

國立彰化師範大學特殊教育學系

特殊教育學報，民 108，50 期，頁 65-92

DOI: 10.3966/207455832019120050003

國小特教班教師教育極重度 多重障礙學生之困擾與需求

蕭文翊

新北市三重區
正義國民小學

林秀錦

國立臺北教育大學
特殊教育學系

摘要

因應零拒絕以及就近入學原則，一些需管灌、氣切照護或醫療設備之極重度多重障礙學生開始就讀住家附近的小學。本研究探討國小特教班教師教育這些學生的困擾及需求，邀請五位國小特教班教師進行三次焦點團體訪談，以質性資料歸納分析，同儕檢證編碼一致性達 83%—100%，並以參與者檢核與省思札記確保研究信賴度。研究發現教師面對這些學生有五項困擾：(1)學生密集的醫療照護需求，教師須時刻注意學生身體狀況而無法喘息；(2)學生先天功能受限且反應微弱，教師難以切入課程，產生教學無力感；(3)行政單位支援有限且環境規劃不全，學生學習活動受限；(4)專業團隊服務頻率低且建議不合用，教師無法即時獲得諮詢協助；(5)親師對於照護及教養理念有落差，溝通與合作關係受阻。此外，教師有以下需求：(1)改善班級設備及編擬極重度多重障礙領域之教材與書籍；(2)規劃照護實作研習及極重度多重障礙課程進修管道；(3)行政單位積極地支援與分擔照護責任，建立密切合作關係；(4)提升專業團隊服務內容，建置醫療巡迴團隊。最後針對研究結果提出實務及未來研究建議。

關鍵字：國小特教班、極重度多重障礙、教師困擾、教師需求

通訊作者：林秀錦 Email: r9886@tea.ntue.edu.tw



壹、緒論

隨著人道主義興起，各國政府開始重視身心障礙者權益並立法加以保障。美國自 1972 年實施正常化教育與反隔離政策，1975 年通過《障礙兒童教育法案 (Education for All Handicapped Children Act)》，明文規定身心障礙兒童無論其障礙類別或障礙程度，皆能在「最少限制環境」及「零拒絕」原則下，擁有免費、適性、公立的受教機會 (林宏熾, 2000; 陳政見, 2001); 2006 年聯合國通過《身心障礙者權利公約 (Convention on the Rights of Persons with Disabilities, 簡稱 CRPD)》更再次重申身心障礙者受教育之權利，教育人員須提供合理對待並盡可能地排除環境各種限制，使其在正常環境下接受教育，達到充分融合目標 (衛生福利部, 2018)。至於我國《特殊教育法》(2014)、《特殊教育法施行細則》(2013)及《身心障礙權益保障法》(2015)也指出，身心障礙者有接受適性教育之權利，教育主管機關應主動協助身心障礙者就學，不得以其身心障礙、或學校尚未設置適當設施等其他理由拒絕其入學，教育安置以滿足學生學習需求為前提、最少限制環境為原則，彈性安排課程及評量方式。法令保障了身心障礙學童受教權，多數輕度障礙學生進入普通班就讀，重度和極重度障礙學生則安置在特殊學校或特教班。

醫療技術進步與醫療設備流動，一些以管進食或是擁有氣切管，甚至需要供氧機等醫療設備之極重度多重障礙學生（以下簡稱極重度多障學生）透過醫院門診和

家庭環境可獲得大部分照護，這群原本安置於在家教育型態的學生始得進入學校系統就學。考量到這群學生醫療照護需求，過去會優先安置在有專業人員駐校的特教學校，但這幾年「就近入學」原則下，新北市教育局朝向就近安置於普通學校特教班。新北市唯一的特殊教育學校僅收設籍林口區的學生，而且在林口區內的國、中小集中式特教班已額滿情況方能安置 (新北市立特殊教育學校, 2018)。由此可知，極重度多障學生的照護與教育，已從單一教養模式轉變為普通學校與家庭共同承擔責任 (謝金龍、吳菁蕙, 2009; Lehr & Greene, 2002; Pufpaff, Mcintosh, Thomas, Elam, & Irwin, 2015)。

第一作者任教於新北市國小特教班，察覺到學生特質與班級生態產生不少變化。班級中能夠獨立行走、有口語能力的學生減少；教室內增加了供氧機、血氧偵測器等醫療器材；極重度多障學生極少回饋與互動；第一線特教教師經常需要中斷教學處理學生癲癇發作、卡痰或呼吸困難等突發狀況，即使求助輔導團，許多資深教師也表示過往在特教班的教學經驗無法因應當前衝擊。

面對這群學生進入普通校園之政策趨勢，特教班教師面臨哪些困境以及需要哪些支持？實需相關研究的關注。故本研究針對國小特教班教師教育極重度多障學生之困擾與需求進行探討。待答問題如下：

1. 國小特教班教師教育極重度多障學生之困擾為何？
2. 國小特教班教師教育極重度多障學生之需求為何？



貳、文獻探討

本節先闡述有關「極重度多障學生的照護與教學」，再彙整國內外文獻探討特教教師面對這群學生的困擾與需求。

一、極重度多障學生的照護與教學

極重度多障學生因伴隨眾多生理問題，亟需接受有系統的照護（林麗英，2005）。教師需考量其先天限制，規劃適性課程。以下就照護與教學兩方面闡述學生需求及教師處理原則。

（一）極重度多障學生照護需求與處理原則

極重度多障學生往往有癲癇、呼吸困難、心臟疾病等症狀，甚至無法自理與移行，所需照護需求和處理原則分述如下。

1. 「癲癇」發作處理方法

癲癇是發展障礙兒童常見的神經生理疾患，而重度與多重障礙者更是癲癇的高危險群，約 1 / 3 的重度障礙者有癲癇發作經驗（林宏熾，2000；莊妙芬等人譯，2016）。若是智能障礙合併腦性麻痺者則半數以上均有癲癇症狀（Sobsey, 2017）。多數癲癇患者在經過穩定服藥後可抑制發作，但仍有 1 / 4 的頑固型癲癇患者無法藉由藥物控制病情，癲癇反覆發作，造成腦神經受損部位擴大、生理功能退化（國立臺灣大學醫學院附設醫院兒童醫院，2019）。

因癲癇發作時間無法預期，故教師除了要了解學生服用的藥物名稱及監控其副作用外，還須熟悉緊急處遇方法與流程，如果面臨學生癲癇發作時間超過五分鐘、連續性發作或發作結束後仍無法自行呼吸，應趕快尋求緊急協助。

2. 「呼吸道障礙」保健技巧

呼吸道疾病、肺炎、慢性感冒等是極重度多障學生常見的疾病，主要原因為腦性麻痺引起肌肉萎縮、肌肉張力異常或骨骼變形，導致過多黏液或分泌物累積在呼吸道及肺部不易咳出，造成肺部併發症（Wahyuni、林家瑋、王亭貴，2013）。

有些呼吸系統發育未完全或無力自行咳痰之學生，便需透過氣切來維持呼吸順暢。在照護氣切學生上，教師必須對氣切口照護有基礎認識，如果學生出現呼吸窘迫、滲痰或氣切套管脫落等情形時需要立即就醫，同時將情形與處遇方式詳實列於 IEP 當中（莊妙芬等人譯，2016）。

3. 「心臟疾病」護理原則

許多極重度多障學生有心臟相關疾病，例如粒線體缺損兒童常患有心肌肥大、心房室傳導異常；貓哭症兒童常伴隨心臟合併症（財團法人罕見疾病基金會，無日期）。

若學生患有先天性心臟病，通常吸吮能力較差、呼吸淺快費力、容易嗆咳或嘔吐，在飲食上以少量多餐為原則，並隨時注意其擺位姿勢、吞嚥狀況與營養攝取。在運動上避免從事過多且激烈的活動，並隨時注意身體狀況、給予短暫休息（中山醫學大學附設醫院護理部，2016）。

4. 「結腸造口與泌尿造口」護理原則

在特教班中，教師可能接觸到有結腸造口或導尿需求之學生，需要隨時察覺學生身體狀況與醫療警訊，注意學生飲食，避免消化不良造成腸阻塞或腹瀉，避免腹部用力的運動，進行球類運動時要避免撞擊造口，學生衣著要寬鬆避免壓迫造口。也要隨時觀察是否有排泄物滲漏問題，留



意調整造口貼帶用物，避免皮膚發紅潰瘍（臺大醫院，2016）。

學生入學前須先和護理人員、醫師與父母召開個案會議，針對該生需求撰寫個案計劃書，之後雖由校內護理人員進行醫療處理，但教師仍應學習照護技巧，以便應付突發狀況（莊妙芬等人譯，2016）。

5. 「管灌進食」照護原則

有些極重度多障學生因為吞嚥障礙、喉嚨或食道阻塞或意識狀態不佳，沒有能力攝取足夠營養或無法從口進食時，則會以管灌方式進食，教師應在經過相關訓練後方能執行灌食，在執行灌食前後皆需要注意管子清潔，避免滋生細菌。灌食時要保持管子通暢，學生仰躺至少要 30 度，要避免灌食速度太快，也要防止空氣進入管內，以免引起抽搐、腹瀉、噁心、嘔吐或食物逆流（臺安醫院，2017；Heller, 2017）。

6. 「擺位與轉位」注意事項

腦部損傷常造成學生呈現異常的動作表現，假使持續運用錯誤姿勢，將產生肌肉攣縮／延長、骨骼變形等衍生性問題，甚至無法獨立移行，多數時間維持在同一姿勢，因而引發壓瘡、褥瘡，需由他人協助抬舉或轉位，但對協助者來說，不正確的重複性抬舉動作造成自身椎間盤及韌帶產生累積性傷害，或因錯誤抬舉姿勢而危及學生安全，故教師須通盤瞭解轉位與擺位原則，抬舉時應考量學生肌肉張力、體重、觸覺刺激等動作特質，檢視姿勢是否符合學生身體需求，審慎做好轉位計畫及環境安排（三軍總醫院護理部，2015）。

（二）極重度多障學生教學考量

教師應參考學生整體學習評量結果，配合其個人學習風格、生涯發展程度和身

心狀況，做適當地教學規劃與調整。以下就教學考量做說明：

1. 自我照顧技能的教導

極重度多障學生常因動作與感官功能限制而導致其生活自理上大多需要他人協助（林宏熾，2000），但學者也指出過度代勞剝奪練習機會，促進其獨立自我照顧是教育的重要目標（Lehr, 2014; Lehr & Greene, 2002）。

教師在進行自我照顧技能課程時須以「自然情境」教學為原則，透過多元的方法與漸進式引導，在最自然的時間（例如：如廁、午餐）及自然場所，逐步地教導學生學會技能；也應隨時注意周邊環境安排，顧及學生個人隱私及自尊（Westling & Fox, 2009）。

2. 生活性與功能性課程設計

教師在規劃課程時，應多強調生活性與功能性課程，以生活領域為其教育的內涵，而非侷限於學科性的學習；其具體內容除了與日常生活有關的學科學習外，還須包含生活自理技能、輔具使用、居家生活技能、活動參與及人際互動技巧等（李翠玲，2009；林美玲、林宏熾，2008；邱紹春，2013；莊妙芬等人譯，2016；Lehr, 2014; Lehr & Greene, 2002）。

3. 適切評量的調整

因極重度多障學生在學習上反應微弱且耗時長，故教師需要藉由非正式評量與持續性觀察來蒐集其在生態環境的需求，定期將觀察所蒐集到的數據轉化成圖表（如頭控維持時間、眼神追視視野等），作為分析學生的表現與進步程度依據，設計出符合學生需求的功能性學習目標與介入



策略（花敬凱，2000；莊妙芬等人譯，2016）。

4. 多感官刺激的安排

多感官教學使極重度多障學生學習運用五官和皮膚去感知生活變化，提供其休閒、放鬆與自我發展的機會。國內研究也證實，學生在多感官刺激的安排下，能有效提升認知學習成效，在表現適應性行為的頻率與持續時間、眼神注視等方面均有所成長（李淑玲，2008），故建議教師及家長可利用多感官課程加強學生學習動機（李翠玲，2009；邱紹春，2013）。

5. 溝通科技輔助器材的選用

極重度多障學生因接收訊息與溝通表達能力受限，教師或專業團隊人員需花費大量時間評量其溝通能力，對於無口語或需要其他有效溝通形式者，則應依其動作、認知及感官功能，挑選適當的擴大性或替代性溝通系統（Augmentative and Alternative Communication，簡稱 AAC），以協助學生達成完整的溝通。

教導溝通技能時，以自然環境學習為原則，在不同環境、對象及目標下進行溝通技能訓練，確保其在不同社會互動中依然具備有效的溝通方式（李翠玲，2009；林宏熾，2008；莊妙芬等人譯，2016）。

6. 專業團隊人員間的合作

特殊教育法中提到，身心障礙學生之評量、教學及輔導工作，應以專業團隊合作為原則，並將專業資源加以整合，使有限的專業人力資源發揮到最大功效。對於極重度多障學生，教師責任已超出直接教學，尚需包含醫療健康照護計畫的執行（Lehr, 2014; Leht & Greene, 2002），因此，團隊成員應以合作之方式對學生需求、學

習情境及教學方案有通盤了解，透過團隊討論進行決議，避免單一個人做出決定，才能為學生謀取最適切的服務。

二、特教教師教育極重度多障學生的困擾與需求

研究者查詢近 20 年極重度多障學生相關研究，發現較少著重教師的困擾與需求。考量國外通常以嚴重障礙(severe disability)一詞涵蓋重度與極重度障礙者(Westling & Fox, 2009)，故以 severe disability 擴大搜尋範圍，再從中篩選心智功能嚴重低下且需醫療照護的教育困擾與需求文獻。至於國內文獻搜尋範圍主要以國小特教班或特殊教育教師之教學困擾與需求為主，確保其學生為重度障礙以上。

（一）特教教師教育極重度多障學生的困擾

彙整與歸納國內外文獻，教師對於極重度多障學生之教學困擾有課程教學、班級經營、團隊溝通及專業知能等方面。

1. 課程設計與評量方式複雜

Kurth、Born 與 Love (2016)研究特教班教師的教學，發現教室內重度與極重度障礙學生幾乎是被動參與，很少有機會學習，特教老師對於實證有效的教學策略缺乏瞭解，以至忽視這些學生教育需求。

此外，極重度多障學生大多無口語及指認能力，只能採用生理行為模式之方式來瞭解學習狀況與警醒度（花敬凱，2000），但教學現場業務繁忙，缺乏長時間觀察學生的機會，無法有效評量學生學習成果，連帶影響課程設計與規劃（馬青滿，2010；陳欣怡，2009）。

最後，當學生到普通班融合，普通班課程教學的調整、特教老師和普通班老師



如何相互搭配，也是一大挑戰(Ballard & Dymond, 2016)。

2. 班級經營困難

缺乏適當溝通技巧之無口語極重度多障學生，常用哭鬧來表達情緒，嚴重干擾課程進行，但教室人力不足，也沒有合適的處理場域，影響其他學生學習權益（簡美蘭，2011）。

此外，極重度多障學生的家長，對參與孩子在校生活之意願呈現兩極化（黃光雄，2009）。有些家長積極地向教師尋求資源並相互配合，但有些家長則是「對特教了解不夠」、「教學參與度和配合度低」、「過度依賴教師」、「對教師缺乏信任」等，觀點與想法的落差使教師感到困擾，這也造成了親師溝通困難，無法建立良好親師關係（馬青滿，2010）。

3. 照護權責不明，承擔照護壓力

教導極重度多障學生之教師不僅被期望是教學者，還須擔任醫療保健照護者，雖然法令規定校護和特教教師有照護責任，但實際現場人力資源有限，教師與校護照護權責模糊(Lehr & Greene, 2002; Pufpaff et al., 2015)。教師長期面對這群幾乎一對一照護的學生深感分身乏術，造成心理與體力耗損（陳欣怡，2009；Ruppar, Neeper, & Dalsen, 2016）。

4. 無充足的專業知能

在許多調查研究中，特教教師表示在「課程內容的統整」與「為學生擬定具體的學習目標」時感到很吃力，對於為學生「納入 AAC 設備的使用」、「通用設計的課程教學」以及「支持學生醫療需求」的瞭解與實踐也較為不足（何瑞景，2011；馬青滿，2010；Ruppar et al., 2016）。

（二）特教教師教育極重度多障學生的需求

彙整過去文獻，教師面對極重度多障學生期待的需求包括課程教學、專業成長以及專業團隊合作。

1. 課程設計與教學

研究指出，特教教師教育極重度多障學生，需求較高的項目包括：如何運用學生優勢能力來設計課程、編選教材、擬定教學策略。他們希望有教學實務分享與交流的機會，以提供學生多樣地學習刺激(馬青滿，2010；Ruppar, Roberts, & Olson, 2015; Ruppar et al., 2016)。

隨著特教班學生障礙程度越來越重，教師對各式輔具的依賴也越高，故對於「如何為學生選擇適當的輔具」、「輔具類別的瞭解與應用」及「詳知申請輔具流程」等有強烈需求，希望能透過輔具使用提升教學成效（陳蓉潔、孫淑柔，2014；羅以芸，2008；Ruppar et al., 2015; Ruppar et al., 2016）。

2. 自我專業成長

當學生學習能力低落、反應微弱時，教師不知該怎麼為學生擬定具體的行為目標，更不知如何整合課程內容(Ballard & Dymond, 2016, 2018)。教師希望能有「特殊照護學生的需求評估與服務」、「輔具進修管道」等相關課程，並有「修習其他障別學分認證」的機會(羅以芸，2008; Pufpaff et al., 2015; Ruppar et al., 2015; Ruppar et al., 2016)。

3. 團隊合作與行政支援

教師在支持學生身體健康與醫療上有困難，亟需與專業團隊合作發展個別化醫療保健計劃（Individual Health Care Plan，



簡稱 IHP)，以支持學生在校生活，但教師與校護彼此之間的合作關係仍有改善空間，故教師期望行政人員能協助建立合作管道並提供人力支援，如果教師獲得充足支援，其教學效能亦因此提升(Pufpaff et al., 2015; Ruppap et al., 2015; Ruppap et al., 2016; Ryndak, Clark, Conroy, & Stuart, 2001)。

專業人員與服務時間不足亦是困擾之一，故教師希望能有充足時間和機會和專業團隊人員面談諮詢（李翠玲，2009；羅以芸，2008；Ruppap et al., 2016）。

綜合上述文獻，美國自 1990 年代開始關注極重度多障學生的醫療照護議題(Lehr & Greene, 2002)，為確保學生在校園內的安全，教師的困擾和需求較偏重「專業團隊合作」、「IHP」、「健康照護員」，近幾年也有少數研究「融合的困境」。國內針對國小特教班教師教學困擾與需求之研究只有三篇（馬青滿 2010；陳欣怡 2009；陳蓉潔、孫淑柔，2014），以「課程與評量、班級經營、行政合作」為主，與國外切入的角度層面不同。故，極重度多障學生議題需更多研究投入。

參、研究方法

本研究採質性取向之焦點團體訪談法，乃因極重度多障學生的發生率極低，近年來才陸續進入普通學校就讀，特教班教師接觸這些學生的經驗並不普遍，故以焦點團體訪談，希望透過交互討論方式挖掘出教師們對此議題的多元觀點與不同想法。以下就研究設計、研究參與者、焦點

團體訪談的實施、資料處理分析以及研究倫理與信賴度等，分述之。

一、研究參與者

本研究採「立意取樣」，以 106 學年度國小特教班中有「需管灌、氣切照護或亟需醫療設備且心智功能明顯低下」之極重度多障學生的教師作為焦點團體成員，共徵求五位研究參與者，包含兩位任教 15 年以上資深教師與三位任教 3 年內初任教師。如此安排受訪者之原因，為刻意挑選彼此皆熟識之對象，期望在訪談時能自在相處、暢所欲言；再者係希望廣納資深教師與初任教師之經驗與想法，檢視兩類教師困擾與需求的異同。研究參與者資料介紹（表 1）。

二、焦點團體訪談的實施

第一作者擔任焦點團體主持人，曾任特教領域召集人與學年主任，對會議主持與溝通協調有豐富經驗；本身也是特教班教師，與受訪者面臨相同挑戰，故能深刻同理所提及之困境。第二作者具質性研究經驗，能與主持人討論訪談大綱與訪談技巧，協助主持人掌握團體互動技巧，帶領受訪者們盡情分享卻又不脫離研究主題。

訪談進行前，向受訪者說明相關權益並告知全程會錄音及錄影，確保無疑慮後在權益書上簽名。為了使訪談內容與獲得的資訊皆呼應主題，研究者根據文獻與本身接觸極重度多障學生之經驗，發展出訪談大綱。並在訪談前三天將訪談大綱以電子郵件方式寄送給受訪者做詳閱，讓受訪者對此議題有充足時間思考與準備。

焦點團體訪談共計三次，每次約 2—3.5 個小時，訪談地點選在第一作者任教之國小特教班教室。訪談座位安排以資深和



初任教師穿插而坐並依序發言，為避免初任教師會有集體思維的現象，故每次訪談皆會變換發言順序。訪談期間，大家皆能在輕鬆的環境下暢所欲言、激發想法，B

老師曾說：「能有這樣的機會聽聽別人的想法很不錯！很期待下一次的訪談」。討論過程中除了針對訪談大綱交換意見外，也會根據會談內容延伸其他議題。

表 1

研究參與者之基本資料介紹

訪談對象	年資	教育極重度多障學生經驗	班級人手／行政支持度	目前學生身心特質
A	19	教過 5 位	個案媽媽陪讀行政支持度佳	個案一： 一年級。罕病「芳香族胺基酸脫胺基醇素」。鼻胃管進食，認知功能約一歲，會抓握及翻滾，但不會行走，脊柱側彎 30 度以上，右側髖關節脫位。能維持頭控約 5 分鐘，看到熟悉的人事物會笑。
B	19	教過 3 位	個案媽媽陪讀行政支持度佳	個案一： 三年級。肌小管病變。氣切、胃造瘻口灌食，教室配有血氧偵測機及氧氣鋼瓶。認知功能約一年級，可做國字描寫與數學計算。使用圖卡作溝通。
C	2	教過 5 位	一位外傭陪讀行政支持尚可	個案一： 一年級。障礙成因不明。頑固型癲癇。胃造瘻口灌食，無口語能力。少有眼神接觸，對聲音與圖片無反應，認知功能無法評估。
D	3	教過 7 位	無額外人手行政支持不佳	個案一： 二年級。障礙成因不明。胃造瘻口灌食。頑固型癲癇，大發作時需立即供氧。肢體能力弱，僅利用站立架加強雙腳支撐能力。認知約 9-12 個月，可使用溝通圖卡作溝通。
E	3	教過 4 位	無額外人手行政支持尚可	個案一： 一年級。障礙成因為產程缺氧。癲癇、氣切、胃造瘻口灌食。無口語，高張。能在桶子中抓握起沙包。喜歡笑且喜歡與他人互動。認知約 12-16 個月。 個案二： 二年級。罕病「丙酮酸鹽脫氫酶缺乏症」，合併四肢視障（皮質盲）與頑固型癲癇。鼻胃管進食。肢體攣縮變形。對外在反應少，認知無法評估，課程以感官刺激為主。



三、資料處理與分析

研究者於會後將訪談影音檔謄打成逐字稿，經受訪者確認後，將逐字稿文本資料透過主題分析架構進行持續比較（鈕文英，2014），程序如下：

（一）敘述編碼(descriptive coding)

研究者重複閱讀逐字稿並標記重要內容，以少量語詞關鍵字定義該段內容，作為下階段編碼基礎。例如，教師指出學生「他痰非常多，我問媽媽怎麼辦，媽媽都說沒關係。我擔心會不會有一天痰卡住而呼吸困難」，研究者摘其內容重點寫出關鍵詞「痰多」、「家長態度」、「呼吸困難」。

（二）解讀編碼(interpretive coding)

依敘述編碼屬性特質進行歸類，並從理論及研究目的之角度解讀該類別意義。例如，敘述編碼中「痰多」、「呼吸困難」、「鼻胃管」、「氣切」、「胃造瘻口」、「胃造瘻口感染、紅腫」等關鍵詞，歸納為「管口護理困難」向度。

（三）總體主題(overarching themes)

將解讀編碼統合後形成之類別，組織其意義來建立起主題架構。例如，將「健康狀況差」、「管口護理困難」、「肢體動作異常」之解讀編碼，統整成總體主題並命名為「學生健康照護困擾」。

為便於資料分析與來回檢視，研究將文本資料來源轉譯符號代碼，以方便做資料檢索。符號代碼共四碼，第一碼數字代表焦點團體場次，第二碼英文字母是受訪者代號，最後兩碼數字則是逐字稿頁次，例如「1A02」係指在第一場焦點團體中，A 教師的發言內容，記錄在逐字稿第二頁。

四、研究的信賴度

研究者誠實告知研究目的，取得受訪者知情同意，承諾尊重隱私保證匿名，確保受訪者擁有資料及獲知研究結果的權利，因此取得受訪者信任並願意忠實闡述所見所感。此外，本研究以參與者檢核、同儕檢證以及省思札記確保研究信賴度：

（一）參與者檢核

本研究全程錄影錄音，為保有原始資料的正確性，訪談結束後三天內將討論內容轉譯成逐字稿並郵寄給受訪者，請其將初步研究發現與分析結果進行閱讀校正，避免資料謄寫錯誤。在整理完相關紀錄後再給予紙本檔案，請受訪者們做檢核，並對研究者誤解之處予以修改、補充。

（二）同儕檢證

資料編碼過程中，研究者邀請一位語言治療研究所畢業且修習過質性研究之特教班教師協助同儕檢證，為確保資料分析的客觀性，每個程序編碼皆要達 80% 以上一致性才做後續結果撰寫。

研究者從逐字稿摘出關鍵詞後，邀請同儕檢證者詳閱逐字稿原始檔並畫記出符合關鍵詞之句子，雙方在敘述編碼一致性 83%，接著進行解讀編碼與總整主題編碼檢證，雙方一致性則達 100%。

（三）省思札記

研究者詳細記錄訪談情境氣氛、受訪者口氣、及非語言行為等原始資料，並隨時記錄研究者自身感受與反思。例如，訪談中教師們一致認同，教育極重度多障學生雖擔負沉重壓力，但若能得到行政支持和專業團隊合作，「許多擔憂都可以在大家合作下一起承擔與解決」，研究者不禁省思，縱使面臨諸多困難，這些特教教師仍



然捍衛學生的教育權益，對於極重度多障學生抱持正向態度。藉由省思札記，增加本研究的可靠性即可驗證性。

肆、結果與討論

本研究探討國小特教班教師教育極重度多障學生的困擾與需求，根據資料分析結果，以下就「困擾」及「需求」兩大層面依序說明：

一、國小特教班教師教育極重度多障學生之困擾

近幾年，需管灌、氣切照護或使用供氧機之極重度多障學生進入普通學校。即使是資深教師也無奈表示：「第一次接到這樣的小孩，接觸後才開始學習這方面的知識」(1A03)！「擬定目標時，常常天馬行空，等接觸學生後，才發現所有目標都要重寫」(2B05)。兩位資深教師除了在行政支持上較無困擾外，在其他困擾層面與初任教師一樣，都感到十分棘手。

以下根據特教班教師所遭遇之困擾分為「健康照護困擾」與「教學困擾」：

(一) 健康照護困擾

1. 學生健康維持不易，須時刻留意狀況而無法喘息

教師在接觸學生的過程，首先會擔憂的便是其身體健康，因團體場所中有許多傳染疾病，但學生抵抗力不足，若一個疏忽將增加學生感染風險、危及生命，「這樣的小孩存活率不高，大部分過世的原因都是因為感染，只要他會經過的地方都要消毒」(1A01)。

此外，這群學生患有癲癇的比例相當高，有些學生在服用高劑量藥物後癲癇仍

反覆大發作，嚴重時甚至會缺氧，需要供氧機即時介入，「他大發作時會持續發作2分鐘以上……沒有呼吸，只要發作就要馬上用供氧機供氧」(1D08)。癲癇發作的不定性讓教師感到害怕，需要戰戰兢兢地陪在左右隨時觀察，「我怕有一天學生沒了呼吸或是在忙沒有注意到怎麼辦……每次發作，都覺得小孩快沒了」(1D08)。

學生除了有先天疾病需密切追蹤外，他們還有呼吸困難、營養攝取不足之問題，需要透過管口（如氣切、胃造瘻口）來維持身體機能，故傷口護理與清潔非常重要。教師必須確保自身管口使用符合流程且確實清潔，避免學生傷口紅腫發炎或阻塞，「他之前胃造瘻口太髒了……瘻口附近都發炎、紅腫……還有臭味」(1C14)！

「氣管裡的血絲如果沒有抽乾淨，血可能會（在管內）凝固，造成呼吸困難、血壓濃度降低，臉就會變黑」(1B02)，但教師缺乏相關知能與經驗，很多知識都必須做中學，「我接觸到他才知道……原來泥狀的食物需要注意大小、流速等，突然接到這樣的學生～我的準備不夠、方向也不對」(1A02)！害怕自己在錯誤中摸索了方法而讓學生受傷，致使在照護學生上感到心有餘而力不足，「在醫療這部份～還是希望有專業人士或校護來帶領，但校護很忙……我們又不會照顧方法，不然我也想給他們很好的照顧」(1E16)。

2. 學生肢體動作異常，協助轉位與擺位困難

多數的極重度多障學生因行動不便或精細動作不佳，導致生活自理能力及參與社會活動受限，「他完全不會動，手腳嚴重攣縮……很多運動都沒有辦法做」



(1D04)！生活完全依賴他人，需要照護者協助抬舉與轉位，但班級大多為女老師，再加上學生體重過重與張力異常，加深了抬舉轉位的難度，教師長期承受學生整體重量而造成身體極大負擔，「學生所有的重量都在我身上！我每天回家都腰酸背痛……手腕會很痛」(1A12)。

當班上人手不足而無法協助學生轉位時，教師只能選擇讓學生久坐在輪椅上，透過輪椅擺位的調整來分散坐姿壓力，「沒有替代役，我們就搬不動他，他整天都坐在輪椅上，我們只能調整他的輪椅，讓他稍微放鬆」(1C06)，老師愧疚的表示，「他在輪椅上，尿布整天沒換……一定很不舒服……但他真的很重」(1C06)！學生長期維持同一姿勢而導致學生肢體異常發展，當骨骼變形過於嚴重，最後只能經由外力或手術進行矯正，「他脊椎側彎越來越嚴重，治療師建議穿背架」(1E10)。

3. 班級缺乏專業照顧人力

極重度多障學生進入普通學校，然而學校卻無足夠的資源與配套措施，校內唯一有醫護背景的校護成了教師依賴的對象，「特教學校資源比較多～大家也比較有處理（照護）經驗，但我們學校最專業的只有校護，可是校護很忙」(1D16)，校護無法隨時相伴學生左右，教室中缺乏具有醫療專業知能的照護者，「教室比較像療養院，把醫院搬來學校……（學校）又是極爛的醫院，要什麼沒什麼，教師全部都不是（照護）專業」(1E14)。教師擔憂自己無法處理突發狀況，只好商請熟悉學生的照護者入班協助，「當小孩臉色不時，只有媽媽能判斷，才知道怎麼抽痰，好險媽媽願意陪讀」(1B03)。但是無外傭或家人協

助的 D 老師和 E 老師就須擔起照護責任，「我們班有二個極重度，隔壁班是三個極重度，但教助員只有一位，大家輪流使用」(2D11)，「我什麼都不會，只能讓他不要離開我的視線，確保他狀況 OK！只有他放學，我才能放鬆」(1D16)，班級人手不足，教師分身乏術，連帶影響其他學生受教品質，「一旦這個學生有來學校，教助員就要陪她！就沒有人手幫我……其他學生就無法被協助」(2E22)！

4. 照護責任界線模糊，初任教師行政支持薄弱

學生的醫療健康照護問題需要校護及行政合作，兩位資深教師為輔導團成員，較易取得行政支援，「資深的好處，就是行政（人員）年紀都比你小」(2A14)。不過初任教師的校護與學校行政少主動提供照護相關資訊及作法，「我們會依賴校護幫忙，但她們都是我問才答，有時候還要等她們忙完」(1D14)，有時校護也不一定對先天疾病的處置方式有詳細地了解，「學生小發作不斷，校護問我要不要叫救護車……可是學生是頑固型癲癇耶！每次發作都要送醫」(1C14)？教師只能靠自己摸索，「自己上網查或問家長比較快！連供氧機怎麼用都是廠商教的」(1D14)！

學校多數人會將照護學生之責任歸於特教班教師，「學生癲癇在課後班發生，課後班教師還是會叫我們去處理，她覺得這是我的學生……是我的責任」(1D15)！

班級人手不足，教師尋求行政支持，但校內志工短缺且照護學生壓力大，志工「沒有人要來！都去圖書館和導護了」(2E05)，老師只能「賣自己的面子，拜託退休老師來幫忙」(2D11)，抑或是自行擔



起所有事情，「志工不來，我只好自己來，也不能勉強他們啊」(2E05)！

行政人員未接觸學生，無法設身處地為特教班教師著想，「我要求開個案會議，討論緊急流程……都不了了之，他們沒有接觸學生，不知道我們壓力很大」(1E15)！此外，緊急通報流程繁瑣，無法及時處理突發狀況，「外傭跟課後班教師說，課後班教師打給我～我再打給校護，校護來的時候學生都已經（癲癇）發作結束了」(1D15)。照護責任執行與歸屬界線模糊讓教師深感困擾，「這些責任在釐清時，沒辦法分得很清楚」(1D16)。

5. 親師對緊急處理流程與照護想法有分歧

對於極重度多障學生在校緊急醫療處理流程，需要與醫事人員、家長討論，「我跟校護、家長有兩次的 meeting，針對胃造瘻、氣切口、癲癇等，討論 SOP 流程，大家都有簽名」(1E05)。家長長期照護孩子，熟知醫護方法，但教師與校護是第一次接觸孩子且學校無完善醫療處置設備，故容易產生照護想法的分歧，「媽媽覺得小孩癲癇發作，先吃藥……不用馬上送醫，送醫太勞師動眾，但校護堅持要送醫」(1E05)。

有一些家長不捨孩子過度保護，「媽媽看到小孩丫丫叫會很心疼……小孩只要有情緒，就會要求不要執行訓練了，可是治療師說不做……會變形的更嚴重」(1C03)，當過度保護成了補償行為，教師需要小心揣測家長心情，造成親師間的隔閡，「小孩的喜怒哀樂都會牽扯到媽媽的情緒，讓我壓力蠻大的！因為一個無心的話就會讓媽媽不開心」(1C04)。當教師與家

長雙方對教養缺乏一致共識，親師合作產生阻礙，也影響了學生學習機會。

6. 照護研習機會不足，課程未能貼近現場需求

在融合教育與零拒絕政策推廣下，極重度多障學生進到學校，但特教教師對於醫療照護知能卻極為不足，「沒有給我們相關衛教知識研習，就要我們在學生進來時馬上上手」(1C24)。

教師希望能夠透過研習來增能，但特教通報網中對「極重度多重障礙」、「醫療照護」之議題的研習相當缺乏，曾舉辦過的研習內容又過於偏重理論講述，鮮少給予實務策略，實質幫助效果有限，「我以為會教灌食與怎麼照顧氣切，但只學到一堆疾病介紹，所擔心的卡痰、緊急處理等議題都沒提到」(1E28)。研習內容未符合教師需求，故只能從家長或網路自學來彌補照護知能不足之困擾，「照顧的技巧都是從家長那裡得知的，有時候我還自己在 YouTube 學」(1E28)。

綜合上述，本研究發現面對極重度多障學生的健康照護議題，特教教師感到極大壓力，校護與行政支持不足，照護責任幾乎落在老師肩上，老師整天提心吊膽必須隨時留意學生狀況。事實上，面對需要管灌、氣切照護或醫療設備需求的極重度多障學生，「安全」的確是老師最關注的議題，減輕學生生理與健康問題是為首要目標（莊妙芬等人譯，2016；Lehr, 2014；Lehr & Greene, 2002）。過去研究顯示，特教教師無法勝任學生醫療照護需求，經常感到孤立無援（Ruppar et al., 2016；Roberts, Ruppar, & Olson, 2017）；長期照護這些學



生，感到心理與體力耗損（陳欣怡，2009），本研究也有相同的結果。

其次，本研究結果凸顯特教老師缺乏照護專業，卻苦無研習進修機會。先前研究也指出教師希望能有照護相關課程的自我成長機會（羅以芸，2008；Pufpaff et al., 2015; Ruppap et al., 2015; Ruppap et al., 2016）。教育當局雖然為特教老師規劃許多專業成長研習，但針對「特殊照護與極重度多重障礙」之相關研習卻相當不足。以新北市為例，近三年所規劃的重症學生照護與教學研習場次及主題少，如想額外增能，則須向特教學校或基金會報名研習，但研習大多未開放給外校人員參加（全國特殊教育資訊網，2018）。由此可見，進修管道極為封閉、不足，使特教班教師欲提升知能卻受到阻礙（簡美蘭，2011）。

最後，本研究發現，照護權責界線模糊的情形仍然存在，也呼應先前研究指出教師與學校人員對於照護學生職責歸屬存在各自為政、互相推託之問題（林珮如，2011；Ballard & Dymond, 2016, 2018; Pufpaff et al., 2015; Roberts et al., 2017）。

2017 年衛福部公告非醫事人員可執行抽吸、分泌物清潔等未涉及醫療專業判斷的身體照顧服務（衛生福利部，2017），期待學校人員能隨時因應學生需要進行清痰、造口清潔等身體護理工作。許多學者呼籲以「團隊合作」方式為有醫療照護需求之學生擬定 IHP，且由校護負責執行 IHP（Lehr, 2014; Lehr & Greene, 2002; Heller, 2017; Westling & Fox, 2009）。反觀國內並未這群學生擬定 IHP，也沒有明確規範負責醫療照護責任的人員。校護無法隨時入班處理學生突發的癲癇或卡痰，所謂的「團

隊合作」似乎僅是精神支持？似乎仍處在照護人力不足、權責模糊、行政支持薄弱的樣態。

（二）教學困擾

面對班上極重度多障學生，特教教師的課程與教學也遭遇許多困擾：

1. 學生學習時間零散且進步有限，教學成效事倍功半

多數極重度多障學生伴隨著癲癇或其他需藥物控制的疾病，藥物副作用導致學生精神狀況不佳，「他的睡眠品質不好……睡覺時常會癲癇發作，在學校大部分時間都在睡覺」（1D27）！也因其身體健康起伏不定而無法準時到校，甚至長期缺課，「他現在在加護病房，到校次數很少」（1C27）。教師需依學生狀況彈性調整上課時間，「他吃飽後要靜置一個小時左右……不然食物會嘔出來，所以動作機能課就無法上」（1A29），只能利用有限時間進行補課，卻也造成學生學習時間零碎與片段，「我沒有辦法很精準地幫他排課表，只能用空堂或下課，能補就盡量補」（1A29），然而，學生每日必做的復健活動占用了多數課程時間，導致課程安排的多樣性不足，「我每天能做的就是拿治療球按摩身體……沒有時間給他豐富的刺激」（1D06），教師花費許多心力完成每日例行活動卻仍看不到學生的進步，產生教學無力感，老師挫折表示，「覺得一直重複教一樣的東西，好像看不盡頭」（2B05）。

2. 課程執行與目標擬定無法切合學生需求

受訪教師都瞭解擬定 IEP 目標時要以發展性課程及功能性課程教學，從學生現階段能力基礎去思考其未來最需要的技



能。但是極重度多障學生因感官功能限制、學習回饋少，無從得知其學習吸收程度，「他在班上很像客人，不知道他可以學什麼」(2E09)，此外，學生長期遲到早退、精神不濟，無法長時間參與課程，加深了課程執行與評量的困難度，「我連她會什麼都不知道！她很少來上學，整學期只上過一次數學」(1E29)，教師難以擬定具體目標與評量方式，「IEP 用詞……只能寫『體驗』、『在協助下進行』或『覺察』，用詞很難精準，不知道學生到底有沒有理解，很難評量」(2B10)！

這些學生的健康照護、復健需求遠高於教育需求，「他們不太有反應……身體應該很不舒服，照顧好身體，比學學科重要了」(2E14)！能力與同儕落差過大，教師要顧及其他學生學習權益，在進行多層次教學有困難，「他連最基礎能力都沒有，完全需要一對一，要怎麼進行多層次課程？他全部的領域都是我下課時間一對一幫他完成」(3A19)。

3. 無合適教材與輔具，課程教學活動受限制

教師對極重度多重障礙領域缺乏深入了解，尋找合適的教學媒材上苦無方向，「學生好像永遠只能拉筋跟按摩，不知道有什麼教具適合他們」(2D15)，E 老師認為，操作型與觸摸型教具最合適極重度多障學生使用，透過實際操作來習得抽象概念，「教具不是只有圖卡，他們需要一些實物觸摸或是立體的東西」(2E17)，但坊間教具價格不斐，教師無足夠經費可以採買，「錢花在墨水、碳粉後就所剩無幾了，根本不夠買教具」(2E17)，想要增加班級設備卻缺乏申請管道，「極重度需要懸吊系

統、楔型墊或是爬行機，但我們沒有設備，也不知道怎麼申請」(2C18)，缺乏這些設施，限制了教師設計課程活動的豐富性及學生參與課程的機會，「體育課，他就只能做被動關節運動或躺著休息，我覺得學生很可憐」(2C18)。

4. 缺乏極重度多重障礙領域相關的進修管道與資訊

受訪者們雖接受過完整的特教師資培育課程，但皆認為自身在極重度多重障礙領域之專業極為不足，「我有一個感受就是……接到這樣子的學生，一切都是從零開始，沒有什麼先備經驗」(3C19)，曾修過重度障礙課程的 D 教師表示，「導論的內容就是簡單介紹而已，沒有很深入的去探究」(2D19)，職前的師資培育課程並未完全反映教育現場需求，「我現在才知道，特教教師需要幫學生灌食，原來學生有這麼多醫療需求」(2C18)！而特教研習「都是一些社會、自然工作坊，都沒有針對極重度障礙相關的教材教法」(3C18)，教師為學生選取適當教材教具的能力不夠，不知道該如何審視教材教法的適切性，「我不知道這樣教對不對，想到的都是國語、數學簡化課程」(3C18)，這也顯示出目前職前培育與在職進修對於極重度多障學生的關注仍然太少。

5. 校園環境設備規畫不完善

班級中極重度多重障礙學生人數雖然不多，卻常有各式醫療設備、輪椅、站立架等輔具，造成班級環境因輔具的放置而顯得擁擠，「一個輪椅生就會有三樣輔具，生活教室變成停車場（放輔具的地方）」(3C07)，嚴重影響班級動線安排與課程進行，「有輪椅又有站立架，教室動線非常不



順……如果有突發狀況，要繞過所有障礙物，根本來不及處理」(3E08)。

再者，極重度多障學生需透過多感官環境的營造提升學習成效，但普通學校無額外空間規劃多感官室，「學校連懸吊系統都沒有～怎麼可能規劃多感官室！根本沒有教室讓我們使用」(3A07)。教室空間的限制更造成衛生難以維持，「在教室這個空間換尿布，如果學生又有拉肚子，其實味道會很重」(2A19)，更造成學生隱私受到危害，「(換尿布時)只能用一個布簾圍起來，可是外面畢竟是開放空間，誰走過去……不知道」(2B19)。文獻指出，學校須提供一個安全且私密的空間讓學生盥洗或更衣，保障學生的隱私權，不能以地墊紙板當作權宜之計，然而，教室環境難以改變，教師只能盡量注意學生隱私，但應急方法對隱私維護仍不愜理想(Westling & Fox, 2009)。

不僅教室空間受限，踏出教室也處處障礙，舊校舍礙於經費或動工不易無法全面改善無障礙環境，校園「只有一棟樓有電梯……活動地點在二樓，如果要上去的話……要把輪椅扛上去，我們也會怕發生危險」(3D22)，學校無障礙坡道不平整，需要不斷提舉輪椅，「地板高高低低，學生的頭搖搖晃晃……對頭控很不好……只能在走廊繞繞，沒辦法去操場」(3E14)。有的教室「離健康中心很遠，家長就說：我還是不要離開(教室)好了～感覺很危險！還問我有沒有求救鈴」(1C13)！

6. 專業團隊服務時數少且提供的建議不共用

五位教師均反應專業團隊入校服務頻率有限，「這學期語言治療～一個學生 30

分鐘……來一次就沒了」(2D30)，時數大多用在輔具調整與申請上，「每次調整輔具就花掉一次治療課，更不用說是要提供教學活動建議了……根本不可能」(2D31)，有限的服務時間也造成治療師難以深入評估學生狀況，致使所提供的建議不一定符合學生需求，「這麼短的時間，治療師好像也無法給具體建議」(2E33)。

有時專業治療師所提供的活動策略過於醫療導向，教師在執行策略與建議上常礙於人力不足、環境設備缺乏而有困難，「很多治療師來學校提供的活動～是他在復健診所做的，我們是學校，沒有辦法一對一」(2A33)。教師需要顧及班級事務，也只能盡量在有限的時間內將專業人員的建議融入課程中，但無法針對單一學生做長時間訓練，「要像復健診所～針對他做滿40分鐘，是不可能的」(2E34)。

根據上述研究結果顯示，極重度多障學生因健康因素經常性請假、或因感官認知嚴重缺損警醒度低對刺激少有回應，特教教師難以瞭解學生能力基礎，進而影響目標擬定與介入。此結果與國外研究相仿，教師難了解極重度多障學生的能力和需求，影響其後續的 IEP 或課程教學(Ballard & Dymond, 2016)。

其次，本研究中五位特教班教師皆反應自身缺乏極重度障礙領域的教學知能，此課程教學之窘境不僅呼應文獻(馬青滿, 2010; 陳欣怡, 2009; Kurth et al., 2016)，也映照出當前特殊教育師資培育課程的缺口，正如 Ryndak 與 Kennedy (2000) 提出的警語，目前高等教育課程已無法滿足教師需求。未來特殊教育師資培育課程應加強規畫重度及極重度障礙教育領域。



另外，本研究發現特教班教室因擺放各種輔具或醫療設備而顯得擁擠影響動線與教學空間，換洗更衣缺乏安全私密的空間不易維持學生尊嚴。對照 CRPD 揭櫫的尊重隱私與充分社會參與原則，格外諷刺。校園內仍存有障礙環境阻礙學生參與，更甚者威脅到學生的在校安全。根據研究顯示國內無障礙校園環境符合標準大約僅 40%—65% (劉怡珊, 2013; 藍淑美, 2013)，友善校園的無障礙環境仍待努力。

最後，集中式特教班專業服務頻率過低、時數太少，難以與教師充分溝通討論，治療師因為不熟悉兒童和班級生態，無法針對現場需求提出實用建議，這些發現也呼應過去文獻 (李翠玲, 2009; 洪榮照, 2008; 馬青滿, 2010; 陳欣怡, 2009)。面對有醫療需求的極重度多障學生，更需要專業團隊合作、共同擬訂計畫，實施整體性介入服務。

許多學者呼籲，教育極重度多障學生應強調促進其獨立、自我決策、使用溝通輔具等，例如教導學生透過 AAC 表達需要，請他人協助處理生理需求 (莊妙芬等人譯, 2016; Lehr & Greene, 2002; Heller, 2017)，然而受訪者卻很少表述相關內容，是因為學生的醫療照護議題始終未獲得妥善管理，老師難以聚焦在課程教學？還是因為老師對於教育極重度多障學生缺乏專業知能 (何瑞景, 2011; 馬青滿, 2010; Ruppert et al., 2016)，而忽略這些課題的重要性？值得未來繼續探究。

二、特教班教師教育極重度多重障礙學生之需求

教育極重度多障學生，受訪者們期望能學習健康照護方法、提升教學專業，期

待行政支持，增聘照護人力，建構健康照護專業團隊、落實專業團隊服務效能等。分述如下：

(一) 希望教育行政單位提供照護相關訓練及指導書籍

五位教師皆表示面對這群極重度多障學生時感到很有壓力，「照顧這類小孩……壓力不是來自於立即察覺的問題，是隱憂讓我們更難受」(1E15)。

因此，教師希望在規劃醫療需求學生入學服務措施上，應該比照出院醫療服務方式，給予相關照顧者充足的醫療衛教研習及照護技巧指導，「在安養院或醫院照護重症的人都有經過訓練，但現場教師卻什麼都沒有，我們是不是需要認證阿」(1E15)！教育行政單位應在學生入學前開辦極重度障礙醫護技巧等一系列課程，提早讓教師透過實作研習學習完整醫護的知能，「研習要有實作，不是講理論，可以將幾個類似案例跟大家分享」(1D27)，確保教師知悉正確照護技巧，以免在執行簡易醫療照護時手忙腳亂。

教師除了期望有照護研習的安排外，也希望教育行政單位能召集相關領域專家，以教育立場撰寫照護書籍，「長照都有一本指導手冊～我覺得我們也需要！有問題時可以看一下書」(3E11)，「目前這類型的書太少了……不然就是太醫學了，我也看不懂，目前只有一本林麗英老師所編著的極重度多重障礙個案照護與療育課程評量指導手冊比較符合需求」(3B10)，也建議在手冊中加入健康觀察向度之表件，讓教師與校護可以隨時評估學生的身體變化，「手冊中要有一些健康檢核表格，在灌



食後知道怎麼觀察學生狀態」(3A11)，如此更可以提供學生完整的照護。

(二) 希望增加極重度多重障礙學分進修或課程研習機會

學者指出，教育極重度多障學生之教師應具備支持學生健康、身體及醫療需求之能力(Ruppar et al., 2016)，但訪談結果顯示，教師並無修習過極重度多重障礙領域的相關學分。故希望師培單位能開始重視此領域，「師培要有極重度障礙學分，現在特教班學生能力很嚴重，如果這是趨勢……就應該要做」(3E08)，讓未來的師資生在接觸極重度多障學生前就有所概念，「如果我有修過相關課程，就不會像現在一樣，什麼都不會～半推半就上戰場，我們要先學過～知道怎麼照顧，以後接觸到（醫療需求的學生）才不會害怕」(3D08)。如此一來，才能提供他們更完善的照護與教學。

此外，教師們覺得目前特教班研習課程內容並不實用，「適應體育研習教了籃球跟足球技巧，但班上很多輪椅生，認知也不行……內容根本不合用」(3C10)，建議在研習內容的規劃上多安排操作或體驗之教學策略與實務分享，「多一些多感官活動設計跟聲光教具分享，不然我們一直侷限在固定的思維中」(3C10)，或是安排機會與其他教師做經驗交流，共同設計一套適合極重度多重障礙學生的課程活動，「可以安排一個極重度障礙課程共備，透過討論得到 idea，激發出不同火花」(3E10)，彼此也能透過聚會相互扶持與打氣，「好處就是，教這些小孩的教師不會這麼寂寞」(3E10)。

(三) 希望校內人員共同分擔照護責任

在教師困擾探討得知，班級中缺乏有醫護知能的照護者，致使第一現場的教師獨自承受照護學生之壓力，「教師們都會願意做，只是沒有清楚區分事情的責任，會讓我很擔心……也不太敢嘗試」(1D15)，故教師們一致認為在照護極重度多障學生必須以團隊合作模式進行，「如果有個團隊願意把資源串起來，那你碰到的問題就不是問題，因為有一群人在幫你想辦法」(3B17)！

教師們期待學校行政人員重視此類型學生的需求，主動結合多方資源並召集相關專業人員共同討論策略，「如果遇到比較嚴重的狀況，需要諮詢或緊急處理時，相關支援與專業人員就馬上進來」(3A17)，面對突發狀況能立即給予合適處置及最大支援，「家長、行政、校護，彼此間願意相互分工，每個人都有要負責的環節」(3A17)，如果大家可以一起分擔照護工作、清楚分配職務責任，便可以大大降低教師們的焦慮與壓力，「將分工寫進(學生)IEP 中，各方資源都到位，就不會覺得困難重重」(3B18)！

(四) 希望提供額外人力支援編制

極重度多障學生因需要一對一照顧而導致班級人手吃緊，如果有額外人力便可以讓學生進行個別化訓練課程，「有人力，就能幫學生做簡單復健，(學生)才不會一直躺在墊子上浪費時間」(3D04)，故政府在規劃班級教師人員編制上，要將學生能力納入考量，「局端不能說班級有兩位教師和一個助理員……人力就一定夠，學生需要協助的程度不一樣」(3E03)，而教育行政單位應該考量班級學生能力，主動提供



人力申請管道，「如果今天沒有家長或外傭……怎麼辦？特教科要主動提供申請人力的資訊」(3E03)。

(五) 希望建構機動性醫量團隊，提供醫護諮詢管道

爲了提供極重度多障學生安心就學之環境，教師期待落實醫療團隊服務支持，「重症小孩進校園是趨勢，就應該把環境弄得更人性化～更符合他們需求，鑑定安置不應只是在需求表上勾一勾職能物理，也不是發發安置適切性的紙本來調查，這些都過於表象」(1B19)，教師們期望鑑定安置應在評估學生完後開始規劃一套完整的服務計畫，依照學生個別需求結合衛生醫療等資源，預先設想可能遇到的問題並擬定解決方案，「鑑定安置後，應該以一種預防的態度來進行規劃，而不是出了問題才開始思考……學校設備、人力是不是不夠」(1A18)，再加上校護不一定對極重度多重障礙學生有足夠的醫療處理知能，「校護畢竟不是醫生，專業度還是有差」(1B18)，故須規劃「醫療巡迴團隊諮詢服務，設立醫療團隊入校服務機制，直接在教學場域指導教師照護技巧，醫療團隊在開學前就先開會討論、教我們該怎麼做，才能讓鑑定安置更完整」(3E14)，定期入校追蹤學生健康狀況及給予教師諮詢，「學生狀況起起伏伏，所學的技巧不一定每次都適用！醫療團隊可以定期來看一下」(3E14)。面對突發狀況，則可以使用線上申請入校或電話諮詢等方式提供教師問題解決管道，便能解決專業團隊服務時間無彈性之問題。

歸納上述可知，在教育極重度多障學生時，教師期待提升照護與教學知能，此

結果呼應過去研究（陳蓉潔、孫淑柔，2014；羅以芸，2008；Ruppar et al., 2015）。特教教師對此專業知能的迫切需求反映國內特殊教育教師在職前養成階段對「重度及多重障礙」、「健康照護」等課程較少關注，以致師資生專業知能不夠充足，進入職場後進修管道受限，相關研習少且不夠貼近現場需求，因此，如何在職前與在職階段規劃特教教師教育極重度障礙學生課題是未來重要的方向。

其次，教師期待行政分擔照護權責、增加照護人力以及醫療團隊諮詢，也凸顯教師在照護學生上需要穩定實質的支持系統。事實上，極重度多障學生的需求須以團隊人員合作方式獲得滿足，行政人員的態度與支援系統的品質息息相關，如果教師獲得充足的行政支援，其教學效能亦因此提升（羅以芸，2008；Pufpaff et al., 2015）。

極重度多障學生身體健康之多變性與複雜性，故在人力支援的提供上應以受過專業照護訓練者爲主，教師在旁監控學生狀況，在文獻中也提及照護服務應由「校護」或「健康照護助理員」提供（莊妙芬等人譯，2016），但國內並沒有此健康照護助理員之人力安排，校護需負責全校業務而無法立即給予協助，照護學生責任最終落在教師身上。最後，至目前爲止，學校的專業團隊人員多維持在物理、職能及語言治療師，較少規劃重症諮詢的醫療人員。與專業團隊的合作也常礙於時間協調不易而少有機會共同開會，這狀況與特殊教育法當中提及「保障身心障礙學生接受適性教育之權益時應結合衛生醫療團隊，以團隊合作模式進行」之規定仍有落差。



目前臺北市已在鑑定安置流程中加入「醫學評估」環節(臺北市政府教育局, 2019), 主動召集相關人員開個案會議、確立在校醫療照護計畫, 更成立了醫護團隊入校協助侵入性之醫療照護, 這一系列完善的服務計畫值得各縣市效法。未來教育行政單位應針對相關人員提供明確管道進行照護專業之培養或是照護人員入校進行服務, 專門負責照護相關事宜。

伍、結論與建議

本研究探討國小特教班教育極重度多重障礙學生之困擾與需求。焦點團體成員僅有五位新北市國小特教班教師, 此為研究限制。此外, 極重度多重障礙學生差異性大, 本研究結果呈現特教班老師面對這些學生的困擾與需求, 但亦不宜過度類化至其他特教班或特殊學校的老師。以下將研究發現歸納成幾點:

一、教育極重度多重障礙學生的困擾

(一) 學生密集醫療照護需求, 教師須時刻注意學生身體狀況而無法喘息

教師無照護知能, 卻必須承擔極重度多重障礙學生多樣的障礙類型及密集醫療處遇, 照護及教學之雙重任務, 讓教師無法喘息, 甚至影響教學。

(二) 學生先天功能受限且反應微弱, 教師難切入課程, 產生教學無力感

教師面對學生警醒度不佳、學習時間零碎片段、反應回饋微弱等問題, 深感自身課程教學知能不足, 但專業成長研習管道有限, 致使在課程教學無從著手。

(三) 行政單位支援有限且環境規劃不全, 學生學習活動受限

學校行政對於特教相關資訊與做法瞭解不深, 因而產生照護學生之職務分工想法的分歧, 較少主動為特教班教師找尋人力資源入班協助學生。而教育行政單位因為預算有限, 無法提供額外的經費補助來改善班級設備及校園障礙設施, 讓教師在進行課程上有所阻礙, 嚴重影響了學生在校隱私和活動參與。

(四) 專業團隊服務頻率低且建議不合用, 教師無法即時獲得諮詢協助

目前, 政府對於極重度多重障礙學生入學所提供的配套措施不完全, 教育及醫療社會福利等層面並未進行整合, 缺乏專業醫療照護人員入校協助, 而所提供的職能、物理及語言等專業團隊服務時間有限, 給予的建議重複性高且未考量教學現場的限制, 教師無法及時獲得專業團隊的支援。

(五) 親師對於照護及教養理念差異, 溝通與合作關係受阻

家長與教師對於孩子身體狀況的熟悉程度不同, 故對於何時該送醫有想法的差異, 家長認為教師過於緊張, 而教師認為家長過度放心。有些家長因心疼孩子受苦而過度保護, 在執行訓練上會因為學生哭鬧而質疑課程安排, 教師需要戰戰兢兢地處理家長情緒, 花費許多時間處理親師溝通的隔閡。

二、特教班教師教育極重度多重障礙學生的需求

(一) 改善班級設備及編擬極重度多重障礙領域之教材與書籍

教師期望有經費補助設備, 環境中加入復健輔具、多感官室、多功能廁所、照護床等, 提供極重度多重障礙學生舒適且安全的環境空間。再者, 還希望能有專家學者



為極重度多重障礙學生編擬出適合的教材與教具，支持教師教學資源。

(二) 規劃照護實作研習及極重度多重障礙課程進修管道

行政單位應著手夠規劃照護、極重度多重障礙課程設計等研習課程，並開放多元進修管道，並研習中加入實務分享與實作經驗，如此才能將研習所學之教學策略、照護技巧等實際運用在班級中，透過參與各式進修課程，使教師能不斷地提升自我專業能力。

(三) 行政單位積極地支援與分擔照護責任，建立密切合作關係

教師希望照護學生上要以團隊合作的方式進行，清楚分配緊急醫療處理職責，大家共同分擔照護工作，以減輕教師照護學生之壓力；也希望行政幫忙找尋人力支援入班協助，讓教師在教學進行上更順暢，學生也能獲得更多的學習機會。

(四) 提升專業團隊服務內容，建置醫療巡迴團隊

專業團隊如果能依據學生需求彈性調整入校服務時間，並及時提供訓練策略及輔具資訊，便能有效解決教師教學困擾。對於極重度多重障礙學生之醫療需求，則希望增設醫療巡迴團隊，透過機動性巡迴團隊之方式，定期入班給予教師照護技巧指導以及追蹤學生健康狀況。

基於以上研究發現，提出以下建議：

一、對教育行政單位之建議

(一) 落實特殊教育法，結合衛生醫療團隊服務有醫療需求之極重度多重障礙學生

隨著特教班學生障礙程度愈趨嚴重，教師對於專業人力支援、輔具及醫療設備

等需求日俱增加。教育行政單位在安置學生時，除了教育評估外，應將「醫學評估」納入鑑定安置過程，主動召集相關醫護人員、家屬及行政等人員一同參與評估會議，透過團隊討論之方式為學生研擬個別化醫療照護計畫，建立緊急醫療處理流程。評估會議後，針對會議之共識，在校配置完善的醫護設備及醫療照護人員，或透過分區方式與地方教學醫院合作，規劃醫療巡迴團隊定期入校評估學生狀況，積極地提供教師所需的專業資源及諮詢窗口，確保學生醫療照護品質及就學權益。

(二) 在特教網路平臺增置極重度多重障礙教育專區及線上諮詢系統

教師對於醫療照護的指導書籍與資訊之提供有密切需求，教育局可以整合各式罕病基金會相關資訊、醫院編擬的照護手冊、輔具網站連結等多方資源，在特教網路平臺中建置「醫療照護技巧數位課程」以及「極重度多重障礙教材分享專區」，以虛擬學習網站的方式提供多樣訊息，方便教師及家長隨時做資料的查詢與自我增能，且可以與教學醫院、專業服務協會或公會合作，提供線上諮詢的管道，俾利教師在遇到困難時獲得即時處理，避免問題遲遲無法解決而影響學生健康之維護。

(三) 辦理醫療照護、極重度多重障礙教學等議題之實作研習

教師對於自身缺乏照護知能及未修習過相關領域課程感到恐慌，深怕無法提供學生適性的教育服務，故建議教育主管機關應在醫療照護研習課程的規劃上，與醫療體系或特教學校合作，開放有照護進修需求之人員皆可以報名參加研習，並在暑假期間為教師辦理中長期照護研習訓練，



研習內容以健康護理實務分享、管灌技巧及簡易醫療設備操作為主，讓教師在照護觀念有全面瞭解，消弭照護學生之疑慮。

(四) 編列足夠預算來改善各項設備及提高人力編制

學校設備缺乏或過於老舊而損壞，但卻無足夠經費可做改善，嚴重影響了教學品質。故建議教育行政機關宜編列足夠的經費來改善校園環境及班級設備，依照學生需求規劃出一個多功能空間，讓教師在為學生更換衣物、尿布時依然保有學生的隱私權，在進行感官刺激時也能擁有獨立的教學環境；在硬體設備改善及教具添購上，應提供暢通的經費申請管道與資訊，讓各校視狀況提出申請。

此外，特教班志工招募不易，常面臨人力支援不足之困境，學生個別需求無法被滿足，故建議教育主管機關應按照學生的障礙類別與程度彈性調整師生比例，適時增聘鐘點助理支援特教班中多樣活動，以減輕教師工作負擔。

(五) 組織教師學習社群等輔導支持系統

本研究結果發現，如果有機會與相同經驗的教師互相分享教學策略，教學壓力便會減輕，因此建議有相同困境的特教班教師成立成長團體或學習社群定期聚會，交流資訊或召開個案研討以激發不同的觀點，讓教師之間能經驗傳承，相互鼓勵保有教學初衷與熱忱。

(六) 建議強化極重度多重障礙教育之師資養成

目前為止，各師資培育機構鮮少開設關於極重度多障學生之相關課程，然而隨著融合教育趨勢，這群學生進入學區學校就讀，特教教師急需相關專業知能。建議

師資培育機構應提供機會讓在職教師與師範院校在校生修習極重度障礙、多重障礙、身體病弱、醫學照護等相關專業知能課程，或設立重度 / 極重度障礙教育組別，讓師資生透過見習、實習方式及早接觸與學習相關知能，讓準教師們在接觸這群學生前有先備知識，以提升教學效能及照護處理能力。

二、對未來研究之建議

本研究以焦點團體訪談獲取資料，礙於研究者為現場特教班教師，課務在身而無法對受訪者進行實地入班觀察。建議未來研究者可結合訪談與入班觀察，詳實記錄受訪者班上目前所面臨的困難，並在訪談內容中加入教師因應困難之策略，如能將訪談資料與現場實務相互印證比較，更可提供研究結果有利的證據。

此外，許多文獻及相關書籍皆提及AAC使用、自我決策、家庭支持、社區參與、轉銜輔導等之重要性，但本訪談結果卻發現受訪者未針對上述向度進行深究，猜想可能原因為研究者以「管灌或氣切、有使用醫療設備需求且心智功能嚴重低下」之極重度多障學生為主，故教師們擔憂的是學生「身體健康與復健」層面，討論內容著重在生命安全之維護，尚未將學生「家庭、社區」的議題納入考量，再加上受訪者的學生皆為中低年級，也未提及「轉銜輔導」議題，建議未來研究者可廣納各階段特教教師對極重度多障學生之想法，並探討這些特定議題。



參考文獻

- 三軍總醫院護理部衛教資訊(2015)。身體日常生活基本照護指導。取自 https://www.tsgh.ndmctsgh.edu.tw/files/web/192/file_up/10072/5441/NSG-01身體基本照護指導.pdf
- 中山醫學大學附設醫院護理部(2016)。先天性心臟病童居家照顧。取自 <http://web.csh.org.tw/web/222010/wp-content/uploads/2014/09/T-Ped-028.pdf>
- 全國特殊教育資訊網(2018)。研習報名—新北市特教研習。取自 <https://special.moe.gov.tw/study.php>
- 何瑞景(2001)。臺中市國小自足式特教班教師的工作困擾、因應策略與職業倦怠之研究(未出版碩士論文)。東海大學，臺中市。
- 李淑玲(2008)。多感官環境對重度與多重障礙者教育之初探。《特教論壇》，5，1-13。
- 李翠玲(2009)。重度與多重障礙。臺北市：五南。
- 身心障礙者權益保障法（2015年12月16日）。
- 林宏熾(2000)。多重障礙學生輔導手冊。臺南市：國立臺南師範學院。
- 林美玲、林宏熾(2008)。極重度多重障礙兒童生活品質之個案研究。《身心障礙研究》，6(2)，147-159。
- 林珮如(2011)。特殊教育並不特殊：從特殊教育的特殊性談融合教育之現況與未來。《特殊教育季刊》，120，11-18。
- 林麗英(2005)。極重度多重障礙個案照護與療育課程評量。臺北市：心理。
- 花敬凱(2000)。生理行為模式在極重度障礙者教育介入上的應用。《特殊教育季刊》，76，24-33。
- 邱紹春(2013)。重度、極重度心智障礙者的輔導。臺北市：心理。
- 洪榮照(2008)。特殊教育專業團隊運作之探究。《特殊教育輔助科技》，1，5-9。
- 特殊教育法（2014年06月18日）。
- 特殊教育法施行細則（2013年07月12日）。
- 財團法人罕病基金會（無日期）。罕病分類與介紹。取自 http://www.tfrd.org.tw/tfrd/rare_b
- 馬青滿(2010)。國小集中式特教班教師教學困擾之研究(未出版碩士論文)。國立屏東教育大學，屏東市。



- 國立臺灣大學醫學院附設醫院兒童醫院 (無日期)。兒童頑固性癲癇症治療簡介。取自 <https://www.ntuh.gov.tw/ntuch/SpecialCenter/SitePages/兒童頑固型癲癇症治療團隊.aspx>
- 莊妙芬、何素華、葉瓊華、李翠玲、吳佩芳、王立志、…唐榮昌(合譯)(2016)。《重度障礙教學》(原作者: Westling, D. L., Fox, L., & Carter, E. W.)。臺北市: 華騰。(原著出版年: 2014)。
- 陳欣怡(2009)。《臺北市國小自足式特教班教師教學困擾之研究》(未出版碩士論文)。銘傳大學, 臺北市。
- 陳政見(2001)。融合教育思想演進及個案實例。載於陳政見(主編), 《特殊教育論文集》(頁 133-157), 嘉義縣: 國立嘉義大學特殊教育中心。
- 陳蓉潔、孫淑柔(2014)。國中小啓智班教師知覺專業能力的具備程度及需求情形之研究。《師資培育與教師專業發展期刊》, 7(2), 97-122。
- 鈕文英(2014)。《質性研究方法與論文寫作》。臺北市: 雙葉。
- 黃光雄(2009)。當我們同在一起: 重度及多重障礙學生家長參與班級義工活動之個案研究。《特殊教育與復健學報》, 21, 75-97。
- 新北市立特殊教育學校(2018)。《認識北特——就學現況》。取自 http://www.lkm.ntpc.edu.tw/editor_model/u_editor_v1.asp?id={2B9FFD7C-1C9D-4E5E-986A-975E3C0238F4}&info=1410
- 臺大醫院(2016)。《認識腸造口》。取自 <https://health.ntuh.gov.tw/health/new/6269.htm>
- 臺北市政府教育局(2019)。《需侵入性醫療照護學生入學前傷病評估及入學安置相關資料》。取自 https://www.doe.gov.taipei/News_Content.aspx?n=655580AFD2CC0806&s=3A98FC6127BAFB59
- 臺安醫院(2017)。《管灌飲食之護理指導》。取自 <https://www.tahsda.org.tw/m/files2/PatientEducation/17.%E7%AE%A1%E7%81%8C%E9%A3%B2%E9%A3%9F%E4%B9%8B%E8%AD%B7%E7%90%86%E6%8C%87%E5%B0%8E.pdf>
- 劉怡珊(2013)。《臺東縣國中小特殊教育教師對無障礙校園環境現況與滿意度調查》(未出版碩士論文)。國立臺東大學, 臺東市。
- 衛生福利部(2017)。《有關非醫事人員對重症病人及身心障礙者執行抽痰業務之適法性》。取自 <http://sc-dr.com.tw/content-detail.php?type=5&id=2626>



- 衛生福利部(2018)。CRPD 身心障礙者權利公約。取自 <https://crpd.sfaa.gov.tw/> 427-441. doi: 10.1352/1934-9556-56.6.427
- 謝金龍、吳菁蕙(2009)。搭起特殊與普通的橋樑——國小重度障礙特教班的教學經驗分享。《特教園丁》，25(2)，83—91。
- 簡美蘭(2011)。啓智類特殊教育學校與高職特教班教師教學困擾與因應策略（未出版碩士論文）。國立彰化師範大學，彰化市。
- 藍淑美(2013)。校園無障礙環境設施之調查研究——以臺中縣為例（未出版碩士論文）。國立暨南大學，南投市。
- 羅以芸(2008)。特殊教育學校國小部教師教學需求與其知覺學校行政支援現況之調查研究（未出版碩士論文）。國立臺南大學，臺南市。
- Ballard, S. L., & Dymond, S. K. (2016). Acquired severe disabilities and complex health care needs. *Research & Practice for Persons with Severe Disabilities*, 41(3), 191-208. doi: 10.1177/1540796915621190
- Ballard, S. L., & Dymond, S. K. (2018). Inclusive education for secondary age students with severe disabilities and complex health care needs. *Intellectual & Developmental Disabilities*, 56(6),
- Heller, K. W. (2017). Integrating health care in education programs. In F. P. Orellove, D. Sobsey, & D. L. Gilles (Eds.), *Educating students with severe and multiple disabilities: A collaborative approach* (pp. 201-244). Baltimore, MD: Paul H. Brookes.
- Kurth, J. A., Born, K., & Love, H. (2016). Ecobehavioral characteristics of self-contained high school classrooms for students with severe cognitive disability. *Research and Practice for Persons with Severe Disabilities*, 41(4), 227-243.
- Lehr, D. H. (2014). Serving students with health care needs. In M. Agran, F. Brown, C. Hughes, C. Quirk, & D. Ryndak (Eds.), *Equity and full participation for individuals with severe disabilities: A vision for the future* (pp. 235-250). Baltimore, MD: Paul H. Brookes.
- Lehr, D. H., & Greene, J. (2002). Educating students with complex health care needs in public schools: The intersection of health care, education, and the law. *Journal of Health Care Law and Policy*, 5(1), 67-90.



- Pufpaff, L. A., McIntosh, C. E., Thomas, C., Elam, M., & Irwin, M. K. (2015). Meeting the health care needs of students with severe disabilities in the school setting: Collaboration between school nurses and special education teachers. *Psychology in the Schools, 52*(7), 683-701.
- Roberts, C. A., Ruppard, A. L., & Olson, A. J. (2017). Perceptions matter: Administrators' vision of instruction for students with severe disabilities. *Research and Practice for Persons with Severe Disabilities, 43*(1), 3-19. doi: 10.1177/1540796917743931.
- Ruppard, A. L., Neeper, L. S., & Dalsen, J. (2016). Special education teachers' perceptions of preparedness to teach students with severe disabilities. *Research and Practice for Persons with Severe Disabilities, 41*(4), 273-286.
- Ruppard, A., Roberts, C., & Olson, A. J. (2015). Faculty perceptions of expertise among teachers of students with severe disabilities. *Teacher Education and Special Education, 38*(3), 240-253.
- Ryndak, D. L., & Kennedy, C. H. (2000). Meeting the needs of students with severe disabilities: Issues and practices in teacher education. *Journal of the Association for Persons with Severe Handicaps, 25*(2), 69-71.
- Ryndak, D. L., Clark, D., Conroy, M., & Stuart, C. H. (2001). Preparing teachers to meet the needs of students with severe disabilities: Program configuration and expertise. *Research and Practice for Persons with Severe Disabilities, 26*, 96-105.
- Sobsey, D. (2017). Educating children with special health care needs. In F. P. Orelove, D. Sobsey, & D. L. Gilles (Eds.), *Educating students with severe and multiple disabilities: A collaborative approach* (pp. 141-200). Baltimore, MD: Paul H. Brookes.
- Wahyuni, L. K.、林家瑋、王亭貴(2013)。小兒吞嚥障礙之評估——第一部分：生理與病理機轉。臺灣復健醫學雜誌，41(3)，155－161。
- Westling, D. L., & Fox, L. (2009). *Teaching students with severe disabilities*. Upper Saddle River, NJ: Pearson.



Teaching Challenges and Needs of Special Education Teachers of Students with Multiple and Severe Disabilities at Self-Contained Classrooms in Elementary Schools

Wen-Yi Hsiao

New Taipei Municipal ZhengYi
Elementary School

Hsiu-Chin Lin

Department of Special Education,
National Taipei University of Education

Abstract

This study aims to understand the teaching challenges and needs of special education teachers when they educate the students with multiple/severe disabilities and complex health care needs at self-contained classrooms in elementary schools. Participants were five self-contained special education teachers in New Taipei City. Qualitative data were collected via focus group interviews, and analyzed using inductive coding approach. The consistency in coding between the researcher and peer reviewer are 83-100%. The results are as follows: A. The challenges as below: (1) The system of the schools could not provide professional health and medical care to the students. (2) The students have poor academic performance, so the teachers will feel frustrated in this kind of ineffective teaching. (3) The current administrative system could not provide health and medical care supports properly to the teachers. (4) The service hours of the collaborative teams could only provide rough solutions to the students. (5) Many parents overprotect their children that caused a number of conflicts between parents and teachers. B. The needs as below: (1) The government provides additional funding to improve equipment and compile books providing instruction on how to educate the students with multiple and severe disabilities. (2) Increase more opportunities



for teachers to pursue further knowledge about teaching and caring the students. (3) The school administration actively shoulder the responsibility of caring the students together with the teachers. (4) The government should establish professional medical collaborative teams.

Key words: self-contained classrooms, students with multiple and severe disabilities, teaching challenges and needs

