

國立臺灣大學健康政策與管理研究所

碩士論文

Institute of Health Policy and Management

College of Public Health

National Taiwan University

Master Thesis

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

The Extent of Family-Centered Service Implemented in  
Pediatric Rehabilitation Programs in Metropolitan Taipei:

Parents' Perceptions and Its Influencing Factors



廖研蒲

Yen-Pu Liao

指導教授：鄭守夏 博士

Shou-Hsia Cheng, Ph.D.

曾美惠 博士

Mei-Hui Tseng, Ph.D.

中華民國 102 年 2 月

February 2013

國立臺灣大學碩士學位論文  
口試委員會審定書

in  
pei:

本論文係廖研蒲君（R99848003）在國立臺灣大學健康政策與管理研究所完成之碩士學位論文，於民國 101 年 6 月 4 日承下列考試委員審查通過及口試及格，特此證明

口試委員：

---

---

鄭守夏

---

曾美惠

---

廖華芳

---

林中凱

---

## 誌謝

我大學畢業後的第一份工作是兼職兒童職能治療師，感謝吳端文老師讓我有機會在全人兒童發展中心學習、並且服務有復健需求的兒童與其家庭，我在工作的過程中深刻體會提供「以家庭為中心的服務」對於兒童治療進展的助益，更啟發了我碩士論文的研究方向。

感謝本所鄭守夏老師指導我設計健康服務的調查研究且提供研究經費、感謝臺大職能治療學系曾美惠老師指導我問卷的本土化及心理計量驗證，也感謝加拿大 McMaster 大學 *CanChild* 兒童身心障礙研究中心的林家瑜與我合作進行「照護過程評量表」的本土化。

問卷本土化的過程中，感謝 11 位兒童復健領域的專家給予建議。問卷收集的過程中，感謝 12 個兒童復健單位的主管及治療師們同意及協助填寫問卷，以及感謝江婕瑋職能治療師協助一部份的問卷收集。特別感謝辛苦的家長們，在照顧孩子、帶孩子接受復健之際抽空幫我填寫問卷，並且提供我許多珍貴的心得，為我在艱辛的收問卷過程中增添不少動力。資料分析的過程中，感謝師大特教系林月仙老師、及臺大職能治療學研究所博士班黃千瑀學姐在統計分析方面的協助。在整個碩士論文研究構想、執行及寫作過程中，感謝臺大職治系謝清麟老師在我國科會大專生研究計畫的指導，讓我在許多環節裡都能較快步上軌道。

感謝台大物理治療學系廖華芳老師、台中教育大學早期療育研究所林中凱老師擔任我的口試委員，從學術研究及早期療育實務的經驗中提供我相當多寶貴的指導與建議，也給我肯定與鼓勵。

最後，感謝我的爸爸、媽媽在碩士班生活給我無限支持，也感謝我的好友們—盟正、廷翰、博彥、承翰、柏榮、傳修、涵文、又升、思帆、秉晉、信博等，充實我的休閒生活，感謝你們一路的陪伴。

2012.07.18 廖研蒲

## 中文摘要

**背景：**「以家庭為中心的服務(Family-Centered Service, FCS)」是目前國內外兒童復健界的目標。身心障礙兒童的家長比起一般兒童之家長有較多的親職壓力、情緒困擾，若服務提供者能提供「以家庭為中心的服務」可促進家長心理層面的健康與安適，然而臺灣目前僅有少數文獻探討家長對兒童復健之滿意度，因此「以家庭為中心的服務」之情形仍然未知，也需要進一步探究其影響因素。「照護過程評量表(Measure of Processes of Care, MPOC-20)」是目前國際上最常用於評量身心障礙兒童的家長感受兒童復健服務過程之「以家庭為中心」的程度的工具之一，但尚需評估其繁體中文版在臺灣使用的適用性及心理計量特性。

**目的：**第一部分：將「MPOC-20 繁體中文版」本土化為「MPOC-20 臺灣版」並驗證其心理計量特性(請見「工具」)。第二部份：(1)調查臺北地區家長感受兒童復健服務過程之「以家庭為中心」的程度，及(2)探討其影響因子。

**工具：**MPOC-20 為家長自填式問卷，共 20 題，原始架構為 5 個向度：賦能及合作(3 題)、提供一般資訊(5 題)、提供具體資訊(3 題)、全面及一致(4 題)、尊重及支持(5 題)，採用李克氏 7 點量尺作答，範圍自 1 分(完全沒有)到 7 分(極大的程度)，另有 0 分(不適用)。「MPOC-20 臺灣版」經過兩回專家問卷針對其適用性及語意清晰度進行修改，具良好內容效度，且透過田野測試進一步對問卷之文字敘述進行修正，確保家長能理解問卷內容。驗證性因素分析顯示「MPOC-20 臺灣版」原始 5 個向度與本土樣本並不適配，而探索性因素分析顯示「MPOC-20 臺灣版」之 20 題共可萃取出 3 個因素(合作與完整及支持、提供一般資訊、提供具體資訊)。本研究驗證「MPOC-20 臺灣版」具有良好之心理計量特性，包含建構效度、同時效度(與家長滿意度評量呈現中度正相關)、內部一致性(Cronbach's  $\alpha$  介於 0.83 至 0.95)、及再測信度(組內相關係數值介於 0.80 至 0.87)。

**樣本：**本研究於 2011 年 11 月 16 日至 2012 年 1 月 12 日由研究者於臺北市及新北市親自進行問卷收集，共 12 個兒童復健單位、68 位治療師及 476 位有接受兒童復健服務之家長參與此研究。家長完成 MPOC-20 臺灣版及基本資料問卷，兒童復健單位主管及治療師完成自填基本資料問卷。

**資料分析：**樣本基本資料、「以家庭為中心的服務」概況以描述性統計方式呈現。本研究以多元線性迴歸分析「服務相關因素」對 MPOC-20 臺灣版 3 個向度各自之平均分數的影響，並同時控制「服務提供者」及「服務接受者」特性。

**結果：**(1)第 1 向度「合作與完整及支持」之平均分數最高(平均數=5.39、標準差=1.04)，第 3 向度「提供具體資訊」(平均數=4.80、標準差=1.38)次之，第 2 向度「提供一般資訊」之平均分數最低(平均數=4.41、標準差=1.32)。(2)控制了單位、治療師、家長及兒童的特性之後，治療模式為個別治療、每次治療時間為 40~60 分鐘、治療期間為 1 年以上未滿 2 年及 2 年以上，對於家長感受兒童復健服務過程之「以家庭為中心」的程度各有其正面的影響，治療頻率則無顯著影響。

**結論與建議：**目前臺北地區兒童復健服務能夠給予家長尊重及支持，並提供全面及一致的照護，然而，兒童之治療相關書面資訊及療育相關訊息的提供則相當不足。早期療育政策、健保給付制度、臨床服務制度與評鑑均應支持 FCS，並考量服務相關因素對於提供 FCS 的影響，且進行適當調整，以期提升發展遲緩或身心障礙兒童及其家庭的健康與安適。

**關鍵詞：**發展遲緩兒童、身心障礙兒童、早期療育、兒童復健服務品質、以家庭為中心的服務、心理計量

## Abstract

**Background:** Family-Centered Service (FCS) has been acknowledged as the ‘best-practice’ model in pediatric rehabilitation. Parents of children with disabilities have greater parental stress than parents of typically developing children. There is evidence that FCS results in better parental psychosocial well-being and better psychological adjustment of children. However, the extent of FCS implemented in pediatric rehabilitation programs as perceived by parents in Taiwan has not been investigated before, and a limited number of studies have addressed the service-related variables that contribute to parents’ perceptions of FCS in pediatric rehabilitation service. Measure of Processes of Care (MPOC-20) is widely used to evaluate the extent to which the service was family-centered from the parents’ perspectives. The questionnaire had been translated to traditional Chinese. Yet, it has not yet been cross-culturally adapted, neither the cross-cultural validation has been conducted when used in Chinese-speaking society.

**Objectives:** The first part of this study was to cross-culturally adapt the traditional Chinese translation of MPOC-20 and to examine its validity and reliability for use in Taiwanese context (see ‘instrument’ as follows). There were 2 aims in the second part of this study: (1) to describe parents’ perceptions of the extent to which FCS behaviors occurred in outpatient pediatric rehabilitation facilities in metropolitan Taipei, and (2) to examine factors influencing parents’ perceptions of the family centeredness of care.

**Instrument:** MPOC-20, a 20-item self-report measure, originally comprises of five scales:(1)Enabling and partnership; (2)Providing general information;

(3)Providing specific information about the child; (4)Coordinated and comprehensive care and (5)Respectful and supportive care. The answers are given on a seven-point scale from ‘to a great extent (7)’ to ‘never (1)’, with an additional alternative of ‘not applicable (0)’. We conducted the cross-cultural adaptation by consulting 11 experts in the field of pediatric rehabilitation twice to confirm the content validity, in terms of the applicability and clarity of each item in the traditional Chinese translation of MPOC-20. After we accomplished a revision based on experts’ comments, we carried out a field test to make sure that the wording of the traditional Chinese (Taiwanese context) version of MPOC-20 is understandable by parents. The Confirmatory Factor Analysis (CFA) showed that the original model which contained 5 factors extracted from 20 items is not fit with Taiwanese sample, so we further performed the Exploratory Factor Analysis (EFA) which indicated there are 3 factors among the 20 items including ‘cooperative, integrated and supportive care’, ‘Providing general information’, and ‘Providing specific information about the child’. The concurrent validity was confirmed by positive correlations between MPOC-20 scale scores and a Parent Satisfaction Questionnaire( $r$  0.54~0.78). The internal consistency analyses (Cronbach’s  $\alpha$  0.83~0.95) and the test-retest analyses (intraclass correlation coefficients (ICCs) 0.80~0.87) showed that the traditional Chinese (Taiwanese context) version of MPOC-20 is a reliable tool.

**Subjects** : 476 parents and 68 therapists from 12 outpatient pediatric rehabilitation facilities in metropolitan Taipei participated in this study from November 16<sup>th</sup>, 2011, to January 12<sup>th</sup>, 2012. Parents answered the traditional Chinese (Taiwanese context) version of MPOC-20 and an attached demographic questions sheet, while therapists were asked to provide demographic information.

**Statistics:** Descriptive analyses were used for showing demographic characteristics of the participants and the results of the traditional Chinese (Taiwanese context) version of MPOC-20. Multiple linear regressions with both service providers/receivers variables entered were performed to determine whether service-related variables affecting parents' perceptions of FCS.

**Results:** (1) Parents rated higher in 'cooperative, integrated and supportive care' (M=5.39, SD=1.04), while the lower 2 ratings were given to 'Providing general information' (M=4.41, SD=1.32) and 'Providing specific information' (M=4.80, SD=1.38). (2) Controlling the variables of service providers/receivers, we found that individual therapy, length of each therapy session between 40 to 60 minutes, and duration of therapy beyond 1 year are the positive factors associated with some or all aspects of FCS, while frequency of therapy is not significantly associated with FCS in the view of parents.

**Conclusions and policy implications :** The parents in metropolitan Taipei felt the services respectful, supportive, coordinated, and comprehensive; however, parents perceived they received insufficient information from therapists. In order to promote the health and well-being of children with developmental problems and their families, FCS provision should be considered as a priority in policy of early intervention, payment system in Taiwan national health insurance, clinical service delivery and service evaluation; furthermore, service-related variables should be taken into account in the planning and delivery of FCS.

**Key words:** children with developmental delay, children with disabilities, early intervention, quality of pediatric rehabilitation service, family-centered service, psychometric properties



# 目錄

口試委員會審定書.....	i
誌謝.....	ii
中文摘要.....	iii
Abstract.....	v
目錄.....	viii
圖目錄.....	xi
表目錄.....	xii
第一章 緒論.....	1
第一節 研究背景.....	1
第二節 研究目的.....	3
第三節 研究重要性.....	3
第二章 文獻探討.....	4
第一節 臺灣兒童復健服務概況.....	4
第二節 「以家庭為中心的服務」介紹.....	8
第三節 「以家庭為中心的服務」之評量工具.....	10
第四節 兒童復健品質之影響因子.....	12
第五節 「照護過程評量表」分數之影響因子.....	13
第六節 兒童復健治療模式與成效.....	16
第三章 研究設計與方法.....	19
(一)「照護過程評量表」本土化及心理計量特性驗證.....	19
第一節 問卷本土化.....	19
第二節 問卷心理計量特性驗證方法.....	22
第三節 樣本特性.....	27

第四節 效度.....	31
第五節 信度.....	37
第六節 小結.....	40
(二) 兒童復健服務過程的調查研究.....	41
第七節 研究設計.....	41
第八節 研究工具.....	43
第九節 樣本與程序.....	45
第十節 資料分析.....	47
第四章 研究結果.....	48
第一節 樣本特質描述.....	48
第二節 家長感受兒童復健服務過程之「以家庭為中心」的程度.....	54
第三節 家長感受服務之「以家庭為中心」的程度的影響因子.....	58
第五章 討論.....	61
第一節 研究設計與方法討論.....	61
第二節 研究結果討論.....	63
第三節 研究限制.....	68
第六章 結論與建議.....	69
第一節 結論.....	69
第二節 對未來研究的建議.....	69
第三節 對現況的建議.....	70
參考文獻.....	74
中文文獻.....	74
英文文獻.....	76
附錄一：照護過程評量表(MPOC-20)本土化之專家名單.....	81
附錄二：照護過程評量表(MPOC-20)英文原版.....	82

附錄三：照護過程評量表(MPOC-20)繁體中文版 .....	85
附錄四：照護過程評量表(MPOC-20)臺灣版 .....	88
附錄五：通過研究倫理委員會審查通知.....	91
附錄六：研究受訪者說明及同意書.....	93
附錄七：兒童復健服務調查問卷—家長.....	96
附錄八：兒童復健服務調查問卷—單位.....	100
附錄九：兒童復健服務調查問卷—治療師.....	101
附錄十：雙變項分析.....	102



## 圖目錄

圖 二-1	臺灣發展遲緩兒童早期療育流程.....	5
圖 二-2	臺灣發展遲緩兒童早期療育服務通報個案數.....	6
圖 二-3	2009 年臺灣早期療育經費來源.....	7
圖 二-4	「以家庭為中心的服務」之概念架構.....	9
圖 三-1	MPOC-20 臺灣版之問卷本土化流程.....	21
圖 三-2	MPOC-20 臺灣版心理計量特性驗證之資料收集流程.....	25
圖 三-3	MPOC-20 臺灣版之驗證性因素分析：原始模型.....	32
圖 三-4	MPOC-20 臺灣版之驗證性因素分析：調整模型.....	33
圖 三-5	研究架構圖.....	41
圖 三-6	兒童復健服務過程之調查研究的資料收集及處理流程.....	46
圖 四-1	MPOC-20 臺灣版 3 個向度分數之盒型圖.....	57
圖 六-1	Checklist of key indicators of family-centred service, goal setting and transition planning Check out your programme!.....	73

## 表目錄

表 三-1	MPOC-20 評分描述修改過程.....	20
表 三-2	MPOC-20 向度名稱修改過程.....	20
表 三-3	內部一致性、驗證性因素分析樣本：兒童基本資料(n=476).....	27
表 三-4	內部一致性、驗證性因素分析樣本：家長基本資料(n=476).....	28
表 三-5	再測信度、同時效度樣本：兒童基本資料(n=40).....	29
表 三-6	再測信度、同時效度樣本：家長基本資料(n=40).....	30
表 三-7	兩種因素模型的適配度指標.....	33
表 三-8	MPOC-20 臺灣版之探索性因素分析轉軸後的成份矩陣 <sup>a</sup> .....	35
表 三-9	MPOC-20 臺灣版與家長滿意度評量之 Pearson 相關係數(n=40).....	36
表 三-10	MPOC-20 臺灣版各向度之內部一致性.....	37
表 三-11	MPOC-20 臺灣版「合作與完整及支持」向度之項目整體統計量.....	38
表 三-12	MPOC-20 臺灣版「提供一般資訊」向度之項目整體統計量.....	38
表 三-13	MPOC-20 臺灣版「提供具體資訊」向度之項目整體統計量.....	38
表 三-14	MPOC-20 臺灣版各向度之組內相關係數(n=40).....	39
表 三-15	變項分組及評量方法.....	44
表 四-1	兒童復健服務相關基本資料(n=476).....	48
表 四-2	兒童復健單位基本資料(單位數=12；問卷數=476).....	49
表 四-3	治療師基本資料(治療師人數=68；問卷數=476).....	50
表 四-4	兒童基本資料(n=476).....	52
表 四-5	家長基本資料(n=476).....	53
表 四-6	MPOC-20 臺灣版 20 個題項分數之描述性統計.....	55
表 四-7	改善服務時可參考之 MPOC-20 臺灣版題項內容.....	56
表 四-8	MPOC-20 臺灣版各向度分數之描述性統計.....	57
表 四-9	多元線性迴歸：合作與完整及支持、提供一般資訊、提供具體資訊	60

# 第一章 緒論

## 第一節 研究背景

根據聯合國世界衛生組織(World Health Organization, WHO)的統計，發展遲緩兒童盛行率約為 6-8%，臺灣 2010 年發展遲緩兒童通報個案數為 17304 人，而發展遲緩兒童之早期療育在「兒童及少年福利與權益保障法施行細則」第 8 條當中有明確定義，其中兒童復健專業是早期療育當中最主要的衛生體系專業人員，主要包含：職能治療師、語言治療師、物理治療師、臨床心理師等。提升早期療育之服務品質為我國未來須努力的方向(行政院衛生署, 2011)，而過去 20 年來，國內外學者及實務工作者均認為兒童復健應朝向「以家庭為中心的服務(Family-Centered Service, FCS)」發展 (G. King et al., 2002；林美瑗，2010；鄭翠娟，2004)，因此，「以家庭為中心的服務」為兒童復健服務之重要的品質指標。

加拿大 McMaster 大學之 *CanChild* 研究團隊於 1996 年發展 56 題版本之「照護過程評量表(Measure of Processes of Care, 以下簡稱 MPOC)」，並於 2004 年發展 MPOC-20，修訂為 20 題的版本(S. King, King, & Rosenbaum, 2004)。MPOC-20 是目前最常用於評量身心障礙兒童的家長對於服務提供者提供「以家庭為中心的服務」之感受的工具，具良好心理計量特性與理論基礎(S. King, et al., 2004; S. M. King, Rosenbaum, & King, 1996)，MPOC-20 繁體中文版於 2011 年經過嚴謹的翻譯及審核程序，由 *CanChild* 研究團隊成員林家瑜及張慎耘完成，該版本尚須經過本土化程序及信效度驗證，方能於臺灣使用。

英國千禧年世代研究(Millennium Cohort Study)之結果顯示，母親的心理壓力對嬰幼兒之各方面發展及行為表現均有負面影響(Mensah & Kiernan, 2011)，臺灣出生世代先驅研究(Taiwan Birth Cohort Pilot Study)之結果也顯示，母親的心理健康會影響嬰幼兒的精細動作發展及社交發展(Lung, Shu, Chiang, & Lin, 2011)。值

得關注的是，發展遲緩及身心障礙兒童的母親比起一般兒童的母親，有較多的壓力、親職壓力與情緒困擾（Innocenti, Huh, & Boyce, 1992；鍾燕宜、潘雨辰、陳右振、郭煌宗，2010），因此，特殊兒童的家長若無法調適過多的心理壓力，則相當不利於該兒童的發展及療育。

研究證實，早期療育之服務提供者若提供「以家庭為中心的服務」，對於家長或是兒童均有正面的影響：可增進家長的心理安適、滿意度及自我效能、提升教養兒童的技巧、降低心理壓力；亦能增進兒童的行為、功能及健康相關生活品質(Dempsey, Keen, Pennell, O'Reilly, & Neilands, 2009; Dunst, Trivette, & Hamby, 2007; G. King, King, Rosenbaum, & Goffin, 1999; Law et al., 2003; Moore, Mah, & Trute, 2009)。臺灣目前僅有少數文獻探討家長對兒童復健的滿意度(張彝平, 2011；陳雅鈴、許玫玲, 2009；儲鳳英, 2005)，雖然大部分家長是感到滿意的，然而，臺灣目前早期療育之實務工作者礙於繁多的個案量，服務易著眼於孩童，而難以顧及家庭整體，也使得子女為疑似發展遲緩之家長的處境更為無助(林雅容等人, 2010)。為了更符合特殊兒童及其家庭的需求，亟需研究進一步探討臺灣兒童復健單位提供「以家庭為中心的服務」之實際情形。

## 第二節 研究目的

### 第一部分：

將「照護過程評量表(MPOC-20)繁體中文版」本土化為「MPOC-20 臺灣版」並驗證其心理計量特性，請見第三章第一部份「『照護過程評量表』本土化及心理計量特性驗證」。

### 第二部份：

使用第一部分研究完成之「MPOC-20 臺灣版」做為主要研究工具：

1. 調查臺北地區家長感受兒童復健服務過程之「以家庭為中心」的程度。
2. 探討家長感受兒童復健服務過程之「以家庭為中心」之程度的影響因子。

## 第三節 研究重要性

「以家庭為中心的服務」已經是國際上廣為認可的潮流，而建立其本土化評估工具之心理計量，將有利於臺灣兒童復健臨床或學術進行全面品質管理(Total Quality Management)及方案評估(program evaluation)。

臺灣過去在發展遲緩兒童早期療育探討「以家庭為中心的服務」的文獻多見於社會工作、特殊教育等領域，本研究是臺灣醫療體系之兒童復健領域第一個調查「以家庭為中心的服務」的研究，且探討其服務提供的影響因子，有助於對相關政策提出建議、改善兒童復健之「以家庭為中心的服務」，進而提升發展遲緩與身心障礙兒童及其家庭的健康與安適。



## 第二章 文獻探討

### 第一節 臺灣兒童復健服務概況

#### 一、發展遲緩兒童早期療育簡介

內政部兒童局（2008）簡介發展遲緩兒童早期療育的歷史與發展：「臺灣早期社會並不重視兒童發展問題，民間普遍存在「大雞晚啼」的傳統觀念，...，使得許多發展遲緩兒童錯失及早接受適當教育和治療的機會。1990 年代初期在民間社會福利相關團體大力的倡導與推動之下，終於在 1993 年修訂通過的兒童福利法中將發展遲緩兒童與其家庭的早期療育服務納入該法的保障中。...。1999 年內政部兒童局成立，發展遲緩兒童早期療育業務原屬內政部社會司自此轉由內政部兒童局負責，為該項業務之中央主管單位」。

2003 年兒童福利法及少年福利法為因應國際趨勢，修法合併為「兒童及少年福利法」，並於 2011 年修正名稱為「兒童及少年福利與權益保障法」，並修正全文。其施行細則第 9 條定義「發展遲緩兒童」是指在認知發展、生理發展、語言及溝通發展、心理社會發展或生活自理技能等方面，有疑似異常或可預期有發展異常情形，並經衛生主管機關認可之醫院評估確認，發給證明之兒童。另依據施行細則第 8 條，「早期療育」指由社會福利、衛生、教育等專業人員以團隊合作方式，依未滿六歲之發展遲緩兒童及其家庭之個別需求，提供必要之治療、教育、諮詢、轉介、安置與其他服務及照顧。

發展遲緩兒童早期療育服務的對象為未進入學齡階段之「疑似發展遲緩」或「發展遲緩」、「身心障礙」兒童，或經鑑輔會緩讀申請通過之學齡兒童。服務流程按發現通報、通報轉介、聯合評估、療育安置順序進行，其中「療育安置」包含醫療院所復健、教育托育安置、早療機構安置、安排療育計畫等（內政部兒童局，2007），可參考圖二-1：

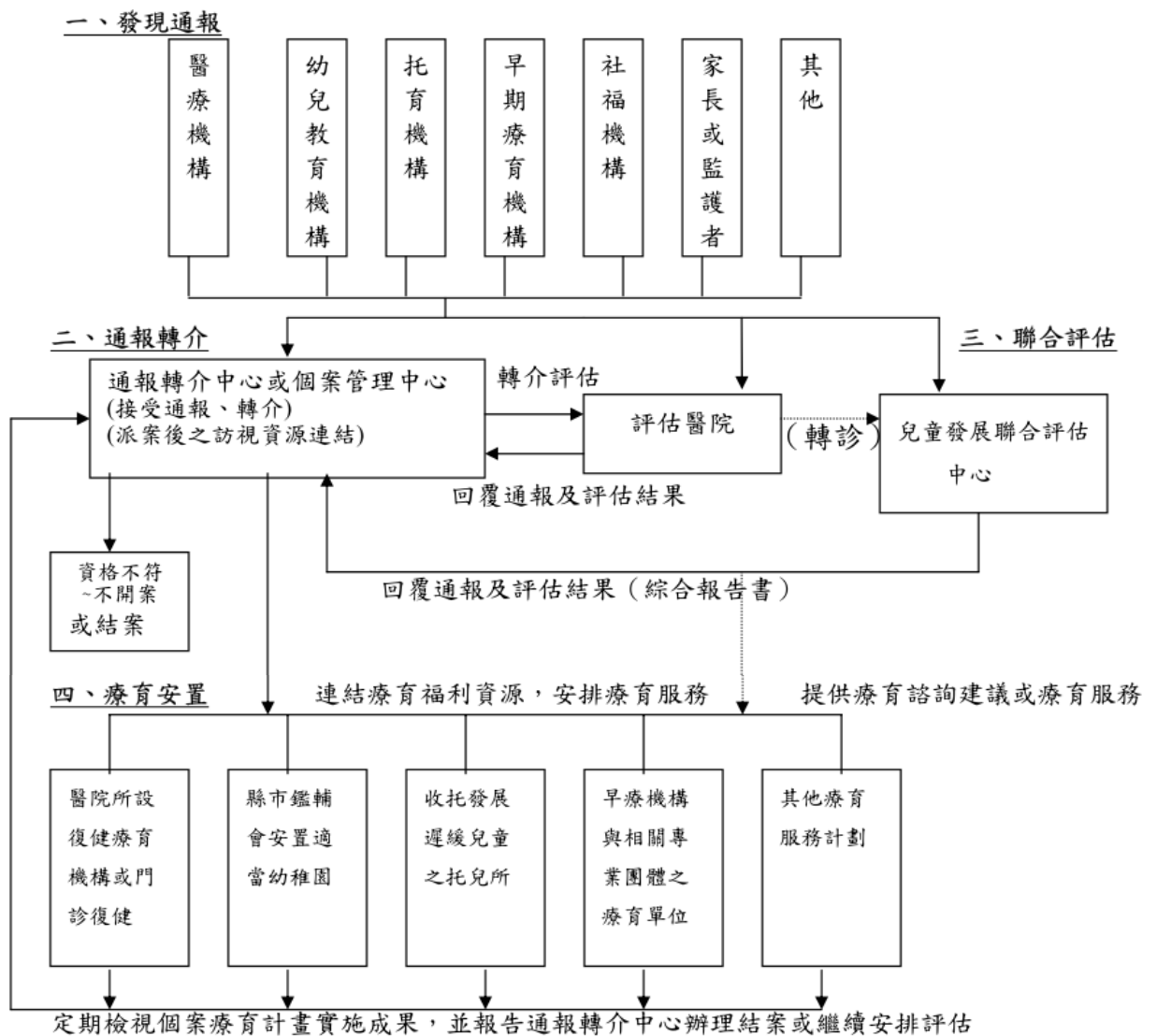
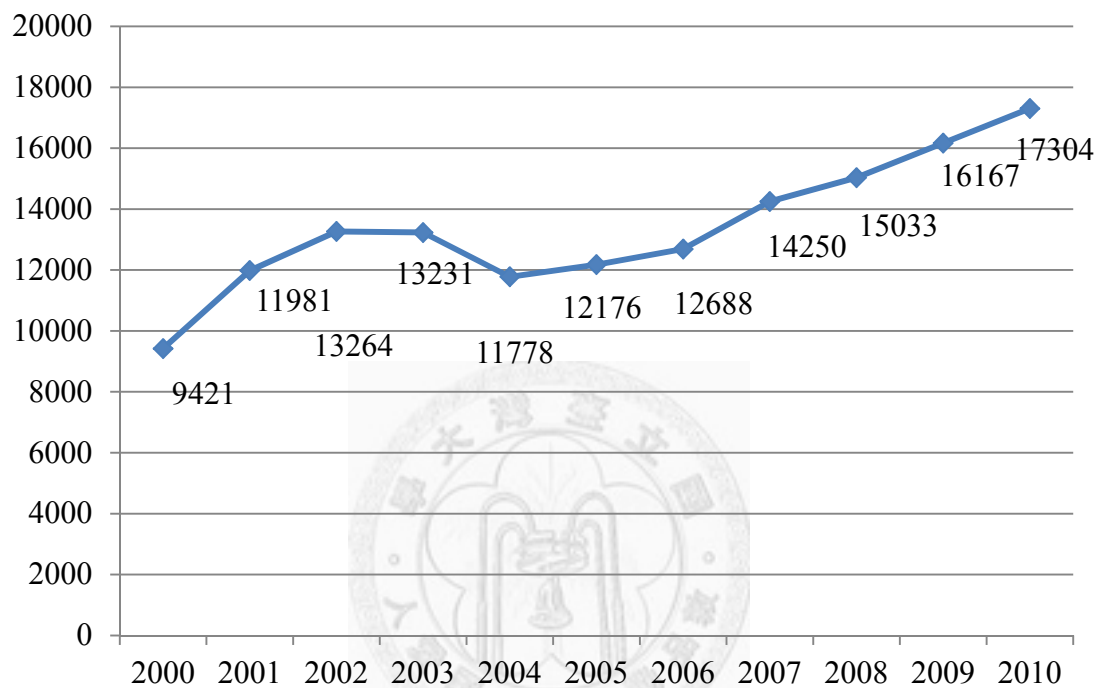


圖 二-1 臺灣發展遲緩兒童早期療育流程

臺灣 2010 年發展遲緩兒童早期療育服務通報個案數為 17304 人（內政部統計處，2011），較 2000 年(9421 人)成長約 83.67%，見下圖二-2，一般相信不是發展遲緩兒童發生率上升，而是發展遲緩兒童通報、轉介的情況有顯著進展，也顯示臺灣社會越來越重視發展遲緩兒童。



註：縱軸：人數。橫軸：年份。

圖 二-2 臺灣發展遲緩兒童早期療育服務通報個案數

## 二、臺灣兒童復健簡介

兒童復健專業是早期療育當中最主要的衛生體系專業人員，包含職能治療師、語言治療師、物理治療師、臨床心理師等，這些專業人員在早期療育服務流程當中之「聯合評估」及「療育安置」均扮演相當重要的角色，其所服務的對象多為 0 至 12 歲的兒童，包含診斷為發展遲緩、注意力不足過動症、自閉症類群障礙、腦性麻痺、智能障礙、癲癇、感覺統合障礙、染色體異常等的兒童。目前臺灣全民健康保險支付兒童復健治療，包含職能治療、語言治療、物理治療、特殊心理社會治療，各類治療師執行前述項目均需經由復健科專科專任醫師轉介（行政院衛生署中央健康保險局，2012）。

2009 年之早期療育服務的經費粗估約 20 億，主要來自中央健保局、各地方社會局與教育局，其中健保局佔約 13 億(佔 63%)為最多（孫世恆，2011），可見下圖二-3，而健保局的經費主要是用於支付兒童復健相關治療，顯示兒童復健服務是早期療育當中相當重要的專業。

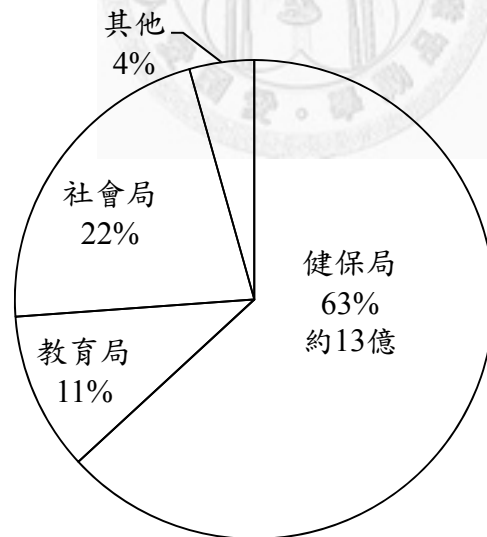


圖 二-3 2009 年臺灣早期療育經費來源

## 第二節 「以家庭為中心的服務」介紹

### 一、「以家庭為中心的服務」之發展歷史

在20世紀上半葉的北美洲地區，父母被認為沒有能力教養身心障礙的兒童，因此會建議父母將身心障礙兒童送至相關機構安置。1940至1950年代，一些身心障礙兒童的家長開始組成倡議團體(Advocacy group)，他們認為特殊兒童的命運不應該只受專業人員掌控，而應該由家長與專業人員建立夥伴關係。

使用「以個案為中心(client-center)」或「以家庭為中心(family-center)」的方式來服務有特殊需求的兒童的想法，在1940年代首先被Carl Rogers學者提出(Rogers, 1946)，1960年代中期，the Association for the Care of Child in Hospital(ACCH, 現在的 Association for the Care of Children's Health)開始宣導「以家庭為中心的服務」的概念(P. Rosenbaum, King, Law, King, & Evans, 1998)。

在傳統醫學模式當中，通常是提供「以兒童為中心(child-center)的服務」，醫師、治療師被視為專家，他們也被認為有能力評估特殊兒童的問題、建議介入方法、及提供整合性的治療。1990年代開始，「家人」在兒童成長過程中所扮演的角色逐漸受到重視，專業人員開始意識到家長是對兒童能力最了解的人，並且可提供兒童在其成長過程中重要的資源。

家庭系統理論(Family System Theory)也支持「以家庭為中心的服務」的重要性，此理論強調家庭中每個成員的互動會對彼此造成影響，此理論也認為家庭成員在生理、心理上若是健康的，則較有能力促進兒童的發展(Odom, Yoder, & Hill, 1988)。因此專業人員可透過影響家庭成員，來間接對兒童造成影響。

## 二、「以家庭為中心的服務」定義

「以家庭為中心的服務」在國際上並未有明確的定義，且在不同領域亦有各自著重的內容，本研究的定義為：是提供服務給特殊兒童及其家庭的一種理念、態度與方式，強調須與兒童的家庭成員資訊交流、共同合作，並且給予尊重及支持性的照護。由於每個家庭都是獨特的，且家人對兒童的能力與需求是最了解的人，因此服務提供者須與家庭共同決定服務內容，並考量所有家庭成員的長處與需求(Dyke, Buttigieg, Blackmore, & Ghose, 2006; G. A. King, Rosenbaum, & King, 1997; Law, et al., 2003; Raghavendra, Murchland, Bentley, Wake-Dyster, & Lyons, 2007; P. Rosenbaum, et al., 1998)。

兒童復健服務之「以家庭為中心的服務」的概念架構可由圖二-4 所示：「兒童復健專業人員」擁有復健的專業知識，「家長」則是最了解孩子的能力與需求的人，因此「兒童復健專業人員」與「家長」需要尊重彼此、互相提供資訊、共同合作來促進兒童的發展；「兒童復健專業人員」提供直接治療給兒童，「家長」在家也要延續並執行治療計畫。

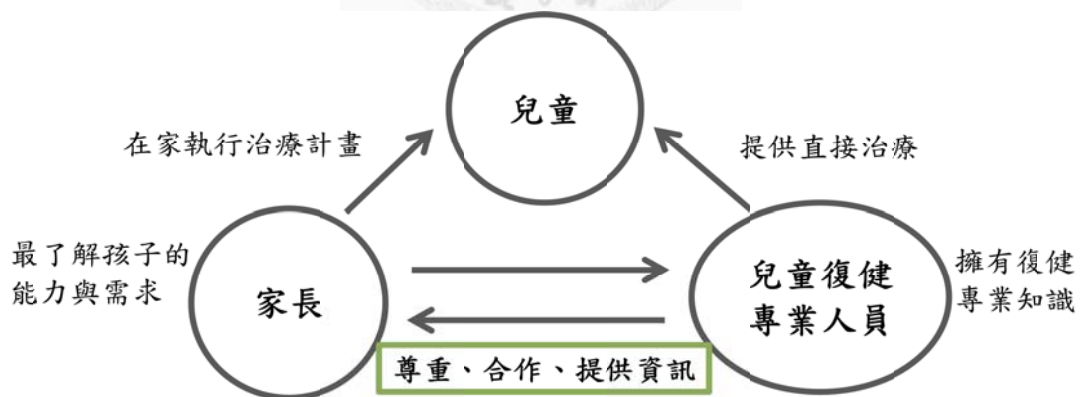


圖 二-4 「以家庭為中心的服務」之概念架構

### 第三節 「以家庭為中心的服務」之評量工具

由上頁圖二-4 可發現，「以家庭為中心的服務」主要是服務接受者(家長)以及服務提供者(臨床人員)之互動的過程，因此可以將家長或是臨床人員做為對象，來評量「以家庭為中心的服務」發生的程度。

家長的部分，加拿大 McMaster 大學之 *CanChild* 研究團隊於 1996 年發展 56 題版本之「照護過程評量表(Measure of Processes of Care, 以下簡稱 MPOC-讀做”em-pock”）」(S. M. King, et al., 1996)，MPOC 之概念架構為參考家長及臨床人員的意見而建構(P. L. Rosenbaum, King, & Cadman, 1992)，實際題目主要來自身心障礙兒童家長之焦點團體，並輔以文獻探討而擬定，其原有 103 題，經過主成分分析(Principle Component Analysis)後，留下因素負荷量 $>0.5$  的題目，並確保每個因素不高於 17 題也不低於 5 題，最後萃取出五個因素共 56 題，因素一為「能力賦予及合作關係(enabling and partnership)(16 題)」、因素二為「一般資訊之提供(providing general information)(9 題)」、因素三為「關於孩子的具體資訊之提供(providing specific information about the child)(5 題)」、因素四為「給孩子與家人的全面一致性照護(coordinated and comprehensive care for child and family)(17 題)」、因素五為「充滿尊重及支持性的照護(respectful and supportive care)(9 題)」。

MPOC-56 的填答時間約為 20 分鐘，為了縮短填答時間增加其實用性，*CanChild* 研究團隊於 2004 年將其修訂為 20 題的版本，即 MPOC-20(S. King, et al., 2004)，見「附錄二」。*CanChild* 研究團隊使用 1992 年收集的樣本(S. M. King, et al., 1996)，考量題目的頻率分布、題目重要性評分、題目間相關性，同時參考「以家庭為中心的服務」架構中的重要元素(P. Rosenbaum, et al., 1998)，從 56 題當中選出 35 題進行後續分析，包括內部一致性、主成分分析(Principle Component Analysis)進行斜交旋轉(oblique rotation)方法，且著重於結構矩陣(structure matrix)，經過以上反覆的過程，最後留下 20 題，並維持原來的五個向度。

MPOC-20 是目前最常用於評量身心障礙兒童的家長對於服務提供者提供「以家庭為中心的服務」之感受的工具之一，具良好心理計量特性與理論基礎(S. King, et al., 2004; S. M. King, et al., 1996)。信度方面，其五個向度之 Cronbach's alpha 值介於 0.83 至 0.90，具良好的內部一致性；該研究團隊雖然未針對 MPOC-20 進行再測信度的研究，但由於 MPOC-56 具有良好的再測信度(ICC 值介於 0.78~0.88)，而 MPOC-20 之所有題目均來自 MPOC-56，因此該研究團隊認為家長的填答結果應該是穩定的。效度方面，MPOC-20 各向度均與家長滿意度呈現正相關，並與家長壓力呈現負相關，因此具有良好的同時效度。

MPOC-20 之內容多屬於醫療品質當中「結構面」及「過程面」的指標，分數越高表示家長感受之「以家庭為中心的服務」程度越高，至今已翻譯為阿拉伯語、丹麥語、荷蘭語、法語、德語、希伯來語、義大利語、日語、拉脫維亞語、葡萄牙語、西班牙語及繁體中文等 12 種語言，均可於 *CanChild* 網站(CanChild, 2012b)免費下載。MPOC-20 繁體中文版於 2011 年經過嚴謹的翻譯(forward-back translation)及審核程序，由 *CanChild* 研究團隊成員林家瑜及張慎耘完成(見「附錄三」)，該版本尚須經過本土化程序及信效度驗證，方能於臺灣使用。

服務提供者的部分，同樣是加拿大 McMaster 大學之 *CanChild* 研究團隊於 1998 年發展「照護過程評量表-服務提供者版(Measure of Processes of Care for Service Providers, MPOC-SP)」，具良好心理計量特性，Cronbach's alpha 介於 0.78 至 0.90(Woodside, Rosenbaum, King, & King, 2001)，至今已翻譯為阿拉伯語、丹麥語、荷蘭語、希伯來語、義大利、日語及葡萄牙語等 7 種語言的版本，同樣可於 *CanChild* 網站(CanChild, 2012b)免費下載。唯尚未有繁體中文的版本。



#### 第四節 兒童復健品質之影響因子

加拿大 Mazer 等學者於 2006 年發表的研究中(Mazer, Feldman, Majnemer, Gosselin, & Kehayia, 2006)，探討兒童職能治療師與兒童物理治療師自身對於服務品質的觀感，發現服務年資較高、使用較多新治療技術(engaging in a greater number of methods of keeping up-to-date)的治療師自評的品質較佳，此外，工作機構類別及個案的診斷也會影響治療師的自評品質。另外，該研究以一開放性問題詢問治療師自覺提供「最佳品質服務」的正面及負面影響因素，其中前三大正面影響因素依序為具有專業間治療團隊(interdisciplinary team)及同事因素、經驗與工作滿意度、參與繼續教育訓練；前三大負面影響因素依序為工作負荷(workload)、工作硬體環境及設備、工作條件(working condition)及預算。

「滿意度」亦為醫療品質指標中重要的一環，有研究探討臺北地區家長對早期療育復健治療之滿意度的研究（陳雅鈴、許玫玲，2009），結果顯示家長滿意度的影響因素包含：家長與個案關係、教育程度、國籍、家庭平均月收入；兒童年齡、是否領有身心障礙手冊、復健期間、治療種類等；院所層級等。

## 第五節 「照護過程評量表」分數之影響因子

過去研究探討「照護過程評量表(包含 MPOC-56、MPOC-20、MPOC-SP)」之分數的影響因子，大致可分為三類因素：兒童因素、家長因素、服務提供者因素，以下分別進行探討：

### 一、兒童因素

瑞典 Granat 等學者的研究(n=2265)(Granat, Lagander, & Borjesson, 2002)指出，兒童為 0 到 6 歲之家長所填答之 MPOC-28 分數顯著高於 7 到 12 歲及 13 到 18 歲。兒童為智能障礙、多重障礙之家長所填答之 MPOC-28 分數顯著低於其他診斷。

英國 McConachie 等學者的研究(n=495)(McConachie & Logan, 2003)指出，兒童的年齡與其家長所填答之 MPOC-56 其中 3 個向度之平均分數呈現顯著負相關，亦即年齡小的分數較高，而兒童之診斷、障礙程度沒有顯著差異。

瑞典 Bjerre 等學者的研究(n=499)(Bjerre et al., 2004)指出，兒童為 0 到 6 歲之家長所填答之 MPOC-56 分數顯著高於 7-13 歲及 14-20 歲。

澳洲 Raghavendra 等學者的研究(n=169)(Raghavendra, et al., 2007)指出，兒童為 0 到 6 歲之家長所填答之 MPOC-20 分數在「全面及一致」向度顯著高於 12 歲以上。

加拿大 Camden 等學者的研究(n=222)(Camden, Swaine, Tetreault, & Brodeur, 2010)指出，兒童為 5 到 11 歲之家長所填答之 MPOC-56 分數在「賦能及合作」、「提供具體資訊」、「全面及一致」、「尊重及支持」向度顯著高於 12 歲以上。

澳洲 Dickens 等學者的研究(n=100)(Dickens, Matthews, & Thompson, 2011)指出，兒童之障礙程度(單一/多重)、障礙類別(肢體/認知)其家長填答之 MPOC-20 各向度分數均無顯著差異，雖然單一障礙及肢體障礙組別之各向度分數有較高的趨勢。

美國 Schreiber 等學者的研究(n=246)(Schreiber, Benger, Salls, Marchetti, & Reed, 2011)指出，兒童的年齡及診斷時的年齡與其家長填寫之 MPOC-20 各向度分數均無顯著相關(Spearman correlation)，而診斷為腦性麻痺之兒童其家長填答之 MPOC-20 在「提供一般資訊」向度之中位數分數為最高。

## 二、家長因素

加拿大 King 等學者的研究(G. A. King, King, & Rosenbaum, 1996)當中，比較父親與母親在 MPOC-56 之填答分數，結果顯示除了第四向度(全面及一致)為母親分數較高，其餘 4 個向度結果均類似。

瑞典 Granat 等學者的研究(n=2265)(Granat, et al., 2002)指出，居住於鄉村的家長相較於居於都市的，所填答之 MPOC-28 分數有較高的趨勢。

英國 McConachie 等學者的研究(n=495)(McConachie & Logan, 2003)指出，父親職業會影響 MPOC-56 之分數，其中沒有工作的在其中一向度的分數顯著較有工作(Manual/Non-Manual)的高，而母親教育程度則沒有顯著差異。

加拿大、荷蘭等多位學者的研究(S. King, et al., 2004; Law, et al., 2003; van Schie, Siebes, Ketelaar, & Vermeer, 2004)均指出，家長對服務的滿意度與其所填答之 MPOC-56、MPOC-20 各向度分數呈現顯著的正相關。

澳洲 Raghavendra 等學者的研究(n=169)(Raghavendra, et al., 2007)指出，家長之教育程度在 MPOC-20 各向度的分數均無顯著差異。而居住於鄉村之家長，相較於居於都市的，所填答之 MPOC-20 分數在「提供一般資訊」、「提供具體資訊」向度顯著較高。然而澳洲 Dickens 等學者的研究(n=100)(Dickens, et al., 2011)指出居住地區別無顯著差異。

加拿大 Camden 等學者的研究(n=222)(Camden, et al., 2010)指出，家長教育程度較低者在 MPOC-56 之「提供一般資訊」、「提供具體資訊」、「全面及一致」向度之分數顯著較高。

### 三、服務提供者因素

加拿大 King 等學者的研究(G. A. King, et al., 1997)當中，比較接受門診復健、及唇顎裂治療中心服務之兩群家長在 MPOC-56 之填答分數，結果顯示在某幾個向度均有顯著差異，顯示不同的服務類別也會影響 MPOC-56 之分數。

英國 McConachie 等學者的研究(n=495)(McConachie & Logan, 2003)指出，若服務提供者有一名主要負責協調的人員(Care coordinator)，則家長填寫之 MPOC-56 所有向度分數均高於無 Care coordinator 者。

澳洲 Raghavendra 等學者的研究(n=122)(Raghavendra, et al., 2007)指出，專業人員之年資與其填答之 MPOC-SP 分數具有顯著正相關、而不同專業類別所填答之 MPOC-SP 分數也有顯著差異。

#### 小結

家長感受兒童復健服務過程之「以家庭為中心」的程度的相關因子包括：兒童年齡、診斷、疾病嚴重度；家長與兒童之關係、居住地、工作狀態、教育程度；服務類別、服務中有無主要協調人員。

而專業人員之年資、專業類別也會影響其提供「以家庭為中心的服務」。有學者建議，未來研究須進一步探討「服務相關因素(service-related variables)」(Camden, et al., 2010)，如：兒童所接受的治療模式(個別治療或團體治療)、治療頻率等。

## 第六節 兒童復健治療模式與成效

兒童復健的治療模式大致上可分為「個別治療(individual therapy)」與「團體治療(group therapy)」，「個別治療」是指治療師與兒童一對一進行治療，而「團體治療」是指治療師在同一治療時段中同時提供服務給 2 位以上的兒童，該團體內的所有個案通常具有類似的治療目標。一般來說，個別治療能使治療師專注於該兒童的個別需求，但因服務量方面的限制，可能會有復健等待時間過長的問題，因此，提供團體治療是解決復健等待時間的一種方案(Bell, Corfield, Davies, & Richardson, 2010; Miller et al., 2008)。此兩種治療模式在各方面的成效，是研究者及臨床工作者需要考量的，以下分類進行文獻探討：

### 一、動作發展

美國 Davies 等學者 1993 年發表的研究(Davies & Gavin, 1994)中，研究對象為 3~5 歲發展遲緩兒童，其中 10 位接受個別治療(職能治療與物理治療)、8 位接受團體/諮詢治療(職能治療與物理治療)，經過 7 個月的介入之後，個別治療組兒童之精細動作的發展商數維持水平、粗大動作之發展商數有輕微進展，而團體/諮詢治療組的兒童之精細動作及粗大動作的發展商數均輕微落後，雖然兩組發展商數之改變沒有達到統計上的顯著差異，但結果仍顯示個別治療的在動作方面的療效有優於團體治療的趨勢。

香港 Hung 等學者於 2010 年發表的研究(Hung & Pang, 2010)中，研究對象為 6~10 歲發展性協調障礙(Developmental Coordination Disorder)，亦得到與上篇研究類似的結果：個別治療組(11 位)介入後之動作障礙程度分數下降 5.2 分，團體治療組(12 位)則為 4.4 分，兩組之改變分數雖未達到統計上的顯著差異，但個別治療有優於團體治療的趨勢。

## 二、語言發展

英國 Dickson 等學者於 2009 年針對學校當中的語言治療服務進行研究 (Dickson et al., 2009), 研究對象為具 Primary language impairment 之 6~11 歲學童, 隨機控制實驗(Randomized Control Trial, RCT)結果顯示: 在學校接受語言治療之「個別治療(34 位)」與「團體治療(28 位)」之兩組學童的語言能力改善分數無顯著差異, 但團體治療的語言改善分數(4.5 分)有優於個別治療(3.3 分)的趨勢。

## 三、治療師主觀感受

美國 Laforme 等學者於 2007 年發表的美國國家兒童物理治療師調查 (Laforme & Effgen, 2007)發現, 只有 17%的物理治療師認為團體治療比個別治療有效, 39%認為團體治療沒有比個別治療有效, 剩下 44%不確定兩者之優劣。

加拿大 Camden 等學者於 2011 年發表的質性研究(Camden, Tetreault, & Swaine, 2011)指出, 治療師認為提供團體治療會增加自身的工作負荷, 在設定團體治療目標及準備治療活動方面也是很大的挑戰, 也認為這樣的服務模式無法滿足每位兒童的治療需求, 再者, 很難讓每位家長都參與治療。儘管此模式能增加治療可近性、減少復健等待時間, 但許多治療師仍擔心團體治療的治療品質。但團體治療仍有其優點, 例如可以提升兒童參與治療的動機、增加兒童社會參與、同儕互相學習的機會。

## 四、以家庭為中心的服務

加拿大 Camden 等學者於 2010 年發表的研究中(Camden, et al., 2010)使用照護過程評量表(MPOC-20)來進行一家醫院 2007 至 2009 年之兒童復健方案評估, 結果雖顯示接受「個別治療」與「團體治療」之兒童的家長所回報之 MPOC-20 各向度平均分數均無顯著差異, 但該研究樣本僅 69~80 位家長, 且問卷回覆率低 (19.5~30.9%), 再者, 有回覆者顯著接受較多的治療時數, 因此其研究結果仍未

明確。同時，該研究質性的部分顯示，許多家長表示希望接受更多的個別治療而非團體治療。

### 小結：

過去研究比較個別治療與團體治療的成效研究當中，使用醫療品質之「結果面」的指標包含動作發展、語言發展、治療師主觀感受療效等，部分研究結果顯是個別治療有療效較佳的趨勢。而過去研究較缺乏兒童復健領域特別強調「以家庭為中心的服務」之「結構面」與「過程面」指標的評量，因此仍需研究進一步探討。

目前極需研究以更好的研究設計(如：控制兒童的年齡、疾病嚴重度)，以及以兒童復健領域特別強調的「以家庭為中心的服務」當做指標，來比較個別治療與團體治療的成效，才能對臨床工作者、政策制定者等，在兒童復健服務模式之決策上提供實證依據。故本研究將治療模式(個別治療/團體治療)及相關因素(治療時間、治療頻率、治療期間)設為自變項，並同時控制服務提供者與服務接受者的特性，來分析其對家長感受「以家庭為中心」之程度的影響。

### 第三章 研究設計與方法

#### (一)「照護過程評量表」本土化及心理計量特性驗證

研究者於 2011 年 8 月向「照護過程評量表(MPOC-20)」之發展者—加拿大 McMaster 大學之 *CanChild* 研究團隊取得同意後，開始進行「MPOC-20 繁體中文版」之本土化及心理計量特性驗證，研究者也同意將修改完成的「MPOC-20 繁體中文臺灣版(於本文中簡稱為『MPOC-20 臺灣版』)」於 *CanChild* 網站出版，並且供使用者免費下載，見「附錄四」。

#### 第一節 問卷本土化

問卷本土化流程可參考圖三-1。

MPOC-20 繁體中文版之問卷譯名為「照護過程測量表」，研究者考量臺灣本土用詞的習慣，將名稱改為「照護過程評量表」。

##### 一、專家內容效度

本研究邀請臺灣兒童復健(包含職能治療、語言治療、物理治療、臨床心理)相關臨床及研究人員，擔任本土化「MPOC-20 繁體中文版」的專家，並且與問卷原譯者—林家瑜共同進行問卷修改。專家名單詳見「附錄一」。

第一回專家問卷共 11 位專家參與，每位專家針對問卷題目(1)是否適用於臺灣地區？(2)文字敘述是否清楚？給予意見及修改建議，我們將 3 位專家以上認為「不適用」或「不清楚」的題目進行文字修改，20 題中共修改了 11 題。接著製作第二回專家問卷，同樣請 11 位專家就我們修改(或不修改)之內容給予意見(同意/不同意)，共 9 位專家回覆，我們同樣將 3 位專家以上認為不同意的題目進行文字修改，20 題中共修改了 2 題，完成「MPOC-20 臺灣預試版」。



問卷評分的描述，修改如下表三-1。考量中文之「相當大」、「非常大」之區別恐怕不明，因此參考專家意見修改為「稍大」、「很大」。

表 三-1 MPOC-20 評分描述修改過程

原文	To a Very Great Extent	To a Great Extent	To a Fairly Great Extent	To a Moderate Extent	To a Small Extent	To a Very Small Extent	Not at All	Not Applicable
分數	7	6	5	4	3	2	1	0
原翻譯	極大的程度	非常大的程度	相當大的程度	中等的程度	輕微的程度	極小的程度	完全沒有	不適用
修改	--	很大的程度	稍大的程度	--	--	--	--	--

五個向度名稱之翻譯來源為問卷原譯者林家瑜，在上述專家問卷當中，亦有專家給予本土化用詞的建議，研究者參考其建議進行修改。而考量向度名稱過長，研究者在結果呈現時將使用簡化的名稱，詳見表三-2。

表 三-2 MPOC-20 向度名稱修改過程

問卷翻譯與原文	本土化修改	簡寫
能力賦與及合作關係 (enabling and partnership)	能力賦予及合作關係	賦能及合作
一般資訊之提供 (providing general information)	--	提供一般資訊
關於孩子的具體資訊之提供 (providing specific information about the child)	--	提供具體資訊
給全家人的全面一致性照護 (coordinated and comprehensive care for child and family)	給孩子與家人的全面一致性照護	全面及一致
充滿尊重和支持性的照護 (respectful and supportive care)	--	尊重及支持

## 二、田野測試

本研究以「MPOC-20 臺灣預試版」進行田野測試(Field Test)，以確認問卷題目是否容易理解。研究者至三家兒童復健單位(包含醫院、診所、治療所)請 20 位教育程度包含國中以下、高中職、大學、碩士以上之家長填寫，請家長針對問卷題目提出敘述不清楚的部分，我們參考家長之建議，20 題中修改了 3 題，最終完成「MPOC-20 臺灣版」，內容詳見「附錄四」。



圖 三-1 MPOC-20 臺灣版之問卷本土化流程

## 第二節 問卷心理計量特性驗證方法

### 一、研究工具

#### 1. 照護過程評量表(MPOC-20)臺灣版

此問卷為受訪者自填式問卷，對象為接受兒童復健服務的家長，建議受訪者需要接受該兒童復健服務至少 6 個月，以確保受訪者對於該服務的熟悉 (S. King, Rosenbaum, & King, 1995)，共 20 題，約 5 分鐘可填寫完成，可區分為 5 大向度：(1)賦能及合作：3 題、(2)提供一般資訊：5 題、(3)提供具體資訊：3 題、(4)全面及一致：4 題、(5)尊重及支持：5 題。

向度(1)(3)(4)(5)中每一題的問句開頭均為：「在過去一年中，那些為您的孩子提供服務的人員，在何種程度上...」，題目內容為直接提供服務給孩子及家長之專業人員的特定行為，如：「完整地向您解釋可選擇的治療項目？」。向度(2)的問句開頭為「在過去一年中，那間為您提供服務的機構，在何種程度上...」，題目內容為機構內全體工作人員(除了專業人員外，可能也包含行政人員等)的特定行為，如：「可以讓您取得各種形式的資訊，像是衛教單張、衛教手冊、或可觀賞衛教影片等等？」。由於許多孩子均不只接受一種治療，也可能在多個單位進行療育，為了避免家長在填答過程中，對於題目當中實際指的人員或機構產生混淆，研究者在本研究中，將問句描述做了以下調整，向度(1)(3)(4)(5)的問句開頭修改為：「在過去一年中， 醫院(診所)治療的治療師，在何種程度上...」；向度(2)的問句開頭修改為：「在過去一年中，醫院(診所)兒童復健在何種程度上...」(為機構名稱；為職能/語言/物理)。內容詳見「附錄七」。

此問卷採用李克氏 7 點量尺作答，從 1 分(極小的程度)至 7 分(極大的程度)，分數越高代表家長感受其於該兒童復健單位所接受之「以家庭為中心的服務」程度越高，只有當題目所描述的狀況不適用於填答者時，可以圈選

0分(不適用)。題目漏答或圈選「0分」視為無效，每個向度之有效填答題數需達總題數之三分之二，才可計算該向度之平均分數，無需計算總量表之平均分數。

## 2. 家長及兒童基本資料問卷

家長基本資料包含與個案關係、年齡、國籍、最高學歷、工作狀態、最近一年家庭平均月收入。兒童基本資料包含性別、年齡、診斷、所具障礙證明文件類別、目前接受的所有療育項目、優先治療目標、在此單位接受的治療種類/頻率/模式/時間/期間/治療師姓氏。內容詳見「附錄七」。

## 3. 兒童復健之家長滿意度評量

此問卷為陳雅鈴等人參考歐洲早期療育之家長滿意度調查問卷設計的內容及方向，並依照目前國內的執行概況進行修改而完成(陳雅鈴 & 許玫玲, 2009)。問卷發展過程包含請 30 位家長參與問卷前測，依照家長的意見修改適合之語意及刪除不合適的題目，並邀請國內在學術界、醫務管理領域及從事早期療育實務多年的 10 位專家學者，進行專家內容效度之檢定。其中專家效度之內容關聯效度證據 (Content-Related Validity Index; CVI) 值為 0.9，顯示此問卷內容效度良好。

此問卷共五個向度：(1)對孩童的協助，12 題、(2)對家長的協助，7 題、(3)醫療資源及社會福利資源訊息的提供，5 題、(4)對醫院復健治療設備、環境、專業能力與整體服務滿意度，7 題、(5)復健治療可近性，3 題。其問卷各向度之 Cronbach's  $\alpha$  均在 0.8 以上，顯示此問卷具備內部一致性。

滿意度分數衡量的方法，採用李克氏 (Likert) 五分量表：「非常滿意」5 分、「滿意」4 分、「尚可」3 分、「不滿意」2 分、及「非常不滿意」1 分，並依照上述五個滿意度面向分別統計每位受訪家長之平均滿意度分數。

## 二、樣本選取與問卷施測

本研究欲驗證「MPOC-20 臺灣版」之心理計量特性：效度的部分，在問卷本土化的過程當中已確立了專家內容效度，接下來將進行建構效度、同時效度分析。信度的部分包含內部一致性、再測信度；唯以上各分析所需之樣本數及研究方法不盡相同，因此將進行兩部分的資料收集程序，可參考下頁圖三-2：

### 多院所樣本：建構效度、內部一致性分析

本研究通過臺大醫院研究倫理委員會(Research Ethics Committee)之簡易審查(通過審查之通知書見「附錄五」)，於 2011 年 11 月 16 日開始，至 2012 年 1 月 12 日結束問卷收集，採取立意取樣，至臺北市與新北市 6 家院所(包含醫院、診所)之 12 個兒童復健單位(包含職能治療、語言治療、物理治療)由研究者親自進行問卷收集。

研究者先取得各單位主管同意後，再前往該單位之家長等候區邀請家長並取得其同意後，請家長於等候時(此時兒童正在治療室進行治療)填寫「MPOC-20 臺灣版」及「家長、兒童基本資料」，填寫完畢後立即交給研究者，僅有少數家長有要事在身不便填寫問卷，而並未留在等候區之家長也無填寫問卷。所有問卷均為研究者親自發放與回收。

### 單一院所樣本：同時效度、再測信度分析

此部分研究於 2011 年 12 月 27 日開始，至 2012 年 1 月 14 日結束問卷收集，採取立意取樣，研究者先取得臺北市某一兒童復健單位之主管及治療師同意後，請該單位治療師協助發放問卷給該單位所服務之家長填寫問卷共兩回，第一回填寫「MPOC-20 臺灣版」及「家長、兒童基本資料」，間隔 2 週後，第二回再填寫「MPOC-20 臺灣版」及兒童復健之家長滿意度評量當中的三個

向度，包含「對孩童的協助」、「對家長的協助」、「醫療資源及社會福利資源訊息的提供」。所有問卷均為匿名填答，治療師請家長填完問卷後，交給櫃台人員立即放入牛皮紙袋，中間不經過治療師。研究者事先將該單位所服務的家長進行編號，以利問卷的發放及資料輸入。



圖 三-2 MPOC-20 臺灣版心理計量特性驗證之資料收集流程

### 三、心理計量特性分析方法

受訪家長、兒童基本資料以描述性統計方式呈現。

**效度分析：**建構效度部分，使用多院所樣本，以驗證性因素分析(Confirmatory Factor Analysis, CFA)及探索性因素分析(Exploratory Factor Analysis, EFA)評量「MPOC-20 臺灣版」之因素結構。同時效度部分，使用單一院所第二回之樣本，以「MPOC-20 臺灣版」之各向度分數與「兒童復健之家長滿意度評量」當中的三個向度之間的皮爾森相關係數值做為指標。

**信度分析：**內部一致性的部分，使用多院所樣本計算「MPOC-20 臺灣版」全量表及各向度之Cronbach's  $\alpha$  值，以及呈現項目整體統計量。再測信度部分，使用單一院所樣本計算「組內相關係數(Intraclass Correlation Coefficient, ICC)」驗證第一回、第二回之「MPOC-20 臺灣版」重複評量結果間的一致性程度，我們使用二因子隨機效應模式(two-way random effects model)、一致性(Consistency)以計算變異量(Shrout & Fleiss, 1979)。

本研究使用統計軟體 LISREL 8.54 進行驗證性因素分析，其餘均使用統計軟體 SPSS 18.0。

### 第三節 樣本特性

#### 多院所樣本：建構效度、內部一致性分析

##### 1. 兒童基本資料

本研究受訪家長之孩童當中，男性占 72.7%。年齡的部分，0 歲~3 歲 11 個月占 16.6%、4 歲~6 歲 11 個月占 54.2%、7 歲~9 歲 11 個月占 21.6%、10 歲以上占 7.6%。比例占最多的三個主要診斷為自閉症類群障礙(30.9%)、發展遲緩(24.2%)、注意力不足過動症(10.5%)。有 53.4%的兒童領有身心障礙手冊、24.2%的兒童只領有發展遲緩證明、22.5%的兒童沒有領取任何證明文件。詳見表三-3：

表 三-3 內部一致性、驗證性因素分析樣本：兒童基本資料(n=476)

變項名稱		個數	百分比
性別	男	346	72.7%
	女	130	27.3%
年齡	0 歲~3 歲 11 月	79	16.6%
	4 歲~6 歲 11 月	258	54.2%
	7 歲~9 歲 11 月	103	21.6%
	10 歲以上	36	7.6%
主要診斷	自閉症類群障礙	147	30.9%
	發展遲緩	115	24.2%
	注意力不足過動症	50	10.5%
	腦性麻痺	34	7.1%
	智能障礙	33	6.9%
	染色體異常	22	4.6%
	感覺統合障礙	14	2.9%
	語言障礙	14	2.9%
	癲癇	12	2.5%
	其它	35	7.4%
領有文件證明	無	107	22.5%
	發展遲緩證明	115	24.2%
	身心障礙手冊	254	53.4%



## 2. 家長基本資料

本研究受訪家長當中，為孩童之母親者占 77.7%、父親占 15.3%、其它(包含祖父、祖母、其他親友等)占 6.9%。年齡的部分，25~34 歲占 22.3%、34~39 歲占 35.3%、40~44 歲占 27.5%、45 歲以上占 14.5%。97.1%為本國籍。教育程度方面，高中(職)或以下占 24.2%、專科畢業占 24.2%、大學畢業占 33%、研究所以上占 16.4%。55.9%有全職或兼職工作。家庭月收入方面，34.2%為未滿 5 萬、42.2%為 5~10 萬、21.4%為超過 10 萬。詳見表三-4：

表 三-4 內部一致性、驗證性因素分析樣本：家長基本資料(n=476)

變項名稱		個數	百分比
與個案關係	母親	370	77.7%
	父親	73	15.3%
	其它	33	6.9%
年齡	25~34 歲	106	22.3%
	35~39 歲	168	35.3%
	40~44 歲	131	27.5%
	45 歲以上	69	14.5%
	遺漏值	2	0.4%
國籍	本國籍	462	97.1%
	外國籍	14	2.9%
教育程度	高中(職)畢業或以下	115	24.2%
	專科畢業	126	26.5%
	大學畢業	157	33.0%
	研究所以上	78	16.4%
工作狀態	有	266	55.9%
	無(或家管)	209	43.9%
	遺漏值	1	0.2%
家庭月收入	未滿 5 萬	163	34.2%
	5~10 萬	202	42.4%
	超過 10 萬	101	21.2%
	遺漏值	10	2.1%

## 單一院所樣本：同時效度、再測信度分析

### 1. 兒童基本資料

本研究受訪家長之孩童當中，男性占 80%。年齡的部分，2 歲~3 歲 11 個月占 15%、4 歲~6 歲 11 個月占 62.5%、7 歲~9 歲 11 個月占 12.5%、10 歲以上占 10%。比例占最多的三個主要診斷為自閉症類群障礙(55%)、發展遲緩(25%)、注意力不足過動症(10%)。有 55%的兒童領有身心障礙手冊、2.5%的兒童只領有發展遲緩證明、30%的兒童沒有領取任何證明文件。詳見表三-5：

表 三-5 再測信度、同時效度樣本：兒童基本資料(n=40)

變項名稱		個數	百分比
性別	男	32	80.0%
	女	8	20.0%
年齡	2 歲~3 歲 11 月	6	15.0%
	4 歲~6 歲 11 月	25	62.5%
	7 歲~9 歲 11 月	5	12.5%
	10 歲~12 歲 11 月	2	5.0%
	13 歲以上	2	5.0%
主要診斷	發展遲緩	10	25.0%
	注意力不足過動症	4	10.0%
	自閉症類群障礙	22	55.0%
	智能障礙	1	2.5%
	癲癇	1	2.5%
	感覺統合障礙	2	5.0%
領有文件證明	無	14	30%
	發展遲緩證明	1	2.5%
	身心障礙手冊	25	55.0%

## 2. 家長基本資料

本研究受訪家長當中，為孩童之母親者占 72.5%、父親占 22.5%、祖父母占 5%。年齡的部分，30~34 歲占 15.9%、34~39 歲占 45%、40~44 歲占 30%、45 歲以上占 10%。教育程度方面，高中(職)畢業占 6%、專科畢業占 25%、大學畢業占 60%、研究所以上占 10%。67.5%有全職或兼職工作。家庭月收入方面，10%為未滿 5 萬、52.5%為 5~10 萬、37.5%為超過 10 萬。詳見表三-6：

表 三-6 再測信度、同時效度樣本：家長基本資料(n=40)

變項名稱		個數	百分比
與個案關係	母親	29	72.5%
	父親	9	22.5%
	祖父母	2	5.0%
年齡	30~34 歲	6	15.9%
	35~39 歲	18	45.0%
	40~44 歲	12	30.0%
	45~49 歲	2	5.0%
	50 歲以上	2	5.0%
教育程度	高中職畢業	2	6.0%
	專科畢業	10	25.0%
	大學畢業	24	60.0%
	研究所以上	4	10.0%
工作狀態	有	27	67.5%
	無(或家管)	13	32.5%
家庭月收入	未滿 5 萬	4	10.0%
	5~10 萬	21	52.5%
	超過 10 萬	15	37.5%

## 第四節 效度

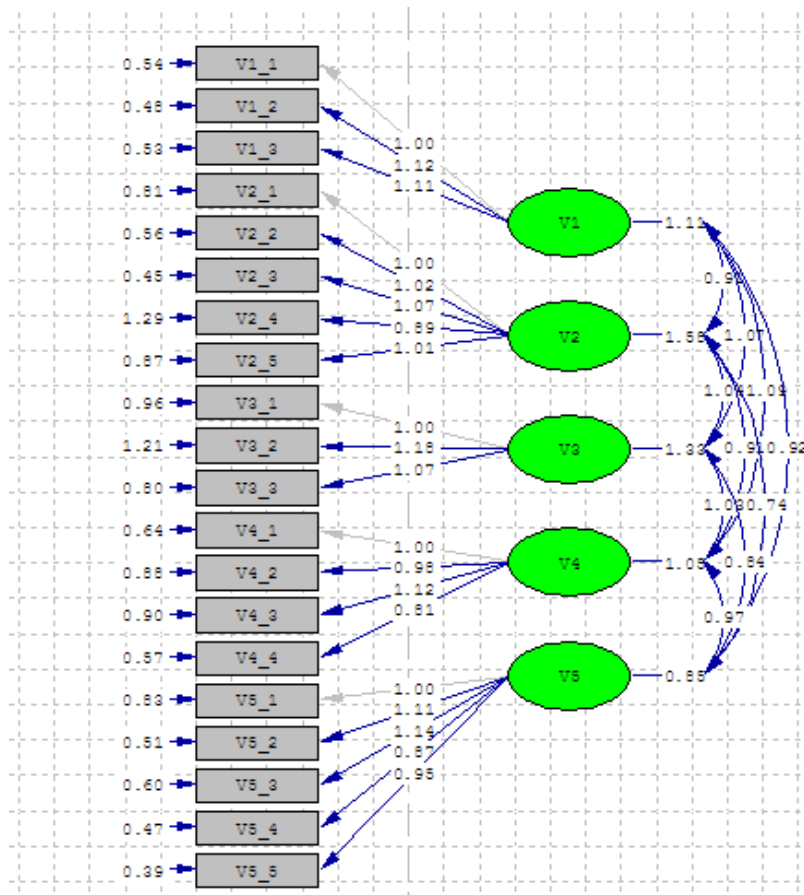
### 一、建構效度

MPOC-20英文版的發展過程及其信效度可詳見第二章第三節，並簡述如下：其最原始量表為101題，透過主成分分析、設定因素負荷量 $>0.5$ 及限定五向度題數之範圍後，刪減為56題。而考量實用性需再縮減題目，所以又進一步參考其內部一致性結果、主成分分析進行斜交旋轉(oblique rotation)方法，且著重於結構矩陣(structure matrix)，經過以上反覆的過程，最後留下20題，並維持原來的五個向度。本研究將MPOC-20本土化後，首先進行驗證性因素分析(CFA)，以驗證該理論模型與本土樣本資料的適配度。

#### 1. 驗證性因素分析(CFA)

本研究使用統計軟體LISREL 8.54，以CFA評量MPOC-20臺灣版之5因素結構。在CFA當中，使用最大概似(Maximum Likelihood, ML)估計法對五因素模型進行估計，且參考修正指標(modification indices, MI)來改善模型的適配度。模型適配度良好的基準(Hu & Bentler, 1999; 吳裕益, 2012)為：Root mean square error approximation(RMSEA) $<0.06$ 、Standardized root mean square residual(SRMR) $<0.05$ 、Comparative-fit index(CFI) $>0.95$ 、goodness of fit index(GFI) $>0.95$ 。

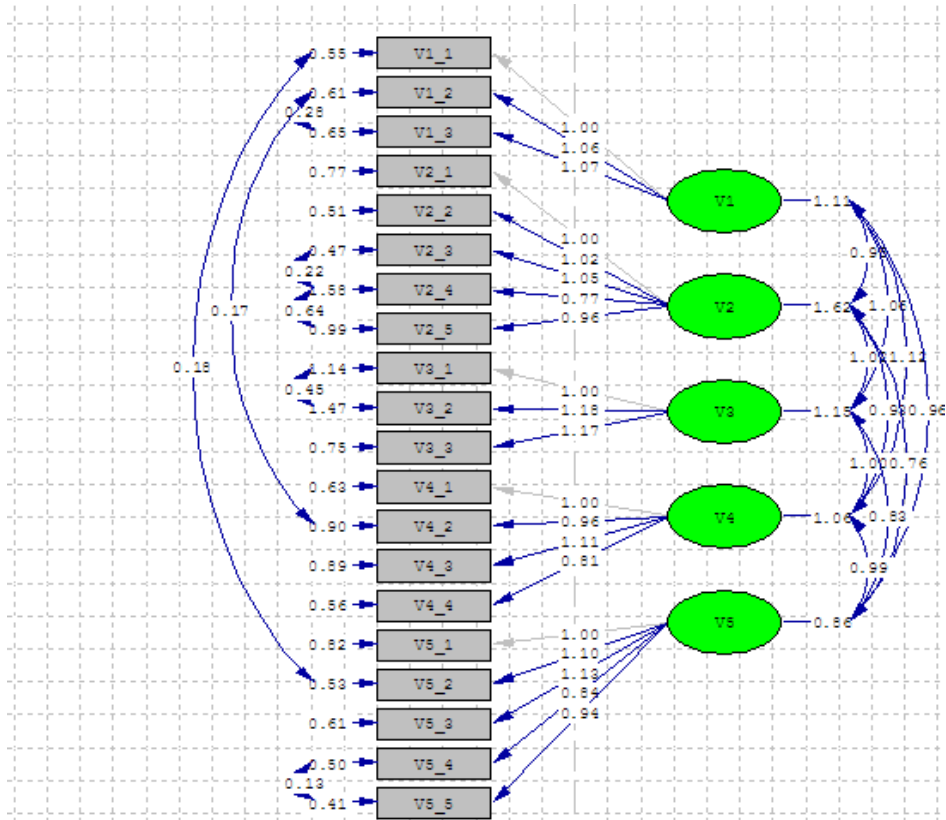
依照MPOC-20原版的因素結構，**原始模型**為從20個題目中萃取出5個因素(如圖三-3)，其適配度指標可見表三-7( $X^2=980.91$ ,  $df=160$ ,  $RMSEA=0.104$ ,  $SRMR=0.0449$ ,  $CFI=0.971$ ,  $GFI=0.829$ )，其RMSEA、GFI值未達標準，模型適配度不佳。



Chi-Square=980.91, df=160, P-value=0.00000, RMSEA=0.104

圖 三-3 MPOC-20 臺灣版之驗證性因素分析：原始模型

我們發現20個題項當中有相當多殘差無法被萃取出來的5個因素所解釋，因此我們依據修正指標進行模式調整，將7組题目的殘差設定為相關後，產生調整模型(如圖三-4)，其適配度指標可見表三-7( $X^2=561.37$ ,  $df=153$ ,  $RMSEA=0.075$ ,  $SRMR=0.0385$ ,  $CFI=0.985$ ,  $GFI=0.894$ )，其RMSEA、GFI值雖有改善，但仍未達標準，因此模式適配度依然不佳，且我們難以解釋這些題項之殘差為何無法被5個因素所解釋，故接下來需要進行探索性因素分析(EFA)來尋求較適合的因素模型。



Chi-Square=561.37, df=153, P-value=0.00000, RMSEA=0.075

圖 三-4 MPOC-20 臺灣版之驗證性因素分析：調整模型

表 三-7 兩種因素模型的適配度指標

模型	卡方值	自由度	RMSEA	SRMR	CFI	GFI
(標準)			(<0.06)	(<0.05)	(>0.95)	(>0.95)
原始	980.91	160	0.104	0.0449	0.971	0.829
調整	561.37	153	0.075	0.0385	0.985	0.894

## 2. 探索性因素分析(EFA)

在 EFA 分析中將研究樣本(n=476)先經過 Kaiser-Meyer-Olkin(KMO)取樣適切性檢定及 Bartlett 球型檢定：KMO=0.950、Bartlett 球型檢定值=7514.994、顯著性=0.000，結果顯示樣本資料可進行 EFA。

本研究對 MPOC-20 臺灣版的 20 題使用主成份分析(Principal Component Analysis)萃取因素和最大變異法(Varimax)進行因素轉軸，因素萃取使用特徵值大於 1 作為標準，EFA 結果顯示，樣本資料可萃取出 3 個因素，並解釋 70.13%的整體變異量，第 1 個因素可解釋全部變異之 55.88%、第 2 個因素可解釋全部變異之 9.24%、第 3 個因素可解釋全部變異之 5.02%

MPOC-20 臺灣版 20 題當中可被萃取出 3 個因素，考量每一因素中因素負荷量較高者(絕對值大於 0.5)，第 1 個因素包含 MPOC-20 臺灣版的第一(賦能及合作)、四(全面及一致)、五(尊重及支持)向度的所有題目，共 12 題。第 2 個因素即為 MPOC-20 臺灣版的第二向度(提供一般資訊)，共 5 題。第 3 個因素即為 MPOC-20 臺灣版的第三向度(提供具體資訊)，共 3 題。詳見表三-8。

因此建議未來使用 MPOC-20 臺灣版時，可以將第一、四、五向度合併為一個向度，我們將此向度命名為「合作關係與完整、支持性的照護 (cooperative, integrated and supportive care)」，簡稱「合作與完整及支持」。

表 三-8 MPOC-20 臺灣版之探索性因素分析轉軸後的成份矩陣<sup>a</sup>

照護過程評量表(MPOC-20)題目	因素一	因素二	因素三
<b>向度一：賦能及合作</b>			
1_1 在您覺得適當的時機給您想要的資訊？	<b>.748</b>	.261	.319
1_2 完整地向您解釋可選擇的治療項目？	<b>.619</b>	.242	<b>.543</b>
1_3 讓您有機會可以做有關治療方面的決定？	<b>.603</b>	.242	<b>.545</b>
<b>向度四：全面及一致的照護</b>			
4_1 考量到您孩子的「全面」需求（例如：在心理、情感上和社交上的需求），而不只是在身體需求上？	<b>.725</b>	.243	.296
4_2 確認至少有一名團隊人員長期為您及您的孩子提供服務？	<b>.634</b>	.276	.336
4_3 與團隊一起訂立治療計畫，以便他們都是朝同一方向努力？	<b>.568</b>	.288	<b>.518</b>
4_4 每位治療團隊成員所提供關於您孩子的資訊不會互相衝突？	<b>.751</b>	.184	.221
<b>向度五：尊重及支持的照護</b>			
5_1 幫助您感受到自己是個稱職的父母(或照顧者)？	<b>.598</b>	.233	.344
5_2 營造關懷氣氛，而不是只提供資訊給您？	<b>.767</b>	.281	.225
5_3 提供您足夠的談話時間，而不會讓您覺得匆忙？	<b>.720</b>	.219	.330
5_4 以平等尊重的態度與您互動，而非上對下的態度？	<b>.831</b>	.162	.070
5_5 可以個別看待您的狀況，而不是用同一種方式對待每一個有身心障礙孩童的父母(照顧者)？	<b>.792</b>	.199	.244
<b>向度二：提供一般資訊</b>			
2_1 給您有關該機構或是您社區中所提供的各類服務的資訊？	.164	<b>.767</b>	.316
2_2 可以讓您取得關於您孩子身心障礙的相關資訊（例如：它的起因、發展狀況、未來情況）？	.220	<b>.720</b>	.461
2_3 提供全家人獲取資訊的機會？	.246	<b>.809</b>	.312
2_4 可以讓您取得各種形式的資訊，像是衛教單張、衛教手冊、或可觀賞衛教影片等等？	.284	<b>.798</b>	-.018
2_5 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）？	.287	<b>.820</b>	.165
<b>向度三：提供具體資訊</b>			
3_1 提供您有關孩子所接受的治療內容的書面資訊？	.336	.166	<b>.746</b>
3_2 提供您有關孩子進展的書面資訊？	.242	.274	<b>.770</b>
3_3 告知您有關評估的結果？	.448	.299	<b>.607</b>

萃取方法：主成分分析。旋轉方法：含 Kaiser 常態化的 Varimax 法。

a. 轉軸收斂於 3 個疊代。



## 二、同時效度

同時效度為效標關聯效度的一種，代表問卷內容與一個外部效標之間的關聯程度。本研究分析家長滿意度評量之「對孩童的協助」、「對家長的協助」、「訊息的提供」此三個效標檢測向度與 MPOC-20 各向度分數之間的相關係數，結果顯示：「對孩童的協助」與各向度分數之相關值為 0.59 至 0.72( $p < 0.001$ )；「對家長的協助」與各向度分數之相關值為 0.54 至 0.78( $p < 0.001$ )；「訊息的提供」與各向度分數之相關值為 0.46 至 0.72( $p < 0.001$ )，詳見表三-9。結果顯示家長感受服務提供者提供「以家庭為中心」之程度越高，其滿意度程度越高，兩者之間具有中度正相關。

表 三-9 MPOC-20 臺灣版與家長滿意度評量之 Pearson 相關係數(n=40)

MPOC-20 臺灣版	家長滿意度評量		
	對孩童的協助	對家長的協助	訊息的提供
合作與完整及支持	<b>.72***</b>	<b>.55***</b>	<b>.46***</b>
賦能及合作	.59***	.54***	.56***
全面及一致	.67***	.78***	.72***
尊重及支持	.68***	.68***	.64***
提供一般資訊	<b>.63***</b>	<b>.65***</b>	<b>.61***</b>
提供具體資訊	<b>.61***</b>	<b>.64***</b>	<b>.62***</b>

\*\*\* $p < 0.001$

## 第五節 信度

### 一、內部一致性

一般而言，內部一致性之Cronbach's  $\alpha$ 值建議大於0.70以上(Nunnally, 1967)，本研究結果顯示，MPOC-20臺灣版全量表之Cronbach's  $\alpha$  =0.956(n=460)，各向度之Cronbach's  $\alpha$ 介於0.83至0.95(n=465~474)，詳見表三-10，顯示本問卷之內部一致性良好。

在「修正的項目總相關(corrected item - total correlation)」的部分，是計算各題項與所屬向度整體的相關，結果顯示，所有題項與其所屬向度均有高度相關，詳見表三-11、三-12、三-13。

表 三-10 MPOC-20 臺灣版各向度之內部一致性

向度名稱	題數	個數	平均分數	標準差	Cronbach's $\alpha$
合作與完整及支持	12 題	468	5.39	(1.03)	0.95
賦能及合作	3 題	474	5.28	(1.21)	0.88
全面及一致	4 題	471	5.36	(1.09)	0.84
尊重及支持	5 題	474	5.48	(1.00)	0.89
提供一般資訊	5 題	465	4.41	(1.32)	0.91
提供具體資訊	3 題	471	4.80	(1.38)	0.83

表 三-11 MPOC-20 臺灣版「合作與完整及支持」向度之項目整體統計量

題項	平均數	標準離差	修正的 項目總相關	項目刪除時的 Cronbach's Alpha 值
1_1	5.33	1.285	.808	.944
1_2	5.31	1.375	.812	.944
1_3	5.21	1.395	.793	.945
4_1	5.33	1.296	.777	.945
4_2	5.44	1.371	.733	.947
4_3	5.05	1.499	.760	.946
4_4	5.65	1.119	.726	.947
5_1	4.91	1.297	.695	.948
5_2	5.40	1.255	.798	.945
5_3	5.39	1.313	.784	.945
5_4	5.97	1.048	.721	.947
5_5	5.75	1.076	.786	.946

表 三-12 MPOC-20 臺灣版「提供一般資訊」向度之項目整體統計量

題項	平均數	標準離差	修正的 項目總相關	項目刪除時的 Cronbach's Alpha 值
2_1	4.29	1.553	.752	.891
2_2	4.59	1.480	.781	.885
2_3	4.26	1.509	.835	.873
2_4	4.53	1.596	.685	.905
2_5	4.33	1.572	.790	.882

表 三-13 MPOC-20 臺灣版「提供具體資訊」向度之項目整體統計量

題項	平均數	標準離差	修正的 項目總相關	項目刪除時的 Cronbach's Alpha 值
3_1	4.72	1.511	.703	.747
3_2	4.49	1.767	.721	.730
3_3	5.19	1.514	.645	.801

## 二、再測信度

ICC 值 > 0.8 表示有良好的再測信度(Prince, Markrides, & Richman, 1980)。本研究結果顯示，MPOC-20 臺灣版各向度間隔 2 週之初測與再測之 ICC 值介於 0.80 至 0.93 之間，均大於 0.8，顯示本問卷具有良好的再測信度，詳見表三-14：

表 三-14 MPOC-20 臺灣版各向度之組內相關係數(n=40)

向度名稱	初測		再測		ICC
	Mean	(SD)	Mean	(SD)	
合作與完整及支持	6.15	(0.65)	5.96	(0.78)	0.84
賦能及合作	5.97	(0.79)	6.01	(1.05)	0.83
全面及一致	6.24	(0.69)	5.89	(0.80)	0.83
尊重及支持	6.19	(0.65)	5.99	(0.70)	0.93
提供一般資訊	5.64	(0.99)	6.19	(0.66)	0.87
提供具體資訊	5.65	(1.08)	5.95	(0.86)	0.80

## 第六節 小結

「MPOC-20臺灣版」經過兩回的專家問卷進行修改，具良好內容效度，且透過田野測試進一步對問卷之文字敘述進行修正，確立了其在臺灣本土使用的適用性。

本研究驗證「MPOC-20臺灣版」具有良好之心理計量特性，包含內部一致性(Cronbach's  $\alpha$ 介於0.83至0.95)、再測信度(ICC值介於0.80至0.93)、同時效度(與家長滿意度評量呈現中度正相關)。驗證性因素分析(CFA)結果顯示「MPOC-20臺灣版」之原始5個向度與臺北地區樣本之適配度不佳，而探索性因素分析(EFA)顯示MPOC-20臺灣版共有3個因素：(1)合作與完整及支持、(2)提供一般資訊、(3)提供具體資訊。

因此研究者接下來將使用「MPOC-20臺灣版」，做為調查臺北地區家長感受兒童復健服務過程之「以家庭為中心」的程度之研究工具。參考MPOC-20英文版使用手冊(S. King, et al., 1995)及本研究之探索性因素分析結果，資料分析時可以分為兩個層次：20個題項、3個向度（(1)合作與完整及支持、(2)提供一般資訊、(3)提供具體資訊）。

## (二) 兒童復健服務過程的調查研究

### 第七節 研究設計

本研究調查臺北地區家長感受兒童復健服務過程之「以家庭為中心」的程度，及分析其影響因子，因此將MPOC-20臺灣版之3個向度設為主要依變項，將自變項設為兒童復健服務相關因素(簡稱「服務相關因素」)，並參考過去文獻放入控制變項：包含服務提供者因素、服務接受者因素。研究架構如圖三-5，研究變項分組及評量方法詳見表三-15。

#### 一、研究架構圖

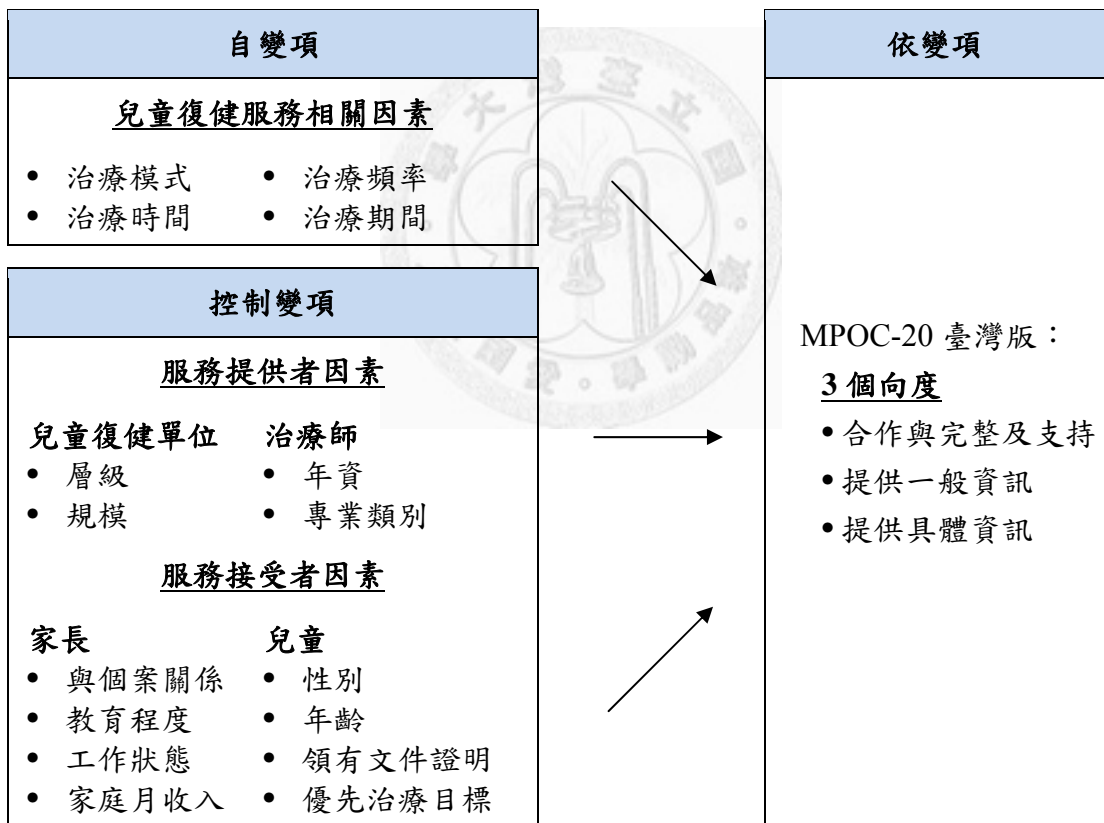


圖 三-5 研究架構圖

## 二、研究問題

本研究旨在探討過去研究較缺乏的部分，即「服務相關因素」是否會影響家長感受兒童復健服務過程之「以家庭為中心」程度(即家長所回報之 MPOC-20 臺灣版分數)? 因此列出以下 4 個研究問題：

在控制「服務提供者因素」及「服務接受者因素」之後，

1. 接受不同治療模式之家長所回報之 MPOC-20 分數是否有顯著差異?
2. 接受不同治療時間之家長所回報之 MPOC-20 分數是否有顯著差異?
3. 接受不同治療頻率之家長所回報之 MPOC-20 分數是否有顯著差異?
4. 接受不同治療期間之家長所回報之 MPOC-20 分數是否有顯著差異?

以上所指之 MPOC-20 分數為 3 個向度各自之平均分數。

## 三、研究假說

MPOC-20 臺灣版 3 個向度各自之平均分數當中：

1. 接受「個別治療」者所回報之分數皆顯著高於「團體治療」者
2. 接受「較長治療時間」者所回報之分數皆顯著高於「較短治療時間」者
3. 接受「較高治療頻率」者所回報之分數皆顯著高於「較低治療頻率」者
4. 接受「較久治療期間」者所回報之分數皆顯著高於「較短治療期間」者

## 第八節 研究工具

### 一、照護過程評量表(MPOC-20)臺灣版

經本研究第三章第一部分之評估，MPOC-20 臺灣版為適用於臺灣本土、且具良好心理計量特性之問卷。問卷介紹詳見第三章第二節及表三-8，問卷內容詳見「附錄七」。

### 二、服務提供者基本資料

兒童復健單位基本資料(問卷詳見「附錄八」)包含：單位之層級、全職治療師人數。全職治療師基本資料(問卷詳見「附錄九」)包含：性別、專業類別、服務於兒童領域的年資。變項分組詳見表三-15。

### 三、服務接受者基本資料

家長基本資料包含與個案關係、年齡、國籍、最高學歷、工作狀態、最近一年家庭平均月收入。兒童基本資料包含性別、年齡、主要診斷、所具障礙證明文件類別、目前接受的所有療育項目、優先治療目標、在此單位接受的治療種類/頻率/模式/時間/期間/治療師姓氏。問卷內容詳見「附錄七」，變項分組詳見表三-15。

診斷的部分在給家長填寫的問卷當中為複選題，研究者依據以下標準決定主要診斷，主要為考量各診斷的合併症及臨床表現：

1. 若同時勾選「發展遲緩」及另一診斷，則主要診斷為另一診斷。
2. 若同時勾選「自閉症類群障礙」及下列診斷：注意力不足過動症、智能障礙、感覺統合障礙，則主要診斷為「自閉症類群障礙」。
3. 若同時勾選「腦性麻痺」及下列診斷：智能障礙、癲癇，則主要診斷為「腦性麻痺」。
4. 若同時勾選「染色體異常」及「智能障礙」，則主要診斷為「染色體異常」。



表 三-15 變項分組及評量方法

變項分類	變項	分組	說明	
自變項	服務	治療模式	個別治療、團體治療	一對一治療為個別治療，其它均算團體治療
		治療時間	每次 30 分鐘、每次 40~60 分鐘	兒童每次接受此療育的時間
		治療頻率	每週 1 次、每週 2~3 次	兒童每週接受此療育的次數
		治療期間	3 個月以上未滿 7 個月、7 個月以上未滿 1 年、1 年以上未滿 2 年、2 年以上	兒童在此療育單位接受服務的期間
控制變項	單位	層級	醫院、診所	單位內之全職治療師人數
		規模	2~6 人、7~11 人	
	治療師	專業別	職能治療、物理治療、語言治療	治療師服務於兒童復健領域的年資
		年資	1~2 年、大於 2 年未滿 6 年、6 年至 23 年	
	兒童	性別	男、女	若同時領有發展遲緩證明及身心障礙手冊，則算是領有身心障礙手冊
		年齡	0 歲~3 歲 11 個月、4 歲~6 歲 11 個月、7 歲以上	
		領有文件證明	無、發展遲緩證明、身心障礙手冊	
	家長	優先治療目標	認知、語言、粗大動作、精細動作、社會互動、生活自理	家長目前希望兒童接受療育能加強之項目的前三順位
		與個案關係	母親、父親、其它	過去一年主要帶個案接受療育者
		教育程度	高中職以下、專科畢業、大學畢業、研究所以上	
工作狀態		無(家管)、有(全職或兼職)	家長過去一年的工作狀態	
家庭月收入		未滿 5 萬、5~10 萬、超過 10 萬	家長過去一年與同住者之月收入加總	

## 第九節 樣本與程序

考量本研究所使用之多元線性迴歸分析，其迴歸模型當中的虛擬變項 (dummy variables) 約 30 個，因此至少需要 300 個有效樣本，本研究預計收集 500 份問卷。

本研究通過臺大醫院研究倫理委員會(Research Ethics Committee)之簡易審查(通過審查之通知書見「附錄五」)，於 2011 年 11 月 16 日開始進行問卷收集，至 2012 年 1 月 12 日共收集了 559 份問卷，達到本研究的預期，因此結束問卷收集。樣本為採取立意取樣，至臺北市與新北市共 6 家院所(包含 3 家醫院、3 家診所)之 12 個兒童復健單位(包含職能治療、語言治療、物理治療)進行問卷收集。

流程請見下頁圖三-6。

研究者先取得各單位主管同意後，請單位主管填寫「單位基本資料」，並請該單位之全職治療師填寫「全職治療師基本資料」，再前往該單位之家長等候區邀請家長並取得其同意後，請家長於等候時(此時兒童正在治療室進行治療)填寫「MPOC-20 臺灣版」及「家長、兒童基本資料」，填寫完畢後立即交給研究者，僅有少數家長有要事在身不便填寫問卷，而並未留在等候區之家長也無填寫問卷。治療師在「全職治療師基本資料」問卷當中需填答姓氏，因此需簽署受訪者同意書(見「附錄六」)，而家長的部分為匿名填寫，可免除同意書之程序。所有問卷均為研究者親自發放與回收。

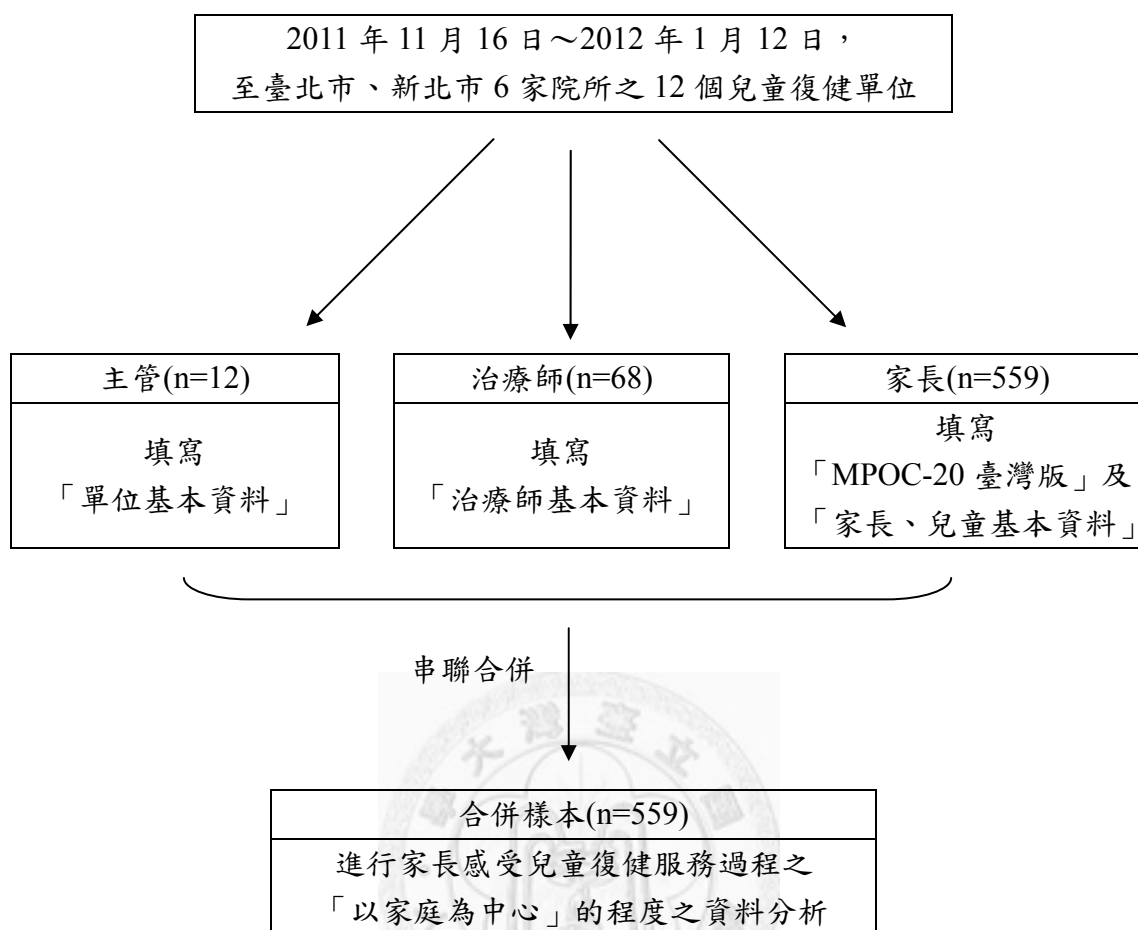


圖 三-6 兒童復健服務過程之調查研究的資料收集及處理流程

## 第十節 資料分析

本研究有效問卷的定義如下：(1)研究架構內之所有變項均完整填答、(2)填答者接受服務滿三個月、(3)填答者本人為主要帶兒童前來接受復健者。

研究者事先將每個單位、每個治療師進行編號，資料輸入完畢後，利用「單位編號」及「治療師編號」將「單位基本資料」、「全職治療師基本資料」與「MPOC-20 臺灣版」及「家長、兒童基本資料」進行串連。

服務相關變項、家長及兒童基本資料以描述性統計方式呈現，包含人數及百分比。兒童復健單位基本資料將同時呈現變項分組之單位數、家長填答之問卷數與百分比，治療師基本資料將同時呈現變項分組之治療師人數、家長填答之問卷數及百分比。

MPOC-20 臺灣版之 20 個題項分數、3 個向度分數及以描述性統計方式呈現，包含平均數、標準差、最大值、最小值，另外，為了將本研究結果與國際進行比較，我們也同時列出 MPOC-20 臺灣版原始之 5 個向度的描述性統計結果。研究者也呈現三分之一以上之受訪者填答 4 分以下的題項，即受訪者認為該題項發生的程度為「中等的程度」或更少，以做為未來改善服務的參考(S. King, et al., 1995)。

以多元線性迴歸(Multiple Linear Regression)探討自變項－服務相關因素對於 MPOC-20 臺灣版 3 個向度平均分數之影響，且在迴歸模型當中放入控制變項：包含服務提供者及服務接受者因素。自變項及控制變項皆是以「選入(Enter)」的方式放入迴歸模型。此分析為使用所有有效樣本，不排除依變項為極端值的樣本。使用 SPSS18.0 統計軟體。

## 第四章 研究結果

### 第一節 樣本特質描述

本研究共回收 559 份問卷，排除重要變項未填答、接受服務未滿 3 個月、或非最主要帶兒童前來復健的受訪者之資料，最終共得 476 份有效問卷。

#### 一、兒童復健服務相關基本資料

本研究受訪家長之孩童所接受的治療模式中，個別治療占 52.9%、團體治療占 47.1%；每次治療時間為 30 分鐘的占 84%、40~60 分鐘的占 16%；治療頻率為每週 1 次的占 60.3%、每週 2~3 次的占 39.7%；治療期間為 3 個月以上未滿 7 個月的占 23.1%、7 個月以上未滿 1 年的占 20.2%、1 年~2 年的占 31.7%、2 年以上的占 25%。詳見表四-1：

表 四-1 兒童復健服務相關基本資料(n=476)

變項名稱		個數	百分比
治療模式	個別治療	252	52.9%
	團體治療	224	47.1%
	2~3 人團體	170	
	4 人以上團體	54	
每次治療時間	30 分鐘	400	84.0%
	40~60 分鐘	76	16.0%
治療頻率	每週 1 次	287	60.3%
	每週 2~3 次	189	39.7%
治療期間	3 個月以上未滿 7 個月	110	23.1%
	7 個月以上未滿 1 年	96	20.2%
	1 年以上未滿 2 年	151	31.7%
	2 年以上	119	25.0%

## 二、兒童復健單位基本資料

本研究受訪單位為來自 3 家醫院及 3 家診所共 12 個單位，其中 5 個單位層級為醫院(問卷數占 28.6%)、7 個單位層級為診所(問卷數占 71.4%)。專業別部份，5 個單位為職能治療(問卷數占 47.1%)、4 個單位為語言治療(問卷數占 28.4%)、3 個單位為物理治療(問卷數占 24.6%)。單位規模方面，6 個單位之全職治療師人數為 2~5 人(問卷數占 41.8%)、6 個單位為 7~11 人(問卷數占 58.2%)。詳見表四-2：

表 四-2 兒童復健單位基本資料(單位數=12；問卷數=476)

變項名稱		單位數	問卷數	百分比
層級	醫院	5	136	28.6%
	診所	7	340	71.4%
專業別	職能治療	5	224	47.1%
	語言治療	4	135	28.4%
	物理治療	3	117	24.6%
規模	2~5 位治療師	6	199	41.8%
	7~11 位治療師	6	277	58.2%

### 三、治療師基本資料

本研究受訪治療師共 68 位，女性為 56 位(問卷數占 81.1%)。專業別部份，26 位為職能治療(問卷數占 47.1%)、19 位為語言治療(問卷數占 28.4%)、23 位為物理治療(問卷數占 24.6%)。服務於兒童領域之年資方面，1~2 年者為 22 人(問卷數占 35.9%)、大於 2 年未滿 6 年者為 23 人(問卷數占 38.7%)、6~23 年者為 23 人(問卷數占 25.4%)。詳見表四-3：

表 四-3 治療師基本資料(治療師人數=68；問卷數=476)

變項名稱		人數	問卷數	問卷數百分比
性別	女	56	386	81.1%
	男	12	90	18.9%
專業別	職能治療	26	224	47.1%
	語言治療	19	135	28.4%
	物理治療	23	117	24.6%
年資	1~2 年	22	171	35.9%
	2 年<6 年	23	184	38.7%
	6 年~23 年	23	121	25.4%

#### 四、兒童基本資料

本研究受訪家長之孩童當中，男性占 72.7%。年齡的部分，0 歲~3 歲 11 個月 11 個月占 16.6%、4 歲~6 歲 11 個月占 54.2%、7 歲~9 歲 11 個月占 21.6%、10 歲以上占 7.6%。比例占最多的三個主要診斷為自閉症類群障礙(30.9%)、發展遲緩(24.2%)、注意力不足過動症(10.5%)。有 53.4%的兒童領有身心障礙手冊、24.2%的兒童只領有發展遲緩證明、22.5%的兒童沒有領取任何證明文件。其優先治療目標包含語言者占 67.2%、包含社會互動者占 59%、包含認知者占 54%、包含精細動作者占 39.5%、包含生活自理者占 34.9%、包含粗大動作者占 25.6%。詳見表四-4：

#### 五、家長基本資料

本研究受訪家長當中，為孩童之母親者占 77.7%、父親占 15.3%、其它(包含祖父、祖母、其他親友等)占 6.9%。年齡的部分，25~34 歲占 22.3%、34~39 歲占 35.3%、40~44 歲占 27.5%、45 歲以上占 14.5%。97.1%為本國籍，外國籍者占 2.9%，為閱讀繁體中文沒有困難之中國人、香港人等。教育程度方面，高中(職)或以下占 24.2%、專科畢業占 24.2%、大學畢業占 33%、研究所以上占 16.4%。55.9%有全職或兼職工作。家庭月收入方面，34.2%為未滿 5 萬、42.2%為 5~10 萬、21.4%為超過 10 萬。詳見表四-5：



表 四-4 兒童基本資料(n=476)

變項名稱		個數	百分比
性別	男	346	72.7%
	女	130	27.3%
年齡	0 歲~3 歲 11 月	79	16.6%
	4 歲~6 歲 11 月	258	54.2%
	7 歲~9 歲 11 月	103	21.6%
	10 歲以上	36	7.6%
主要診斷	自閉症類群障礙	147	30.9%
	發展遲緩	115	24.2%
	注意力不足過動症	50	10.5%
	腦性麻痺	34	7.1%
	智能障礙	33	6.9%
	染色體異常	22	4.6%
	感覺統合障礙	14	2.9%
	語言障礙	14	2.9%
	癲癇	12	2.5%
	其它	35	7.4%
	領有文件證明	無	107
發展遲緩證明		115	24.2%
身心障礙手冊		254	53.4%
優先治療目標	包含語言	320	67.2%
	包含社會互動	281	59.0%
	包含認知	257	54.0%
	包含精細動作	188	39.5%
	包含生活自理	166	34.9%
	包含粗大動作	122	25.6%

表 四-5 家長基本資料(n=476)

變項名稱		個數	百分比
與個案關係	母親	370	77.7%
	父親	73	15.3%
	其它	33	6.9%
年齡	25~34 歲	106	22.3%
	35~39 歲	168	35.3%
	40~44 歲	131	27.5%
	45 歲以上	69	14.5%
	遺漏值	2	0.4%
	國籍	本國籍	462
	外國籍	14	2.9%
教育程度	高中(職)畢業或以下	115	24.2%
	專科畢業	126	26.5%
	大學畢業	157	33.0%
	研究所以上	78	16.4%
工作狀態	有	266	55.9%
	無(或家管)	209	43.9%
	遺漏值	1	0.2%
家庭月收入	未滿 5 萬	163	34.2%
	5~10 萬	202	42.4%
	超過 10 萬	101	21.2%
	遺漏值	10	2.1%

## 第二節 家長感受兒童復健服務過程之「以家庭為中心」的程度

### 一、MPOC-20 臺灣版 20 個題項分數之描述性統計

表四-6 為 MPOC-20 臺灣版 20 個題項分數之描述性統計結果，其中平均分數較高的 5 個題項為：「以平等尊重的態度與您互動，而非上對下的態度？(5.96 分)」、「可以個別看待您的狀況，而不是用同一種方式對待每一個有身心障礙孩童的父母(照顧者)？(5.74 分)」、「每位治療團隊成員所提供關於您孩子的資訊不會互相衝突？(5.65 分)」、「確認至少有一名團隊人員長期為您及您的孩子提供服務？(5.44 分)」、「營造關懷氣氛，而不是只提供資訊給您？(5.39 分)」

表四-7 為 MPOC-20 臺灣版的題目中，33%以上之受訪者填答 4 分以下的題項，即認為該題項發生的程度為「中等的程度」或更少，這些題項可做為未來改善服務時的參考。其中包含第 1 向度之第 5\_1 題、第 2 向度之所有題項、第 3 向度之第 1 和第 2 題。受訪者感受為「中等或更少」之前三高比例的題項均屬於第 2 向度，包含：「提供全家人獲取資訊的機會？(54.4%)」、「提供您如何尋找資訊或是和其他父母聯絡的建議？(52.5%)」、「給您有關該機構或是您社區中所提供的各類服務的資訊？(51.4%)」。

表 四-6 MPOC-20 臺灣版 20 個題項分數之描述性統計

題目	個數	平均數	標準差	最小值	最大值
<u>合作與完整及支持向度</u>					
1_1 在您覺得適當的時機給您想要的資訊？	476	5.33	1.28	1	7
1_2 完整地向您解釋可選擇的治療項目？	476	5.31	1.38	1	7
1_3 讓您有機會可以做有關治療方面的決定？	474	5.20	1.41	1	7
4_1 考量到您孩子的「全面」需求（例如：在心理、情感上和社交上的需求），而不只是在身體需求上？	476	5.32	1.29	1	7
4_2 確認至少有一名團隊人員長期為您及您的孩子提供服務？	475	5.44	1.37	1	7
4_3 與團隊一起訂立治療計畫，以便他們都是朝同一方向努力？	472	5.05	1.50	1	7
4_4 每位治療團隊成員所提供關於您孩子的資訊不會互相衝突？	475	5.65	1.12	1	7
5_1 幫助您感受到自己是個稱職的父母(或照顧者)？	475	4.91	1.30	1	7
5_2 營造關懷氣氛，而不是只提供資訊給您？	476	5.39	1.26	1	7
5_3 提供您足夠的談話時間，而不會讓您覺得匆忙？	476	5.39	1.31	1	7
5_4 以平等尊重的態度與您互動，而非上對下的態度？	476	5.96	1.05	2	7
5_5 可以個別看待您的狀況，而不是用同一種方式對待每一個有身心障礙孩童的父母(照顧者)？	475	5.74	1.09	2	7
<u>提供一般資訊向度</u>					
2_1 給您有關該機構或是您社區中所提供的各類服務的資訊？	471	4.30	1.56	1	7
2_2 可以讓您取得關於您孩子身心障礙的相關資訊(例如：它的起因、發展狀況、未來情況)？	472	4.59	1.48	1	7
2_3 提供全家人獲取資訊的機會？	467	4.27	1.51	1	7
2_4 可以讓您取得各種形式的資訊，像是衛教單張、衛教手冊、或可觀賞衛教影片等等？	472	4.55	1.60	1	7
2_5 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)？	474	4.35	1.57	1	7
<u>提供具體資訊向度</u>					
3_1 提供您有關孩子所接受的治療內容的書面資訊？	476	4.71	1.52	1	7
3_2 提供您有關孩子進展的書面資訊？	471	4.49	1.77	1	7
3_3 告知您有關評估的結果？	476	5.20	1.51	1	7

表 四-7 改善服務時可參考之 MPOC-20 臺灣版題項內容

題目	填答 4 分 (中等程度)以下 之受訪者比例
2_3 提供全家人獲取資訊的機會？	54.4%
2_5 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）？	52.5%
2_1 給您有關該機構或是您社區中所提供的各類服務的資訊？	51.4%
3_2 提供您有關孩子進展的書面資訊？	46.9%
2_4 可以讓您取得各種形式的資訊，像是衛教單張、衛教手冊、或可觀賞衛教影片等等？	45.8%
2_2 可以讓您取得關於您孩子身心障礙的相關資訊（例如：它的起因、發展狀況、未來情況）？	43.9%
3_1 提供您有關孩子所接受的治療內容的書面資訊？	42.2%
5_1 幫助您感受到自己是個稱職的父母(或照顧者)？	39.6%



## 二、MPOC-20 臺灣版各向度分數之描述性統計

表四-8 為 MPOC-20 臺灣版 3 個向度分數之描述性統計結果，第 1 向度「合作與完整及支持」之平均分數最高(平均數=5.39、標準差=1.04)，第 3 向度「提供具體資訊」(平均數=4.80、標準差=1.38)次之，第 2 向度「提供一般資訊」之平均分數最低(平均數=4.41、標準差=1.32)。資料分布情形請見圖四-1 之盒型圖。

表 四-8 MPOC-20 臺灣版各向度分數之描述性統計

向度	個數	平均數	標準差	最小值	最大值
<b>合作與完整及支持</b>	<b>476</b>	<b>5.39</b>	<b>1.04</b>	<b>1.75</b>	<b>7.00</b>
賦能及合作	476	5.28	1.21	1.33	7.00
全面及一致	475	5.36	1.09	1.75	7.00
尊重及支持	476	5.48	1.00	1.80	7.00
<b>提供一般資訊</b>	<b>471</b>	<b>4.41</b>	<b>1.32</b>	<b>1.00</b>	<b>7.00</b>
<b>提供具體資訊</b>	<b>476</b>	<b>4.80</b>	<b>1.38</b>	<b>1.00</b>	<b>7.00</b>

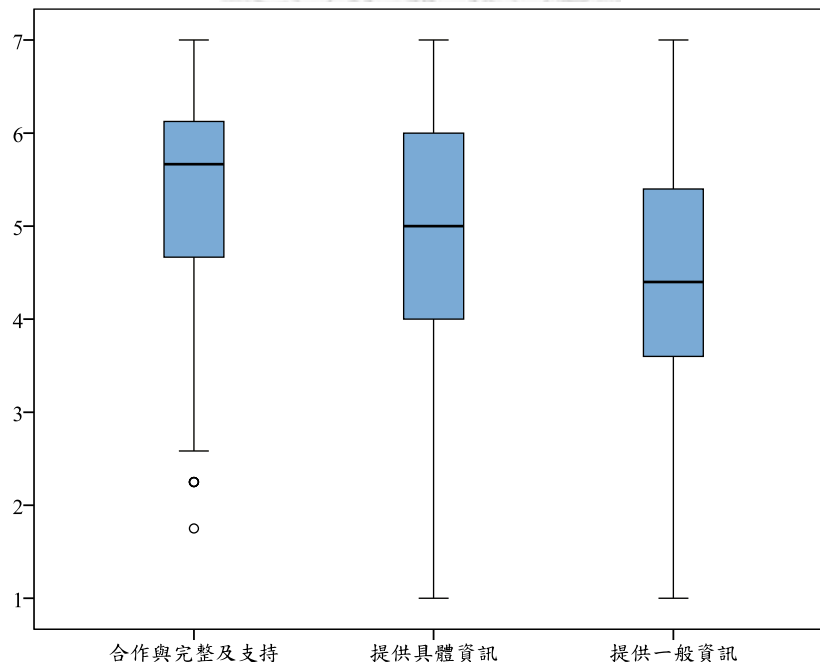


圖 四-1 MPOC-20 臺灣版 3 個向度分數之盒型圖

### 第三節 家長感受服務之「以家庭為中心」的程度的影響因子

自變項、控制變項與依變項之雙變項結果詳見「附錄十」，包含獨立樣本 T 檢定與變異數分析。

本研究使用多元線性迴歸(Multiple Linear Regression)探討「服務相關因素(包含治療模式、治療時間、治療頻率、治療期間)」對於 MPOC-20 臺灣版 3 個向度的影響，因此共使用 3 個迴歸模型，並在迴歸模型中放入控制變項：包含服務提供者變項(兒童復健單位層級、規模；治療師專業類別、年資)、服務接受者變項(兒童性別、年齡、領有文件證明、優先治療目標；家長與兒童關係、教育程度、工作狀態、家庭月收入)。自變項及控制變項皆是以「選入(Enter)」的方式放入迴歸模型，設定顯著水準  $\alpha=0.05$ 。表四-9 為合作與完整及支持、提供一般資訊、提供具體資訊模型。控制變項在 3 個模型中當中有任一顯著者才列於上表中。

#### 一、「合作與完整及支持」模型

此模型(N=475)有達到統計上之顯著(F 值=1.853、p 值=0.004、 $R^2=0.117$ 、調整後  $R^2=0.054$ )。

服務相關因素當中，治療模式、治療時間、治療期間有達顯著：治療模式為個別治療者( $\beta=0.137, p=0.007$ )高於團體治療者、治療時間為 40~60 分鐘者( $\beta=0.116, p=0.045$ )高於 30 分鐘者、治療期間為 1 年以上未滿 2 年者( $\beta=0.175, p=0.008$ )及 2 年以上者( $\beta=0.177, p=0.008$ )高於 3 個月以上未滿 7 個月者。治療頻率變項則未達顯著。

控制變項之兒童年齡、兒童領有文件證明、家長工作狀態有達顯著：兒童為 4~6 歲 11 個月者( $\beta=-0.145, p=0.044$ )及 7 歲以上者( $\beta=-0.166, p=0.031$ )低於 0~3 歲 11 個月者、兒童領有身心障礙手冊者( $\beta=-0.177, p=0.004$ )低於無任何障礙證明文件者、家長為有工作者( $\beta=0.099, p=0.044$ )高於無工作者。

## 二、「提供一般資訊」模型

此模型(N=460)有達到統計上之顯著(F 值=1.648、p 值=0.017、 $R^2=0.107$ 、調整後  $R^2=0.042$ )。

服務相關因素當中，僅治療期間有達顯著：治療期間為 1 年以上未滿 2 年者( $\beta=0.193$ ,  $p=0.004$ )高於 3 個月以上未滿 7 個月者。治療模式、治療時間及治療頻率變項則未達顯著。

控制變項部分，治療師年資、兒童年齡有達顯著：治療師年資為 6~23 年者( $\beta=0.150$ ,  $p=0.024$ )高於 1~2 年者、兒童為 7 歲以上者( $\beta=-0.153$ ,  $p=0.047$ )低於 0~3 歲 11 個月者。

## 三、「提供具體資訊」模型

此模型(N=465)有達到統計上之顯著(F 值=1.617、p 值=0.021、 $R^2=0.104$ 、調整後  $R^2=0.040$ )。

服務相關因素當中，治療模式、治療期間有達顯著：治療模式為個別治療者( $\beta=0.132$ ,  $p=0.009$ )高於團體治療者、治療期間為 1 年以上未滿 2 年者( $\beta=0.158$ ,  $p=0.018$ )及 2 年以上者( $\beta=0.158$ ,  $p=0.019$ )高於 3 個月以上未滿 7 個月者。治療時間及治療頻率變項則未達顯著。

控制變項部分，家長與兒童關係、家長教育程度有達顯著：家長為兒童之父親者( $\beta=0.103$ ,  $p=0.038$ )高於為母親者、家長為專科畢業者( $\beta=-0.119$ ,  $p=0.044$ )及大學畢業者( $\beta=-0.150$ ,  $p=0.018$ )低於高中職以下者。



表 四-9 多元線性迴歸：合作與完整及支持、提供一般資訊、提供具體資訊

變項 分類	變項名稱	合作與完整及支持			提供一般資訊			提供具體資訊		
		$\beta$	t	p	$\beta$	t	p	$\beta$	t	p
	(常數)	5.463	15.221	**	4.151	8.900	**	5.023	10.352	**
服務	治療模式	團體治療	0		0		0			
		個別治療	<b>.137</b>	<b>2.010</b>	**	-.016	-.314	<b>.132</b>	<b>2.611</b>	**
	治療時間	30分鐘	0		0		0			
		40~60分鐘	<b>.116</b>	<b>2.010</b>	*	-.030	-.524	.078	1.337	
	治療頻率	每週1次	0		0		0			
		每週2~3次	-.009	-.171		.037	.731	-.061	-1.193	
	治療期間	3個月以上未滿7個月	0		0		0			
		7個月以上未滿1年	.070	1.182		.049	.817	.090	1.506	
		1年以上未滿2年	<b>.175</b>	<b>2.649</b>	**	<b>.193</b>	<b>2.881</b>	**	<b>.158</b>	<b>2.370</b>
2年以上		<b>.177</b>	<b>2.644</b>	**	.121	1.788	<b>.158</b>	<b>2.345</b>	*	
單位	層級	診所	0		0		0			
		醫院	-.125	-1.905		-.062	-.931	-.053	-.808	
治療師	年資	1~2年	0		0		0			
		2年<6年	.042	.786		.010	.193	.013	.236	
		6年~23年	.081	1.238		<b>.150</b>	<b>2.267</b>	*	.040	.604
兒童	年齡	0~3歲11個月	0		0		0			
		4~6歲11個月	<b>-.145</b>	<b>-2.024</b>	*	-.128	-1.774	-.083	-1.152	
		7歲以上	<b>-.166</b>	<b>-2.159</b>	*	<b>-.153</b>	<b>-1.989</b>	*	-.146	-1.893
家長	關係	無	0		0		0			
		發展遲緩	-.056	-.902		-.019	-.299	-.071	-1.135	
		身心障礙	<b>-.177</b>	<b>-2.884</b>	**	-.050	-.805	-.109	-1.762	
家長	關係	母親	0		0		0			
		父親	.081	1.636		.043	.850	<b>.103</b>	<b>2.077</b>	*
		其它	.002	.046		.004	.073	-.037	-.748	
	教育程度	高中職以下	0		0		0			
		專科畢業	-.105	-1.792		-.095	-1.596	<b>-.119</b>	<b>-2.021</b>	*
		大學畢業	-.091	-1.448		-.125	-1.966	<b>-.150</b>	<b>-2.371</b>	*
		研究所以上	-.037	-.590		.063	.990	-.095	-1.501	
	工作狀態	無(家管)	0		0		0			
有		<b>.099</b>	<b>2.017</b>	*	.060	1.200	.086	1.728		

$\beta$ :標準化係數

\*P<0.05

\*\*P<0.01

## 第五章 討論

### 第一節 研究設計與方法討論

本研究首先確認照護過程評量表(MPOC-20)臺灣版於臺灣使用的適用性及心理計量特性後，以此問卷作為調查臺北地區家長感受兒童復健服務過程之「以家庭為中心」的程度的工具，並分析其影響因子。

#### 一、問卷收集方式之考量

本研究採取立意取樣，研究者於臺北市及新北市 6 家院所(3 家醫院及 3 家診所)之 12 個兒童復健單位(含職能治療、語言治療、物理治療)親自發放及回收問卷，問卷回收過程未透過該單位治療師及行政人員經手，可避免家長因不好意思在問卷中表達真正的感受，而使調查結果產生被高估的可能(陳雅鈴、許玫玲，2009)，因此此設計能降低測量誤差當中之系統性誤差(systematic error)，最後共得 476 份有效問卷。

#### 二、統計分析

本研究旨在探討兒童復健臨床之「服務相關因素(service-related variables)」對於家長感受「以家庭為中心」的程度之影響，補足過去文獻較缺乏之處(Camden, et al., 2010)。過去文獻多採用雙變項分析來探討「以家庭為中心的服務」之相關因子，其中包含兒童年齡、主要診斷及疾病嚴重度，填答家長與兒童之關係、居住地、教育程度、工作狀態，及服務提供者年資等，雖然不同國家或研究有不一致的研究結果，而本研究參考以上文獻的結果，將服務提供者及服務接受者之相關變項均納入迴歸分析當中控制，可更有說服力地呈現「服務相關因素(含治療模式、時間、頻率、期間)」對於家長感受「以家庭為中心」之程度的影響。

### 三、兒童變項考量

在兒童相關變項當中，我們不以「兒童主要診斷」納入變項，因為同一診斷當中有不同的嚴重度，也可能有不同的治療目標。

發展遲緩兒童之嚴重度的部分，除了以標準化評估工具來判定(如百分等級)之外，目前學術界尚未有一致的認定標準，本研究以兒童領有的障礙證明文件當做嚴重度的依據，包含領有身心障礙手冊(嚴重度高)、只領有發展遲緩證明(嚴重度中等)、無領有任何障礙證明文件(嚴重度輕微)，此分類與臺灣過去相關文獻(林中凱、傅秀媚、張秀玉、劉芷瑩，2010；陳雅鈴、許玫玲，2009)之嚴重度高低方向是一致的。

在治療目標的部分，研究者參考相關文獻(王天苗、廖華芳，2007；黃惠玲、謝玉蓮、陳震宇、鐘育志，2002；蔡政道、郭煌宗、周宜卿、蔡明瑤、蔡長海，2005)嘗試分成六大類：認知、語言、粗大動作、精細動作、社會互動、生活自理。治療目標相較於診斷別來說應較能精確呈現兒童的特質。

### 四、「以家庭為中心的服務」之定義

「以家庭為中心的服務」在國際上並未有明確的定義，且在不同領域亦有各自著重的內容，本研究為使用 MPOC-20 臺灣版來評量「以家庭為中心的服務」，唯此問卷多著重在「資訊提供」的內容、形式與對象等，而較少直接描述「賦能於家長」的行為，如：在孩子治療目標方面與您達成共識？提供可行的居家治療活動建議？提供教養孩子方面的技巧？教導您營造有助於兒童發展的生活作息與環境？能將專業知識以淺顯易懂的方式讓您理解？

因此，本研究所定義之「以家庭為中心的服務」，僅限於 MPOC-20 所評量的範疇：合作關係與完整、支持性的照護、一般資訊之提供、關於孩子的具體資訊之提供。

## 第二節 研究結果討論

### 一、樣本特性

本研究受訪者為在臺北市及新北市接受兒童復健服務之發展遲緩或身心障礙兒童的家長，其兒童性別為男性較多(占 72.7%)，與 2010 年全臺灣發展遲緩兒童早期療育服務通報個案之男性比例 68.4%相近(內政部統計處, 2011)。樣本中，兒童年齡的部分，70.8%為 0~6 歲，與過去相關文獻之數據(65.0~75.4%)相似(林巾凱等人, 2010; 陳雅鈴、許玫玲, 2009)。主要診斷的部分，以自閉症類群障礙(30.9%)、發展遲緩(24.2%)、注意力不足過動症(10.5%)占最多。疾病嚴重度的部分，以領有身心障礙手冊者占 53.4%為最多，領有發展遲緩證明者占 24.2%、未領取任何障礙證明者占 22.5%。兒童之優先治療目標的部分，以包含語言者占 67.2%為最多，此與過去研究結果相似：林巾凱等人以臺灣地區 2004~2006 年接受社政、醫療與教育體系之早期療育服務之家長為樣本，發現發展遲緩兒童當中以語言發展有遲緩的問題為最多(82.1%)(林巾凱等人, 2010)。張介信等人以 2002~2008 年臺灣中部一家精神專科醫院之兒童日間病房的兒童為樣本，也發現樣本中「溝通表達」之遲緩程度最高(張介信、黃君代、邵文娟、向時賢, 2011)。

填答 MPOC-20 臺灣版之家長為主要帶兒童前來復健者，且家長與兒童於該單位接受服務為 3 個月以上，雖未達 MPOC-20 手冊建議之 6 個月的標準(S. King, et al., 1995)，但在問卷收集的過程中，只有接受服務未滿 3 個月之家長曾向研究者表示其填答問卷方面的困難，且有些單位限定每位個案接受服務的期間為 6 個月，因此接受服務為 3 個月以上未滿 7 個月之家長其感受是值得探討的。

## 二、家長感受兒童復健服務過程之「以家庭為中心」的程度

依據 MPOC-20 臺灣版之探索性因素分析(EFA)的結果，雖顯示「以家庭為中心的服務」可分為 3 個向度，但因國際上多為使用 MPOC-20 的 5 個向度，故以下將使用原始的 5 個向度及 20 個題項進行討論：

### 1. 以 MPOC-20 臺灣版之原始 5 個向度分析

本研究結果顯示，MPOC-20 臺灣版原始 5 個向度當中平均分數較高者為「尊重及支持(平均數=5.48)」向度及「全面及一致(平均數=5.36)」向度，而平均分數較低者為「提供一般資訊(平均數=4.41)」向度及「提供具體資訊(平均數=4.80)」向度，此 5 個向度平均分數之相對高低情形與冰島(Arnadottir & Egilson, 2012)、芬蘭(Jeglinsky, Autti-Ramo, & Brogren Carlberg, 2012)、美國(Schreiber, et al., 2011)、澳洲(Dickens, et al., 2011)等國近兩年之研究結果一致，顯示以上各國與臺灣之兒童復健服務在提供「以家庭為中心的服務」均面臨類似的挑戰。

### 2. 以 MPOC-20 臺灣版之 20 個題項分析

MPOC-20 臺灣版 20 題當中，家長回報之平均分數最高的 3 題(平均分數為 5.65~5.96，即家長感受到接近「很大」的程度)包含「全面及一致」向度之「每位治療團隊成員所提供關於您孩子的資訊不會互相衝突?(平均數=5.65)」，「尊重及支持」向度之「以平等尊重的態度與您互動，而非上對下的態度?(平均數=5.96)」及「可以個別看待您的狀況，而不是用同一種方式對待每一個有身心障礙孩童的父母(照顧者)?(平均數=5.74)」。此結果顯示家長感受到不同治療師所提供之資訊不會互相衝突，且服務是尊重且個別化的。

MPOC-20 臺灣版 20 題當中，共有 8 題為 33% 以上之受訪者填答 4 分(中等的程度)以下，這些題項之內容為未來可參考改善的部分，包含「提供一般資訊」向度之所有題項：「給您有關該機構或是您社區中所提供的各類服務的資訊？」、「可以讓您取得關於您孩子身心障礙的相關資訊？」、「提供全家人獲取資訊的機會？」、「可以讓您取得各種形式的資訊？」及「提供您如何尋找資訊或是和其他父母聯絡的建議？」，「提供具體資訊」向度之「提供您有關孩子所接受的治療內容的書面資訊？」、「提供您有關孩子進展的書面資訊？」，而有 1 題為「尊重及支持」向度之「幫助您感受到自己是個稱職的父母(或照顧者)？」。**結果顯示家長感受目前兒童復健服務在各方面資訊的提供是相當不足的，而治療師賦能於家長的行為也有待加強。**

依照全民健康保險醫療費用支付標準（行政院衛生署中央健康保險局，2012），兒童復健治療之治療時間為至少三十分鐘或五十分鐘以上，研究者從此結構面來觀察，治療師在一位兒童的治療時段當中，通常只預留 1~5 分鐘與家長進行諮詢或討論，內容可能著重在兒童當天的治療表現，可能沒有足夠的時間與資源來提供一般資訊，包含：介紹單位中所提供之衛教資源、說明社區中之各類服務、教導搜尋資訊的途徑(如坊間書籍、網路資源、親職講座、相關基金會/協會等)、讓家中其他成員也有機會接受療育資訊等。而在健保支付標準當中並無要求治療師提供治療內容、治療進展的書面資訊給家長，因此本研究樣本中之兒童復健單位也幾乎未結構化地提供這方面的服務。因此，相關政策應從結構面上來改善兒童復健服務之書面資訊及相關資訊的提供，如：健保支付標準、評鑑項目或機構設置標準等。

### 三、家長感受兒童復健服務過程之「以家庭為中心」的程度的影響因子

本研究的假說為：在控制「服務提供者因素」及「服務接受者因素」之後，服務相關因素(包含治療模式、時間、頻率、期間)對於 MPOC-20 臺灣版之 3 個向度各自的平均分數均有顯著影響：

1. 接受「個別治療」者所回報之分數顯著高於「團體治療」者
2. 接受「較長治療時間」者所回報之分數顯著高於「較短治療時間」者
3. 接受「較高治療頻率」者所回報之分數顯著高於「較低治療頻率」者
4. 接受「較久治療期間」者所回報之分數顯著高於「較短治療期間」者

本研究結果部分支持假說 1、2、4，而均不支持假說 3。治療期間對於以家庭為中心的服務之 3 個向度的迴歸模型均有顯著影響，治療模式對於「合作與完整及支持」向度及「提供具體資訊」向度之迴歸模型有達顯著，治療時間在「合作與完整及支持」向度之迴歸模型有達顯著，而治療頻率則在 3 個向度之迴歸模型均無顯著影響。

#### 1. 治療模式

本研究結果為接受個別治療者所回報之 MPOC-20 臺灣版分數(合作與完整及支持模型之  $\beta=0.137$ 、提供具體資訊模型之  $\beta=0.132$ )高於團體治療者，此與加拿大一家醫院之調查結果(Camden, et al., 2010)不一致，該研究之 T 檢定結果顯示接受個別治療與團體治療之家長所回報 MPOC-20 各向度之平均分數無顯著差異( $p \geq 0.15$ )，然而該研究樣本僅 69~80 位家長，且問卷回覆率低(19.5~30.9%)，再者，該研究並無控制其他因素，如：服務提供者因素及服務接受者因素，因此本研究結果之可推論性應該較佳。相較於團體治療，治療師在個別治療當中較能專注於該兒童及家庭之個別需求、也有較多的時間與個別家長互動，故兒童為接受個別治療的家長，能感受到較高程度之以家庭為中心的服務，除了在「提供一般資訊」向度。

## 2. 治療時間

每次治療時間為 40~60 分鐘者所回報之 MPOC-20 臺灣版分數(「合作與完整及支持」模型之  $\beta=0.112$ )高於 30 分鐘者。兒童每次治療時間較長者，其家長諮詢的時間可能較充裕也較有彈性，故家長能夠與治療師進行較多的討論，使家長感到較能參與療育計畫的安排，也較能感受到關懷、尊重與支持。

## 3. 治療頻率

治療頻率為每週 1 次與每週 2~3 次對於「以家庭為中心的服務」之 3 個向度均無顯著影響，顯示家長感受之「以家庭為中心的服務」的程度不隨治療頻率增加或減少而有顯著改變。

## 4. 治療期間

本研究結果顯示接受服務為 1 年以上未滿 2 年者及 2 年以上者(3 個迴歸模型之  $\beta=0.158\sim.193$ )之 MPOC-20 分數高於 3 個月以上未滿 7 個月者，此與臺灣一兒童復健滿意度研究結果相似(陳雅鈴 & 許玫玲, 2009)，該研究指出相對於復健期間三個月以下者，復健期間較長者其家長對於設備及專業能力、可近性滿意度較高。就家長而言，若其於一兒童復健單位接受服務超過一年，可能代表該家長對該單位有足夠的信任及滿意度，而本研究也顯示以家庭為中心的服務程度與家長滿意度為正相關。



### 第三節 研究限制

#### 一、測量工具

照護過程評量表(MPOC-20)臺灣版是以家長的觀點評量其所接受之服務符合「以家庭為中心」的程度，唯「以家庭為中心的服務」尚需考量服務提供者的觀點，唯本研究受限於時間，無法進一步本土化照護過程評量表-服務提供者版(MPOC-SP)(Woodside, et al., 2001)，因此單以家長的觀點並不足以代表服務的全貌。

#### 二、外擾因子(extraneous variable)

治療師及家長本身對於「以家庭為中心的服務」之態度、信念，也是影響「以家庭為中心的服務」提供之因素(Law, et al., 2003; O'Neil, Palisano, & Westcott, 2001)，而醫院服務制度也是可能的影響因素，本研究受限於測量工具及實際執行之可行性，並未納入考量，這可能是造成本研究 3 個迴歸模型解釋力偏低(4.0%~5.4%)的原因之一。

#### 三、樣本代表性

本研究樣本來自於臺北市及新北市之健保特約之兒童復健單位，因此研究結果難以類推至其他縣市之兒童復健服務，以及自費之兒童復健服務。

## 第六章 結論與建議

### 第一節 結論

目前臺北地區之以家庭為中心的兒童復健服務在「合作與完整及支持」向度有較佳的表現，其服務能夠給予有復健需求之兒童的家長尊重及支持、並且提供全面及一致的照護。然而，在「提供一般資訊」及「提供具體資訊」向度則相當不足，尤其是兒童治療內容、治療進展之書面資訊，以及療育相關訊息，如：衛教資源、社區中之各類服務、家長資源、坊間書籍、網路資源、親職講座及相關基金會或協會等，而提供訊息的對象不應只限於主要照護者，應該要擴及與孩子同住之所有家人，治療師也需著重於將教養、療育孩子方面之知識與策略賦能於家長。

治療模式為個別治療、每次治療時間為 40~60 分鐘、治療期間為 1 年以上未滿 2 年及 2 年以上，對於家長感受兒童復健服務過程之「以家庭為中心」的程度各有其正面的影響，治療頻率則無顯著影響。

### 第二節 對未來研究的建議

建議未來研究翻譯「照護過程評量表-服務提供者版(MPOC-SP)」，以更全面地評量「以家庭為中心的服務」，並於探討影響因子時，考量治療師及家長對於「以家庭為中心的服務」之態度與信念，以及醫院服務制度。也建議臺灣各地區之兒童復健單位可使用 MPOC-20 臺灣版進行單一院所或區域性的調查，且視情況增加「賦能於家長」的題目(可參考本文第五章第一節第四點)，以期促進「以家庭為中心的服務」。

### 第三節 對現況的建議

臺灣發展遲緩兒童早期療育的資深實務工作者(林美瑗, 2010)認為:「早期療育應該最早期介入的對象是『家長』而不僅是兒童本人,也唯有靠家長『早期明瞭』的覺悟和行動,才有機會和孩子的發展黃金期賽跑」。臺灣近幾年之研究指出,參與親職教育方案之家長教養能力顯著高於僅接受親職資料備索者(蔡淑桂, 2009),而若家長共同參與並執行居家療育計畫,對促進兒童之各領域發展與功能性技巧,及降低照顧者在日常活動的協助量,都有正向影響(唐美華、陳君薇、蔡森蔚、陳昭惠、林中凱, 2010)。由此可見,家長本身在發展遲緩或身心障礙兒童之療育進展的部分扮演相當重要的角色。

「以家庭為中心的服務」已經成為各國早期療育及兒童復健努力的方向,然而, 本研究結果顯示臺北地區兒童復健服務在「提供一般資訊」及「提供具體資訊」向度相當不足,而過去國外相關研究也均有類似的現象(Arnadottir & Egilson, 2012; Dickens, et al., 2011; Jeglinsky, et al., 2012; Schreiber, et al., 2011),另外, 治療師賦能於家長的行為也有待加強。因此研究者參考國外學者之建議,針對早期療育政策、健保給付制度、臨床服務制度及早期療育督考或評鑑分別提出以下建議:

#### 1. 早期療育政策面

芬蘭學者(Jeglinsky, et al., 2012)指出:「only when the need for an individually tailored and family-centred approach is acknowledged by the health decision makers as well, can the conditions for family-centredness be secured.」。因此應從最根本的法源建立「以家庭為中心的服務」,即兒童及少年福利與權益保障法,該法之施行細則第8條定義早期療育「是指由社會福利、衛生、教育等專業人員以團隊合作方式,依未滿六歲之發展遲緩兒童及其家庭之個別

需求，提供必要之治療、教育、諮詢、轉介、安置與其他服務及照顧。」建議應在施行細則當中加入「以家庭為中心的服務」的辭彙及其定義，尤其是「提供一般資訊」及「提供具體資訊」向度的內容，並由相關主管機關明確擬定配套行政措施，且編列足夠的預算。

## 2. 健保給付制度面

現行全民健康保險醫療費用支付標準（行政院衛生署中央健康保險局，2012）之第二部第二章第四節復健治療當中，以職能治療診療項目之複雜治療為例：「實施本項須符合於下列適應症及其項目規定：兒童中樞神經系統疾患(含外傷造成及罕見疾病):(1)限從出生至滿十二歲以前。(2)治療項目三項(含)以上，合計治療時間三十分鐘以上。」為了使服務不僅著眼於兒童，且強化治療師賦能於家長的服務，建議將(2)之描述修改為：「治療項目三項(含)以上，須包含兒童直接治療及家長諮詢，合計時間三十分鐘以上」。或是將「家長諮詢」獨立為一兒童復健治療的給付項目，此一建議已於2011年4月25日立法院之社會福利及衛生環境委員會會議—「我國『早期療育』政策之發展、現況與問題」中，由陳瑩立委提出，衛生署副署長江宏哲也承諾會與健保局進行研議（立法院，2011）。

另外，目前健保支付兒童復健治療為論量計酬，在此財務誘因之下，兒童復健單位可能提供較多的團體治療，或是增加每個團體中的兒童數量。然而，本研究結果顯示，相較於團體治療，個別治療能讓家長感受較高程度之「以家庭為中心的服務」，因此，研究者提出以下想法：衛生主管機關，如中央健保局及地方衛生局，或許可參考MPOC-20臺灣版或CanChild網站（CanChild, 2012a），發展評估兒童復健單位「以家庭為中心的服務」之檢核表，以此檢核表的分數當作各單位每日每位治療師申報兒童復健治療人次上限的依據，亦即服務越能符合以家庭為中心之單位，才能申報越多的治療人次，藉此提供新的財務誘因，鼓勵各兒童復健單位強化以家庭為中心的服務。

### 3.臨床服務制度面

目前每節兒童復健治療的時間多為 30 分鐘至 50 分鐘，不論是個別治療或是團體治療，治療師皆須有足夠的時間來提供資訊給家長、賦能於家長，就短期而言，研究者做出以下建議(可適用於個別治療及團體治療，而在團體治療的部份，特別需要整個部門的治療師參考、並且共同研擬調整策略)：

- (1) 治療師可視情況增加家長衛教諮詢的時間(以 30 分鐘的治療為例)，如：直接治療 15 分鐘、家長諮詢 15 分鐘。
- (2) 治療師可視情況調整治療時段的對象，如：每 6 次的治療時段當中，至少 1 次請家長單獨前來，與家長做詳細之討論與諮詢。
- (3) 與家長溝通「以家庭為中心」的理念，鼓勵家長成為協同治療者：提供居家治療活動及教養技巧方面的建議給家長、將治療延伸至兒童每日的生活，以增進療效，並且依照個別家庭之教育程度、環境和需求與其討論執行居家治療活動的可行性，並給予心理支持。

### 4.兒童復健單位之早期療育督考或評鑑

臺灣地區 1996 年早期療育服務供需的研究指出，有六成以上的家長希望能夠有人指導如何教育孩子、提供相關書籍刊物(王天苗, 1996)，相隔 16 年之後，本研究結果仍顯示兒童復健服務在「提供一般資訊」及「提供具體資訊」向度相當不足，因此除了健保支付制度，早期療育督考或評鑑也可以扮演監督的角色。加拿大學者(Darrah, Wiart, Magill-Evans, Ray, & Andersen, 2012)指出：「將『以家庭為中心』的價值觀融入該單位的服務理念(philosophy)及宗旨(mission statements)，為該單位承諾提供『以家庭為中心』之相當重要的指標，更重要的是，兒童復健單位需要與家庭共同設計『以家庭為中心』之服務架構，且明確定出標準化的服務流程」。早期療育評鑑內容可參考圖六-1(Darrah, et al., 2012)：

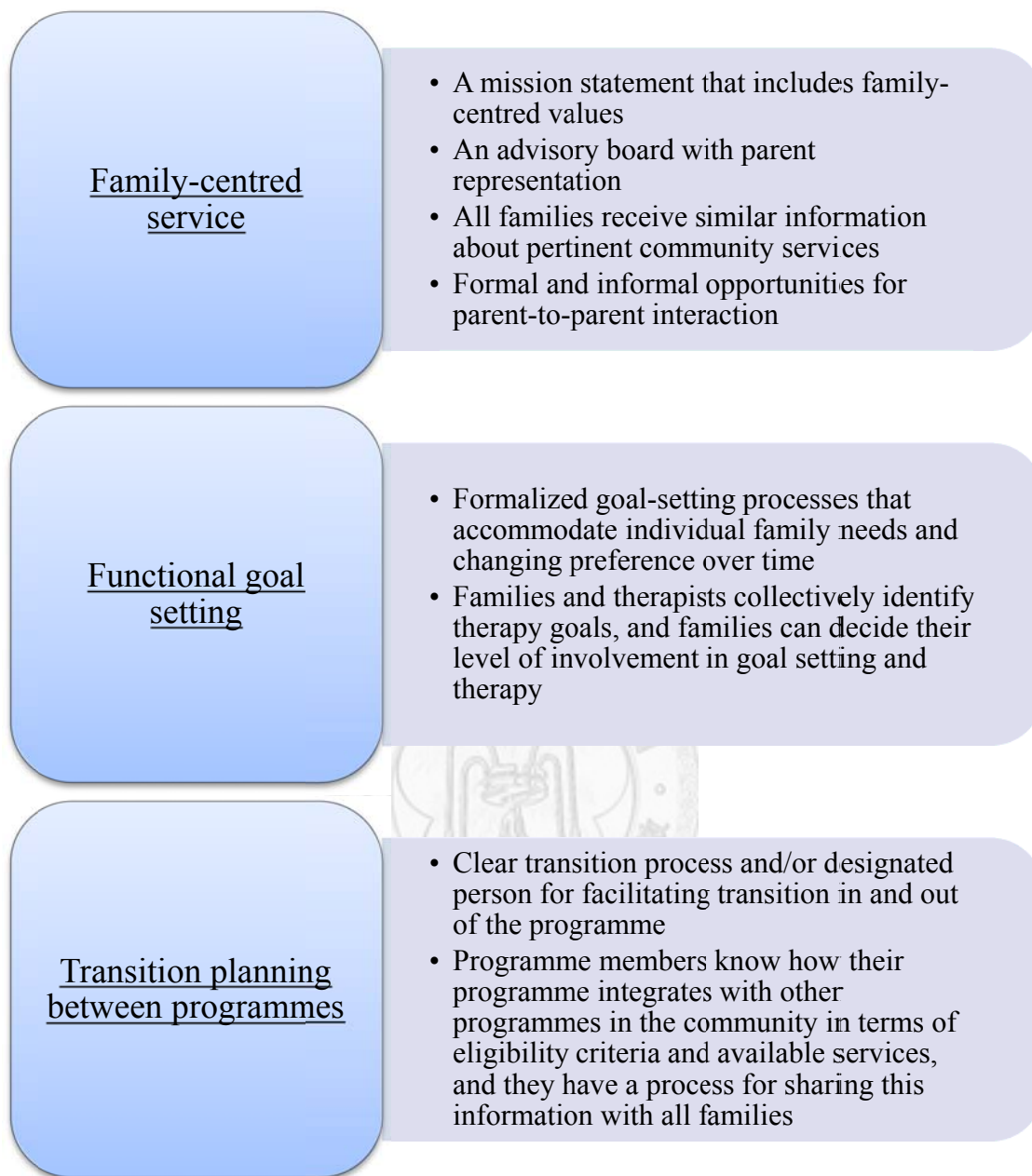


圖 六-1 Checklist of key indicators of family-centred service, goal setting and transition planning Check out your programme!

## 參考文獻

### 中文文獻

- 內政部兒童局 (2007)。發展遲緩兒童早期療育服務流程。上網日期：2013年1月28日。網址：  
[http://www.cbi.gov.tw/CBI\\_2/upload/4b105c5d-4008-400f-ad57-f1b1eeaf1b3a.pdf](http://www.cbi.gov.tw/CBI_2/upload/4b105c5d-4008-400f-ad57-f1b1eeaf1b3a.pdf)
- 內政部兒童局 (2013)。早期療育的歷史與發展。上網日期：2013年1月28日。網址：  
[http://www.cbi.gov.tw/CBI\\_2/internet/main/doc/doc\\_detail.aspx?uid=229&docid=1249](http://www.cbi.gov.tw/CBI_2/internet/main/doc/doc_detail.aspx?uid=229&docid=1249)
- 內政部統計處 (2011)。99年發展遲緩兒童早期療育服務概況。上網日期：2013年1月28日。網址：<http://sowf.moi.gov.tw/stat/week/week10012.doc>
- 王天苗 (1996)。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、廖華芳 (2007)。嬰幼兒綜合發展測驗之判定準確度及切截點分析。《特殊教育研究學刊》，32 (2)，1-15。
- 立法院 (2011)。委員會紀錄。《立法院公報》，100 (36)，261-313。
- 行政院衛生署 (2011)。我國早期療育政策之發展、現況與問題：專案報告。上網日期：2013年1月28日。網址：  
[https://www.google.com.tw/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&ved=0CDMQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.doh.gov.tw%2Fufufile%2Fdoc%2F0425%25E6%2597%25A9%25E7%2599%2582%25E5%25B0%2588%25E6%25A1%2588%25E5%25A0%25B1%25E5%2591%258A\\_all.pdf&ei=JTgGUZjsJ6-HmQXYIIH4Dw&usg=AFQjCNFJIjs2c1Cup9Uh-9uEFNJZ994hoA&sig2=HdaQGtMO3NWuHqEdsgAoiA](https://www.google.com.tw/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&ved=0CDMQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.doh.gov.tw%2Fufufile%2Fdoc%2F0425%25E6%2597%25A9%25E7%2599%2582%25E5%25B0%2588%25E6%25A1%2588%25E5%25A0%25B1%25E5%2591%258A_all.pdf&ei=JTgGUZjsJ6-HmQXYIIH4Dw&usg=AFQjCNFJIjs2c1Cup9Uh-9uEFNJZ994hoA&sig2=HdaQGtMO3NWuHqEdsgAoiA)
- 行政院衛生署中央健康保險局 (2013)。全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準：支付標準壓縮檔第二部第二章第四節。上網日期：2013年1月28日。網址：  
[http://www.nhi.gov.tw/Resource/webdata/17270\\_1\\_107%E6%94%AF%E4%BB%98%E6%A8%99%E6%BA%96%E4%BB%A3%E7%A2%BC-1020101\(1\)%E4%BF%AE%E8%A8%82%E5%86%8A%E5%88%A5-1020115.zip](http://www.nhi.gov.tw/Resource/webdata/17270_1_107%E6%94%AF%E4%BB%98%E6%A8%99%E6%BA%96%E4%BB%A3%E7%A2%BC-1020101(1)%E4%BF%AE%E8%A8%82%E5%86%8A%E5%88%A5-1020115.zip)
- 吳裕益 (2012)。《結構方程模式的理論與應用》。未出版之手稿，國立高雄師範大學特殊教育學系。
- 兒童及少年福利與權益保障法施行細則 (2012)

- 林中凱、傅秀媚、張秀玉、劉芷瑩(2010)。家長主觀評量早期療育對發展遲緩兒童發展改善之研究。*身心障礙研究*, 8(1), 40-54。
- 林美瑗(2010)。慢飛天使—發展遲緩兒童之早期療育。*醫療品質雜誌*, 4(1), 9-14。
- 林雅容、蘇健華、林麗莉、林蘋、張雅惠、吳靜萍(2010)。家長使用早期療育服務之經驗：服務可近性的啟思。*兒童及少年福利期刊*, 17, 41-59。
- 唐美華、陳君薇、蔡森蔚、陳昭惠、林中凱(2010)。以「居家活動」介入對發展遲緩幼童之影響。*職能治療學會雜誌*, 28(2), 31-45。
- 孫世恆(2011)。臺灣地區發展遲緩兒童相關療育資源現況調查之先驅研究。在中華民國發展遲緩兒童早期療育協會編。*第十二屆國際發展遲緩兒童早期療育論文發表大會論文集*(頁8-27)。花蓮市：中華民國發展遲緩兒童早期療育協會。
- 張介信、黃君代、邵文娟、向時賢(2011)。早期療育之發展遲緩兒童行為發展成效評估。*中南盟研究年刊*, 4(1), 9-22。
- 張彝平(2011)。臺灣家長對於早期療育服務之滿意度。未出版之碩士論文，長庚大學早期療育研究所，桃園縣。
- 陳雅鈴、許玫玲(2009)。家長對發展遲緩兒童早期療育復健治療的滿意度之研究。*醫務管理期刊*, 10(4), 289-308。
- 黃惠玲、謝玉蓮、陳震宇、鐘育志(2002)。Concurrent validity of the scale for screening of developmental delay。*The Kaohsiung Journal of Medical Sciences*, 18(10), 517-522。
- 蔡政道、郭煌宗、周宜卿、蔡明瑤、蔡長海(2005)。A clinical analysis of children with developmental delay。*Acta Paediatrica Taiwanica*, 46(4), 192-195。
- 蔡淑桂(2009)。家庭服務導向之親職教育方案對發展遲緩幼兒的父母教養能力、家庭功能之研究。*教育研究學報*, 43(1), 107-132。
- 鄭翠娟(2004)。早期療育與家庭參與。在許天威編著，*早期療育概論*。台北縣：群英出版社。
- 儲鳳英(2005)。發展遲緩兒童早期療育醫療資源之利用及其影響因素分析。未出版之碩士論文，臺北醫學大學醫務管理學系，台北市。
- 鍾燕宜、潘雨辰、陳右振、郭煌宗(2010)。發展遲緩兒童母親親職壓力之初探。*身心障礙研究*, 8(2), 83-98。



## 英文文獻

- 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 : for professionals working with children in the hospital and community*, *16*(1), 62-74.
- Bell, A., Corfield, M., Davies, J., & Richardson, N. (2010). Collaborative transdisciplinary intervention in early years - putting theory into practice. *Child: care, health and development*, *36*(1), 142-148.
- 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. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Child: care, health and development*, *30*(2), 123-130.
- Camden, C., Swaine, B., Tetreault, S., & Brodeur, M. M. (2010). Reorganizing pediatric rehabilitation services to improve accessibility: do we sacrifice quality? *BMC health services research*, *10*, 227.
- Camden, C., Tetreault, S., & Swaine, B. (2011). Increasing the Use of Group Interventions in a Pediatric Rehabilitation Program: Perceptions of Administrators, Therapists, and Parents. *Physical & occupational therapy in pediatrics*.
- CanChild. (2012a). About FCS Sheets. Retrieved 7/17, 2012, from [http://www.canchild.ca/en/childrenfamilies/fcs\\_sheet.asp](http://www.canchild.ca/en/childrenfamilies/fcs_sheet.asp)
- CanChild. (2012b). Measure of Processes of Care (MPOC). Retrieved 8/24, 2011, from [http://www.canchild.ca/en/measures/mpoc56\\_mpoc20.asp](http://www.canchild.ca/en/measures/mpoc56_mpoc20.asp)
- Darrah, J., Wiart, L., Magill-Evans, J., Ray, L., & Andersen, J. (2012). Are family-centred principles, functional goal setting and transition planning evident in therapy services for children with cerebral palsy? [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Child: care, health and development*, *38*(1), 41-47.
- Davies, P. L., & Gavin, W. J. (1994). Comparison of Individual and Group/Consultation Treatment Methods for Preschool Children With Developmental Delays. *The American Journal of Occupational Therapy*, *48*(2), 155-161.
- Dempsey, I., Keen, D., Pennell, D., O'Reilly, J., & Neilands, J. (2009). Parent stress, parenting competence and family-centered support to young children with an intellectual or developmental disability. *Research in developmental disabilities*, *30*(3), 558-566.
- Dickens, K., Matthews, L. R., & Thompson, J. (2011). Parent and service providers'

- perceptions regarding the delivery of family-centred paediatric rehabilitation services in a children's hospital. *Child: care, health and development*, 37(1), 64-73.
- Dickson, K., Marshall, M., Boyle, J., McCartney, E., O'Hare, A., & Forbes, J. (2009). Cost analysis of direct versus indirect and individual versus group modes of manual-based speech-and-language therapy for primary school-age children with primary language impairment. [Randomized Controlled Trial]. *International journal of language & communication disorders / Royal College of Speech & Language Therapists*, 44(3), 369-381.
- Dunst, C. J., Trivette, C. M., & Hamby, D. W. (2007). Meta-analysis of family-centered helping practices research. [Meta-Analysis]. *Mental retardation and developmental disabilities research reviews*, 13(4), 370-378.
- Dyke, P., Buttigieg, P., Blackmore, A. M., & Ghose, A. (2006). Use of the measure of process of care for families (MPOC-56) and service providers (MPOC-SP) to evaluate family-centred services in a paediatric disability setting. *Child: care, health and development*, 32(2), 167-176.
- Granat, T., Lagander, B., & Borjesson, M. C. (2002). Parental participation in the habilitation process - evaluation from a user perspective. *Child Care Health and Development*, 28(6), 459-467.
- Hu, L. t., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 6(1), 1-55.
- Hung, W. W. Y., & Pang, M. Y. C. (2010). Effects of Group-Based Versus Individual-Based Exercise Training on Motor Performance in Children with Developmental Coordination Disorder: A Randomized Controlled Pilot Study. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 42(2), 122-128.
- Innocenti, M. S., Huh, K., & Boyce, G. C. (1992). Families of Children with Disabilities - Normative Data and Other Considerations on Parenting Stress. *Topics in Early Childhood Special Education*, 12(3), 403-427.
- Jeglinsky, I., Autti-Ramo, I., & Brogren Carlberg, E. (2012). Two sides of the mirror: parents' and service providers' view on the family-centredness of care for children with cerebral palsy. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Child: care, health and development*, 38(1), 79-86.
- King, G., King, S., Law, M., Kertoy, M., Rosenbaum, P., & Hurley, P. (2002). Family-Centred Service in Ontario: A 'Best Practice' Approach for children with Disabilities and Their Families.
- King, G., King, S., Rosenbaum, P., & Goffin, R. (1999). Family-centered caregiving and well-being of parents of children with disabilities: Linking process with

- outcome. *Journal of pediatric psychology*, 24(1), 41.
- King, G. A., King, S. M., & Rosenbaum, P. L. (1996). How mothers and fathers view professional caregiving for children with disabilities. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 38(5), 397-407.
- King, G. A., Rosenbaum, P. L., & King, S. M. (1997). Evaluating family-centred service using a measure of parents' perceptions. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Child: care, health and development*, 23(1), 47-62.
- King, S., King, G., & Rosenbaum, P. (2004). Evaluating health service delivery to children with chronic conditions and their families: Development of a refined Measure of Processes of Care (MPOC-20). *Childrens Health Care*, 33(1), 35-57.
- King, S., Rosenbaum, P., & King, G. (1995). *The Measure of Processes of Care: A means to assess family-centred behaviours of health care providers*. Hamilton: McMaster University, Neurodevelopmental Clinical Research Unit.
- King, S. M., Rosenbaum, P. L., & King, G. A. (1996). Parents' perceptions of caregiving: Development and validation of a measure of processes. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 38(9), 757-772.
- Laforme, A. C., & Effgen, S. K. (2007). Use of Groups in Pediatric Physical Therapy: Survey of Current Practices. *Pediatric Physical Therapy*, 18(1), 96.
- Law, M., Hanna, S., King, G., Hurley, P., King, S., Kertoy, M., et al. (2003). Factors affecting family-centred service delivery for children with disabilities. [Research Support, U.S. Gov't, P.H.S.]. *Child: care, health and development*, 29(5), 357-366.
- Lung, F. W., Shu, B. C., Chiang, T. L., & Lin, S. J. (2011). Maternal mental health and childrearing context in the development of children at 6, 18 and 36 months: a Taiwan birth cohort pilot study. *Child Care Health and Development*, 37(2), 211-223.
- Mazer, B., Feldman, D., Majnemer, A., Gosselin, J., & Kehayia, E. (2006). Rehabilitation services for children: therapists' perceptions. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Pediatric rehabilitation*, 9(4), 340-350.
- McConachie, H., & Logan, S. (2003). Validation of the measure of processes of care for use when there is no Child Development Centre. [Validation Studies]. *Child: care, health and development*, 29(1), 35-45.
- Mensah, F. K., & Kiernan, K. E. (2011). Maternal general health and children's cognitive development and behaviour in the early years: findings from the Millennium Cohort Study. *Child Care Health and Development*, 37(1), 44-54.
- Miller, A. R., Armstrong, R. W., Masse, L. C., Klassen, A. F., Shen, J., & O'Donnell, M. E. (2008). Waiting for child developmental and rehabilitation services: an

- overview of issues and needs. [Research Support, Non-U.S. Gov't Review]. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 50(11), 815-821.
- Moore, M. H., Mah, J. K., & Trute, B. (2009). Family-centred care and health-related quality of life of patients in paediatric neurosciences. *Child: care, health and development*, 35(4), 454-461.
- Nunnally, J. C. (1967). *Psychometric theory*.
- O'Neil, M. E., Palisano, R. J., & Westcott, S. L. (2001). Relationship of therapists' attitudes, children's motor ability, and parenting stress to mothers' perceptions of therapists' behaviors during early intervention. [Research Support, Non-U.S. Gov't
- Research Support, U.S. Gov't, P.H.S.]. *Physical therapy*, 81(8), 1412-1424.
- Odom, S. L., Yoder, P., & Hill, G. (1988). Developmental Intervention for Infants with Handicaps - Purposes and Programs. *Journal of Special Education*, 22(1), 11-24.
- Prince, B., Markrides, L., & Richman, J. (1980). Research methodology and applied statistics. Part 2: the literature search. *Physiotherapy Canada*, 32, 201-206.
- 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 and development*, 33(5), 586-592.
- Rogers, C. R. (1946). Significant aspects of client-centered therapy. *The American psychologist*, 1(10), 415-422.
- Rosenbaum, P., King, S., Law, M., King, G., & Evans, J. (1998). Family-Centred Service: A Conceptual Framework and Research Review. *Physical & occupational therapy in pediatrics*, 18(1), 1-20.
- Rosenbaum, P. L., King, S. M., & Cadman, D. T. (1992). Measuring processes of caregiving to physically disabled children and their families. I: Identifying relevant components of care. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 34(2), 103-114.
- Schreiber, J., Bengner, J., Salls, J., Marchetti, G., & Reed, L. (2011). Parent Perspectives on Rehabilitation Services for Their Children with Disabilities: A Mixed Methods Approach. *Physical & occupational therapy in pediatrics*.
- Shrout, P. E., & Fleiss, J. L. (1979). Intraclass correlations: uses in assessing rater reliability *Psychological Bulletin*, 86, 420-428.
- van Schie, P. E., Siebes, R. C., Ketelaar, M., & Vermeer, A. (2004). The measure of processes of care (MPOC): validation of the Dutch translation. [Research Support, Non-U.S. Gov't Validation Studies]. *Child: care, health and development*, 30(5), 529-539.

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.



## 附錄一：照護過程評量表(MPOC-20)本土化之專家名單

專業背景	姓名	服務單位	職稱
職能治療	羅鈞令	臺大職能治療學系	兼任副教授
	吳端文	新北市私立全人兒童發展中心	主任
	陳玉蘭	臺北榮民總醫院	兒童職能治療組長
	黃慶凱	林口長庚紀念醫院	職能治療師
語言治療	張綺芬	臺大醫院復健部	語言治療科科長
	蕭麗君	三軍總醫院附設民眾診療服務處	語言治療師
	曾鳳菊	新光醫院	語言治療組長
物理治療	廖華芳	臺大物理治療學系	專任副教授
	潘懿玲	臺大醫院復健部	物理治療師
	劉妍伶	新光醫院	兒童物理治療組長
臨床心理	張麗滿	臺大醫院復健部	臨床心理師

## 附錄二：照護過程評量表(MPOC-20)英文原版

### MEASURE OF PROCESSES OF CARE (MPOC-20)

We would like to understand and measure the experiences of parents who have a child with a disability. In particular we wish to know about your perceptions of the care you have been receiving over the past year from the health care organization that provides services to your child. This may be your local children=s treatment (rehabilitation) centre, your community care access centre, or another organization.

The care that you and your child receive from this organization may bring you into contact with many individuals. The questions on this form are grouped by who these contacts are, as described below.

**PEOPLE:** refers to those individuals who work directly with you or your child. These **may include** psychologists, therapists, social workers, doctors, teachers, etc.

**ORGANIZATION:** refers to all staff from the health care organization, whether involved directly with your child or not. In addition to health care people they **may include** support staff such as office staff, housekeepers, administrative personnel, etc.

The questions are based on what parents, like yourself, have told us about the way care is sometimes offered. We are interested in your personal thoughts and would appreciate your completing this questionnaire on your own without discussing it with anyone.

For each question, please indicate how much the event or situation happens to you. You are asked to respond by circling **one** number from 1 (Not at All) to 7 (To a Very Great Extent) that you feel best fits your experience. Please note that the zero value (0) is used only if the situation described does not apply to you.

When answering these questions, we would like you to think about the organization from which you first found out about this study. For easy reference, the name of that organization is:

\_\_\_\_\_.

**PEOPLE:** refers to those individuals who work directly with you or your child. These **may include** psychologists, therapists, social workers, doctors, teachers, etc.

IN THE PAST YEAR, TO WHAT EXTENT DO THE PEOPLE WHO WORK WITH YOUR CHILD...	Indicate <u>how much</u> this event or situation happens to you.							
	To a Very Great Extent	To a Great Extent	To a Fairly Great Extent	To a Moderate Extent	To a Small Extent	To a Very Small Extent	Not at All	Not Applicable
1. ...help you to feel competent as a parent?	7	6	5	4	3	2	1	0
2. ...provide you with written information about what your child is doing in <u>therapy</u> ?	7	6	5	4	3	2	1	0
3. ...provide a caring atmosphere <u>rather</u> than just give you information?	7	6	5	4	3	2	1	0

IN THE PAST YEAR, TO WHAT EXTENT DO THE PEOPLE WHO WORK WITH YOUR CHILD...	Indicate <u>how much</u> this event or situation happens to you.							
	To a Very Great Extent	To a Great Extent	To a Fairly Great Extent	To a Moderate Extent	To a Small Extent	To a Very Small Extent	Not at All	Not Applicable
4. ...let you choose when to receive information and the type of information you want?	7	6	5	4	3	2	1	0
5. ...look at the needs of your "whole" child (e.g., at mental, emotional, and social needs) instead of just at physical needs?	7	6	5	4	3	2	1	0
6. ...make sure that at least one team member is someone who works with you and your family over a long period of time?	7	6	5	4	3	2	1	0
7. ...fully explain treatment choices to you?	7	6	5	4	3	2	1	0
8. ...provide opportunities for you to make decisions about treatment?	7	6	5	4	3	2	1	0
9. ...provide enough time to talk so you don't feel rushed?	7	6	5	4	3	2	1	0
10. ...plan together so they are all working in the same direction?	7	6	5	4	3	2	1	0
11. ...treat you as an <u>equal</u> rather than just as the parent of a patient (e.g., by not referring to you as "Mom" or "Dad")?	7	6	5	4	3	2	1	0
12. ...give you information about your child that is consistent from person to person?	7	6	5	4	3	2	1	0
13. ...treat you as an individual rather than as a "typical" parent of a child with a disability?	7	6	5	4	3	2	1	0
14. ...provide you with written information about your child's progress?	7	6	5	4	3	2	1	0
15. ...tell you about the results from assessments?	7	6	5	4	3	2	1	0

(Continued on next page)



**ORGANIZATION:** refers to all staff from the health care organization, whether involved directly with your child or not. In addition to health care people they **may include** support staff such as office staff, housekeepers, administrative personnel, etc.

IN THE PAST YEAR, TO WHAT EXTENT DOES THE ORGANIZATION WHERE YOU RECEIVE SERVICES...	Indicate <u>how much</u> this event or situation happens to you.							
	To a Very Great Extent	To a Great Extent	To a Fairly Great Extent	To a Moderate Extent	To a Small Extent	To a Very Small Extent	Not at All	Not Applicable
16. ...give you information about the types of services offered at the organization or in your community?	7	6	5	4	3	2	1	0
17. ...have information available about your child's disability (e.g., its causes, how it progresses, future outlook)?	7	6	5	4	3	2	1	0
18. ...provide opportunities for the entire family to obtain information?	7	6	5	4	3	2	1	0
19. ...have information available to you in various forms, such as a booklet, kit, video, etc.?	7	6	5	4	3	2	1	0
20. ...provide advice on how to get information or to contact other parents (e.g., organization's parent resource library)?	7	6	5	4	3	2	1	0

## 附錄三：照護過程評量表(MPOC-20)繁體中文版

### 照護過程測量表

(MEASURE OF PROCESSES OF CARE; MPOC-20)

我們想要了解並且測量有身心障礙兒童的父母所經歷過的經驗。關於有提供服務給您孩子的醫療機構，我們尤其希望可以了解您對於過去一年中從這機構所得到的照護的感受。這個機構可以是您當地的兒童治療（復健）中心、您的社區護理服務中心或是其他機構。

透過您和您的孩子從這個機構所得到的照護，您可能會因而接觸到很多人。這份表格上的問題是根據您所接觸的人士身分而歸類的；如下敘述：

**人士：**泛指那些有直接提供服務給您或是您孩子的人士。這些可能包含心理醫生、治療師、社工人員、醫生、老師，等等。

**機構：**泛指醫療機構裡的全體工作人員，無論他們的工作是否和您的孩子有直接的關連。除了醫護人員之外，他們可能包含像是辦公人員、清潔人員、行政人員等後勤人員。

有些像您一樣的父母曾經告訴過我們一些有關照護的提供方式。這些問題就是根據那些資訊擬定的。我們對您的個人看法感到興趣，並且我們感謝您可以在不和任何人討論的情況下獨立完成這份問卷。

對於每一個問題，請表明此事件或是情況在您身上發生的程度有多少。請從1（完全沒有）到7（極大的程度）這些數字中圈選一個最符合您的經驗的選項作為答案。請注意當問題所描述的情況不適用在您的身上時，僅有這個時候，您可以選擇0這個數字。

當您在回答這些問題的時候，我們希望您能以第一個告知您此研究計畫的機構作為依據。為了之後查詢上的便利，這個機構的名稱是：

人士：泛指那些有直接提供服務給您或是您孩子的人士。這些可能包含心理醫生、治療師、社工人員、醫生、老師，等等。

在過去一年中，在何種程度上，那些為您的孩子提供服務的人士...	請表明此事件或是情況在您身上發生的程度有多少							不適用
	極大的程度	非常大的程度	相當大的程度	中等的程度	輕微的程度	極小的程度	完全沒有	
1... 幫助您認同自己是個稱職的父母？	7	6	5	4	3	2	1	0
2... 提供給您有關於您孩子所接受的治療的書面資訊？	7	6	5	4	3	2	1	0
3... 營造關懷氣氛， <u>而不是</u> 只提供資訊給您？	7	6	5	4	3	2	1	0

在過去一年中，在何種程度上，那些為您的孩子提供服務的人士...	請表明此事件或是情況在您身上發生的程度有多少							
	極大的程度	非常大的程度	相當大的程度	中等的程度	輕微的程度	極小的程度	完全沒有	不適用
4... 讓您選擇獲取資訊的時間以及您所需要的資訊類別？	7	6	5	4	3	2	1	0
5... 考量到您孩子的「全面」需求(例如：在心理、情感上和社交上的需求)，而不只是在身體需求上？	7	6	5	4	3	2	1	0
6... 確認至少有一名團隊人員長期固定為您以及您的家人提供服務？	7	6	5	4	3	2	1	0
7... 很完整地向您解釋治療選擇？	7	6	5	4	3	2	1	0
8... 讓您有機會可以做有關治療方面的決定？	7	6	5	4	3	2	1	0
9... 提供您足夠的談話時間，而不會讓您覺得匆忙？	7	6	5	4	3	2	1	0
10... 一起訂立計畫，以便大家都是朝同一方向努力？	7	6	5	4	3	2	1	0
11... 把您視為同等的人，而不只是某個病患的父母(例如：他們不是以「媽媽」或是「爸爸」來稱呼您)？	7	6	5	4	3	2	1	0
12... 每個人提供給您關於您孩子的資訊都是一致的？	7	6	5	4	3	2	1	0
13... 把您視為另一位人士看待，而不是一名「典型」有身心障礙孩童的父母？	7	6	5	4	3	2	1	0
14... 提供給您有關您孩子進展的書面資訊？	7	6	5	4	3	2	1	0
15... 告知您有關評估的結果？	7	6	5	4	3	2	1	0

(接下頁)

**機構：**泛指醫療機構裡的全體工作人員，無論他們的工作是否和您的孩子有直接的關連。除了醫護人員之外，他們可能包含像是辦公人員、清潔人員、行政人員等後勤人員。

在過去一年中，在何種程度上，那間為您提供服務的機構...	請表明此事件或是情況在您身上發生的程度有多少							
	極大的程度	非常大的程度	相當大的程度	中等的程度	輕微的程度	極小的程度	完全沒有	不適用
16... 給您有關該機構或是您社區中所提供的服務種類資訊？	7	6	5	4	3	2	1	0
17... 擁有關於您孩子的身心障礙的相關資訊（例如：它的起因、發展狀況、未來情況）？	7	6	5	4	3	2	1	0
18... 提供全家人獲取資訊的機會？	7	6	5	4	3	2	1	0
19... 擁有各種形式的資訊，像是小冊子、成套資料、影片等等，可以提供給您？	7	6	5	4	3	2	1	0
20... 提供您如何尋找資訊或是和其他父母聯絡的建議（例如：機構中附屬的父母資源圖書館）？	7	6	5	4	3	2	1	0

## 附錄四：照護過程評量表(MPOC-20)臺灣版

### 照護過程評量表

#### (MEASURE OF PROCESSES OF CARE; MPOC-20)

我們想了解和評量發展遲緩或身心障礙兒童之父母的經驗，尤其希望得知您過去一年中，在提供您孩子復健服務的機構（如：醫院、診所、治療所、發展中心、學校、或其它）接受服務的感受。

您在提供您孩子復健服務的機構中可能會接觸到很多人，這份問卷的問題是根據您所接觸的人員身分來歸類：

**人員**：是指直接提供服務給您或您孩子的人員，可能包含治療師、社工師、醫師、老師等。

**機構**：是指機構裡的全體工作人員，無論他們是否直接提供服務給您或您孩子，可能包含醫事人員或其它專業人員、行政人員、清潔人員等。

有些像您一樣的父母曾經告訴我們一些有關服務的提供方式，這份問卷就是根據那些資訊所編製的。我們重視您個人的想法，希望您能獨自填寫這份問卷而不與其他人討論。

請您回答每個問題所描述的事件或是情況，發生在您身上的程度有多少，請在 1（完全沒有）到 7（極大的程度）這些數字中，圈選一個最符合您經驗的數字作為答案。只有當問題所描述的情況不適用在您身上時，可圈選 0（不適用）。

請依據您在一家機構接受服務的經驗來填答此問卷，為了方便我們進行簡易記錄，這家機構名稱為：

\_\_\_\_\_。

**人員**：是指直接提供服務給您或您孩子的人員，可能包含治療師、社工師、醫師、老師等。

在過去一年中，那些為您的孩子提供服務的 <u>人員</u> ，在何種程度上...	請圈選此事件或是情況在您身上發生的程度有多少							
	極大的程度	很大的程度	稍大的程度	中等的程度	輕微的程度	極小的程度	完全沒有	不適用
1. ...幫助您感受到自己是個稱職的父母？	7	6	5	4	3	2	1	0
2. ...提供您有關孩子所接受的 <u>治療內容的書面資訊</u> ？	7	6	5	4	3	2	1	0
3. ...營造關懷氣氛， <u>而不是</u> 只提供資訊給您？	7	6	5	4	3	2	1	0
4. ...在您覺得適當的時機給您想要的資訊？	7	6	5	4	3	2	1	0

©1998, King, Rosenbaum, & King, *CanChild* Centre for Childhood Disability Research, McMaster University

MPOC-20 Traditional Chinese Translation, Taiwanese Context (繁體中文臺灣版)

譯者：廖研蒲 ([r99848003@ntu.edu.tw](mailto:r99848003@ntu.edu.tw))，林家瑜，曾美惠，張慎耘（西元 2012 年）

第 1 頁

在過去一年中，那些為您的孩子提供服務的 <u>人員</u> ，在何種程度上...	請圈選此事件或是情況在您身上發生的程度有多少							
	極大的程度	很大的程度	稍大的程度	中等的程度	輕微的程度	極小的程度	完全沒有	不適用
5. ...考量到您孩子的「全面」需求（例如：在心理、情感上和社交上的需求），而不只是在身體需求上？	7	6	5	4	3	2	1	0
6. ...確認至少有一名團隊人員長期為您及您的孩子提供服務？	7	6	5	4	3	2	1	0
7. ...完整地向您解釋可選擇的治療項目？	7	6	5	4	3	2	1	0
8. ...讓您有機會可以做有關治療方面的決定？	7	6	5	4	3	2	1	0
9. ...提供您足夠的談話時間，而不會讓您覺得匆忙？	7	6	5	4	3	2	1	0
10...與團隊一起訂立治療計畫，以便他們都是朝同一方向努力？	7	6	5	4	3	2	1	0
11...以 <u>平等尊重的態度</u> 與您互動，而非上對下的態度？	7	6	5	4	3	2	1	0
12...每位治療團隊成員所提供關於您孩子的資訊不會互相衝突？	7	6	5	4	3	2	1	0
13...可以個別看待您的狀況，而不是用同一種方式對待每一個有身心障礙孩童的父母？	7	6	5	4	3	2	1	0
14...提供您有關孩子進展的 <u>書面</u> 資訊？	7	6	5	4	3	2	1	0
15...告知您有關評估的結果？	7	6	5	4	3	2	1	0

機構：是指機構裡的全體工作人員，無論他們是否直接提供服務給您或您孩子，可能包含醫事人員或其它專業人員、行政人員、清潔人員等。

在過去一年中，那間為您的孩子提供服務的機構，在何種程度上...	請圈選此事件或是情況在您身上發生的程度有多少							
	極大的程度	很大的程度	稍大的程度	中等的程度	輕微的程度	極小的程度	完全沒有	不適用
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？	7	6	5	4	3	2	1	0
17...可以讓您取得關於您孩子身心障礙的相關資訊（例如：它的起因、發展狀況、未來情況）？	7	6	5	4	3	2	1	0
18...提供全家人獲取資訊的機會？	7	6	5	4	3	2	1	0
19...可以讓您取得各種形式的資訊，像是衛教單張、衛教手冊、或可觀賞衛教影片等等？	7	6	5	4	3	2	1	0
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）？	7	6	5	4	3	2	1	0

## 附錄五：通過研究倫理委員會審查通知

發文方式：紙本遞送

檔 號：

保存年限：

### 國立臺灣大學醫學院附設醫院 函

地址：10002台北市中山南路7號  
承辦人：顏鈺芳  
電話：02-23123456分機63596  
傳真：02-2395-1950  
電子信箱：ntuhrec@ntuh.gov.tw

受文者：國立臺灣大學醫學院職能治療系曾美惠教授

發文日期：中華民國100年10月4日

發文字號：校附醫倫字第1003703777號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：普通

附件：如文

主旨：有關 台端所主持之「影響兒童復建單位提供「以家庭為中心的服務」之因素探討/ Factors affecting family-centered service delivery in pediatric rehabilitation program」(本院案號：201109029RC)純學術臨床試驗案，符合簡易審查條件及研究倫理規範，通過本院C研究倫理委員會審查，同意核備，並提C研究倫理委員會第21次會議報備追認，請 查照。

說明：

- 一、本臨床試驗核准之有效期限為1年，計畫主持人應於到期前的1個月提出持續審查申請表，本案需經持續審查，方可繼續執行。
- 二、本臨床試驗計畫若需變更、暫停執行、中途終止或結束時，主持人應向本會提出審查申請。
- 三、本會同意之文件版本日期如下：
  - (一)臨床試驗計畫書：100/9/21。
  - (二)中文摘要：100/9/20。
  - (三)受試者說明及同意書：100.9.28。
  - (四)兒童復健品質調查：100/9/28(家長版)、100/9/21(復健師版)。
- 四、計畫主持人及研究團隊應遵循之相關研究倫理規範，請參閱研究倫理委員會網頁<http://www.ntuh.gov.tw/RECO>，並遵照執行；臨床試驗執行期間，請確實依據「人體研究倫理政



策指引」之相關規定辦理，並請計畫主持醫師保存所有文件備查。

五、依據國際醫學雜誌編輯委員會(The International Committee of Medical Journal Editors, ICMJE)之投稿規定，臨床試驗研究計畫投稿者，需於招募第一位受試者參與試驗前，將通過研究倫理委員會審核之臨床試驗計畫資料登錄於臨床試驗公開網站，完成登錄作業後，國際醫學雜誌編輯委員會(ICMJE)才會接受研究結果之發表。WHO對臨床試驗研究計畫之定義為任何對受試者或特定族群進行一個或多個與健康有關的介入措施(如藥物、外科處置、器材、行為治療、飲食介入及照護過程改變)以評估對健康的效益之計畫，非屬上述臨床試驗計畫，請計畫主持人自行決定是否登錄。

六、本院已向美國國家衛生研究院(National Institutes of Health, NIH) ClinicalTrials.gov 網站- Protocol Registration System ( PRS [https:// register.clinicaltrials.gov/](https://register.clinicaltrials.gov/))申請本院專用帳號，供本院計畫主持人(PI)登錄所主持之臨床試驗研究計畫，登入網頁之帳號及密碼如下列：

(一)Organization : NTaiwanUH

(二)User Name : NTUH

(三>Password : NTUH99

七、隨函檢附臨床研究重要訊息通知單，請依計畫需要辦理相關事宜。

正本：國立臺灣大學醫學院職能治療系曾美惠教授(附件)

副本：本院研究倫理委員會

院長 陳明豐

## 附錄六：研究受訪者說明及同意書

倫委會案號：201109029RC

### 國立台灣大學醫學院附設醫院 研究受訪者說明及同意書

您被邀請參與此研究，這份表格提供您本研究之相關資訊，本研究已取得研究倫理委員會審查通過，研究主持人或其授權人員將會為您說明研究內容並回答您的任何疑問，請您經過慎重考慮後方予簽名。您須簽署同意書後才能參與本研究。

<b>研究計畫名稱：</b> 中文：影響兒童復健單位提供「以家庭為中心的服務」之因素探討 英文：Factors affecting family-centered service delivery in pediatric rehabilitation program	
執行單位：台大醫學院職能治療學系	委託單位/藥廠：無
主要主持人：曾美惠	職稱：教授 電話：33668175
※二十四小時緊急聯絡人：廖研蒲	電話：0917425847
<b>受訪者姓名：</b> 性別： 出生日期： 通訊地址： 聯絡電話：	
<b>一、研究目的：</b> 本研究欲發展「照護過程測量表」問卷，同時調查臺北地區兒童復健單位提供「以家庭為中心的服務」之情形，並探討影響兒童復健單位提供「以家庭為中心的服務」之因素。本研究無經費來源。	
<b>二、受訪者之參加條件：</b> <ol style="list-style-type: none"><li>具職能治療師(生)、物理治療師(生)、語言治療師、臨床心理師執業執照。</li><li>全職人員，服務領域包含兒童復健。</li></ol>	
<b>三、研究方法、程序及受訪者應配合之事項：</b> 整個研究期間大約6個月，預計至十家兒童復健單位進行問卷收集。當您同意參加本研究後，僅需填寫一份服務相關基本資料問卷，約3分鐘即可。本問卷由研究者親自發放與回收，不會將個別資料提供給其它人員，僅供學術使用。 請您遵照研究人員的指示，配合回答或填寫相關問題。在進行調查時務必請您放輕鬆，不要有任何壓力。您的回答不會對您的權益產生任何影響。	

版本日期：100.9.28

倫委會案號：201109029RC

#### 四、研究材料之保存期限及運用規劃：

本研究所收集之問卷僅用於學術用途，您所填寫之問卷內容會以您的姓氏與您所服務之家長所填寫的問卷(內容：家長對於您與您的團隊提供之服務符合「以家庭為中心」之程度的感受)進行串連。預計於2012年8月前結束本研究，並將所收集之問卷銷毀。

#### 五、可預見之風險及補救措施：

您需要使用約3分鐘填寫問卷，可能會占用您些許個人時間。本問卷需填答您的姓氏，為了保密您所填寫的內容，問卷資料輸入時會以數字代碼取代，研究結束後會將紙本問卷銷毀，因此不會有洩漏隱私之風險。您也可隨時提出退出本研究，我們將會尊重您意願。

#### 六、研究預期效益：

本研究探討影響兒童復健單位提供「以家庭為中心的服務」之因素，有助於對相關政策提出建議、改善兒童復健品質，進而使提升發展遲緩及發展障礙兒童及其家庭的健康與安適。

#### 七、機密性：

臺大醫院將依法把任何可辨識您的身分之記錄與您的個人隱私資料視為機密來處理，不會公開。如果發表試驗結果，您的身分仍將保密。您亦瞭解若簽署同意書即同意您的原始醫療紀錄可直接受監測者、稽核者、研究倫理委員會及主管機關檢閱，以確保臨床試驗過程與數據符合相關法律及法規要求；上述人員並承諾絕不違反您的身分之機密性。

#### 八、損害補償：

- (一) 如依本研究進行因而發生不良反應或損害，本院願意提供必要的協助。
- (二) 除前項協助外，本研究不提供其他形式之補償。若您不願意接受這樣的風險，請勿參加本研究。
- (三) 您不會因為簽署本同意書，而喪失在法律上應有的權利。

#### 九、受訪者權利：

- (一) 本研究已經過本院研究倫理委員會審查，並已獲得核准。本院研究倫理委員會委員由醫事專業人員、法律專家、社會工作人員及其他社會公正人士所組成，每月開會一次，審查內容包含試驗之利益及風險評估、受訪者照護及隱私保護等。如果您在研究過程中對研究工作性質產生疑問，對身為受訪者之權利有意見或懷疑因參與研究而受害時，可與本院之研究倫理委員會聯絡請求諮詢，其電話號碼為：02-2312-3456 轉 63155。
- (二) 如果您現在或於研究期間有任何問題或狀況，請不必客氣，可與在臺大健康政策與管理研究所的廖研蒲職能治療師聯絡(24小時聯繫電話：0917425847)。本同意書一式2份，主持人或其授權人員已將同意書副本交給您，並已完整說明本研究之性質與目的。廖研蒲職能治療師已回答您有關本研究的問題。

版本日期：100.9.28

倫委會案號：201109029RC

#### 十、研究之退出與中止：

您可自由決定是否參加本研究；研究過程中也可隨時撤銷同意，退出研究，不需任何理由，且不會引起任何不愉快或影響日後醫師對您的醫療照顧。研究主持人亦可能於必要時中止該研究之進行。

#### 十一、簽名

- (一) 主要主持人、協同主持人已詳細解釋有關本研究計畫中上述研究方法的性質與目的，及可能產生的危險與利益。

主要主持人/協同主持人簽名：

日期：□□□□年□□月□□日

- (二) 受訪者已詳細瞭解上述研究方法及其所可能產生的危險與利益，有關本研究計畫的疑問，業經計畫主持人詳細予以解釋。本人同意接受研究計畫的自願受訪者。

受訪者簽名：

日期：□□□□年□□月□□日

姓名：

身分證字號：□□□□□□□□□□ 聯絡電話：□□□□□□□□□□

通訊地址：

簽名： 日期：□□□□年□□月□□日

版本日期：100.9.28

## 附錄七：兒童復健服務調查問卷—家長

親愛的家長您好：

這份問卷主要想了解您與您孩子所接受之兒童復健服務符合「以家庭為中心」的程度，希望藉由您的參與協助本研究順利完成，以提供政府部門及兒童復健單位在推動兒童復健相關政策及服務改善時的參考。本問卷為匿名填答，僅需約 10 分鐘，由研究人員親自發放與回收，不會將您的資料提供給此機構的人員，僅供學術使用，請安心作答，非常感謝您。

敬祝 健康順心

研究生：廖研蒲 職能治療師 敬上(手機:0917425847)

國立臺灣大學健康政策與管理研究所

指導教授：曾美惠 (臺大職能治療學研究所)

鄭守夏 (臺大健康政策與管理研究所)

### 一、兒童基本資料

1. 孩子性別：1. 男 2. 女
2. 孩子年齡：1. 0歲~1歲 11月 2. 2歲~3歲 11月 3. 4歲~6歲 11月  
4. 7歲~9歲 11月 5. 10歲~12歲 11月 6. 13歲以上
3. 孩子的身心狀況經醫師診斷為(可複選)：  
1. 發展遲緩 2. 注意力不足過動症 3. 自閉症類群障礙 4. 腦性麻痺  
5. 智能障礙 6. 癲癇 7. 感覺統合障礙 8. 染色體異常 9. 其它：\_\_\_\_\_
4. 孩子目前是否具有以下文件(可複選)？  
1. 無 2. 發展遲緩證明 3. 身心障礙手冊 4. 重大傷病卡
5. 孩子目前在○○醫院及其他院所接受之所有復健治療的種類、內容、頻率(可複選)：  
a. 職能(含個別團體)，每週共\_\_次 b. 語言(含個別團體)，每週共\_\_次  
c. 物理(含個別團體)，每週共\_\_次 d. 心理(含個別團體)，每週共\_\_次
6. 您目前希望孩子能透過復健療育加強哪些能力(依優先順序在( )中填入 1、2、3、...)？  
1. ( ) 認知 2. ( ) 語言 3. ( ) 粗大動作 4. ( ) 精細動作 5. ( ) 社會互動 6. ( ) 生活自理 7. ( ) \_\_\_\_\_

7. 您填問卷的此時，孩子正在○○醫院進行哪一種(單選)治療？ 1. 職能 2. 語言 3. 物理

(以下題目至第3頁結束，均以您本題所勾選的○○醫院此治療為主題)

8. 此治療(7.勾選的)之頻率？ 1. 每週1次 2. 每週2次 3. 其它：(請說明)\_\_\_\_\_
9. 此治療(7.勾選的)內容為以下哪一種？  
1. 個別(1對1)治療 2. 2~3人團體治療 3. 4~6人團體治療 4. 7人以上團體治療
10. 此治療(7.勾選的)時間為： 1. 30分鐘 2. 60分鐘 3. 其它：\_\_\_\_\_分鐘
11. 此治療(7.勾選的)主要負責服務您與您孩子的治療師為：\_\_\_\_\_(姓氏)治療師(非實習生)
12. 孩子在此治療(7.勾選的)接受多久復健了？  
1. 未滿3個月 2. 3~6個月 3. 7~12個月 4. 1年~2年 5. 2年以上

## 二、照護過程評量表

### 填寫說明：

1. 我們想了解有復健需求的孩童之父母的經驗，希望得知您與您孩子過去一年在此治療(上頁 7.勾選的)及○○醫院兒童復健接受服務的感受。
2. 我們重視您個人的想法，希望您能獨自填寫這份問卷而不與其他人討論。
3. 請您回答每個問題所指事件或是情況在您身上發生的程度有多少，請從 1 (完全沒有) 到 7 (極大的程度) 這些數字中圈選 (○) 一個最符合您經驗的選項作為答案。
4. 只有當問題所描述的情況不適用在您身上時，可圈選 0 (不適用) 這個數字。

在過去一年中， ○○醫院此治療(上頁 7.勾選的)的 治療師(含實習生)，在何種程度上...	請圈選 (○) 此事件或是情況在 <u>您身上發生的程度</u> 有多少							
	極大的程度	很大的程度	稍大的程度	中等的程度	輕微的程度	極小的程度	完全沒有	不適用
1. ...幫助您感受到自己是個稱職的 父母(或照顧者)?	7	6	5	4	3	2	1	0
2. ...提供您有關孩子所接受的 <u>治療</u> <u>內容的書面資訊</u> ?	7	6	5	4	3	2	1	0
3. ...營造關懷氣氛， <u>而不是</u> 只提供 資訊給您?	7	6	5	4	3	2	1	0
4. ...在 <u>您覺得適當的時機</u> 給您想要的 資訊?	7	6	5	4	3	2	1	0
5. ...考量到您孩子的「全面」需求 (例如：在心理、情感上和社 交上的需求)，而不只是在身體 需求上?	7	6	5	4	3	2	1	0

(接續下頁)

(接續上頁)

在過去一年中， ○○醫院此治療(前頁 7.勾選的)的 治療師(含實習生)，在何種程度上...	請圈選(○)此事件或是情況在您身上發生的程度有多少							
	極大的程度	很大的程度	稍大的程度	中等的程度	輕微的程度	極小的程度	完全沒有	不適用
6. ...確認至少有一名團隊人員長期為您及您的孩子提供服務？	7	6	5	4	3	2	1	0
7. ...完整地向您解釋可選擇的治療項目？	7	6	5	4	3	2	1	0
8. ...讓您有機會可以做有關治療方面的決定？	7	6	5	4	3	2	1	0
9. ...提供您足夠的談話時間，而不會讓您覺得匆忙？	7	6	5	4	3	2	1	0
10....與團隊一起訂立治療計畫，以便他們都是朝同一方向努力？	7	6	5	4	3	2	1	0
11....以 <u>平等尊重的態度</u> 與您互動，而非上對下的態度？	7	6	5	4	3	2	1	0
12....每位治療團隊成員所提供關於您孩子的資訊不會互相衝突？	7	6	5	4	3	2	1	0
13....可以個別看待您的狀況，而不是用同一種方式對待每一個有身心障礙孩童的父母(照顧者)？	7	6	5	4	3	2	1	0
14....提供您有關孩子進展的 <u>書面</u> 資訊？	7	6	5	4	3	2	1	0
15....告知您有關評估的結果？	7	6	5	4	3	2	1	0

(下頁還有題目)

[ 請注意 ]

**○○醫院兒童復健**：指此機構裡的全體工作人員，無論他們的工作是否和您的孩子有直接的關連。包含醫事人員、也可能包含像是辦公人員、清潔人員、行政人員等後勤人員。

在過去一年中， <b>○○醫院兒童復健</b> 在何種程度上...	請圈選(○)此事件或是情況在您身上發生的程度有多少							
	極大的程度	很大的程度	稍大的程度	中等的程度	輕微的程度	極小的程度	完全沒有	不適用
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？	7	6	5	4	3	2	1	0
17....可以讓您取得關於您孩子身心障礙的相關資訊（例如：它的起因、發展狀況、未來情況）？	7	6	5	4	3	2	1	0
18....提供全家人獲取資訊的機會？	7	6	5	4	3	2	1	0
19....可以讓您取得各種形式的資訊，像是衛教單張、衛教手冊、或可觀賞衛教影片等等？	7	6	5	4	3	2	1	0
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）？	7	6	5	4	3	2	1	0

### 三、填答者基本資料

- 您是孩子的：1.  母親 2.  父親 3.  其它(請說明)：\_\_\_\_\_
- 過去一年平常是否主要由您帶孩子來接受復健治療？ 1.  是 2.  否  
過去一年平常是否主要由您負責照顧孩子的生活起居？ 1.  是 2.  否
- 您的年齡：1.  20歲以下 2.  20~24歲 3.  25~29歲 4.  30~34歲  
5.  35~39歲 6.  40~44歲 7.  45~49歲 8.  50歲以上
- 您的國籍：1.  臺灣籍 2.  外國籍(請說明)：\_\_\_\_\_
- 您的最高學歷：1.  國小畢業或以下 2.  國中畢業 3.  高中(職)畢業  
4.  專科畢業 5.  大學畢業 6.  研究所以上
- 您過去一年的工作狀態：1.  全職 2.  兼職 3.  無(或家管) 4.  其它：\_\_\_\_\_
- 過去一年您家庭的平均月收入約為：  
1.  3萬以下 2.  3~5萬 3.  5~7萬 4.  7~10萬 5.  10萬以上
- 手機：\_\_\_\_\_ (僅於題目漏答時，供研究人員連絡用，請放心填答)

問卷結束，請檢查是否有漏填題目，謝謝您~麻煩將問卷交給**研究人員**(手機：0917425847)



## 附錄八：兒童復健服務調查問卷－單位

親愛的治療師您好：

本研究主要想了解，您所服務兒童之家長所感受之兒童復健服務符合「以家庭為中心」的程度，本問卷僅需您提供服務相關基本資料，填答僅需約3分鐘，希望藉由您的參與讓本研究順利完成，以提供政府相關部門及兒童復健單位，在推動兒童復健相關政策及服務改善時的參考。本問卷由研究人員親自發放與回收，不會將個別資料提供給其它人員，僅供學術使用，請您安心作答，非常感謝您。

敬祝 健康順心

研究生：廖研蒲職能治療師 敬上(手機:0917425847)

國立臺灣大學健康政策與管理研究所

指導教授：曾美惠（臺大職能治療學研究所）

鄭守夏（臺大健康政策與管理研究所）

### 兒童復健單位基本資料

1. 單位名稱：\_\_\_\_\_（專業類別：職能語言物理心理）
2. 權屬別：1.公立 2.私立 3.財團法人
3. 層級：1.醫學中心 2.區域醫院 3.地區醫院 4.基層診所 5.治療所
4. 貴單位過去一年服務領域包含**兒童復健**的治療師人數：a.全職\_\_\_\_位，b.兼職\_\_\_\_位。  
（兼職治療師之每週工作天數分別為：\_\_\_\_天、\_\_\_\_天、\_\_\_\_天、\_\_\_\_天、\_\_\_\_天）
5. 請在下方各時段空格中，填寫貴單位提供兒童復健治療的治療師人數：

	一	二	三	四	五	六	日
上午							
下午							
晚上							

6. 貴單位內是否有相同姓氏的全職治療師？1.否 2.是
7. 貴單位過去一年是否有收實習學生？  
1.否；2.是，約幾位？1-2位 3-6位 7-10位 11位以上
8. 貴單位過去一年是否有提供兒童復健相關自費項目：  
1.否；2.是，項目名稱：\_\_\_\_\_

～本問卷到此結束，謝謝您的配合～

## 附錄九：兒童復健服務調查問卷－治療師

親愛的治療師您好：

本研究主要想了解，您所服務兒童之家長所感受之兒童復健服務符合「以家庭為中心」的程度，本問卷僅需您提供服務相關基本資料，填答僅需約3分鐘，希望藉由您的參與讓本研究順利完成，以提供政府相關部門及兒童復健單位，在推動兒童復健相關政策及服務改善時的參考。本問卷由研究人員親自發放與回收，不會將個別資料提供給其它人員，僅供學術使用，請您安心作答，非常感謝您。

敬祝 健康順心

研究生：廖研蒲職能治療師 敬上(手機:0917425847)

國立臺灣大學健康政策與管理研究所

指導教授：曾美惠（臺大職能治療學研究所）

鄭守夏（臺大健康政策與管理研究所）

### 全職治療師基本資料

1. 姓名：\_\_\_\_\_ (未來只會保留「姓氏」並換成數字代碼與家長問卷串連)
2. 性別：1. 男 2. 女
3. 專業類別：1. 職能治療 2. 語言治療 3. 物理治療 4. 臨床心理
4. 服務於兒童復健領域的年資：約\_\_\_\_\_年
5. 過去一年於此單位之平均月收入約為：  
1. 29999 元以下 2. 30000~34999 元 3. 35000~39999 元 4. 40000~44999 元  
5. 45000~49999 元 6. 50000~59999 元 7. 60000~69999 元 8. 70000 元以上
6. 過去一年您平均每週服務個案量（為排定之個案量，不考慮個案出席率）約為：  
（團體治療個案量計算方式：若 2 位治療師帶 4 人團體，則每位治療師之個案量為 2 位）  
a. 兒童(0-12 歲)\_\_\_\_\_位，  
b. 青少年(12~18 歲)\_\_\_\_\_位，  
c. 成人(大於 18 歲)\_\_\_\_\_位
7. 過去一年您是否有指導實習學生？1. 是 2. 否
8. 您在此單位服務於兒童復健的時段（請於下表中打「○」）

	一	二	三	四	五	六	日
上午							
下午							
晚上							

～本問卷到此結束，謝謝您的配合～

## 附錄十：雙變項分析

附表 1 服務相關因素與 MPOC-20 臺灣版各向度之雙變項分析

變項	分組	全面及一致			尊重及支持			賦能及合作			提供一般資訊			提供具體資訊		
		Mean(SD)	T	p	Mean(SD)	T	p	Mean(SD)	T	p	Mean(SD)	T	p	Mean(SD)	T	p
<u>服務</u>																
治療模式	個別治療	5.43(1.06)	1.47		5.51(0.96)	0.83		5.37(1.15)	1.69		4.40(1.34)	-0.15		4.92(1.30)	2.06	*
	團體治療	5.28(1.12)			5.44(1.03)			5.17(1.27)			4.42(1.30)			4.67(1.47)		
治療時間	30 分鐘	5.57(1.21)	1.83		5.68(1.19)	1.92		5.54(1.36)	2.09	*	4.51(1.35)	0.67		4.96(1.54)	1.08	
	40~60 分鐘	5.32(1.07)			5.44(0.95)			5.23(1.18)			4.39(1.31)			4.77(1.35)		
治療頻率	每週 1 次	5.42(1.01)	0.96		5.49(0.93)	0.25		5.30(1.17)	0.26		4.49(1.21)	1.05		4.72(1.39)	-1.09	
	每週 2~3 次	5.32(1.14)			5.47(1.04)			5.27(1.24)			4.36(1.39)			4.86(1.38)		
治療期間	3 個月以上	5.17(1.39)	1.97 <sup>a</sup>		5.36(1.09)	0.76 <sup>a</sup>		5.11(1.31)	1.48 <sup>a</sup>		4.23(1.16)	2.37 <sup>a</sup>		4.60(1.40)	1.08 <sup>a</sup>	
	未滿 7 個月															
	7 個月以上	5.32(0.99)			5.45(0.89)			5.20(1.12)			4.27(1.48)			4.88(1.30)		
	未滿 1 年															
	1 年以上未滿 2 年	5.42(0.97)			5.52(0.93)			5.35(1.09)			4.62(1.21)			4.83(1.40)		
	2 年以上	5.49(1.25)			5.55(1.07)			5.41(1.33)			4.40(1.34)			4.92(1.30)		

<sup>a</sup> F 值

\*P<0.05

附表 2 服務提供者因素與 MPOC-20 臺灣版各向度之雙變項分析

變項	分組	全面及一致		尊重及支持		賦能及合作		提供一般資訊		提供具體資訊	
		Mean(SD)	T p	Mean(SD)	T p	Mean(SD)	T p	Mean(SD)	T p	Mean(SD)	T p
<u>單位</u>											
單位層級	醫院	5.38(1.22)	0.19	5.40(1.19)	-1.13	5.28(1.34)	0.82	4.45(1.41)	0.36	4.87(1.45)	0.64
	診所	5.36(1.04)		5.51(0.91)		5.27(1.16)		4.39(1.28)		4.78(1.36)	
單位規模	2~5 人	5.42(1.16)	0.99	5.52(1.06)	0.84	5.32(1.27)	0.58	4.47(1.38)	0.79	4.82(1.42)	0.28
	6~11 人	5.32(1.04)		5.45(0.98)		5.25(1.17)		4.37(1.27)		4.78(1.36)	
<u>治療師</u>											
專業別	職能治療	5.41(1.08)	0.61 <sup>a</sup>	5.52(1.02)	0.44 <sup>a</sup>	5.31(1.24)	0.43 <sup>a</sup>	4.45(1.31)	0.55 <sup>a</sup>	4.76(1.38)	0.25 <sup>a</sup>
	語言治療	5.28(1.18)		5.44(1.06)		5.20(1.25)		4.31(1.34)		4.81(1.43)	
	物理治療	5.37(1.02)		5.44(0.90)		5.32(1.11)		4.45(1.31)		4.87(1.34)	
年資	1~2 年	5.32(1.06)	0.81 <sup>a</sup>	5.49(0.92)	0.01 <sup>a</sup>	5.22(1.12)	1.24 <sup>a</sup>	4.34(1.28)	2.47 <sup>a</sup>	4.77(1.26)	0.93 <sup>a</sup>
	2 年<6 年	5.33(1.09)		5.48(0.97)		5.23(1.27)		4.33(1.30)		4.73(1.49)	
	6 年~23 年	5.47(1.15)		5.48(1.14)		5.43(1.25)		4.64(1.38)		4.64(1.38)	

<sup>a</sup> F 值

\*P<0.05

附表 3 服務接受者因素與 MPOC-20 臺灣版各向度之雙變項分析

變項	分組	全面及一致			尊重及支持			賦能及合作			提供一般資訊			提供具體資訊		
		Mean(SD)	T	p	Mean(SD)	T	p	Mean(SD)	T	p	Mean(SD)	T	p	Mean(SD)	T	p
<u>兒童</u>																
性別	男	5.37(1.08)	0.33		5.49(0.97)	0.35		5.28(1.19)	-0.12		4.48(1.28)	1.94		4.77(1.40)	-0.76	
	女	5.33(1.13)			5.45(1.06)			5.28(1.28)			4.22(1.40)			4.88(1.33)		
年齡	0~3歲11個月	5.51(1.10)	0.86 <sup>a</sup>		5.60(1.01)	0.79 <sup>a</sup>		5.42(1.20)	0.90 <sup>a</sup>		4.57(1.26)	0.68 <sup>a</sup>		4.92(1.46)	1.15 <sup>a</sup>	
	4~6歲11個月	5.33(1.01)			5.47(0.96)			5.28(1.13)			4.39(1.35)			4.84(1.29)		
	7歲以上	5.33(1.22)			5.43(1.06)			5.19(1.37)			4.36(1.30)			4.66(1.51)		
領有文件證明	無	5.59(1.11)	4.12 <sup>a</sup>	*	5.67(1.00)	3.36 <sup>a</sup>	*	5.53(1.16)	3.55 <sup>a</sup>	*	4.45(1.29)	0.43 <sup>a</sup>		4.97(1.36)	1.08 <sup>a</sup>	
	發展遲緩	5.41(1.09)			5.53(1.02)			5.31(1.27)			4.49(1.34)			4.78(1.56)		
	身心障礙	5.21(1.07)			5.38(0.98)			5.16(1.20)			4.36(1.32)			4.74(1.31)		
優先加強認知	是	5.30(1.14)	-1.30		5.42(1.06)	-1.44		5.18(1.28)	-1.90		4.33(1.39)	-1.53		4.68(1.42)	-2.02	*
	否	5.43(1.02)			5.55(0.92)			5.39(1.12)			4.51(1.22)			4.94(1.33)		
優先加強語言	是	5.28(1.11)	-2.16	*	5.41(1.03)	-2.07	*	5.19(1.21)	-2.15	*	4.38(1.33)	-0.82		4.78(1.38)	-0.55	
	否	5.52(1.05)			5.61(0.92)			5.45(1.21)			4.48(1.29)			4.85(1.40)		
優先加強粗大動作	是	5.44(1.06)	0.96		5.51(1.01)	0.13		5.36(1.27)	0.84		4.51(1.20)	1.00		4.82(1.48)	0.11	
	否	5.33(1.10)			5.47(1.00)			5.25(1.19)			4.37(1.36)			4.80(1.35)		
優先加強精細動作	是	5.44(1.10)	1.21		5.52(0.99)	0.69		5.37(1.16)	1.37		4.44(1.36)	0.46		4.87(1.40)	0.64	
	否	5.31(1.08)			5.45(1.01)			5.22(1.24)			4.39(1.29)			4.76(1.38)		
優先加強社會互動	是	5.43(1.08)	1.84		5.56(0.99)	2.12	*	5.37(1.21)	1.99	*	4.48(1.32)	1.45		4.90(1.36)	1.85	
	否	5.25(1.10)			5.36(1.00)			5.15(1.22)			4.31(1.31)			4.66(1.40)		
優先加強生活自理	是	5.31(1.09)	-0.70		5.46(0.95)	-0.32		5.34(1.22)	-0.47		4.38(1.22)	-0.41		4.75(1.34)	-0.67	
	否	5.39(1.10)			5.49(1.03)			5.29(1.21)			4.43(1.37)			4.84(1.41)		

附表 3 服務接受者因素與 MPOC-20 臺灣版各向度之雙變項分析(續)

變項	分組	全面及一致			尊重及支持			賦能及合作			提供一般資訊			提供具體資訊		
		Mean(SD)	T	p	Mean(SD)	T	p	Mean(SD)	T	p	Mean(SD)	T	p	Mean(SD)	T	p
<u>家長</u>																
與兒童關係	母親	5.31(1.13)	2.69 <sup>a</sup>		5.44(1.03)	1.66 <sup>a</sup>		5.23(1.25)	1.37 <sup>a</sup>		4.35(1.36)	1.60 <sup>a</sup>		4.74(1.43)	2.38 <sup>a</sup>	
	父親	5.63(0.90)			5.65(0.92)			5.49(1.08)			4.62(1.21)			5.13(1.20)		
	其它	5.32(0.99)			5.59(0.78)			5.33(0.98)			4.59(1.06)			4.75(1.21)		
教育程度	≤高中職	5.43(1.13)	1.21 <sup>a</sup>		5.55(1.07)	1.59 <sup>a</sup>		5.39(1.17)	0.72 <sup>a</sup>		4.55(1.17)	5.58 <sup>a</sup> **		5.01(1.29)	1.50 <sup>a</sup>	
	專科畢業	5.28(1.14)			5.39(0.99)			5.22(1.25)			4.28(1.43)			4.73(1.47)		
	大學畢業	5.29(1.06)			5.41(0.98)			5.20(1.18)			4.19(1.36)			4.67(1.36)		
	≥研究所	5.53(1.01)			5.65(0.91)			5.34(1.29)			4.87(1.12)			4.87(1.39)		
工作狀態	無(家管)	5.20(1.15)	2.82 **		5.38(1.01)	2.07 *		5.14(1.26)	2.31 *		4.27(1.29)	2.08 *		4.66(1.35)	1.99 *	
	有	5.49(1.03)			5.57(0.98)			5.39(1.16)			4.53(1.33)			4.91(1.41)		
家庭月收入	未滿5萬	5.41(1.10)	0.66 <sup>a</sup>		5.54(1.04)	0.50 <sup>a</sup>		5.36(1.23)	1.04 <sup>a</sup>		4.50(1.39)	0.44 <sup>a</sup>		4.93(1.42)	1.47 <sup>a</sup>	
	5~10萬	5.30(1.08)			5.45(0.93)			5.19(1.20)			4.38(1.24)			4.68(1.35)		
	超過10萬	5.43(1.08)			5.45(1.03)			5.31(1.22)			4.37(1.37)			4.77(1.38)		

<sup>a</sup> F 值

\*P<0.05

\*\*P<0.01