觀點上的差異，因此，也扮演了治療師口中「橋樑者」的角色。當然，在行動中，第一作者也努力試著跟老師一起發現問題、一起找解決方法，藉由這種「友伴」關係，讓自己真正參與在情境脈絡之中。

至於第二作者在這研究裏，扮演著使專業團隊有效運作推動者的角色。在第一次與校方會面和會後與特教老師非正式的小聚中，說明以教師為個案員的想法，陳述在武當國校的嘗試行動，並溝通可能的做法。到了第二階段，更在老師集體行動過程中，擔任「專業諮詢者」的角色，協

助老師釐清問題，形成解決策略的共識。例如，透過期末檢討會，與老師和治療師商討行動策略（例如排課方式）；並在隨後改變行動策略時，透過第一作者，提供意見。

八、資料整理與分析

研究的過程當中，第一作者一面蒐集資料，一面著手做初步的分析，在過程中不斷做持續的比較分析和澄清問題，分析關鍵意義以及尋找主題，待研究最後再做整體性的分析。同時，藉由文獻資料，除了提供一些不同的思考角度與觀點，更協助進行更細微的分析。第二作者則在資料整理和分析過程中，不但不斷地和第一作者交換討論觀察和訪談的結果，並且協助釐清與歸納出關鍵主題。

研究資料歸類成研究日誌、會議記錄、訪談紀錄及相關文件等四類，又依「資料來源」分為教育局（以 A 代表），特教老師（以 S 代表）和治療師（以 T 為代表）。最後，將資料按照「類別」、「資料來源」和「時間」的順序編碼。進行所有資料分析時，反覆地逐字逐句閱讀，畫出重點句子和段落，並在旁邊寫下關鍵重點（例如「角色定位」、「角色釋放」或「專業間彼此的期待」等）。關鍵詞形成概念之後，再將相互關聯的關鍵意義集合成主題：例如「提供不同思考及想法」、「角色釋放」和「矛盾心情」形成「專業間的交流及協助」。主題形成之後，彼此之間若有相關，再形成更高層的「核心主題」：例如「專業間彼此的期待」、「專業間的交流與互動」和「角色定位」形成「專業間的互動」。

九、研究的信賴度

本研究以多方資料的核對、同儕的檢定、研究者與參與者的關係及研究者的反省等四種方法建立本研究的信賴度，確保研究品質。

(一) 多方資料的核對

本研究運用不同來源、不同方法蒐集多方的資料，同時隨時進行資料的比對，增加資料分析的可信度，交叉檢核在相同情境下『發生資

料』，是否呈現一致的事實或研究者是否詮釋成同一觀點（Guba, 1981）。例如，當老師反應治療師提供的建議太「治療性」的時候，研究者則尋求治療師對此說法的看法。同時，或當觀察到教師有「被動陪同」的情形，則透過和老師及治療師的訪談，確認這現象的存在。在期末會議裡，研究者會把研究所紀錄及觀察到的做簡單的口頭報告，並詢問在場的老師和治療師，這些結果或結論是否與事實相符。

（二）同儕的檢定

在研究的過程當中，研究者邀請一位特教系研究生同學，擔任協同編碼者。由於她也曾修習過兩門質性研究法的課程，在過程中，彼此不斷對研究法運用、事象發現和解釋、資料分析和行動規劃進行持續的討論和檢視。針對研究日誌和訪談記錄的資料分析及解釋上，也相互對照和討論，最後達成資料歸類的共識。

（三）研究者與研究參與者的關係

就質性研究觀點，「欲獲得現場人們的支持，研究者就像在學習一個不同文化或次文化，需仔細觀看或傾聽現場所顯露的，以熟悉現場人們每日的生活方式」（黃瑞琴，民 81）。因此，現場參與的第一作者除了平日到校觀察外，也會利用機會和老師們閒話家常，分享生活心情及特殊個案的教學。除了增進和研究參與者的互動外，也積極扮演一個學習者的角色，用心觀察及傾聽不同專業人員以及老師們的觀點和心聲。這樣的角色和經驗不僅讓大家容易接受研究者，而且在拉近彼此距離之餘，也能夠將心裡更真實的感受和研究者分享。

（四）研究者的反省

由於我們對團隊運作的熟悉和對理想運作方式的「執著」，往往可能會製造現場老師的壓力或收集資料的偏頗，這是我們彼此不斷提醒對方的。對現場工作的第一作者而言，更是需要在過程中不斷反省自己的角色和經驗對資料收集的影響。尤其，第一作者不斷地反省，不可以因為曾

經擔任過啟智班教師的經驗，以至對該校教師有過度的期待。此外，由於對於專業團隊運作的期望過高，有時會發現對於老師所表達的負面情緒或評價，會感到難過甚或刻意忽視，所以經常在不斷地克制自己的衝動和研究倫理中掙扎。不過，研究者時時提醒自己，過程永遠來得比結果重要，如果重新轉換一個角度及心態後，發現對於情境的融入以及現象的觀察有更多的收穫。

研究發現

在我們對於「以教師擔任個案管理員的專業團隊運作」的發想之後，透過七個月的實地參與觀察，把蒐集到的資料加以歸納整理分析，以「第一階段的嘗試」、「第二階段的行動」及「專業團隊運作外一章」三部分書寫，希望能如實地將過程的樣貌做完整的呈現。

一、第一階段的嘗試

時序進入十一月，教育局的公文傳達到各校，專業團隊終於開始進入各校提供服務。由於這次新行動沒有辦研習，只憑教育局公文規定：「治療師到校提供服務時，學校教師務必參與相關評估、教學訓練及討論，以利將專業服務融入日常教學活動」，使老師或治療師對於新角色的扮演，都還是模模糊糊的。根據研究者在過程中觀察到的和收集研究參與者表達的觀點及看法，歸納出「教師參與評估」、「教師參與治療」和「治療融入課程教學」三個主題。

（一）教師參與評估

過去，治療師到校，從評估到治療工作都獨立作業，和老師的教學幾近無關。在這新行動之下，教育局的公文首先要老師參與學生的評估工作，和過去實施不同的地方是，由老師運用整合各專業評估內容的評估表負責初步的評估工作。

為了讓老師從評估學生能力開始就參與專業團隊，規劃下的新行動是由教師先填寫「臺北縣特殊教育相關專業服務綜合評估表」，進行初

評，再依綜合評估結果，決定治療的對象和擬定學生的教育目標。這份評估表是整合物理治療、職能治療和語言治療三種專業評估內容的工具。整合評估表的原則有二：(1)刪除學生基本資料和專業評估項目重疊的內容，避免重複填寫或重複評估，以縮短評估時間；(2)盡量在不改變各專業的評估內容及專業術語的前提下，重新加以編排，並加入一些以學生行為描述的評估項目。

針對這份整合後的評估表，雖然有治療師相當肯定藉由評估表的整合，認為可以藉此讓老師有系統地提供學生狀況的訊息及提出一些意見。不過，有治療師表示，他們蠻害怕會評估到其他專業人員的項目，而且填寫的時候會「不知道哪邊才是我要填寫的部分」（研究日誌 11-09），更有治療師認為，只要把學生資料都放在一起，方便取閱即可，「等到想要看可以拿得到就好！」（訪談 T04-24），不一定要透過整合的手段來達到溝通的目的。因此，讓我們未來要重新檢討整合評估表的必要性和做法。

1. 教師初評

當初規劃讓老師負責初評，主要是希望能夠在有限的時間內，讓合作達到最大的效果。不過，由於專業服務入校開始慢且倉促，而且治療師對於新行動並不十分了解，使這項工作並沒有如預期的進行。

在特教老師方面，發現有些老師會參考各種學生評量紀錄，自己填寫評估表，有些則請家長填寫，尤其是資源班學生的初評資料，更多是由家長或普通班老師填寫的（研究日誌 11-09）。多數老師反映：「有很多項目不知道怎麼填」（研究日誌 11-09），有老師乾脆就沒做這初評的工作，最後還是由治療師填寫。老師反應：「…明明是治療師的工作，為什麼要老師來做？」（訪談 S04-24）

由於倉促入校，第一次評估時，治療師都是第一次拿到評估表，也就多半用「自己的經驗或非正式測驗」（訪談 T04-20）去評估，有治療師事後坦承「我翻一翻，還是用我的」（訪談 T03-31），有的則把評

估表當成「提供一個大方向，我會用心裡另外的東西來看真正的原因出在哪裡」（訪談 T03-22）。

針對老師做初評一事，治療師關切的是，老師提供訊息的可信度或評估時採用的標準。有治療師認為，老師「似乎都不知道那些評估項目的意義吧，他們不太能區分什麼是扭動身體，什麼是甩」、「不了解我們的語彙、專有名詞或是評估用的標準或方式」（研究日誌 04-20）。

對老師評定的結果，治療師普遍的反應是：「因為沒有標準化，所以這一份是蠻主觀的，評出來也只是了解，可以說是參考用」（研究日誌 03-22）、「老師寫有時候反而成爲一種困擾，因為老師的標準跟我們不太一樣，我要全部重新篩選過」（訪談 T04-20），從這經驗，或許讓我們該誠心地檢討這種教師初評的做法，但是這是否也反映出治療師對於教師專業的了解不足？這些都值得進一步溝通。

無論如何，依然有治療師對於教師做初評的工作有一份期待。例如，有人認為老師填寫的初評結果可以「讓我們更快的介入孩子」（訪談 T04-24）、「我們速度上會快一點」（訪談 T04-20）或「初評主要也讓老師察覺問題」（訪談 T03-22）。有人希望在這過程，不但可以瞭解老師是如何從不同的觀點來觀察學生，也期望老師能提出一些學生社會適應和學習的情況和問題（如：「他怎樣和小朋友互動？怎樣和老師互動？他上課是否能聽從指令？是不是可以靜下來上課？」（訪談 T04-24））。另外，有治療師也希望老師能提供他們所寫的 IEP 內容。

2. 治療師的評估

依照評估過程，先由治療師決定個案評估的時間，再由特教組長依據學生上課時間及特教老師和家長選擇的時間考慮評估的順序。觀察發現，無論是問題輕微的資源班學生或是沒有口語能力卻又伴隨行為情緒問題的啟智班學生，安排評估的時間都是一樣的，使治療師在固定時間內很難對有些學生能全盤了解，只好待下次再行評估。此外，又因為治療師對學生的不瞭解，難怪曾有老師反映：「我覺得怎麼數子像每次都在做評估，問

相同的問題…」(研究日誌 12-07)。

根據實地觀察及意見反應結果，有治療師說評估時間是不夠的：「學生來的時間就這麼少，抓到問題就趕快去做了…」(訪談 T04-24)。治療師對老師初評的結果，往往「不太有時間做確認的工作」(研究日誌 09-16)。他們多半只針對自己專業的部分進行評估，和其他專業重複的部分容易跳過。

3. 評估結果的應用

治療師完成評估後，首先就為確定「服務對象」。在選定服務對象過程中，雖然發現不同專業有不同的標準，不過每名治療師幾乎都主要考量家長的配合度。此外，學生能否接受專業治療，治療師的決定也是舉足輕重，比老師的意見更具決定性。治療師頗強調：「我們這樣的排定有我們的考量…」(研究日誌 11-06)。例如，職能治療師選擇的個案，主要是「在教室中造成困擾比較大的和造成老師在教學上嚴重問題的為主」(訪談 T03-23)，而語言治療師則選擇「認知能力、情緒穩定和家長配合度高」的個案(訪談 T04-20)。如果老師的意見和治療師不同，除非老師主動溝通或比較堅持，意見才可能被接受。

按規定，治療師和老師應該合作擬定 IEP，但是因為治療師到十一月才進入學校，因此有治療師會主動把老師擬好的 IEP 目標當成專業服務的優先目標(研究日誌 01-04)。實際上，治療師和老師多半還是各自擬定自己的目標，「合作」的行動並不多，造成了「治療師擬定的目標和老師的教學目標不一定相符」(研究日誌 12-21)的問題。

從兩方寫的目標看來，寫法會有不同，治療師多用專業術語描述，老師則以教育目標擬定，這情形是可理解的。不過，彼此對學生需要加強的部分在認知上會有不同。例如，治療師認為應該給資源班學生一些刺激來提高注意力，但是老師卻不這麼認為，如此一來，就減低老師把治療師建議的策略融入教學的意願了(研究日誌 12-07)。老師對治療師的能力和服務內容也不太清楚，所以會有「我希望治療師能夠提高小朋友認字的能

力或是增強聽覺能力…」(研究日誌 11-09)的要求。或許，這些反映出彼此對對方專業的不瞭解和溝通不足的問題。

(二) 教師參與治療

依照教育局公文的規定，老師要「參與」，所以在現場，我看見治療師還是依前例以直接治療的一對一方式進行治療活動，老師則陪同在旁。有的老師從旁協助治療師並且詢問治療師相關問題，有的老師則雖然在場卻少互動，除非學生因為情緒不配合，老師才幫忙，否則通常只坐在附近，被動地看著治療師做活動。治療師在老師不問的情況下，自己進行活動，偶而伴隨解說。治療師的看法是：「我會覺得老師看了應該就會了，就懂了，或是我之前講過了，我就不會重複說了…當老師沒有問的時候，我們就沒有可以回答，我也不知道要講什麼…」(訪談 O03-23)。老師的被動「陪同」，是教學經驗不夠，不知道該怎麼發現問題？還是真如治療師所說：「他們也許也在逃避…」或是「他沒有做，當然就沒有問題啊…」(訪談 O03-23)？這實在是值得進一步探討的現象。

根據觀察發現，教學經驗較豐富的老師通常表現得比較積極主動。她們會積極地從旁協助，讓治療師比較能掌握學生的情緒或了解學習的方式。有時候，為了讓學生更配合和參與，老師會協助治療師把活動做小小的調整，讓它變得有趣些。例如：

「當 OT 教阿平趴在滑板上，用手滑地，阿平卻一動也不動地趴著。於是老師就走過去，找了一個籃子放在他的附近，對他說：你去把球滾回來，滾到籃子裡面。這時候小朋友似乎被按了啟動鈕似的，才開始有動作」(研究日誌 12-07)

為了讓治療師能更掌握學生的能力和學習的情況，更能夠「對症下藥」，有老師也會盡可能地提供學生平時生活或學習狀況的資料。尤其，教學經驗豐富的資深老師會主動提供自己想到的方法或教材，與治療師溝通(研究日誌 11-16)。依觀察和老師的意見，如果老師就平常帶的活動，

請治療師提供治療意見時，不僅執行起來很有效果，更可以讓老師有就地取材的好處。

針對老師參與的問題，有老師就反應，一節課帶下來比自己帶一個班還要累，或是如果治療師「不小心」把學生的情緒破壞了，老師有時候也很難「補救」回來（研究日誌 12-07）。有老師甚至希望治療師可以當場示範，「如果當場示範成功了，會增加我之後去執行的動力」（研究日誌 12-14）。

「如果老師沒有提出什麼問題，我也不知道要說什麼…只好就一直做了」（訪談 T03-23）。有治療師就非常希望老師或家長提問題！如果老師把學生會什麼、不會什麼、行為問題出現的時機及老師的方法都詳細地告訴治療師，治療師就會比較能抓住問題核心。相對的，如果老師只是提出大方向的問題（如「我主要希望xx在普通班能夠更專心一點…」（研究日誌 12-14）），不夠具體，那麼治療師多半只會籠統地提供方法策略，至於可行性，就不得而知了。治療師認為：「老師問得深，特定的問題，才會有特定的治療方式」（研究日誌 12-14），否則治療師也多針對一般現象做建議。

從老師的角度來看，治療師似乎對老師的專業並不瞭解，提出一些讓老師覺得莫名其妙的問題。如果老師鍥而不捨地追問，就會發現「治療師所提的動作計畫和觸覺探索練習，一直是我沒有想到的」（研究日誌 11-16）。如此一來，專業間的溝通有了，也讓老師澄清治療師的建議，瞭解具體做法。更重要的是，藉由問問題的過程中，幫助治療師和老師對學生的問題能更聚焦，並且找出最適合的策略。

（三）治療融入課程教學

在武當國小，新行動最強調：「教育與治療專業間的合作」，而且是「特教教師將相關專業的建議融入日常教學活動」。我們期望改變以往將學生完全交由治療師直接治療的傳統形式，而為學校運作的形式，協助老師把治療內容和策略融入平日教學裏。有治療師相當贊成在學校裡，他們的角色應該是以諮詢、示範為主，認為「希

望平時課堂就可以練習…老師每天的練習，這樣進步才快」（研究日誌 04-24）或「量要夠」（研究日誌 11-09）才有效果。

然而，要讓治療融入課程教學，往往就先涉及了是「直接」或「間接」服務型態的問題。從實地觀察，治療師多還是以直接服務的方式進行，因為他們認為障礙程度較嚴重的學生必須直接治療，或是「這是我的習慣，我要先摸過孩子我才知道我看的是不是對的」（研究日誌 03-31）。因為治療師採直接治療，所以要讓老師把治療師的建議融入課程或教學，似乎就顯得困難了。

終於有新的嘗試了…

啟智班的柔老師就表示，她一直很困擾，不知道怎麼把治療師的策略融入語文的團體課，因此主動提議希望能夠請語言治療師入班示範。雙方討論的結果，決定語言治療師入班，老師帶活動給治療師看，治療師則從旁協助，這種嘗試進行了兩次。

因為這種教師主導而治療師從旁協助的做法是以前沒有的經驗，所以在過程中，發生了：為了擔心「時間不夠」，老師一邊教學，一邊和治療師討論，結果這種方式容易打斷老師的教學，也明顯干擾學生上課的情緒；或造成老師無法掌控學生狀況，甚至對學生沒有達到學習效果覺得「很丟臉」（研究日誌 12-07）。治療師只要看到現場發生的問題，馬上就進行介入或是給策略建議，造成老師覺得「影響教學的因素很多，學生平常反而不會出現這些問題行為或是情緒問題…」。

此外，因為在整個過程中，老師必須事先做好教具的準備或活動的設計，不像以前老師只要在旁邊看治療師做活動就好，因此老師覺得自己的負擔變得很重。

「現在什麼都要自己準備，反而治療師好像就不似以往準備得那麼多；而且家長也不像以前會到學校來陪孩子」（研究日誌 12-07）

由於治療師給的都是廣泛性的建議，沒有辦法真正切入學生問題的核心，更讓老師感到困擾

和挫折。因為溝通不夠，這種嘗試無法達到預期的效果（研究日誌 12-07）。治療師如何入班去協助老師？…很多的問題似乎都有待更多的討論。

這種新嘗試與突破，雖然老師會覺得負擔很重，也沒達到預期的效果，但是這次的經驗倒也提供了老師和治療師去思考如何合作，也獲得了具體的經驗。

「治療師曾經做過一個活動，就是要小朋友用手撐地，把沙包丟進籃子裏，…，小朋友覺得很有趣，所以我也就會把這些活動融入在數學課當中，利用這個活動來教數數」（會議記錄 S03-13）

「以前我把扣釦子列成 IEP 的目標，不過也都只教幾次，多半請家長協助。可是治療師建議多多練習，我就會比較積極，也會請家長縫比較大顆釦子的衣服，早自習請大哥哥大姊姊幫忙帶，老師就做事後的評量」（會議記錄 S03-13）

從以上老師的說法，可以瞭解他們確實企圖把治療師進行的活動和策略運用在平日教學裏，盡力做、積極地做。甚至有特教老師會要求來特殊班協助的普通班學生，做治療師做的活動。例如，老師會告訴普班學生「帶阿旺（指特殊班學生）去練習翻跳床 50 下，或是帶阿中（指特殊班學生）去翻跟斗 20 下」（研究日誌 12-07）。另外，老師會把治療師給的建議，寫在聯絡簿上提醒家長，或設計成學習紀錄表，請家長每天幫學生練習，並追蹤紀錄。

整體來說，雖然我們期望治療融入課程教學是專業團隊服務的重點，但是從現場的觀察及老師的訪談結果，發現這是有困難的。歸納起來，要能做到，主要的因素包括：

●治療師能否提供具體的建議？

雖然治療師提供給老師的建議，可以擴展老師的想法，但是因為有治療師擬定的目標太大、不夠具體，和老師溝通時說明又太專業，使得老師實際執行上有困難。例如：針對治療師的建議「合併前庭和本體刺激於新的活動中，增加個案學習嘗試不同的活動，並於活動中達到減少自我刺激」（研究日誌 12-14），老師覺得這是六年的目標，不夠具體，不

知道該如何循序漸進地引導學生做到。

●治療師能否成功示範策略？

依照觀察和老師的述說，如果治療師能向老師成功示範所提的策略，自然增加老師平時執行的意願及動力，不過，這往往考驗著治療師的專業能力和經驗。例如，針對某學生，兩位治療師雖用同一策略，但有不同的做法，就有不同的效果。一人得到的是學生的抗拒和脫逃，但是另一人因為能察覺學生的情緒，會漸進引導，學生就能依順地做。

●老師對其他專業是否有正確的認知？

不同的治療師都認為「治療的建議是需要不斷地討論和修正才能達到成效」（訪談 T04-20），也就是說，治療師期望提供的建議必須對照老師或家長執行的結果，進行討論和修正，但是老師則認為：「治療師都是以一種試驗的方式來給學生做治療」（研究日誌 01-04）。此外，老師期待治療師給的建議能夠更精確一點。使得治療師倍受壓力，覺得老師把他們「當作神一樣…！」（訪談 T03-23）。

因為對彼此專業了解不夠或認知不同，老師和治療師也就會產生對學生能力認定及期待的不同。如此一來，老師不見得能夠全然接受治療師的建議，也就影響後續的執行。值得重視的是，老師通常反應，並不能很徹底地執行治療師建議的策略，達到她們要求的標準。這是否意味著需要更多的溝通？還是，治療師該重新檢討，提出的建議是否太「治療性」，讓老師在教學上較難執行？這似乎還有待更多的討論和溝通。

…第一階段的結語…

總結第一階段的嘗試，歸納出幾個現象或問題：

（一）教師陪伴的問題

「…這學期老師能夠陪伴是一件很珍貴的事」（訪談 T03-23）

這學期的嘗試，是希望藉由教師的主動參與，能和治療師慢慢形成合作習慣與默契，才能使治療師建議的重點和策略融入教學中。由於過

去治療師多半是與家長溝通，和老師少有合作互動的關係，所以他們會覺得「以前我們都比較注意跟家長的溝通，比較沒有想到要跟老師談」（研究日誌 11-23）。這學期老師能參與，提供治療師相關的協助及資訊，治療師認為「這樣就可以跟老師做很多的溝通，而且老師的意見比較具體，當場就可以討論學生的問題，覺得很方便」（訪談 T03-23）、「因為有很多學生在教室會發生的行為我們是看不到的…多一個人可以幫忙你」（訪談 T03-23）或「最好老師能夠一起來，因為大部分時間他（指學生）是在跟老師相處不是在跟家長相處」（訪談 T03-31）。

觀察發現，老師和治療師間的關係是不平等的，雖名為「參與」，但多半老師在場不過是「陪同」而已。按照傳統服務提供的方式進行時，陪同就產生了問題！如果治療師採直接治療方式進行一對一的治療，而同一天班上有兩位學生同時要接受不同的治療，那麼老師只能選擇一位學生陪伴。再者，資源班老師早上時間排有課程，如果資源班學生的治療排在早上，老師也無法陪同（會議記錄 S11-09）。有時，更因為時間的安排發生問題，不僅使教學受到影響，一天下來，治療教學兩頭跑，對於老師的體力也是一大挑戰，讓老師感到負擔大：「有時候治療師的活動又太治療性了，一點都不好玩，可是有時候會覺得很累，所以也不想幫治療師想活動…」（研究日誌 12-20）。

這種治療師歡喜、老師卻痛苦的經驗，歸納起來，問題癥結應該在於治療師入學校體系的角色和服務型態。如果治療師的角色定位在「諮詢」，那麼老師和治療師之間會是「合作」的關係，而不是「陪伴」的關係了。

(二) 執行角色的問題

當初規劃明確指出要由特教老師擔任主要服務提供者的角色，但是觀察發現，老師和治療師對這一角色其實是持不同的看法。老師多半是不認同的，因為「家長是跟著孩子一輩子的」（會議記錄 S01-08），也因為教學的壓力或學生人數過多而無法顧及個別需求等因素，「能做就盡量做」（研究日誌

11-16），所以希望「治療師教家長，家長在家執行」（研究日誌 11-23）。老師會很積極地聯絡家長一起來參與，或提議家長做一次給治療師看，再請治療師做確認或是修正（研究日誌 12-20）。有時候，老師似乎並不在意解決自身的教學問題，反倒更關切家長在家能夠怎麼配合著做復健。

治療師方面，反倒是贊同老師應該承擔個案管理員的責任：「今天去學校，是輔導學生的行為或是認知上面的表現，所以老師應該要負責…，是由老師轉介出來，是老師覺得要做復健，家長不一定認為要做復健…」（訪談 T04-24）。治療師認為自己的角色主要是協助教師「解決教學上的問題以及對行為問題的處理」（研究日誌 11-09），家長部分則該由老師去面對。

家長的責任？還是老師的責任？這個問題在嘗試的過程中凸顯出來！究其原因，最主要可能和過去的做法有關。事實上，除了部分家長很有心，回家之後能夠配合地幫孩子做訓練，甚或請家教做個別指導，多半的家長則是「能力有限，加上生活上、金錢上的壓力、以及沒有時間教孩子，所以在執行上也有限」（研究日誌 12-18）。因此，要靠每一家長來執行治療師的建議，似乎是不可能的。如何讓老師對擔任專業團隊中的個案管理員的角色具有正確認知，而且知道如何做？這實在需要大家有更多的共識才行。

(三) 專業間溝通的問題

「…專業間彼此的溝通的確有必要」（訪談 T03-23）

如果就雙方合作的情形，有治療師反映專業之間的溝通其實是很重要的，假若專業之間沒有協調好，也許會導致治療效果相消的結果。例如，「職能治療師會做一些活動讓他 calm down 下來，但是可能交到物理治療師手上，我們反而給他做一些激烈的活動希望他身體更強壯…」（訪談 T03-23）。正因為專業的不同，觀察學生的角度也不同，在團隊會議召開不易的情況下，要如何創造及規劃一個專業間可行的溝通管道或是溝通機會？這是很值得去思考和討論的問題。

二、第二階段的行動

(一) 轉變的契機

上學期治療師花比以前更多的時間提供老師諮詢或示範，無論是治療師或老師大家都很努力的「說」，弄到最後，不知該說什麼，甚或有「多說無益」或是「多做少說」的感嘆！雖然大家都很努力想要改變一些什麼，卻反而覺得比起以前「來得退步」（研究日誌 12-07）。

「以前好像我都只說一下，治療師就開始做了...，治療師主導性比較強，而你也不會覺得有什麼不好。以前治療師都會用很多的活動，一次做 40 分鐘，我都覺得好豐富...，可是現在他們都以一個治療的觀點，而不會把治療當成遊戲或是好玩一點！而且好像常常在試驗，他們好像很賣力，可是都沒有什麼成效？」（訪談 T03-06）

終於，上學期結束前，我們和老師們開了一個討論會，期望從專業的角度，引導大家對於幾個月來嘗試新行動的思考和討論，並進而尋求進一步的行動。首先，老師提出了這學期在治療師配置、治療品質、策略執行和治療師主導等一些實施上的問題。以職能治療為例，一名學生有兩位治療師負責，兩人又沒做好溝通，準備不足，每次來校會再重提相同的問題，讓老師疲於應付。治療過程裏，雖然老師陪同，但是有些治療師對學生的反應並不是很細心，設計的活動太治療性而缺乏趣味，學生配合意願不高，很多時間用在解決學生的行為問題，很少示範。

至於治療師建議的策略，一方面因為學校沒有器材，老師覺得「很多活動是無法執行的」（研究日誌 12-14），而且治療師常忽略學校的情境和老師教學多半是以團體方式進行的事實，因而治療師給的建議都是針對個人的問題改善，「太過於個別化」而且「很不精確」（研究日誌 12-14），執行上有困難。此外，治療師認為從熱身到活動結束的 50 分鐘「剛剛好」的個別治療時間，老師卻認為太長了。老師雖然從教師角度，表達了想法和意見，但是似乎治療師都有「自己的一套」，讓老師覺得整個團隊的運作還是以「治療師為主」，

自己插不上手。

在這次討論會裡，老師多陳述問題，也定下了邀請治療參與下一次討論會的決議。

(二) 形成共識，尋找出口

下次的討論會裏，和老師合作最多的職能治療師及教育局承辦人員也參與了。在大家腦力激盪下，也針對前幾個月所遭遇的問題，決定了下一步的行動。從職能治療嘗試做起，主要的行動原則有二：(1)單一個案責任制：就是一名學生只由一名治療師負責；(2)治療師入班協助老師，由教師主導，在進行班級團體教學時，將治療師提供的建議策略融入教學（會議記錄 S02-26）。

(三) 行動前的準備工作

根據討論會大家的共識，我們和特教老師們又進一步做了更細部的討論，初步擬定了三項準備工作：(1)分組：把資源班內接受職能治療的學生依照年級和能力分組，進行團體教學。啟智班的學生中，自我刺激行為較嚴重、聽不懂指令、難參與團體活動的學生實施個別治療，其他能力較好者就參與團體課。治療師一位負責資源班和啟智班「善解班」的團體課；另一位則是負責個別治療的個案和啟智班「感恩班」的團體課。(2)課程安排：資源班老師自行設計精細動作活動課程；啟智班老師則把職能治療的粗大動作及精細動作訓練，分別安排在一個下午的體育課、美勞課時間教學，課後並安排和治療師討論。(3)教學活動設計：一開始，老師把上學期治療師所建議的策略依學生列成表，按問題分類（例如，增加手部肌肉運作能力、增加手眼協調能力、改善動作學習能力等），並把相近的目標及策略列在同一欄位上。老師再根據這些策略訂定教學目標並設計教學活動。在這表裏，內容包括教學日期、教學設計者、教學對象、教學地點、治療師、教學目標、職能治療目標、教學步驟、治療師的建議等項內容。

老師完成教學設計準備後，交由特教組長傳真給職能治療師，讓他們事先了解老師設計的活

動內容和目標，並請他們提供修改的意見或可能的教學器材。總之，期望下學期教師能在整個團隊運作過程中，扮演主導的角色。

(四) 行動開始

下學期，就在老師的規劃下，開始了由老師主導的新行動。無論是啟智班或資源班，活動都是老師主導，治療師在一旁成為協同教學者或當學生有特殊行為問題發生，治療師會將學生帶開做一些個別的活動，讓老師能夠不受干擾，繼續進行團體教學。

資源班的老師因為對於如何帶動作活動表示不太熟悉，第一次也就變成由治療師主導，一節課下來，治療師帶 20 分鐘，老師帶 20 分鐘。根據觀察，發現老師的教學活動設計，除了兼顧個別差異外，活動也較具有趣味性，比起治療師一對一的方式，顯得較多樣，所用的器材或教材也不單侷限感統教室（通常治療師治療學生的場所）內的東西。治療師對於老師設計的活動，也給予了高度的肯定。

對於這種新合作的方式，活動進行可說和老師平日的教學沒什麼兩樣，學生不會有陌生感及被抽離感；再者，所有的學生在同一時間進行，相較過去一對一的方式，除縮短治療師服務的總時數，也增加更多團體活動的趣味及同儕之間的互動。在過程中，若學生個別問題發生，治療師可以馬上介入，當場便提供方法引導學生，不過，事後老師表示還是希望看治療師完整一堂課的示範，老師好奇「同一個活動，假若用治療師的專業，他會怎麼帶？」（研究日誌 03-20）。針對這種合作法，有老師感覺有點像教學觀摩，有壓力，有的則認為對職能治療專業了解不夠、知識不足，因此「要我主導，我會覺得沒有自信」（研究日誌 03-22），期望能從主導的角色改成協同教學者。

按照規劃，教學後老師和治療師會有 40 分鐘討論時間，希望能達到雙方意見充分交流及溝通。相較於以往治療師來匆匆去匆匆，現在他們能針對老師當天的活動提出修正建議，或雙方討

論下次的活動目標及方式。就整個討論氣氛而言，有老師覺得處於「被修正」的角色，因為每一個活動都依職能治療師的意見做了調整，「他有點強勢，好像都是治療師說的算，我很難有反駁的機會」（會議記錄 S03-23）。因此，事後老師反應，「我覺得治療師是不是就是上級指導員，專門來修正我的教學的？而且治療師好像都是以生理的觀點出發，而我自己可能都是從輔導或是行為改變的角度來看，我們兩個好像不太一樣，所以我對於他的建議不是那麼能夠完全接受」（會議記錄 S03-29）。

至於，後續執行方面，以資源班而言，因為排課的問題，沒法每天幫學生做練習，只能盡力做。啟智班因為是包班制，老師會在平時教學時就進行共同討論出來的活動，等到治療師到校時候，治療師入班觀察，提供意見。因為啟智班老師將策略融入教學中，所以執行度比較高。

(五) 討論修正，再形成共識

第一次的嘗試後，有老師反應「這樣的方式只能讓我更知道職能治療在做什麼，雖然現在用不上，但是將來遇到其他的學生，也許就用的上了，反倒有點像資料庫的功能」（研究日誌 03-27），不過，在例行的討論會裏，有老師提出「我們希望復健治療進行方式能夠老師主導一次，治療師主導一次」（會議記錄 S03-29）。

第二次職能治療師到校，還是由老師主導活動，不過這一次，老師以平常的教學活動進行，不像上次還刻意準備。事後老師覺得這樣比較沒有這麼大的壓力，合作的效果也算不錯。有老師向治療師提出了各自帶班一次的主意，治療師聽了也欣然接受，只不過他們提出帶的活動還是以老師這次設計的為主，必要時再加入一些其他的活動。治療師表示，「如果我再帶新的活動，對老師而言就像以前他們看我帶活動的效果一樣，但是如果我針對他們這次帶的活動，以我的方式帶一次，讓他們也知道，如果是我的角度我會怎麼帶？」（訪談 T04-23）。

老師也提出活動的設計是以平常經常帶而且學生喜歡的活動為主。因此第二次達成的共識包括：(1)由完全由教師教學改變成老師帶一次、治

療師帶一次，但是治療師活動內容以前次老師帶的活動為主。(2)進行的活動，以老師平時經常帶的活動優先。例如，柔老師班上讓學生玩直排輪，因此，治療師到校的時候，老師就安排直排輪的活動給治療師看，希望治療師就他的專業觀點提供一些建議。

(六) 行動的成果

從開學至今，整個過程一路走來，轉變後的合作行動是以職能治療為嘗試，總企圖朝「以教師為個案管理員」的專業團隊運作做。第一作者在現場觀察了三次老師主導、治療師從旁協助的行動，後來退出現場，偶而會用電話和老師或治療師聊聊，更有一次參加了老師的午餐聚會，一名特殊班老師說：「下回要到超級市場，語言治療師一塊兒去，希望在自然情境中，進行語言的教學；對於一些做個別治療的個案，我們也跟治療師商量希望他們有機會可以看看小朋友參與團體活動的情形」（研究日誌 05-26）。這是多麼讓人興奮的事！老師和治療師不但建立了合作關係，而且治療能和教學緊密結合。為了更瞭解治療師和老師對於行動結果的看法，第一作者又分別訪談了三位老師和一名職能治療師。

根據觀察和訪談的結果，發現老師已經能逐漸扮演主導的角色，治療師則扮演協助者、策略提供者的角色。在不影響或干擾班級教學活動安排之下，老師的教學融入了治療師建議的目標和策略。在第一階段，雖然治療師都認為新的專業團隊運作是以教師為主，但是上學期還是以一對一的方式在感統教室進行治療。老師和家長雖然陪伴，而且在過程中盡量提出一些學生的問題請教，但是因為脫離教學情境，治療師還是無法精確地掌握學生的真實情況和理解老師的教學。

到了第二階段，從治療師主導改變成由教師主導，一來學生不須被抽離原來的教學環境，減少問題行為的產生，二來治療師看到了學生在班級情境下發生的問題。在同一個空間和時間，治療師和老師一起看到學生的問題，老師也反應：

「我們現在對於學生問題比較有共識」（研究日誌 06-06）。再者，老師事先與治療師溝通每一名學生的能力及個別目標後，治療師觀察老師的教學、隨時從專業角度提供建議並做協助。啟智班老師和治療師雖輪流帶活動，但治療師是以前次老師進行的活動為主，提供了不同的策略讓老師參考，使治療師更成功地扮演策略提供者及諮詢者的角色。

老師是擅長設計多樣活動的！以前老師總認為治療師每次給的建議都差不多，帶的活動也都大同小異，現在，由老師設計變化多的教學活動，老師會覺得「活動一直換，治療師的建議也會跟著變」（訪談 S05-19）。尤其，當老師們跳脫「刻意」去設計活動，選擇帶一些平時經常帶、學生也很喜歡的活動，並且試著將治療師建議的策略加入，如此一來，不僅「治療師能夠看到學生表現出真正的能力」（訪談 S05-26），治療師建議的策略也能在平時教學中落實，達到「足夠量」的治療效果。

有老師認為雙方的合作，使「治療師對學生的目標不會像以前總是用他們的專業術語來描述，例如都是一些增進前庭的平衡或是增加本體覺的刺激的目標…」（訪談 S05-26）。現在治療師也多會以老師習慣的行為目標描述，例如，「溜直排輪的時候可以利用滑板載重物讓阿牛拖」（訪談 S05-19）。治療師使用的語言和書寫方式逐漸和老師一致，不會造成老師看不懂的情形發生。

整個模式的改變，除了逐漸做到教師在團隊運作中自然而然成為學生的個案管理員，解決了第一階段治療師主導的問題。更重要的是，治療很自然地融入在教學中。治療師提供老師在教學用得上的策略，也解決了老師執行困難的問題。

…未來的挑戰…

第二階段新行動雖然帶來改變，但是從觀察和訪談的結果發現，仍有問題待未來共同解決：

1. 專業間不同觀點的問題

教學和治療能夠相互結合，最需要克服的問題就是教師和專業人員間不同的觀點。例如，治

療師會認為學生撿綠豆最好先建立慣用手，所以應先練習用一隻手撿，用食指和拇指撿會更好。老師就會產生疑問：廣告上面不是說「用左手寫字，可以訓練右腦？」，如果學生左右手並用，可以開發左右腦，不是更好嗎？為什麼一定要訓練慣用手？由此充分顯示出雙方因專業養成的背景不同，造成對對方的不了解，因此老師對治療師建議的策略也就會有所保留。不同的專業訓練有不同的觀點是必然，雙方除了要瞭解彼此的專業，似乎更要進一步的溝通，才會有合作的基礎及空間。

2. 教師自信心和認知的問題

有老師對新合作模式的看法是：「要老師貿然接受挑戰，會覺得心虛」（會議記錄 S04-22）。老師所以沒有信心，主要是認為自己對治療師的專業感到陌生。雖然治療師進入學校的目的，並不是要把老師訓練成一名治療師，而是希望老師能夠發揮自己的專業，和其他專業人員合作，提供學生更好的教育，但是，某些老師似乎不能理解這樣的想法。

有老師就說：「治療師難得來，應該都讓他來主導，不然每個小朋友能分到的時間變得很有限」（會議記錄 S04-22）。顯然地，老師很願意讓學生有接受治療的機會，卻不認為有必要將治療和教學結合。觀察更發現，通常只要老師提出請治療師主導，治療師多半會配合老師的意見，所以似乎老師的認知和行動可說是影響甚或決定合作的重要關鍵。從行動的經驗，我們感覺，好的團隊運作規劃雖然可以指引一個正確的方向，提昇團隊的效能或效益，但是再好的規劃，如果沒有好的執行者去做，也是枉然。執行者是否有正確的觀念，專業之間是否能夠彼此了解與認同，乃至於人與人之間是否願意敞開心胸去溝通、從「風暴」階段走出，建立互相信任的關係，都會是重要的。

三、專業團隊外一章

從第一階段的嘗試到第二階段的行動，我發現除了整個做法的改變外，人與人之間的互動關

係，雖說它隱而未見，但卻是影響整個研究過程的關鍵。

（一）專業人員對彼此的看法

根據觀察發現，專業人員間的互動常受到彼此不同的看法影響。從治療師的角度來看老師，因為第一學期老師陪伴學生參與治療，更在第二階段雙方相互合作，不僅增加不少和老師互動的機會，也增進了對老師的了解。從過程中，他們認為老師可以看得到學生的真正問題，發現老師在教學和活動設計上比較專長。

從教師的角度看治療師，主要可以分成兩個部分，一是針對治療師的專業能力而言、其次是對治療師的服務態度而論。前者，老師覺得治療師的素質參差不齊，有些治療師明顯地比較能察覺學生的情緒和習性，比較能引導及誘發學生的表現。對於一些「總是對學生訂定大目標、每次什麼問題都說是本體覺、前庭覺的問題、對學生比較凶、或是帶的活動比較治療性」（訪談 S12-18）的治療師，似乎比較不能在專業上得到老師的信服。

針對治療師的服務態度，有老師認為治療師好忙，「來匆匆去匆匆」（研究日誌 11-23），好像要以服務鐘點來計算才肯幫忙。有時候，老師不免會抱怨：「治療師的鐘點費都比我們來得高，我們都沒有計較，有些治療師卻只注重鐘點費」（訪談 S10-13）。從另一角度，有治療師表明：「其實你只要有需求，我們一定會幫忙的，即使是上班時間，我們主任一定會讓我們協調一個人出來的」（研究日誌 12-21）。所以雙方看法不同，或許是個人因素，也或許是雙方沒取得良好的溝通所致！

觀察發現，如果治療師對學生的態度受到老師的肯定，老師對治療師的接納度會比較高，有助於進一步的合作與溝通。有時候，如果雙方溝通良好，即使問題發生，老師也不覺什麼；但是如果溝通不良，一旦意見出現相左或產生衝突的時候，老師就會覺得治療師「蠻高姿態」。不過，老師對治療師的看法似乎會隨著彼此間的溝通的增加而改變。例如，由於第二階段整個合作

方式的改變，老師慢慢會自覺並且了解到，以前認為治療師策略「不夠精確」或是「沒有效」的問題，是需要靠雙方一起努力的。如果只要求治療師改變或只將責任推到治療師的身上，這是不能解決問題的。老師逐漸體會，治療師到校畢竟是外人，能運用的資源有限，他們只是協助者或策略提供者，最重要的還是老師要想辦法解決問題，和治療師一起合作，才能使學生得到的更多。

(二) 專業間的合作與溝通

教師與治療師的專業觀點是不同的，治療師強調「治療性」，所以強調從神經功能的整合去解決學生基本的問題，老師則非常強調「教育性」，從教育的觀點著眼。以往，老師會覺得治療師「為什麼設計的活動都不有趣」、「為什麼治療師提供的意見，很難融入在教學活動」，甚至開始對治療師的專業產生懷疑。這裏，我們看見雙方在溝通不夠或不良的情況下，會以比較自我專業的角度來看對方。隨著合作方式的改變，互動的機會增加，彼此能相互瞭解，才能理解不同專業對學生問題的切入點及策略上的差異。

因為專業間的交流變多了，老師會試著把自己平時如何和學生互動的小秘訣及教學的流程、方法或技巧等資訊提供治療師做參考(研究日誌 12-28)。治療師能感受：「老師比較看得到學生的問題，而且也比较具體的描述」(研究日誌 12-14)。相對地，老師也認為治療師的意見可以提供自己不同的想法和思考。例如，「專業團隊服務讓我在教學上有不同的思考及啟發」(研究日誌 12-07)。

雖說如此，第一階段期末的討論會中，老師還是發出治療效果不章的怨言：

「陪伴學生做治療有時候有收穫，有時候卻沒有收穫」(研究日誌 12-18)

「我覺得談了好多，可是治療師給的建議似乎還是沒有辦法達到很精確，而且在幾次策略都不能夠用在孩子身上的時候，我自然就會比較沒有動力再去執行。時間一久，也不知道該繼續說什麼」(訪談 S1218)

在第二階段，專業之間的交流更多，也一掃治療師提供的建議不一定有效及不太能執行的陰霾，更由於治療師在老師教學活動進行中從旁協助或觀察活動的進行，雙方有機會對同一個問題表達不同的專業觀點。透過這樣的激盪，老師覺得和治療師共同擦出「火花」，治療師可以提供老師更多的教學活動的點子，尤其使老師設計的教學活動更具有復健效果。

「以前我在上直排輪的時候，我總是比較針對學生的技巧去做訓練，例如我會希望他們會站、會走、會越溜越快...，甚至想要教他們走S型，可是治療師就會覺得他們留慢一點其實對他們比較好，以免他們太興奮，變得躁動...」(訪談 T05-22)

更重要的，治療師釋放專業，老師也同樣就自己的專長發揮，不僅雙方都能在教學活動找到著力點，更讓學生獲得不同專業有效的協助。專業人員間不僅多了一份了解，也多了一份尊重。

有相互的瞭解和合作，往往還需要專業間充分而且持續的溝通才行。從觀察和訪談結果，發現有些因素會阻礙雙方的溝通。例如，治療師因為自己太年輕「經歷不夠深」(研究日誌 12-08)，有時候會覺得自己說話不是很有份量，比較不會主動去跟老師溝通；或是因為陌生感，不能很快融入學校的空間和文化，加上害怕干擾到其他老師，所以也只好來去匆匆了。

「以前都沒有人要理我們...，我們都自己來，做完就走了...」(研究日誌 11-09)

「我到學校都覺得學校好陌生」(訪談 O03-31)

這學年，因為特教組長會幫忙準備茶水和便當，有時在寒冷的冬天還會端來一杯熱騰騰香濃的咖啡，讓治療師覺得很溫暖，因而也增進不少雙方溝通的機會。

當然，影響溝通也有個人個性上的因素。據某治療師所說，由於自己個性的關係，「除非另一方主動，否則自己並不會主動的去問或是請教老師問題」(研究日誌 12-14)，所以別人須先主動提問題，他才會做出回應。如果遇到比較被動的老師，又沒

有什麼問題，就容易形成彼此沒有交集的情形。有老師說，因為「尊重對方」、「怕會影響治療師的自信心」，即使認為治療師提出的建議有「不合適的地方」，但是也不會提出（研究日誌 12-20）。如此一來，老師便無法解答心中的問題，或對治療師提出的建議策略存疑而不一定執行。

有治療師認為「專業間的會議是一個很好的溝通方式」（研究日誌 12-14），透過討論去分享及溝通彼此的專業看法。溝通過程中，雙方會因為專業觀點或立場不同產生小爭執，這時如果雙方能了解彼此專業的差異，排除自己的負面情緒，對於溝通是有幫助的。其中，治療師的態度和語氣往往決定了老師接受其建議及合作的意願。如果治療師的語氣或態度讓老師有「上級指導員」的感覺，即使很認真，老師也不一定會欣然接受。如何讓老師覺得治療師是可以商量的，而且願意接受和聆聽別人的意見，這是很重要的。當然，另外一個溝通的小秘訣—讚美，也是很有效果的。老師對治療師的用心及努力看在眼裡，所以當研究者聽到某老師稱讚某治療師「設計的活動很有趣」、「很會帶活動」或是「很疼學生」之類的話，便會利用機會讓治療師知道。彼此的肯定及讚美是一股軟化的力量，讓人無形中願意走近、願意改變！

此外，專業間的平等關係也是很重要的，如果一方較權威，便很難建立信任的關係。例如，老師在治療師面前失敗或未達預期目標，會有一種「很丟臉」或「漏氣」的感覺，合作起來會覺得很有壓力，也就影響合作的意願。信任關係建立後，彼此的看法也會跟著改變，老師便會自然地以治療師的觀點去思考，也會更加主動積極。

（三）專業間彼此的期待

透過觀察及訪談，發現無論老師或治療師對彼此都有一些期待，可惜的是，最了解雙方期待卻是在現場的研究者！

就治療師對老師的期待而言，他們希望老師是「執行者」、「回饋者」和「監督者」三種角色。換句話說，治療師希望比較難的策略由老師

做，比較簡單的策略則讓家長做，期待老師不但把結果和學生的改變告訴治療師（研究日誌 12-14），也能了解家長在家進行訓練的情形並監督他們（研究日誌 12-07）。

有治療師反應，自己有時候會有「一直被挖」（訪談 T03-23）的感覺，覺得自己到學校去，都被一直詢問著。相對地，她們也希望知道老師在面對同一個問題時，是用什麼方法解決的？她覺得治療師到後來會變得有些職業病，「訓練能力都是分步驟，有一定的觀點、一定的方法，可是學校老師似乎就比較不會陷入在這樣的窠臼當中」（訪談 T03-23）。只要對學生有效的方法，都值得他們學習，「因為老師也是專業」（訪談 O03-23），所以期待彼此能夠多討論，增加合作，這樣會對學生有更大的幫助。

另一方面，從教師對治療師的期待而言，她們期待治療師能提供一些復健方面如治療器材、教具等新的訊息，也「因為家長跟著孩子一輩子」（研究日誌 01-04），期待治療師多教導家長。例如，告訴一些家長在家可替代的器材或做的活動，讓他們知道該怎麼做（研究日誌 12-07）。老師也期待治療師和家長溝通的時候，應該說得淺白一點，避免專有名詞或太多的學理，而且加強示範，幫助家長解決問題。針對治療活動的設計，老師期望治療師能「設計成一種好玩的活動，想好玩的點子」（研究日誌 12-07），或者「不只是一套方法，而是有系統性且針對個別差異提供服務」（訪談 S12-18）。

的確，了解彼此的期待和給對方正確的期待都同等重要。如何避免雙方因為不了解而產生錯誤的期待，進而影響合作，是值得進一步討論的。

想法與建議

本研究是以一個國小為例，請武當國小特教區的老師們和提供該校特教學生的治療師們共同成為研究參與者，一同探討以教師為「個案管理員」的專業團隊運作的實際狀況和行動的成果。

從第一階段，研究者了解整個專業團隊實施的情形並發現問題。接著，第二階段的行動研究，針對過去遭遇到的問題，大家共同腦力激盪，擬定行動方案，透過實踐、討論、修正、實踐的程序，看理想形式是否可付諸實現。從這過程當中，我們發現，因為合作模式的改變，不僅使得彼此之間產生更多的對話，也使得專業之間互動增加。

一、一些想法

在整理資料的時候，不斷地來回審視、比對觀察與訪談的資料，把片段的資料慢慢編織成一張網。當研究者把在過程中觀察到的及藉由訪談、相關文件所蒐集的資料，仔仔細細地分析和寫出初稿後，發現雖然在不同的情境脈絡之下的事件所產生的結果，或是從不同人的口中表達的意見，陳述的背後似乎透露著一些訊息。

我們試著把得到的研究結果再經歸納分析之後，找到了三個主要的想法：

(一) 跳脫過去經驗框架的影響

在研究第一階段，雖然治療師都表示在本學年度已經收到自己專業學會傳達改變的消息，主要協助老師解決學生的問題。雖然如此，發現治療師在上學期仍然是承襲以往一對一的服務模式，而且學生接受治療的時間固定，進行方式並沒有更動，好像本來怎麼做就怎麼做。針對由老師擔任主導的角色，有的治療師贊同，有的卻認為各個專業對於相同問題原本就有不同的切入點，專業間的統整並不是很必要。有治療師更明確指出，在醫院裏治療師之間也不強調統整，因此要跳脫這個既定模式的思考和做法，似乎是很難的。

從老師一方來看，以往治療師到校，老師認為教會家長是最重要的，所以參與程度不高也較隨性。本研究的規劃，是希望老師能夠積極參與，並且跟治療師合作，但是有老師發出了「以前都那樣做…，怎麼今天要變成這樣？」的聲音。再者，雖然有治療師明確地表示治療主要在協助老

師解決學生的問題，但是老師仍會認為最該幫家長、教會家長才具有實質效益。有些老師甚至認為，自己的教學並不一定需要協助。

總之，我們認為，做法的改變並不難，反倒是觀念的轉變比較不容易。不管是老師、治療師或是家長，大家雖然認同新行動的理念和做法，仍不免受到過去經驗框架的影響，使新行動舉足不前。目前，需要接受治療的身心障礙學生日益增加，單靠以往一對一的方式，勢必不能突破時間、空間甚或經費的限制，本研究行動嘗試的團隊運作模式似乎是值得推動的。不過，要實施一個新的做法，似乎最需要的是，大家要先打破傳統如一對一治療等的觀念，否則還是容易陷入在過去經驗的框架中而邁不開腳步。

(二) 專業間要相互了解與接納

從專業團隊的運作來看，專業人員對彼此的專業是否有足夠的了解，可能會是問題能否解決的重要關鍵。例如，教師初評用意是藉由教師的專業提供更多學生訊息，並節省評估時間，雖說此做法還需要進一步討論，但是治療師似乎只關切老師提供訊息的可信度或評估採用的標準問題，卻忽略去深入了解特教老師評估學生的角度為何？如此一來，治療師對於教師的專業能力的了解與認知不足，便容易陷入專業本位的思考。

有些治療師因為對教師專業（如特教老師平時教學進行方式和使用的策略等）不了解，又因為治療師和老師角色不平等的關係（治療師的權威），使治療師建議的時候，摸不清老師的能力，有時候反讓老師感受到自己專業不被重視。如此一來，便在信任和溝通上容易產生負面的影響。

同樣地，老師對治療師的專業不了解也容易造成自信心的缺乏。例如，老師面對治療師時不知道要說什麼，或是老師總認為自己什麼都不懂，治療師說什麼都是對的。這些都會影響彼此合作的意願及溝通。

彼此的不了解會阻礙雙方的合作，甚至容易造成對對方過度的期待。例如，治療師的活動設計多只注重治療性，但是老師認為這樣的進行方式很無趣，期待治療師能夠設計好玩的活動，甚或期待他們去帶班級活動。因此，專業團隊運作的合作過程中，彼此了解對方的觀點是相當重要的。如何在有限的治療服務時間，讓老師和治療師有機會了解及認同彼此的專業和做法，值得進一步的思考及行動。

(三) 教師主導角色有多元功能

第一階段的研究過程中，治療師以一對一的方式進行治療，雖然家長或老師陪伴在側，但是有的老師和治療師之間並沒有太多的交流互動，使得陪伴流於形式。有老師雖積極提出問題，不過因為學生被抽離原學習環境，所以問答之間很難聚焦，使得治療師建議的，老師執行上會有困難，更難把治療策略融入平日的教學裏。

到了第二階段的行動，教師的主導可說是整個合作轉變的關鍵，學生不須被抽離原來的學習環境，老師的教學活動不僅生動活潑，也較能引發學生能力的表現。治療師在自然學習情境下，能看到學生真實的學習和行為表現，而且和老師在同一個空間及時間，進行學生問題的溝通，比較有焦點，而且也容易達到共識。更重要的是，老師不再置身事外，把治療的策略融入平日的教學裏，自然而然就比較能夠達到治療師所提「足夠量」的目標。

此外，當治療師在教學上真正能夠提供協助，老師樂於做，也就自然改變了老師認為治療師來校是「協助家長、教會家長」的觀念。因為是「積極參與」而不是「陪伴」，老師會變得比較主動，這樣對與治療師建立良好的互動關係有很大的幫助，進而也能增進溝通的品質。當然，受益的，會是需要幫助的障礙學生。

二、一些建議

本研究是希望藉由踐行的過程，打通理論與實務間的脈絡。期待在兩者之間找尋平衡點，並

找到前進的足跡。雖然本研究只在一校進行，結果並不期望做推論效果，不過，以此經驗，提出以下建議：

(一) 加強教師扮演個案管理員的理念及角色

在本研究「以教師擔任個案管理員的專業團隊運作」實踐過程，教師擔任個案管理員，負起主導角色，除了讓身心障礙學生的治療品質更加提昇外，似乎也能突破時間、經費及治療師人力不足的限制。從研究結果發現，教師的參與不能只是單純陪伴而不發問，要積極、主動，才能和治療師有較成功的合作關係。

因此，在特教老師養成或在職培訓課程中，有必要納入「以教師擔任個案管理員」的專業團隊運作的理念及做法，加強教師協調統整專業團隊資源的觀念和責任，把治療重點和策略融入課程教學。更重要的是，要加強他們對其他專業的瞭解和溝通技巧，這樣才能使想法付諸實現。

(二) 增進對專業團隊運作的了解與共識

專業團隊的運作成功，實有賴團隊成員對整個團隊設置的目的、意義和整體運作的流程設計有完整的概念。透過研究發現，推動新的理念之前，需先除去過去的觀念及做法。因此，有必要藉由研習的機會，釐清一些觀念，獲得一些新運作方式的知識和經驗分享，以增加各專業人員的共識，更積極改進現有的運作。

「治療師一定要以一對一的方式提供專業服務」、「治療一定要由治療師來做」、「治療師到學校來最主要是教會家長」、「IEP 是由老師和治療師各自完成」、「復健治療和教學是分開的，不能結合」等過去既有的錯誤想法和做法，是專業間合作時最先要釐清的。

團隊中的每一個人必須先清楚治療師到學校系統最主要的目的及功能為何？這和學生到醫院接受治療有什麼不同？治療為何需要融入教學課程裏？專業團隊成員除了對實際的做法要了解外，達到共識後願意付諸行動也是非常重要的。

(三) 增進專業間的合作及溝通能力

專業間合作的前提是要讓團隊成員了解彼此的專業和角色定位，並且專業間給予彼此正確的期待。如此一來，才能增進溝通的品質，促進合作。有效的溝通更是專業間合作的基礎！團隊成員需要學習如何化解意見衝突，有技巧去做充分而有效的溝通，這樣才能有效發揮專業團隊的功能。

有鑑於此，除了建議透過相關課程的研習，增進專業間的合作溝通，更可以利用學期中專業人員間定期的溝通或研習，讓治療師和老師能有面對面溝通對話的機會，釐清觀念、溝通想法，並且從中發現問題和解決問題。相信這樣，對日後雙方的合作會有很大的助益。

(四) 分享專業間合作的經驗

武當國小的經驗是寶貴的，可以做為其他學校的借鏡。我們從這研究過程裡，看見整合評估表和老師初評的問題，但是也看見、聽見了老師主導的改變和效果，這些都值得其他學校老師和治療師進一步討論的，或許也可以作為未來更積極行動的基礎。

期望由彼此經驗的分享和討論，可以使大家更清楚學校系統提供這些相關專業服務的用意，並藉由更有效率的團隊運作，達到最佳的效果。更期望，由武當國小的經驗起頭，會引出更多的嘗試和討論，讓這種「以教師為個案管理員的專業團隊運作」觀念能擴散出更多的行動實踐。期望在不同人力資源條件下，能運作出如 Adelman, & Taylor (1998) 所說的，以最少人力和物力卻達到最大效益的做法。

三、未盡之事

本研究限於時間，對於有些問題並沒有蒐集到完整的資料。例如，針對評估表的整合和教師初評的做法，並沒有取得各專業的共識，有待進一步的探討。此外，上學期治療師入校時間太晚，老師早已設計完 IEP，因此也就無法從個案評估、設計 IEP、執行等流程，來瞭解專業合作

的確實狀況。連帶地，使本研究一開始就預計進行的行動，也延遲到下學期才進行。

下學期的行動又受限於時間的緊迫，共識形成過程沒有經過緊密的討論，試驗性的行動太少，這實在是遺憾之事。就憑老師們的共識，要讓治療師帶領團體課，是否恰當？如果有更多的行動，會有什麼結果？此外，因為武當國小的個案多以職能治療為主，所以「教師主導」的行動以職能治療為例實踐。其他專業的情形是否也適用？遇到的問題和合作方式又會是什麼？以上這些，都是有待進一步探討的。

參考書目

一、中文部分

- 王天苗 (83)：啓智工作的省思—朝向人性化、本土化的發展。**特殊教育季刊**，50 期，5-14 頁。
- 王天苗 (民 88)：專業團隊在學校中的運作。載於國立臺灣師範大學特殊教育中心編：**專業整合問題與對策研討會會議記錄** (7-17 頁)。臺北市：國立臺灣師範大學特殊教育中心印行。
- 王天苗 (民 90)：運用教學支援建立融合教育的實施模式—以一公立幼稚園的經驗為例。**特殊教育研究學刊**，21 期，27-51 頁。
- 王雅瑜、李淑貞、孫世恆、王慧儀、白偉男、林素華、鄭振璋、戴似芳 (民 90)：臺灣地區身心障礙學生之物理治療專業服務現況調查。**物理治療**，26 卷 6 期，277-289 頁。
- 身心障礙者保護法** (民 86)：中華民國八十六年四月二十六日華總(一)字第八六〇〇一一九〇號令修正公佈。
- 身心障礙教育專業團隊設置與實施辦法** (民 88)：中華民國八十八年一月二十七日教育部臺(八八)參字第八八〇〇八〇一二號令訂定發布。

- 洪儷瑜、鈕文英（民 85）：**其他專業人員在學校教育中的活動**。臺北市：國策中心。
- 夏林清（民 85）：**實踐取向的研究方法**。載於胡幼慧主編：**質性研究-理論、方法及本土女性研究實例**（99-120 頁）。臺北市：巨流。
- 柴惠敏（民 88）：**物理治療專業人員供需、培育、任用之現況與展望**。載於「身心障礙相關專業服務團隊規劃」研討會研討會手冊（4-9 頁）。臺北市：行政院國科會「跨越社會殘障的鴻溝」推動辦公室及臺灣師範大學特殊教育中心編印。
- 特殊教育法**（民 86）：中華民國八十六年五月十四日總統華總(一)義字第八六〇〇一一二八二〇號令修正公佈。
- 特殊教育相關專業人員及助理人員選用辦法**（民 88）：中華民國八十八年一月二十日教育部臺(八八)參字第八八〇〇五六一八號令訂定發布。
- 教育部（民 84）：**中華民國身心障礙教育報告書：充分就學、適性發展**。臺北市：教育部。
- 鈕文英（民 87）：**身心障礙教育團隊設置與實施辦法之制訂研究**。高雄市：國立高雄師範大學特殊教育系。
- 黃瑞琴（民 81）：**質的教育研究法**。臺北市：心理出版社。
- 廖華芳、李靜芬（民 86）。**臺北縣 85 年度身心障礙學童專業整合介入計畫研究報告**。臺北縣：臺北縣教育局印行。
- 趙可屏（民 86）：**臺灣地區國民教育階段在家教育學童專業整合服務之現況研究**。彰化師大特殊教育研究所碩士論文。未發表。
- 劉仲冬（民 85）：**量與質社會研究的爭議及社會研究未來的走向出路**。載於胡幼慧主編：**質性研究-理論、方法及本土女性研究實例**（121-137 頁）。臺北市：巨流。
- 蕭夙娟、王天苗（民 87）：**國中小啓智班實施專業整合之意見調查研究**。**特殊教育研究學刊**，16，131-150 頁。
- 賴秀芬、郭淑珍（民 85）：**行動研究**。載於胡幼慧主編：**質性研究---理論、方法及本土女性研究實例**（195-220 頁）。臺北市：巨流。
- ## 二、英文部分
- Abelson, M. A., & Woodman, R. W. (1983). Review of research on team effectiveness: Implication for teams in schools. *School Psychology Review*, 12, 125-136.
- Adelman, H. S., & Taylor, L. (1998). Involving teachers in collaborative efforts to better address the barriers to student learning. *Preventing school failure*, 42(2), 55-60.
- Anderson, N. B., Hawkins, J., Hamilton, R., & Hampton, J. D., (1999). Effects of transdisciplinary teaming for students with motor disabilities. *Education and training in mental retardation and developmental disabilities*, 34(3), 330-341.
- Bailey, D. R. (1984). A triaxial model of the interdisciplinary team and group process. *Exceptional Children*, 51(1), 17-25.
- Dettmer, P. A., Dyck, N. T., & Thurston, L. P. (1996). *Consultation, collaboration, and teamwork* (2nd. Ed.). Boston: Allyn & Bacon.
- Guba, E. G. (1981). Criteria for assessing the trustworthiness of naturalistic inquiries. *Educational Communication and Technology*, 29, 75-91.
- Hudson, P. & Glomb, N. (1997). If it takes two to tango, then why not teach both partners to dance? Collaboration instruc-

- tion for all educators. *Journal of Learning Disabilities*, 30(4), 442-448.
- Jordan, J. B., Gallagher, J. J., Huntinger, P. L., & Karnes, M.B. (1988) (Eds.), *Early childhood special education: Birth to three*. Reston, VA: Council for Exceptional Children.
- Lyon, S., & Lyon, G. (1980). Team functioning and staff development: A role release approach to providing integrated educational services for severely handicapped students. *Journal of the association for the severely handicapped*, 5, 250-263.
- Maher, C. A., Hawryluk, M. K. (1983). Framework & guidelines for utilization of teams in schools. *School Psychology Review*, 12(2), 180-185.
- McLaughlin, P. J. & Wehman, P. (1992) (Eds.). *Developmental disabilities : A handbook for best practices*. Boston : Andover Medical Publishers.
- McWilliam, R. A., & Strain, P. S. (1993). Service delivery models. In *DEC recommended practices: Indicators of quality in programs for infants and young children with special needs and their families*. Pittsburgh, PA: Division for Early Childhood, Council for Exceptional Children.
- Pfeiffer, S. I. (1980). The school-based inter-professional team: Recurring problems and some possible solutions. *Journal of School Psychology*, 18, 388-394.
- Rainthforth, B., York, J., & MacDonald, C.(1992). *Collaborative teams for students with severe disabilities: Integrating therapy and educational services*. Baltimore: Paul H. Brookes.
- Raver, S. A., (1991). *Strategies for teaching at-risk and handicapped infants and toddlers: A transdisciplinary approach*. New York: Merrill.
- Strickland, B. B., & Turnbull, A. P. (1990). *Documentation and provision of related services developing and implementing individualized education programs* (3rd ed). Columbus. OH: Merrill.
- Thomas, C. C., Correa, V. I., & Morsink, C. V., (1995). *Interactive teaming: consultation and collaboration in special programs* (2nd Ed.). Columbus, OH: Merrill.
- Woodruff, G., & McGonigel, M. J. (1988). Early intervention team approaches: The transdisciplinary model. In J. B. Jordan, J. J. Gallagher, P. L., Huntinger, & M. B. Karnes (Eds.), *Early childhood special education: Birth to three* (pp. 35-42). Reston, VA: Council for Exceptional Children.
- Ysseldyke, J. E., & Algozzine, B., Thurlow, M. L (2000). *Critical issues in special education* (3rd Ed.). Boston: Houghton Mifflin.

Bulletin of Special Education 2002, 23, 25—49
National Taiwan Normal University, Taipei, Taiwan, R.O.C.

TEACHERS AS CASE MANAGERS IN TEAM PROCESS: THE EXPERIENCE IN A PRIMARY SCHOOL

Shiu-Wen Yen

Tien-Miau Wang

Taichun Shi Ton Elementary School

National Taiwan Normal University

ABSTRACT

In this qualitative study, it was intended to explore the teaming process that special education teachers were expected to play a role as case managers of special needs students. The seven-month study was divided into two phases: participation observation and in-depth interviewing in the first semester and action research in the second semester.

In the first semester, we found that even though new action of teaming was emphasized, therapists, with the companion of special education teachers, still provided one-to-one therapeutic services for students selected from special classes and resource room programs. In fact, therapies were operated separately from teaching and less collaboration was observed between teachers and therapists. In the second semester, the actions were taken to provide teacher-led services to special needs students, with assistance of therapists. Special education teachers were found to be capable to adopt the strategies suggested by therapists in their daily teaching activities. The discussions after in-class supports from therapists were found to be beneficial for mutual understanding, role releasing, and communication between teachers and therapists.

However, we found that the practice of teachers as case managers in the teaming process was influenced by past experiences of teachers and therapists, understanding and communications between professionals, and acceptance of the leading role of teachers. Based on what we had found in the study, some recommendations were suggested to promote the collaboration between professionals.

Key words: teaming, case managers, qualitative study