



# 協助發展遲緩兒童家庭的社會工作、特殊教育與醫療復健之跨專業協同合作模式探討

張秀玉·洪佩宜·陳儀卉

## 壹、前言

發展遲緩兒童由於生理及心理上限制，其需要醫療復健與特殊教育人員提供相關的治療與教育之服務，爲了讓發展遲緩兒童的療育可以順利的進行，提供其家庭相關的支持性服務，是早期療育領域中，非常重要的服務焦點。由上可知，爲了提供發展遲緩兒童家庭適切的早期療育服務，社會工作、醫療復健及特殊教育人員必須有密切的協同合作關係，才能在專業分工又合作的狀態下，提供發展遲緩兒童家庭整體性且能滿足其需求的相關服務。可是要實踐分工又合作的精神，定會遭遇到許多困境，這些困境的確困擾著每一個在場域中的社會工作者。雖然社會工作與其他專業的協同合作（collaboration）關係，在學校、精神醫療、醫院領域中，得以發揮更大助人的效果，已經是一個趨勢，但是並沒有清楚的模式來引導社會工作者，如何進行跨專業或跨領域

（transdisciplinary）的協同合作（Bronstein, 2003）？

早期療育領域中社會工作、醫療復健與特殊教育三個專業，有其專業文化與價值觀，在堅守自身專業價值觀的同時，是不是也會阻礙與其他專業協同合作的可能？Hall（2005）便指出，專業團隊中的各個專業，都有自己的專業文化，包括價值、信念、態度、習慣與行爲。這些文化能夠使得專業的新進人員得以瞭解自己的專業，但也是與其他專業合作時的阻礙之一，在專業團隊合作中，各個成員擁有自己特定的角色，但是在團隊中，爲了達成團隊的目標與解決問題，整個團隊又必須發展大家所共同認同的價值，這樣的情況可能會造成角色的模糊（role blurring），角色模糊的情形可能使得專業團隊成員覺得別的专业搶奪了自己的角色，或是覺得自己好像做了所有專業該做的工作。Oglethorpe, Bull, Drew, & Lunnen (2001)則認爲 跨專業團隊合作模式的缺點是保護自己的專業比專業角色釋放的還多，不意

見到相互訓練、以及以家庭為中心的價值，在實務上不易執行。

雖然 Hall (2005) 及 Oglegtree 等人 (2001) 指出跨專業的協同合作可能會遭遇到的阻礙與困境，不過仍有許多文獻 (Bruner, 1991, 引自 Bronstein, 2002 ; Fowler, Hannigan & Northway , 2000 ; Lester, Birchwood, Shah, England & Smith, 2008 ; Moran, Jacobs, Bunn & Bifulco, 2007) 支持，透過跨專業的協同合作，不僅能滿足發展遲緩兒童家庭多元需求，提高早期療育的服務成效、更能使不同專業領域的工作者，得以學習其他專業的知識、技巧，使自己更加確認自身專業與其他專業在協同合作過程中的角色。由於發展遲緩兒童其生理與心理上遲緩或障礙的情況以及家庭的狀態，會衍生出不同類型的需求，像是兒童在醫療復健、學前特殊教育與保育的需要，以及家庭在社會福利資源面向上的需要，這些需求要能滿足必須仰賴不同領域的專業人員共同進入服務中，以跨專業團隊協同合作的方式提供個案最適切的服務 (蘇映伊, 2005 ; 張秀玉, 2003 )。所以，跨專業協同合作 (transdisciplinary collaboration) 的概念在早期療育領域中，是協助發展遲緩兒童家庭一個重要的服務策略。

作者透過國、內外相關文獻的整理與討論，提出為了滿足發展遲緩兒童家庭之多元需求，跨專業協同合作模式是早期療育服務在執行上，重要的服務策略；並透過本文探討跨專業協同合作模式的概念、

影響上述模式運作成功的可能因素以及社會工作、特殊教育與醫療復健人員在上述模式中，應該擔負之角色任務。作者期待透過上述議題的探討與相關建議的提出，提供早期療育實務領域，在跨專業協同合作模式運作上之參考的資訊與作法。

## 貳、發展遲緩兒童家庭之多元需求與服務提供方式

家庭中因發展遲緩兒童所產生的各項需求，1980 早期，Bailey 等學者開始發展一些計劃來了解家庭的需求，Bailey 和 Simeonsson 發展了家庭需求評估 (Family Needs Survey) 量表作為家庭評估的工具 (Bailey & Simeonsson, 1990, 引自 Bailey & Powell, 2005)，其將家庭需求分成七個部份：1.資訊的需求：可以幫助家庭在知道資訊情況下做出決定，並包括讓家庭了解孩子的情況、獲得服務、教導孩子、處理孩子發展上的問題；2.家庭與社會支持的需求：朋友、家人、社區等工具上與心理上的支持；3.財務上的需求：除了基本的生活花費，在照顧特殊兒上額外需要的費用，家長接受諮商與尋找工作費用等；4.向他人說明的需求：對他人 (手足、鄰居、親友、其他也有遲緩兒童的家庭等) 之詢問如何回應的挑戰；5.兒童照顧上的需求：專業的托育人員、日間托育機構等需求 6.專業支持的需求：能夠獲得宗教人員、心理師、社會工作師及治療師之諮詢，並能有多一點的時間和上述人員討論孩子

的狀況；7.社區服務的需求：能夠與其他遲緩兒童的家長共同討論教養孩子的技巧與方法、能夠遇到瞭解我及孩子狀況的醫師等。

學者 Turnbull & Turnbull (萬育維、王文娟譯, 2002) 提到發展遲緩家庭的基本需求可由下列四個層面探討, 分別是：1. 得到社會性支持：社會性支持網絡可以提供多元的協助, 包括情緒、資訊以及物質上的支持, 這是許多社會福利服務機構的工作及任務。障礙孩子的父母希望可以相同經驗的父母交換心得與知識, 這種連結可以視為一種自助行動, 而這種自助運動提供了團體性的支持以及一對一的支持；2. 得到資訊：資訊是構成家庭成員知識與技巧的重要元素, 透過知識與技巧的訓練與資訊提供, 進而達到充權的狀態；3. 經濟以及家庭支持性服務：家庭特質由於社經地位、職業與就業機會的不同而有所差異, 然而家庭重要的基本需求之一便是擁有適當的經濟資源。家庭支持是針對有障礙成員的低收入家庭提供服務；4. 由專業人員提出有關兒童虐待與疏忽的議題：專業人員在提供服務時, 除了滿足家庭的基本需求之外, 也必須注意兒童保護的議題, 提供有兒童虐待之虞家庭的諮詢、警告與協助服務。

學者 McWilliam (2005) 認為每一個發展遲緩兒童家庭都需要 1. 情感支持：專業人員在提供服務時, 對家庭是關懷的、感興趣的、有反應的且和善的；2. 物質支持：是指使用相關的財政資源, 協助家庭

達成他們的任務, 例如：透過就業服務的支持, 協助家長獲得工作機會, 改善家庭的經濟環境等；3. 資訊支持：係指家庭對於他們孩子能力、服務資源、一般兒童發展、如何與遲緩孩子相處等資訊。其中物質支持與資訊支持也可以被視為是發展遲緩兒童家庭重要的資源類型。

在國內相關的研究中, 也有探討發展遲緩兒童家庭需求的面向。陳進吉 (2004) 在瞭解台北市發展遲緩兒童家庭支援及家庭需求之現況中, 發展遲緩兒童家庭需求之情形普遍屬於高度需求程度, 在需求向度的程度以「資訊需求」、「專業需求」為最需要。張淑慧 (2006) 以高雄市特殊幼兒家長對早期療育服務需求之研究中結果是特殊幼兒家長對早期療育服務各層面的需求不盡相同, 按需求人數比例由高而低排列, 依序是資訊需求、專業需求、精神需求、服務需求、經濟需求。

簡璽如、柳雅瀨 (2006) 則從中華民國發展遲緩兒童早期療育協會多年來與發展遲緩兒童家庭一起工作的過程中, 將遲緩兒童的家庭特殊需求彙整為三大類：1. 家庭多元化支持管道－社會性支持可以提供多元的協助, 包括情緒、資訊、以及物質上的支持, 這是許多社會福利機構的工作以及任務。像是讓有相似經驗的家庭彼此互相聯繫與分享, 以拓展其社會支持網絡, 並成立屬於自己的團體。除此之外, 多元化的服務內容也提供家庭成員很多選擇, 像是：父母彈性就業、個案管理、喘息性服務、居家服務、親職教育、手足關

懷、各類型經濟補助（就醫、就養、就學、生活輔具）等；2.資訊管道的多元－協助發展遲緩兒童家庭得以掌握相關的服務資訊，則能讓家長更為有力量、更有選擇性的去面對困境；3.休閒生活規劃需求－休息是為了走更長遠的路，適度的休閒有助健康也能讓人更有元氣。

作者將上述國內外針對發展遲緩兒童家庭需求探討的文獻進行探討之後，發現發展遲緩兒童家庭的需求，包括六個主要的面向：1.經濟協助上的需求：包含公私立單位所提供之相關經濟補助、療育補助、職業訓練服務與就業服務等；2.社會支持的需求：與其他遲緩兒童家庭接觸的需求、參與家長團體或相關家長協會組織的需求、親朋好友、社區鄰居以及宗教人士提供之精神與物質上的支持；3.早療資訊需求：獲得正確、有關的早期療育服務、兒童照顧與教育上的需求；4.專業支持的需求：能夠獲得心理師、社會工作師、治療師與特教老師等專業人員之諮詢，並能有多一點的時間和上述人員討論孩子的狀況；5.家庭支持的需求：像是喘息服務、居家療育、臨時與日間托育、專業的保母、家庭諮商等服務需求；6.休閒娛樂的需求：包含無障礙環境的娛樂設施等需求。

上述文獻中，除了可以發現發展遲緩兒童家庭的需求非常的多元，實在難以依賴一個專業服務的提供就能完全滿足；其中「資訊需求」以及「專業需求」不僅出現在國內外所有研究的分類中，陳進吉（2004）與張淑慧（2006）的研究中，受

訪的家庭更將此兩項需求列為最優先的需求。進一步探討，可以知道，家庭需要瞭解各類型早期療育的資訊、並且期待能從不同專業領域的工作者，得到諮詢、建議與支持。由此可見，早期療育領域中之不同專業若能一起出現，為孩子家庭進行相關服務的評量與處遇，將能同時滿足家庭在資訊及專業上的需求。

目前在國內早期療育的運作中，2004年公佈施行之兒童及少年福利法施行細則第五條中清楚界定，早期療育(early intervention)係指由社會福利、衛生、教育等專業人員以團隊合作的方式，依未滿六歲之發展遲緩兒童及其家庭之個別需求，提供必要之治療、教育、諮詢、轉介、安置與其他家庭服務及照顧。2007年公佈施行之身心障礙者權益保障法第五條，也指出身心障礙者因身體功能損傷影響活動與社會參與，需經醫事、社會工作、特殊教育等相關專業人員組成之專業團隊鑑定與評估。所以，目前各縣市兒童發展或身心障礙生涯轉銜個案管理中心，都將跨專業團隊的方式，視為提供家庭相關服務重要的策略之一。

學者 Bailey et al. (2006)更從早期療育成效評估的角度，認為早期療育之服務成效在發展遲緩兒童家庭的介入上，可從下面幾個面向來評量：1.家庭瞭解孩子的優勢、能力與特殊需求；2.家庭瞭解他們的權力，也知道如何有效的為孩子倡導權益；3.家庭能夠幫助他們的孩子學習及發展；4.家庭擁有支持系統；5.家庭能在社區

獲得他們需要的服務、方案與活動。若要達成這五個面向的服務成效，可以發現必須透過早期療育領域中，社會工作者、特殊教育與醫療復健人員，提供自身的專業知識，並集結其他專業的知識，透過一個機制或場域，將三個專業整合而成的建議，經由活動、方案服務的提供，協助家庭獲得有關家庭與孩子發展上的知識與能力。由此可知，不論是哪一個專業，專業服務皆是為了協助服務對象有效處理自身的狀態，獲得滿足需求的資源。在這個前提下，早期療育服務的提供要能滿足發展遲緩兒童家庭的需求，達到服務的成效，社會工作、特殊教育與醫療復健之跨專業協同合作，是個應該執行的服務策略！

### 參、社會工作、特殊教育與醫療復健之跨專業協同合作

事實上在早期療育服務領域中，社會工作、特殊教育與醫療復健人員，常以早期療育專業團隊（early intervention professional team）的概念與方式來提供專業服務。黃源協（2008）認為「專業團隊」就是指不同的服務提供者為處理同一服務對象群的問題或需求，而規律性的在一起工作，通常他們都來自於不同專業或不同任務者的一個機構的工作團體。「早期療育專業團隊」的形成，便是考量發展遲緩兒童及其他家庭的需求，涉及醫療復健、特殊教育與社會工作三大專業領域，為了使得他們能夠獲得適切的協助，必須由上述

三大專業領域之工作者組成工作團體，藉由個別化教育計畫（Individual Educational Plan，IEP）以及個別化家庭服務計畫（Individualized Family Service Plan，IFSP）的共同擬定及執行，以滿足發展遲緩兒童家庭的需求（張如杏，2007；孫世恆、王天苗，2004；傅秀媚，2002）。作者在本文中，之所以使用「跨專業協同合作」而不使用「專業團隊」的名稱，主要的原因是，作者在早期療育領域長期接觸實務與相關研究的經驗中，發現社會工作、特殊教育與醫療復健人員合作的方式，不見得只有在擬定 IEP 或 IFSP 的專業團隊運作中，其他像是個案研討會、業務聯繫會議以及跨專業的教育訓練或工作坊等，也都有三個專業共同合作的形式。所以，作者認為跨專業協同合作的形式，不只侷限在專業團隊的運作。

到底什麼是跨專業協同合作呢？Berg-Weger and Schneider（1998）認為跨專業協同合作是一群來自不同專業訓練的人，為了達到共同的目的，所進行的一個人際互動的過程；Bruner（1991，引自Bronstein, 2002）指出跨專業的協同合作是一個有效的人際互動過程，他可以讓依靠自己專業所不能達成的目標，順利的達成；Abramson & Mizrahi（2003）提到跨專業協同合作是指由不同專業領域的人所組成，其是一個為了滿足服務對象的需求，不斷溝通與合作的過程。綜合上述，可以瞭解跨專業協同合作的定義中包含幾個重點：1.是由一群不同專業背景的人所

組成；2.他們有共同要達到的目的；3.上述的目的，不能只依賴自己的專業來達成，而必須是不同專業的合作；4.是一個有效的人際互動過程，過程中必須不斷的溝通與互動，以滿足服務對象的需求。所以，早期療育領域中的跨專業協同合作應可被界定為：「為了滿足發展遲緩兒童家庭的需求，由社會工作、特殊教育與醫療復健人員共同分工合作，透過各種形式的活動（專業評量、處遇計畫擬定與執行、聯繫會報、個案研討等），由各個專業提出相關的專業建議，藉由溝通與互動的過程，將建議整合，以供發展遲緩兒童家庭有效處理相關的問題」。

雖然，跨專業的協同合作是一個能夠滿足服務對象的工作方式，但是跨專業的協同合作模式要能成功建立，有許多重要的條件。Bronstein（2003）指出跨專業的協同合作有五個重要的內涵：1.專業間必須要相互依賴：相信其他專業能在協助過程中，和自己一同完成助人任務與目標。相互依賴的前提是，各個專業應非常清楚對於自己的角色，並也瞭解與其他專業角色的區別，而且能夠適時扮演適當的專業角色。要達到相互依賴，各個專業必須透過正式或非正式對話的機制，才能增進彼此的瞭解與工作默契，在整個協助過程中，也必須尊重其他專業的意見；2.創造新的專業助人活動：若能不斷創造新的專業助人活動，運用新設計的方案或新組成的組織，可以使協同合作的各個專業有不斷對話及接觸及機會，增加協同合作的默

契；3.彈性的面對可能的角色模糊情境：不同專業有不同的專業價值及協助焦點，但當一同協同合作時，有時候除了自己的專業語言與角色之外，也必須運用其他專業的語言來提供服務，專業工作者應有面對此種角色模糊或對調情況的彈性；4.認同共同的助人目標：每一個協同合作模式都有一個共同的目標，即使專業價值與倫理不同，若同屬一個團隊，都應該認同這個團隊中的助人目標；5.專業間持續對話：對於助人過程的不斷的反省與思考各個專業在協同合作過程中，要不斷思考與討論彼此協同合作的關係、方法與成效。

學者 Wangemann, Ingram & Muse (1989)認為成功專業團隊的重要因素包括：明確的目標、互補的專業、充分的溝通、互惠的利益（解決彼此的共同問題，並能學習其他專業的知識與技巧）、專業的分享（成員們將自己的專業知識與技能傳授給其他專業成員）、積極的互動、動態的改進、充足的資源、相互的信任、責任的共擔、差異的容忍、共同的願景。Norsen, Opladen & Quinn（1995）指出成功的團隊工作必須有下列六個協同合作之技巧：1.合作：欣賞且尊重其他專業人員的意見與觀點，並且隨時保持願意說明與改變自己信念及價值的態度；2.自信：對自己的觀點與想法有信心；3.責任：參與團隊的決策過程，並願意承擔及分享決策的責任；4.溝通：有效的分享重要的資訊，並交流與討論自己的想法；5.自主：有獨立工作的能力；6.協調：有能力組織團隊的任務

和分派的工作。

國內相關研究（黃源協，2007；黃劍峰，2007；陳順隆，2005；孫世恆、王天苗，2004；傅秀媚，2002；柯平順，1998）發現，早期療育跨專業協同合作強調所有有關發展遲緩兒童及其家庭的相關資訊都應該共享，且專業團隊成員對上述資訊都必須非常清楚，此模式也有一個特色，就是專業人員應該互相作跨角色訓練，亦即專業人員不應該只瞭解自己角色的工作，也應對其他專業的角色工作有所瞭解。此種模式要能成功，必須團隊中每個成員清楚自己及其他成員的角色，由於專業團隊強調高度合作與交流，若是成員中有人不清楚自己的專業角色，在合作過程中，可能會放棄自身專業的判斷，甚至產生期待的衝突。

然而，一個成功的跨專業協同合作模式，也受到許多相關因素的影響。Bronstein（2003）認為影響跨專業協同合作的可能因素包含：1.專業的角色（各個專業之信念與倫理價值觀，在協同合作過程中，各個專業是否能尊重不同專業的倫理價值，而形成協同合作團隊共同所遵守的）；2.結構特徵（機構有無提供督導、得以破除協同合作障礙的資源等）；3.個人特徵（個人的人格特質、教育背景等）；4.協同合作的歷史：在過去或實習經驗中，有正向的協同合作經驗，將會有助於目前協同合作模式的成功（Bronstein, 2002）。

除了上述因素之外，跨專業協同合作強調彼此釋放與學習對方的角色，因此尊

重其他人的角色與適時的角色釋放（role release）則是成功的跨專業協同合作模式重要的影響因素。Lyon & Lyon（1980）強調跨專業協同合作的成員彼此依附學習並且重視角色釋放的歷程，在合作過程中，跨越彼此領域的藩籬，一同為發展遲緩兒童家庭提供服務，團隊成員有共同的焦點，但他們必須瞭解其他成員的相關訊息與技能，也必須瞭解每位成員的角色及任務；Bruder & Bologna（1993）指出協同合作工作中每個人都必須瞭解自己與他人的角色，與團隊中的成員學習或提供自己的專業，進一步分享角色及責任，這樣的專業合作模式試圖跨越個別專業的限制，形成一個成員之間有最大溝通、互動及合作關係的團隊；傅秀媚（2002）的研究發現專業人員間溝通合作是跨專業協同合作模式運作重要的關鍵，跨專業團隊合作評估採取一人主導評估，因此角色釋放非常重要，主導者需對兒童整理發展非常瞭解；王天苗（2003）認為跨專業協同合作模式無論在個案評估、設計介入策略或計畫執行的過程中，專業人員的充分合作，彼此給予相互支援和溝通，各自釋放自己的專業角色，專業間打破界線，對個案的處理是經過討論與溝通後去執行。

若是一個運作有成效的跨專業協同合作模式，不僅能夠帶給服務對象最佳的服務成效，也能使各個不同的專業更加瞭解自己專業的定位與角色。Lester et al（2008）指出不同專業的機構若能建立互助合作的伙伴關係，將可以增強服務的成效；Moran

et al (2007) 則以單一專業(社會工作)為例指出,隸屬於不同機構的社會工作者,若能透過正式或非正式的互動機會,將能彼此交換對於發展遲緩兒童家庭的訊息及服務方式,將上機構資源的提供,將能提高服務的成效。Clark(2002)與 Fowler, Hannigan & Northway (2000)發現透過跨專業協同合作過程中,彼此的學習與經驗的傳遞,對於瞭解與確認各個專業對自己及其他專業上,是有效的策略。張翠娥、鈕文英(2007)的研究發現跨專業協同合作的過程中,參與人員雖然付出許多心力,但也能學習其他專業的知識及技巧,形成彼此互助互惠的關係,教師透過專業治療師的臨床指導可以獲得更有效的教學策略;治療師入班觀察時,能夠看到兒童在不同學習情境中的表現,更有助於對兒童發展狀況的掌握,同時在與教師互動過程中,也能學習老師誘發兒童學習的技巧,並能參與跨專業的討論,突破抽離式的治療可能產生的限制。

雖然,跨專業協同合作模式能帶來上述文獻所提及有關服務對象及專業人員的利益,但是在國內外社會工作、特殊教育與醫療復健的跨專業協同合作過程中,有許多研究討論在執行過程中遭遇的狀況與困境,像是 Oglegtree et al(2001)發現跨專業協同合作模式的缺點是保護自己的專業比專業角色釋放的還多,不意見到相互訓練、以及以家庭為中心的價值,在實務上不易執行;呂一慈(2006)的研究發現,醫師與其他專業成員間因為專業訓練的不

同,對問題處理方式也不同,必須透過成員不斷討論與溝通,否則不同專業容易產生衝突、合作不易;林桂如、鄭怡瑄(2006)探討台北地區早期療育醫療專業團隊運作情形,發現專業團隊合作面臨最大的問題是個案量太大及團隊成員態度不佳;張如杏(2007)的研究則指出社工師、心理師與醫師比較是以專家諮詢的角色,缺少專業學會的支持,與整體建構服務合作機制,不利長期發展,專業間缺少互動與合作(專業間很少直接溝通,專業間工作內容缺乏整合,不同專業間的互動非常有限,治療師很少參加個案研討會,專業團隊間的人員彼此不認識居多),不利合作機制的建立。劉文英(2009)的研究雖不是早期療育的範疇,但她的研究發現在性侵害防治領域中,需要透過社政、警政、司法及特殊教育等專業,以跨專業的團隊合作的方式,才能達到服務目標並滿足被害人的需求。不過在跨專業團隊合作的過程中,社工員提到的一個實質的困境,便是「其他專業對社工員的高期待造成的壓力」,因為社工員認為自身缺乏瞭解智能障礙者的身心特性,也不知道如何與智能障礙者溝通,因此在其他專業期待過高、自己又專業知能不足的狀況下,社工員的工作士氣低落且居於弱勢地位。

綜合上述,除了藉由文獻的討論,可以瞭解跨專業協同合作的意義、一個成功的協同合作模式需具備的條件之外,跨專業協同合作對於服務對象之服務成效、專業工作者的跨專業知識、視野與角色確認



等面向具有正向的影響；但文獻也指出跨專業協同合作，不同專業的倫理價值觀與處遇焦點、專業對自身角色不清楚或缺乏應有的專業知能、專業缺少互動，對彼此角色不清楚，因而產生對其他專業角色期待過高或錯誤期待的情形、不願意或無法進行角色釋放、制度層面的限制（如：個案量太大等）等負向影響因素，皆會影響跨專業協同合作的進行，並會對於參與跨專業協同合作模式的專業工作者，產生專業模糊、專業自信降低等狀況。

#### 肆、社會工作、特殊教育與醫療復健在跨專業協同合作之角色任務

此部分，作者將針對發展遲緩兒童家庭的需求與特性，探討社會工作、特殊教育與醫療復健在跨專業協同合作中的角色任務。在探討角色任務之前，作者先行整理一個協同合作的團隊中，應該有哪些專業成員？依據美國 IDEA 的 105-17 公法與國內之身心障礙者權益保障法施行細則第 19 條、身心障礙教育專業團隊設置與實施辦法、特殊教育法第 22 條、兒童少年福利法施行細則第 5 條的界定，早期療育專業團隊成員包括：職能治療師、物理治療師、語言治療師、特殊教育老師、社會工作師、心理治療師、諮商師、發展遲緩兒童家長等等，但參與的專業人員則需視服務個案的需求而定（Block & Block, 2002）。這些專業人員中，除了發展遲緩兒童家庭之

外，大概可被區分成三類的專業工作者，分別是社會工作者、特殊教育以及醫療復健人員。

作者在整理相關文獻之後，發現社會工作人員在早期療育跨專業協同合作模式中的角色任務主要是協助家庭了解其所擁有的正式與非正式資源，並將家庭需求、資源及優勢評量的結果，提供給團隊成員了解，不只是家庭社會工作者，也是跨專業協同合作團隊的個案管理師（case manager），除了對家庭、兒童的需求先了解以外，還需要了解並評量家庭與社區的資源，整合服務過程中的所有資源，還需參考社會工作者介入的理論模型和社會工作原則，促使家庭參與團隊早期介入計畫的執行，並適時在團隊中為家庭辯護或倡導相關權益（周月清等人，2001；周月清、許昭瑜，2004；Bishop, Rounds, & Weil, 2004；Maboney & Wiggers, 2007；Malone, McKinsey, Thyer & Straka, 2000；Block & Block, 2002；Moran et al., 2007；Shannon, 2004）。

傅秀媚（2002）、王天苗（2003）、廖華芳（1998）、Shapiro & Sayers（2003）則整理出特殊教育與醫療復健人員在跨專業協同合作模式中的角色任務。特殊教育人員主要工作內容以進行發展遲緩兒童在教育面向上之評量、計畫與執行，包括：評估孩子之發展能力、IEP 之撰寫與執行、將醫療復健人員之療育建議融入課程教學中、諮詢服務、巡迴輔導服務、評估家庭需求及能力、執行家庭支持或親職教育計

畫等。醫療復健人員則是針對發展遲緩兒童生理面向的發展進行評量與診斷，並設計家庭能於家中執行之醫療復健計畫，其工作內容又因專業的類型不同而有差異，例如：1.醫師：提供有關孩童評估、整體性之醫療照顧、診斷、治療與轉介服務、提供家長與團隊成員之諮詢、於社區進行診斷及治療服務等

2.臨床心理師：執行心理與發展測驗及其他評量、提供心理服務計畫，包括家庭諮詢、家長訓練等，向家長及團隊成員整合並詮釋評量之相關資訊、心理服務之協調合作、與其他團隊成員一同合作以滿足家庭需求等；3.物理治療師：運動技巧、神經運動、神經骨骼、口腔運動及進食功能之評估；環境調整、活動輔具之建議等，提供嬰幼兒與握物、擺位與運動技巧等功能之諮詢於執行；4.職能治療師：兒童發展程度、功能表現、感覺過程與調整性反應之評估；家人與嬰幼兒互動之評估、續發性損傷之預防等；5.語言治療師：對兒童溝通能力發展負責，強調口腔訓練、餵食治療以及口語溝通前、中相關的訓練提供團隊成員間的服務、提供家長及團隊成員有關兒童語言發展、溝通能力之建議。

綜合上述，發展遲緩兒童由於生、心理遲緩的現象，需要仰賴醫療與教育的介入，協助其遲緩現象消除或改善，但在執行療育的過程中，家庭的態度、知識、條件與資源會影響他們接受療育的機會與效果。加上早期療育服務強調以家庭為中心的信念，使得社會工作專業必須介入早期

療育場域，協助家庭進行相關資源的連結與倡導、能力的建構及做家庭與其他專業間的溝通橋樑。由此可知，早期療育跨專業協同合作的團隊中，三個專業都有必須發揮且很難被其他專業取代的角色，不過也因為如此，鮮明的專業角色能否在協同合作過程中，進行角色釋放，願意向其他專業解釋自己專業的角色與處遇焦點、進而願意運用其他專業的語言，以讓家庭更瞭解評量與處遇的過程（例如：醫療復健人員運用社會工作強調家庭的概念，在設計醫療復健計畫時，也能考量家庭的信念、時間與環境等），以滿足發展遲緩兒童家庭的多元需求；此外，每一個專業又是否真能對於自身專業與其他專業角色，有清楚的認識，而在協同合作過程中，既有專業自信又能彈性的釋放部分專業，與其他專業一同合作，這都會影響協同合作的效果。

## 伍、結論與建議

本文探討社會工作、特殊教育與醫療復健人員在協助發展遲緩兒童家庭時，所執行之跨專業協同合作模式之概念、影響因素與各專業之角色任務。作者依據前文中，相關文獻的探討，整理出三個重要的結論：1.社會工作、特殊教育與醫療復健三個專業要以跨專業協同合作模式來提供服務時，必須立基於發展遲緩兒童家庭的需求；2.在跨專業協同合作模式中，各個專業都有其應擔負的角色任務，各個專業

必須先對自身專業的角色有清楚的理解，並具備其他專業相關知識的基礎瞭解能力；3.一個成功的跨專業協同合作模式，除了受到結構、個人、專業知能、參與經驗等因素影響之外，跨專業協同合作強調彼此釋放與學習對方的角色，因此尊重其他人的角色與適時的角色釋放（role release）則是成功的跨專業協同合作模式重要的影響因素。作者針對上述三個結論，對於早期療育實務工作提出以下建議：1. 早期療育服務單位應透過各種方式（問卷、會談等）瞭解服務對象之需求，並且思考何種需求適合運用跨專業協同合作模式的服務策略；2. 早期療育各領域之實務工作者，必須透過各種管道，對於自身專業知識有清楚的理解且確認自己專業角色

之定位，並能學習其他不同專業的術語與知識，以利跨專業協同合作時的溝通與合作；3. 早期療育實務工作者可以釐清影響自己在與其他專業合作時之相關因素，並針對負向的影響因素，找出可解決或因應的策略，並透過與其他專業合作經驗的累積與磨練，學習尊重其他專業角色且又不背離自己專業價值的作法，透過角色釋放，讓自己透過跨專業協同合作，增進專業知能與專業自信，且真正能提供發展遲緩兒童家庭適切之服務。（本文作者：張秀玉，靜宜大學社會工作與兒童少年福利學系助理教授；洪佩宜，國立臺中教育大學早期療育研究所碩士；陳儀卉，靜宜大學社會工作與兒童少年福利碩士）

## 參考文獻

### 中文部分

- 王天苗（2003）。特殊教育相關專業服務作業手冊。台北市：教育部特殊教育工作小組。
- 呂一慈（2006）。特殊學校實施跨專業團隊服務成效之個案研究：以一個重度多重障礙學生為例。身心障礙研究，4(2)，83-96。
- 沈麗盡（2003）。早期療育專業團隊之研究—以台北縣市社會福利機構為例。台北：文化大學青少年兒童福利研究所碩士論文。
- 周月清、許昭瑜（2004）。醫療模式或社會模式—早期療育個案管理實例研探。國立政治大學社會學報，36，113-147。
- 周月清等人（2001）。協助拒絕接受服務之家庭進入早療體系。台大社工學刊，4，97-161。
- 林桂如、鄭怡瑄（2006）。國內早期療育醫療專業團隊運作之初探。身心障礙研究，4（3），188-197。

- 柯平順（1998）。嬰幼兒特殊教育。台北市：心理。
- 孫世恆、王天苗（2004）。台灣地區特殊教育相關專業服務實施現況及意見調查研究。特殊教育研究學刊，26，19-43。
- 張如杏（2007）。台北縣特殊教育相關專業合作模式及運作方式之探討。東台灣特殊教育學報，9，93-108。
- 張秀玉（2003）。早期療育社會工作。台北：揚智。
- 張淑慧（2006）。高雄市特殊幼兒家長對早期療育服務需求之研究。國立臺北教育大學特殊教育學系碩士班碩士論文。
- 張翠娥、鈕文英（2007）。跨專業服務融入早期療育課程實施歷程研究。特殊教育學報，26，111-138。
- 陳進吉（2004）。台北市發展遲緩兒童家庭支援及其家庭需求調查之研究。中國文化大學心理輔導研究所碩士論文。
- 陳順隆（2005）。早期療育服務資源網絡運作之研究～以南投縣為例。南投：國立暨南國際大學社會政策與社會工作學系碩士論文。
- 傅秀媚（2002）。早期療育中跨專業團隊評估模式相關問題研究。特殊教育學報，16，1-22。
- 黃源協（2007）。長期照顧管理中心的團隊運作。The Journal of Long-term Care，11（1），20-26。
- 黃源協（2008）。社會工作管理（二版）。台北：雙葉。
- 黃劍峰（2007）。家扶基金會推動早期療育服務之社會工作專業實踐。台北：輔仁大學社會工作研究所碩士論文。
- 萬育維、王文娟譯，Turnbull, A. P., & Turnbull, R. H.（2002）原著。身心障礙家庭：建構專業與家庭的信賴聯盟。台北：洪葉。
- 劉文英（2009）。社工員執行智能障礙者性侵害防治工作所面臨的困境與需求。臺大社工學刊，19，41-86。
- 簡璽如、柳雅瀨（2006）。認識我們的服務對象。林美媛（編），早期療育社會工作實務通報轉介暨個案管理，頁 18-22。花蓮：中華民國發展遲緩兒童早期療育協會。
- 蘇映伊（2005）。早期療育社會工作者工作阻礙與工作成就感相關性之研究。台中：東海大學社會工作學系碩士論文。

## 英文部分

- Abramson, J. S., & MiZrahi, T. (2003). Understanding collaboration between social workers and physicians: Application of a typology. *Social Work in Health Care*, 37(2), 71-100.
- Bailey, JR. D. B. et al. (2006). Recommended outcomes for families of young children with disabilities. *Journal of Early Intervention*, 28(4), 227-251.
- Bailey, D. B., Jr., & Powell, T. (2005). Assessing the information needs of families in early intervention. In M. J. Guralnick (Ed.), *The Effectiveness of Early Intervention*(pp. 151-183). Baltimore: Brookes.
- Berg-Weger, M., & Schneider, F. D. (1998). Interdisciplinary collaboration in social work education. *Journal of Social Work Education*, 18, 53-57.
- Bishop, K. K., Rounds, K., Weil, M. (2004). P.L. 99-457: Preparation for social work practice with infants and toddlers with disabilities and their families. *Journal of Social Work*, 29(1), 36-45.
- Block, A. W., Block, S. R. (2002). Strengthening social work approaches through advancing knowledge of early childhood intervention. *Child & adolescent Social Work Journal*, 19(3), 191-208.
- Braye, S., & Preston-Shoot (2000). Keys to collaboration. In C. Davies, L. Finlay, & A. Bullman (eds.), *Changing Practice in Health and Social Work*(pp.145-154). London: SAGE.
- Bronstein, L. R. (2003). A model for interdisciplinary collaboration. *Social Work*, 48(3), 297-306.
- Bronstein, L. R. (2002). Index of interdisciplinary collaboration. *Social Work Research*, 26(2), 113-123.
- Bruder, M. B., & Bologna, T. (1993). Collaboration and service coordination for effective early intervention. In W. Brown, S. K. Thurman & L. F. Pearl (Eds.). *Family-Centered Early Intervention with Infants and Toddlers: Innovative Cross-disciplinary Approaches*. (pp.103-127). Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co.
- Clark, P. G. (2002). Evaluating an interdisciplinary team training institute in geriatrics: Implication for teaching teamwork theory and practice. *Educational Gerontology*, 28, 511-528.

- Fowler, P., Hannigan, B., & Northway, R. (2000). Community nurses and social workers learning together: A report of an interprofessional education initiative in South Wales. *Health and Social Care in the Community*, 8(3), 186-191.
- Hall, P. (2005). Interprofessional teamwork: Professional cultures as barriers. *Journal of Interprofessional Care*, 1, 188-196.
- Lester, H., Birchwood, M., Tait, L., Shah, S., England, E. & Smith, J. (2008). Barriers and facilitators to partnership working between early intervention services and in the voluntary and community sector. *Health & Social Care in the Community*, 16(5), 493-500.
- Lyon, S., & Lyon, G. (1980). Team functioning and staff development: A role release approach to providing integrated educational services for severely handicapped students. *Journal of the Association for the Severely Handicapped*, 5, 250-263.
- Maboney, G., & Wiggers, B. (2007). The role of parents in early intervention: Implications for social work. *Children & Schools*, 29(1), 7-15.
- Malone, D. M., McKinsey, P. D., Thyer, B. A., & Straka, E. (2000). Social work early intervention for young children with developmental disabilities. *Health & Social Work*, 25(3), 169-180.
- McWilliam, R. A.(2005). Assessing the resource needs of families in the context of early intervention. In M, J. Guralnicd (Ed.), *The Effectiveness of Early Intervention*(pp. 215-233). Baltimore: Brookes.
- Moran, P., Jacobs, C., Bunn, A., & Bifulco, A. (2007). Multi-agency working: Implications for an early-intervention social work team. *Child and Family Social Work*, 12(2), 143-151.
- Norsen, L., Opladen, J., & Quinn, J. (1995). Practice model: Collaborative practice. *Critical Care Nursing Clinics North America*, 7, 43-52.
- Ogletree, B. T., Bull, J., Drew, R., & Lunnen, K. Y. (2001). Team-based services delivery for students with disabilities: Practices options and guidelines for success. *Journal of Intervention in School and Clinic*, 36(3), 138-145.
- Shannon, P (2004). Barriers to family-centered services for infants and toddlers with developmental delays. *Social Work*, 49(2), 301-308.
- Shapiro, D. R., & Sayers, L. K. (2003). Who does what on the interdisciplinary team regarding physical education for students with disabilities. *Teaching Exceptional*

Children, 35(6), 32-38.

Wangemann, P., Ingram, C. F., & Muse, I. D. (1989). A successful university-public school collaboration: The union of theory and practice. *Teacher Education and Special education*, 12, 61-64.