

國立臺灣師範大學特殊教育學系
特殊教育研究學刊，民93，26期，109–125頁

目標達成量表在早期療育評估之應用

孫世恆

中國醫藥大學物理治療學系

早期療育服務中評估兒童各領域能力的發展以及接受療育進步之情形，可以使用標準化量表的評量模式，也可以使用個別化的評量模式。個別化評量模式的優點在於能夠依照個案發展情形選擇評估內容，訂定療育目標，並且能夠呈現個案因為療育介入所獲得的微小進步，符合早期療育以個案為中心的服務理念。目標達成量表是個別化評量模式中應用的一種工具，評估者依照個案功能狀況訂定療育目標，並且以五分量表方式具體描述可能進步的情形，評估者可以定期評估療育目標達成的狀況。本研究希望探討在早期療育服務過程中，早期療育專業團隊使用目標達成量表作為早期療育成效評量的歷程。本研究係以「行動研究法」來蒐集與分析資料，希望解決實務工作上面臨的問題，及建立起實務工作的理論。本研究的參與者為早期療育服務計劃的機構人員與專業團隊人員，包括個案管理員、物理治療師、職能治療師、語言治療師、臨床心理師等。我參考目標達成量表的架構設計了「家庭療育諮詢服務紀錄表」，藉此希望能夠評鑑療育目標完成的情形，以了解療育安置建議的適切性，進而提供服務方案評鑑的資料。此紀錄表經過訓練、試行、修正及再修正後，將原先目標達成量表設定的-2、-1、0、1、2的方式，修改為1、2、3、4、5，其中1分代表個案目前的表現，2、3、4、5分則分別代表個案在6周、12周、18周、24周時預期達成的目標行為。研究發現各專業使用此一紀錄表的問題包括：療育目標數量受到限制、無法完成所有分目標的描述、療育目標具多重目標特性、以發展概念或是訓練替代療育目標、療育目標量化之必要性。研究結果建議跨專業團隊應根據個案發展及療育的需求訂定整合性的療育目標，各專業可依此訂定各領域發展的目標，最好不要超過四個，目標的難易度及分目標的難度梯階應該由團隊會議決定，目標的訂定可以以發展性課程工具協助，或是以發展目標訂定分目標，目標的訂定則應該兼顧質化的描述與量化測量的要求。

關鍵詞：早期療育、跨專業團隊合作、目標達成量表、行動研究法

緒論

早期療育，是指對具有特殊需求的嬰幼兒，提供早期發現 (early detection)、早期診斷 (early diagnosis)，並針對其特殊需求提供專業性的醫療、復健、特教及福利服務等協助，以充分開拓孩子的發展能力 (黃美涓、張春琴、王錦滿、林鴻圖，民 86)。McConnell (2000) 指出在早期療育與學前特教，評估是介入的一部份，而持續收集兒童表現資料來評估介入成效，已經是早期療育服務的標準程序 (McLean, Bailey, Wolery, 1996 引自 McConnell, 2000)。

在早期療育的服務中，究竟應該如何評估發展遲緩兒童呢？Woodruff 及 McGonigel (1998) 認為應該以「全人」的角度來看待兒童發展的問題，幼兒的發展問題是多面向而複雜的，無法由單一的專業獨自處理。美國小兒科醫學會 (American Academy of Pediatrics, 1992) 指出，由不同專業領域的人員參與兒童的診斷及計劃，是早期療育重要的內涵之一。Shonkoff 及 Meisels (1991) 則指出，早期療育是跨專業與多專業的整合性方案。Greenspan & Meisels (1996 引自 Meisels, Atkins-Burnett, 2000) 也指出，對於發展遲緩兒童的評估，必須基於整合性發展模式的基礎上，因為各系統的發展會交互影響，因此應該整體評估兒童的表現，若只評估單一系統的表現，常會誤失其他系統對於兒童發展的影響。評估發展遲緩兒童，要收集各種來源的資料，以及各層面的發展情形 (Meisels, Atkins-Burnett, 2000)，以多面向觀點來瞭解兒童的能力與優勢，並且以團隊評估的方式，讓團隊成員相互印證觀察到的能力及假設，評估過程中若是包含父母，則更能了解幼兒平常的表現。因此為了增進對於發展遲緩兒童的完整了解，減少資源的重疊與浪費，並且滿足發展遲緩兒童不同層面的需求，

學者支持以團隊合作的方式提供早期療育的評估與服務 (沈慶盈、蔣明珊，民 89)。

以團隊合作模式評估發展遲緩兒童，主要可以分為三種：多專業團隊合作模式 (multidisciplinary team model)、專業間團隊合作模式 (interdisciplinary team model) 以及跨專業合作模式 (trans-disciplinary team model) (Beninghof, Singer, 1992; Bolduc, Gresset, Sanschagrin, Thibodeau, 1993; Gallivan-Felon, 1994; Roizen, Shalowitz, Komie, et al. 1996; Rosen, Miller, Cate, Bicchieri, Gordon, Daniele, 1998; Wolery, Dyk, 1984)。「多專業團隊合作模式」最早見於美國 94-142 公法，主要的精神在於提供身心障礙學童完整的服務，但是由於專業主義的影響，各專業單獨進行評估與治療服務。這種合作模式常見於醫療機構提供的療育服務，家長或老師必須自行整合各專業人員所提供的建議。在這種模式之下，各專業之間並沒有正式的溝通機制，因此常會造成專業意見不一，無法提供整合性的療育服務 (孫世恆、王天苗，民 91)，Woodruff 及 McGonigel (1998) 指出團隊間缺乏溝通容易導致個案管理的困難。

「專業間團隊合作模式」則是強調專業間的互動和個案討論的機制，在評估時，雖然專業人員仍然是各自進行，但是透過團隊會議，專業人員與家長有正式的溝通管道，在會議中，各專業人員分享評估結果與擬定的目標，共同決定個別化教育計劃，在介入階段，各專業的治療計劃比較能夠融入其他專業的目標。在這種模式下，專業意見是可以相互溝通的，家長也比較能夠獲得一些完整的建議，不過家長或老師仍然必須在評估階段對每位專業人員重複述說學生的情況，而且最後各專業還是各自執行其療育計劃 (Bolduc, Gresset, Sanschagrin, Thibodeau, 1993; 孫世恆、王天苗，民 91)。

「跨專業團隊合作模式」則是由一組專業

人員構成的團隊，針對共同目的與功能，共同運作。此一模式在評估發展遲緩兒童的階段，是由團隊成員中找一位與個案發展需求最有相關之專業人員，負責評估個案所有領域的發展情形，其他團隊成員則是根據個案與評估者在評估中互動情形，了解個案在不同領域發展的情形，評估結束後，所有團隊的專業人員報告個案在各領域的發展情形，可能影響發展的因素，團隊成員在會議中，綜合所有專業人員之評量與建議，擬定整合性療育目標與療育計劃，並且決定一位最適合個案發展需求的專業人員，負責執行個案的療育計劃，在執行療育計劃階段，所有團隊的專業人員教導負責執行的療育工作的人員，訓練兒童所需之技巧，這種模式的好處在於提供跨領域之整合性服務（Beninghof, Singer, 1992; Gallivan-Felon, 1994; Roizen, Shalowitz, Komie, et al. 1996; Wolery, Dyk, 1984; 廖華芳, 民 87; 廖華芳、劉淑玉、黃惠聲、林麗英、楊素端、李佳蕙等, 民 87)。

「跨專業團隊合作模式」的建立，受到許多因素的影響，其中最具有爭議的歷程在於「角色釋放」（Role Release）（Woodruff & McGonigal, 1998），「角色釋放」是指在跨專業團隊合作的過程中，團隊成員釋放自己領域的專業知識與技巧，教導其他領域的團隊成員，使其能在專業人員的監督下，有效運用新習得之其他專業領域的療育技巧。「跨專業團隊合作模式」的形成在於成員能將自己的專業技巧「釋放」給其他成員，使團隊的主要服務提供者，能為兒童與家庭執行介入計劃，由於專業人員擔心「角色釋放」被誤用為「角色交換」或是「角色取代」，失去了專業的主體性，因此角色釋放是早期療育能否建構整合性療育服務的主要關鍵。

對於發展遲緩兒童的評估，主要是為了找出兒童的優勢與能力，並且了解兒童如何運用現有功能，解決發展中所面臨的問題，此外團

隊也應該評估兒童的經驗層次，如何使用已經發展的技巧？動機在哪？遭遇哪些挫折？滿足在哪？是否有足夠的機會獲得所需要的發展經驗？評估的結果應該被用來作為建構整合性療育計劃的基礎（Greenspan & Meisels, 1996 引自 Meisels, Atkins-Burnett, 2000），因此如何運用評估結果，轉化為發展遲緩兒童的療育目標，也就成為重要的課題。

評估發展遲緩兒童可以藉由兩種方式收集資料（King, McDougall, Tucker, Gritzan, Malloy-Miller, Alambets, Cuning, Thomas, & Gregory, 1999），一種是使用標準化量表的方式來評估，另一種則是使用個別化的評量模式。以標準化量表評估兒童的進步情形，主要優點是這些量表具有信效度報告，評分程序與評分標準非常清楚，其評估結果可以換算成標準分數，可以與常模做比較，我們可以根據所要評估的發展領域，選擇不同的發展量表評估兒童的進步情形，使用具有常模的標準化量表評估兒童，其優點是能夠知道兒童相對於同年齡正常兒童的發展情形，並且確實知道兒童的進步是否由成長因素所造成，但是對於發展遲緩兒童來說，隨著年齡增加，雖然功能上有進步，但由於身體的障礙，使得他們的進步幅度並不如正常發展的兒童，若以具有常模的標準化發展量表來評估，常常發現所獲得的標準分數反而下降，這表示在同年齡的小朋友中，相對的發展更落後了，因而無法顯現遲緩兒童功能進步的事實，這種因素使得身心障礙幼童在接受早期療育服務後，以標準化常模量表評估的結果，反而呈現退步的情形。

個別化的評量模式則是根據每個兒童的療育需求，選擇個別化的療育目標，是屬於一種效標參照（criterion referenced）的評估方式，這種方式的優點在於能夠依照個案發展情形選擇評估內容，訂定療育目標，並且能夠呈現個案因為療育介入所獲得的微小進步，這種評估模

式符合早期療育以個案為中心的服務理念，並且可以明確的訂定療育目標的優先順序。但是相對來說，這種評量模式也有一些限制或是問題，包括：(1)評估結果沒有辦法了解個案相對於一般兒童的發展情況，是落後？還是符合一般兒童的發展情形。(2)這種訂定療育目標的方式也常常受到質疑，個案之所以達成療育目標，是因為原先目標訂的太過簡單，個案很容易完成。(3)以這種方式所訂出來的目標，是否不同的評量者會評估出來不同的結果。為了要使訂定的療育目標符合個案的需求，可以經由團隊會議的方式，將療育目標充分討論，並經過全體團隊成員確認目標是對於個案有意義的，而不是治療師所選擇容易達成的目標。至於對信度不佳的質疑，則必須在訂目標時，確認目標評量標準明確，並提供評量者適當的訓練，才會有一致的評量結果。

通常治療師都會根據評估結果，建議療育目標，因此對於早期療育服務計劃的評鑑，可以透過定期評估兒童是否達成原先設定的療育目標來進行，像是計算療育目標完成的比例。有些兒童雖然沒有辦法完全達成療育目標，但仍然比原先進步時，就必須用其他方式來描述療育成效。King 等人 (1999) 提出以目標達成量表 (Goal attainment scale) 來評量學童在學校接受治療後進步的情形，因為此一量表的使用方式，是依照學童個別功能狀況訂定療育目標，並且以五分量表方式具體描述可能進步的情形，定期評估時，可以計算個案功能進步的情形。在復健治療方面，目標達成量表也被用來評量動作遲緩兒童接受治療後進步的情形 (Palisano, Haley and Brown, 1992; Stephens & Haley 1991)。

環顧我國對於早期療育成效的研究，多以滿意度及療育資源調查 (王天苗, 民 85; 廖華芳、李宜靜、吳文豪、林麗英、高麗芷, 民 88; 賴慧貞、潘文弘、徐弘正、吳坤霖、許國

敏, 民 82) 為主，對於療育模式的運作較少有研究探討，例如早期療育服務如何建構團隊合作模式 (team approach)? 早期療育專業團隊如何為個案決定療育目標? 目前療育機構所進行的早期療育服務方案，是否能夠有效幫助發展遲緩兒童及家庭? 療育服務的內涵是否切合家庭及兒童的需求? 療育目標有沒有真正達成? 都尚未有研究報告提出。本研究希望能夠探討在台灣的早期療育服務中，如何形成跨專業團隊合作模式，而在跨專業團隊合作模式的運作中，是否能夠使用目標達成量表作為早期療育評估的工具，使用的可行性如何? 團隊成員在使用此一評量工具時所遭遇的困難為何? 研究結果將可以協助早期療育機構建立評鑑服務方案成效的方式，以改進服務模式。

研究方法

一、研究方法與步驟

由於本研究希望探討在早期療育服務團隊運作中，使用「目標達成量表」作為早期療育成效評量的歷程，並希望協助該機構發展自我評鑑的機制，因而本研究計劃擬以「行動研究法」來蒐集與分析資料，希望除了解解決實務工作上面臨的問題，也企圖建立起實務工作的理論。我是以進入自然情境中，透過與研究參與者持續互動與討論，建立共識，共同建構以目標達成量表評鑑早期療育成效的模式，收集質性研究的資料，探討及分析相關的因素。

二、研究取向

Guba 和 Lincoln (1982) 比較實證典範 (Rationalistic Paradigm) 與自然典範 (Naturalistic Paradigm) 的差異時，說明實證典範的研究者講究價值中立 (value-free)，希望以實證性的研究方法探究客觀的知識，追尋可以推論的通則，因而非常強調研究的信度及效度，然而人類行為的「相互主體性」告訴我們，人類的存在是無法脫

離文化社會的脈絡，我們必須重視每一個團隊的主體性以及團隊成員互動的過程，而所謂的「知識」則是經由人與人的互動與接觸中建構出來的，由於本研究希望探究如何評鑑早期療育的服務成效，我確信必須經由自然典範的探索方法，也就是質性研究方法，才能夠獲得符合社會文化脈絡 (social context) 的結論與成果。

三、研究對象

本研究是以伊甸社會福利基金會中區服務中心的早期療育服務方案為研究對象，這個機構從民國八十七年起，開始承辦台中地區的早期療育通報轉介及個案管理中心的工作，由於個案常常無法及時獲得所需要的療育服務，而必須等候相當的時間另一方面，個案在接受評估鑑定中心的鑑定後，鑑定報告常常無法讓個案管理員知道個案需要安排哪些療育服務，個案具體的療育目標也不明確，因此該機構在早期療育服務方案中，提供跨專業團隊評估服務，舉辦發展遲緩兒童「家庭療育諮詢服務會議」，協助建立個案的「個別化家庭療育計劃」，訂定個案的療育目標，並且決定個案所需要的療育服務類別。

四、研究參與者

由於本研究是以早期療育服務方案為研究對象，因此本研究的參與者主要是參與此一早期療育服務計劃的團隊人員，包括機構本身的社工員，外聘的團隊督導以及專業人員，團隊督導共有五位，特教服務督導由中部某師範學院特教系教授擔任，物理治療督導由我擔任，職能治療督導由中部某大學職能治療學系講師擔任，語言治療督導由某聽障基金會資深語言治療師擔任，臨床心理督導由中部某復健專科醫院資深臨床心理治療師擔任，各領域專業人員由各領域團隊督導審核後受聘成為專業團隊的一員，提供相關專業服務，審核的標準由督導會議決定，主要包括專業證照、早期療育或兒童服務資歷、以及繼續教育參與等項度。參

與本研究的專業人員類別包括特教老師、物理治療師、職能治療師、語言治療師、臨床心理師。

五、我的角色

由於我也受聘擔任該機構的團隊督導，因此得以進入各種會議的現場，收集相關資料，經過與機構負責人說明本研究的目的，機構負責人表示他們也非常需要研究團隊協助評鑑服務方案的成效，以作為發展服務方案的重要參考。由於我也是團隊的一員，藉由參與團隊督導會議、團隊運作會議以及家庭療育諮詢服務會議，我事實上扮演著行動研究者的角色，但我必須強調，早期療育服務計劃中的所有服務模式與運作方式，都是經由團隊會議形成共識而決定，並非由我主導服務方案的走向。

六、資料的收集與分析

我配合該機構早期療育服務方案的進行，收集團隊督導會議、團隊運作會議以及家庭療育諮詢服務會議的會議記錄，對於每次會議紀錄研究田野札記 (Field Note)，並以研究日記的形式紀錄對於研究歷程的感受、反省、問題以及聯想。此外，我也對研究參與者進行訪談，以了解研究參與者對於使用目標達成量表的看法。我希望藉由上述方式，盡可能收集到在早期療育服務的過程中，應用「目標達成量表」的歷程，以達到資料的窮盡。

我收集了五月份至七月份間，十六場跨專業團隊評估會議中專業人員所填寫的服務紀錄表，總計五十三份，每次跨專業團隊評估會議，除個案管理員外，每場參與的專業人員最少是兩人，最多是五人。我根據專業人員在服務紀錄表中所定的療育目標進行質性資料的分析，以了解專業人員在運用目標達成量表訂定療育目標時，所遭遇的困難與問題。

所有的訪談紀錄以字母 I 加上日期標示，會議記錄則是以字母 M 加上日期標示，評估紀錄則是以 E 加上日期、專業別及個案編號標

記。

我把收集到的資料，反覆閱讀，以電腦軟體協助進行編碼的工作，逐句或逐段的尋找出資料內容所涵蓋的主題，並發展歸納出不同的類目，進行整體的分析及組合，以理解資料間的意義與關係。在研究的過程中，我一面收集資料，一面開始初步的分析，並在過程中不斷做持續的比較分析與澄清問題，待研究最後再作整體性的分析（王天苗，民 90）。

七、研究的信賴度

由於質性研究並不試圖對於研究結果進行推論，不是驗證先前的假設，也不是尋求因果關係，而是我從現場「情境脈絡」下，由參與者的想法和行為所展現的「真實」，去描述和解釋，因此研究信賴度的說明就顯得重要了（王天苗，民 90）。本研究將藉由多方資料的收集，同儕的資料檢定，與研究參與者建立良好的關係，以及自我不斷的省思及檢視，作為建立研究信賴度的方式。

研究發現

由於本研究希望探討以目標達成量表評鑑早期療育服務方案的可行性，因此研究發現將分別討論：應用「目標達成量表」的歷程、「家庭療育諮詢服務紀錄表」的發展與演變、如何使用「家庭療育諮詢服務紀錄表」、使用上的面臨的困難與解決的方式等問題進行討論。

使用「目標達成量表」之緣起

一、早期療育服務團隊的成立

該機構在組成專業團隊的過程，一開始是尋求中部地區醫療機構及特教研究機構的協助，先聘任各專業的督導各一人，再由督導協助推薦參與團隊運作之治療師及特教老師。團

隊督導會議每年開會一次，決定未來早期療育服務方案的方向。專業團隊運作會議則是定期舉辦，邀請各專業督導及所有專業人員參與，進行教育訓練，檢討先前團隊運作的缺失，討論運作模式可能改進的方法，以建立團隊運作的共識。

在團隊形成之初，由於機構希望發展具有特色的早期療育服務內涵，團隊督導會議就決定以跨專業團隊合作模式（Beninghof & Singer, 1992; Gallivan-Felon, 1994; Roizen, Shalowitz, Komie, et al. 1996），建構個案的「個別化家庭服務計劃」，因而定期會舉辦「家庭療育諮詢服務會議」。通常會議每個月舉辦一次，每次由該機構所服務的早期療育個案中，選取多重需求的個案，以「舞台評量」（Arena assessment）的方式進行跨專業團隊評估（Wolery & Dyk, 1984），提供個案家庭早期療育的諮詢服務。評估的地點依照個案的狀況，可能安排在該機構，或是到個案家中。通常進行評估時，參與的專業人員會包括社會工作師、物理治療師、職能治療師、語言治療師、臨床心理師、特教老師，家長也會陪同個案一起參與評估。每次個案評估有哪些專業人員參與，是由個案管理員依照兒童發展遲緩的領域來決定，而個案管理員使用的工具則是由團隊督導會議中，各專業督導共同制定出來的工具。每次「家庭療育諮詢服務會議」後，所有成員都會共同討論運作當中所發生的問題，並且尋求解決的方法，作為未來運作的共識。

二、決定進行服務方案成效評量

在民國八十九年十一月召開的團隊督導會議中，該機構提到台中地區早期療育服務可能的變化，機構負責人對於未來能否接受政府委託承辦早期療育相關服務感到相當的不確定性（M001105），團隊督導建議必須呈現目前服務方案的績效，尤其是對於家長的滿意度調查，以及療育計劃服務成效的評鑑，以爭取提

供早期療育服務的機會。

民國九十年九月所舉行的團隊督導會議中，決議對於跨專業團隊評估的個案進行成效評量（M010916），並且委由我設計新的「家庭療育諮詢服務紀錄表」以及其他療效評量工具。紀錄表完成後，在九十一年三月份，針對所有專業團隊治療師與老師進行教育訓練，說明如何填寫新設計的「家庭療育諮詢服務紀錄表」，並且於該月的家庭療育諮詢服務會議中開始試行。

三、「家庭療育諮詢服務紀錄表」的施行

我參考目標達成量表（King, McDougall, Tucker, et al. 1999; Palisano, Haley and Brown, 1992）的架構設計了「家庭療育諮詢服務紀錄表」，第一版的紀錄表中包括個案基本資料、評估人員資料、觀察評估結果，專業人員必須書寫一個療育目標，此外專業人員也要填寫後續的療育安置的建議。這份紀錄表的目的希望能夠在第二次評量時，評鑑先前設定的療育目標完成的情形，以了解療育安置建議的適切性，進而提供服務方案評鑑的資料。（見附錄一）

四、「家庭療育諮詢服務紀錄表」的修正

目標達成量表的使用，必須至少經過 12-15 小時的訓練（King, McDougall, Tucker, et al. 1999），訓練包括上課、練習目標設定以及小組討論，上課主要是說明目標達成量表的發展背景、原理、價值與限制，並且要給予上課成員評分實例。上課以外，還必須分組練習，利用真實的個案進行討論，設定可能的療育目標，療育目標的設定必須符合個案的發展需求，必須是可以測量的、容易瞭解的、可以達到的，並且設定達成目標所需要的時間。

為了符合目標達成量表使用的要求，我在「家庭療育諮詢服務紀錄表」設計完成後，於九十一年三月份舉行訓練課程，讓所有參與團隊運作的專業人員了解如何使用「家庭療育諮

詢服務紀錄表」，如何經由團隊討論訂定每個個案的療育目標。

在九十一年三月份的「家庭療育諮詢服務會議」中，團隊成員開始試行填寫此一紀錄表，並且在四月份的團隊運作會議中提出檢討，團隊成員反映一張紀錄表僅能寫一個療育目標，對於個案的發展需求來說是不夠的，評估結果的篇幅可以再少一些（M020414）。團隊會議中治療師與特教老師建議，療育安置建議可以移到背面，並且略為減少評估結果的篇幅，使每張紀錄表中可以填寫的療育目標增為四個，團隊會議並且建議每一領域建議的療育目標最多不可以超過四個，應該以個案迫切需要發展的能力為優先的療育目標。

根據會議結論，我在九十一年四月底完成第二版的「家庭療育諮詢服務紀錄表」，並由五月份的跨專業團隊會議開始施行，至此，該機構所有提供早期療育服務的專業人員，針對每一個案都必須填寫此一服務紀錄表，以作為療育計劃的指引以及評鑑療育計劃成效的依據。

五、「家庭療育諮詢服務紀錄表」的再修正

在九十一年八月份的團隊運作會議中，針對此一紀錄表的使用提出報告並與團隊成員進行檢討，團隊成員說明使用的心得以及建議，大家對於使用的合理性及可行性也提出看法，經由會議確認繼續使用此一紀錄表作為成效評量的工具；會議中也決議修正服務紀錄表，將原先目標達成量表規定的-2、-1、0、1、2 的方式，修改為 1、2、3、4、5，其中 1 分代表個案目前的狀況，2、3、4、5 分則分別代表預期個案在 6 周、12 周（3 個月）、18 周、24 周（6 個月）時達成的目標行為（M020811）（見附錄二）；團隊的另一個決議是，每一個案應該每六個月重新檢視原先療育目標達成的狀況（M020811），這是為了確實評鑑療育服務的成效；最後團隊決議應當

試為每一個個案書寫一個整合性的療育目標，各專業針對此一目標再書寫各自專業的療育目標。

目標達成量表之使用

King, McDougall, Tucker, Gritzan, Malloy-Miller, Alambets 等人 (1999) 指出使用目標達成量表的主要問題包括：書寫過於一般性的目標，書寫過於技術性的目標，目標的改變變項過多，各層級目標間難度差異不一致，臨床上無關或是不實際的目標，重疊或是某些層級的目標沒有完成，以及缺少某一層級的目標。本研究的資料經整理後發現，各專業在使用「家庭療育諮詢服務紀錄表」的問題包括：如何決定哪些專業人員參加療育評估、專業人員無法完成所有分目標的描述、療育目標常具有多重特性、專業人員以發展概念或是訓練內容當作療育目標、療育目標量化的必要性以及療育目標的難易度影響療育目標是否達成。

一、誰來參加療育評估？

在十六場跨專業團隊評估會議中，以職能治療師與語言治療師參與的頻率最高，臨床心理師最低，僅參與其中兩場會議。究竟每個個案的療育評估應該邀請哪些專業人員參加？以目前來說，並沒有一套很好的工具讓個案管理者很清楚知道要邀請哪些專業人員參加，組成該個案的療育評估團隊，因此變成由個案管理者依照初步訪視的印象與過往的服務經驗，決定邀請哪些專業人員參與，這種情況很可能造成誤判，我們發現有四位個案接受兩次評估，其中兩位第二次團隊評估的成員較第一次少一位，一位唐氏症的個案，第一次評估時，團隊包括語言治療師、物理治療師與職能治療師，第二次評估時，就沒有語言治療師的參與，另一位發展遲緩兒童第一次評估時，參與的團隊包括語言治療師、職能治療師、物理治療師與

特教老師，但是第二次評估時，就只有物理治療師與特教老師參加，這顯示個案管理者若是缺少有效的工具，很可能因為不知道要邀請哪些專業人員，就通通邀請，甚至沒有邀請某些應該參與的專業人員。

二、限制療育目標數量

團隊共識決定每位專業人員對於每位個案最多建議四個目標的限制，對於特殊教育及職能治療領域的目標來說，是比較困擾，特教老師提出這樣做法可能無法涵蓋所有療育需求 (M020811, I021006b, I021006d)，而專業人員因應的方法是以一個療育目標涵蓋多個小目標的方式，但是這樣做卻可能造成在評量成效時，個案因為無法完成目標中所有項目而無法反映其進步，一位團隊成員指出限制療育目標數量也可能造成家長忽略沒有列出來的發展目標 (I020908b)。最後經過團隊會議形成共識，還是以四個療育目標為限，並以目前最迫切需要的療育目標為主 (M020414)，若還是不夠則由專業自行決定，是否以增加一頁的方式來書寫個案的目標。

三、無法完成所有分目標的填寫

由於「家庭療育諮詢服務紀錄表」中，療育目標的填寫方式，是依照目標達成量表 (Goal Attainment Scale) 的架構去設計的，每一個療育目標都要填寫五個分目標，其中-2 分代表個案目前在這個目標的表現狀況，-1 分目標代表無法達成預期目標，但比原先狀況進步的情形，0 分目標代表預期希望達成的療育目標，+1 分目標則是超過預期療育目標的表現，+2 分目標則是可能會有的最佳表現。

檢視所有五十三份紀錄表，發現有許多目標無法完成所有分目標的填寫，研究結果發現，所有的專業人員幾乎都能夠完成預期目標的填寫 (也就是 0 分的部分)，但是完成+1 分目標以及+2 分目標的比例就下降很多，尤其是+2 分目標書寫完成的比例最低，在職能治療與

語言治療都不到 5%，物理治療也只有約一半的目標完成 2 分目標的書寫，臨床心理的療育目標則是百分之百完成所有分數目標的書寫。

但是是否所有分目標的填寫都是必要且具有臨床意義呢？一位職能治療師指出**有些目標完成就代表該項技巧已經獲得，無所謂最好的表現**（I020916b），一位語言治療師也指出**某些行為是否出現比量的多少更重要**（I020818c），例如某一個目標是：

+2

+1

0：獨立保持站立 3 分鐘

-1：獨立保持站立 2 分鐘

-2：獨立保持站立 10 秒鐘（E020616a01）

獨立保持站立三分鐘與站兩分鐘是否代表能力的不同？若是兒童能夠獨立保持站立 3 分鐘，對於這個兒童來說，進一步發展技巧為何？又如另一個目標是：

+2

+1

0：能夠四足交替向前爬行十公尺

-1：能夠四足交替向前爬行五公尺

-2：能夠維持四足姿勢（E020526a02）

個案能夠四足向前爬行十公尺後，爬二十公尺與爬十步的能力可能是一樣的。針對這個問題，心理師提出**以發展歷程作為分目標的內容**（M020811），也就是 0 分的分目標必須是 2 分目標的基礎，例如坐在地板上轉身取物為兩分目標的話，0 分可能是坐在地板上雙手不需扶地面。這樣可以避免陷入必須要量化目標的迷思，並且在幼兒發展上具有意義。

也有些專業人員批評**+2 分目標等於是**要猜想個案在下次評量時可能的最好表現（M020414），一位物理治療師指出訂定目標時，若療育不是自己執行，根本不清楚會有哪些因素影響個案達成目標，也不知道預測的準

確度多高。但原本目標達成量表中，所有目標的設定必須要經由團隊討論後決定，如此可以增加分目標訂定的效度，避免單獨猜想的狀況。

團隊針對這個問題也形成共識，就是將原先-2、-1、0、1、2 的架構，改為 1、2、3、4、5 的分目標，並且規定 1 分代表個案目前的狀況，2、3、4、5 分則分別代表預期個案在 6 周、12 周（3 個月）、18 周、24 周（6 個月）時達成的目標行為（M020811），如此較為明確定義每個分目標達成的時程，以避免專業人員用猜想的方式描述個案下次評估時所謂最好的行為表現。

四、療育目標的多重目標特性

所謂目標的多重目標特性，就是將許多目標放在一個目標內，這種情況在第一版的紀錄表中比較常出現，可能因為只能填寫一個療育目標，這種情況在第二版的紀錄表中已經比較少見，這類目標像是：

輔助下，會用特殊開關表示要 / 不要，回應

yes/no 問題，或指認物品名稱（E020113c02）

手扶東西站起來，可四腳爬（E020113a01）

握物一分鐘，可拿起再放下（E020526b01）

自主探索環境與互動（E011125d01）

會指認 15 個熟悉物品，會聽指令做簡單動作（E020224d01）

五、以發展概念或是訓練內容代替療育目標

這類目標沒有清楚的目標行為描述，對於療育目標的執行，可能無法落實，McDougall, Tucker, Gritzan, Malloy-Miller, Alambets 等人（1999）也指出使用目標達成量表的問題之一是訂定臨床上無關或是不實際的目標，例如下列目標，都有上述的問題：

掌內操作之訓練（in hand manipulation）

（E020721b01）

使用物體進行日常生活訓練（E020526b02）

擺位坐姿之穩定性（E020721a01）

上肢骨骼關節之正常擺位 (E011125a01)

坐姿擺位張力正常化 (E020224a01)

口舌動作之訓練 (E020721c01)

自主探索環境與互動 (E020616d01)

一位特教老師指出團隊評估模式運作時，時間非常短暫，這可能是造成大家用發展概念代替療育目標的情形 (M020811)，這位特教老師並且建議以現有工具協助療育目標之訂定，例如學前特殊教育課程 (王天苗，民 89)，現有工具的好處是涵蓋兒童各領域應發展目標行為，並且對於目標行為有清楚的階段描述，適合套用於五分架構之中，團隊也達成共識，將試行以此工具協助療育目標建構的可行性 (M020811)。

六、療育目標量化之必要性

如何評估療育目標已經達成？若是評估的標準不清楚，是否會影響評估的信度？但團隊成員指出有些療育目標很難量化，常常無法測量，或是沒有確切完成的標準，重要的是目標行為是否有出現 (M020414)，例如下列的療育目標：

可以接受牙齦外側按摩 (E020526c01)

主動玩躲貓貓遊戲 (E011125d01)

適切之視覺追尋能力 (E020224b01)

上半身之控制能力，側彎及前後

(E020224a02)

有些目標量化沒有意義 (I020915d)，例如與人互動，重要的可能不是多少人，而是與哪些人互動，所以分目標會訂成：

+2：其他親人陪，可自己玩

+1：其他親人陪同玩

0：姊姊陪可自己玩

-1：媽媽出聲，他人陪可安撫

-2：媽媽在眼前，他人陪可安撫

(E020721e02)

一位職能治療師建議療育目標應該包含質與量的描述 (M020414)，臨床例如將上面所有分目標都加上五分鐘；心理師則認為不是所有的發展目

標都適合量化描述，而且以發展理論來看，某一目標行為的完成應該是建構在基礎的技巧能力上，所以可以用發展歷程來訂定目標 (I020818e)。

因此團隊會議建議，目標的訂定應該兼顧量化及質性的描述，並可以以發展歷程作為分目標的描述 (M020414)，其他的建議包括以頻率方式來量化質性資料 (M020414) 的描述，例如給予蘋果時，主動伸手來拿，十次中出現三次。

七、療育目標的難易度

若是小朋友所有的目標都達成了，是否真正反映小朋友的發展有進步？還是原先療育目標訂的太容易了，一位職能治療師就說：「若是要用這個工具評鑑治療的效果，哪我大可以把目標訂的非常容易達到，這樣進步的分數就多了。」

(I020908b) 若是分目標進度幅度不大，是不是分目標梯階訂的太困難，小朋友即使有進步，用這個量表評估也是看不出來，一位職能治療師提出建議：「困難梯度與時間的關係，是否應該以小朋友的狀況為基準。」 (M020811)。檢視四位接受過兩次評估的個案，有些第一次評估時所給的目標 (0 分)，在第二次時，已經列在 -2 分的地方，顯示個案在這項能力上有所進步，但是這個個案在另一個領域，第二次所有的目標都與第一次不同，是否代表第一次所訂的所有目標都已經達成了呢？或是第一次評估鎖定的目標並不恰當？

原本目標達成量表的訂定模式，是以團隊討論的方式，來確認目標不至於太簡單，或是分目標之間具有相同的困難梯度，所以團隊最後決議，應該在「評估後討論」的階段，確認分目標間的困難梯度是否合理，以及療育目標是否符合個案目前的發展需求，以避免上述的狀況發生。

(M020811)

我的感想與建議

一、療育目標的整合性

是否應該給予整合性的療育目標？何謂整合性的療育目標？抑或是這個階段的小朋友需要的是各領域的發展目標？檢視收集到的紀錄表，發現幾乎所有的療育目標都是屬於各專業領域的目標，這似乎反映了專業主義在療育目標的訂定上所具有的影響力，似乎大家都覺得各自領域的目標非常重要，有些成員反映**有些療育目標或是發展目標，不適合作為整合性的療育目標，但是對於小朋友來說，還是非常重要的**（I020915d），因此他們還是會列一些他們認為在此階段重要的療育目標。

我認為整合性的療育目標對於家長來說非常重要，在兒童發展的不同階段，家長關心的重點都不一樣，因此應該針對家長覺得兒童目前發展最迫切需要的項目，由團隊成員協助建構一個療育目標，以滿足家長對於療育的期望。因此團隊在討論後，決定以後必須針對每一個個案嘗試建立一個整合性的療育目標，書寫於個案的療育建議單，而屬於各專業的療育目標則必須依照完成此一整合性的療育目標的方向來設定，並由各專業寫在服務紀錄表內，這樣就比較能夠建構整合性的療育服務。

二、跨專業團隊評估的定位與機構的期望

原先這個機構的跨專業團隊評估會議所形成的療育建議，並不包括療育目標的設定，在建構此一模式的過程中，不斷有成員質疑為何要做這樣的改變，雖然這樣的聲音在團隊運作會議中沒有出來，但是卻有可能以其他方式呈現出來，例如批評紀錄表的可行性，或是分目標的填寫不完全等方式，一位督導就指出：「我們要弄清楚這個療育目標的設定是要給誰看的，是家長、療育執行人員還是個案管理員？」（M020414），也有一位治療師說：「我們為何不寫目標就好了呢？為何要寫分目

標呢？這樣好麻煩，我也不知道要怎麼分比較好。」（I021006b）

而機構的負責人則在會議中表示：「我們希望早療團隊運作兩三年下來，除了告訴家長說小朋友需要做物理治療、職能治療之外，還能告訴家長及我們小朋友現在的療育方向還有目標，這樣我們才好一起努力。...」（M001105），我認為參與的專業人員，應該站在機構及家長的角度來設想，機構負責整個服務模式的維持與運作，當然應該對於所獲得的服務有一定的要求，不應該以專業主義的姿態，排拒提供應該提供的資訊及服務內容。所有參與人員也應該認同以這樣的機制，協助服務方案效能的改善，這樣做機構的服務方案才能更符合個案的需求。

三、早期療育服務方案的建構與運作

由這個服務方案的參與，我了解所謂跨專業團隊合作模式的建構是非常困難，而所有早期療育服務向前邁進的動力，就是整個團隊的積極參與，但是這要透過何種方式才能夠達成呢？我想一個民主參與的機制是非常重要的，尤其是主導者的胸襟與理想更是重要，有開闊的心胸才能容納不同的意見，有理想才能堅持應該努力的方向，就如同這個評估紀錄表的施行，若是沒有經過充分的討論與溝通，還有主導者堅持整個服務案一定要進行成效評量，根本就不可能完成。

結論

目標達成量表在施行上，仍然需要相當的修改，以符合早期療育工作臨床的需求，跨專業團隊應根據個案發展及療育的需求完成整合性的療育目標，各專業可依此訂定各領域發展的目標，最好不要超過四個，目標的難易度及分目標的難度梯階應該由團隊會議決定，目標的訂定可以以發展性課程工具協助，或是以發

展目標訂定分目標，目標的訂定應該兼顧質化的描述與量化測量的要求。

感謝

本研究的完成要感謝伊甸社會福利基金會台中啓能發展中心黃玉華主任、楊玲芳社工督導、吳銓娣社工的大力協助，提供我機會參與該機構的早期療育服務。此外並感謝在伊甸一起合作的專業團隊夥伴，沒有他們的熱情參與，是不可能獲致此一成果。本研究的過程承中國醫藥大學附設醫院研究計劃（計劃編號 DMR-90-127）及中國醫藥大學專題研究計劃（計劃編號 CMC-91-PT-03）之經費補助。

參考書目

一、中文部分

- 王天苗（民 85）：台灣地區心智發展障礙幼兒早期療育服務供需及相關問題之研究。**特殊教育研究學刊**，14，21-44。
- 王天苗（民 89）：學前特殊教育課程。教育部。
- 王天苗（民 90）：運用教學支援建立融合教育的實施模式：以一公立幼稚園的經驗為例。**特殊教育研究學刊**，21，27-51 頁。
- 伊甸社會福利基金會（民 88）：療育評估工作手冊。台中：伊甸社會福利基金會中區服務中心。
- 沈慶盈、蔣明珊（民 89）：臺北市早期療育服務體系之運作困境與整合分析。**台大社會工作學刊**，3，111-149。
- 孫世恆、王天苗（民 91）：物理治療在學校系統運作之模式與展望。**物理治療**，27，256-267。
- 黃美涓、張春琴、王錦滿、林鴻圖（民 86）。經簡化的臺灣兒童發展量表之設計及其臨

床試用。**台灣醫學**，1, 424-439。

廖華芳（民 87）：發展遲緩兒童早期療育專業團隊合作模式。**中華民國物理治療學會雜誌**，23，127-140。

廖華芳、李宜靜、吳文豪、林麗英、高麗芷（民 88）：台北市醫療機構兒童早期療育服務之調查。**中華民國物理治療學會雜誌**，24，161-173。

廖華芳、劉淑玉、黃惠聲、林麗英、楊素端、李佳蕙、郭美雀、林銀秋、吳淑芬（民 87）：跨科技專業整合早期療育模式輔導教養院初步研究。**中華民國物理治療學會雜誌**，23，12-24。

賴慧貞、潘文弘、徐弘正、吳坤霖、許國敏（民 82）：台灣早期療育資源探討。**中華民國復健醫學會雜誌**，21，125-133。

二、英文部分

- Beninghof, A. M., Singer, A. L. (1992). Transdisciplinary Teaming: An Inservice Training Activity. **Teaching Exceptional Children**, 24(2), 58-61.
- Bolduc, M., Gresset, J., Sanschagrín, S., Thibodeau, J. (1993). A model for the efficient interdisciplinary assessment of young visually impaired children. **Journal of Visual Impairment and Blindness**, 86, 410-414.
- Gallivan-Fenlon, A. (1994). Integrated Transdisciplinary Teams. **Teaching Exceptional Children**, 26(3), 16-20.
- Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (1982). Epistemological and Methodological Beases of Naturalistic Inquiry. **Educational Communications and Technology Journal**, 30(4), 233-252.
- King, G., McDougall, J., Tucker, M. A., Gritzan, J., Malloy-Miller, T., Alambets, P., Cuning, D., Thomas, K., & Gregory,

- K. (1999). An Evaluation of Functional, School-Based Therapy Services for Children with special needs. **Physical and Occupational Therapy in Pediatrics**, **19**(2), 5-29.
- Mc Connell, S. R. (2000). Assessment in early intervention and early childhood special education: Building on the past to project into our future. **Topic in Early Childhood Special Education**, **20**(1), 43-48.
- Meisels, M. J., Atkins-Burnett, S. (2000) The elements of early childhood assessment. In J. P. Shonkoff, & S. J. Meisels, **Handbook of early childhood intervention** (Eds.)(2nd Ed.)(pp.231-253). New York: Cambridge University Press.
- Palisano, R. J., Haley, S. M., & Brown, D. A. (1992) Goal attainment scaling as a measure of change in infants with motor delays. **Physical Therapy**, **72**(6), 432-437.
- Roizen, N. J., Shalowitz, M. U., Komie, K. A., Martinez, S., Miller, L. A., & Davis, S. (1996). Acquisition of services recommended by a multidisciplinary medical diagnostic team for children under three years of age evaluated for developmental delays. **Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics**, **17**(6), 399-404.
- Rosen, C., Miller, C., Cate, I.M.P., Bicchieri, S., Gordon, R. M., Daniele, R. (1998) Team Approaches to treating children with disability: a comparison. **Archives of Physical Medicine & Rehabilitation**, **79**, 430-434.
- Shonkoff, J. P., Meisels, S. J. (1991). Defining eligibility for services under PL 99-457. **Journal of Early Intervention**, **15**(1), 21-25.
- Stephens, T. E. & Haley, S. M. (1991). Comparison of two methods for determining change in motorically handicapped children. **Physical and Occupational Therapy in Pediatrics**, **11**(1), 1-17.
- Wolery, M., & Dyk, L. (1984). Arena Assessment: Description and Preliminary Social Validity Data. **Journal of the Association for Persons with Severe Handicaps**, **9**(3), 231-35.
- Woodruff, G., McGonigel, M. J. (1998). Early intervention team approach: The transdisciplinary model. In: Jordan, J. ed. and Others; **Early Childhood Special Education: Birth to Three**. (ERIC Database # ED302971)

THE APPLICATION OF GOAL ATTAINMENT SCALE IN THE EVALUATION OF EARLY INTERVENTION

Shih-Heng Sun

School of Physical Therapy, China Medical University

ABSTRACT

PURPOSE: Development status for children with disability who receive early intervention services can be evaluated either by standardized test or individualized evaluation. The advantage of individualized approach includes the ability to present minor improvement due to intervention and the provision of client-centered service. Goal attainment scale is a 5-point scale to measure individual improvement due to intervention. The purpose of this study is to investigate the application of goal attainment scale in the evaluation of early intervention. **SUBJECTS:** Participants of this study include staff from the social welfare institute and professionals that provide services for the institute. Trans-disciplinary team model was employed in the evaluation. **METHOD AND MATERIALS:** Action research is used in this study to solve the clinical problem and to establish clinical model and theory. The researcher designed an individualized family service-recording sheet according to the frame of goal attainment scale. The participants of the trans-disciplinary team were trained to use the recording sheet. Team meetings were held to discuss the revision of the recording sheet. **RESULTS:** The -2, -1, 0, 1, 2 format of goal attainment scale was modified to 1, 2, 3, 4, 5. 1 represented the current condition of the child. 2, 3, 4, 5 represented the target behavior within 6, 12, 18, and 24 weeks respectively. The professionals found that limit of four intervention goals could danger the treatment planning. Filling all the stages of the goal was hard for the professionals. Sometimes the goals they set were either multi-purposeful or replaced by developmental concept and training. The professionals of the team were also confused whether the goals should be quantitative or qualitative oriented. **CONCLUSIONS:** It was concluded the mission of trans-disciplinary team was to set an integrated goal for the child. Each professional could have discipline-based goals according to the integrated one. The goals should be limited with four. The team had to decide the ladder of difficulty for each stage of the

goal. Developmental curriculum could be used to guide goal setting. The goal should be both quantitative and qualitative.

Key words: early intervention, trans-disciplinary team approach, goal attainment scale, action research

