

國立嘉義大學 100 年度第 2 次學生業界見習徵文比賽作品分享

系級：教育學系 3 年級

學號：0973117 姓名：闕湘漣

本校課程名稱：相關課程：特教導論

見習（參訪）單位名稱：台南縣市縣市 財團法人奇美醫院兒童發展聯合評估中心機關(單位)

見習（參訪）時間：100.7.4~100.7.29

見習（參訪）內容概述：

壹、奇美醫院兒童發展聯合評估中心專責業務簡介

依據民國 98 年 11 月 18 日所修正的特殊教育法第 23 條第一項明定：身心障礙教育之實施，各級主管機關應依專業評估之結果，結合醫療相關資源，對身心障礙學生進行有關復建、訓練治療。另據身心障礙者權益保護法(原身心障礙者保護法)，第 17 條：中央衛生主管機關應整合全國醫療資源，辦理嬰幼兒健康檢查，提供身心障礙者適當之醫療復健及早期醫療等相關服務。準此而論，奇美醫院兒童發展聯合評估中心即為配合中央衛生主管機關執行發展遲緩兒童(半歲至六歲)「早期發現與早期療育方案」的全面性評估、治療業務，包括臨床心理、物理治療、語言溝通、兒童復建、小兒神經、兒童心智等項目。

貳、見習內容概述

自民國 100 年 7 月 4 日起，至民國 100 年 7 月 29 日於永康奇美醫學中心(週一~週五)、柳營奇美醫院(每週二下午)學習認知發展銜鑑的工具施測程序(Bayley scales of infant development、魏氏幼兒智力量表修訂版 WPPSI-R、魏氏兒童智力量表第四版 WISC-IV)、相關認知治療課程的設計原理與進行方式，另參觀兒童語言發展評估、動作發展評估、小兒科發展遲緩評估特別門診、參與跨團隊之出院準備服務案例探討會議。

參、在實務情境中能學到更多並印證書本中的理論

一、關於自閉症

1. 自閉症屬非典型案例居多，很難有完全符合 DSM-IV 所訂三項診斷標準的案例。

- (1)社會互動有質的困難。
- (2)溝通有質的困難。
- (3)有限的重複與固著行為模式、興趣、活動。

在見習中所接觸的案例，有些個案可能符合前兩項診斷標準，但卻未出現明顯的固著行為；而有的個案樂於與他人互動，但在互動技巧上卻習慣使用直接身體接觸的方式，表達互動意願，而固著行為也不明顯；更有所謂罕見的「自閉症學者」(autistic savants)，對於所見所聞具備過目不忘、聽而不逝的能力，且有強烈喜歡特殊顏色物品及食物的固著行為。

2. 50%以上的自閉症患者伴隨智能障礙的原因被並非必為腦傷所致，有些是缺乏共同注意力所致，由 Atkinson & Shiffrin 的訊息處理論論證，欲產生長期記憶必須先對外刺激加以接受留意而產生初始的瞬間感覺記憶，但共同注意力的缺陷使得患有自閉症的兒童難以接收到外界刺激，更遑論長期記憶之形成，而長期記憶卻是新知識習得的基礎，在吸收新知識時，必須靠長期記憶中已有知識基模的幫助，才能有效的處理新資訊，否則將陷入惡性循環的漩渦之中。另一項可能的原因則是與大腦知覺統合有關，自閉症患者的腦部各區塊功能並未受損，甚至獨立而言會有某區塊能力優於一般人，唯大腦皮質各功能分區的連結不佳，導致智力整體表現不盡理想。

3. 自閉症並非是一種終身障礙，當三項診斷標準中的特質已明顯消弱或不致影響正常生活功能及品質時，原該診斷即有可能被註銷。

二、關於心理評估

1. 心理評估是一種「假設—驗證的推論過程」，過程中必須使用各種資料進行分析，並重視各種資料間的交叉檢核，以確保評估品質及結果的信效度。

2. 當施測或評估過程個案未處於良好的身心狀態、與家中行為表現不符或是測驗環境不佳時，應在解釋測驗結果時註明該次衡鑑之可靠度，並對測驗結果之有效性作適當的評估，例如：是否有低估或高估的可能？評估結果能否有效反映個案目前的認知能力？，以避免對個案及關係人產生誤導，或造成個案的心理傷害及權益損害。

3. 在評估過程中，需考量個案的身心狀況，營造對個案最有利的測驗表現情境。例如，曾有個案因生理發展上的限制，導致始終無法挺直軀幹，穩健地進行操作測驗，此時評估者即指示家長抱扶個案的

腰部，好讓個案能將施力重心放在手部肌肉的控制，並同時利於手部活動範圍的增加，以期提升個案在進行認知操作測驗的完成率。

4. 心理衡鑑報告主要內容及格式包括：個案簡介、行為觀察、測驗結果與解釋、整體印象與建議。撰寫心理衡鑑報告時，須「字斟句酌，力求客觀」，尤其是行為觀察紀錄的部份，因為最後下診斷證明的醫師，會依據此份行為觀察紀錄擬定診斷方向，換言之，假若措詞不當可能會誤導診斷結果。

5. 當接獲新個案時，須先向家長或是轉介者確認於此之前是否有到別的醫療院所進行評估，若最近一次的評估距收案日未達半年以上，則應拒絕評估，原因在於前後使用相同的衡鑑工具可能會產生練習效果，因此至少須隔半年以上。

6. 認知和動作及語言是同步發展的，此概念對於評估發展遲緩的兒童格外重要，原因在於依據 Piaget 認知發展理論，0~2 歲的孩子處於感覺動作期，他們是靠視覺、聽覺、觸覺等感覺與手的動作認識世界的，因此，若動作發展遲緩或神經異常，即有可能影響孩子認知的發展。再者，Vygotsky 的認知發展理論特別強調語言發展的重要性，主張語言與思維的關係是前者為因，後者為果，即語言具有促進兒童認知發展的功能。另外，美國智能障礙協會(AAMR)對智能障礙的定義根據年齡來細分也同樣指出：對學齡前兒童而言，缺陷出現於感覺動作和溝通方面。

7. 在 Bayley scales of infant development 中有一項 Imaginary Play 測驗項目，可用於瞭解孩子社會互動能力的發展情形，而 Bayley scales of infant development 適用於三歲半以下的嬰幼兒，此條件恰好與 DSM-IV 中自閉症診斷標準 B 條款：在以下領域至少有一項遲緩或異常功能，且初現在三歲以前(1)社會互動，(2)社會溝通的語言，或(3)象徵或想像遊戲。遙相呼應，易言之，Bayley scales of infant development 中的 Imaginary Play 測驗項目，可供作為診斷自閉症的其中一項參考指標。

8. 一般而言，家長對於孩子認知發展遲緩的事實較無法接受，但其實評估者對於動作發展遲緩的案例具較高度的警覺性，因為當中可能涉及神經發展異常及特殊病變的問題。

見習（參訪）心得

肆、見習緣由及所欲探討之議題

據愛丁堡大學莫瑞教育學院教育研究系博士生張嘉文所撰「台灣校長對特殊教育需求定義的觀點之社會學研究」一文指出，在西方文獻中，對特教的觀點大致可截切為三個模式，分別為醫學模式、心理學模式以及社會模式，若以此三大模式分析台灣目前特殊教育場域所存有的特教觀點的話，則可簡化成如下的架構：以心理學模式為共同基礎，透過標準化進行分類判定，而雖然台灣將障礙與資優同納於特教需求的涵蓋範圍之內，但實際上卻對兩者投以截然的眼光，就如同常態曲線所呈現——極端的兩個群體，對此，從對於兩者「失能」原因的探究即可看出端倪。一個採用醫學模式去說明障礙何以存在，另一方面則採用社會模式去評估造成資優弱勢的可能外在社會因素，換言之，相較於障礙群體，臺灣的教育場域對於資優群體，是採取比較寬待的態度。

而在研究中該學者也特別提到，在醫療機構執行評估業務的專業人員，使否存在所謂的「驗整性偏差」(confirmatory bias)，意即本身於評估診斷過程中即預期個案有既定障礙事實的存在，而在無意中將機械性標記與分類混入主觀的價值判斷。對此，從在見習期間與醫療人員近一個月的互動交流中，我發覺其所持有的信念，與美國權利法案之核心信念有異曲同工之妙，他們認為當一項診斷所可能造成個案在未來有心理傷害或是權益受損程度愈嚴重時，下診斷時會格外的小心，並會與其他相關專業人員進行詳細臨床徵狀之討論，最後才會確診。因此我認為問題的癥結點似乎在其他方面。

伍、問題的癥結點

一、特定知識內容的著重所造成的理解偏誤

依據張嘉文學者的研究結果顯示，台灣校長將統計學中「常態曲線」的概念，過度運用於認定所謂的障礙學生，換言之，對他們而言，所謂的障礙學生即是在常態曲線中低於兩個標準差以上的學生。然而，標準的測驗結果解釋實際上涵蓋五層次的程序(黃政昌，2009)：

層次 I .解釋全量表智商

層次 II .解釋二種智商(PIQ & VIQ)

層次 III .解釋分測驗間的變異情形：在有顯著差異的分測驗中，確認出強項(strength)與弱項

(weakness)的分測驗。

層次 IV .解釋分測驗內的變異情形

層次V.質性分析

據此而論，當教育工作者將衡鑑訊息過度簡化、侷限於層次I，就容易衍生出「教師只看見孩子的限制，而未看見孩子的發展契機」的問題。

二、缺乏與專業領域人員之交流機會

在見習期間，瞭解整個聯合評估團隊的運作機制後，發覺臨床心理師和物理治療師、語言治療師、小兒神經科、兒童復健科、兒童心智科燈相關科別醫療人員，會時常進行各領域的專業知識的交流活動，以提供相關個案資訊提醒專責人員多作留意，例如在認知心理評估的過程中若發覺個案疑似有斜視、下顎肌肉控制不佳導致不斷流口水、皮膚呈現缺氧的黃褐色的症狀時，即會立即連絡小兒科醫生於看診時須稍做留意，而若個案在回答測驗問題出現明顯構音障礙時，也會與語言治療師再次作確認。除此之外，在跨團隊會議中，針對在醫學治療上受限的案例，結合小兒科醫師、心理師、復健科醫師、社工師以及護理師，共同探討可行的解決方案，並檢討執行成果，充分展現出團隊間高度的交流學習與配合度。準此而論，愚見以為，若教育場域之工作者，能有機會與專業人員進行交流活動，想必能提升對特殊學生的處預與輔導知能。

三、嚴厲的社會價值觀

在見習期間，所觀察到的家長反應十分兩極，但這些反應卻同時指向嚴厲的社會價值觀。有的家長當得知自己的小孩有發展遲緩的問題時，會強烈抗拒接受事實，尤其是認知上的發展遲緩，而另一方面，有的家長得知自己的孩子在認知上發展遲緩時，則會急於向評估者詢問有關早期療育社會服務的資訊，希望孩子能盡早接受服務；前者擔心孩子從小就被貼標籤，對其社會互動會產生不良的影響，而後者則擔心若孩子不盡早接受早療服務，未來能力與同年齡群體有明顯落後，孩子會被貼標籤，至此問題浮現：特定的標籤。從家長的反應來分析，首先必須留意到，若孩子僅是生理上的發展遲緩，或許對家長而言是太並非像心理障礙一般嚴重，原因在於，社會看待身障者會認為他們僅是行動受到限制，心智能力與一般人沒兩樣，然而，對於心障者而言，除了本身在心智上的障礙外，嚴厲的社會眼光又為他們烙上的羞辱的印記。

那麼，嚴厲的社會眼光是如何產生又如何影響現今台灣的教育觀？對此，張嘉文學者指出，傳統的劣根性：儒家哲學與現實的殘酷面：資本主義，是問題所在，而我認為問題應在於校長本身。Spencer 所提出的有機比擬論，即足以解釋此現象，Spencer 於該理論中主張人類社會結構如同生物有機體一般，結構複雜、功能分化，而功能分化使得有些部分漸具自主性，社會整體大於部分，據此，身為教育場域的領導者——校長，具有不容忽視的影響力，應形塑正確的教育及社會價值觀，否則當校長對於專家所下的診斷資料，一味以本身有限的相關知識去作詮釋，即有可能誤導大眾的思考模式，因為校長對教育的價值觀，會逐漸轉變為一種獨特文化中的集體意識形態，而集體意識可怕的地方就誠如現代知名的社會觀察學家艾倫·狄波頓對意識形態所下的定義：意識形態就像是無色無味的氣體，瀰漫在報紙、廣告、電視節目及教科書當中，同時在表面上會表現出中立的模樣，刻意淡化其本身對世界世界所造成的偏頗，或甚至不合理也不公平的影響，但實際上卻是在推銷特定的立場，否則勢必引來社會的撻伐。

陸、結論與反思

其實，在一開始我對學齡前兒童的習性十分生疏，畢竟在小教領域中，接觸的對象多為 7 到 12 歲的學齡期兒童，深怕自己無法在短時間內進入狀況，於是在見習的前一個禮拜，從學校圖書館借閱許多與幼兒發展、心理評估、特殊教育等相關的書籍進行閱讀。但即便如此，見習的每一天，依舊被一大堆新的心理、醫學名詞追著跑，總覺得自己的學習速度永遠不及新名詞出現的速度。但這卻是在實務情境中學習的好處，因為能深刻領悟知識學習的迫切性，遇到特殊的個案，必須立即去接觸、去瞭解相關領域的知識是在實務工作中最基本的要求，也因此，在短短的一個月見習期間，我學到不少跨領域的知識，頗有收穫，也瞭解到不會有和教科書中一模一樣的案例，必須多累積實務經驗才能看見事務的全貌。

見習（參訪）後建議事項

柒、教育場域中的教育工作者所能提供的協助

身處教育第一現場的教師，對於疑似有特殊徵兆的學生，於轉介時應提供客觀之行為觀察描述，以利專業人員進行評估工作。因為在特定的測驗情境中，兒童被獨立於社會情境之外，有時候兒童並未在

短暫的評估過程中表現出特定的問題行為，此時學校教師所提供的客觀資訊，能幫助評估者做更全面性的考量及評估。曾有一位個案的家長向評估者表示轉介者(學校教師)告訴他，孩子於課堂上面對不想遵守的規範時，即會表現出「焦慮，甚情緒失控的行為」，當評估者追問是「哪些行為表現讓老師覺得個案處於焦慮狀態？」時，家長難以對此回應，關鍵在於教師提供給家長的訊息已是主觀推論的結果，而非客觀事實的描述。