

國立彰化師範大學特殊教育學系

特殊教育學報，民 110，54 期，頁 61-88

DOI: 10.53106/207455832021120054003

以家庭為中心專業團隊服務模式對 早期療育之成效探討—— 以南部某一區域醫院為例

徐敏

屏基醫療財團法人屏東基督教醫院復健科
國立高雄師範大學特殊教育學系

劉萌容

國立高雄師範大學
特殊教育學系

摘要

以家庭為中心的服務觀念已是目前早期療育服務的發展重點，強調家庭與兒童皆為早期療育中重要的一環，臺灣的醫療服務模式多屬於傳統的專業導向，因此如何將專業服務邁向家庭中心導向凸顯出其重要性。本研究目的為建立可實施在醫療院所以家庭為中心早療專業團隊服務模式，並探討家庭與專業人員在進行研究過程中之變化與兒童之成效。專業團隊與九組家庭進行以作息為本位之晤談方式，透過討論形成共識，並在課程中持續與家庭討論與引導。結果顯示專業人員提供以家庭為中心的早療服務品質，在研究進行後皆有顯著的改善，家庭除了感受以家庭為中心的服務品質有顯著改善外，家庭成效則顯示在了解孩子優勢、幫助孩子學習以及獲得支持系統有顯著的進步；兒童在研究進行後在目標達成量表有顯著的進步。本研究所提出以家庭為中心的早療服務模式是可以運用在醫療環境中使用，相較於傳統的服務模式，能夠更符合家庭的需求，提升家庭的能力以及獲得更多具體的資訊來幫助孩子發展與學習，專業人員能夠在與家庭溝通的過程中更了解家庭的目標與期待，進而與家庭形成共識與良好的合作關係，進而達到良好的兒童成效。

關鍵字：以家庭為中心、早期療育、專業團隊

通訊作者：劉萌容 Email: mj@nknucc.nknu.edu.tw



壹、緒論

早期療育（簡稱早療）在醫療環境中的傳統模式，通常是提供以兒童為中心（child-centered）的服務，醫生、治療師被視為專家，有能力評估特殊兒童的問題、建議治療目標並提供整合性的治療服務。美國在 1986 年通過的《殘障兒童修訂法案（Amendments to Education for All Handicapped Children Act, Public Law 99-457）》早期介入的服務觀點，立下了關鍵性的轉變，從原本以兒童為中心的模式轉變成強調以家庭為中心（Family-centered）的服務取向；家庭在兒童成長過程的角色逐漸受到重視，專業人員開始意識到家長是最了解兒童能力的人，亦是提供兒童成長過程中最多資源的最佳人選（Turnbull et al., 2010/2013）。之後《身心障礙者教育法案（Individual with Disability Education Act, IDEA）》「C 部分」提供了法令的支持，以家庭中心早療服務能落實在自然環境之下提供（鈕文英，2013）。

國內早療對於家庭環境的重視，雖然仍與國外有所差距，但已是主要政策的修正方向。近十年內以家庭為中心的研究可分為三個方向，一為到宅提供服務，增進家庭滿意度與親職功能的成效探究（唐美華，2009；陳采緹，2010；游雅婷，2016；劉芷瑩，2006；賴美如，2014；謝明潔，2017）；另一方向則為探討早期療育行政上實施以家庭為中心的服務品質的研究（李昇家，2011；邱淑梅，2009；廖研蒲，2013），最後則是在機構或是醫療院所實施以家庭為中心的服務成效（林怡伶，2012；劉芳

綺，2016；劉凱，2015；劉斐文，2014），大部分的研究皆為探討單一服務提供者與提供家庭服務之歷程，且有正面的成效與能力的成長，但探討在健保醫療體系中以專業團隊實施以家庭為中心的早療服務的實務研究仍不足。

美國的早期療育在《身心障礙者教育法案》的法令支持下，Hebbeler 等人(2007)自 1997 年長期追蹤早期療育研究成果顯示(National Early Intervention Longitudinal Study, NEILS)，在自然環境中提供到宅服務的型態超過了七成，成為美國提供早療服務的主要方式之一。反觀國內早期療育的提供地點與服務人次的資料，超過七成的兒童都在健保體制下的醫療院所接受服務，到宅服務的比例只有 4.5%，醫療機構為提供國內早療服務中數量最多的單位（衛生福利部統計處，n.d.）。目前國內在自然情境下提供早療服務尚有許多實務層面的困難需要克服，若要醫療機構提供以家庭為中心的服務，同時肩負早療中的評估與療育服務雙重角色，健全醫療機構內專業人員間的合作模式就成了非常重要的工作（朱貽莊，2008）。在法令支持與服務型態不同的情境，國內健保醫療體系實施以家庭中心早療服務模式，必須配合國內的醫療體制的實務情境與文化做出調整，因此本研究目的有二個，第一為建立可實施在本地醫療環境中以家庭為中心早療專業團隊服務模式，第二則是探討在實施模式後專業人員、家庭與兒童在以家庭為中心的服務模式之變化及成效。



貳、文獻探討

以家庭為中心服務模式源自家庭系統理論以及生態理論，將家庭視為一個小型的社會支持系統，尊重家庭的獨特性，強調運用家庭資源以及優勢，將家庭視為平等的合作夥伴，專業人員分享各自的評量結果並提供相關知識，支持家庭主動決策過程，讓家庭達到充權賦能的目標，使家庭能在專業人員褪除服務後，能繼續為孩子因應以後未來會碰到的挑戰(Turnbull et al., 2010/2013)。因此專業人員進行以家庭為中心的服務時，應遵循四個原則：(1)家庭是在孩子發展過程中不可或缺的環境，而非專業人員；(2)決定孩子需求與需要的最佳人選是家庭；(3)幫助家庭就能夠幫助孩子發展，包括提供家庭了解社區支持的重要；(4)強調家庭擁有最終的決定權，肯定與尊重家庭的優勢，提高家庭在接受服務的控制權以及和專業形成合作關係(Bamm & Rosenbaum, 2008; Dempsey & Keen, 2008)。

Dunst 等人(2002)將專業人員在提供服務時與家庭的互動模式，依照家庭參與的程度分成四種服務模式，分別是專家中心 (professional-centered)、家庭同盟 (family-allied)、家庭焦點 (family-focused) 以及以家庭為中心模式。專家中心的模式中，專業人員認為比起家庭，自身的專業更能掌握孩子的進展，介入的方式與目標則以專業人員為主導來進行服務；家庭同盟的模式，則是專業人員讓家庭跟著專家的建議及方式，來影響家庭對於孩子的期望，並訓練照顧者在家中延續專業人員的介入策略；家庭焦點模式的執行方式，家

庭可做決定以及選擇，但仍受限於專家意見，家庭做出決定後，仍由專家選擇何種方式，資源來介入；以家庭為中心的服務模式，專業人員與家庭為夥伴關係，專家支持家庭所做的選擇，並根據家庭的需要幫助尋找資源及合適的方式來增加家庭的功能，進而達到家庭增能的目的。同時，他將專業人員服務的方式特性分成建立良好關係服務方式 (relational practice) 以及提升參與程度的服務方式 (participatory practice) 兩種做法，提供建立良好關係服務方式的專業人員能呈現溫暖、尊重、積極聆聽、同理以及信任關係的建立，而提升參與程度方式的專業人員則是強調家庭應該有責任去學習並且找出解決問題的方式，來達成家庭的目標。

家庭增能為以家庭中心服務的最終目標，因此專業人員除了需具備教導兒童的技能外，也必須擔任成人教育者，負責教導家長促進兒童發展所需的技能與策略，並且放棄專家權威以因應與家長平等合作的服務方式，在過程中分享訊息和經驗，引導 (coaching) 家長分析選項的利弊，整合家庭獨特的特質和需求做出決定 (Dunst et al., 1991; Hanna & Rodger, 2002; Woods et al., 2011)。專業人員和家長間的合作關係不應僅止於分享權力 (power-with)，而應進一步建立穿越權力 (power-through) 的關係 (Turnbull et al., 2007)，讓雙方從合作過程中獲得發揮能力的權力。Dunst 等人(2002)評估了美國數個早療服務方案符合以家庭為中心的程度，以及專業人員與家庭互動的服務方式，研究結果呈現了大部分的服務方案雖然都冠上了以家庭為中心的服務號召，但是多落在家庭同盟或是家庭焦點



的服務程度；而越符合以家庭為中心服務程度的專業人員，所提供的服務越朝向提升參與程度的服務模式，家庭同盟或是家庭焦點服務方案的專業人員大多以尊重、溫暖的服務方式提供建立良好關係的服務模式，而專家中心的服務方案則較難提升家庭參與的程度以及良好互信關係的建立。

在評估早療服務模式是否能夠符合以家庭為中心的程度，照護過程評量表 (Measurement of Process of Care, MPOC) 是目前國內外最常使用評估量表之一。國內外以家庭為中心使用 MPOC 評估早療服務研究結果，家庭感受呈現普遍都能在尊重與支持性的照護獲得高分，表示大部分的服務中，家庭與專業人員的互動能以尊重的態度建立良好的關係，而提供一般資訊的分數則為分數最低的向度；類似的結果也顯現在專業人員的分數表現，專業人員普遍在對家庭的尊重度與溝通特定資訊的向度獲得高分，但提供一般資訊普遍也是分數最低的向度 (Cunningham & Rosenbaum, 2014; Jeglinsky et al., 2011; Kang et al., 2017; Raghavendra et al., 2007; Schenker et al., 2016)。

即使許多研究相繼支持以家庭為中心的服務取向，但仍有不少研究指出推廣以家庭為中心的服務模式仍有許多障礙，其中一項便是專業人員的訓練與支持 (張秀玉, 2007; 陳采緹, 2010)。專業人員的養成訓練偏向直接介入特殊幼兒的需求，在提供服務時，通常會急於回應實際發生的行為或事件，輕忽事件背後家庭的動力和期待，而疲於奔命 (曾淑賢, 2015)。在健保體制醫療環境的專業人員多數認為實施

以家庭為中心的服務是一個遙遠的理想，碰到的挑戰包括專業人員與家庭合作的訓練不足、臨床人員與學者的意見不同、專業定位模糊、所需的引導技巧是否足夠、對家庭難以下放專業主導之權力、能否夠提供足夠訊息給與家庭，以及行政作業繁複、缺乏合作的平臺、服務給付政策的補助不足等 (Bamm & Rosenbaum, 2008; Bruder, 2010; Hadders-Algra, 2011)。

因此如何在環境與資源有限的醫療體制中，建立專業團隊與家庭合作的平臺，提供專業團隊應有的支持與資源，配合醫療環境發展出以家庭為中心的服務方式，便是此篇研究的目的之一，以及探討以家庭為中心的服務對於家庭與專業人員的改變，研究方法以下說明之。

參、研究方法

一、研究參與者

本研究目的其一為建立可實施在本地醫療環境中以家庭為中心早療專業團隊服務模式，因此研究參與者的取樣採取立意取樣，研究參與者分為兩組，分別為專業團隊以及家庭與兒童，詳述如下。

(一) 專業團隊

本次研究場域為南部某區域醫院，參與研究的專業團隊則為研究場域兒童早療聯合評估中心的成員，共計四位物理治療師、四位職能治療師、四位語言治療師、一位社會工作師與一位心理治療師，在說明研究目的，取得團隊成員的同意書後，進行前置作業的訓練以及前測資料的收集，其基本資料描述如表 1。



(二) 家庭與兒童

本次參與研究的家庭，則為在研究場域已接受早期療育服務超過半年以上之家庭，每一組家庭至少有兩位不同職類別的專業人員服務，為增加服務模式可應用在不同家庭型態與不同個案種類的廣度，並考慮到專業團隊成員每日服務量的平均

程度，在說明研究目的，徵得家庭同意後，共有九組家庭參與研究。考慮到人力與時間因素，無法所有組別同時進行，因此資料收集採取一個月進行一組家庭與專業人員，每組的進行時間為半年。有關家庭研究參與者的詳細內容如表 2。

表 1

專業人員研究參與者基本資料

職務類別	性別人數 (個)		早療服務年資 (年)		
	男	女	2-5	5-10	>10
物理治療師	1	3	1	1	2
職能治療師	1	3	2	0	2
語言治療師	3	1	1	0	3
心理治療師	0	1	0	1	0
社會工作師	0	1	1	0	0
總人數	5	9	5	2	7

表 2

家庭研究參與者基本資料

編號	診斷	家庭型態	參與者	CA	AE	性別	接受服務類別		
							物理治療	職能治療	語言治療
1	腦性麻痺	大家庭	父母	24	5	女	○	○	○
2	自閉症	單親家庭	母親	62	43	女	○	○	○
3	腦性麻痺	折衷家庭	母親	41	23	男	○	○	○
4	發展遲緩	小家庭	母親	32	19	男	○	○	○
5	腦膜炎	小家庭	外公/母親	29	17	女	○	○	○
6	唐氏症	折衷家庭	阿嬤/母親	42	18	男	○	○	○
7	腦性麻痺	折衷家庭 (父母兩地)	母親	32	18	男	○	○	
8	發展遲緩	大家庭	母親/阿姨	55	24	女	○	○	○
9	發展遲緩	折衷家庭	父母	43	30	女	○	○	○

註：CA = chronological age (in month); AE = age equivalent (in month)



二、研究步驟

本研究運用作息本位為基礎之介入模式 (routine-based intervention; 簡稱 RBI), 作息本位的介入模式最早是 McWilliam 協助教師如何達成以家庭為中心的服務, 主要服務提供者可和家庭一起計畫且著重家庭對孩子真正關切的問題, 克服沒有足夠的時間見到家庭之困難 (McWilliam et al., 2009)。後來作息本位模式開始運用在不同環境的早療服務方案, 提供專業人員一套能夠幫助蒐集資訊了解家庭生態與優勢, 與家庭共同從規律的作息活動中, 討論出家庭的需求與孩子的功能性目標, 強調在自然環境中增加孩子在生活參與、獨立性、社會關係以及提昇家庭生活品質的介入工具。作息本位介入有五個重要的元素, 分別為了解家庭生態、以家庭為主的功能性評估、整合性的服務、到宅訪視以及合作諮詢, 五個元素能夠共同使用, 也能分開獨立運作介入, 讓受限醫療體制環境下的專業人員可克服缺乏到宅訪視的情況, 在有限的服務時間內系統性的收集相關資訊, 與家庭建立良好的互動關係, 引導家庭發展出在自然環境中幫助孩子學習的策略。

本研究發展以家庭中心的早療服務方案研究步驟包括: (1)邀請專家進行專業人員作息本位介入的培訓課程; (2)收集前測資料; (3)專業人員分組與家庭進行資料收集, 其中家庭生態圖由社工師負責記錄, 專業團隊則負責作息本位晤談 (routine-based interview) 的資訊收集; (4)召開早療會議邀請服務家庭的專業人員與復健科醫師、社工師與心理師, 與家庭共同擬定功能性目標, 專業團隊將目標成效轉化成可

量測的具體功能性目標以及提供自然環境中的執行策略; (5)給予照顧者執行紀錄本, 並且每個月進行一次討論諮詢, 引導照顧者觀察孩子表現取代直接提供服務於孩子; (6)各組於進行半年後重新評估目標成效與收集後測資料。

三、研究工具

本研究除了進行以家庭為中心早療專業團隊服務模式建立, 另一部分要探討的執行模式後所帶來的成效, 包括探討研究參與者在研究過程, 專業團隊所提供的服務方式與家庭所接受到的服務內容與參與早療的程度, 是否有朝向以家庭為中心的方向前進? 兒童的發展成效, 是否跟研究進行之前有所差異? 因此在各組成員進入研究計畫半年後, 透過相關量表蒐集專業人員與家庭和兒童兩個部分研究參與者之變化, 以下分述使用之評估工具。

(一) 專業團隊——照顧過程量表——專家版 (MPOC-SP)

照顧過程量表——專家版 (The Measure of Processes of Care for Service Providers, MPOC-SP) 是從 MPOC 延伸出來, 用於評量早療專業人員本身提供以家庭為中心服務程度之感受, 總共 27 題, 採用 7 點計分方式, 從 1 分 (完全沒有) 到 7 分 (極大的程度), 分數越高表示所提供的服務越符合以家庭為中心的精神 (Woodside et al., 2001)。題目內容包括四個向度, 分別是對於家庭提供服務時的對人的敏感度、對家庭的尊重度、提供一般資訊與溝通特定資訊, 量表的得分若有超過 33% 的題目得分落在 1-4 分, 則表示提供以家庭為中心服務仍有改善空間 (Woodside et al., 2001)。此量表具有良好內在一致性信度



(Cronbach's $\alpha = .76 \sim .88$)、再測及測試者間信度 (組內相關係數分布在 $.79 \sim .99$) (Woodside et al., 2001)。中文版本經過專家的審核程序與信效度的驗證, 已獲得原相關單位 (加拿大兒童障礙研究中心, CanChild) 允許使用中文翻譯版本(Kang et al., 2017), 可作為專業人員服務品質是否朝向以家庭為中心的原則之評量工具, 本研究使用此量表評估專業人員所提供的服務品質在研究進行前後之成效變化。

(二) 家庭與兒童

1. 照護過程評量表——家庭(MPOC-20)

照顧過程量表(MPOC)是由 King 等學者於 1995 發展出來的自評式量表, MPOC 量表原本共有 56 題, 包括五個向度, 分別為賦能與合作、提供具體資訊、協調且全面性的照護、尊重與支持性的照護與提供一般資訊, 後續發展出精簡版 20 題, 簡稱 MPOC-20, 照顧者填寫較為簡單明瞭且不耗時, 是目前最常用於評量接受早療服務之家庭對於專業人員提供以家庭為中心服務之感受的工具之一, MPOC-20 的評分方式是依照感受的程度採取 7 點計分的問卷設計, 最高為 7 分極高的程度, 完全沒有感受程度則為最低的 1 分, 得分越高表示所獲得的服務越符合以家庭為中心的精神 (Cunningham & Rosenbaum, 2014)。量表的得分若有超過 33% 的題目得分落在 1-4 分, 則表示提供以家庭為中心服務仍有改善空間。此量表具有良好的內在一致性度 (Cronbach's $\alpha = .83 \sim .90$)、再測及測試者間信度 (組內相關係數分布皆 $> .99$), 且中文版本經過專家的審核程序與信效度的驗證, 已獲得原相關單位 (加拿大兒童障礙研究中心) 允許使用中文翻譯版本, 且

有國內學者發表經本土化的過程 (廖研蒲, 2013)。本研究使用此量表評估家庭接受服務之品質在研究進行前後之成效變化。

2. 家庭成效問卷

家庭成效問卷是由 Bailey 等人在 2006 年發表, 用於評估家庭接受早療服務之後的家庭能力成效, 為了能讓家長更方便使用, 於 2011 年推出修訂版本, 問卷共分為兩個部分, 第一部分家庭成效共有五個向度, 分別為了解孩子優勢能力與需求、了解與孩子相關的權利和倡議、幫助孩子學習與發展、家庭自身的支持系統以及參與社區, 第二部分則是早期療育的助益問卷項目, 包括瞭解您的權益、溝通您孩子的需求以及協助您的孩子發展與學習 (Bailey et al., 2011)。臺灣已有學者經過本土化程序以及進行信效度的認證, 並顯示良好內在一致性信度 (Cronbach's $\alpha = .94 \sim .97$)、再測及測試者間信度 (組內相關係數分布在 $.63 \sim .78$), 驗證性因素分析顯示兩個部份的因素結構僅達到中度適配, 各分測驗的相關係數偏高, 顯示可能各分測驗評估的題意有部分重疊, 但結果仍顯示家庭成效問卷——臺灣版具有良好的信效度, 可用來做為家庭服務成效的評估工具 (孫世恆, 2015)。採取五點計分, 由家庭成員填寫, 越具有該項目所描述之能力或是獲得相關協助, 得分則越高。本研究使用此問卷呈現在研究進行前後, 家庭參與早療的程度之變化。

3. 嬰幼兒綜合發展測驗——診斷量表 (CDIIT-DT)

嬰幼兒綜合發展測驗——診斷量表 (Comprehensive developmental inventory



for infants and toddlers-diagnosis test, CDIT-DT) 主要目的在評估嬰幼兒在認知、語言、動作、社會和自理能力等五個發展領域上的發展情形和表現出的行為特徵。適用實足年齡介於 3 個月至 71 個月的一般嬰幼兒或發展遲緩嬰幼兒，為教育部特殊教育工作小組委託王天苗等人編制，具國內常模參照，測驗原始分數可轉換成發展百分等級(percentile rank)、發展商數(developmental quotient)以及年齡當量(age equivalent)來顯示與同儕相較之發展程度。此量表具有良好內在一致性信度(Cronbach's $\alpha = .75 \sim .99$)、再測及測試者間信度(組內相關係數分布在 $.90 \sim .99$)，以皮巴迪動作發展量表第二版(PDMS-II)作為效標，也顯示出良好的同時效度(Kappa coefficients = $.84 \sim .86$) (吳雪玉等人, 2005)。在臨床上常被使用診斷，此量表則作為研究參與者在進行研究方案前後兒童成效的評估工具之一。

4. 目標達成量表(goal attainment scale, GAS)

目標達成量表(GAS)為 Kiresuk 與 Sherman 於 1968 所提出的效標參照量表，常用於特殊教育、醫療復健及心理衛生等領域，適合作為設定障礙兒童個別化治療目標及評量，以了解學生進步及提供服務的品質(King et al., 2000; Kiresuk & Sherman, 1968)。程度較嚴重的個案使用常模參照標準的評估工具，常因能力變化細微而偵測不出變化，GAS 能提供偵測個人化且功能性目標變化的量化方式，並顯示良好的測試者間信度(kappa coefficient = $.89$)，但與常模標準工具比較之同時效度較低($r = .18 \sim .44$)(Steenbeck et al., 2007)。

GAS 進行擬定時應該符合個案的特質，以可量測的功能性活動，在符合個案能力與期待下，在時限內達到的目標為主，可提供較為嚴重的個案之能力進展明確量化的評估方式，但 GAS 仍有其限制與爭議的問題，包括設定進展分數的標準以及給分方式太簡單容易形成高分、把訓練活動當成目標撰寫分數，造成得分偏高等偏差影響分數，因此在擬定評估 GAS 的分數應需在團隊會議中討論，得到團隊的共識，並決定目標的加權分數，較能避免偏差而影響分數(King et al., 2000)。

本研究各組進行 GAS 評量的時間線則為半年；給分方式為-2 到+2，本研究-2 分的定義為現在目前的狀態，0 分則是家庭同意過後的理想狀態，+2 分則是比預期目標好很多；設立 GAS 過程由家庭與專業人員共同討論設立，內容必須符合可量化以及對個案與家庭是有意義的功能性活動，且設定加重指數，之後可將 GAS 的變化運用公式將所有目標的分數轉化成單一個 T 分數，若 GAS 達成期望值，其 T 分數為 50 分，若未達到期望值，分數會低於 50 分。本研究使用此量表用來呈現兒童發展表現在研究進行前後之成效變化工具。

四、資料分析

本研究使用統計軟體分析(SPSS 23)，統計方式以描述性的統計(平均值與標準差)呈現專業人員與家庭 MPOC 各個向度與家庭成效問卷以及兒童的 GAS 的變化，另外在前後測的比較則採用成對樣本檢定來檢視以家庭為中心的服務模式對於專業人員、家庭以及兒童之成效。 $p < .05$ 為顯著水平。



肆、結果與討論

一、結果

本研究研究目的希望能在環境與資源有限的醫療體制中，配合本土醫療文化發展出以家庭為中心的專業團隊服務模式，以及探討以家庭為中心的服務對於家庭與專業人員的改變，以下分述所建立的模式與過程，以及九組家庭與提供服務的專業人員在接受以家庭為中心的早療服務模式為期半年的之成效結果，分述如下。

(一) 以家庭為中專業團隊服務模式

1. 前置作業

研究開始前選定作息本位模式與工具來幫助專業團隊蒐集資訊，因國內已有專家學者將此套工具引進，並在相關網站提供表格、晤談結構等系統性資訊以及種子教師工作坊，幫助國內從事早療專業人員熟悉使用此模式。研究者從作息本位模式的構成元素中選擇了解家庭生態、以家庭為主的功能性評估以及合作諮詢三個元素，讓受限醫療體制環境下的專業團隊，可克服缺少到宅訪視的情況，在有限的服務時間內系統性的收集相關資訊，進而從中了解家庭生態與優勢，從家庭規律的作息活動中，討論出家庭的需求與孩子的功能性目標，引導家庭發展出在自然環境中幫助孩子學習的策略。為了專業團隊的各職類人員能夠深入了解以家庭為中心的意涵以及作息本位介入的運作模式，在進入研究之前，專業團隊需經過作息本位工作坊的課程訓練與實作報告後，才開始進行研究。

前置作業時段同時導入 CDIIT-DT 以及 GAS 評估流程與實作討論，並建立實行

CDIIT-DT 施測者間信度，其組內相關係數介於 .76~.92 之間，顯示團隊成員在施測給分有良好的一致性。

2. 透過彼此資訊交流建立家庭與專團的信任關係與角色調整

專業團隊成員的養成教育偏向以專家為本位的模式，習慣向個案提供直接服務，並根據專業判斷在治療時段中進行個案治療與衛教居家活動。研究開始前期進行家庭研究參與者的資料收集與晤談，選擇在個案原治療時段，由該組專團成員同時進行個案治療與照顧者晤談。專團成員雖能同步聽到家庭的資訊，但常常產生資訊混雜且過多干擾資訊、超時紀錄、彙整資料造成行政困擾，以及占用到其他個案的時段等現象，因此除了評估的資料之外，家庭的資訊資料增加了治療師的作業負擔與產生效率低落的議題。

考量環境與時間的限制，經過成員會議討論，以不增加專團過多的行政負擔為前提，制訂收集資料的流程，採取分工合作的方式，包括提前一個月與專團討論其服務之家庭參與研究的可行性、確定家庭研究參與者並徵求其同意後，進行資料的收集，規範蒐集資訊的流程時間表，包括完成個案的評估與前測資料、家庭的生態圖以及作息晤談等資訊之時限，並採取專業分工合作模式，於個案治療時段進行評估、晤談與紀錄等間接服務，取代直接治療個案的服務模式，並制定與修改制式表格放置電腦平臺，以便專業團隊成員填寫資料與彙整，完成報告之後，專團成員會與研究者進行討論與議題釐清，直到了解家庭的期望與預計成效，則進入下一階段。



3. 開會取得共同目標與合作策略

研究場域早療評估中心每個月都會挑選個案進行早期療育個案會議，參與會議人員包括個案照顧者、專業團隊、復健科醫師與其他相關必要之醫師、個管社工師與通報中心社工人員，會議模式為專業本位，由專業團隊報告個案目前發展狀態以及治療目標與方向，家庭大多處於被動接收資訊角色，稱之傳統本位會議模式，此會議形式所需時間能在一個小時內完成。研究進行後，當月家庭研究參與者的資訊彙整完成後，包括家庭生態圖、個案評估資訊、作息本位晤談資料以及預期成效，由家庭選擇開會的日期，藉由午餐餐會形式進行會議討論，由研究者擔任主持人，內容主要則為提供家庭了解孩子目前發展能力之資訊、確認家庭的作息生活與生態，以及家庭與專業團隊藉由雙向討論，對個案的期待目標，與將策略融入日常作息形成共識，稱為作息本位會議模式。

研究初期進行作息本位會議模式，由於採取雙向討論，在過多的資訊中讓雙方形成共識是一個耗時的過程，因此會議常常超時至原訂時間 1.5~2 倍，造成了雙方的負擔。研究者修正主持人的角色與功能，事先熟悉資訊內容，與專業團隊進行會前討論，將家庭的期待成效透過專業分工，預先擬定 GAS 的給分標準，進行會議時掌握節奏，引導家庭聚焦在了解情境中個案具體的表現能力，以及家庭想要達到的具體目標內容與情境，經過雙方討論達成共識後，修正各目標 GAS 的內容與相關加權指數，以及執行日常生活策略之方向。在確認內容達成共識之後，研究者根

據會議內容擬定執行紀錄本，供雙方日後討論紀錄使用。

4. 調整上課方式與對象，成為彼此的夥伴

研究場域中原本的早療服務，大部分都針對個案提供直接治療服務，治療方向與目標依照專業人員對於個案的評估與判斷，參考照顧者的期待，決定治療活動的內容，加強個案的能力，在治療時段結束會與家庭告知上課的內容以及回去可以加強的活動，稱之家庭同盟的治療模式。研究參與者在會議結束後，治療的目標便以會議修正後的內容為主，原本進行直接服務個案的內容轉換成提升家庭幫助孩子發展的能力，透過專業人員與家庭討論紀錄本的內容，包括回家執行策略是否順利、家長觀察個案的內容以及是否需要修正方向、現場共同觀察個案表現以及示範與建議的方式回饋家庭，稱之夥伴關係的治療模式。

實施的初期，因模式改變方向太大，雙方皆有不適應的狀況產生。每次討論紀錄本的方式，讓照顧者原本忙碌的生活增加了負擔；而專業團隊因提供服務的方式與之前大不相同，產生了對專業價值與角色的迷思。研究者觀察到這樣的問題產生後，開始閱讀相關文獻並且與專團開會討論，在過程中體認到以家庭為中心的服務不是只是為了家庭的目標而產生，而是需要成為家庭的支持與資源，幫助家庭找到方式解決問題，進而達成家庭的目標與期望。因此修正了紀錄本的格式以及上課互動的模式，紀錄本從原本密集紀錄的勾選方式改成每個月記錄一次，請家長寫出所觀察到孩子的表現與變化，是否朝向目標設定的方向成長或是碰到困難，並請專團



成員與家庭建立社交軟體的平臺，透過多媒體的訊息以便分享在醫療環境中觀察不到的資訊。

服務模式與內容仍保持每個專業人員的喜好方式，但每個月有一次的服務時段提供諮詢與討論的服務，藉由記錄本來引導雙方聚焦在當初所訂立的目標，包括家庭觀察孩子與自身的變化的反思，給予家長所需的支持與回饋，根據家庭所提供的資訊給予引導或是示範策略，在這樣的服務中逐漸形成夥伴關係，與家庭一起往期望目標繼續前進。

5. 持續提供家庭支持

研究參與者在進入以家庭為中心的服務模式後，會在第三個月結束以及第六個月結束後請專業團隊與家庭共同檢視 GAS 的階段性目標並予以評分，視目標進展程度調整策略或標準，在討論的過程中，專團可引導家庭，藉由檢視記錄本過程，讓家庭了解自身與孩子在這段時間的互動歷程與變化。透過這段時間的互動，家庭對於孩子的發展獲得更多資訊與想法，專業團隊也更能同理家庭的期望並提供支持，彼此交換資訊，共同促進孩子的发展里程進展，家庭與專團儼然已建立出良好的夥伴關係。研究的資料蒐集結束了，以家庭為中心專業團隊的早療服務也確定模式建立，開始擴展至家庭的其他目標或者提供其他家庭的服務。以家庭為中心專業團隊的模式建立流程如圖 1 所示。

(二) 以家庭為中心專業團隊服務模式之成效變化

進行服務模式的成效，則藉由比較每組研究參與者在結束進行前後所填寫的施

測資料之量性資料呈現，專業人員和家庭與兒童的結果資料變化如下。

1. 專業人員服務品質提升

以 MPOC-SP 量表來反映專業人員在提供以家庭為中心的早療服務的前後之品質，用成對樣本檢定顯示在進行以家庭為中心的早療服務後，專業人員的服務品質皆有顯著的變化。從描述性統計資料觀察前後測資料，專業人員得分最高的向度皆為溝通特定資訊，最低向度皆為提供一般資訊，詳細資料可參考表 3。

量表題目的分數若超過 33% 的參與者給分落在 1-4 分則可視為以家庭為中心的服務需加强的地方，專業人員需加強服務的向度，依照百分比高低排序分別為對人的敏感度 (100%)、提供一般資訊 (100%)、對家庭的尊重度 (67%) 以及溝通特定資訊 (33%)，而後測仍落在需加强的向度則為提供一般資訊 (40%) 與對人的敏感度 (20%)，在後測結果仍呈現需加強服務的題目則列在表 4。

2. 家庭獲得支持，參與兒童學習與發展

MPOC 量表用成對樣本檢定來檢視家庭接受以家庭為中心的早療服務品質前後差異，除了全面且一致性的照護向度，其他向度皆有顯著的變化。以描述性統計資料觀察資料，前後測家庭感受度最高的向度分別為全面且一致性的照護與提供具體資訊，而感受最低的向度前後測皆為提供一般資訊，詳細資料可參考表 5。

量表題目的分數若超過 33% 的參與者給分落在 1-4 分則可視為以家庭為中心的服務需加强的地方，家庭感受需加強服務的比例依向度區分，按高低順序在前測分別為提供一般資訊 (80%)、賦能與合作



圖 1

以家庭為中心專業團隊模式流程圖

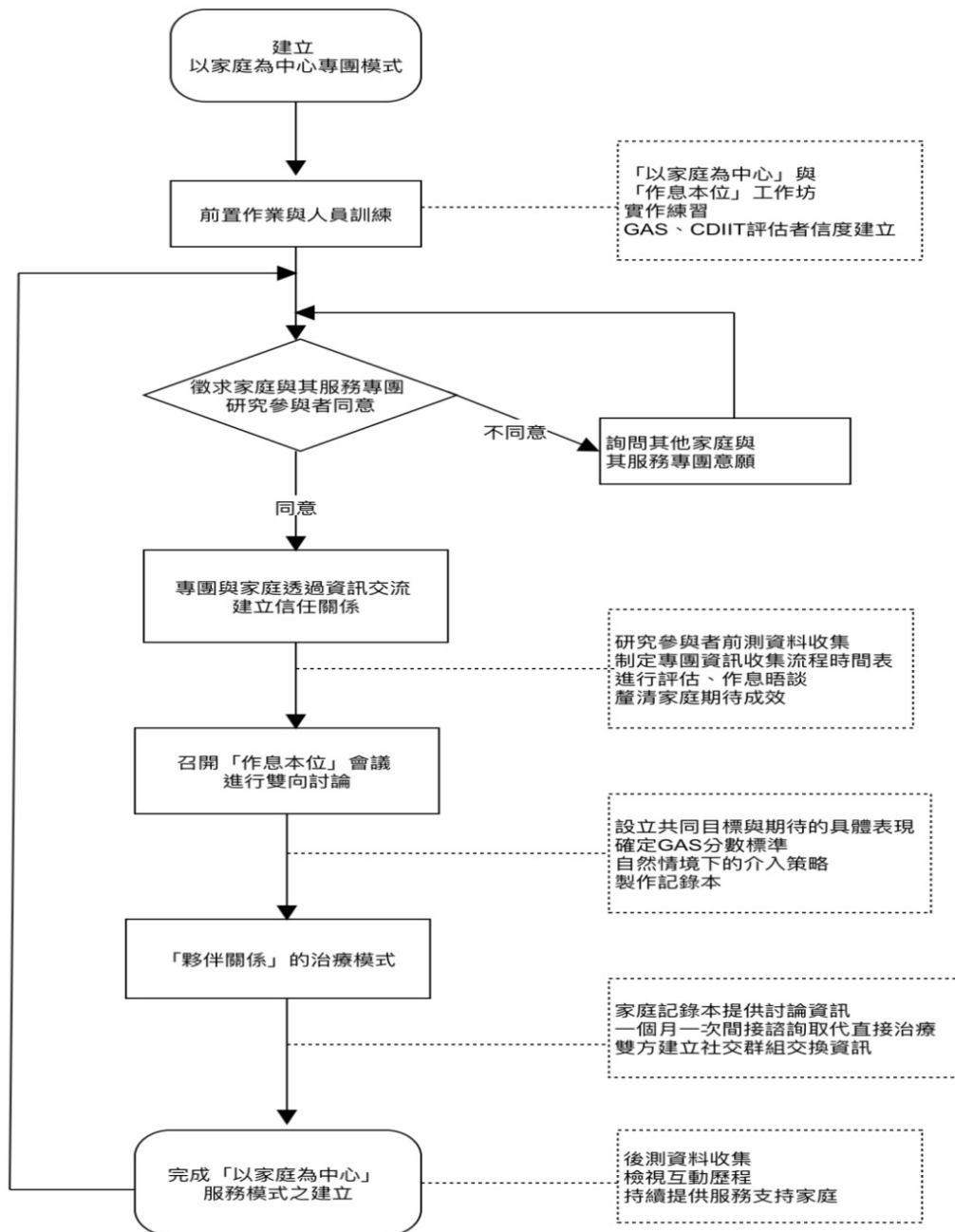


表 3

MPOC-SP 各向度的前後測統計資料

MPOC-SP	M		SD		p-value
	前測	後測	前測	後測	
對人的敏感度	4.15	5.26	1.01	0.88	.000**
對家庭的尊重度	4.70	5.69	0.69	0.88	.000**
提供一般資訊	4.08	5.03	1.21	0.80	.000**
溝通特定資訊	4.94	5.85	0.93	0.99	.005**

** $p < .01$.

表 4

專業人員感受低於中等程度 (1-4 分) 百分比大於 33% 的題項

題項	領域	百分比(%)	
		前測	後測
專業人員			
4. 與其他服務提供者討論對每個兒童的期望，以確定想法和行動是一致的	對人的敏感度	75	33
9. 在家長詢問之前，就先想到他們的顧慮且提供資訊	對人的敏感度	58	46
23. 促進家庭與家庭之間的社交、資訊或經驗分享的聯繫	提供一般資訊	58	33
26. 提供全家人，包括手足，獲取資訊的機會	提供一般資訊	79	33

表 5

家庭 MPOC-20 各向度統計資料

MPOC-20	M		SD		p-value
	前測	後測	前測	後測	
賦能與夥伴關係	5.59	6.48	1.18	0.58	.039
協調與全面性照護	5.83	6.28	0.94	0.65	.064
尊重與支持性照護	5.60	6.44	1.02	0.38	.010*
提供一般資訊	4.78	5.80	1.47	1.27	.030*
溝通特定資訊	5.48	6.56	1.06	0.50	.004**

* $p < .05$. ** $p < .01$.

(33%)、提供具體資訊(33%)、尊重與支持性的照護(20%)，後測結果呈現五個向度皆無需加強服務的題目。表 6 則呈現前測需加強服務的題目。

家庭成效問卷用成對樣本檢定家庭成效項目，幫助孩子學習與發展、家庭自身的支持系統、了解孩子優勢能力與需求向度有顯著進步，早期療育的助益項目則是



瞭解您的權益向度有顯著進步，其他則未達到統計學上的顯著差異。以描述性統計觀察前後測資料，家庭成效分數最高分從參與社區變成獲得支持系統，得分最低則從幫助孩子發展與學習變成知道您的權

益，並爭取孩子權益；早期療育的助益前後測得分最高從協助孩子發展學習變成溝通您孩子的需求，最低分從了解您的權益變成協助孩子發展學習，詳細資料可參照表 7 與圖 2。

表 6

家庭感受低於中等程度 (1-4 分) 百分比大於 33% 的題項

題項	領域	百分比(%)	
		前測	後測
專業人員			
1. 幫助你感受到自己是個稱職的父母？	尊重與支持性照護	33	0
7. 完整地向你解釋可選擇的治療項目？	賦能與夥伴關係	33	0
16. 給您有關該機構或是您社區中所提供的各類服務的資訊？	提供一般資訊	44	11
17. 可以讓你取得關於您孩子身心障礙的相關資訊 (例如：它的起因、發展狀態、未來情況)？	提供一般資訊	33	11
18. 提供全家人獲取資訊的機會？	提供一般資訊	55	11
19. 可以讓你取得各種形式的資訊，像是衛教單張、衛教手冊或可觀賞的衛教影片等等？	提供一般資訊	55	11
20. 提供您如何尋找資訊或是和其他父母聯絡的建議 (例如：坊間書籍、網路資源、親職講座、相關基金會／協會等等)？	提供一般資訊	55	11

表 7

家庭成效問卷各向度統計資料

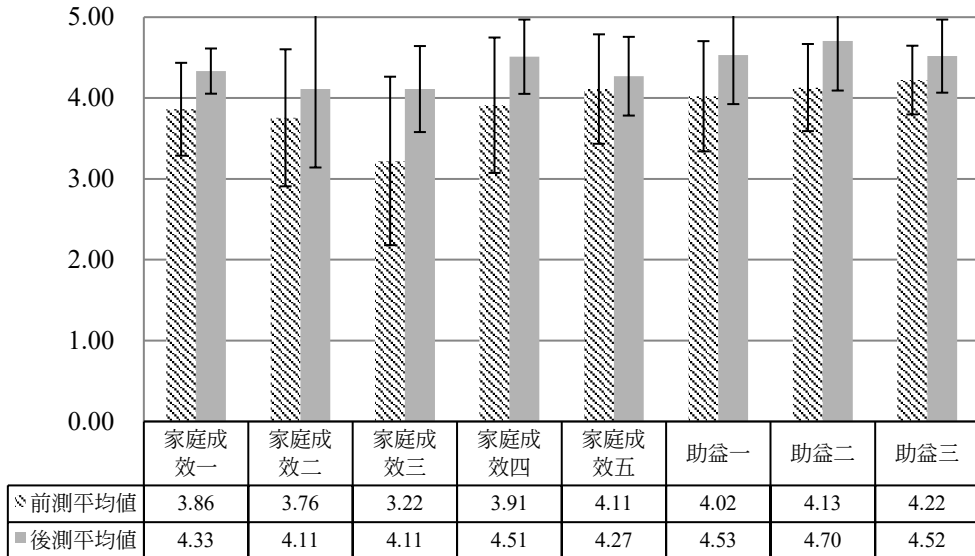
	<i>M</i>		<i>SD</i>		<i>p</i> -value
	前測	後測	前測	後測	
家庭成效					
了解孩子優勢能力與需求	3.86	4.33	0.57	0.28	.027*
了解與孩子相關的權利和倡議	3.76	4.11	0.85	0.97	.356
幫助孩子學習與發展	3.22	4.11	1.04	0.53	.029*
家庭自身的支持系統	3.91	4.51	0.84	0.46	.017*
參與社區	4.11	4.27	0.68	0.49	.289
早期療育的助益					
瞭解您的權益	4.02	4.53	0.68	0.60	.013*
溝通您孩子的需求	4.13	4.70	0.54	0.61	.100
協助您的孩子發展與學習	4.42	4.52	0.42	0.45	.244

**p* < .05.



圖 2

家庭成效問卷統計資料圖



* $p < .05$.

兒童成效採用 CDIT-DT 以及 GAS 來檢視服務進行前後的變化，以成對樣本檢視 CDIT-DT 孩子發展前後測的變化則無顯著的差異（表 8 與圖 3），但若用 GAS 檢視兒童成效，以 50 分為達成期望值的判

定標準，所有家庭的兒童在半年後的目標分數皆超過 50 分以上，且用成對樣本檢視前後測則是達到顯著的差異，詳細資料可參考表 8 與圖 4。

表 8

嬰幼兒綜合發展測驗商數與目標達成量表 T 分數前後測統計資料

	M		SD		p-value
	前測	後測	前測	後測	
嬰幼兒綜合發展測驗					
認知發展	69.22	65.22	12.63	17.86	.323
語言發展	67.22	68.22	11.80	16.50	.829
動作發展	56.78	62.67	8.33	19.18	.176
社會發展	69.11	72.56	17.35	17.04	.216
自理發展	62.00	62.27	10.17	8.44	.849
整體發展	61.00	61.67	6.84	9.12	.820
目標達成量表					
T 分數	21.80	65.57	3.46	7.68	.000**

** $p < .01$.



圖 3

兒童 CDIT 統計資料圖

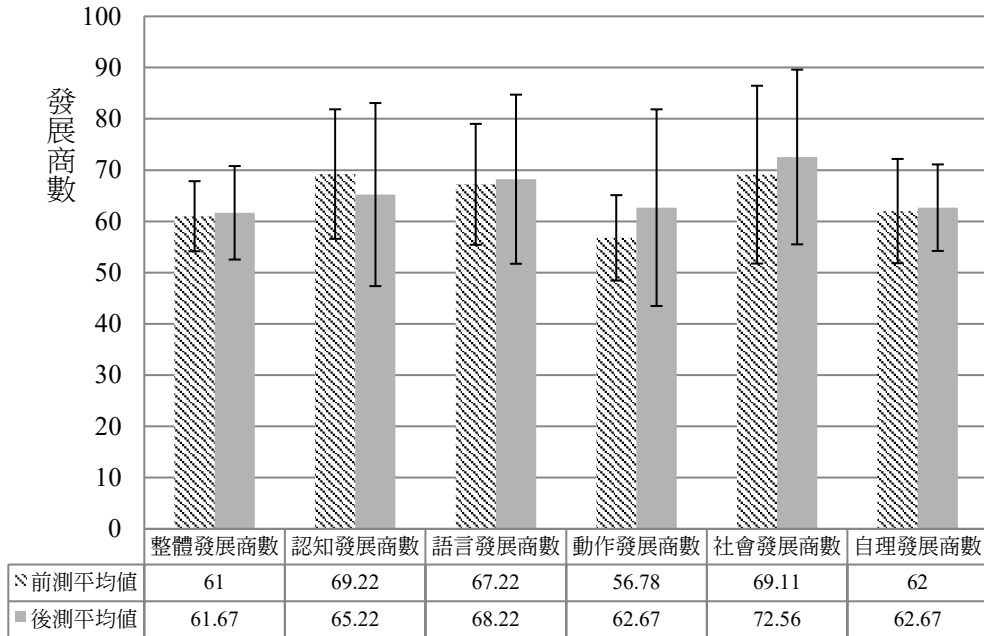
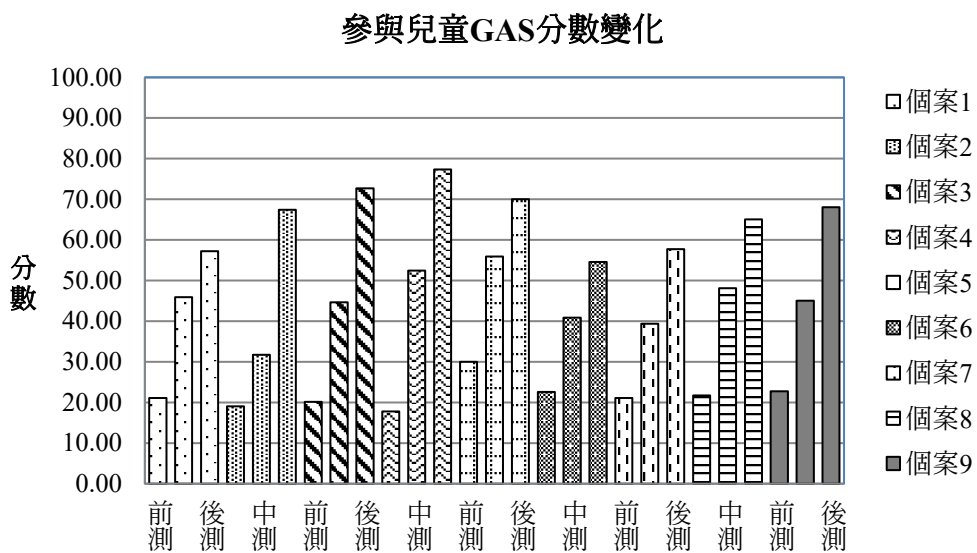


圖 4

兒童 GAS 分數資料



二、討論

本次的研究目的為發展出一套能夠在醫療環境中實施以家庭為中心的早療服務模式，藉由了解家庭的需求、家庭優勢，運用作息本位晤談的概念，深入了解家庭的生活型態與對兒童的期待，透過會議討論讓專業人員與家庭形成共識，將服務的對象從傳統以兒童為對象拓大為家庭，並讓家庭成為早療服務中的主要決策者，由家庭來選擇符合本身的需求的目標，而專業人員的角色從主導成為輔導，尊重家庭的期望，並將目標轉變成合適的功能性目標，根據家庭的作息嵌入合適的活動練習，鼓勵家長在家中實施建議策略，並透過課堂上的討論與引導增進家庭功能，達到期望的目標。本研究實施以家庭為中心的服務模式對於專業人員與家庭的互動、增進家庭與專業人員的合作以及提升了家庭能力與家庭提升兒童能力之成效是獲得了顯著的改變。以下就研究結果提出討論。

1. 透過專業團隊合作與交流提升一般資訊提供改善程度

研究中 MPOC-SP 結果顯示專業人員對於家庭的敏感度、尊重度、溝通特定資訊與一般資訊提供等面向皆有顯著的提升，因此服務的模式相較於研究進行前，更趨近以家庭為中心的服務模式。提供一般資訊向度的得分在研究前後皆是最低，相同的結果也出現在眾多研究(Arnadottir & Egilson, 2012; Bjerre et al., 2004; Cunningham & Rosenbaum, 2014; Jeglinsky et al., 2011; Raghavendra et al., 2007; Schenker et al., 2016)。Cunningham 與 Rosenbaum (2014)指出專業人員在面對家庭時，缺乏時間與平臺提供家庭一般資

訊，並需要對於當地環境可提供的資源有一定程度的了解，才能幫助提供家庭資訊。根據全民健康保險醫療費用支付標準，兒童復健治療的時間為 30 至 50 分鐘，治療師在有限的時間之內需要幫兒童進行治療服務，相對留給家長諮詢與討論的時間短，且討論的內容包括了孩子的課程進行狀態、回家的練習以及討論策略的實施狀態，很難在短短的 5-10 分鐘內交代完全；本次的研究雖有提供固定的時間討論與社交軟體的使用，但是大部分討論的議題仍是對於孩子的特定資訊，較少談論到家庭對一般的資訊與資源的需求，如幼兒園的選擇、社區資源、家長團體諮詢與連結等。而專業人員對於當地可運用的資源的了解程度不一，也會影響到提供家庭資訊與資源連結的能力。文獻指出有從事過社區復健或是在機構中提供服務的專業人員較能夠連結社區內的資源給家庭，提供一般資訊給家庭的程度也高於只在醫療機構工作的專業人員(Mazer et al., 2006)。Jeglinsky 等人(2011)與 Kang 等人(2017)研究顯示，社會工作師在提供家庭一般資訊的程度比其他專業類別高，因社工專業服務的內涵其中就是為家庭提供各種資源的連結，因此在早療服務的團隊中，社工師在提供家庭一般資訊與連結是很重要的一個角色，其他專業人員可透過團隊合作來增加對於一般資訊的了解與連結。團隊中有社會工作師的加入，也是本篇研究中在提供一般資訊的表現有改善的主要原因之一，但仍需加強在專業團隊間的交流，提高其他類型的專業人員對於當地資源的了解程度，提升提供資訊給家庭的能力。



2. 溝通平臺的建立與服務模式的改變提升合作程度

許多提供以家庭為中心服務的文獻中，不論是在專業人員或是家庭，MPOC 研究結果得分最高的向度皆為對家庭的尊重與支持(Bjerre et al., 2004; Cunningham & Rosenbaum, 2014; Jeglinsky et al., 2011; Kang et al., 2017; Raghavendra et al., 2007; Schenker et al., 2016)。有趣的是此次研究結果顯現溝通或獲得特定資訊皆為雙方研究前後的分數最高的向度，Kang (2017)研究曾提出治療師在提供特定資訊的分數高於社工，本次研究參與的專業團隊中以治療師的人數較多，有可能為提升此向度分數之一；另外本研究中的醫療機構採取開放的治療空間讓家長自行選擇參與早療的程度，因此在研究進行前就已經提供了溝通兒童資訊的服務方式，在研究進行過程中，專業人員能體會家庭的多樣性，是不能以固定的服務模式來滿足家庭需求的層面，以此搭配的策略包括固定的時間平臺討論、書面資料、紀錄本以及社交軟體，能夠更全面的提供家庭所需要的資訊，補足醫療體制服務中缺乏到宅訪視的資訊。這現象也很可能代表專業團隊所提供的服務不僅僅只是建立良好關係服務方式，而是已經朝向提升參與程度的服務模式，更貼近以家庭為中心的服務精神(Dunst et al., 2002)。

3. 提升家庭參與程度是執行以家庭為中心服務模式的宗旨

早期介入兒童成效中心(Early Childhood Outcomes Center, ECO)強調早期療育將服務對象擴大成家庭以及家庭增能，目標是使家庭能夠為他們的子女提供照

顧，並擁有自己期望的家庭型態和參與社區活動所需的資源，而以家庭為中心的服務便是朝向家庭增能的方向邁進。本研究在家庭成效問卷的結果顯示服務進行後，家庭更能夠了解孩子的優勢，幫助孩子發展學習，並且在陪伴孩子成長的路程中，不再是單一照顧者單打獨鬥，而是能運用家庭的資源與支持系統，家庭成員互相支援，這樣的變化是符合以家庭為中心的服務精神，藉由家庭所擁有的資源與支持，了解孩子的優勢與長處，進而學習如何幫助孩子的發展，達到家庭增能的目的。但研究中呈現的另一個結果，在早期療育助益對於家庭溝通孩子的需求以及協助孩子學習的向度無顯著的提升成效。可能的原因包括本土的文化背景以及傳統的醫療服務模式，家庭習慣遵循專業人員直接告訴他們該做些甚麼，大部分家長對於孩子的期待與想法也較不明確；專業人員也習慣了直接帶著家庭往預設好的方向前進，直到運用了以家庭為中心的服務模式後，才發現其實家庭的角度與專業人員的角度仍然有許多的不同，像是家庭有許多的目標是以增加兒童在環境中的自理、社會領域的能力，而這些能力的練習需要的是家庭的引導與在自然環境中的學習機會，更確定了以家庭為中心的早療服務是不能只靠建立良好關係與尊重的服務方式來提供，提升家庭參與孩子發展的服務才能真正的賦能家庭。

Brown 等人(1997)研究專業人員對於以家庭為中心服務的看法，提出了七個階層程度的模式，第一階層的屬於傳統的專家本位模式，第二層與第三層會覺得家庭是重要的，但僅於提供孩子訊息之角色，



並不認為家庭有能力能夠應付孩子的狀態，到了第四層與第五層，專業人員開始了解家庭系統的多樣性，能夠同理的回應家庭，但仍未有平等的合作關係形成，從第六層開始，專業人員相信家庭是有能力應付孩子的狀態，透過合作與賦能家庭，提供以家庭為中心的服務始於此階層，第七層則是相信家庭有能力與優勢運用資源來幫助孩子成長，專業人員已轉換成為家庭的資源來幫助孩子發展(Brown et al., 1997)。本研究在 MPOC 前測顯示需要加強服務的項目也都大幅改善，透過以家庭中心的服務模式，強調家庭的決策與參與的重要角色，增進了照顧者自我效能以及自身權益的了解，達到家庭增能的目的。本研究的服務模式雖提供了平臺讓家庭與專業團隊溝通形成共識，改善了家庭在面對兒童發展的方式與能力，但專業人員服務的模式若就 Brown 等人所提出的階層分級，則屬於從第四、五層跨越到第六個階層的服務模式，如何讓專業人員站在賦能的服務觀點，提升家庭主動參與幫助孩子發展學習的能力以及支持家庭的角色，仍需更進一步的突破。

4. 引導模式的實施與衝擊

引導的服務模式能夠促進家庭增能的程度提高(Brown et al., 1997; Tatla et al., 2017)，改變專業團隊服務的方式也是此次研究重要的變數之一。本研究在研究進行中服務家庭與孩子的方式，從直接式的服務孩子改成用引導與諮詢的模式的提供家庭間接式的服務，雖一個月只有一次的服務模式改變，仍感到不適應與對專業角色定位的衝擊，包括了課堂上與家庭討論取代孩子的課程訓練感到不安、擔心照顧者

不滿意服務對象的改變、對自己引導與示範的策略信心不足、討論時間不夠、專業知能擴充的資源與行政支持不足，同樣的情況也出現在其他的研究(Litchfield & MacDougall, 2002; Tatla et al., 2017)。引導的模式運用在臨床上需要支持與促進的動力，人員必須要以開放的心態將服務模式轉變，像是單位的支持程度、個人的學習態度、醫院與國家政策都是影響的層面，持續不斷的正式支持以及平日的練習都能夠提高專業人員實施引導模式的程度。Schenker 等人(2016)探討引導式教育(conductive education)專業人員符合以家庭為中心的程度高於其他的研究，提出在專業人員養成教育時就將引導與家庭合作等議題引進，能提升專業人員在臨床上與家庭合作的能力。專業人員服務模式的改變仍是目前醫療環境需要努力改變的一大方向，可從專業人員的養成教育或是繼續教育的課程加強，同時需要政策的支持讓專業人員能夠獲得足夠的資源與回饋來改變臨床服務的模式。

5. 多元化的資訊管道仍需加強

專業人員在提供家庭一般資訊的向度分數獲得顯著的改善，可反映到家庭對於服務的感受，參與的家庭在服務進行後感受到資訊的提供程度顯著的提高，代表專業團隊所提供服務不再只針對兒童，也能滿足家庭的需求。家庭研究參與者接受服務過程的感受，在提供一般資訊的向度仍是得分最低的，這在國內外的其他研究中也是呈現類似的結果。廖研蒲(2013)與康琳茹等人(2016)調查國內接受早療服務的家庭的研究中，同樣也顯現出提供資訊的向度是相較低於其他向度，表示國內目前



提供的早療服務，對於提供家庭足夠的資訊仍是存有許多挑戰需要克服的。本篇研究中 MPOC 在家庭感受程度在 1-4 分的題目也透露了家庭其實需要專業人員幫助提供多樣化的資訊，尤其是因應孩子障礙所需要的資訊，包括瞭解障礙對於孩子的影響與預後等衛教資訊、照顧與教養的因應策略、在社區中可運用的資源，像是轉銜安置的資訊、公私幼兒園的差異等。研究結果指出要滿足家庭的需求，專業人員必須要能夠提供從兒童、家庭到社區等多樣資訊的連結，這些資訊可以透過專業團隊彼此間資訊的交流，在服務的場所提供告示板、相關衛教單張、醫院的網站提供連結，包括相關家長團體或基金會，幫助照顧者連結有類似經驗的家庭提供資訊，像是去哪裡看牙醫？哪裡學游泳？哪裡幫孩子剪頭髮之類，都能夠幫助家庭獲得較足夠的資訊。

6. 兒童成效需選擇合適的評估工具

本研究在兒童成效的結果，使用 CDIIIT-DT 評估服務進行前後之成效，兒童並無顯著的差異變化，但在使用 GAS 來評估兒童成效，則是有顯著的改善成效，與國內學者運用作息本位介入進行到宅早療的研究有著相似的結果(Hwang et al., 2013)。以家庭為中心早療模式介入的回顧文獻曾探討模式介入、家庭以及兒童成效間的關係，以家庭為中心的模式介入可提升家庭能力與自我效能的肯定，但是跟兒童成效的直接關聯性不高，Dunst 等人認為以家庭為中心的模式提供的是如何讓家庭增能的方式，並藉此提升家庭促進兒童學習機會的自我效能肯定，進而讓照顧者看到兒童的優勢與行為的改變(Dunst

et al., 2007)。研究結果顯示兒童成效在 CDIIIT-DT 無明顯變化，且在認知分數反而下滑，原因有可能為家庭所列出的目標大多會以日常生活中幼兒所需之技能，如移動、溝通、自理等參與日常作息之能力，較少目標期望的層面是在於在日常生活的認知能力學習；特殊需求幼兒的學習亦會因為本身障礙的嚴重程度、環境與任務的互動而影響；且一般兒童隨著成長所需的能力程度也愈趨複雜，因此評估障礙影響程度較大的兒童成效，若使用具有常模對照的評估工具，偵測其在成長過程中微小且有意義的改變並不敏感，較顯現不出其變化，甚至可能會出現退步的狀態。但若採用個別化的效標參照評估工具，不需對照常模，相對的較能反應出個案在發展上細微的變化，研究中 GAS 的評估內容符合家庭的期待與生活能力之所需，也較能夠顯示出孩子的進步程度(孫世恆, 2004)。因此當目標是符合家庭需求，提升兒童在日常生活中的功能性活動執行能力，因此選擇效標參照的 GAS 是能獲得兒童實際成效之評估工具。

7. 以家庭為中心的早療服務之本土化需要明確的政策規範與資源支持

美國《身心障礙者教育法案》「C 部分」提供了明確的法令支持，以家庭中心早療服務能落實在自然環境之下提供。目前國內的早期療育，超過七成由醫院提供直接治療服務(衛生福利部統計處, n.d.)，不少家長為了尋求更完整的治療，帶著孩子東奔西跑於各級醫療院所，這樣的服務模式容易讓家長忽略了孩子在日常中的生活學習機會，與家庭角色對於引導孩子發展的重要性。



國內目前的政策開始重視與推動以家庭為中心的早療服務，如 2015 年開始推行的〈全民健康保險早期療育門診醫療給付改善方案〉，目的是能強化家庭對早期療育的參與，導正過度就醫模式，提高更有品質效率之療育服務（衛生福利部中央健康保險署，2015）。但在推行政策進入醫療體制之始，只明確訂定收案規範、各品質指標與登錄資訊，如何提供符合以家庭為中心理念的實際做法或服務模式，並未具體說明實施原則，且每個參與方案的個案家庭所提供的獎勵金只有每季申報 1,000—2,000 不等之點值，這樣的方案容易讓參與的醫療單位，在有限的資源環境下，執行重量不重質的服務模式，而失去此方案推行之原有美意。而參加方案的專業人員面對個案與家庭，在時間壓力與環境限制並未調整的情況下，與其須花費較多時間心力的家庭增能與引導的服務模式，大部分偏向選擇提供直接服務於個案，告知家長上課的內容與衛教活動等資訊之作法；在缺乏具體的政策規範與做法情況下，提升家庭參與早療的成效與降低過度就醫的現象也不如預期。

本次研究在建立以家庭為中心的專業團隊模式體認到，專業人員必須能先理解、認同並且願意實踐以家庭為中心的精神理念，將家庭放置決策角色，藉由團隊之間的合作與討論，支持家庭的目標與期望，並透過專團與家庭共同決策與合作，才能夠落實家庭增能的最終目的。雖然以家庭為中心的模式對於家庭與專業人員都有正向的成效，但是與原本的傳統模式相較，花費了更多的時間與心力，如何持續的提供服務，醫療機構本身營造的行政層

面支持與友善的工作環境也十分重要。曾淑賢(2015)在研究呈現，有上級督導的角色幫助專業人員定錨，使其站在賦能的觀點來提供服務，才能發揮專業人員的馬拉松精神，長期與家庭合作，去發現家庭的力量，因此提供專業人員互動平臺與執行機構其理念的引導，能給予專業人員在執行服務時的重要支持；而過度的行政業務與不合理的薪資獎勵制度會降低專業人員實施以家庭為中心的執行理念。

因此若要推廣國內醫療院所提供以家庭為中心的團隊模式早療服務，需要透過具體的政策規範與明確做法，以及合理的獎勵給付制度與案量，讓參與的醫療單位能有明確根據，提供適合的行政支持與執行動機，同時持續給予專業人員足夠的教育專業知能，了解以家庭為中心服務之意涵與理念，建立督導機制與互動平臺，讓專業團隊在實際執行以家庭為中心的服務時，能獲得適當的支持與引導，讓專業人員站在增能的助人觀點，在服務時段幫助家庭提升促進兒童發展的重要角色，達到家庭增能的最終服務目的。

伍、結論與建議

一、結論

本研究所提出以家庭為中心的早療服務模式是可以運用在醫療環境中使用，相較於傳統的早療服務模式，能夠更符合家庭的需求，提升家庭參與早療服務的程度以及獲得更多具體的資訊與能力來幫助孩子發展與學習。

再者，專業人員與家庭的改變在於溝通的過程中更了解彼此的目標與期待，透



過團隊合作的服務與家庭形成共識與良好的合作夥伴關係，進而達到良好的兒童與家庭成效。

二、限制

本篇的研究限制有兩點：第一為研究參與者的取樣，研究參與者為研究者工作場域之人員，因時間面向的因素與樣本數有限，因此未能納入足夠的研究參與者，因此研究結果可能無法代表國內其他醫療機構的家庭與專業人員的感受。第二個限制也因研究參與者人數不足，未能進一步分析家庭特質與專業人員特質是否會影響以家庭為中心的服務感受，未來可再探討國內不同的家庭型態與專業人員特質是否會影響服務之感受。

三、建議

(一) 實務方面

1. 以家庭為中心專業團隊模式服務可再加入特殊教育專業人員

醫療環境實施以家庭為中心的服務能夠以團隊服務的模式為佳，團隊成員之間的資訊交流能夠幫助家庭獲得更多樣化的資訊，團隊中有社工師可幫助擴充社區資源的聯結，未來能夠讓醫療體系與特殊教育建立溝通平臺，使家庭能夠獲得更全面的資訊，幫助孩子學習與發展。

2. 以家庭為中心的服務模式推廣需要政府政策的支持

醫療體制專業人員服務模式的改變，與達到家庭增能的目標仍需努力，包括專業人員引導模式與家庭合作的諮詢技巧在養成教育的提倡，政府應提供合適的政策支持與資源，包括專業人員的養成教育引入合作的課程與引導的課程、健保體制應提供合理的諮詢服務給付給，以及專業人

員合理的行政支持與資源。未來研究可往專業人員養成教育與政策支持層面探討。

(二) 未來研究方向——嘗試由直接服務模式轉變為間接諮詢和直接服務並行模式

提供照顧者有關兒童的書面資料以及活動紀錄的討論，能夠提供平臺讓家庭與專業人員聚焦於兒童與家庭的期望目標與策略執行方向，未來研究可進一步探討從事醫療健保體制之專業人員在服務時段的方式，從直接服務兒童的模式轉變成直接的兒童服務與間接的家庭諮詢服務並行模式，對於專業人員本身的影響與轉變歷程。

參考文獻

- 朱貽莊(2008)。發展遲緩兒童早期療育評估團隊運作模式的反思。*身心障礙研究*, 6(3), 161-74。
- 李昇家(2011)。*個案管理員實踐「以家庭為中心」服務模式之策略運用——以臺中地區兒童發展早期療育個案管理中心為例* [未出版碩士論文]。靜宜大學。
- 吳雪玉、廖華芳、姚開屏、李旺祚、王天苗、謝正宜(2005)。“嬰幼兒綜合發展測驗”動作分測驗與“皮巴迪動作發展量表第二版”的診斷準確度。*臺灣醫學*, 9(3), 312-322。
- 邱淑梅(2009)。*早期療育社會工作之家庭處遇研究* [未出版碩士論文]。國立暨南國際大學。



- 林怡伶(2012)。以家庭為中心介入構音治療之成效〔未出版碩士論文〕。國立臺中教育大學。
- 唐美華(2009)。以居家復健計劃介入對發展遲緩幼童之影響〔未出版碩士論文〕。國立臺中教育大學。
- 孫世恆(2004)。目標達成量表在早期療育評估之應用。《特殊教育學刊》，26，109-12。
- 孫世恆(2015)。早期療育家庭服務成效評估之研究(I)。科技部補助專題研究計畫成果報告期末報告(MOST 102-2410-H-039-004)。
- 張秀玉(2007)。影響早期療育家庭使用資源之相關因素。《社區發展季刊》，120，233-251。
- 陳采緹(2010)。發展遲緩兒童家長參與家庭中心取向教育方案〔未出版博士論文〕。國立高雄師範大學。
- 康琳茹、陳嘉玲、陳麗如、陳蕙茹、黃靄雯(2016)。家長於兒童復健服務過程中以家庭為中心感受之初探。《臺灣復健醫學雜誌》，44(4)，179-186。
- 鈕文英(2013)。邁向優質，個別化的特殊教育服務。心理出版社。
- 曾淑賢(2015)。以家庭為中心實施早期介入之困境：從案例敘說談起。《特殊教育研究學刊》，40(1)，31-54。
- 游雅婷(2016)。以家庭為中心的到宅服務對改變特殊需求幼兒家長親職歷程之行動研究〔未出版碩士論文〕。國立東華大學。
- 廖研蒲(2013)。家長感受兒童復健服務過程之「以家庭為中心」的程度及其影響因子：以臺北地區為例〔未出版碩士論文〕。國立臺灣大學。
- 劉芳綺(2016)。極低出生體重早產兒以家庭為中心之介入計畫的母嬰互動與發展預後療效〔未出版碩士論文〕。國立臺灣大學。
- 劉芷瑩(2006)。發展遲緩兒童非自願性家庭親職功能提昇方案之初探〔未出版碩士論文〕。國立臺中教育大學。
- 劉凱(2015)。「家長支持家長」的在地實踐——陪伴障礙幼兒家長的行動研究〔未出版博士論文〕。國立臺灣師範大學。
- 劉斐文(2014)。建立以家庭為中心的物理治療服務模式〔未出版碩士論文〕。國立臺中教育大學。
- 賴美如(2014)。發展遲緩兒童到宅服務方案之機構合作情形〔未出版碩士論文〕。國立臺中教育大學。



- 衛生福利部統計處(n.d.)。發展遲緩兒童早期療育服務人數。2021年06月30日取自 <https://dep.mohw.gov.tw/DOS/cp-2978-13981-113.html>
- 衛生福利部中央健康保險署(2015年9月8日)。全民健康保險早期療育門診醫療給付改善方案。 https://www.nhi.gov.tw/Content_List.aspx?n=75D768E4F6D08827&topn=5FE8C9FEAE863B46
- 謝明潔(2017)。參與本位介入應用於自閉症類群障礙症兒童的成效：個案報告〔未出版碩士論文〕。長庚大學。
- Arnadottir, U., & Egilson, S. T. (2012). Evaluation of therapy services with the Measure of Processes of Care (MPOC-20): The perspectives of Icelandic parents of children with physical disability. *Journal of Child Health Care, 16*(1), 62-74. <https://doi.org/10.1177/1367493511423769>
- Bailey, D. B., Raspa, M., Olmsted, M. G., Novak, S. P., Sam, A. M., Humphreys, B. P., Nelson, R., Robinson, N., & Guillen, C. (2011). Development and psychometric validation of the family outcomes survey-revised. *Journal of Early Intervention, 33*(1), 6-23. <https://doi.org/10.1177/1053815111399441>
- Bamm, E. L., & Rosenbaum, P. (2008). Family-centered theory: Origins, development, barriers, and supports to implementation in rehabilitation medicine. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 89*(8), 1618-1624. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2007.12.034>
- Bjerre, I. M., Larsson, M., Franzon, A. M., Nilsson, M. S., Stromberg, G., & Westbom, L. M. (2004). Measure of Processes of Care (MPOC) applied to measure parent's perception of the habilitation process in Sweden. *Child: Care, Health & Development, 30*(2), 123-130. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2003.00403.x>
- Brown, S. M., Humphry, R., & Taylor, E. (1997). A model of the nature of family-therapist relationships: Implications for education. *The American Journal of Occupational Therapy, 51*(7), 597-603. <https://doi.org/10.5014/ajot.51.7.597>
- Bruder, M. B. (2010). Early childhood intervention: A promise to children and families for their future. *Exceptional Children, 76*(3), 339-355. <https://doi.org/10.1177/001440291007600306>
- Cunningham, B. J., & Rosenbaum, P. L. (2014). Measure of processes of care: A review of 20 years of research. *Devel-*



- opmental Medicine & Child Neurology*, 56(5), 445-452. <https://doi.org/10.1111/dmcn.12347>
- Dempsey, I., & Keen, D. (2008). A review of processes and outcomes in family-centered services for children with a disability. *Topics in Early Childhood Special Education*, 28(1), 42-52. <https://doi.org/10.1177/0271121408316699>
- Dunst, C. J., Boyd, K., Trivette, C. M., & Hamby, D. W. (2002). Family-oriented program models and professional helping practices. *Family Relations*, 51(3), 221-229. <https://doi.org/10.1111/j.1741-3729.2002.00221.x>
- Dunst, C. J., Johanson, C., Trivette, C. M., & Hamby, D. (1991). Family-oriented early intervention policies and practices: Family-centered or not? *Exceptional Children*, 58(2), 115-126. <https://doi.org/10.1177/001440299105800203>
- Dunst, C. J., Trivette, C. M., & Hamby, D. W. (2007). Meta-analysis of family-centered helping practices research. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 13(4), 370-378. <https://doi.org/10.1002/mrdd.20176>
- Hadders-Algra, M. (2011). Challenges and limitations in early intervention. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 53(4), 52-55. <https://doi.org/10.1111/j.1469-8749.2011.04064.x>
- Hanna, K., & Rodger, S. (2002). Towards family-centred practice in paediatric occupational therapy: A review of the literature on parent-therapist collaboration. *Australian Occupational Therapy Journal*, 49(1), 14-24. <https://doi.org/10.1046/j.0045-0766.2001.00273.x>
- Hebbeler, K., Spiker, D., Bailey, D., Scarborough, A., Mallik, S., Simeonsson, R., Singer, M., & Nelson L. (2007). *Early intervention for infants and toddlers with disabilities and their families: Participants, services, and outcomes*. Final Report of the National Early Intervention Longitudinal Study (NEILS). <https://www.sri.com/work/publications/national-early-intervention-longitudinal-study-neils-final-report>
- Hwang, A. W., Chao, M. Y., & Liu, S. W. (2013). A randomized controlled trial of routines-based early intervention for children with or at risk for developmental delay. *Research in Developmental Disabilities*, 34(10), 3112-3123. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2013.06.037>



- Jeglinsky, I., Autti-Ramo, I., & Carlberg, E. B. (2011). Two sides of the mirror: Parents' and service providers' view on the family-centredness of care for children with cerebral palsy. *Child: Care, Health & Development*, 38(1), 79-86. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2011.01305.x>
- Kang, L. J., Palisano, R. J., Simeonsson, R. J., & Hwang, A. W. (2017). Measuring family-centred practices of professionals in early intervention services in Taiwan. *Child: Care, Health & Development*, 43(5), 709-717. <https://doi.org/10.1111/cch.12463>
- King, G. A., McDougall, J., Palisano, R. J., Gritzan, J., & Tucker, M. A. (2000). Goal attainment scaling. *Physical & Occupational Therapy In Pediatrics*, 19(2), 31-52. https://doi.org/10.1080/J006v19n02_03
- Kiresuk, T. J., & Sherman, R. E. (1968). Goal attainment scaling: A general method for evaluating comprehensive community mental health programs. *Community Mental Health Journal*, 4(6), 443-453. <https://doi.org/10.1007/BF01530764>
- Litchfield, R., & MacDougall, C. (2002). Professional issues for physiotherapists in family-centred and community-based settings. *Australian Journal of Physiotherapy*, 48(2), 105-112. [https://doi.org/10.1016/s0004-9514\(14\)60204-x](https://doi.org/10.1016/s0004-9514(14)60204-x)
- Mazer, B., Feldman, D., Majnemer, A., Gosselin, J., & Kehayia, E. (2006). Rehabilitation services for children: Therapists' perceptions. *Pediatric Rehabilitation*, 9(4), 340-350. <https://doi.org/10.1080/13638490600668087>
- McWilliam, R. A., Casey, A. M., & Sims, J. (2009). The routines-based interview: A method for gathering information and assessing needs. *Infants & Young Children*, 22(3), 224-233. <https://doi.org/10.1097/IYC.0b013e3181abe1dd>
- Raghavendra, P., Murchland, S., Bentley, M., Wake-Dyster, W., & Lyons, T. (2007). Parents' and service providers' perceptions of family-centred practice in a community-based, paediatric disability service in Australia. *Child: Care, Health & Development*, 33(5), 586-592. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2007.00763.x>
- Schenker, R., Parush, S., Rosenbaum, P., Rigbi, A., & Yochman, A. (2016). Is a family-centred initiative a family-centred service? A case of a Conductive Education setting for children with cerebral palsy. *Child: Care, Health &*



- Development*, 42(6), 909-917. <https://doi.org/10.1111/cch.12354>
- Steenbeek, D., Ketelaar, M., Galama, K., & Gorter, J. W. (2007). Goal attainment scaling in paediatric rehabilitation: A critical review of the literature. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 49(7), 550-556. <https://doi.org/10.1111/j.1469-8749.2007.00550.x>
- Tatla, S. K., Howard, D., Antunes Silvestre, A., Burnes, S., Husson, M., & Jarus, T. (2017). Implementing a collaborative coaching intervention for professionals providing care to children and their families: An exploratory study. *Journal of Interprofessional Care*, 31(5), 604-612. <https://doi.org/10.1080/13561820.2017.1336990>
- Turnbull, A. P., Summers, J. A., Turnbull, R., Brotherson, M. J., Winton, P., Roberts, R., Snyder, P., Mcwilliam, R., Chandler, L., Schrandt, S., Stowe, M., Bruder, M. B., Divenere, N., Epley, P., Hornback, M., Huff, B., Miksch, P., Mitchell, L., Sharp, L., & Stroup-Rentier, V. (2007). Family supports and services in early intervention: A bold vision. *Journal of Early Intervention*, 29(3), 187-206. <https://doi.org/10.1177/105381510702900301>
- Turnbull, A., Turnbull, R., Erwin, E. J., Soodak, L. C., & Shogren, K. A. (2013). 七個建立有效合作及互信關係的原則 (葛竹婷譯; 第六版)。載於洪麗瑜 (總校閱), 親師合作與家庭支援——由信任與夥伴關係創造雙贏 (頁 7-1~26)。華騰出版社。(原著出版於 2010)。
- Woods, J. J., Wilcox, M. J., Friedman, M., & Murch, T. (2011). Collaborative consultation in natural environments: Strategies to enhance family-centered supports and services. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, 42(3), 379-392. [https://doi.org/10.1044/0161-1461\(2011/10-0016\)](https://doi.org/10.1044/0161-1461(2011/10-0016))
- Woodside, J. M., Rosenbaum, P. L., King, S. M., & King, G. A. (2001). Family-centered service: Developing and validating a self-assessment tool for pediatric service providers. *Children's Health Care*, 30(3), 237-252. https://doi.org/10.1207/S15326888CHC3003_5



The Effects of Family-Centered Early Intervention Practices by Creating a Professional Team-Based Model in a Southern Regional Hospital

Min Hsu

Meng-Jung Liu

Department of Rehabilitation, Pingtung Christian Hospital
Department of Special Education, National Kaohsiung
Normal University

Department of Special Education,
National Kaohsiung Normal Uni-
versity

Abstract

The family-centered early intervention practice emphasizes that the family are as important as the children with developmental delay when they receive the service, and the approach often adopts a professional team-based model. However, such practices may have difficulties in implementing in hospitals in Taiwan due to the traditional concept of “expert guidance” existing in most medical systems. The aim of this research attempted to build a professional team-based model and investigated the effects of family-centered services. There were nine families recruited in this study after trained by the professional team members on family-centered services courses which tried to build collaborative relationships with families, and coach families how to create learning opportunities for their children in daily activities. Instruments of MPOC-SP, MPOC, FOS-RT, CDIIT-DT and GAS were used to evaluate the effects of the team-based and family-centered services after six months intervention. The result found significant improvements in the quality of family-centered services provided by the professional team-based model. Another significant result was found in family outcomes, such as understanding rights, helping children learn and creating a support system for their own family. The outcomes of the children also showed significant improvements in GAS. The study suggests the professional team-based model to provide family-centered early intervention services could be effective through collaboration for enhancing functions of family and promoting development of children with special needs.

Key words: family-centered services, early intervention, team-based model

Corresponding Author: Min Hsu Email: 810253101@mail.nknu.edu.tw

