

第一章 緒論

第一節 研究背景與動機

我國「特殊教育法」(教育部, 2001)規定「身心障礙，係指因生理或心理之顯著障礙，需要特殊教育和相關特殊教育服務措施之協助者」，嚴重情緒障礙是特殊教育中身心障礙之一，依法可以接受特殊教育及相關服務。

從美國特殊教育歷史中，情緒困擾(emotional disturbance)有許多討論與爭議，這類學生特質與需求和其他特殊學生不同，他們被發現診斷時間較晚(進入特教時間較晚)、較多安置在隔離的環境、學業成績不及格、留級或中輟(drop out)高、畢業後失業或犯罪淪落監獄的比例高，比其他障礙學生有更多問題(Bullis & Cheney, 1999; Cullinan & Sabornie, 2004; Smith, 2006; Wagner, 1995; Wagner, Kutash, Duchnowski, Epstein, & Sumi, 2005)。

嚴重情緒障礙者多在 12-15 歲才被發現或成爲特教學生，障礙特質影響認知學習、情緒行爲、人際互動等功能、及其社會適應，學生很快面臨轉銜到下一個教育階段或體系，這類學生需要醫療、特教和福利的協助，克服教育、就業或社區適應的困難，整合的轉銜服務將協助學生有更好的離校發展。

特殊教育重視依學生需求提供服務，向上向下延伸以提供學生更多元與完整服務，特教法(教育部, 2001)第 27 條規定「各級學校應對每位身心障礙學生擬定個別化教育計畫，並應邀請身心障礙學生參與其擬定與教育安置」。特教法施行細則(教育部, 2003)規定，學生「個別化教育計劃」(Individualized Educational Plan, IEP)內容包括學前教育大班、國小六年級、國中三年級及高中(職)三年級學生之轉銜服務內容，轉銜服務(transition service)應依據各教育階段之需要，包括升學輔導、生活、就業、心理輔導、福利服務等項目。嚴重情緒障礙者的轉銜服務除了依上述規定進行，還要依其障礙的特質調整彈性的服務，以滿足其轉銜需求。

爲滿足特殊學生的多元需求，結合不同專業的合作模式，成爲特殊教育的趨勢之一，台北市立聯合醫院松德院區青少年日間留院「又一村」於

民國 80 年成立，是台灣第一所青少年日間留院，為罹患精神疾病青少年提供醫療復健，民國 87 年與教育局合作成立「精神障礙特殊教育班」（教育局取名「蘭亭書苑」），為台灣第一個設於精神醫療機構的特教班，結合精神醫療與特殊教育，以滿足嚴重情緒障礙者的需求（教育局，2006, 附錄九）。

「又一村」的情障班的特色是以醫療人員與學員、家屬、老師共同討論，擬定個別的復健計畫(individualized rehabilitation plan, IRP)，以精神醫療復健為主，特殊教育為輔，配合生活教育，社區適應等課程，使學員學習自我照顧、生活獨立回歸社會，其服務對象為 12-18 歲罹患嚴重情緒障礙之青少年或高中職以下在學學生。個案(或學員)在治療下維持較好的功能者，盡量協助回歸社區生活（就學、就業），若無法在一般環境就學與就業，類似「又一村」的日間病房、社區復健中心等，成為暫時的安置場所，協助個案做好回歸社區的準備。

過去國外對於嚴重情緒障礙者的特質及發展已經有許多長期追蹤的資料，但是在嚴重情緒障礙者疾病的經驗、轉銜服務、家庭參與、專業合作、自我決策的經驗了解非常有限。國內對於身心障礙自我決策及家庭參與的研究比較少，由於嚴重情緒障礙者的認知、穩定性受症狀影響，自我決策是否因此受限？「又一村」個案的特質如何？個案(學員)和家庭如何參與決定？又一村個案的轉銜如何規劃與進行？個案與家庭、專業人員又是如何看待自我決策與家庭參與？各專業如何進行嚴重情緒障礙的服務？這些問題將是本研究所要探討的。

本研究將以質性訪談的方法進行，質性研究重視意義的理解，對於非主流小眾現象的了解比較深入，本研究將透過個案、家屬和醫療人員及特教老師半結構訪談，探討嚴重情緒障礙者及其家庭在教育 and 醫療的運作、轉銜經驗，透過詮釋學的概念與方法，了解受訪個案與家庭的轉銜歷程。

第二節 研究目的

1. 探討、詮釋嚴重情緒障礙者與其家庭在疾病過程、特殊教育轉銜的經驗及歷程。
2. 了解嚴重情緒障礙者的家庭參與決策、與專業合作的經驗。
3. 探討個案自我決策的概念、經驗。
4. 探討專業人員對於轉銜的看法與作法。

5. 探討家庭與專業合作及專業間合作經驗。
6. 個案與家屬、專業人員對又一村的轉銜服務經驗。
7. 根據上述研究參與者的經驗與詮釋，提供未來規劃轉銜服務之建議。

第三節 名詞釋義

1. 嚴重情緒障礙(serious emotional disorder)

根據我國「身心障礙及資賦優異學生鑑定標準」(2002)第九條規定:「嚴重情緒障礙，指長期情緒或行為反應顯著異常，嚴重影響生活適應者；其障礙並非因智能、感官或健康因素直接造成之結果。情緒障礙之症狀包括精神性疾患、情感性疾患、畏懼性疾患、焦慮性疾患、注意力缺陷過動症、或其他持續性之情緒或行為問題者。」

根據美國 IDEA(Individuals with Disabilities Education Act, 個別障礙者教育法案, 2004) Emotional disturbance 是指「持續一段時間呈現下列一種或一種以上的特質，其明顯的影響教育表現：

- A.無法學習，又不能以智能、知覺和健康因素去解釋
- B.無法與同儕或教師建立、維持滿意的人際關係
- C.在常態的環境中有不適當的行為或情緒
- D.普遍充滿不快樂或憂鬱
- E.在與個人或學校問題上，發展身體症狀或害怕

上述的情形包括精神分裂症，但是不包括社會適應不良，除非他們確認在情緒上有嚴重困擾。」

本研究所指的嚴重情緒障礙，將依我國特教法之定義，由於我國特教的診斷偏向以精神疾病診斷為依據，故本文之英文以 serious emotional disorder，本研究對象是以接受特教服務之嚴重情緒障礙者為主，不以醫療診斷為限。

2. 轉銜(Transition)

Will(1984)認為轉銜是學校與生活的轉換過程，特殊教育轉銜是指協助障礙學生由學校到成人過程的”橋樑”，學校生活與工作生活的轉換，是一種成果導向的過程。Patton(2004)認為轉銜是身心障礙青少年位進入成年所作的準備。林宏熾(2003, 2002)認為轉銜是一種過渡時期、轉變、一種型

態到另一種型態，轉銜的目的是生涯輔導與安置。身心障礙者因為其障礙特質影響其各階段的發展，因此在人生各階段的轉換過程需要較多的協助與準備，以因應下個階段的挑戰。

本研究是針對嚴重情緒障礙學生，從普通班學生如何成為特教學生開始接受特教服務，及教育階段結束後如何離開教育服務體系、進入社區的歷程，同時探討專業服務（包括特教、醫療與社福）合作情形及階段的轉銜情形。

3. 家庭參與(Family involvement)

家庭參與是指父母參與子女的學習歷程與教育活動、事務與決策等方面的參與，透過對學校活動、事務的參與過程表達對教育的意見，美國公法 94-142(1975, Education of All Handicapped Children Act, 全體殘障兒童教育法)中規定身心障礙兒童家長的權利，包括參與 IEP(Individualized Educational Plan)的擬定與會議、參與子女的評量、安置與評鑑、查閱子女的教育紀錄等(陳明聰, 2002)。家庭參與特殊兒童的教育活動是法規所賦予的權利，也是近來教育發展的趨勢，本研究家庭參與是指家庭主要成員參與特殊教育及醫療、福利的情形，家庭與專業合作及參與各項會議與活動、教育決策的情形。

4. 自我決策(Self-determination)

自我決策是指障礙者知道如何選擇，知道自己要什麼、如何去取得，從裏解個人的需求、選擇目標並持續完成，讓別人了解他的需求，評估達成目標的進度，調整表現並建立解決問題的方法，成為自己的倡導者(Smith, 2006; Wehmeyer, Agran, & Hughes, 2003)。身心障礙者的自我決策是障礙者的基本人權，但是自我決策的學習必須在障礙者的成長過程程序進行，本研究將對嚴重情緒障礙學生如何參與轉銜服務決策的歷程，進行了解。同時從家屬和專業人員的角度了解個案自我決策的形成歷程。

第二章 文獻探討

我國特殊教育強調「特殊兒童必須是由於身心特質過分突顯，非得借助特殊的協助，將無法滿足教育需要的兒童」(何華國, 2004, p.8)，我國與美國特教對象都是採分類(categorical)方式，符合特教法的障礙類別就可以取得資格(eligibility)接受服務。美國 IDEA(1990)規定「特殊教育是針對有獨特需求的障礙兒童(child with a disability)所設計的教學...」，12 類的障礙包括 emotional disturbance，這是指來自情緒行為人際等問題持續影響學生學習，但是不包括適應不良(adjustmental disorder)，雖然包括精神分裂(schizophrenia)，但是不以此為限。

本文中所指的「嚴重情緒障礙」(serious emotional disorder)是依我國特教法(1997)的名稱，探討這類身心障礙學生的轉銜經驗，對照美國 IDEA 的名稱將以 emotional disturbance(ED), serious emotional disorder(SED), 或 behavioral or emotional disorder(BED)，進行英文文獻的搜尋以求完整了解。雖然兩國的障礙名稱與定義不完全相同，但是這類學生在情緒、行為與人際上困難影響學習，需要特殊教育介入是共同的特點，美國對於情緒困擾學生的服務經驗值得我們借鏡。本章將探討「嚴重情緒障礙」特質及其參與轉銜服務的歷程，同時探討家庭參與及個案自我決策的運作。

第一節 嚴重情緒障礙者的特質與特教服務

一、名詞界定的問題

美國特殊教育的書籍對於情緒困擾(emotional disturbance)的介紹，會提到這是一個缺乏共識的障礙 (Kauffman, 2001; Lehman, 2002; Peterson, 1995; Smith, 2006)，包括：

1. 特教法中的轉變與醫療診斷的差異

在 PL 94-142 的「嚴重情緒困擾」(seriously emotionally disturbed, SED)

的定義是以「持續一段時間呈現下列一種或一種以上的特質，其明顯的影響教育表現的內容...」。到 IDEA'97 修正時已經將這類障礙名稱改成「情緒困擾」(emotional disturbance)，將嚴重的(seriously)去除，避免造成烙印(stigma)，影響學生和家長接受特教服務的意願，強調學生的情緒行為問題影響其學習成就，特殊教育才介入，對於輕微或暫時的社會適應問題(socially adjusted)並不列入其中(Kauffman, 2001; Peterson, 1995; Smith, 2006; Yell, 2006)。

美國特殊教育的中對於情緒困擾界定和精神醫療的診斷並不同：根據 ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders(Cooper, 1994)中 F90-F98 為「發生於兒童及青少年階段的行為與情緒障礙」(Behavioral and emotional disorders with onset usually occurring in childhood and adolescence)其中包括：過動症(Hyperkinetic disorders)、行為障礙(Conduct disorders)、合併情緒與行為障礙(Mixed disorders of conduct and emotions)、源於兒童期的情緒障礙(Emotional disorders with onset specific to childhood)、源於兒童期的社會功能障礙(Disorders of social functioning with onset specific to childhood and adolescence)、抽搦症(Tic disorders)、其他源於兒童青少年期的行為和情緒障礙(Other behavioral and emotional disorders with onset usually occurring in childhood and adolescence)。這些診斷所牽涉的問題都與情緒、行為、人際適應的發展有關，以致影響其生活、學習、與人際關係等，需要醫療協助，但是與特教的定義不同。

2.對原因的歸類紛歧

Yell(2006)指出美國特殊教育兒童的鑑定是以 Multidisciplinary team(MTD)多專業團隊進行：至少在 2 個不同的場所進行評量，來自不同角色關係的資訊，學業和社會技巧的表現都要考量。運用各種方法評估學生行為(行為等級表、生態評量、教室觀察、ABC 分析、會談、投射測驗、標準化測驗、社會工作評鑑、精神醫療分析、功能評量)，多元的評量以利發現真正需要服務的學生。Yesseldyke, Algozzine & Thurlow(2000a)認為目前情緒困擾學生的鑑定缺乏客觀或標準化工具，其鑑定方式來自觀察或會談或醫療診斷，是屬於「軟體」(software-based)的鑑定，信效度及常模問題不斷被質疑，各界對這類障礙仍然缺乏共識。以學習結果來判定，缺乏生理基礎，或對民族文化的差異缺乏警覺，以主流的社會常模進行鑑定標準，引發的學生與家長對標籤的抗拒(Smith, 2006)。

除了和美國比較，其他國家特殊教育如何對情緒困擾的規定？根據 Organization for Economic Co-operation and Development(OECD 經濟合作與發展組織, 2003)統計來自 16 個國家(註一)的教育統計資料，各國對於特殊教育的定義範圍差異非常大。整體上各國義務教育階段，特殊教育對象區分為三類：A.因感官障礙(disability)影響學習，例如視障、聽障、智障等，B.沒有明顯的感官問題，但是有學習困難(difficulties)，例如學習障礙，C.有學習不利(disadvantage)的因素者，例如少數民族或移民者。其中情感與行為障礙的歸類，一半國家(8 國)，將其列入 A 類，另一半列為 B 類，認為其沒有感官缺損但是有學習困難，和學障同屬於有學習困難的學生。這個分歧的歸類，顯現各國對於情緒困擾成因的看法仍有很大差異，對於情緒困擾者學習的困難究竟是什麼原因造成，還需要釐清。

3.法規名稱不一致

嚴重情緒障礙學生可以接受特教服務，根據 IDEA 規定學生除了身心障礙(disabilities)，還必須因障礙造成教育不利者，才能取得 IDEA 服務與保護資格(eligibility)。IDEA 以障礙分類，規定 13 類符合法規的身心障礙學生可以得到特殊教育及相關服務，必須取得障礙資格，才能享有各項的服務，對於特殊教育與相關服務的內涵及經費有詳細規範。

「復健法案 504 單元」(Section 504 of the Rehabilitation Act, 1973)中障礙的定義是以「功能受損影響生活為原則」：身體或心理障礙或缺陷，或因障礙或缺陷造成主要生活活動受限制者，都可以得到復健法案所保障的權益。「美國障礙者法案」(Americans with Disabilities Act, ADA, 1990)延續「復健法案」的定義，規定只要缺陷 (impairment) 使個人生活中的活動受到實際的限制，就符合該法案服務的對象。這三個法案中，情緒困擾 (emotional disturbance) 只出現在 IDEA 中，情緒障礙並不是「復健法案」與「美國障礙者法案」的服務對象。情緒障礙學生離開教育階段將失去服務。

4.美國特殊教育界對情緒困擾的爭議

情緒困擾的人數雖然不是特教中最多的，但是包括定義不一致、缺乏對原因的論述、評估鑑定的穩定性不足、診斷與服務的關聯不足等問題，值得注意 (Bauer & Shea, 1999; Cullinan & Sabornie, 2004; Kauffman, 2001; Paul, & Cranston-Gingras, 2002; Peterson, 1995; Smith, 2006; Wagner et al ,

2005b; Ysseldyke, et al, 2000a, Yell, 2006) :

- (1) 教育、醫療不同體系對名稱有不同定義，對這類問題的界定不同，即使特教體系的定義，在各州或各地也可能不一致，各州缺乏一致的定義或一致的配套的服務。
- (2) 不同領域(或學派)對問題或現象的解釋不同，不論是生物、家庭社區或學校因素，都只能解釋一部分的原因，難以提供完整的解釋，影響實務界對問題處理的建構。
- (3) 缺乏客觀的評量工具測量，影響信效度。情緒困擾判斷來自個人違反社會文化常模，其評估鑑定來自其他人的觀察、行為觀察量表(Behavioral checklist)檢核，以教育「軟體」(software)進行診斷，信效度問題被質疑，常模的代表性也被質疑。
- (4) 從情緒困擾的定義，規定問題持續一段時間造成影響學習才進行鑑定，早期發現、早期介入根本做不到，只能等問題影響到學習或其他功能後，特教才會介入，從發現問題到確定為服務對象、得到服務平均要 2 年，Kauffman(1999)認為這是一種等待失敗的哲學。
- (5) IDEA 中情緒困擾的定義缺乏研究支持，沒有對定義與服務的關連性提出驗證，特教服務和其他障礙類別並沒有差異。現行定義偏重醫療診斷，無法連結到教育需求與服務。

上述的爭議影響情緒困擾學生的服務，這些問題將是特教界需要面對的問題。

二、美國嚴重情緒障的人口學特質

除了診斷評估工具和原因歸類的見解不同，情緒困擾是屬於比較晚才被列為特殊教育對象，也比較容易因為其行為情緒問題安置在隔離的環境 (Smith, 2006)。Saborine, Evans, & Cullinan (2006)統計美國智能障礙、學習障礙、情緒困擾這 3 類學生，約占特教人數 70%以上，是高發生率(high incident)障礙，但是接受醫療服務與接受特殊教育人數落差大，這類學生的特質與其他障礙不同，值得特教界注意。台灣特教統計缺乏以類別作人口學分析，從美國的資料可以作為參考。

1.醫療與教育推估差異大

美國「國家心理衛生及特殊教育聯盟」(National Mental Health and Special Education Coalition)認為「情緒及行為障礙」(emotional and behavioral disorder)是指：在學校出現情緒或行為障礙特質，這些特質與其年齡、種族、文化的常模不符合，以至於影響學習成果，學習成果是指學業、社交、職業及個人技巧。這些障礙特質不是暫時性的、對壓力反應的方式，它們持續出現在兩個以上的不同場合（學校、家庭），普通教育難以處理協助。這障礙可能合併其他診斷，例如精神分裂症、情感性疾病和焦慮症等，或其他影響學習的行為與適應問題。若以這個標準，從出生到18歲，曾經被依 DSM-IV 診斷準則，診斷有心理、行為和情緒障礙，導致功能受損，以至於在家庭、學校和社區中的角色無法符合其年齡、文化及種族的常模，影響到教育成果，推估全美至少 15% 的兒童青少年需要接受醫療服務。Mark & Buck(2006)依流行病學的調查認為應該有 9-13% 兒童青少年需要接受服務，醫療需求推估大約有一成(10%)以上的兒童青少年需要心理衛生的服務(Smith, 2006)。

美國教育部(2001)統計學齡階段至少有 1% 學生有情緒困擾問題(低於預估的 2%)，Kauffman(2001)認為全美至少 3-6% 學生是情緒困擾，Wagner 的調查(1995, 2005)情緒困擾在特教的比例大約維持 10% 左右，10 年來變化不大，上述統計人數與盛行率的落差，和情緒困擾者的診斷標準不同、中輟率高有關，這類學生發生問題時並沒有很正確迅速的被診斷，受到症狀影響無法學習、因此離開學校失去追蹤，所以導致實際在特教與醫療的於盛行率有明顯落差(Ysseldyke, et al, 2000b)。

2.人口學特質描述

Wagner 等人於 1995 年用 National Longitudinal Transition Study of Special Education Students(NLTS)的資料庫，進行電話訪談，收集在特教體系中的嚴重情緒困擾(SED)學生的資料，2005 年以 Special Education Elementary Longitudinal Study(SEELS)與 National Longitudinal Transition Study-2(NLTS2)資料庫的對象進行長期追蹤，建立跨世代的情緒困擾(ED)發展模式(說明：1997 年 IDEA 已經將 seriously emotionally disturbed 改成 emotional disturbance)。接著，將 1995 與 2005 的調查，從人口學與家庭因素整理成表 1：

(1)在特教的比例

Wagner(1995)的調查 SED 約佔高中特教障礙人口的 10.5% ,2005 年的調查 ED 佔國中小學障礙人口的 6.2% ,佔高中障礙人口的 11.2% ,高中階段的 SED 比例最高, 10 年來在特教的的比例稍微成長。

(2)性別比例

Trout, Nordness, Pierce 與 Epstein(2003)整理 1961 到 200 年關於 SED 和 ED 的研究,大約維持男性 76%、女性 24%的比例。特殊教育各障礙類別都以男性居多,其中情緒障礙的性別比例差異最大,推測可能是男性較易有外顯行爲(external behavior)問題,容易影響到其他人、可見度高,比較容易被發現轉介,女性以內隱行爲(internal behavior)問題(憂鬱、情緒低落),不易被發現,因此女性的比例偏低。

(3)種族的比例

從表 1 中,美國黑人約佔全體中小學的人數的 17.1%,但是中小學的情緒困擾者約 27.0%是黑人,黑人在特教情緒困擾的比例明顯超過其在一般人口的比例,可能被過度高估(overestimate)。種族與性別在情緒困擾中的比例和其在一般人口的比例,明顯不同,挑戰情緒困擾的鑑定標準及鑑定方式的適切性,被質疑充滿主流文化價值的判準(Bauer & Shea, 1999; Cullinan & Sabornie, 2004; Kauffman, 2001; Trout, et al., 2003)。

(4)家庭與社經狀況

1995 調查資料中情緒困擾者的全年家庭收入在 25000 美元以下的約七成,2005 年的調查,美國中小學的貧窮家庭約佔 16.0%,但是中小學情緒困擾有 33.2%達到貧窮,情緒困擾家庭貧窮的比例是一般學生的 2 倍,其他單親、單親且失業的比例都比一般學生高,將近半數情緒困擾學生家中還有另一位障礙者,情緒困擾的生活環境與遺傳的問題值得關注。情緒困擾者的家庭功能較弱、家庭不利因素較多,家庭本身需要外界的協助,學生要從家庭得到相關支持並不容易。

從美國的資料發現:情緒困擾學生多男性、黑人、家庭貧窮、單親、單親且失業、學生轉學的比例都明顯比一般同儕高,家庭與環境不利的情形,是否也是導致孩童必須提早承擔家庭照顧責任,影響其學習的成果?因此對情緒困擾者評估除了針對個人狀況,更要評估家庭整體功能及貧窮因素與障礙的關係,從生態的觀點完整評估各種因素的影響,以提供完整的家庭支持方案,強化家庭功能,才能對學生完整的協助,家庭對情緒困擾學生的影響必須被清楚評估,以免影響服務效果。

表 1：美國特教調查中情緒困擾學生的人口學特質

	1995 年 SED 學生的比例 (%)	2005 中小學		2005 高中	
		ED 比例	在一般生中的比例	ED 比例	在一般生中的比例
在特教的比 例	10.5	6.2		11.2	
男性	76.4	80	51	76	50.8
白人	67.1	56.9	61.3	61.9	66.1
黑人	25.1	27.0	17.1	25.1	15.8
西班牙裔	6.0	12.1	16.5	10.2	12.8
全家全年所 得 12000 以 下	38.2				
12000-24999	32.1				
25000-37000	15.7				
38000 以上	14.0				
貧窮		33.2	16.0	29.8	19.7
單親	44.3	34.4	25.9	38.1	22.5
單親失業		23.6	10.3	24.0	8.5
家中另有一 位障礙者		45.5		45.7	
自中學畢業	41.7				
自中學輟學	54.8			55	

本表摘自Wagner, M. M. (1995). Outcomes for Youths with Serious Emotional Disturbance in Secondary School and Early Adulthood. *The Future of Children*, 5(2), 90-112. Table1: Demographic Characteristics of Youth with SED, Youths with Any Disability, and Youths in the General Population.

Wagner, M., Kutash, K., Duchnowski, A. J., Epstein, M. H., & Sumi, W. C. (2005b). The Children and Youth We Serve: A National Picture of the Characteristics of Students With Emotional Disturbances Receiving Special Education. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 13(2), 79-96. Table2: Demographic Characteristics of Students with Emotional Disturbances and Students with Other Disabilities.

3.青少年階段才成爲特教學生

根據 Wagner(2005b)的資料，中學階段情緒困擾的比例是小學階段的 2 倍。根據診斷準則，學生情緒行爲影響學習持續一段時間才會被轉介，接受醫療的評估診斷，因此情緒困擾者被發現的年齡偏高，半數以上情緒困擾學生在 12 歲以後才進入特教，平均 10-13 歲才被診斷出來，13 歲進入特教體系接受服務，若以年齡層比較以 15 歲的人數最多，和許多在學前或學齡階段就被診斷出障礙的學生有很大不同。

其次，從家長發現問題、接受評估治療，到取得資格成爲特教學生、接受服務，大約要 2 年的時間，有許多人在診斷前就已經離開學校或正要離開學校(15 歲中學畢業)。傳統特殊教育的鑑定、分類、安置的服務流程，對於情緒困擾學生可能過於繁複，許多學生在青春期發病，當他們的問題與需求被發現時，也是快要畢業離開學校的時候，若教育體系沒有積極的介入與轉銜，情緒困擾者很快就自教育體系中輟，失去服務，這也可以解釋爲何情緒困擾者中輟比例是所有障礙類別中最高的原因 (Kauffman, 2001; Cullinan, Osborne, & Epstein, 2004; Cullinan & Sabornie, 2004; Trout, et al, 2003; Wagner et al., 2005b)。

情緒困擾者由於特質需要醫療診斷服務，而精神醫療對於疾病的診斷需要的時間較長，家長和學校應該注意學生學習問題，儘早介入協助，耗費在確認診斷與資格才提供服務，將會延誤早期預防的效果。其次，精神病理診斷歸類與教育服務的關聯並不大，特教應該將焦點放在評估學生的教育需求，及早介入提供服務，不要等到診斷與問題確定，才進行補教。

三、情緒困擾者的學校適應

根據 IDEA 及我國特教法的定義，emotional disturbance 呈現在無法學習、人際關係問題、不適切的情緒行爲、不快樂或憂鬱、身體不舒服等，接著針對情緒困擾學生特質進行說明：

1.智力正常，學習失敗或低成就

從定義上，情緒困擾學生的主要問題是學習成果受到情緒行爲問題影響，Kauffman(2001, Ch9)、Reid 等人(2004)及 Trout 等人(2003)發現情緒困擾學生的 IQ 平均比同年齡一般生稍微低，但是屬於正常範圍，平均 IQ 約

94.89，情緒困擾學生的智商中數和眾數都是 90 以上，屬於中等智商，但是學習成就明顯較差，屬於正常智商、低學習成就的學生。Wagner(1995, 2005b)的資料中，六成以上的情緒困擾學生的成績在班上百分等級 25 以下，且成績從 9 年級就比其他障礙學生低，年級愈高成績愈差、與其他障礙者的差異愈大，智力的因素不能解釋其學習成果。

Sabornie 等人(2005, 2006)比較學習障礙、輕度智障和情緒困擾，認為情緒障礙和學障者的智力都在中下(below-average IQ)，然而情緒障礙者學習成果明顯比較差，Wagner(2005b)來自家長的調查也認為情緒障礙者的認知並沒有問題，但是學習成果明顯落後。若以情緒困擾和其他障礙者比較，Reid 等人(2004)認為情緒困擾學生不論安置在普通班或隔離的機構，學習(學業)成果都比非障礙者或其他障礙者差，無法反映認知程度。

情緒困擾學生的智力在正常範圍，但是學習成果明顯較差、成績不及格或因不及格而被留級、中輟，提早離開學校，這類學生的問題身受症狀影響，由於學習的失敗、適應問題，無法得到較高學歷，在缺乏準備下進入社會，只能從事薪資較低的工作或淪為貧窮犯罪、不利成人階段發展。學習問題影響學生未來發展，這類學習問題不是智力問題可以解釋，學校必須針對其特質發展有效教學處理方式。

2.人際與社交方面缺陷

Wagner(1995)的調查情緒困擾學生與班上同學互動的質與量都比較差，Wagner 等(2005b)的調查發現 1/4 國小情緒困擾、1/3 中學情緒困擾學生有社交技巧缺陷，Wagner 與 Davis(2006)的調查也發現情緒困擾學生在普通班時與同學互動的時間比較少，較少參與課外活動、較少朋友，不論安置在什麼環境，其與一般人的互動都比較少。Sabornie 等(2006)比較輕度智障和學障、情緒困擾者的人際關係或社會適應的問題，其中情緒困擾學生的問題行為比較高，情緒困擾和學障的學生比較容易對同儕或老師有負面的批評，情緒困擾者的爆發行為(acting out)、過動、外顯和內隱行為問題、違法、藥物濫用的情形比其他兩者更嚴重。情緒困擾學生的控制力、社會情境的判斷力、社交技巧的缺陷，難以維持正向的人際關係，間接影響其在家庭、學校適應。因為這些問題影響與他人的關係，被安置在比較隔離的環境，到了成人階段人際問題繼續影響其社會適應(Armstrong, Dedrick, & Greenbaum 2003)。情緒困擾者的人際互動缺陷，不只對學校的適應有影響，對其離校後就業穩定性也是相當不利的因素，缺乏學歷又不

善與人相處，造成就業的困難，無法持續穩定工作又影響經濟收入(Bullis, Cheney, 1999)。

然而，情緒困擾學生的問題隨著年齡惡化，年齡愈大安置的環境愈隔離，因此與一般人互動的機會更少，即使提供各項治療服務，也是抽離普通環境。情緒困擾者對於心理衛生體系的需求隨年齡增加，醫療體系以藥物治療為主，或是控制症狀發生，對人際方面的改善幫助不大(Trout, et al., 2003; Wagner, 1995; Wagner, 2005b)。

Landrum, Tankersley 與 Kauffman(2003)認為情緒困擾者的人際問題應該加強社交技巧訓練及語言表達訓練，Cullinan 等(2004)認為除了訓練適當的反應技巧，提供學業學習合作、衝突解決、壓力調整等方法也是改善人際問題的方式。同時應該加強老師在學生人際問題處理的訓練，讓情緒困擾學生在融合的環境學習人際技巧，對於日後轉銜社區、就業實際助益。

學校對於情緒困擾學生的人際、社交問題提供包括社交技巧訓練、情緒管理等課程，然而學校特教服務的比例隨著教育階段減少，日漸隔離的安置模式對於人際學習也不利。情緒困擾學生從學校心理師、諮商師、社工師的相關服務的比例則逐漸增加，大部分學生同時接受多項服務：個別諮商、職業指導、語言治療、社會工作等服務。然而這些服務似乎是抽離、個別的指導，教師對於人際的訓練必須考量其不同環境與角色及學生的差異，盡量在融合環境下進行，才能幫助學生適應。

3.情緒與行為特質

情緒困擾通常被分成外顯行為問題、內隱行為問題，也有從行為特質區分過度(excess)、缺陷(deficit)，Wagner 等(2006b)從老師的調查中發現，外顯行為問題（易分心、行為衝動、好與人爭辯）的比例似乎有隨著年齡下降的趨勢，內隱行為問題（情緒低落、覺得不快樂）的出現比例則從小學、中學、高中的比例差別不大。情緒和行為的異常影響學生學習，需要介入協助，然而情緒行為的問題和人際問題一樣，需要在普通環境進行矯正，愈隔離的環境的個別學習，對於在融合環境的運用，幫助有限。

學校在處理情緒困擾者的情緒行為問題時，應該關注在如何協助學生自我監控、自我覺察，讓學生對問題有病識感(insight)，醫療與藥物可以控制部份症狀，但是大多數情緒行為的問題不易根治，學校和學生要了解問題與疾病的影響，在部分的症狀下進行有效的學習，而不是學生有問題就隔離。

IDEA(2004)建議針對情緒困擾學生提供「行為支持計畫」(behavioral support plan)，因為這類學生的情緒行為的處理需要從根源做起，但是實際上只有少數的學生得到這項服務，大部分學校會以要歸處理，情緒困擾學生的特殊需求並沒有被考慮。而且，情緒行為的處理需要持續進行，隔離與經常更換環境，不利這些問題的處理，在普通班落實行為支持計畫，對情緒困擾學生的學習和人際才能有幫助。

結語

過去的研究發現大部分情緒困擾者的認知在正常範圍，學習成果卻無法反應智力程度，情緒行為控制問題使其學習與人際問題更惡化，人際不良導致缺乏同儕支持，不易融入團體，因此中輟離開學校，離開學校後生活在貧窮、疾病和犯罪的環境，成為社會邊緣。這些發現提醒教育體系，對於這類學生的介入應該儘早開始，過去以診斷分類後隔離處理的方式，對於學生的情緒處理或許有部分效果，但是整體學習、行為與衝動控制上的問題並沒有結合處理。情緒困擾學生的學習成果、情緒行為控制、人際關係等互相影響，學校在處理這類問題時必須全面考量，盡量在融合的環境中處理，有助長期學生的適應。

四、美國特殊教育對嚴重情緒障礙的服務

情緒困擾學生在特教的比例不是最高，但是因為障礙的特質需要的服務比較多元，目前學校如何提供學生服務？接下來討論美國特教服務現況與問題。

1.服務間缺乏連結與轉銜

Bauer & Shea(1999)發現 46% 已接受精神醫療治療的情緒困擾學生，並沒有被列入特教，近半數在醫療體系接受服務的嚴重情緒障礙學生並沒有成為特教的服務對象，究竟是什麼因素讓家長選擇醫療而不是特教？醫療與特教對這類學生的服務並沒有完整的轉銜。

Wagner 等人(2005a, b)調查中，父母描述從發現孩子有問題到接受專業服務大約經過一年，接受專服務一年後才接受特殊教育服務，從問題發生到取得特教服務約需要 2 年時間，即使取得情緒困擾的特教資格，得到

早期介入服務還是少數(國中小 24.4% ,高中 34.0%)。目前對於情緒困擾的處理，偏重轉介精神科診斷與治療，以疾病治療主導服務，特教缺乏對於情緒困擾者的處理策略，服務間缺乏整合，各領域缺乏對話與合作。

Peterson(1995)、Reddy 與 Richardson(2006)從研究中整理出情緒困擾的介入模式，不論是學校基礎(school-based)、社區基礎(community-based)或心理衛生體系基礎(mental health based)治療模式，都需要專業間、跨專業、組織間的合作，都強調家庭與學生參與決策的重要性，對情緒困擾者的服務，從篩選開始就需要專業合作，然而，實際的服務情形是缺乏專業間合作。

在教育體系中老師發現問題，不論轉介特教鑑定或醫療服務都是需要父母或監護人同意或協助，然而情緒困擾者家庭的不利情形(貧窮、失業、家庭中有另一個障礙者)比較多，家庭需要較多協助，然而情緒困擾者家庭得到的協助卻很有限，只有 2 成情緒困擾者家庭得到教育協助(社工服務、家庭支持服務、個案管理)，學校在提供情緒困擾學生服務時必須先評估家庭功能、與家長建立合作關係，才能提升服務效果。

另外，情緒困擾者的家長對於學校、老師、特教服務的不滿意比例高於其他障礙者，要求進行仲裁(mediation)與進行法律程序(due process)的比例比較高，家長希望有更多機會與老師討論、增加課業協助、參與教育與轉銜，但是這個部分學校似乎是比較不足的，親師的溝通與共識比較不足(Wagner, 1995; Wagner & Davis, 2006; Wagner, et al., 2006)。

2.學習問題並沒有得到適當處理

Bauer 與 Shea(1999)、Cullinan 與 Sabornie(2004)、Landrum 等(2003)及 Lane 與 Carter(2006)認為學習問題的改善才能停止情緒困擾者惡性循環(對學習失去興趣，演變成中輟)，改善情緒困擾學生的學習問題、加強學習的成果，可以增加留在學校的時間(避免過早離開學校)，學習閱讀和有效的學習策略，對生涯與職業準備及轉銜都比較有利。因此學校因該針對學生的特質，提供以直接教學、班級同儕教導、注意力訓練、持續監督等策略，對學生的學習有才能有助益。學校應該找出有實證依據的教學方法，協助學生完成學業取得學歷，以取得較有利的就業條件，增加未來社區生活的有利條件。

Wagner(1995)的資料中 87.1%的情緒困擾學生得到包括：特教協助與監督、協助考試、學習技巧教導、特教老師教導、到特教班上課、行為管

理方案、教師助理、同儕教導、調整考試等服務，Wagner 等(2006)的資料從小學到高中階段，72.8-75.6%的學生得到延長考試時間、考試報讀、調整考試、更多時間完成作業、調整作業、調整成績標準等，行為服務支持、家庭支持。學校提供學生更多元的服務，但是行為支持的部分隨著年齡成長減少，國小階段有 73.7%，到高中只有 47.7%得到這項協助。學校對於這類學生的學習問題，課業協助的量，隨年齡減少，特教服務的形式也比較沒有考慮個別差異。

針對上述學校的做法，學校與家長對於情緒障礙者的需求看法並不同：家長希望學校提供學業的協助，但是學校卻以延長考試時間回應。家長認為學生需要針對注意力、干擾行為和社會退縮等影響學習的部份，提供教導以因應學習，可是實際得到：大部分是延長考試時間、有更多時間完成課業，課程上並未調整，老師對其課業要求標準或教學方式也和非障礙者一樣；與其他障礙學生比較，情緒困擾較少得到考試指導、一對一教學、學習技巧指導等，學校在服務的流程與安置上並沒有針對情緒困擾的特質而不同，在資源教室或隔離的環境的教學方式，和其他障礙一樣。家長對於學校服務的期待與現況有落差，也反映在家長對學校、老師、學生得到的特教服務的滿意度上，明顯低於其他障礙者的家長 (Wagner, 1995; Wagner, et al, 2005b, 2006)。

情緒障礙學生的學業問題源自於情緒行為不穩，間接影響人際及職業的選擇，學校應該針對學生特質教導學習技巧、處理不利因素，才能真正改善學習問題、符合家長期待。

3.教育安置未能針對個別需求

近年來情緒困擾學生的安置朝向融合，大部分學生在就近學校就學或安置在普通班，不過比其他障礙學生隔離的比例更高，到高中有將近 15 % 情緒困擾學生在特殊學校就讀，隨著教育階段改變，在特教班或隔離的環境的時間也增加，年紀愈大隔離的時間增加，在課業上得到的協助也隨著年齡減少(Buer & Shea, 1999; Wagner & Davis, 2006; Wagner, et al., 2006)。情緒困擾學生在教育階段除了接受特教服務，還有心理衛生或諮商服務等，需要較多的服務，教育安置愈隔離，安置到社區外的比例增加(特殊學校或機構)，有些需要安置在專門收至情障障礙學生的環境，例如青少年日間病房 (Wagner, et al, 2006)。

從安置上比較，情緒困擾者不論安置在什麼場所（學校、班級），學

業表現都是該場所中最不好的，和其他障礙學生比較，不論在自足式特教班或住院，學業表現所有障礙中最差的。情緒困擾學生得到的調整課程教學的比例比其他障礙低，他們在普通班的學習得到的支持有限，愈是嚴重的障礙者才會在隔離環境，其學習成果相對不佳，隔離環境的重點是行為處理，學業教導比較缺乏，大部分安置和其他障礙學生在一起，並沒有考量情障障礙的需求(Reid, et al., 2004)。

4.教師認同融合，但是覺得自己準備不足

老師是第一線發現與處理問題的人，大部分普通班教師認同、支持情緒困擾學生應盡量在融合環境學習比較有利，但是許多老師自認需要更多的專業訓練，目前普通班老師的訓練不足以提供情緒困擾學生適當的協助。

Kauffman(2001, ch3)認為教育體系對學生行為的管理必須和學業、社交技巧同時並重，必須注意環境因素的影響。然而從調查中發現，老師認為他們得到的訓練偏重對情緒困擾學生的課業輔導方式，缺乏人際或行為處理的訓練，教師希望加強專業訓練，了解教學或情緒行為問題處理的方法。

普通班老師認同對情緒困擾學生的教學與處理應在融合環境進行，但是自覺相關知識不足，在行為處理、學習技巧、建立正向學習氣氛、轉銜服務等，需要更多的學習。目前學校對情緒困擾學生提供的轉銜計畫缺乏心理衛生、就業、職業訓練等領域專業的參與，缺乏和社區服務系統連結。高中職階段的老師對於學生生涯課程的安排、轉銜活動的安置了解都顯得不足，教師對於問題發現、處理、轉銜都需要更多學習，對學校提供的訓練都覺得不滿意、不足以因應對學生的協助(Wagner, 1995; Wagner & Davis, 2006; Wagner, et al., 2006)。老師的觀念可以接納情緒困擾的學生，但是期待更多的訓練與準備，以增加信心，對學生提供更有效的協助。

5.缺乏情緒困擾的處理模式

Sabornie 等(2006)比較老師對輕度智障與學障、情緒困擾的教導與安置並沒有什麼差別，不同障礙的教學策略、得到教育協助並沒有差異。對於情緒困擾學生的教學，老師覺得缺乏足夠的資訊與訓練，老師得到的行為管理方面的訓練，學校目前以應用行為分析(Applied behavior analysis)、行為改變、認知行為理論、持續行為契約和行為監控等方式進行，協助建

立良好的行爲反應模式(Landrum, et al., 2003; Cullinan, et al., 2004)，但是情緒行爲問題和學習、人際互相影響，行爲與情緒問題必須先從問題根源進行評估，以外在可見的問題去選擇處理方法，容易落入治標不治本。

Polsgrove 與 Ochoa(2004)認爲：學校經常以「行爲管理」來處理情緒困擾學生的問題，缺乏從行爲理論的角度進行歸因並從原因去建構處理方法，他們建議學校以多層面(multi-dimension)的介入，處理行爲也必須和課業學習、環境改善同時進行，完整的評估學生的問題，生態的(ecological)的介入也是必要的。除了檢討行爲介入的適當性，也要對介入成效進行評估，同時教育人員的專業訓練也很重要，教師不應受醫療模式限制，要針對學校生態進行行爲問題的解釋與建立教育介入架構，加強建立正向學校氣氛的訓練。

Kauffman(2001, ch12)認爲學校必須有其對行爲情緒問題處理的全校性策略，不只針對情緒困擾學生，校園內要形成對情緒行爲處理的三級防範策略，建立安全校園環境。情緒困擾學生的問題不能區分學習、人際或行爲問題，而是完整的進行規劃與執行。

結語

情緒困擾學生的認知在正常範圍，學習成果是正常智商、低成就，教育若沒有針對問題全面介入評估處理，容易落入治標不治本。這類學生容易因爲行爲問題逐漸被安置在比較隔離環境，然而隔離環境不利建立、維持與同儕的人際關係，對改變學生問題幫助不大。

情緒困擾者的家庭支持系統普遍較差，家庭的功能評估與介入應該儘早進行，才能提供完整服務。情緒困擾者的處理需要有完整長期的處理計畫，早期發現與介入可以減少問題惡化，老師對於這類學生的服務準備不足，教育服務要從發現、鑑定安置、教學與轉銜等全面結合家庭與社區資源，才能從根本處理與預防問題，改善學生的教育結果。

五、我國嚴重情緒障礙服務現況與問題

我國對於嚴重情緒障礙的定義與服務，主要參考自美國，我國特教法規的名稱，經過許多轉變：民國 59 年「特殊教育推行辦法」中是「性格及行爲異常」爲類別名稱，民國 73 年「特殊教育法」改爲「情緒障礙」，

民國 86 年「特教法」修定，改成「嚴重情緒障礙」，對此類學生問題的看法，從行為、性格、情緒、異常到困擾，對問題的形成的看法偏向動力學說（何國華, 1999; 洪儷瑜, 1997）。嚴重情緒障礙也由偏向可見、易評量的行為，到需由醫療診斷治療，加重精神醫療在特殊教育中的角色。

依據「身心障礙及資賦優異學生鑑定原則鑑定基準」（教育部, 2002）身心障礙學生的鑑定是由各縣市政府之「特殊學生鑑定及就學輔導委員會」負責，以多元評量的原則進行，依學生個別狀況採取標準化評量、直接觀察、晤談、醫學檢查等方式，或參考身心障礙手冊記在收集個案資料，綜合研判。其中嚴重情緒障礙是指一、行為或情緒顯著異於其同年齡或社會文化之常態者，得參考精神科醫師之診斷認定之。二、除學校外，至少在其他一個情境中顯現適應困難者。三、在學業、社會、人際、生活等適應有顯著困難，且經評估後確定一般教育所提供之輔導無顯著成效者。這類學生的診斷「得參考精神科醫師之診斷認定之」，強調醫療診斷的重要角色。

醫療的診斷與教育鑑定的目的不同，醫療診斷與治療重要關聯，其依據是醫學診斷標準，教育鑑定則要判斷學生教育需求、連結服務，我國的嚴重情緒障礙包括的診斷類別有「精神分裂症、情感性精神病、焦慮症、強迫症、注意力不足過動症等」，這些醫療診斷與教育需求的關連性不大，然而學生必須在確定符合上述診斷後才能符合特教資格，得到特教服務。

我國特教通報網「九十五學年度下學期高級中等以下學校特殊教育身心障礙類學生統計概況」（教育部, 2007）嚴重情緒障礙學生，佔高中以下接受特殊教育學生的 2.71%，其中國小階段嚴重情緒障礙者佔 3.7%，國中階段嚴重情緒障礙者佔 2.28%，高中職階段嚴重情緒障礙者佔 2.21%，其比例較低，嚴重情緒障礙者在特教的比例變化不大。

我國「身心障礙者保護法」（內政部, 2003）障礙類別並沒有「嚴重情緒障礙」，只有「慢性精神病」才能取得身心障礙資格與服務。根據「身心障礙等級」（衛生署, 2001）「慢性精神病」係指由於罹患精神病，經必要適當醫療，未能痊癒且病情已經慢性化，導致職業功能、社交功能與日常生活適應上發生障礙，需要家庭、社會支持及照顧者。由於疾病慢性化導致功能受損，因此符合身心障礙類別，可以得到各類服務與福利。

特教「嚴重情緒障礙」包括精神性疾患、情感性疾患，畏懼性疾患、焦慮性疾患，必須達到慢性化才能申請身心障礙手冊，取得身心障礙資格，對於剛生病進入醫療體系的學生，還沒有「確定診斷」就難以得到服

務。

特教法中規定學生要經過評估診斷、取得身心障礙資格才能接受服務，對嚴重情緒障礙是「等待失敗的哲學」(Kauffman, 1999)，也不符合初級預防的作法。從「早期療育」的觀點，預防問題發生最重要，專業服務愈早介入愈有效（減低問題程度），目前對嚴重情緒障礙者的服務，必須等到障礙形成、確定身分才有服務，並沒有針對嚴重情緒障礙者的特質與需求提供服務。

目前我國對嚴重情緒障礙學生的服務，以情緒問題為主，將行為問題排除，保留「嚴重」不利學生與家長進入特教服務，輔導與特教的分工不明確造成服務不連貫：

1.情緒與行為的取捨

我國特教法曾以「性格及行為異常」、「情緒障礙」為名稱，現行法規取「情緒」捨「行為」，將行為問題排除在特教外，以心理衛生（mental health）的疾病診斷名稱界定服務對象，忽略兒童青少年的行為與情緒經常混合發生，例如學生的行為問題可能是精神疾病初期的症狀，青春期的憂鬱症會有激躁或暴力自傷行為，將情緒和行為區分實際上意義不大、也不可行，從需求的角度決定服務，避免因為問題歸類而切割服務，個案被層層轉介，反而沒有效率。

2.名稱冠上「嚴重」不利服務需求者

根據「身心障礙等級」規定，各類障礙依規定之標準區分輕度、中度、重度、極重度，特教法中規定 12 類障礙，只有情緒障礙是直接將「嚴重」冠在類別上，名稱上的「嚴重的」和程度重度(severe)如何的區辨？洪麗瑜(1997)認為「嚴重」冠在情緒障礙，對學生接受服務不利，教育人員也不支持。

美國從 PL94-142(1975)中的嚴重情緒困擾，到 IDEA 在 1997 年修改時取消 seriously，改成 emotional disturbance，就是避免讓需要服務的學生，因擔心被烙印而拒絕特教服務。我國特教法修法時可以考量減少負面形容，將「嚴重」從名稱上去除，讓有服務需求的學生可以儘早進入特教接受服務。但是取消「嚴重」之後情緒障礙就會面臨輔導與特教重疊或模糊的問題。

3.教育體系整合問題

根據「國民中小學教育施行細則」(教育部, 2004)、「高級中學輔導辦法」(教育部, 2001)規定：輔導工作應視學生身心狀況，施予三種層級之輔導：發展性輔導，針對學生身心健康發展進行一般性之輔導。介入性輔導，針對適應困難或瀕臨行為偏差學生進行專業輔導與諮商。矯治性輔導，針對嚴重適應困難或行為偏差學生進行諮商或轉介，並配合轉介後身心復健之輔導。老師發現問題時依據問題轉介服務。

嚴重情緒障礙學生有內隱行為問題(社會退縮、憂鬱、抱怨身體不適、強迫行為等)、外顯行為問題(攻擊、偏差、性開放、殘忍、說謊、偷竊等)，呈現在學習、行為與人際，容易觸犯校規，例如缺課過多、或情緒激躁易與人衝突，這些問題合併情緒和行為，通常由輔導老師先行輔導評估，然後轉介其他服務(例如醫療評估)。等到鑑定或醫療診斷確定「資格」，特教才會依其需求提供服務，這種以問題或資格區分服務者的做法，對尚未得到診斷與手冊的嚴重情緒障礙者，並不適當。

輔導與特教對於嚴重情緒障礙的服務，依規定是輔導先行處理，確定身分後才轉成特教提供服務，缺乏以學生需求的服務轉銜，而是以身分切割服務。嚴重情緒障礙者的問題涵蓋不同層面、診斷需要較長時間，特教服務需要確定資格才提供服務，學生從發現問題、取得資格需要耗費時間，對於問題處理緩不濟急。教育服務依據問題與身份切割，服務缺乏整合，也沒有考量學生需求。

4.與其他專業領域的合作

我國嚴重情緒障礙與精神疾病(mental illness)診斷的關聯密切，這類學生鑑定得參考精神科醫師的診斷，嚴重情緒障礙與精神疾病的重疊高，醫療體系針對症狀提供藥物治療，教育體系對於學校學習與適應提供協助，社福體系則提供家庭與社區的聯結服務，這些服務連結與專業整合才能完整的幫助學生。

特教法規定，身心障礙教育診斷與教學以「專業團隊合作進行為原則」，嚴重情緒障礙學生需要各領域的專業服務，目前特教體系有專業人員到學校巡迴輔導、特殊學生個案管理、特教資源中心的諮詢等協助嚴重情緒障礙學生、家庭與學校老師，以強化對學生的服務。台北市教育局與醫院合作，於青少年日間留院辦理嚴重情緒障礙特殊教育班，藉由精神醫療團隊與特殊教育人員跨專業合作，營造良好的復健及學習環境(附錄

九)，就是因應嚴重情緒障礙學生特殊需求所規劃的多元服務模式，這是以醫療機構的場域進行的合作，其次在普通教育環境裡也需要整合專業服務，讓學生得到完整的服務。

5.對嚴重情緒障礙服務的經驗

嚴重情緒障礙或精神疾病的發生，將直接影響家庭的互動與壓力，作者根據過去工作經驗整理下表，說明嚴重情緒障礙者的疾病過程與家庭反應，醫療服務及教育體系因應疾病的目標。當疾病或問題發生初期，個人的功能與學習受影響，家庭陷入混亂需要尋求專業協助、控制病情，教育上要協助學生適應學校、減少壓力，給予彈性的處理。到了穩定期，恢復個人與家庭運作，依據穩定期的功能規劃未來的發展，考量各項身分與福利資源的使用，安置在合適的環境學習。

表 2：醫療與教育體系在嚴重情緒障礙(精神疾病)的處理重點

	症狀與家庭反應	醫療服務	教育服務
急性期	症狀出現：情緒行為轉變、生活學習受影響、無法維持原有的功能。 家庭狀況：關係緊張混亂、家長試圖改變問題、尋求資源	目標： 確定診斷、選擇治療方式與藥物、控制症狀、支持家庭強化照顧功能 方法： 門診治療、全日住院治療	目標： 減少學校壓力，協助就醫 方法： 1. 彈性的教育安排（上課時間、課業份量與成績計算） 2. 協助個別輔導、了解診斷、支持與鼓勵 3. 家庭支持、轉介資源
穩定期	症狀減輕或減少，恢復部分功能(恢復程度不一) 家庭狀況：壓力稍減、形成新的動力關係、調整互動及期待	目標： 維持功能、持續就學、就業，了解並控制疾病 方法： 門診治療、日間病房、社區復健中心、工作坊	目標： 適應疾病、減輕學習壓力 方法： 提供個別輔導與教學、協助申請特教鑑定安置與服務（安排 IEP、請假及考試彈性處理）、規劃轉銜服務、提供資源與服務

（本表根據研究者的服務經驗整理）

結語

「嚴重情緒障礙」屬於我國特教法規定的服務對象，名稱上特別冠上「嚴重」，以情緒問題為主排除適應不良及行為問題，受到法規的規定，未取得特教資格者由輔導老師處理，取得特教資格才能接受特教及相關專業的服務，這樣的做法造成服務不連貫。

特殊教育針對特殊學生的需求規劃服務，特教應該在問題發生初期就積極介入協助，避免問題變成嚴重才提供服務，目前等待確定資格才提供服務，對於學生的服務比較被動，各項服務的整合也不夠，對於嚴重情緒障礙的服務缺乏針對其特質規劃，影響服務成效。從目前的服務發現嚴重情緒障礙學生的服務在不同階段，家庭、醫療與教育各有不同的任務與目標，需要整合。

第二節 特殊教育轉銜服務

一、轉銜(Transition)的意義與現況

生命從一個階段到下一個階段就是轉銜的過程，身心障礙者由於其身心的特殊情形，以致其在發展階段需要來自外界的協助，尤其是離開教育體系進入社會，其面臨的挑戰更複雜，特殊教育提供身心障礙者轉銜服務，協助其發展。

過去身心障礙者的學習與就業並沒有受到重視，PL94-142(1975)中要求學校提供障礙者與接受職業訓練的「機會」，IDEA(1990)中規定「轉銜服務」(transition service)包括教學、社區經驗、就業、成人生活、日常生活技巧和功能性職業評鑑，身心障礙學生在其 16 歲的「個別化教育計畫」(IEP)中必須列入轉銜需求(transition need)內容。

Halpern 於 1994 年為「特殊兒童協會」(Council for Exceptional Children, CEC)中「生涯發展及轉銜課」(Division on Career Development and Transition, DCDDT)提供的轉銜定義：轉銜是一種狀態的轉換，由學生階段進入社區、成人角色，包括就業、參與中學後教育、維持家庭、參與社區，對人際社會關係感到滿足。轉銜的過程是透過學校方案、成人機構服務及社區支持的參與和協調。轉銜的基礎是在小學、中學就開始，基於廣泛的生涯發展

的概念，轉銜計畫應該在 14 歲時開始，學生要能充分發展期能力，以達到轉銜計畫(Kochhar-Bryant, 2003, ch1)。IDEA'97 修正，強調轉銜的結果(outcome)的重要，將轉銜服務列為特教相關服務，轉銜的重點放在「強化學生的學業及功能性成就」，將職業教育列入特殊教育，重視以學生的興趣、偏好，及優勢(strengths)為基礎的轉銜服務。擴大特殊教育範圍包括轉銜準備、職業及技術教育，降低轉銜年齡，明定學生 14 歲時 IEP 內要有轉銜準備，將時間由高中階段提早到中學。學生 FAPE 的目標加上「準備達成教育、就業、獨立生活」，學校必須將轉銜目標列為高中 IEP 計畫的目標，高中畢業離校時檢討轉銜執行與需求(Steele, Rose, Cavaiuolo, 2007; Test, Aspel, Everson, 2006, ch1)。

身心障礙者個別差異大，學習及適應比一般人需要協助，Wehman(2001, ch1)認為身心障礙者要成功適應成人生活必須具備的能力：生涯與經濟自足、社區融合與參與、個人能力。身心障礙者轉銜面臨 7 項共同的議題：就業、安排生活、能在社區中活動、經濟財務獨立、結交朋友、自尊和性關係、生活有樂趣。這些議題涵蓋成人生活的每個層面，障礙者有責任感、儘早發展自我決策能力、發展適切的社交能力、發展職業能力、離校後持續的(成人)教育，才能適應社區生活。

身心障礙者轉銜服務對於提升障礙者生活品質與檢驗特教績效(accountability)是重要指標，Ysseldke 等人(2000, ch9)認為自從 PL94-142(1975)之後，政府必須提供障礙者免費適當的公立教育(Free and appropriate public education, FAPE)，30 年來特教人口與經費持續成長，然而身心障礙者的中輟、低學歷、高失業率等情形，讓人對特殊教育提出質疑：特殊教育要求給予身心障礙學生「有品質的公立教育」，卻沒有對提高對學生的期望及提升學生的表現(Yell, 2006, P.74)。如果特教的目的不是為了治癒(cure)，至少要让障礙者的生活得以改善，身心障礙者轉銜的成果，對其離校生活影響重大，也提供特教績效的證明，轉銜重點從就業擴大為以終生的生活品質提升為目標。

Patton(2004)認為特殊教育的轉銜是結合以學校為基礎的活動、以家庭為中心的活動、自我啟發的活動、成人服務的活動，依照 IDEA 規定進行 IEP 會議，並針對上述活動提供所需的知識、技能和支持，一方面達成教學目標，同時連結目標。

Soriano(2006)從歐盟從各國的資料發現，身心障礙離開教育後的發展並不好：義務教育中輟的情形高達 30%、障礙者教育與訓練的選擇性較

少、職業訓練與職場現況脫節、障礙者失業率高、低估對障礙者能力、職場的可近性低，這些因素不利障礙者就業。各國的做法並不同，Soriano(2006)及 Wittenburg, Golden, Fishman(2002)建議必須從政策面進行改變，包括訂定有利的法規與政策、鼓勵學生參與並尊重其選擇、發展適合個人的計畫、學校與職場密切連結、將轉銜就業視為終生發展過程的一部份。

身心障礙轉銜服務的概念從就業到終生生涯規劃，其內容從職業準備擴大到離校生活的準備，以提升個人就也與獨立生活為目標，其成效不只是障礙者生活素質的提升，也是特殊教育成果的指標。

二、法規中轉銜概念的演變

美國 IDEA(1990)將轉銜列入身心障礙者 IEP 的規定後，對於轉銜的內容、目標作法等，陸續有修正補充：IDEA2004 關於轉銜的定義：轉銜是為障礙兒童所做的系列協調活動，是結果取向的過程(result-oriented process)，注重加強障礙兒童學業和功能性成果，以協助兒童從學校到離校後的活動，其內容包括中學後教育、職業教育、統合就業（包括支持性就業），繼續教育和成人教育，成人服務，獨立生活和社區參與。轉銜必須基於個別兒童的需要，重視兒童優勢、喜好、興趣。包括教學、相關服務、社區經驗、就業發展、和其他離校後成人生活主題，如果可以，應進行日常生活技巧和功能行職業評估。

IDEA2004 修正，轉銜服務的年齡放寬彈性，以「不得晚於 16 歲開始，每年必須更新檢討」重視服務的結果，簡化轉銜服務規則，提供 18-21 歲的學生 IEP 幫助轉銜，強化高中生所需之復健諮商服務，轉銜年齡的問題在於轉銜的準備不可能到 14 或 16 歲才開始，因此只設定不得晚於 16 歲，擴大加強職業教育和復健諮商，強調障礙者的職業教育、將離校轉銜與就業連結(Stere, Rose & Cavaiuolo, 2007; Test, Aspel, & Everson, 2006 ch1)。

我國身心障礙法規宣示障礙者生涯轉銜服務是政府的責任：我國「身心障礙者保護法」(內政部, 2003)中規定「為使身心障礙者不同生涯福利需求得以銜接，各政府相關部門，應積極溝通、協調，制定生涯轉銜計畫，以提供身心障礙者整體性及持續性之服務」。新修訂的「身心障礙者權益保障法」(內政部, 2007)規定「為使身心障礙者不同之生涯福利需求得以銜接，直轄市、縣(市)主管機關相關部門，應積極溝通、協調，制定生涯轉

銜計畫，以供身心障礙者整體性及持續性服務。」制定生涯轉銜計畫時，應由福利、衛生、教育及勞工等專業人員以團隊方式，會同身心障礙者或其家屬，對身心障礙者人生階段定之」(內政部, 2008)。

「特教施行細則」(教育部, 2003)在「個別化教育計畫」的內容，規定「學前大班、國小六年級、國中三年級及高中職三年級學生之轉銜服務內容」，「轉銜服務」應依各教育階段之需要，包括升學輔導、生活、就業、心理輔導、福利服務及其他相關專業等服務。其次「各教育階段身心障礙學生轉銜服務實施要點」(教育部, 2002)，詳細規定各教育階段轉銜要點與流程表格，以利整合教育階段轉銜服務。

目前身心障礙者的轉銜服務，在教育體系已經從學前階段、教育階段、成人階段有明確的規定，其次轉銜服務體系的整合也是影響成效的關鍵，根據「身心障礙者轉銜服務整合實施方案」(行政院, 2002)，結合福利、教育、衛生與勞工等相關單位及人員進行整合，以提供障礙者整體而持續性的服務，從學前(發現或發生障礙時)到老年，對於障礙者的生涯轉銜的服務，從教育階段向上向下延伸，擴大身心障礙福利、衛生與勞政、老人福利、長期照顧等，以提供更完整、無接縫的轉銜服務。

從「各教育階段身心障礙學生轉銜流程」(教育部, 2002)規定，身心障礙者在教育階段的轉銜服務，在學前幼稚園階段是由家長提出，之後各教育階段都是由學校透過鑑定安置進行各階段間的轉銜，高中職之後就依個別需要進入社政、勞政與衛生服務體系接受服務，教育階段轉銜主要由各級學校負責，其依據是教育與醫療評估的結果，大專院校之後的轉銜評估就擴大包括福利、養護、就業、訓練、醫療評估等內容，其範圍更廣。

我國身心障礙者的轉銜服務已經從3歲以下、學前教育階段擴大到成人就業與獨立生活、老人的安養照顧，對於身心障礙者的轉銜已經擴大成全面完整的服務。從法規與服務架構的部分，各階段障礙者的轉銜服務的流程與規定已經相當完整，但是在推動轉銜服務的過程必須結合不同領域的專業服務，各專業間實際合作與運作的情形，比較缺乏資料。

三、最佳轉銜實務 (Best Practices in Transition)

從發展心理學的理論，一般人的發展每個階段有不同的目標(tasks)要達成，然而身心障礙者除了因為身心理功能的不利影響，還有許多因素影響各階段的轉銜，Flexer(2001,ch1)認為，身心障礙轉銜服務的本質因素

(essential elements)，不論障礙類別、程度及階段的特殊學生都需要注意：考量學生的需求和喜好、以結果導向、連結一連串的活動（團隊合作）、提升離校後的生活。轉銜服務是長期的、全面性的，包括社區生活與就業，以學生為主，著重未來發展。轉銜最佳實務應該包括：學生自我決策（社交技巧訓練）、生態取向（運用正式和非正式支持）、個別化計畫（依結果去擬定計畫）、服務連結（機構間合作）、有社區工作經驗（有薪工作經驗）、運用輔助性科技、支持離校後教育、依不同系統用不同策略、家庭參與（父母參與）。

Steere 等人(2007)提出有效轉銜計劃需要具備：學生積極參與、家庭積極參與、積極及動態的計劃、與成人服務體系合作、與自然得支持系統連結、以生涯中心的就業經驗、持續中學後教育、提供有挑戰性的課程、以社區生活為焦點、包括休閒等以提升生活品質的規劃。

Kohler 與 Rusch(1995)從研究中歸納轉銜成功的因素有：(1)以學生為中心的規劃(2)學生能力發展(3)機構間合作協調(4)方案架構與設計(5)家庭參與。

Kohler 與 Field(2003)提出新的轉銜觀點(Transition Perspective)：他認為過去轉銜侷限在障礙者就業，新的觀點認為轉銜是從教育系統到成人社區服務系統的全面服務，從強調轉銜焦點的教育(transition-focused education)，轉銜應該是 14-16 歲障礙者教育基礎，不應是外加的活動，轉銜服務是依能力、自我抉擇，轉銜成為青少年階段的教育基礎，身心障礙者的轉銜目標應該是為提升其生活品質，不只是就業。

Test 等(2006)整理 Kohler 的「轉銜方案分類」(Taxonomy for Transition Programming)歸納出表 3。

Greene(2003, ch5)與 Patton(2004)認為轉銜成功與否的界定來自個人主觀感受居多，然而客觀上：有滿意的工作、人際關係、休閒與居住等，必須建立在自己可以參與決策、做選擇和家庭的支持，因此自我決策和家庭參與是轉銜成功的重要條件。

綜合上述的意見，身心障礙者的轉銜服務從就業擴大到終生的生涯規劃，轉銜必須有計畫、有準備、結合各專業人員團隊合作，依據障礙者個別特質與意願進行規劃，個人與家庭積極參與是轉銜成功的必要因素，也是提升障礙者的生活品質的必要作法。

表 3：Kohler 的轉銜方案分類

分類	做法	說明
學生為中心的計畫 Student-focus Planning	IEP 的發展 學生參與 計畫的策略	以學生評量資料提升學生自我決策技巧，發展以離校目標為基礎的 IEP。 教導不同類別學生學習參與 IEP 的準備。
學生發展 Student Development	生活技巧的教導 生涯及職業的教導 課程 結構的工作經驗 評量 支持服務	對於達成成功轉銜就學生的學業、生活、可就業性、職業技能需求等方面的決定、評鑑、支持，以促成學生發展。
家庭參與 Family Involvement	家庭訓練 家庭參與 增能家庭	鼓勵父母及家庭參與及傳遞轉銜計畫，與教育和其他工作人員有效合作。
方案結構和性質 Program Structures and Attribute	方案哲理 方案政策 策略計畫 方案評鑑 資源定位 人力資源的發展	方案結構和教育與服務成果的效果和成果有關。人員對於哲理、政策、計畫、評鑑、資源發展等應該充分了解。
組織間合作 Interagency Collaboration	合作性架構 合作性服務傳遞	在轉銜過程所有相關人員共同努力、參與為提升學生達成成功的結果。

本表摘自 Test, D. W., Aspel, N. P., & Everson, J. M. (2006). Ch2 Best Practices and Future Issues in Transition. In *Transition Methods for Youth with Disabilities: Includes the IDEA Improvement Act* (pp. 32-59). Upper Saddle River: Merrill Prentice Hall.

四、嚴重情緒障礙者的轉銜服務

嚴重情緒障礙學生的問題特質與其他障礙者不同，學生在學習、行為情緒、人際適應的問題，由於學習的成果無法反應期能力，造成對學習沒興趣、沒信心，情緒行為的控制不好影響人際關係，學校生活適應與家庭支持不好，容易提早離開教育體系，失業、犯罪等問題隨之而來。因此嚴重情緒障礙者轉銜服務必須考量其特質與經驗，進行個別化的服務：

1. 影響嚴重情緒障礙轉銜的因素

本章第一節中詳細說明情緒困擾、嚴重情緒障礙特質，這類學生大約在 12 歲之後才成為特殊教育學生、男性居多、家庭功能不良、貧窮、提早離開教育體系，近半數中輟，比例是所有障礙者的兩倍，離校後犯罪及淪為社會弱勢。因此情緒困擾或嚴重情緒障礙者若有更多時間在教育體系中、有充分的離校與轉銜準備，將會大大改善離校後的發展。Wehman(2001, ch16)與 Chandler, Simmons, & Hollingsworth(2004)認為在規劃情緒和行為障礙者的轉銜服務時，必須先了解其障礙特質對其發展的影響，這類學生的障礙特質不只不利學校適應與學習，對就業的準備、社區生活也是不利，由於其情緒行為的控制困難、非常不穩定，學習效果不佳，對醫療體系的需求較大，需要長期依賴醫療體系的藥物，都是和其他障礙不同的特質，這些特質應該列入轉銜評估，才能針對個別狀況規劃轉銜目標。

Bullis 與 Cheney(1999)比較情緒困擾(ED)、學習障礙(LD)與所有參與者在就業、教育、社會經驗的發展，其結果下表 4：情緒困擾者離校後失業率高、工作穩定性低、就業率低、平均時薪低、近六成中輟、近半數需要諮商服務，這些結果顯現情緒困擾者難以適應學校要求，提早離教育體系，進入社區過著較低所、不穩定的的生活。

表 4：情緒困擾、學習障礙與其他參與研究者就業、教育、社會經驗比較

	情緒困擾者(%)	所有參與者(%)	學習障礙者 (%)
就業			
離校 2 年內未就業	59.3	54.3	40.8
離校 3-5 年未就業	52.6	43.2	29.2

兩次調查時間內曾換工作	19	13.3	12.4
接受調查時有就業			
兼職工作	23.7	33.4	47.2
專任工作	12.4	12.4	14.1
每週薪資(\$)	35	35	56.7
每小時薪資(\$)	3.35	4	4.05
教育			
中輟率	58.6	37.1	35.6
離校 2 年內參與中學後教育方案	17	14	13.9
離校 3-5 年參加社區方案	25.6	26.7	30.5
社會經驗			
離校 3-5 年可獨居	40.2	37.4	44.1
離校 3-5 年成爲父母	25.6		26.9
接受職業復健服務	5.7	12.7	9.6
需要接受諮商	43.9		
得到諮商服務	27.1		

本表摘自 Bullis, M., & Cheney, D. (1999). Vocational and transition Interventions for adolescents and young adults with emotional or behavioral disorders. *Focus on Exceptional Children*, 31(7), 1-24.

Brodwin, Parker 與 DeLaGarza(2003)比較各種不同類別障礙的限制,認爲嚴重情緒障礙者或精神疾病在認知(cognition)與情感(emotional)造成的限制程度從輕度到重度,差異很大,難以用診斷概括,相同診斷和程度者也可能有不同需求。醫療和藥物能控制疾病症狀,但是也會有副作用(side effect),經過適當的治療還是會有殘餘症狀(residual symptoms)或缺陷,醫療的復原(recovery)程度差異很大,因此規劃精神病患的復原計畫必須針對每個人的獨特性,而不是用診斷分類。由於嚴重情緒障礙者有些是慢性精神疾病患者,學校必須了解這類疾病的特質,才能提出適切的建議。

Armstrong 等(2003)認爲情緒困擾者受症狀影響其生活適應,他們大部份需要醫療服務,症狀的控制愈好,就愈能適應、勝任成人角色與責任,其社區生活適應必須結合各種服務(醫療、復健、職業等),以提昇社會適應能力,協助情緒困擾者不能忽略疾病的影響。Zigmond(2006)在追蹤情緒

困擾者的離校發展，發現疾病因素對其轉銜的影響很大，學生離校轉銜的成果難以評估、比較。

嚴重情緒障礙的特質與其他障礙明顯不同，在特教服務上容易成爲漏網之魚：因爲其障礙發生時間比較晚、需要更多時間確定診斷、疾病治療效果差異大、有些障礙者沒申請特教資格鑑定、或中輟提早離校失去追蹤，即使按照一般程序接受特教的轉銜服務，又加上家庭不利因素比較多，家庭也比較少參與其學校的活動，難以積極協助其子女，因此在規劃轉銜服務必須注意其障礙的特質及各別差異，以協助個人與家庭規劃轉銜服務計畫。

2.嚴重情緒障礙者的轉銜的原則

Wehman(2001)與 Chandler 等(2004)認爲情緒困擾(情緒行爲問題)學生和其他障礙者有許多差異：從醫療的估計有 10-15%的兒童需要心理衛生服務，但是特教中情緒困擾學生的比例卻只佔 1%，情緒困擾學生可能因中輟、未被發現，或是醫療與特教未能轉銜合作，而沒有得到特教服務。由於情緒困擾學生發病較晚，大部分在 12 歲左右生病，13-15 歲接受特教服務，IDEA 的規定在 14 歲的 IEP 中要提供轉銜計畫(IDEA2004 改成最晚在 16 歲時提供)，對於情緒困擾學生並不適合，因爲其診斷需要多時間、剛生病其症狀不穩，難以規劃未來，或是學生或家長對於障礙的反應可能還在否認、憤怒階段，此時成爲特教學生、規劃其”終生”(lifelong)的發展計畫，有實質的困難，學校對這類學生的轉銜服務需要更大的彈性、考量個別需求。

Wehman(2001)與 Chandler 等(2004)認爲情緒行爲問題學生的轉銜重點應該放在「工作準備」，針對工作需要的能力規畫訓練與課程；營造支持性的環境，包括學校、社區、職場都要考量學生需要建立支持的氣氛；由於學生的障礙對就業的影響，學校應以個別化的課程，因應學生的個別需求；對情緒行爲問題的學生中輟的協助，應該要了解其學習的困難，協助有意義的學習(課程與就業密切結合)，從預防中輟做起。目前接受特教的情緒行爲問題學生花太多時間在教室裡課程的學習(未針對職業需要)，缺乏社區基礎的訓練、從事有薪工作的經驗。因此應該減少理論課程，以個別需要規劃轉銜內容與課程，盡量讓學生去職場實習或見習，才能規劃提供實用的課程。

Lane 與 Carter (2006) 認爲對情緒困擾學生的轉銜必須了解其需求，

才能針對需求提供服務：提供實證有效的學業介入、增加有意義的職業訓練和生涯探索、充分支持中學後轉銜、加強與家庭的夥伴關係。Boreson(2006)認為考量情緒障礙的特質，其有效的轉銜服務關鍵因素包括：人員與學生比例降低、零拒絕和無條件的照顧模式、轉銜專業人員持續和學生接觸、走出校園連結資源。Bullis 與 Cheney(1999)認為影響情緒行為問題者的轉銜因素有：接案與轉銜技巧評量(以適當的評量工具找出其優勢、問題與興趣，評量要針對職業或轉銜，不需過度強調疾病診斷)、強調職業與轉銜的評量、個人未來計畫(應該結合 IEP、鼓勵參與 IEP)、以社區基礎纏繞式服務(wraparound)、競爭性就業、彈性的教育經驗、社交技巧訓練、長期支持與追蹤服務。

Wagner 與 Davis(2006)建議以 3R 原則，規劃情緒困擾學生的轉銜服務：第一個 R 是 Relationship 建立有意義的關係，支持學生參與學校；第二個 R 是 Rigor 以個別化的教導，協助其在學業學習；最後是 Relevance 與生涯發展相關的學習，針對就業進行準備；對於學生整體需求進行了解(成為公民、生活在社區中所需要的能力)；學生與家庭參與轉銜計畫。從他們的研究中發現，目前的課程在這些目標(3R)的準備上，還有許多不足。情緒困擾學生與同儕和老師的關係都比較疏遠，課業學習也缺乏個別化，與其他學生一樣，學習上並沒有針對學生的特質與需求進行規劃。學校缺乏輔導情緒困擾學生職業訓練的經驗，對於和家庭、社區機構合作的經驗不足，因此難以提供完整服務。

Clark 等(2002)、Deschenes 與 Clark(2001)則提出情緒困擾有效轉銜、獨立轉銜過程(Transition to Independence Process, TIP)的原則：

1. 依個人興趣、優勢、及文化家庭的價值觀發展以個人為中心的計畫
2. 所提供的支持和服務必須滿足個人需要及包含轉銜主要內涵
3. 以個人觀點持續的提供服務和支持
4. 以團隊的方式提供安全的支持網
5. 增進個案的能力才能使其達到最大的獨立
6. 獨立轉銜過程(TIP)必須以結果導向

綜合上述的的意見，情緒困擾的轉銜服務必須考量其特質儘早開始，將轉銜目標與教學結合，教導實用知識，鼓勵學生及家庭參與，並結合社區的資源，針對其優勢進行規劃，轉銜服務不只是就業服務，是提升障礙者生活品質的全面服務。

結語

嚴重情緒障礙的特質與其他障礙非常不同，其服務需求也要個別化，由於診斷的變異性大，學習容易失敗，容易提早在還沒準備好的情形下進入社會，因此轉銜服務的規劃必須更早開始，依個別需求提供轉銜服務計畫。教育結合其他專業將學習、就業與離校發展連結，規劃轉銜計畫，提供所需的服務，同時協助在融合的環境學習人際互動與情緒控制，整合各服務體系，協助對於離校後的生活有適切的規劃與準備，才能改變離校後的發展。

第三節 家庭參與(Family involvement)

家庭是最小、最原始的社會組織，家庭照顧養育子女，對於子女的成長與發展有著重要的影響，從生活照顧、學習發展，當家庭中的子女生病時，甚至障礙(disability)時，父母需要投入更多的心力去照顧，他們的情緒上可能經歷否認、拒絕、憤怒、憂鬱等階段，衝擊家庭的發展與穩定，家庭與身心障礙兒童發展互相影響(Friend, Cook, 2003, ch10; Reynolds & Fletcher-Janzen, 2002)。

障礙兒童的發展過程比一般兒童需要更多的照顧，家庭對於障礙者的成長與支持扮演重要角色，過去家庭曾經被認為是障礙的原因、家長是無助的、需要專業人員的教導與改變的，近來家庭參與障礙兒童教育決策、尊重家庭的個別性、賦權家庭(empowerment family)、家長與專業合作等作法取代過去的觀點，家長參與成為障礙者服務的必要條件。

Dettmer, Thurston, Dyck(2002)及 Turnbull & Turnbull(2006)認為家長參與特教、與家長合作是趨勢，家庭的結構、兒童照顧需求、貧窮、單親等因素會影響家庭參與及與專業的關係，從家庭參與教育漸漸變成與專業合作(collaboration)，從賦權家庭(family empowerment)變成家庭為中心(family centered)的服務。Turnbull & Turnbull(2002)認為舊的障礙與家庭的服務典範(old paradigm)從醫療觀點，將父母對障礙的反應疾病化，不只是障礙者需要被修復(fix)，家庭也需要專家修復其功能，因此發展各式家長治療、家長訓練模式，由專家教導父母、改變家庭互動，家長依賴專家的教導，彼此是不平等的。1980年代家庭中心(family-center)的服務概念變成以優勢(strength)觀點賦權家庭參與決策，跳脫病理(pathology)的觀點，家長與專

業的關係漸漸由參與者變成合作者。

一、美國身心障礙家長參與的發展過程

美國在 1960 年代之後一連串的教育改革，也改變家庭在身心障礙者的教育角色，過去家庭被認為是需要被幫助、被改變的，他們必須向專業人員學習教導、照顧身心障礙兒童的方式，1970 年代後家長從接受專家的決策、變成為老師親自教導孩子、推動各式法案成為政策倡導者、教育的決策者、與教育和專業成為夥伴，經歷多年的奮鬥才有今日的成果(Turnbull, Turnbull, Erwin & Soodak, 2006, ch5; Yell, 2006, ch4)。

父母對於身心障礙者的教育參與，透過法規的制定有了明確的規範，公法 94-142 規定，障礙者的父母成為教育的決策者，對父母參與教育的權責有清楚規範，父母依法參與兒童評量安置、個別化教育計畫的設計與會議，接受父母訓練，家長從無助的受助者成為專業的夥伴。在 IDEA(1990) 中延續 PL94-142 中的規定，父母對身心障礙者的教育參與，從資訊的分享：閱讀學生相關的紀錄、要求解釋各項紀錄內容、影印各項紀錄、參與州或地方特教指導委員會等，擴大參與層面。從身心障礙學生的鑑定評量及安置，都需要家長的同意(parental consent)，家庭參與議題從鑑定安置、個別化教育計畫、轉銜服務的會議的知會同意，擴大成專業與家長成為夥伴關係，家庭與專業的合作(Yell, 2006, ch5, ch10)。從上一節對轉銜因素的討論中也一再提到家庭參與的議題，家長參與對於障礙者的轉銜服務是重要的助力，也是必要的。

近期 Goals 2000: Education America Act(1993)及 No Child Left Behind Act (2001)被視為是教育改革的重要報告書，其中家庭與學校的連結被認為是教育改革的重要議題，家長對教育的參與教育已經從特教延伸到普教，家長(或家庭)成為教育的夥伴，與教師、專業人員等共同參與教育的決策與運作。

由於法規的規定，家長參與身心障礙子女的教育活動的情形增加，例如參加 IEP 會議、親師溝通的頻率都比過去增加，家長也希望對子女的教育有更多了解，但是教育決策上的參與還是比較被動，Martin 等人(2006)的觀察與統計發現，家長在 IEP 會議中發言的時間約佔 8%，比身心障礙學生 10%還少，特教老師主導 75%以上的發言，家長在形式上的參與有增加，但是實質的決策還是特教老師為主，家長參與障礙兒童教育的量有增

加，但是決策上還是比較被動。

Johnson 等人(2002)認為在 IDEA 的規定下，學生自我決策和家長參與都有增加，然而家長還是比較被動的等待告知，比較不知道自己可以如何表達需求，未來應該建立家長有意義的(meaningful)、有價值的(valued)角色，特別是家長在學生轉銜的角色，教育體系必須提供家長了解相關法規與權益，協助家長充分表達其意見、有意義的參與教育活動與決策，建立親師合作關係。

二、台灣身心障礙家庭參與的經驗

過去台灣的身心障礙者的權益並不被重視，1980 年政府通過「殘障福利法」，在缺乏監督下功能不彰，當時社會福利被認為是政府的德政，照顧障礙者是家庭的責任。1992 年初由許多智障者的家長聯合組成「中華民國智障者家長總會」(智總網站, 2007)，各類障礙者家長協會或基金會也陸續成立(康復之友協會、自閉症基金會、學習障礙者、愛盲...)，提供各類別障礙之家庭相關的資源與支持，民間團體的積極參與，家長的角色成為重要的監督者，及法案的推動遊說者，1990 年代之後台灣障礙家長成為法案的推動與倡導者。1995 年台灣教改報告書中，提出十項教改行動方向，其中包括「推展家庭教育」，強化家庭參與教育，家長參與教育是普教與特教的趨勢。

受到其他國家對家庭參與的重視，我國「特教法」與「特教施行細則」中也有對父母或家庭參與教育的相關規定，包括：參與教育安置的決定、成為家長代表參與學校決策、參與個別化教育計畫、家長申訴等(陳明聰,2000)，其中發展遲緩兒童早期療育，特別強調以家庭為中心的服務模式，建立家庭與專業、老師的合作關係，家長參與教育決策被明確保障。

根據王天苗(1998)的分析，過去對於身心障礙家庭的研究，偏重家庭適應與狀況、家庭需求，少數針對家庭參與的研究，過去研究發現：障礙學生對家庭參與的需求和意願都高，但是處於被動角色，障礙者家庭普遍需要專業資訊和專業上的支援，但家庭需求因個別狀況和不同時期而有不同。過去認為家庭因為障礙者的照顧，其壓力增加，直接的影響主要照顧者(大部分是母親)的壓力與負擔，障礙者家庭是無助的，然而家長組織的成立，不只協助家長情緒支持，更在權益倡導上將對家庭的支持協助立法，家庭開始主動參與教育、專業，形成合作的聯盟。家庭參與的過程讓

家長學習更多，也更勇於表達需求，提升參與的層次。

周玫君、林宏熾(2004)研究身心障礙家長參與教育的情形，發現大部份家長是以聯絡簿和老師溝通，但是半數父母不了解子女的學習內容及成效，因此家長參與不只是出席和參加活動，家長在和老師溝通時希望事先獲得相關資訊與說明，才能有效的雙向溝通，家長也才能協助子女。國內家長被動的等待服務，轉而積極組織團體、推動法案監督政府，家長與教育的關係正在改變，學校應該協助家長充分了解教育運作，才能有效參與決策或表達意見。

歐怡君(2002)針對高雄市特殊學校高職部學生家長的調查也有類似發現：大部份家長已聯絡簿做為親師溝通的管道，半數家長不了解子女學習內容與成效，家長對課程的需求度偏低，認為子女無需學習「人際社交表現」的課程，家長對於「增進自我決策能力」的問題難以回應。特殊學校家長對子女教育的參與是比較被動配合，不太能提出具體要求，希望學校比較主動規劃然後告知家長。學校應該主動提供家長各項資訊，家長充分了解之後表達意見，這樣的家長參與才有實質意義。

國內法規規定家長參與身心障礙者教育和轉銜的會議與決策，但是從研究中發現家長對於參與的情形比較被動，家庭的需求比較多在照顧與疾病適應，親師教育合作比較不足。

三、美國身心障礙兒童家長參與教育的情形

根據美國教育部特教辦公室(Office of Special Education Program OSEP, 2005)的長期調查報告，整體身心障礙者家庭參與教育的情形有增加，家庭參與教育可區分成幾個類型：在家裡參與教育(Involvement Home)、參與學校教育和 IEP 的過程(Involvement at school and in the Individualized Education Program Process)、學生的特質與家庭參與的關係(Student and Family Characteristics Associated with Family Involvement)、家庭的期望(Family Expectation)、家庭參與和學生成就的關係(Relationship between Family involvement and Student Achievements)，說明如下：

1. 在家參與教育部份：大部分障礙者的家庭關心子女的教育，每週至少一次與子女討論學校的作業及教育相關的事、協助作業、障礙者比非障礙者得到家長更多關於作業的協助、不同障礙類別的學生得到的家庭協助不同、情緒困擾者得到的家庭協助最少，多重障礙、自閉症、

聽障者得到家長協助課業最多。

2. 參與學校教育和 IEP 的參與：障礙者的家庭每學期至少一次參與學校活動，包括學校會議、親師討論會、課程討論或成為志工，也有進入學校或教室協助課程進行，障礙者的家長參與比非障礙者多，9/10 障礙者家長有參與 IEP 會議、半數以上家長參與發展 IEP 的目標、1/3 參與決定 IEP、不同障礙類別參與 IEP 的情形也不同、語障家長參與最多、情障和智障家長參與最少。
3. 學生的特質與家庭參與的關係：當子女的障礙是認知部份，家長比較會參與課業協助，至於子女問題是負向行爲，家長參與的程度相對較低。當障礙者較年長時家長參與程度減少、但是對於 IEP 的參與並沒有年齡和性別上的差異，在學區內就讀的障礙者家長對教育及 IEP 的參與多於非學區內的家長。有較多資源的家庭(高收入、父母教育程度高)對學校的參與也比較多、雙親家庭比單親家庭的參與多、有較多外在支持的家庭參與較多、有較高期望的家庭參與學校較多。家庭參與和兒童的認知能力、行爲、年齡、性別、種族、家庭收入、母親教育程度、雙親或單親、手足數、家庭的社會支持等因素有關。
4. 家庭期待：85%的父母期望子女有更高的學歷及生活更獨立，2/3 的家長希望他們可以高中畢業，4/5 的家長希望他們經濟獨立。家長的期望也會因爲子女的障礙類別而調整，智障、自閉症、視障的家長的期望明顯較低。家庭收入低的家長對子女的期望也比較低。
5. 家庭參與和學生成就的關係：家庭參與較多子女成績較好、比較能有更多的友誼，未來就業的比例也比較高、家庭對課業的參與隨著子女年齡較高而遞減、家庭對課業的參與受到子女功能程度及障礙類別影響。

美國障礙者家庭參與特殊教育的情形包括協助作業、參加學校活動和 IEP 會議、家庭與障礙者情形影響家庭參與，家庭資源較多參與教育較多，其中情緒困擾的家庭屬於單親、貧窮、資源少，在家參與教育、參與 IEP 都比較少、對子女的期望低，家庭對身心障礙子女的教育參與難以成爲助力，因此學校在提供情緒困擾者服務時，必須充分評估家庭的狀況，對於需要協助的家庭，儘早轉介，以加強家庭功能，對情緒困擾者的服務可以更有效。

四、家庭及家庭參與在轉銜的角色

家庭對障礙者教育決策扮演重要角色，家庭參與身心障礙者的轉銜服務是轉銜服務的必要條件之一(Test et. al, 2007)。由於 IDEA 強調障礙者參與轉銜的決策，因此家長應該儘早教導障礙子女，從生活中學習工作價值、工作行爲，發展工作潛能，儘可能訓練獨立、賦與責任，支持子女發展自我決策的技巧，協助其設定切合實際的目標(The Arc, 2000)。Friend, Cook(2003)Dettmer 等(2002)認為家庭與專業合作對於身心障礙服務是重要的助力，家長積極參與教育有助落實個別化服務，也可以增強家長自信。

Turner(2001)、認為家長在障礙者的轉銜過程扮演重要角色：提供對障礙子女深入的資訊、支持參與、提供持續的治療、提供畢業後續追蹤、說明對課業的期待、協助目前與未來課業發展、參與轉銜團隊、強化家庭、提供家庭與朋友支持、參與學校關於子女的各项決定、願意冒險、以家庭和子女的最佳利益爲優先、對子女的承諾付出等，家長的角色從直接照顧到未來規劃等。

Sitlington, Clark 與 Kolstore(2000, ch4)認為父母在轉銜的角色包括：鼓勵子女自我決策及獨立、鼓勵設定目標、教導協助每天的生活技能、鼓勵在家在社區工作、增強其與工作相關的訓練、探詢社區轉銜資源、參與子女評估。Loyd, Wehmeyer 與 Davis(2005)認為家長對障礙者轉銜非常重要，其角色與責任包括：出席 ITP 會議、提供家庭需求、了解年輕成人需求、促進發展計畫、協助融入社區，透過這些任務家長可以充分參與障礙子女的教育。

Loyd(2004)等指出，家長參與對於身心障礙者轉銜的成功是重要關鍵，然而來自家庭與專業的互動經驗，實際身心障礙者的親師合作是很難做到親師平權。過去專業對與家長合作有誤解，包括：長期醫療模式的互動模式，家庭容易被忽略其個別性與個別需求，家長被當成案主或病人，其情緒不穩需要被教導與治療，父母不夠理性、家長是無助的，這些誤解會影響專業與家長互動、建立合作關係。而家長對專業(或老師)也有刻板印象(或是誤解)：家長認為老師是教育專家，應該知道如何教導不同的孩子，教師是中立客觀的，教育是良心事業，不應該過問或懷疑老師的教學，老師知道怎麼做最好。雙方的誤解與刻板印象導致親師互動需要不斷的磨合，每次的合作都是新的學習，慢慢建立親師信任關係，才能有最佳

的合作效果。

Turner(2001)認為親師合作在基本上有其困難，由於家長的情緒與經驗很難掌握（家庭或家長的差異很大），基於對教育體系的不了解，專業用語及教育運作的複雜難懂，家長即使參與也只能慢慢學習，資訊不對等的狀態下，通常家長是提供意見和資料給老師做決定，透過溝通的過程成為家長的決定。Steere 等(2007, ch3)認為法規上提供家庭參與的合法地位，但是家庭在參與身心障礙者轉銜，面臨許多的挑戰，包括：家長缺乏規劃障礙子女未來的概念、或不願去想、以為學校將會持續的支持下去、不了解成人機構的情形、親子的期待不同、假設專家會告訴家長該怎麼做、期待過高或過低、沒時間規劃未來、只能就目前每天的生活去思考。因此教師和專業人員從理智上都贊成家長參與是影響轉銜成功的因素之一，但是實際上覺得親師合作耗費時間。家長覺得離校後的各項服務等待時間過久、交通不便、機構間無法連結，造成家長挫折感，因此雖然家庭參與對轉銜的成果很重要，在缺乏具體策略的推動，效果有限。

Turner(2001)、Wehman(2001)從過去的研究中發現，法規上保障了家長參與的權利，教師與家長必須合作，實際上家庭的多樣性、父母的期待與想法與教師不同，有些家庭並不想讓孩子就業，或是無力協助孩子，家長覺得學齡階段只需和學校合作，到了轉銜計畫，家長需要和不同的社區組織和機構進行連結，對家庭是新的負擔。教師和專業人員的經驗也是覺得家長只要「做決定」，或是對決定表示意見就好，對於與家長合作的過程並不積極，親師討論的過程並不是很有效率，由於教師和家長不同角色的任務與期待，常會有衝突。因此家長參與轉銜服務明顯增加，但是實質意義或效果，還難有定論。

法規上對家庭或家長參與轉銜服務有明確的規定，協助家庭成為轉銜的助力是教育體系的任務，因此教育體系要主動提供家庭支持(支援)服務、協助不同文化背景的家庭了解特教的各項相關服務、與家庭建立長期信任與夥伴關係、主動協助家長了解子女在校的情形、鼓勵家長規劃子女離校計畫、提供資源與支持等，以協助家長有效參與轉銜服務(Steere, et al, 2007; Turner, 2001; Wehman, 2001)。

周玫君、林宏熾(2004)的研究發現，國內障礙兒童家長參與教育的比例還是偏低，主要內容是協助課業教導、教育活動、擔任義工等為主，參加 IEP 的比例偏低，家長還是比較被動的配合學校的安排。黃蕙蓮(2005)的研究發現，影響高職特教班就業轉銜的家庭因素：家長教養態度、家長

參與態度與對子女的期待等因素，家長對於智能障礙學生轉銜服務有重要影響。

周玫君、林宏熾(2004)對於家長參與身心障礙學生教育提出建議：1. 行政單位落實家庭教育法，提升家庭參與的機會與能力 2. 學校應落實法規，協助學生與家長參與轉銜 3. 提供障礙者家長相關研習，了解權益，學習參與 4. 建立良好親師關係主動與家長溝通 5. 專業人員要學習與家長溝通、傾聽家長的需求 6. 學校主動辦理各項活動鼓勵家長參與 7. 連結社區資源 8. 協助鼓勵家長參與家長團體、尋求情感支持，這些做法可以增進障礙者家長參與子女的轉銜服務。家庭參與身心障礙者轉銜服務是轉銜成功的重要因素之一，教育與專業人員要能體認家長的個別性及文化差異，針對不同家庭協助家長有效參與成爲轉銜助力。

家庭在身心障礙者的教育參與、服務選擇與決策上的角色在各項法規中已經得到保障，家長照顧壓力漸漸被注意，然而家長是否可以在照顧障礙者之餘，參與專業的討論、審慎爭取其子女需要的服務？國內的研究也肯定家長參與的重要性，家長參與的量與內容增加，但是其實質效益需要再釐清。身心障礙學生的轉銜服務攸關其成年的生活規劃，家庭的角色更是重要，因此，在法規更完備的規範政府、家庭的責任，如何將規定落實，讓家庭的聲音充分表達，這是實務工作者必須努力的。

嚴重情緒障礙者的家庭特質不利其教育參與，某些家庭父母或同住者本身也是障礙者，對於參與身心障礙學生的特教和轉銜計畫有實際的困難，障礙者家庭的功能也是影響參與的因素。因此對嚴重情緒障礙者家庭的評估與介入必須儘早開始，協助家庭改善原有的問題，才能讓家庭有足夠的能力和準備參與子女的教育活動，並能從量的參與漸漸提昇到決策的參與，對於障礙者的安置及相關權益可以進一步的監督和表達意見。

第四節 自我決策(Self- determination)

一、身心障礙者自我決策的依據與意義

身心障礙者自我決策的概念，來自 PL94-142 中規定「學校增加學生參與其教育計畫」的要求，IDEA(1997)的修訂也明定身心障礙學生必須出席 14 歲的 IEP 會議，2004 年 IDEA 的修訂也加強障礙者對轉銜的參與和

決定，轉銜計畫必須是依照障礙兒童的興趣、能力和偏好，其次，障礙者法案、復健法案也強調障礙者有權選擇生活與工作 (Kochhar-Bryant, 2003; Test et al, 2006)。

「美國障礙者法案」(ADA, 1990)重視障礙者權益，該法聲明國家保障障礙者的「獨立生活、自我決策、做選擇、對社會貢獻、尋求有意義的生活及融入美國社會」的權益不因其障礙而減損。障礙者的自我決策被視為是其基本權益，國家必須協助在其能力範圍內達到上述的目標。過去對障礙者的服務主要是專家決定（或醫療模式），障礙者與家庭接受專家的決定與指導，兩者的權力關係不平等，現在家庭要參與決策、障礙者的意見也要被充份考量，障礙者對於相關的決定要充分了解與表達。Morningstar(1999)認為障礙學生要達到自我決策必須有相關技巧、有動機和社會環境支持，這三項因素，同時要從生活情境去學系及運用，才能有效習得自我決策的能力，才能在 IEP 及轉銜會議中展現。

自我決策是一個人有能力和技巧基於自己的知識和價值，去定義和達成其目標。自我決策是對身心障礙兒童與成人教育過程的重要成果，Wehmeyer(2001)、Wehmeyer, Agran, Hughes(2003, ch1)認為自我決策是非障礙者生活的基本能力，也是身心障礙者所需要與渴望的，自我決策不是要完全控制自己的生活，而是有機會做選擇與做決定，自我決策可以視為障礙者對自己生活做選擇的態度和能力，是 causal agent。自我決策並不是只有做選擇，達成自我決策需要一連串的能力，自我決策的行為包括：作選擇、作決定、問題解決、目標設定與達成、自我觀察、自我評鑑、自我增強的技巧、內控(Internal locus of control)、有效的正向歸因、自我覺察等，這些特質是透過和環境的互動及配合個人的經驗而形成的技能、受到內在動機及需求影響、是溝通的、社會關係的、是基本人權。

Wehmeyer 等(2003)在自我決策架構圖裡，提出自我決策應該包括自發功能(Autonomous Functioning)可以獨立完成其個人信念、價值與理念的程度，對於行為自我規範(self-Regulation)個人認知的問題解決和目標設定、目標達成、對於事務的回應可以心理充權(Psychological Empowerment)、朝向自我現實感(Self-realization)而行動。自我決策是一個目標、概念，這目標達成需要從生活、學習培養相當的能力，相信自我決策是人的基本權力，同時要有機會。

Martin, Marshall 與 De Pry(2001)認為自我決策可以包括選擇和目標設定與達成，教育界應該教導障礙者自我決策的技巧，提供學生機會參與其

相關的事務的決定。達成自我決策是需要不同層次的前置因素和技巧，不是一蹴可及的，例如認知、心理、生理上可以在不同的情境下可以持續的、穩定的因應。自我決策是行爲結果，其架構包括從自我覺察、自我倡導、自我效能、做決定、獨立表現、自我評鑑、調適等不同層面進行，並不是障礙者可以自我決策就可以就業、獨立生活，對於許多重度障礙者，選擇休閒、飲食都是自我決策的目標，而且這各能力的形成必須是有計畫的、不同向度的學習，就業只是其中一項。

Wehmeyer(2002)認為對障礙者的自我決策的評量(self-determined assessment)與轉銜評量一樣需要多元的方式與指標，包括標準化的和非正式的程序，透過與案主會談、與相關者的會談及標準化工具等，收集個人自我決策的資訊，進行評量，以了解其自我決策的現況，然後學校體系規劃課程，提供相關的課程與訓練，協助個案自我決策的程度以參與其教育和轉銜相關的活動與決策。因此在促進障礙者的自我決策，評量自我決策的程度是重要的起步，其目的是教導與提升其自我決策的能力。下表 5 是學者對自我決策的內容、架構的看法：

表 5：學者對於自我決策的看法

Wehmeyer(2001)a	Martin, Marshall, De Pry(2001)b	Wehmeyer, Agran & Hughes(2003)c	Loyd, Wehmeyer(2004)d
自我決策行爲的基本因素：	自我決策的架構：	自我決策的特質：	引述 Field, Hoffman 自我決策模式：
作選擇	自我覺察	自發的功能	知道自己
作決定	自我倡導	自我規範	知道自己的價值
問題解決	做決定	心理充權	計畫
目標設定與達成	獨立表現	自我現實感	行動
自我觀察	自我評估		結果與學習
自我評鑑	調適		
自我增強的技巧			
內控			
有效的正向歸因			
自我覺察			

a 摘自 Wehmeyer, M. L. (2002). Self-Determined Assessment: Critical Components for

Transition Planning. In C. L. Sax & C. A. Thoma (Eds.), *Transition Assessment: Wise Practices for Quality Lives* (pp. 25-38). Baltimore: Paul H. Brookes. Figure 2.1 Component element of self-determination behavior.

b 摘自Martin, J. E., Marshall, L. H., & Pry, R. L. D. (2001). Participatory Decision-Making: Innovative Practices that Increase Student Self-Determination. In R. W. Flexer, T. J. Simmons, P. Luft & R. M. Baer (Eds.), *Transition planning for Secondary Students with Disabilities* (pp. 304-332). Upper Saddle River: Merrill Prentice Hall. Table 11-2 ChoiceMaker self-determination constructs.

c 摘自Wehmeyer, M. L., Agran, M., & Hughes, C. (2003). *Teaching Self-Determination to Students with Disabilities: Basic Skill for Successful Transition*. Baltimore: Paul H. Brookes. Figure 1 Essential characteristics of self-determination and their component elements.

d 摘自Loyd, R. J., & Wehmeyer, M. (2004). Ch10 Self-Determination. In D. E. Brolin & R. J. Loyd (Eds.), *Career Development and Transition Services: A Functional Life Skills Approach* (Fourth ed., pp. 251-279). Upper Saddle River: Pearson Education, Inc. Figure 10.1 Model for self-determination.

自我決策是身心障礙者提升生活滿意度的因素之一，由於障礙者的特質與程度不同，障礙者、家庭、社會對於障礙者參與決策也有不同看法，自我決策是每個人生活所需要的基本能力，自我決策的學習需要從日常生活的學習與選擇開始，將自我決策的概念融入課程，讓障礙者依其能力進行自我決策，在生活中自然的運用，透過對自己生活的掌控提升個人自主性、自信心，以提升生活品質與滿意度。

二、自我決策與轉銜服務

Test 等(2006, ch2)、Steere 等(2007, ch2)、Wehmeyer(2001)都提到：身心障礙者參與轉銜與 IEP 是法規中規定的，同時在身心障礙者的 IEP 中也規定「自我決策是教學目標」。從老師與家長的調查中，大多數人都同意自我決策是重要的教學目標，然而實際上從學生的 IEP 的內容並沒有看到將自我決策納入。或是教育系統並沒有建立學生參與的文化(氣氛)，學生並不了解參加 IEP 的用意，缺乏事前的準備，覺得緊張、很難在會議中表達其想法，因此身心障者在轉銜的自我決策仍有許多需要在努力的部分，學生應該先從生活上的決策開始學習，等到參加轉銜會議時才能有效參與與表達。

過去對於重度障礙者的自我決策和轉銜服務，抱持悲觀的想法，認為認知程度低、多重障礙、重度障者難以學習自我決策，Powers(2005)認為過去質疑重度障者是否可以訓練發展「自我決策」，其實是「藉口」(excuses)，重度障礙並不是訓練自我決策的「限制」(limitations)。Wehmeyer, Agran 和 Hughes(1998)認為認知障礙對於達到完全自我決策會有困難，專業人員或父母都會擔心認知程度較差的人是否可以訓練自我決策，不同文化下對自我決策的態度也不同，因此提供支持與協助，是這類身心障礙者所需要的，特教界雖然支持自我決策對障礙者的重要性，但是認知障礙者參與 IEP 的比例還是很低、其轉銜計畫中提供就業目標的只有一成。當我們質疑重度障礙者是否可以自我決策時，是因為在特教、就業、社會福利服務架構下，並沒有提供重度障礙者(認知障礙)自我決策的訓練架構和策略，從系統上就缺乏對重度障者自我決策的整體規劃。而嚴重情緒障礙者的認知與情緒的穩定性低，對於他們參與決策的能力也會讓人質疑，因此這類學生的自我決策的訓練與準備更是重要。

Laragy(2004)以澳洲的經驗提出「自我決策」要以障礙者為基礎，才能得到障礙者想要的成果，家庭與障礙者成為轉銜的主角，對其生活品質才能有正向的結果。雖然專業人員還是比障礙者和家庭掌握更多的選擇，家庭、障礙者、專業人員之間共同合作，才能達成障礙者的自我決策，提升障礙者對轉銜的滿意度、整體的生活品質。不同程度得障礙者對於決策參與的程度不同，重度認知障礙者的認知有限，因此自我決策的訓練目標是在「自我控制感」，覺得對生活有權力管理能自己控制，而不是獨立生活。障礙者的自我決策要能成功，必須將自我決策的概念和精神融入課程，特教老師需要調整其習慣和做法，Martin 等人(2006)的調查就發現特教老師還是習慣主導 IEP 會議，家長和學生在會議的發言只有 20%，特教老師還是習慣在會議發言和決定，雖然提供身心障礙學生做選擇的訓練對於學生在 IEP 中的發言有幫助，老師的習慣似乎同時須要調整。Izzo, Lamb(2003)從職業復健諮商的角度，建議對於障礙者自我決策與生涯發展，必須將教育和復健目標密切結合，讓學生儘早規劃離效後的生涯，將此目標與學校的學習結合，其中自我決策的訓練不只侷限在 IEP 會議，而是擴大到未來生涯發展與規劃。

國內對於障礙者參與決策的規定在「特殊教育施行細則」(教育部，2003)，第十八條「參與個別化教育計畫擬定的人員包括學生家長，並得邀

請學生參與」，對於障礙者參與 IEP 有了明確的規定。

其次「各教育階段身心障礙學生轉銜服務實施要點」(教育部，2002)對於各階段轉銜服務流程與會議都有清楚規定，但是以家長為主參與會議，並沒有包括障礙者。另外在「身心障礙者生涯轉銜服務整合實施方案」(行政院，2006)的實施原則中規定「對身心障礙者於不同生涯階段，設計個別化的轉銜服務，該項服務之規劃應邀請本人及其家人共同參與」，政府依據不同階段不同需求規劃障礙者轉銜服務，在教育階段並沒有強制障礙者必須參與教育安置，但是在行政院的方案中從 7-15 歲組開始每個轉銜階段都列了「應邀請本人及其家人共同參與」，除了早療階段以外障礙者參與轉銜服務都是必要的，法規的部分對於障礙者參與轉銜規定，但是在如何落實參與？

國內劉嘉佩(2004)與余禮娟(2000)調查障礙者自我決策的現況，劉嘉佩發現對於重度障礙者自我決策有許多阻礙因素：缺乏機會、非障礙者擔心他們作了「錯的」選擇、缺乏個別化彈性支持、缺乏穩定關係給予支持、父母的態度影響，可見障礙者自我決策雖然是法有規定，但是實際執行還是有相當的落差。家長和老師對於障礙者決策的看法還是非常保守。

其次，關於障礙者的自我決策的訓練和學習，智力的程度是重要關鍵，楊詠雯等(2005)由自閉症青年的質性研究發現：家長認同自閉症青年自我決策的重要，但是不了解其內涵，受訪者的認知程度與家長教養態度影響自我決策表現，輕度比重度受訪者有較多自我決策，生長於大家庭或社經地位較低的受訪者有自我決策的表現程度較高。

國內的研究發現對於身心障礙者參與決策，透過特殊教育對身心障礙學生參與 IEP 的規定，已經開始落實，但是家長或老師還是會考慮障礙的程度，認知障礙者的決策比較會被限制，嚴重情緒障礙者的問題是智力在正常範圍，但是情緒行為的不穩定，某些精神疾病的症狀會導致與現實脫節、難以與人溝通，這些情形下，他們的行為會受到限制與保護，需要在比較隔離的環境學習與治療，對於他們的自我決策訓練比較會受限制，通常是依據生活需要訓練獨立生活的能力，家長和專業人員對於自我決策概念，影響他們對嚴重情緒障礙者的自我決策的支持。

Wehman(2001)認為嚴重情緒障礙學生的轉銜的準備需要學習自我控制、自我管理的策略，因為這些基本能力和他們的生活息息相關，也是未來工作需要有的能力，透過結構的學習方式，從自己的情緒控制、人際互動到就業的準備等，將自我控制、自我管理逐漸擴大到自我決策。國內王

明泉(2003)對高職階段智能障礙學生進行自我決策的訓練，透過前、後測比較發現學生經過這類教學方案之後做決定能力及日常生活問題解決能力有明顯的上升趨向。可見障礙者的智能問題，還是可以進行自我決策的訓練，但是對於嚴重情緒障礙的特殊情形，自我決策的訓練必須視個案的程度進行，醫療、教育與復健機構都要在服務中將自我決策概念融入服務。

嚴重情緒障礙學生的發病時間晚，認知、情緒行為的混亂影響他們參與轉銜服務，本研究將探究在日間留院的學生對於自我決策的參與及轉銜服務的現況。

註一：墨西哥、日本、芬蘭、德國、瑞士、瑞典、荷蘭、義大利、盧森堡、西班牙、英國、法國、加拿大、比利時、美國等16國。

第三章 研究方法

嚴重情緒障礙者屬於特教對象，佔國內特教人口 3%左右，屬於特教中的少數，但是疾病與障礙的發展非常個別化的，需要醫療持續協助，由於人數不多個別差異大，作者選擇以質性訪談方法探究個案的經驗，從個案、家屬與專業人員的經驗，了解情障轉銜的過程，家庭參與、情障學生自我決策的運作情形。

第一節 質性研究的特質與典範

質性研究重視意義的「理解」，研究的目的是理解某些社會行動對於行動者或研究者的意義，及對非主流對象或主題的了解，描述社會複雜現象。黃瑞琴(2002)認為質性研究的特質包括：描述的、統整的、自然性的、重視脈絡的、重視參與者觀點、歸納的、彈性的、非判斷的、人性的、學習的過程等特質。質性研究關注個體在環境脈絡中主觀的經驗與感受，這些經驗感受的意義、詮釋，研究者從觀察、訪談、文件紀錄等的收集，研究者不必是中立客觀、自外於情境，而是與個案深入剖析其意義，對人的行為和經驗更加理解（Creswell, 2002; Bogdan & Biklen, 2001, 胡幼慧, 1996）。

Crbtree, Miller(1999)認為質性研究中半結構式的訪談(semistructured interview)是指受到研究者的引導、集中及一起創造出的開放溝通事件。就主題來看，嚴重情緒障礙的發生時間，比特殊教育中其他障礙晚，包括精神分裂症、情感性精神病、焦慮症、強迫症與恐慌症等，這些疾病需要密切的醫療服務，疾病的進展個別差異性大，生病後部分患者的功能有不同程度退化，量化研究很難深入了解疾病個別的意義。生病經驗是個人主觀的，其詮釋也是受到個人價值、過去經驗而影響，尤其精神疾病患者，受到症狀影響認知情緒、知覺判斷等，通常被動就醫、缺乏病識感(insight, 否認自己有病)、不願被標籤，導致功能受影響後才被動就醫。精神疾病的經驗與一般疾病經驗不同，精神疾病對於家庭的影響首先是照顧的壓力，還有學業與發展受限，及對於身心障礙身分的矛盾感受，其衝擊與影響，只有透過個別訪談才能深入了解。

本研究的訪談資料將以詮釋學典範進行分析，首先說明「詮釋學」(hermeneutics)的意義，這是來自古希臘奧林匹亞神祇信差 Hemes，Hemes 的任務是將奧林匹亞山上諸神的旨意告訴人間的凡夫俗子，詮釋本意是「理解聖者經文或口諭的輔助工具，釐清其不清楚之處」。詮釋學是一門意義詮釋的方法、理論或哲學，是一門與言說和理解有關的藝術，言說不僅是可以分享思想與沉思，同時也是修辭學和詮釋學分享辨證法一般關係的結果。透過信差的詮釋，信差要能精確理解原始的精義與內容，也要對接受訊息的對象有所理解，否則詮釋的過程就會有所扭曲和曲解(畢恆達, 1996; 溫明麗, 2003)。

詮釋學詢問「什麼是人類行動得以發生、作品得以產生的條件，使其意義的詮釋成爲可能？」詮釋學將訪談視爲交談活動，受訪者與訪談者共同建構意義的過程。訪談中的述說建構關乎「意義」，而非「事實」的再現，「事實」本身就是一個建構，從解釋的情境得到脈絡中的意義，是說者與聽者協商或折衝的結果，(畢恆達, 1996)。

詮釋學對「文本」(text)的看法，認爲文本應該依其自身來理解，透過「理解」再經驗作者的心智過程，透過「文法詮釋」(分析文本的語言、辨明其語言上準確的意義)和「心理詮釋」(將文本視爲作者生命歷史的一部份、找出作者想溝通的動機)來理解與再經驗作者的心智經驗。對部分的理解爲整體的意義所引導，對整體的理解又有賴於對部分的理解以達成，以此進行詮釋的循環(畢恆達, 1996)。海德格認爲理解是一種對話的過程，包含了先前的理解、真理的經驗、視野的融合、運用。溫明麗(2003)認爲不論如何分類，詮釋學主要目的均在於建立文本意義的理解，不但理解文本的意義也理解作者的意向、信念與判斷，並期望達成內在意向與外在事實的一致符應。

詮釋學的發展有不同的流派，對於人對客觀世界的理解的可能性提出不同的見解，同時對於詮釋過程的正確性也有質疑，海德格和格達美企圖尋找真實的存在，真實的存在不是完美而是帶有偏見，並可自行規劃開展的，格達美的哲學詮釋學的重點在於尋求從理解過程中發展出可能的新意(溫明麗, 2003)。

詮釋學家主張真理的獲得不是單一時空的掌握，而是不同時空多次理解的詮釋。詮釋者必須在歷史的脈絡中，經由「先前理解」的反省批判，不斷的進行詮釋學的循環，逐漸與被詮釋者達成視野的融合，才能恰如其分的掌握到事務的真相(梁福鎮, 2000)。爲了理解詮釋文本，詮釋者必需要

知道作者想要表達的為何，理解其意有所指的意義，以即將該文件置於歷史和文化的情境脈絡中來審視(Patton, 1995)。

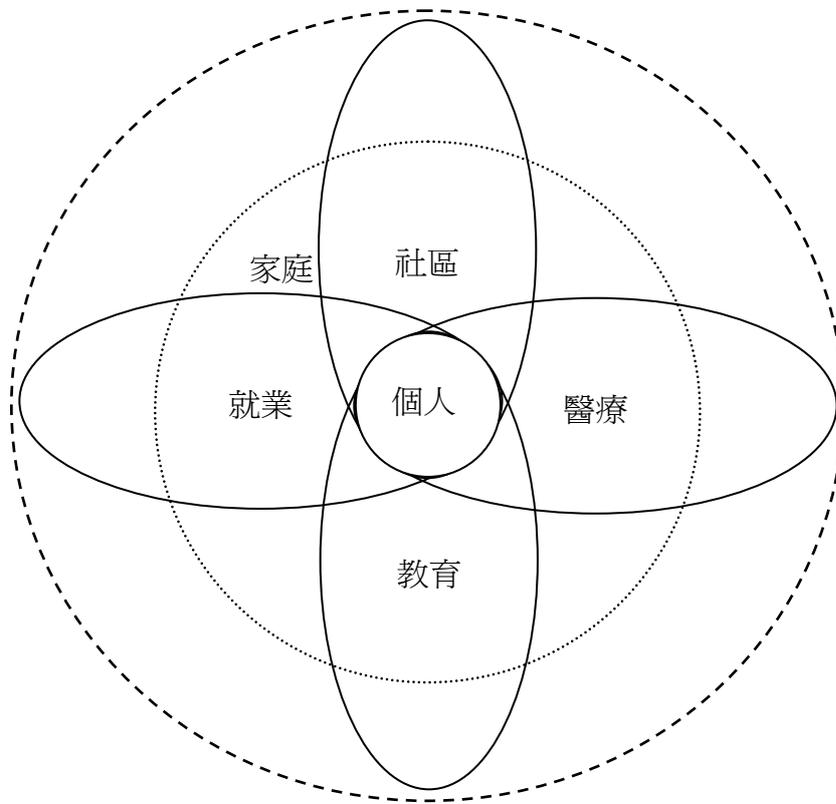
「詮釋學方法」是質性研究的方法之一，對於現象的理解和問題意義的詮釋能夠提供有效的途徑。詮釋學方法的準則包括：客體的詮釋學自律性的準則、意義的一致性原則、理解的現實性準則（梁福鎮, 2000）。也就是對意義的理解必須在個人的邏輯中詮釋，每句話的解釋必須和整體相扣合，不能斷章取義，個人的發展必須和過去連結。

本研究的主要對象是嚴重情緒障礙青少年，她們的認知與能力受到疾病影響，有些會有退化，因此以訪談的方式比較可以完整的得到她們的意見、看法，訪談者協助將其想法整理摘述給受訪者聽，確認其意見被完整紀錄並正確解釋，對於這類個案的經驗和意見的表達，務求正確完整。

第二節 研究架構

大多數青少年的生活是以家庭和學校為主，嚴重情緒障礙學生的生活與學習因為疾病受影響，造成家庭衝擊，家庭要有效因應青少年疾病引起的混亂，需要連結醫療、教育與社會福利等資源、協助完成教育、準備適應社區生活，本研究架構是說明，個人是在家庭裡接受家庭保護與照顧，家庭是青少年的保護網，隨著年齡成長，青少年在學校、社區參與的部分增加，當青少年生病（特別是情緒行為上的混亂）立即衝擊家庭穩定，家庭的平衡被破壞，家庭如果無法有效因應這個衝擊，家庭保護網出現漏洞，青少年曝露在危機中，此時學校、醫療和社區的支持就成了青少年第二層保護網，協助家庭與個人減少疾病的衝擊。嚴重情緒障礙青少年生病後對於醫療、特殊教育服務需求比較高，因此來自家庭以外的第二層保護網，醫療、教育、社會福利、社區生活、甚至就業服務等，這些服務必須有效的轉銜與合作，各體系之間的服務如果沒有連貫或整合，各自的服務結果就難以發揮效果，保護網將難真正發揮功能，因此本研究要探討個人階段間轉銜：成為嚴重情緒障礙學生，進入特教服務，以及離開教育體系（自又一村離開）的轉銜服務。還有服務體系間的轉銜，各不同體系的服務如何運作協助個人與家庭因應疾病、疾病後產生的需求。下圖一說明本研究架構，從生態的觀點，專業服務是協助家庭與個人在疾病衝擊下維持功能，每個專業都有其目標與限制及其重疊的部份，專業整合才能協助家庭，提供個人完整的第二層保護網，個人與家庭如何與專業互動，得到專

業服務？



圖一：嚴重情緒障礙與家庭的專業服務及服務轉銜

本研究預計針對個案、家屬、教育人員、醫療人員進行訪談，訪談題綱，見附錄一是个案訪談題綱、附錄二是家屬訪談題綱、附錄三是教育人員訪談題綱、附錄四是醫療相關人員訪談題綱。

第三節 研究參與者與研究者

一、研究參與者

首先向台北市立聯合醫院松德院區教學委員會提出研究申請，填寫「台北市立聯合醫院人體試驗申請」之相關資料（附錄八），通過後行政

審核後，研究者請醫師與護理長依據下述條件，提供符合條件之個案名單：又一村情障班（蘭亭書院）學員，在就學期間發病，在普通學校期間曾經運用特教服務（鑑定安置、特教服務、彈性處理成績或請假等），或是由特教鑑定安置到又一村（蘭亭書院）。

由研究者提供研究訪談說明書及同意書給個案及其家長（主要照顧者），需取得個案及家長的同意書，才能接受訪談進行錄音。確定個案與家屬同意後，閱讀個案的病歷，整理其發展與疾病史，聯絡訪談時間與地點。接著介紹受訪者：

1.嚴重情緒障礙研究參與者

本研究以台北市立聯合醫院松德院區青少年日間留院「又一村」情障班學員與其主要照顧者，選取就學期間發病且使用特教相關資源的學員，其中護理長推薦 4 位，3 位已經出院離開又一村，1 位因為學校適應不良重新安置又一村學習，另外由醫師推薦 4 位目前還在又一村住院的學員。下表 6 為受訪個案介紹：

表 6：訪談案例介紹

姓名 訪談日期	受訪者與家屬資料（發病年齡）（接受特教服務年齡）
案例 A 961025	20 歲女性，國三下（15 歲）生病，主要是幻聽、幻覺、不開口說話，診斷是「精神分裂症」，國中畢業後在家休息一年並接受治療，隔年在生病中參加基測，分發專科，入學後因不適應辦理休學，連續休學 2 年後退學，因為希望取得高中學歷，於 95 年 7 月進入又一村住院，學籍在文山特殊學校高職部（18 歲），其治療目標是生活作息與獨立生活訓練。在又一村參與課程的情形不理想、經常缺席或中途離開，主要參加適應體育和唱歌，需要媽媽陪伴。訪談中也都要母親陪伴或是代他回答，只有點頭搖頭或是用手表示。他希望將來參加殘障特考，與家人同住互相照顧。
案例 B 961012	16 歲男性，大約國一升國二（14 歲）暑假生病，發病時症狀：睡眠不規律、情緒暴躁、破壞家具，無法靜坐，診斷「情感性精神病」，住院治療，之後在門診追蹤。95 年 6 月國中畢業，8-9 月又因上述問題住院，出院後曾到私立高職上課一週，因不適應辦理休學，11 月開始到又一村住院，於第一次住院時

	辦理身心障礙手冊，可獨自規律出席，個性內向害羞，96年2月開始擔任清潔工作，負責、打掃得很乾淨、情緒穩定、幾乎參加所有課程。96年9月（17歲）特教安置文山特殊學校高職部，全部時間在又一村上課，他希望學習一技之長，接受就業訓練、輔導就業。
案例 C 961116	14歲國三男生，四年級（10歲）的時候因身體僵硬、手麻，沒辦法寫功課就醫，診斷「癲癇」，治療後他還是經常以身體問題不上學，小六因經常不上學、在學校昏倒，住精神科病房，診斷「不典型自閉症」，出院後門診追蹤，六年級（12歲）學校輔導室提供心理諮商，協助適應學校生活。升國中後上課仍不規則，95年11月申請安置到又一村，診斷「特發於兒童與青春期之情感障礙」，部分時間在又一村，部分時間回學校上課，學籍仍在原國中，國二暑假因暴力毆打母親住急性病房，96年9月國三開學後希望增加在學校時間，執行效果不好，11月時重新開會討論學校與又一村的時間分配，目前是一比一的時間分配。希望將來可以進入普通高中（職）就學，若有困難才安置到又一村。
案例 D 961214	17歲女性，國一下學期（14歲）時發病，主要是情緒不穩、易哭鬧、幻聽干擾嚴重，剛開始她主動到輔導室與老師會談，老師覺得怪異建議家長帶就醫，診斷「精神分裂症」。治療後症狀沒有很好的改善，因為症狀造成焦躁不安尖叫，因為請假太多辦理休學。復學轉學到附近公立國中（15歲），受症狀影響上學有困難、經常缺席，學校以特殊學生處理，給予彈性請假與成績計算，國三下學期因症狀嚴重住急性病房，同時參加學測，透過鑑輔會安置到又一村，學籍在文山特殊學校，96年9月開始到又一村上課，但是症狀不穩，如果沒有父親陪伴，她會藉故離開又一村。訪談中對於問題的反應慢、忽然笑出來，也會答非所問，聽不懂問題，幾乎都是父親回答問題。父親希望控制病情優先，學習部分等症狀穩定再說。
案例 E 961229	19歲女性，個案從小孤癖，少與人互動，成績中等，對念書缺乏興趣。國小五六（11-12歲）年級就不喜歡上學，開始有缺席情形，國一時因想法怪異、社交關係適應困難就醫，國中之後害怕上學、與人互動，一直退縮在家，出現胡思亂想

	<p>的症狀，診斷：「情緒行為問題、社交恐慌症」，曾短暫使用藥物，因個案不願服藥停止，92年6月復學經學校建議開始到又一村上課（13-14歲），自國一開始安置又一村，國一缺席嚴重，因此國中上了4年才畢業，學籍仍在原國中。之後鑑輔會安置私立高職，高一時每週有一個下午回又一村上課（電腦課），高二就完全在學校上課，自又一村出院，高職三年都接受資源班教學及個別輔導，準備畢業後就業或升學。目前是私立職業學校家政科三年級，接著以特殊學生安置於私立高職，學校適應良好。</p>
<p>案例 F 961227</p>	<p>17歲女性，國一（13歲）時發病，變成愛說話、主動找男生說話、活動量變大，診斷躁鬱症，曾安置學校資源班，國二（14-15歲）開始由於症狀不穩定、缺課嚴重部分時間安置又一村，維持部分時間到又一村、部分時間回學校上課，國中畢業後由鑑輔會安置高職日文科，96年8月因病情不穩定住急性病房，上課一週後症狀不穩，無法適應學校，目前完全在又一村上課，學籍留高職，領有慢性精神病手冊。希望病情穩定後再試著回高職上課。</p>
<p>案例 G 961219</p>	<p>18歲女性，小學五年級（11歲）發病，情緒不穩、不與人說話，診斷「精神分裂病」，曾在幾家醫院急性病房住院，藥物反應不錯，雖有殘餘症狀但不致影響生活，生病後轉學到台北市的國中，因數次發病無法持續在學校上課，從92年開始由學校安置到又一村（13歲），國中畢業後鑑定安置又一村，同時接受又一村工作訓練，文山特殊學校高職畢業後，轉介松德院區咖啡廳上班，每週在醫院咖啡廳上班兩個半天。</p>
<p>案例 H 961226</p>	<p>19歲女生，國二（14-15歲）時發病，主國中時要是會自傷（劃手腕），後來出現解離現象，學測分發高職美工科，後因為症狀發作無法上學，曾經休學一年，復學後還是沒辦法規律上學，申請以特殊學生「專案」處理（16-17歲），安置在又一村上課，學籍留原學校，出缺勤及成績計算彈性，一直到高三畢業出席情形都不理想，安置又一村是為了取得原來高職學歷。診斷為憂鬱症、解離症，不符身心障礙鑑定標準，無法申請手冊。目前在家找工作，希望從事童書插畫、學習攝影。96年6月高職美工科畢業後就出院，維持門診及心理治</p>

療，出院後未再回又一村。

2.家屬或主要照顧者

訪談主要照顧者是指個案父母或目前同住親屬之一，了解個案生病就醫，到安置「又一村」的過程，曾與醫療和教育合作，了解家屬如何規劃目前的安置與未來離開學校或機構的計畫。訪談 5 位家屬，有 4 位是與個案一起進行訪談，1 位單獨進行。下表 7 介紹受訪家屬：

表 7：受訪家屬資料

家屬/訪談日期	受訪家屬與家庭狀況
案例 A 母親 961025	母親是家庭主婦，在她生病後就專心照顧她，由於她不願開口、不與男生說話，所以上課都要母親陪伴，最近才能在接送後離開。小家庭，家裡爸爸是退休公務員、媽媽、弟弟是高中生，姐弟關係不錯，平常可以聊天。爸爸對於他生病一直沒有好比較不耐煩，父女關係比較緊張。母親覺得照顧個案幾年，最近身體比較不好，高血壓、身體酸痛，身心都累。
案例 B 父親 961027	從事鐵工，個性溫和，太太過世後父兼母職，由於工作忙碌孩子生病後他才知道在學校、補習班發生的事，許多事他都必須自己去面對，個案生病後爲了照顧他家庭經濟壓力大，所幸運用社會資源申請低收入、安置個案到又一村，與學校輔導老師、社工和醫療的關係不錯。父親的身體出現高血壓、疲倦，擔心自己生病。
案例 C 母親 961116	小家庭，爸爸工作忙碌，有時要出國，媽媽是主要照顧者。個案的病症是從小四時癲癇開始，在各醫學中心神經科、精神科就醫，都是媽媽陪伴，在國小階段學校曾安排心理師會談，國中時曾有醫療、學校社工、特教等專業人員協助上學事宜。母親覺得已經很難負荷照顧的壓力。
案例 D 父親 961214	在外商公司上班，與太太共同照顧個案，負責接送與就醫，父母對於個案的問題非常積極處理，學校通知後就立刻就醫，並積極與學校、醫療合作，配

	合服用藥物，由於個案治療效果有限，症狀干擾嚴重，影響鄰居的安寧，曾經被鄰居檢舉。父親對於治療效果不大表達挫折感，希望了解未來的疾病發展或安置方式。父母分擔照顧工作，近期父母覺得照顧壓力很大，討論未來安置機構的可能。
案例 H 母親 961226	母親從事外幣買賣，工作時間彈性，案父在個案 2-3 歲就已經在中國經商，固定每個月回家，因此多年來任何事情都是母親自己處理，母親與醫療人員關係緊密，一起與學校協調個案接受特教的安排。母親的生活必須完全配合個案，無法安排自己的活動，近期個案比較穩定後母親才敢讓個案自行外出活動，壓力稍減。

3.專業人員

包括醫療人員、特教老師、情障個管社工人員。醫療人員是以主要負責又一村的主治醫師、護理長，對於個案的目前與未來的醫療計畫，及與個案與其家庭合作的經驗。其次是特教老師：包括台北市東區特教資源中心的特教老師，東區特教中心的依據、角色與運作，可以參考「台北市情緒行為支援專業輔導團」（附錄五）、公立高中的特教老師、私立高職特教老師（曾協助又一村學員的學校特教老師）。另外，台北市康復之友情障個管社工員，他們是依據「台北市特殊教育學生社工個案管理工作實施計畫」（附錄六）及康復之友「特殊教育學生社工個案管理服務」（附錄七）的規定進行服務。這些人員從不同的領域提供嚴重情緒障礙學生與家庭服務，透過訪談了解他們的服務情形。下表 8 是專業人員的背景資料介紹：

表 8：專業人員的背景

人員	背景說明	訪談日期
東區特教資源中心巡輔老師 SET1	特教老師年資約 14 年，東區特教中心成立就參與，到目前約 5 年多的時間，之前是台北市國中的特教老師，曾接受自閉症種子老師訓練，目前是台北市情障巡輔老師，接受學校轉介，協助學校與家庭處理情障學生問題。	960816
公立高中特教老師	國高中特教老師年資共約 14 年，大約在 87-88 年期間台北市公立高中成立資源班，是當時第一批到高中的	960802

SET2	特教老師，該校的特教是以資源班為主，他是唯一的特教老師，他自認是學生的「個管員」，從學生進學校後的事情都要處理，必須和老師、家長、醫療、特教巡輔、康復之友個管社工等不同體系維持合作，校內外的資源都必須去連結。	
情障個管 社工 1 SW1	社工系畢業，擔任情障個管社工約 2 年，過去曾有其他青少年服務經驗，主要是接受學校轉介，處理老師無法處理的家庭問題，連結資源。	960726
情障個管 社工 2 SW2	社工系畢業，與上述情障個管社工 1 為同事，負責特教情障學生個管，從民國 89 年開始提供情障個管服務，目前為組長。目前兩人共服務 66 位情障生。	960810
護理長 HN	資深精神科護理長，目前在護研所進修，曾擔任急性病房護理長，從「又一村」開辦後，就擔任該病房護理長工作，多年來持續在又一村服務，與醫師一起掌管內部事務、對教育局和學校的合作。對於青少年的服務照顧持續且多元，包括提供家庭與學校連結工作、社區推廣等。	960806
兒童精神 科醫師 CPsy	精神科醫師 17 年，擔任又一村的主治醫師約 7-8 年，負責該病房的督導、發展與經營事務。	960914
又一村特 教老師 SET3	課程與教學碩士畢，取得國小教師資格，擔任又一村的特教老師約 1.5 年，為文山特殊學校聘情障班代課老師，接觸又一村的學員後對於特殊學生的服務覺得有興趣，過去並沒有特教資格和訓練。	961207
私立高職 特教老師 SET4	特教系畢業，擔任特教老師約 2 年多，除了依據教育法規通報服務個案，主動關心特殊學生，每學期召開 IEP 會議，並且協助家長與導師溝通，案例 E、F 都是她負責，與校內特教學生關係緊密。	970116
私立高職 特教老師 SET5	資深輔導老師，曾任輔導主任，負責案例 H 學校內各 科室主管協調，聯絡醫療與家屬，提供個案彈性的學習與要求。(僅願意電話裡回答簡單問題)	970118

說明 SET: Special education teacher, SW: Social worker, HN: Head Nurse, CPsy: Child Psychiatrist

本研究針對上述人員進行訪談，並經過個案與家屬同意（附錄八，同意書與邀請函），收集其醫療資料，由於嚴重情緒障礙、精神疾病是相當個別化的經驗，疾病和症狀對個人認知、理解造成影響，半結構的訪談將比較有利資料的收集與個案感受的陳述。

二、研究者及訪員

本研究的研究者就是訪員，所有訪談都是由研究者獨自完成，研究者是精神科資深社工師（18 年），主要提供罹患精神疾病住院治療之兒童青少年家庭評估與服務，與家屬會談經驗豐富，對於家庭面對疾病的情緒反應處理及協助回歸教育與社區，有許多經驗，對於以訪談方式收集資料並不陌生。

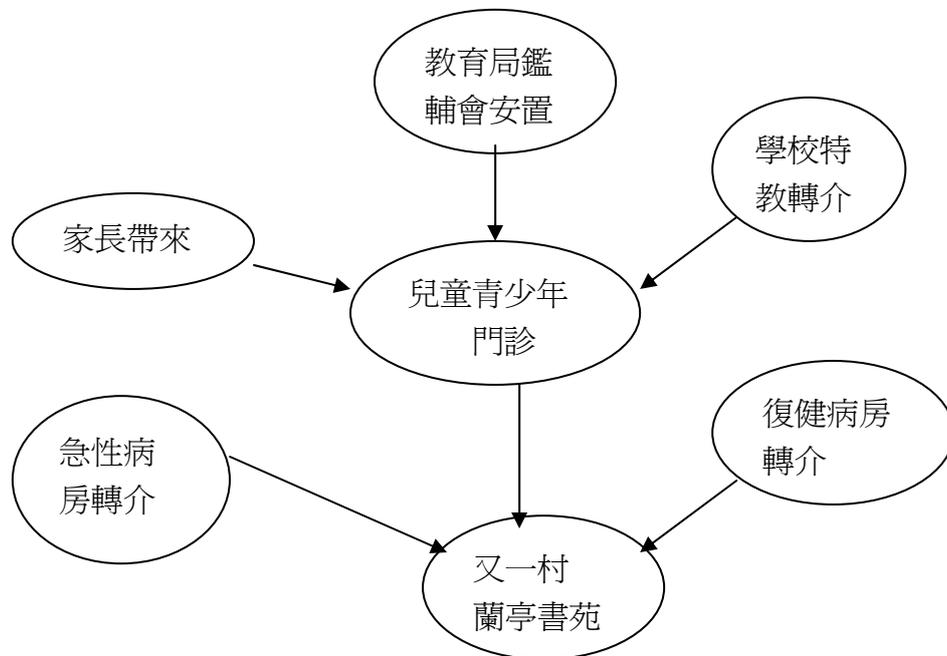
詮釋學的觀點認為理論建立並非只是從下而上，而是在對話的是研究者與研究對象共同建構，研究者並非不帶價值(價值中立)，資料並非獨立於研究者而存在。研究者在研究過程中，同時增加其對自己的理解，研究同時改變研究者、參與者以及研究對象的處境。研究者雖然有資深的實務經驗，然而在服務的過程也不斷反思，是否可以更精確的了解家長與病人對疾病的想法、找出家庭的對疾病與障礙的反應機制？跳脫提供服務的專業人員的角色，傾聽受訪個案與家屬的心聲，也從各專業人員的經驗，了解專業服務的理念與作法。

第四節 研究場域:又一村

台北市立聯合醫院松德院區的青少年日間留院「又一村」，又稱「象山學園」，成立於民國 80 年，為了效法古人於蘭亭求取學問的精神，稱之為「蘭亭書苑」、因為療養院位於台北市四獸山的「象山」邊，因此又稱「象山學園」。在 1998 年台北市立療養院在台北市政府教育局的支持下，於「又一村」青少年日間留院成立「精神障礙特殊教育班」(見附錄九「台北市政府教育局與醫療機構合作辦理嚴重情緒障礙特殊教育班實施計劃」)。這是台灣第一次在精神醫療機構內設置特殊教育班，強調積極復健與特殊教育結合，提供嚴重情緒障礙學生全面的協助。

1.又一村入班流程（見圖二）

又一村是設於醫院的日間病房，又是情障特教班，其學員的來源包括教育體系轉介、醫療體系轉介、家長主動就醫，其中教育和家長轉介都需要透過門診評估，符合教育局規定才能成為情障特教班的學生。



圖二：又一村入班流程

2. 又一村的特色

每位學員均有個案負責人照顧，統籌復健計畫。定期與學員、家屬、老師聯絡，共同擬定教育目標，以精神醫療復健為基石，以特殊教育為導向，配合生活教育，社區適應等課程，使學員能學習自我照顧，生活獨立，進而回歸社會（張碧凰, 2002）。

3. 服務對象：12-25 歲嚴重情緒障礙之青少年。

台北市政府教育局，依據「台北市政府教育局與醫療機構合作辦理嚴重情緒障礙特殊教育班實施計劃」規定，臺北市高級中等以下學校在學學生(含中輟、休學)，罹患慢性精神疾病，或經特殊教育學生鑑定及就學輔導委員會(以下簡稱鑑輔會)鑑定為嚴重情緒障礙者，或高級中等以下學校

非在學學生，罹患慢性精神疾病，年滿 22 足歲以下者，為情障特教班的對象。

服務對象的障礙類別統計：其中精神分裂症超過一半（55.65%），其次是情感性精神病（憂鬱症）（22.22%）、也有一成是自閉症（11.11%）。95 年度服務 93 人，每月平均 39 人。其中有學籍的學員約佔 1/3 強，半數是沒有學籍的。

4.服務理念：嚴重情緒障礙的青少年需要教育，當孩子們無法適應學校生活時，蘭亭書苑是另外一種選擇，提供國中及高中（高職）階段教育，對於無法回到學校的學員提供醫療復健，準備回到社區或就業。

5.教育目標：提供嚴重情緒障礙青少年適性之教育，以充實生活知能，培養職業技能，養成社會適應能力，使成為獨立自主的人。

6.服務項目：

- (1).訓練規律生活
- (2)促進自我的了解與行為的控制
- (3)促進人際互動
- (4)促進家庭適應
- (5)促進學校適應
- (6)工作訓練

特教老師陳瓊秋(2002)認為蘭亭書苑的特色和教育目標：從個案的自我肯定和優勢學習，發展教育目標。主要內容有：

- 體適能的規劃由少動漸進到願意動、結伴活動。
 - 體育課（籃球、桌球、扯鈴.....）
 - 成長列車（拍打、按摩、吶喊、翻滾、爬行.....）
 - 減肥跑步（由課外活動漸進到體育比賽）
- 公益勞動服務的實施：做中學的體驗
 - 每月定期維護學習環境的清潔
 - 親自動手（掃地、擦桌椅、擦玻璃、洗抹布、拖地、垃圾分類.....）
 - 菜圃的澆水、除草、落葉的打掃
 - 協助課堂點名、做紀錄、文書輸入

- 磁化水之接送工作
- 幫忙學員代訂便當
- 成立同質性小團體：提升學習意願以及凝聚興趣相近者。
 - 養魚（照顧寵物、尊重生命）
 - 插畫社（激發創作潛能）
 - 電影欣賞（小叮噹影片的分享）
 - 跑步團體（強身健美）
- 成立讀書會：歡喜菩薩真人真事。
 - 推廣「說好話、做好事、存好心」
- 自然體驗：刺激和訓練感官的功能。
- 村民大會：擴展身心健康的生活概念。
 - 教唱手語、提倡環保概念、推行自敬敬人、自愛愛人、慶生會。
- 其他技藝課程：舞蹈治療、音樂治療、戲劇、陶藝、游泳、美勞…。

又一村以醫療和教育結合對青少年提供服務的模式，有其創新性，石數慧(2001)進行情緒障礙班學員生活經驗的民族誌研究，深入與又一村的學員及工作人員生活，發現學員對於疾病成因的不確定感、適應症狀及副作用、適應生活斷裂而修正理想與現實的差距。這裡的學習和復健是以自我體驗為核心，專業人員和家人成了學員最重要的人際網絡，學員對專業人員的期待不只是醫療專業服務，還有情感性與社會性支持，這裡是回到社區生活的中介站，學員的疾病穩定、支持系統接納，是回到社區重要因素。這是另一個特殊的地方，醫療和復健支持為主，教育和學習則個別化的規劃和進行，師生的關係不涉及成績和進度，情感支持與了解是學員所肯定的，這樣的經驗與學校特殊教育不同，與醫療也不同，對於學員是另類學習，對工作人員也是。

榮總向「向日葵」日間病房是在民國 90 年繼「又一村」之後與台北市教育局合作再精神科成立情障班，他們的學員以焦慮症、精神分裂症、憂鬱症為主，雖然是比較彈性的治療與教育場所，但是學員缺課的情形還是很高，為了降低學員高曠課率的問題，陸瑞玲等(2005)的研究，就向日葵日間留院學員曠課的原因，可以從學員、家庭、課程等方面討論：來自學員退縮、缺乏學習動機、社交技巧差、人際關係問題；家庭方面家長過

度保護、家長忙錄無法配合；課程方面，學員覺得老師教法變化不足、寒暑假不用上課、課程單調枯燥；希望增加治療性小團體。

針對上述原因經過一年執行改進計畫，進行的改進方案包括加強家長座談會、帶領治療性青少年人際互動團體、設立班級自治幹部、開放課程討論、每月定期舉行 IEP 會議及個案討論會、增加有趣之點數兌換獎勵品、改善治療性環境及各項治療活動、補救教學、社交技巧訓練、建立教室規則等達到降低學員曠課率，讓學員走出家庭，參與團體與學習，避免疾病退化。可見嚴重情緒障礙學生即使到比較保護與彈性環境上學還是有缺課問題，同時也從改進計畫的執行看到醫療體系加強結構化與教育性的課程、行為增強等原則、依個別需要提供課程與教學，對於提升學員出席率有立竿見影的效果。

林燕玲(1999)則以直接教學對學員進行社會技巧教學，認為直接教學模式能增加受試整體社會技巧學習表現，對同儕相處社會技巧的進步最大，參與的學員也肯定社會技巧訓練的幫助。雖然又一村的學員是嚴重情緒障礙中比較嚴重的一群，透過醫療與教育的結合，讓這群青少年可以在疾病復健與教育同時進行，但是從向日葵的經驗，青少年日間留院必須強化各別的服務、補救教學、社交技巧訓練等，才能吸引學員出席上課，否則只是學生掛名在日間病房，實際退縮在家，對於學生的學習幫助不大。

第五節 資料整理與分析

訪談資料將完成逐字稿後進行分析，資料分析(data analysis)指有系統地搜尋和組織訪談逐字稿、實地札記及其他資料，以增加對資料的理解、呈現研究發現(Bogdan, Biklen, 2001)。

詮釋學者是藉由研究中提供資料的參與者之協助，以他們對資料之詮釋為基礎來建構「現實」。由於本研究已經設定對象與主題，並且以半結構的訪談進行，因此將針對收集的資料，以詮釋學的理念進行分析。

本研究受訪者與家屬的訪談及相關文件資料編碼如下表，表 9 為受訪案例與家屬的資料編碼與訪談說明，表 10 是專業人員的資料編碼：

表 9：受訪者資料編碼

姓名	逐字稿	訪談日期	訪談摘要	備註
案例 A	缺	961025	AS	因受訪者無法回答，大部分

				由家屬回答。影印參加又一村課程。
案例 A 與母親	AMI	961025	AMS	錄音不完整
案例 B	BI	961012	BS	影印參加又一村課程。
案例 B 父親	BFI	961027	BFS	
案例 C	CI	961116	CS	
案例 C 母親	CMI	961116	CMS	錄音不完整
案例 D 與父親	DFI	961214	DFS	
案例 D	DI	961214	DS	因受訪者無法回答，大部分由家屬回答
案例 E	EI	961229	ES	病歷 (EC)
案例 F	FI	961227	FS	病歷 (FC)
案例 G	GI	961219	GS	個案報告 (HNCR) 病歷 (GC)
案例 H	HI	961226	HS	病歷 (HC)
案例 H 母親	HMI	961226	HMS	

說明：第一碼 A-H 為案例代號，第二碼 M 為母親，F 為父親，C 病歷紀錄，第三碼 I 為訪談逐字稿、S 為訪談摘要，第四碼為頁次。

表 10：受訪專業人員編碼

姓名	逐字稿	訪談日期	訪談摘要	備註
SET1	SET1I	960816	SET1S	東區特教巡輔老師
SET2	SET2I	960802	SET2S	高中特教老師
SW1	SW1I	960726	SW1S	康復之友情障個管社工 1
SW2	SW2I	960810	SW2S	康復之友情障個管社工 2
HN	HNI	960806	HNS	護理長 (逐字稿不完整)
CPsy	CPsyI	960914	CPsyS	兒童精神科醫師
SET3	缺	961207	SET3S	又一村特教老師
SET4	SET4I	970116	SET4S	私立高職特教組長
SET5	缺	970118	SET5	私立高職特教組長 (僅短暫電訪)

第一至四碼為專業人員代碼，接著第四或五碼 I 為訪談逐字稿、S 為訪談摘要，最後數字代表逐字稿頁次。

部分受訪者因錄音問題，案例 A、SET3 缺少逐字稿（沒有錄到訪談內容），訪談者在訪談時有寫札記，訪談後立刻寫訪談摘要，以彌補資料的不足。

王文科(2000)、Maxwell(2001)建議透過專家意見、與參與者查證、研究者自我提醒、豐富的資料、或列出對立假設、對立解釋等方式，還有三角檢證，從資料、方法都以三角檢證的方式核對，透過這些技術讓研究效度提高。

本研究針對受訪者的訪談內容錄音謄寫逐字稿、訪談摘要，參看受訪個案病歷資料、又一村的上課紀錄、部分個案報告，從個人主觀記憶與陳述及客觀資料的比對，及醫療人員的敘述，多方資料檢證，同時未避免研究者個人對受訪資料的詮釋的偏誤，研究結果完成後請社工同儕進行 peer review。另外，訪談專業人員、家長、從不同管道進行資料收集，訪談過程發現 8 位受訪個案對於訪談的參與情形差異很大，兩位已經出院的受訪者比較可以針對問題廣泛回答，其他受訪個案的答覆需要研究者摘述後請他確認，所以對於感受與看法的部分比較難以深入說明，有 3 位是在父母協助之下完成訪談，研究者將以家屬和醫療人員的說明補充分析與詮釋，深究受訪個案的歷程。

第四章 研究結果

本研究在 96 年 7 月將申請資料送「台北市立聯合醫院人體試驗委員會」，經過不斷的往返修正，於 96 年 10 月得到通知通過，審查通過之前，先進行專業人員的訪談、收集資料，了解組織運作的現況。審查過後才進行個案與家屬的訪談及病歷閱讀。本研究的所有訪談與摘要都是研究者親自完成，逐字稿則交給一位早療社工及台大商學系畢業生謄寫，再由研究者校對，編上代碼。

本章將根據研究架構，介紹嚴重情緒障礙個案和家庭的面貌，接著描述專業體系（教育、醫療與社區）人員與運作，專業間合作情形，然後介紹又一村的服務，受訪者在又一村的轉銜歷程，透過受訪者、家屬與專業人員的訪談了解受訪者疾病與轉銜的過程。

第一節 嚴重情緒障礙者的面貌

一、訪談過程說明

通過審查後取得醫師和護理長推薦名單，研究者先從醫師提供的名單開始訪談，因為他們都在又一村住院中，研究者到又一村進行訪談，案例 C 在訪談期間剛好腳受傷在家（沒到又一村也沒上學），因此是到家裡訪問他與母親。這組受訪者只有案例 B 與父親是個別單獨受訪，其他案例 A、C、D 都是有家屬陪同協助回答，案例 A 與 D 的情形幾乎無法對焦回答問題，只能由家屬回答，然後研究者再摘要家屬的回覆，請他確認，訪談大約 15 分鐘後就開始起來走動、煩躁、傻笑，與幻聽對話。只有案例 B 可以單獨完成約 1 小時的訪談。這 3 位個案對半結構、開放性問題的理解有困難，常是一臉茫然，家屬在訪談時，一方面安撫個案，有要協助個案表達，讓人印象深刻。

護理長的名單中，案例 E、G、H 已經自又一村出院，透過護理長徵求同意後才列為訪談對象，研究者取得電話後與受訪者聯絡，與個案約定訪談時間地點。案例 F 現在全部時間在又一村上課，對於開放性問題幾乎

沒辦法回答，大約僅能持續 30 分中的對談，案例 G 於 96 年 6 月自文山特殊學校畢業，就從又一村出院，目前在院內咖啡廳上班，這兩位約在松德院區進行訪談。這兩位受訪者可以簡短的表達意見，訪談問題要分段陳述，他們的回覆之後需摘述確認。案例 E 高職三年學生，生活非常忙碌，只有假日有空，因此約在假日時在咖啡廳進行訪談，案例 H 畢業出院後都在家裡，她與母親到研究者辦公室進行訪談，他們有比較多的表達，可以分析自己與其他又一村學員的差異，訪談可以到將近 1.5 小時。

本研究的訪談題綱在附錄，由於受訪者的狀態、程度不同，對於開放性問題的理解程度不同，案例 A、C、D 都有家長在旁協助（除了案例 B），訪談後與護理長、醫師、特教老師核對個案訪談時的表現是否符合其平日表現？同時影印部分病歷，了解醫療人員的觀察，並於訪談後盡快完成訪談摘要謄寫。由於研究者對錄音操作不熟，案例 A 與母親的訪談、案例 C 母親訪談錄音不完整，編碼見第三章說明。

二、嚴重情緒障礙的疾病歷程

嚴重情緒障礙的發生是「指長期情緒或行為反應顯著異常，嚴重影響生活適應者」，這是異常狀態持續、影響生活才會被轉介特教評估，Wagner(2005)從美國的調查，發現情緒障礙學生在 12 歲才成為特教學生，家長發現問題到成為特教學生大約經過 2 年時間，從問題發生、處理到成為特教學生，通常是會經過一段時間。

1. 家庭從個人行為情緒的變化發覺青少年生病了，受訪者記得人際關係的壓力，不記得生病的情形

案例 C、E、G 主述在國小五年級開始出現問題，其他案例在國中才出現問題，初期的問題是人際互動上被欺負、和同學衝突等，或是持續不良的人際關係未改善。案例 B 父親記得他國中遇到校園霸凌：「國一的時候，就是有有學生..比較調皮，就會欺負他,..他國一的時候就..好像，第一年，那個上學期都還好啦，因為，大家都是新生嘛，第二學期就開始，問題就來了，我光去學校就跑好幾次了，那個學生，就看他這樣，就好像，就，就很好欺負的樣子啊，有幾個比較皮的就會，都要欺負他...」（BFI4）。

案例 C、E、F 案例記得在學校被同學欺負、取笑等（案例 E 是因為哥哥是精神病患，在學校被同學取笑。案例 C 是因為癲癇發作身體虛弱經常暈倒、漸漸沒有朋友、學習跟不上，案例 A、F 國中、小被同學欺負）。

案例E：「五六年級的時候,所以那個時候沒有直接去看醫生,只是不想上學,那個時候我是因為被欺負,學校有處理,就是有罵過那個同學,不過,基本上我是覺得.我後來發現,那是沒有什麼用處的事,那並不會因為被罵而有所改變...所以,後來到了六年級...好像是習慣還是怎樣,後來有去上課,反正就是這樣混一混,混到畢業」(E13),學校人際關係壓力沒有被處理,或壓力狀況一直持續,演變成不上學(拒學、懼學),經常缺席和同學的關係就更疏遠、課業跟不上,上學就更困難,漸漸與學校、同學疏離。

受訪者發病的症狀或問題不同,除人際上的壓力,也有出現精神疾病症狀:案例 A、B、C、D、G 發病初期症狀混亂,難以在學校學習,疾病治療穩定後,課業學習已經落掉一段,再回到學校也很難適應學校的進度

「他是...第一次住一個月,...快一年,又一次這樣...啊發病的時候都,就是...哦..晚上不睡覺...很嚴重就對了,...有幾個比較皮的就會,都要欺負他」(BF13-4)、「那個...第二次的時候就...要怎麼講,那個...他第二次發病的時候哦..他也是那個..他那時候,國三那時候都,他出院以後,有再去學校上課,但是他已經整個都放棄了,老師在講什麼,他都,他也都不太聽了,老師也拿他拿他沒辦法,我也,對他沒辦法,後來輔導說,不然你就帶他待到那個畢業這樣,你也要拿到畢業證書,...他就是整個就放棄了,他自己好像,把整個都,都無所謂了」(BF110)。

受訪者因為生病必須治療或在家休息,等到穩定後進度就跟不上,回學校的壓力更大,生病後學習成績一落千丈,沒辦法持續學習或維持學習成果,漸漸的失去學習的興趣。

表 11 是受訪者針對生病的時間、症狀、就醫的經過,只有案例 B 可以回答出部分症狀、記得部分生病時間和就醫的情形,案例 A、C、D 都是家屬代為回答,案例 C 在母親提醒下回答部分問題。高功能組(E、F、G、H)案例大致可以記得曾經就醫的情形和時間,案例 F 與 G 雖然是列入高功能成功個案,但是對照專業人員提供的資料,她們對症狀的描述過於簡化,所有受訪者對於病前的記憶(還記得生病前有什麼讓你印象比較深刻的事?),多回答不記得,案例 A、E、G 記的被同學欺負,案例 B 記得母親過世。

表 11：個案對於生病歷程的描述

開始生病時間	生病的歷程和症狀、診斷
案例 A 國三下	「他(案例 A)..有時候會跟我講..我沒病了啦..」(AMS)「有幻聽、幻覺、還有大舌頭(舌頭不聽使喚、說話不流利,受訪者閉口用手指著嘴,由母親說)、平衡不好(指腰部會痛)所以不想講話」(AS)

	<p>母親：一直沒有和他討論診斷，生病前兩年都不敢說，怕他受不了，後來要申請補助，要辦手冊就有跟她說：這樣才能辦補助(有家長說可以辦急難補助)，我就跟她說辦補助要用手冊，她聽了沒有什麼意見。我申請了2年後才讓他知道。(AMS) (母親不希望我和受訪者討論診斷)</p>
<p>案例 B 國二</p>	<p>「好像是國二的暑假,剛好是暑假,常常很晚睡,然後就熬夜玩電腦,然後就,然後就發病了,...就日夜顛倒,然後就有時候,脾氣就沒有那麼穩定」「醫生有曾經跟你講過你是生什麼病嗎?答:躁鬱症」(BI1)</p> <p>父親:發病時他不睡,一直打電腦,脾氣不好,會打家人,暴力...不去上學,在學校坐不住,氣老師就大罵老師。(BF15,BF18)</p>
<p>案例 C 國小五年級</p>	<p>「就是手會麻會痛..然後僵硬..有那些影響?寫功課的影響..還有..走到學校會覺得腳軟..會累..剛開始的時候..啊..就在學校外...走廊就講腳軟啊..啊同學...我記得同學都會扶他起來..」(案例 C 母親回答,他在旁邊一臉茫然,請他確認母親說的,他說完全不記得,媽媽說的應該沒錯)「X 醫師說我是自閉,Y 醫師說我叛逆,我覺得自閉比較像..我和同學比起來,比較不會跟人相處」(CI3-4)</p> <p>「今年...還沒有住..還沒有住松德的時候..他就偶爾會這樣割哩.....他去找刀子... 他會割自己,但是不是很利啦.割不斷... 就是沒有割到流血...他也是自己捶玻璃..啊玻璃..也給他捶好幾次了..凍每條(受不了)..割啊..啊自己手去割一個洞..啊割成這樣..哦...都跟我吵架的時候...」(CMI3)</p>
<p>案例 D 國一上學期</p>	<p>「生病的時候很痛苦,一直掙扎,然後就是,那段時間都不能去想任何東西,訪問者:那是什麼時候,幾年級的時候?受訪者:嗯,可能大概是...那個一年級上學期左右」她說不出症狀,父親補充「他現在的症狀,常常就是說不舒服就是有人在罵他啦,有人在批評他,有人在怎麼樣,他就受不了了,受不了的時候,他就會大吼大叫,...常常會有人來關照,也有也有人打電話到派出所」。「你知道你是領有身心障礙手冊?有,我有很多手冊啊,我我有,獎狀,然後也有很多那個,也有註冊的那個卡啊」(DI1, DI12)</p> <p>(父親並未讓他知道診斷)</p>
<p>案例 E 國小五年級</p>	<p>「其實我自己覺得,我自己沒有什麼太多的障礙,有的話就是,就是比較不會向人溝通而已,我比較屬於是情緒方面的...,就是我,我不會跟人家溝通,可是,沒有表示說我能力很差,像案例 F,他是屬於真正有...精神疾病,...就是他,他真的會被藥物所控制,我是不吃藥的」(EI1-2)(沒有精神科診斷、未領手冊)</p>
<p>案例 F</p>	<p>「問:國中幾年級生病?答..國一那時候就是..去台大住院.問:是精神科嗎?</p>

國一下	答:也算是精神科..然後它是關緊閉的... 問:你還記得當時為什麼住院? 答:妳會對男生就是有點..會比較喜歡..那妳就會去跟他講話..可是其實..是很正常..可是妳不行太過於就是主動去找男生或是跟男生打來打去..那就是不對的行為,..可是那是我個人啦..那這躁鬱症有時候不穩定的時候可能就是會有暴力傾向...脾氣會有上升的時候..沒辦法控制的時候..誰都不知道說你什麼時候發生..」(FI1-2)
案例 G 國小五年級	「...被同學欺負就封閉自己..就自..就封閉自己不太跟別人講話...然後後來就是..狀況又不好..然後也有住過院,後來..後來..後來..就是住過幾次醫院..然後現在..現在..現在...現在...現在沒有在住院,因為現在狀況還不錯..」(GI1)「什麼手冊?殘障哦.. 有啊...好像是.....好像是今年還是去年,我忘記了... 有證件可以..可以..假如要坐公..媽媽說..假如有坐公車,就可以減免半票...或者是可以有證件可以...可以..就可以幫助...」(GI6) 病歷紀錄：受被害妄想與幻聽問題而出現打人、摔東西、學校適應障礙等問題，對藥物反應佳，但仍殘存小聲的幻聽，平時較退縮，愛吃，愛睡，不喜歡洗澡，脾氣暴躁，驕縱，偶而有偷錢的問題行為。
案例 H 國三(母親更正是國二)	「嗯..最初是被媽媽發現說,會有就是會有自閉,傷害自己的行為...就是可能,劃手腕啦之類的,然後媽媽就開始帶我看醫生這樣子,印象中是這樣啦」 「我覺得那時候,應該是,所謂這個叛逆期吧...反正就是一定會覺得就是跟父母之間會有很大的...,會覺得有代溝啦,或是會覺得說意見不符合啦,或是,他總是不理解我在想什麼之類的」(HI1) (母親在訪談者談到診斷的部分,使眼色示意不要和受訪者說)

2. 受訪者對疾病的看法來自家人告知，難以說出”症狀”或”診斷”的意義

雖然8位受訪者已經在醫療體系接受服務一段時間，但是他們對於症狀與診斷的了解程度不同，來自醫療或家人告知，並不是每個受訪者都說出自己診斷和診斷的意義，案例A、D說不出症狀與診斷，由家屬回答，案例B、C、F、G、H可以說出診斷，案例E、H是功能最好的兩位，她們對於診斷還有自己的看法，說出自己與又一村病友不同之處。

案例E認為：「其實我自己覺得,我自己沒有什麼太多的障礙,有的話就是,就是比較不會向人溝通而已國中有一陣子我睡得很不好,就睡,睡不著...其實我覺得,如果我這樣站著,應該不會有什麼人覺得我有太大的不同...其實我一直覺得我自己本來就沒有病,我只在..逃避某些東西而已...」
「我覺得我和案例F不同,我不是精神病、不吃藥,...你知道吃藥會有副作用,多少會受影響...」
「我哥哥他就是很標準的那種精神病患,我看

到他用藥，他那個就是..就是其實我現在也還蠻怕吃藥，尤其是精神科的藥，因為我覺得，吃那種藥，對我身體沒有很好，所以我就自己把它停了，然後，我發現停了，其實也沒什麼」（E15,E14）。

案例H說自己的診斷是「解離」，她認為自己和又一村的個案不同：「我本來就不會很想去那裡(又一村)，我也不想去(有何不可)咖啡廳上班，或是去7-11打工，我覺得我跟她們不一樣，...，不需要在哪裡訓練工作...現在叛逆期過了...你覺得自己好了?對」（HS）。

案例C因為不同醫師給不同診斷，他自認是自閉症（亞斯伯格症），因為他是不會交朋友，和又一村的病友不一樣，又一村的病友”比較笨”。案例F、G可以描述生病症狀：「五年級...被同學欺負就封閉自己..就自..就封閉自己不太跟別人講話...，後來就是..狀況又不好..然後也有住過院,後來..後來..後來..後來..後來..就是住過幾次醫院...然後...會有...會有發脾氣啊..可是現在不會啦..對啊..狀況會不好..就是被同學欺負啊..你啊...有壓力啊..然後就被同學欺負很不快樂...」（G11）。

案例F「那其實在躁鬱症的時候有時候會拉著媽媽吧...那是我個人啦..那這躁鬱症有時候不穩定的時候可能就是會有暴力傾向就是...脾氣會有上升的時候..沒辦法控制的時候..誰都不知道說你什麼時候發生...」（F13）。受訪者對於症狀的描述比較簡化，家屬或病歷的紀錄案例B、D、G顯示發病時情緒激躁、攻擊破壞家具等行爲，導致鄰居報警。

受訪者發病初期的重點是「早發現早治療」，轉介就醫，等到治療診斷比較明確後，才會考慮使用特教服務（彈性請假、成績計算等），這些學生在過去都是普通班學生，先由輔導室供服務（案例B、C、D、H），評估問題，經過醫療、輔導之後還是無法在普通環境學習時，才會轉到特教。

「診斷」的意義不只是分類命名，也意味未來康復的機會，不論家長或是學員，也會對於不同診斷給予不同的**ranking**（給予不同的意義），案例E、H隨著離開又一村也將疾病的標籤拿掉，受訪案例在生病後，無法規律上學、完成學業、結交朋友，他們經歷一段混亂的過程，進入醫療被診斷，開始用藥，生病初期是和疾病抗戰的階段，等到疾病比較穩定後，才會考慮是否接受身心障礙、特教身分的考慮，案例E、H說出「我不能辦手冊，因為我不符合那個診斷」時，口氣是開心的。案例B父親在醫師建議不續辦身心障礙手冊時說出「能不用最好」。但是對於取得手冊的慢性精神病患，家長面對診斷除了自身的痛苦還要擔心孩子的反應，不知如何

與子女討論其診斷、申請手冊，受訪個案只能陳述手冊附帶的福利，對於標籤的感受不易從言語表達，家庭與個案對疾病的複雜反應，需要被理解。

3.疾病的影響受訪者的認知、情緒行為與人際關係。

8位受訪者對於生病的歷程記憶比較片斷，無法回憶「生病前較深刻的事」，與家長和病歷紀錄核對，只有案例G、H答覆生病的時間是正確；案例A病前成績優異，目前與又一村老師一對一的學習，他大約只能持續20分鐘，也容易忘記內容。案例B、C需要家人接送或陪伴外出，學習上落後同年齡的人。案例D從全班第二名到現在聽不懂訪談問題。案例F對於工作要用加減法算錢非常焦慮，案例G到學校上課會一直發問，坐立不安。案例B、H自認過去成績就不好，病後成績差不多。受訪者的記憶、理解和陳述事情的能力，明顯受到疾病影響。

受訪者生病後人際關係有什麼改變？案例A病後不與人說話，一律透過母親轉述，穿著怪異引人側目（AC），國中朋友都已經沒什麼來往了；案例B、C病後經常缺席、沒有去學校，和同學互動減少，除了到又一村，生活幾乎都是和家人一起：「你跟你朋友都在家裡玩電腦，還是說你們會出去逛？都有，有時候也會出去逛一逛，也會去公園，打羽毛球」（BI14）、「例如說..除了上學的事情或是去看一些..例如說你去...會不會自己出去買東西..自己出去逛街..或是做一些休閒的安排?都不會..都是跟媽媽..」（CI4）「妳有做什麼休閒活動嗎?可能就是在家裡聽聽音樂，看看電視啊，然後有時候去拜拜啊..出去走一走啊..也會去拜拜..或者是睡個覺...走一走..所以拜拜走一走是跟誰去?跟媽媽...」（FI7）；案例D還在混亂階段，受症狀影響與家人互動都會有衝突；案例F、G目前可以自行往返住家和醫院。受訪者生病後除了病友和醫療人員互動，和同學慢慢疏遠，和家人更緊密，假日也和家人一起活動：「那現在就是我伯父..可是..其實..我陪我媽媽做生意也是我跟我媽媽..那媽媽帶我出去也是我媽媽..就是..是姊姊們帶出去的...」（FI6）；案例E、H可以自行安排生活、外出上課、購物、安排休閒活動等，和一般青少年維持人際關係，其他受訪者無法與同儕（同學）互動，依賴家庭、醫療。

不論診斷類別，生病初期情緒行為混亂，接著症狀影響學習、人際關係，漸漸難以融入學校學習、人際互動，能力退化愈多，愈難在普通環境學習，生病之後漸漸只剩下病友與家人，活動的環境也就更侷限了（家裡和醫療環境）。

受訪者對於這些變化不容易描述、不記得，家長比較清楚疾病的過程與影響，家長在疾病的過程裡扮演重要保護，密切的陪伴與協助和外界溝

通、傳達個案的需求與想法，家長可以感受到外界對精神疾病的態度，受訪者似乎比較缺乏對疾病感受的表達。

4. 轉銜的經驗

受訪者過去都是普通班學生，沒有接受特教和精深醫療的經驗，他們生病之後因為症狀影響，開始接受醫療服務，生病缺席之後學習參與和學業表現受到影響，為避免失去學籍，得到個別服務，建議接受特殊教育服務，她們才開始接受特教、認識特教。對於家長和學生，是在疾病治療與學業兼顧的考量下被動的進行：

「他（案例A）是在國三4-5月生病，接著去住院，然後就沒再回學校，出院後就在家休養，學校很體諒我們，希望我們先把病治好，不要擔心成績，6月畢業就直接拿畢業證書，他就沒有再回學校...第二年我們才自己去報基測，然後考上學校，可是9月去學校兩天就不行了，連續休學兩年後，專科的輔導老師才告訴我們有這個地方（又一村）可以上學，我們才轉到松德的門診，然後才到又一村...我是想說他過去成績不錯，如果有各學歷將來比較好找工作，...過去醫院沒有人告訴我們這些...我是想說他將來有學歷可以參加那個障礙特考，如果可以當公務員有個工作，跟家人住在一起、互相照顧...這些有跟他說嗎？有一邊跟他說，他聽了也沒說什麼...他現在對未來沒什麼想法，我會跟他說...，他不會有意見，剛開始他也不想來，我就每天帶他來，慢慢習慣...」（AMS）

「我發現他生病的時候已經是他在學校撐不住，開始大罵老師...我照顧了一個禮拜沒辦法，只好找人把他送去住院，那時候輔導老師也來幫忙...出院後再回學校他就放棄了，不想學，上學是有去啦，但是他已經放棄，國中畢業去考試也是隨便考，考上私立XX高職，等9月開學去一個禮拜就不行了，再去住院...我看他大概沒辦法回學校，就去辦休學...，可是他在家裡也不行，怕他又打電腦，我又不能工作，...這裡是社工幫我找的，想說白天他去上課，我才能去上班，不然為了照顧他我都沒辦法工作，...那一年社工還幫我請那個補助（低收入）...」 「來這裡他沒有什麼意見，這裡比較不會有壓力，他可以學一技之長將來獨立生活...」（BFS） 「我想來這裡學一技之長，以後可以工作...，這裡聽說會介紹工作，...爸爸帶我來的（不知道誰介紹）...希望以後可以介紹工作，畢業後我想去當兵...，為什麼想當兵？訓練獨立」（BS）

「他們學校也沒說可以來這裡，是T醫院的C醫師說可以來這裡上課，以後再慢慢回學校，不然都不去學校也不行...試讀之後學校就會跟這裡的醫生連絡，他上次出院醫師和護士都有去學校開會...他剛開始也不是很想來，來看幾次後就慢慢比較想來...，他來這裡我還是要跟著，怕他又發作(解離)，他要來就好」 「畢業後如果可以唸書就唸，他爸爸是希望他先把病治好，在家休息一段時間，...如果有高職可以唸當然就去念，再到又一村唸高職？也可以，不過先看看附近的高職」（CMS） 「爲什麼到又一村？...我也

不知道，媽媽帶我去的…那裡的人比較笨，老師很好…以後？不知道」(CS)

「他去住院後來就轉學到我們家附近的國中(原來唸私立中學)，後來他沒辦法去上課，我們就把考卷拿回家寫，國中還不錯，開會的時候校長還會來，然後老師後來幫我們送去教育局鑑定安置，在那裡C醫師告訴我們這裡，看要不要來，之前向日葵是因為太遠…，他就轉到松德看門診，他不會有意見…他現在換了要還是不好，我是覺得醫生是不是可以告訴我們將來怎麼辦，不要怕家長傷心，如果真的不行以後是不是要送去哪裡？他現在根本沒辦法唸書…」(DFS)

「我是因為不想上學才來又一村，因為我哥在這裡看門診，後來我就來了…國中和又一村做什麼聯絡我不知道，我的國中就是在又一村，但是畢業證書是國中的，…高職我本來不想念，是老師說幫我拿簡章，我就去考，高職的科系也是老師幫我找的，…最近老師也在問我以後要做什麼，我也很傷腦筋，學校老師說我可以先去念二專，我應該會選幼教…」(ES)

「我在國中有上資源班，和聽障生一起上，我是市立XX國中畢業，後來我有的課就在又一村，…高職就是還是要去註冊，可是在又一村上課…」(FS)

「小學五六年級生病就轉到台北和我姐姐住，轉學到XX國中，那裡的輔導老師對我很好，他還會送衣服給我，後來就來又一村上課，高職就繼續在這裡，我今年畢業還拿郝龍斌市長獎，開會都是姐姐去…，以後希望去速食店掃廁所」(GS)

「他不是特教生，他是高職二年級以後不去學校，休學以後還是沒辦法，L醫師就說那讓他來又一村，至少學歷拿到，不然很可惜，他又不是不會，就是不想去學校…」(HMS)

「我覺得又一村還好，我也不常去，…醫師和媽媽安排的，我覺得可以啦」(HS)「他是特殊學生彈性安置的，才能有又一村提供出缺勤，媽媽說專案，應該是弄錯了」(SET5)。

案例A、B、D透過教育局特教安置文山高職部，案例C、E、G在國中階段安置又一村但是學籍在國中，案例H實際是依特殊教育學生的彈性安置，讓他取得學歷。8位受訪個案對於進入又一村的過程都是一邊走一邊摸索，有些來自老師、醫師的建議，對於生病後的生活安排與轉銜計畫都是由家長主導，家長會慢慢和受訪者溝通，但是轉銜的過程是家長和專業人員主動安排，受訪個案配合。

4.討論

受訪個案中有3位是精神分裂症，2位是情感性精神病，1位是不典型自閉症，1位有解離症與憂鬱症，1位是適應障礙，其中5位領有身心障礙手冊，3位目前沒有手冊。本研究考量嚴重情緒障礙者的認知理解能力，可能受的疾病影響而退化，以半結構問題進行訪談，結果發現受訪者對於訪談題目的理解還是有困難：針對病前的記憶、生病就醫的經驗，案

例 H 說忘記了，案例 A、C、F、G 記得的和症狀有關（人際關係不良、被欺負）的經驗，案例 B 記得母親過世、案例 E 記得國小一年及還去補ㄅㄨㄛ。

受訪個案對於症狀的記憶和家屬描述、病歷紀錄也有落差，受訪者對於時間與事件的記憶、解釋，比較侷限，受訪者和家屬傾向解釋人際關係的不良是發病的原因，案例 A、案例 B 父親、案例 E、案例 G 的訪談中都有提到在學校被欺負的經驗，造成他們出現暴力或不當行為，不想去學校。案例 A、B、D、F 則是在生病後和家人關係緊張或是有衝突，案例 B、F、G、H 可以說症狀和診斷，案例 A、C、D 的部分是由家屬說明，案例 E 否認有症狀和診斷。受訪個案對症狀說明時比較簡要，對於發病時的破壞力、造成社區、家庭和學校的混亂、傷害情形，都沒有提到。家屬說明和病歷紀錄案例 B、C、D、G 都曾有暴力和破壞行為等嚴重行為，動用警察、119 帶到醫院或被鄰居報案，受訪個案對於症狀的記憶比較自我中心、侷限在主觀不舒服感受，至於對外界造成的影響可能是遺忘或是不好意思說，並沒有提到。受訪個案的記憶、判斷、理解、陳述方面有部份缺損，可能造成學校學習、人際互動困難，難以維持在普通學校的環境學習，也是安置又一村的因素之一。

受訪者受到症狀影響在社區或學校會造成干擾，安置在又一村是比較保護的環境，同時兼顧治療復健與教育，然而從普通學校轉銜到醫療、特教的過程，受訪者是被動的跟著父母的安排，受訪個案記憶退化、人際關係侷限，家庭與醫療照顧變得重要，青少年階段的自主性發展受到限制。當普通教育難以滿足個案需求時，父母考量接受又一村的服務，受訪個案通常是到又一村試讀後慢慢了解其中的運作，他們進入特教和醫療的過程是基於各種實際需要（學歷、復健），一邊作一邊了解。

三、受訪者的「自我決策」

受訪者的自我決策可以從訓練過程與結果討論，嚴重情緒障礙的青少年，生活、醫療、教育等議題，他們是如何參與和作決定？哪些因素影響決策？從訪談中專業人員都強調，又一村的個案比較嚴重，自我決策的能力，需要漸進的建立。

1. 決策的類別與程度、誰決定決策的重要性

本研究將自我決策有關的問題分成三類，第一類生活安排、選擇休閒、交通工具、購物、運用金錢，第二類醫療的選擇（就醫選擇、藥物、身心障礙身分），第三類教育安置與未來計畫參與的情形。這三類的題目牽涉的決策層次不同，家長對於受訪個案的決策參與扮演重要角色，學員的認知功能較好，病情較穩定，可以參與較多的決策：生活的安排方面，案例E、H可以獨立執行購物、金錢使用、休閒和朋友外出等「你要自己要去一個地方需要..有家人陪你去？還是你就自己想辦法去？答：自己想辦法去,可是一定會讓家裡知道啊,自己想辦法去,可是一定會讓家裡知道啊」(HI11)、「你現在畢業半年了,你的生活怎麼安排？答：(笑)看漫畫,...可能,還是會做一些安排啦,就是,現在我又很喜歡攝影,所以,就是出去的話,隨時就是身邊都帶著相機吧」(HI8)，案例C、D需要家人陪伴，家屬認為他們的情形不穩定「他自己可以去買東西,都還是要跟你這樣子？答：這可以...是我們這邊範圍是可以,不是我不放心,因為他之前有一個解離的狀況,我們就不放心」(CMI11)、「你會不會自己去,家裡附近去買一些,例如說SEVEN裡面買東西？答：會,有SEVEN,有SEVEN,這附近都有。受訪者父親：這都沒問題」，案例A可以去附近商圈買小飾品或書，案例B、F、G可以外出在住家附近行動，自行往返醫院，但是很少朋友，不知道可以去哪裡：「他很少自己單獨出門啦,...他國二出院的時候厚,同學就不太理他了,大家都閃得遠遠的啊,啊他就越孤獨了啊」(BFI22)。行動與生活安排家長會在安全的範圍讓受訪個案自己安排與執行。

至於受訪者經濟支出都是家庭提供，因為受訪個案幾乎都沒有工作收入，案例A在又一村的環保訓練有2000元的收入，案例G在院內咖啡廳打工，每月有3000元收入，她們都是經由家長將錢存起來，其他個案都是由家長提供零用錢。受訪者主要金錢支出在食物（午餐、零食），案例E、H是上課用器材、案例B買CD，他們可以報備後自己去買，案例C買電動遊戲卡帶，要由家人幫他去買。生活安排與行動、金錢使用是受訪者病情穩定後比較容易得到的決策權。

醫療的選擇方面，**受訪者就醫安排都是家長選擇與決定**「急診的醫師說要轉到XX醫院才有精神科病房，當天就從○○醫院轉到XX醫院精神科」(AMS)「老師告訴我去XX醫院」(BFS)、「當初是老師告訴我們可以去XX醫院，後來就是有人介紹○○醫院的醫師不錯才過去」(DFS)、「就醫的過程裡面,媽媽幫你做了選擇,那你也就,開始跟醫生就一些..會談」(HI3)，個案被帶到醫院時沒有病識感、未成年，所以都是由家屬安排就醫或轉換醫療院所，這類決策牽涉的層面較廣，家長認為受訪者難以參與意見（發病狀況混亂），受訪者對於換醫院或醫師都無法表達其意見，案例C、D、F、G會說出他們比較喜歡的醫師或是醫療人員，但

是家長在考慮選擇醫療時並不會詢問個案的意見。受訪者有2位（案例E、H）因為她們的手足在松德院區就醫，因此當她們需要醫療時就直接和原來的醫療人員討論。其他6位都曾經在2家以上的醫院接受住院或門診治療，案例A、C、D的家屬轉換醫院和醫生是在治療過程其他人（家屬）建議，因為治療進展不大家屬希望聽聽第二個醫師的意見，另外為了到又一村上課，因此到松德就醫，生病中的青少年無法參與醫療決策，家長主導就醫決策，依據老師或親友的建議選擇醫師，就醫的經驗和疾病進展情形，讓父母轉換醫療機構和醫師。

用藥的選擇都是醫療人員決定，大部分受訪者在就醫後開始接受藥物治療，家屬會和醫師討論用藥或診斷「他雖然不願意吃藥..可是...他就是一定要我拿給他...我就說你一定要吃啊..你才會..你才會好起來啊..」（AMI3）、「他病的時候等於是國一下學期，剛開學沒多久，就過了大概三個月，就放暑假了，結果在那二個月，吃了很多藥，try很多東西，其實效果也不好，那沒辦法就出院了」（DFI4）、「心裡當然還存有一些懷疑就是說，到底有沒有看對症這樣子，因為如果說對症的話，人家說對症下藥應該可以控制的不錯，那始終，他的狀況，從發病到現在，好像沒有說..沒有太大的改善」（DFI17）。**案例B**曾和老師說想減藥：「吃藥有時候我自己吃，有時候爸爸提醒...是有想過需要減藥，可是，老師直接說不行，說還要再看看」（BI13,17），**案例H**曾經拒藥、自行停藥，因為停藥後不舒服，和醫生商量後調整藥物：「用藥的問題，會有不舒服的狀況嗎？除非是有吃到就是不太合的藥，會有些比較..可是後來，醫生說那就把藥換掉...你會跟你的醫生談藥，然後他就會幫你做處理，調整」（HI11）、「現在要加藥要減藥，之前我會跟他講，你現在比較胖哦，你要，又增加了半顆了，他就，他聽一聽啦，他也不是很在意」（CMI11）。家屬轉換醫療機構或醫生，通常不會和個案討論轉換治療者的原因。**受訪個案對於藥物的使用、醫療決策比較難參與討論**，有些人（**案例B、E、G、H**）會提出減藥、抱怨藥物副作用，但是這只是醫師參考，受訪者在與醫師建立信任關係後，對於藥物的反應就比較會主動和醫師說，配合服藥。

2.重要決策由家人決定

取得身心障礙資格、辦理身心障礙鑑定，通常是家長直接決定，目前大部分服務需要先確定資格，家長在接受鑑定前會有一段痛苦的掙扎「剛開始申請他不知道啦..我是...瞞著他...我..我兩夫妻都會怕也..怕他知道哦..他會受不了...」（AMI1）「手冊是在去年住松德的時候辦的，其實之前C醫師說他是亞斯伯格，可以辦手冊，可是爸爸並不贊成，因為不希望被標籤，後來想說有手冊可以補助，我跟他說這樣才能有補助，而且老師也說要有手冊請假比較沒問題，所以跟他說了他就接受，

沒說什麼」(CMS)，基於實際需要(特殊教育與社會福利)，家長還是會去辦理。家長在考慮(擔心)標籤的問題時，不會和個案討論，案例A的母親在手冊辦了2年後才告訴她為了申請補助，所以需要辦手冊，避免說出她的診斷(精神分裂症)，怕他承受不了。案例A、D、H的家長說到診斷時，語氣會比較不自在、壓低音量不想讓受訪者聽到，家長難以接受疾病，也會擔心孩子不能接受。

案例B、C、F、G知道自己有領身心障礙手冊，但是只有案例E、H可以隱約表達手冊的標籤意義，案例H母親說：「有辦手冊嗎? 沒有嘛,他... 有用過特殊教育? 不是用特教法,是特殊專案,他們學校成立第一個特殊專案,他不屬於特教生,但是他在特教法裡面,他們學校有個專,為他設一個專案」(HMI8)。案例E、H不符資格沒有手冊「我的資格沒有辦法,無法辦,資格不符」(EI24)，案例B在96年之後未再續辦：「就是,第一次的時候沒有辦,因為,他說那個會.電腦會留下那個... .會有記錄啦, 第二次才去辦, 因為我是..在住院期間..有跟那個病患接觸嘛, 他們都斷斷續續有一點經驗就跟我講這樣...醫生就說..看我兒子的情形,他說不要啦, 就說...就不要再辦那個...那個身心障礙卡, 今年好像,好像就停掉了」(BFI14)，案例G提到他與父親在台北車站闖紅燈被警察攔下，後來是因為出示手冊後就沒事，覺得手冊對他是有幫助的。手冊的標籤意義影響家屬申請意願，個案的使用經驗卻是經濟利益(免費悠遊卡、津貼)，究竟是因為他們沒有受歧視經驗或是他們感受不到精神疾病的標籤? 案例E、H兩位沒有手冊者可以表達出手冊意味「障礙」比較嚴重，自己並不需要，其他受訪者並沒有這方面的表達。

教育和未來計畫部份也是家長參與為主，家長基於實際需要申請特殊教育服務，參加學校相關會議，個案都沒有參加，只有案例C曾經參加學校和醫院的討論會，但是他聽不懂，其他部分受訪者在事後被告知會議的結果，案例A、B、D、H的家屬參認為孩子生病的狀態，不了解特教的規定，不需要事先告知討論(說了他們也不懂)，另外也擔心孩子可能無法接受自己需要到特教，不要告知以免影響他們的情緒。家長以他們對疾病和特教的概念，從保護孩子的角度為他們做決定。

受訪者的狀態影響他參與決策的程度，能力較好的受訪者可以參與生活事項的決策，自行安排生活，然而教育安置、申請身心障礙資格、醫療選擇等，通常是由家長和專業人員決定。特教老師的經驗，IEP會議會考量家長的時間，但是學生並沒有被邀請「學生他們比較少參加IEP，因為我勾選的時間通常是他們上課的時間，...我給他們的那個通知單上面，會有一欄所謂的意見欄，學生他們都會，把他們想要問老師的寫在上面，然後請他爸爸媽媽問」「我的高三的學生，

他們對他們生涯轉,他們在家都會自己先跟他父母討論」(SET4逐字稿p.15,16),老師在安排IEP會議時比較重視家長參與。

受訪個案狀態不同,未來的計畫目標不同,生病一段時間,家長會開始考慮孩子是否可能在一般的環境生活與學習:案例A的母親希望他參加身心障礙特考,與家人同住;案例B希望去當兵,然後可以在又一村學一技之長,輔導就業,案例B父親希望他可以獨立生活;案例C希望賺錢買滷肉飯,母親希望他可以身體健康繼續就學;案例D的父親希望他的病情進步;案例E預計再唸書(四技二專)或是先就業,將來考大學;案例F希望家庭和樂;案例G希望可以到速食店擔任清潔工作;案例H希望學習攝影,將來上大學,出國學習攝影。

其中,案例A、B、E、G、H的目標和家屬比較一致,在疾病比較穩定後,家屬會主動規劃或討論未來計畫,慢慢的推動,有機會就跟孩子說。受訪個案對於未來的計畫也可以被動配合:案例A想要參加身心障礙特考,又一村老師開始每週一次課業輔導,案例B想要擔任清潔工作,參與又一村課程穩定後就開始環保訓練、案例C的母親詢問高職鑑定安置的資訊、案例E已經和母親達成共識畢業後就業或考試、案例G已經開始清潔工作、案例H的母親也同意他對未來的規劃。受訪個案依賴家屬照顧和規劃,家屬慢慢思考未來的方向,由家長連結資源安排受訪個案的生涯規劃。

案例E的經驗比較特殊,除了選擇高職是老師幫忙,他的生活、服藥與否、學要等都是自己安排,他認為媽媽照顧哥哥已經很辛苦,不要麻煩媽媽,因此他都自己處理事情「我哥的,他的病情是..大過我太多,那變成說我不好意思去煩,然後,還有一點是,為什麼要為了那種什麼..叫我媽媽來帶,幹嘛去做那種無聊的事情,你就自己可以去,你為什麼還要人家帶你,...我如果不喜歡那個課我就直接,如果,我曾經有碰到過,不喜歡那個課直接我就....出去,我從來不會因為這種事情,叫我媽媽來處理」(EI11-12)、「其實那個時候我不想讀高中,然後是那個..就是他們說,又一村老師有去說,啊你不讀你能幹嘛呢,那個時候就為了選,選科系這件事情,還花了一點時間,他們那個時候幫我找資料,那時候他們就依據我在又一村,因為..他們覺得我的手藝,基本上,還做的還不錯,他們就依據這個幫我挑,然後那時候挑,就是有幼保跟家政...你的意思說,你後來,高職這一塊,其實是又一村老師在後面推你?對,是他們,對,所以其實我還蠻感謝他們的,因為那個時候,我其實是很不想去,可能那時候好像,我媽媽也有來,也有跟我談過,那時候有一段時間,我是整個就是...就是我不想去..就是我不想去」(EI14-15)。由於家庭的照顧功能較弱,案例E反而訓練自己獨立,自己做決定,案例B、E、G的家庭對個案的保護較弱,卻讓他們磨練出更多自我照顧能力。

身心障礙者自我決策是必須經過學習和訓練，突然生病、情緒行為障礙者穩定性較差，家屬需要較多照顧、更多保護和限制，家長評估其生病之後的能力退化，賦予青少年「自我決策」的權利也相對減少、受到限制，隨著他們的疾病穩定，生活安排、行動自主的權力就可以回復，但是醫療與藥物的選擇、身心障礙資格申請、教育的安排、未來的規劃則是「比較重要的決策」，還是由家長與專業主導，疾病或障礙會讓家屬限制受訪青少年的自我決策，復原的情形會影響參與決策的程度。但是即使是案例E、H功能比較好的青少年，在面臨離開又一村的生涯規劃，還是需要家人和專業人員的協助，她們在完全沒有準備之下也無從參與。

3.討論

「自我決策」對於身心障礙者的重要性已經在文獻中有不少說明，Martin, Marshall, & De Pry(2001)認為教育界應該教導障礙者自我決策的技巧，提供學生機會參與其相關的事務的決定。**達成自我決策是需要不同層次的前置因素和技巧，不是一蹴可及的，例如認知、心理、生理上可以在不同的情境下可以持續的、穩定的因應。**

受訪個案的認知情形和其他障礙者不同，他們的認知、心理狀態不穩定，因此他們的自我決策也就被限制，受訪家長和專業人員都認為受訪個案的決策應該被限制與保護，生活行動、假日安排、休閒娛樂等的選擇，可以在個案穩定後慢慢讓他們做決策。至於申請身心障礙手冊、選擇醫療、接受特教安置、選擇學校科系與未來的計畫，因為這些決策有時效性，在決定的過程，家屬和專業人員通常會就個案的情形去幫他做決定，或是會說服受訪個案接受家長和專業人員的意見。

嚴重情緒障礙的青少年的症狀與認知狀態和其他障礙不同，他們較晚才生病，病後穩定度比較差，專業人員認為在疾病不穩時，控制疾病優先，訓練他們規律服藥、規律生活，避免疾病造成退化比較重要。服藥、就醫維持疾病穩定控制，是身為病人必須遵守的，因此**對藥物與治療的意見受訪個案難以參與決策，專業人員或家長比較傾向說服受訪個案接受專業的意見，服藥的不適對病人是最切身的困擾，但是他們的經驗在專業人員的考量未必被接受**，案例 B、E、H 都曾和醫師談論對藥物的意見，案例 B 後來接受醫療人員的意見，案例 E 決定完全不用藥，案例 H 在減藥後覺得不舒服，因此接受醫師對要的意見，案例 F、G 則順從醫師的安排、經常主動和醫療人員溝通藥物的意見，這些差異也反映出受訪個案功能愈好愈

可以爭取決策權，參與醫療的決策。

受訪家屬漸進的讓受訪個案進行生活安排，隨著狀況穩定他們可以參與更多決策，受訪個案中除了案例 E 可以對自己的未來進行規劃與準備、完全沒有受到限制，其他受訪個案還是需要家屬或專業人員協助規劃未來，案例 E 離開又一村的轉銜決策上還是被老師「推」著走，又一村「自我決策」課程，是以訓練獨立生活、遵循醫療決定（服藥）為主，對於離開又一村的轉銜決策，目前還是家屬和專業人員的決定，受訪個案被告知，難以完全開放和學員討論，受訪個案對醫院外的世界了解有限，開放性的問題難以得到答案，因此轉銜決策必須有更多準備。

第二節 嚴重情緒障礙者的家庭面貌

一.情障者家庭多弱勢，是重要但脆弱的支持系統

兒童青少年的生活圈主要是家庭和學校，家庭提供照顧和保護是重要的保護網，接著表12介紹受訪家庭的情況，分析家庭在疾病過程的角色：

表 12：家庭功能與支持系統

	家庭描述，疾病對家庭的影響，家庭的因應做法
案例 A	<p>小家庭，與爸爸（退休公務員）、媽媽（家管）、弟弟（高一）同住，生病後媽媽是主要照顧者，與媽媽和弟弟關係不錯，父親不能接受她的病，會對他大聲斥責，父女關係比較緊張。母親撐起整個家庭的情感連結，陪同他就醫和上課。</p> <p>個案生病後父母就避免與家族互動，個案也沒有朋友，母親爲了他能到又一村學習與復健，每天從台北縣接送她到又一村，生病後生活非常依賴媽媽。</p> <p>生病對家庭的影響：醫療經濟負擔增加、父女關係緊張、減少和親戚來往、母親的照顧負擔增加，母親因照顧他身體變差（高血壓）。</p>
案例 B	<p>母親於他小四、五時心肌梗塞過世，家中有爸爸、妹妹（高一）、弟弟（國二），4人同住。父親對於妻子突然過世，至今情緒仍難平復、不捨，父兼母職的照顧3個青少年，勞心勞力，但是孩子不願分擔家務，父親覺得生氣。父親爲照顧個案中斷工作，經濟壓力大，社工協助辦理低收入，連結安置又一村，鼓勵參加慈濟籃球隊。個案個性溫和和醫療人員及病友關係不錯，可以配合父親安排的活動。</p> <p>生病的影響：在個案生病前，單親家庭早已無力負荷照顧3個小孩，個案生病後照顧負擔、經濟壓力、家庭衝突增加，個案安置問題等，父親不堪負荷，身體變差。</p>

案例 C	<p>3 人小家庭，父親工作忙碌，母親是主要照顧者，父母互相支持與分工，家庭內部支持良好。</p> <p>生病的影響：個案生病後家人就很少和親戚聯絡。由於個案解離症狀會出現類似看到不乾淨的東西（鬼神附身），父母考慮搬家。獨子生病後，母親生活與照顧壓力增加，幾乎必須隨時陪伴，隨著個案長大，母親的體力難以負荷處理他的混亂狀態。</p>
案例 D	<p>小家庭，父親在外商公司工作，母親是公務員，姐姐和哥哥是大學生，過去家庭關係和樂，家庭內部支持良好。</p> <p>生病的影響：個案生病後父母必須輪流照顧就醫、照顧壓力大。病後功能退化，易和家人衝突、父親覺得因為照顧個案而忽略其他 2 個小孩，心理比較不安，另外個案治療效果不好，症狀干擾家人生活，未來安置問題比較大。</p>
案例 E	<p>單親家庭，父親很早過世，個案與母親及哥哥同住，哥哥為精神分裂症病人，很早發病，無業長期在家，母親為照顧哥哥未就業，僅靠父親撫恤金過日，家庭經濟困難。家人關係緊密，個案個性早熟獨立。</p> <p>生病的影響：來自個案的看法哥哥生病的影響比較大，經濟壓力是這家庭持續的問題，由於他的個性獨立，不需要家人照顧，對家庭影響較小。</p>
案例 F	<p>父親多年前中風，母親與伯母經營小吃店，2 位姐姐同住，與父親家族親戚（大伯、二伯）住附近，家族長輩協助在經濟和情感上協助小家庭，母親是主要照顧者，與姐姐關係有點疏離、緊張。</p> <p>生病的影響：這家庭實際上是單親家庭，家庭經濟壓力持續存在，個案生病後母親照顧負擔大，手足間衝突增加，家庭關係緊張。</p>
案例 G	<p>小家庭，父親為慢性精神病患、無業，母親在市場擺攤賺錢，個案病後與大姐租屋同住台北，主要照顧者是大姐，家裡經濟壓力大，個案與家人關係比較疏遠。</p> <p>生病的影響：這個家庭有 2 個領有精神疾病手冊的病人，個案生病後為了分擔照顧壓力，分住不同地方，經濟和照顧的負擔大，家庭關係有些緊張。</p>
案例 H	<p>小家庭，父親常年在外工作，每個月回家，主要照顧者是母親，與母親和姐姐同住，三人感情緊密，外婆住附近，互相照顧，家庭經濟不錯，家人情感緊密，個案生病後母親照顧非常仔細、至今不敢放鬆。</p> <p>生病的影響：這個家庭長期是單親的形式，家人的互動良好，疾病造成母親照顧負擔與壓力增加。</p>

8位受訪家庭，案例B是低收入戶、案例E家裡只靠父親的撫恤金過日，案例F父親中風多年，案例G父親領有中度精障手冊，案例B、E是單親家庭（案例F、G、H的父親生病或長期缺席，實際上如同單親），案例E、F、

G的家中還有第二個有手冊或生病的家人，案例H的祖母有憂鬱症（不同住），這顯示嚴重情緒障礙者家庭多為弱勢家庭，有些家庭甚至同時具備單親、貧窮、有2個障礙者的多重不利因素，需要社福體系協助。這些家庭保護與照顧青少年的功能較弱，由於家庭的脆弱，遇到壓力時難以因應。

家庭是青少年最重要的保護網，青少年生病（精神疾病）時，疾病的混亂造成家庭關係的壓力，照顧病人立刻變成父母的工作，難以取代（只有案例G與姐姐同住照顧）。案例A、B、C、D、F、H生病後，生活、行動完全依賴家人，家庭為了照顧生病的孩子，需要一個家屬完全照顧，家中失去一份收入、減少所得，照顧的負擔讓經濟問題更惡化，經濟弱勢、照顧負擔與家庭混亂，對家庭的關係造成影響，父母的負擔立刻增加：

「我每天都要騎車載她到又一村，從板橋過來...不是有捷運？她不要啊，捷運人多她會不舒服...」(AMS)。

「他發病的時候我都不敢睡、因為他鬧到半夜...整條街都被吵...,剛來又一村還新鮮自己來，現在早上又要叫，還要載他去搭車」(BFS)。

「我就每天陪，去學校陪、去又一村也陪，不然有事還是要去，你們就24小時都在一起？對啊」(CMS)。

「她(案例D)到又一村還是會自己跑掉，打電話叫爸爸來接，或是要爸爸陪她才要留下，最近都只到中午就要回去，所以有時候爸爸接到電話就要過來」(SET4S)。

「她(案例H)去哪裡我幾乎都是隨call隨到，高二那一年我都在輔導室，有時候她可以留8堂(課)，有時去了就回家，...這幾年我幾乎和他隨時在一起」(HMS)。

疾病照顧不只是陪伴，家屬的角色不容易取代，照顧的壓力不只是體力上的負荷，更是心理上的負擔。**家庭長期的照顧負擔也造成主要照顧者身體負擔：**案例A的母親、案例B的父親都出現高血壓、身體疲累，案例C母親被他打傷、案例D父母長期睡眠受影響，覺得體力愈來愈吃不消，案例H的母親的生活完全配合她，無法安排自己的活動。

孩子生病出現混亂狀態（例如暴力行爲），**父母將注意力放在生病的孩子身上，會造成家庭關係改變，為了照顧生病了孩子忽略其他子女，**案例B、C、D、F、G都曾經在發病混亂時出現暴力行爲，引發手足和家人的不滿情緒，父母也會覺得對其他子女照顧不夠感到內疚，案例A的父親不能接受她，父女關係緊張「那...反而是跟..跟他爸爸的互動不好...他爸爸很會罵他..都是用罵的啦..他很討厭他爸爸...」(AMI5)，案例B的手足不滿他破壞家具，希望他去住院「這一兩年來,他們(弟妹)都看到哥哥情緒不好,他就閃到一邊去了，...有時候他弟弟生氣就說，叫他去住院啦...」(BFI29)，案例D的手足盡量留在學校

不回家「生活秩序都亂掉,為了照顧她有時候日夜顛倒啦,就是專門要顧這個病人,我們沒辦法去照顧他們兩個(哥姊),專門照顧這個,就把他們疏忽了」(DFI16),案例F、G的手足會罵她與她口角「姊姊就是會覺得說..比較不諒解我..最主要會跟大姊姊吵架..吵架起來就是拉頭髮..打..打...架...」(FI5)。父母要照顧生病的孩子還要兼顧其他子女和工作,生理心理的壓力都大。

1.家庭需要外在支持

家長的壓力大,需要使用資源減輕壓力,他們是如何連結資源?他們是否從非正式的資源得到協助?例如親戚朋友?受訪家屬認為**因為孩子病症(精神疾病),反而讓他們不敢讓親戚知道**,或是尋求親戚的協助:「當您家庭需要協助時,您可以找誰?沒有,都是自己處理」(AMS, BFS, CMS),「我們現在連過年都不敢回鄉下去啊,因為他在回鄉下,也鬧過,也鬧過一次啊,鬧得好厲害」(BF126),案例D是父母分工照顧,受訪8個案例中只有案例F是由家族一起協助,其他都是小家庭或單親,家庭支持薄弱,案例A、B、C的父母就要放下工作(或無法工作),照顧生病的孩子,小家庭面臨壓力時,需要調適壓力,強化家庭支持功能,引進外部資源以減輕家屬負擔,家中有人生病就會直接衝擊家庭。

家長如何取得資源?透過學校老師或是其他家長交換資訊,得到各種資源,包括醫療、教育和福利資源,受訪家屬的資訊來自非正式的管道:案例A母親申請了急難救助金「就是..這邊學員的家長..一個家長...他說他的小孩..在國小的時候就申請了..他的小孩現在已經..就是說算起來是高一了..可以去申請...我去申請真得就下來了啊..就有那個急難救助金兩萬元..非常多啊..」(AMI)、就醫的資訊(選擇醫生或醫療方式)則是家屬間互相告知「之後,因為看起來好像,好像,沒有說控制的很好啦,那後來就有人介紹我們去看那個,榮總的那個..C主任」(DFI3)、「所以..怎麼決定要轉到市療?是因為媽媽有聽說那個..演講..聽X醫師的演講而過來的..」(FI2)、「我是在她辦第二次休學時輔導老師才告訴我們可以到又一村試看看,之前都不知道。」(AMS)、「他從小學不上學時,學校就有找心理師和他談,...後來C醫師建議我們去又一村,讓他有個學歷,...我們也和學校開會,他也有去參加」(CMI)。案例B的家庭需要的協助更多,協助就醫、經濟補助、生活安排等「那個輔導老師有來幫忙勸他去住院,...他住院的時候心理師有去看他,出院以後還有和他會談...後來有社工來幫我找地方讓他去上課...還有醫師跟我說要去辦重卡...後來慈濟的師兄師姐也來看他,叫他去參加慈籃...」(BF1)。家庭對各項資源需求高,包括社會福利、社區資源、教育資源等,資源的使用可以減輕家庭壓力與負擔。

家長也在陪伴過程學習成爲（精神病人的）「家屬」，得到資源和情感宣洩、情緒支持，嚴重情緒障礙家庭的內部資源不足，需要外部資源的支持「在處理的過程，其實要儘量讓家長知道現在處理什麼，…那處理之後，以後會怎樣，不要怕我們傷心就不講，…政府應該主動提供社會資源，…不要只是例行打電話或訪視，會談之後，告訴家長說，我有什麼功能可以協助你」（DFI）。家庭需要資源減輕壓力與負擔，但是必須提供完整的訊息讓家長了解，以利他們選擇與使用，非正式管道的資源是家屬的重要依據。

二.家庭參與教育

從受訪者家屬都強調照顧病人的身體負擔和擔心疾病發展是非常大的壓力，等到疾病穩定後，回歸正常生活與學習，家長需要使用各種教育資源，銜接回到學校，家長必須了解特教的規定、申請程序等「學校，那個像國中啦，還是高中，就建立一個模式出來，讓他們（家長）知道說，你碰到這個東西的時候，就可用這樣的一個方式來做，就，讓他比較普及化這個樣子，學校要比較有彈性處理…」(DFI21)，情障家長過去沒有接觸過特教，不知道特教在做什麼、如何申請，學校應該主動告知家長，讓他們更完整了解特教的相關規定，才能有效參與。

從訪談資料中發現，透過鑑定安置流程進入（安置）又一村受訪者，家長都需要參與會議，表示意見：案例A、B、C、D、F家長都有參加過學校的會議，案例H是在高職時由學校安置到又一村，當時安置會議由醫療人員代表參加，學校依法提供各項服務，家長也會去出席會議。若以出席與否來看，受訪學員的家屬都有參加特教相關會議的經驗。但是家長對於會議的意義與運作並不很了解，若以家庭背景來看，高社經家庭（例如案例D、H）參與各項會議，比較可以主動表達意見，或是提出他們的期望，甚至說服學校（案例H父母拜訪學校校長與主任，懇求給女兒機會保留學籍），也會比較不同學校的服務優劣（案例D父親認爲私立學校比較沒彈性，公立國中會有校長主持會議，表示學校重視特殊學生）。

案例A、B、C的家長出席會議，被動接受學校決定，但是並不了解法規和運作或是相關權益，比較是被動參與會議、接受學校的意見。案例E、F、G的家庭由於單親或工作忙碌參與更少，在受訪者安置到學校之後，就交給學校，比較少主動聯繫、出席會議。家庭在和學校的互動過程漸漸了解、學習特教的規定，學習參與各項會議，慢慢比較會關注相關權益。

高中特教老師（SET2、SET4）的訪談中，公私立高中職都有依規定提供特殊學生（包括嚴重情緒障礙學生）的IEP會議，或是和家長的聯繫討論學生情形，每學期IEP會議可以有半數以上家長出席：「就依規定開IEP，資源班的部份，我就是...個別時間，每位家長半小時，當然三十幾個學生，不會每個家長都來，平均大概會來一半，我就會空出一個禮拜，我空堂的時間讓他們自己選時間」（SET4逐字稿,p.15）。SET2、SET4肯定家長的參與決策的重要，他們也會協助家長了解特教規定和運作、協助家長表達需求。在IEP之前老師都會與家長通電話，交換意見。

家庭參與是特殊服務的重要特色，又一村的家長都曾經參與學校特教會議、IEP會議，家長參與特教的經驗，是從參與中慢慢摸索與學習，他們希望孩子康復和完成教育、取得學歷，因此盡量學校和醫療的要求，他們並不清楚特教的規定，或是他們可以要求學校做什麼？案例D、H的家長在訪談時談到和教育體系溝通的經驗，從參與會議中慢慢了解特教的運作，也開始會提出他們的意見與學校協商，變得比較主動積極。但是其他家屬似乎還是配合專業（案例A、B、C的家長）的意見，較少主動參與決策、提出意見，案例C母親覺得各種會議的討論和執行有落差，家長搞不清楚規定，學校說什麼，家長照著做就好了。

三.討論

1.弱勢家庭的衝擊，需要外在資源的協助

家庭是青少年的重要保護網，Wagner在1995年和2005年調查中發現嚴重情緒障礙者的家庭比一般家庭有更多不利的因素，包括單親、所得低於一般家庭、貧窮、家中有第二個需要照顧的病人比例高於一般家庭，他們的家庭壓力比一般家庭更高，這次8位受訪個案的家庭呈現的情形和Wagner的調查類似：單親、家中有第二個病人、家庭低所得的比例高，因此在個案生病前這些家庭就已經難以提供完整的保護，**青少年第一層保護網(家庭)是脆弱的；家庭在個案生病後也面臨家人關係緊張、衝突，照顧者負擔過重身體不好，家庭經濟惡化等壓力，衝擊家庭內部關係。**因此，嚴重情緒障礙者的家庭保護網有許多破洞，導致青少年在遇到壓力時，難以得到保護支持，造成疾病或問題惡化？8個受訪家庭的情形似乎兩者都有，青少年生病對家庭造成衝擊，讓家庭雪上加霜，兩者互相影響對疾病的發展更不利。

家庭的脆弱對於嚴重情緒障礙者照顧與復原是不利的因素，這類家庭對於各式資源的需求高，但是主動連結資源的能力又不足，因此專業人員必須了解家庭的需求，建立資源輸送管道，讓外在資源盡快幫助家庭，減少家庭貧病交互作用，在治療疾病同時注意強化家庭第一層保護功能，透過家庭支持與保護，降低疾病的衝擊。

2. 疾病經驗特殊，家長因應疾病的歷程艱辛

受訪家長從照顧個案的經驗中慢慢接觸醫療和特教，學習運用相關資源，規劃個案教育與復健安排。受訪家長（除了案例 E、H 因兄姐在精神科就醫）過去並沒有接觸醫療和特教的經驗，家長對於就醫和醫療的做法不了解。當孩子生病影響到上學、不上學，學校是第一個和家庭接觸的外界資源，案例 A、B、C、D、F、G 初次就醫是由學校老師建議，這些受訪個案他們先得到輔導老師的諮詢服務，老師評估之認為需要精神醫療協助、建議家長帶去就醫，此時家長還不認為孩子生病，他們會急於找出原因：被同學欺負、老師要求太嚴格、學校壓力大等因素造成孩子的改變，家長在處理學校適應問題後，還是無法穩定孩子行為情緒後，才開始帶孩子就醫。初期階段家庭關係緊張、家長試圖改變問題、尋求資源等情形出現在受訪家庭，此時是輔導老師為主協助個案和家長減少壓力，透過與家長的合作，轉介到醫療體系。（參考表 5）

家長和受訪個案對於到精神科就醫的矛盾心情是相同的，初期他們質疑就醫的必要性，等到問題持續惡化，無法自行處理，才不得面對醫療（案例 A、B、D、F、G），就醫的繁複等待、症狀控制不易、藥物副作用等，家長需要一段時間才能了解醫療運作，建立與醫療專業的信任關係（rapport），因此這個階段有的家長會更換醫院醫師，或改變治療方式（尋求宗教或另類醫療）。

3. 從家長參與到與家庭合作

問題發生初期，學校老師提供家長諮詢及資源，鼓勵家長與醫療合作，甚至陪伴就醫，減輕接受精神醫療服務的抗拒，家長、老師、醫療開始合作關係，慢慢的醫療專業服務的角色漸漸重要，隨著疾病診斷、用藥的確定，醫療的建議，例如是否調藥、換藥、住院治療、申請身心障礙手冊等，家長需要和醫師建立信任關係處理這些決策，醫療專業的意見成爲家長決策的重要依據。

受訪個案生病對家庭造成重大負擔與壓力，對於單親家庭或是形式上單親家庭，更難承擔，家長幾乎需要一對一的照顧，同時還要和醫療、學校溝通合作，參與醫療和教育安置會議，面臨接受身心障礙資格、特殊教育的抉擇，家庭或家長必須選擇服務與資源，此時卻因為受訪個案尚未取得特教資格，家長必須主動連結輔導與教育資源，對於嚴重情緒障礙家庭的應變能力是一大考驗，「資格」是使用特教資源必須面對的掙扎。案例 A 在國中畢業前生病，當時重點放在就醫治療，因此並沒有申請特教服務，專科休學兩次後才由專科的輔導老師建議到又一村，案例 B 在國二發病，但是畢業前只有在住院期間請病假得到彈性，其他考試分發都是按照一般程序進行，沒有人告知特教服務，到高職休學都沒有得到特教服務。這些漏網之魚都是在生病初期忙於就醫，也不知道特教服務，因此沒有提出服務申請，對於這類已經生病尚未取得資格或是尚未決定接受服務的個案，他們在生病初期輔導老師通常已經開始接觸個案和家屬，學校特殊教育應該主動將他們列為協助的對象，例如提供特教服務和相關權益的介紹，等到家屬願意接受服務時可以很快銜接。這部分受訪高中特教老師 SET2 會主動與輔導老師合作提供意見，等到家長同意接受特教服務後可以很快建立關係，進行服務，SET4 的服務則不限於有資格者，而是依據學生可以接受的方式進行協助。目前醫療服務、學校輔導服務是不需要特定資格，這兩類專業應該協助連結資源，讓家庭得到支持。

受訪家長對特教服務的相關會議會盡量配合參加，但是**家長覺得參與前的準備有限，難以了解教育安置或相關服務的全貌，無法在參與會議時有效溝通討論**。受訪家長都參加過這類會議，受訪特教老師也都依規定召開會議，但是家長覺得並不了解會議的意義，案例 D 父親是在參加會議後才慢慢了解會議的目的，以過來人的經驗希望學校提供家長對特教服務有比較充份的說明，家長才能有效參與討論、表示意見。案例 C 的母親覺得學校雖然有召開特教會議作成決定，但是其他單位的配合並不好，因此請假變成曠課，無法取得畢業證書，好不容易送孩子回學校，結果卻是讓他一個人坐在輔導室看書，學校內部的服務並沒有很好的連結，輔導和特教老師都很熱心主動，但是其他部門對特教會議的理解就各不相同，家長必須個別去溝通，每學期去溝通。案例 H 的母親和學校溝通的經驗也是戰戰兢兢，私立高職裡非輔導的主管對於特殊學生的態度不容易改變，家長在會議之前必須個別拜會各主任，尋求支持，每個學校在處理特殊學生的彈性，差異非常大，家長要去配合學校要求非常辛苦。HN 和學校合作的經

驗也會覺得學校對法規的解釋差異很大，老師個別的差異大，每次的合作都是不一樣。

嚴重情緒障礙者的家庭狀態，影響他們資源取得，學校在提供服務時「資格」確認是必要條件，因此對於案例 A、B 未取得資格就畢業的個案，他們就沒有任何特教安置或轉銜服務。案例 C、D 的家長接受特教服務，認為特教立意良好，但是給家長事先準備不足，家長被告知去申請服務、參加會議，但是事後家長發現會議決議未落實執行，不知道如何溝通、監督，會議的形式意義比實質意義大。希望可以在參與會議、接受特教服務前，可以有得到更完整的資訊，幫助他們更清楚自己在特教的角色。教育體系內部的合作問題也是讓家長覺得困擾的，會議的決議在執行時有落差，家長不知該如何監督會議的執行，家長對於特教服務的使用態度比較低調，因為孩子症狀不穩造成學校、社區的干擾，因此不敢主動要求服務。

第三節 專業人員與專業服務現況

本研究訪談的專業人員，包括特東區教資源中心的情障巡輔老師（SET1）、市立高中特教老師（SET2）、台北市身心障礙情障個管社工（SW1、SW2）、護理長（HN）、兒童精神科醫師（CPsy）、現職又一村特教老師（SET3）及高職特教老師（SET4，負責案例 E、F）、電訪高職特教老師（SET5，負責案例 H，對於受訪有疑慮，因此拒絕受訪，僅再電話裡提供一些意見），透過這些提供服務的人員，提出對個案客觀的看法及實際參與服務運作的情形。

一.高中職特教老師依環境特質、學生需要提供彈性多元服務

本研究訪問的特教老師有在國高中（職）裡服務、特教資源中心提供各校巡迴輔導、在又一村裡提供教學與服務的特教老師，他們都是屬與教育體系中的特教老師，其中在學校（國中、高中職）裡的特教老師和特教中心、又一村的特教老師服務方式不同（見第三章表）。

首先，**台北市公立高中特教老師**是在民國 87-88 年間，部分公立高中招授特殊學生，學校開始聘任特教老師，依照特教育學生人數編制一定名額特教老師，由於教師人力是依據特殊學生按比例聘用，特教老師服務對

象是有特殊教育資格的學生，依據 SET2、SET4 提到對於「初發病」或尚未取得特殊學生身分的輔導，是由輔導老師負責輔導（協助評估、就醫），SET2 是在 87 年由國中特教進入高中擔任特教組長，她在第一線提供學生、家長與老師服務，和輔導老師建立非正式的合作（交換資源），協助有需求的學生。

「就是說我們學校的個案量夠大，資源班的個案量夠大，所以如果不符合教育局規定... 一個他要有手冊，一個他要有鑑安證明，...所以我的學生可能在發病前，在他沒有取後手冊前，會是輔導室個管的。我現在困難的是，我的個案常是那種還沒有手冊的，他可能來門診看了幾次甚至來住院，他還很亂，所以他們不會想要辦手冊，但這時候去對到的是輔導室，可是輔導室給我的一些東西，我會覺得他們其實.. 輔導室對情障這一塊其實不會比特教老師...(笑..)輔導室他們手中握有的東西太少，因為情障的孩子要的東西輔導室給不起，我常常會被找去參加輔導室跟個案的會議，一方面是預備他要成為我的個案，一方面是我要去跟我們其他科的老師解釋說，為什麼輔導... 因為有些老師會抱怨說為什麼特教學生就可以這個學生不行，所以我有好多次去參加輔導室列席他們的會議是做這個說明... 因為輔導室沒有權，你要補救教學，他沒錢啊... 他的學生明明是拒學症，進不了教室，然後他每天有來在輔導室，可是他進不了教室沒有辦法上課，那怎麼辦.. 好沒有權.. 第二他沒有調整成績的任何保障啊.. 沒有啊... 可是他們就是需要啊..

訪問者:可是這樣子會不會造成一個壓力是說,那可能,有時候就會PUSH家長說,那你就去拿手冊..

受訪者:所以這幾年就變成拿手冊的小孩非常多,這是一個原因,另外一個原因,拿了手冊之後他有升學管道的保障,所以這也會是一個原因,那像在我們學校,我們慢慢的去哦..我們跟輔導室去做一些合作就是說,你的學生..輔導室的學生需要補救教學...」(SET2I23)

「...我是這個小孩的個管,可是他的心理輔導老師是另外一個輔導老師去做,但是如果我們做這樣的安排的時候,我們通常會請家長跟學生要同意一件事情就是,我們兩個訊息可以互換...

受訪者:所以我們通常會徵求孩子跟家長同意,就是,他的諮商內容,我們兩個可以交換」(SET2I24)

SET2在學校較久，可以掌握該校的資源與生態，利用其個人特質--「姿態要夠軟」形成服務的網路，爭取有利學生的安排，她的服務擴及未領有手冊的學生，特教老師對於自己的「角色定位」不自限於法規—做該做的，不只是規定的，長期經營學校人際關係，受惠的是學生，但是依規定「有資格或手冊」是特教服務的必要條件，老師的主動可以將服務延伸。

私立高職的環境和公立高中不同，SET4到該校服務2年，該校特殊學

生的服務制度已經建立，在前人的努力下，她和導師或學校體系的合作並沒有困難，包括發現通報與協助親師合作、擬定IEP、提供資源班補救教學與學生個別晤談等。「他如果有手冊，之前沒有通報，我會跟他家長詢問，我會跟他講說，呃，通報的意義跟..以後服務的什麼，那他們同意的話，我當場會幫他們通報，就等於說還是會，會做這件事...，訪問者：他如果說不要？我就尊重家長」（SET4I4-5）

「訪問者：進來以後生病？特別是情障，或是精障，像憂鬱症，躁鬱症都會在..青春期的時候發病？

受訪者：這塊的話，就我們學校而言，會先讓輔導老師...輔導那塊去處理，因為特教這一塊，分類來講，好像就是要有很確定的證明，或是什麼樣的時候...，所以我們會由，由輔導那邊去做，另外的所謂『特殊學生』，跟『特教學生』不同，特教學生就是有正式的一些身份文件，經過鑑定這個過程的，是特教生，那在鑑定之前，猶疑身分的那些學生，我們會由輔導老師那邊進去處理，那我這邊有資源，我們就是互相，互相用。

訪問者：那個冒出來那一塊會是輔導先接，等到他確定才會給你？

受訪者：對」（SET4I7）

特教和輔導在教育體系中最大的重疊是在「嚴重情緒障礙」，特別是剛生病或發病的時候，她們還沒有『身分或資格』因此由輔導體系先提供服務，然而各校的特教組位階不盡相同(有些特教組在輔導室，例如 SET4，也有直接隸屬學務處例如 SET2)，因此**學校對嚴重情緒障礙的學生的服務，”確認身分”是首要任務**，家長排斥身心障礙的標籤，特教依規定就無法提供服務。

特教老師雖然是學校中的少數，但是她們有其影響力，以 SET2 為例她已經成功營造學校對特殊學生的接納氣氛：

「我們學校的特教是以資源班為主，因此當初就認定是身心障礙學生的「個管員」，這和一般啟智班特教老師不同，我必須和老師、家長、醫療、特教巡輔、康復之友等不同體系維持合作，校內外的資源都必須去連結。經過長期經營，許多老師漸漸會比較主動關心身心障礙學生，當有學生進來要安排老師比較容易，例如依規定特教老師負責是領有手冊或符合特教資格的學生的服務，情障學生在發病時通常未領手冊，還不能接受特教的服務，此時會接受輔導老師的輔導，但是若她們需要課業輔導時，我也會讓他們與特教生一起接受課業輔導服務，輔導老師缺乏資源，對於這樣的合作會非常歡迎。其他如校長也會尊重趙老師的意見：特教學生是否可以畢業？他會和學務處溝通，讓學校接受特教生參加畢旅。」(SET2I1.)

「受訪者：從我剛到的時候，很多老師不知道我在這個學校是幹什麼的，(哦..)然後到現在.. 嗯..我，當我跟這個老師說我們有一個學生誰..誰..誰的時候，老師就會sence到說，那我要趕

快聽聽看這個學生的狀況,然後...嗯...現在也大概可以說,我請老師們幫忙什麼事的時候,譬如說他的作業沒有辦法寫這麼多,或者是他的作業可不可以也給我一份,因為我必須陪著我的學生,現在大概大部份老師會跟我說沒問題...那...這是在老師的這一塊,因為,一方面是因為我一方面是因為我們學校的身障生多了之後,很多老師會有機會教到,都會碰到」

(SET2I18-18)

「所以我也授課,譬如說我有十節課,那我十節課大部份是做晤談,或者是做一些課程教學啊...教社交技巧等等...或者我的聽障生的那個..哦...閱讀啊什麼的...可是我..很大的工作時間是在做聯繫的工作,包括跟家長聊的這一塊...然後甚至是..哦..那個還都小事哦..我覺得,主要是做他的這個個案他週遭這群人的聯繫,我們要讓我們的老師哦..能夠放心的接受我們的學生,你一定要保證你的學生不要給人家填麻煩」(SET2I20)

「受訪者:學生需要什麼?他們比較需要的是...我大概這邊我會..會事先幫他們做很多準備,因為我發現,其實不管是什麼學生,我覺得他們不會去跟老師表達他們的困難...,所以在期初我會...為所有的資源班學生,就是,呃,打一份類似密件跟他們的情形表,給學校的每一位老師,然後讓老師知道說,他任教的班級當中,有那些特別的學生在裡面...

訪問者:哼哼...所以那個跟IEP不一樣哦

受訪者:對,只是幫他整理的一個東西讓老師看」(SET4I.14)

特教老師除了服務學生和家長,也會主動提供普通班老師對特殊學生了解與接納,以單一的人力形成更廣的服務網,然而因為公立高中和私立高職的性質不同,兩位受訪者到學校的時間也不同,她們在學校的經營重點也不同,特教老師掌握學校生態,成為學校與學生的重要資源。

SET4 是私立高職特教老師,他們學校有綜合職能科,他要提供資源班的教學,但是學生的本身能力不好,升學的情形不理想,SET4 的特教學生畢業後以就業為主。公立高中的家長對於孩子繼續升學的期望較高,身心障礙生可以唸國立大學,對家長是很有吸引力,所以就業輔導就很少被要求:

「我們開始有一些口碑以後...當然..人家就會過來..家長就會去打聽...們會去打聽說,唉...我們的資源班學生考大學..我們很大票的學生都進入國立大學...我們有我們非常好的輔導的系統,家長會選這裡」(SET2I27)

「我們的特教生如果是智障類就在綜職科(綜合職能科),情障是不能去的,這是由鑑輔會安置進來的,特殊學生有鑑輔會安置、和登記分發的,還有近來後才出示手冊或診斷書的,我們會經過家長同意進行通報。至於情障生她們基本上智能正常,和一般生一起學習,我會帶她們的資源班,提供補救教學,還有和家屬聯絡、提供 IEP 會議,協助導師了解特殊學生的資料,與學生的社工或心理師聯繫,也負責通報與輔導特殊教育學

生...」(SET4S)

「在我們學校我們可以給他的就是所謂的資源班的補救教學，我都幫他們..其實也不算上課,就是做一個像..生活輔導或是學習策略」
「我的高三的學生,他們對他們生涯轉,他們在家都會自己先跟他父母討論」
「你的特教學生裡面將來繼續念書的比率高嗎?受訪者:不高,所以,像案例E是算裡面比較好的,可以念書,但是他們這一屆..每個都有升學的意願,但是,有沒有升學的能力,就看他們考試...他們可以和其他學生一起接受學校的作業輔導...」(SET4I12,16,25)

SET4 藉著提供導師密件資料、資源班教學、離校前就業轉銜準備等,讓老師與學生及家長合作,架構細緻特教服務,本身成爲師生的資源與轉銜的中心,她的學生能力也比較不好,離校轉銜準備更重要,但是這部份她就和學校就業輔導一起做,在高三的 IEP 會議時候家長討論。不同性質的學校,招收不同性質的學生,高中職的特教老師會依照特教法與學校特推會的規定提供服務。

二.又一村特教老師和東區巡輔老師的穩定度較低

又一村的特教老師由於其工作環境和學校體系不同,一直無法有特教老師長期服務,東區特教老師則是屬於提供特殊學生「間接服務」,他們以不同方式提供服務。又一村的特教老師是由文山特殊學校招募的代課老師,但是與文山只有行政上的隸屬關係,由於必須配合醫院的作息,寒暑假必須上班,又是一年一聘,對於老師人力穩定是很大的問題,幾年下來已經降低標準,只要大學畢業有興趣就可以:

「這裡有 3 位特教老師,都是文山的特教代課老師,我們分成 3 組,學生來的時候先試讀,然後看她們和哪一位老師的關係比較好,就分給那位老師(變成那一組的學生),如果學生覺得不想和那位老師在一組,她可以換,並沒有規定如何接案,就是讓學生依照他覺得比較喜歡哪各老師,就進去那一組。學生想換老師(換組)時,我們會開會討論然後就換。通常學生來試讀一個月左右,就會決定是不是要留下來,要留下來我們就會和學校連絡。當學生來試讀要和學校連絡,確定要在又一村也要和學校開會討論成績和出缺勤的計算等。每位老師也要授課和跟班,因為我們很多課都是外聘老師,她們並不了解學生的情形,我要進去看...**特教老師的角色**:比較像個管員,因為我們會和父母討論,和病人討論用藥,或是對於工作訓練的想法。我們沒有 IEP,文山沒有要求,學生畢業要寫轉銜表。」(SET3S1-2)

「訪問者:學生進來以後,你們會不會做IEP,你們做不做IEP?

受訪者：根本沒有辦法做,沒辦法做,因為我們的老師都不懂IEP,我跟你說...

訪問者：你們不是文山特教的老師來這裡?

受訪者：沒有啊,那有,,那個都是代理教師,都是臨時的代理教師,因為我們招不到啊,我們每次每年招老師都要招四五次啊,七八次啊,因為正式的特教老師不會來啊...」(HNI12)

「答：我們只能一直用代課老師,代課老師沒有辦法算年資而且工作沒有保障,如果他是合格的特教老師他根本不來。連要找有教師資格的都不好找了...現在第三個這個是大學畢業,他們兩個是有教師資格的,是去年甄選進來的像這種人很少。那是可遇不可求的...,全部都是代課老師啊,至少到目前為止是還OK啦,今年應該還好那明年就比較難講,他們完全沒有特教...」(Cpsy15)

又一村是在醫療架構中加上特教服務,然而醫療生態(沒有寒暑假)對特教老師缺乏吸引力,特教老師是由醫師和護理長interview進來的,對醫療運作不熟悉、快速流動的情形,不容易像學校裡的特教老師的影響力,難以了解特教老師角色、形成專業自主,又因為福利條件不適合久留,造成學生在又一村時間比老師還久,對師資養成、提升特教服務的不利,比較像是師資短期訓練場所。

東區特教老師依法提供教師與行政人員諮詢、協助處理學生情緒行為問題、觀察學生上課和與他人互動狀況、與教師合作進行課程(如:社會技巧課程、情緒管理課程、專注力訓練課程等)、協助教師進行親師溝通等。SET1曾經是國中特教老師,對於學校生態有基本認識,這樣遊走在各校的協調溝通服務與傳統固定一個學校有什麼差異:

「東區特教的學生來自學校轉介,學校經過家長同意、簽了同意書之後才能轉介,我們沒有什麼篩選原則,只要是學校轉的就要接,主要是情緒行為問題,也有自閉症,通常自閉症都還合併情緒行為問題,比較不會是單純自閉症。以國中階段為主,國小也有,市立高中職如果學校轉介我們也接受,不過不多。如果是畢業,我們就要協助轉銜(結案)。大部分畢業都會結案,如果進入國中階段或高中階段還需要服務,就由新的學校再提出申請。」(SET1S1-2)

「受訪者：這跟我們當初所賦予我們這個角色任務有關係,我們期望做的是...恩..如果我們今天進到一個學校的場域去,有可能你們會覺得我們扮演的角色好像是學校特教老師,所做所為,我們在後面看、我們好像是他們的督導,對那我們下去之後也許當個特教老師的督導,在那邊幫你把事情處理到一個段落之後,那你自己可以Handle了,那我們就走了」(SET1I7)

受訪者：那我們到那邊(學校)去之後,我幫你整個學校的生態環境、還有你們目前所做所為拿出來檢視一遍,然後建議說,那你覺得該怎麼做、你有哪些地方還不足、你需要

的東西我能不能給的了你，然後幫你去連繫資源，如果你這個老師資源不太熟的話，如果你這個老師家長已經...就是學校跟家長有衝突，我們是不是能當一個中介的角色，去緩和衝突、或是重新幫你們建立關係，我們再撤離。這些也許都是我們的服務模式」(SET118)

特教巡輔老師提供對學生接間服務，其角色雖然有法規支持，然而以「外來者」、「老師的督導」的角色介入學校生態，對於學校比較是「蜻蜓點水」，難以有長期的影響，學校老師對於接受「協助」的感受，也會影響未來是否繼續合作。巡輔老師的角色來自專業體制裡督導的概念，透過資深同儕的協助提升專業品質，然而目前這種介入與合作方式，是否可以提升學校特教專業品質？間接服務或督導角色必須有清楚的服務指標、流程，才能評鑑服務成效，同時也要考量學校自主性，對於外來者介入的反應。

受訪的特教老師不論年資長短、是否為特教系畢業，4位老師都表達對身心障礙學生的關懷與付出，堅定對服務特殊學生的興趣與投入，扮演「個管員」(case manager)、「間接教學」的角色，將資源傳送給學生和家長，和其他老師、專業人員建立合作關係，特教老師在「協調溝通與連接資源」扮演重要角色，至於「直接教學」的部份較少被提起。特教教師直接教學的時間比普教教師少，服務內容非常多元，間接服務的做法沒有一定的準則，受訪老師發揮個人特質盡量提供服務，只是老師的角色從教學轉成個管為主，教育體系對嚴重情緒障礙的服務多元又重疊。

三.教育與醫療專業人員的角色與運作

嚴重情緒障礙學生對醫療專業的依賴比較高，專業間合作機會增加，各專業如何呈現專業獨特性與理念？資深社工和特教老師對於醫療合作的經驗：

「和醫師的合作因醫師而不同，對於藥物上比較難溝通，醫師認為病情控制較重要，若要減藥以達到就業訓練，醫師通常不答應。」(SW2S2)

「譬如說我們覺得他是妄想然後醫生就說那是亞斯伯格症的特質,因為他固執...」、「我覺得精神科醫生都太忙,可能忙吧,所以哦...基本上我對醫生的診斷是會存疑的...,我覺得醫生跟學校合作是重要的,因為我們在學校直接看到孩子的很多行為,只是醫生..很多醫生沒有這樣的sence.」、「只要有聽到有學生去找這個醫生,我對這個醫生講得話我就會比較...提醒我自己我要去做confirm,或者是我們在校內不鼓勵學生去找這個醫生.」、「醫生特別在

對藥物診斷上我覺得他們很難放下姿勢跟我們談,他們覺得他們的判斷你不用去懷疑啊!..對,然後我們有遇過那種,醫生就直接跟我說,這是醫生的事情,你老師問那麼多幹什麼,你只要負責教學生就可以了」(SET2I16-17)

「在和醫療合作過程,由於學生來自各地(高中不是社區學校),有些學生已經有固定的就醫系統,通常我在必要的時候會與醫療聯繫(學生的手冊程度改變、藥物使用有許多副作用、突然取得手冊),但是溝通的經驗很不同,在診斷和藥物上醫師比較會堅持,老師會和醫師討論,有的會用 mail 或電話仔細和老師說學生的情形,但是也有完全不接受老師的意見。對於醫療和藥物上的問題,我有醫師朋友可以詢問,或是透過陽明山教師研習的諮詢時間,去請教學生的醫師。也有他陪同學生就醫的經驗。」(SET2S1.)

專業間合作從問題診斷、用藥與選擇處理方式等,都必須購過溝通建立共識,社工和老師的經驗認為醫師對於診斷、藥物比較堅持,他們的專業的自信與自主,似乎是比较其他專業高。特教老師對於學生的病症的看法,來自學生學習的反應,他們期待調整藥物可以協助改善學生學習,SET1、SET4 在服務過程,與醫療合作的經驗是「尊重」學生就醫選擇、尊重醫師專業判斷,除非學生主動要求,否則不主動建議改變醫療選擇。SET2、SET1 的經驗覺得,醫師對疾病的診斷與處理比較武斷、不了解教育「...我覺得我們和醫生合作最大的麻煩就是,醫生有時候會本位到覺得學校沒辦法幫這個孩子,或者是說,當我們提供...,比如說,我們覺得這個學生這時候該清醒,可是醫生給的藥就是讓他想睡...,學生當然不要用藥,家長當然不要用藥,可是當我們,我去合作的過程會覺得會有一些醫生是排拒學校老師的意見的,那我們也遇過很好的醫生,他會在學生去看完病後寫 mail 給我說,可以建議我,學校這個部份這一兩個禮拜可以注意什麼...我自己會去評估,就是說我的學生如果我認為他的就醫需求高於教育需求,那我會完全去配合醫生,...因為我經驗裡面我的學生有的吃了十幾二十幾種藥找不到一種可以 balance 他的狀況,那哪一個藥可以讓他情緒安定下來,也許我們就只好去接受,...」(SET2I3)

「...就是醫生要評估你回到學校來,沒有問題...醫生是說,他可以..應該要出門,我覺得醫生常常這樣跟我們說,小孩不可以留在家裡,可是你又不es能告訴我他來到學校安全嗎?這是我覺得學校裡面非常..非常困擾我的就是說,他如果是一個病人,學校畢竟不是一個照顧病人的地方,那可是你們卻一直告訴我說小孩要出來,他不能一直在家,我也同意,可是那你們必須告訴我,他到學校後..要怎麼辦...」(SET2I5)

合作必須建立在有相同理念,專業合作必須建立在共同的理念基礎,目前跨專業合作的經驗充滿「因人而異」的例子,不同專業人員的合作難以有具體模式,每次的合作都是新的學習。教育和醫療是完全不同的專業領域,兩者對於問題的處理的期待不同。

四.專業合作仍持續磨合

專業人員在服務的過程需要和其他專業合作，受訪專業人員對其他專業有什麼看法：

「受訪者：我不會直接跟醫療接觸，因為，我目前有個個案，他有所謂的社工在輔導，所以我的溝通管道是社工，因為，社工是長期陪他去醫院，例如說門診的時候，社工也在旁邊，所以，我是定期跟社工聯繫說他那時候去就診？那有什麼特別的狀況？我是跟社工說…但是因為像，如果是台北市的國中，他們又有所謂學校社工，又不一樣(笑)」(SET3I10)

「東區特教的角色和情障個管會重疊，他們也處理家長與家庭問題，個管社工認為家庭是她們工作，對於特教巡輔老師處理家庭，他們會溝通或等一段時間對方不做時再去。他們認為特教老師的流動率較大，很難和家庭長時間工作。情障個管是特教課業務，但是因為特教課的人事流動較大，對這一塊不太管，所以個管社工不會有績效的壓力。」(SW2S.2)

「對，我們本來就是以家庭為主，我們跟學校不同的部份：我們是處理學校老師無法去處理的那個部份就是家庭的部份。」(SW2I2)

「有些家長不會主動告知，因此個案就醫或住院，醫療體系也不會通知個管員，在和學校或特教合作時，有點尷尬，教育體系在召開會議時也常遺忘她們或是臨時通知，她們有來沒來都沒關係，醫院體系的社工通常是討論到安置或後續追蹤時才會與個管社工連絡，合作的情形會因人而異。」(SW2S2)

「可是他們介入家庭是用什麼角色啊？」

答：老師啊，例如說怎麼幫小孩子或怎麼照顧小孩子，就是他們談過我們就不談了…，所以有時候會重疊，可是他們，基本上他們做不久啦」(SW2I25)

「我們是對情障家庭的一個協助」(SET1I)

受訪專業人員都提到對家庭的服務，不同的服務體系對家庭服務的看法與做法不同「那個建議是不是可行，是不是真的可以解決學校的困擾？還是會有落差，就是說東區他們可以從學理上來建議，譬如說過動的你就是要怎麼樣，就是要有耐心啊就是要讓他轉移注意力啦，不要讓他上課上太久，理論上那些書上的理論都可以建議，但是實際上你要針對不同的學校不同的情境來給他建議才可行，就是說可行性，東區的老師可能會有一大段落差，因為他說的比較多，做的比較少，所以要等到他真的下去做了之後，才知道真的還有一大段落差…」「康復之友的社工會轉個案，然後他們會帶個案來，但是實際上他們對個案處理的能力我不太了解，沒有跟他們…沒有看過他們處理個案過，我覺得他們比較多就是在一些資源，跟資源有關啊，資源協調有關的事務上，

如果說他要實際上去做介入例如說家族治療啊，家屬的…家族動力的介入那一塊，也許還不是那麼好…」(CPsyI13-14)

「因為在精神科裡面現在他們也缺乏...給這些孩子去試探(規劃)課程的人,然後問題是給課程的人,到目前為止還是偏重由特教老師在給,那又不希望這些課程...應該說我們在又一村的經驗裡面會出現一個狀況是說:有的時候醫生也不知道該怎麼排課程...,對,所以我們會發現有一些不足的地方,所以我們裡面才會有一些人出來處理這一塊,才會想規劃一個精神科、中輟服務都沒做到的...」 「他們當初為什麼要辦一個新的地方,就是為了不想讓醫生完全做主導。據我知道這點確實是很...,因為今天在又一村裡面...是聽醫生的,那老師就沒有辦法去做事情,有一些就做不了」 「從學校的安置到又一村的安置這兩個中間還是空的...訪者:所以這一塊就是你們自己想把他補起來的?受訪者:有一點想去補上來的,因為覺得跳的太快了:孩子可能原本在又一村很輕鬆很放鬆的,一回到學校馬上要跟課程或怎麼樣的;那學校也有可能說,我今天接一個孩子進來之後,他之前已經去又一村比方說一個半月了,回來課程都跟不上那怎麼辦?」(SETI112-13)

從訪談的資料中,出現有趣的現象:為了提供多元完整服務,專業合作是無法迴避的,專業人員從合作中認識其他專業,在互動中形成或發現專業的界線,每個專業對其他專業都有期許,實際合作的經驗似乎都有點「難言之隱」。專業的不可取代性、排他性是鞏固專業成長必要的措施,因此在合作過程會有所謂磨合階段,「踩到」對方的界線(boundary)情形,目前特教提供專業合作的場域,但是各專業應建立特教領域的工作模式,將服務融入特教,而不是拼湊多種服務,各自使力。

五.討論

1.情障專業服務多元

特殊教育規定專業人員協助推動特教服務,台北市教育局針對嚴重情緒障礙學生有社工個管員、情障巡迴輔導老師(台北市情緒行為專業支援輔導團),與學校一起提供服務,情障個管社工提供家庭支持、協助醫療、就學、就業(附錄六),至於情障巡迴輔導提供教師和行政人員諮詢、協助處理學生情緒行為問題、觀察學生上課...(附錄五),他們是服務的對象是經過鑑定為嚴重情緒障礙學生,有上述需求的個案和家庭,因此不是每個情障學生和家庭都能轉介,受訪個案在學期間大部分診斷未定、沒有申請手冊、沒有接受特教鑑定,還不是特教學生,所以都沒有得到這些服務。

受訪特教老師依照特教法規定提供服務，由於學校特教老師少（SET2 是唯一的特教老師、SET4 學校只有 3 位特教老師），因此特教老師除了本身的教學輔導工作，需要參與和其他老師的合作教學和討論，透過合作將特教的作法與理念傳達給學校同仁，這兩位老師會主動提供諮詢，與輔導老師合作處理尚未取得特教資格的學生，但是她們都表示依規定她們的服務對象是取得資格的特教生，目前的服務是彈性的做法，她們行有餘力時會繼續協助。

學校特教老師、又一村特教老師、情障個管社工都強調他們是嚴重情緒障礙學生的「個管員」，這麼多專業人員在做個管，這其中的作法又各不相同，個管員（case manager）的責任包括鑑定個案、與個案建立關係、評估他們的需求、提供適當的服務、提供服務使用計畫、連結服務資源、監控服務過程以達成服務目標和效果（Rose, Moore, 1995）。個管員需要發展個別化服務或治療計畫，以這些計畫來監控服務進展。目前這些專業人員在進行個管服務時比較缺乏評估與監控服務計畫進行的成果，對於資源連結是比較常做的：連絡就醫、陪同就醫。但是對於個案和家庭的直接服務就比較沒有自信，最後都會期待醫生處理，包括個案治療、家族治療。專業的彼此期待不同，對問題的看法不同，形成各自為政，影響服務的整體成果。

2.專業合作的現況

當學生情緒行為出現問題時，輔導老師進行評估，建議家長接受醫療（案例 B、D），由家庭連結醫療和教育專業，各專業開始對話討論服務，案例 C、E、F、G、H 在學期間都曾經由醫療和教育共同討論安置，SET2、SET4 都曾與醫療人員合作會議或是討論治療，但是合作的經驗就很不同。

身心障礙服務、早期療育、轉銜服務都傾向以專業合作滿足個案多元需求，專業合作成爲趨勢，但是專業合作會面臨理念的衝擊，專業合作必須經過磨合的過程形成專業團隊，發揮團隊的成效，Dettmer 等(2002)、Friend, Cook(2003)認爲合作是教育體系專業發展的趨勢，但是專業合作的形成及合作成效仍難評估，Colucci(2002)研究教育體系的專業合作經驗，得到受訪者一致肯定，但是詢問受訪者是否願意持續進行專業合作時，受訪者都希望先休息一下再說，可見專業合作的立意良好，然而由於專業養成的背景、理念不同，專業合作會有磨合、衝突、競爭等情形，專業合作還在起步，專業合作成效落實需要漸進推動。

受訪專業人員在對情障學生服務擔任不同工作：醫師掌握診斷用藥的專業權威，學校特教老師則深耕學校內的合作，成為學生的個管員串起資源，依據教育觀察提出對醫療用藥的建議，對於與學校外的資源連結的做法和看法，就因人而異；東區特教和情障社工都是接受學校轉介個案，以間接服務的方式，影響其專業服務不容易找到著力點，不容易評估具體服務成效，「與家庭工作」部分是彼此重疊的部份，形成檯面下的競爭關係；專業人員的服務會從「踩線」（服務重疊）的情形感到「緊張」，也漸形成專業「界線」。專業合作還是要面對專業間「權力抗爭」(power struggle)，每個專業都有其服務對象與內容，但是這些服務似乎各行其道，整合不足。

學校特教老師除了學校內的教學輔導還要和校外專業服務合作，他們平日與家屬聯絡、定期召開 IEP 會議、協助情障生的學習，同時與其他專業合作時也是重要樞紐，將多元的專業資源進行整合，協助專業合作，轉銜各種專業服務，以特教老師串聯、整合專業服務，才能避免疊床架屋及專業間權力抗爭的問題。因此，學校特教老師必須清楚掌握專業資源，讓專業服務的成效充分發揮。

3.特教醫療化 (medicalization of special education)

醫療化(medicalization)的現象從 1980 年代以來，在台灣社會日益明顯，例如對藥物濫用者以精神醫療方式與藥物戒治、精神病人強制住院治療的規定、兒童活動量問題以藥物治療等，精神醫療甚至擴大到對性侵害的加害人的評估與治療，社會問題醫療化的結果會導致過度仰賴醫療來解決社會問題。張荳雲(1998)認為醫療化是指醫學詮釋範圍擴張，從健康和疾病角度詮釋人類的某些行為、狀態，進而以醫療意義衡量這些行為主體（個人身體狀態），其次社會控制為了維持社會規範的目的，醫療取向成為適當的監控處理的方式。

特殊教育是針對身心障礙兒童所提供的教育服務，依法必須先診斷鑑定符合特殊教育類別，才會得到服務，其中嚴重情緒障礙的診斷「得」參考精神科醫師之診斷認定之，顯現特教對這類障礙的診斷依賴精神醫療，其他類別障礙的鑑定標準並沒有規定要參考該科醫師的診斷。學生經過醫師診斷後可以取的身心障礙資格或是申請特教鑑定，醫療診斷的依據與學生的教育安置與教學並沒有關聯，只有標籤的意義，例如精神分裂症、憂鬱症、強迫症等診斷是指個人在認知思考、情緒行為等方面異於常人，且影響其功能，但是診斷分類並無法說明在教育上的影響，取得嚴重情緒障

礙類的特教資格，並不代表有配套的特教安置與教學，實際上嚴重情緒障礙類的安置與教學和其他類的障礙學生並沒有不同，學校沒有針對這類學生的特質給予不同的安置與教學服務。

就教育安置來看，英美等國特教對情障學生的隔離安置，被認為是變相的種族隔離的做法，台灣對於嚴重情緒障礙的安置也是傾向隔離，醫療體系設置情障班安置學生（病人），將嚴重情緒障礙的學生安置在醫療體系中治療、復健與「學習」，實際是將嚴重情緒障礙「醫療化」與隔離的做法，這突顯嚴重情緒障礙者在特殊教育的困境：當學生情緒行為異常時，他的身分就從學生的轉成病人，病人的任務是要接受治療以恢復功能，這時教育安置和服務就退居次要，老師的教育安置反而要和醫師討論、要醫師確定學生可以學習、副作用問題能改善，可是醫師沒有特教訓練，他們難以對教育提供建議。

當學生情緒行為出現異常，學校會希望先控制疾病，受訪案例 A、B、D 都曾被學校要求先接受治療，等病好再回學校上課，也有回到學校後安置資源班，疾病控制穩定才能回到原班。學生情緒行為問題可能和環境適應、壓力有關，學校期待醫師治療情緒行為問題，等疾病康復才回學校的做法，是將嚴重情緒障礙醫療化的做法，讓醫療決定學生是否可以學習，忽略這類問題的復原需要漸進回到環境適應，生活與學習環境的調整也是治療的內容，特殊教育「因材施教」精神，並沒有落實在對於情障學生的處理。

台灣的特教醫療化現象突顯特教在專業合作上的準備不足，及各專業對於特教的了解有限，情障學生的鑑定安置、專業服務都是以醫療領導其他專業（包括特教），專業合作過程從評估鑑定、安置都需要醫療（醫師）意見，Skrtic(1995)、Paul 與 Cranston-Gingras(2002)認為英美特殊教育的發展是從爭取身心障礙學生的教育權開始，建立在道德的訴求，早期特殊教育的發展並沒有從專業知識的累積與辨正，而是在障礙者人權的訴求，由於特殊教育的知識(knowledge)與論述(discourse)無法被驗證真、假與對、錯，大量運用醫療和心理的模式缺乏教育的意義，特教將學生分類的做法，只能說明類別間差異比類別內差異大，但是對類別內的差異就無法解釋。

其次，特教依據障礙程度的安置的原則，將輕度的學生安置在普通班，重度的學生隔離在特教班，這樣的原則對嚴重情緒障礙學生就不適用，因為嚴重情緒障礙的學生主要是行為情緒不符合常模，他們的認知在

正常範圍，但是因為他們學習受症狀影響，也會造成對其他人影響，因此情障學生容易被安置在隔離的環境（英美至今仍有兒童輔育院(children guidance)收容這類學生），成為特教安置的例外，社會控制在嚴重情緒障礙學生的處理上更明顯。

專業合作必須從合作過程建立每個專業在其中的角色與任務，醫療化的現象突顯特教專業合作的基礎薄弱，特教必須檢討對嚴重情緒障礙的界定與服務理念，才能有效整合專業服務。

第四節 專業人員與嚴重情緒障礙者的互動經驗

一.專業人員對嚴重情緒障礙學生的服務經驗

嚴重情緒障礙學生要取得「資格」才會成為特教學生，接受特教服務，專業人員認為他們和其他障礙類別的學生不同：他們與醫療的關係密切，需要用藥調藥、沒有智能問題卻需要補救教學與個別輔導，這類學生和其他障礙學生明顯不同，特教老師會依學生需要提供服務：「情緒障礙的孩子、亞斯伯格症的學生，那這兩類的小孩看醫生的需求就不太一樣，會有接觸到精神科的需要，他們要用藥、調藥」（SET2I2）

「我們學校有所謂的，特殊教育班，就是綜職科的學生，那..綜職科的學生，也有一些有伴隨精神方面的問題，可是綜職科有限制：他的身分要以智能障礙為主，這是部裡面的規定，啊所以情障是不能...他是沒有報名的身份...，那她們怎麼進去？有的是智障合併，或是不寫情障」「他們的智力發展是沒有問題的，所以學習方面，他們就是跟一般生一起學習，我們學校我們可以給他的就是所謂的資源班的補救教學，我都幫他們..其實也不算上課，就是做一個像..生活輔導或是學習策略...她們比其他障礙更需要社交技巧訓練、個別教導」（SET4I12-13）

又一村專業人員服務的是功能較差的學生，他們通常是無法在教育體系學習才會安置在又一村，因此他們經驗到的情障學生和教育體系內很不同：

「這裡(又一村)的學生能力不見得差，但是生病的關係，比較需要生活自理和獨立的訓練，包括金錢的使用、穿衣服、剪指甲等，這些事情都需要提醒和訓練。有些精障的學生因為生病之後常常就比較退化，自我照顧的能力不好，所以在這裡都要訓練。所以她們的問題不是能力不好，而是過高的焦慮和應變力、彈性的問題。曾經有學員已經可以

到職場上班了，可是他實在太緊張，後來受不了就不做了」(SET3S)

「因為我們這個地方，人家如果來看會覺得說...這蠻嚴重的地方，每個病人...症狀那麼嚴重，所以他們(老師)也會考慮轉介過來以後家長的觀感，除非說非常嚴重他們才會建議他來啦，不然他們大概都還是會繼續放在學校。」(CPsy11)

「學校裡情障的學生通常都是比較難處理，家長常不知道資源在哪裡，家庭有很多問題，學校也是比較是「有人處理就趕快劃出去」這類學生需要從家庭、家長開始處理，而且時間要拖很久，不容易很快處理，有時後處理不好，自己的情緒也會掉下去。」(SET1S)

從老師和專業人員的經驗，嚴重情緒障礙學生的問題和其他學生不同，他們在疾病治療的結果差異很大，每個人有不同需求，對醫療的依賴和反應和其他障礙很大不同，他們的家庭也是專業服務的對象，有些家庭的問題複雜，比個案更需要協助，家庭功能會影響專業服務的效果，專業人員的服務包括對家庭的協助。受訪專業人員覺得對這類學生的服務挑戰性高，個別差異大。

二.專業人員對情障家庭的看法

情障者的家庭弱勢的比例偏高，家庭內部支持與資源有限，因此外部資源的協助非常重要，老師、專業人員與家庭的合作經驗，發現疾病造成家庭關係衝突、家長對孩子期待的矛盾情緒...等，專業人員對於家庭需求應該有初步了解，才能有效協助家庭，受訪專業人員與家庭互動的經驗：

「有時候我覺得並不是小孩本身的問題，而是他整個生活的環境造成他..也許他的病徵是其中一個小小的因素，但他整個養成的環境，給他更大的影響...我覺得可以先從小孩子他們身上下手，嗯...因為跟他們溝通比家長容易」(SET4I22)。「有的家長沒辦法接受啊，這個小孩要唸大學的，現在卻沒辦法上學...在 IEP 會議裡爸媽說的不一樣，我就讓他們說清楚再告訴我，原來父母已經分居兩人根本不說話...」(SET2I)、「其實家長還是非常重視文憑的，...我看到的是家長大部份都還是需要文憑，...現在有好幾個家長都是，就是陪伴，陪伴他的孩子來的，...我們真的是，是在陪伴他們，就是去接受這個病的過程」(HNI23-24)。「跟 family 的這一塊哦，現在就是說，如果跟我比較熟的個案就是我做啦，有一些老師，他跟孩子有一點連結的話，那老師也會打電話去跟家長講」(HNI25)。

「你覺得有這麼多要做家庭動力的處理嗎？答：幾乎每個個案都要...你要解決他怎麼去照顧別人的問題還是在動力那一個層面去解決，譬如說他一些認知，觀念，或者是他對這個個案的情緒，也會導致他照顧他的方式就是會有偏差，你只是教他認識怎麼教怎麼帶，那沒有用啦，你要從他的情緒的那個部份，從他和這個孩子的一些關係，還有他為

什麼會有這樣子的一個觀念在來解決」(CPsy113-14) 受訪專業人員認為情障家庭有各種不同問題，在服務的過程，家庭、父母也需要被改變，才能幫助孩子，但是父母對於問題的看法和專業人員不同，不一定有改變動機、或是改變的能力。

東區特教老師認為家庭才是處理情障生的重點，這些家庭的病態，讓專業人員的情緒受到影響（反情感轉移），他們期待醫療專業人員對家庭進行「家族治療」，改變家庭動力，然而這部分和情障個管的服務部份重疊：

「處理情障的個案跟其他的個案確實，不一樣，我覺得真的差很多，最大的差異應該在，我們常常在...之前我們剛畢業的時候，處理比較困擾的個案，我們覺得都是...家長不知道怎麼去取得適當的資源，可是處理情障個案，往往是你不小心就掉進他們整個家庭的情緒狀況裡面去，那這個跟家長的不知道資源是不一樣的，我們說家長不知道資源，我們去介紹我們去引入，然後給家長適當的支持，就夠了；可是你當一個家庭是有情緒上的問題、或者是整個系統上的問題的時候(笑)，那就不是你去引介資源可能就有效的，而且自己還要小心...」(SET1113-14)

「情障個管的個案不一定要有手冊，主要是接受特教服務的情障學生，有的自閉症、強迫症，轉介前已經經過鑑定安置，通常是因為學校覺得她們的家庭不好處理，需要就醫或服藥家長不配合、家長與特教的關係緊張，學校轉給她們進行情障個管」，「有的家庭要工作很久才能建立關係，他們就是堅持他們的方式，...有的可能是和學校鬧僵了才被轉過來」(SW1S2)

情障家庭比較多不利因素：貧窮、單親和經濟弱勢，家長期待經濟協助、疾病照顧協助、情緒支持、協調家人關係，以穩定家庭運作，有的家庭混亂，比情障學生更需要介入，有的家長期待各式資源協助，對於改變家庭動力比較沒有動機，專業人員則認為家庭動力、家長觀念改變才是正本清源的作法，兩者期待是有落差的。

每個受訪專業人員都需要處理家庭問題，但是他們的方式都不同：特教老師透過 IEP 及平時和家長聯絡，了解家庭狀況，個管社工比較長時間和家長工作，包括安排醫療教育等，醫療人員必須透過家長了解學生的疾病等。

三.家長對於專業服務的經驗與看法

專業服務包括對家庭與情障個案，8 位受訪者的經驗中，對於各專業

服務的經驗差異很大，案例 A 到又一村之前已經在 2 家醫院接受門診、住院治療，但是關於教育、社會福利資源，都沒有得到轉介，一直到退學沒地方安置時，學校輔導老師才告訴母親可以去又一村拿到學歷，在又一村有家長告知可以申請急難補助，得到經濟協助。母親覺得專業服務必須先有「資格」，爲了不要讓個案被標籤，因此過去都是以非正式的方式連結資源。

案例B則是在學校發病時，學校安排巡迴心理師、輔導老師與他會談，老師還到家裡勸他住院，之後心理師持續和他個別會談，父親則得到社會局社工協助申請低收入戶，及轉介到又一村上課。案例B的父親認爲學校並沒有積極處理學生的衝突「今天老師要馬上處理,啊老師厚,快退休了,他都拖拖拉拉,啊..結果都,鬧到輔導室那邊去,啊輔導室那個老師是很好,他有在積極處理,」(BF15)「這件事(案例B被欺負)等於是說學校也知道,讓你們雙方父母直接見面談的意思?對啊」「後來是有社工來問我, ...慈濟是鄰居介紹的啦...他不要住院我最後就找我老闆幫忙送去...」(BF15)。父親覺得來自社區的資源比較及時幫忙，學校比較被動。

案例C在國小生病後就曾經有學校心理師與社工師的輔導，醫師曾間參與學校鑑定安置會議，協調又一村與學校的課程與時間安排、彈性計算成績等「國小曾經幫他請心理師，還有和輔導室老師談話，國中以後因為上學的問題也和學校開過會，住4C時要出院也有一個醫師去學校討論出院回學校的事。到又一村之後曾經老師到醫院來開會，討論去資源班的事、了解他的情形，老師、主任和學校社工都有去，這些有的我有參加，他沒有參加，不過我都有告訴他老師很關心他。」(CMS)。

案例D的父親從受服務的經驗提出對專業的建議：

「1. 初期病人混亂情形家屬不知所措，醫師應該優先處理，同時安撫家屬，因為家屬也不知道該怎麼做。2. 學校應該建立對這類學生的輔導模式，當學生有這情形就套用模式去處理（請假、成績計算和開會等），不用家長自己去提，有時候家長不一定知道該要求什麼。3. 治療過程應該多和家屬溝通，我們都會配合醫師，但是不知道醫生為什麼這樣做，醫師在做一些治療（例如調整藥物、轉介安置等）應該讓家屬知道，如果不會好也要說，讓家屬清楚進展。4. 社工的部分不要只是例行的打電話或是來看一看，應該主動和家屬會談，提供資源，我們覺得要開始知道一些資源，未來才能使用。」(DFS)

案例 H 母親記得「高一進去很快就休學，那一年就在家裡，等到再回去上課也有不錯的時候，有時候可以去 8 節課，但是還是不穩。之後因為他又想休學，我們就就和學校輔導主任及護長、醫生一起開會，用專案處理的方式爭取比較彈性的方式，輔導主任很好，我們開會前他就先和各主任溝通，教務主任最難處理，他堅持一些原則，護長去開會回來都說那個教務主任實在很難溝通」(HMS)。

每個受訪案例的生病過程不同，在混亂階段家長的優先考量尋求醫療專業協助、同時希望得到學校的協助，但是在這各階段尚未確定診斷或障礙，通常教育體系是輔導室和導師提供協助，醫療體系就是醫師進行治療，家庭的混亂、父母焦慮，並沒有得到適當的幫助。雖然受訪專業人員都認為她們服務家庭與個案，但是服務的前提是取得資格和身心障礙手冊，從受訪家長的經驗，初期需要各項資源並沒有適當的被滿足。

因此案例 D 的父親提到醫師和學校都應該主動提供服務，未來應該規劃在確定障礙、特教身分前的各項服務方式，醫療體系的社工師可以開始提供門診個案與家屬服務，讓家屬完整了解教育、醫療與社福的資源，等到家屬願意接受身心障礙資格時在轉介到教育、社福體系延續服務。

四.討論

家庭在特殊教育角色經歷不同變化，從家庭（家長）參與到親師合作，家長已經專業合作的對象，從受訪老師的經驗，情障學生的家庭還是需要被協助改變的對象，比學生更難溝通，家庭的問題是影響學生的原因。老師對於情障家庭的經驗會反映在他們工作態度，他們期待由醫療專業人員進行家族治療，改變家庭的病態，但是 SET2、SET4 也透過親師互動的機會提供家長支持、處理部份家庭互動的問題。

受訪教育專業人員對於障礙者家庭的看法還停留在 Turnbull 與 Turnbull(2002)的舊式典範(old paradigm)的階段：認為家庭和障礙者一樣需要被修復(fixed)，專業人員介入可以改變家庭功能，家庭必須改變不良的動力關係、照顧功能，以這個觀點與家庭合作，專業人員就是以專家的角色去「指導」、家長需要接受訓練（例如父母效能訓練）與上課，專業人員與家庭的權力不平等。近期新的典範(new paradigm)認為家長與專業人員是夥伴關係，家庭在壓力下的混亂，但是家庭有韌力(resilience)，經過賦權(empowerment)後可以發揮其韌力，改變混亂，達到新的平衡，專業人員需要尊重家庭的差異，以較平等的角色協助家庭發揮其韌力。

教育專業人員比較傾向家庭需要被改變、被治療，才能協助孩子進步，醫療專業和個管社工比較接受新的典範。教育的場域裡教師擔任「傳道授業解惑」，他們與家長的關係和醫療專業人員不同，只有案例 H 的父母曾經進行家族治療，其他的家長期待具體的經濟或照顧的協助，教育專業人員與醫療專業人員對家庭介入的看法不同，也反映在這兩個專業體系

的期待落差。

嚴重情緒障礙者需要多元的服務，以滿足其需求從受訪家屬和個案的觀點，他們需要資源轉介、減輕照顧負擔（喘息）、調整家庭關係、對於疾病和教育相關資訊的充分了解，協助規劃離開又一村後的計畫等，他們並不期待家族治療，服務的提供者和接受者對於需求看法不一致，將影響彼此的合作，其次「資格」確認的前提，讓家庭很難在有需求的時候立即得到服務，專業人員對情障家庭的服務須先評估家庭的功能及其需求，針對每個家庭不同需求進行服務，才能讓需求與服務的落差減少。

第五節 又一村（蘭亭書苑）與轉銜

又一村和台北市教育局合作成立情障班已經 10 年，我們除了了解又一村服務了多少人，他們是什麼診斷，我們也想知道：受訪者為什麼來又一村？他們如何進入又一村？如何進行轉銜，離開又一村？

一、轉銜到又一村

又一村的學員有什麼特質？又一村提供哪些服務？醫療專業人員的看法：

「在又一村裡的個案都是被認為是比較嚴重的，所以不是情障就轉，我們有五成五是精神分裂症，二成五是情感性精神病，一成是自閉症，有的是因為人際關係不好拒學，基本上只要不要有暴力和 disturbance 我們是來者不拒...」、「其實能夠回學校的很少，大部份就是...，你說回社區嗎，就業的也很少，就業的很少，就是，其實大部份就是能夠訓練他日常生活的規律性，我覺得這個非常重要」、「其實我們很少跟社區聯絡啦，因為我們會覺得好像，好像這方面資源也不多」（HNI7,17,19）

「青少年發病階段許多學員和個案都還難以接受，對於又一村的情形不易接受，所以初期讓他們先來看，參加一些活動，如果願意繼續才辦住院。又一村沒有進行就業或返回社區的準備，離開又一村上大學，因為學員功能不好，有的就轉到成人體系服務，或是工作坊、清潔隊、洗衣坊，要比較複雜的就業會有困難了」（CPsyS）醫療人員的經驗，又一村學員是教育體系難以承接的個案，他們難以適應學校生活、拒學，無法完成學業。通常只要沒有干擾、破壞行為，只要學校轉介、個案與家長同意，他們都不會拒絕。

老師認為學生在普通環境的適應實在有困難，學校特教彈性出缺席和

成績計算，還是無法安置學生在學校接受教育，才會建議家長去又一村，通常學生已經生病一段時間了。受訪特教老師SET1、SET2、SET4及個管社工都表達對轉介學生到又一村的質疑，他們並不會建議家長去試，因此在進入又一村的轉銜過程，受訪專業人員比較考量又一村的特質比較被動。

受訪家屬衡量孩子的情形，接受又一村是「取得學歷的最後機會」，才會開始去申請特教安置，到又一村的誘因是學歷，在嘗試普通環境的學習困難後，有個地方可以滿足醫療與教育的需要，將來可以拿到高職畢業證書，參加考試會就業比較有利，受訪家屬主要都是從門診轉介又一村，部分學校提供資訊讓家長透過特教安置到又一村，例如案例C、D、F、G，也有家長自行透過門診就醫後轉入，例如案例A、B、E、H：

「他是國三下4-5月生病的，生病後就住院，沒有再去學校，6月直接領畢業證書。隔年參加基測考上技術學院，都是靠自己，學校並不知道他生病。考上後曾去上課3天又不行，接著休學，連續兩年休學，學校說不能在休了，去辦手續時輔導老師才跟我們說有這個地方，介紹我們到又一村，我想可以把高中的學籍拿到後可以去參加考試，身心障礙特考…」(AMS)

「他就是說，既然..沒辦法上課嘛，沒辦法同生存了啊，就是有一個醫療，還有一，教育的單位這樣，不然他以後要怎麼辦...以後要..要面對社會啊。要給他一個高中的那個學籍這樣...你現在還是國中，國中你要去找工作什麼，...等到高中休學，我就想他一定要有地方去，我為了他已經一年沒工作了，他要去上學我才能上班賺錢，後來就問社工，社工找了好幾個地方，最後才來這裡，...不來不行啊，這裡才有學歷」(BF114)

「在國中時還持續在T醫院治療，後來因為暴力轉到松德住院，出院後再回去T醫院，C醫生建議說去又一村可以比較適合他，可以有個學歷，他去了也覺得喜歡...他喜歡就好」(CMS)

「那我們就是覺得說，可以到正常學校去念的話...，如果醫好了，就可以不必到這邊來...這次會到這邊來，當然，就是說，經過那麼久，好像..好像..很困難了」、「除了在又一村，有沒有想說兩三年，這邊可以結束的話？受訪者父親：只能走一步算一步，不曉得，我也不曉得，現在，最期望就是能夠把他病治到可以自己照顧自己」，「因為我(案例D)生病嘛，可是又不能去上課，所以我只好來又一村這邊樣子，轉來這邊這樣子上課這樣子」(DF113, 17,19)

「五六年級的時候，所以那個時候沒有直接去看醫生，只是不想上學，缺席在家裡，...國中的話，我..我國一大概讀，可能只有一個月吧，然後就轉到又一村，結果我就不想去，因為那時候我就..很不喜歡學校，...因為聽說沒上學爸媽會被罰，...當初只想把他混畢業，沒想太多」(EI4-5)

「國二和國三由於症狀不穩定、缺課，維持部分時間到又一村、部分時間回學校上課，高職後又不適應去學校，這學期恢復全部在又一村上課，學籍掛高職，…以後？」(FS)

「我原來是念S國中的，後來念一半不行，就來又一村試讀，後來國中畢業就變成文山特殊學校，到今年才畢業，現在在咖啡廳受訓，希望可以去速食店打掃廁所」(GI2)

「案例H考上了學校以後，她完全都沒有辦法出席，學校要把她勒令退學，所以醫生才會想說我們這邊出面幫忙這樣子，就是先把她安置在這裡，這樣就不會因為缺課被退學」(HNI20)。

受訪者到又一村的原因主要是取得學歷、學習一技之長、接受復健治療等，案例A、B在專科和高職無法適應面臨退學，透過門診安排到又一村日間住院之後，隔年接受教育局特教鑑定安置，學籍在文山特殊學校，案例C由國中特教安置部分時間到又一村，學籍在國中，案例D、G由教育局鑑定安置高中職部分時間安置又一村，學籍在文山特殊學校，案例E、F鑑定安置學籍在高職，部分時間到又一村上課，案例H高職二年級提出申請安置又一村，學籍留在高職。受訪者進入又一村的情形不同，生病之後接受治療、課業中斷，等到復原回到學校時學習跟不上，學校特教服務也難協助、學生面臨中輟，又一村的教育和復健的角色就成為考量。有些個案在安置後會視出席情形調整回學校、到又一村的比例，配合個案的治療調整教育計畫：

「案例F不算請假，因為他當初就是安置在學校和又一村，又一村是屬於情障特別安置的那個..合作的方案...就是到又一村去上課」(SET4I6)、「我們的特殊學生都上國立大學，我有些學生在生病的情形下還可以上國立大學...，不過，情障差別很大，也有實在撐不下去，我也曾經建議去向日葵、又一村...」(SET2S)、「我的直接接觸裡面沒有轉進又一村的...有的時候又一村變成是一種臨時的安置狀態，比方說這個孩子在學校裡面實在是亂成一團，孩子不聽勸，我們就...我們曾經有個案是故意的到又一村那邊一段時間，包含讓他不會在學校裡面受那麼大的壓力，也讓家長輕鬆一點，可是也許孩子到又一村之後覺得...還是回學校好，那他就會做一些配合的事情，以便回到學校，這是一種；那另外一種情況是，又一村的孩子要回學校去，我們做中間的轉銜，去協助也有。當然也有真的學校撐不住，送進又一村去，然後就在(又一村)畢了業的也有。...(又一村)不像特殊學校那麼重，也許不像很多特教班都要求一定要智能有狀況的孩子，他也許是比較適應應狀況不良的孩子，然後你可以選擇又一村的狀況，讓他去...那他還必須有一些基本的自理能力，不然我們就送4C病房(青少年急性病房)算了！」(SET11I0-11)

嚴重情緒障礙的學生進到又一村，並不是他們的優先選擇，通常在普通學校體系裡曾經試過各種彈性處理後，還是難以持續在學校學習，因此

才會轉介過來，可以取得學歷對家長是很大誘因，對受訪者「又一村」是世外桃源、與世隔絕，是隔離的復健與教育場所，他們在又一村的課程比較輕鬆、學習比較不會有壓力，白天可以有地方安置，這是最後不得已的安置，也是意味普通學校融合有困難，需要暫時隔離到精神醫療的環境。家長與病人在學校的挫折感，到了「又一村」同為天涯淪落人，他們覺得備了解、接納，醫療人員對於症狀和情緒行爲的處理，很快得到學員肯定。進入又一村後學生的學習、課程的安排就不是那麼重要：

「他根本不開口，來了一年多，還是要我幫他說，…課業的部分每星期有一次一對一的教他準備考試，複習功課」（AMS）

「…我當然是很希望他..有辦法去獨立,..做點簡單的那個...好像...就是要他,要自己去照顧自己嘛,啊上班,就是,不然以後,就是,就是那個,逐漸這樣啦,我沒辦法照顧他那麼久啊」（BFI）

「那時候我好喜歡那個護士,你並沒有太特別討厭,你討厭的原因是因為說,這個課你覺得吵,可是你基本上你還是覺得,為為了你好,你會去上?對」「~心情不好想找人家談...呃..應該..呃...的話...你要看在什麼地方心情不好,如果是在又一村裡面心情不好,那一定是先找又一村的老師,因為其實,我在那個時候,我覺得,其實有幾個老師,我都覺得,人都還不錯」（EI）

「我是覺得（課程）比較BORING一點啦,對,因為就是..因為..對這方面就比較不喜歡,可是,我們有一個老師,男老師他帶的就是繪畫的...,在又一村的時間就是..第一次去,跟第一批的老師感情很好啊...,就是他們,其中有三位帶我的那批老師都離開,就是,對,然後,有兩位就是先離開的,我到現在都還有聯絡這樣子,對對對,就是,雖然離開了,他們離開又一村,可是我覺得,我們現在就像朋友一樣,..也和新的一批老師,也感情算不錯,..因為我覺得那些老師都會像大孩子一樣,(笑)所以其實在某些興趣方面,其實都還蠻像的」（HI）

在又一村的安置是學生選老師「通常學生來的時候她們會先試讀，然後看她們和哪一位老師的關係比較好，就分給那位老師（變成那一組的學生），每組大約 10-12 人，如果學生覺得不想和那位老師在一組，她可以換，並沒有規定如何接案，就是讓學生依照他覺得比較喜歡哪各老師，就進去那一組」（SET3S），爲了讓學生願意繼續在又一村學習，讓他們選擇老師和課程，老師與學員建立關係，形成良好的情感支持，對於已經離開又一村的學員（案例 E、G、H），和老師的關係是令他們肯定與懷念的。在又一村的學習必須先讓學員情緒穩定，因此和老師或工作人員建立良好的關係是維繫學員的重要關鍵，學員所懷念的不是課程，而是老師，他們的關懷和熱誠讓這些學員覺得真正被接納。

二、又一村與學校的差異

在「又一村」裡每個人都有老師、治療師照顧，目的是將來可以回歸社會，他們依照個人的喜好選擇課程，每個時段都有不同課程：「又一村是以復健和工作訓練為主，我們有課表，學生依照興趣選課，並沒有規定至少選幾門課，我的學生也可能沒有選我的課，如果她們要參加工作訓練團體就要選 5 門課以上，才不會被扣錢，因為我們覺得他選 5 門課表示他已經比較穩定的參加又一村的課，這樣我們會評估它是否可以參加工作訓練，然後他才能去參加訓練，如果沒辦法規律來就會被扣錢或取消資格」（SET3S）。由於學生的功能影響他們未來的轉銜規劃是以就業和社區適應為主，因此課程比較簡單實用。

下表 13 是又一村的課表，每個學員可以選擇有興趣的課程參加。對於課程的參與從學員的病歷紀錄中看到，研究者影印案例 A、B 參與課程的紀錄，該紀錄是針對所有上課學員的參與狀況紀錄，學員的課表差異很大。

表 13：95 年蘭亭書院課表

	星期一	星期二		星期三	星期四		星期五		
10:00	適應體育	瑜珈	音樂治療	自然體驗	繪畫	陶笛	直笛		
10:40							村民大會		
11:30									
午餐時間 & 自由活動									
	蚯蚓的天地	蚯蚓的天地		蚯蚓的天地	環保工作團體會議	蚯蚓的天地	蚯蚓的天地		
13:30	勞動服務	結藝	音樂治療	藥物諮詢	成長列車	直笛個別課	春夫工作團體會議		
14:00							直笛個別課	書法	插畫
14:30							卡拉OK		
15:30	影片欣賞	球類天地							

學生選課通常和他們症狀、需求有關，學生在選課之前盡量先去參加，之後選擇有興趣的課：案例 A 到又一村一年了只有參加適應體育和唱歌，而且是要媽媽陪著，無法全程參加，上一半就想離開。案例 D 選擇適應體育、球類、書法、繪畫、歌唱、結藝、讀經，但是經常請假在家，或是很快離開。案例 B、E、G 參與所有課程（老師會以出席率作為取得學歷的基本要求），案例 H 和 F 經常缺課，參與課程的情形很不同。受訪者的學籍如果是在普通國高中，又一村老師就會與學校討論在上課時間的分配，希望盡量融合到學校，增加回普通學校的時間，案例 C「之前是他每週一和週五去又一村，參加適應體育和村民大會。其他時間應該回學校，但是實際上他都在家裡（不願出門），訪談之後母親與又一村溝通增加上課時間，於是變成每天上午到又一村，下午回學校，目前（96.12）參加的課程：適應體育（一、三）、園藝、朗讀、村民大會，預計他的課程還會增加，此次他在回到又一村上課變得很積極，當學員可以穩定參與課程...我們剛和他重新定約定：要逐漸增加他去學校的時間，所以他要到又一村他就要增加去學校的時間，到學校半天可以到又一村半天，用一比一的方式，現在已經可以到滿五個半天，他如果不去學校也不能來又一村」（SET3S），雖然吸引學員來又一村、增加出席的情形很重要，但是回歸普通學校才是重要目標，案例 E、F 從國中畢業後，安置到高職，在高職的第一年仍保有每週至少一次回到又一村上課的時間，案例 E 從每週一個半天（名義上是上電腦課，實際上是協助處理情緒）回來，到後來完全不用再回來，案例 F 則從學校適應困難後退回又一村，全部時間在又一村上課。又一村在學員回歸普通國高中的過程，是一個彈性轉接站，進可攻（在學校適應良好就增加去學校的時間），退可守（學校適應不好，就增加在又一村上課的時間），讓學員有更大的彈性嘗試在普通學校學習。

由於每個學員的差異大，在又一村可以「個別化」的安排學員的教育和復健治療「因為她（案例 H）練很多的對音樂，然後我就開特別一間教室給她，讓她在那邊練習，她的洋琴老師，每天，就是一個禮拜來一次教她」（HNI），又一村可以針對學員的個別狀況提供個別課程，對於比較穩定規則出席的學員，就會開始環保訓練的課程，但是職業訓練就以環保為主，比較固定。大部分學員可以在課表中選課，每 3 個月檢討一次，決定是否變更。

又一村的課程個別化，學生成績計算比較有彈性，又一村的老師會和學校溝通，提供學校成績和出缺勤，家長不需要自己和學校開會：「文山的學生是不用算成績的。文山那邊比較不會要求成績出缺勤，到畢業的時候她們會問我們，今年誰第一，也要排名次，要頒市長獎。但是我們通常會要求要出席超過 50%，不

過這是和學生的約定，因為這裡也是住院，健保也有規定。至於非文山的學校也會跟我們要成績，因為我們的課程比較是復健的考量，例如我們有園藝、朗讀、歌唱等，我們在給成績時就要轉，園藝可以換成自然，歌唱換成音樂，朗讀變成國文」（SET3S）。案例 F、H 的學籍在高職，老師之間就會共同討論成績的計算「那我留在又一村..那學籍是掛 TC 的..可是..可是打分數的話...譬如說你國英數啊..什麼..有些該打的分數就是在又一村打..該寫的功課就是在又一村老師教你寫..然後你傳過去...然後打分數..有些就老師幫你打..不是..不是..老師會幫你...」（F11）「F 的成績又一村的老師會傳過來給我，包括他的出席情形，我就知道她有沒有去又一村」（SET4I）。

又一村的課程內容重視生活化、實用化，由於學員在生病後退化，學習「自行搭車、穿著適合的衣服、買東西（午餐吃什麼）、生活安排（假日做什麼）、應付突發狀況...等」成了重要的課題，這些一般青少年可以很容易做到的事，學員需要透過課程學習，又一村的「村民大會」、「團體會議」等課程，是訓練學員學習溝通表達與「自我決策」的課程，這些課程的重點是生活學習，不同於學校的課程。又一村課程內容比較強調實用，沒有一般的國文、英文、數學等科目，以簡化的課程替代，成績計算比較寬鬆，由老師觀察學員的課程參與，不需要紙筆測驗「回社區這一塊主要是基本的自我照顧的，生活的 enjoy 的這一部份，我覺得基本的大概 OK 啦，就是搭車啊，但是我覺還要有更進一步的一些功能，就是，比如說看報紙，或者是知道外面現在發生一些什麼事情，那個功能還必需要」。「他（一位已經出院的個案）說禮拜天他都不知道要做什麼，沒地方去，因為，他白天來又一村還有很多課程可以上」（HNI18）。

又一村並沒有 IEP 會議，醫療人員有定期會議討論個案進展取代 IEP 會議「就是 morning meeting 啊，因為我們每天都有 morning meeting。」（HNI），至於和家長的溝通是透過電話或家長接送時討論，不定期的提供家長了解學員的情形，他們經常電話聯繫討論學員藥物、情緒行為、人際關係等，維繫親師之間的密切互動。至於又一村課程的安排，家長認為他們的孩子就是因為沒辦法在普通學校學習，才會到又一村，所以只要盡量出席可以取得學歷就好，至於課程的難易適合度，在疾病的情形下很難要求，家長對於課程內容比較沒有意見。

又一村的課程比較沒結構，對於學員比較不會有壓力，但是這樣的學習方式對於回到普通教育就成了問題：「我覺得那種，我覺得成績還是非常重要」
「學業那一塊等於說，進去以後，剛開始進去很辛苦，你想想看，你你國中三年你都沒有讀，又一村的學科其實不像一般的國中的學科那麼好，就不會學那些東西，不會去學國英數那種東西，所以，第一年一定很辛苦，第一年我真，我幾乎那個，主科都去補那個... 都去

資源班, 因為那些什麼...烹飪啊, 手工藝...烹飪啊, 縫紉啊, 手工藝啊.. 那個真的都去補...幾乎想放棄...」(E115-16) 由於課程與普通教育脫節(沒有教主科國文、英文、數學), 對於能力較好將來要回歸普通教育的學員, 離開又一村的轉銜非常辛苦, 課程的學習必須以外加資源班方式, 讓她補回國中三年的落差, 課程上的落差增加適應困難, 案例 E 也曾經覺得想放棄, 因此考量個別差異安排課程轉銜, 可以減少學習的挫折感, 對於回到普通教育是重要的助力, 這部分的安排將會影響收治的學員, 如果課程的層次較低、較沒有結構, 功能較好的學員就不會來, 學員如果難以回到社區, 就難以離開又一村。

三、轉銜離開又一村

又一村是服務22歲以下的學員, 希望透過醫療和教育結合的服務, 讓學員可以融入普通學校、回歸社區生活, 當學習階段結束、畢業離開教育體系, 就可以出院, 案例G、H因為畢業就辦出院「..我..我在又一村寄讀, 是文山的學生, 文山特殊教育學校.. 就是讀文山特殊學校, 讀到高三就畢業, 然後就到咖啡屋工作.. 今年從文山畢業(也從又一村出院了)」(G1), 案例G希望就業, 她在又一村參加環保訓練, 畢業後繼續在醫院的咖啡廳訓練「可是我還是有學籍, 我有天天來.. 有打掃廁所.. 工作.. 環保工作.. 常常打掃廁所很乾淨.. 然後.. 然後現在畢業啦.. 在.. 就轉介到咖啡屋了..」 「我想.. 有點想要在肯德雞打掃廁所...」(G1)。案例G畢業出院後因為還在院內咖啡廳上班(每週2個半天), 從醫院的又一村轉到院內復健體系, 並沒有完全離開醫療體系。學籍在文山特殊學校的學生, 在畢業前就要討論是否續留又一村、繼續環保訓練, 或是轉介就業, 案例G、H都是畢業就辦理出院, 她們當初的目標都是完成課業, 案例E則是因為高職第一學期還有課程必須到又一村上, 一直到高二完全在學校上課後才辦理出院, 他準備出院的過程較長, 以適應普通高職的生活為轉銜的目標。

案例G在院內咖啡廳上班, 以在庇護環境的就業為轉銜目標。案例H的經驗是畢業同時結束又一村的住院「學校畢業之後就.. X醫師就覺得... 可以出院這樣子」(H11), 同樣是畢業就出院, 受訪者和母親覺得畢業就出院時在措手不及(沒有準備好), HN對於他的倉卒出院, 心理還是難以調適, 案例H則從離開後自己調整生活, 認為美工科的學習有的可以自己學、不需要留在又一村, 畢業後覺得叛逆期過去了, 這時候出院也沒什麼不好, 但是從心理上的調適還是經歷半年的調適期。

案例E在剛進入高職之後，每週回來一天，回來發洩情緒，變成寒暑假回來看看「我們準備她出去花了很多時間，然後帶她去，去學校好幾趟，然後，我們老師帶，然後大概每學期都會去她們學校開會...剛開始在學校，其實我們要帶她去的時候，呃..她就說她要把學校燒光，要把老師殺死，那..後來慢慢的就是，嗯...也也比較好啦，那..本來是，比如說一個禮拜，有一天回來，全天，減為半天，然後後來就慢慢的就..就覺得..就不用回來了」(HNI4)，轉銜的進度可以依個案的進展，當她融入學校的生活，情緒穩定，就是又一村出院的時候。

從案例E的經驗，未來課程規劃需要考慮個別性，也要有階段性，當學員準備轉銜到普通教育時，學科準備也要同時進行，案例E與F的差異，就是轉銜成功與失敗的比較「他(案例F)不應該讀日文，因為日文學的就是像國英數那種主科，那種就是..很現實就是，你就只能夠..這個好，如果你不好就沒有了」我還是有...科目不好的地方，所以我還是有上資源班，」(EI1,2)，案例E在高職的成績可以在10名左右，她到高職後一直在資源班上補救教學，因為國中3年在又一村的課程並沒有國中課程，因此她一直在高職資源班上課「當然也會有的課不喜歡(又一村的課)，為什麼不喜歡，是因為那個課程你覺得太簡單了，例如有的人可能覺得，他能力比較好，上這些課，他實在...太簡單，還有就是..我這個人其實蠻怕，吵的，所以..那個課其實有的時候會很吵，然後我就會..不喜歡」「那邊的生活其實就...怎麼講，現在想起來就有點像在渡假那種感覺，就是...很..就是可以很自由，你想要做什麼就做什麼，反正時間到就回家這樣」(EI9,12)「第一年一定很辛苦，第一年我真，我幾乎那個，主科都去補那個(上資源班)...」「我有想休學，因為每天除了上班上的課還要去資源班上課，我每天都累到回家倒下就睡，我也想過休學，可是私立學校很貴，每學期要繳4-5萬，休學只能退一點點，只好咬牙念下去」(EI)她認為家政科比較適合身心障礙學生，因為有一半是學科一半是術科，案例F雖然比他晚一年上相同的高職，但是日文科對於國中基礎不好的人會很辛苦。學科的準備對於學生回到普通學校的學習是重要的基礎，又一村的課程必須盡早加上學科的準備，減少回社區的阻力，才能提高轉銜成功的機會。

案例F原來想循案例E的成功經驗，結果卻不如預期「那後來國中就大部份也都在我這邊上課，然後就是看到這個案例E去高職念得很好，就想說，他也去那邊，因為我們覺得他們的輔導主任很好嘛，可是好死不死，這個孩子去的時候，他們換了輔導主任，加上這個孩子適應能力也不好，就是，會有一些，比較sensitive這樣子，然後他的功課也沒有那麼好，所以，我覺得那種，我覺得成績還是非常重要的，因為他跟不上嘛，他就一直發問，然後同學老師就會很討厭他，然後，呃，常常就要請假，然後老師就非常生氣，就覺得說媽媽太protect他，然後就不給媽媽好臉色看，媽媽就很挫折...」(HNI21-22)，

案例F目前全日安置在又一村，缺席情形嚴重。

除了課業的準備，人際關係的也是留在學校的拉力，案例E、H也曾經長期缺席在家，不去學校也不到又一村，但是他們在人際關係上得到助力，案例E到高職上課，學習新的人際互動結交朋友，對於他繼續留在學校是重要的因素「我..我高中第一年進去的時候，是很恐怖的…我高一的時候也是人際很差，都沒有人跟我講話，因為我整個就是不想要跟人家講話，然後人家也不來跟我講話，我到二年級的時候，我才交到朋友…他（朋友）就說，你一年級真的很恐怖，你一年級整張臉都是臭的，就是殺氣很強，跟本沒有什麼人敢接近你，…人有時候很現實，成績好就會有朋友…」（EI20）

案例H認為，生病造成他必須常在家（在外面發作就必須趕快送回家），高中缺席太多沒有交到朋友同學，後來是因為補習攝影和日文，因此結交社區裡的朋友「待在學校的話，就是朋友會比較多，可以說，說話的對象會比較多吧，…我，就是，因為之前有報名上日文，然後我們就是日文班的同學」（HI13），建立人際關係可以讓青少年融入學校和社區，案例E、H是成功的例子，不論是課業的準備或是人際關係的建立，都必須儘早規劃，才能融入學校和社區成功轉銜。

在又一村的課程必須考量回歸學校或社區的需要，當學生完成學業或治療目標，就準備離開又一村，他們是如何準備：「學生要畢業我們需要寫轉銜表，要和學生和家長討論畢業後的安排，也會評估他的能力，如果想要接受工作訓練就準備到工作坊，也有些能力還沒辦法到社區工作坊的，就會繼續留在又一村訓練，等到年紀比較大再轉到成人的日間病房或工作坊」（SET3S）。

又一村的學員，對於未來的規劃不同，案例H在家約半年後覺得情況比較穩定、心情比較好，案例E到高二之後才比較融入學校，案例G轉到咖啡廳半年，還是經常回去又一村，案例F則在高中壓力太大又退回醫院。學員轉銜需要的準備和時間也是不同，適應環境需要的時間各不相同。這4位離開又一村之後都不相同，除了案例E算是成功，案例G還在庇護就業，案例H也還在適應，難以斷言轉銜成果，又一村所提供的課程偏重醫療或精神障礙者就業訓練，比較缺乏轉銜到普通教育、回到社區的準備。

四、討論：又一村的轉銜服務

又一村的設立已經 10 年，透過醫療育教育的長期合作，許多學校會

轉介嚴重情緒障礙學生到又一村學習與復健，然而每年度服務近 100 人，至今可以「成功」離開又一村，回歸普通學校就學或就業的個案只有 3 位，案例 E 是其中一位，另一位在高職就學，不再吃藥、不希望被追蹤，還有一位在身障機構就業（HNS），這樣的結果的確會讓人對於又一村的服務成效質疑。

由於精神醫療服務的污名化問題，即使醫師和醫療專業人員都不主動鼓勵轉入又一村，個案需要經過「試讀」後才決定正式辦理住院，家屬和個案在試讀期間也可能放棄住院，平常大約維持 30 多名學員，其中 1/3 有學籍。學員在畢業離開教育階段時辦理出院，轉到社區復健體系，繼續就業訓練，過去並沒有人進入大專院校就讀，大部分人需要身心障礙就業體系繼續訓練，另一部分人就轉到精神醫療成人復健系統或在社區、家裡。

這樣的結果可能和又一村收治標準有關，通常是在普通環境接受特教服務後還是難以融入，家長才會考慮到又一村，試試最後一個取得學歷的機會，因此家屬和個案都要面臨心理調適的過程，另外也會有些試讀後覺得難以接受回到普通教育環境或在家裡（SET1 提到會以安置到又一村來”嚇嚇”一些個案，讓他們比較願意在普通學校合作），最後留下來的通常是已經在普通教育努力失敗的家屬與個案，經歷這些過程後，對於又一村的服務要求相對比較低，他們比較期待孩子白天有地方可以學習、疾病可以控制、得到醫療專業照顧，他們預期這可能是個案最後一個學歷，學歷的形式意義比較大（所有受訪父母的一致看法：將來要找工作可以有高中學歷），所以對課程與學習的內容和安排，他們就沒有什麼要求。

又一村的課程安排比較生活化、實用化，包括藥物諮詢，學習生活技巧等，比較沒有學科的學習，主要是考慮學員的狀態難以學習、特教老師流動率大、缺乏特教老師也是原因，因此沒有 IEP，離開又一村的轉銜規劃也比較侷限，所有專業人員（醫師、護士、特教老師）都要分擔課程、參與課程，還有依據個別學員需求而外聘老師，學員可以依興趣與能力選擇課程，也可以更換負責的老師，尊重學員自主性與選擇，這樣的包容性讓學員的學習比較不會有壓力，也是普通學校難以做到的。案例 E、H 回顧在又一村的學習也有同樣的看法，案例 E 堅持高職三年都參加學校的資源教室，是因為「3 年都沒學，不去資源教室不行」，案例 H 則認為他比較懷念又一村的老師提供的支持，對於課程他覺得太簡單了，有點無聊。

又一村的學員功能較差，學習的要求較低，因此學校特教老師、情障巡輔老師、個管社工不傾向將個案轉介到又一村，他們擔心又一村比較隔

離，課程太簡單、缺乏正常環境的刺激，對於未來回歸正常環境不利。專業人員的觀點也反映出家長和個案對於又一村的安置的抗拒，畢竟這是在精神科的環境的安置，要不是為了取得學歷，這不會是優先選擇，但是**既然是教育與復建結合的服務，教育的角色也要發揮，才能吸引學生與家長，因此依學生 IEP 進行課程與教學安排，具體訂定各階段學習目標，才能讓有需要的個案願意到又一村。**

又一村的規劃是爲了無法在普通學校學習的嚴重情緒障礙學生，然而對於有能力回歸到普通學校和社區的學員，在學習與課程、生活作息、環境適應、同儕關係等方面的轉銜準備就需要加強。又一村的個別化與包容性、尊重學員的作法，普通學校很難做到，學生離開又一村時，要提早強化與普通課程的銜接、學習社交技巧、有效學習的技巧等，漸進的回到普通學校，避免因爲準備不足而導致前功盡棄，案例 E、F 兩位是成功與失敗的比較。

來自案例 E 對於兩人的差異做了比較，他認爲他成功的原因：不是精神疾病、沒有服藥（不會被藥物副作用影響），另外他習慣自己決定、處理事情不依賴母親，他選擇的科系是屬於學科和術科各半的科系（功課壓力不會太大），學校資源班補習學科，在成績表現比較有信心，高二後開始交到朋友，成績不錯別人就會主動與他成爲朋友，人際關係慢慢建立，在學校有支持。另外 HN 認爲學校輔導室提供他很多協助、第一年可以有半天課程回又一村上處理他的適應壓力，因此案例 E 可以漸入佳境。案例 F 則在適應壓力下引發躁症（mania），住到急性病房治療，母親對於他的要求盡量包容，讓他退縮在家（不強迫他去學校），由於症狀不穩上課出現怪異行爲，引起同學反感，沒有建立人際關係。另外該日文科是屬於學科的科系，例行的考試很多難以應付，對於從結構比較鬆散的環境轉換到許多考試的學習環境，落差太大。這些對比可以在未來規劃學員出院轉銜的重要參考，畢竟是又一村是醫療環境，和學校的運作很不同，因此不只協助學員爭取安置到普通學校，更應該確實評估學員的能力，協助學校儘早提供服務，除了「轉」出還要「銜」接，學員才能融入普通學校。

嚴重情緒障礙者的轉銜，不只是取得學歷、進入高職，或是找到工作，嚴重情緒障礙青少年還有一部分是領有慢性精神病身心障礙手冊，未來需要轉入成人精障體系繼續接受服務，案例 A、D、G 都是精神分裂症，他們的轉銜目標是進入精障的安置或就業訓練，他們需要的是獨立生活訓練，將來可以在社區或庇護環境安置。因此轉銜的服務也要依個案需求規

劃，針對個別程度與目標，漸進的將轉銜的準備融入課程。

又一村是嚴重情緒學生的安置場所，提供教育和醫療結合的服務，主要是針對有醫療和教育需求的嚴重情緒障礙學生，協助他們接受教育與復健服務，在 8 位受訪者中，案例 E、G、H 已經自又一村畢業，案例 E 成功的轉銜到普通高職就學，即將完成學業，案例 G 繼續在精神醫療復健體系接受就業訓練，案例 H 透過又一村協助取得高職學歷，然後和家人共同安排未來生活。每個學員進又一村的共同理由都是在外面的適應有困難，離開的情況也各不相同，主要是完成高職學業或轉銜到普通學校、教育階段結束、進入其他就業訓練，這些轉銜的歷程，提供寶貴的經驗：在又一村的學習必須兼顧與普通學校的互動，學籍在普通學校可以讓學員在又一村時就漸進的推回普通學校，學籍在文山特校的，畢業的安置準備就必須是在畢業前要儘早準備。目前又一村的就業訓練還是以環保為主，對於功能較好的學員比較沒有吸引力，就業訓練個別化是未來可以更精緻服務的作法，或是在又一村期間就開始與社區工作坊合作，開始部分時間去適應，提早轉銜準備，增加社區適應的成功機會。

若比較案例 E、H（成功案例）和其他 6 位受訪者的差異，她們可以「融入正常」的原因：首先，在診斷上，他們不是精神分裂症或情感性精神病、不能領手冊，意味他們不是很嚴重；他們的認知功能沒有因為生病有太多退化；與醫療、老師的關係良好，案例 E 堅持不吃藥，但是和專業人員關係緊密，案例 H 在試過減藥後，決定和醫師合作用藥（減藥、調藥），信任專業人員；除了在又一村接受服務，她們也在社區或學校結交朋友形成支持網絡，建立支持體系建立，讓她們可以留在學校和社區，家庭內的情感支持與連結較強。

五、結語

本章說明研究訪談對象，共有 8 位受訪學員，4 位家屬，4 位特教老師（公立高中、私立高職、情障巡輔、又一村），2 位個管社工，1 位護士，1 位醫師。透過家長與情障個案、專業人員，了解情障個案與家庭特質、接受專業服務情形、對情障學生服務的運作與轉銜現況，特教相關服務落實進行了解。情障學生的特殊問題、家庭不利因素對其學校適應不利，然而特殊的疾病經驗，讓他們難以迅速「確認身分、取得手冊」，銜接各項服務，疾病調適過程更為漫長。家長參與在嚴重情緒障礙學生的生活照

顧、醫療、教育選擇上扮演重要角色，家庭的角色既是照顧者也是主要決策者，受訪家長覺得照顧負擔大、對於各項服務資源、特教規定的了解有限，對孩子未來發展感到悲觀，疾病造成家庭混亂，需要多元資源協助，參與教育和醫療專業合作，但是對於決策的參與比較不足。

教育專業人員（SET1、SET2、SET3）認為這類學生的特質導致他們需要社交技巧訓練、情緒行為的處理和醫療服務，但是學校提供的特教服務模式卻和其他障礙一樣鑑定安置與服務，教育人員依據規定進行資料轉銜，並沒有主動連結資源或轉介就業訓練服務，缺乏轉介就業輔導人員的服務。

各系統的專業人員比較缺乏橫向的連結或是合作，每個體系特教老師都在做「個管員」，每個個管員都處理家庭問題，學生的直接教學和輔導的部份反而比重較少。如果情障學生的情緒穩定與控制不好是他們的特質，醫療與藥物的效果個別差異又大，大部分青少年必須長期和部分症狀和藥物副作用共存，那麼特教老師需要發展對情障學生的特殊教學模式，讓學生在稍微不穩定、部分症狀干擾下學習，以利他們在普通學校的學習與融合。

又一村是一個融合教育與醫療復健的場所，讓義務教育階段的情障學生可以兼顧疾病治療與學業學習，學員依據其能力與興趣選擇課程，落實個別化的服務，然而其醫療的背景，對於學員轉入普通教育的準備不夠，成功融入學校和社區的比例不高，讓需要這類服務的青少年卻步，專業人員也不會積極轉介個案接受服務。又一村是醫療體系中的日間留院，其結構上偏重醫療與復健服務，在特教教學功能比較弱，學員離開的轉銜服務也比較侷限。未來應該以學員個別需求，增加教學內容與提供多元的轉銜準備，才能提升學員轉銜成果，吸引需要的學員加入。

第五章 研究結論與限制

嚴重情緒障礙是屬於特殊教育的障礙類別，可以接受特殊教育及相關專業服務，由於這類障礙大約在 12 歲左右發作，比較晚進入醫療與教育，由於疾病和障礙影響認知情緒的變化與穩定，造成學業學習、人際關係的困難，需要醫療介入處理。有些個案治療效果有限、能力退化嚴重，普通學校的特殊教育服務也難以協助其學習。

臺北市政府教育局自 87 年起與臺北市立療養院(現名臺北市立聯合醫院松德院區)，於青少年日間留院「又一村」，辦理嚴重情緒障礙特殊教育班「蘭亭書苑」，藉由精神醫療團隊與特殊教育人員跨專業合作，營造復健及學習環境，提供適性多元課程，使學生獲得穩定改善，回歸學校學習。

本研希望以質性訪談的方式了解嚴重情緒障礙者與其家庭特質、轉銜的現況與問題，個案自我決策情形，探討專業服務體系如何提供服務、進行轉銜服務。透過半結構訪談，了解學員與家庭疾病與接受服務的經歷，從專業人員的訪談，了解專業服務的做法及他們對情障學生與家庭服務的經驗。

過去對於嚴重情緒障礙的研究比較多是量化統計，來自國外對於這類學生的服務經驗，本研究希望透過受訪個案一窺台灣嚴重情緒障礙者的現況，台北市特殊教育資源充足，針對嚴重情緒障礙有所謂「情障班」，讓這群有醫療需求的嚴重情緒障礙青少年可以繼續學業與復健，本研究以「蘭亭書苑」學員經驗，探討其轉銜的經驗、自我決策、家庭參與，及專業服務的現況。最後針對研究的發現與問題提出討論：

1.研究方法的問題

本研究以半結構的問題進行訪談，但是受訪個案在訪談時對訪談問題理解受疾病的影響，導致對半結構問題還是有困難，需要研究者提示說明，受訪個案的語言表達比較表淺，難以完整表達內在思考（感受）或是完整描述過去發生的事情，究竟是疾病或藥物的影響或是認知的受損？這類學生的認知特質、溝通理解對於其意見、感受表達的影響，應該列入考量。這也呈現這類學生的缺陷對於生活、學習與人際互動的影響。

此次案例 A、C、D 的意見幾乎都是透過家屬的「翻譯」（或說明），

家屬是否可以正確傳達受訪個案的感受？另外，關於家庭的資料我有參看病歷紀錄、專業人員的說明，還有訪談家屬，但是有 3 位受訪者的家庭資料是來自受訪個案的訪談，沒有完整評估家庭中其他人，或是手足對於個案生病的感受、受到的影響，難以完整說明疾病對家庭的每個人的衝擊。有限的資料難以深入詮釋受訪者的深層意念，僅能了解受訪學員對訪談問題的簡單意見，這樣的結果也說明精神疾病對青少年認知的影響。

由於研究者過去經驗，日間留院的病人通常病情比較穩定，可以在保護的環境生活學習，在訪談後才發現受訪者的疾病影響個別差異大，以案例 A、D 的情形，若沒有父母的陪伴根本無法單獨參與活動，案例 H 過去也是需要父母親在附近看護，這是研究設計初期沒有預期的。針對受訪者的訪談表現，也是回應到家長對個案自我決策的擔心，如果他們與外界的溝通都需要父母翻譯，對未來升學就業的選擇如何抉擇？爲了彌補訪談不足，我從醫療專業人員的訪談及病歷、文件（醫療個案報告）及對家長訪談補充資訊，透過這些與他們密切生活的人，提供他曾表達的意見。

未來對於這類個案的研究，是否應該考慮以「觀察法」或是深入個案生活、家庭互動，會比對個案訪談得到更多資訊。個案訪談的資料受到個案表達程度影響，有些個案以有限的言語表達難以詮釋其內心感受。

另外此次訪談的部份專業人員不是受訪個案的直接服務者，因此僅能提供服務原則的說明，無法深入說明受訪個案接受服務的情形，這也是比較不足的部份，未來可以個案爲主，連結其接受的專業服務進行了解，比較可以從專業間的互動了解轉銜合作的實際情形。

2. 受訪個案與家庭

8 位受訪者中有 4 位曾在研究者服務的醫院就醫，2 位曾住院，此次訪談讓我更完整的看到嚴重情緒障礙學生的疾病歷程。這 8 位受訪者曾經具備病人與學生的身分，但是他們都是被迫到精神科：精神科病人很少自願就醫，兒童青少年門診更是如此，因爲精神疾病的污名(stigma)的原因，精神疾病的初級預防困難度高。與醫療專業的信任關係(rapport)要儘早建立，才能與專業連結，積極治療疾病，8 位受訪個案只有 2 位是持續在一處就醫，其他受訪個案在超過 3 家醫院就醫，因此醫療專業人員對於初到醫療體系的家人、病人，應該主動協助了解疾病和醫療的相關資訊、穩定家庭。

精神疾病與內外科的疾病最大不同在於病人缺乏病識感，對於疾病的

影響缺乏自覺，對於就醫的合作度低，青少年叛逆階段，更難在問題發生時很快進入醫療體系、難以建立醫病信任關係，案例 D、H 的家長認為醫療信任來自個別需要被尊重、同理，希望他們在門診等待焦慮的時候，醫療專業人員（社工、護理）提供的資訊說明、情緒支持，可以讓她們更清楚醫療運作，有助醫病關係協助其度過急性混亂期。

精神疾病對青少年整體發展的影響，從這 8 位受訪者的身上看到：案例 A、D 過去能力好，生病後嚴重退化，案例 B、C、E、F、G、H 過去學習成績並沒有特別突出，病後慢慢恢復學習、學習獨立生活的技能，部分可以回歸正常生活，但是無法在普通環境學習。精神疾病延伸的混亂與照顧問題，直接衝擊到家庭，影響到家庭裡每個人，受訪家庭有單親、貧窮與疾病等不利因素，本身就是弱勢家庭，因此對青少年保護的功能就會受到影響（第一層保護網有漏洞），專業評估必須從個人疾病擴大到家庭整體，以生態的觀點完整評估家庭的問題與優勢，以家庭為中心的介入：協助家庭了解疾病、建立與專業的合作聯盟關係，將家庭內部的衝突與權力拉扯轉化成以個案康復為目標的合作關係，家庭有衝突和權力問題不一定就需要家族治療，家族治療必須在家庭有改變動機的前提下才能發揮效果，當家庭中的子女生病，也是家庭改變的契機，利用照顧子女來營造家庭內部合作關係，也是家庭介入的策略。專業人員要協助整合家庭資源與支持，讓家長從學習成為有效能的父母、照顧者，empower 家長。急性期階段醫療服務的過程，主要目標是確定診斷、選擇治療方式與藥物、控制症狀、支持家庭強化照顧功能，個案的症狀在藥物控制下比較穩定，但是在生活與決策都需要家人協助，家庭的照顧與保護是重要的保護網。疾病影響青少年正常學習、生活和自我決策，家庭基於其症狀與能力退化，限制部分決策與行動，以保護生病中的孩子，建立第一層的保護網。

等到疾病漸漸穩定後，家庭調整與案主互動的期待，受訪家庭期待專業服務協助了解疾病、教育和未來的安排，依據規定社會福利與特教服務都需要先確定身分（資格），政府行政管理的設計並沒有考量使用者的需要，嚴重情緒障礙的家庭需要各項專業服務加強對孩子的照顧，但是特教與精神疾病標籤影響家庭使用資源，專業人員必須了解並協助處理家長情緒，透過服務建立關係，讓家庭度過痛苦的抗拒期。否則例行的問候，讓家長覺得沒有實質的幫助（案例 D 父親對於精神病人社區追蹤的感受）。

專業服務需要家長參與，但是專業人員習以為常的用語，家長並不了解，家長到孩子生病後才開始接觸專業服務，他們不知道鑑定安置、身心

障礙手冊、IEP 的意義，家長在參加會議時，對各項專業服務、專業名詞的了解有限，也不了解有哪些選擇、每個選擇的利弊，因此專業人員需要提供更多資訊，讓家長在參與討論與會議前充分了解，家庭或家長可以得到更多資訊，才能有效的進行判斷與選擇，參與會議和決策。家長期待被視為夥伴，充分了解資訊進行決策，專業人員需要針對家長的需求提供服務，才能建立與家長的良好合作關係。

3.特教醫療化現象

學校是青少年生活的主要場所，學生在學校與老師同儕建立關係，遇到問題時才會求助，案例 D、H 曾經主動求助輔導老師，得到個別諮商服務，案例 A、B、C 則是在就醫之後取得診斷書或身心障礙手冊才能得到特教服務。從受訪者的經驗，問題初期學生和家長會尋求輔導老師協助，特教服務必須真確定特教身分，取得醫療診斷，但是醫療診斷與特教服務和安置關聯不大，特教依賴醫療診斷決定是否提供服務，是特教醫療化的作法。

其次，特教安置的方式過於僵化，以程度區分安置場所，情障學生發病時混亂退化，治療穩定之後功能恢復，可以在普通環境學習，但是特教安置手續繁複、缺乏彈性：案例 A、B、D 自醫院出院時已經是學期中間，必須等到下次（下學期）特教安置，所以先在家修養，等到下個學期的鑑定安置到又一村，這段時間他們得到的特教服務是彈性的請假與成績計算，不是學生所需要的融合學習。案例 C、D 從醫院回到學校時，因為當時的情況與 IEP 會議時的情況不同，學校卻依照會議結果執行安置，學校依規定執行彈性不足。案例 C 的母親表示學校老師對於開會的決定各自解讀，當個案的狀況改變就需要在開一次會、討論一次，一學期的時間很快就過去。

特殊教育在面對嚴重情緒障礙學生顯得被動且缺乏對這類學生的教育立場，這也突顯社會對精神疾病的恐懼，不論成人或青少年罹患精神疾病影響情緒行為的穩定性時，安置到精神醫療體系以隔離這些危險人物，精神醫療也擔任「社會控制」的角色，特殊教育需要醫療診斷決定是否為其服務對象，依據醫療建議安置，特殊教育醫療化情形，在嚴重情緒障礙學生的服務非常明顯。

教育以問題或診斷區分服務的做法是教師本位的思考，忽略學生與家庭的需求、疾病的個別化發展，嚴重情緒障礙學生的病程發展與其他障礙

學生不同，特教安置與處理的彈性不足，讓這類學生漸漸與教育隔離。以隔離的做法避免學生影響到學校運作，與特教標榜融合精神矛盾，社會需要增加對這類學生（或病人）的了解，透過相處與了解才能形成接納，這不是影片宣導可以取代，普通學校需要彈性的因應這類學生的特質，讓她們的學習盡量在融合的環境進行，從學生問題出現就積極處理，讓全體師生學習和疾病共存與嚴重情緒障礙者共同學習。

學校對學生與家庭的服務應該以其需求為考量，急性階段減少壓力協助就醫，彈性的課業安排、個別輔導，穩定階段協助調適疾病、提供特教服務。

4.專業服務與合作缺乏彈性、個別化

嚴重情緒障礙的特殊性需要結合各體系的專業共同合作，建構第二層保護網以補充家庭（第一層保護網）的不足，特殊教育因應身心障礙學生的多元需求，納入相關專業服務，教育體系的專業合作從普教與特教、特教與相關專業，在嚴重情緒障礙更擴大到不同服務體系的合作，是否發揮一加一大於二的成果？

專業人員對於嚴重情緒障礙者服務難以跳脫醫療模式，希望和醫師討論藥物和診斷，希望醫療可以「有效控制」疾病、調整藥物，由於學校對嚴重情緒障礙（尤其是精神疾病）學生的恐懼，期待醫療專業協助規劃特教服務，醫療與教育體系的理念衝擊，持續出現：教育專業認為學生要在疾病控制好才回到學校上課，忽略這類學生必須在疾病控制和功能退化下進行學習，他們的疾病與其他障礙不同，特教老師必須在個案短暫的穩定或服藥副作用下進行個別教學，Wanger 的調查和我的訪談都發現，家長期待老師提供個別的教導、包括課業與人際互動的學習，但是學校卻是讓學生用特教身分請假、進入高中職，大部分家長期待學校可以讓個案可以盡量留在普通教育環境接受服務，學校專業服務卻是將個案轉到特教鑑定安置，教育專業的服務和家長的期待有落差。

目前學校依輔導辦法，學生就醫前由輔導老師協助輔導，診斷、資格確定後就進入特教鑑定安置，特教與輔導的轉銜主要是靠特教老師與輔導老師的合作默契，輔導與特教的分工缺乏依循，受訪高中職特教老師主動與輔導合作，也在學生離校後還繼續進行輔導，跨越學校體制的規定，難能可貴。

嚴重情緒障礙是特教的類別，教育應該在初級預防主動出擊提供服

務，特殊教育對於嚴重情緒障礙的做法必須等到疾病確定，鑑定為特殊學生才提供服務，難以達到早期介入、預防疾病的理念。

台北市教育局對嚴重情緒障礙學生提供巡迴輔導、社工個管、又一村等多項服務，然而這些專業缺乏主動轉介與合作，每個領域都認為家庭影響嚴重情緒障礙學生，也各自進行對家庭的服務，但是對於服務的成效與界線卻難以說明，巡迴輔導老師的角色對於學校的建議難以深入學校，社工個管接受學校轉介與學校關係緊張的家庭，兩者都是學校外的支持性角色，協助學校和家庭進行三級預防。外部組織介入學校，其服務角色與權力缺乏法源支持，其個案來源只能接收學校轉介，東區巡迴輔導的服務還會因為寒暑假而中斷，這兩項服務規劃欠缺對學校生態的完整考量，服務難以著力。

針對特教老師的協助與其以巡迴輔導入校協助，不如鼓勵各區特教資源中心成為老師的諮詢中心，透過定期評鑑的結果給予輔導，以個案作為入校巡迴的做法只是點狀的介入難收實質效果。

至於情障個管社工的服務已經具備學校社工的功能，但是與現行台北市學校社工雙軌進行，兩者缺乏交流，和情障巡輔老師都是點狀服務，難以紮根學校，但是其個案量大、缺乏對學校與家庭介入的法規和依據，因此在支持家庭提升功能的效果上受影響。因此我建議應該整合學校社工師的工作內容，將對特殊教育學生的服務納入學校社工的工作，以提供所有特教學生個管服務，透過對學校生態的掌握，處理家庭問題和家庭與學校互動問題更有效能。

對於嚴重情緒障礙學生的服務應該有連貫性、彈性，目前台北市的專業服務雖然多元，但是服務間的連結不足、服務重疊、因資格不符無法得到服務的情形都有。專業整合必須從持續合作中反思專業理念，建構各專業服務的理念價值，克服專業人員流動問題，從共同點出發擴大到差異的磨合，建立專業間合作、轉介的模式，透過服務的討論形成共識，增進合作效能。

5.轉銜服務的問題

嚴重情緒障礙的學生生病的時間比較晚，和許多從學前或國小階段就已經接受特教服務的身心障礙學生不同，案例 C、E、G 是在國小 5 年級出現拒學，案例 A、B、F 在國中階段生病，他們從開始就醫接受醫療服務，到接受特教服務相隔 2 年以上，也有在又一村時仍沒有身心障礙手冊，

因此他們在教育階段可以「疑似情障」身分接受服務，但是因為沒有身心障礙資格，離開教育階段的轉銜服務就無法比照其他障礙學生，例如案例 E、H，他們離開教育體系時的身分是普通生，因此只能由家長自行處理畢業離校的安排。至於進入又一村的轉銜，主要是家長透過門診或特教鑑定安置的方式進入，不一定需要手冊，案例 A、B 是先從門診轉介，隔年才以特教安置取得學籍。

目前對嚴重情緒障礙學生的專業服務都是針對教育階段內的服務，離開教育後的轉銜必須要有手冊才能持續得到精障服務，情障社工個管是屬於教育體系的服務，僅服務台北市 18 歲以下學生，大專階段規身心障礙學生的服務則是教育部負責，高中職之後未就學者必須領有身心障礙手冊才能轉介成人個管服務，成人個管與情障個管分屬於不同服務體系，部分學生就會因為資格問題失去服務，沒有得到適當轉銜服務。

受訪高中特教老師的學校主要是升大學的學校，因此他的學生離開學校的轉銜幾乎都是在大學，她不需要後續追蹤，她在時間許可下提供畢業學生後續服務（學校適應輔導），依規定進入大專就由學校資源教室和輔導室提供身心障礙學生服務，由於高中、大專兩個不同階段分屬不同教育單位負責，有些學生到大學後的特教服務轉而未銜。私立高職身心障礙學生畢業轉銜、就業準備與輔導則是由高職就業輔導室辦理，特教老師提供就業諮商，在 IEP 會議與家長討論離校就業，離校半年後結案。又一村的離院準備，部分學員轉入精障體系接受服務，進入大學的機會很少，因此他們並沒有和大學合作的經驗。

專業人員認為嚴重情緒障礙離開教育體系轉銜方向是就學與就業，會依據學生的身分（是否有手冊）、能力，提供建議，但是比較沒有主動跨出校園，協助學生進入下一個階段，主要的原因在於離開高中職之後的大專教育是歸教育部負責，高中和大專的不同，高中職還是社區學校方便提供服務，大專就分布全台，老師難以就近協助。其次體系間的轉銜會因為身分的問題，遺漏需要服務的學生，嚴重情緒障礙學生無法得到手冊，就無法得到教育階段後的服務，對於這類有需求卻沒資格的學生離校後的安置應儘早規劃。

嚴重情緒障礙學生的轉銜必須和醫療合作，但是不能過度依賴醫療，有些學生在生病後能力退化，因此進行就業相關的訓練不只是學得一技之長，也是避免疾病退化，教育和就業服務體系必須提供學生在生病中的學習方式，跳脫症狀和障礙類別的限制，評估優勢、連結資源、在情境中處

理問題，以擴大轉銜發展的規劃，過去精障就業的準備偏重在機構內訓練，醫療化的做法認為症狀控制好才可以接受訓練，作者認為這類學生轉銜服務應該脫離醫療的模式，連結社區資源，才能有利社區融合。

6.對又一村的建議

成功的轉銜是指個案成功就學、取得學歷嗎？又一村的服務有其特殊性是醫療與教育體制的合作模式，針對嚴重情緒障礙學生的需求所設計的，希望讓無法在學校學習的學生在醫療的協助下完成教育，但是從訪談的結果，受訪者認為又一村的教育功能不足：教育專業人員表示非不得以不會轉介學生到又一村，因為又一村的情形與學校的差異太大。家長擔心在又一村可以暫時解決就學問題，但是離開又一村之後如何安排？高功能的學員覺得這是個很包容、很好混的環境，她們並不期待在又一村學到學校的課業，症狀嚴重或低功能的學員則難以參與團體、自己在外遊蕩或是需要家長陪伴，家長還是必須跟隨上課無法解除負擔。

又一村是醫療體制與理念優先於教育，教育局的補助也是以特教老師為主，又一村在特教的困境來自特教老師流動率高，幾年來都是代課老師，缺乏特教背景，在醫療領導者訓練下，特教老師就成醫療體系的個管員，即使兼任部分課程，比較是輔助老師上課，對於規劃、教導個別課程、IEP 的部分比較不足。醫療體系沒有寒暑假、上班時間較長，具有特教資格的老師難以適應醫療的作息，所以又一村一直在做情障老師的訓練工作，大部分學生的年資比老師還久，缺乏特教師資就難以推動特教的服務理念與做法，醫療化的現象影響特教與醫療的互動，專業合作需要從架構減少對醫療的過度依賴，否則難以改變服務結果。

又一村的架構是將嚴重情緒障礙者隔離教育的作法，由於普通學校對於這類（特別是精神疾病）學生的恐懼，將醫療與教育結合，將學生收治在醫療的環境中進行特殊教育，從又一村的特教老師的服務和流動率來看，特教與醫療的合作已經先在理念上造成衝擊，至於不同體系的融合，則還有很長的路要走。

由於又一村是在精神科醫院裡，難以吸收高功能的學生，學生自又一村轉回普通教育體系的很少，與普通教育合作的經驗有限，這也造成家長和老師對於轉介又一村的疑慮。整體上，又一村服務的經驗是以早期發病的精神疾病、低功能的青少年為主的設計，因此變成慢性化的安置的前置期，不了解特教的概念，醫療凌駕於特教，窄化這類學生的轉銜服務。我

建議又一村在未來應該可以更積極的做法：

(1)首先要強化又一村的特教角色，醫療機構的定位與教育不同，精神醫療日間留院是對慢性化的精神病患的復健治療，教育機構則是提供學生學習發展潛能的場域，又一村希望兼有兩者的功能，但是實際是醫療復健的角色比較多，因為學員多是在普通環境學有習困難的精神疾病青少年，這類學員的學習成果難以評估，如同許多重度障礙者，沒有退步就是服務的成果，但是特教的 IEP 就是強調個別化的規劃，未來應該將治療與教育目標寫成 IEP 計畫，定期檢討，目前每 3 個月一次的檢討就可以轉化成 IEP 會議，將服務目標具體化，才能清楚檢視成果。

(2)加強與普教的融合、鼓勵回歸普通學校適應，從案例 E、H 的經驗高功能的學生需要銜接普教課程，為了補充又一村缺乏的普教學科，可以先從又一村附近學校開始進行融合，將部份課程回歸普通學校，例如博愛國小、興雅國中、信義國中、瑠公國中、松山商職、松山工農等，學員依其年齡與能力，部分學科課程回到普通學校，又一村可以提供和疾病有關的團體、社交技巧訓練等，讓學生的安置和學習更有彈性。又一村學生的學籍應該以設在信義區各級普通學校為優先，而不是放在文山特殊學校，這樣才能讓這些學員有機會回歸普通教育，對於目前學籍在其他普通學校的學員，可以主動與學校建立合作模式，盡量讓學員儘早部分時間回到普通學校適應，建立和普通學校合作的模式，讓普通學校特教老師學習處理生病中的學生，提供教學，增加普通學校師生對情帳學生的接納。

(3)從榮總向日葵學園的經驗，定期進行 IEP 會議、家長會、治療性小團體，對於提高學員出席率有幫助，又一村也可以增加這類服務，學生的踴躍出席才能有更多豐富的學習，避免因病中輟學習。這些服務需要家長支持，與各治療師的協助，因此又一村的應該積極爭取各類專業人員加入，以提供更多元的服務，以吸引學員加入並提高出席率。

(4)儘早進行學員轉銜準備，依個案的能力、興趣進行轉銜規劃，轉銜服務不只是協助學員就業，精神疾病患者的就業訓練不只是環保訓練，在就業準備上要結合職業評量與社區的就業訓練，擴大學員的就業範圍。對於無法就業的學員，應該儘早協助到底護性就業或是安置的場所，訓練獨立生活，讓他們可以有尊嚴的生活。轉銜的準備應可以包括教育階段內(由又一村回到普通學校)或教育階段間(由國中轉社區高中職)，也可以是教育階段轉到就業、就養、就醫等，因此嚴重情緒障礙學生在離開又一村的過程必須考量體系間轉銜合作。

(5)加強自我決策的訓練，對於身心障礙者的自我決策訓練應該從生活上開始，在課程裡融入自我決策概念，又一村的學員的自我決策比較被侷限在生活自理，對於轉銜的準備、醫療教育的選擇比較不足，醫療的環境裡比較強調病人對醫囑的順服性(compliance)，因此這部分的訓練較少，未來在課程規劃上要考慮學員的需要將自我決策融入教學，自我決策對於學員轉銜計畫、社區生活、就學就業都是非常重要的能力。

這次的論文訪談，我看到台北市教育局對嚴重情緒障礙學生提供多元服務，也接觸這些熱誠的專業人員，他們發自內心的為這群特教裡最特別的孩子與家庭提供服務，整合服務是提升服務品質的必要做法，嚴重情緒障礙的轉銜服務需要跨專業合作，疾病因應、學習與轉銜必須一起進行，才能提升學員離開教育體系後的生活品質。

參考文獻

- 中華民國殘障聯盟(2007)：身心障礙者e能館，殘盟簡介
<http://www.enable.org.tw/>
- 內政部(2003)：身心障礙者保護法。<http://sowf.moi.gov.tw/05/b.htm>
- 行政院(2002)：身心障礙者生涯轉銜服務整合實施方案。
<http://sowf.moi.gov.tw/05/b2/身心障礙者生涯轉銜服務整合實施方案.htm>
- 行政院勞委會(2002)：身心障礙者就業轉銜服務實施要點。
<http://www.evta.gov.tw/lawevta/205053.html>
- 教育部(2002)：各教育階段身心障礙學生轉銜服務實施要點。
<http://123.littles.net/law/law/91032501.htm>
- 教育部(2002)：各教育階段身心障礙學生轉銜服務流程。
- 教育部(2001)：特殊教育法。<http://www.nknu.edu.tw/~sec/law1.htm>
- 教育部(2003)：特殊教育施行細則。<http://www.nknu.edu.tw/~sec/law2.htm>
- 教育部(2007)：特教通報網。<http://www.set.edu.tw/frame.asp>
- 教育部(2001)：身心障礙及資賦優異學生鑑定原則鑑定基準。
<http://www.nknu.edu.tw/~sec/law3.htm>
- 教育部(2001)：高級中學輔導辦法。
<http://law.moj.gov.tw/Scripts/Query4A.asp?FullDoc=all&Fcode=H0060005>
- 教育部(2004)：修正國民教育法施行細則
<http://law.moj.gov.tw/Scripts/Newsdetail.asp?NO=1H0070008>
- 教育局(2006)：台北市政府教育局與醫療機構合作辦理嚴重情緒障礙特殊教育班實施計劃。
http://www.edunet.taipei.gov.tw/public/pub2_content.asp?SEQ=5427
- 衛生署(2002)：身心障礙等級。衛生法規資料檢索系統。
<http://sowf.moi.gov.tw/05/b2/%E8%BA%AB%E5%BF%83%E9%9A%9C%E7%A4%99%E7%AD%89%E7%B4%9A.htm>
- 王天苗(1998)：《障礙者家庭研究與實務》。身心障礙教育研討會手冊，頁

69-81。

- 王文科(2000)：質的研究的問題與趨勢。中正大學教育研究所編，*質的研究方法*。高雄：麗文。
- 王明泉(2003)：高職階段智能障礙學生自我決策能力教學方案成效之研究。*台東師院學報*，14，頁139-168。
- 石樹慧.(2001)：療養院嚴重情緒障礙班學員的生活經驗。台北，國立台灣師範大學特殊教育研究所，碩士論文。
- 余禮娟(2001)：身心障礙社會福利機構智能障礙就業青年自我決策之研究。彰化，國立彰化師範大學特殊教育研究所，碩士論文。
- 周玫君、林宏熾(2004)：身心障礙父母參與轉銜服務的理念與實務，*特殊教育季刊*，92：24-31。
- 何華國(2004)：行為異常兒童。*特殊兒童心理與教育*。頁271-310，台北：五南。
- 林宏熾(2002)：轉銜計畫在身心障礙福利服務的運用與發展，*社區發展季刊*，97，60-79。
- 林宏熾(2003)：身心障礙者生涯與職業教育。林宏熾編，*身心障礙者生涯規劃與轉銜教育*，頁67-108，台北：五南。
- 林燕玲(1999)：直接教學模式對青春期嚴重情緒障礙學生社會技巧教學成效之研究。台北，國立台灣師範大學特殊教育研究所，碩士論文。
- 洪儷瑜(1997)：必也正其名乎--行為異常 性格異常 情緒障礙或嚴重情緒困擾？中華民國特殊教育學會編，*身心障礙教育的革新與展望：開發潛能再創新機*，頁153-165，台北：心理。
- 胡幼慧(1996)：轉型中的質性研究：演變、批判和女性主義研究觀點。胡幼慧主編，*質性研究:理論、方法及本土女性研究實例*，頁7-26，台北：巨流。
- 吳芝儀、李奉儒 譯(2000)：質的評鑑與研究，質的研究中之變異：理論導向，頁 49-72，台北：桂冠。Patton, M. Q. (1995). *Qualitative evaluation and research methods*.
- 高勳芳、林盈助、王向葵 譯(2001)：質化研究設計：一種互動取向的研究方法，台北 心理出版社。Maxwell, J. A. (1996). *Qualitative research design: An Interactive approach*. London: Sage.
- 黃光雄 主譯(2004)：質性教育研究理論與方法，嘉義 濤石出版。Bogdan, R. C., & Biklen, S. K. (2001). *Qualitative research for education: An*

introduction to theory and methods.

- 黃瑞琴(2002)：質的教育研究法。台北：心理。
- 陸瑞玲、張阿雪、張曉雲、陳映雪(2005)：降低情緒障礙青少年日間留院特教班曠課率之分析。《身心障礙研究》，3(2)，169-181。
- 張荳雲(1998)：醫療與社會—醫療社會學的探索，台北：巨流。
- 陳明聰(2002)：父母參與，林寶貴主編，*特殊教育理論與實務*，頁513-555，台北：心理。
- 陳瓊秋(2002)：蘭亭書苑的特色和教育目標，身心障礙者服務資訊網。
<http://disable.yam.org.tw/newsletters/din035/news08.htm>
- 黃蕙蓮(2005)：高職特教班就業轉銜服務現況與相關因素之探討。台北，國立台灣師範大學特殊教育學系，在職進修班碩士論文。
- 楊詠雯、林宏熾、林示安、周穎馨、柯馨絮(2005)：自閉症青年自我決策狀況之分析--以台灣中部地區為例。《身心障礙研究》，3(2)，頁102-112。
- 梁福鎮(2000)：詮釋學方法及其研究在教育研究上的應用。中正大學教育研究所編，*質的研究方法*。高雄：麗文。
- 畢恆達(1996)：詮釋學與質性研究。胡幼慧主編，*質性研究:理論、方法及本土女性研究實例*。台北：巨流。
- 畢恆達(1996)：詮釋學與質性研究/ 畢恆達 [XXC@Note]
- 畢恆達(1996)：經驗研究的反省:詮釋學的觀點 from
www.bp.ntu.edu.tw/WebUsers/hdbih/new_page_14.htm
- 溫明麗(2003)：詮釋典範與教育研究，*教育研究方法論學術研討會*，國立台灣師範大學教育研究中心，台北。
- 劉佩嘉(2004)：高職特教班智能障礙學生自我決策之研究。彰化，國立彰化師範大學特殊教育研究所，碩士論文。
- 劉佩嘉(2004)：誰才是真正的做決定者：自我決策對重度障礙者之重要性。*特殊教育季刊* 92：32-36。
- 歐怡君(2002)：高雄市特殊學校高職部智能障礙學生家長對子女轉銜課程服務意見之研究。台北，國立台灣師範大學特殊教育在職進修班碩士論文。
- Armstrong, K. H., Dedrick, R. F., & Greenbaum, P. E. (2003). Factors associated with community adjustment of young adult with serious emotional disturbance: a longitudinal analysis. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 11(2), 66-76.

- Bauer, A. M., & Shea, T. M. (1999). *Learners with emotional and behavioral disorders: An introduction*. Upper Saddle River, NJ: Merrill, an imprint of Prentice Hall.
- Boreson, L. (2006). Transition to Adulthood: Resources for teachers working with students with emotional behavioral disabilities (EBD).
<http://dpi.wi.gov/sped/doc/ebdtransit.doc>
- Brodwin, M., Parker, R. M., & DeLaGarza, D. (2003). Disability and accommodation. In E. M. Szymanski & R. M. Parker (Eds.), *Work and disability: Issues and strategies in career development and job placement* (second ed., pp. 201-246). Austin, TX: Pro-ed.
- Bullis, M., & Cheney, D. (1999). Vocational and transition Interventions for adolescents and young adults with emotional or behavioral disorders. *Focus on Exceptional Children*, 31(7), 1-24.
- Bullis, M., & Fredericks, H. D. (Eds.). (2002). *Vocational and transition services for adolescents with emotional and behavioral disorders: Strategies and best practices*. Champaign, IL: Research Press.
- Chandler, S. K., Simmons, K. E., & Hollingsworth, D. K. (2004). Adolescents with emotional and behavioral disorders. In T. F. Harrington (Ed.), *Handbook of career planning for students with special needs* (Third ed., pp. 163-197). Austin TX: Pro-Ed.
- Clark, H. B., Belkin, M. T., Obradovich, L. D., Casey, R. E., Gagnon, R., Caproni, P., et al. (2002). Transition from school to community: navigating rough waters. In K. L. Lane, f. m. Gresham & T. E. O'Shaughnessy (Eds.), *Interventions for children with or at risk for emotional and behavioral disorders* (pp. 299-316). Boston: Allyn and Bacon.
- Cooper, J. E. (1994). *Pocket guide to the ICD-10 classification of mental and behavioral disorders with glossary and diagnostic criteria for research*. New York: Churchill Livingstone.
- Creswell, J. W. (2002). Quantitative and qualitative approach. In J. W. Creswell (Ed.), *Educational research: Planning, conducting, and evaluating quantitative and qualitative research* (pp. 42-64). Upper Saddle River, NJ: Merrill Prentice Hall.

- Cullinan, D., Osborne, S., & Epstein, M. H. (2004). Characteristics of emotional disturbance among female students. *Remedial and Special Education, 25*(5), 276-290.
- Cullinan, D., & Sabornie, E. J. (2004). Characteristics of emotional disturbance in middle and high school students. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders, 12*(3), 157-167.
- Deschenes, N., & Clark, H. B. (2001). Best practices in transition programs for youth with emotional and behavioral difficulties, *Focal Point Articles-Research & Training Center on Family Support and Children's*. <http://www.rtc.pdx.edu/FPinHTML/FocalPointSP01/pgFPsp01BestPractices.shtml>
- Dettmer, P., Thurston, L. P., & Dyck, N. (2002). *Consultation, collaboration, and teamwork for students with special needs* (Forth ed.). Boston: Allyn and Bacon.
- Flexer, R. W. (2001). History and transition legislation. In R. W. Flexer, T. J. Simmons, P. Luft & R. M. Baer (Eds.), *Transition planning for secondary students with disabilities* (pp. 2-37). Upper Saddle River, NJ: Merrill Prentice Hall
- Flexer, R. W., McMahan, R. K., & Baer, R. (2001). Transition models and best practices In R. W. Flexer, T. J. Simmons, P. Luft & R. M. Baer (Eds.), *Transition planning for secondary students with disabilities* (pp. 38-68). Upper Saddle River, NJ: Merrill Prentice Hall.
- Flexer, R. W., & Luft, P. (2001). Transition assessment and postschool Outcomes. In R. W. Flexer, T. J. Simmons, P. Luft & R. M. Baer (Eds.), *Transition planning for secondary students with disabilities* (pp. 197-226). Upper Saddle River, NJ: Merrill Prentice Hall.
- Friend, M., & Cook, L. (2003). Family. In M. Friend & L. Cook (Eds.), *Interactions: Collaboration skills for school professionals* (pp. 215-245). Boston: Allyn and Bacon.
- Greene, G. (2003). Best practice in transition. In G. Greene & C. A. Kochhar-Bryant (Eds.), *Pathways to successful transition for youth with disabilities* (pp. 154-196). Upper Saddle River, NJ: Merrill Prentice Hall.

- Izzo, M. V., & Lamb, P. (2003). Developing self-determination through career development activities: implications for vocational rehabilitation counselors. *Journal of Vocational Rehabilitation, 19*, 71-78.
- Johnson, D. R., Stodden, R. A., Emanuel, E. J., Luecking, R., & Mack, M. (2002). Current challenges facing secondary education and transition services: What research tells us. *Exceptional Children, 68*(4), 519-531.
- Kauffman, J. M. (1999). Commentary: Today's special education and its messages for tomorrow. *The Journal of Special Education, 32*(4), 244-254.
- Kauffman, J. M. (1999). How we prevent the prevention of emotional and behavioral disorders. *Exceptional Children, 65*(4), 448--468.
- Kauffman, J. M. (2001). *Characteristics of emotional and behavioral disorders of children and youth*. Upper Saddle River, NJ: Merrill Prentice Hall.
- Kochhar-Bryant, C. A. (2003). Introduction to transition. In G. Greene & C. A. Kochhar-Bryant (Eds.), *Pathways to successful transition for youth with disabilities* (pp. 2-32). Upper Saddle River, NJ: Merrill Prentice Hall.
- Kochhar-Bryant, C. A. (2003). Federal legislation and state initiatives supporting transition services. In G. Greene & C. A. Kochhar-Bryant (Eds.), *Pathways to successful transition for youth with disabilities* (pp. 64-106). Upper Saddle River, NJ: Merrill Prentice Hall.
- Kohler, P. D., & Field, S. (2003). Transition-Focused education: foundation for the future. *The Journal of Special Education 37*(3), 174-183.
- Kohler, P. D., & Rusch, F. R. (1995). Secondary educational programs and transition perspectives. In M. C. Wang, M. C. Reynolds & H. J. Walberg (Eds.), *Handbook of special and remedial education: research and practice* (Second ed., pp. 107-130). Oxford: Pergmon.
- Landrum, T. J., Tankersley, M., & Kauffman, J. M. (2003). What is special about special education for students with emotional or behavioral disorders? *The Journal of Special Education, 37*(3), 148-156.
- Lane, K. L., & Carter, E. W. (2006). Supporting transition-age youth with and at risk for emotional and behavioral disorder at the secondary level: a need for further inquiry. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders, 14*(2), 66-70.

- Laragy, C. (2004). Self-determination within Australian school transition programs for students with a disability. *Disability & Society, 19*(5), 519-530.
- Lehman, C. (2002). Introduction and overview. In M. Bullis & H. D. Fredericks (Eds.), *Vocational and transition services for adolescents with emotional and behavioral disorders: Strategies and Best Practices* (pp. 1-12). Champaign, IL: Research Press.
- Loyd, R. J., & Wehmeyer, M. (2004). Self-Determination. In D. E. Brolin & R. J. Loyd (Eds.), *Career development and transition services: A Functional life skills approach* (Fourth ed., pp. 251-279). Upper Saddle River, NJ: Pearson Education, Inc.
- Loyd, R. J., Wehmeyer, M., & Davis, S. (2004). Family Support. In D. E. Brolin & R. J. Loyd (Eds.), *Career development and transition services: A Functional life skills approach* (Fourth ed., pp. 94-116). Upper Saddle River, NJ: Pearson Education, Inc.
- Mark, T. L., & Buck, J. A. (2006). Characteristics of U.S. youths with serious emotional disturbance: data from the national health interview survey. *Psychiatric Services, 57*, 1573-1578.
- Martin, J. E., Marshall, L. H., & Pry, R. L. D. (2001). Participatory decision-making: innovative practices that increase student self-determination. In R. W. Flexer, T. J. Simmons, P. Luft & R. M. Baer (Eds.), *Transition planning for secondary students with disabilities* (pp. 304-332). Upper Saddle River, NJ: Merrill Prentice Hall.
- Martin, J. E., J. L. v. Dycke, et al. (2006). "Increasing student participation in IEP meetings: Establishing the self-directed IEP as an evidenced-based practice " *Exceptional Children 72*(3): 299-316.
- Morningstar, M. E., Kleinhammer-Tramill, P. J., & Lattin, D. L. (1999). Using successful models of student-centered transition planning and services for adolescents with disabilities. *Focus on Exceptional Children, 31*(9).
- Newman, L. (2005). *Family involvement in the educational development of youth with disabilities*. Menlo Park: U.S. Office of special Education Program. http://www.nlts2.org/reports/2005_03/index.html

- NICHCY. (2004). *Emotional Disturbance*, <http://www.nichcy.org/>
- OECD. (2003). *Diversity, inclusion and equity: Insights from special needs provision: Education Policy Analysis 2003*. OECD.
- OECD. (2003). *Career guidance: New ways forward: Education Policy Analysis 2003*. OECD.
- Patton, J. R. (2004). Transition: Process, practice, and perspectives. In A. M. Sorrells, H. J. Rieth & P. T. Sindelar (Eds.), *Critical issues in special education: Access, diversity, and accountability* (pp. 180-204). Boston: Allyn and Bacon.
- Paul, J. L., & Cranston-Gingras, A. (2002). To improve or reconstruct special education: issues facing the field. In J. L. Paul, C. D. Lavelly, A. Cranston-Gingras & E. L. Taylor (Eds.), *Rethinking professional Issues in special education* (pp. 1-14). London: Ablex Publishing.
- Peterson, R. L. (1995). Learners with emotional or behavioral difficulties. In M. C. Wang, M. C. Reynolds & H. J. Walberg (Eds.), *Handbook of special and remedial education: Research and practice* (Second ed., pp. 243-280). Oxford: Pergamon.
- Polsgrove, L., & Ochoa, T. (2004). Trends and issues in behavioral interventions. In A. M. Sorrells, H. J. Rieth & P. T. Sindelar (Eds.), *Critical issues in special education: Access, diversity, and accountability* (pp. 154-179). Boston: Allyn and Bacon.
- Powers, L. E. (2005). Self-determination by individuals with severe disabilities: Limitations or excuses? *Research & Practice for Persons with Severe Disabilities*, 30(3), 168-172.
- Reddy, L. A., & Richardson, L. (2006). School-based prevention and intervention programs for children with emotional disturbance. *Education and Treatment of Children*, 29(2), 379-404.
- Reid, R., Gonzalez, J. E., Nordness, P. D., Trout, A., & Epstein, M. H. (2004). A Meta-analysis of the academic status of students with emotional/behavioral disturbance. *The Journal of Special Education*, 38(3), 130-143.
- Reynolds, C. R., & Fletcher-Janzen, E. (2002). Parents of the handicapped. In *Concise encyclopedia of special education: A Reference for the*

- education of handicapped and other exceptional children and adults* (Second ed., pp. 703-704). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, Inc.
- Reynolds, C. R., & Fletcher-Janzen, E. (2002). Family response to a child with disabilities. In *Concise encyclopedia of special education: A Reference for the education of handicapped and other exceptional children and adults* (Second ed., pp. 388). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, Inc.
- Rose, S. M., & Moore, V. L. (1995). Case management. In NASW (Ed.), *Encyclopedia of Social Work* (Vol. 19th, pp. 335-340). Washington, DC: NASW.
- Sabornie, E. J., Cullinan, D., Osborne, S. S., & Brock, L. B. (2005). Intellectual, academic, and behavioral functioning of students with high-incidence disabilities: A cross-categorical meta-analysis. *Exceptional Children*, 72(1), 47-63.
- Sabornie, E. J., Evans, C., & Cullinan, D. (2006). Comparing characteristics of high-incidence disability groups: A descriptive review. *Remedial and Special Education*, 27(2), 95-104.
- Sitlington, P. L., Clark, G. M., & Kolstoe, O. P. (2000). Transition assessment. In P. L. Sitlington, G. M. Clark & O. P. Kolstoe (Eds.), *Transition education and services for adolescents with disabilities* (pp. 102-135). Boston: Allyn and Bacon.
- Sitlington, P. L., Clark, G. M., & Kolstoe, O. P. (2000). Students and families: Key participants in high school programs for students with special needs. In P. L. Sitlington, G. M. Clark & O. P. Kolstoe (Eds.), *Transition education and services for adolescents with disabilities* (pp. 70-101). Boston: Allyn and Bacon.
- Skrtic, T. M. (1995). *Disability and democracy: Reconstructing (Special) education for postmodernity*. New York: Teachers College, Columbia University.
- Smith, D. D. (2006). Emotional or behavioral disorders. In D. D. Smith (Ed.), *Introduction to special education: Teaching in an Age of opportunity(IDEA 2004 Update Edition)* (Fifth ed., pp. 256-297). Boston: Allyn and Bacon.

- Soriano, V. (2006). *Individual transition plans: Supporting the move from school to employment*, from http://europa.eu.int/comm/dgs/education_culture/index_en.htm
- Steere, D. E., Rose, E., & Cavaiuolo, D. (2007). Transition to adult life for students with disabilities: foundations, definitions, and legislation In D. E. Steere, E. Rose & D. Cavaiuolo (Eds.), *Growing up: Transition to adult life for students with disabilities* (pp. 8-23). Boston: Allyn and Bacon.
- Steere, D. E., Rose, E., & Cavaiuolo, D. (2007). Epilogue. In D. E. Steere, E. Rose & D. Cavaiuolo (Eds.), *Growing up: Transition to adult life for students with disabilities* (pp. 313-321). Boston: Allyn and Bacon.
- Steere, D. E., Rose, E., & Cavaiuolo, D. (2007). *Student perspectives and involvement in transition* Boston: Allyn and Bacon.
- Steere, D. E., Rose, E., & Cavaiuolo, D. (2007). *Families' perspectives and involvement in transition* Boston: Allyn and Bacon.
- Test, D. W., Aspel, N. P., & Everson, J. M. (2006). Introduction to transition. In *Transition methods for youth with disabilities: Includes the IDEA improvement act* (pp. 2-31). Upper Saddle River, NJ: Merrill Prentice Hall.
- Test, D. W., Aspel, N. P., & Everson, J. M. (2006). Best practices and future issues in transition. In *Transition methods for youth with disabilities: Includes the IDEA improvement act* (pp. 32-59). Upper Saddle River, NJ: Merrill Prentice Hall.
- Test, D. W., Aspel, N. P., & Everson, J. M. (2006). *Transition methods for youth with disabilities: Includes the IDEA improvement act*. Upper Saddle River, NJ: Merrill Prentice Hall.
- The Arc (2000). The Individuals with Disabilities Education Act: Transition from school to work and community life. <http://www.thearc.org/faqs/qa-idea-transition.html>
- Trout, A. L., Nordness, P. D., Pierce, C. D., & Epstein, M. H. (2003). Research on the academic status of children with emotional and behavioral disorders: a review of the literature from 1961 to 2000. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 11(4), 198-210.

- Turnbull, A. P., & Turnbull, H. R. (2002). From the old to the new paradigm of disability and families: Research to enhance family quality of life outcome. In J. L. Paul, C. D. Lavelly, A. Cranston-Gingras & E. L. Taylor (Eds.), *Rethinking professional issues in special education* (pp. 83-149). London: Ablex Publishing.
- Turnbull, A., Turnbull, R., Erwin, E., & Soodak, L. (2006). *Families, professionals, and exceptionality: Positive outcomes through partnerships and trust* (Fifth ed.). Upper Saddle River, NJ: Pearson Merrill Prentice Hall.
- Turner, L. (2001). Family involvement In R. W. Flexer, T. J. Simmons, P. Luft & R. M. Baer (Eds.), *Transition planning for secondary students with disabilities* (pp. 386-414). Upper Saddle River, NJ: Prentice-Hall, Inc.
- Wagner, M., & Davis, M. (2006). How are we preparing students with emotional disturbance for the transition to young adulthood? Findings from the national longitudinal transition study-2. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders, 14*(2), 86-98.
- Wagner, M., Friend, M., Bursuck, W. D., Kutash, K., Duchnowski, A. J., Sumi, W. C., et al. (2006). Educating students with emotional disturbances: A national perspective on school programs and services. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders, 14*(1), 12-30.
- Wagner, M., Kutash, K., Duchnowski, A. J., & Epstein, M. H. (2005a). The Special education elementary longitudinal study and the national longitudinal transition study: study designs and implications for children and youth with emotional disturbance. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders, 13*(1), 25-41.
- Wagner, M., Kutash, K., Duchnowski, A. J., Epstein, M. H., & Sumi, W. C. (2005b). The children and youth we serve: A national picture of the characteristics of students with emotional disturbances receiving special education. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders, 13*(2), 79-96.
- Wagner, M. (1995). Outcomes for youths with serious emotional disturbance in secondary school and early adulthood. *The Future of Children, 5*(2), 90-112.

- Walter, U. M., & Petr, C. G. (2004). Promoting successful transitions from day school to regular school environments for youths with serious emotional disorders. *Children & Schools, 26*(3), 175-180.
- Wehman, P. (2001). Transition in the new millennium. In P. Wehman (Ed.), *Life beyond the classroom: Transition strategies for young people with disabilities* (Third ed., pp. 3-33). Baltimore: Paul H Brookes.
- Wehman, P. (2001). Applications for youth with emotional and behavior disorders. In P. Wehman (Ed.), *Life beyond the classroom: Transition strategies for young people with disabilities* (Third ed., pp. 399-425). Baltimore: Paul H Brookes.
- Wehmeyer, M. L. (2001). Self-determination and transition. In P. Wehman (Ed.), *Life beyond the classroom: Transition strategies for young people with disabilities* (Third ed., pp. 35-60). Baltimore: Paul H. Brookes.
- Wehmeyer, M. L. (2002). Self-determined assessment: Critical components for transition planning. In C. L. Sax & C. A. Thoma (Eds.), *Transition assessment: Wise practices for quality lives* (pp. 25-38). Baltimore: Paul H. Brookes.
- Wehmeyer, M. L., Agran, M., & Hughes, C. (2003). *Teaching self-determination to students with disabilities: Basic skill for successful transition*. Baltimore: Paul H. Brookes.
- Yell, M. L. (Ed.). (2006). *The Law and special education* (Second ed.). Upper Saddle River, N. J.: Merrill Prentice Hall.
- Ysseldyke, J. E., Algozzine, B., & Thurlow, M. L. (2000a). Definitional debate. In *Critical issues in special education* (Third ed., pp. 93-118). Boston: Houghton Mifflin.
- Ysseldyke, J. E., Algozzine, B., & Thurlow, M. L. (2000b). Transition. In *Critical issues in special education* (Third ed., pp. 231-255). Boston: Houghton Mifflin.

附錄

附錄一：個案訪談提綱

說明：

您好！我是張如杏，正在進行早期生病的情障學生的轉銜研究，透過護理長得知您願意接受訪談，提供您寶貴的經驗，非常感激。

首先我需要您簽署兩份同意接受訪談的同意書，訪談預計需要 2 小時左右的時間，接受訪談後我會將您的訪談內容的逐字稿與錄音燒成光碟，送您一份，完成訪談後我將提供小禮物感謝您的協助。

由於需要您家人的協助，請您提供您的主要照顧者的電話，並請事先告知他我會邀請他接受訪談，我將盡快與他聯繫。

接下來我們要開始訪談：

1. 請您說明您的學業發展的情形，幼稚園、國小、國中在學校的情形，有什麼令你印象深刻的老師或同學，曾經發生過什麼印象深刻的事件？
2. 您何時開始生病，有什麼症狀？對你的生活及學校學習、人際關係有什麼影響？
3. 怎麼開始到醫院？開始看精神科？（何時發病、主要症狀、曾接受治療方式）當時你對於就醫有什麼想法？對醫師和醫療人員有什麼想法？
4. 您的家你有哪些人？家人間的關係如何（父母的關係、父母與子女的關係、手足之間的關係）？你與家人的關係，生病前與生病後是否改變？有何改變？
5. 是誰決定您的醫療、陪伴就醫、選擇服務？您對這些服務的感覺如何？您覺得對你有什麼幫助？還記得哪接深刻的事情？對於這些決定，你是否參與討論或表達意見？你想要參與意見嗎？你的意見是否被接受？

6. 您主要經濟、情感、學業、生活等的支持來源？對於這些現況您滿意嗎？你希望做什麼調整或改變嗎？
7. 您認為疾病您對家庭、學業、人際、未來發展規劃等有什麼影響？
8. 您是否申辦身心障礙手冊？何時申辦？當時為何申辦？你對手冊有什麼想法。
9. 您對身心障礙者身分有何看法？對你有造成什麼影響？
10. 在學（國小、國中）期間，您是否曾得到來自學校的特教服務（個別輔導、彈性請假與考試計分、資源班服務、巡迴輔導、特教班、規劃 IEP 等）？有哪些協助？對於這些服務的使用經驗如何？您覺得哪些服務是您比較需要的？哪些對你有幫助？
11. 請說明您曾經參與特教的內容：IEP 會議、個別輔導、資源班服務...，您對這些服務的感受如何？誰決定您接受哪些服務？
12. 您是否想過離開學校（國中或高職）後的安排？您需要有人和您討論未來的計畫（是否繼續唸書或準備就業或接受訓練）？您需要哪些人和您討論？您的家人、老師、醫療人員的意見如何？
13. 您是否曾被告知疾病診斷、藥物的作用與副作用？對於這些您是否有疑問需要討論？您通常和誰討論這些問題？是否滿意對方說的？
14. 您如何選擇休閒、交通工具、購物、運用金錢？家人、老師與醫療人員是否參與討論？她們的意見和你是否不同？
15. 您如選擇學校、科系？家人、老師與醫療人員是否參與討論？她們的意見和你是否不同？
16. 您如何選擇未來的發展方向？對工作、金錢、生活安排、休閒等的如何安排？家人、老師與醫療人員是否參與討論？她們的意見和你是否不同？
17. 您對於目前的生活安排有什麼意見？未來 5 年有何計畫？您認為您 10 年後是否可以就業、獨立生活？為什麼？
18. 請您談談在又一村的經驗。這些經驗與學習就業有什麼關聯？

附錄二：家屬訪談提綱

1. 請問家庭結構與居住方式？是否因個案生病而調整？對於目前家庭的情形是否滿意？
2. 當您家庭需要協助時，您可以找誰？
3. 請描述個案病前在教育體系的適應情形？家庭與學校互動經驗
4. 個案生病對家庭的影響？誰受到影響最大？有哪些？
5. 個案生病後您與醫療互動的經驗
6. 個案是否取得身心障礙手冊？何時取得？為何申請？您或家人如何決定申辦手冊？如何與個案討論？個案的反應？您認為手冊對個案有何影響（或幫助）？
7. 個案病後與學校互動的經驗（曾經參與哪些？個案討論會、協商特教服務內容、對於成為特教學生的看法）
8. 您與醫療互動的經驗（陪同就醫、討論診斷安置等）
9. 與各專業互動的經驗與感受
10. 您認為個案目前比較迫切的需要有哪些（疾病控制、學業、準備就業、獨立生活）
11. 家庭對個案未來的規劃，如何決定？是否曾和個案討論？結果如何？
12. 家庭對於個案未來就業及獨立生活的期待？曾經如何規劃？
13. 參與特教與醫療決策的經驗？您希望如何與專業互動？（有更多討論、請專業告知該怎麼做）
14. 您或家人曾經與個案討論其診斷、藥物、身心障礙手冊的申請？您認為這些事情需要由個案參與或決定嗎？
15. 您或家人曾經與子女討論申請特教服務？您認為這些事情需要由個案參與或決定嗎？
16. 上述的議題與子女的意見是否一致？如何做到？若不一致怎麼辦？
17. 您或家人曾經與子女討論金錢使用、交友、自行外出、選擇職業？您認為這些事情需要由個案參與或決定嗎？
18. 您或家人曾經與子女討論醫療、如何服藥、藥物副作用？您認為這些事情需要由個案參與或決定嗎？
19. 您認為醫療、診斷、特教、金錢使用、交友等是否需要由個案決定？為什麼？

附錄三：教育人員訪談提綱

1. 請簡介您的資歷
2. 您是否曾經轉介個案到醫療體系接受服務？您是依據哪些準則決定？請舉例說明
3. 是否曾經和精神醫療體系合作處理個案？您的經驗如何？是否曾轉介學生到又一村？你的經驗如何
4. 對於嚴重情緒障礙者的服務經驗，與其他障礙者是否不同？為什麼？您的看法？
5. 您的經驗中是否對情障者進行就業部分的準備？您通常怎麼判斷何時轉銜就業？有什麼標準嗎或依據？
6. 有哪些工作比較適合情障者？情障者就業方面的困難有哪些？學校體系的協助或準備有哪些？
7. 您的服務中有哪些是對情障就業協助？
8. 您認為嚴重情緒障礙者是否可以參與其教育、安置的決策？為什麼？
9. 與情障個案管員、醫療人員得合作經驗。特教資源中心的角色？

附錄四：醫療相關人員訪談提綱

1. 請介紹您的經歷
2. 如何決定收治與否（入又一村的標準）？個案來源？
3. 如何規劃其治療計畫與治療目標，與 IEP 的關係？
4. 治療計畫與對於學校 IEP 的連結？
5. 出院或離開又一村的標準？如何進行離開又一村的轉銜？
6. 如何評估服務成效？目前成功個案的情形
7. 是否進行就業或返回社區的準備
8. 目前大學已經收納更多身心障礙學生，是否轉介村民進入大學、社區，如何規劃？
9. 對於家庭參與和個案自決的看法？目前是否規劃？對於家庭參與和案主自決的服務經驗？
10. 又一村的治療的優先順序
11. 與教育人員、情障個管員、特教老師的合作經驗。

附錄五：臺北市情緒行爲專業支援輔導團

【歷史沿革】

臺北市教育局爲了協助學校處理嚴重情緒行爲問題的身心障礙學生，於民國八十九年開始委託第一兒童發展中心成立第一行爲工作室，由相關專業人員與學校合作，幫忙處理學生的嚴重情緒及行爲問題。

由於融合教育的推廣與普及，普通班及特教班的老師面對各類身心障礙學生日益多元的需求，需要更專業的輔導策略，臺北市教育局爲了提供更多元的支持，於民國九十二年，整合第一行爲工作室與臺北市行之有年的自閉症巡迴輔導，成立「情緒及行爲問題專業支援輔導團」。

「情緒及行爲問題專業支援輔導團」隸屬於臺北市東區特教資源中心，提供臺北市身心障礙教育第三層級的資源服務（參考臺北市身心障礙教育體系圖），針對學校已經介入輔導但是仍有嚴重適應困難的身心障礙學生，協助學校做專業的評估及擬定行爲處理計畫、協助介入處理策略的執行等。

<http://www.terc.tp.edu.tw/tercwork/work.htm>

支援服務

服務內容重點包含：提供教師與行政人員諮詢、協助處理學生情緒行爲問題、觀察學生上課和與他人互動狀況、與教師合作進行課程（如：社會技巧課程、情緒管理課程、專注力訓練課程等）、協助教師進行親師溝通等。

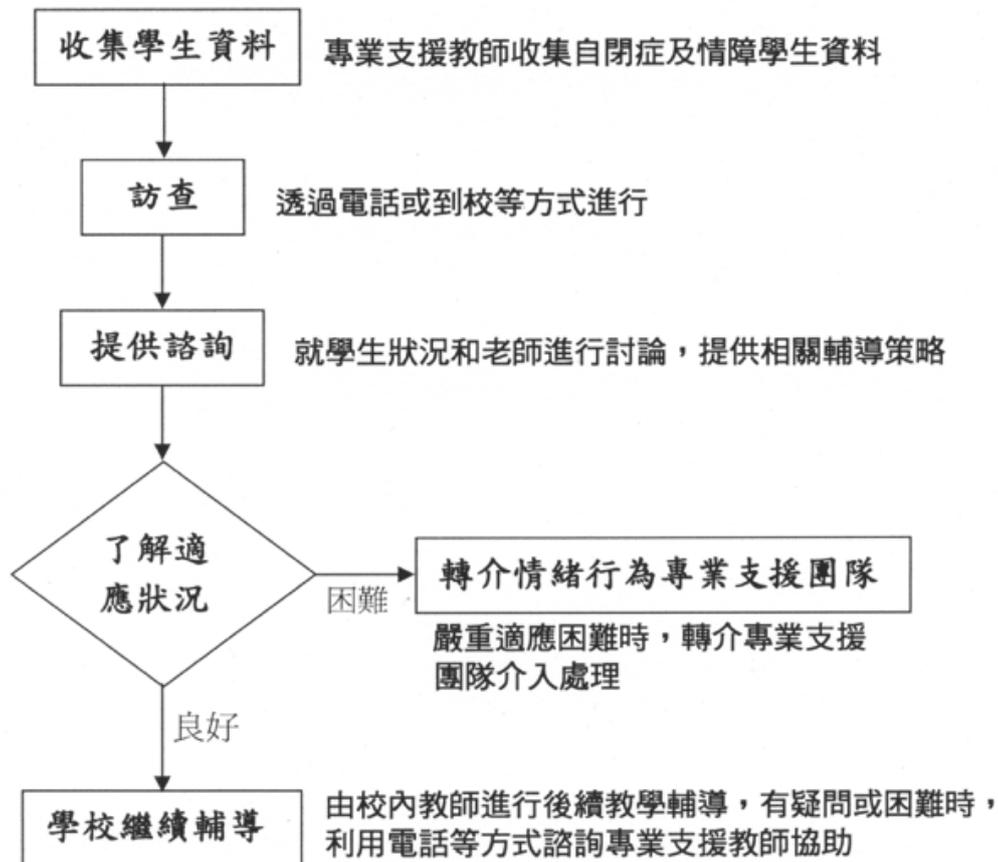
服務流程如下：（若有學生需要申請支援服務，請參考轉介申請），轉介申請表填寫後請送至東區特教資源中心。

適應訪查

學期初經由西區特教資源中心的協助，取得各校自閉症及情緒障礙學生資料，由專業支援教師透過電話或親自到學校等方式進行訪查，以確定這些學生的適應狀況，並收集整理成冊，作爲將來需要介入處理時的參考。當

發現學生有明顯的適應問題產生時，專業支援教師協助處理，或者建議轉介至專業支援團介入。

服務流程如下：



專業分享

專業支援教師就行為處理的專長及經驗，和學校教師或社會大眾分享(例如：辦理工作坊、特教相關研習等)。

特教生情緒行為問題諮詢專線

由專業支援教師輪流值班，每星期一至星期四，上午九點至下午四點三十分，提供電話諮詢服務。諮詢內容重點包括：教學輔導、班級管理、情緒行為、人際互動、親師關係、教養態度等相關議題。

<http://www.terc.tp.edu.tw/tercwork/>

附錄六：特殊教育學生社工個案管理服務

八十六年三月起，台北市康復之友協會接受臺北市政府社會局委託辦理精神障礙個案管理服務，藉由個案管理的服務方式，致力於提昇成人精神障礙者及其家庭的問題解決能力和資源媒合，陪伴許多身心障礙者走過重重困難。鑑於部份身心障礙者的致殘年齡或致病潛在因子早在嬰幼兒或兒童青少年時期即出現，爲了能在初期的黃金時期予以妥善治療並協助解決家庭中相關問題，除了臺北市早期療育綜合服務中心針對零到六歲提供的早期療育服務，自民國八十九年七月起臺北市政府教育局也加入個案管理的行列，針對臺北市中等教育以下的特殊教育學生提供個案管理的服務。其中，台北市康復之友協會承接區域爲全臺北市不分區，服務對象爲嚴重情緒障礙學生（不含注意力缺失過動症學生），希望可以早期預防、早期治療及預防再發病率。

何謂情緒障礙

根據身心障礙及資賦優異學生鑑定原則鑑定基準第九條：情緒障礙之症狀包括精神疾患、情感性疾患、畏懼性疾患、焦慮性疾患、注意力缺陷過動過動症，或其他持續性之情緒或行爲問題。

鑑定基準有：

- （1）行爲或情緒顯著異於同年齡或社會文化之常態者，得參考精神科醫師之診斷認定之。
- （2）除學校外，至少在其他一個情境中顯現適應困難者。

(3) 在學業、社會、人際、生活等適應有顯著困難，且經評估後確定一般教育所提供之輔導顯著無效者。

我們可以做什麼：

1. 醫療：因疾病影響到課業學習、人際互動、家庭互動，不規則服藥和到醫院門診等。
2. 就學：轉銜、課業學習有困難、與同儕互動有困難、拒學等。
3. 就業：職業訓練、就業輔導等。
4. 家庭支持性服務：家庭互動出問題，影響學生情緒行為、課業學習及同儕互動、親職教育等。
5. 其他：需要社會福利的協助（低收入戶、醫療補助、急難救助等）、安置機構等。

服務對象：

1. 設籍並實際居住臺北市（外縣市提供諮詢及轉介至所屬縣市政府相關單位提供服務）。
2. 障礙類別為嚴重情緒障礙的特殊教育學生。
3. 臺北市中等教育（含）以下之特殊教育學生（高中職以下在學生）。
4. 年齡介於六歲至十八歲（最高至二十二歲）之特殊教育學生。

申請方式：

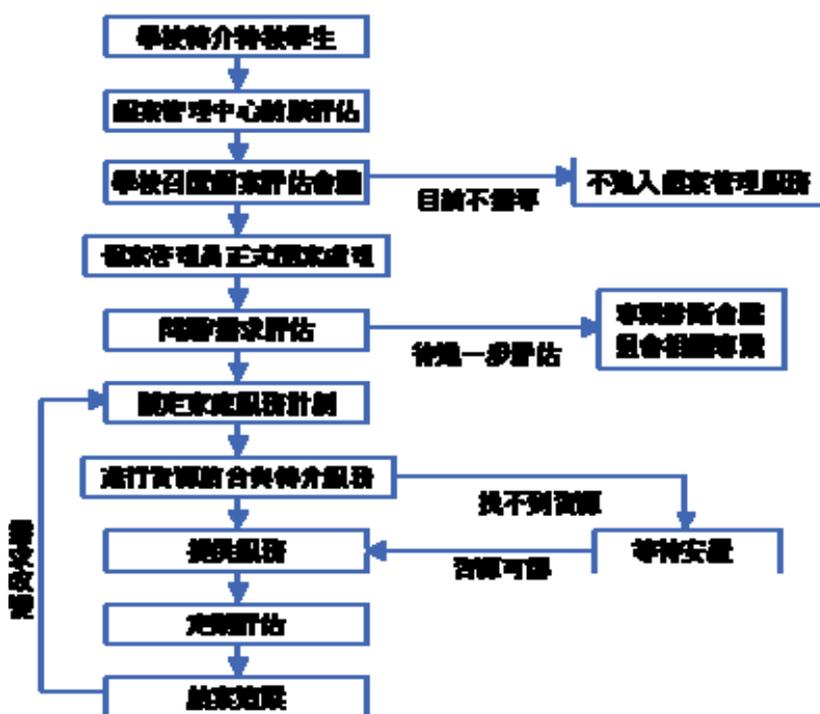
1. 經家屬同意，由學校特殊教育組長或認輔老師轉介至個案管理中心。
2. 家屬不同意，但經校方評估特殊教育學生有迫切個案管理服務之需要者，由學校特殊教育組長或認輔老師轉介至個案管理中心。
3. 特殊教育學生或家屬主動向學校或個案管理中心提出申請。

聯絡方式：

TEL：(02) 27629065、87875397 台北市松山區八德路 4 段 604 號
2 樓之 3

我們工作方式及服務流程

學校轉介嚴重情緒障礙學生，個管員至家裡拜訪，瞭解學生及其家庭的狀況，並由學校召開評估會議，確定是否嚴重情緒障礙學生進入個案管理服務，個管員與案家討論其問題及需求，並共同擬定家庭務計劃，進行資源聯結。



由服務中由於下列因素，我們將會和您討論結束服務

- 1.個案問題得到解決，且需求得到滿足，即個案之問題已獲得解決及處理，且和各項資源間有良好的連結，並順利進行中。
- 2.個案問題雖未完全解決，然主要資源皆已連結，且順利運行中，個案本身已有獨立解決及面對問題的能力。
- 3.個案遷移：若個案遷移至外縣市，則主動連繫相關單位做轉介的動作。
- 4.個案於服務期間住院：若住院期間超過六個月，則個管中心即將個案的管理權轉由醫院之社工員，並做結案處理；若住院期間不超過六個月，則個管中心仍會持續做個案服務，並照會醫院社工員，請其做必要之協助。
- 5.個案缺乏改變的動機及意願：個管中心會透過建立關係、諮商及設計相

關服務方案來增強案主的動機及意願，並設定一特定的目標及期限（例：六個月），即經過六個月的努力後，個案仍舊缺乏改變的願，則考慮先以結案處理之。

6. 個案進住養護機構：因個案已安置於機構，機構有社工員可就近協助，個管中心半年追蹤穩定，即做結案處理。

7. 個案接受住宿式之職訓：因個案住宿於機構，且接受職訓之期限至少會經過半年至一年之時間，經個管中心三個月追蹤穩定，會先做結案之處理，待有需買時再行開案介入。

8. 案主主要需求或資源於現階段無法提供，且所需之主要資源不存在，

9. 個案因居住之行政區域轉換（搬家），辦理轉銜。

10. 辦理轉銜就學、就業、就養、就醫、其他。

11. 其他：不包括以上所述之結案指標，需經督導會議決議。

<http://www.tpmra.org.tw/modules.php?name=Content&pa=showpage&pid=24>

附錄七：臺北市特殊教育學生社工個案管理工作實施計畫

壹、依據

- 一、特殊教育法第二十二條、二十四條、二十六條及二十七條。
- 二、特殊教育法施行細則第十四條、十五條、十六條、十七條及十八條。
- 三、身心障礙者保護法第十五條。
- 四、市長市政白皮書教育篇規劃辦理。
- 五、臺北市身心障礙教育白皮書。

貳、目的

- 一、銜接本市早期療育系統，提供特殊教育學生連續性之教育服務及轉銜服務。
- 二、結合家庭、學校及社會資源，提供特殊教育學生整合性之服務。

參、服務對象

臺北市中等教育（含）以下特殊教育學生。

肆、工作要項

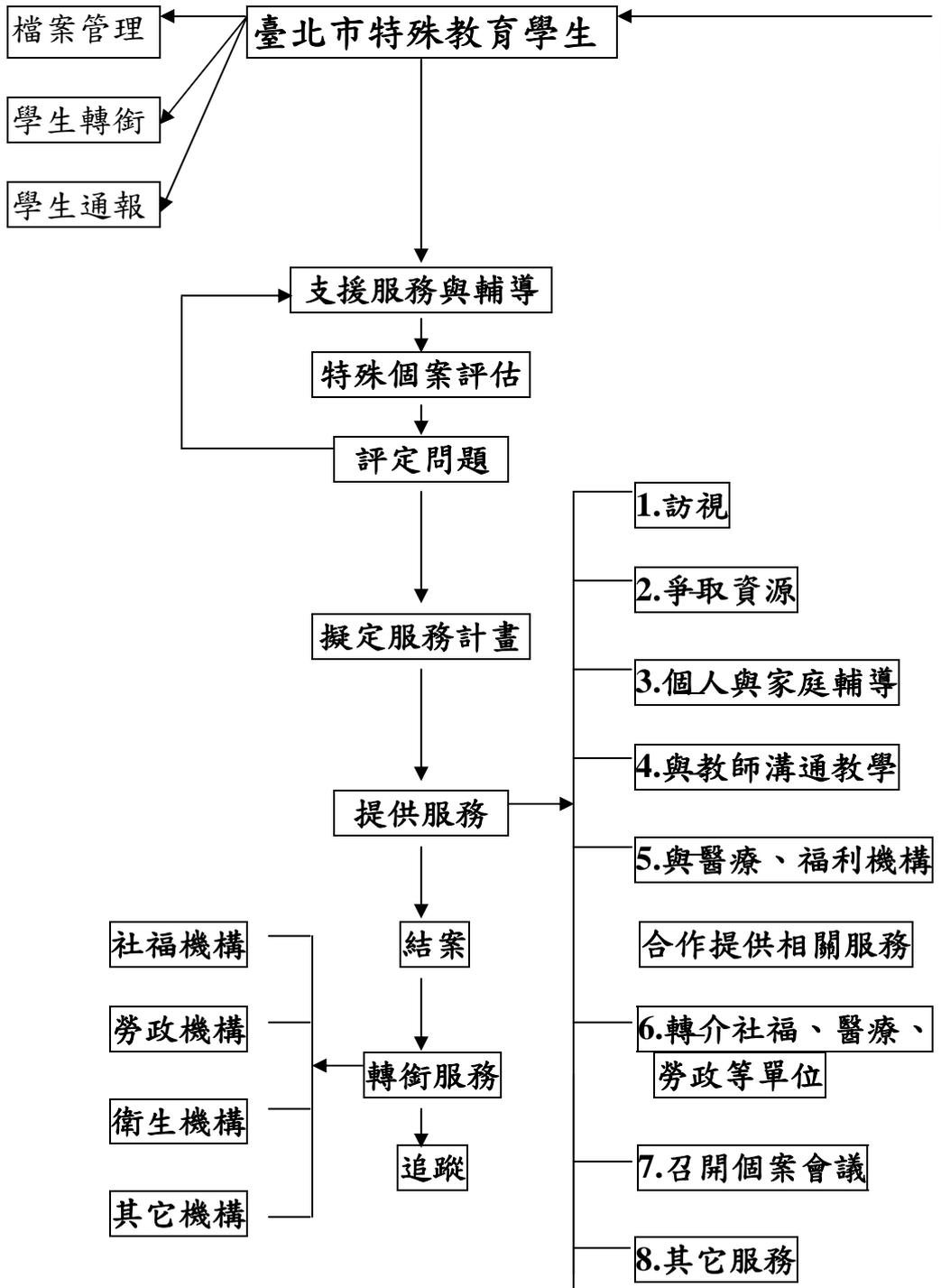
- 一、建立特殊教育學生完整之資料檔案。
- 二、建立特殊教育學生系統之轉銜服務。
- 三、建立特殊教育學生通報系統。
- 四、提供特殊教育學生支援服務及輔導。
- 五、提供特殊教育學生特殊個案管理服務。

伍、工作項目、工作內容及權責單位、人員

工作項目	工作內容	辦理時間	權責單位或人員	備註
檔案管理	建立、更新及管理特殊教育學生檔案資料：如：個人、IEP、輔導紀錄、鑑定評估、通報轉銜等資料。	經常	各校	
轉銜服務	1.建立特殊教育學生轉銜服務流程	每年3月1日	教育局	附表五
	2.規範特殊教育學生轉銜資料	每年3月1日	教育局	
	3.提供特殊教育學生轉銜服務	經常	認輔教師	
	4.辦理特殊教育學生轉銜追蹤	至少6個月	認輔教師	
學生通報	1.建立特殊教育學生通報流程	新生每年3月1日， 在校生經常。	教育局	
	2.規範特殊教育學生通報表件 教育部通報資料	每月28日	臺北市西區特教資源中心	
	3.各校隨時辦理通報	經常	學校	
	4.接收及彙整通報資料	經常	臺北市西區特教資源中心	
支援服務及輔導	1.召開會議選定特教學生認輔教師	二週內	特教組長	
	2.經常與學生家長聯繫或家庭訪視	經常	認輔教師	附表六
	3.經常與學生個別晤談及輔導	經常	認輔教師	
	4.參與特教學生 IEP 訂定	經常	認輔教師	
	5.協助爭取及統合各項資源	經常	認輔教師、特教組長	
	6.提供相關社會福利服務訊息	經常	認輔教師、特教組長	
	1.校內提報需要社工個案管理之特殊教育學生	經常	認輔教師、學生家長、其他相關人員	附表二
	2.學校通知社工個案管理中心	1週內	特教組長	附表三

特殊個案 評估	3.召開特殊個案評估會議	2 週內	召開特殊教育 推行委員會	
	(1)說明學生輔導情形		認輔教師、特教組長	
	(2)任課教師說明學生適應情形		導師、任課教師	
	(3)家長說明學生狀況		家長	
	(4)社工專業人員說明訪視情形		特教組長	
	4.個案管理申請及評估表送社工個案管 理中心及教育局	評估會議後 1 週內		
特殊個案管理	1.安排家訪與案家建立信任關係	社工個案 管理期程	各區特殊教育學生社工個案管 理中心	
	2.評定個案內外資源與障礙			
	3.視個案需求，邀集相關專業人員召開 專業診斷會議，並擬定個別化家庭服 務計畫。			
	4.尋求資源並轉介相關單位協助			
	5.定期追蹤個案狀況			
	6.視個案情況召開個案研討會			
	7.提供學校社工個案管理服務摘要表	接案、定期及結案		
	8.個案結案後追蹤訪視	至少 6 個月		

陸、特殊教育學生支援服務與個案管理流程



柒、經費預算

- 一、由教育局編列預算支應。
- 二、認輔教師家庭訪視依規定向學校申請加班費或補假。

捌、其他

- 一、社工個案管理之開案指標及結案指標如附表十。
- 二、列入社工個案管理之特殊教育學生，其戶籍地與實際居住地均需於臺北市，6 足歲以下列入本市早期療育綜合服務中心之個案管理件數，15 足歲以上持有身心障礙手冊者列入社會局成人個案管理件數。如特殊教育學生實際居住地為外縣市，則轉介至所屬縣市政府相關單位提供服務。
- 三、認輔教師：由導師、級任教師、專科教師、輔導教師、資源班教師、軍訓教官、學校行政人員等適當教職員兼任之。
- 四、特殊教育學生轉銜追蹤以 3 至 6 個月為限。
- 五、配合教育部通報系統，每位特殊教育學生皆需通報至本市西區特教資源中心（雙園國小）。
- 六、每學年特殊教育學生認輔教師人數之二分之一，敘嘉獎 1 次，由各校依權責辦理。

玖、本計畫發布後實施。

臺北市特殊教育學生社工個案管理工作開案指標（附表一）

- 一、設籍且實際居住臺北市，並就讀本市國小、國中、高中高職之特殊教育學生。
- 二、問題多重、社會資源缺乏，家庭失功能自身又無力去解決，經專業評估有其需要之身心障礙者。

臺北市特殊教育學生社工個案管理工作結案指標

- 一、個案之問題已獲得解決及處理，且與各項資源間有良好之連結，並順利進行中。
- 二、個案問題雖未完成解決，然主要資源皆已連結，且順利輔導中，個案本身已有獨立解決及面對問題之能力。
- 三、個案死亡：
如個案因疾病、意外或其他原因死亡，社工個案管理中心經追蹤、了解案家並無其他需求，即可以結案處理之。
- 四、個案遷移：
如個案遷移至外縣市，則主動連繫轉介相關單位。
- 五、個案於服務期間住院：

(一) 如住院期間超過六個月，則社工個案管理中心即將個案之管理權轉由醫院之社工員，並做結案處理。

(二) 如住院期間於六個月以內，則社工個案管理中心仍應持續提供社工個案管理服務，並照會醫院社工員作必要之協助。

六、個案缺乏改變之動機及意願：

社工個案管理中心會透過建立關係、諮商及設計相關服務方案來增強案主之動機及意願，並設定一特定之目標及期限(例：六個月)，即經過六個月努力後，個案仍舊缺乏改變之意願，則考慮先以結案處理之。

七、個案進住養護機構：

經社工個案管理中心六個月追蹤穩定，即作結案處理。

八、個案接受住宿式之職訓：

經社工個案管理中心三個月追蹤穩定，得先作結案之處理，俟有需求時，再行開案介入。

九、案主主要需求或資源於現階段無法提供，且所需之主要資源不存在。

十、個案因居住之行政區域轉換(搬家)，辦理轉銜。

十一、辦理轉銜就學、就業、就養、就醫、其他。

十二、其他：不包含以上所述之結案指標，需經督導會議決議。

附錄八：臺北市立聯合醫院人體試驗委員會受試者同意書

計畫編號：	3 版 2007.07.23	
計畫名稱：嚴重情緒障礙學生及其家庭參與離校轉銜服務歷程之探討—以「又一村」的個案為例		
執行單位：台北市立聯合醫院松德院區 電話：		
主持人： 陳政雄醫師 職稱：主治醫師		
受試者姓名：	性別：	年齡：
病歷號碼：		
通訊地址：		
聯絡電話：		
緊急聯絡人：	電話：	
通訊住址：		
一、.試驗目的（包含執行期限）：了解特殊教育中之嚴重情緒障礙者，教育與醫療的協助過程及其互動情形，個案與家庭參與學生的轉銜服務的歷程，執行期間預計 96.07.01-96.12.31。		
二、試驗方法及相關配合檢驗：以個案及家屬、特教與醫療相關人員之訪談為主，將進行錄音及病歷文件閱讀。		
三、可能產生之副作用、危險、處理方法：訪問題以個人經驗及感受為主，題目以個案接受特教服務及轉銜的經驗為主，沒有任何侵入性或危險性。受訪者若對訪談有任何不適情緒反應，將立刻終止訪談，並由陳政雄醫師進行評估處理。		
四、其他可能之治療方式及說明：本研究旨在了解個案與家屬接受服務的歷程，並不進行任何介入與治療。		
五、試驗預期效果：透過個案與家屬的經驗，完成論文，提供未來改善服務。		
六、試驗進行之禁忌或限制活動：無		

七、機密性：

對您的任何資料，研究者將持保密的態度，一個研究的號碼會取代您的姓名。除了有關機構依法調查外，我們會小心維護您的隱私。試驗結果即使發表，受試者的身分仍將保密。

八、賠償：

若發生由計畫執行所引起之傷害時，由本院依法處理相關責任問題。

九、權利

- (1) 參加本試驗皆不須繳交額外費用。
- (2) 為了減少個案及家屬的困擾，個案訪談將於又一村病房進行，家屬訪談將依家屬方便的時間地點，教師與醫療人員將到其工作地點進行，參與者將以小禮物致謝。若需到其他地點進行訪談，受訪者之交通費將由研究者支付。
- (3) 研究過程中有關的任何重大發現都將提供給您。
- (4) 如果您在研究過程中對研究工作性質產生疑問，對身為患者之權利有意見或確信因參與研究而受害時，應該隨時與陳政雄醫師聯絡，其聯絡電話為 0968-
- (5) 陳政雄醫師已將同意書副本交給我，並已完整向我說明本研究之性質與目的，並已解釋我有權隨時退出研究工作，且不會引起任何不愉快或影響其日後對我的醫療照顧。

受試者（或法定代理人）簽署：_____

日期：_____年____月____日

※務必請受試者自行填寫日期欄位

計畫主持人簽署：_____

日期：_____年____月____日

註：未滿廿歲之受試者或宣告禁治產者，須由法定代理人簽名始生效。

註明：紅色字體部分為參考說明文字，提供給設計本同意書的計畫主持人參考用

附錄九：臺北市政府教育局與醫療機構合作辦理嚴重情緒障礙特殊教育班

實施計畫

94 年 8 月 4 日北市教特字第 09435797200 號函頒

95 年 10 月 5 日北市教特字第 09537698103 號函修訂

壹、緣起

為結合特殊教育與精神醫療資源，使嚴重情緒障礙學生獲得適切之跨專業復健服務，臺北市政府教育局分別自 87 年、88 年起陸續與臺北市立療養院(現名臺北市立聯合醫院松德院區)、臺北榮民總醫院合作，於青少年日間留院辦理嚴重情緒障礙特殊教育班(以下簡稱情障班)，分別取名「蘭亭書苑」、「向日葵學園」，藉由精神醫療團隊與特殊教育人員跨專業合作，營造良好復健及學習情境，提供適性多元課程，使學生獲得穩定改善，甚至回歸學校學習，重拾自尊與自信。

臺北市立文山特殊教育學校 91 年成立，與醫療機構合作辦理情障班之相關業務，遂委由該校(南區特殊教育資源中心)統籌。辦理以來，在醫療機構及學校努力下，已建立良好跨專業合作模式，使眾多學生受益，對入班學生鑑定安置流程、學籍管理、師資規劃、課程與教學、成績考查、輔導措施、班務經營等配套措施，亦日漸成熟、周延。為使情障班運作能建立制度化運作機制，提供合作辦理雙方及相關學校遵循依據，特依特殊教育法第 16 條規定，訂定本實施計畫。

貳、目的

- 一、營造良好復健學習情境，使學生身心穩定持續改善。
- 二、提供適性多元課程活動，使學生潛能獲得充分開展。
- 三、推動特殊教育醫療交流，發展良好跨專業合作模式。
- 四、輔導學生回歸學校學習，重拾自信與樂觀學習態度。

叁、辦理單位及職掌

- 一、主辦單位：臺北市政府教育局(以下簡稱本局)，負責行政規劃、督導及學生鑑定安置。
- 二、執行單位：
 - (一) 合作醫院：臺北市立聯合醫院松德院區、臺北榮民總醫院，負責各該醫院情障班精神醫療復健及教學實施。
 - (二) 合作學校：臺北市立文山特殊教育學校(南區特教資源中心)，負責情障班特殊教育師資人事管理、特殊教育專業成長、學籍管理、成績考查，以及其他行政管理事宜。
- 三、協辦單位：臺北市各公私立高級中等以下學校，負責嚴重情緒障礙學生之轉介、學籍管理、成績考查及返校輔導事宜。

肆、設班方式

- 一、臺北市立聯合醫院松德院區青少年日間留院、臺北榮民總醫院兒童青少年身心科日間留院各設 1 班。
- 二、本局與醫院合辦之情障班，其班級編制及特殊教育教師員額，均設置於臺北市立文山特殊教育學校國中部。

伍、實施對象

- 一、臺北市高級中等以下學校在學學生(含中輟、休學)，罹患慢性精神疾病，或經特殊教育學生鑑定及就學輔導委員會(以下簡稱鑑輔會)鑑定為嚴重情緒障礙者。
- 二、高級中等以下學校非在學學生，罹患慢性精神疾病，年滿 22 足歲以下者。

陸、入班試讀流程

- 一、高級中等以下學校在學學生(含中輟、休學)，罹患慢性精神疾病，有意願就讀情障班者，得經家長同意申請，直接至合作醫院精神

科門診，由專科醫師評估是否適合日間留院，適合則視病情及床位狀況，安排入班試讀。

- 二、高級中等以下學校在學學生，持有精神障礙手冊或經鑑輔會鑑定為嚴重情緒障礙，在校適應嚴重困難或學業中輟者，得由學校轉介，經於徵得家長同意後召開個案會議，邀請合作醫院精神科指派專科醫師參與討論，經評估適合日間留院者，視病情及床位狀況，安排入班試讀。
- 三、高級中等以下學校非在學學生，罹患慢性精神疾病，年滿 22 足歲以下，有意願就讀情障班，得經家長或當事人同意申請，直接至合作醫院精神科門診，由專科醫師評估是否適合日間留院，適合則視病情及床位狀況，安排入班試讀。
- 四、本入班試讀者僅提供特教支援服務，非在學之試讀人員因未具有學籍，無法提供特教資源福利。

柒、學籍管理

- 一、高級中等以下學校在學學生(含中輟、休學)，學籍仍保留於原就讀學校，並依規定辦理註冊，繳交註冊相關費用。中輟、休學者，應由家長依學校規定，返校辦妥復學手續。
- 二、臺北市高級中等以下學校在學學生，入班後規律就讀，無法回歸學校者，得經家長同意申請，由合作醫院轉介文山特殊教育學校，提報鑑輔會決議後，將其學籍轉移至文山特殊教育學校，並由合作醫院通知家長到學校辦理註冊入學。
- 三、設籍臺北縣市年滿 22 足歲以下，高級中等以下學校非在學學生，入班後規律經就讀 2 個月者，得經家長或當事人同意申請，由合作醫院轉介文山特殊教育學校，提報鑑輔會決議後，安置文山特殊教育學校，並由合作醫院通知家長到學校辦理註冊入學；惟於未畢業前即自合作醫院日間留院出院者，視為自動放棄學籍，由合作醫院洽請文山特殊教育學校註銷學籍。

捌、課程與教學

- 一、課程規劃應結合特殊教育及醫院內外醫療資源，依據學生之各項能力、興趣與需求進行安排。
- 二、課程應做彈性化、生活化、多元化、統整化之設計，並視課程需要，採團體、分組或個別教學方式進行。
- 三、寒暑假期間課程與教學仍照常實施，惟視需要增加休閒性、活動性等課程。
- 四、依學生身心發展需求，擬定個別化教育計畫，並邀請學生就讀學校代表、學生家長及相關人員參與。

玖、學習評量與成績考查

- 一、學生學習評量及成績處理之方式，應由合作醫院於學生入班 2 週內，與學生就讀學校聯繫確認，並納入其個別化教育計畫。
- 二、學生入班期間出席狀況、上課表現情形之評量，依其個別化教育計畫實施，由合作醫院適時紀錄做為評量依據。
- 三、合作醫院定期將學生出缺席、學習評量成績資料，提供學生就讀學校做為登錄各項成績參考。
- 四、學期成績單之發給，由學生就讀學校負責；學生修業期滿，亦由學生就讀學校依成績考查辦法，發給畢業證書或修業證書。

拾、輔導措施

- 一、入班期間學生身心狀況改善時，得部分時間返校就讀，並視需要逐漸增加返校就讀時間，以適應學校學習，其方式由合作醫院與學生就讀學校個案管理教師聯繫確認後實施。
- 二、學生部分或全部時間返校就讀期間，由合作醫院與學生就讀學校保持密切聯繫，協助學生處理在校相關適應問題，並進行教育轉銜工作，若學生能適應學校學習，則可辦理出院退班手續。
- 三、除因學生身心狀況改善，可在醫囑下出院外，當學生及家長經勸說仍無意願繼續接受治療時，可隨時辦理自動出院。出院即視同退班，合作醫院特殊教育即告中止，並隨即通知學生就讀學校進行轉銜處理。

- 四、若學生病情轉惡、行為紊亂、有傷人或自傷之虞時，得轉入合作醫院全日急性病房住院治療，合作醫院並應通知學生就讀學校。全日住院期間，暫停特殊教育服務，學生出席狀況以病假登記，俟學生病情穩定，再轉回日間留院復健，並回班接受特殊教育服務。回班時，合作醫院應通知學生就讀學校。
- 五、對各教育階段應屆畢業生，應依其需要提供升學輔導、生活、就業、心理輔導、福利服務及其他相關專業服務。

拾壹、師資

- 一、員額編制：依國中特殊教育班員額編制標準，每班置 3 名特殊教育教師，由文山特殊教育學校負責公開甄聘，每年 6 月招聘，7 月初到校完成新進教師報到後，依規定期限前往合作醫院報到，並展開相關教學與輔導工作。
- 二、特殊教育教師上下班、排班（課）、休假、請假等，均依合作醫院之規定辦理，無寒暑假，其工作內容及相關服務規範，由合作醫院提供文山特殊教育學校，納入招聘教師簡章及聘書內容。
- 三、特殊教育教師出缺勤、請假紀錄及相關考評資料，由合作醫院定期送文山特殊教育學校，納入人事管理。
- 四、合作醫院為落實課程規劃，得依需求聘任技藝課程兼任教師，擴展教學內容，所需鐘點費由本局酌予補助。

拾貳、設備與資源

- 一、由合作醫院依學生實際需要，設置復健治療、生活及學習所需各項場地及設備。
- 二、各項場地及設備之維護更新，以及所需各項資源，原則由合作醫院負責，本局並得視財政狀況，酌情給予補助。
- 三、合作醫院得視課程實際需求，洽請文山特殊教育學校使用該校特殊教育相關資源。

拾參、經費

- 一、學生應向就讀學校辦理註冊，依學雜費收費標準繳交註冊相關費用，並應依全民健康保險法規定，向合作醫院繳交部分負擔之醫療費用。
- 二、聘任特殊教育教師薪資由文山特殊教育學校年度預算人事費項下支應，兼任教師鐘點費及部分活動費用由本局酌情給予補助，其餘所需各項費用，由合作醫院依全民健康保險法之收費標準收費及申報相關醫療費用支應。

拾肆、輔導與評鑑

- 一、由本局邀集專家學者、臺北市情緒及行為問題專業支援團隊、臺北市高中職特殊教育輔導團、嚴重情障礙學生社工個案管理中心及文山特殊教育學校代表共同組成輔導小組。
- 二、輔導小組會議由本局定期召開，並邀請合作醫院相關人員列席，共同研討班務發展事宜。
- 三、輔導小組得視需要赴院訪視或評鑑，訪視或評鑑績優者，相關人員得由本局報請各該主管機關給予獎勵，訪視或評鑑結果未符本計畫及合作醫院自訂設班計畫，經輔導及限期改善仍無改善者，得經輔導小組會議之決議停止其繼續辦理。

拾伍、附則

- 一、各合作醫院應依本計畫自訂設班計畫，函報本局備查。設班計畫應含設班目的、實施對象、課程與教學規劃、學習評量、輔導措施、設備與資源、班務經營、經費、預期成效及其他。
- 二、臺灣省地區高級中等學校在學學生，亦適用本計畫。臺北市以外地區國民中小學在學學生，經各該主管教育行政機關同意者，亦得適用本計畫。
- 三、本計畫自函頒日起實施。如有未盡事宜，依相關規定辦理。