

鋪植正向行為支持服務的第一哩路——以瑪利亞基金會三案例談全人觀點的執行

王慧貞、陳麗君、黃可君、詹媛雲

壹、前言

依據衛生福利部身心障礙統計專區 (<https://dep.mohw.gov.tw/dos/cp-5224-62359-113.html>) 2023年第二季統計顯示，我國於2019年因為情緒障礙症就醫人數達209萬人，占人口數的9%，也因身心障礙者照顧之不易導致憾事層出不窮。2018年1月25日基隆市一名母親因長期照顧自閉症的小六兒子，疑心力交瘁，攜兒燒炭自殺，衍生家庭悲劇事件。此事件受到大眾的注意也讓監察院啟動調查，故社家署於2019年成立了《身心障礙者嚴重情緒行為正向支持整合模式試辦計畫》（以下簡稱本計畫），督促地方政府建置情緒支持及行為輔導專業服務團隊來協助身心障礙者及其家庭獲得所需服務與協助。

財團法人瑪利亞社會福利基金會（以下簡稱本會）於2019年承接本計畫，並成立臺中市行為輔導團隊（以下簡稱本團

隊），至今已服務超過100個家庭，服務對象以15歲以上未就學且居住於社區之第一類心智障礙者（智能障礙與自閉症）為主。本團隊在提供支持服務的過程中驗證服務對象的行為議題非單純針對家庭或個人介入即可改善，須藉由各個面向來著手，包含了生活自理、技能知識、基礎溝通、替代技能、壓力因應、人際互動、情緒管理以及醫療專業等。透過多元化介入才能有助於服務對象提升其情緒的穩定，使其更好地適應社會環境。

本文將以臺中市政府社會局委託本會承接本計畫來說明正向行為支持模式如何運用全人觀點提供服務，希望透過這樣的經驗分享，有助於社會大眾了解「正向行為支持」的意涵，並將之實踐在行為問題上，支持身心障礙者解決長久以來的困擾，讓我們以更正面與積極的態度面對行為議題，創造更好的生活品質。

貳、全人照顧觀點

全人照顧（Holistic care）是一種綜合性的理想與觀念，目的在關注並滿足個體在生理、心理、社會、環境及經濟等各方面的需求，以增進其全面的健康和福祉（Lowry, 1986）。全人照顧起源20世紀初，在當時醫學主要著重於生理學和生物醫學，將疾病視為單一器官或系統的問題，這種單一的生理治療模式並不能滿足個體的全面需求也無法全面理解患者的健康狀態，加上心理學和社會學等領域的發展推動了醫療領域的轉變，全人照顧的概念逐漸崛起。人本主義和生態學派的思想在醫學領域中得到重視，醫療專業人員開始意識到患者的心理狀態、社會環境及文化背景對其健康的影響。現在，全人照顧的理念更進一步發展到強調綜合性和全面性的照顧對於患者的長期健康至關重要，醫療不僅只有關注疾病的治療，還應該關心患者的整體生活品質，更強調不同專業領域的合作以實現全人照顧的目標。

對於身心障礙者的照顧以前會強調醫療照顧（Medical care），認為國家應確保提供障礙者有效的醫療照顧。但隨著全人照顧觀點的出現，在對待身心障礙者的服務方面開始強調綜合性、尊重個人尊嚴以及多層次的支持。這種觀點不僅關注生理層面的需求，還涵蓋心理、社會及文化等多元因素，強調個體的多樣性，並

促使以全人的視角來制定支持計畫，旨在確保身心障礙者能夠在生活的各個層面獲得充分的支持和尊重。本團隊參考2004年《歐洲智能障礙者之基本健康照顧宣言》（European Manifesto on Basic Standards of Health care for People With Intellectual Disabilities）整理以下幾點說明：

一、全人照顧觀點尊重身心障礙者的尊嚴和權利：包括尊重他們的意願和選擇，確保他們有權利參與醫療決策和生活事務。這種尊重不僅體現在對待疾病的方式上，也體現促進個體自主性和自由的行為支持上。

二、全人照顧觀點強調社會和文化因素對心智障礙者的影響：包括提供文化敏感的照顧，確保他們能夠在社會中參與及減少歧視和排斥。這有助於建立一個更包容的社會環境，促進身心障礙者的社會融合。

三、全人照顧觀點推動跨學科和跨專業的合作：對於身心障礙者而言，需要醫療、心理及社會工作等多方面的支持。這些部分需要不同領域的專業人員合作，共同制定綜合性的支持計畫，以滿足個體的多樣需求。

四、全人照顧觀點強調長期持久的支持：對於身心障礙者而言，包含早療、成人及長照，身心障礙者從小到老面臨轉銜、升學、工作及搬家等生命歷程，皆需要長時間的支持和陪伴。全人照顧的理念

提倡建立穩固的關係，確保在整個生命過程中都能夠獲得適切的支持，實現其潛能（Meijer et al., 2004）。

總體來說，全人照顧觀點在支持身心障礙者方面強調個體的整體需求、尊重尊嚴、社會融合、跨專業合作和長期支持。這種照顧模式有助於創建一個更包容和支持的社會，確保身心障礙者能夠享有全面的生活。

參、正向行為支持

正向行為一詞最早出現在1980年中期，為的是反對當時使用嫌惡刺激或懲罰，甚至是電擊的方式處理身心障礙者的行為問題。倡議者主張行為介入應該要以正向的非嫌惡行為管理（nonaversive behavior management）為原則，故Horner（1991）正式提出了正向行為支持的概念，學者們認為行為管理應使用正向的介入策略，以積極的方式處理行為問題。Carr等人（2002）定義正向行為支持是一門應用科學，使用教育型的方法來擴展服務對象的行為技能項目，並運用有系統的策略來重新調整服務對象的生活環境，提高其生活品質及減少不適當的行為問題。

Bambara等學者（2015）認為正向行為支持戮力於不僅是減少行為問題，同時也增加功能性和適應性技能，這其中包含了廣泛的社交、情緒、行為、學術和日常

生活技能。Tincani（2007）指出正向行為支持將個人中心價值及相關人士的利益連結整合，重視生態和社會效度。因此除了行為問題的解決，正向行為支持期望更全面地改變個體的生活方式及品質，讓介入的影響更長遠。鈕文英（2022）也提出正向行為支持強調以團隊合作的方式發展和執行處理方案，採用功能本位、正向、多元素而完整的行為處理策略，協助個體發展適當的行為來取代不適當行為，並且提升個體的溝通、社會和自我管理能力，展開正向人際關係，最後改善生活品質。

在美國，1997年的身心障礙者教育法案（*The Individuals with Disabilities Education Act*, IDEA）修正案中引入了正向行為介入與支持（Positive Behavioral Interventions and Supports, PBIS）一詞，臺灣除了《特殊教育施行細則》第九條第四款中提出個別化教育計畫要提供給具情緒與行為問題學生所需之行為功能介入方案及行政支援外，教育部國民及學前教育署於2016年頒布《國立特殊教育學校學生正向行為支持及介入處理原則》，指出在處理行為問題時學校要以正向行為支持為原則，足見正向行為支持普遍受到重視及肯定。

正向行為支持（Positive Behavior Support, PBS）是一個以全人觀點為基礎的方法，旨在幫助身心障礙者實現積極的行為和改善他們的生活質量。這種方法是

綜合性的，不僅關注行為問題的減少，還強調個體的需求、尊嚴和權利。參考鈕文英（2022）整理後分述以下幾點說明：

一、正向行為支持強調個體的尊嚴和權利，每個身心障礙者都應被視為一個獨特的個體，擁有自主權和自由選擇的權利，正向行為的方法會尊重他們的意願，確保個體能夠參與決策，並維護他們的尊嚴。

二、正向行為支持強調全人觀點，這意味著不僅關注行為問題的降低，更關注個體的全面發展及生活品質的提升。包含個人的生活方式改變、提升獨立性和能力、促進社會和社區參與、提高生產力，以及賦權和選擇的強調。

三、正向行為支持注重建立積極的支持系統，主張行為問題是個體與環境互動的結果，認為個體若能有效掌握環境，就無需以挑戰性的方式表現行為，故介入行為問題應從改變生態環境著手，才能有助於促使正向行為的表現。其中包含提供結構、明確的目標和適當的支持，這是對個體能力和自主性的信任，強調不僅是行為問題的減少，更是對正向行為的培養和促進。

四、正向行為支持專注於理解具有挑戰性行為的個體的觀點。這種個人化的觀點考慮每個人的獨特需求、動機和背景，使正向行為支持能夠提供更精準、有效的支持。正向行為是建立長期的關係，提供

持久的支持，以確保每個個體都能獲得更加全人觀點的支持。

整體而言，正向行為支持是一種基於全人觀點為基礎的方法，透過教育型方式擴展身心障礙者的行為技能，同時調整生活環境，提高生活品質。此外也強調個體尊嚴和權利，關注全面發展，改善環境及建立持久支持系統，致力於實現身心障礙者的正向行為及提升其生活品質。

肆、正向行為支持服務的模式

聯合國2006年通過之《身心障礙者權利公約》（*The Convention on the Rights of Persons With Disabilities, CRPD*），其目的在於保障身心障礙者能享有自主（如社區融合）、參與（如教育、工作及文化生活）、平等（如不歧視）等基本權利。本會自2019年承接本計畫時，即秉持著不論服務對象的行為問題多嚴重或其本身能力的限制，都視他們為獨立的個體，擁有自尊及被尊重的價值。且以全人觀點為基礎，通過深化對個體需求的理解，實現對身心障礙者更為精準、全面的支持，也是推動社會福祉進步的重要一環。

許多學者認為身心障礙者學會了正當的休閒技能可減少不適當或不被接受的行為，並促進其社會發展（Favell, 1973）。也強調除了處理行為之外，若能將服務對象所處之生態環境重新設計並調整成合適

的環境，安排常態化的生活以及教導他們日常生活技能，對減少行為問題有正面效果（Risley, 1996）。因此本會的正向行為支持服務除了服務個案、支持主要照顧者之外，也拓展了服務對象更多元的生活體驗，如增進社區適應能力、培養休閒技能等活動。

本團隊於2021年10月成立「戶外陣線慢慢牽聯盟」，這是一個常態性的支持服務，藉由帶著服務對象及主要照顧者走向戶外並與當地民眾簡單交流，希望提供服務對象及主要照顧者能擁有更豐富的休閒生活與技能。美國知名教育學者杜威（John Dewey）曾言：「生活及教育，教育即生活」，為了提供服務對象亦能擁有一般正常化的生活（不是只能在家庭中），本團隊也聯合了多名專業講師授課及創造各個不同層面的文化刺激，如藝術紓壓、美食製作、勞作陶冶、功能性生活技能……等活動。企盼提供更多元及多層次的支持讓服務對象能更深入社區融合中。以下就三個服務案例進行說明。

一、案例一

阿雄領有第一類智能障礙中度證明，由衛生局社區心理衛生中心轉介至本團隊，過往曾因思覺失調症發病而長時間在不同醫院住院調藥，因多次出手攻擊同住家中且亦領有身障證明的案母而被轉介使用正向行為支持服務。本團隊在訪視及蒐

集行為資料的過程中發現服務對象用藥並不穩定，且並未固定回診，另外也因案父過世，案手足成年各自離家後，僅剩服務對象與案母兩人相依為命，家中經濟僅能仰賴案母撿拾回收與案手足所提供的生活費。因長時間在家相處也導致兩人常因家務分工及服務對象拒絕外出工作賺錢而起衝突，案母會以碎念、拍打的方式指正，進而引發服務對象的攻擊行為。茲就阿雄特性、主要照顧者及生態環境等各服務向度再細述如下：

（一）身心健康照顧：先針對阿雄的身心健康進行介入，透過協助建立穩定的就醫與藥物管理機制，確保他能夠定期回診並穩定服藥，本團隊先透過增強策略，順利陪伴就醫後藉由社區復健中心接手協助用藥，其思覺失調症的治療效果良好。

（二）人際互動：通過連結身心障礙者社區資源中心服務，協助阿雄融入社區。透過個管中心資源連結到社區復健中心，提供阿雄合宜的社交技巧，使其在社區中建立穩固的人際關係，同時降低在家中發生衝突的機會。

（三）就業培訓：阿雄認知理解佳，鼓勵並協助阿雄參與中心的工作培訓，培養其工作能力。這不僅提升他的自尊心，還能減少在家閒置的時間，改善與案母的相處狀況。

（四）行為管理與支持：行為輔導員針對阿雄的攻擊行為制定正向行為支持策

略，這包括在家中進行訓練，學習更適當的應對方式，並給予檢核表幫助阿雄管理自己行為。

（五）社區協作：本團隊透過拜會鄰居及鄰里長，建立社區協作網絡，藉以留意阿雄與案母相處的狀況。這有助於及早發現可能的衝突，進一步減少阿雄攻擊行為的發生。

（六）家庭合作：協助案母理解和適當支持這些策略的實施，由於案母也是心智障礙者，便鼓勵她不要碎念阿雄，有事打電話請社工處理，也請案母發現阿雄有狀況時就進入房間迴避，同時於拜訪時會提供案母所需要的生活用品（米、油、衛生紙等），獎勵其配合。

（七）結案和持續追蹤：本團隊在確認阿雄能夠穩定就醫及服藥，並在復健中心進行工作培訓後進行結案，然而，為確保行為效益的持久性，社工於結案後三個月不定期致電，以持續關心阿雄的近況。

這些介入策略旨在從全人照顧和正向行為觀點出發，全面性地支持阿雄的身心健康及促進社區融入，並管理其行為問題，以實現阿雄在社會中能有更好的生活品質，並確保服務對象在結束服務後也能維持穩定的生活狀態。

二、案例二

大鴻是一位25歲身強體壯的男性，領有第一類自閉症重度的身心障礙證明。大

鴻每天的作息讓主要照顧者最感困擾的是三更半夜拉著案母起床，要求案母煮水、泡咖啡及煮宵夜，或是白天一再要求案父開車載他外出，加上喜歡玩水，常把弄濕了的衣褲脫光，且一天多達五次以上，導致無衣服可再更換的情況下裸身在家走動。案母表示若制止大鴻正要進行的事情時，容易讓大鴻情緒高漲而產生攻擊行為。此外更讓照顧者感到焦慮的是大鴻的攻擊行為，從國中時期出現後有越來越嚴重的情況，加上家中有高齡長者和案父母年紀大了已無力應付。

本團隊到案家服務初期便先確定主要照顧者的最大期待為降低服務對象攻擊頻率，爾後進行策略挹注，循序漸進的訓練大鴻結構化的生活作息及操作單一嘗試教學（Discrete Trial Training, DTT）的基本技能，將任務細分到最小單位，一次只教導一個技能，也支持主要照顧者學習操作非後效增強（Noncontingent Reinforcement, NCR）搭配區別性增強適當行為（Differential Reinforcement of Alternative Behaviors, DRA）的策略，自然的增強大鴻良好的行為，並針對用藥提供衛教概念請主要照顧者謄寫用藥紀錄表，以確保大鴻能穩定服藥。

提供服務四個月之後社工連結日照中心，本團隊也提供日照中心建議並示範，支持大鴻透過結構且視覺化的作息來提升社會性生活型態及學習合宜的社交互動技

巧。目前大鴻在日照中心適應良好，迄今已超過七個月，適應性行為狀態轉好的大鴻，對於需要辛勤農忙之主要照顧者而言，無疑是春風夏雨般的莫大助益。除上述說明之外，茲就大鴻特性、主要照顧者及生態環境等各服務向度再細述如下：

（一）行為功能評估：Scott與Caron（2005）指出行為功能評估是預防行為問題的最佳實務，目的在確定行為的功能。本團隊經由訪談重要關係人蒐集與大鴻行為問題有關的資料之外，也直接進入大鴻的自然環境，觀察周遭和標的行為問題有關之事件，確認大鴻的攻擊行為功能為獲取實物。

（二）行為管理與支持：本團隊針對大鴻的攻擊行為制定正向行為支持策略，在家中行為輔導員直接訓練大鴻結構化的生活作息，提高自主能力和獨立性，培養服從指令及加強因應容忍的能力，降低因為沒有立即獲得需求而產生的攻擊行為。

（三）適切正向行為：大鴻因在家無人安排活動，而衍生出許多固著的模式，本團隊透過DTT單一嘗試教學，幫助大鴻理解和執行日常生活中的基本技能，培養休閒活動的能力（例如拼圖或馬賽克拼貼），並鼓勵主要照顧者帶大鴻去農田裡幫忙，豐富大鴻的社區生活，降低固著的行為。

（四）身心健康照顧：初期訪視觀察發現大鴻的就醫及服藥順從度須予以支

持，針對用藥提供衛教概念並鼓勵主要照顧者謄寫用藥紀錄表以確保大鴻能穩定服藥，服務數月後案家能支持大鴻穩定的回診及用藥。

（五）家庭合作：本團隊教導主要照顧者操作非後效增強（NCR）搭配區別性增強適當行為（DRA）的策略，自然的在不適切行為沒有發生時增強良好的行為，成功地鼓勵和強化大鴻良好的行為及減緩攻擊行為的發生。

（六）全家庭支持：考量家中有高齡長者和案父母年紀大的情況，本團隊的介入不僅針對大鴻，也關心家庭整體的需求和挑戰，通過個管中心社工連結日照中心。在日照中心穩定後，支持大鴻在社區中建立穩固的人際互動及活動，同時降低家人照顧的壓力。

（七）擴大性溝通技巧：因大鴻無口語能力，經本會語言治療師評估後團隊決定使用替代性溝通方式為操作單一實物照片，經由圖卡建立大鴻表達其需求的能力，幫助大鴻建立功能等值的替代技巧，藉由圖片表達需求來替代使用攻擊行為來滿足需求。

（八）跨專業協作：本團隊將大鴻轉銜至日照中心前由日照中心、個管及本團隊進行會議討論，依照優勢觀點讓日照中心能以最短的時間了解大鴻的能力發展現況。後續本團隊也從家庭服務模式轉而進駐日照中心，共同合作提升服務對象團體

融合的能力。

綜合以上觀點，我們強調全人觀點的重要性，不僅關注到大鴻的身體和行為，也考慮到他的社交需求、家庭情境以及主要照顧者的負擔。這種綜合性的介入有助於大鴻的整體發展，同時提供了家庭所需的支持，以應對不同層面的挑戰。

三、案例三

小豪是一位領有第一類自閉症重度的19歲青年，擁有令人稱羨的185公分身高，但嚴重自傷行為造成其右眼視神經萎縮導致視力喪失。因小豪平均一天發生三次嚴重破壞、攻擊及自傷等嚴重行為問題，使得小豪從特教學校畢業後便只能賦閒在家中鮮少外出。在社資中心社工轉介本團隊後開始接受正向行為支持服務。

本團隊經由初訪了解小豪的行為包含會將家中的物品推倒，或是將廚房的用品丟到隔壁鄰居家門口……等，當遇到不如他所願或是不想配合時，會透過大叫大哭來表達情緒，更甚者會用手拍打或是抓人。在經過觀察、互動及與案父母詢談後，發現小豪對特定歌曲有深厚興趣，會反覆說出歌曲名稱，有重複儀式性行為和對特定物品的執著。案父為家中主要經濟來源者，案家還有一位癌末的祖母，案母需同時照料兩人致身心疲憊，因此先陪伴案家帶著小豪就診，並鼓勵其穩定用藥。行為輔導員藉由密集訪視和小豪建立關係

後開始培養小豪在家的規律作息，穩定後將此模式類化至長照人員和案家人。

考量小豪正值年輕氣盛，在家中無法滿足其需求，本團隊設計了戶外活動，讓小豪在案家人的陪同下能常態性的外出健走，並透過辦理各類活動支持小豪參與各種多元活動，藉以增進人際互動，同時培養小豪服從性和社會化，為將來安置做準備。評估小豪行為問題背後功能後，設計出因應不同情況的策略來降低行為發生頻率。也針對家中環境，進行改造降低受傷的風險。服務近三年後其行為問題發生頻率已降至一個月二到三次，甚至有數月頻率為零。然而，社工嘗試連結各種安置機構，如家托、日照及日托等皆無法順利轉銜，最後透過媒合長照人員的服務和增能，讓案父母的照顧壓力能獲得部分緩解。目前雖已結案，但仍與社資社工合作持續協助安置機構，也不定期詢問案父母近況，鼓勵維持已建立之正向互動模式。除上述說明之外，茲就小豪的服務、主要照顧者及生態環境等各服務向度再細述如下：

（一）身心健康照顧：因小豪就診都是由案母口訴，醫生無法做出精準的診斷，加上用藥不穩定，故本團隊請案家人紀錄其行為表現，並視情況錄影。由輔導員支持陪同至本會合作的診間就醫，透過行為表現紀錄表支持醫生了解其身心狀況，依其症狀對症下藥，適時調整用藥幫

助其穩定身心症狀。

（二）環境調整：小豪出現破壞行為時會至廚房破壞瓦斯爐或冰箱，團隊請案父在客廳及廚房間設立一道門，阻隔小豪到廚房破壞瓦斯爐避免造成危險，同時建議將大型物品固定，減少因破壞行為造成的傷害。

（三）行為功能介入策略：經由行為功能評估後，確認小豪的行為功能包含獲取實物、引起注意及逃避，屬於複雜型的多行為樣態和多行為功能。針對引起注意，鼓勵案家人定時誇獎小豪的好表現，並透過非後效增強策略滿足其被關注的需求和想獲得特定物的需求（聽音樂），從而降低破壞和攻擊行為的頻率。另建立增強代幣制，當小豪完成一個指令或簡單工作時，立即給予代幣增強，代幣集滿即可聽歌，透過喜好物來強化其服從行為。

（四）適切正向行為：基於小豪在家只能聽歌或進行儀式化行為，Shelley等人（1995）提出將個案興趣融入活動中有助於改善個案行為問題，輔導員將小豪有興趣的活動安排於作息表中，建立小豪能按部就班完成活動，增加更多適應性行為，完成作息表後的增強也能滿足小豪想要聽歌及陪伴的需求，有助於未來轉安置的先備技能。

（五）家庭合作：案家亦為家防中心個案，案父過往多以高壓方式壓制小豪。輔導員和案家關係建立後，提供正向教養

觀念。亦引導案父母學習觀察小豪的先兆行為，先兆出現時適時給予簡單明確的指令，使行為中斷，並在小豪出現行為問題時，給予冷靜的時間及空間，待情緒平復後，再請他回歸原狀。

（六）擴充休閒活動：設計戶外活動，每周一次邀請案家人陪同小豪到鄰近步道散步，促進身心放鬆。另提供到本會與其他同儕一起參予各類團體活動，增進其休閒活動的多樣性。從一開始需要多人支持到後來只需要一對一的支持就能穩定參與活動。

（七）跨專業合作：小豪右眼視力喪失，故本團隊諮詢職能及物理治療師後，提供觸感不同、有聲音及零件不要過小等合宜的教具，也轉知治療師的提醒，小豪兩眼因視差容易造成不平衡，請案父母留意小豪行走安全。同時提供感官發展訓練，以補償視力喪失。

（八）人際互動：本團隊和國際行為分析師討論後，決定透過功能性溝通訓練降低行為問題（Carr & Durand, 1985），支持小豪用圖卡增進溝通表達替代不適切行為，降低衝突發生的可能。也在活動及課程中，製造小豪和其他同儕互動機會，增進小豪的人際關係。

（九）單位間合作：媒合兩位居家服務員進入案家服務，輔導員將策略類化給居服員，使小豪在家中能有多元活動，豐富其生活內容，以保持情緒的穩定。另持

續與社資中心社工協同工作，尋找合適的安置單位。

（十）家庭生活支持：案家家庭收入僅靠案父獨撐，除了邀請同仁支持購買案父利用租屋處旁的小農地種植的蔬菜增加案家收入外，本會也不定期提供一些日用品及休閒活動的教具教材，減少案家的負擔。

（十一）結案後追蹤：團隊在確認小豪有穩定就醫服藥、案父母也習得應對方法、改變教養態度以及有固定兩位長照居服員穩定服務後，進行結案。社工於結案後三個月仍不定期致電，以確保支持策略維持效益及持續關注小豪的近況。

隨著年紀增長及經歷不同的人生階段，會產生不一樣的需求，當心智障礙者離開教育體系後，便面臨安置與轉銜的議題，此時更需要系統性的整合與支持。透過行為支持、身心健康照顧、環境調整以及行為功能介入策略等多向度服務，加上與家庭密切合作，培養正向行為、擴充休閒活動以及跨專業合作等，才能有效減低嚴重行為問題發生頻率，為未來安置增加更多可能。

伍、結論與建議

瑪利亞正向行為支持服務以全人照顧觀點為基礎，致力於提升身心障礙者的生活品質，強調尊重與尊嚴、建立支持系

統與環境調整，並擴大支持範疇與多元生活體驗，建立長期關係與提供持久支持。這些目標和策略的制定是為了確保身心障礙者能夠在社會中獲得充分的支持，享有有品質的生活。然而，面對全面照顧其生理、心理、社會等各方面的需求時，我們面臨了一些困難和限制。首先，我們發現家長對於正向行為的觀念較為薄弱，因缺乏相對應的教育或資源支持，而影響了服務對象在家庭環境中較難培養正向行為。其次專業人員在正向行為支持方面的知能需要進一步加強，需要透過更多的培訓和持續教育及跨專業團隊的協同合作，來確保專業人員能夠有效地應對服務對象的需求，及確保全人照顧觀點的實現。

為了克服這些挑戰，本團隊提出以下的建議：

一、加強團隊合作與專業培訓：正向行為支持服務需要專業的團隊來執行，建議加強成員之間的合作，並提供合作單位之間的培訓，提升正向行為支持的知能。同時也建議建置相關的資源，包括訊息交流和支援服務，以應對不同層面的需求，並與時俱進最新的相關知識和經過實證的方法。

二、擴大社會宣導與單位合作夥伴：推動全人照顧需要社會大眾的理解與參與，建議積極進行社會宣導活動，包括對政府、企業和其他社福組織，共同促進身心障礙者的融入和支持。

三、持續評估與調整計畫：由於身心障礙者的需求可能隨著時間而變化，建議建立定期的評估機制，不斷調整計畫內容，參考其他國家發展歷程和成功經驗，再依臺灣文化與價值觀，發展適合本土的制度。

四、強化主要照顧者支持：主要照顧者在身心障礙者的生活中扮演關鍵的角色，建議發展一套有系統的教練式課程，加強對主要照顧者的培訓與支持，協助他們有能力應對挑戰並提供積極的支持。

五、強化正向行為支持的實踐：建議將正向行為支持納入法律條文，目前僅特殊教育法有相關規定，應將其擴展至更廣泛的身心障礙照顧領域，透過法律將有助於確保正向行為支持全人觀點照顧的實現。

綜合以上建議，期望本計畫在實踐中取得實質的成效，提供更全面、持久、尊重且有效的支持服務，使身心障礙者能夠充分參與社會，享受豐富且有意義的生活。

（本文作者：王慧貞為財團法人瑪利亞社會福利基金會方案督導；陳麗君為財團法人瑪利亞社會福利基金會行為輔導員；黃可君為財團法人瑪利亞社會福利基金會行為輔導員；詹媛雲為財團法人瑪利亞社會福利基金會社工師）

關鍵詞：正向行為支持、全人觀點、身心障礙者

參考文獻

鈕文英（2022）。《正向行為支持的理論與實務》。心理。

Bambara, L. M., Janney, R. E., & Snell, M. E. (2015). *Teachers' guides to inclusive practices: Behavior support* (3rd ed.). Brookes.

Carr, E. G., Dunlap, G., Horner, R. H., Koegel, R. L., Turnbull, A. P., Sailor, W., Anderson, J. L., Albin, R. W., Koegel, L. K., & Fox, L. (2002). Positive behavior support: Evolution of an applied science. *Journal of Positive Behavior Interventions*, 4(1), 4-16. <https://doi.org/10.1177/109830070200400102>

Carr, J. E., Severtson, J. M., & Lepper, T. L. (2009). Noncontingent reinforcement is an empirically supported treatment for problem behavior exhibited by individuals with developmental disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 30(1), 44-57. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2008.03.002>

- Carr, E. G., & Durand, V. M. (1985). Reducing behavior problems through functional communication training. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 18(2), 111-126. <https://doi.org/10.1901/jaba.1985.18-111>
- Favell, J. (1973). Reduction of stereotypes by reinforcement of toy play. *Mental Retardation*, 11, 21-23.
- Horner, R. H. (1991). The future of applied behavior analysis for people with severe disabilities: Commentary I. In L. Meyer, C. Peck, & L. Brown (Eds.), *Critical issues in the lives of people with severe disabilities* (pp. 607-611). Brookes.
- Kincaid, D., Dunlap, G., Kern, L., Lane, K. L., Bambara, L. M., Brown, F., Fox, L., & Knoster, T. P. (2016). Positive behavior support: A proposal for updating and refining the definition. *Journal of Positive Behavior Interventions*, 18(2), 69-73. <https://doi.org/10.1177/1098300715604826>
- Lowry C. F. (1986). Generic social work practice and family practice: Students build a foundation for partnership. *Social Work in Health Care*, 12(2), 15-25. https://doi.org/10.1300/j010v12n02_02
- Meijer, M. M., Carpenter, S., & Scholte, F. A. (2004). European manifesto on basic standards of health care for people with intellectual disabilities. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 1(1), 10-15. <https://doi.org/10.1111/j.1741-1130.2004.04002.x>
- Risley, T. (1996). Get a life!: Positive behavioral intervention for challenging Behavior through life arrangement and life coaching. In L. K. Koegel, R. L. Koegel, & G. Dunlap (Eds.), *Positive behavioral support: Including people with difficult behavior in the community* (pp. 425-437). Brookes.
- Scott, T. M., & Caron, D. B. (2005). Conceptualizing functional behavior assessment as prevention practice within positive behavior support systems. *Preventing School Failure: Alternative Education for Children and Youth*, 50(1), 13-20. <https://doi.org/10.3200/PSFL.50.1.13-20>
- Clarke, S., Dunlap, G., Foster-Johnson, L., Childs, K. E., Wilson, D., White, R., & Vera, A. (1995). Improving the conduct of students with behavioral disorders by incorporating student interests into curricular activities. *Behavioral Disorders*, 20(4), 221-237. <https://doi.org/10.1177/019874299502000402>
- Tincani, M. (2007). Moving forward: Positive behavior support and applied behavior analysis. *The Behavior Analyst Today*, 8(4), 492-499. <https://doi.org/10.1037/h0100635>