

國立臺灣師範大學社會工作學研究所

碩士論文

發展遲緩兒童家長的社會支持、充權與生活品質之相關研究：

以臺北市及新北市接受早期療育服務之家長為例

指導教授：沈慶盈 博士

研究生：王思淳 撰

中華民國 一〇一 年 二 月

國立臺灣師範大學社會工作學研究所
碩士學位論文

發展遲緩兒童家長的社會支持、
充權與生活品質之相關研究：
以台北市及新北市接受早期療育服務之家長為例

經考試合格特此證明

學位考試委員會召集人： 高靜芝

指導教授： 沈慶盈

口試委員： 胡張華

口試委員： _____

中華民國 101 年 1 月 9 日

摘要

本研究目的在於瞭解接受早期療育服務之家長的社會支持、充權及生活品質之現況，探討家長的社會支持與充權對生活品質之影響，根據研究結果，提出具體建議以提升家長之生活品質，並作為早期療育機構規劃家庭支持服務之參考。

本研究採取問卷調查法，研究對象為台北市及新北市接受早期療育服務的發展遲緩兒童家長。研究者先將樣本「分層」，再分別從社福、衛生、教育三大單位進行「便利取樣」，總共回收 235 份有效問卷。研究工具為結構式問卷，包括：社會支持量表、家庭充權量表、台灣簡明版世界衛生組織生活品質量表、及基本資料。

研究者使用社會科學統計套裝軟體（SPSS）進行資料分析，研究結果如下：

- 一、在早期療育服務概況部份，將近四成五的家長每個星期和早療服務人員連繫一次，至於家長認為和其最常接觸或印象最深刻的早療服務人員是治療師（42.6%），其次是特教老師（29.7%），再來才是社工員（11.9%）。
- 二、家長感受到早療服務人員所提供之社會支持為中度偏低。在社會支持的三個構面中，家長最常感受到的為資訊性支持，其次為情緒性支持，工具性支持則最低。
- 三、家長之整體充權程度為中度偏高。在充權的三個層面中，家長得分最高的是服務系統，其次為家庭，社區與政策則為最低。
- 四、家長的綜合生活品質與綜合健康滿意度均屬中度偏低程度。在生活品質的四個範疇中，家長得分最高的是生理健康，其次分別為社會關係、環境，心理則為最低。
- 五、在社會支持與充權之相關部份，整體社會支持與整體充權呈顯著正相關，除了工具性支持與家庭層面充權未達顯著相關外，社會支持各構面與充權各層面均達顯著正相關。在社會支持與生活品質之相關部份，資訊性支持與整體

生活品質及其各範疇達顯著正相關，但工具性支持與整體生活品質及其心理範疇、社會關係範疇、環境範疇則呈顯著負相關，而整體社會支持、情緒性支持與生活品質及其各範疇則皆未達顯著相關。在充權與生活品質之相關部份，整體充權及其家庭層面、服務系統層面與整體生活品質及其四個範疇達顯著正相關；不過，社區與政策層面充權與整體生活品質及其四個範疇皆未達顯著相關。

六、階層迴歸分析發現，迴歸模型對整體生活品質的解釋力達 23.3%，而家庭充權、資訊性支持、工具性支持、及早療服務頻率為整體生活品質之重要預測因子。路徑分析則發現，資訊性支持除了直接影響外，還會透過充權的間接中介效果對整體生活品質產生影響；情緒性支持會透過充權的間接中介效果對整體生活品質產生影響，並且為完全中介效果。

最後，研究者根據研究結果，分別對早期療育實務工作者、機構組織、未來研究者提出建議。

關鍵字：社會支持、充權、生活品質、早期療育服務

Abstract

The purpose of this research is to study the current condition of social support, empowerment, and quality of life of parents with developmental delay children who have accepted early intervention services, and to investigate the impacts of social support and empowerment on quality of life.

This research adopts questionnaire survey method, and objects of study are parents with developmental delay children who have accepted early intervention services in Taipei City and New Taipei City. The sample is first stratified, and then conducted convenience sampling from Social Welfare Organizations, Health Organizations, and Educational Organizations. The total of 235 valid questionnaires is recycled for this study, and Social Supportive Scale, Family Empowerment Scale, and WHOQOL-BREF are applied for analysis.

After analysing data with SPSS, the findings are as follows:

1. As for early intervention services, therapists (42.6%) play the most profound role in impression and contacting with parents, followed by special education teachers (29.7%) and social workers (11.9%). Nearly 45% of parents contacts early intervention service staff every week.
2. As for the part of parents' perception toward social support, parents feel that social support provided by early intervention service staff is moderately low. Among the three dimensions of social support, the most frequently received support in early intervention services is information support, followed by emotional support and instrumental support accordingly.
3. As for the part of parents' empowerment, the degree of overall empowerment of

parents is moderately high. Among those three levels of empowerment, parents scored the highest in service system, followed by family, and community/policy.

4. As for the part of parents' quality of life, the overall quality of life and general health are moderately low. Parents scored the highest in the physical health domain, followed by the social relationships domain, then the environment domain, and psychological domain.
5. (1) The finding of correlation analysis shows that there is a significant positive correlation between overall social support and overall empowerment. However, instrumental support is not significantly associated with family empowerment.
(2) Informational support shows a significant positive correlation with overall quality of life and four other domains. But instrumental support shows a significant negative correlation with psychological domain, social relationship domain, environment domain, and overall quality of life. Overall social support is not significantly associated with overall quality of life and four other domains. Emotional support is not significantly associated with overall quality of life and four other domains.
(3) Overall empowerment, family empowerment, and service system empowerment show a significant positive correlation with overall quality of life and four other domains. But the community /policy empowerment is not significantly associated with overall quality of life and four other domains.
6. (1) The hierarchical regression analysis shows that the regression model has contributed to 23.3% variance in overall quality of life. The significant predictors of overall quality of life are family empowerment, informational support, instrumental support, and the frequency of early intervention services .
(2) Path analysis shows that thru indirect mediation effect of overall

empowerment, informational support will have a partial mediation effect on overall quality of life, and emotional support will have a completed mediation effect on overall quality of life.

Based on the result of research, this study provides suggestion to early intervention services, related institutions, organizations, and researchers.

Key words : Social Support ∙ Empowerment ∙ Quality of Life ∙ Early Intervention Services

目 錄

第一章 緒論	1
第一節 研究背景與研究動機.....	1
第二節 研究目的.....	7
第三節 名詞解釋.....	8
第二章 文獻探討	11
第一節 早期療育服務與社會支持之相關文獻.....	11
第二節 充權之相關文獻.....	23
第三節 生活品質之相關文獻.....	30
第三章 研究方法	43
第一節 研究架構與研究假設.....	43
第二節 研究樣本.....	45
第三節 測量工具.....	49
第四節 資料蒐集方法與過程.....	65
第五節 資料分析方法.....	66
第四章 研究結果	69
第一節 早期療育服務與社會支持感受.....	69
第二節 充權之分佈情形.....	76
第三節 生活品質之分佈情形.....	83
第四節 生活品質之迴歸分析.....	103
第五章 研究結論與建議	117
第一節 研究結論.....	117
第二節 研究建議與研究限制.....	121

參考文獻.....	125
網路資料.....	125
中文文獻.....	125
英文文獻.....	131
附錄.....	133
附錄一：相關實證研究整理.....	133
附錄二：社會支持量表使用同意書.....	142
附錄三：家庭充權量表使用同意書.....	143
附錄四：生活品質量表使用同意書.....	144
附錄五：問卷初稿.....	145
附錄六：問卷專家效度修改意見之彙整.....	151
附錄七：受訪同意書.....	155
附件八：正式施測問卷.....	156

表次

表 1-1	台閩地區發展遲緩兒童早期療育概況表.....	1
表 3-1	研究樣本分布一覽表.....	46
表 3-2	家長與家庭之基本資料.....	47
表 3-3	目前和發展遲緩兒童同住的家人(複選題).....	48
表 3-4	發展遲緩兒童之基本資料.....	48
表 3-5	社會支持量表之構面及題項.....	51
表 3-6	家庭充權量表的概念性架構與題項.....	53
表 3-7	生活品質量表之範疇及題項.....	55
表 3-8	專家效度檢核之專家名單(按姓氏筆劃排序).....	57
表 3-9	社會支持之主成份因素分析表.....	58
表 3-10	社會支持量表之信度分析.....	59
表 3-11	家庭層面之主成份因素分析表.....	60
表 3-12	服務系統層面之主成份因素分析表.....	61
表 3-13	社區與政策層面之主成份因素分析表.....	61
表 3-14	家庭充權量表之信度分析.....	62
表 3-15	生理健康範疇之主成份因素分析表.....	63
表 3-16	心理範疇之主成份因素分析表.....	64
表 3-17	社會關係範疇之主成份因素分析表.....	64
表 3-18	環境範疇之主成份因素分析表.....	64
表 3-19	生活品質量表之信度分析.....	65
表 4-1	早期療育服務之概況.....	70
表 4-2	早期療育服務之使用現況(複選題).....	71
表 4-3	社會支持三構面之比較分析.....	73
表 4-4	社會支持各題項的平均數與標準差.....	73

表 4-5	不同早療服務單位在社會支持之差異比較.....	75
表 4-6	早療服務時間與社會支持之皮爾森積差相關分析.....	76
表 4-7	早療服務頻率與社會支持之皮爾森積差相關分析.....	76
表 4-8	充權三層面之比較分析.....	77
表 4-9	充權各題項的平均數與標準差.....	79
表 4-10	家長對不同早療服務單位充權之差異比較.....	81
表 4-11	早療服務時間與充權之皮爾森積差相關分析.....	81
表 4-12	早療服務頻率與充權之皮爾森積差相關分析.....	82
表 4-13	社會支持與充權之皮爾森積差相關係數矩陣.....	82
表 4-14	生活品質各範疇的平均數與標準差.....	84
表 4-15	生活品質四範疇之比較分析.....	86
表 4-16	生活品質各題項的平均數與標準差.....	87
表 4-17	孩子是否領有身障手冊的家長在生活品質之差異情形.....	90
表 4-18	不同障礙程度的孩子其家長在生活品質之差異情形.....	91
表 4-19	孩子開始接受早療服務的年齡與生活品質之皮爾森積差相關分析.....	91
表 4-20	主要照顧者身份在生活品質之差異情形.....	92
表 4-21	同住家人人數與生活品質之皮爾森積差相關分析.....	93
表 4-22	不同婚姻狀態之家長在生活品質之差異情形.....	94
表 4-23	家長受教育年數與生活品質之皮爾森積差相關分析.....	95
表 4-24	家庭每月經濟收入與生活品質之皮爾森積差相關分析.....	95
表 4-25	不同早療服務單位服務的家長在生活品質之差異情形.....	96
表 4-26	早療服務時間與生活品質之皮爾森積差相關分析.....	97
表 4-27	早療服務頻率與生活品質之皮爾森積差相關分析.....	97
表 4-28	社會支持與生活品質之皮爾森積差相關係數矩陣.....	98
表 4-29	充權與生活品質之皮爾森積差相關係數矩陣.....	99
表 4-30	各變項與生活品質各範疇之差異與相關情形.....	102

表 4-31	生理健康範疇之階層迴歸分析表.....	104
表 4-32	心理範疇之階層迴歸分析表.....	106
表 4-33	社會關係範疇之階層迴歸分析表.....	108
表 4-34	環境範疇之階層迴歸分析表.....	110
表 4-35	整體生活品質之階層迴歸分析表.....	111
表 4-36	路徑分析各項效果分解說明.....	113

圖 次

圖 3-1	研究架構圖.....	43
圖 4-1	路徑圖.....	112

第一章 緒論

第一節 研究背景與研究動機

根據兒童及少年福利法施行細則第六條之界定，發展遲緩兒童係指「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。」倘若兒童的某個或某些功能之發展趕不上正常年齡孩童應有的程度，即為發展遲緩兒童。根據內政部兒童局（2011）之資料顯示，從 2004 年起，台灣每年接獲通報轉介及接受個案管理的發展遲緩兒童人數有逐年增多之趨勢（詳見表 1-1），截至 2010 年 12 月底，接受個案管理服務的發展遲緩兒童人數高達 33,193 人，較前一年度急遽成長 42.6%。也許這樣的數字有人可能覺得只是少數而已，但是在現今少子化的趨勢下，發展遲緩兒童通報轉介人數及個案管理人數卻逐年增加，這樣的現象實在不容小覷。究竟台灣有多少學齡前兒童有發展遲緩之現象？根據世界衛生組織之研究推估，發展遲緩兒童發生率約佔兒童人口數的 6%至 8%（黃美涓，2002），從內政部戶政司（2011）之統計資料得知，2010 年底台灣學齡前兒童（0~6 歲）為 1,391,454 人，以 6%至 8%的比例推估，台灣約有 83,487 至 111,316 名孩子為潛在的疑似發展遲緩兒童，如此也代表約有十萬個家庭需要擔負照顧發展遲緩兒童的責任。

表 1-1 台閩地區發展遲緩兒童早期療育概況表

年別	通報轉介(人)	個案管理(人)	個案療育服務(人)	到宅服務(人)
2000 年	9,421	6,552	7,436	
2001 年	11,981	7,698	9,350	
2002 年	13,264	11,609	16,286	1,326

表 1-1 台閩地區發展遲緩兒童早期療育概況表（續）

年別	通報轉介(人)	個案管理(人)	個案療育服務(人)	到宅服務(人)
2003 年	13,231	12,442	17,909	1,899
2004 年	11,778	13,327	20,318	1,939
2005 年	12,176	14,642	17,997	1,549
2006 年	12,688	15,432	18,662	1,354
2007 年	14,250	17,011	18,981	1,444
2008 年	15,033	19,588	21,232	1,501
2009 年	16,167	23,280	20,695	1,648
2010 年	17,304	33,193	20,853	1,295

資料來源：內政部兒童局（網頁最近更新日期：100.05.16）

欄位說明

1. 通報轉介：當年度家長、監護者、托育機構、早療機構、社福機構、幼教機構、醫療院所、衛生所及其他人員通報疑似發展遲緩、發展遲緩（含身心障礙）人數。已通報個案及重開案之個案不重複計算。
2. 個案管理：係指提供相關資源之整合服務個案數。包含上年度延續服務個案數及本年度增加個案數。
3. 個案療育服務：係指當年度個案接受療育服務，如醫療院所療育、到宅療育、日間療育、時段療育（含定點療育）及其他療育之人數。
4. 到宅服務：係指專業團隊人員至個案家中所提供療育服務人數。

王天苗（1994）在一項比較心智障礙幼兒與普通幼兒的家庭狀況差異性之研究中發現，心智障礙幼兒家庭相較於普通家庭有較差的經濟狀況、運作功能、支持來源及養育信念。張美雲（2007）整理相關文獻發現，發展障礙幼兒的父母承受較多的壓力且較缺乏幸福感，父母與家庭成員時常感到悲傷、沉重負擔及無力感。特殊需求兒童家庭較一般兒童家庭需適應生活中因特殊性需求所衍生的多元面向壓力（林詩韻，2009），發展遲緩兒童的特殊性帶給家庭極大的挑戰（郭孟瑜、王翠鳳，2006；何志鴻、黃惠璣，2007），使得家庭必須改變原來的生活形

態來加以調適（倪志琳，1995），家庭受影響的層面包括心理、生理、社會關係及經濟狀況等（周月清，2000；曾家琪，2008；倪志琳，1995）。

目前透過特殊醫學儀器的檢測，孕婦可於懷孕過程中檢查胎兒是否有先天性遺傳疾病，唯有發展遲緩現象很難於產前檢查發現，因此，當孩子被評估為發展遲緩或身心障礙時，對父母的心理衝擊可想而知（蔡玉純，2006），父母可能會出現震驚、否認、憤怒、自責、悲傷、沮喪及無助等情緒反應（Marsh, 1992；引自郭孟瑜、王翠鳳，2006）。接著父母要憂心孩子在生長發育上可能會有的問題，因為未來的不確定性而感到焦慮，若孩子難以教養，時常出現哭鬧、生氣、過動、抗拒等行為時，更造成父母極大的負荷與壓力（蔡玉純，2006）。主要照顧者每日照顧遲緩兒耗盡許多精力與時間，影響其生活作息與睡眠品質，使得其社交休閒有所限制，和其他家人的相處互動也受到影響，在長期的照顧負荷與壓力環境下會導致主要照顧者身心俱疲（蔡玉純，2006；周月清，2000；何志鴻、黃惠璣，2007）。除此之外，兒童療育費用所造成的經濟負擔也是發展遲緩兒童家庭的壓力源之一，研究發現家長為發展遲緩幼兒所花費之費用平均佔家庭月收入的三分之一，顯示發展遲緩幼兒家庭的經濟狀況普遍有不小的壓力（洪素英，1999），而且發展遲緩幼兒之母親常會因為照顧孩子的關係而辭掉工作，導致家庭收入減少，給家中帶來很大的經濟壓力（曾紀瑩，1993）。

發展遲緩或身心障礙兒童出生後，家庭隨即開始面臨一連串的壓力與挑戰。研究者過去在早期療育機構實習的經驗，觀察到許多家長為了把握孩子的黃金療育時間，長期帶著孩子奔波在各大醫療院所，有些家長為了全心全力照顧孩子甚至辭去工作，到孩子的學校當志工，陪伴孩子學習成長。教養孩子耗盡主要照顧者許多精神，使得主要照顧者沒有自己的時間及空間，難以兼顧生活品質，長期下來也會影響其照顧孩子的心力。

從家庭系統理論的觀點言之，家庭任何一成員的狀況都會影響其他成員，親子之間的互動關係是相互影響的，子女的氣質、行為表現會影響父母的情緒反應，而父母的態度、信念也會影響子女的成長（郭孟瑜、王翠鳳，2006；何志鴻、黃

惠璣，2007)。從生態系統觀點 (Ecological Perspective) 來探討，兒童的發展深受其所處環境脈絡之影響，不論發展遲緩或身心障礙兒童有無接受療育服務，家庭與父母的功能都是影響兒童發展與療育成效的重要因素 (Bronfenbrenner, 1979; 引自張秀玉等, 2008)。父母是障礙兒童的資源，也是促使孩子接受服務的啟動者，父母更是政策的倡導者，為障礙者爭取權利，若要論誰對特殊需求兒童最為重要且最有貢獻，父母絕對是不二人選 (萬育維、王文娟譯, 2002)。

然而長期奮戰的重擔與責任可能會使得父母心力交瘁，對其生活品質的負面影響甚鉅 (蔡玉純, 2006)。但是父母必須先照顧好自己才有能力照顧孩子，所以我們應該重視發展遲緩兒童家長的生活品質，關心其生理健康、心理狀態、以及社交休閒等各面向。提高生活品質不僅是家庭成員共同追求的方向，也是社會福利制度所努力的目標，生活品質已成為重要的觀察指標，可做為篩選需要進一步協助個人或家庭的重要工具 (趙善如, 2006a)。因此瞭解家長的生活品質有其必要性，而目前發展遲緩兒童家長的生活品質究竟如何?值得我們一探究竟，故本研究選擇「生活品質」作為依變項。

研究者整理發展遲緩兒童家庭之相關實證研究，歸納出生活品質的影響因素包括家庭功能 (陳琦綦, 2008)、自我效能 (郭孟瑜、王翠鳳, 2006)、親職壓力 (郭孟瑜、王翠鳳, 2006)、人格堅毅 (孫佩雯, 2006)、社會支持 (孫佩雯, 2006; 高寶蓮, 1998; 吳佩珊, 2009; 林麗玲, 1988)、照顧負荷 (高寶蓮, 1998; 吳佩珊, 2009; 吳佳賢, 2002)、壓力知覺 (林麗玲, 1988) 及照護需要 (黃郁菁, 1996) 等，其中自我效能、親職壓力、人格堅毅、照顧負荷及社會支持是生活品質的重要預測因子。

張美雲 (2007) 整理相關文獻發現，研究指出社會支持是降低障礙兒童家庭的壓力源之一。當家庭資源愈多，家庭的調適能力愈佳，則愈有機會享有較佳的生活品質 (趙善如, 2006a)。兒童發展的品質不僅決定於家庭如何孕育孩子的成長，也決定於外在環境如何支持家庭，幫助家庭發揮功能 (許素彬、王文瑛、張耐、張菁芬, 2003)。家庭外在環境給予的支持，包括來自正式與非正式支持

系統給予的愛、訊息、財物、服務等社會支持（趙善如，2006b）。許素彬、王文瑛、張耐及張菁芬（2003）整理相關研究發現，發展遲緩兒童的發展速率與早期療育的時間及類別沒有太大的關聯，但卻與家長所接受到的服務時數與品質有顯著關係，而且家長是否接受到足夠的社會支持，顯著影響家長的壓力、個人福祉、對子女的態度、親子互動的頻率及參與早期療育的程度等。身心障礙嬰幼兒家庭支持度的高低，與其能否持續進行療育、能否達到療育預定成效有著密切關係，若家庭能夠獲得所需的資源及能量，則可協助身心障礙嬰幼兒成長，並且降低家庭在照顧身心障礙嬰幼兒時的無力感，增加對家庭的正向影響（張秀玉，2005）。由此可知社會支持對於發展遲緩兒童家庭的重要性。

學者 Dunst（2000）採用社會系統理論（Social Systems Theory）的概念，將早期療育定義為「非正式與正式社會支持網絡提供給嬰幼兒及其家庭的各種支持，這些支持對父母、家庭及家庭的功能有直接或間接的影響。」（引自張秀玉，2006），Bailey 和 Wolery（1992）認為早期療育服務係指提供零至六歲發展遲緩與身心障礙兒童及其家庭教育性、治療性、預防性與家庭支持性的服務，對於兒童及其家庭盡早提供上述服務，才能夠增加兒童在未來發展改善與進步的可能性，並且提昇家庭成長與適應的能力（引自張秀玉，2001）。萬育維與莊鳳如（1995）認為所謂的早期療育是指針對學前階段（零至六歲）具有特殊需求的嬰幼兒及其家屬，所提供的各項專業整合性的服務，經由提早的醫療、復健或福利方案等措施，以預防性的觀點培育發展遲緩兒童生活適應等能力。此外，根據兒童及少年福利法施行細則第五條之界定：「本法所稱早期療育，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。」

不管是早期療育的內涵或法令的規定，皆明確範定發展遲緩兒童的家長或家庭為早期療育服務對象，家長及家庭在早期療育服務中扮演關鍵角色早已備受關注（林詩韻，2009；許素彬，2007）。因此，專業人員在提供早期療育服務時，必須把家庭視為處遇的重點（張秀玉，2001；萬育維、莊鳳如，1995）。早期療

育服務的主體是家庭，工作者最重要的任務是協助家庭發掘或擴展能夠滿足其需求之正式或非正式的資源網絡，在服務過程中，家庭有選擇及參與決策的權利，服務結束後，家庭能否提升掌握生活環境的資源與權力，皆是早期療育服務的重要目標（張秀玉，2006）。

近年來，以家庭為中心實施早期療育服務是國內實務、學術與政策上一致的理念（林詩韻，2009；許素彬，2007），許多學者將這種以家庭為中心的服務模式倡導為「家庭增權」（family empowerment）的概念（Dunst et al.,1994；引自林詩韻，2009）。張秀玉等（2008）整理相關文獻指出，以家庭為中心的服務模式，即是將家庭視為早期療育服務系統中的一分子，專業工作者必須與家庭建立合作的夥伴關係，協助家庭尋找正式與非正式資源，以達到促進兒童發展及增強家庭權能（family empower）的目標。

身為一位助人者，充權他人不僅是責任，也是義務，專業人員應先協助案家得到力量，進而使案家達到充權（萬育維與王文娟譯，2002）。Adams（1996）認為充權會使得個人、團體或社區能夠掌控其環境，進而協助自己與他人能夠擁有更好的生活品質（引自鄭麗珍，2002）。由此可知，增強家庭權能可以使得家庭擁有更好的生活品質。

透過前述文獻可以瞭解社會支持及充權對於發展遲緩兒童家庭的重要性，而且現今以家庭為中心的早期療育服務模式強調充權家庭及協助家庭獲取資源，因此研究者想要瞭解目前接受早期療育服務的家庭，家長實際上所感受到的社會支持與充權程度究竟如何？高充權程度的家長是否其生活品質較佳？社會支持與充權是否會影響生活品質並且可做為生活品質的預測因子？故本研究選擇「社會支持」與「充權」作為自變項。

目前國內已有許多研究調查發展遲緩兒童家長或家庭的社會支持現況（張玉璇，2010；汪俐君，2003；張美雲，2007；陳凱琳，2000；陳進吉，2003；曾佳珍，2010；郭孟瑜、余季容，2006；吳佳賢，2002；孫佩雯，2006；郭芳嫻，1999；高寶蓮，1998；林麗玲，1988；楊金寶，1990；陳秋玫，1993），但是探討發展遲

緩兒童家長或家庭的充權情形只有二篇研究，一篇是張雅惠（2010）調查中部地區發展遲緩兒童家長的增強權能感受，另一篇則是張美雲（2007）探討發展遲緩兒童家庭社會支持、親職壓力與賦權增能之相關研究。雖然目前國內已有數篇研究探討發展遲緩兒童家長或家庭的生活品質，但多數研究僅限於探討特定障礙類別的發展遲緩兒童家長（孫佩雯，2006；高寶蓮，1998；林麗玲，1988；黃郁菁，1996），只有少數研究是以發展遲緩及身心障礙兒童的家長為研究對象（陳琦綦，2008；郭孟瑜、王翠鳳，2006）。而且目前尚未有實證研究探討發展遲緩兒童家長的充權程度是否可以做為生活品質的預測因子？社會支持、充權與生活品質三者之間的關係到底為何？值得我們一窺究竟。

第二節 研究目的

基於上述的研究背景與動機，本研究擬透過實證調查研究，達到下述之研究目的：瞭解接受早期療育服務之家長的社會支持、充權及生活品質之現況，探討接受早期療育服務之家長的社會支持與充權對生活品質之影響，並且根據研究結果，提出具體建議以提升發展遲緩兒童家長之生活品質，並作為早期療育機構規劃家庭支持服務之參考。

為達成本研究之目的，針對下列問題進行探討：

- 一、接受早期療育服務之家長的社會支持、充權與生活品質之現況為何？
- 二、不同人口基本變項與早期療育服務概況在生活品質上之差異及相關情形為何？
- 三、接受早期療育服務之家長的社會支持、充權與生活品質三者間的關係為何？
- 四、人口基本變項、早期療育服務概況、社會支持及充權對於接受早期療育服務家長之生活品質的解釋程度為何？

第三節 名詞解釋

茲將本研究之重要名詞定義說明如下：

壹、發展遲緩兒童

根據兒童及少年福利法施行細則第六條之界定，發展遲緩兒童係指在認知發展、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。經評估為發展遲緩兒童，每年至少應再評估一次。

本研究的發展遲緩兒童係指，年齡介於 0 至 6 歲或尚未就讀國小，領有發展遲緩證明或身心障礙手冊，並且正在臺北市或新北市接受早期療育服務之個案。

貳、家長

本研究的家長係指正在臺北市或新北市接受早期療育服務，且為發展遲緩兒童之父親或母親，或是在日常生活中花費最多時間負擔發展遲緩兒童的照顧責任，瞭解其生活狀況與療育情形，與其有親屬關係者，此處不包括受僱之裸母與外籍幫傭。

參、社會支持

本研究的社會支持係指家長從早期療育服務系統中獲取工具性、資訊性及情緒性之正式社會支持，並且個人主觀上認為或感受到有支持之作用。

本研究修訂湯麗玉（1991）所編製的「社會支持量表」，以測量家長從早期療育服務系統中感受到的正式社會支持程度，社會支持量表分為工具性支持、資訊性支持及情緒性支持，分數愈高表示家長所獲得的正式社會支持愈多。

肆、充權

充權係指發展及給予個體權力，以降低其生活中的無力感受，使得個體有能

力去影響人群、組織及生活環境，並且能夠掌控自己的人生，參與自己所生活的社區（Koren, DeChillo, & Friesen, 1992）。

本研究翻譯 Koren, DeChillo 與 Friesen 於 1992 年所編製的「家庭充權量表」（Family Empowerment Scale, 簡稱 FES），家庭充權量表的向度分為家庭、服務系統、社區與政策三個層面，分數愈高表示家長的充權程度愈高。

伍、生活品質

世界衛生組織（World Health Organization）對生活品質之定義為「個人在所生活的文化價值體系中的感受程度，這種感受與個人的目標、期望、標準、關心等方面有關，生活品質包括一個人在生理健康、心理狀態、獨立程度、社會關係、個人信念以及環境六大方面」（姚開屏，2002a）。

本研究採用世界衛生組織生活品質問卷台灣版問卷發展小組編製之「台灣簡明版世界衛生組織生活品質問卷」，量表的向度分為生理健康範疇、心理範疇、社會關係範疇、以及環境範疇，分數愈高表示家長的生活品質愈佳（姚開屏，2005）。

第二章 文獻探討

第一節 早期療育服務與社會支持之相關文獻

壹、早期療育服務

一、早期療育的定義

國外學者 Bailey 和 Wolery(1992)指出早期療育服務(Early Intervention Service)係指提供零至六歲發展遲緩與身心障礙兒童及其家庭教育性、治療性、預防性與家庭支持性的服務，對於兒童及其家庭盡早提供上述服務，才能夠增加兒童在未來發展改善與進步的可能性，並且協助家庭成長與適應的能力（引自張秀玉，2001）。柯秋雪（2009）綜合德國聯邦政府與學者的觀點，早期療育係指提供零至六歲(入學前)發展遲緩與身心障礙嬰幼兒及其家庭之不同專業整體性的輔助，透過醫療復健、心理諮詢、特殊教育及社會福利等措施的整合，協助兒童發展與提供家庭支持性的服務，以期達到預防、促進發展及融合於社區之目標。

萬育維與莊鳳如(1995)認為所謂的早期療育是指針對學前階段(零至六歲)具有特殊需求的嬰幼兒及家屬，所提供的各項專業整合性的服務，經由提早的醫療、復健或福利方案等措施，以預防性的觀點培育發展遲緩兒童生活適應等能力。此外，根據兒童及少年福利法施行細則第五條之界定：「本法所稱早期療育，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。」

早期療育是一種人性化、主動而整體性的服務，透過醫療復健、特殊教育及社會福利等不同專業的整合介入，解決發展遲緩兒童之發展落後或發展異常問題，並且開發孩子的潛能，以減低其未來形成障礙之可能或減輕其障礙程度(黃碧霞，2006；黃淑文，2002)。早期療育服務內容包括(黃淑文，2002)：

1. 治療及說明其相關之生理病因。
2. 早療服務人員以其專業訓練幫助孩子各方面之發展，包括粗大動作、精細動作、認知、語言、生活自理、社會行為等。
3. 協助解決家庭問題，增強家庭功能，教導父母親職與療育技巧，使孩子有更佳之成長環境。
4. 提供孩子及家庭個別化所需之教育及各種資源。

早期療育服務除了關注兒童發展的特殊性之外，也應考量各個發展遲緩或障礙兒童家庭的獨特性需求，從家庭服務的介入著手（張秀玉，2006），強調納入家庭資源，提供家庭支持性和個別化的服務，並且鼓勵家庭參與，增強家庭權能，以家庭為中心設計個別化家庭服務計畫（Individualized Family Service Plan），作為服務介入之依據（Krauss, 1990；引自劉芷瑩、郭煌宗、陳素禎，2009）。

二、以家庭為中心之早期療育服務模式

近年來，以家庭為中心實施早期療育服務是國內實務、學術與政策上一致的理念，而家庭中心取向（family-centered）遂成為早期療育的服務模式（林詩韻，2009；許素彬，2007）。許多學者將這種以家庭為中心的服務模式倡導為「家庭增權」（family empowerment）的概念，希冀透過家庭的參與、平權決策的夥伴關係，使早期療育服務內容及輸送方式能更符合家庭的需求（Dunst et al.,1994；引自林詩韻，2009）。

張秀玉等（2008）整理相關文獻指出，以家庭為中心之早期療育服務模式將家庭視為早期療育服務系統中的一分子，專業工作者必須瞭解每個家庭所具有之價值觀、文化、優勢、以及其對問題和需求的定義與排列順序，秉持著「家庭知道什麼是問題的答案，並具有處理問題的能力」之態度，與家庭建立合作的夥伴關係，協助家庭尋找正式與非正式資源，以達到促進兒童發展及增強家庭權能（family empower）的目標。家庭中心實務即是秉持支持與尊重家庭自決的態度，

透過家庭與專業間協同合作的夥伴關係，促使家庭有參與選擇及決策的機會以增強其權能，且以個別化、彈性化的介入策略去回應與提供資源支持以達成極大化兒童與家庭福祉的目標（林詩韻，2009）。

以家庭為中心之早期療育服務模式強調家庭與社區的重要性，藉由提供家庭足夠的資源，拓展其社會支持網絡，以增進發展遲緩兒童的療育成效（劉芷瑩、郭煌宗、陳素禎，2009）。目前國內以個案管理作為早期療育的主要服務執行模式，強調以家庭為中心及社區資源整合運用為服務原則，來提供發展遲緩兒童及其家庭連續、適切以及更全面性的服務（林詩韻，2009）。

三、國內早期療育的服務方式

臺灣的早期療育服務乃是結合衛生、教育及社會福利體系之相關單位共同提供適切完整的服務，若依據孩子的安置或接受療育的地點區分，可分為下列七種服務方式（林美瑗，2006）：

(一) 醫院或診所的鐘點式醫療復健服務

由醫院復健科的各專業人員，包括語言治療師、物理治療師、職能治療師、臨床心理師等，提供鐘點式的復健療育服務，針對個別孩子提供連續性、有系統、有目標的治療。目前醫院鐘點式服務由健保給付制度來支持孩子接受早期療育，有一小部分需要家長自費時，可申請該縣市政府提供的療育補助費。

(二) 幼稚園或托兒所的日托服務

我們通常會將疑似發展遲緩或輕度發展障礙的孩子，轉介到幼稚園或托兒所的普通班接受融合教育，有些幼托園所本身聘有特教背景的老師，或是幼教老師已經累積一些帶領身心障礙兒童的經驗，他們會視情況接受發展遲緩的孩子。

(三) 幼稚園的學前特幼班或特殊教育學校的學前階段班級

專為經鑑輔會鑑定通過的身心障礙幼童所設立的安置方式之一，學前特幼班之教師以具有幼稚園教師資格，並修畢特教教師職前課程，通常要求兩位任教老師中至少有一名具有學前特殊教師資歷，特幼班的學生人數以不超過 10 人為原則。

(四) 早期療育機構的日間安置

專為學齡前發展遲緩兒童及身心障礙兒童設立的安置方式之一，機構通常以特教老師與教保員為主力，兼聘療育專業人員鐘點式的參與提供服務，此種模式以日托服務為主，對於兒童學習生活自理及團體生活的常規建立有明顯功能。

(五) 早期療育機構的部分時制療育服務

機構自行聘請療育專業人員提供早期療育服務，一般而言比較針對自己機構內的孩子，機構外的兒童則較少使用此種服務，因為專業人力服務自己機構的孩子，人力已經飽和之故，而且此種模式通常比較不容易聘足各種專業人力。目前國內機構有提供此種服務的單位有台北市私立第一兒童發展中心、新北市聖心兒童發展中心、八里愛心教養院等。

(六) 到宅療育服務

對於距離療育資源較偏遠的家庭、孩子年齡過小或體弱多病、家長或主要照顧者的親職功能無法施展、或其他特殊原因之個案，由家長或社工員提出到宅服務申請，安排早療服務人員擬定到宅療育服務計畫，親自到幼童家中示範如何照顧與教養孩子，此種服務屬於配套型的支持性服務方案，而不是一種機構或安置服務單位。

(七) 早期療育個案管理中心或早期療育社區資源中心提供之服務

個案管理中心對於家庭失功能、危機家庭、支持系統不足、案主有迫切療育需求、案家具多重且複雜之問題，需多種專業資源介入、案家使用資源能力不足、案主有療育需求但家長抗拒、或是其他經轉介中心評估確實有需要者，提供早期療育相關資訊及福利諮詢、家庭支持服務、轉介及追蹤服務，從幼兒出生至接受教育，進行健康、教育、社會福利服務之兒童發展各項服務連結。

然而，早期療育社區資源中心是一種社區化的服務模式，結合民間資源建立社區化的服務，以促進社區內早療兒童的發展及滿足家庭的照顧需要，使發展遲緩兒童及其家庭可以就近取得療育服務資源，提供的服務內容包括專業諮詢、家庭支持、親職活動、資源轉介、幼托園所及保母之合作等。

貳、早期療育服務的社會支持效果

一、社會支持的定義、來源及內容

(一) 社會支持的定義

社會支持的概念起源於 1950 年代，社會學者觀察當時的社會政策、社會變遷及工業化等現象，推論在這樣的社會現象下，人們的社會關聯解離及社會統整喪失會導致人們產生問題行為與幸福感低落等負面影響，因而衍伸出社會支持的重要性（陳凱琳，2000）。從 1970 年代以來，已有許多學者提出有關社會支持的研究與探討，並獲致相當多的成果（林麗玲，1988）。

韋伯辭典中的社會支持定義為「在社會環境中的力量或要素，用來促進人類本質的生存，包含社會關係連結和交互作用觀點，且有別於身體和心理的健康。」

（吳佳賢，2002）。Cobb（1976）將社會支持定義為一種訊息的傳遞，透過該資訊使得個體感受到關愛及尊重，個體屬於某一個相互須盡義務的團體，並視自己為社區網絡的一員。Thoits（1982）認為社會支持是透過與他人互動所獲得滿足的程度，而且為個人之基本社會需求（引自曾佳珍，2010）。

Lin（1986）整理過去學者對社會支持的定義，將社會支持分成「社會」及「支持」兩個面向建立定義；從「社會」面探討，社會支持隱含個體與社會環境的連結，它分別呈現在社區、社會網絡及親密伴侶三個關係層面上，越靠近個體的關係，對個體的影響越大，也越具有意義；從「支持」面探討，則可將支持分為工具性支持及表達性支持兩種；綜上所述，社會支持的定義為個體在社區、社會網絡與親密伴侶關係中，所感受到和實際接受到的工具性或表達性支持（引自宋麗玉，2002）。

汪俐君（2003）認為社會支持是一種主觀的感受，個體透過與他人的互動，獲得情緒需求或實質需求的滿足，並且會對個人帶來正向的影響。曾佳珍（2010）整理相關文獻發現，當個人透過人際關係之交流，感受到家人與重要他人對自己的付出，並且對自己的行為及價值觀給予肯定和認同，提供象徵性或實質性的幫助，這即是所謂的社會支持。社會支持是一個多面向的組成，且是一種個人主觀

的感受，必須要接受者感受到被支持才算是社會支持（林麗玲，1988）。

綜上所述，社會支持之定義係指個體從正式或非正式的關係中獲取情緒上（emotional）、知覺上（cognitive）與物質上（material）之支持，並且個人主觀上認為或感受到有支持之作用（高迪理，1991）。從此定義中可以發現社會支持的來源包括正式及非正式系統，社會支持的內容含括情緒上、知覺上與物質上之支持，這三種支持即為一般所指的情緒性、資訊性及工具性支持，以下分別說明社會支持的來源及內容。

（二）社會支持的來源

有關社會支持的來源，大部分的學者將之區分為下列兩大類（陳凱琳，2000；吳佳賢，2002；汪俐君，2003；張美雲，2007；曾佳珍，2010；張玉璇，2010）：

1. 非正式支持系統：這是一種自然的結合，在非結構安排下所產生的社會連結，透過個別需求的滿足而維繫彼此關係的依存，例如：家人、親戚、朋友、同事、鄰居等，非正式支持系統通常在個人面臨危機時，首先提供支持或被要求提供幫助，因此又稱為初級的社會支持來源。非正式支持系統的力量很大且具有持續性，可以補充正式資源的不足。
2. 正式支持系統：具有特定目標的專業機構或組織，在個人面臨危機或困難時能提供幫忙或協助，進而提升服務接受者的福利，例如：政府機關、社會福利機構、醫療機構等，正式支持系統通常是個人面臨危機時的第二線支持者，所以被視為次級的社會支持來源。

Cobb（1976）指出，一般人由非正式支持系統所獲得的協助多於正式支持系統，而非正式社會支持最主要的來源是家人或朋友，家人的支持特別以配偶最為重要。由於本研究的目的是探討接受早期療育服務的家長從早期療育服務系統中所獲取的社會支持之現況為何，因此本研究僅調查「正式支持來源」所提供的社會支持。

(三) 社會支持的內容

社會支持的內容會因研究目的及研究性質而各有差別，但皆涵蓋給予個體支援的概念（曾佳珍，2010；汪俐君，2003）。一般最常將社會支持分為下列三種類型（吳佳賢，2002；汪俐君，2003；張美雲，2007；曾佳珍，2010；張玉璇，2010）：

1. 情緒性支持（emotional support）：係指可以從他人處得到關心或傾訴，包括正向的情感表達與肯定的讚賞，例如：親密感、歸屬感、信任、關愛、肯定、讚賞等，讓人有安全感與信賴感。
2. 訊息性支持（informational support）：來自他人所提供的知識、訊息或意見，以幫助個人解決問題，包括給予指導、建議或回饋等，例如：當生病時，從醫護人員處得到治療的訊息。
3. 工具性支持（instrumental support）：個人實質所接受到的幫助，用以解決實際上所遭遇的困難，例如：提供物質或金錢的協助、尋求社會資源的援助、實際照顧或家事協助等。

從上述對社會支持分類的論述可知，它強調主觀感受的情緒性支持，亦注重個體實質獲得的工具性及訊息性支持，從這三方面能充分地瞭解到社會支持的內涵，因而本研究以情緒性支持、工具性支持與訊息性支持來含括對社會支持內容的定義。

二、社會支持對發展遲緩兒童家庭之重要性

特殊嬰幼兒與一般嬰幼兒一樣，發展的過程與品質受到以家庭為核心的生態系統網絡影響，一個家庭如何養育孩子，以及外在環境如何支持家庭，皆會影響兒童發展的品質（許素彬、王文瑛、張耐、張菁芬，2003）。對於育有發展遲緩兒童的家庭來說，發展遲緩幼兒的出生對家庭的經濟、教育方式及家庭成員間的關係，帶來了不少的負擔及壓力，使得家庭必須改變原來的生活形態來加以調適，並且需要外界資源的支持與協助（倪志琳，1995）。趙善如（2006b）指出家庭

外在環境給予的支持，包括來自正式與非正式支持系統給予的愛、訊息、財物、服務等社會支持，屬於家庭復原力的一種，而家庭復原力可以使得家庭有能量與資源克服危機及壓力，幫助家庭回復穩定的生活軌道。每一位父母親都有自己調適壓力的心理歷程，而社會支持則有助於父母親的調適歷程（張美雲，2007）。由此可知，身心障礙嬰幼兒與家庭具有相互影響的關係，若能使家庭獲得所需的資源及能量，則可協助身心障礙嬰幼兒成長，也能夠降低家庭在照顧幼兒時所產生的無力感，增加其對家庭的正向影響（張秀玉，2005）。家庭在兒童發展與療育的過程中扮演關鍵性的角色，而社會支持對於家庭更是不可或缺。

Caplan（1976）指出社會支持有三大功能：（一）幫助個體使用心理資源以解決情緒上的困擾、（二）分擔個體的任務，對於個體提供金錢、工具及技能上的幫助、（三）提供認知性的指引，幫助個體解決困境（引自張玉璇，2010）。House和Kahn（1985）認為社會支持可從三方面影響健康：（一）直接滿足個人安全、被肯定、歸屬與情感上的需要等，而增進個人健康；（二）直接減少生活壓力，間接增進個人健康；（三）在壓力的情境下，緩衝壓力對健康的負面影響（引自陳凱琳，2000）。Caplan、Cassel和Cobb等人在探討生活壓力對生理與心理健康所造成的負面影響時，也發現社會支持可以緩和和生活壓力對生理或心理健康所造成的衝擊，並且能增進個人的生活適應（引自孫佩雯，2006）。支持系統為壓力的緩衝劑，可協助個體渡過壓力所引發的危機事件，進而促使個體有良好的生活適應，社會支持在壓力調適的過程中扮演重要的角色。

郭芳嫻（1999）探討智能障礙兒童家庭所獲得的社會支持對其家庭適應功能之影響，研究結果發現社會支持來源多，對社會支持所提供之協助感到滿意的家庭，家人的身心狀況佳，家人間的關係良好，並且能夠維持家庭的休閒娛樂，也較能從支持網絡中覓得解決家庭問題的資源，增加家人的教養信心。

此外，許素彬、王文瑛、張耐及張菁芬（2003）整理相關研究發現，發展遲緩兒童的發展速率與早期療育的時間及類別沒有太大的關聯，但卻與家長所接受到的服務時數與品質有顯著關係，而且家長是否接受到足夠的社會支持，顯著影

響家長的壓力、個人福祉、對子女的態度、親子互動的頻率及參與早期療育的程度等。由此可知，社會支持對於發展遲緩兒童家庭之重要性。

三、早期療育服務的社會支持效果

研究者綜合歸納早期療育相關研究，發現早期療育服務對於家長的社會支持效果如下：

(一) 減輕家長的經濟負擔

許多研究結果均指出社政單位所提供的療育補助確實可以減輕家庭的經濟負擔（黃淑文，2000；黃英琪，2004；吳曉華，2005；歐姿秀，1998），增加家長參與早期療育服務之動機（黃英琪，2004）。

(二) 紓解家長的心理壓力

早期療育服務所提供的家庭支持可以減輕家庭的壓力，使得父母得以獲得調適，並能成功扮演父母的角色（傅秀媚、林巾凱、張秀玉、郭素菁，2009）。而家長團體能讓父母彼此交換經驗、分享心情，疏導其日積月累的心理壓力及照顧孩子的苦楚（歐姿秀，1998）。早期療育服務有助於家庭減少照顧上的困難（吳曉華，2005），減輕家長的照顧負擔（葉淑文，1998），也使得家長多了可以傾聽及支持他們的對象，紓解精神上的壓力與負擔，（傅秀媚、林巾凱、張秀玉、郭素菁，2009）。

(三) 增進家長使用早療資源的能力

家長接受早期療育服務後，可以增進其對於早期療育服務相關訊息的獲得與使用早療資源的能力（傅秀媚、林巾凱、張秀玉、郭素菁，2009），一旦家庭獲得相關資源的支持與協助，便能強化家庭協助孩子進行後續療育服務之意願與能力（張秀玉，2006）。

(四) 提升家長的教養能力

藉由早期療育服務之提供，教導家長照顧技巧，改變家長的教養態度及提昇教養能力，讓家長對於孩子的發展有所瞭解，並且體認到早期療育的重要性，增

進家長參與孩子療育活動的動機，改善親子之間的互動關係，而且在遇到困難時，家長主動向外求助的意願及問題解決能力均有所增加(傅秀媚、林巾凱、張秀玉、郭素菁，2009；歐姿秀，1998)。

(五) 家長獲得喘息的機會

早期療育服務讓家長獲得喘息機會(吳曉華，2005)，擴展了身心障礙幼兒家庭的社交休閒(歐姿秀，1998)，使得家長能更自由的安排生活，對其生活品質的提昇非常有幫助(傅秀媚、林巾凱、張秀玉、郭素菁，2009)。

參、發展遲緩兒童家庭之社會支持相關研究

目前國內期刊及碩博士論文以接受早期療育服務之家庭或家長為研究對象者僅有五篇(張玉璇，2010；張美雲，2007；汪俐君，2003；郭芳嫻，1999；林麗玲，1988)，其餘則是以發展遲緩或身心障礙兒童之家庭(曾佳珍，2010；郭孟瑜、余季容，2006；陳進吉，2003；陳凱琳，2000)，或是特定障礙類別兒童之家長(孫佩雯，2006；吳佳賢，2002；高寶蓮，1998)為研究對象，因此這部分的社會支持相關實證研究整理均將這二部分納入探討，而且此部分探討的社會支持包括正式支持與非正式支持，研究整理彙整於附錄一的表 2-1。

國內已有許多研究探討發展遲緩兒童家長或家庭的社會支持現況，綜合社會支持實證研究文獻可以發現，發展遲緩兒童家庭對於社會支持的需求程度不定，陳凱琳(2000)的研究發現將近七成的發展遲緩幼兒家庭認為目前不需要任何協助，郭孟瑜與余季容(2006)的究則顯示社會支持的需要程度為中上程度，陳進吉(2003)發現台北市發展遲緩兒童家庭需求程度普遍呈現高度的需求程度。多數研究發現父母最需要資訊方面的協助(張玉璇，2010；陳凱琳，2000；陳進吉，2003)，家長希望可以知道教養子女的技巧與子女目前發展狀況方面的訊息(陳進吉，2003)，而家庭最需要的支持來源則為配偶與專業人員的協助(陳凱琳，2000；陳進吉，2003)。

發展遲緩兒童家庭所獲得之社會支持大多介於中等範圍的程度。汪俐君

(2003)的研究發現學前身心障礙子女母親所獲得的社會支持是中等偏少的程度；曾佳珍(2010)的研究指出發展遲緩兒童家庭所獲得之整體社會支持為中等程度，獲得協助的情形介於偶而至很多之間，認為社會支持對其實際幫助則是僅有部分幫助；郭孟瑜與余季容(2006)及陳進吉(2003)也發現發展遲緩幼兒母親獲得之社會支持為中等程度。

在社會支持類型中，部分研究顯示發展遲緩兒童家庭所獲得的情緒性支持最多(汪俐君，2003；曾佳珍，2010；孫佩雯，2006；高寶蓮，1998)，部分研究則發現以訊息性支持最多(張玉璇，2010；張美雲，2007；吳佳賢，2002)，不過，大多數研究一致顯示發展遲緩兒童家庭所獲得的工具性支持最少(張玉璇，2010；汪俐君，2003；張美雲，2007；曾佳珍，2010；吳佳賢，2002；孫佩雯，2006；高寶蓮，1998)。發展遲緩兒童家庭大多能感受到他人對自己及孩子的態度是親切友善，並且有人可以安慰及鼓勵，但對於交通及金錢以外的物質協助均感到不足(曾佳珍，2010)。

關於社會支持的來源，特殊嬰幼兒之家長無論在尋找替代照顧者、處理情緒問題、解決經濟需求或尋求諮詢時，主要資源均來自於非正式的社會支持系統(許素彬、王文瑛、張耐、張菁芬，2003；張玉璇，2010；吳佳賢，2002；林麗玲，1988)，這些自然支持不僅能長久持續下去，也更能符合家長們的立即性需求(許素彬、王文瑛、張耐、張菁芬，2003)，而且非正式社會支持比正式社會支持更能減緩母親的壓力(Boyd, 2002)。不過，張美雲(2007)的研究卻顯示，發展遲緩兒童家庭的社會支持來源以正式支持為最多，其次才是非正式支持。

正式社會支持的主要來源為社工及早期療育方案人員(張玉璇，2010；張美雲，2007)。專業人員提供的協助以資訊性支持最多，情緒性支持次之，主要照顧者認為專業人員能夠同理其所處的情境，給予鼓勵及肯定，而成為其傾訴的對象(吳佳賢，2002)；社工主要也是提供訊息性支持及情緒性支持(張玉璇，2010)。在正式支持系統中，工具性支持最主要的來源是社會福利機構(陳進吉，2003；陳凱琳，2000)；訊息性支持最主要的來源是社工(陳凱琳，2000)、老師(陳

進吉，2003；陳凱琳，2000）及醫護人員（陳進吉，2003）；情緒性支持最主要的來源為老師（陳進吉，2003；陳凱琳，2000）。

非正式支持的主要來源為家人（張玉璇，2010；吳佳賢，2002；林麗玲，1988；郭芳嫻，1999；Boyd, 2002），尤其是配偶給予的支持最多且最為重要（張玉璇，2010；吳佳賢，2002；張美雲，2007），其次為親戚朋友（張玉璇，2010；林麗玲，1988；郭芳嫻，1999；Boyd, 2002）、其他發展遲緩兒童家長（張玉璇，2010；Boyd, 2002）。在非正式支持系統中，工具性支持的主要來源為配偶（吳佳賢，2002；陳進吉，2003；陳凱琳，2000）、(外)祖父母（吳佳賢，2002；陳凱琳，2000）及有經驗的家長（陳進吉，2003）；資訊性支持的主要來源有配偶、朋友（吳佳賢，2002）及其他發展遲緩兒童家長（陳凱琳，2000；吳佳賢，2002）；情緒性支持的主要來源有配偶、(外)祖父母及朋友（吳佳賢，2002；陳凱琳，2000）。

有關發展遲緩兒童家庭之社會支持研究發現，社會支持與照顧負荷呈現顯著負相關，亦即當發展遲緩兒童家長所獲得的社會支持愈多時，其照顧負荷程度愈輕（吳佳賢，2002；高寶蓮，1998）。吳佳賢（2002）的研究發現，情緒支持對照顧負荷具有緩衝效應，但並無主要效應存在，也就是說，情緒支持對照顧負荷並無顯著影響，但透過情緒支持的確可減緩兒童障礙對主要照顧者照顧負荷的影響。高寶蓮（1998）的研究顯示，母親的社會支持是照顧負荷感受的重要預測變項，母親的社會支持與照顧負荷感受同時為生活品質的重要預測變項。

社會支持類型與親職壓力呈現顯著負相關，而且以情緒性支持與親職壓力的相關最大，發展遲緩兒童家長所感受到的情緒性支持愈少，其親職壓力會愈高（汪俐君，2003；張美雲，2007）。社會支持能有效預測親職壓力感受，家長獲得社會支持協助的程度愈低，社會支持愈缺乏時，其親職壓力會愈高（郭孟瑜、余季容，2006；張美雲，2007；汪俐君，2003）。

張美雲（2007）的研究結果顯示，社會支持類型、支持來源與賦權增能呈現顯著正相關，社會支持來源與支持類型對賦權增能有正向的預測力，情緒支持、正式支持、親職愁苦、工具支持及訊息支持可預測賦權增能，其中以情緒支持的

預測力為最大。

此外，社會支持和生活品質呈顯著正相關，家長獲得的社會支持愈多，其生活品質感受愈佳；透過迴歸分析發現，社會支持為生活品質之重要預測變項（高寶蓮，1998；孫佩雯，2006）。

從上述的文獻探討可以發現社會支持能有效預測照顧負荷（高寶蓮，1998）、親職壓力（郭孟瑜、余季容，2006；張美雲，2007；汪俐君，2003）、賦權增能（張美雲，2007）及生活品質（高寶蓮，1998；孫佩雯，2006），若發展遲緩兒童家長獲得的社會支持愈多，則能讓其照顧負荷愈輕、親職壓力愈低、賦權增能愈高，並且生活品質愈佳。

第二節 充權之相關文獻

壹、充權之涵義

充權之概念發展源自 1960 年代末期與 1970 年初，為巴西教育家 Paul Freire 在開發中國家所提出的教育理念，藉由識字營活動觀察中低階層民眾在社會環境中的角色與地位，透過對話性的教育（dialogue pedagogy）與提問（problem-posing）的方式，引導他們互動與反思，增進其對於自身所處情境的敏感度，以提升他們的問題解決能力及對生活的控制力，進而去除壓迫自身的障礙。Freire 強調充權之目的是為了讓群眾的「批判意識覺醒」，這個批判意識的覺醒是一個結合「反思」與「行動」的實踐過程，也是一個去除壓迫與被壓迫關係的社會改革（張麗春、李怡娟，2004）。

充權（Empowerment）之概念使用廣泛，舉凡管理、心理諮商、社區發展、社會工作、教育及醫療護理領域等，都有運用到充權的概念（陳佩英，2008；張麗春、李怡娟，2004）。Empowerment 一詞在不同的領域會有不同的翻譯名詞，

陳佩英（2008）綜合整理有關 Empowerment 的相關研究，發現諮商治療以重新得力和賦能來代表 Empowerment，在教育領域多半使用賦權或增能來表達，社工、社區發展、弱勢者的教育與社會行動，則使用充權、賦權、增權、灌權、增能、賦能、培力、啟力等用語。

牛津辭典對充權之定義為「合法地授權或正式擁有權力或權柄，以某種目的或責任給予或贈與權力，使能夠（enable）、允許、獲得或具有權力」（張麗春、李怡娟，2004）。藉由他人的授權（delegation），讓個體有獲取資源之管道，促使個體能採取有效行動，個人得以掌控生活和生活事件，進而減少生活中的無助感（謝協君、何東墀、吳訓生，2005）。

充權是一種過程，也是一種狀態；充權是一種態度、察覺、能力、知識及行動；目前文獻對於充權的定義大約一致，但是對於充權所涵蓋的層面則有不同的看法（Koren, DeChillo, & Friesen, 1992）。充權概念的內涵相當豐富，本身具有多元向度（宋麗玉，2006）。不同研究領域在測量充權此一特質的量表上，均由不同的構面所組成，不過各量表的因子仍不脫離充權的基本概念與內涵（廖格培、黃千慈，2002）。

宋麗玉（2006）綜合關於增強權能概念之相關文獻後，對增強權能下一個綜合的定義：「個人對自己的能力抱持肯定的態度，自覺能夠掌控自己的生活，並且在需要時影響週遭的環境。」根據生態觀點，權能感可透過三個層面呈現，在個人層面，個人擁有自尊、自我效能及掌控感，能夠肯定自己的能力，擬定目標並採取具體行動以達成目標；在人際層面，個人具備與人溝通的知識及技巧，能夠與他人形成夥伴關係，對他人有影響力或得到他人的尊重，同時也能夠考慮別人的需求或自己的責任；在社會政治層面，知道自己應有的權利，肯定團結的重要性並相信集體行動可以改變現況環境，願意為維持公義採取行動（宋麗玉，2006）。

張美雲與林宏熾（2007）歸納整理相關文獻後，以七個向度來說明發展遲緩兒童家庭之賦權增能：（一）自我效能：係指家庭的主要照顧者有能力協助孩子

成長及發展，例如有能力解決孩子的行為問題；(二) 自我決策：係指家庭的主要照顧者能針對家庭的需求做出好的決定，也能一起和專業人員決定孩子所需的服務；(三) 影響力：係指家庭的主要照顧者在孩子的發展與服務上具有重要的影響力，不但能影響家中成員甚而能影響其他家庭或法規的制定；(四) 接觸資源：係指家庭遇到問題時，主要照顧者有能力主動尋求所需的社會資源，並有效地使用之；(五) 賦予能力：係指家庭認為自己與專業人員是一種合作夥伴關係，主要照顧者會定期和專業人員聯絡，並告訴他們需要何種服務；(六) 社區參與：係指家庭時常參與發展遲緩兒童團體的活動，並體認到自己和是他們是一體的，也能提供其他家庭所需的資源與支持；(七) 自我擁護：係指家庭知道自己擁有的義務與權利，主要照顧者會與專業人員一起為孩子爭取權益。

充權即為發展及給予個體權力，以降低其生活中的無力感受，使得個體有能力去影響人群、組織及生活環境，並且能夠掌控自己的人生，參與自己所生活的社區 (Koren, DeChillo, & Friesen, 1992)。Koren 等人 (1992) 以兩個概念性架構來定義充權的內涵，第一個面向是「充權的層面」，第二個面向是「表達充權的方式」，茲說明如下：

(一) 充權的層面：充權反應在家庭、服務系統及社區與政策三個層面上。

1. 家庭 (Family)：亦即家中目前的情況，主要是指父母對於日常生活的管理情形。
2. 服務系統 (Service System)：亦即專業人員與機構提供給兒童的服務，主要是指父母積極地與服務系統一起工作，以獲取孩子所需的服務。
3. 社區與政策 (Community/Political)：亦即法律的主體、政策制定者、機構及社區成員，他們關心障礙兒童及其家庭，並且相信自己對增進服務具有影響力，主要是指父母為了促進兒童福利進行倡導，而非只為自己的孩子進行倡導。

(二) 表達充權的方式：可透過態度、知識及行為表達充權。

1. 態度 (Attitudes)：係指父母的知覺與信念。

2. 知識 (Knowledge)：係指父母知道做些什麼。
3. 行為 (Behaviors)：係指父母實際上做些什麼。

張美雲 (2007) 整理相關實證研究發現，Koren 等人 (1992) 所設計的家庭充權量表主要是用來評估情緒障礙兒童之家長及主要照顧者的充權情形，後來有許多學者均採用他們的量表進行充權之研究。因此，研究者採用 Koren 等人 (1992) 對充權之定義，作為本研究之充權的定義，並且以其所設計的家庭充權量表來測量家長的充權情形。

貳、充權對於發展遲緩兒童家庭的重要性

發展遲緩兒童的出生對家庭所造成的壓力是一個家庭危機事件，家庭成員必須加以調適並產生權能才能對發展遲緩兒童有所助益，若家長未被充權，其在態度和行為上會顯現出挫折、壓力、沮喪、無力感及依賴服務之提供(張美雲, 2007)。一個未被充權的人通常感到困惑，雖然對自己的問題有所瞭解，但是卻沒有解決的力量與行動；但是，一個被充權的人經常對於自己的行為感到滿意，也建立了自我的能量，清楚知道自己要什麼，並且朝此方向去努力(萬育維、王文娟譯, 2002)。

在社會工作實務理論中，充權觀點 (Empowerment Perspective) 強調釐清服務對象的無力感，運用優勢觀點 (Strength Perspective) 評估服務對象與其所處環境之間的優勢與障礙，透過充權的過程讓服務對象改善無力感的情況，使其看到自己的資源與優勢，並且發展出運用資源來解決困境的能力與權力，使得服務對象滿意自己的表現，建立自己的能量 (strengths)，知道自己要些什麼，也朝著這個方向努力，最後達成抱負並提高其主動掌控生命與環境的能力 (張秀玉, 2005)。

一個具有賦權增能的人，在遇到困境的時候，有能力尋找所需的資源，也能進一步與專業工作者一起合作、一同爭取應有的權益，並且有能力決定或控制未來的生活方式 (張美雲、林宏熾, 2007)。充權意謂著人們可以用自己的力量掙

脫環境中的束縛，試著追求自己所想要的生活。

若社會工作者以病理與問題取向去提供早期療育服務時，則會把評估的重點聚焦於服務對象的缺陷與問題上，自然容易把服務對象形塑為一個具有很多問題，卻沒有能力解決的「無助求助者」，對服務對象而言，社會工作者便成為問題解決專家，而不是一位令人信任的夥伴；但是，若能以增強權能取向進行處遇時，社會工作者會將服務對象視為一個擁有別人所沒有的特質、能力、資源或是優勢的獨特個體，因此，處遇焦點就會集中在發掘服務對象與案家的能力與資源，並且重視服務對象對於自己目前問題困境的看法，在這樣的過程中，服務對象也較容易發展出信任自己的能力，並且容易與社會工作者形成夥伴關係（張秀玉，2005）。

Ann P. Turnbull 與 H. Rutherford Turnbull, III 指出瞭解案家與專業人員的資源是充權的一部分，案家與專業人員彼此合作，以使雙方充權。家庭及專業的資源皆包括了兩種成份：「動機」與「知識技巧」，擁有動機與知識技巧則達成充權的起步。動機與知識技巧的來源說明如下（萬育維、王文娟譯，2002）：

一、動機的來源

（一）自信：

所謂的自信就是相信自己有能力，案家的自信意謂著案家相信自己有能力照顧孩子，提昇孩子的生活品質。而且自信是會傳染的，對自己愈有信心，表現出來的行為便會鼓勵他人也變得有信心，這樣的氣氛會促使彼此達到充權。研究指出父母的自信心愈高，則其自願參與學校事務、教育活動以及和老師電話連絡的次數愈多。

（二）知道自己有控制能力：

控制能力是指相信自己有能力改變現況。父母需要瞭解有哪些可能的選擇，並且能夠自由地做決定，能夠對每件事做決定是達到充權的基石。若案家一味地順從專業人員，將永遠無達到充權。

(三) 抱持希望：

抱持希望是指相信期望會實現。抱持著希望，就是協助人們創造自我實現的預言。當人們面對那些自認無法掌控的事情時，會漸漸習得無助感，若要消除無助感，便是學習抱持希望及正向思考。

(四) 能量：

若要開始行動，能量是不可或缺的。由於充權需要時間與體力，因此能量的維持也是很重要的，鼓勵便是方法之一，而且要從生活做起。

(五) 堅持：

當無法立即達成目標時，仍然不屈不撓，表面上不能解決的事情需要堅持，必須長期抗戰的計畫更是需要堅持。

二、知識與技巧的來源

(一) 資訊：

障礙者的家庭需要各種資訊，專業人員需要協助案家獲取資訊。目前充權過程中最大的障礙是案家、專業人員、研究人員在訊息的獲得及散佈之間有很大的落差。

(二) 問題解決能力：

問題解決能力包括計劃及執行解決問題的能力，是一種打破現況與未來理想之間阻礙的方法。專業人員與案家彼此合作，培養案家的問題解決技巧。

(三) 生活管理技巧：

生活管理技巧是指瞭解如何處理發生在身上的事情。因應技巧傳統上是指對於危機事件的處理技巧，對於某些家庭來說，因應這二個字存在負面的意涵。障礙孩子的家庭往往面臨的是日常生活，其採用的策略是要提升生活品質，而不是危機解除，因此案家需要的是生活管理技巧。

(四) 溝通技巧：

所謂的溝通技巧是以接收與發送表達需求，而溝通技巧是充權及促進合作關

係的重要核心。

專業人員與案家彼此合作，共同參與決定，平等的分享資源，當雙方都達到充權時，便會傳染延續，最後達到高度合作的集體性充權。而集體性充權可帶來三種結果：(1)產生多重潛能，出現集體性力量；(2)創造新的及可更新的資源；(3)增加所有參與者的滿意度（萬育維、王文娟譯，2002）。由此可知，被充權的案家總是抱持著希望及充滿能量，對自己有自信，知道自己有控制能力，擁有問題解決能力、生活管理技巧、溝通技巧、獲取及利用資訊的能力，並且行動能一直堅持下去，當達成集體性充權時，甚而帶來可觀的成果。

參、發展遲緩兒童家庭之充權相關研究

目前國內僅有二篇研究探討發展遲緩兒童家庭或家長的充權，二篇皆是以接受早期療育服務之家庭或家長為研究對象，茲將發展遲緩兒童家庭充權之實證研究彙整於附錄一的表 2-2。

由充權實證研究文獻可以發現，張雅惠（2010）以中部地區接受早期療育服務的發展遲緩兒童家長為研究對象，研究發現家長擁有適度的增強權能感，在增強權能感三層面中以人際層面最佳，其次為個人層面，社會政治層面最低。家長接受早期療育服務後，比較能從正向的角度面對孩子的發展，積極獲取早期療育的訊息及資源，主動與專業團隊聯繫溝通，並且肯定家長團體的力量，但是家長在社會政治活動的參與仍較為被動，鮮少涉入家長團體、社區活動、政策或法律的制定過程。

張美雲（2007）以接受早期療育個案管理的發展遲緩兒童家庭為研究對象，研究發現發展遲緩兒童家庭的賦權增能分數偏向具有一些賦權增能，在七個向度裡，以賦予能力的得分最高，社區參與的分數最低。發展遲緩兒童的照顧者非常肯定自己能影響家人讓孩子接受早期療育，但在與孩子有關的重要法案或議題的決策過程中，較無法與制定法律者有進一步的接觸。張美雲（2007）與張雅惠（2010）的研究皆發現，台灣發展遲緩兒童的家長認為自己在社會政治層面的參與較少，

甚至無法影響政策或法律的制定。

張美雲（2007）的研究發現，情緒支持、正式支持、親職愁苦、工具支持及訊息支持可以解釋整體賦權增能 43%的變異量，其中以情緒支持的預測力為最大。社會支持類型與來源對賦權增能有正向的預測力，親職壓力對賦權增能有負向的預測力，亦即發展遲緩兒童家庭的社會支持類型及支持來源愈多，則家庭的賦權增能愈高，家庭的親職壓力愈高，則賦權增能會愈低。倘若增加發展遲緩兒童家庭的社會支持，減輕父母的親職壓力，則能提高家庭的賦權增能。

第三節 生活品質之相關文獻

壹、生活品質的涵義

「生活品質」這個概念最早可追溯至西方哲學之父-亞里斯多德，他認為幸福是靈魂上得到滿足的狀態，幸福的人會凡事順利且生活狀態良好，換言之，就是有較好的生活品質（Farquhar, 1995；Zhan, 1992）。相對中國傳統的思考則是從陰陽調和的角度來看生活品質，認為生活中的各種事物可分為陰與陽，若一個人能順天地之運行法則而生活，陰陽就能調和，則會長壽且有好的生活品質（Zhan, 1992）。最早認為的生活品質非常抽象，並未對生活品質有明確的說明（王慧伶，2008）。

在 1960 年代早期，生活品質的評估進入實地研究，Karnofsky（1949）是第一個在醫療場域引進測量病患生活品質量表的先鋒，這些量表提供病患生活品質的測量，但是因為這些量表被限制在單一概念的生活品質，也就是所謂的健康功能類型的量表，因而沒有被廣泛使用（引自 Zhan, 1992）。在第二次世界大戰結束後，Campbell、Converse 與 Rodgers（1976）首度正式提出「生活品質」一詞，他們認為生活品質是個人對其婚姻、家庭生活、朋友關係、生活水準、財務、宗教

等各方面的滿意度（引自吳佳珍、林秋菊，1997）。當時所強調的生活品質是有好的生活，而不單只是物質上的滿足而已（Meeberg, 1993；引自姚開屏，2002a）。此時才真正對生活品質的內涵做界定，從此之後便有許多學者對生活品質的內涵做定義。

生活品質研究所涉及的範圍相當廣泛，不同領域的學者對生活品質有不同的定義或看法（姚開屏，2002a），通常大部分的學者以「滿意度」來定義生活品質（吳佳珍、林秋菊，1997）。Bergner（1989）指出生活品質應包括身體活動力、社交及休閒活動、疾病、收入、自尊、心理情緒適應、性、人際關係及整體的生活滿意度（引自王慧伶，2008）。Schmidt 與 Petersen（2002）認為生活品質是以個人為主體所進行的一種健康評估，是個人處在一種生理、心理、認知情感、社會及身體功能均健康安適的狀態（引自江季蓁、駱麗華，2002）。Devinsky, Westbrook, Cramer 和 Glassman（1999）表示生活品質是個人在身體、心理及社會方面自我感覺安適之程度（引自趙善如，2006a）。Meeberg（1993）認為生活品質係指個人以內在獨特的標準和判斷力，評估自己當前生活環境及周遭事物與欲達成的生活目標、期望之間差距的知覺及滿意程度，此一標準因人而異（引自張慈惠、黃秀梨，2000）。Ferrans 和 Power（1985）的研究將生活品質定義為一種多層面的概念，對自己感到重要事物的滿意程度，是個人對於幸福或滿意的主觀感受。

趙善如（2006a）綜合不同學者對生活品質之定義，整理生活品質之測量主要包括七個面向：居住環境、健康、家庭關係、社交/人際關係、子女教育、工作、休閒，並指出生活品質能反映個人或家庭對其現階段整體生活的滿意度及期望。世界衛生組織（World Health Organization）對生活品質的定義為「個人在所生活的文化價值體系中的感受程度，這種感受與個人的目標、期望、標準、關心等方面有關，生活品質包括一個人在生理健康、心理狀態、獨立程度、社會關係、個人信念以及環境六大方面」，此定義強調個人在自己文化下之主觀感受的重要性（姚開屏，2002a）。

綜合上述學者對於生活品質之定義，可以顯示出生活品質是從個人的主體出

發，強調個人主觀的感受，其內涵包含了多層面向的概念。世界衛生組織對生活品質之定義符合上述這些條件，因此，研究者採取世界衛生組織對生活品質之定義，作為本研究之生活品質的定義。

貳、發展遲緩兒童家庭之生活品質相關研究

目前國內已有數篇研究探討發展遲緩兒童家長或主要照顧者的生活品質(陳琦綦, 2008; 羅鳳菊, 2007; 郭孟瑜、王翠鳳, 2006; 孫佩雯, 2006; 高寶蓮, 1998; 黃郁菁, 1996; 林麗玲, 1988), 其中以接受早期療育服務之家長為研究對象者僅有二篇(陳琦綦, 2008; 林麗玲, 1988), 因此這部分的生活品質實證研究整理以發展遲緩或身心障礙兒童之家長為研究對象, 而非只限定於探討有接受早期療育服務的家長, 茲將發展遲緩兒童家長之生活品質相關實證研究彙整於附錄一的表 2-3。

綜合生活品質實證研究文獻可以發現, 發展遲緩或身心障礙兒童家長的生活品質現況介於中等範圍(陳琦綦, 2008; 孫佩雯, 2006; 高寶蓮, 1998; 郭孟瑜、王翠鳳, 2006), 家長對於心理範疇生活品質的評價最低(陳琦綦, 2008; 羅鳳菊, 2007; 孫佩雯, 2006; 吳佳賢, 2002; 郭孟瑜、王翠鳳, 2006), 老年身心障礙者之主要照顧者也是對心理範疇的評價最低(吳佩珊, 2009)。陳琦綦(2008)的研究指出, 由於照顧孩子的關係, 主要照顧者的生、心理狀況較差, 但不影響其社交休閒。吳佳賢(2002)的研究也有類似發現, 約有五成的學前自閉兒主要照顧者經常覺得精神上有壓力, 照顧者的心理健康狀況主要多來自於心理及身體上的困擾, 而較少出現社會方面的困擾。

許素彬、王文瑛、張耐、張菁芬(2003)以特殊需求嬰幼兒之家庭為研究對象, 研究結果發現雖然多數的家長認為教養特殊幼兒子女對自己的身心健康不會造成太大的威脅, 不過多數的家長表達了照顧特殊嬰幼兒所帶來的壓力、焦慮、煩惱及憂心, 另外在社會參與的部分上, 84%的家長會因為照顧孩子而減少或放棄一些個人生活, 其中影響最多的是休閒娛樂, 其次為與朋友聯繫及個人興趣,

而且有 80%的家長自從孩子出生後就不曾參加過社區活動。由此可看出家長在心理及社會參與方面的生活品質皆不佳。

部分研究發現，家長對生理健康範疇生活品質的評價最高（孫佩雯，2006；郭孟瑜、王翠鳳，2006）。黃郁菁（1996）的研究則發現，自閉症兒童主要照顧者四個層面的生活品質中，以身心健康方面的生活品質最佳，情緒支持方面的生活品質最差。從上述文獻得知，多數研究顯示發展遲緩兒童家長認為自己的心理狀態較差，因而也可瞭解到情緒支持對主要照顧者的重要性。

陳琦棻（2008）探討彰化縣發展遲緩與身心障礙兒童家庭功能與生活品質之研究，透過相關分析發現發展遲緩兒童家庭的家庭功能愈好者，其生活品質愈佳；藉由迴歸分析發現，父母婚姻狀況與家庭收入最能預測發展遲緩兒童家庭的生活品質。郭孟瑜與王翠鳳（2006）探討發展遲緩幼兒母親的自我效能、親職壓力與生活品質之相關研究，研究結果顯示母親的自我效能愈低，親職愁苦程度愈高，則會導致其生活品質愈差。

孫佩雯（2006）探討學齡前自閉症患童主要照顧者人格堅毅、社會支持與生活品質之關係，研究結果發現主要照顧者的人格堅毅程度愈高，其所感受到的生活品質愈佳，主要照顧者主觀所獲得的社會支持愈高，其所感受到的生活品質也愈佳，人格堅毅程度及社會支持為生活品質的重要預測變項。黃郁菁（1996）探討自閉症兒童主要照顧者之照顧需要與生活品質研究，經由相關分析的結果發現，主要照顧者的整體照護需要程度愈高者，其整體生活品質愈差，其中以「社會資源」方面的需要影響生活品質最大，若能配合主要照顧者在「社會資源」方面的需要，最能改善其生活品質。

吳佳賢（2002）探討學前自閉症兒童主要照顧者照顧負荷、社會支持與心理健康之相關研究，經由相關分析發現，家庭干擾、烙印、愧疚、照顧者緊張、案主依賴和整體照顧負荷程度愈高，學前自閉兒主要照顧者的心理健康狀態愈差，其中以家庭干擾負荷程度與心理健康的關係最強。「家長性別」和「家庭干擾」可以預測主要照顧者的心理健康狀況，其中以家庭干擾的預測力較高，當主要照

顧者感受家庭干擾負荷程度愈高，其心理健康狀態會越差。在照顧負荷對心理健康的影響上，工具支持及情緒支持對心理健康並不具有主要效果及緩衝效果，無法有效調適主要照顧者的心理健康狀況，換言之，家庭干擾對心理健康的影響，並不會受到工具支持與情緒支持的影響而有所減緩。

羅鳳菊（2007）探討先天性代謝異常疾病患童母親之親職壓力與生活品質之研究，結果顯示患童母親的整體親職壓力與生理健康範疇、心理範疇、環境範疇及整體生活品質呈顯著負相關，僅與社會關係範疇無顯著相關。高寶蓮（1998）探討裘馨型肌肉失養症患孩父母親的社會支持、照顧負荷與生活品質之關係，研究發現父母親所接受的社會支持愈多，則其生活品質感受愈佳，父母親的照顧負荷感受愈輕者，其生活品質也愈佳；透過迴歸分析發現，母親的社會支持是照顧負荷感受的重要預測變項，母親的社會支持與照顧負荷感受同時為生活品質的重要預測變項。

吳佩珊（2009）探討影響老年身心障礙者主要照顧者生活品質之研究，研究結果顯示社會支持、照顧負荷與主要照顧者的生活品質有顯著相關，經由階層迴歸分析發現，照顧負荷、自覺健康狀況、社會支持為老年身心障礙者主要照顧者生活品質的預測因子，且能解釋生活品質 37.2% 的變異量，由質性資料可以得知，主要照顧者的社會支持、自覺健康狀況、家庭總收入是影響照顧負荷的重要因素，進而影響照顧者的生活品質。

除了人口基本變項對生活品質有影響外，生活品質的影響因素尚包括家庭功能（陳琦綦，2008）、自我效能（郭孟瑜、王翠鳳，2006）、親職壓力（郭孟瑜、王翠鳳，2006）、人格堅毅（孫佩雯，2006）、社會支持（孫佩雯，2006；高寶蓮，1998；吳佩珊，2009；林麗玲，1988）、照顧負荷（高寶蓮，1998；吳佩珊，2009；吳佳賢，2002）、壓力知覺（林麗玲，1988）及照護需要（黃郁菁，1996）等，其中自我效能、親職壓力、人格堅毅、照顧負荷及社會支持是生活品質的重要預測因子。

透過前述的實證研究整理（見附錄一的表 2-1、表 2-2、表 2-3）可以發現，

目前國內已有許多研究調查發展遲緩兒童家長或家庭的社會支持現況(張玉璇，2010；汪俐君，2003；張美雲，2007；陳凱琳，2000；陳進吉，2003；曾佳珍，2010；郭孟瑜、余季容，2006；吳佳賢，2002；孫佩雯，2006；郭芳嫻，1999；高寶蓮，1998；林麗玲，1988；楊金寶，1990；陳秋玫，1993)，但是探討發展遲緩兒童家長或家庭的充權研究只有二篇。雖然目前國內已有數篇研究探討發展遲緩兒童家長或家庭的生活品質，但多數研究僅限於探討特定障礙類別的發展遲緩兒童家長(羅鳳菊，2007；孫佩雯，2006；高寶蓮，1998；黃郁菁，1996；林麗玲，1988)，僅有少數研究是以發展遲緩及身心障礙兒童的家長為研究對象(陳琦棻，2008；郭孟瑜、王翠鳳，2006)。而且目前尚未有實證研究探討發展遲緩兒童家長的社會支持、充權與生活品質三者之間的關係，故本研究以發展遲緩兒童之家長為研究對象，而非僅限探討特定障礙類別，並且探討社會支持、充權與生活品質三者之關係。

參、人口基本變項對生活品質之影響

一、兒童背景變項

(一) 孩子是否領有身心障礙手冊

黃郁菁(1996)的研究結果發現孩子有無身障手冊會影響家長在身心健康、經濟、情緒支持、人際互動方面的生活品質，孩子無身障手冊的主要照顧者，其在身心健康、經濟、情緒支持、人際互動方面的生活品質皆優於孩子有身障手冊者。

(二) 孩子的障礙程度

陳琦棻(2008)的研究發現，兒童的障礙程度會影響家庭的生活品質，無障礙程度兒童之家庭，其生活品質顯著高於中度障礙兒童家庭。孫佩雯(2006)以學前自閉症患童的主要照顧者為研究對象，研究發現患童的障礙程度為輕度者，主要照顧者對心理範疇生活品質的評價顯著優於障礙程度為重度以上者。吳佳賢(2002)的研究也有相同發現，學前自閉兒的障礙程度越低時，主要照顧者的心

理健康狀態就愈佳。由此可見，兒童的障礙程度愈輕，主要照顧者的生活品質愈佳。

不過，黃郁菁（1996）的研究結果發現，自閉症兒童疾病的嚴重性不影響家長的生活品質。高寶蓮（1998）的研究則是發現，裘馨型肌肉失養症患孩日常生活依賴程度不影響父母親的生活品質。

二、家庭背景變項

（一）家長或主要照顧者的身份

家長或主要照顧者的身份是否會影響其生活品質，研究結果不盡相同。陳琦荼（2008）以發展遲緩及身心障礙兒童家庭為研究對象，研究發現主要照顧者為祖母的家庭，其生活品質顯著佳於主要照顧者為母親的家庭。吳佳賢（2002）的研究顯示，學前自閉症兒童母親的心理健康狀況顯著較父親差。羅鳳菊（2007）的研究則是發現，照顧孩子期間有家人協助的母親，其對整體生活品質、心理、社會關係、環境的評價，顯著高於沒有家人協助照顧的母親。

然而，孫佩雯（2006）及黃郁菁（1996）的研究則是發現，自閉症兒童主要照顧者和孩子的關係稱謂不影響其生活品質。

（二）家長婚姻狀態

陳琦荼（2008）的研究發現，不同婚姻狀態的父母在整體生活品質上達顯著差異，經事後比較發現已婚者的整體生活品質優於分居者。孫佩雯（2006）的研究發現，主要照顧者的婚姻狀態與社會關係範疇達統計上之顯著差異，已婚者之社會關係得分顯著高於非已婚者。黃郁菁（1996）的研究則發現，主要照顧者的婚姻狀態對其情緒支持方面的生活品質有顯著影響，已婚者在情緒支持方面的生活品質顯著優於分居離婚鰥寡者。

（三）家長或主要照顧者的教育程度

多數研究顯示，主要照顧者的教育程度與生活品質之間無影響關係（陳琦荼，2008；羅鳳菊，2007；孫佩雯，2006；高寶蓮，1998；吳佳賢，2002）。但是

黃郁菁（1996）的研究發現，教育程度為大學以上的主要照顧者，其在經濟方面的生活品質顯著優於高中專科者。蔡玉純、林俐伶和吳豐偉（2005）整理主要照顧者的相關研究也有類似發現，照顧者的教育程度愈高，其對生活品質的評價愈正向。

(四) 家庭經濟收入

多數研究均發現，家庭經濟收入對主要照顧者的生活品質有顯著影響（陳琦綦，2008；羅鳳菊，2007；孫佩雯，2006；黃郁菁，1996；吳佩珊，2009；蔡玉純、林俐伶、吳豐偉，2005）。

陳琦綦（2008）的研究發現，發展遲緩與身心障礙兒童家庭收入在五萬元以上者，主要照顧者對整體生活品質之評價顯著高於二萬元以下者；家庭收入在三萬至四萬元者，主要照顧者在早療參與狀況所感受的生活品質顯著高於家庭收入在二萬元以下者。羅鳳菊（2007）的研究結果顯示，先天性代謝異常疾病患童母親的生理健康、心理、環境、整體生活品質與家庭每月平均收入呈顯著正相關。孫佩雯（2006）的研究發現，家庭每月總收入愈高，學前自閉症兒童主要照顧者對環境範疇生活品質的評價愈佳。黃郁菁（1996）的研究結果則顯示，家庭收入在五萬元以上者，自閉症兒童主要照顧者在經濟方面的生活品質優於家庭收入小於五萬元以下者。

但是，高寶蓮（1998）的研究發現，家庭每月平均收入不影響裘馨型肌肉失養症患孩父母親的生活品質。

肆、社會支持、充權與生活品質之關係

以下將分別針對社會支持、充權與生活品質之相關性研究文獻進行整理，撰述變項間之關係，以作為研究假設之基礎。

一、社會支持、充權與生活品質之相關性論述

Cohen 與 Wills（1985）主張社會支持的效果分為主要效果及緩衝效果，主要效果係指藉由個人需求的滿足，直接提昇個人的身心健康與幸福感，並減輕壓力

對個人所造成的負面影響；緩衝效果係指身處壓力情境中的個人，藉由獲得社會支持以減緩壓力對個人所造成的衝擊，間接對個人的身心健康產生正面效果（引自郭孟瑜、余季容，2006）。

House (1974) 首先發展「壓力因應模型 (Stress-Coping Model)」，後經 George 及其他學者加以修改，此理論架構廣泛運用於長期疾患家屬的研究，模型呈現出五類變項之間的關係，變項包括（一）壓力源，係指病患的狀態；（二）照顧者的脈絡因素，包括社會支持、應對策略、照顧者的人口基本變項及環境變項；（三）負荷感受；（四）照顧者對壓力所採取的反應；（五）壓力源與照顧負荷所導致的長期結果，包括生理福祉、心理福祉、生活滿意度、憂鬱狀況等（引自宋麗玉，1999）。當壓力源導致個體產生負荷感時，會促使個體對其產生心理、生理或行為的反應，若未獲得良好的調適，長期累積下來將對個體產生負面影響，而導致生理與心理福祉的問題，並且降低生活滿意度，其中社會支持與應對策略兩因素具有緩和作用，能減緩壓力源、負荷感受與身心狀態間交互作用所帶來的衝擊，促進個體身心安逸（引自吳佳賢，2002）。

綜合諸多研究發現，社會支持是影響個人健康的重要因素，其對個人健康有正面影響，在危機或壓力情境未發生前或發生當下，社會支持可以提升個人的適應能力，增進問題解決技巧，以促進個人身心健康；支持性的環境可以減少或緩和壓力對個人生理、心理及社會適應的衝擊，其與幸福感之間具有顯著正相關（引自郭孟瑜、余季容，2006）。身心障礙家庭面臨生活重大壓力時，支持系統扮演相當重要的角色，社會支持能夠減輕壓力，促進健康與幸福感（張玉璇，2010）。

近來許多研究強調家庭支持服務的重要性，特別是喘息服務，它不僅能改善父母的生活品質，更能提昇手足的生活品質，多數父母認為喘息照顧可以提昇他們的整體生活品質（引自吳佳賢，2002）。由此可知，社會支持會影響個體的生活品質，個體所獲得的社會支持愈多，其生活品質愈佳。

充權 (empowerment) 是一個發展的過程，充權的概念強調人們獲得其個人、社會、經濟與政治力量的認識與掌控力，目的是為了採取行動以提昇其生活條件

(張麗春、黃淑貞, 2003)。Adams (1990) 定義「充權」為個人、團體或社區開始感受到可以控制自己的生活及達到目標的一個過程, 進而能夠協助自己與他人擁有更好的生活品質, 意味著充權的心理取向目標為增加案主個人的勝任能力 (competence) 與自信心, 得以採取個別性或集體性的行動來掌握自己的命運(引自鄭麗珍, 2002)。

從充權之定義可以知道充權能夠增加自我對於生活環境的掌控能力(謝協君、何東墀、吳訓生, 2005; 宋麗玉, 2006; 莊文芳, 2009; Koren, DeChillo, & Friesen, 1992), 並且滿足自己所設定之目標(莊文芳, 2009), 對擬定之目標付諸行動(謝協君、何東墀、吳訓生, 2005), 目的是為了追求自己所想要的生活(萬育維、王文娟譯, 2002), 提升個人的生活品質(莊文芳, 2009)。

以家庭為中心的早療服務模式倡導及鼓勵家庭參與, 強調和家庭一起工作, 讓家庭參與目標的訂定與服務規劃, 提供其選擇和決策的機會, 這即為一種參與決策的充權過程(萬育維、王文娟譯, 2002; 林詩韻, 2009)。而 McWilliam (2005) 指出專業人員與家庭一起工作的明確結果是家長對於教養障礙兒童感到有勝任感、更瞭解自己的權利與責任、能更有效的掌握服務系統與倡導服務、滿意服務的方式, 而且對於專業人員與服務體系有較正向的看法, 對於未來感到樂觀, 較有能力面對未來的挑戰, 最後則是能體驗到正向的生活品質(引自陳素禎、郭煌宗、劉芷瑩, 2009)。由此可見, 充權會影響個體的生活品質, 充權個體可以使其生活品質提升。

二、社會支持、充權與生活品質之實證研究

(一) 社會支持與生活品質之實證研究

孫佩雯 (2006) 探討學齡前自閉症患童主要照顧者人格堅毅、社會支持與生活品質之關係, 研究結果顯示主要照顧者主觀所獲得的整體社會支持與整體生活品質及生理健康、心理、社會關係、環境等四範疇呈顯著正相關; 工具性支持僅與環境範疇呈顯著正相關; 資訊性支持與整體生活品質及生理健康、心理、社會

關係、環境等四範疇呈顯著正相關；情緒性支持與整體生活品質及生理健康、心理、社會關係、環境等四範疇呈顯著正相關。孫佩雯（2006）透過逐步迴歸分析發現，資訊性支持為整體生活品質的重要預測因子，主要照顧者主觀所獲得的資訊性支持愈多，則其整體生活品質會愈佳；情緒性支持為社會關係範疇及環境範疇的重要預測因子，主要照顧者主觀所獲得的情緒性支持愈多，則其對社會關係範疇及環境範疇之評價愈高。

高寶蓮（1998）探討裘馨型肌肉失養症患孩父母親的社會支持、照顧負荷與生活品質之關係，研究結果發現父親的社會支持與生活品質呈顯著正相關，母親的社會支持與生活品質也呈顯著正相關，社會支持為父、母親之生活品質的重要預測變項，父、母親所感受到的社會支持愈多，其生活品質會愈佳。

吳佩珊（2009）探討影響老年身心障礙者主要照顧者生活品質之因素，研究結果發現社會支持與主要照顧者的生活品質呈顯著相關，社會支持為主要照顧者生活品質之重要預測因子。吳佩珊（2009）透過質性資料得知，主要照顧者的社會支持、自覺健康狀況、家庭總收入是影響照顧負荷的重要因素，進而影響照顧者的生活品質。

綜合整理有關病患之主要照顧者的生活品質研究也發現，社會支持與生活品質呈顯著正相關，根據迴歸分析發現，社會支持是生活品質的重要預測變項，加強主要照顧者的社會支持有利於提升其生活品質（孫嘉玲、黃美瑜、宋梅生、陳施妮、李綉彩、王秀香，2005；蔡盈盈、張巍鐘、陸汝斌、曹朝榮，2007；羅淑芬、黃秀梨、劉雪娥、姚開屏，2002）。

多數實證研究證明，社會支持與生活品質達顯著正相關，而且社會支持為生活品質之重要預測因子，社會支持程度愈高者，可預測其生活品質會愈佳。

(二) 社會支持與充權之實證研究

Green 等人（2004）針對 275 位接受不同早期療育方案的父母進行研究，結果發現嬰幼兒父母的充權取向與支持滿意度呈現顯著正相關；Orosz（1996）以

特殊需求兒童之父母親為研究對象，研究結果發現社會支持會影響充權（引自張美雲、林宏熾，2007）。

Nachshen 與 Minnes（2005）針對 100 位發展障礙與 100 位無發展障礙兒童的父母親進行研究，結果發現正式與非正式資源對家庭增強權能有直接之影響力。Thompson 等人（1997）以接受密西根州政府早期療育服務的家庭為研究對象，研究結果顯示社會支持（正式、非正式）是透過以家庭為中心才對增強權能產生影響力。

張美雲（2007）針對發展遲緩兒童家庭的研究結果顯示，社會支持類型、支持來源與賦權增能呈現顯著正相關，情緒支持、正式支持、親職愁苦、工具支持及訊息支持可解釋整體賦權增能43%的變異量，其中以情緒支持的預測力為最大，社會支持來源與支持類型對賦權增能有正向的預測力，倘若增加發展遲緩兒童家庭的社會支持，則能提升家庭的賦權增能。

鍾佳玲（2010）探討精神障礙者家屬社會支持、權能感與烙印感之相關性研究，研究結果發現正式社會支持與非正式社會支持對家屬的權能感都有正面的影響，其中又以非正式社會支持的影響效果最好，若精障者家中幫忙的人數越多、精障者對家庭的協助程度越高，家屬的權能感顯著越高，而且家屬若有參與家屬團體，其權能感顯著高於未參加家屬團體者。

從上述研究文獻可以發現，接觸資源或社會支持與充權呈現顯著正相關，亦即接觸的資源或獲得的社會支持愈多，則充權感愈高。在影響力上發現社會支持直接對充權造成影響，但亦有學者發現社會支持是間接對充權產生影響。

(三) 充權與生活品質之實證研究

目前有關發展遲緩兒童家庭或家長之研究中，尚未有研究探討充權與生活品質之關係，因此藉由其他領域的實證研究以瞭解充權與生活品質之關係。

Gibson（1991）檢視有關健康照護領域的實證研究發現，若將充權當作自變項，則導致的結果是促進生活品質、自我效能、控制感、健康或幸福感等（引自

張美雲，2007)。劉美吟、戴研光、洪薇雯、謝明家及王瑞霞（2010）針對第二型糖尿病個案進行研究，結果發現糖尿病患者增強權能感受越高，其生活品質越佳，而且增強權能感受為影響生活品質的重要解釋因子。

施雅雯（2009）整理相關文獻指出，過去十多年來國外多篇實證研究發現，慢性精神分裂病患之充權感受與其生活品質的好壞有顯著關係。施雅雯（2009）探討精神社區復健機構慢性精神分裂病患之充權感受與生活品質，研發結果發現充權感受對於生活品質具有重要影響。

目前在有關發展遲緩兒童家庭或家長之研究中，尚未有研究者探討社會支持、充權及生活品質三者之間的關係，僅在關於精神病患者之研究中發現有研究者做此探討。Sibitz 等人（2011）以精神分裂病患為研究對象，研究結果發現患者的社會支持愈少會導致其充權感受愈低，並且充權感受愈低會導致其生活品質愈差，然而社會支持未直接影響生活品質。

學者的主張說明了社會支持與生活品質之關係，而從充權的概念中可以瞭解充權之目的是為了提升個體的生活品質，相關實證研究也分別證明了社會支持、充權及生活品質變項兩兩之間的關係，但尚未有實證研究以發展遲緩兒童家長為調查對象，故本研究欲探討發展遲緩兒童家長的社會支持、充權程度與生活品質三者之間的關係。

第三章 研究方法

本研究採取問卷調查法做為蒐集資料方式，研究對象為台北市及新北市接受早期療育服務的發展遲緩兒童家長，研究目的是探究家長的社會支持、充權與生活品質之現況，並且瞭解三者之間的關係。本章之目的在說明本研究的研究架構與研究假設、研究樣本、測量工具、資料蒐集方法及資料分析方法。茲分別敘述於下列各節。

第一節 研究架構與研究假設

研究者根據研究目的、研究問題與文獻探討之結果，提出本研究的研究架構，各變項之間的關係如圖 3-1 所示：

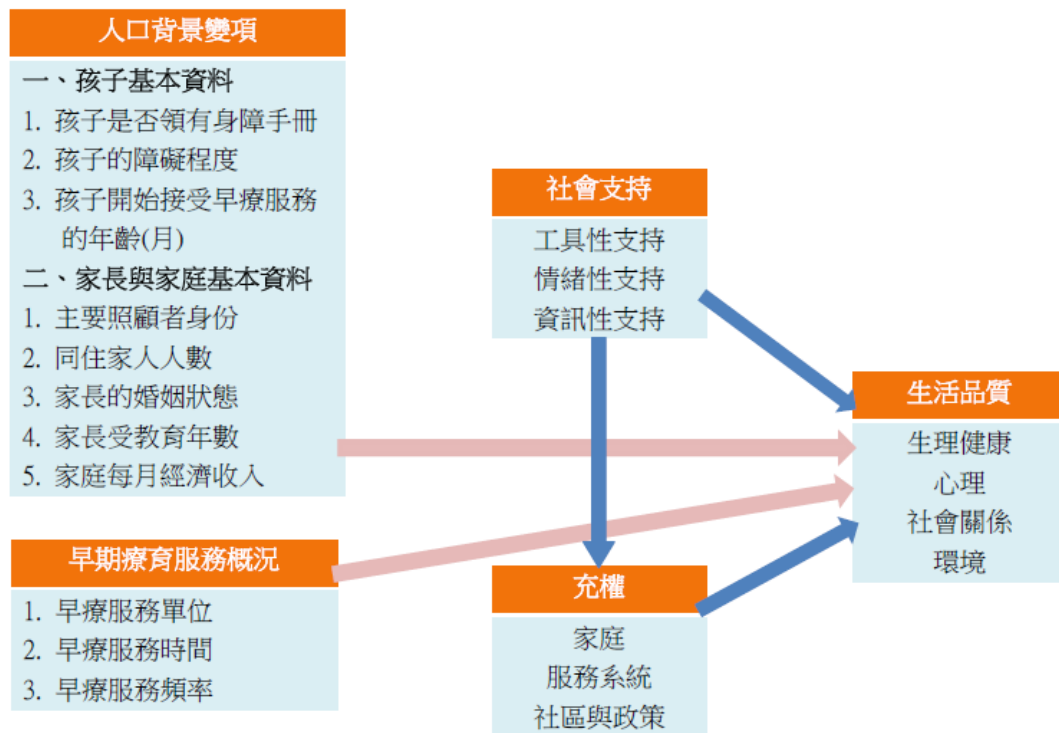


圖 3-1 研究架構圖

根據上述之研究架構，提出下列的研究假設：

一、不同人口背景變項在生活品質上達顯著差異

H1-1：不同的兒童背景變項在生活品質上有顯著差異。

H1-2：不同的家長與家庭背景變項在生活品質上有顯著差異。

H1-3：不同的早療服務概況在生活品質上有顯著差異。

二、社會支持與充權之關係

H2-1：整體社會支持與整體充權呈顯著正相關。

H2-2：社會支持各構面與充權各層面呈顯著正相關。

三、社會支持與生活品質之關係

H3-1：整體社會支持與整體生活品質呈顯著正相關。

H3-2：社會支持各構面與生活品質各範疇呈顯著正相關。

四、充權與生活品質之關係

H4-1：整體充權與整體生活品質呈顯著正相關。

H4-2：充權各層面與生活品質各範疇呈顯著正相關。

五、社會支持、充權與生活品質之關係

H5-1：社會支持各構面、充權各層面可以有效地預測整體生活品質。

H5-2：社會支持各構面、充權各層面可以有效地預測生活品質各範疇。

H5-3：社會支持各構面會透過整體充權的間接中介效果對整體生活品質產生
影響。

第二節 研究樣本

壹、研究樣本來源

各縣市的資源豐沛程度不同，所以須以不同的模式提供早期療育服務（朱鳳英，2007）。為避免福利經費因素之影響，並且考量研究者的人力、物力及經費有限，故本研究選擇臺北市及新北市作為研究場域，以檢驗研究架構與研究假設。研究對象必須是家中育有年齡介於0至6歲或尚未就讀國小且領有發展遲緩證明或身心障礙手冊，而且正在台北市或新北市接受早期療育服務之兒童的父母或主要照顧者，並且可獨立填寫問卷者。

由於發展遲緩兒童的個別差異大，家庭需要醫療復健、教育訓練或福利支持，因此，早期療育工作需要衛生、教育和社政單位的充分合作（朱鳳英，2007）。故研究者將樣本「分層」，分別從這三大單位進行問卷發放，因為此類研究對象的樣本取得不易，並且考量機構與家長的隱私及參與意願，為獲取足夠的樣本數，所以研究者採取「便利取樣」，總共發放 305 份問卷至 19 個單位，回收之有效問卷為 235 份，有效問卷總回收率為 77%。其中教育單位回收之有效問卷為 69 份（29%）、社福單位有 112 份（48%）、衛生單位有 54 份（23%），問卷發放結果如表 3-1 所示。

貳、研究樣本之描述

在家長與家庭的基本資料部分，詳如表 3-2 所示，家長（填寫問卷者）的身分大部分是母親（88.9%），其次是父親（8.1%）及(外)祖父母（2.1%）。孩子的主要照顧者有七成是母親，(外)祖父母僅佔 5.1%，父親佔 3%，而有 19.1%是由多人共同照顧孩子。回收的樣本中，孩子的戶籍有 54%在新北市，46%在台北市。關於家長的教育程度，人數最多的是高中或高職畢業（33.2%），其次分別是大學畢業（26.8%）、專科畢業或大學肄業（20%）、國中或國中以下（11.1%），研究所畢業者僅有 8.9%。關於家庭每月經濟收入(夫妻合併計算)，有三成八的家庭每月經

濟收入未超過四萬元，有四成五的家庭是介於四萬至九萬之間，月收入超過九萬元以上的家庭僅有 16.6%。有九成孩子的父母婚姻狀態是已婚，家長的平均年齡是 36.3 歲（標準差是 5.73 歲），和孩子同住的家人人數平均有 3.68 人（標準差為 1.52 人），顯示大部份的家庭是小家庭。

表 3-1 研究樣本分布一覽表

縣市	單位	中心名稱	發放份數	有效回收份數	回收率 (%)	佔整體樣本百分比 (%)
臺北市	教育	文山特殊學校 幼兒部	24	17	70.8	7.2
		松山國小附幼	5	3	60.0	1.3
		可可教育有限公司	20	19	95.0	8.1
	社福	信義、南港區早期療 育社區資源中心	14	11	78.6	4.7
		士林、北投區早期療 育社區資源中心	17	10	58.8	4.3
		心路兒童發展中心	15	8	53.3	3.4
		第一兒童發展中心	30	19	63.3	8.1
		永明發展中心	18	9	50.0	3.8
	衛生	台北市立聯合醫院 忠孝院區	10	8	80.0	3.4
		國泰綜合醫院	1	1	100.0	0.4
台北醫學大學附設 醫院		16	15	93.8	6.4	
新北市	教育	北新國小附幼	14	11	78.6	4.7
		土城國小附幼	19	14	73.7	6.0
		厚德國小附幼	8	5	62.5	2.1
	社福	明新兒童發展中心	14	8	57.1	3.4
		愛智發展中心	15	14	93.3	6.0
		大同育幼院	15	15	100.0	6.4
		八里愛心教養院附 設三峽日托中心	20	18	90.0	7.7
	衛生	家豐診所	30	30	100.0	12.8
總計			305	235	77.0	100.0

表 3-2 家長與家庭之基本資料

變項	次數	百分比(%)
家長（填寫問卷者） （n=235）	父親	19 8.1
	母親	209 88.9
	(外)祖父母	5 2.1
	其他：姑姑	2 0.9
孩子的主要照顧者 （n=235）	父親	7 3.0
	母親	167 71.1
	(外)祖父母	12 5.1
	多人共同照顧	45 19.1
	其他：姑姑/姑婆	4 1.7
孩子的戶籍 （n=235）	台北市	108 46.0
	新北市	127 54.0
家長（填寫問卷者） 的教育程度 （n=235）	國中或國中以下	26 11.1
	高中或高職畢業	78 33.2
	專科畢業或大學肄業	47 20.0
	大學畢業	63 26.8
	研究所碩士班或博士班畢業	21 8.9
家庭每月經濟收入 （夫妻合併計算） （n=230）	20,000 元以下	25 10.9
	20,001 元~40,000 元	63 27.4
	40,001 元~60,000 元	59 25.7
	60,001 元~90,000 元	45 19.6
	90,001 元~120,000 元	20 8.7
	120,001 元~160,000	11 4.8
	160,001 元~200,000 元	5 2.2
	200,001 元以上	2 0.9
父母婚姻狀態 （n=230）	已婚	209 90.9
	未婚	4 1.7
	離婚	7 3.0
	分居	6 2.6
	喪偶	1 0.4
	其他	3 1.3
家長（填寫問卷者） 的年齡（n=223）	平均數=36.30 標準差=5.73 最大值=63 最小值=23	
和孩子同住的家人 人數（n=231）	平均數=3.68 標準差=1.52 最大值=9 最小值=1	

由下表 3-3 可以發現，有九成的發展遲緩兒童與父親、母親同住，六成的發展遲緩兒童有兄弟姐妹同住，三成五的發展遲緩兒童和(外)祖父母同住，17.4%的發展遲緩兒童與親戚同住，而有 3.4%的發展遲緩兒童有外傭一起同住。

表 3-3 目前和發展遲緩兒童同住的家人（複選題）

變項	是 次數(%)	否 次數(%)
父親 (n=235)	210 (89.4)	25 (10.6)
母親 (n=235)	217 (92.3)	18 (7.7)
兄弟姐妹 (n=235)	145 (61.7)	90 (38.3)
(外)祖父母 (n=235)	82 (34.9)	153 (65.1)
親戚 (n=235)	41 (17.4)	194 (82.6)
其他：外傭/未說明 (n=235)	8 (3.4)	227 (96.6)

表 3-4 發展遲緩兒童之基本資料

變項	次數	百分比(%)
是否領有身障手冊 (n=235)	是	129 54.9
	否	106 45.1
障礙程度 (n=128)	輕	38 29.7
	中	53 41.4
	重	34 26.6
	極重	3 2.3
孩子的年齡 (n=235)	1 歲	2 0.9
	2 歲	10 4.3
	3 歲	42 17.9
	4 歲	65 27.7
	5 歲	80 34.0
	6 歲	32 13.6
	7 歲	4 1.7
	平均數=4.37 標準差=1.153 最大值=7 最小值=1	
孩子開始接受早療服 務的年齡(月) (n=230)	平均數= 28.94 標準差= 14.30 最大值= 60 最小值= 0.5	

發展遲緩兒童的基本資料部分詳如表 3-4 所示，有 54.9%的發展遲緩兒童領有身心障礙手冊，其中障礙程度為輕度者佔 29.7%，中度者佔 41.4%，重度者佔 26.6%，極重度者僅佔 2.3%。有九成發展遲緩兒童的年齡是介於三歲至六歲，平均年齡是 4.37 歲，發展遲緩兒童開始接受早療服務的年齡平均大概是二歲半（28.94 個月）。

第三節 測量工具

本研究為測量社會支持、充權與生活品質，問卷內容由四大部分組成，第一部份為「社會支持量表」，第二部份為「家庭充權量表」，第三部份為「生活品質量表」，第四部份為「基本資料」。Spector (1997) 認為使用現成量表的優點如下：(1)當一量表發展成熟後，大多都已經可以涵蓋測量概念的重要面向，可提供較明確的指引；(2)多數的現成量表因已經有超過足夠時間的考驗，可提供特定人口與組織中充足的比較基準；(3)多數現成量表大多能提供足夠水準的信度；(4)運用現成量表的研究可以提供良好的建構效度；(5)使用現成量表可節省下研發或自行編制量表的大量時間與成本（引自林彥宏，2009）。因此，在測量工具部分，除了第四部分的「基本資料」由研究者自行編制外，其餘部分均採用現成量表，以下將說明各變項的測量內涵、方法及信效度分析。

壹、量表之選擇與修訂

一、社會支持

本研究的「社會支持量表」修訂自湯麗玉（1991）所編製的「功能性社會支持量表」，湯麗玉以 Thoits（1982）的社會支持概念為架構編製量表，採用因素分析法檢測量表的建構效度。透過主成份分析法，並依據特徵值大於 1 及陡坡檢定萃取出三個因

素，分別是情緒性支持、工具性支持、資訊性支持，這三個因素分別解釋了總變異量的 34.1%、14.2%、11.5%，合計為 59.8%，顯示原始量表具有良好的效度。

原始量表共有 16 題，每題分別詢問其「需要程度」、「支持頻度」、「足夠度」三部分。在支持頻度部分，總量表的內部一致性係數為 .87，三個分量表的內部一致性係數介於 .86 至 .98 之間。在發展遲緩兒童或身心障礙兒童家長之相關研究中，有許多研究採用此量表測量研究對象的社會支持概況，研究均顯示該量表具有良好的信度（高寶蓮，1998；汪俐君，2003；郭孟瑜、余季容，2006；吳佳賢，2002；孫佩雯，2006）。此量表已行之多年，且具有良好的信、效度，因此許多研究者均採用此量表測量研究對象的社會支持概況（高寶蓮，1998；汪俐君，2003；郭孟瑜、余季容，2006；吳佳賢，2002；孫佩雯，2006）。

由於湯麗玉（1991）編製的量表是針對癡呆症老人照顧者所設計，因此研究者在取得編製者的同意後（詳見附錄二），根據研究目的及需求，稍加修改該量表的文字敘述，並刪除三題不適用之題項，使量表適用於發展遲緩兒童的家長。研究者將原量表中的「病人」與「癡呆病人」修改為「孩子」，「有人」修改為「早療服務人員」，第 4 題「有人協助照顧病人」修改為「早療服務人員可以協助解決孩子的托育問題」，第 7 題「有人給予交通上的協助」修改為「早療服務人員可以協助解決孩子的就醫問題」，第 16 題「有人提供必要訊息」修改為「早療服務人員會提供我照顧孩子所需的資訊」。因為研究目的是調查接受早期療育服務個案之家長，主觀認為從「正式支持系統」所獲得的社會支持情形，故研究者刪除第 1 題「有人協助跑腿、購物」、第 2 題「有人協助清潔工作」及第 6 題「有人協助三餐的準備」之不適用題目，其餘部分則未修改。

本研究所指的「正式支持系統」係指提供早期療育服務的專業人員，包括醫療人員（例如醫師、治療師、心理師等）、教育人員（例如幼托園所的老師、機構的特教老師等）及社工人員。由於本研究旨在瞭解家長所獲得的社會支持現況，而非想要調查家長對於社會支持的需求，或是家長的社會支持是否足夠，故本研究只採用「支持頻度」部分。

刪除修改後之量表包括「工具性支持」、「情緒性支持」、「資訊性支持」三個分量表，共計 13 題，採李克特五點尺度（5-Point Likert Scale）方式填答，選項從「從來沒有」、「很少如此」、「偶而如此」、「經常如此」到「總是如此」，分別給予 1 分、2 分、3 分、4 分、5 分。由受訪家長針對早療服務人員提供協助之情形，圈選最符合的答案，再將每一位受訪家長最後的總分加總起來，得分愈高者代表家長從正式支持系統所獲得的社會支持愈多，得分愈低者則反之。茲將社會支持量表的構面及問項彙整於表 3-5。

表3-5 社會支持量表之構面及題項

構面	原題號	新題號	題目
工具性支持 (5 題)	3	1	早療服務人員會提供我經濟(包括金錢及物質)協助。
	4	2	早療服務人員可以協助解決孩子的托育問題。
	5	3	早療服務人員可陪伴我。
	7	4	早療服務人員可以協助解決孩子的就醫問題。
	8	5	早療服務人員會提供我理財與金錢管理的建議。
資訊性支持 (3 題)	9	6	早療服務人員會告訴我照顧孩子的方法。
	10	7	早療服務人員會給予我提醒、建議與指點。
	16	8	早療服務人員會提供我照顧孩子所需的資訊。
情緒性支持 (5 題)	11	9	早療服務人員了解我目前的處境。
	12	10	遇到困難挫折時，我可以向早療服務人員傾訴。
	13	11	當我需要幫助時，我可以隨時打電話向早療服務人員求助。
	14	12	當我沮喪時，早療服務人員會鼓勵我。
	15	13	早療服務人員欣賞及肯定我所做的事情。

二、充權

Koren, DeChillo 與 Friesen 於 1992 年編製「家庭充權量表」(Family Empowerment Scale, 簡稱 FES), 該量表所欲測量的是家長或主要照顧者所表現出充權的態度、知識及行為程度為何，這是一份適用於測量身心障礙兒童的家長或主要照顧者充

權情形的量表。

原始量表採用因素分析進行效度檢測，使用主軸因素法進行因素的萃取，透過陡坡檢定選出四個因素，再選用最大變異法 (varimax) 做為轉軸方式，以因素負荷量大於 .40 為標準選擇題目，這四個因素解釋了總變異量的 52%，而且因素一對應至「社區與政策層面」，因素二及因素四對應至「服務系統層面」，因素三對應至「家庭層面」，顯示因素分析的結果支持了量表的概念性架構。原始量表在信度檢測方面，「家庭層面」、「服務系統層面」、「社區與政策層面」三個分量表的內部一致性 α 係數分別為 .88、.87、.88，再測信度分別為 .83、.77、.85。由此可知，家庭充權量表具有良好的信、效度。

廖格培與黃千慈曾翻譯過此量表，其以 130 名嘉義縣市身心障礙兒童（年齡介於六至十八歲）的父母親或主要照顧者為為研究預試對象（廖格培、黃千慈，2002）。由於研究者檢視廖格培與黃千慈（2002）所翻譯的量表，認為其部分題項的語詞與原量表的語意有些落差，故研究者取得原量表編制者之同意後（詳見附錄三），自行翻譯量表。

家庭充權量表合計有 34 題，由於文獻強調充權的構面可分為個體、人際之間及社區政治，因此全量表依充權的層面分為三個次量表，分別為家庭層面（12 題）、服務系統層面（12 題）、社區與政策層面（10 題）。量表採李克特五點尺度（5-Point Likert Scale）方式填答，選項從「完全不符合」、「有些不符合」、「不確定」、「符合」到「非常符合」，分別給予 1 分、2 分、3 分、4 分、5 分。由受訪家長依據實際情況圈選最適切的答案，全量表均為正向題，計分方式為各題項分數加總，得分愈高者代表家長的充權程度愈高，得分愈低者則反之。茲將家庭充權量表的構面與題項翻譯彙整於表 3-6（Koren, DeChillo, & Friesen, 1992）。

表3-6 家庭充權量表的概念性架構與題項

		層面(Level)		
		家庭 (12 題)	服務系統 (12 題)	社區與政策 (10 題)
表達方式 (Expression)	態度	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 我相信我有這個能力協助孩子成長與發展。 ➤ 我覺得我的家庭生活都在我的掌握之下。 ➤ 當問題發生時，我能夠協助孩子一起解決。 ➤ 我覺得我是一位好父母。 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 我認為我有權利決定我的孩子要接受什麼服務。 ➤ 在決定孩子所需要的服務時，我認為我的意見和早療服務人員的觀點一樣重要。 ➤ 我認為早療服務人員應該詢問我：「您希望您的孩子接受什麼服務」。 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 對於改善社區中提供給孩子的服務，我認為我能夠負起一部份責任。 ➤ 我相信自己對於提供給孩子的服務能發揮影響力。 ➤ 我覺得自己的親職知識與經驗能夠運用在協助改善其他孩子及家庭的服務上。
	知識	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 當我的孩子發生問題時，我知道該怎麼做。 ➤ 我能夠獲取資訊，幫助自己更了解孩子。 ➤ 當我需要幫忙解決家裡的問題時，我能向他人尋求協助。 ➤ 我很了解孩子的困難(困擾)。 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 當我擔心孩子所接受的服務不足時，我知道可以採取什麼行動。 ➤ 我可以為孩子所需的服務做出好的決定。 ➤ 我能和機構及早療服務人員一同決定孩子所需要的服務。 ➤ 我知道我的孩子需要什麼服務。 ➤ 我很了解早期療育服務系統(和孩子有關的服務系統)。 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 我知道早期療育服務系統由哪些單位組成。 ➤ 對於什麼是理想的早期療育服務系統，我有自己的想法。 ➤ 我知道如何傳達我的意見讓機構管理者或相關人員知道。 ➤ 我知道特殊教育法令中有關家長及孩子的權利。
	行為	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 當孩子發生問題時，我處理得很好。 ➤ 我努力學習新技能來幫助孩子成長及發展。 ➤ 當我處理孩子的事情時，我會從不同的角度來看待這件事情，而不是只看到問題。 ➤ 當我面臨有關孩子的問題時，我會自己決定該怎麼做，然後付諸行動。 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 我確定早療服務人員了解為什麼我認為孩子需要這些服務。 ➤ 我會定期和早療服務人員保持聯絡。 ➤ 我會告訴早療服務人員我的孩子需要哪些服務。 ➤ 必要時，我會主動為我的孩子及家庭尋求服務。 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 在有關孩子的重要法案或議題的討論過程中，我會和相關人員接觸，去影響法案或議題的決議。 ➤ 我會協助其他家庭去獲取他們需要的服務。 ➤ 我會告訴機構或政府單位的人員該如何改善早期療育服務。

資料來源：Koren, DeChillo, & Friesen (1992)。

三、生活品質

本研究採用世界衛生組織生活品質問卷台灣版問卷發展小組發展的「台灣簡明版世界衛生組織生活品質問卷」（簡稱 WHOQOL-BREF 台灣版問卷），因為此問卷除了適用於病人外，病患之主要照顧者、社區老人、職場勞工等也能適用，研究對象涵蓋各種年齡層，此問卷已經被使用在將近三百個研究上，並且也建立了國人的生活品質常模，可作為日後研究比較的依據（姚開屏，2005）。

關於量表的效度檢測，在內容效度方面，採用皮爾森相關法，各題目與所屬範疇間之相關介於 .53 至 .78 之間 ($p < .01$)，各範疇間之相關介於 .51 至 .64 之間 ($p < .01$)，可見本量表的內容效度是相當好的。在區辨效度方面，使用 t 檢定的方式來檢驗健康人與不健康人之間的差異，結果發現大多數的題目、範疇及整體生活品質分數可區辨健康人與不健康人。在預測效度方面，運用多元迴歸法，以這四個範疇分數為預測變項，以 Facet G 分數（整體生活品質及一般健康層面）為效標變項，迴歸分析結果顯示，這四個範疇分數能解釋 60% 的變異量。在建構效度方面，透過探索性因素分析萃取出四個因素（心理/社會關係、生理健康、資源環境、物理環境），這四個因素能解釋 73% 的變異量。在量表的信度檢測方面，整份問卷的內部一致性係數為 .91，四個範疇的內部一致性係數介於 .70 至 .77 之間，各範疇的再測信度介於 .76 至 .80 之間 ($p < .01$)。由此可見，WHOQOL-BREF 台灣版問卷具有不錯的信、效度（姚開屏，2002b）。

WHOQOL-BREF 台灣版問卷的前 26 題與「簡明版世界衛生組織生活品質問卷（WHOQOL-BREF）」的題目相同，另外再加入 2 題符合本國文化特性的本土性題目，合計 28 題。本量表分成「生理健康範疇」、「心理範疇」、「社會關係範疇」及「環境範疇」四個分量表，問卷中的每一題皆採用五點式量尺，每題分數得分的範圍最少是一分（選第一個量尺），最多是五分（選第五個量尺），得分愈高表示生活品質愈佳。問卷中的第 3、4、26 題為反向題，計分前必須先經過轉換，其餘皆為正向題。計分方式是將同一範疇內的題目得分相加平均後乘以四，以成為範疇分數，使得各範疇分數能做比較，每個範疇分數的範圍介於 4

分至 20 分之間，而第 1、2 題屬於整體性的評估，並未歸類於上述四個範疇之中（姚開屏，2005）。茲將生活品質量表之範疇與題項彙整於表 3-7。

表3-7 生活品質量表之範疇及題項

範疇	題目方向	量表尺度	題號	題目內容
整體測量 (2 題)	+	評估	1	整體來說，您如何評價您的生活品質？
	+	評估	2	整體來說，您滿意自己的健康嗎？
生理健康 (7 題)	-	強度	3	您覺得身體疼痛會妨礙您處理需要做的事情嗎？
	-	強度	4	您需要靠醫療的幫助應付日常生活嗎？
	+	能力	10	您每天的生活有足夠的精力嗎？
	+	強度	15	您四處行動的能力好嗎？
	+	評估	16	您滿意自己的睡眠狀況嗎？
	+	評估	17	您對自己從事日常活動的能力滿意嗎？
	+	評估	18	您滿意自己的工作能力嗎？
心理 (6 題)	+	強度	5	您享受生活嗎？
	+	強度	6	您覺得自己的生命有意義嗎？
	+	強度	7	您集中精神的能力有多好？
	+	能力	11	您能接受自己的外表嗎？
	+	評估	19	您對自己滿意嗎？
	-	頻率	26	您常有負面的感受嗎？（如傷心、緊張、焦慮、憂鬱等）
社會關係 (4 題)	+	評估	20	您滿意自己的人際關係嗎？
	+	評估	21	您滿意自己的性生活嗎？
	+	評估	22	您滿意朋友給您的支持嗎？
	+	強度	27*	您覺得自己有面子或被尊重嗎？
環境 (9 題)	+	強度	8	在日常生活中，您感到安全嗎？
	+	強度	9	您所處的環境健康嗎？（如污染、噪音、氣候、景觀）
	+	能力	12	您有足夠的金錢應付所需嗎？
	+	能力	13	您能方便得到每日生活所需的資訊嗎？
	+	能力	14	您有機會從事休閒活動嗎？
	+	評估	23	您滿意自己住所的狀況嗎？
	+	評估	24	您對醫療保健服務的方便程度滿意嗎？
	+	評估	25	您滿意所使用的交通運輸方式嗎？
	+	頻率	28*	您想吃的食物通常都能吃到嗎？

（註：* 表示此題為本土性題目）

四、基本資料

基本資料分為三個部分，總計 18 小題。第一部份是「早療服務人員之基本資料及服務概況」，首先，研究者調查和家長最常接觸或印象最深刻的早療服務人員是誰，以及這位早療服務人員的工作場所在哪，並且瞭解家長接受該位早療服務人員的服務有多久，以及這位早療服務人員大約多久會接觸聯繫一次，和家長討論孩子或家庭的事情。

第二部分是「孩子的基本資料」，研究者調查孩子的出生年、是否領有醫院的發展遲緩證明或發展遲緩評估報告書、是否領有身心障礙手冊及其障礙程度、孩子從幾歲開始接受早期療育服務、目前正在接受哪些早療服務。

第三部分則是「家長與家庭的基本資料」，研究者調查填寫問卷者的身份、孩子的主要照顧者、孩子的戶籍、目前和孩子同住的家人人數、目前和孩子同住的家人有誰、孩子的父母婚姻狀況、填寫問卷者的年齡、填寫問卷者的教育程度、家庭每月經濟收入（夫妻合併計算）。

貳、專家效度

本研究問卷初稿（詳見附錄五）擬定完成後，研究者透過專家效度檢核以提高問卷的內容效度。由於生活品質部分採用現成問卷，根據世界衛生組織生活品質問卷台灣版問卷發展小組之規定，問卷的整體架構、問題的排列順序、量尺形式及題目所使用的詞句都不得隨意更改，故生活品質部分未進行專家效度檢核。

本研究請三位專家、學者及實務工作者（詳見下表 3-8）針對問卷內容、題目適切性、問卷選項、編排方式等進行評定，以作為正式問卷的參考依據。研究者根據三位專家之建議，決議該題目是要修改後保留或刪除。關於問卷中早療服務概況、社會支持、充權、孩子與家長之基本資料的詳細修訂內容請見附錄六：問卷專家效度修改意見之彙整，經此過程修訂完成之正式施測問卷詳見附錄八。

表3-8 專家效度檢核之專家名單（按姓氏筆劃排序）

姓名	服務單位及職稱	專長
朱鳳英	臺北市政府社會局專員、 臺北市早療通報轉介中心主管、 慈濟大學社會工作學系兼任講師	個案工作、團體工作、早期療 育、老人保護、諮商輔導與家 族治療
柯平順	長庚大學早期療育研究所教授	早期療育
饒玉珊	臺北市南港、信義區早療社區資源 中心社工員	早期療育個案管理、資源連結

參、測量工具之因素分析及信度分析結果

效度係指量表的正確性，意即測量工具確實能夠測得研究者所欲測量的構念之程度（邱皓政，2009）。問卷回收之後，本研究透過因素分析來檢測各量表的正確性，並且驗證各量表原有的潛在構念在本研究之適切性。研究者首先進行「KMO 與 Bartlett 檢定」以瞭解該量表是否適合進行因素分析，接著採用「主成份分析法」（Principal Components Analysis, PCA）進行因素分析。

信度即是量表的可靠性，係指測量結果具有一致性或穩定性（邱皓政，2009）。態度量表常採用 L. J. Cronbach 所創的内部一致性 α 係數來檢驗量表信度，研究者分別針對總量表與各分量表進行内部一致性信度考驗分析，若 α 係數愈高，代表量表的内部一致性愈佳。多數研究認為 .70 是可以接受的最小信度值，而一份信度係數佳的量表，其總量表的信度係數最好在 .80 以上，若在 .70 至 .80 之間還可以接受使用，但分量表的信度係數則最好在 .70 以上（吳明隆，2003；引自林彥宏，2009）。以下分別說明社會支持量表、家庭充權量表、生活品質量表的因素分析與信度分析結果。

一、社會支持量表

(一) 因素分析

社會支持量表經過專家效度檢核之後，研究者刪除及修改了部分題項，因此本研究將修改後的社會支持量表全部題項共 13 題進行因素分析。首先檢定此量

表是否適合進行因素分析，其 KMO 值為 .91，且 Bartlett 的球形檢定達統計上的顯著水準($p = .000$)，顯示此量表適合進行因素分析。從第二章之文獻探討得知，一般最常將社會支持的構念分為三種構面（吳佳賢，2002；汪俐君，2003；張美雲，2007；曾佳珍，2010；張玉璇，2010），因此本量表之因子數設定為三個因子，採用「最大變異法」(Varimax) 進行直交轉軸 (Orthogonal Rotation) 以萃取因素。

表 3-9 社會支持之主成份因素分析表

因素命名	問卷題項	因素負荷量	特徵值	解釋變異量 (%)	累積解釋變異量 (%)
情緒性支持	13.早療服務人員欣賞及肯定我所做的事情	.828	6.338	48.76	48.76
	12.當我沮喪時，早療服務人員會鼓勵我	.772			
	10.遇到困難挫折時，我可以向早療服務人員傾訴	.732			
	11.當我需要幫助時，我可以隨時打電話向早療服務人員求助	.703			
	9.早療服務人員了解我目前的處境	.633			
工具性支持	1.早療服務人員會提供我經濟(包括金錢及物質)協助	.850	1.647	12.67	61.43
	5.早療服務人員會提供我理財與金錢管理的建議	.734			
	3.早療服務人員可陪伴我	.671			
	2.早療服務人員可以協助解決孩子的托育問題	.660			
	4.早療服務人員可以協助解決孩子的就醫問題	.563			
資訊性支持	6.早療服務人員會告訴我照顧孩子的方法	.863	0.955	7.35	68.78
	7.早療服務人員會給予我提醒、建議與指點	.860			
	8.早療服務人員會提供我照顧孩子所需的資訊	.754			

由表 3-9 社會支持主成份因素分析結果得知，本量表之因素分析設定為三個因子，構成因素一「情緒性支持」有 5 題、因素二「工具性支持」有 5 題、因素三「資訊性支持」有 3 題，三個因素的解釋變異量分別為 48.76%、12.67%、7.35%，累積解釋變異量為 68.78%，因素負荷量皆大於 .5，顯示經過研究者修改後的社

會支持量表仍然具有良好的效度。

(二) 信度分析

如下表 3-10 所示，社會支持總量表的 Cronbach's α 值為 .91，三個分量表的 Cronbach's α 值介於 .80 至 .89 之間，顯示社會支持總量表及其分量表的內部一致性良好。

表 3-10 社會支持量表之信度分析

構面	衡量構面	Cronbach's Alpha 值	
社會支持	情緒性支持	.89	.91
	工具性支持	.80	
	資訊性支持	.87	

二、家庭充權量表

(一) 因素分析

關於家庭充權量表部分，研究者是採用國外原始量表的構念架構，將量表分成「家庭」、「服務系統」、「社區與政策」三個分量表，各別進行因素分析。

1. 家庭層面分量表

家庭層面分量表之題項共 12 題進行因素分析。首先檢定此分量表是否適合進行因素分析，其 KMO 值為 .89，且 Bartlett 的球形檢定達統計上的顯著水準 ($p = .000$)，顯示此分量表適合進行因素分析。接著採用「主成份分析法」進行因素分析，由表 3-11 得知，家庭因素的解釋變異量為 41.45%，因素負荷量皆大於 .4，顯示翻譯後的「家庭層面分量表」仍然具有良好的效度。

2. 服務系統層面分量表

服務系統層面分量表之題項共 12 題進行因素分析。首先檢定此分量表是否適合進行因素分析，其 KMO 值為 .87，且 Bartlett 的球形檢定達統計上的顯著水準 ($p = .000$)，顯示此分量表適合進行因素分析。接著採用「主成份分析法」進

行因素分析，由表 3-12 得知，服務系統因素的解釋變異量為 43.47%，因素負荷量皆大於 .4，顯示翻譯後的「服務系統層面分量表」仍然具有良好的效度。

3. 社區與政策層面分量表

社區與政策層面分量表之題項共 10 題進行因素分析。首先檢定此分量表是否適合進行因素分析，其 KMO 值為 .90，且 Bartlett 的球形檢定達統計上的顯著水準 ($p = .000$)，顯示此分量表適合進行因素分析。接著採用「主成份分析法」進行因素分析，由表 3-13 得知，社區與政策因素的解釋變異量為 51.72%，因素負荷量皆大於 .5，顯示翻譯後的「社區與政策層面分量表」仍然具有良好的效度。

表 3-11 家庭層面之主成份因素分析表

因素	問卷題項	因素負荷量	特徵值	解釋變異量(%)
家庭	我相信我有這個能力協助孩子成長與發展	.747	4.974	41.45
	當問題發生時，我能夠協助孩子一起解決	.716		
	我能夠獲取資訊，幫助自己更了解孩子	.673		
	當孩子發生問題時，我處理得很好	.661		
	當我的孩子發生問題時，我知道該怎麼做	.659		
	當我處理孩子的事情時，我會從不同的角度來看待這件事情，而不是只看到問題	.653		
	我很了解孩子的困難(困擾)	.639		
	當我面臨有關孩子的問題時，我會自己決定該怎麼做，然後付諸行動	.636		
	我覺得我的家庭生活都在我的掌握之下	.615		
	我覺得我是一位好父母	.612		
	我努力學習新技能來幫助孩子成長及發展	.608		
	當我需要幫忙解決家裡的問題時，我能向他人尋求協助	.467		

表 3-12 服務系統層面之主成份因素分析表

因素	問卷題項	因素負荷量	特徵值	解釋變異量(%)
服務系統	我知道我的孩子需要什麼服務	.741	5.216	43.47
	我會告訴早療服務人員我的孩子需要哪些服務	.724		
	我可以為孩子所需的服務做出好的決定	.714		
	在決定孩子所需要的服務時，我認為我的意見和早療服務人員的觀點一樣重要	.692		
	我能和機構及早療服務人員一同決定孩子所需要的服務	.689		
	當我擔心孩子所接受的服務不足時，我知道可以採取什麼行動	.675		
	必要時，我會主動為我的孩子及家庭尋求服務	.666		
	我很了解早期療育服務系統(和孩子有關的服務系統)	.648		
	我會定期和早療服務人員保持聯絡	.639		
	我確定早療服務人員了解為什麼我認為孩子需要這些服務	.633		
	我認為我有權利決定我的孩子要接受什麼服務	.586		
	我認為早療服務人員應該詢問我：「您希望您的孩子接受什麼服務」	.457		

表 3-13 社區與政策層面之主成份因素分析表

因素	問卷題項	因素負荷量	特徵值	解釋變異量(%)
社區與政策	對於什麼是理想的早期療育服務系統，我有自己的想法	.812	5.172	51.72
	我會告訴機構或政府單位的人員該如何改善早期療育服務	.768		
	我知道早期療育服務系統由哪些單位組成	.762		
	我覺得自己的親職知識與經驗能夠運用在協助改善其他孩子及家庭的服務上	.737		
	我會協助其他家庭去獲取他們需要的服務	.730		
	在有關孩子的重要法案或議題的討論過程中，我會和相關人員接觸，去影響法案或議題的決議	.717		
	我知道特殊教育法令中有關家長及孩子的權利	.715		
	我知道如何傳達我的意見讓機構管理者或相關人員知道	.703		
	我相信自己對於提供給孩子的服務能發揮影響力	.648		
	對於改善社區中提供給孩子的服務，我認為我能夠負起一部份責任	.570		

(二) 信度分析

如表 3-14 所示，家庭充權總量表的 Cronbach's α 值為 .93，三個分量表的 Cronbach's α 值介於 .86 至 .90 之間，顯示家庭充權總量表及其分量表的內部一致性良好。

表 3-14 家庭充權量表之信度分析

構面	衡量構面	Cronbach's Alpha 值	
充權	家庭	.86	.93
	服務系統	.87	
	社區與政策	.90	

三、生活品質量表

(一) 因素分析

關於生活品質量表部分，研究者是採用世界衛生組織生活品質問卷台灣版問卷發展小組所設定的構念架構，將量表分成「生理健康」、「心理」、「社會關係」、「環境」四個分量表，各別進行因素分析。

1. 生理健康範疇分量表

生理健康範疇分量表之題項共 7 題進行因素分析。首先檢定此分量表是否適合進行因素分析，其 KMO 值為 .80，且 Bartlett 的球形檢定達統計上的顯著水準 ($p = .000$)，顯示此分量表適合進行因素分析。接著採用「主成份分析法」進行因素分析，由表 3-15 得知，生理健康因素的解釋變異量為 47.10%，因素負荷量皆大於 .4，僅有一題的因素負荷量為 .346，顯示「生理健康範疇分量表」具有良好的效度。

2. 心理範疇分量表

心理範疇分量表之題項共 6 題進行因素分析。首先檢定此分量表是否適合進行因素分析，其 KMO 值為 .85，且 Bartlett 的球形檢定達統計上的顯著水準 ($p = .000$)，顯示此分量表適合進行因素分析。接著採用「主成份分析法」進行

因素分析，由表 3-16 得知，心理因素的解釋變異量為 52.98%，因素負荷量皆大於 .5，顯示「心理範疇分量表」具有良好的效度。

3. 社會關係範疇分量表

社會關係範疇分量表之題項共 4 題進行因素分析。首先檢定此分量表是否適合進行因素分析，其 KMO 值為 .78，且 Bartlett 的球形檢定達統計上的顯著水準 ($p = .000$)，顯示此分量表適合進行因素分析。接著採用「主成份分析法」進行分析，由表 3-17 得知，社會關係因素的解釋變異量為 61.05%，因素負荷量皆大於 .7，顯示「社會關係範疇分量表」具有良好的效度。

4. 環境範疇分量表

環境範疇分量表之題項共 9 題進行因素分析。首先檢定此分量表是否適合進行因素分析，其 KMO 值為 .88，且 Bartlett 的球形檢定達統計上的顯著水準 ($p = .000$)，顯示此分量表適合進行因素分析。接著採用「主成份分析法」進行分析，由表 3-18 得知，環境因素的解釋變異量為 50.15%，因素負荷量皆大於 .6，顯示「環境範疇分量表」具有良好的效度。

表 3-15 生理健康範疇之主成份因素分析表

因素	問卷題項	因素負荷量	特徵值	解釋變異量(%)
生理健康	您對自己從事日常活動的能力滿意嗎	.831	3.297	47.10
	您每天的生活有足夠的精力嗎	.802		
	您滿意自己的睡眠狀況嗎	.776		
	您滿意自己的工作能力嗎	.728		
	您四處行動的能力好嗎	.700		
	您需要靠醫療的幫助應付日常生活嗎*	.470		
	您覺得身體疼痛會妨礙您處理需要做的事情嗎*	.346		

(註：*表示此題為反向題，已反向計分)

表 3-16 心理範疇之主成份因素分析表

因素	問卷題項	因素負荷量	特徵值	解釋變異量(%)
心理	您集中精神的能力有多好	.799	3.179	52.98
	您對自己滿意嗎	.791		
	您覺得自己的生命有意義嗎	.776		
	您能接受自己的外表嗎	.731		
	您享受生活嗎	.671		
	您常有負面的感受嗎(如傷心、緊張、焦慮、憂鬱等)*	.573		

(註：*表示此題為反向題，已反向計分)

表 3-17 社會關係範疇之主成份因素分析表

因素	問卷題項	因素負荷量	特徵值	解釋變異量(%)
社會關係	您滿意自己的人際關係嗎	.831	2.442	61.05
	您滿意朋友給您的支持嗎	.807		
	您覺得自己有面子或被尊重嗎	.746		
	您滿意自己的性生活嗎	.738		

表 3-18 環境範疇之主成份因素分析表

因素	問卷題項	因素負荷量	特徵值	解釋變異量(%)
環境	在日常生活中，您感到安全嗎	.793	4.514	50.15
	您有足夠的金錢應付所需嗎	.735		
	您有機會從事休閒活動嗎	.725		
	您能方便得到每日生活所需的資訊嗎	.715		
	您想吃的食物通常都能吃到嗎	.714		
	您滿意自己住所的狀況嗎	.705		
	您對醫療保健服務的方便程度滿意嗎	.670		
	您滿意所使用的交通運輸方式嗎	.655		
	您所處的環境健康嗎	.649		

(二) 信度分析

如表 3-19 所示，生活品質總量表的 Cronbach's α 值為 .94，顯示生活品質總

量表的內部一致性良好，四個分量表的 Cronbach's α 值介於 .78 至 .88 之間，雖然生理健康分量表及社會關係分量表的 Cronbach's α 值不到 .80，不過多數研究認為 .70 仍是可以接受的最小信度值（吳明隆，2003；引自林彥宏，2009）。

表 3-19 生活品質量表之信度分析

構面	衡量構面	Cronbach's Alpha 值	
生活品質	生理健康	.79	.94
	心理	.82	
	社會關係	.78	
	環境	.88	

第四節 資料蒐集方法與過程

研究者分別透過衛生單位、教育單位及社福單位發放問卷。在衛生單位方面，研究者藉由家長帶孩子到醫院或診所進行療育的時候，利用家長等待孩子下課的時間，請其幫忙填寫問卷，或是請治療師將問卷轉交給有意願的家長填寫。在教育單位方面，研究者請幼托園所與教育工作室的老師幫忙代發放問卷。在社福單位方面，關於新北市早療個案管理中心部分，研究者事先向新北市政府社會局申請發放問卷一事，待審核通過後，再聯繫早療個案管理中心的督導，向其說明研究內容及目的，取得同意之後，請中心的社工代為發放問卷；關於臺北市早療社區資源中心部分，研究者自行與早療社區資源中心的督導連繫，取得同意後，透過中心辦理親職活動時，研究者親自到現場發放問卷讓家長自行填寫，並當場回收或是請家長再郵寄回來；關於兒童發展中心與早期療育機構部分，研究者則是請機構的社工代為發放問卷。

為了尊重研究對象自由參與研究之意願，研究者擬定受訪同意書（詳見附錄七），說明本研究之目的及相關研究倫理，以降低受訪家長內心的疑慮及不安，

並且待受訪家長同意之後，研究者才會開始進行問卷調查。研究者為了保護受訪者個人填答之隱私及免除其他因素之影響，每份問卷皆附上一個信封袋，受訪家長填寫完畢後，可以把問卷裝入信封袋彌封，再將問卷轉交給社工或老師。

此外，研究者為了提高問卷回收率，問卷編排整齊清楚，以避免受訪家長漏答。若是至現場發放問卷，研究者當場檢查問卷是否填答完整，以降低無效問卷之比例。除此之外，研究者給予參與者誘因，只要受訪家長填寫完問卷，即可獲得一份小禮物，以提升問卷回收率。

第五節 資料分析方法

研究者使用 SPSS 統計套裝軟體進行資料分析，所採用之分析方法係配合本研究之假設，並考量變項的測量層次，選擇適合的統計分析方法，茲分述如下：

壹、描述性統計分析（Descriptive Statistical Analysis）

透過次數分配、百分比說明人口基本變項與早療服務概況的分佈情形，以平均數、標準差等描述性統計方法來分析各量表題項的分佈情形。

貳、信度分析（Reliability Analysis）

本研究針對「社會支持量表」、「家庭充權量表」、「生活品質量表」三個總量表及其分量表進行內部一致性信度考驗分析，以 Cronbach's α 值來衡量量表的信度。

參、因素分析（Factor Analysis）

因素分析是用以測量工具中的各個量表進行分析，主要目的在於分析各量表的潛在概念的結構與各變數之間的因素負荷量（loading），以檢驗研究工具的效

度。關於社會支持量表部分，本研究使用因素分析方式萃取出與原量表相同之因素個數，以檢驗該量表的效度。關於家庭充權量表與生活品質量表部分，研究者則分別對其分量表進行因素分析，以檢測各構面的效度。

肆、t檢定（t-test）與單因子變異數分析（One-Way ANOVA）

檢定的控制變項之組數為二組者，採用獨立樣本 t 檢定分析，組數為三組或三組以上者，則採用單因子變異數分析進行檢定，若達統計上之顯著差異時，則進一步以雪費法（Scheffe's method）進行事後比較。藉此檢定人口基本變項在生活品質上之差異，以及早療服務概況在社會支持、充權與生活品質上之差異。

伍、皮爾森積差相關分析（Pearson Correlation Analysis）

皮爾森積差相關分析是用來檢驗等距變項概念的相關係數，本研究以皮爾森積差相關分析來瞭解年齡、家庭每月經濟收入、早療服務時間、早療服務頻率等變項與生活品質各範疇的相關程度，以及社會支持、充權、生活品質等各概念之構面的相關程度。

陸、階層迴歸分析（Hierarchical Regression Analysis）

本研究為檢驗研究架構與研究假設，採用階層迴歸分析來檢驗人口基本變項、早療服務概況、社會支持及充權對於生活品質之影響程度為何。首先，納入人口基本變項與早療服務概況為迴歸模型一，再將社會支持構面與充權層面納入迴歸模型二，觀察模型的解釋力有無增加，以及人口基本變項與早療服務概況對生活品質的影響是否有所變化。

柒、路徑分析（Path Analysis）

路徑分析是一種將變項關係以模型化（modeling）的方式來進行分析的一種統計技術，其主要特色是可以利用變項間的共變關係來檢驗研究者所提出的影響、

預測或因果關係（邱皓政，2009）。本研究使用路徑分析來檢驗社會支持各構面對於生活品質的直接效果（direct effect）與透過充權所產生的間接效果（indirect effect），以瞭解充權是否為社會支持與生活品質的中介變項。

第四章 研究結果

本章根據理論及研究架構，運用統計方法檢驗研究假設及其所衍生的研究問題，並且加以說明解釋研究結果。首先，第一節先說明早期療育服務概況與社會支持分佈情形，第二節及第三節分別說明充權及生活品質之分佈情形，第四節則是解釋生活品質之迴歸分析。

第一節 早期療育服務與社會支持感受

壹、早期療育服務概況

表 4-1 顯示受訪家長接受早期療育服務之概況。接受早療服務的家長認為和其最常接觸或印象最深刻的早療服務人員主要是治療師，佔了 42.6%，其次是特教老師（29.7%），再來才是社工員（11.9%）。這些早療服務人員之工作場所，大部分是在醫院或診所（38.3%），其次分別是早期療育機構或兒童發展中心（36.2%）、幼稚園或托兒所（11.1%）、早期療育社區資源中心或個案管理中心（4.7%）、特殊教育學校學前部（4.3%）等。研究者在過錄（coding）問卷時發現，有些受訪家長勾選的早療服務人員是特教老師，但這位早療服務人員的工作場所卻是勾選醫院或診所，受訪家長認為醫院的治療師是特教老師，由此可知，少部分家長似乎無法清楚辨別提供其服務的早療人員是治療師、老師或社工，關於此部分的問題，第五章的研究限制會再作詳細說明。

如表 4-1 所示，受訪家長與早療服務人員的連繫頻率大部分是每個星期一次（43.3%），其次是每個星期二次（25.8%），而有 15% 的受訪家長每天都會和早療人員連繫。受訪家長接受該位早療人員服務的時間平均為 17.47 個月，大約等於一年半，不過標準差為 13.51 個月，顯示每位受訪家長接受服務的時間有些差距。

表 4-1 早期療育服務之概況

變項		次數	百分比(%)
早療服務人員 (n=235)	社工員	28	11.9
	教保員	18	7.7
	特教老師	70	29.7
	幼托園所老師	15	6.4
	醫生	4	1.7
	護士	0	0.0
	治療師	100	42.6
工作場所 (n=235)	醫院或診所	90	38.3
	幼稚園或托兒所	26	11.1
	特殊教育學校學前部	10	4.3
	到宅服務機構	3	1.3
	早期療育機構或兒童發展中心	85	36.2
	早期療育社區資源中心或個案管理中心	11	4.7
	早期療育通報轉介中心或兒童健康發展中心	6	2.6
	其他:特教工作室/個人工作室	4	1.7
聯繫頻率 (n=233)	每天	35	15.0
	每個星期二次	60	25.8
	每個星期一次	101	43.3
	每兩個星期一次	10	4.3
	每個月一次	10	4.3
	每兩個月一次	12	5.2
	過去三個月內都沒有	5	2.1
服務時間(月) (n=217)	平均數=17.47 標準差=13.51 最大值=84 最小值=0.5		

透過表 4-2 可以了解目前早期療育服務之使用概況，有八成的孩子在醫院或診所接受醫療復健服務，四成的孩子在在幼稚園或托兒所的普通班上課，二成在幼稚園的特幼班或特殊教育學校的學前班上課，在早期療育機構或兒童發展中心日托班上課的孩子也有二成，有三成的孩子在早期療育機構或兒童發展中心接受部分時制療育服務，而接受到宅療育服務的孩子僅有 5.1%。值得注意的是只有

不到 5%的受訪家長認為自己的孩子有接受早期療育社區資源中心（個案管理中心）的服務，但是社區資源中心的樣本佔了總數的 9%，卻只有 4.7%的家長認為自己的孩子有接受此服務，這可能是因為家長不曉得其所接受的服務是由「社區資源中心」提供的，也有可能是家長不認為這是一種服務。此外，將近二成（17.1%）的家長自費購買服務，例如：感統訓練、音樂治療、體適能、馬術等。

表 4-2 早期療育服務之使用現況（複選題）

變項	是 次數(%)	否 次數(%)
醫院或診所的醫療復健服務 (n=234)	187 (79.9)	47 (20.1)
在幼稚園或托兒所的普通班上課 (n=234)	93 (39.7)	141 (60.3)
在幼稚園的特幼班或特殊教育學校的學前班上課 (n=234)	48 (20.5)	186 (79.5)
在早期療育機構或兒童發展中心的日托班上課 (n=234)	50 (21.4)	184 (78.6)
早期療育機構或兒童發展中心的部分時制療育服務(n=234)	68 (29.1)	166 (70.9)
到宅療育服務 (n=234)	12 (5.1)	222 (94.9)
早期療育通報轉介中心或兒童健康發展中心的服務(n=234)	10 (4.3)	224 (95.7)
早期療育社區資源中心或個案管理中心的服務 (n=234)	11 (4.7)	223 (95.3)
其他：自費購買的服務 (n=234)	40 (17.1)	194 (82.9)

貳、受訪家長之社會支持感受

一、社會支持感受

受訪家長之社會支持感受是採李克特五點尺度（5-Point Likert Scale）方式計分，由於此量表之各題平均數為 3 分，而受訪家長之整體社會支持總平均數為 2.95（標準差為 0.83），顯示受訪家長感受到早療服務人員所提供之正式社會支持為中度偏低。

受訪家長之整體社會支持分數偏低之原因可能是由於此量表較針對社福人員所設計，而教育人員及衛生人員則會認為提供經濟協助、協助解決孩子的托育問題、提供理財與金錢管理建議等服務不屬於其專業服務領域，故家長也無法感受到教育或衛生方面的早療服務人員有提供此方面的服務，因而導致整體社會支

持分數較低。

社會支持分為工具性支持、資訊性支持及情緒性支持三個構面。從表 4-3 可以知道，在工具性支持方面，受訪家長之總平均數為 2.15（標準差為 0.93），顯示受訪家長感受到早療服務人員所提供之工具性支持屬偏低程度，意即表示受訪家長很少感受到早療服務人員有提供工具性支持。這部份分數偏低的原因可能是因為研究者偏向以社福單位的服務項目內容去修改工具性支持分量表，因而導致受訪家長在此部份的分數較低。

在資訊性支持部分，受訪家長之總平均數為 3.93（標準差為 0.85），顯示受訪家長感受到早療服務人員所提供之資訊性支持為中度偏高（見表 4-3）。意即表示家長經常感受到早療服務人員有提供資訊性支持，這部分分數偏高之原因是由於不管是社福、教育或衛生方面的早療服務人員，皆會提供此類型的服務。

在情緒性支持部分，受訪家長之總平均數為 3.17（標準差為 1.09），顯示受訪家長感受到早療服務人員所提供之情緒性支持為中度偏高（見表 4-3）。意即表示家長偶爾感受到早療服務人員有提供情緒性支持。不管是社福、教育或衛生方面的早療服務人員，均應提供家長此類型的服務，但家長仍只偶爾感受到早療服務人員有提供情緒性支持，顯示早療服務人員應再多給予家長情緒支持。

在社會支持的三個構面中，受訪家長最常感受到早療服務人員提供的資訊性支持，其次為情緒性支持，工具性支持則為最低。研究者透過單因子變異數分析發現，社會支持三個構面的平均數差異達顯著水準（ $F(2,434)=434.11, p=.000$ ），從事後比較可以看出，資訊性支持之得分明顯高於工具性支持及情緒性支持，情緒性支持之得分明顯高於工具性支持（見表 4-3）。由此可知，在自己的專業領域範圍內，早療服務人員均能給予家長專業上的建議與指點，也經常提供家長照顧孩子所需的方法與資訊，因此受訪家長所感受到的資訊性支持顯著高於情緒性支持與工具性支持。

吳佳賢（2002）的研究發現專業人員提供的協助以資訊性支持最多，情緒性支持次之；張玉璇（2010）的研究發現，社工主要也是提供訊息性支持及情緒性

支持。此外，張玉璇（2010）、張美雲（2007）及吳佳賢（2002）的研究發現，主要照顧者或家長所獲得的社會支持以訊息性支持最多；大多數研究則一致顯示發展遲緩兒童家庭所獲得的工具性支持最少；不過，這些實證研究所指的社會支持包括正式及非正式支持系統所提供的支持（張玉璇，2010；汪俐君，2003；張美雲，2007；曾佳珍，2010；吳佳賢，2002；孫佩雯，2006；高寶蓮，1998）。

表 4-3 社會支持三構面之比較分析

變項	構面	樣本數	平均數	標準差	<i>F</i> 值	<i>p</i> 值	事後比較
社會支持	S1: 工具性支持	218	2.15	0.93	434.11***	.000	S2 > S3 > S1
	S2: 資訊性支持	218	3.93	0.85			
	S3: 情緒性支持	218	3.17	1.09			

p* < .05 *p* < .01 ****p* < .001

進一步檢驗社會支持各題項的平均數，由表 4-4 可以瞭解，在工具性支持方面，相對而言，受訪家長認為早療服務人員較可以協助家長解決孩子的就醫問題，但是較不會提供家長有關金錢管理建議及經濟協助。在資訊性支持方面，早療服務人員經常給予家長提醒、建議與指點，也經常告訴家長照顧孩子的方法及提供照顧孩子所需的資訊。在情緒性支持方面，相對而言，早療服務人員較可以了解家長目前的處境，但在家長需要幫助的時候，家長較不認為可以隨時打電話向早療服務人員求助。

表 4-4 社會支持各題項的平均數與標準差

構面	題項	平均數	標準差	排序
工具性支持 (n=225)	1. 早療服務人員會提供我經濟(包括金錢及物質)協助	1.69	1.12	4
	2. 早療服務人員可以協助解決孩子的托育問題	2.50	1.43	2
	3. 早療服務人員可陪伴我	2.35	1.32	3
	4. 早療服務人員可以協助解決孩子的就醫問題	2.67	1.30	1
	5. 早療服務人員會提供我理財與金錢管理的建議	1.58	1.02	5

表 4-4 社會支持各題項的平均數與標準差（續）

構面	題項	平均數	標準差	排序
資訊性 支持 (n=233)	6. 早療服務人員會告訴我照顧孩子的方法	3.89	0.95	2
	7. 早療服務人員會給予我提醒、建議與指點	4.09	0.86	1
	8. 早療服務人員會提供我照顧孩子所需的資訊	3.83	1.05	3
情緒性 支持 (n=230)	9. 早療服務人員了解我目前的處境	3.60	1.22	1
	10. 遇到困難挫折時，我可以向早療服務人員傾訴	3.00	1.34	4
	11. 當我需要幫助時，我可以隨時打電話向早療服務人員求助	2.76	1.39	5
	12. 當我沮喪時，早療服務人員會鼓勵我	3.20	1.36	3
	13. 早療服務人員欣賞及肯定我所做的事情	3.29	1.16	2

二、早療服務概況在社會支持之差異與相關分析

由於研究者在過錄問卷時發現，少部分家長似乎無法清楚辨別提供其服務的早療人員是治療師、老師或社工，因此，研究者採用早療人員的工作場所作為後續的統計分析。研究者刪除工作場所為個人工作室、特教工作室等四個樣本後，將提供早療服務的單位分成衛生單位（醫院或診所）、教育單位（幼稚園或托兒所、特殊教育學校學前部）及社福單位（到宅服務機構、早期療育機構或兒童發展中心、早期療育社區資源中心或個案管理中心、早期療育通報轉介中心或兒童健康發展中心），其中衛生單位佔 39.0%，教育單位佔 15.6%，社福單位佔 45.5%。以下分別檢定早療服務單位、早療服務時間、早療服務頻率在社會支持上之差異與相關情形。

（一）早療服務單位

研究者將提供早療服務的單位分成衛生、教育、社福單位三大類，檢驗不同早療服務單位在社會支持之差異情形，統計檢定結果如下表 4-5 所示。透過單因子變異數分析結果發現，不同的早療服務單位確實會顯著影響家長所感受到的工具性支持 ($F(2,218)= 12.79, p=.000$)、資訊性支持 ($F(2,226)= 8.16, p=.000$)、情緒性支持 ($F(2,223)= 15.83, p=.000$)、整體社會支持 ($F(2,211)= 15.55, p=.000$)。

從雪費法 (Scheffe's method) 之事後比較可以看出，不管是在工具性支持、資訊性支持、情緒性支持、整體社會支持方面，受訪家長感受到教育單位所提供的各項支持明顯高於衛生單位，社福單位所提供的各項支持也明顯高於衛生單位。由此可知，不管是在工具性、資訊性、情緒性或整體社會支持，家長感受到衛生單位所提供的支持明顯低於教育單位及社福單位，衛生單位的早療人員除了提供孩子專業療育外，也應該將家長視為其服務對象，並且多給予家長支持。

表 4-5 不同早療服務單位在社會支持之差異比較

構面	變項	樣本數	平均數	標準差	F值	p值	事後比較 (Scheffe 法)
工具性支持 (n=221)	S1:衛生單位	89	1.77	0.71	12.79***	.000	S2 > S1
	S2:教育單位	36	2.42	0.81			S3 > S1
	S3:社福單位	96	2.36	1.04			
資訊性支持 (n=229)	S1:衛生單位	89	3.66	0.94	8.16***	.000	S2 > S1
	S2:教育單位	35	4.11	0.87			S3 > S1
	S3:社福單位	105	4.11	0.71			
情緒性支持 (n=226)	S1:衛生單位	88	2.69	1.07	15.83***	.000	S2 > S1
	S2:教育單位	35	3.35	0.98			S3 > S1
	S3:社福單位	103	3.50	0.98			
整體 社會支持 (n=214)	S1:衛生單位	86	2.57	0.75	15.55***	.000	S2 > S1
	S2:教育單位	34	3.17	0.80			S3 > S1
	S3:社福單位	94	3.19	0.81			

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

(二) 早療服務時間

表 4-6 顯示家長接受早療服務的時間與其社會支持感受之皮爾森積差相關分析結果，結果顯示家長接受早療服務的時間長短與社會支持及其各構面皆未達顯著相關，意即接受早療服務的時間長短不影響家長所感受到的社會支持。

表 4-6 早療服務時間與社會支持之皮爾森積差相關分析

變項	社會支持及其各構面			
	工具性支持 (n=208)	資訊性支持 (n=215)	情緒性支持 (n=212)	整體社會支持 (n=201)
早療服務時間	-.048	-.072	-.003	-.043

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

(三) 早療服務頻率

如表 4-7 所示，透過皮爾森積差相關分析發現，早療服務頻率與資訊性支持、情緒性支持、整體社會支持皆達顯著正相關，表示家長在過去三個月內和早療服務人員接觸的次數愈多，其所感受到的資訊性支持、情緒性支持、整體社會支持均愈高。

表 4-7 早療服務頻率與社會支持之皮爾森積差相關分析

變項	社會支持及其各構面			
	工具性支持 (n=224)	資訊性支持 (n=231)	情緒性支持 (n=228)	整體社會支持 (n=217)
早療服務頻率	.025	.210**	.182**	.154*

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

第二節 充權之分佈情形

壹、受訪家長之充權傾向分析

受訪家長之充權傾向分析是採李克特五點尺度（5-Point Likert Scale）方式計分，每題最高分為 5 分，最低分為 1 分，得分愈高表示受訪家長的充權愈高，本研究之受訪家長的整體充權總平均數為 3.65（標準差為 0.53），顯示家長之整體充權為中度偏高程度。

本研究之充權分為家庭、服務系統、社區與政策三個層面。從表 4-8 可以知

道，在家庭層面，受訪家長之總平均數為 3.76（標準差為 0.55），顯示家長在家庭層面的充權為中度偏高程度；在服務系統層面，受訪家長之總平均數為 4.00（標準差為 0.55），顯示家長在服務系統層面的充權為中度偏高程度；在社區與政策層面，受訪家長之總平均數為 3.08（標準差為 0.82），顯示家長在社區與政策層面的充權為中間程度。

在充權的三個層面中，受訪家長得分最高的是服務系統層面，其次為家庭層面，社區與政策層面則為最低。透過下表 4-8 充權三層面之比較分析發現，充權三個層面的平均數差異達顯著水準（ $F(2,424)= 239.64$ ， $p=.000$ ），從事後比較可以知道，服務系統層面之得分明顯高於家庭層面、社區與政策層面，家庭層面之得分明顯高於社區與政策層面。

此研究結果呼應了張美雲（2007）與張雅惠（2010）的研究發現，台灣發展遲緩兒童的家長認為自己在社會政治層面的參與較少，甚至無法影響政策或法律的制定。張美雲（2007）的研究發現，在充權的七個向度裡，接受早期療育個案管理的家庭其在社區參與向度的分數最低，在與孩子有關的重要法案或議題的決策過程中，較無法與制定法律者有進一步的接觸。張雅惠（2010）的研究則是發現，中部地區接受早期療育服務的家長，在增強權能感三層面中以人際層面最佳，其次為個人層面，社會政治層面最低。研究結果顯示家長會積極地和服務系統一起工作及互動，以獲取孩子所需要的資源與服務，但是對於身心障礙家庭福利的倡導則相對較少涉入。

表 4-8 充權三層面之比較分析

變項	構面	樣本數	平均數	標準差	<i>F</i> 值	<i>p</i> 值	事後比較
充權	E1: 家庭	213	3.76	0.55	239.64***	.000	E2 > E1 > E3
	E2: 服務系統	213	4.00	0.55			
	E3: 社區與政策	213	3.08	0.82			

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

進一步檢驗充權各題項的平均數，透過表 4-9 可以知道，在家庭層面部分，受訪家長得分最高的有三題，分別是「我能夠獲取資訊，幫助自己更了解孩子」、「當問題發生時，我能夠協助孩子一起解決」、「我努力學習新技能來幫助孩子成長及發展」，得分最低的則是「當孩子發生問題時，我處理得很好」、「我覺得我的家庭生活都在我的掌握之下」。從家庭層面的得分排序可以發現，家長為了幫助孩子成長發展，會努力地獲取資訊及學習新技能，當孩子發生問題時，也能夠協助其一起解決，但是對於處理孩子的問題及掌握自己的家庭生活，則相對較沒有信心。

在服務系統層面，受訪家長得分最高的有二題，分別是「我會定期和早療服務人員保持聯絡」、「在決定孩子所需要的服務時，我認為我的意見和早療服務人員的觀點一樣重要」，得分最低的則是「我很了解早期療育服務系統(和孩子有關的服務系統)」，其次為「當我擔心孩子所接受的服務不足時，我知道可以採取什麼行動」(見表 4-9)。從服務系統層面的得分排序可以發現，家長會定期和早療服務人員保持連繫，並且在決定孩子所需要的服務時，也認為自己的意見和專業人員一樣重要，但是家長對於早療服務系統則相對較不了解，當孩子所接受的服務不足時，也比較不知道可以怎麼做。

在社區與政策層面，受訪家長得分最高的是「我相信自己對於提供給孩子的服務能發揮影響力」，其次為「對於改善社區中提供給孩子的服務，我認為我能夠負起一部份責任」，得分最低的則是「我知道特殊教育法令中有關家長及孩子的權利」，其次為「我會告訴機構或政府單位的人員該如何改善早期療育服務」(見表 4-9)。從社區與政策層面的得分排序可以知道，家長在態度上表達出充權，家長相信自己對於服務系統能夠發揮影響力，也認為自己對於改善服務能夠負起一部份責任，但在行為上則相對較缺乏充權，家長對於特殊教育法令中有關家長及孩子的權利則相對較不了解，也較不會告訴相關人員可以如何改善早期療育服務。

表 4-9 充權各題項的平均數與標準差

構面	題項	平均數	標準差	排序
家庭 (n=229)	1. 當孩子發生問題時，我處理得很好	3.48	0.81	8
	2. 我相信我有這個能力協助孩子成長與發展	3.74	0.81	4
	3. 當我的孩子發生問題時，我知道該怎麼做	3.75	0.78	3
	4. 我覺得我的家庭生活都在我的掌握之下	3.48	0.96	8
	5. 我能夠獲取資訊，幫助自己更了解孩子	3.97	0.77	1
	6. 當問題發生時，我能夠協助孩子一起解決	3.97	0.78	1
	7. 當我需要幫忙解決家裡的問題時，我能向他人尋求協助	3.72	1.11	6
	8. 我努力學習新技能來幫助孩子成長及發展	3.97	0.85	1
	9. 當我處理孩子的事情時，我會從不同的角度來看待這件事情，而不是只看到問題	3.73	0.80	5
	10. 當我面臨有關孩子的問題時，我會自己決定該怎麼做，然後付諸行動	3.89	0.80	2
	11. 我很了解孩子的困難(困擾)	3.72	0.88	6
	12. 我覺得我是一位好父母	3.60	0.89	7
服務 系統 (n=225)	13. 我認為我有權利決定我的孩子要接受什麼服務	3.91	0.96	8
	14. 當我擔心孩子所接受的服務不足時，我知道可以採取什麼行動	3.70	0.95	10
	15. 我確定早療服務人員了解為什麼我認為孩子需要這些服務	4.03	0.93	6
	16. 我可以為孩子所需的服務做出好的決定	4.05	0.70	5
	17. 我能和機構及早療服務人員一同決定孩子所需要的服務	4.16	0.76	3
	18. 我會定期和早療服務人員保持聯絡	4.26	0.77	1
	19. 在決定孩子所需要的服務時，我認為我的意見和早療服務人員的觀點一樣重要	4.26	0.75	1
	20. 我會告訴早療服務人員我的孩子需要哪些服務	4.18	0.78	2
	21. 我知道我的孩子需要什麼服務	4.00	0.73	7
	22. 必要時，我會主動為我的孩子及家庭尋求服務	4.09	0.86	4
	23. 我很了解早期療育服務系統(和孩子有關的服務系統)	3.58	0.95	11
	24. 我認為早療服務人員應該詢問我：「您希望您的孩子接受什麼服務」	3.73	1.01	9

表 4-9 充權各題項的平均數與標準差（續）

構面	題項	平均數	標準差	排序
社區與政策 (n=229)	25. 對於改善社區中提供給孩子的服務，我認為我能夠負起一部份責任	3.32	1.06	2
	26. 在有關孩子的重要法案或議題的討論過程中，我會和相關人員接觸，去影響法案或議題的決議	2.79	1.27	8
	27. 我知道早期療育服務系統由哪些單位組成	2.99	1.07	7
	28. 對於什麼是理想的早期療育服務系統，我有自己的想法	3.11	1.06	5
	29. 我會協助其他家庭去獲取他們需要的服務	3.27	1.17	3
	30. 我相信自己對於提供給孩子的服務能發揮影響力	3.58	1.04	1
	31. 我會告訴機構或政府單位的人員該如何改善早期療育服務	2.77	1.19	9
	32. 我知道如何傳達我的意見讓機構管理者或相關人員知道	3.09	1.18	6
	33. 我知道特殊教育法令中有關家長及孩子的權利	2.76	1.13	10
	34. 我覺得自己的親職知識與經驗能夠運用在協助改善其他孩子及家庭的服務上	3.23	1.12	4

貳、早療服務概況在充權之差異與相關分析

一、早療服務單位

表 4-10 顯示受訪家長對不同早療服務單位充權之差異比較結果，透過單因子變異數分析發現，不同的早療服務單位不會影響家長的家庭層面充權、服務系統層面充權、社區與政策層面充權、整體充權。

表 4-10 家長對不同早療服務單位充權之差異比較

構面	變項	樣本數	平均數	標準差	F值	p 值	事後比較 (Scheffe 法)
家庭 (n=225)	S1:衛生單位	89	3.75	0.59	0.19	.828	--
	S2:教育單位	35	3.79	0.63			
	S3:社福單位	101	3.73	0.47			
服務系統 (n=221)	S1:衛生單位	84	3.92	0.62	1.51	.224	--
	S2:教育單位	34	4.10	0.54			
	S3:社福單位	103	4.03	0.48			
社區與政策 (n=225)	S1:衛生單位	88	2.99	0.83	1.07	.346	--
	S2:教育單位	34	3.11	0.85			
	S3:社福單位	103	3.16	0.77			
整體充權 (n=209)	S1:衛生單位	81	3.58	0.58	0.83	.436	--
	S2:教育單位	31	3.70	0.55			
	S3:社福單位	97	3.67	0.48			

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

二、早療服務時間

表 4-11 顯示受訪家長接受早療服務的時間與充權之皮爾森積差相關分析結果。結果顯示，家長接受早療服務的時間長短僅和整體充權達顯著正相關，表示家長接受早療服務的時間愈長，其整體充權程度愈高，但早療服務時間未與充權之三個層面呈顯著相關。

表 4-11 早療服務時間與充權之皮爾森積差相關分析

變項	充權及其各構面			
	家庭 (n=211)	服務系統 (n=209)	社區與政策 (n=212)	整體充權 (n=198)
早療服務時間	.133	.094	.100	.143*

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

三、早療服務頻率

如表 4-12 所示，透過皮爾森積差相關分析發現，家長接受早療服務之頻率

與整體充權及其各層面皆未達顯著相關，表示家長在過去三個月內和早療服務人員接觸的次數多寡，不影響家長在家庭層面充權、服務系統層面充權、社區與政策層面充權、整體充權之程度。

表 4-12 早療服務頻率與充權之皮爾森積差相關分析

變項	充權及其各構面			
	家庭 (n=227)	服務系統 (n=223)	社區與政策 (n=228)	整體充權 (n=212)
早療服務頻率	.104	.106	.054	.103

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

參、社會支持與充權之相關分析

社會支持共有三個構面，為工具性支持、資訊性支持、情緒性支持，分別對充權的三個層面進行皮爾森積差相關分析（Pearson Correlation Analysis），詳如下表 4-13 所示。

表4-13 社會支持與充權之皮爾森積差相關係數矩陣（n=188）

變項	S	S1	S2	S3	E	E1	E2	E3
S 整體社會支持	1.000							
S1 工具性支持	.828***	1.000						
S2 資訊性支持	.732***	.388***	1.000					
S3 情緒性支持	.914***	.582***	.643***	1.000				
E 整體充權	.347***	.179*	.372***	.358***	1.000			
E1 家庭	.169*	.017	.273***	.193**	.823***	1.000		
E2 服務系統	.321***	.147*	.399***	.322***	.873***	.691***	1.000	
E3 社區與政策	.363***	.259***	.270***	.366***	.817***	.438***	.540***	1.000

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

透過皮爾森積差相關分析結果得知，整體社會支持與整體充權呈現顯著正相關，社會支持的三個構面與整體充權也達顯著正相關，此與張美雲（2007）的研究結果一致。除了工具性支持與家庭層面充權未達顯著相關外，社會支持各構面與充權各層面均達顯著正相關。意即當受訪家長所感受到的社會支持愈多，其充權程度也愈高。

由此可知，研究假設 2-1（整體社會支持與整體充權呈顯著正相關）獲得驗證，研究假設 2-2（社會支持各構面與充權各層面呈顯著正相關）大部分獲得驗證。

第三節 生活品質之分佈情形

壹、受訪家長之生活品質傾向分析

受訪家長之生活品質傾向分析是採李克特五點尺度（5-Point Likert Scale）方式計分，每題分數得分的範圍最少是一分，最多是五分，得分愈高表示生活品愈佳。本研究之生活品質分為生理健康、心理、社會關係、環境四個範疇，計分方式是將同一範疇內的題目得分相加平均後乘以四，以成為範疇分數，使得各範疇分數能做比較，每個範疇分數的範圍介於 4 分至 20 分之間，而第 1、2 題屬於整體性的評估，並未歸類於上述四個範疇之中（姚開屏，2005）。

根據生活品質量表的第 1 題及第 2 題之得分可以發現，受訪家長綜合生活品質之平均數為 2.92（標準差為 0.79），綜合健康滿意度之平均數為 2.88（標準差為 0.83），均屬中度偏低程度（見表 4-14）。由於行政院衛生署國民健康局與國家衛生研究院所進行的民國九十年國民健康訪問調查（稱為 NHIS 研究），建立了全國民眾在台灣簡明版世界衛生組織生活品質問卷之常模（姚開屏，2005）。根據 NHIS 研究的資料顯示，一般人的綜合生活品質之平均數為 3.30（標準差為 0.66），

綜合健康滿意度之平均數為 3.39（標準差為 0.74）（見表 4-14）。研究者透過 t 檢定發現，受訪家長的綜合生活品質平均數顯著低於一般人 ($t(234) = -7.36, p = .000$)，綜合健康滿意度平均數也顯著低於一般人 ($t(233) = -9.39, p = .000$)，表示受訪家長對於綜合生活品質與整體健康滿意度的評價明顯比一般人差（見表 4-14）。

表 4-14 生活品質各範疇的平均數與標準差

變項	原始平均數	原始標準差	轉換後之範疇平均數	轉換後之範疇標準差	一般人之平均數 (NHIS 研究)	一般人之標準差 (NHIS 研究)	t 檢定
綜合生活品質 (n=235)	2.92	0.79	--	--	3.30	0.66	-7.36***
綜合健康滿意度 (n=234)	2.88	0.83	--	--	3.39	0.74	-9.39***
生理健康 (n=231)	3.24	0.62	12.97	2.48	15.05	2.08	-12.75***
心理 (n=232)	2.96	0.69	11.83	2.74	13.61	2.27	-9.90***
社會關係 (n=223)	3.22	0.62	12.87	2.48	14.10	2.10	-7.44***
環境 (n=230)	3.02	0.66	12.09	2.62	13.21	2.09	-6.49***

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

生活品質分為生理健康、心理、社會關係、環境四個範疇。從上表 4-14 生活品質各範疇的平均數與標準差可以知道，在生理健康範疇，受訪家長之總平均數為 3.24（標準差為 0.62），顯示家長對其生理健康之評價為中度偏佳程度。根據 NHIS 研究的資料顯示，一般人的生理健康範疇平均數為 15.05（標準差為 2.08），而本研究受訪家長之平均數為 12.97（標準差為 2.48），透過單一樣本 t 檢定之結果發現，兩平均數之間的差異達統計上的顯著水準 ($t(230) = -12.75, p = .000$)，

表示受訪家長對於生理健康之評價明顯比一般人來的差。

在心理範疇，受訪家長之總平均數為 2.96（標準差為 0.69），顯示家長對其心理健康之評價為中度偏差程度（見表 4-14）。根據 NHIS 研究的資料顯示，一般人的心理範疇平均數為 13.61（標準差為 2.27），而本研究受訪家長之平均數為 11.83（標準差為 2.74），透過單一樣本 t 檢定之結果發現，兩平均數之間的差異達統計上的顯著水準（ $t(231) = -9.90$ ， $p = .000$ ），表示受訪家長對於心理健康之評價明顯比一般人來的差。

在社會關係範疇，受訪家長之總平均數為 3.22（標準差為 0.62），顯示家長對其社會關係之評價為中度偏佳程度（見表 4-14）。根據 NHIS 研究的資料顯示，一般人的社會關係範疇平均數為 14.10（標準差為 2.10），而本研究受訪家長之平均數為 12.87（標準差為 2.48），透過單一樣本 t 檢定之結果發現，兩平均數之間的差異達統計上的顯著水準（ $t(222) = -7.44$ ， $p = .000$ ），表示受訪家長對於社會關係之評價明顯比一般人來的差。

在環境範疇，受訪家長之總平均數為 3.02（標準差為 0.66），顯示家長對環境之評價為中度程度滿意（見表 4-14）。根據 NHIS 研究的資料顯示，一般人的環境範疇平均數為 13.21（標準差為 2.09），而本研究受訪家長之平均數為 12.09（標準差為 2.62），透過單一樣本 t 檢定之結果發現，兩平均數之間的差異達統計上的顯著水準（ $t(229) = -6.49$ ， $p = .000$ ），表示受訪家長對於環境之評價明顯比一般人差。

整體而言，受訪家長的綜合生活品質與綜合健康滿意度均屬中度偏低，與 NHIS 研究資料相比較，受訪家長對於綜合生活品質與整體健康滿意度的評價明顯比一般人差，受訪家長對於生理健康、心理、社會關係、環境之評價也明顯比一般人差。

有關生活品質的四個範疇中，受訪家長得分最高的是生理健康範疇，其次分別為社會關係範疇、環境範疇，心理範疇之得分則為最低。透過下表 4-15 生活品質四範疇之比較分析發現，四個範疇的平均數差異達顯著水準（ $F(3,642) = 32.07$ ，

$p = .000$)，從事後比較可以看出，生理健康範疇之得分顯著高於心理範疇、環境範疇，社會關係範疇之得分也顯著高於心理範疇、環境範疇。

孫佩雯 (2006)、郭孟瑜與王翠鳳 (2006) 的研究結果也有相同發現，家長對生理健康範疇生活品質的評價最高。而多數研究皆發現 (陳琦棻, 2008; 孫佩雯, 2006; 吳佳賢, 2002; 郭孟瑜、王翠鳳, 2006; 羅鳳菊, 2007)，家長對於心理範疇生活品質的評價最低，因而可以瞭解情緒支持對於家長的重要性。

雖然家長不太需要仰賴醫療的幫助應付日常生活，但是家長認為自己僅有一點享受生活，並且只有少許足夠的金錢應付所需，從事休閒活動的機會也是較少。許素彬、王文瑛、張耐、張菁芬 (2003) 的研究結果也有相同發現，多數的家長表達了照顧特殊嬰幼兒所帶來的壓力、焦慮、煩惱及憂心，另外，高達八成以上的家長會因為照顧孩子而減少或放棄一些個人生活，其中影響最多的是休閒娛樂。

表 4-15 生活品質四範疇之比較分析

變項	構面	樣本數	平均數	標準差	F值	p值	事後比較
生活品質	Q1: 生理健康	215	13.09	2.41	32.07***	.000	Q1 > Q2、Q4 Q3 > Q2、Q4
	Q2: 心理	215	11.96	2.66			
	Q3: 社會關係	215	12.91	2.48			
	Q4: 環境	215	12.22	2.57			

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

進一步檢驗生活品質各題項的平均數，透過表 4-16 可以知道，在生理健康範疇，受訪家長得分最高的是「您需要靠醫療的幫助應付日常生活嗎」，此題平均數高達 4.11，得分最低的則是「您滿意自己的睡眠狀況嗎」，其次為「您每天的生活有足夠的精力嗎」，這二題的平均數分別為 2.65 及 2.69。從生理健康範疇的得分排序可以發現，家長不太需要仰賴醫療的幫助應付日常生活，這應該是因為大部分的家長處於三十歲至四十歲的壯年期 (家長之平均年齡為 36.30 歲)，

所以本身不太需要醫療的幫助。不過，家長較不滿意自己的睡眠狀況，也覺得每天的生活精力僅有少許足夠而已。

表 4-16 生活品質各題項的平均數與標準差

構面	題項	平均數	標準差	排序
生理 健康 (n=231)	3. 您覺得身體疼痛會妨礙您處理需要做的事情嗎*	3.43	1.04	3
	4. 您需要靠醫療的幫助應付日常生活嗎*	4.11	1.00	1
	10.您每天的生活有足夠的精力嗎	2.69	0.92	6
	15.您四處行動的能力好嗎	3.47	0.99	2
	16.您滿意自己的睡眠狀況嗎	2.65	0.96	7
	17.您對自己從事日常活動的能力滿意嗎	3.14	0.78	5
	18.您滿意自己的工作能力嗎	3.21	0.82	4
心理 (n=232)	5. 您享受生活嗎	2.36	0.89	5
	6. 您覺得自己的生命有意義嗎	3.21	1.08	1
	7. 您集中精神的能力有多好	2.90	0.92	4
	11.您能接受自己的外表嗎	3.21	1.03	1
	19.您對自己滿意嗎	3.13	0.82	2
	26.您常有負面的感受嗎？(如傷心、緊張、焦慮、憂鬱等)*	2.94	0.94	3
社會 關係 (n=223)	20.您滿意自己的人際關係嗎	3.18	0.81	3
	21.您滿意自己的性生活嗎	3.20	0.85	2
	22.您滿意朋友給您的支持嗎	3.44	0.76	1
	27.您覺得自己有面子或被尊重嗎	2.98	0.79	4
環境 (n=230)	8. 在日常生活中，您感到安全嗎	2.89	1.02	6
	9. 您所處的環境健康嗎	2.82	1.00	7
	12.您有足夠的金錢應付所需嗎	2.48	0.99	9
	13.您能方便得到每日生活所需的資訊嗎	3.06	0.95	5
	14.您有機會從事休閒活動嗎	2.50	0.96	8
	23.您滿意自己住所的狀況嗎	3.18	0.96	4
	24.您對醫療保健服務的方便程度滿意嗎	3.34	0.78	3
	25.您滿意所使用的交通運輸方式嗎	3.42	0.80	2
28.您想吃的食物通常都能吃到嗎	3.49	0.88	1	

在心理範疇，受訪家長得分最高的是「您覺得自己的生命有意義嗎」、「您能接受自己的外表嗎」，得分最低的則是「您享受生活嗎」，此題平均數僅有 2.36，此外，「您集中精神的能力有多好」、「您常有負面的感受嗎」這二題的平均數也於 3.00（見表 4-16）。從心理範疇的得分排序可以了解，家長覺得自己的生命有中等程度意義，不過對於生活，家長認為僅有一點享受，集中精神的能力也只有中等程度好，有時候常有負面感受。

在社會關係範疇，受訪家長得分最高的是「您滿意朋友給您的支持嗎」，得分最低的則是「您覺得自己有面子或被尊重嗎」（見表 4-16）。透過社會關係範疇的得分排序可以發現，家長對於朋友給的支持有中度偏高的滿意程度，雖然家長覺得自己是否有面子或被尊重也是接近中等程度有，但在社會關係範疇中，受訪家長最不滿意此方面。

在環境範疇，受訪家長得分最高的是「您想吃的食物通常都能吃到嗎」，其次為「您滿意所使用的交通運輸方式嗎」，得分最低的則是「您有足夠的金錢應付所需嗎」，其次為「您有機會從事休閒活動嗎」，這二題的平均數分別為 2.48 及 2.50（見表 4-16）。從環境範疇的得分排序可以發現，家長對於飲食及所使用的交通運輸方式有中度偏高的滿意程度，不過，家長認為僅有少許足夠的金錢應付所需，從事休閒活動的機會也是較少。

貳、人口基本變項與早療服務概況在生活品質之差異及相關分析

此部分將探討人口基本變項與早療服務概況在生活品質上的差異與相關分析。由於「您的孩子是否領有醫院的發展遲緩證明或發展遲緩評估報告書」及「孩子的戶籍」這二題僅是為了確認問卷填寫者是否符合本研究對象之條件，故未加以分析；「孩子目前正在接受的服務」及「目前和孩子同住的家人有誰」這二題是複選題，所以也不納入此部分的分析。因為過去多數研究顯示「孩子的性別」（陳琦棻，2008；羅鳳菊，2007；孫佩雯，2006；黃郁菁，1996；吳佳賢，2002）、「孩子的年齡」（羅鳳菊，2007；孫佩雯，2006；高寶蓮，1998；吳佳賢，2002）、

「家長的年齡」(陳琦棻, 2008; 羅鳳菊, 2007; 孫佩雯, 2006; 黃郁菁, 1996; 吳佳賢, 2002) 不會影響生活品質, 故不納入分析。由於研究者已將「主要照顧者身分」納入分析, 所以「家長(填寫問卷者)身分」不納入分析。

因此, 人口基本變項包括孩子是否領有身障手冊、孩子的障礙程度、孩子開始接受早療服務的年齡(月)、主要照顧者身分、同住家人人數、家長婚姻狀態、家長受教育年數、家庭每月經濟收入。早療服務概況包括早療服務單位、早療服務時間、早療服務頻率。

由於回收樣本之故, 研究者需調整人口基本變項的選項, 把次數較少的選項合併至其他選項。在孩子的障礙程度部分, 研究者將重度與極重度合併成一組, 故障礙程度分成「輕度」、「中度」、「重度以上」三組。在主要照顧者部分, 研究者將父親、(外)祖父母、姑姑及姑婆合併成一組, 因此主要照顧者分成「母親」、「多人共同照顧」、「其他」三組。在家長的婚姻狀態部分, 研究者將未婚、離婚、分居、喪偶及其他合併成一組, 故家長的婚姻狀態分成「已婚」、「非已婚」二組。在家長的教育程度部分, 研究者將教育程度轉換成受教育年數, 在家庭每月經濟收入部分, 研究者取每個選項的組中點, 使其從順序尺度轉變為等距尺度, 以適用於下一節的線性迴歸分析。

關於早療服務概況, 在早療服務單位部分, 研究者將提供早療服務的單位分成「衛生單位」、「教育單位」、「社福單位」三組。在早療服務頻率部分, 研究者把家長與早療人員的接觸頻率轉換成過去三個月內家長接觸早療人員的次數, 使其從順序尺度轉換成等距尺度, 以適用於下一節的線性迴歸分析。以下分成孩子的基本資料、家長及家庭的基本資料、早療服務概況做說明。

一、孩子的基本資料在生活品質各範疇之差異與相關分析

(一) 孩子是否領有身障手冊

如表 4-17 所示, 透過 t 檢定的結果發現, 不管孩子是否領有身障手冊, 家長在生理健康、心理、社會關係、環境、整體生活品質上皆未達顯著差異, 意即孩

子是否領有身障手冊不會影響家長的生活品質。但是，黃郁菁（1996）的研究結果發現，孩子有無身障手冊會影響家長在身心健康、經濟、情緒支持、人際互動方面的生活品質，二者研究結果不相同。

表 4-17 孩子是否領有身障手冊的家長在生活品質之差異情形

構面	變項	樣本數	平均數	標準差	t 值	p 值
生理健康 (n=231)	否	105	13.08	2.57	0.62	.536
	是	126	12.88	2.40		
心理 (n=232)	否	103	11.83	2.91	-0.03	.979
	是	129	11.83	2.61		
社會關係 (n=223)	否	99	13.08	2.59	1.16	.247
	是	124	12.69	2.38		
環境 (n=230)	否	103	12.10	2.71	0.08	.939
	是	127	12.08	2.56		
生活品質 (n=215)	否	93	50.82	9.22	0.93	.355
	是	122	49.69	8.64		

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

(二) 孩子的障礙程度

如表 4-18 所示，透過單因子變異數分析的結果發現，不管孩子的障礙程度為何，家長在生理健康、心理、社會關係、環境、整體生活品質上皆未達顯差異，意即孩子的障礙程度不會影響家長的生活品質。此與黃郁菁（1996）的研究結果相同，自閉症兒童的疾病嚴重性不影響家長的生活品質。

不過，孫佩雯（2006）、吳佳賢（2002）的研究均發現，自閉症兒童的障礙程度會顯著影響家長對於心理健康方面的評價。陳琦綦（2008）的研究也發現，不同障礙程度兒童的家長在生活品質上有顯著差異。

表 4-18 不同障礙程度的孩子其家長在生活品質之差異情形

構面	變項	樣本數	平均數	標準差	F值	p值
生理健康 (n=125)	輕度	37	13.37	2.26	1.55	.217
	中度	51	12.82	2.40		
	重度以上	37	12.40	2.50		
心理 (n=128)	輕度	38	12.19	2.69	2.26	.109
	中度	53	12.09	2.46		
	重度以上	37	11.06	2.67		
社會關係 (n=123)	輕度	36	12.92	2.49	2.18	.118
	中度	50	13.00	2.23		
	重度以上	37	12.00	2.40		
環境 (n=126)	輕度	38	12.13	2.75	0.89	.413
	中度	52	12.32	2.59		
	重度以上	36	11.59	2.29		
生活品質 (n=121)	輕度	36	50.68	9.00	1.59	.208
	中度	49	50.40	8.67		
	重度以上	36	47.48	8.05		

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

(三) 孩子開始接受早療服務的年齡(月)

如表 4-19 所示，透過皮爾森積差相關分析發現，孩子開始接受早療服務的年齡(月)與生理健康、心理、社會關係、環境、整體生活品質皆未達顯著相關。

表4-19 孩子開始接受早療服務的年齡與生活品質之皮爾森積差相關分析

變項	生活品質及其各構面				
	生理健康 (n=226)	心理 (n=227)	社會關係 (n=218)	環境 (n=225)	生活品質 (n=210)
孩子開始接受 早療服務的年齡(月)	.026	-.018	.009	-.085	-.011

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

二、家長及家庭之基本資料在生活品質之差異與相關分析

(一) 主要照顧者身份

如表 4-20 所示，透過單因子變異數分析的結果發現，不同的主要照顧者，家長在生理健康範疇 ($F(2,228)= 4.33, p=.014$) 及心理範疇 ($F(2,229)= 3.99, p=.020$) 上達顯著差異。藉由雪費法 (Scheffe's method) 之事後比較發現，若有多人共同照顧孩子，家長的生理健康會顯著佳於主要照顧者為母親的家長，心理健康也會顯著佳於主要照顧者為母親的家長。由此可知，若有多人共同照顧孩子，家長的生理健康及心理健康均會較佳。

羅鳳菊 (2007) 的研究有類似發現，照顧孩子期間有家人協助的母親，其對整體生活品質、心理、社會關係、環境的評價顯著高於沒有家人協助照顧的母親。不過，孫佩雯 (2006) 及黃郁菁 (1996) 的研究則是發現，自閉症兒童主要照顧者和孩子的關係稱謂不影響其生活品質。

表 4-20 主要照顧者身份在生活品質之差異情形

構面	變項	樣本數	平均數	標準差	F 值	p 值	事後比較 (Scheffe 法)
生理健康 (n=231)	S1:母親	166	12.70	2.49	4.33*	.014	S2 > S1
	S2:多人共同照顧	43	13.91	2.22			
	S3:其他	22	13.19	2.46			
心理 (n=232)	S1:母親	164	11.54	2.79	3.99*	.020	S2 > S1
	S2:多人共同照顧	45	12.81	2.10			
	S3:其他	23	12.00	3.13			
社會關係 (n=223)	S1:母親	159	12.82	2.51	1.39	.252	--
	S2:多人共同照顧	44	13.32	2.12			
	S3:其他	20	12.25	2.90			
環境 (n=230)	S1:母親	165	11.88	2.64	1.88	.155	--
	S2:多人共同照顧	43	12.68	2.36			
	S3:其他	22	12.48	2.87			
生活品質 (n=215)	S1:母親	155	49.29	9.04	2.90	.057	--
	S2:多人共同照顧	42	52.81	7.64			
	S3:其他	18	51.62	9.38			

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

(二) 同住家人人數

如表 4-21 所示，透過皮爾森積差相關分析發現，同住家人人數與心理範疇呈顯著負相關 ($r = -.151, p = .023$)，意即同住家人人數愈多，家長對心理範疇之評價愈差；此外，同住家人人數也和環境範疇達顯著負相關 ($r = -.175, p = .008$)，意即同住家人人數愈多，家長對環境範疇之評價愈差。

同住家人人數愈多，家長對於心理範疇與環境範疇之評價反而愈差。研究者推測可能是因為同住家人愈多會導致教養孩子的意見愈分歧，因而造成家長的心理壓力愈大。此外，研究者在進行問卷調查時，曾向受訪家長進一步瞭解，發現家長除了要照顧接受早療服務的孩子之外，尚有同住家人需要仰賴其照顧，才會造成受訪家長對心理及環境的評價較差，建議未來研究可以調查同住家人是否需要他人照顧。

表 4-21 同住家人人數與生活品質之皮爾森積差相關分析

變項	生活品質及其各構面				
	生理健康 (n=227)	心理 (n=228)	社會關係 (n=219)	環境 (n=226)	生活品質 (n=211)
同住家人人數	-.065	-.151*	-.015	-.175**	-.111

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

(三) 家長婚姻狀態

如表 4-22 所示，透過 t 檢定的結果發現，不同婚姻狀態之家長，其在生理健康 ($t(225) = 3.30, p = .001$)、社會關係 ($t(216) = 3.56, p = .000$)、環境 ($t(223) = 3.18, p = .002$)、整體生活品質 ($t(209) = 2.65, p = .009$) 上皆呈現顯著差異，顯示已婚的家長，其對生理健康、社會關係、環境、整體生活品質之評價皆會顯著佳於非已婚的家長。

表 4-22 不同婚姻狀態之家長在生活品質之差異情形

構面	變項	樣本數	平均數	標準差	t 值	p 值
生理健康 (n=227)	已婚	206	13.16	2.41	3.30**	.001
	非已婚	21	11.32	2.70		
心理 (n=227)	已婚	206	11.99	2.65	1.96	.062
	非已婚	21	10.44	3.50		
社會關係 (n=218)	已婚	202	13.05	2.44	3.56***	.000
	非已婚	16	10.81	2.07		
環境 (n=225)	已婚	205	12.28	2.56	3.18**	.002
	非已婚	20	10.36	2.81		
生活品質 (n=211)	已婚	196	50.68	8.81	2.65**	.009
	非已婚	15	44.40	9.16		

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

孫佩雯（2006）的研究也有相同發現，主要照顧者的婚姻狀況與社會關係範疇達統計上之顯著差異，已婚者之社會關係得分顯著高於非已婚者。陳琦綦（2008）的研究發現，不同婚姻狀況的父母在整體生活品質上達顯著差異，經事後比較發現已婚者的整體生活品質優於分居者。黃郁菁（1996）的研究則發現，主要照顧者的婚姻狀況對其情緒支持方面的生活品質有顯著影響，已婚者在情緒支持方面的生活品質顯著優於分居離婚鰥寡者。

(四) 家長受教育年數

如表 4-23 所示，透過皮爾森積差相關分析發現，家長受教育年數與生理健康、心理、環境、整體生活品質達顯著正相關，顯示受訪家長的學歷愈高，其對生理健康、心理、環境、整體生活品質之評價皆會愈佳，其中以環境範疇和家長受教育年數的關係最強。黃郁菁（1996）的研究也有相同發現，教育程度為大學以上的主要照顧者，其在經濟方面的生活品質顯著優於高中專科者。但是多數研究顯示，主要照顧者的教育程度與生活品質之間無影響關係（陳琦綦，2008；羅鳳菊，2007；孫佩雯，2006；高寶蓮，1998；吳佳賢，2002）。

表 4-23 家長受教育年數與生活品質之皮爾森積差相關分析

變項	生活品質及其各構面				
	生理健康 (n=231)	心理 (n=232)	社會關係 (n=223)	環境 (n=230)	生活品質 (n=215)
家長受教育年數	.156*	.175**	-.018	.319***	.151*

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

(五) 家庭每月經濟收入

如表 4-24 所示，透過皮爾森積差相關分析發現，家庭每月經濟收入與受訪家長的生理健康、心理、環境、整體生活品質達顯著正相關。此與羅鳳菊（2007）的研究結果一致，先天性代謝異常疾病患童母親的生理健康、心理、環境、整體生活品質與家庭每月平均收入呈顯著正相關。研究顯示家庭每月經濟收入愈多，家長對生理健康、心理、環境、整體生活品質之評價皆會愈佳，其中以環境範疇和家庭每月經濟收入的關係最強，而家庭每月經濟收入僅與社會關係範疇未達顯著相關。

此外，多數研究均發現，家庭經濟收入對主要照顧者的生活品質有顯著影響（陳琦棻，2008；羅鳳菊，2007；孫佩雯，2006；黃郁菁，1996；吳佩珊，2009；蔡玉純、林俐伶、吳豐偉，2005）。

表 4-24 家庭每月經濟收入與生活品質之皮爾森積差相關分析

變項	生活品質及其各構面				
	生理健康 (n=226)	心理 (n=227)	社會關係 (n=218)	環境 (n=225)	生活品質 (n=210)
家庭每月經濟收入	.188**	.151*	.054	.391***	.190**

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

三、早療服務概況在生活品質之差異與相關分析

(一) 早療服務單位

如表 4-25 所示，透過單因子變異數分析的結果發現，由不同早療服務單位

服務的家長，不會影響其對生理健康、心理、社會關係、環境、整體生活品質之評價。

表 4-25 不同早療服務單位服務的家長在生活品質之差異情形

構面	變項	樣本數	平均數	標準差	F值	p值	事後比較 (Scheffe 法)
生理健康 (n=227)	S1:衛生單位	88	13.21	2.55	1.24	.292	--
	S2:教育單位	36	13.17	2.60			
	S3:社福單位	103	12.68	2.39			
心理 (n=228)	S1:衛生單位	89	12.20	2.62	1.96	.143	--
	S2:教育單位	36	12.07	2.45			
	S3:社福單位	103	11.45	2.92			
社會關係 (n=219)	S1:衛生單位	86	13.26	2.34	2.31	.102	--
	S2:教育單位	34	13.06	2.33			
	S3:社福單位	99	12.49	2.60			
環境 (n=226)	S1:衛生單位	86	12.50	2.60	1.61	.202	--
	S2:教育單位	36	11.90	2.72			
	S3:社福單位	104	11.83	2.63			
生活品質 (n=211)	S1:衛生單位	82	51.52	8.67	1.84	.162	--
	S2:教育單位	34	50.57	8.71			
	S3:社福單位	95	48.97	9.16			

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

(二) 早療服務時間

透過皮爾森積差相關分析發現，家長接受早療服務的時間長短與其生活品質及其各範疇皆未達顯著相關，意即家長接受早療服務的時間不影響其對生活品質之評價，如表 4-26 所示。

表 4-26 早療服務時間與生活品質之皮爾森積差相關分析

變項	生活品質及其各構面				
	生理健康 (n=214)	心理 (n=216)	社會關係 (n=208)	環境 (n=212)	生活品質 (n=201)
早療服務時間	-.066	-.102	-.078	-.098	-.126

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

(三) 早療服務頻率

如表 4-27 所示，透過皮爾森積差相關分析發現，家長接受早療服務之頻率與其生理健康、心理、社會關係、環境、整體生活品質皆達顯著正相關，顯示家長在過去三個月內和早療服務人員接觸的次數愈多，其對生理健康、心理、社會關係、環境、整體生活品質之評價愈佳。

表 4-27 早療服務頻率與生活品質之皮爾森積差相關分析

變項	生活品質及其各構面				
	生理健康 (n=229)	心理 (n=230)	社會關係 (n=222)	環境 (n=228)	生活品質 (n=214)
早療服務頻率	.133*	.210**	.165*	.200**	.217**

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

由此可知，研究假設 1-1（不同的兒童背景變項在生活品質上有顯著差異）未獲得驗證，研究假設 1-2（不同的家長與家庭背景變項在生活品質上有顯著差異）及研究假設 1-3（不同的早療服務概況在生活品質上有顯著差異）僅獲得部分驗證。

貳、社會支持與生活品質之相關分析

社會支持共有三個構面，為工具性支持、資訊性支持及情緒性支持，分別對生活品質的四個範疇進行皮爾森積差相關分析（Pearson Correlation Analysis），結果詳如表 4-28 社會支持與生活品質之皮爾森積差相關係數矩陣所示。透過統計

結果得知，整體社會支持與整體生活品質及其四個範疇皆未達顯著相關。

表4-28 社會支持與生活品質之皮爾森積差相關係數矩陣 (n=188)

變項	S	S1	S2	S3	Q	Q1	Q2	Q3	Q4
S 整體社會支持	1.000								
S1 工具性支持	.828***	1.000							
S2 資訊性支持	.732***	.388***	1.000						
S3 情緒性支持	.914***	.582***	.643***	1.000					
Q 整體生活品質	-.014	-.197**	.240**	.033	1.000				
Q1 生理健康	-.009	-.138	.191**	.015	.885***	1.000			
Q2 心理	-.008	-.173*	.235**	.027	.903***	.758***	1.000		
Q3 社會關係	.000	-.171*	.229**	.044	.846***	.630***	.693***	1.000	
Q4 環境	-.032	-.209**	.188*	.032	.888***	.738***	.721***	.664***	1.000

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

工具性支持與整體生活品質、心理、社會關係、環境範疇達顯著負相關，相關係數分別為 -.197**、-.173*、-.171*、-.209**，均呈現低度負相關。顯示受訪家長所感受到的工具性支持愈多，其對整體生活品質、心理、社會關係、環境的評價反而愈差。研究者認為可能是因為獲得較多工具性支持的家長通常是經濟弱勢家庭，所以早療服務人員會提供其較多的工具性支持，而根據皮爾森積差相關分析結果發現，家庭經濟收入確實與工具性支持呈現顯著負相關（相關係數為 -0.241***），表示家庭經濟收入愈少者，其所感受到的工具性支持愈多。而經濟弱勢家庭可能對其生活品質之評價也較低，所以導致工具性支持愈多，對生活品質之評價愈差。

資訊性支持與整體生活品質及其四個範疇達顯著正相關，相關係數分別為 .240**、.191**、.235**、.229**、.188*，均呈現低度正相關，意即受訪家長所感受到的資訊性支持愈多，其對整體生活品質及其各範疇之評價愈高，此孫佩雯（2006）的研究結果一致，學齡前自閉症兒童主要照顧者主觀所獲得的資訊性支

持愈多，其對整體生活品質、生理健康、心理、社會關係、環境範疇之評價也愈高。而在社會支持的三個構面中，僅有情緒性支持與整體生活品質及其各範疇皆未達顯著相關。

由此可知，研究假設 3-1（整體社會支持與整體生活品質呈顯著正相關）未獲得驗證，研究假設 3-2（社會支持各構面與生活品質各範疇呈顯著正相關）一部分獲得驗證，一部份則遭到違反。

肆、充權與生活品質之相關分析

充權共有三個層面，為家庭、服務系統、社區與政策，分別對生活品質的四個範疇進行皮爾森積差相關分析（Pearson Correlation Analysis），結果詳如表 4-29 充權與生活品質之皮爾森積差相關係數矩陣所示。

表4-29 充權與生活品質之皮爾森積差相關係數矩陣（n=188）

變項	E	E1	E2	E3	Q	Q1	Q2	Q3	Q4
E 整體充權	1.000								
E1 家庭	.823***	1.000							
E2 服務系統	.873***	.691***	1.000						
E3 社區與政策	.817***	.438***	.540***	1.000					
Q 整體生活品質	.290***	.399***	.243**	.117	1.000				
Q1 生理健康	.212**	.308***	.177*	.072	.885***	1.000			
Q2 心理	.259***	.387***	.207**	.090	.903***	.758***	1.000		
Q3 社會關係	.263***	.357***	.212**	.117	.846***	.630***	.693***	1.000	
Q4 環境	.286***	.352***	.258***	.134	.888***	.738***	.721***	.664***	1.000

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

透過統計結果得知，整體充權與整體生活品質及其四個範疇皆達顯著正相關，相關係數分別為 .290***、.212**、.259***、.263***、.286***，表示受訪家長的整體充權程度愈高，其對整體生活品質及其各範疇之評價愈高。

家庭層面充權與整體生活品質及其四個範疇皆達顯著正相關，相關係數分別為 .399***、.308***、.387***、.357***、.352***。顯示受訪家長在家庭層面充權之得分愈高，其對整體生活品質及其各範疇之評價愈高。

服務系統層面充權與整體生活品質及其四個範疇皆達顯著正相關，相關係數分別為 .243**、.177*、.207**、.212**、.258***。顯示受訪家長在服務系統層面充權之得分愈高，其對整體生活品質及其各範疇之評價愈高。不過，社區與政策層面充權與整體生活品質及其四個範疇皆未達顯著相關。

由此可知，研究假設 4-1（整體充權與整體生活品質呈顯著正相關）獲得驗證，研究假設 4-2（充權各層面與生活品質各範疇呈顯著正相關）大部分獲得驗證。

伍、小結

各變項與整體生活品質及其各範疇之差異與相關情形，詳如表 4-30 所示。本研究之人口背景變項包括孩子是否領有身障手冊、孩子的障礙程度、孩子開始接受早療服務的年齡(月)、主要照顧者身份、同住家人人數、家長婚姻狀態、家長受教育年數、家庭每月經濟收入。早療服務概況包括早療服務單位、早療服務時間、早療服務頻率。自變項則為社會支持（工具性支持、資訊性支持、情緒性支持）與充權（家庭、服務系統、社區與政策）。

在人口背景變項部分，孩子的背景變項（孩子是否領有障礙手冊、孩子的障礙程度、孩子開始接受早療服務的年齡）不會影響家長的生活品質。關於家長及家庭的背景變項，主要照顧者與家長婚姻狀態在生活品質的某些範疇上達顯著差異。研究結果顯示，若有多人共同照顧孩子，家長的生理健康及心理健康皆會顯著佳於主要照顧者僅為母親的家長；已婚家長的生理健康、社會關係、環境、整體生活品質，皆顯著較非已婚家長好。

同住家人人數與心理範疇、環境範疇達顯著負相關，意即同住家人人數愈多，

家長對於心理範疇及環境範疇的評價愈差。家長受教育年數、家庭每月經濟收入與生理健康範疇、心理範疇、環境範疇、整體生活品質達顯著正相關，意即家長的學歷愈高，家庭每月經濟收入愈多，家長對其生理健康、心理、環境、整體生活品質之評價皆愈佳。

在早療服務概況部分，早療服務頻率與生理健康範疇、心理範疇、社會關係範疇、環境範疇、整體生活品質達顯著正相關，意即家長在過去三個月內和早療服務人員接觸的次數愈多，其對生理健康、心理、社會關係、環境、整體生活品質之評價愈高。但是，早療服務單位、早療服務時間均不影響家長的生活品質。

在自變項部分，整體社會支持與整體生活品質及其各範疇皆未達顯著相關，情緒性支持與整體生活品質及其各範疇也未達顯著相關。資訊性支持與整體生活品質及其各範疇達顯著正相關，意即當家長所感受到的資訊性支持愈多，其對生活品質之評價愈佳。但是，工具性支持與心理範疇、社會關係範疇、環境範疇、整體生活品質則是呈顯著負相關，意即家長所感受到的工具性支持愈多，其對心理健康、社會關係、環境、整體生活品質的評價反而愈差。研究者認為可能是因為獲得較多工具性支持的家長通常是經濟弱勢家庭，所以早療服務人員會提供其較多的工具性支持，而根據皮爾森積差相關分析結果發現，家庭經濟收入愈少者，其所感受到的工具性支持的確愈多。而經濟弱勢家庭可能對其生活品質之評價也較低，所以導致工具性支持愈多，對生活品質之評價愈差。

整體充權與整體生活品質及其四個範疇皆達顯著正相關，表示家長的整體充權程度愈高，其對整體生活品質及其各範疇之評價愈高。家庭層面充權與整體生活品質及其四個範疇皆達顯著正相關，顯示家長在家庭層面充權之得分愈高，其對整體生活品質及其各範疇之評價愈高。服務系統層面充權與整體生活品質及其四個範疇皆達顯著正相關，顯示家長在服務系統層面充權之得分愈高，其對整體生活品質及其各範疇之評價愈高。不過，社區與政策層面充權與整體生活品質及其四個範疇皆未達顯著相關。

表 4-30 各變項與生活品質各範疇之差異與相關情形

	生活品質				
	生理健康	心理	社會關係	環境	整體生活品質
孩子是否領有身障手冊					
孩子的障礙程度					
孩子開始接受早療服務的年齡(月)					
主要照顧者	* 多人共同照顧 > 母親	* 多人共同照顧 > 母親			
同住家人人數		$r = -.151^*$		$r = -.175^{**}$	
家長婚姻狀態	** 已婚 > 非已婚		*** 已婚 > 非已婚	** 已婚 > 非已婚	** 已婚 > 非已婚
家長受教育年數	$r = .156^*$	$r = .175^{**}$		$r = .319^{***}$	$r = .151^*$
家庭每月經濟收入	$r = .188^{**}$	$r = .151^*$		$r = .391^{***}$	$r = .190^{**}$
早療服務單位					
早療服務時間					
早療服務頻率	$r = .133^*$	$r = .210^{**}$	$r = .165^*$	$r = .200^{**}$	$r = .217^{**}$
整體社會支持					
工具性支持		$r = -.173^*$	$r = -.171^*$	$r = -.209^{**}$	$r = -.197^{**}$
資訊性支持	$r = .191^{**}$	$r = .235^{**}$	$r = .229^{**}$	$r = .188^*$	$r = .240^{**}$
情緒性支持					
整體充權	$r = .212^{**}$	$r = .259^{***}$	$r = .263^{***}$	$r = .286^{***}$	$r = .290^{***}$
家庭層面	$r = .308^{***}$	$r = .387^{***}$	$r = .357^{***}$	$r = .352^{***}$	$r = .399^{***}$
服務系統層面	$r = .177^*$	$r = .207^{**}$	$r = .212^{**}$	$r = .258^{***}$	$r = .243^{**}$
社區與政策層面					
* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$					

第四節 生活品質之迴歸分析

此節主要是藉由階層迴歸分析來檢驗人口基本變項、早療服務概況、社會支持及充權對生活品質之影響程度為何。為了簡化分析模型，在第一階段部分，研究者只將前一節中對生活品質達顯著差異或相關之人口基本變項及早療服務概況放入迴歸模型，並且將其中二個有顯著的類別變項轉換成虛擬變項，主要照顧者部分以「其他組」為參照組，家長婚姻狀態部分以「非已婚組」為參照組。在第二階段部分，研究者將顯著的社會支持構面與顯著的充權層面放入迴歸模型中，觀察模型的解釋力有無增加，以及人口基本變項與早療服務概況對生活品質的影響是否有所變化。以下針對生活品質的四個範疇及整體生活品質分別做其階層迴歸分析。

壹、生理健康範疇之階層迴歸分析

一、人口基本變項與早療服務概況對生理健康之影響

表 4-31 顯示生理健康範疇之階層迴歸分析結果。在第一階段的分析中，研究者將「主要照顧者為母親」、「主要照顧者為多人共同照顧」、「家長婚姻狀態」、「家長教育年數」、「家庭每月經濟收入」、「早療服務頻率」放入迴歸模型中，結果發現整體迴歸模型達顯著水準($F(6,198)= 4.462, p=.000$)，決定係數值 R^2 為 .119，調整後決定係數值 Ra^2 為 .092，表示人口基本變項與早療服務概況對生理健康範疇的解釋力有 9.2%。進一步分析個別預測變項之標準化迴歸係數及其顯著上，只有發現家長婚姻狀態 ($t= 2.775, p=.006$) 達顯著水準，由其 Beta 值的正負值與絕對值大小可知 ($\beta = .209$)，已婚的家長其生理健康佳於非已婚的家長。

二、人口基本變項、早療服務概況、社會支持與充權對生理健康之影響

在第二階段的分析中，再將「資訊性支持」、「家庭充權」、「服務系統充權」納入迴歸模型中，結果發現整體迴歸模型達顯著水準($F(9,195)= 5.719, p=.000$)，

決定係數值 R^2 為 .209，調整後決定係數值 Ra^2 為 .172，表示對生理健康範疇的解釋力達 17.2%，其整體解釋力較第一個階層迴歸模型增加 9.0% ($\Delta R^2 = .090$)，社會支持與充權區組的解釋力增量達顯著水準 ($\Delta F(3,195) = 7.372$ ， $\Delta p = .000$)。

表 4-31 生理健康範疇之階層迴歸分析表

加入自變項	生理健康範疇					
	模式一			模式二		
	Beta	<i>t</i>	<i>p</i>	Beta	<i>t</i>	<i>p</i>
主要照顧者為母親	-.136	-1.123	.263	-.086	-0.739	.461
主要照顧者為多人 共同照顧	.057	0.480	.632	.069	0.602	.548
家長婚姻狀態	.209	2.775**	.006	.161	2.217*	.028
家長教育年數	.047	0.540	.590	-.002	-0.018	.986
家庭每月經濟收入	.092	1.063	.289	.097	1.167	.245
早療服務頻率	.113	1.682	.094	.102	1.560	.120
資訊性支持				.098	1.390	.166
家庭充權				.394	4.424***	.000
服務系統充權				-.229	-2.514*	.013
R^2	.119***			.209***		
Ra^2	.092***			.172***		
F	4.462***			5.719***		
p	.000***			.000***		
ΔR^2	.119***			.090***		
ΔF	4.462***			7.372***		
Δp	.000***			.000***		
* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$						

進一步分析個別預測變項之標準化迴歸係數及其顯著上，發現家長婚姻狀態 ($t = 2.217$ ， $p = .028$)、家庭充權 ($t = 4.424$ ， $p = .000$)、服務系統充權 ($t = -2.514$ ， $p = .013$) 均達顯著水準，由其 Beta 值的正負值與絕對值大小可知 ($\beta = .161$ 、 $\beta = .394$ 、 $\beta = -.229$)，已婚的家長其生理健康佳於非已婚的家長；家長在家庭充權之得分愈高，其生理健康愈佳；家長在服務系統充權之得分愈高，其生理健康

反而愈差。在皮爾森相關分析中，服務系統充權與生理健康呈顯著正相關，但在迴歸模型中，家長在服務系統充權之得分愈高，其生理健康反而愈差，為何產生這樣相反的結果，此部分有待後續研究進一步檢驗。這三個變項對生理健康的預測能力由大至小分別是家庭充權、服務系統充權、家長婚姻狀態。

貳、心理範疇之階層迴歸分析

一、人口基本變項與早療服務概況對心理之影響

表 4-32 顯示心理範疇之階層迴歸分析結果。在第一階段的分析中，將「主要照顧者為母親」、「主要照顧者為多人共同照顧」、「同住家人人數」、「家長教育年數」、「家庭每月經濟收入」、「早療服務頻率」放入迴歸模型中，結果發現整體迴歸模型達顯著水準 ($F(6,189)=4.266, p=.000$)，決定係數值 R^2 為 .119，調整後決定係數值 Ra^2 為 .091，表示人口基本變項與早療服務概況對心理健康範疇的解釋力為 9.1%。

進一步分析個別預測變項之標準化迴歸係數及其顯著上，結果發現同住家人人數 ($t=-2.015, p=.045$) 與早療服務頻率 ($t=2.997, p=.003$) 達顯著水準，由其 Beta 值的正負值與絕對值大小可知 ($\beta = -.144, \beta = .205$)，同住家人人數愈多，家長的心理健康反而愈差；家長在過去三個月內接觸早療人員的次數愈多，其心理健康愈佳；早療服務頻率對心理範疇的預測能力大於同住家人人數。

二、人口基本變項、早療服務概況、社會支持與充權對心理之影響

在第二階段的分析中，再將「工具性支持」、「資訊性支持」、「家庭充權」、「服務系統充權」納入迴歸模型中，結果發現整體迴歸模型達顯著水準 ($F(10,185)=7.694, p=.000$)，決定係數值 R^2 為 .294，調整後決定係數值 Ra^2 為 .256，表示對心理範疇的解釋力達 25.6%，其整體解釋力較第一個階層迴歸模型增加 17.4% ($\Delta R^2 = .174$)，社會支持與充權區組的解釋力增量達顯著水準 ($\Delta F(4,185)=11.423, \Delta p=.000$)。

表 4-32 心理範疇之階層迴歸分析表

加入自變項	心理範疇					
	模式一			模式二		
	Beta	<i>t</i>	<i>p</i>	Beta	<i>t</i>	<i>p</i>
主要照顧者為母親	-.057	-0.485	.628	-.030	-0.282	.778
主要照顧者為多人 共同照顧	.122	1.043	.298	.103	0.970	.334
同住家人人數	-.144	-2.015*	.045	-.162	-2.495*	.013
家長教育年數	.137	1.543	.125	.039	0.474	.636
家庭每月經濟收入	-.040	-0.465	.642	-.047	-0.591	.555
早療服務頻率	.205	2.997**	.003	.158	2.500*	.013
工具性支持				-.207	-2.886**	.004
資訊性支持				.248	3.356**	.001
家庭充權				.429	5.040***	.000
服務系統充權				-.199	-2.274*	.024
R^2	.119***			.294***		
Ra^2	.091***			.256***		
F	4.266***			7.694***		
p	.000***			.000***		
ΔR^2	.119***			.174***		
ΔF	4.266***			11.423***		
Δp	.000***			.000***		
* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$						

進一步分析個別預測變項之標準化迴歸係數及其顯著上，發現有同住家人人數 ($t = -2.495, p = .013$)、早療服務頻率 ($t = 2.500, p = .013$)、工具性支持 ($t = -2.886, p = .004$)、資訊性支持 ($t = 3.356, p = .001$)、家庭充權 ($t = 5.040, p = .000$)、服務系統充權 ($t = -2.274, p = .024$) 達顯著水準，由其 Beta 值的正負值與絕對值大小可知 ($\beta = -.162$ 、 $\beta = .158$ 、 $\beta = -.207$ 、 $\beta = .248$ 、 $\beta = .429$ 、 $\beta = -.199$)，同住家人人數愈多，家長的心理健康反而愈差；家長在過去三個月內接觸早療人員的次數愈多，其心理健康愈佳；家長所感受到的工具性支持愈多，其心理健康愈差；家長所感受到的資訊性支持愈多，其心理健康愈佳；家長在家庭充權之得分愈高，

其心理健康愈佳；家長在服務系統充權之得分愈高，其心理健康反而愈差。在皮爾森相關分析中，服務系統充權與心理健康呈顯著正相關，但在迴歸模型中，家長在服務系統充權之得分愈高，其心理健康反而愈差，為何產生這樣相反的結果，此部分有待後續研究進一步檢驗。這六個變項對心理健康的預測能力由大至小分別是家庭充權、資訊性支持、工具性支持、服務系統充權、同住家人人數、早療服務頻率。

參、社會關係範疇之階層迴歸分析

一、人口基本變項與早療服務概況對社會關係之影響

表 4-33 顯示社會關係範疇之階層迴歸分析結果。在第一階段的分析中，將「家長婚姻狀態」與「早療服務頻率」放入迴歸模型中，結果發現整體迴歸模型達顯著水準 ($F(2,194)= 5.865, p=.003$)，決定係數值 R^2 為 .057，調整後決定係數值 Ra^2 為 .047，表示人口基本變項與早療服務概況對社會關係範疇的解釋力僅有 4.7%。

進一步分析個別預測變項之標準化迴歸係數及其顯著上，結果發現家長婚姻狀態 ($t= 2.284, p=.023$) 與早療服務頻率 ($t= 2.271, p=.024$) 均達顯著水準，由其 Beta 值的正負值與絕對值大小可知 ($\beta = .160, \beta = .159$)，已婚的家長其社會關係比非已婚的家長好；家長在過去三個月內接觸早療人員的次數愈多，其社會關係愈佳；家長婚姻狀態對社會關係範疇的預測能力稍微大於早療服務頻率。

二、人口基本變項、早療服務概況、社會支持與充權對社會關係之影響

在第二階段的分析中，再將「工具性支持」、「資訊性支持」、「家庭充權」、「服務系統充權」納入迴歸模型中，結果發現整體迴歸模型達顯著水準 ($F(6,190)= 8.969, p=.000$)，決定係數值 R^2 為 .221，調整後決定係數值 Ra^2 為 .196，表示對社會關係範疇的解釋力達 19.6%，其整體解釋力較第一個階層迴歸模型增加 16.4%

($\Delta R^2 = .164$)，社會支持與充權區組的解釋力增量達顯著水準($\Delta F(4,190) = 9.979$ ， $\Delta p = .000$)。

表 4-33 社會關係範疇之階層迴歸分析表

加入自變項	社會關係範疇					
	模式一			模式二		
	Beta	<i>t</i>	<i>p</i>	Beta	<i>t</i>	<i>p</i>
家長婚姻狀態	.160	2.284*	.023	.082	1.238	.217
早療服務頻率	.159	2.271*	.024	.096	1.460	.146
工具性支持				-.262	-3.674***	.000
資訊性支持				.245	3.196**	.002
家庭充權				.302	3.407**	.001
服務系統充權				-.071	-0.771	.442
R^2	.057**			.221***		
Ra^2	.047**			.196***		
F	5.865**			8.969***		
p	.003**			.000***		
ΔR^2	.057**			.164***		
ΔF	5.865**			9.979***		
Δp	.003**			.000***		
* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$						

進一步分析個別預測變項之標準化迴歸係數及其顯著上，發現工具性支持 ($t = -3.674, p = .000$)、資訊性支持 ($t = 3.196, p = .002$) 及家庭充權 ($t = 3.407, p = .001$) 達顯著水準，但人口基本變項與早療服務概況對社會關係則無顯著影響了。由 Beta 值的正負值與絕對值大小可知 ($\beta = -.262$ 、 $\beta = .245$ 、 $\beta = .302$)，家長所感受到的工具性支持愈多，其社會關係愈差；家長所感受到的資訊性支持愈多，其社會關係愈佳；家長在家庭充權之得分愈高，其社會關係愈佳。這三個變項對社會關係的預測能力由大至小分別是家庭充權、工具性支持、資訊性支持。

肆、環境範疇之階層迴歸分析

一、人口基本變項與早療服務概況對環境之影響

表 4-34 顯示環境範疇之階層迴歸分析結果。在第一階段的分析中，將「同住家人人數」、「家長婚姻狀態」、「家長教育年數」、「家庭每月經濟收入」、「早療服務頻率」放入迴歸模型中，結果發現整體迴歸模型達顯著水準($F(5,185)=9.988$, $p=.000$)，決定係數值 R^2 為 .213，調整後決定係數值 Ra^2 為 .191，表示人口基本變項與早療服務概況對環境範疇的解釋力為 19.1%。

進一步分析個別預測變項之標準化迴歸係數及其顯著上，發現有家庭每月經濟收入 ($t=3.096$, $p=.002$) 與早療服務頻率 ($t=2.490$, $p=.014$) 達顯著水準，由其 Beta 值的正負值與絕對值大小可知 ($\beta = .260$ 、 $\beta = .164$)，家庭每月經濟收入愈多，家長對環境範疇的評價愈佳；家長在過去三個月內接觸早療人員的次數愈多，其對環境範疇的評價也愈佳；家庭每月經濟收入對環境範疇的預測能力大於早療服務頻率。

二、人口基本變項、早療服務概況、社會支持與充權對環境之影響

在第二階段的分析中，再將「工具性支持」、「資訊性支持」、「家庭充權」、「服務系統充權」納入迴歸模型中，結果發現整體迴歸模型達顯著水準 ($F(9,181)=9.256$, $p=.000$)，決定係數值 R^2 為 .315，調整後決定係數值 Ra^2 為 .281，表示對環境範疇的解釋力達 28.1%，其整體解釋力較第一個階層迴歸模型增加 10.3%

($\Delta R^2=.103$)，社會支持與充權區組的解釋力增量達顯著水準 ($\Delta F(4,181)=6.781$, $\Delta p=.000$)。

進一步分析個別預測變項之標準化迴歸係數及其顯著上，發現有家庭每月經濟收入 ($t=3.179$, $p=.002$)、工具性支持 ($t=-2.098$, $p=.037$)、資訊性支持 ($t=2.728$, $p=.007$)、家庭充權 ($t=3.158$, $p=.002$) 達顯著水準。由其 Beta 值的正負值與絕對值大小可知 ($\beta = .253$ 、 $\beta = -.150$ 、 $\beta = .202$ 、 $\beta = .272$)，家庭每月經濟收入愈多，家長對環境範疇之評價愈佳；家長所感受到的工具性支持愈多，其對環境範

疇之評價反而愈差；家長所感受到的資訊性支持愈多，其對環境範疇之評價愈佳；家長在家庭充權之得分愈高，其對環境範疇之評價愈佳。這四個變項對環境範疇的預測能力由大至小分別是家庭充權、家庭每月經濟收入、資訊性支持、工具性支持。

表 4-34 環境範疇之階層迴歸分析表

加入自變項	環境範疇					
	模式一			模式二		
	Beta	<i>t</i>	<i>p</i>	Beta	<i>t</i>	<i>p</i>
同住家人人數	-.104	-1.521	.130	-.110	-1.696	.092
家長婚姻狀態	.096	1.374	.171	.065	0.970	.333
家長教育年數	.123	1.412	.160	.055	0.661	.510
家庭每月經濟收入	.260	3.096**	.002	.253	3.179**	.002
早療服務頻率	.164	2.490*	.014	.120	1.892	.060
工具性支持				-.150	-2.098*	.037
資訊性支持				.202	2.728**	.007
家庭充權				.272	3.158**	.002
服務系統充權				-.061	-0.690	.491
R^2	.213***			.315***		
Ra^2	.191***			.281***		
F	9.988***			9.256***		
p	.000***			.000***		
ΔR^2	.213***			.103***		
ΔF	9.988***			6.781***		
Δp	.000***			.000***		
* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$						

伍、整體生活品質之階層迴歸分析

一、人口基本變項與早療服務概況對整體生活品質之影響

表 4-35 顯示整體生活品質之階層迴歸分析結果。在第一階段的分析中，將「家長婚姻狀態」、「家長教育年數」、「家庭每月經濟收入」、「早療服務頻率」放入迴歸模型中，結果發現整體迴歸模型達顯著水準 ($F(4,182) = 4.514$, $p = .002$)，

決定係數值 R^2 為 .090，調整後決定係數值 Ra^2 為 .070，表示人口基本變項與早療服務概況對整體生活品質的解釋力為 7.0%。

進一步分析個別預測變項之標準化迴歸係數及其顯著上，發現僅有早療服務頻率 ($t = 2.856, p = .005$) 達顯著水準。由早療服務頻率的 Beta 值可知 ($\beta = .204$)，家長在過去三個月內接觸早療人員的次數愈多，其整體生活品質愈佳。

表 4-35 整體生活品質之階層迴歸分析表

加入自變項	整體生活品質					
	模式一			模式二		
	Beta	<i>t</i>	<i>p</i>	Beta	<i>t</i>	<i>p</i>
家長婚姻狀態	.097	1.327	.186	.031	0.463	.644
家長教育年數	.073	0.803	.423	-.023	-0.273	.785
家庭每月經濟收入	.096	1.053	.294	.088	1.059	.291
早療服務頻率	.204	2.856**	.005	.151	2.268*	.025
工具性支持				-.225	-3.081**	.002
資訊性支持				.227	2.954**	.004
家庭充權				.397	4.389***	.000
服務系統充權				-.124	-1.338	.182
R^2	.090**			.266***		
Ra^2	.070**			.233***		
<i>F</i>	4.514**			8.054***		
<i>p</i>	.002**			.000***		
ΔR^2	.090**			.176***		
ΔF	4.514**			10.637***		
Δp	.002**			.000***		
* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$						

二、人口基本變項、早療服務概況、社會支持與充權對整體生活品質之影響

在第二階段的分析中，再將「工具性支持」、「資訊性支持」、「家庭充權」、「服務系統充權」納入迴歸模型中，結果發現整體迴歸模型達顯著水準 ($F(8,178) = 8.054, p = .000$)，決定係數值 R^2 為 .266，調整後決定係數值 Ra^2 為 .233，表示對

整體生活品質的解釋力達 23.3%，其整體解釋力較第一個階層迴歸模型增加 17.6% ($\Delta R^2 = .176$)，社會支持與充權區組的解釋力增量達顯著水準 ($\Delta F(4,178) = 10.637$ ， $\Delta p = .000$)。

進一步分析個別預測變項之標準化迴歸係數及其顯著上，發現有早療服務頻率 ($t = 2.268$ ， $p = .025$)、工具性支持 ($t = -3.081$ ， $p = .002$)、資訊性支持 ($t = 2.954$ ， $p = .004$)、家庭充權 ($t = 4.389$ ， $p = .000$) 達顯著水準。由其 Beta 值的正負值與絕對值大小可知 ($\beta = .151$ 、 $\beta = -.225$ 、 $\beta = .227$ 、 $\beta = .397$)，家長在過去三個月內接觸早療人員的次數愈多，其整體生活品質愈佳；家長所感受到的工具性支持愈多，其整體生活品質反而愈差；家長所感受到的資訊性支持愈多，其整體生活品質愈佳；家長在家庭充權之得分愈高，其整體生活品質愈佳。這四個變項對整體生活品質的預測能力由大至小分別是家庭充權、資訊性支持、工具性支持、早療服務頻率。

陸、路徑分析

分別以整體充權與整體生活品質為依變項進行二次多元迴歸分析，統計結果顯示整體充權 ($F(3,194) = 11.736$ ， $p = .000$) 與整體生活品質 ($F(4,183) = 12.271$ ， $p = .000$) 皆能夠有效被解釋，整體充權的解釋變異量為 15.4%，整體生活品質的解釋變異量為 21.1%，整個路徑模型估計之結果如圖 4-1 所示。

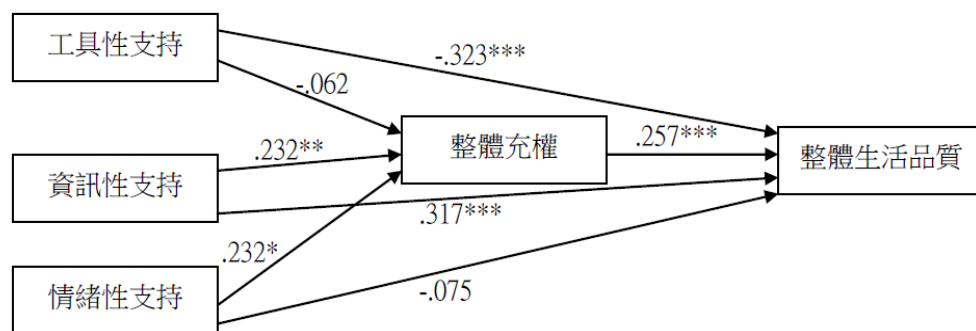


圖 4-1 路徑圖

表 4-36 顯示路徑分析各項效果分解說明。工具性支持對整體生活品質僅有直接效果，不具有間接效果，總效果為 -.323。資訊性支持對整體生活品質不僅有直接效果，也具有間接效果，總效果為 .377，因此可知，資訊性支持會透過整體充權的間接中介效果對整體生活品質產生影響，但僅具有部分中介效果。情緒性支持對整體生活品質不具有直接效果，但具有間接效果，總效果為 .060，表示情緒性支持會透過整體充權的間接中介效果對整體生活品質產生影響，並且為完全中介效果。

表 4-36 路徑分析各項效果分解說明

自變項		依變項：內衍變項	
		整體充權	整體生活品質
外衍變項			
工具性支持	直接效果	—	-.323
	間接效果	—	—
	總效果	—	-.323
資訊性支持	直接效果	.232	.317
	間接效果	—	.060
	總效果	.232	.377
情緒性支持	直接效果	.232	—
	間接效果	—	.060
	總效果	.232	.060
中介變項			
整體充權	直接效果	—	.257
	間接效果	—	—
	總效果	—	.257

從路徑分析結果可知，家長感受到早療服務人員提供的工具性支持愈多，家長反而對生活品質之評價愈差，這可能是因為獲得較多工具性支持的家長，其本身家庭的經濟狀況較差，因而其對生活品質之評價也較差。早療服務人員所提供的工具性支持會直接對家長的生活品質造成影響，但不會影響家長的充權程度。早療服務人員所提供的資訊性支持會直接影響家長的生活品質，也會透過充權的

中介效果去影響家長的生活品質，意即早療服務人員提供的資訊性支持會提高家長的充權程度，進而提升家長的生活品質。雖然早療服務人員提供的情緒性支持不會直接影響家長的生活品質，但是提供情緒性支持會提高家長的充權程度，進而提升家長的生活品質。

由此可知，早療服務人員提供資訊性支持與情緒性支持皆會提高家長的充權程度，進而提升家長的生活品質，但是提供工具性支持不僅無法提高家長的充權程度，也不會提升家長的生活品質，這是值得專業人員省思的地方，不同的服務會造成不一樣的效果。

柒、小結

透過階層迴歸分析可以發現，迴歸模型對整體生活品質的解釋力達 23.3%，家庭充權、資訊性支持、工具性支持、早療服務頻率為整體生活品質之重要預測因子。在生活品質各範疇的階層迴歸模型可以發現，相較而言，整體迴歸模型對環境範疇的解釋力為最佳（28.1%），其次分別為對心理範疇的解釋力（25.6%）及對社會關係範疇的解釋力（19.6%），對生理健康範疇的解釋力則是最差（17.2%）。

此外，家庭充權為整體生活品質及其各範疇的重要預測因子，意即家長在家庭層面充權之得分愈高，其對整體生活品質及其各範疇之評價愈佳。工具性支持、資訊性支持為心理範疇、社會關係範疇、環境範疇、整體生活品質的重要預測因子，意即家長所感受到的工具性支持愈多，其對心理範疇、社會關係範疇、環境範疇、整體生活品質之評價愈差；家長所感受到的資訊性支持愈多，其對心理範疇、社會關係範疇、環境範疇、整體生活品質之評價愈佳。

研究者藉由路徑分析檢驗整體充權的中介效果，結果發現資訊性支持除了直接影響生活品質外，還會透過整體充權的間接中介效果對整體生活品質產生影響，但僅具有部分中介效果；情緒性支持會透過整體充權的間接中介效果對整體生活品質產生影響，並且為完全中介效果。表示早療服務人員提供資訊性支持與情緒

性支持會提高家長的充權程度，進而提升家長的生活品質。但是工具性支持對整體生活品質僅有直接效果，不具有間接效果，而且早療服務人員提供的工具性支持愈多，家長對生活品質之評價反而愈差，由此可知提供工具性支持不僅無法提高家長的充權程度，也不會提升家長的生活品質。

由此可知，研究假設 5-1（社會支持各構面、充權各層面可以有效地預測整體生活品質）、研究假設 5-2（社會支持各構面、充權各層面可以有效地預測生活品質各範疇）、研究假設 5-3（社會支持各構面會透過整體充權的間接中介效果對整體生活品質產生影響）獲得部分驗證。

第五章 研究結論與建議

本章第一節針對研究結果之發現進行回顧與整理，將研究結果做出摘要與結論。關於第二節部分，研究者根據研究結果對於此相關議題做出初步的討論與建議，希望能對實務界的助人工作者與後續從事相關研究議題的研究者有所幫助，此外，對本研究之限制進行說明，期許後續研究者能針對本研究不足之處進行更縝密與精闢的討論與論述。

第一節 研究結論

壹、早期療育服務概況

1. 家長認為和其最常接觸或印象最深刻的早療服務人員是治療師（42.6%），其次是特教老師（29.7%），再來才是社工員（11.9%）。
2. 將近四成五的家長每個星期和早療服務人員連繫一次，至於家長接受早療人員服務的時間長短則有些差距。

貳、家長之社會支持感受分析

1. 家長感受到早療服務人員所提供之正式社會支持為中度偏低程度。
2. 在社會支持的三個構面中，家長最常感受到早療服務人員所提供的資訊性支持，其次為情緒性支持，工具性支持則為最低，並且資訊性支持顯著高於情緒性支持、工具性支持，情緒性支持顯著高於工具性支持。
3. 不管是在工具性、資訊性、情緒性或整體社會支持，家長感受到衛生單位所提供的支持明顯低於教育單位及社福單位。
4. 家長接受早療服務的時間長短與社會支持及其各構面皆未達顯著相關，意即家長接受早療服務的時間長短不影響其所感受到的社會支持。

5. 早療服務頻率與資訊性支持、情緒性支持、整體社會支持達顯著正相關，表示家長在過去三個月內和早療服務人員接觸的次數愈多，其所感受到的資訊性支持、情緒性支持、整體社會支持均愈高。

參、家長之充權概況分析

1. 家長之整體充權為中度偏高程度。
2. 在充權的三個層面中，家長得分最高的是服務系統層面，其次為家庭層面，社區與政策層面則為最低，並且服務系統層面之得分顯著高於家庭層面、社區與政策層面，家庭層面之得分顯著高於社區與政策層面。
3. 不同的早療服務單位不會影響家長的家庭層面充權、服務系統層面充權、社區與政策層面充權、整體充權。
4. 家長接受早療服務的時間長短僅和整體充權達顯著正相關，表示家長接受早療服務的時間愈長，其整體充權程度愈高，但早療服務時間與充權的三個層面皆未達顯著相關。
5. 家長接受早療服務之頻率與整體充權及其各層面皆未達顯著相關，表示家長在過去三個月內和早療服務人員接觸的次數多寡，不影響家長在家庭層面充權、服務系統層面充權、社區與政策層面充權、整體充權之程度。

肆、家長之生活品質概況分析

一、生活品質概況分析

1. 整體而言，家長的綜合生活品質與綜合健康滿意度均屬中度偏低程度。
2. 與 NHIS 研究資料相比較，本研究家長對於綜合生活品質與整體健康滿意度之評價明顯比一般人差，而家長對於生理健康、心理、社會關係、環境範疇之評價亦明顯比一般人差。
3. 有關生活品質的四個範疇中，家長得分最高的是生理健康範疇，其次分別為社會關係範疇及環境範疇，心理範疇之得分則為最低，並且生理健康範疇之

得分明顯高於心理範疇、環境範疇，社會關係範疇之得分也明顯高於心理範疇、環境範疇。

二、人口基本變項與早療服務概況在生活品質之差異與相關分析

1. 主要照顧者、家長婚姻狀態在生活品質的某些範疇上達顯著差異。研究結果顯示，若有多人共同照顧孩子，家長的生理健康及心理健康皆會顯著佳於主要照顧者僅為母親的家長；已婚家長的生理健康、社會關係、環境、整體生活品質，皆顯著較非已婚家長好。
2. 同住家人人數愈多，家長對於心理範疇及環境範疇的評價愈差；家長的學歷愈高，家庭每月經濟收入愈多，家長對其生理健康、心理、環境、整體生活品質之評價皆愈佳。
3. 在過去三個月內，家長接觸早療服務人員的次數愈多，其對生理健康、心理、社會關係、環境、整體生活品質之評價愈高。
4. 孩子是否領有障礙手冊、孩子的障礙程度、孩子開始接受早療服務的年齡(月)、早療服務單位、早療服務時間均不影響家長的生活品質。

伍、社會支持、充權、生活品質三者之相關分析

1. 透過皮爾森積差相關分析結果得知，整體社會支持與整體充權呈顯著正相關，社會支持的三個構面與整體充權也達顯著正相關。除了工具性支持與家庭層面充權未達顯著相關外，社會支持各構面與充權各層面均達顯著正相關。意即當家長所感受到的社會支持愈多，其充權程度也愈高。
2. 整體社會支持與整體生活品質及其各範疇皆未達顯著相關，情緒性支持與整體生活品質及其各範疇也未達顯著相關。資訊性支持與整體生活品質及其各範疇達顯著正相關，意即當家長所感受到的資訊性支持愈多，其對生活品質之評價愈佳。但是，工具性支持與心理範疇、社會關係範疇、環境範疇、整體生活品質則是呈顯著負相關，意即家長所感受到的工具性支持愈多，其對心理健康、社會關係、環境、整體生活品質的評價反而愈差。

3. 整體充權與整體生活品質及其四個範疇達顯著正相關，表示家長的整體充權程度愈高，其對整體生活品質及其各範疇之評價愈佳。家庭層面充權、服務系統層面充權與整體生活品質及其四個範疇達顯著正相關，顯示家長在家庭層面充權、服務系統層面充權之得分愈高，其對整體生活品質及其各範疇之評價愈佳。不過，社區與政策層面充權與整體生活品質及其四個範疇皆未達顯著相關。

陸、生活品質之迴歸分析與路徑分析

1. 透過階層迴歸分析可以發現，迴歸模型對整體生活品質的解釋力達 23.3%，家庭充權、資訊性支持、工具性支持、早療服務頻率為整體生活品質之重要預測因子。
2. 在生活品質各範疇的階層迴歸模型可以發現，相較而言，整體迴歸模型對環境範疇的解釋力為最佳 (28.1%)，其次分別為對心理範疇的解釋力 (25.6%) 及對社會關係範疇的解釋力 (19.6%)，對生理健康範疇的解釋力則是最差 (17.2%)。
3. 家庭充權為整體生活品質及其各範疇的重要預測因子，意即家長在家庭層面充權之得分愈高，其對整體生活品質及其各範疇之評價愈佳。
4. 資訊性支持會透過整體充權的間接中介效果對整體生活品質產生影響，僅具有部分中介效果；情緒性支持會透過整體充權的間接中介效果對整體生活品質產生影響，並且為完全中介效果。但是，工具性支持對整體生活品質僅有直接效果，不具有間接效果。

第二節 研究建議與研究限制

壹、對早期療育實務工作者的建議

一、持續提供資訊性支持外，應該加強提供家長情緒性支持

研究結果發現，家長經常感受到早療服務人員提供的資訊性支持，不過，家長僅偶爾感受到早療服務人員有提供情緒性支持，而且研究結果也顯示家長對於心理範疇生活品質的評價最差。早期療育實務工作者對於孩子的療育皆能提供專業服務，也能經常給予家長照顧孩子的建議及相關資訊，顯示早療服務人員在資訊性支持方面的服務做得還不錯，但在情緒性支持方面的服務則有待補強。

透過路徑分析結果得知，早療服務人員提供的資訊性支持與情緒性支持，能夠提高家長的充權程度，進而提升家長的生活品質。因此，早期療育實務工作者應持續提供家長照顧孩子所需的資訊及建議，並且加強給予家長心理支持，鼓勵與肯定家長對孩子的付出及努力，瞭解家長在照顧孩子時所面臨的處境，使得家長更有信心與能量去陪伴孩子成長。這些服務皆能提高家長的充權程度，進而增進其生活品質。

二、重新審視工具性支持服務的內涵及提供方式

藉由路徑分析結果得知，早療服務人員提供的工具性支持，並無法提升家長的充權程度，而且提供家長愈多的工具性支持，家長的生活品質反而愈差。由此可知，早期療育實務工作者應該重新審視工具性支持服務的內涵與提供方式，不能僅是提供家長所需要的實物或經濟補助，而是要在提供服務的過程中，提升家長的能力，這樣才能達到充權家長的效果，進而提升其生活品質。

三、應該讓家長瞭解自己與孩子在特殊教育法令中擁有的權利

透過受訪家長之充權調查結果發現，家長對於特殊教育法令中有關家長及孩子的權利不甚瞭解。早期療育實務工作者應該多舉辦相關法律知識講座，補強家

長此方面的法律知識，讓家長瞭解自己與孩子在法律中所擁有的權利。對於相關權利瞭解之後，家長才能為孩子捍衛及爭取應有的福利。讓家長瞭解自己與孩子在特殊教育法令中擁有的權利，是早療實務工作者充權家長的首要工作之一。

四、必須將家長視為早期療育服務系統中的一分子

雖然本研究未調查早療服務人員是以孩子為中心或以家庭中心去提供服務，不過，研究結果發現早療服務人員在資訊性支持服務做得還不錯，但是工具性支持與情緒性支持則需多加強，可想早療服務人員偏向以孩子為中心去提供服務。由於以家庭為中心實施早期療育服務是現今國內實務、學術與政策上一致的理念，早療服務人員除了提供孩子專業的療育復健外，也應該重視家長是其專業服務的一環。家長絕對是影響孩子療育成效的關鍵者，因此早期療育實務工作者應將家長視為早期療育服務系統中的一分子，在家長的參與、早療服務人員的專業投入、政府的承擔三方力量同心協力下，使得孩子的發展成長更為迅速，家長擁有更好的生活品質。

貳、對機構組織的建議

一、加強宣導早期療育社區資源中心（個案管理中心）的定位及服務

研究調查結果顯示，只有不到 5%的家長認為自己的孩子有接受早期療育社區資源中心（個案管理中心）的服務，社區資源中心的樣本佔了總數的 9%，卻只有 4.7%的家長認為自己的孩子有接受此服務，這可能是因為家長不曉得其所接受的服務是由「社區資源中心」所提供，也有可能是家長不認為這是一種服務，因此，政府及相關單位應該加強宣導早期療育社區資源中心（個案管理中心）的定位及服務，深入瞭解家長對服務的需求，以免失去了當初成立該中心的宗旨及美意。

二、持續提供以家庭為中心、充權家庭的早期療育服務

研究者透過階層迴歸分析的結果發現，「家庭層面充權」確實為預測家長之生活品質及其各範疇的重要因子，家長在家庭層面充權之得分愈高，其對整體生活品質及其各範疇之評價愈佳。因此，機構應持續提供以家庭為中心、充權家庭的早期療育服務，而不能只是提供家長資源、協助家長解決問題，應該要提升家長連結資源及解決問題的能力，使得家長在面臨問題時，能夠知道該如何行動，並且可以正向的角度去看待事情，這樣才能達到充權家長的效果，使得家長能擁有更好的生活品質。

參、未來研究建議

後續從事相關研究議題的研究者應多注意問卷設計的簡單性、適用性及完整性。由於本研究主要是採取自填式問卷，所以若是透過早療服務人員代為轉發問卷，她們只會將問卷發放給可以獨力完成問卷的家長。因此，本研究無法調查到低社經地位、外籍配偶或文字理解閱讀能力較差的家長，僅有從醫院回收的樣本，因為研究者可以面對面訪問家長，故可以調查到此類型的家長，但也僅佔少數。未來研究應注意問卷設計的簡單性，倘若問卷的譴詞用語能更淺顯易懂，則此調查能適用於更多家長。

另外，關於社會支持量表的設計，由於研究者當初修改刪減量表時，主要是由社福單位的角度出發設計，未考慮到衛生單位與教育單位可能不會提供工具性支持分量表裡所提到的協助，而且她們可能也不認為這屬於她們的專業服務範圍，故導致調查結果顯示受訪家長所感受到的社會支持偏低。因此，有關社會支持量表的設計，未來研究要顧及這三大類型早療服務單位實際所會提供的服務，注意問卷的適用性及完整性，才能確實調查出家長從正式支持系統所感受到的社會支持程度為何。

肆、研究限制

一、抽樣的限制

由於本研究是先將樣本「分層」，分別從衛生、教育及社政三個單位去發放問卷，因為此類研究對象的樣本取得不易，無法進行分層隨機抽樣，所以研究者是採取「便利取樣」，問卷總共發放至 19 個單位，其中從社福單位所回收的樣本數幾乎佔了總樣本數的一半。由於考量學校、醫院及早療機構參與研究的意願，所以研究者無法平均分配這三大單位所回收的樣本數以達到適當的配額。

另外，關於台北市早期療育社區資源中心所回收的樣本，研究者是透過中心辦理親職活動時到現場發放問卷，願意參加活動的家長，本身可能早已接受孩子有發展遲緩或身心障礙的事實，所以也願意主動積極參與親職活動，因此這類的家長可能與不願意參加活動的家長在社會支持、充權或生活品質上有些不同，但是由於此部分所回收的樣本僅佔總樣本的 9%，故對本研究的影響不大。

二、分析的限制

由於本研究不是採取隨機抽樣方法，故本研究的分析結果無法推論至台北市及新北市所有使用早期療育服務之家長，僅能說明參與本研究之受訪家長的實際情形。

此外，研究者在過錄（coding）問卷時發現，少數受訪家長把醫院的治療師當作是特教老師，早期療育機構或兒童發展中心的特教老師當作是治療師，早療社區資源中心的社工認為是兒童發展中心的社工。另一個現象是研究者發現部分受訪家長在第一頁所勾選的早療服務人員是在通報轉介中心或社區資源中心工作的社工，但在最後一頁有關孩子目前正在接受的服務，受訪家長卻未勾選通報轉介中心或社區資源中心的服務，產生了這樣矛盾的現象，因此這部份的基本資料可能不完整精確。

參考文獻

網路資料

內政部戶政司 (2011)。民國 99 年重要人口指標。2011 年 5 月 18 日取自
http://www.ris.gov.tw/version96/population_01.html。

內政部兒童局 (2011)。台閩地區發展遲緩兒童早期療育概況表。2011 年 5 月 18 日取自
http://www.cbi.gov.tw/CBI_2/internet/main/index.aspx。

廖格培、黃千慈 (2002)。「家庭充權量表」之發展。2011 年 5 月 26 日取自
<http://www.family.ncyu.edu.tw/students/other/2002/family-empowerment.doc>。

中文文獻

王天苗 (1994)。心智發展障礙幼兒家庭狀況之研究。**特殊教育研究學刊**，10，119-141。

王慧伶 (2008)。社區照顧關懷據點服務與老人生活品質之相關性研究—以高雄市為例。
未出版之碩士論文。暨南國際大學社會政策與社會工作學系，南投縣。

朱鳳英 (2007)。臺北市早期療育服務社區照顧經驗。**護理雜誌**，54 (5)，18-22。

江季綦、駱麗華 (2002)。新診斷白血病兒童住院期間主要照顧者之生活品質。**護理雜誌**，49(2)，42-50。

何志鴻、黃惠璣 (2007)。影響身心障礙兒童家庭照顧者憂鬱之因素。**身心障礙研究**，5(1)，41-50。

吳佩珊 (2009)。影響老年身心障礙者主要照顧者生活品質之探討—以中部地區居家服務老人為例。未出版之碩士論文。暨南國際大學社會政策與社會工作學系，南投縣。

吳佳珍、林秋菊 (1997)。「生活品質」的概念分析。**榮總護理**，14(1)，102-107。

吳佳賢 (2002)。學前自閉症兒童主要照顧者照顧負荷、社會支持與心理健康之相關研究。未出版之碩士論文。暨南國際大學社會政策與社會工作學系，南投縣。

吳曉華 (2005)。重度智能障礙兒童之家庭照顧與早期療育使用經驗之研究。未出版之碩士論文。玄奘大學社會福利研究所，新竹市。

- 宋麗玉 (1999)。精神病患照顧者之探究：照顧負荷之程度與其相關因素。中華心理衛生學刊，12 (1)，1-30。
- 宋麗玉 (2002)。社會支持網絡、壓力因應與社會網絡處遇。載於宋麗玉、曾華源、施教裕、鄭麗珍 (著)，社會工作理論—處遇模式與案例分析 (285-338 頁)。臺北市：洪業文化。
- 宋麗玉 (2006)。增強權能量表之發展與驗證。社會政策與社會工作學刊，10(2)，49-86。
- 汪俐君 (2003)。學前身心障礙子女母親親職壓力與社會支持相關因素之探討。未出版之碩士論文。國立臺灣師範大學特殊教育學系，台北市。
- 周月清 (2000)。障礙福利與社會工作。臺北市：五南。
- 林彥宏 (2009)。民間社工員之增強權能感、自我效能與工作滿意度之研究。未出版之碩士論文。國立臺灣師範大學社會工作學研究所，台北市。
- 林美瓊 (2006)。認識我們的合作對象。載於陳順隆、簡璽如、林美瓊等人 (著)，早期療育社會工作實務—通報轉介暨個案管理 (23-34 頁)。花蓮市：中華民國發展遲緩兒童早期療育協會。
- 林詩韻 (2009)。家庭中心實務感知與親職效能感之相關性探究：以臺北市接受早期療育服務之主要照顧者為例。未出版之碩士論文。國立臺灣大學社會工作學研究所，台北市。
- 林麗玲 (1988)。智障者母親社會支持與心理調適之研究。未出版之碩士論文。東吳大學社會學研究所，台北市。
- 邱皓政 (2009)。量化研究與統計分析—SPSS 中文視窗版資料分析範例解析 (第三版)。台北：五南。
- 姚開屏 (2002a)。健康相關生活品質概念與測量原理之簡介。臺灣醫學，6(2)，183-192。
- 姚開屏 (2002b)。台灣版世界衛生組織生活品質問卷之發展與應用。臺灣醫學，6(3)，193-200。
- 姚開屏 (2005)。台灣簡明版世界衛生組織生活品質問卷之發展及使用手冊 (第二版)。台北：世界衛生組織生活品質問卷台灣版問卷發展小組。
- 施雅雯 (2009)。探討精神社區復健機構慢性精神分裂病患之充權感受及生活品質。未出版之碩士論文。臺北醫學大學護理學研究所，台北市。

- 柯秋雪 (2009)。德國早期療育服務體系之概述。**特殊教育季刊**，113，1-9。
- 洪素英 (1999)。**發展遲緩幼兒之家庭生活素質研究**。未出版之碩士論文。國立彰化師範大學特殊教育研究所，彰化縣。
- 倪志琳 (1995)。自閉症兒童與其家庭。**特殊教育季刊**，56，16-22。
- 孫佩雯 (2006)。**學齡前自閉症患童主要照顧者人格堅毅,社會支持與生活品質之關係探討**。未出版之碩士論文。長庚大學護理學研究所，桃園縣。
- 孫嘉玲、黃美瑜、宋梅生、陳施妮、李綉彩、王秀香 (2005)。中風病患主要照顧者的生活品質與社會支持。**臺灣醫學**，9(3)，303-311。
- 高迪理 (1991)。社會支持體系概念之架構之探討。**社區發展季刊**，54，24-32。
- 高寶蓮 (1998)。**裘馨型肌肉失養症患孩父母親的社會支持照顧負荷與生活品質的相關探討**。未出版之碩士論文。高雄醫學院護理學研究所，高雄市。
- 張玉璇 (2010)。**雲林縣發展遲緩兒童家庭社會支持之研究**。未出版之碩士論文。國立臺中教育大學早期療育研究所，台中市。
- 張秀玉 (2001)。早期療育服務社會工作者角色功能之探討。**社區發展季刊**，95，296-311。
- 張秀玉 (2005)。從增強權能觀點探討身心障礙嬰幼兒其家庭之處遇方法。**社區發展季刊**，109，486-499。
- 張秀玉 (2006)。正向角度的思維：發展遲緩兒童家庭優勢評量之概念與面向的探討。**社區發展季刊**，114，173-190。
- 張秀玉、傅秀媚、林巾凱、劉芷瑩、吳淑亭 (2008)。早期療育服務滿意度之研究。**東吳社會工作學報**，19，81-115。
- 張美雲 (2007)。**發展遲緩兒童家庭社會支持、親職壓力與賦權增能之相關研究**。未出版之博士論文。國立彰化師範大學特殊教育研究所，彰化縣。
- 張美雲、林宏熾 (2007)。**發展遲緩兒童家庭社會支持與賦權增能之相關研究**。**特殊教育學報**，26，55-84。
- 張雅惠 (2010)。**中部地區發展遲緩兒童家長增強權能感受之研究**。未出版之碩士論文。國立臺中教育大學早期療育研究所，台中市。
- 張慈惠、黃秀梨 (2000)。生活品質評量之臨床應用。**台灣醫學**，4(1)，86-90。

- 張麗春、李怡娟（2004）。賦權概念分析。護理雜誌，51(2)，84-90。
- 張麗春、黃淑貞（2003）。巨觀與微觀-充能與自我效能之概念分析。醫護科技學刊，5(3)，194-207。
- 莊文芳（2009）。賦權 vs.父權：論充權觀點在少年安置機構之應用。兒童及少年福利期刊，16，89-105。
- 許素彬（2007）。特殊幼兒之家庭生活品質分析。東吳社會工作學報，17，137-169。
- 許素彬、王文瑛、張耐、張菁芬（2003）。特殊需求嬰幼兒之家庭需求分析與研究。靜宜人文學報，18，127-157。
- 郭孟瑜、王翠鳳（2006）。發展遲緩幼兒母親的自我效能、親職壓力與生活品質之研究。經國學報，24，28-46。
- 郭孟瑜、余季容（2006）。發展遲緩幼兒母親的社會支持與親職壓力之研究。人文與社會學報，1(8)，317-353。
- 郭芳嫻（1999）。智能障礙兒童家庭社會支持及其調適—以台北市立陽明教養院院生及申請入院者為例。未出版之碩士論文。中國文化大學兒童福利研究所，台北市。
- 陳佩英（2008）。從培力的對話觀點探討教師的專業成長。高雄師大學報，24，21-48。
- 陳秋玫（1993）。早產兒母親社會支持系統與母親角色適應之研究。未出版之碩士論文。文化大學兒童福利學系，台北市。
- 陳素禎、郭煌宗、劉芷瑩（2009）。發展遲緩兒童服務歷程中非自願性家庭之原因初探：以苗栗縣為例。兒童及少年福利期刊，15，41-68。
- 陳凱琳（2000）。影響發展遲緩幼兒家庭社會支持因素之研究。未出版之碩士論文。高雄醫學大學行為科學研究所，高雄市。
- 陳琦棻（2008）。發展遲緩與身心障礙兒童家庭功能與生活品質之研究-以彰化縣為例。未出版之碩士論文。國立臺中教育大學早期療育研究所，台中市。
- 陳進吉（2003）。台北市發展遲緩兒童家庭支援及其家庭需求調查之研究。未出版之碩士論文。中國文化大學心理輔導研究所，台北市。
- 傅秀媚、林巾凱、張秀玉、郭素菁（2009）。臺灣早期療育服務現況及對主要照顧者之影響調查研究。兒童及少年福利期刊，15，69-100。

- 曾佳珍 (2010)。發展遲緩兒童主要照顧者之家庭功能與社會支持。「2008 南台灣幼兒保育學術研討會」發表之論文，美和技術大學。
- 曾紀瑩 (1993)。學齡白血病患童母親所感受到的壓力源及應變策略。未出版之碩士論文。國立臺灣大學護理學研究所，台北市。
- 曾家琪 (2008)。新移民母親養育發展遲緩兒的照顧負荷與社會支持之探討。未出版之碩士論文。國立台北護理學院嬰幼兒保育研究所，台北市。
- 湯麗玉 (1991)。痴呆症老人照顧者的負荷及其相關因素之探討。未出版之碩士論文。國立台灣大學護理研究所，台北市。
- 黃美涓 (2002)。早期療育-幼吾幼以及人之幼。長庚醫訊，23(3)，6-9。
- 黃英琪 (2004)。早期療育服務使用及滿意度之調查研究—以台中縣發展遲緩兒童家長為例。未出版之碩士論文。東海大學社會工作研究所，台中縣。
- 黃郁菁 (1996)。自閉症兒童之照顧需要與生活品質研究：兼論對其健康福祉照顧體系之政策意義。未出版之碩士論文。國立陽明大學公共衛生研究所，台北市。
- 黃淑文 (2000)。早期療育服務介入後對心智障礙兒童家庭的影響。未出版之碩士論文。中國文化大學兒童福利研究所，台北市。
- 黃淑文主編 (2002)。臺北市早期療育個案管理工作手冊 (第二版)。臺北市：臺北市政府社會局。
- 黃碧霞 (2006)。內政部兒童局推動與執行發展遲緩兒童早期療育服務之使命(任務)。兒童及少年福利期刊，10，1-5。
- 楊金寶 (1990)。癌症病童母親的支持系統與病童狀況之調查研究—以白血病病童為例。未出版之碩士論文。中國文化大學兒童福利研究所，台北市。
- 萬育維、王文娟 (譯) (2002)。身心障礙家庭：建構專業與家庭的信賴聯盟 (原作者：Turnbull, A. P., & Turnbull, H. R.)。臺北市：洪葉文化。(原著出版年：2000)。
- 萬育維、莊鳳如 (1995)。從醫療與福利整合的角度探討我國發展遲緩兒童之早期療育制度之規畫。社區發展季刊，72，48-61。
- 葉淑文 (1998)。心智障礙兒童家長早期療育服務使用研究。未出版之碩士論文。靜宜大學青少年兒童福利學系，台中縣。

- 趙善如 (2006a)。家庭資源對單親家庭生活品質影響之探究：以高雄市為例。台大社會學刊，13，109-172。
- 趙善如 (2006b)。從復原力觀點解析單親家庭的福利服務－以高雄市為例。社區發展季刊，114，147-158。
- 劉芷瑩、郭煌宗、陳素禎 (2009)。親職功能提昇方案對發展遲緩兒童非自願性家庭影響之研究。兒童及少年福利期刊，15，15-39。
- 劉美吟、戴研光、洪薇雯、謝明家、王瑞霞 (2010)。第二型糖尿病個案情緒困擾、賦權感受、自我照顧行為與生活品質關係之探討。護理雜誌，57(2)，49-60。
- 歐姿秀 (1998)。福利服務介入對身心障礙幼兒家庭影響之研究—以台北市伊甸社會福利基金會為例。未出版之碩士論文。中國文化大學兒童福利研究所，台北市。
- 蔡玉純 (2006)。發展遲緩兒主要照顧者壓力及其相關因素之探討。未出版之碩士論文。長榮大學醫學研究所碩士班護理組，台南縣。
- 蔡玉純、林俐伶、吳豐偉 (2005)。發展遲緩兒主要照顧者的生活品質。若瑟醫護雜誌，1(1)，60-66。
- 蔡盈盈、張巍鐘、陸汝斌、曹朝榮 (2007)。乳癌患者主要照顧者之因應、社會支持與生活品質。臺灣精神醫學，21(1)，43-52。
- 鄭麗珍 (2002)。增強權能理論與倡導。載於宋麗玉、曾華源、施教裕、鄭麗珍 (著)，社會工作理論—處遇模式與案例分析 (411-444 頁)。臺北市：洪業文化。
- 謝協君、何東墀、吳訓生 (2005)。專科學生對肢體障礙同儕賦權狀況之研究。特殊教育學報，21，129-156。
- 鍾佳伶 (2010)。精神障礙者家屬社會支持、權能感與烙印感之相關性探討。未出版之碩士論文。臺灣大學社會工作學研究所，台北市。
- 羅淑芬、黃秀梨、劉雪娥、姚開屏 (2002)。燒傷病患主要照顧者生活品質及其相關因素之探討。臺灣醫學，6(5)，625-636。
- 羅鳳菊 (2007)。先天性代謝異常疾病患童母親之親職壓力與生活品質之探討。未出版之碩士論文。國立台灣大學醫學院分子醫學研究所，臺北市。

英文文獻

- Boyd, B. A. (2002). Examining the relationship between stress and lack of social support in mothers of children with autism. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities, 17*, 208-215
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine, 38*(5), 300-314.
- Farquhar (1995). Elderly people's definitions of quality of life. *Social Science & Medicine, 22*, 502-508.
- Ferrans, C. E., & Power, M. J. (1985). Quality of life index: Development and psychometric properties. *Advances in Nursing, 8*(1), 15-24.
- Koren, P. E., DeChillo, N., & Friesen, B. J. (1992). Measuring empowerment in families whose children have emotional disabilities: A brief questionnaire. *Rehabilitation Psychology, 37*(4), 305-321.
- Nachshen, J. S., & Minnes, P. (2005). Empowerment in parents of school-aged children with and without developmental disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research, 49*(12), 889-904.
- Sibitz, I., Amering, M., Unger, A., Seyringer, M. E., Bachmann, A., Schrank, B., Benesch, T., Schulze, B., & Woppmann, A. (2011). The impact of the social network, stigma and empowerment on the quality of life in patients with schizophrenia. *European Psychiatry, 26*(1), 28-33.
- Thompson, L., Lobb, C., Elling, R., Herman, S., Jurkiewicz, T., & Hulleza, C. (1997). Pathways to family empowerment: Effects of family-centered delivery of early intervention services. *Exceptional Children, 64*(1), 99-113.
- Zhan, L. (1992). Quality of life: Conceptual and measure issues. *Journal of Advanced Nursing, 17*, 795-800.

附錄

附錄一：相關實證研究整理

表 2-1 社會支持之相關實證研究整理

研究者(年代)	研究對象	研究設計	有關社會支持的研究結果
張玉璇(2010)	進入雲林縣發展遲緩兒童早期療育個案管理中心開案接受早期療育服務的主要照顧者	以分層隨機抽樣選取樣本，使用自編問卷進行調查，社會支持量表分為工具性支持、情緒性支持、訊息性支持，社會支持來源分為正式支持、非正式支持	<ol style="list-style-type: none"> 1. 發展遲緩兒童家庭現有的社會支持類型中以訊息性支持為最高，其次為情緒性支持，工具性支持最少，此排序與社會支持類型的需求程度相同。 2. 發展遲緩兒童家庭整體社會支持的主要來源為非正式支持中的家人，其次為親戚朋友及其他發展遲緩兒童家長，家人主要提供工具性及情緒性支持，而正式社會支持的主要來源為社工人員，社工主要提供訊息性及情緒性支持。
曾佳珍(2010)	各縣市發展遲緩兒童之家庭	使用自編問卷進行調查，社會支持量表內容分為情緒支持、訊息支持、工具支持	<ol style="list-style-type: none"> 1. 發展遲緩兒童家庭所獲得之整體社會支持為中等程度，獲得協助的情形介於偶而至很多之間，認為社會支持對其實際幫助則是僅有部分幫助。 2. 發展遲緩兒童家庭獲得的情緒支持最多，其次為訊息支持，工具支持則是最少。 3. 發展遲緩兒童家庭大多能感受到他人對自己及孩子的態度是親切友善，並且有人可以安慰及鼓勵，但對於交通及金錢以外的物質協助均感到不足。
張美雲(2007)	各縣市接受早期療育個案管理的發展遲緩兒童家庭	以隨機分層抽樣選取樣本，使用自編量表進行問卷調查，社會支持類型量表內容包含情緒支持、工具支持、訊息支，社會支持來源量表分為正式支持、非正式支持	<ol style="list-style-type: none"> 1. 發展遲緩兒童家庭所獲得的社會支持類型中以訊息性支持為最多，工具性支持為最少。 2. 發展遲緩兒童家庭的社會支持來源以正式支持為最多，特別是早期療育方案人員對家庭非常有幫助，其次才是非正式支持，非正式支持來源則是以配偶的支持最有幫助。

			<p>3. 社會支持類型與親職壓力呈現顯著負相關，以情緒支持與親職壓力的相關最大；社會支持類型、支持來源與增強權能呈現顯著正相關。</p> <p>4. 在整體增強權能的預測上，情緒支持、正式支持、親職愁苦、工具支持及訊息支持可解釋全部變異量的43%，其中以情緒支持的預測力為最大。</p> <p>5. 社會支持來源與支持類型對增強權能有正向的預測力，社會支持類型對親職壓力有負向的預測力。</p>
郭孟瑜與 余季容(2006)	基隆市、台北市和新 北市之發展遲緩幼 兒的母親	透過 <u>立意取樣</u> 選取樣本，採 用 <u>湯麗玉(1991)所編製的</u> <u>社會支持量表</u> 進行調查，社 會支持分為工具性支持、情 緒性支持、資訊性支持，分 別測量三種支持的需要程 度、獲得協助情形、足夠程 度	<p>1. 目前發展遲緩幼兒母親對於社會支持的需要程度為中上程度，獲得的協助程度為中等，足夠程度也為中等。</p> <p>2. 社會支持的獲得情形及足夠程度皆能有效預測親職壓力感受，發展遲緩幼兒母親獲得社會支持協助的程度愈低，且社會支持愈缺乏時，其親職壓力愈大。</p>
孫佩雯(2006)	北部三所自閉症協 會及兩所醫院兒童 心智科之學齡前自 閉症患童的主要照 顧者	透過 <u>立意取樣</u> 選取樣本，採 用 <u>湯麗玉(1991)所編製的</u> <u>社會支持量表</u> 進行調查，此 量表分為工具性支持、訊息 性支持、情緒性支持	<p>1. 學齡前自閉症患童主要照顧者實際接受到的社會支持，以情緒性支持最多，資訊性支持其次，工具性支持最少。</p> <p>2. 主要照顧者主觀所獲得的社會支持愈高，其所感受到的整體生活品質及生理健康、心理、社會關係、環境四個範疇皆愈佳。</p> <p>3. 主要照顧者的整體生活品質及四個範疇之重要預測變項包括：人隔堅毅、自覺自閉兒對家庭造成的干擾程度、資訊性支持、情緒性支持、有無接受宗教協助、有無接受社會福利機構服務。</p> <p>4. 社會支持為整體生活品質、社會關係範疇、環境範疇之重要預測變項。</p>
汪俐君(2003)	以北部地區就讀於 學前發展中心、特幼 班或在醫院接受早 期療育的學前身心	採用 <u>湯麗玉(1991)所編製</u> <u>的社會支持量表</u> 進行問卷 調查，社會支持量表分為工 具性支持、情緒性支持、訊	<p>1. 母親所獲得的社會支持是中等偏少的程度，在類型上則以情緒性支持最多，訊息性支持其次，工具性支持最少；在僱用外籍監護工之後，母親增加</p>

	障礙孩子之母親	息性支持，未調查社會支持來源	<p>的社會支持以工具性支持增加最多，訊息性支持其次，情緒性支持最少。</p> <p>2. 社會支持會影響母親的親職壓力，母親所感受到的情緒性支持越少，其親職壓力會越高。</p> <p>3. 母親的就業狀況、僱用外籍監護工與否、情緒性支持可以預測母親的親職壓力，母親未就業、未僱用外籍監護工、感受到情緒性支持較少的母親，其親職壓力愈大。</p>
陳進吉(2003)	台北市發展遲緩兒童或身心障礙兒童的母親	透過 <u>立意取樣</u> 選取樣本，使用 <u>自編問卷</u> 進行調查，家庭支援程度分為情緒性支援、工具性支援、訊息性支援，家庭需求分為資訊需求、專業需求、經濟需求、服務需求、精神需求	<p>1. 發展遲緩兒童母親所獲得之家庭支援程度為中度支援程度，母親最主要的家庭支援來源：(1)情緒性支持最主要的來源為幼稚園、托兒所或早療機構老師，其次是配偶；(2)訊息性支持最主要的來源是幼稚園、托兒所或早療機構老師，其次是醫護人員；(3)工具性支持最主要的來源是社會福利機構，其次是有經驗的家長所提供的支持。</p> <p>2. 台北市發展遲緩兒童家庭需求的程度普遍呈現高度的需求程度，也就是說台北市發展遲緩兒童對於家庭需求是需要的，並且是屬於高度的需要。</p> <p>3. 台北市發展遲緩兒童家庭對於家庭需求認為最需要的需求項目是「資訊需求」、「專業需求」及「精神需求」，其次是「經濟需求」及「服務需求」。</p>
吳佳賢(2002)	尚未就學且被診斷為嬰幼兒時期自閉症者之主要照顧者	採立意取樣法，以郵寄問卷方式進行調查，或委請機構人員代為收發問卷，選用高寶蓮(1998)修訂自湯麗玉(1991)之「社會支持量表」，包含工具支持、資訊支持、情緒支持，另依據研究需要，增列社會支持來源及正式社會支持概況兩部分	<p>1. 主要照顧者所獲得的社會支持以資訊支持為最多，情緒支持次之，工具支持最少。</p> <p>2. 在非正式支持系統中，主要照顧者認為配偶所提供的社會支持最多；工具支持的主要來源為配偶，其次是(外)祖父母，亦有部份主要照顧者認為並無獲得他人的任何協助；資訊支持的主要來源有朋友、其他家屬及配偶；情緒支持的主要來源有配偶、朋友及外祖父母。另一值得注意的是，有多數主要照顧者認</p>

			<p>為從未感受到工具性支持。</p> <p>3. 正式支持系統方面，專業人員提供的以資訊支持最多，情緒支持次之，主要照顧者認為專業人員能夠同理其所處的情境，給予鼓勵及肯定，而成為其傾訴的對象。</p> <p>4. 情緒支持及整體社會支持分別與家庭干擾、整體照顧負荷間呈現顯著負相關，亦即當情緒支持、整體社會支持越低時，其家庭干擾及整體照顧負荷程度越高。</p> <p>5. 情緒支持對照顧負荷具有緩衝效應，但並無主要效應存在，也就是說，情緒支持對整體照顧負荷並無顯著影響，但透過情緒的支持確可減緩兒童障礙對主要照顧者照顧負荷的影響。</p> <p>6. 在照顧負荷對心理健康的影響上，工具支持及情緒支持對心理健康並不具有主要效果及緩衝效果，無法有效調適主要照顧者的心理健康狀況，易言之，家庭干擾對心理健康的影響，並不會受到工具支持與情緒支持的影響而有所減緩。</p>
陳凱琳(2000)	發展遲緩幼兒的主要照顧者	透過 <u>立意取樣</u> 方式選取南部四家機構，使用 <u>自編結構式問卷</u> 進行調查，本研究把社會支持的類型分為情緒性支持、工具性支持，社會支持來源分為正式支持、非正式支持	<p>1. 將近七成的發展遲緩幼兒家庭認為目前不需要任何協助，需要協助的家庭則以資訊方面的協助為主，絕大部分的個案未獲得正式支持系統的主動協助，而家庭最需要的支持來源則為配偶、老師與社會工作師的協助。</p> <p>2. 在非正式支持來源中，情緒性支持主要由配偶、父母、兄弟姊妹與朋友提供；有關日常生活相關事宜的工具性支持主要由配偶與父母提供，資訊與經濟方面的工具性支持主要由其他發展遲緩兒童的家屬提供。</p> <p>3. 在正式支持來源中，情緒性支持的主要提供者為老師；正式支持幾乎未提供日常生活相關事宜的工具性支持，資訊</p>

			與經濟方面的工具性支持主要由老師與社會工作師提供。
郭芳嫻(1999)	台北市立陽明教養院入院及申請入院之 11 名智能障礙兒童及其家庭	採 <u>立意取樣</u> ，使用 <u>訪談法</u> 蒐集資料	<p>1. 智障個案家庭所獲得的非正式支持來源大多來自家人、鄰居及朋友，家人及(外)祖父母所提供的支持以長期照顧及情緒支持為主，鄰居及朋友則以短期協助及資訊支持為主，其他障礙者的家長所提供的情緒支持對家庭也非常重要。</p> <p>2. 專業人員中的教師能因應家庭需求，提供其工具、資訊及情緒支持，其他專業人員則以職務設定來協助案家，較少提供情緒支持，社會福利措施所給予的支持相當片斷。</p> <p>3. 案家對於非正式支持來源所提供之協助較滿意，對正式支持來源則較多批評。專業人員的服務態度，尤其是無法滿足案家的情緒需求，最令案家感到不滿；福利措施不足，無法滿足家庭的需求。</p> <p>4. 無論智障兒童家庭所獲之社會支持狀況如何，皆覺得時間及經濟資源不足，但研究發現社會支持有助於家人身心狀況、家人關係、家人教養信心、家人休閒活動及家人問題解決能力。</p>
高寶蓮(1998)	居住於台南縣市、高雄縣市及屏東縣市，家中有一個或一個以上經醫師確立診斷為DMD患孩的父母親	透過 <u>方便取樣</u> 選取樣本，採用 <u>湯麗玉(1991)所編製的社會支持量表</u> 進行調查，社會支持包括工具性支持、情緒性支持、資訊性支持	<p>1. 父親獲得中等程度的社會支持，母親獲得中等偏低程度的社會支持，父親的社會支持略高於母親。</p> <p>2. 父親獲得工具性支持最多，其次為情緒性支持，資訊性支持最少；母親獲得情緒性支持最多，其次為資訊性支持，工具性支持最少。</p> <p>3. 父親的社會支持和生活品質呈顯著正相關，父親所接受的社會支持愈多，其生活品質感受愈佳。</p> <p>4. 母親的社會支持和照顧負荷呈顯著正相關，母親所獲得的社會支持愈多，其照顧負荷感受愈輕；母親的社會支持</p>

			<p>和生活品質也呈顯著正相關，母親所接受的社會支持愈多，其生活品質感受愈佳。</p> <p>5. 社會支持、社交生活的影響、照顧負荷能預測父親整體生活品質變異量的45.9%，照顧負荷感受較輕、社會支持較高、社交生活較少受影響的父親，其生活品質較佳。</p> <p>6. 母親的社會支持是照顧負荷感受的重要預測變項，母親的社會支持與照顧負荷感受同時為生活品質的重要預測變項。</p>
--	--	--	---

資料來源：研究者自行整理

表 2-2 增強權能之相關實證研究整理

研究者(年代)	研究對象	研究設計	有關增強權能的研究結果
張雅惠(2010)	以中部五個縣市的兒童發展個案管理中心所收案的零至六歲發展遲緩兒童家長為研究對象，並且家長已經接受至少一年的早期療育服務	以比例分層隨機抽樣選取樣本，使用自編問卷進行問卷調查，增強權能量表包括個人層面、人際層面、社會政治層面	中部地區發展遲緩兒童家長擁有適度的增強權能感，在增強權能感三層面中以人際層面最佳，社會政治層面最低。
張美雲(2007)	各縣市接受早期療育個案管理的發展遲緩兒童家庭	以隨機分層抽樣選取樣本，使用自編量表進行問卷調查，賦權增能量表包括自我效能、自我決策、影響力、接觸資源、賦予能力、社區參與、自我擁護等七個層面	<p>1. 發展遲緩兒童家庭的賦權增能分數偏向具有一些賦權增能，在七個向度裡，以賦予能力的得分最高，社區參與的分數最低。</p> <p>2. 社會支持類型、支持來源與賦權增能呈現顯著正相關，親職壓力與賦權增能呈現顯著負相關。</p> <p>3. 情緒支持、正式支持、親職愁苦、工具支持及訊息支持可解釋整體賦權增能43%的變異量，其中以情緒支持的預測力為最大。</p> <p>4. 社會支持來源與支持類型對賦權增能有正向的預測力，親職壓力對賦權增能有負向的預測力。</p>

資料來源：研究者自行整理

表 2-3 生活品質之相關實證研究

研究者(年代)	研究對象	研究設計	有關生活品質的研究結果
陳琦棻(2008)	接受彰化縣五家個案管理中心所提供之早療個管服務的發展遲緩或障礙兒童之家長或主要照顧者	採取 <u>普查方式</u> ，使用 <u>自編問卷</u> 進行生活品質調查，生活品質量表分成五個因素，包括早療參與狀況、社交狀況、自覺現況、生心理狀況、環境互動狀況	<ol style="list-style-type: none"> 1. 目前發展遲緩兒童家庭的生活品質現況介於中等範圍，近於尚佳狀態，在分量表的得分依序為早療參與狀況、社交狀況、自覺現況、環境互動狀況及生心理狀況。 2. 發展遲緩兒童家庭的<u>家庭功能</u>愈好者，其整體生活品質也愈佳。 3. 父母婚姻狀況與家庭收入最能預測發展遲緩兒童家庭的生活品質，其能有效解釋 29.2%的變異量。
羅鳳菊(2007)	以 35 位先天代謝異常疾病患童的母親為研究對象，並以 35 位一般健康兒童母親為對照組	研究設計採 <u>立意取樣</u> 方式，使用 <u>台灣簡明版世界衛生組織生活品質量表</u> 進行生活品質調查	<ol style="list-style-type: none"> 1. 患童母親的生活品質顯著低於健康組母親。 2. 患童母親的生活品質，以社會關係範疇得分最高，心理範疇最低。 3. 患童母親的整體親職壓力與生理健康範疇、心理範疇、環境範疇及整體生活品質呈顯著負相關，僅與社會關係範疇無顯著相關。 4. 透過多元逐步迴歸分析發現，母親自覺健康情形、家庭每月平均收入是影響母親整體生活品質最大的因素。
郭孟瑜與王翠鳳(2006)	基隆市、台北市和新北市之發展遲緩幼兒的母親	採用 <u>立意取樣</u> 選取樣本，以「 <u>台灣簡明版世界衛生組織生活品質問卷</u> 」進行生活品質之調查	<ol style="list-style-type: none"> 1. 發展遲緩幼兒母親的整體生活品質為中等程度，在生理健康範疇的得分最高，心理範疇的得分最低。 2. 發展遲緩幼兒母親的自我效能愈低，且親職愁苦程度愈高，則會導致其生活品質愈差。
孫佩雯(2006)	北部三所自閉症協會及兩所醫院兒童心智科之學齡前自閉症患童的主要照顧者	透過 <u>立意取樣</u> 選取樣本，以「 <u>台灣簡明版世界衛生組織生活品質問卷</u> 」進行調查，生活品質量表包括生理健康、心理、社會關係、環境四個範疇	<ol style="list-style-type: none"> 1. 學齡前自閉症患童主要照顧者的生活品質為中等程度偏向不好，其中以生理健康範疇得分最高，心理範疇得分最低。 2. 主要照顧者的人格堅毅程度愈高，其所感受到的整體生活品質及生理健康、心理、社會關係、環境四個範疇皆愈佳。 3. 主要照顧者主觀所獲得的社會支持愈高，其所感受到的整體生活品質及生理健康、心理、社會關係、環境四個範疇皆愈佳。 4. 主要照顧者的整體生活品質及四個範疇之重要預測變項包括：人隔堅毅、自覺自閉兒對家庭造成的干擾程度、資訊性支持、情緒性支持、有無接受宗教協助、有無接受社會福利機構服務。

			<p>5. 人格堅毅為整體生活品質、生理健康範疇、心理範疇、社會關係範疇、環境範疇之重要預測變項。</p> <p>6. 社會支持為整體生活品質、社會關係範疇、環境範疇之重要預測變項。</p>
吳佳賢(2002)	尚未就學且被診斷為嬰幼兒時期自閉症者之主要照顧者	採 <u>立意取樣法</u> ，以郵寄問卷方式進行調查，或委請機構人員代為收發問卷，採用鄭泰安等人編製之「 <u>中國人健康量表 (CHQ-30)</u> 」	<p>1. 學前自閉兒主要照顧者的心理健康狀況主要多來自於心理及身體上的困擾，而較少出現社會方面的困擾；約五成的主要照顧者經常覺得精神上有所壓力。</p> <p>2. 各類型的照顧負荷與心理健康皆達顯著正相關，亦即家庭干擾、烙印、愧疚、照顧者緊張、案主依賴和整體照顧負荷程度越高，主要照顧者的心理健康狀態差，其中以家庭干擾負荷程度與心理健康的關係最強。</p> <p>3. 「家長性別」和「家庭干擾」可以預測主要照顧者的心理健康狀況，其中又以家庭干擾的預測力高於家長性別，當主要照顧者感受家庭干擾負荷程度愈高，其心理健康狀態會越差。在照顧負荷對心理健康的影響上，工具支持及情緒的支持對心理健康並不具有主要效果及緩衝效果，無法有效調適主要照顧者的心理健康狀況，易言之，家庭干擾對心理健康的影響，並不會受到工具支持與情緒支持的影響而有所減緩。</p>
高寶蓮(1998)	居住於台南縣市、高雄縣市及屏東縣市，家中有一個或一個以上經醫師確立診斷為DMD患孩的父母親	透過 <u>方便取樣</u> 選取樣本，採用劉雪娥(1993)修譯自Ferrans等人(1985)所編製之生活品質量表，生活品質包括包括心理社會因素、健康因素、環境因素、親密因素、家庭因素	<p>1. 父母親的整體生活品質皆為中等程度，生活品質各次量表的得分順序，父母親皆為親密因素、家庭因素、健康因素、心理社會因素、環境因素。</p> <p>2. 父親的社會支持和生活品質呈顯著正相關，父親所接受的社會支持愈多，其生活品質感受愈佳；父親的照顧負荷和生活品質也呈顯著正相關，父親照顧負荷感受愈輕者，其生活品質愈佳。</p> <p>3. 母親的社會支持和生活品質呈顯著正相關，母親所接受的社會支持愈多，其生活品質感受愈佳；母親的照顧負荷和生活品質也呈顯著正相關，母親照顧負荷感受愈輕者，其生活品質愈佳。</p> <p>4. 社會支持、社交生活的影響、照顧負荷能預測父親整體生活品質變異量的45.9%，照顧負荷感受較輕、社會支持較高、社交生活較少受影響的父親，其生活品質較佳。</p>

			5. 宗教信仰與照顧負荷能預測母親整體生活品質的變異量 44.9%，母親的社會支持是照顧負荷感受的重要預測變項，母親的社會支持與照顧負荷感受同時為生活品質的重要預測變項。
黃郁菁(1996)	自閉症兒童及其主要照顧者	採 <u>立意取樣法</u> ，使用自編 <u>問卷</u> 進行調查，主要照顧者的生活品質分成四個因素，包括身心健康、經濟、情緒支持、人際互動	<p>1. 自閉症兒童主要照顧者四個層面的生活品質中，以身心健康方面的生活品質最佳，情緒支持方面的生活品質最差。</p> <p>2. 以婚姻狀況、家庭收入、小孩年齡、有無殘障手冊、家庭型態、自閉症嚴重度、補助項目、安置方式、照顧者的宗教信仰預測主要照顧者的生活品質，共可解釋 34% 的變異量，其中以婚姻狀況最具有預測力，已婚者的生活品質較佳。</p> <p>3. 經由相關分析的結果發現，主要照顧者的整體照護需要程度愈高者，其整體生活品質愈差。</p> <p>4. 經由相關分析的結果發現，主要照顧者在經濟需要的程度愈高，其整體生活品質會愈差，其中以「社會資源」方面的需要影響生活品質最大。配合主要照顧者在「社會資源」方面的需要，最能改善其生活品質。</p> <p>5. 經由相關分析的結果發現，主要照顧者在社會資源的需要程度愈高，其在身心健康及經濟方面的生活品質愈差。</p>

資料來源：研究者自行整理

附錄二：社會支持量表使用同意書

社會支持量表使用同意書

茲同意國立臺灣師範大學社會工作學研究所 王思淳同學，根據其論文之研究目的及研究對象，修改使用本人所編製之「功能性社會支持量表」，以進行其碩士論文「發展遲緩兒童家長的社會支持、充權與生活品質之相關研究：以台北市及新北市接受早期療育服務之家長為例」，王思淳必須遵守研究倫理及著作權之相關規定，該資料謹供碩士論文研究之用，不得轉作其他用途。

同意人： 湯麗文

日期： 100.9.8

附錄四：生活品質量表使用同意書

臺灣版世界衛生組織生活品質問卷 (WHOQOL-BREF 臺灣簡明版)使用授權書

本人代表臺灣版世界衛生組織生活品質問卷發展小組，同意國立臺灣師範大學社會工作研究所研究生王思淳，在其研究「發展遲緩兒童家長的社會支持、充權感受與生活品質之相關研究」中，使用臺灣版世界衛生組織生活品質問卷發展小組所發展出的臺灣簡明版世界衛生組織生活品質問卷 (WHOQOL-BREF 台灣簡明版)，做為研究之一部分。

授權人

單位：國立臺灣大學心理系姚開屏教授

日期：2011 年 6 月 24 日

簽章：姚開屏



附錄五：問卷初稿

親愛的家長，您好！

非常感謝您願意撥冗填寫這份問卷。本問卷的目的是希望了解您在照顧發展遲緩兒童的過程中，對您目前生活狀況之評價，以建議早期療育相關機構在未來提供更好服務的參考。這份問卷需要請孩子的父母或主要照顧者來填寫，問卷無需具名，您所提供的資料只用於集體統計分析，不會呈現個別資料。這份問卷大約 15 分鐘內可填寫完畢，請您回答每一題。問卷題項沒有標準答案，請依據您的真實感受圈選最符合的選項。若您在填寫時有任何疑問，歡迎隨時詢問，我會詳細為您說明。特此勞煩，不勝感激！

敬祝

闔家平安 健康快樂

國立臺灣師範大學社會工作學研究所

指導教授 沈慶盈 博士

研究生 王思淳 敬上 2011.08.15

本問卷中所提到的『孩子』係指『目前正在接受早期療育服務的那個孩子』，若家中需要早期療育服務的孩子有 2 位以上，請您選擇 1 位正在接受療育服務的孩子來回答以下的問題。『早療服務人員』係指『提供早期療育服務的醫護人員、治療師、社工師或教保員等』，請想一位和您最常接觸，或您印象最深刻的早療服務人員來回答以下的問題。

- 請問您所想的這位早療服務人員是誰？
 社工員 教保員 特教老師 幼托園所老師 醫生、護士 治療師
- 這位早療服務人員的工作場所在哪？
 醫院或診所 幼稚園或托兒所 特殊教育學校
 早期療育機構 到宅服務機構 早期療育社區資源中心或個案管理中心
 其他 _____
- 您接受這位早療服務人員的服務大約有多久了？ _____ 年 _____ 月
- 這位早療服務人員大約多久會和您接觸聯繫，討論孩子或家庭的事情？
 每天 平均每個月 1 次
 平均每星期 2 次 平均每 2 個月 1 次
 平均每星期 1 次 過去 3 個月內都沒有
 平均每兩個星期 1 次

第一部分：這部分的問項是想了解您照顧孩子的過程中，早療服務人員提供您協助之情形，請依照您實際的經驗與感受，圈選一個最符合您目前情境的答案

		從來沒有	很少如此	偶爾如此	經常如此	總是如此
1.	早療服務人員能協助解決跑腿、購物問題。	1	2	3	4	5

2.	早療服務人員提供經濟(包括金錢及物質)協助。	1	2	3	4	5
3.	早療服務人員能協助解決孩子照顧問題。	1	2	3	4	5
4.	早療服務人員可以陪伴我。	1	2	3	4	5
5.	早療服務人員可以協助解決孩子的就醫問題。	1	2	3	4	5
6.	早療服務人員可以提供經濟及財物處理的建議。	1	2	3	4	5
7.	早療服務人員告訴我照顧孩子的方法。	1	2	3	4	5
8.	早療服務人員會和我溝通討論照顧孩子時的疑惑。	1	2	3	4	5
9.	早療服務人員提供照顧所需的資訊。	1	2	3	4	5
10.	早療服務人員了解我目前所經驗到的情境。	1	2	3	4	5
11.	遇到困難挫折時，我可以向早療服務人員傾訴。	1	2	3	4	5
12.	早療服務人員可讓我隨時打電話求助。	1	2	3	4	5
13.	沮喪時，早療服務人員會鼓勵我振作起來。	1	2	3	4	5
14.	早療服務人員欣賞及肯定我所做的事情。	1	2	3	4	5

第二部分：這部分的問項是想了解您的生活:包括您的家庭、孩子的服務及您的社區。這些問題涵蓋許多不同的活動，家長可能做過或沒做過這些活動。若問題不適用於您，請您圈選『完全不符合』。此外，我們知道其他人可能參與照顧您的孩子，但回答問題時，請依據您自己的情況，圈選一個最符合您目前情境的答案，請記住，這些問項是沒有標準答案的。

		完全不符合	有些不符合	不確定	有些符合	完全符合
1.	當孩子發生問題時，我處理得很好。	1	2	3	4	5
2.	我相信我有這個能力協助孩子成長與發展。	1	2	3	4	5
3.	當我的孩子發生問題時，我知道該怎麼做。	1	2	3	4	5
4.	我覺得我的家庭生活都在我的掌握之下。	1	2	3	4	5
5.	我能夠獲取資訊，幫助自己更了解孩子。	1	2	3	4	5
6.	當問題發生時，我相信我能夠和孩子一起解決。	1	2	3	4	5
7.	當我需要幫忙解決家裡的問題時，我能向他人尋求協助。	1	2	3	4	5
8.	我努力學習新技能來幫助孩子成長及發展。	1	2	3	4	5
9.	當我處理孩子的事情時，我會從不同的角度來看待這件事情，而不是只看到問題。	1	2	3	4	5
10.	當我面臨有關孩子的問題時，我會自己決定該怎麼做，然後付諸行動。	1	2	3	4	5
11.	我很了解孩子的困難(困擾)。	1	2	3	4	5

12.	我覺得我是一位好父母。	1	2	3	4	5
13.	我認為我有權利決定我的孩子要接受什麼服務。	1	2	3	4	5
14.	當我擔心孩子所接受的服務不足時，我知道可以採取什麼行動。	1	2	3	4	5
15.	我確定早療服務人員了解為什麼我認為孩子需要這些服務。	1	2	3	4	5
16.	對於我的孩子需要什麼服務，我能夠做出好的決定。	1	2	3	4	5
17.	我能和機構及早療服務人員一同決定孩子所需要的服務。	1	2	3	4	5
18.	我會定期和早療服務人員保持聯絡。	1	2	3	4	5
19.	在決定孩子所需要的服務時，我認為我的意見和早療服務人員的觀點一樣重要。	1	2	3	4	5
20.	我會告訴早療服務人員可以提供哪些服務給我的孩子。	1	2	3	4	5
21.	我知道我的孩子需要什麼服務。	1	2	3	4	5
22.	必要時，我會主動為我的孩子及家庭尋求服務。	1	2	3	4	5
23.	我很了解早期療育服務系統(和孩子有關的服務系統)。	1	2	3	4	5
24.	我認為早療服務人員應該詢問我：「您希望您的孩子接受什麼服務」。	1	2	3	4	5
25.	對於改善社區中提供給孩子的服務，我認為我能夠負起一部份責任。	1	2	3	4	5
26.	在有關孩子的重要法案或議題的討論過程中，我會和立法者接觸，去影響法案或議題的決議。	1	2	3	4	5
27.	我知道早期療育服務系統由哪些單位組成。	1	2	3	4	5
28.	對於什麼是理想的早期療育服務系統，我有自己的想法。	1	2	3	4	5
29.	我會協助其他家庭去獲取他們需要的服務。	1	2	3	4	5
30.	我相信自己和其他父母都能對於提供給孩子的服務發揮影響力。	1	2	3	4	5
31.	我告訴機構及政府單位的人員該如何改善早期療育服務。	1	2	3	4	5
32.	我知道如何傳達我的意見讓機構管理者或立法者知道。	1	2	3	4	5
33.	我知道特殊教育法令中有關家長及孩子的權利。	1	2	3	4	5
34.	我覺得自己的親職知識與經驗能夠運用在協助改善其他孩子及家庭的服務上。	1	2	3	4	5

第三部分：這份問卷是想詢問您對於自己的生活品質、健康、以及其他生活領域的感覺。我們的問題所關心的是您最近兩星期內的生活情形，如果您對某一問題的回答不確定，請選出五個答案中最適合的一個，通常會是您最早想的那個答案。

1. 整體來說，您如何評價您的生活品質？
極不好 不好 中等程度好 好 極好
2. 整體來說，您滿意自己的健康嗎？
極不滿意 不滿意 中等程度滿意 滿意 極滿意
3. 您覺得身體疼痛會妨礙您處理需要做的事情嗎？
完全沒有妨礙 有一點妨礙 中等程度妨礙 很妨礙 極妨礙
4. 您需要靠醫療的幫助應付日常生活嗎？
完全沒有需要 有一點需要 中等程度需要 很需要 極需要
5. 您享受生活嗎？
完全沒有享受 有一點享受 中等程度享受 很享受 極享受
6. 您覺得自己的生命有意義嗎？
完全沒有 有一點有 中等程度有 很有 極有
7. 您集中精神的能力有多好？
完全不好 有一點好 中等程度好 很好 極好
8. 在日常生活中，您感到安全嗎？
完全不安全 有一點安全 中等程度安全 很安全 極安全
9. 您所處的環境健康嗎？(如污染、噪音、氣候、景觀)
完全不健康 有一點健康 中等程度健康 很健康 極健康
10. 您每天的生活有足夠的精力嗎？
完全不足夠 少許足夠 中等程度足夠 很足夠 完全足夠
11. 您能接受自己的外表嗎？
完全不能夠 少許能夠 中等程度能夠 很能夠 完全能夠
12. 您有足夠的金錢應付所需嗎？
完全不足夠 少許足夠 中等程度足夠 很足夠 完全足夠
13. 您能方便得到每日生活所需的資訊嗎？
完全不方便 少許方便 中等程度方便 很方便 完全方便
14. 您有機會從事休閒活動嗎？
完全沒有機會 少許機會 中等程度機會 很有機會 完全有機會
15. 您四處行動的能力好嗎？
完全不好 有一點好 中等程度好 很好 極好

16. 您滿意自己的睡眠狀況嗎？
極不滿意 不滿意 中等程度滿意 滿意 極滿意
17. 您對自己從事日常活動的能力滿意嗎？
極不滿意 不滿意 中等程度滿意 滿意 極滿意
18. 您滿意自己的工作能力嗎？
極不滿意 不滿意 中等程度滿意 滿意 極滿意
19. 您對自己滿意嗎？
極不滿意 不滿意 中等程度滿意 滿意 極滿意
20. 您滿意自己的人際關係嗎？
極不滿意 不滿意 中等程度滿意 滿意 極滿意
21. 您滿意自己的性生活嗎？
極不滿意 不滿意 中等程度滿意 滿意 極滿意
22. 您滿意朋友給您的支持嗎？
極不滿意 不滿意 中等程度滿意 滿意 極滿意
23. 您滿意自己住所的狀況嗎？
極不滿意 不滿意 中等程度滿意 滿意 極滿意
24. 您對醫療保健服務的方便程度滿意嗎？
極不滿意 不滿意 中等程度滿意 滿意 極滿意
25. 您滿意所使用的交通運輸方式嗎？
極不滿意 不滿意 中等程度滿意 滿意 極滿意
26. 您常有負面的感受嗎？（如傷心、緊張、焦慮、憂鬱等）
從來沒有 不常有 一半有一半沒有 很常有 一直都有
27. 您覺得自己有面子或被尊重嗎？
完全沒有 有一點有 中等程度有 很有 極有
28. 您想吃的食物通常都能吃到嗎？
從來沒有 不常有 一半有一半沒有 很常有 一直都有

第四部分：這部分的問項是想了解您與孩子的資本資料，請您選擇最適當的選項，在 裡打勾「✓」，或是協助將資料填寫完成。謝謝您的協助！

一、孩子的基本資料

1. 您的孩子的出生年：民國_____年
2. 您的孩子是否領有發展遲緩兒童聯合評估中心或醫院之發展遲緩證明？ 否 是
3. 您的孩子是否領有身心障礙手冊？
否 是——→障礙程度為：輕度 中度 重度 極重度
4. 您的孩子從幾歲開始接受早期療育服務？_____歲
5. 您的孩子目前正在接受下列哪些服務？（可複選）
醫院或診所的鐘點式醫療復健服務(例如:語言治療、物理治療、職能治療)
在幼稚園或托兒所的正常班上課
在幼稚園的學前特幼班或特殊教育學校(例如:文山特殊學校)的學前班上課
在早期療育機構(例如:兒童發展中心、陽明教養院)的日托班上課
早期療育機構的部分時制療育服務
到宅療育服務(早期療育服務人員到家裡教您怎麼照顧孩子)
早期療育社區資源中心或個案管理中心的服務
其他 _____

二、家長與家庭的基本資料

1. 您(填寫問卷者)是孩子的：父親 母親 (外)祖父母 其他：_____。
2. 孩子的主要照顧者是：父親 母親 (外)祖父母 其他：_____。
3. 目前和孩子同住的家人共有幾位(孩子不計算在內)？_____人
4. 目前和孩子同住的家人有誰？
父親 母親 兄弟姊妹 (外)祖父母 親戚 朋友 其他：_____。
5. 您(填寫問卷者)的年齡(請填實歲)：_____歲
6. 您(填寫問卷者)的教育程度：
國中或國中以下 高中或高職畢業 專科畢業或大學肄業
大學畢業 研究所碩士班或博士班畢業
7. 家庭每月的經濟收入(夫妻合併計算)：
 20,000 元以下 20,001 元~40,000 元 40,001 元~60,000 元
 60,001 元~80,000 元 80,001 元~100,000 元 100,001 元~150,000 元
 150,001 元~200,000 元 200,001 元以上

附錄六：問卷專家效度修改意見之彙整

◎早療服務概況

修改前	專家建議與決議
問卷指導語：您所提供的資料只用於 <u>集體</u> 統計分析	朱：刪除「集體」 決議：同上
問卷填寫說明：『 <u>目前正在接受早期療育服務的那個孩子</u> 』	朱：「個」改成「位」 決議：同上
1. 請問您所想的這位早療服務人員是誰？ <input type="checkbox"/> 社工員 <input type="checkbox"/> 教保員 <input type="checkbox"/> 特教老師 <input type="checkbox"/> 幼托園所老師 <input type="checkbox"/> <u>醫生、護士</u> <input type="checkbox"/> 治療師	朱：選項中的「醫生、護士」建議分開，並增加「其他」選項 決議：同上
2. 這位早療服務人員的工作場所在哪？ <input type="checkbox"/> 醫院或診所 <input type="checkbox"/> 幼稚園或托兒所 <input type="checkbox"/> 特殊教育學校 <input type="checkbox"/> 早期療育機構 <input type="checkbox"/> 到宅服務機構 <input type="checkbox"/> 早期療育社區資源中心或個案管理中心 <input type="checkbox"/> 其他	朱：選項中增列「通報轉介中心」 柯：選項「特殊教育學校」修改為「特殊教育學校(學前部)」 決議：同上述二位專家建議
4. 這位早療服務人員大約多久會和您 <u>接觸聯繫</u> ，討論孩子或家庭的事情？	朱：是否與前面的敘述一致，以受訪者的角度詢問「你和這位早療…多久接觸聯繫1次…」 決議：同上

◎社會支持部分

修改前	專家建議與決議
1. 早療服務人員能協助解決 <u>跑腿、購物</u> 問題。	朱：建議「協助解決跑腿、購物問題」 修改「分擔我家庭庶務需求，如…」 柯：建議刪除，因為有可能造成誤導，讓家長以為服務人員該做這些事情 饒：建議此題修改 決議：刪除此題
2. 早療服務人員提供經濟(包括金錢及物質)協助。	柯：建議增加「資訊或資源連結」 饒：修改為「早療服務人員會提供我經濟(包括金錢及物質)協助」 決議：修改為「早療服務人員會提供我經濟(包括金錢及物質)協助」

3. 早療服務人員能協助我解決 <u>孩子照顧</u> 問題。	饒：孩子照顧是指？ 決議：修改為「早療服務人員可以協助解決孩子的托育問題」
4. 早療服務人員可以陪伴我。	柯：此題要表明的是什麼？ 饒：(?) 決議：維持不變
6. 早療服務人員可以提供 <u>經濟及財物處理的建議</u> 。	朱：與第 2 題「早療服務人員提供經濟(包括金錢及物質)協助」相似 柯：與第 2 題的差異為何？ 決議：修改為「早療服務人員會提供我理財與金錢管理的建議」
7. 早療服務人員告訴我 <u>照顧孩子的方法</u> 。	朱：與第 3 題「早療服務人員能協助解決孩子照顧問題」相似 饒：修改為「早療服務人員會告訴我照顧孩子的方法」 決議：修改為「早療服務人員會告訴我照顧孩子的方法」
8. 早療服務人員會和我 <u>溝通</u> 討論照顧孩子時的疑惑。	朱：了解？ 柯：誰的疑惑？ 饒：「疑惑」修改為「困難」 決議：修改為「早療服務人員會給予我提醒、建議與指點」
9. 早療服務人員提供照顧所需的資訊。	饒：修改為「早療服務人員會提供我照顧孩子所需的資訊」 決議：修改為「早療服務人員會提供我照顧孩子所需的資訊」
10. 早療服務人員了解我目前 <u>所經驗到的情境</u> 。	柯：情境要更明確些 饒：家長可能不了解 <u>所經驗到的情境</u> ，建議改成處境 決議：修改為「早療服務人員了解我目前的處境」
12. 早療服務人員可讓我隨時打電話求助。	饒：修改為「 <u>當我需要幫助時，我可以隨時打電話給早療服務人員求助</u> 」 決議：修改為「當我需要幫助時，我可以隨時打電話向早療服務人員求助」
13. 沮喪時，早療服務人員會鼓勵我 <u>振作起來</u> 。	柯：建議刪除「振作起來」 決議：修改為「當我沮喪時，早療服務人員會鼓勵我」

◎充權部分

修改前	專家建議與決議
6. 當問題發生時， <u>我相信我能夠和孩子一起解決</u> 。	饒：修改為「當問題…， <u>我能夠協助孩子一起解決</u> 」 決議：修改為「當問題發生時，我能夠協助孩子一起解決」
11. 我很了解孩子的困難(困擾)。	饒：建議此題修改 決議：維持不變
16. 對於我的孩子需要什麼服務，我能夠做出好的決定。	柯：修改為「我認為我可以為孩子的服務做出好的決定」 決議：修改為「我可以為孩子所需的服務做出好的決定」
20. 我會告訴早療服務人員可以提供哪些服務給我的孩子。	柯：修改為「我會要求早療服務人員提供我認為孩子需要的服務項目」 決議：修改為「我會告訴早療服務人員我的孩子需要哪些服務」
23. 我很了解 <u>早期療育服務系統</u> (和孩子有關的服務系統)。	饒：建議此題修改 決議：維持不變
26. 在有關孩子的重要法案或議題的討論過程中，我會和立法者接觸，去影響法案或議題的決議。	饒：建議「 <u>立法者</u> 」修改成「 <u>相關人員</u> 」 決議：修改為「在有關孩子的重要法案或議題的討論過程中，我會和相關人員接觸，去影響法案或議題的決議」
30. 我相信自己和其他父母都能對於提供給孩子的服務發揮影響力。	饒：建議 <u>自己和其他父母可以分開</u> 決議：修改為「我相信自己對於提供給孩子的服務能發揮影響力」
31. 我告訴機構及政府單位的人員該如何改善早期療育服務。	柯：修改為「 <u>我會告訴機構….</u> 」 饒：修改為「 <u>我會告訴機構及(或)政府單位的人員</u> 該如何改善早期療育服務」 決議：修改為「我會告訴機構或政府單位的人員該如何改善早期療育服務」

◎孩子與家長之基本資料部分

修改前	專家建議
一、1. 您的 <u>孩子</u> 的出生年	柯：刪除「的」 決議：同上
一、2. 您的孩子是否領有發展遲緩兒童聯合評估中心或醫院之發展遲緩證明？ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是	饒：建議刪除「發展遲緩兒童聯合評估中心或…」 決議：修改為「您的孩子是否領有醫院的發展遲緩證明或發展遲緩評估報告書」
一、5. 您的孩子目前正在接受下列哪些服務？（可複選） <input type="checkbox"/> 醫院或診所的鐘點式醫療復健服務（例如：語言治療、物理治療、職能治療） <input type="checkbox"/> 在幼稚園或托兒所的普通班上課 <input type="checkbox"/> 在幼稚園的學前特幼班或特殊教育學校（例如：文山特殊學校）的學前班上課 <input type="checkbox"/> 在早期療育機構（例如：兒童發展中心、陽明教養院）的日托班上課 <input type="checkbox"/> 早期療育機構的部分時制療育服務 <input type="checkbox"/> 到宅療育服務（早期療育服務人員到家裡教您怎麼照顧孩子） <input type="checkbox"/> 早期療育社區資源中心或個案管理中心的服務 <input type="checkbox"/> 其他_____	朱：陽明教養院沒有早療日托班/選項「早期療育機構的部分時制療育服務」多增加「發展中心」/建議增加自費購買_____服務 柯：選項「在早期療育機構（例如：兒童發展中心、陽明教養院）…」，前面沒有名稱，這裡位什麼要註明陽明教養院 饒：選項「醫院或診所的鐘點式醫療復健服務」裡的鐘點式建議刪除/陽明教養院有日托兒童療育嗎？/ 選項「到宅療育服務（早期療育服務人員到家裡教您怎麼照顧孩子）」，建議刪除「教您怎麼照顧孩子」，改為「早期療育服務人員到家裡幫孩子上課」 決議：同上
二、3. 目前和孩子同住的家人共有幾位（孩子不計算在內）？	柯：「孩子不計算在內」修改為「孩子本身不計算在內」 決議：同上
二、4. 目前和孩子同住的家人有誰？	朱：建議增加「（可複選）」 柯：第3、4題可否合併一起問？ 決議：增加「（可複選）」，但還是分成二題詢問
二、5. 您（填寫問卷者）的年齡（請填寫實歲）	柯：「實歲」修改為「足歲」 決議：同上

附錄七：受訪同意書

受訪同意書

親愛的家長您好：

我是國立臺灣師範大學社工所的研究生，王思淳。非常感謝您願意撥空閱讀此問卷，我目前正在進行「發展遲緩兒童家長的社會支持、充權與生活品質之相關研究：以台北市及新北市接受早期療育服務之家長為例」的碩士論文研究。誠懇的邀請您填寫問卷，問卷大約 15 分鐘內可填寫完畢，目的是希望了解您在照顧孩子的過程中，您對目前生活狀況的評價。問卷填寫完畢後，我會準備一份小禮物致贈給您以表達我的謝意！

為保障受訪者之隱私與權益，茲訂此協議供雙方遵行，有關受訪同意書之內容如下：

- 一、 為確保您的自願性與權益，您可自行決定是否填寫此問卷，在確認您的意願後，才會開始進行問卷施測。
- 二、 問卷內容僅供論文及學術研究之用，未經您的同意，研究者絕對不會對外洩漏有關您在問卷中所提供之資料，並且在研究完成後，問卷會全數進行銷毀。
- 三、 在問卷分析整理的過程中，您的姓名或任何可辨識身分之資料，皆不會從本論文之資料中得知。
- 四、 您所提供的資料僅用於學術研究之統計分析，不會有個別資料的呈現。
- 五、 論文會公開放置於國立臺灣師範大學圖書館及國家圖書館，若您想知道研究結果，研究者可提供論文電子檔乙份。

我已閱讀完上述受訪同意書之內容，並同意參與此研究。

受訪者簽名：_____

研究者簽名：_____

國立台灣師範大學社會工作學研究所

指導老師：沈慶盈 博士

研究生：王思淳 敬上

聯絡電話：***

電子信箱：***

附錄八：正式施測問卷

親愛的家長，您好！

非常感謝您願意撥冗填寫這份問卷。本問卷的目的是希望了解您在照顧發展遲緩兒童的過程中，對您目前生活狀況之評價，以建議早期療育相關機構在未來提供更好服務的參考。這份問卷需要請孩子的父母或主要照顧者來填寫，問卷無需具名，您所提供的資料只用於統計分析，不會呈現個別資料。這份問卷大約 15 分鐘內可填寫完畢，問卷為雙面列印，請您回答每一題。問卷題項沒有標準答案，請依據您的真實感受圈選最符合的選項。若您在填寫時有任何疑問，歡迎隨時詢問，我會詳細為您說明。特此勞煩，不勝感激！

敬祝

闔家平安健康快樂

國立臺灣師範大學社會工作學研究所

指導教授 沈慶盈博士

研究生 王思淳敬上

手機：***

E-mail：***

本問卷中所提到的『孩子』係指『目前正在接受早期療育服務的那位孩子』，若家中需要早期療育服務的孩子有 2 位以上，請您選擇 1 位正在接受療育服務的孩子來回答以下的問題。『早療服務人員』係指『提供早期療育服務的醫護人員、治療師、社工師或教保員等』，請想一位和您最常接觸，或您印象最深刻的早療服務人員來回答以下的問題。

1. 請問您所想的這位早療服務人員是誰？
 社工員 教保員 特教老師 幼托園所老師 醫生 護士
 治療師 其他 _____
2. 這位早療服務人員的工作場所在哪？
 醫院或診所 幼稚園或托兒所 特殊教育學校(學前部) 到宅服務機構
 早期療育機構或兒童發展中心 早期療育社區資源中心或個案管理中心
 早期療育通報轉介中心或兒童健康發展中心
 其他 _____
3. 您接受這位早療服務人員的服務大約有多久了？ _____ 年 _____ 月
4. 您和這位早療服務人員大約多久會接觸聯繫一次，討論孩子或家庭的事情？
 每天 平均每個月 1 次
 平均每兩個星期 2 次 平均每 2 個月 1 次
 平均每兩個星期 1 次 過去 3 個月內都沒有
 平均每兩個星期 1 次

【請翻背面繼續作答】

第一部分：這部分的問項是想了解您照顧孩子的過程中，早療服務人員提供您協助之情形，請依照您實際的經驗與感受，圈選一個最符合您目前情境的答案。

		從來沒有	很少如此	偶爾如此	經常如此	總是如此
1.	早療服務人員會提供我經濟(包括金錢及物質)協助。	1	2	3	4	5
2.	早療服務人員可以協助解決孩子的托育問題。	1	2	3	4	5
3.	早療服務人員可陪伴我。	1	2	3	4	5
4.	早療服務人員可以協助解決孩子的就醫問題。	1	2	3	4	5
5.	早療服務人員會提供我理財與金錢管理的建議。	1	2	3	4	5
6.	早療服務人員會告訴我照顧孩子的方法。	1	2	3	4	5
7.	早療服務人員會給予我提醒、建議與指點。	1	2	3	4	5
8.	早療服務人員會提供我照顧孩子所需的資訊。	1	2	3	4	5
9.	早療服務人員了解我目前的處境。	1	2	3	4	5
10.	遇到困難挫折時，我可以向早療服務人員傾訴。	1	2	3	4	5
11.	當我需要幫助時，我可以隨時打電話向早療服務人員求助。	1	2	3	4	5
12.	當我沮喪時，早療服務人員會鼓勵我。	1	2	3	4	5
13.	早療服務人員欣賞及肯定我所做的事情。	1	2	3	4	5

第二部分：這部分的問項是想了解您的生活:包括您的家庭、孩子的服務及您的社區。這些問題涵蓋許多不同的活動，您可能做過或沒做過這些活動。若問題不適用於您，請您圈選『完全不符合』。此外，我們知道其他人可能參與照顧您的孩子，但回答問題時，請依據您自己的情況，圈選一個最能描述您目前情境或感受的答案，請記住，這些問項是沒有標準答案的。

		完全不符合	有些不符合	不確定	有些符合	完全符合
1.	當孩子發生問題時，我處理得很好。	1	2	3	4	5
2.	我相信我有這個能力協助孩子成長與發展。	1	2	3	4	5
3.	當我的孩子發生問題時，我知道該怎麼做。	1	2	3	4	5
4.	我覺得我的家庭生活都在我的掌握之下。	1	2	3	4	5
5.	我能夠獲取資訊，幫助自己更了解孩子。	1	2	3	4	5
6.	當問題發生時，我能夠協助孩子一起解決。	1	2	3	4	5
7.	當我需要幫忙解決家裡的問題時，我能向他人尋求協助。	1	2	3	4	5
8.	我努力學習新技能來幫助孩子成長及發展。	1	2	3	4	5

【請翻背面繼續作答】

		完全不符合	有些不符合	不確定	有些符合	完全符合
9.	當我處理孩子的事情時，我會從不同的角度來看待這件事情，而不是只看到問題。	1	2	3	4	5
10.	當我面臨有關孩子的問題時，我會自己決定該怎麼做，然後付諸行動。	1	2	3	4	5
11.	我很了解孩子的困難(困擾)。	1	2	3	4	5
12.	我覺得我是一位好父母。	1	2	3	4	5
13.	我認為我有權利決定我的孩子要接受什麼服務。	1	2	3	4	5
14.	當我擔心孩子所接受的服務不足時，我知道可以採取什麼行動。	1	2	3	4	5
15.	我確定早療服務人員了解為什麼我認為孩子需要這些服務。	1	2	3	4	5
16.	我可以為孩子所需的服務做出好的決定。	1	2	3	4	5
17.	我能和機構及早療服務人員一同決定孩子所需要的服務。	1	2	3	4	5
18.	我會定期和早療服務人員保持聯絡。	1	2	3	4	5
19.	在決定孩子所需要的服務時，我認為我的意見和早療服務人員的觀點一樣重要。	1	2	3	4	5
20.	我會告訴早療服務人員我的孩子需要哪些服務。	1	2	3	4	5
21.	我知道我的孩子需要什麼服務。	1	2	3	4	5
22.	必要時，我會主動為我的孩子及家庭尋求服務。	1	2	3	4	5
23.	我很了解早期療育服務系統(和孩子有關的服務系統)。	1	2	3	4	5
24.	我認為早療服務人員應該詢問我：「您希望您的孩子接受什麼服務」。	1	2	3	4	5
25.	對於改善社區中提供給孩子的服務，我認為我能夠負起一部份責任。	1	2	3	4	5
26.	在有關孩子的重要法案或議題的討論過程中，我會和相關人員接觸，去影響法案或議題的決議。	1	2	3	4	5
27.	我知道早期療育服務系統由哪些單位組成。	1	2	3	4	5
28.	對於什麼是理想的早期療育服務系統，我有自己的想法。	1	2	3	4	5
29.	我會協助其他家庭去獲取他們需要的服務。	1	2	3	4	5
30.	我相信自己對於提供給孩子的服務能發揮影響力。	1	2	3	4	5
31.	我會告訴機構或政府單位的人員該如何改善早期療育服務。	1	2	3	4	5
32.	我知道如何傳達我的意見讓機構管理者或相關人員知道。	1	2	3	4	5
33.	我知道特殊教育法令中有關家長及孩子的權利。	1	2	3	4	5
34.	我覺得自己的親職知識與經驗能夠運用在協助改善其他孩子及家庭的服務上。	1	2	3	4	5

【請翻背面繼續作答】

第三部分：這份問卷是想詢問您對於自己的生活品質、健康、以及其他生活領域的感覺。我們的問題所關心的是您最近兩星期內的生活情形，如果您對某一問題的回答不確定，請選出五個答案中最適合的一個，通常會是您最早想的那個答案。

1. 整體來說，您如何評價您的生活品質？
極不好 不好 中等程度好 好 極好
2. 整體來說，您滿意自己的健康嗎？
極不滿意 不滿意 中等程度滿意 滿意 極滿意
3. 您覺得身體疼痛會妨礙您處理需要做的事情嗎？
完全沒有妨礙 有一點妨礙 中等程度妨礙 很妨礙 極妨礙
4. 您需要靠醫療的幫助應付日常生活嗎？
完全沒有需要 有一點需要 中等程度需要 很需要 極需要
5. 您享受生活嗎？
完全沒有享受 有一點享受 中等程度享受 很享受 極享受
6. 您覺得自己的生命有意義嗎？
完全沒有 有一點有 中等程度有 很有 極有
7. 您集中精神的能力有多好？
完全不好 有一點好 中等程度好 很好 極好
8. 在日常生活中，您感到安全嗎？
完全不安全 有一點安全 中等程度安全 很安全 極安全
9. 您所處的環境健康嗎？(如污染、噪音、氣候、景觀)
完全不健康 有一點健康 中等程度健康 很健康 極健康
10. 您每天的生活有足夠的精力嗎？
完全不足夠 少許足夠 中等程度足夠 很足夠 完全足夠
11. 您能接受自己的外表嗎？
完全不能夠 少許能夠 中等程度能夠 很能夠 完全能夠
12. 您有足夠的金錢應付所需嗎？
完全不足夠 少許足夠 中等程度足夠 很足夠 完全足夠
13. 您能方便得到每日生活所需的資訊嗎？
完全不方便 少許方便 中等程度方便 很方便 完全方便
14. 您有機會從事休閒活動嗎？
完全沒有機會 少許機會 中等程度機會 很有機會 完全有機會

【請翻背面繼續作答】

15. 您四處行動的能力好嗎？
完全不好 有一點好 中等程度好 很好 極好
16. 您滿意自己的睡眠狀況嗎？
極不滿意 不滿意 中等程度滿意 滿意 極滿意
17. 您對自己從事日常活動的能力滿意嗎？
極不滿意 不滿意 中等程度滿意 滿意 極滿意
18. 您滿意自己的工作能力嗎？
 (註:工作是指個人所從事的任何主要活動，包括有給薪的工作、無給薪的工作、志工、照顧小孩或料理家事等，這裡的工作能力著重於個人執行工作的能力)
極不滿意 不滿意 中等程度滿意 滿意 極滿意
19. 您對自己滿意嗎？
極不滿意 不滿意 中等程度滿意 滿意 極滿意
20. 您滿意自己的人際關係嗎？
極不滿意 不滿意 中等程度滿意 滿意 極滿意
21. 您滿意自己的性生活嗎？
極不滿意 不滿意 中等程度滿意 滿意 極滿意
22. 您滿意朋友給您的支持嗎？
極不滿意 不滿意 中等程度滿意 滿意 極滿意
23. 您滿意自己住所的狀況嗎？
極不滿意 不滿意 中等程度滿意 滿意 極滿意
24. 您對醫療保健服務的方便程度滿意嗎？
極不滿意 不滿意 中等程度滿意 滿意 極滿意
25. 您滿意所使用的交通運輸方式嗎？
極不滿意 不滿意 中等程度滿意 滿意 極滿意
26. 您常有負面的感受嗎？(如傷心、緊張、焦慮、憂鬱等)
從來沒有 不常有 一半有一半沒有 很常有 一直都有
27. 您覺得自己有面子或被尊重嗎？
完全沒有 有一點有 中等程度有 很有 極有
28. 您想吃的食物通常都能吃到嗎？
從來沒有 不常有 一半有一半沒有 很常有 一直都有

【請翻背面繼續作答】

第四部分：這部分的問項是想了解您與孩子的資本資料，請您選擇最適當的選項，在裡打勾「✓」，或是協助將資料填寫完成。謝謝您的協助！

一、孩子的基本資料

1. 您孩子的出生年：民國_____年
2. 您的孩子是否領有醫院的發展遲緩證明或發展遲緩評估報告書？ 否 是
3. 您的孩子是否領有身心障礙手冊？
否 是 → 障礙程度為：輕度 中度 重度 極重度
4. 您的孩子從幾歲開始接受早期療育服務？_____歲
5. 您的孩子目前正在接受下列哪些服務？（可複選）
醫院或診所的醫療復健服務(例如:語言治療、物理治療、職能治療)
在幼稚園或托兒所的普通班上課
在幼稚園的特幼班或特殊教育學校(例如:文山特殊學校)的學前班上課
在早期療育機構或兒童發展中心的日托班上課
早期療育機構或兒童發展中心的部分時制療育服務
到宅療育服務(早療服務人員到家裡幫孩子上課)
早期療育通報轉介中心或兒童健康發展中心的服務
早期療育社區資源中心或個案管理中心的服務
其他(例如:自費購買的服務) _____

二、家長與家庭的基本資料

1. 您(填寫問卷者)是孩子的：父親 母親 (外)祖父母 其他：_____。
2. 孩子的主要照顧者是：父親 母親 (外)祖父母 其他：_____。
3. 孩子的戶籍設在：台北市 新北市 其它：_____。
4. 目前和孩子同住的家人共有幾位(孩子本身不計算在內)？_____人
5. 目前和孩子同住的家人有誰？（可複選）
父親 母親 兄弟姊妹 (外)祖父母 親戚 朋友 其他：_____。
6. 孩子的父母婚姻狀況：未婚 已婚 離婚 分居 喪偶 其他_____。
7. 您(填寫問卷者)的年齡(請填足歲)：_____歲
8. 您(填寫問卷者)的教育程度：
國中或國中以下 高中或高職畢業 專科畢業或大學肄業
大學畢業 研究所碩士班或博士班畢業
9. 家庭每月的經濟收入(夫妻合併計算)：
 20,000 元以下 20,001 元~40,000 元 40,001 元~60,000 元
 60,001 元~90,000 元 90,001 元~120,000 元 120,001 元~160,000 元
 160,001 元~200,000 元 200,001 元以上

感謝您填答這份問卷，請您檢查一下是否有漏填的題目，再將問卷轉交給社工、老師或發放問卷人員，並向其領取一份小禮物，非常感謝您的幫忙！