

外籍配偶家庭與早期療育 —醫院社會工作的新挑戰

張如杏

一、前言

外籍配偶家庭的增加，在臺灣已經形成一個社會現象，大部分是臺灣男子與外籍（包括中國）女子結婚（中國時報，2003/08/27），這樣的通婚不必然是社會問題，但是在短時間內許多外籍新娘加入，文化和生活經驗的差異，對臺灣社會造成衝擊。

發展遲緩兒童的早期療育，從民國 85 年內政部成立「發展遲緩早期療育推動委員會」至今各縣市都設有通報轉介中心，針對發展遲緩兒童提供包括通報、轉介服務。早療工作強調專業團隊合作，早療的服務中社會工作是專業團隊成員之一，從發現通報、評估診斷、療育安置，社工針對家庭提供專業服務，外籍配偶家庭出現遲緩兒時，和一般家庭會有什麼不同？

社會工作的領域，可以依服務對象區分包括兒童、青少年、學校、婦女、老人、醫療及精神醫療、少數民族……等 13 類（林萬億，民 89）。對兒童的服務包括出養寄養、醫療保健、心理衛生、受虐等。隨著社會的變遷，產生新的社會問題，為

回應社會需求新的社會工作模式發展有其必要，「通才途徑」（或綜融途徑）（generalist approach、generalist）逐漸取代原有的分類（Landon, 1995）。早期療育的社會工作就是典型的例子：以生態的觀點（ecological perspective）介入，專業團隊的整合，以家庭為中心（family center）服務，提供包括兒童福利、醫療保健、親職教育、親職治療、少數民族或移民服務、特殊教育、貧窮、家庭暴力或虐待……等方面的服務。這些內容涵蓋許多範圍，傳統社工的分類增加服務取得的困難。外籍配偶家庭大量出現是最近 10 年的現象，對於這些家庭的了解仍在起步，當這些家庭問題出現問題時，如何協助他們盡快得到各種福利資源？

目前早療體系的運作，從發現通報、評估鑑定、療育安置，每個階段都有不同專業服務，專業間各自運作，對於弱勢的外籍配偶家庭，在服務的取得上充滿挫折。

本文將以醫院早療運作經驗，先分析外籍配偶家庭的特色，再就外籍配偶家庭有發展遲緩兒童的醫療經驗，探討現況與建議。文中的外籍配偶家庭，將以臺灣男

性與外籍女性結婚所組成的家庭為主，就是一般稱外籍新娘的家庭。

二、外籍配偶家庭在臺灣的現況

(一)外籍新娘從哪裡來？去哪裡？

根據警政署的統計，臺灣外籍配偶主要來自越南、印尼、泰國、菲律賓、柬埔寨和中國港澳等地，主計處統計去年結婚的新人中每四對新婚夫妻中有一位外籍新娘，這些數字代表著有更多外籍女子嫁到臺灣、移民臺灣。過去這樣的例子也不少見，這些東南亞和中國的新移民以女性居多，在 10 年間大量進入臺灣，其中嫁到偏遠地區的比例更高，中寮鄉甚至出現全村幾乎清一色是外籍新娘（中國時報，2003/09/30）。以農村、漁業區（澎湖、嘉義、臺中等）的比例特別高。對傳統鄉村形成不同氣象。

(二)外籍新娘的特質

由人口學上的資料分析：娶外籍新娘的臺灣男性平均學歷高職以下，從事勞力工作或農漁業，屬於社會中下階層居多。在婚姻市場上相對弱勢的身心障礙者、較中高齡者，條件和本國女性結婚的機會低者，比較會娶外籍新娘為妻。外籍新娘平均 30 歲，來自越南一帶的新娘較年輕平均 23 歲，學歷普遍在國中以下（中國時報，2003/08/27）。91 年結婚的本國女性則四成至五成以上擁有大專學歷，平均 28 歲，相對比較外籍新娘的學歷或經濟能力比較差。

外籍新娘嫁到臺灣動機有許多差異，過去對移民的研究中，由環境較落後或發展中國家，向經濟發展較好的國家移動，

是移民的趨勢。由於本身來自相對落後的國家，在競爭能力上較弱，對婚姻的依賴程度也比較高。移民的適應加上婚姻家庭的重大轉變，外籍新娘的調適也會影響婚姻家庭的穩定。主計處統計近年國人與外籍人士離婚的比率也升高，今年上半年與外國人離婚的人數較去年大增 13%，尤其兩岸通婚的問題，文化與價值觀差異造成異國婚姻維持的困難（中國時報，2003/07/31）。

(三)從外籍新娘變成外籍媽媽

外籍配偶家庭的形成和國人傳宗接代的觀念有關，外籍新娘的任務之一就是要生養子女，相對於臺灣女子對生育子女的意願降低，外籍女性的生育率就比較高。去年出生的 24 萬 8 千名嬰兒中 12.5% 是由外籍新娘（包括大陸和港澳）所生的，平均 8 個新生兒中，有 1 個來自外籍媽媽，相對於臺灣女性生育率降低，五年後每五個嬰兒就有一個是外籍媽媽生的（工商時報，2003/08/28）。

若以世界衛生組織（WHO）推估發展遲緩兒童的比率約佔 6%，未來外籍配偶家庭出現發展遲緩兒童的機會可能也在增加中。家庭面對有障礙或發展遲緩的孩子，會有很大衝擊（萬育維、王文娟，民 91；自由時報，2003），外籍配偶家庭本身的穩定性和適應性在面對這些壓力時更不利。

(四)外籍配偶家庭——新移民模式

外籍新娘的多樣性很難以清楚分類，如果以移民來分析，一般都是以經濟社會較落後的國家到經濟社會相對較強勢的國家（陳添枝，2003/10/13），過去移民是家庭或家族遷移，或是男性為主，近期臺灣

外籍新娘卻是女性結婚到另一個國家，在缺乏親族支持下，個人原生文化的傳承不易，容易被要求同化成夫家的文化。

以婚姻的形式分類，傳統華人社會婚姻被視為是利益群體之間的交易，不是個人的交易，婚姻是個人在家庭中級親族中建立地位的定點，妻子的地位因丈夫而來（McGough, 1990）。不同於傳統十種婚姻模式（包括買賣婚姻），外籍新娘與中下階層男性（婚姻市場上的弱勢者）的組合，似乎看到經濟能力的限制和家族觀念的弱化後，婚姻可以跳脫對家族的责任、門當戶對的模式或是以感情為基礎的現代婚姻模式，創造出另一種非傳統的婚姻模式。而這個模式隨著不同組合又是非常多樣的。

外籍配偶家庭差異很大，作者僅以工作接觸的外籍配偶家庭歸納出以下特質：

1. 婚姻的組合情感因素不是必然的前提，權力不平等的情形明顯。
2. 傳宗接代是重要的考慮。
3. 面臨跨文化的衝擊，缺乏娘家親人、朋友情感支持。
4. 因為身分取得和競爭能力較弱，比較依賴婚姻。
5. 相對經濟、家庭地位低。
6. 家庭功能差異大。
7. 被期待照顧家中的小孩、病人、老人，是家務勞力的提供者。
8. 使用文字、資源、科技的能力較弱。
9. 有些有買賣婚姻的意味。

(五)多元文化對社會工作的衝擊

不同文化的共存，隨著交通方便和主流文化的吸引，世界正面臨人口重組，不

只有臺灣，美國、歐洲，如德國、法國、英國等，也都有許多由相對經濟社會落後地區的移民，以非法或合法的方式移入（自由時報，2003/10/29）。移民的趨勢帶來文化衝擊。

美國是世界移民最多的國家，1970～80s 許多的人提出對「文化鎔爐」的不同解釋，移民的趨勢不可擋，美國各新舊移民呈現「馬賽克理論」（Guzzetta, 1995；Coll & Magnuson, 2000）：各種族文化的多元性從飲食、服裝等呈現在日常生活中，以家庭作為傳承文化的基本單位，不同人對新文化的同化、認同差異很大，多種文化就像馬賽克一般的鑲嵌成一幅美國的圖形，實際上這樣的圖形對不同文化的發展仍保有很大空間，各自的節慶習俗，甚至「中國城」、「韓國村」等，和主流白人、早期北歐英國移民，同時發展。這樣的發展尊重不同文化的特質，文化多元性（cultural pluralism）可以是一個社會的普遍情形，民族鎔爐不必讓大家都接受同一套生活價值、放棄原生文化生活。

過去以白人的價值主導美國社會，容易將少數民族（特別指黑人）視為：貧窮、高危險群、不利於兒童發展的環境、單親母親家庭。亞裔人的成功是受文化中強調勤奮的觀念影響，過度概化（overgeneralization）族群的相似性。以特殊教育服務對象中，少數民族兒童的障礙比率被認為有高估（overidentified）的情形（Smith, 2001），主流文化對於少數民族的了解容易失真。對少數民族的工作是要協助其融入主流社會，認同社會的價值與生活模式，這樣可以協助其脫離貧窮或不利的環境（Guzzetta, 1995）。

進入世界移民趨勢後，社會工作必須尊重多元文化可以共同形成新的社會文化，種族敏感的實務工作（Ethnic-sensitive practice）（Guzzetta, 1995）提醒實務者可以：(1)以 Erik Erikson 的心理社會階段理論作為架構，(2)注重人生經驗的述說，(3)互相了解、尊重案主（少數民族），也可以讓較早移民者的經驗與後來的移民者分享。社工的工作價值中強調互相了解、尊重、同理，提倡適應、將主流文化案主的需求，找出共通性，概推到少數民族的需求。針對外籍配偶家庭，社工對不同文化的案主除了尊重差異，還要積極了解（萬育維、王文娟，民 91，Caple et al, 1998），避免以刻板印象概化所有外籍新娘，必須深入了解其價值與思考模式，整理自己文化價值如何影響與案主的互動，承認差異，提醒自己對不同文化的了解有限，要注意語言溝通對外籍新娘的限制。

三、早期療育理念與發展

「兒童福利法」（民 82），及「兒童及少年福利法」（民 92）規定政府對於發展遲緩兒童，應按其需要給予早期療育、醫療、就學方面之特殊照顧（第 23 條）。直轄市、縣市應鼓勵、輔導、委託民間或自行辦理發展遲緩兒童早期通報系統，並提供早期療育服務（第 19 條第 1 款）。所謂早期療育服務，係指由社會福利、衛生、教育等專業人員以團隊合作的方式，依發展遲緩兒童的個別需要，提供必要之服務（兒童福利法施行細則，民 83）。

臺灣早療架構來自美國的公法 99～425（1986），和後來 IDEA（1991）「個別

障礙者教育方案」的理念：包括生態取向的概念、個別化的服務、以家庭為中心的服務取代兒童中心模式、對文化差異的尊重、賦權（enabling, empower）、不同專業的服務、融合於正常環境為目標。

美國的早期療育（early intervention）的推動建立在三個前提（Shonkoff, Meisels, 2000）：(1)根據生理心理的研究，兒童的發展有所謂的關鍵期，錯過關鍵期改變就很困難，(2)兒童的發展必須在生態環境（如家庭）充分了解下進行，(3)兒童發展本質上要有各領域的服務，早期介入要有全面的整合。整體上早期療育是提供跨專業的服務，以提昇其健康、福祉，符合其發展階段，減少發展遲緩，治療障礙，預防功能退化，提昇適當的親職和家庭功能。這些目標是透過提供個別發展的、教育的、治療的服務給兒童，同時提供家庭支持。

四、早期療育服務的對象

發展遲緩之特殊兒童係指認知發展、生理發展、語言及溝通發展、心理社會或生活自理技能等方面有異常或可預期會有發展異常之情形，而需要接受早期療育之未滿六歲之特殊兒童（兒童福利施行細則，民 83）。

IDEA（1997）服務對象（Part C）除了發展遲緩兒童及其家庭，也鼓勵州政府提供包括了高危險群（at risk infant or toddler）：貧窮經濟不利的家庭、父母有心理疾病、父母教育程度低、藥物濫用、虐待或疏忽、青少年母親、產前併發症、體重過輕（Werner, 2000）、少數民族或移民

家庭、家庭子女數多。兒童青少年成長環境中危險因素與其智能、情緒發展、社會適應等得到明顯負相關，父母在家庭扮演多重角色，可能是危險因子，也可以是保護因子，透過環境的改變和療育，孩子和家庭的發展明顯改善，兒童的生理障礙程度不全然決定未來的發展（Sameroff and Fiese, 2000）。

臺灣對於早期療育的對象是以醫療上確定有障礙（disability），或發展遲緩者，並沒有將高危險群列入，從預防的觀點只做到二級（透過復健和治療減少發展遲緩惡化，減少發展遲緩兒童的數量）和三級預防（減少發展遲緩的後遺症）（Simeonsson, 1991），初級預防：照顧處在發展遲緩危機（生物上和環境上）中的兒童，減少新個案量。外籍配偶家庭的情形：面臨經濟不利（或貧窮）、父母教育程度低、移民適應、甚至家庭暴力、單親等問題，這些環境因素對兒童長期發展有不良影響，應該儘早介入處理，減少環境對兒童的影響。未來在發展遲緩的對象定義上，應該針對處於家庭不利和高危險環境中的兒童儘早納入服務範圍，有法源依據後，對於外籍配偶家庭才能依法提供協助。

五、發現與通報

（一）發現

早期療育的重要理念就是早發現早治療，推動以來，因懷疑發展問題而就醫年齡有下降趨勢。兒童就醫主要來自父母、照顧者主動發現其問題，佔一半以上，其次幼教老師、保母、親友的發現建議。年齡越小的兒童除非有明顯的身體問題會由

醫療人員發現其遲緩與障礙，大部分的發現是來自照顧者的察覺，不論父母、祖父母或保母（甚至姑姑），與兒童生活在一起的主要照顧者的教育程度才是影響的因素，主要照顧者教育程度高，對於各項資訊的接觸機會多，對兒童行為的觀察較警覺。當她們懷疑兒童發展有問題時，使用資源的能力也比較好：向長輩親友、同事請教，打電話詢問醫療資源、上網查詢相關資料，因此可以較早進入專業體系，接受診斷。

外籍配偶家庭多是較偏遠的鄉村或漁村，醫療專業資源不足，同時因為教育程度及文字的使用理解情形較差，隻身在臺，缺乏母親或家人經驗傳承，對於兒童的問題，警覺性比較低，或是缺乏相關概念。有的發現兒童發展與鄰居兒童不同，但是不知如何處理？

（二）通報

通報工作對於雖然是兒童福利相關人員「應」做的，但是實際通報率低、不同系統重複通報：接受通報的許多是已有身心障礙手冊、或是已經在機構療育的個案（張秀玉，民 92）。以作者在早療門診的經驗，接受醫療診斷的個案經說明後同意接受通報的比例不到一成，家庭的社經地位愈高的家庭愈不願意接受通報。其主要的的原因在於：初得到診斷，心理上還難以接受；認為通報代表家庭接受診斷，甚至放棄個案；害怕被標籤；害怕資料外流；家庭中其他家人反對；通報並沒有得到更多服務，家庭的需要並沒有因為通報得到協助。

比較同意通報者的考量：希望有人提

供醫療資源、協助就醫或療育的轉介、各項福利資源的使用申請、低社經地位家庭對福利、醫療的使用能力較弱，期待通報後有人協助安排療育、就學、申請補助等相關事項，希望藉通報得到協助。

外籍配偶家庭接受通報的意願受限家庭之主的意見（配偶或長輩），外籍新娘能力、該家庭社經程度等影響。外籍新娘的能力高的，也比較會拒絕通報，她們會詢問專業意見，自己學習教養方法。接受通報的外籍配偶家庭常有的合併家庭暴力，兒童教養或經濟低收入等問題。

對於發現與通報比例偏低的情形，實際要從拒絕通報的原因去思考，以目前的情形，通報率低，通報後轉介個管中心開案服務的比率也低，有限的服務量，所提供的又是行政業務上的協助說明或電話諮詢，很難說服家長通報實質好處？家長關心的是兒童的需要，通報後兒童得到什麼服務？通報轉介中心要思考通報的目的，目前的通報率之下還有什麼不足部分？重複通報、擔心診斷之後就形同放棄、醫療資源或福利資源重複使用、擔心永久標籤等，這些來自家長的認知與情緒的混亂，社工的角色是否在此充分發揮？將初發現及拒絕通報的家庭，都列為服務對象，抗拒的家長透露出某些訊息，正是社工師提供專業服務的理由。

（三）社工的角色

發現通報發展遲緩兒童，家長和兒童的主要照顧者扮演重要角色，早期療育的宣導應增加對主要照顧者的教育，對於外籍配偶家庭社工可以主動接觸，發展家訪或到宅服務，表達關懷並建立關係，協助

外籍新娘初期適應，減少遲緩兒童的發生。對於有遲緩兒的家庭，可以早期發現，達到初級和二級預防的效果。

社區可以針對外籍新娘提供課程（目前補校可接受外籍新娘進修），加入相關兒童發展的知識，讓外籍新娘儘早做好為人母的準備，增加同儕的情感支持，形成支持系統。

六、評估診斷

對於有遲緩兒的家庭，醫療是一個痛苦的過程，醫療診斷確定兒童是否發展遲緩，符合早期療育服務。北市許多醫院安排3~8項的評估來確定診斷，變成慣例，家長以為更多的儀器可以精確的告知他們孩子的診斷和原因，只有這樣才是完整的評估。對醫療的服務品質的不滿與貨比三家不吃虧的心態，家長與兒童在各個醫院接受評估，比較不同的說辭。

相對這些能力好的家長，外籍新娘對於醫院的官僚運作顯得無助：掛號、檢查分屬不同地點、不同時間，辛苦的完成醫療評估後，對於專業的建議有聽不一定有懂，即使記住診斷，冗長的說明也不容易記住，就算有評估報告書，中文的說明不是她們的母語，她們很難貨比三家。

目前的服務比較偏重對兒童的治療，對家長的協助是著眼於增加兒童接受服務的效果，以家庭為中心的服務是理想，只有少數家庭有開案。許多家長在初得知診斷時，無心於家庭的問題，拒絕針對家庭問題的討論，混亂的心情所有父母都經歷過，外籍配偶家庭出現遲緩兒，在語言上表達上有限或對醫療的恐懼下，期待他們

主動表達需要更是困難。

(一) 社工的角色

針對社會工作在早療的角色，許多著作中已經說明（王國羽，民 85；萬育維、莊鳳如；張秀玉，民 92）：爲了兒童早期療育推動，家庭是重要的關鍵，社會工作以家庭爲中心的介入，協助家庭處理各階段的壓力與問題，以生態觀點檢視案主的問題與環境。Freeman（1995）提出社會工作對發展障礙的工作標準：

1. 了解、運用、發展有關發展遲緩的知識，包括病理學、診斷、評估、干預，個案一生不同階段的發展、社區資源。

2. 了解身心障礙的實務處理原則：最少限制環境、提供個人及家庭不同階段的支持、個案潛能開發、確保權益保障。

3. 找尋預防發展遲緩或減少發展遲緩的方法，了解生物心理因素對身心障礙的關係，特別是貧窮、初級、次級、三級預防。

4. 運用跨專業取向的服務，強調多專業整合，以滿足個案需求。

5. 社會工作方案的功能必須包括個案及社區所需的特殊服務：評估、計畫、外展、倡導、預防，提供連續性照顧方案。

醫院社工師和兒童及家庭同時接觸，在早療專業團隊的角色非常重要，甚至是協調者和主計畫者，需要具備有關兒童發展和障礙的知識、家庭系統、相關資源等專業知識，其主要角色包括（Saunders, 1998）：

1. 評估家庭基本能力（提供養育的能力）。

2. 連結家庭所需的支持。

3. 兒童疏忽與虐待的調查、證明。

4. 家庭相關功能評估（包括婚姻問題、親子互動、兒童支持），並提供相關服務。

5. 家庭權益倡導、社區服務評估。

6. 個案管理者。

7. 針對家庭問題照會其他專業。

8. 計畫、執行家庭服務：家庭支持團體、家族治療、婚姻諮商、個別諮商等。

作者整理目前醫院社工師對於家庭和外籍配偶家庭的服務部分：

1. 家庭基本資料收集與家庭功能評估。

2. 從家庭功能評估時就可以發現是母親否爲外籍新娘。

3. 評估外籍新娘的能力與適應情形。

4. 直接評估親子互動，親職能力診斷。

5. 主要照顧者對早療相關福利的理解與期待。

6. 早療通報及資源說明。

7. 收集家人的觀察，協助診斷完成的。（對許多不合作的兒童，這些資料對診斷正確性很重要）

8. 提供疾病與照顧說明。（行爲情緒問題處理原則）

9. 親職能力的評估。

10. 家庭暴力或兒童虐待疏忽的發現與通報。

11. 對拒絕通報或親職能力較弱的家庭，提供家族治療或親職治療。

12. 針對兒童爲主的診斷、疾病原因、未來發展、療育安排等說明與建議。

13. 機構轉介。

14. 不同系統社工資源連結。（家暴中心、個管中心）

社工師必須了解疾病診斷和治療，對於各類診斷兒童在教養照顧的問題與對策也要充分掌握，才能對家長的疑問充分說明，甚至提供障礙者的生涯規劃，特殊教育的安置說明等。

社工師的角色和專業團隊的主導者的認知有關，許多不了解社工專業的醫療主管會將許多行政業務交給社工，或是要求就醫的遲緩兒一律通報，忽略家長的意見。對於無法符合要求、不願通報的家長，認為是不配合、不合作，缺乏對家庭整體的尊重，容易形成責備家長（blame parent）。

與家庭的聯盟對兒童長期的發展非常重要（萬育維、王文娟，民 91），也必須接納家庭自己選擇的能力，empowerment，enable family，要從和家庭接觸就開始，社工師要在團隊合作的過程教育其他醫療專業，成為家庭與專業的橋樑，幫助專業了解家庭，不只對家庭有適切的建議，也讓社工師成為專業團隊中的重要角色——了解兒童要透過家長，了解家庭要透過社工師。

（二）對外籍配偶家庭的協助

在文化語言的衝擊下，外籍新娘變成沉默的母親，在龐大醫療體系中理頭緒，協助專業用語的說明，具體治療安排，轉介機構或幼稚園托兒所。empower 家庭之前要先 empower 媽媽，協助與配偶和夫家親屬溝通，避免被家人錯誤歸因。提供具體直接的管教、兒童行為情緒處理示範說明，行為改變技術的原則，對於閱讀文字使用能力強的，提供書面資料，如書籍，或建議上網查詢資料，並追蹤實際操作的

情形。

七、療育與安置

（一）現況與問題

「政府對於發展遲緩及身心不健全之特殊兒童，應按其需要給予早期療育、醫療、就學方面之特殊教育」（兒童福利法，第四十二條）。相對於 IDEA' 97 中規定以家庭為中心（family-center service）提供全面性整合各體系的完整服務，跨專業服務，個別化家庭支持計劃（IFSP），轉銜服務等，尊重個別需求，同時整合眾多系統。然而，實際執行時的問題包括（Harbin et al, 2000）：服務不連貫、體系不整合、專業間的距離無法跨越、個案量太多、轉銜不落實、家庭和專業的關係不平等，夥伴關係陳義太高（家長專業知識有限很難對等討論）、團隊領導者整合能力不足、公平性（資源豐富地區和不足地區差異服務很大）問題等。

臺灣的早療服務則有醫院體系、社福機構、學前特教等方式，運作至今也有許多問題待克服（張秀玉，民 92，頁 94）：專業整合困難重重（分工不合作）、團隊的形成不易，各系統獨立運作，本位心態影響對案主的服務。從醫療體系看，眾多體系各吹各的號，形成熱門的治療一位難求，品質控管不嚴，只要求醫院增加療育，無法督促品質，家長的認知混亂，到處排隊作治療，對早療期望過高。

目前醫院中的療育體系大部分並沒有社工師參與，療育安排分屬各科，大部分以復健（職能治療師、復健治療師、聽力師、語言治療師、心理師等）為主，治療

師針對兒童的問題進行治療，和家長的溝通有限，造成療育和生活、教育脫節。家庭被要求必須配合治療。家庭及兒童真正的需求？療育和教育的銜接？針對兒童終身（life span）發展計畫？這些重要的議題在醫院的療育中常被忽略。

（二）社會工作的重點

療育階段首先要求社工師應該是「必要」的專業成員，個案進入療育時都必須接案，對於弱勢家庭、高危險家庭、外籍配偶家庭，一律開案評估家庭相關功能（內容比照診斷階段）。一旦發現家庭功能較差就開始列為服務個案，提供親職教育或親職治療。社工師可以針對個案的療育、教育、照顧人力安排，和家庭共同擬定 IFSP，協助家長儘快解決孩子的問題，找尋各種資料，共同討論，協助家庭度過危機，及家庭權益倡導。對於懷疑有家暴或兒童虐待的個案要通報、整合資源。

外籍配偶家庭和其他家庭一樣面臨壓力，比一般家庭不同的是母親的適應壓力更大：婚姻初期的適應、離鄉背井缺乏親友、婆家的接納程度、對不同文化價值觀的調適等，這些家庭又常是經濟弱勢、單薪收入，在資源轉介和連結、協助母親適

應上特別重要，避免因過多壓力造成婚姻破裂或母親的無助，固定的追蹤確實掌握家庭與兒童接受適當服務。

八、結語

進入二十一世紀社會工作有許多新的任務，過去的工作模式面臨挑戰，以家庭為中心的服務是早期療育重要的理念，連結醫療、教育、福利等體系的專業整合，是早療重要創舉，通才（綜融）取徑社會工作，對於發展遲緩兒童的服務從初期發現通報、診斷評估、療育安置，提供完整的服務。隨著外籍配偶家庭的增加，早療團隊社工師必須儘快要學習與不同文化家庭工作，尤其是這些因為不同原因進入臺灣家庭的女性，各國的外籍新娘。

外籍配偶家庭出現遲緩兒童，常是弱勢中的弱勢，醫療團隊的社工師對這些家庭的協助，應該主動接觸，結合多元文化的服務原則、尊重了解不同文化價值，在這些新興的案主中建立新的專業服務模式，開創社會工作專業新領域。

（本文作者現任臺大醫院兒童心理衛生中心社工師）

參考文獻：

兒童及少年福利法（民 92 年）。

工商時報社論（2003/08/28）嚴肅面對人口素質與量下降的危機。

中國時報（2003/08/27）每八個新生兒一位出自外籍新娘五年內外籍媽媽所生嬰兒從一萬三千名增至三萬名如何提供生育及優生保健觀念以成當務之急。

中國時報（2003/09/30）鄉村國際化外籍新娘半推手全縣計有六千餘位中寮鄉比例更驚人。

中國時報（2003/07/31）異國婚姻離率增高去年四萬人娶外籍新娘兩岸問題值得關注。

- 陳添枝（2003/10/13）外籍新娘—中國時報財經漫談。
- 王國羽（民 85）身心障礙兒童早期療育政策的相關理論模式與臺灣法令之解析，東吳社會工作學報，第 2 期，頁 333～350。
- 自由時報（2003/10/26）危機與轉機—同林鳥的試煉，第 18 版。
- 自由時報（2003/10/29）歐洲外籍兒童輸在起跑點上，第 13 頁，寰宇探索。
- 林萬億（民 89）我國社會工作與社會福利教育的發展，社會工作學刊，第 6 期，頁 123～161，中華民國社會工作專業協會。
- 張秀玉（民 92）第二章 早期療育在我國的實施現況，早期療育社會工作，揚智。
- 萬育維、王文娟 譯（民 91）身心障礙家庭—建構專業與家庭的信賴聯盟，洪葉。
- 萬育維、莊鳳如（民 84）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劃，社區發展季刊，第 72 期，頁 48～61。
- 林宗義 Arthur Kleinman 編，柯永河、蕭欣義譯，第十章 華人社會不正常的婚姻型態，文化與行為—古今華人得正常與不正常行為，頁 143～168，香港中文大學出版。
- Caple, Frances S., Salcido, Ramon M., Cecco, John di (1998)
“Engaging Effectively with Culturally Diverse Families and Children” From Multisystem skills and Interventions in School Social Work practice Freeman, Edith M et al (ed) pp.119-129 NASW
- Coll, Cynthia Garcia and Magnuson Katherine (2000)
“Cultural Differences as Sources of Developmental Vulnerabilities and Resources” From Jack P. Shonkoff, Smuel J. Meisels (ed) Handbook of Early Childhood Intervention (2ed) pp94-114 Cambridge
- Deal, Angela G., Dunst, Carl J., Trivette, Carol M. (1995)
“A flexible and functional approach to developing individualized family support plans” Form Working with Families in Early Intervention pp1-14 An Aspen pub De Weaver, Kevin L. (1995)
- “Developmental Disabilities: Definitions and Policies” from Encyclopedia of Social Work pp.713-720 NASW
- Freedman, Ruth I. (1995)
“Developmental Disabilities: Direct Practice” from Encyclopedia of Social Work pp.721-729 NASW
- Guzzetta, Charles (1995)

- “White Ethnic Groups” from Encyclopedia of Social Work pp.2508-2517 NASW
- Harbin, Gloria L., McWilliam R. A., Gallagher, James J. (2000)
- “Services for Young children with Disabilities and Their Families” From Handbook of Early Childhood Intervention (2ed) pp387-415 Cambridge
- Landon, Pamela S.(1995)
- “Generalist and Advanced Generalist Practice” from Encyclopedia of Social Work pp.1101-1108 NASW
- McGough, James (1990)
- Sameroff, Arnold J. and Fiese, Barbara H. (2000) “Ch7 Transactional Regulations: The Developmental Ecology of Early Intervention” From Handbook of Early Childhood Intervention (2ed) pp135-159 Cambridge
- Saunders, Edward J. (1998)
- “Services for infants and Toddlers with Disabilities: IDEA, Part H” From Multisystem skills and Interventions in School Social Work practice pp402-411 NASW
- Shonkoff, Jack P., Meisels, Smuel J. (2000) Handbook of Early Childhood Intervention (2ed) Preface Cambridge
- Simeonsson, Rune J. (1991)
- “Primary, Secindary, and Tertiary Prevention in Early Intervention” From Journal of Early Intervention Vol. 15, No. 2, pp124-134
- Simth, Deborah Deutsch (2001)
- “Multicultural and Bilingual Special Education” From Introduction to Special Education—Teaching in an Agee of Opportunity (4 ed) pp76-121
- Vinet, Michele J.(1995)
- “Child Care Services” from Encyclopedia of Social Work pp.367-389 NASW
- Werner, Emmy E (2000) “Ch 6 Protective Factors and Individual Resilience” From Handbook of Early Childhood Intervention (2ed) pp115-132 Cambridge