

# 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

張秀玉

### 壹、前言

在國內兒童福利、醫療與特殊教育的服務領域中，發展遲緩（developmental delay）兒童及其家庭一直是重要的服務人口群。依據 93 年 6 月公布施行之兒童少年福利法施行細則第 6 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之情形，並經衛生主管機關認可之醫院評估確認，發展證明之兒童」。針對這些兒童的發展遲緩的狀況，必須透過早期療育服務（early intervention）的提供，協助其發展遲緩的狀況得以消除或是改善，但是發展遲緩兒童的生心理特質，牽涉到不同專業領域，必須透過跨專業團隊服務模式（trans-disciplinary model）的介入，才能滿足其多元的需求。因而，兒童少年福利法施行細則第 5 條提到：「本法所稱之早期療育，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 6 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。經早期療育後仍不能改善者，輔導其依身心障礙保護法相關規定申請身心障礙鑑定」。

從國內法令對於發展遲緩兒童以及早期療育之界定中，可以整理出早期療育服務的 2 個特色，其一是強調各項服務的提供必須依靠不同專業團隊的合作；其二是將發展遲緩兒童與其家庭同時視為早期療育服務的主要對象（張秀玉，2003）。由於發展遲緩兒童的生心理發展的狀況，可能需要透過醫療復健、特殊教育以及社會福利等服務領域相關資源的協助，必須藉由各個專業領域之人員，共同評量並執行相關的處遇計畫，才能真正滿足服務對象之需求。因此，早期療育服務的特色之一是重視專業團隊之間的合作。此外，由於兒童本身生、心理上發展遲緩的現象，加上年齡較小，家庭本身具有的條件、對兒童

發展的認知、對兒童接受療育的態度與支持度等，都會影響兒童後續接受療育服務的契機及品質，在早期療育服務的範疇中，協助家庭具有處理、照顧或是支持兒同接受後續的療育服務，是不同領域的專業工作者共同且重要的處遇目標（周月清，1998；Freedman & Boyer, 2000）。

為了使發展遲緩兒童與其家庭能夠得到適切的早期療育服務，國內目前早期療育服務輸送流程，大都依據內政部社會司（1997）所制訂的「早期療育服務實施方案」來進行。早期療育之服務輸送，大致可區分為1.通報轉介；2.聯合評估；3.個案管理；4.療育安置此四個流程，各個服務輸送流程之工作內容雖有不同，但仍須依靠彼此之協調合作來將早期療育服務送至服務對象的手中。目前全國 25 個縣市皆依法成立了「發展遲緩兒童早期療育個案管理中心」，主責資源評估、資源連結、資源倡導、深度家庭服務等重要工作。若與上文中所討論之早期療育服務特色作搭配，則個案管理中心必須運用專業團隊之合作模式，提供發展遲緩兒童及其家庭全面性的服務。

由歐美地區早期療育發展的歷史來看，美國在西元 1986 年所公布之「全體殘障兒童修訂案」（All Handicapped Children Act Amendments, PL99-457, 1986）可說是西元 1991 年「身心障礙者教育法案」（IDEA, Individuals with Disabilities Education Act）的前身，它是美國對於發展

脆弱兒童所制訂最重要的法案之一。在此法令提到，針對 0~6 歲之發展遲緩或發展障礙兒童及其家庭成員所需之相關服務，設計「個別化家庭服務計畫」（Individualized Family Service Plan, IFSP）。在個別化家庭服務計畫中，必須清楚敘述個別兒童與家庭的目標、說明達到目標的方法、標準及時間；必須具體說明服務如何滿足需求；指定個案管理者負責確認計畫的執行等內容（Shonkoff & Meisels, 2000; Repetto & Correa, 1996; Bailey & Turnbull, 1993, 引自張琴音，1999）。在 1997 年美國頒布了新修正的「身心障礙者教育法案」（PL105-17）更強調早期療育服務需透過一個多元科學的團隊發展個別化家庭服務計畫，並且重申此服務計畫應在自然情境中執行介入服務，例如：在家中。此外，105-17 公法中也提醒個案管理者，在擬定個別化家庭服務計畫之前，需進行整個家庭評量（family assessment）的工作，以作為擬定個別化家庭服務計畫的依據，而在家庭評量的面向中，必須要包含評量家庭的優勢、優先權和考量，要特別注意在服務介入之前，家庭所有擁有的（families have）（Individuals with Disabilities Education Act, PL015-17, 1997; Dunst, 2001, 引自 McWilliam, 2005）。

從上文的討論中，可以瞭解對於發展遲緩兒童與其家庭之需求作完整詳盡的評量，是後續個別化家庭服務計畫擬定與執行成效的重要關鍵。在早期療育

的各項專業中，社會工作專業在家庭處遇、資源整合、與家庭一起工作以及提供家長各項資源與支持的面向上，在專業團隊中具有優勢及不可取代的專業地位（王篤強、張秀玉、黃英琪，2004；林幸君，2000；林惠芳，1999；周月清，1998，1994）。但在一些研究與文獻探討中（蘇映伊，2005，周月清、許昭瑜，2004；曾華源、張秀玉、賴玫凰，2003；許昭瑜，2002；周月清、朱鳳英、許昭瑜、劉玉珊、蔡秀妹、黃鈴雅、黃淑文，2001；Krauss, 2000；Shonkoff & Meisels, 2000），發現了社會工作者在與家庭一起工作的專業能力不足，像是針對家庭需求、能力與資源的評量工作上，不確定應從哪些面向進行家庭評量？何時是進行家庭評量最佳的時機？該用何種工具進行評量？如何進行評量等困境。

社會工作者在進行家庭評量工作時，常是以發現家庭所具有的問題、壓力或困境為主，將此訊息作為早期療育家庭服務相關計畫擬定的主軸，並非強調家庭的優勢與能力（Slentz & Bricker, 1992）。對於發展遲緩兒童家庭，社會工作者仍傾向以「個人模式」（individual model）而非「社會模式」（註 1）（social model）的角度去評量與協助他們（Oliver & Sapey, 1999）。當以個人模式作為家庭處遇的思考脈絡時，則容易歸咎受害者（blame the victim），剝奪家庭參與早期療育服務相關決策的機會與權力；若以社會模式思考發展遲緩兒童家庭的處境時，則會重視社會制度、政策

與相關資源等有障礙的環境對於他們的壓迫及限制，社會工作者則不僅是發展遲緩兒童家庭的服務提供者，更是協助家庭得以自我增強權能（empowerment）的促進者（facilitators）及使能者（enablers）（周月清、許昭瑜，2004；Oliver & Sapey, 1999）。

學者 Krauss（2000）則是提到早期療育領域以家庭服務為中心的方式，可以藉由協助家庭發現自己的優勢，建立自己的力量，來達到家庭增強權能的目的。這個概念與社會工作強調協助個人發揮力量，達到助人自助的專業目標相當契合。社會工作優勢觀點（Strength Perspective）強調每個人都有自己解決問題的力量與資源，並且具有在困難環境中生存下來的復原力量（resilience）（Rapp, 1998; Saleebey, 1996; De Jong & Miller, 1995）。社會工作者在協助服務對象時，必須創造一個脈絡（context），協助服務對象發現自己的力量與資源，並釐清是何種障礙在影響這些力量的運作，社會工作者並與服務對象結合個人與環境中可能的資源，破除這些障礙並發揮力量的影響力，問題便能由另一個角度來解決（Cowger & Snively, 2002; Brun & Rapp, 2001; Kissman & Allen, 1999; Rapp, 1998; Saleebey, 1996; Cowger, 1994）。因此，社會工作者在協助發展遲緩兒童之家庭時，除了針對家庭的需求及問題進行評量之外，若是能夠同時評量家庭的優勢，則不僅可以藉助家庭原本具有的資源與力量，來處遇相關問題與障礙之

外，更能夠讓家庭在服務提供的過程中，享有參與決策之權力外，也能因此發現自己的優勢，產生對現在以及未來解決問題的能力及希望。

然而目前國內針對早期療育領域進行家庭評量工具發展之相關研究，大概包括家庭需求、家庭功能、家庭生活素質、家庭互動狀況以及家庭使用相關福利服務需求之滿意度（黃英琪，2004；鄭期緯，2004；黃淑文，2001；郭蓓茹，2000；洪素英，1999；葉淑文，1998；施怡廷，1998；黃麗娥，1998；王天苗，1996）等面向，針對家庭優勢評量之相關概念之探討，以及評量工具發展之研究主題，付之闕如。因此，作者希望透過本文的介紹，協助早期療育領域之社會工作者，對於以社會工作優勢觀點為基礎的發展遲緩兒童家庭評量之概念與面向，有初步的瞭解與認識；若能透過本文的探討，引發出早期療育領域相關的學術研究者及實務工作者，將家庭優勢評量的概念，嘗試落實運用在發展遲緩兒童家庭評量之工作上，則是作者最重要的為文目的。

## 貳、家庭在早期療育服務中的重要性

家庭乃是人類發展最先接觸也最為重要的場域，在此場域中，個人可以獲得家庭在養育、照顧以及生心理層次上的支持與資源，家庭所提供之支持與資源的數量及品質，對於家庭成員在各階段之發展具有關鍵性的影響。因此，家

庭成員之間的互動關係、對發展遲緩兒童的態度、對早期療育服務的看法以及家庭具有的社經地位等條件，都會直接間接影響到早期療育的效果。發展遲緩兒童的家庭經常面臨的問題包括：對發展遲緩事實之抗拒、雙親照顧人力不足、父母雙方心理壓力調適問題、早期療育服務資源之缺乏、家長不知道該如何尋找及運用相關早期療育資源、家庭支持系統不足、因為孩子療育延伸出之經濟與學習相關教養知能之需求等（張秀玉，2003）。施怡廷（1998）則從家庭系統觀點來看，系統之間是相互影響的，倘若家中有發展遲緩兒童將會影響其他成員，同時其他成員也會對發展遲緩兒童造成影響。

從上述許多學者對早期療育的定義中，亦可窺見家庭在早期療育中占有一席之地。早期療育的推行，其前提除了是個跨學科的整合性方案，更重要的是有功能健全之家庭，才能有成功的早期療育計畫（王國羽，1996）。Peterson（1987，引自王天苗，1996）也認為以家庭為導向的早期療育服務不但可以減少家庭壓力、營造健康的家庭互動關係，更能使家庭在正常的運作下發揮應有的功能，使早期療育服務有加乘之效果。因此家庭共同來參與早期療育服務當是不容置疑的。

此外，從社會工作的觀點來看，其關心的不只是人類的發展，更重視人類所處的環境脈絡，也就是「人在情境中」的概念。在此一觀點下，關心發展

遲緩兒童的發展，同時也應該將兒童所身處的整個家庭系統考慮進去。因為家庭中的成員互動關係如何、對壓力如何因應以及對發展遲緩兒童的態度等，對發展遲緩兒童往往具有一定的影響力。Marfo & Kysela (1985) 即清楚指出家庭參與早期療育服務之重要性包括：

(一)以家庭為早期療育方案之干預重點，其目的在減少父母因發展遲緩兒童的出現所帶來的罪惡感、不安與混淆情緒。

(二)早期療育之施行可以讓父母了解發展遲緩兒童之發展，並協助父母提早預備孩子所需接受的各種療育與增強父母配合之動機。

(三)早期療育的內容以提供如何協助發展遲緩兒童的技巧給父母。

(四)預防發展遲緩兒童因父母不當之反應而形成不必要的行為退縮。

(五)促進父母利用社區資源之能力與相關知識的吸取。

許多實證研究資料亦顯示家庭對兒童療育的效果有絕對性的影響，如陳昭儀 (1991) 指出父母的參與及投入，是孩子大幅度進展的重要因素；Dettemer、Thurston & Dyck (1993，引自蔡淑桂，2002) 則說明了家庭中的教育活動，可以協助發展遲緩兒童有效的成長、適應與發展。然而王天苗 (1996) 的研究卻顯示，早期療育服務雖然應是強調以家庭為導向之全面性服務，但從需求面與供給面來看，兩者卻是供需不均衡，也就是說家庭所需要的服務得不到滿足，

以及獲得服務之家庭比例亦不高。因此，提出專業人員應重視父母之角色以及客觀理解家庭之需要，如此才能提供適切的服務給需要之家庭。對發展遲緩兒童而言，在資源普遍不足之下，家庭的照顧和教養能力乃成為影響兒童發展的重要關鍵 (施怡廷，1998)。所以早期療育服務除了需注意兒童發展的特殊性之外，也應考量各個發展遲緩兒童家庭的獨特性需求，從家庭服務的介入著手，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。

由於發展遲緩兒童特殊的生理狀況與幼小的年齡，在提供相關專業服務時，若只注重孩子的療育，卻忽視家庭處遇計畫的設計與執行，則可預期所提供的服務成效必定低落，在研擬有關發展遲緩兒童與其家庭之相關服務計畫時，都應將家庭當作處遇的焦點。發展遲緩兒童與其家庭具有相互影響的關係，但是由於發展遲緩兒童在年齡、生心理功能上的限制，在協助過程中，若能使家庭可以獲得所需的資源以及能量，便能達到協助家中發展遲緩兒童之目的，也能夠減少家庭在照顧發展遲緩兒童時的無力感，增加發展遲緩兒童對家庭的正向影響。

## 參、概念的探討——以社會工作優勢觀點為基礎之家庭評量

### (一)家庭評量之重要性：

自從美國 99-457 公法公布施行之後，早期療育服務有了重大的改變，從原來以兒童需求為中心轉換至以家庭需求為中心。自此之後，有關於發展遲緩兒童之早期療育服務，皆必須撰寫個別化家庭服務計畫，而在此計畫中，也必須載明家庭的需求、資源以及能力等面向之相關資料 (Krauss, 2000)。在國內兒童少年福利法施行細則第 5 條中也明訂，早期療育服務的對象包含「發展遲緩兒童及其家庭」。

不論在國外國內法令的訂定上，都呈現了早期療育領域家庭評量工作應該進行的合法結構及重要性。Guralnick (1998) 提到早期療育服務方案實施家庭評量之重要理由包含下列 3 項：1. 由於兒童的發展在早期並不是固定不能改變的，其會隨著環境而做機能上的調整 (Bronfenbrenner, 1992, 引自 Krauss, 2000)，所以家庭評量能明確指出兒童在家庭情境中的需求；2. 家長會正視家庭評量之重要性；3. 愈來愈多的早期療育方案發現，方案的設計不能光考量兒童的發展需求，也必須針對其家庭的獨特性量身訂做，將會獲得較好的執行效果。

因此，在早期療育服務的範疇中，不論是考量發展遲緩兒童之發展與療育需求，以及從協助發展遲緩兒童家庭之角度，一項深入且正確的家庭評量，將能作為社會工作者在擬定後續個別化家庭服務計畫重要之參考依據，有了以家庭需求為中心的服務計畫，也才能提供發展遲緩兒童家庭適切的服務。

## (二)優勢觀點的意涵：

### 1. 信念：

社會工作優勢觀點認為不論在多困難的環境中，總有些人們可以順利的度過難關，甚至過的比以往的生活更好！是什麼原因使人們具有無限的可能性，能夠堅強的超越種種人生的逆境？社會工作專業若能改變以往從服務對象問題作為處遇焦點的習慣，從發掘服務對象的優勢作為處遇的焦點，則不僅能在處遇過程之中協助服務對象累積解決問題的能力、增加自我的肯定，實踐社會工作專業所強調之「助人自助」之價值，也較容易在處遇過程中，與服務對象發展出平等的合作關係。

社會工作優勢觀點認為每個人都有在困難環境中生存下來的復原力量。因此，每一個人與其所屬的環境中，都存有一些有利於個人適應的資源，社會工作者在協助服務對象時，必須協助服務對象看到這些有利資源，並發揮這些資源的影響力，服務對象所面臨的問題便能由另一個角度來解決。過去社會工作者從問題、診斷出發處遇觀點，限制了服務對象看到自己與環境權力間互動的可能性，並且忽視了在社會環境層面，本身所存在的權力關係不對等的情况，因此，容易視服務對象為問題的製造者，傾向「責難於受害者」。

### 2. 基本假設：

社會工作優勢觀點在協助服務對象的過程中，有下列幾項基本假設以作為社會工作者發掘服務對象優勢之指導方

向 (Saleebey, 2002a; Rapp, 1998; De Jong & Miller, 1995; Weick, Rapp, Sullivan, & Kisthardt, 1989)：

(1)每個個體、團體、家庭與社區都擁有優勢：

社會工作者在處遇過程中，必須透過傾聽、觀察服務對象對自我經驗的主觀詮釋，協助服務對象發掘其在過去生活經驗中所展現出的優勢或是得到的教訓及成長。當服務對象察覺了自己發掘並認同了自己的優勢與潛力，對自己便較有信心，解決目前問題情境的動機便會增強。

(2)創傷、受虐、疾病與困難可能具有傷害性，但也可能是機會與挑戰的來源：

這項基本假設與國人常說的「危機即是轉機」的意涵相同。Wolin & Wolin (1993) 曾提出「倖存者的自尊」(survivor pride) 的概念，其強調個體雖然在逆境中受了傷，但從挫敗經驗中仍能學習面對逆境及求生存的技巧，展現其生命的韌性。因此，社會工作者不應只注意服務對象在此逆境中發生了什麼困難及問題，也必須發現服務對象如何在此不利的逆境中生存下來，在協助處於逆境中的個體時，也必須協助服務對象發展出此種自尊的感受，若其努力與優勢的展現可以順利解決逆境，並獲得其他人的肯定，則其在面對逆境的同時也是成長的契機。

(三)認真看待服務對象所表達出來的期待與抱負：

誠如前文所述，社會工作者慣以問

題取向來評量服務對象的問題，但此種問題評量的角度，容易讓服務對象看不到自己的能力與資源。因此，社會工作優勢觀點強調，社會工作者應以正向的角度去看待服務對象所表達出來對於生活的期待與抱負，支持其透過努力達到自己理想生活情境的可能性。

**四藉由合作關係的建立來協助服務對象：**

社會工作者沒有絕對的能力去促使服務對象為其生活帶來改變，發掘自身及環境中的優勢需靠社會工作者與服務對象的共同合作。在處遇過程中，服務對象具有的優勢、資源與能力常會成為問題解決的主要原因，因此，社會工作者與服務對象應發展出平等的合作關係，更能激發服務對象自己解決問題的能力。

**五每個環境都充滿資源：**

既然每個環境都充滿資源，因此社會工作者應協助服務對象擴大與社區及外在環境的接觸，以降低其因為不瞭解或是對外在環境存有敵意，而喪失了開發或運用資源來解決問題的機遇。

1. 哲學架構：

到底社會工作優勢觀點與以往社會工作者慣用的病理觀點 (Pathology Perspective)，其基本概念有何不同？對於服務對象的看法、問題的界定及處遇的焦點又有何不同的定義？研究者在參閱 Saleebey (1996) 針對 2 個觀點之哲學架構進行比較之後，將 2 個觀點之不同處分成以下 8 類：(1)對人的看法、(2)童年經驗的解讀、(3)問題評量的意義、(4)處

遇的焦點、(5)社會工作者與服務對象的關係、(6)社會工作者與服務對象的責任歸屬、(7)社會工作者與服務對象的角色、(8)處遇預期的結果(見表 1)。從表中可以更清楚的瞭解病理觀點將服務對象視為一個有病症、有問題的人，因此，當服務對象來求助時，因為其被界定為一個病人，當然缺乏自行解決問題

的能力，而社會工作者在處遇過程中則扮演專家的角色；相反的，社會工作優勢觀點則將服務對象視為一個具有能力、資源的人，只是目前處於某些困境之中，社會工作者應協助服務對象重新檢視自己原先具有的優勢，並發展出運用其他資源的能力，靠自己的優勢超越目前的困境。

表 1 病理觀點與優勢觀點哲學架構之比較

項 目	病理觀點	優勢觀點
對人的看法	人被視為 case，重視個人的症狀診斷治療。	人被視為獨特的個體，重視其特色、能力與資源。
童年經驗的解讀	童年的創傷經驗和目前的問題存在必然的因果關係。	童年的創傷經驗和目前的問題不必然有因果關係，但可能有影響力。
問題評量的意義	探索個人的問題是為了要使診斷有所依據。	探索個人問題成因是為了瞭解及欣賞個人，而非歸因。
處遇的焦點	問題 (problems)	可能性、展望與潛力
社會工作者與服務對象的關係	社會工作者容易懷疑個人的說法或解釋的真確性。	社會工作者較易從個人的說法出發。
社會工作者與服務對象的責任歸屬	1.處遇計畫的主責是依據社會工作者的設計。 2.有限制的自抉、自控、委任及個人發展。 3.資源的動員主要是經由專業人員的知識與技巧的運作。	1.處遇計畫是由個人個人及家庭來啟發。 2.完全開放的自抉、自控、委任及個人發展。 3.資源的動員主要是靠個人及家庭的優勢、能力及調適技巧的運作。
社會工作者與服務對象的角色	社會工作者是問題解決的專家。	服務對象本身是問題解決的專家。
處遇預期的結果	協助減少服務對象的病症、問題及不良生活功能的負向影響。	協助服務對象適應個人生活，並發展出自我肯定的價值與承諾，創造並找尋社區內的伙伴關係。

資料來源：Saleebey, 1996

2.以優勢觀點為基礎之家庭評量：  
當一個家庭中有發展遲緩兒童時，若以病理與問題焦點的角度去進行家庭評量時，可能將評量的重點放在這個家

庭的弱點、缺點與問題上，像是：因為這個孩子的出現，使得家庭系統產生了轉變，這種轉變帶來家庭成員之間的緊張關係、為了協助發展遲緩而接受療

育，家庭經濟負擔可能提高、父母在照顧上的壓力加重、整個家庭深陷於擔心、恐懼與害怕中等。當這些問題一一呈現時，社會工作者在進行處遇時，自然容易將處遇焦點放在如何協助家庭這些問題，此種處遇焦點也容易形塑家庭成爲一個具有很多問題，卻沒有能力解決的「無助求助者」，可以想見的在專業關係中，社會工作者自然而然便成爲問題解決專家，而不是一位可以信任的伙伴（partner）或是協助者。

但若是以社會工作優勢觀點的角度進行評量時，社會工作者可能將家庭視爲一個獨特的個體，這個家庭可能擁有其他家庭所沒有的特質、能力、資源或是優勢。因此，評量的焦點就會集中在發現與發掘家庭的能力與資源。社會工作者也就會重視對於目前問題困境的看法，由於這個觀點視家庭爲改變問題的重要媒介，在這個過程中，家庭也較容易發展出信任自己的能力，也較容易與社會工作者形成伙伴關係。因此，經由優勢觀點對家庭進行評量時，能夠讓家庭看到自己的資源與優勢，並且發展出運用這些資源來解決困境的能力與權力，進而達到服務對象增強權能的結果。

社會工作優勢觀點在進行家庭評量時，Cowger（1994）提出工作者必須注意下列 12 項重要的原則：(1)重視家庭成員本身對於事實與問題的瞭解及看法；(2)相信家庭是一個值得被信賴的服務對象；(3)發現與察覺家庭的需要是什麼；

(4)評量必須同時注意家庭在環境與家庭內部的優勢；(5)多面向的評量家庭的優勢；(6)利用評量的過程發現家庭的獨特性；(7)評量過程中必須使用家庭瞭解的語言；(8)讓家庭一同參與評量的過程；(9)社會工作不能有秘密的評量；(10)避免責備家庭或他人；(11)避免簡單的因果關係思考模式；(12)重視評量，而不是病理的診斷。

宋麗玉（2005）認爲以優勢觀點爲基礎的評量，應是一種質的評量，重視服務對象用自己的語言陳述自己、自己所處的情境以及自己現在面對的問題，評量過程中，社會工作者不試圖影響服務對象對於自己的看法，整個評量過程應以「對話式」的方式來進行。Fast & Chapin（2004）在他們所撰寫的“Strengths-Based Care Management for Older Adults”此本書中，則提到在進行優勢評量時，必須注意服務對象想要（wants）過著什麼樣生活？而不是他有（has）什麼樣的生活，社會工作者在此過程中，應與服務對象一同努力，去尋求相關的資源來滿足服務對象的想像與希望。Kisthardt（1997）也提出優勢評量很難取代既有標準化的資格評量，有許多運用政府基金救助及相關的照顧安排，服務必須依據問題、失能的類型以及數量來提供；但是優勢評量的價值並不因此而不存在，其強調優勢評量的目的在於「補充，而非取代既存的標準化評量工具」。此外，社會工作者在優勢評量過程中，除了需要注意優勢評量之基

本原則外，也必須注意評量是一連串動態的過程，所有評量的結果可能隨著會談情境、專業關係的不同而會有所改變；在進行評量工作時，多面向的評量也是重點之一。

## 肆、面向的整理——發展遲緩兒童家庭優勢評量之面向

### (一)優勢與家庭優勢的定義：

社會工作優勢觀點中所界定的「優勢」(strengths)係指：1.個人面對困境的能力；2.面對壓力時，可以維持其功能運作的能力；3.面對重大精神創傷時的回應；4.能運用外來的挑戰以刺激成長的能力；5.運用社會資源解決問題的能力(McQuaide & Ehrenreich, 1997)。在此定義中，可以發現前三種對優勢的界定較針對個人所擁有的能力部分，後二種優勢的界定則考量到個人在面對逆境時，能夠有效尋找、運用外界資源的能力。因此，優勢包括了個人本身以及外界環境所擁有之各項資源，並強調個人需具備有效運用外界環境所具備資源的能力。

若以上述的定義，研究者將本研究所稱之「家庭優勢」(family strengths)界定為家庭在面對困境時所具有之解決問題的能力、以及其得以運用外在資源來處理困難的能力。因此，家庭優勢的評量除了需注意家庭本身具有的能力之外，其具有的社會支持網絡，並與這些資源網絡的互動能力皆是重要的優勢。

### (二)家庭優勢的來源：

學者 Saleebey (2002b, 1996) 認為優勢的來源包括：1.復原力(resilience)、2.成員關係(membership)、3.文化取向(cultural approach)此三個面向及其之間的交互作用。透過個人或家庭參與社區，與社區中的成員產生連結與互動，不僅可以提供個人與社區成員、專業人員所需的成員關係，也能夠透過個人與集體成員的努力，創造出大於個人的優勢與資源，達到協合作用(synergy)，以提高解決個人生活逆境之可能性。此外，發展遲緩兒童家庭能否在主流文化對發展遲緩兒童與其家庭認知上的曲解與刻板印象中，仍能肯定發展遲緩家庭之正向意義與價值；主流文化對發展遲緩兒童與其家庭正向的界定與支持都是文化取向可能為個人帶來優勢的來源。

#### 1.家庭復原力：

所謂的「復原力」係指一種將處於困頓、痛苦、匱乏的生命經驗轉化的能力，此種能力能夠幫助個體抵抗困難、面對逆境，並能以一種健康正向的心態持續過著有功能的生活(Turner, 2001; Saleebey, 1996)。此外，復原力並不是一個靜止的概念，復原力的產生會從個人與環境中的危機與保護的交互作用中發展出來(Saleebey, 1996)。因此，每個處於困境中的個體，都有可能產生得以掙脫或改變生活逆境的復原能力，復原力是個體本身就具備的，社會工作者運用復原力的概念來協助服務對象時，便是透過處遇過程協助其能夠察覺並發揮本

身具有的優勢與優勢，以解決所面臨之困境。復原力實際上包括二種能力（天主教善牧基金會主編，1997）：(1)抗拒的能力，指在壓力之下保護自己的能力；(2)積極建設的能力，係指不只是消極抵抗的能力，更包括不顧環境之困苦，建立正當生活的能力。

學者 Walsh (2002) 在 "A family resilience framework: Innovative practice applications" 一文中提到從臨床實務工作中，發展出來家庭復原力的架構，包括三個層面：(1)家庭信念系統 (belief systems)，所謂的家庭復原力是透過幫助家庭成員對危機情境賦予意義的分享過程中，孕育而生的，有良好信念系統的家庭，當遇到困境與挑戰時，其能夠凝聚家庭成員彼此的力量，來突破難關，其主要的關鍵因素包括：①給予困境意義、②正向觀點、③超越與靈性；(2)組織型態，家庭組織若愈彈性、能夠團隊合作、相互支持來面對困境，則家庭復原力也會產生，其主要的因素包括：①彈性，像是重新改組的能力、②聯絡性，像是相互支持與合作、尊重每個家庭成員的需求、能夠引導保護受到傷害的家庭成員等、③社會和經濟資源；(3)溝通過程，及家庭成員之間若能以澄清、開放的情緒表達、同理等溝通與回應方式，則其孕育解決問題的能力較佳，其重要的因素包括：①澄清、②開放的情感分享、③解決問題合作方式的建立。

若要探討發展遲緩兒童家庭之復原

力時，則可運用上述家庭復原力之架構，探討「家庭信念系統」如何看待發展遲緩兒童及其對家庭帶來的正向意義？有無宗教或個人精神靈性上的支持？也可進一步分析「家庭之組織型態」，分析家庭各個系統之間的關係及通透性如何？面對突發事件，如何組織家庭成員的力量，以合作的方式面對困境？有無運用外在資源的能力等？此外，「家庭成員之間的溝通型態」是否具有彼此分享想法的機制與管道？對於家庭成員不一致的想法有無澄清、尊重、同理之作法等，都可作為家庭復原力之觀察面向。

## 2. 成員關係：

Walzer (1983, 引自 Saleebey, 2002a) 認為缺少成員關係的個人宛如處於極端危險的情境之中。因為他會被社會所隔離，成為社會中的邊緣人，並且無法得到社區中正式或非正式網絡相關資源的協助，其生活逆境很難解除並且容易遭受迫害。因此，社會工作優勢觀點認為，社會工作者要協助服務對象成為社區中的一份子，建立其隸屬於社區的成員關係，在社區中享有價值、受尊重並能盡應有的義務。所以，發展遲緩兒童之家庭與社區中各項正式與非正式資源的互動關係則是其優勢的重要來源。像是發展遲緩兒童家庭與政府組織、民間福利單位的正向互動關係之正式資源；以及與家庭中的親友、鄰居、宗教信仰、已成為好友的專業人員等非正式資源之支持，都可被視為發展遲緩兒童家

庭在成員關係面向中可以協助其面對人生困境的正向資源 (Bennett & Deluca, 1996)。這個面向則與上述家庭復原力中家庭組織型態之「經濟與社會資源」的意涵相同。

### 3.文化取向：

事實上，我們每個人都生活在社會情境與脈絡之下，對於某些特殊族群或是事件的看法，常常是社會所建構的。Will (1985) 提到為什麼身心障礙是一種悲慘的命運？其實多數的身心障礙者都會告訴你，儘管大家通常會這麼想，但是讓一切事情變得困難的，並不是障礙本身，而是那些會讓身心障礙者難堪、不舒服、不安全、無法獨立的社會態度。因此許多人 (Stiker, 1999; Oliver, 1990; Stone, 1984) 認為身心障礙者是社會、文化所建構的，身心障礙者的自我概念，通常來自於他們的感受或自我覺知到別人是如何判定他們成為身心障礙者的原因 (周月清, 1998)。這樣的概念也可以同樣來探討發展遲緩兒童其家庭，所面臨的某些困境，也是社會所建構的，所以在協助發展遲緩兒童與其家庭的過程中，除了藉由增加家庭與兒童的能力來適應環境之外，針對社會大眾對此類服務對象的錯誤看法、不合理的政策與制度等社會面向的問題，也應是早期療育社會工作處遇的重點，這便是前文所提到的「個人模式」與「社會模式」之概念 (周月清、許昭瑜, 2004; Oliver & Sapey, 1999)。

社會建構的概念也可以用來探討發

展遲緩兒童家庭對於自己的認知，是如何受到社會文化價值界定的影響。倘若社會大眾對於發展遲緩兒童家庭的界定是一群沒有能力、需要協助的人，這樣的刻板印象除了讓發展遲緩兒童家庭更認定自己的無能，更促使他們無法包含於社會，成為社會的一份子 (周月清, 1998; Stone, 1984)。因此，發展遲緩兒童家庭如何解讀主流文化對於發展遲緩兒童家庭之刻板印象？若其態度是以接納、積極等較正向的方式，來面對甚至澄清社會大眾對於發展遲緩兒童家庭的誤解，在此過程中仍能肯定發展遲緩兒童家庭之正向意義與價值，則會成為其重要的優勢之一；此外社會大眾對於發展遲緩兒童家庭正向的界定與支持，也是文化取向可能為其帶來優勢的來源。

上文中，研究者探討了 Saleebey (2002b, 1996) 在社會工作優勢觀點中所提出的優勢之 3 種來源，若仔細探討此 3 種優勢的來源，「家庭復原力」可說是發展遲緩兒童家庭本身內在所具有的正向力量，此種優勢來源因家庭而異；「成員關係」部分的優勢來源，強調的則是發展遲緩兒童家庭與外界資源互動的能力，若是此種能力愈強，發展遲緩兒童家庭在教養子女的過程中，便擁有較多可以協助其面對困境之資源；當然若此種能力較弱，則發展遲緩兒童家庭可能處於無法運用資源、無資源可運用、不願意運用資源的困境中；「文化取向」部分則強調社會大眾對於發展遲緩兒童家庭正向的認知與界定；此外，發

展遲緩兒童家庭如何解讀並採取何種行動面對主流文化與價值對發展遲緩兒童家庭的界定，也是影響文化取向是否能成為發展遲緩兒童家庭面對困境之正向優勢的重要因素。

此外，在進行優勢評量的時候，也可以時間序列作為評量的參考，也就是每一項優勢的評量，皆是以探討服務對

象「未來」想要達成的生活目標作為中心；然後在評量服務對象「過去」在此面向上成功的經驗；以及「現在」服務對象擁有何種資源、生活的現況（宋麗玉譯, 2003; Fast & Chapin, 2004）。研究者在依據前述的文獻探討及考量時間序列之後，將發展遲緩兒童家庭優勢評量之面向整理如表 2：

表 2 發展遲緩兒童家庭優勢評量之面向

時間 面向	過 去	現 在	未 來
一、家庭復原力 (一)家庭信念系統 1.給予困境意義 2.正向觀點 3.超越與靈性 (二)家庭組織型態 1.彈性 2.聯絡性 (三)家庭溝通型態 1.澄清 2.開放的情感分享 3.解決問題的合作方式			
二、成員關係 (一)外在資源互動的類型 (二)外在資源互動的頻率 (三)外在資源互動的經驗 1.正向經驗 2.負向經驗 3.負向經驗之調適方法			
三、文化取向 (一)社會大眾對發展遲緩兒童家庭之看法 1.正向看法 2.負向看法 3.負向看法之調適 (二)相關福利服務制度的影響			

時間 面向	過去	現在	未來
1.正向影響 2.負向影響 3.負向影響之改善方法			

資料來源：作者自行整理

## 伍、結 論

就如本文中所提到以優勢觀點為基礎的評量，應是一種質的評量，重視服務對象用自己的語言陳述自己、自己所處的情境以及自己現在面對的問題，評量過程中，社會工作者不試圖影響服務對象對於自己的看法，整個評量過程應以「對話式」的方式來進行（宋麗玉，2005）。因此，對家庭優勢評量有興趣之學術研究者及實務工作者，可以運用作

者所整理之家庭優勢評量之面向，以對話的方式實際運用在發展遲緩兒童家庭相關之評量工作與處遇計畫當中，除了能夠實踐從正向角度思考服務對象需求與處境之社會工作專業價值之外；也能讓發展遲緩兒童家庭重新檢視、運用自己的優勢、資源與能力，透過社會工作評量與處遇的過程，達到家庭增強權能的目的。

（本文作者現為朝陽科技大學社會工作系助理教授）

## 📖 參考文獻

註 1：所謂的「個人模式」係指將身心障礙者或發展遲緩兒童與其家庭所遭遇的問題視為個人失能所產生的直接結果，專業的主要功能在協助個人調整至最佳狀態以適應環境；「社會模式」則強調身心障礙與發展遲緩並不是個人的問題，排除了個人病理的觀點，強調身心障礙的現象是社會所建構的，是一個社會結構的產物，而專業是以倡導社會環境與不合理政策制度的改變，為主要的介入工作（Oliver & Sapey, 1999）。

## 📖 參考文獻

內政部社會司（1997）發展遲緩兒童早期療育服務實施方案，台北：內政部。  
 王天苗（1996）台灣地區心智發展障礙幼兒早期療育服務供需及相關問題之研究，特殊教育學刊，14，21～44。  
 王國羽（1996）身心障礙兒童早期療育政策的相關理論模式與台灣法令之解析，東吳社會工作學報，2，333～350。

- 王篤強、張秀玉、黃英琪（2004）台中縣發展遲緩兒童早期療育之通報轉介與個案管理服務規劃研究，台中：台中縣政府社會局委託研究。
- 天主教善牧文教基金會主編（1997）在生命的泥沼中成長，台北：善牧文教基金會。
- 宋麗玉譯（2003）基礎優點個案管理訓練手冊，台北：內政部。
- 宋麗玉（2005）優點評量技巧介紹與演練，94年社工日系列活動「優勢基礎個案暨照顧管理實務研討會」大會手冊（18~20），台中：中華民國社會工作師聯合會。
- 周月清（1994）家庭社會工作——以家庭為中心之社會工作實務，社會工作學刊，3，47~60。
- 周月清（1998）身心障礙者福利與家庭社會工作——理論、實務與研究，台北：五南。
- 周月清、朱鳳英、許昭瑜、劉玉珊、蔡秀妹、黃鈴雅、黃淑文（2001），協助拒絕接受服務之家庭進入早期療育服務體系——方案發展與評估，台大社會工作學刊，4，97~161。
- 周月清、許昭瑜（2004）醫療模式抑或社會模式——早期療育個案管理實例研探，國立政治大學社會學報，36，113~147。
- 林惠芳（1999）早期介入服務中社會工作者的角色與功能。台灣地區發展遲緩兒童早期療育社會資源實務手冊，12~13，花蓮：中華民國發展遲緩兒童早期療育協會。
- 林幸君（2000）社工在個案管理模式中的運作內容——以台北模式為例。發展遲緩兒童早期療育課程訓練基礎班大會手冊，72~96，台北：中華民國醫務社會工作協會。
- 施怡廷（1998）發展遲緩兒童家庭對兒童照顧需求之研究，台中：東海大學社會工作學系碩士論文。
- 洪素英（1999）發展遲緩幼兒之家庭生活素質研究，彰化：彰化師範大學特殊教育研究所碩士論文。
- 張秀玉（2003）早期療育社會工作，台北：揚智。
- 張琴音（1999）發展遲緩兒童轉銜服務之探討，國小特殊教育，27，11~24。
- 許昭瑜（2002）「發展遲緩兒童家庭介入方案」之執行暨評估研究——以台北市早期療育個案管理服務為例，台北：東吳大學社會工作研究所碩士論文。
- 郭蒨茹（2000）智能障礙幼兒家庭動力之研究，彰化：彰化師範大學特殊教育研究所碩士論文。
- 陳昭儀（1991）發展障礙兒童的早期介入與鑑定，特殊教育季刊，39，25~27。

- 曾華源、張秀玉、賴玫凰（2003），外籍女性配偶子女發展遲緩高危險群可能性之研究——以進入早期療育通報轉介中心之個案為例，台中：內政部兒童局委託研究。
- 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為例，台中：東海大學社會工作學系碩士論文。
- 黃淑文（2001）早期療育服務介入後對心智發展遲緩幼兒家庭的影響，台北：中國文化大學兒童福利研究所碩士論文。
- 黃麗娥（1998）台北市發展遲緩幼兒家長親職教育需求之研究，台北：中國文化大學兒童福利研究所碩士論文。
- 葉淑文（1998）心智障礙者兒童家長早期療育服務使用研究，台中：靜宜大學青少年兒童福利學系碩士論文。
- 蔡淑桂（2002）發展遲緩幼兒之家長親職教育實施成效對幼兒發展能力之研究，生活應用科技學刊，4（1），19~29。
- 鄭期緯（2004）發展遲緩兒童家庭功能問卷之建構研究，高雄：高雄醫學大學行為科學研究所碩士論文。
- 蘇映伊（2005）早期療育社會工作者工作阻礙與工作成就感相關性之研究，台中：東海大學社會工作學系碩士論文。
- Bennett, T., & Deluca, D. A. (1996). Families of children with disabilities: Positive adaptation across the life cycle. *Social Work in Education*, 18 (1), 31-47.
- Brun, C., & Rapp, R. C. (2001). Strengths-based case management: Individual's perspectives on strengths and the case manager relationship. *Social Work*, 46 (3), 278-288.
- Cowger, C. D. (1994). Assessing client strengths: Clinical assessment for client empowerment. *Social Work*, 39 (3), 262-268.
- Cowger, C. D., & Snively, C. A. (2002). Assessing client strengths: Individual, family, and community empowerment. In D. Saleebey (Ed.), *The Strengths Perspective in Social Work Practice* (3rd ed.)(pp. 106-123). Boston: Allyn and Bacon.
- De Jong, P., & Miller, S. D. (1995). How to interview for client strengths. *Social Work*, 40 (6), 729-736.
- Fast, B., & Chapin, R. (2004). 老年優勢基礎照顧管理訓練手冊 (Strengths-Based Care Management for Older Adults) (陳伶珠譯)，台北：心理。
- Freedman, R. I., & Boyer, N. C. (2000). The power to choose: Supports for families caring for individuals with developmental disabilities. *Health & Social Work*, 25 (1), 59-69.
- Guralnick, M. J. (1998). Effectiveness of early intervention for vulnerable children: A development perspective. *American Journal on Mental Retardation*, 102, 319-345.

- Kissman, K., & Allen, A. J. (1999). 開創生機——單親家庭權能增強社會工作 (Single-Parents Families) (黃鈴翔、張意真譯), 台北：亞太。(原作 1993 年出版)。
- Kisthard, W. (1997). The strengths model of case management: Principles and helping functions. In D. Saleebey (Ed.), *The Strengths Perspective in Social Work Practice* (2nd ed.) (pp. 97-114). New York: Longman.
- Krauss, M. W. (2000). Family assessment within early intervention programs. In J. P. Shonkoff & S. Meisels (Eds.), *Handbook of Early Childhood Intervention* (2nd ed) (pp.290-308). Cambridge: Cambridge University Press.
- Marfo, K., & Cook, C. (1991). Overview of trends and issues in early intervention theory and research. In K. Marfo (Ed.), *Early Intervention in Transition: Current Perspectives on Program for Handicapped Childre* (pp. 3-40). New York: Praeger Press.
- McQuaide, S., & Ehrenreich, J. J. (1997). Assessing client strengths. *Families in Society*, March/April, 201-212.
- McWilliam, R. A. (2005). Assessing the resource needs of families in the context of early intervention. In M. J. Guralnick (Ed.), *The Developmental Systems Approach To Early Intervention* (pp. 215-233). Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co.
- Oliver, M. (1990). *The Politics of Disablement: A sociological approach*. New York: Sr.Martin's Press.
- Oliver, M., & Sapey, B. (1999). *Social Work with Disable people* (2nd ed). Basingstoke: Macmillan.
- Rapp, C. A. (1998). *The Strength Model: Case Management with People Suffering from Sever and Persistent Mental Illness*. New York: Oxford University Press, Inc.
- Repetto, J. B. & Correa, V. J. (1996). Expanding views on transition. *Exceptional Children*, 62 (6), 551-563.
- Saleebey, D. (1996). The strength perspective in social work practice: Extensions and cautions. *Social Work*, 41 (3), 296-305.
- Saleebey, D. (2002a). Introduction: Power in the people. In D. Saleebey (Ed.), *The Strengths Perspective in Social Work Practice* (3rd ed.)(pp. 3-17). Boston: Allyn and Bacon.
- Saleebey, D. (2002b). The strengths approach to practice. In D. Saleebey (Ed.), *The Strengths Perspective in Social Work Practice* (3rd ed.)(pp. 80-94). Boston: Allyn and Bacon.
- Slentz, K. L., & Bricker, D. (1992). Family-guided assessment for IFSP Development:

- Jumping off the family assessment bandwagon. *Journal of Early intervention*, 16, 11-19.
- Shonkoff, J., & Meisels, S. (2000). Early childhood intervention: The evolution of a concept. In J. P. Shonkoff & S. Meisels (Eds.), *Handbook of Early Childhood Intervention* (2nd ed) (pp. 3-31). Cambridge: Cambridge University Press.
- Stiker, H. J. (1999). *A History of Disability*. Ann Arbor: The University of Michigan Press.
- Stone, D. A. (1984). *The Disable State*. Philadelphia: Temple University Press.
- Turner, S. G. (2001). Resilience and social work practice: Three case studies. *Families in Society*, 82 (5), 441-448.
- Walsh, F. (2002). A family resilience framework: Innovative practice applications. *Families Relations*, 51, 130-137.
- Weick, A., Rapp, C., Sullivan, W. P., & Kisthardt, W. (1989). A strength perspective for social work practice. *Social Work*, 34, 350-354.
- Wolin, S. J., & Wolin, S. (1993). *The Resilient Self: How survivors of troubled families rise above adversity*. New York: Villard.

# 婦 幼 健 康 照 護 之 現 況 與 展 望

蘇 淑 貞 · 李 美 慧

母親和兒童的健康是家庭幸福、社會安定與經濟繁榮的最大動力。世界衛生組織在去（2005）年以「珍愛每一個母親和兒童」作為世界衛生日的主題，希望能呼籲全球正視婦幼健康之問題及其影響，提供完善的照護；尤其強調要激發家庭、社區、專業團體、政府以及國際社會的共識，共同致力於改善所有母親和兒童的健康和福祉。

我國婦幼健康的照護起源甚早，台灣光復之初，藉由國際的援助，建立完善的基層衛生體系，提供合格助產士接生服務；接受聯合國兒童基金會補助奶粉、設立牛奶站，改善兒童營養；並借重美國紐約人口局的協助，推動家庭計畫工作，以適度減緩人口壓力等。60年來，婦幼健康照護的措施，隨著時代的變遷與社會的需求，不斷深耕普及，目前我國的婦幼健康照護，無論是法規及服務網絡體系等的發展均相當完整。比較 1971 年與 2004 年的婦幼健康指標：孕產婦死亡率由十萬分之 39.7 降至 7.68，新生兒死亡率由千分之 6.72 降至

2.88，嬰兒死亡率由千分之 16.56 降至 4.9，幾達先進國家的水準。

然而，隨著台灣社會的多元發展，婦幼健康照護也面臨新的挑戰而有因應的新重點：

一、以婦女生第一胎的年齡來看，從 1980 年的 23.0 歲延後到 2004 年的 27.4 歲，顯示我國婦女晚婚晚育的整體趨勢。晚婚晚育直接導致婦女生育期的縮短，並可能間接影響生育的數量與品質。因此，需結合醫療科技應用於婦幼相關的遺傳檢驗、諮詢及新生兒篩檢，以加強優生保健服務。

二、我國於 2000 年通過並施行「罕見疾病防治及藥物法」，是全世界繼美國、日本、澳洲與歐盟之後第 5 個通過相關法案的國家。因應本法對弱勢團體照護權益的各項保障，必須與民間團體密切合作以發展更適切的照護措施，更需要推動宣導工作，讓社會大眾有更多接納與關懷罕病病友的機會。

三、依聯合國統計數據顯示，發展遲緩兒約占出生幼兒的 6%~8%，而 3 歲以