

TAIWAN JOURNAL OF OCCUPATIONAL THERAPY

臺灣職能治療 期刊

VOLUME

41.3

2 0 2 3

第四十一卷第三期
中華民國一一二年
十二月 出刊



臺灣職能治療學會出版
Published by Taiwan Occupational Therapy Association

ISSN 1013-7661

DOI: 10.6594/TJOT

臺灣

職能治療 期刊

第四十一卷第三期
中華民國一一二年

目錄

川流模式應用於物質使用障礙症初探：以 K 他命使用者戒治為例

177-198

蕭涵憶 汪翠澄 李俊宏 盧永欽

以家庭為中心教學方案應用於臨床實習之教學成效初探

199-222

謝中君 游敏媛 張哲豪 張韶霞 盧維芃 吳紋綺

國小孩童對諷刺概念之理解：反諷及嘲諷

223-239

潘可兒 劉孟茹 傅奕寧 游硯婷 陳官琳

合併直接教導與遊戲情境練習之學齡前自閉症類群障礙症兒童社交能力團體介入：方案發展與適用性

241-258

姜富美 游硯婷 劉忞軒 陳官琳

TAIWAN JOURNAL OF OCCUPATIONAL THERAPY

Volume 41, Number 3, 2023

table of contents



A Preliminary Study of the Kawa Model Based Program for Ketamine Users 177-198

Han-Yi Hsiao, Tsui-Ying Wang, Chun-Hung Lee, Young-Chin Lu

The Application of the Family-centered Teaching Model in Level II Fieldwork: An Exploratory Study 199-222

Jung-Jiun Shie, Min-Yuan Yu, Jerhao Chang, Shao-Hsia Chang, Wei-Peng Lu, Wen-Chi Wu

Perception of Sarcasm and Irony in Primary School Students 223-239

Ho-Yi Poon, Meng-Ru Liu, I-Ning Fu, Yen-Ting Yu, Kuan-Lin Chen

Social-Competence Group Intervention Featuring Didactic Teaching and Practice in Play Context for Preschool Children With Autism Spectrum Disorder: Program Development and Feasibility Study 241-258

Fu-Mei Chiang, Yen-Ting Yu, Ming-Hsuan Liu, Kuan-Lin Chen



川流模式應用於物質使用障礙症初探： 以 K 他命使用者戒治為例

蕭涵憶^{1,2} 汪翠滢^{3,*} 李俊宏^{1,2} 盧永欽^{1,2*}

摘要

背景：川流模式 (Kawa Model) 以象徵之方式，將人生比喻為河流，透過個案畫出河流中的空間、浮木、河床與石頭，來呈現個人對生活的期待、察覺自身特質與限制。川流模式適合於高風險族群，從其文化與價值觀出發，避免汙名化效應。本研究應用川流模式於 K 他命使用者族群，以個案繪畫的川流探討 K 他命使用者在戒治歷程的生活阻力與助力，以及個案對此的滿意度。

方法：16 名個案同意參與，根據川流模式的涵義，分別描繪「人生河流圖」與「生活河道剖面圖」，描述物質使用對職能生活的影響，辨識自身戒治的助力與阻力因子，並給予活動滿意度評值。

結果：研究發現影響戒治之生活阻力包含：經濟、情緒壓力、K 他命（毒品）、法令罰則等；生活助力包含：工作、朋友、家人、休閒興趣等。以六點量表評估，整體參與滿意度平均為 5.26 ($SD = 0.782$)，整體治療滿意度平均為 5.30 ($SD = 0.731$)。

結論：川流模式可促進 K 他命使用者在短期內建立治療同盟、正視物質使用對職能生活面向的影響。個案所列出的戒治相關因子，與目前實證發現影響戒治之因素一致。研究結果可協助建構未來對此類族群的介入方案。

關鍵詞：K 他命，物質使用障礙症，川流模式，職能治療，成癮戒治

衛生福利部嘉南療養院¹
南區整合性藥癮醫療示範中心²
國立成功大學職能治療學系³

* 通訊作者：汪翠滢
台南市大學路一號
電話：886-6-2353535 分機 5904
電子信箱：michwang@mail.ncku.edu.tw

受文日期：111 年 5 月 3 日
接受刊載：111 年 8 月 30 日

A Preliminary Study of the Kawa Model Based Program for Ketamine Users

Han-Yi Hsiao^{a,b}, Tsui-Ying Wang^{c,*}, Chun-Hung Lee^{a,b}, Young-Chin Lu^{a,b}

Abstract

Background: Kawa (aka river) model takes the river as a metaphor for life. By describing the life experience through drawing the river with flow space, driftwoods, banks, and rocks, the person's expectations, assets and limitations were discovered. Kawa model is recommended for intervention of high-risk clients of sub-cultures values without stigmatizing their problems. This study examined the applicability of Kawa model for Ketamine users by analyzing their river drawings with narratives and their satisfactions about the Kawa group process.

Methods: Sixteen participants were recruited from a compulsory education project for Ketamine users. Participants drew their rivers and made notes with their drawings about personal conditions with barriers and facilitators in their lives. Participant rated their satisfaction after the group sessions.

Results: Data were analyzed by the Kawa model concepts. Using content analysis with 16 completed drawings and personal narrative notes, we found the barriers to life flow were financial problems, emotional stress, drugs, and legal issues; the facilitators to life flow were having stable jobs, family and friends, and personal interests and leisure. Both participation and satisfaction score were high as 5.26 ($SD = 0.782$) & 5.30 ($SD = 0.731$) on a 6-point Likert scale.

Conclusion: This study supports that Kawa group successfully engage Ketamine users in participations and sharing with good rapport. Their river drawings reveal the barriers and facilitators in their lives with abstinence issues, which are important for future intervention planning.

Keywords: Ketamine, Substance use disorder, Kawa model, Occupational therapy, Abstinence

^aJiannan Psychiatric Center, MOHW, Taiwan

^bSouthern District Integrated Drug Addiction Medical Demonstration Center, Taiwan

^cOccupational Therapy, National Cheng-Kung University, Taiwan

*Correspondence: Tsui-Ying Wang

No. 1 University Road, Tainan 701, Taiwan

TEL: +886-6-2353535 ext. 5904

E-mail: michwang@mail.ncku.edu.tw

前言

根據聯合國毒品和犯罪問題辦公室 (United Nations Office on Drugs and Crime, UNODC) 2021 年世界毒品報告 (World Drug Report) 表示，全世界 15 到 64 歲的人口有 5.5%，在過去一年曾經使用非法藥物（毒品），且毒品使用的複雜性提升 (Canton, 2021)。依據我國 2021 年藥物濫用案件暨檢驗統計資料，顯示台灣常見的藥物濫用通報種類依次為海洛因、（甲基）安非他命與 K 他命（衛生福利部食品藥物管理署，2022）。衛生福利部統計近十年各地區機構通報資料，K 他命的通報率皆高於 4.9%，更於 105 年達到 13.0% 最高峰，且通報數值仍高居不下，直到 2020 年起受新冠肺炎影響，通報率才逐漸下降至 3%。但根據衛生福利部的統計資料，目前毒品現行的使用狀況，K 他命仍持續佔居前三名，「K 他命」不僅是青少年族群常見的入門與最常使用毒品，也是進入臨床戒治計畫的主要對象之一（衛生福利部食品藥物管理署，2022）。

而在藥物使用障礙十大類別中，K 他命被歸類為「其他迷幻藥使用障礙症 (Other Hallucinogen Use Disorder)」(Sadock, B. J., & Sadock, V. A., 2005)。而我國依據毒品危害防制條例，歸類 K 他命屬於「第三級毒品」。若成年人無正當理由施用第三級毒品，依法處以新臺幣二至五萬元罰鍰，並接受六至八小時的毒品危害講習（法務部，2016）。一般講習多主要是大講堂式的演講與宣導，除此之外較少其他深入的個人輔導機制，因此個案後續藥物使用行為是否改善仍仰賴個人本身的戒治動機與藥物使用環境的控制，缺乏動機與環境因素既是造成藥物濫用障礙的原因，而藥物濫用同時也會惡化個案正常生活的動機與環境，因果循環導致實際戒治效果並不理想。於是有擴大辦理「矯正機關藥癮、酒癮醫療服務計畫」的需求，提供戒癮醫療門診、衛教、心理諮商等其他服務，辦理毒品戒治處遇方案。為避免藥物使用－戒用的循環，以及對個案健康、自尊、職能生活與職能功能表現造成的影響，職能治療師接觸這類族群時，需要了解個案成癮的歷程與使用型態，才能誘導個案對藥物影響與生活適應的察覺，進而增加改變的動機。職能治療師也需要協助這類個案進行生活型態管理與職能角

色的規畫，協助提升戒治動機與策略，促進復元。川流模式 (Kawa Model) 對於治療師和個案在討論生活事件與目標時，可協助治療同盟的建立，該模式曾應用於復健復康者、精神疾患、多發性硬化症患者與心理健康促進等族群 (Carmody et al., 2007; Lape & Scaife, 2017; Paxson et al., 2012; Richardson et al., 2010)，但目前尚未有川流模式應用於物質使用障礙者的實證探討。

物質使用者之成癮機轉與歷程

物質使用及成癮並非是單純的使用行為問題，成癮乃是涉及大腦的神經迴路機轉，物質使用透過大腦酬償 (reward) 系統活化，增強使用者行為與大腦記憶。由於酬償系統極度活化，因此導致物質使用者忽略或減少其他正常活動、責任、興趣等，對成癮物質形成強迫性使用，導致成癮行為。而在大腦迴路的自我酬償系統，多巴胺 (dopamine) 扮演一個重要的角色，Grace (2000) 提出，多巴胺神經元可能從原本的狀態經過成癮機制造成多巴胺調節的變化，形成酬償系統調節的失能。在物質使用的接觸過程中，初期大腦會接收到多巴胺的釋放感到愉悅，並增強該物質與感覺愉悅的連結，進而增加該物質接觸的頻率與使用量。但在經常性的重覆使用後，多巴胺濃度提高，會促使大腦啟動自體受體 (autoreceptors) 來停止多巴胺的釋放，調解多巴胺的濃度與釋放以形成新的平衡狀態 (林式毅，2004)。藥物耐受性提高之後物質使用者，需使用更多的物質來刺激多巴胺的釋放尋求愉悅感受，結合情境因素與個人心理因素，入門使用者常容易踏入物質重覆使用的循環，最後越頻繁且增加使用種類與使用量而嚴重成癮。

以職能的觀點來看，個案使用物質可能有許多不同的單一或多重因素影響。物質的持續性使用可能基於以下原因：落實職能 (enabling occupation)、逃避職能 (avoiding occupation)、因應機制 (coping mechanism)、改變覺知 (alter perception)、發展生命意義 (meaning in life)、管理職能風險因素 (manage occupational risk factors) (Bryant et al., 2014)。因此，環境對職能與職能能力的

支持或障礙、個人的焦慮或壓力感、個人的目標與期待等等，都有可能影響物質使用的行為與成癮。

關於物質成癮的階段分期，林杰樑 (1991) 提出物質使用成癮歷程可分為實驗性使用、化學性使用、濫用時期、成癮時期四個階段來區分，一開始可能因為特定情境接觸到物質或偶爾使用，第二階段為增加使用頻率且有意購買該物質、生活開始受影響，進入到第三階段則需要天天使用該物質，欲罷不能，第四階段導致成癮不能戒除且無法抑制，伴隨多重物質合併使用。Coombs & Howatt (2005) 則以物質使用的意願程度來區分成癮歷程，分為不使用 (abstainers)、社交性使用 (social users)、藥物濫用 (drug abusers)、藥物生理依賴 (addicts who are physically dependent)、藥物生理和心理依賴 (addicts who are both physically and psychological dependent) 五個層級。

在藥物使用障礙十大類別中，K 他命 (Ketamine) 屬於迷幻劑，被歸類為「其他迷幻藥使用障礙症 (Other Hallucinogen Use Disorder)」。「第五版精神疾病診斷與統計手冊」(DSM-5) 依據下列 10 項診斷標準定義「其他迷幻藥使用障礙症」與成癮嚴重等級，包含：(1) 大量或長時間使用 K 他命 (迷幻藥)；(2) 持續渴望或無法控制和戒除；(3) 花費很多時間在取得使用或從其效應恢復；(4) 極度想要或渴望使用；(5) 反覆使用導致無法完成工作、學校或其他主要的職能任務；(6) 儘管引起社交或人際問題仍持續使用；(7) 因使用 K 他命導致放棄或減少重要的社交、職業或休閒活動；(8) 即使在危險的環境下仍會反覆使用；(9) 儘管知道使用 K 他命可能引起生理或心理問題，仍持續使用；(10) 使用行為已出現耐受性。若 K 他命使用者在 12 個月期間已經出現上述 2 項行為且使用 K 他的問題型態已導致臨床上顯著的苦惱或減損，即可符合「其他迷幻藥 (K 他命) 使用障礙症」之診斷標準；若達上述診斷標準其中 2 至 3 項可診斷為輕度成癮，4 至 5 項為中度成癮、6 項以上為重度成癮 (廖定烈等，2013；台灣精神醫學會，2014；American Psychiatric Association, 2013)。

以上都說明物質使用的成癮歷程，無論是在使用量與頻次都是由少增多，漸而對生活形成越來越嚴重的影響。近來的戒治模式也越來越強調無偏差的看

待藥物使用者的使用型態，以減少藥物對個人健康與生活的危害，作為治療的考量之一（李思賢等，2009）。

K他命使用之成癮歷程

而K他命使用者初期多屬於娛樂性用藥，常見於娛樂場所（俗稱八大行業），因此又稱俱樂部藥物 (club drug) 或派對藥 (party drug)（衛生福利部、法務部、教育部、外交部，2015；Morgan & Curran, 2012）。研究發現 95% 以上為團體（兩人以上）施用（葉俐君，2014），初次使用原因包含「基於好奇心」、「同儕要求」、「無聊追求刺激」、「心情不好」、「追求個人能力」等。初期屬於實驗性使用或社交性使用。再次使用原因除了「同儕社交」、「次文化認同」也受到「使用習慣」、「解除壓力」、「尋求快樂或感官刺激」等影響而增加使用行為（楊士隆等，2013；Donovan & Rosengren, 1991）。K他命作用於中樞神經，重複使用下也會產生耐受性，形成成癮行為（顏正芳，2014；Morgan & Curran, 2012；Morgan et al., 2010）。因而發展成化學性使用、濫用時期（藥物濫用）、最後到成癮時期（藥物生理依賴、藥物生理和心理依賴），問題如滾雪球般也越來越影響生理、心理、工作及生活安排。

K他命使用者在臨床情境上多屬於非自願性治療之個案。參與治療的期待只因完成法律的規定，被動配合相關安排，如此也造成參與治療者感到不安全感與不信任感，治療意願低落或抗拒。治療師難以與個案建立治療同盟關係，遑論達成醫療團隊的目標，例如：讓個案願意正視物質使用對生活的影響、期待重建職能生活安排與促進職能功能，接受完善的戒治治療等。

川流模式之臨床應用

川流模式 (Kawa aka River Model) 由 Iwama 於 2000 年提出，是以象徵性、敘事方式、和個案中心為主的評估與治療策略，重視個案本身的發展與文化觀點、價值觀的統整、以及生活適應 (Iwama et al., 2011)。Iwama 認為人生是複雜

的，就像是一條受時間 (time) 和空間 (space) 影響的旅程，更以象徵之方式，將人生比喻為一條河流 (river)、用河流中的物件象徵影響生命歷程的四個重要要素，包含：(1) 環境 (environment)；以河床與河底 (river walls and bottom) 象徵生活環境，包括物理性與社會性環境。(2) 生活情況與問題 (life circumstances and problem)；以石頭 (rock) 象徵生活中難以移動的問題或阻礙等。(3) 個人特質 (personal assets and liabilities)；以浮木 (driftwood) 象徵個人的態度和資源，如個人價值、個性、技巧以及其他無形跟有形的資產。(4) 生活與健康 (life flow and health)；以河水 (water) 象徵生命能量 (Iwama, 2006; Iwama et al., 2011)。

川流模式以個案自我生活經驗 (experience of daily life) 為主體，職能治療師透過個案繪畫自己的人生河流圖：以人生發展的縱向面，回顧個體從出生到現在的生活，並想像未來直到人生盡頭的河流發展；最重要的是引導個案深入思考人生現階段狀態；繪畫現況的生活河道剖面圖：以現況作為人生生活的橫向面，並以上述象徵的四要素（河床、石頭、浮木、河水），呈現目前的生活狀態。繪畫者依據其繪畫所想到的生活面向，敘說並解釋其生命經驗。而治療師的角色主要為引導個案敘事、論說，從個案的生活呈現，作為共識與同盟的基礎，與個案一同討論他的目標與計畫，聚焦在如何影響河流（生命能量）的流動與組成狀態（如改變生活環境中的要素，提升復元助力），協助個案的水流更加順暢 (enabling life flow)，最終達到生活的調適。

執行川流模式前，需注意因受文化背景因素影響，每個人對於河流與河流內的物件之解釋可能有所不同。在一開始，治療師需與個案強調此評估的目的在於了解個案的情況，並嘗試找出治療能協助的重要任務。接著，治療師需解釋川流模式中各部分的重要性與其中的含意，而個案在無時間壓力下，繪畫屬於他們自己的河流圖，並開始川流模式過程 (Iwama, 2006)。川流模式協助個案在介入時，看見、了解個案所處環境與其所關注的問題，讓治療師得以了解個案現在所經歷的職能議題並且將問題或重要事務排序。

研究指出川流模式可以促進個案與治療師雙向對話，提升個案在治療的合作與參與程度、誘發個案願意分享 (Carmody et al., 2007; Paxson et al., 2012)。這

樣的合作關係讓個案可以更自主的參與他的復元歷程。並由個案去設定生活中關注的議題、描述生活環境與安排想要優先處理的順序 (Iwama, 2006)，是考量個案本身文化價值觀並高度以個案為中心的介入模式。

川流模式完整的執行介入過程共包含六個步驟，分別為步驟一：個案必須是能夠暢所欲言的，才能夠讓個案在敘述性背景下，欣賞和理解他個人的觀點。並繪製其河流剖面圖；步驟二：個案和治療師一同討論圖畫中特定的元素。主要著重於解釋個案所繪出的環境狀況，需先針對此人的個人情況和特定元素進行分析；步驟三：治療師針對個案的觀點對討論中的問題進行優先順序排列；步驟四：個案和治療師一同確定此次治療性介入的焦點該放在何處；步驟五：執行介入過程，例如：建立或練習所需的職能能力或改善環境以達成目標；步驟六：評估介入成果，個案是否滿意想要完成的職能表現。

K 他命使用者由於非法藥物之使用，與使用之生活情境，均可能背負有犯罪或司法議題，導致他人對個案的異樣眼光或判斷、歧視、不贊同，也可能因為使用者自身價值觀與物質使用文化交互影響，導致個案在面對醫療可能產生抗拒，難以建立治療同盟並進行治療。且 K 他命使用者多為三十歲以下，以青年與青少年居多，常以團體形式使用 K 他命（俱樂部用藥），考量其特殊團體文化與個體自我性，川流模式的文化包容性可以協助 K 他命使用者，以自己為中心，在面對醫療治療情境時比較容易開啟對話、並且川流模式的引導策略使雙方都可以不受主流社會價值判斷的影響，圍繞個案關切的面向或困境的表露做為討論主題，避開強制戒治處遇流程的框架，也不至於尷尬，確實做到尊重其文化與價值觀，使個案願意分享使用 K 他命的影響與生活的變化。個案才有機會正視毒品問題對職能生活之影響，釐清影響使用或戒治的因子，促進個案的覺察與改變。

綜上所述，川流模式可幫助建立個案和治療者雙方互動之基礎，提升個案的治療合作程度與治療意願 (Paxson et al., 2012)。本研究目的旨在了解在法定時間與個案的情境特性下，川流模式應用於藥癮個案團體處遇時，K 他命使用障礙者其戒治歷程相關影響因子，與 K 他命使用者參與川流模式團體的滿意度。

方法

研究對象

本研究經過人體試驗委員會審核可（編號：15-028），採取立意取樣，聯繫台灣南部某衛生局施用第三級毒品強制參與毒品危害講習之隨機分配名單。詢問接受本研究治療之參與者之參與意願，最後招募 23 位 K 他命使用者填寫同意參與，並且符合以下標準：使用藥物含 K 他命使用者，學歷為國小以上（識字），年齡在 20 歲至 39 歲之間，無智能障礙與精神障礙診斷。

研究工具

· 成員參與治療之繪畫作品與表單（符號定義與頻率）

本研究目的為了解影響 K 他命使用者戒治的生活因子為何，因此透過參與者繪畫生活河道剖面圖與填寫生活元素象徵表，分析計算其提出的生活影響因子。而元素符號操作型定義為：以石頭象徵生活阻力，浮木象徵生活助力，河水象徵能量與希望，請個案於每個元素下，描述其聯想到的人、事、物（蕭涵憶，2014；Hsiao et al., 2016；Iwama, 2006）。

· 川流模式處遇計畫滿意度評值

為了解 K 他命使用者參與「川流模式處遇計畫」的治療滿意度，本研究設計「川流模式繪畫敘說團體問卷」，包含 5 題，以李克特氏六點量表 (Likert Scale) 作答（1 = 完全不同意；2 = 大部份不同意；3 = 有些不同意；4 = 有些同意；5 = 大部份同意；6 = 完全同意），內涵與題目分別為：(1) 繪畫與執行參與度：「我能完整畫出我的人生河流；河道剖面（包含出生、現在、未來；石頭、浮木……等）」、(2) 敘事參與度：「我能完整說出我的生活狀況（包含過去、現在、未來：想影響生活的要素）」、(3) 自我認識滿意度：「今天的團體可以幫助我了」

解我自己，增加自我認識。」、(4) 覺知川流模式對自己戒治有益滿意度：「今天的團體可以幫助我戒治 K 他命」、(5) 治療滿意度：「整體而言我滿意今天的團體治療活動。」，並計算(6) 整體參與度為(題目 1 + 題目 2) / 2 之平均與(7) 整體滿意度為(題目 3 + 題目 4 + 題目 5) / 3 之平均。

研究過程

本研究由臨床經驗五年期以上之職能治療師擔任領導者，另有一名心理治療師擔任協同領導者；職能治療師透過每周一次，每次 2 小時，共計四週的川流模式處遇計畫，引導個案反思物質進入生活後的職能變化與生活影響，並將其中兩周之主題作為本研究資料的分析。個案將其覺察到的內容以「人生河流圖」與「生活河道剖面圖」繪畫而成，圖畫完成後再填寫「生活感受歷程表」與「生活元素象徵表」，最後利用其填寫的表格與對應的畫作協助個案完成述說表達。團體內容與過程說明如表 1。

資料分析

本研究運用質性研究法之文本分析和繪圖分析法 (Glegg, 2018)，收集個案對創作自述及談話紀錄，以川流模式的理論架構，做為預建式編碼架構，進行個人資料的分析，以了解個案戒治歷程中的生活影響因子。另以問卷收集個案的滿意度。以敘述統計進行頻率或計分的資料分析。

結果

受試者基本資料

本研究於台灣南部精神專科醫院與衛生局招募共 23 名年齡介於 20 到 39 之間的 K 他命使用者，排除 5 名不同意參與和不符合研究收案標準者，2 名因夜

表 1 川流模式應用流程說明

主題	評估重點	內容	流程
我的 人生 河流 (人生 河流 描繪)	了解個案(使用 K 他命)的文化環境脈絡與處境(context)。	(1)自我認識與探索(生活脈絡) (2)戒癮歷程探索	【繪畫引導語：(1)想像自己的生命就像一條河流，起點象徵生命出生，河流的流向象徵生命的方向與目標，而人生的起伏變化就像是一條河的流動，回想你過去的人生河流，特別是 K 他命的出現，它對河流帶來怎樣的變化，並想像河流未來的樣子與流向，繪畫下來……(2)記錄這些河道變化的時間點……(3)想像這條河流未來的樣子……】 • 生活感受歷程表填寫(回顧人生過去、現在與未來的生活變化) • 人生河流述說討論 • 川流模式滿意度團體問卷填寫
我的 生活 現況 樣貌 (生活 河道 剖面 描繪)	確認生活環境中的要素(Clarifying the context)；如石頭、浮木等環境中的助力與阻力要素為何。	(1)自我認識與探索(此時此刻) (2)戒治歷程與戒癮環境優弱勢分析 (3)辨識最重要的戒治因子	【繪畫引導語：(1)看看此時此刻看看自己的河流，畫一個河道剖面圖代表你目前的生活狀態，思考自己的生活有哪些面向會影響自己，如果這些面向造成自己的困難或壓力，則畫出「石頭」當作象徵；如果這些影響對你是有幫助的，畫出「浮木」作為象徵；圖案越大則代表影響您的程度越多……(2)想像自己目前的生命能量，可以使用繪畫水量作為象徵，那您現在的水量是幾分滿……(3)仔細思考哪一個將是影響你戒治結果最重要的因素……】 • 生活元素象徵表填寫(定義河道之符號象徵，列舉生活的阻力、助力，思考哪一個會是影響您戒治最大的原因……) • 生活現況述說討論 • 川流模式滿意度團體問卷填寫

班工作中斷治療而退出研究者，最終共 16 位 K 他命使用者完成本研究之參與，基本資料相關描述性統計詳見表 2。

表 2 受試者基本人口學統計資料

基本資料 (N=16)	平均值 (標準差)	人數 (比例)
平均年齡 (歲)	25.50 (4.10)	
第一次使用藥物年齡 (歲)	20.31 (4.98)	
藥物使用年限 (年)	4.03 (4.65)	
藥物使用種類 (種)	1.00 (0.00)	
司法案件 (件)	1.56 (0.63)	
性別		
男性		10 (62.5%)
女性		6 (37.5%)
教育程度		
國中		6 (37.5%)
高中 (職)		10 (62.5%)
工作狀態		
全職		12 (75.0%)
兼職		3 (18.8%)
無業		1 (6.3%)

影響K他命使用者之戒治因子

受試者完成如圖 1 的圖畫與註記並在團體中分享圖畫的意義。以川流模式架構為基礎，使用文本分析法分析 16 位 K 他命使用者之生活河道剖面圖與圖畫元素象徵說明，將團體提出的生活助力（以浮木作為象徵）、阻力（以石頭作為象徵）、與幫助自己戒治 K 他命最有利的因子統計如下。

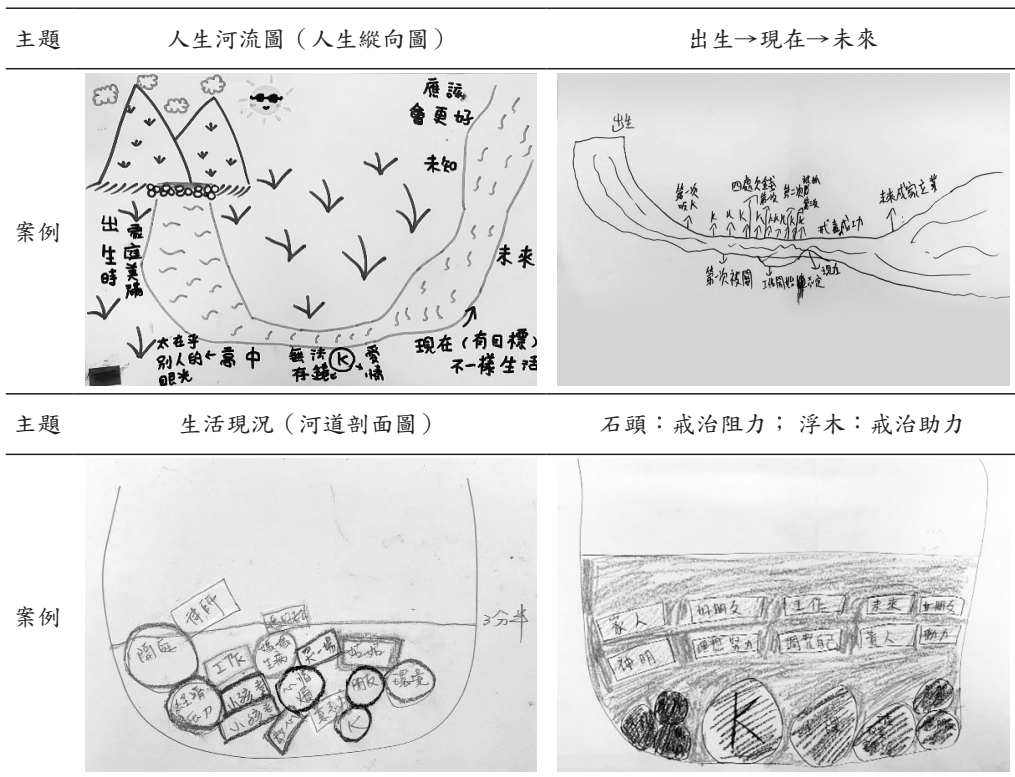


圖 1 K 他命使用者之河流圖範例

· 對生活有利的因子

統計個案其「生活河道剖面圖」與「生活元素象徵表」對浮木的象徵與命名，結果顯示對生活有利的因子包含如表 3，同時值得注意的是多數的個案皆提到「穩定工作」是對自己生活有利的因子，但也因為非法物質的使用，個案常需中斷工作進行治療或裁罰講習，也會因為官方部門（如衛生局個案管理師、警察等）的追蹤或關注，影響本來的工作。此外「朋友陪伴」與「家人支持」也是常見的有利因子，但也因為非法物質的一再使用，導致原本的非用藥朋友遠離自己，甚至連自己的家人都會呈現失望放棄的態度。值得一提的是「休閒興趣」也被指出是生活中重要的有利因子，因此培養個案建立正向的休閒興趣

活動亦是戒治的重點工作之一。

仍須關注的是，這些對個案生活有利的保護因子，往往會因為非法物質的重覆性使用，導致支持系統變薄弱，甚至轉向成為生活的負向因子，因而形成戒治的阻力。

表 3 K 他命使用者常見的保護因子（浮木）

排序	保護因子 (N=16)	出現人次 (比例)	陳述範例
1	穩定工作	13 (81.25%)	「有工作對自己比較好」、「有工作比較不會亂來」
2	朋友陪伴	11 (68.75%)	「有朋友陪才不會胡思亂想」、「有朋友心情才好」
3	家人支持	10 (62.50%)	「家人支持對我有幫助」
4	休閒興趣	9 (56.25%)	「去釣魚較不會無聊」、「我會盡量每天跑步，心情卡輕鬆」
5	信仰	5 (31.25%)	「有信仰心裡比較穩定」
5	經濟來源	5 (31.25%)	「有穩定的收入心較實」
5	認真努力	5 (31.25%)	「態度很重要，認真努力就好」
5	未來目標	5 (31.25%)	「想開店」、「未來要生意」、「這個東西 (K) 要離乾淨」
5	娛樂	5 (31.25%)	「旅行玩樂很重要」、「還是會想走店 (酒店娛樂)」

· 對生活不利的因子

統計個案其「生活河道剖面圖」與「生活元素象徵表」對石頭的象徵與命名結果如表 4，顯示不利的生活因子依序為「經濟問題」、「情緒壓力問題」、「K 他命毒品」、「裁罰講習課程或治療」、「刑罰」、「家人」、「空虛無聊」、「壞朋友」與「工作不穩定」，而這些負向的生活因子常是因為個案一再使用非法物質（如 K 他命）而形成或加劇。因此協助個案正視自己的使用行為，亦是戒治的重點工作之一。

表 4 K 他命使用者常見的負向生活因子 (石頭)

排序	負向因子 (N=16)	出現人次 (比例)	陳述範例
1	經濟問題	14 (87.50%)	「經濟壓力大」、「用藥朋友貪玩就沒錢」 「用 K 被抓好幾次罰很多錢」「有時候要ㄍㄚ錢、籌錢」
2	情緒壓力問題	11 (68.75%)	「生活壓力大」、「心情不好」
3	K 他命毒品	9 (56.25%)	「用這 (K) 多多少少對自己影響」、「生活沒這 (K) 較輕鬆自在」
4	裁罰講習 / 團體	8 (50.00%)	「因為用 K 要來上課, 花時間、生活受影響」
5	刑罰	7 (43.75%)	「用 K 有案麻煩, 警察會找麻煩」
5	家人	7 (43.75%)	「家人會擔心碎念, 自己覺得阿雜」
6	空虛無聊	5 (31.25%)	「其實生活也是很空虛無聊」、「有時候沒事做真的會想到要用 K」
7	壞朋友	4 (25.00%)	「遇到有再用的壞朋友, 多多少少還是會跟著用啦」、「朋友會找借錢、喝酒…」
8	工作不穩定	3 (18.75%)	「用這其實會影響工作, 像治療、要尿液採檢出席有的沒有的, 阿沒工作就煩惱了」

· 個人判定最重要的戒治因子

個案透過「人生河流圖」與「生活河道剖面圖」反思覺察對自己最重要的戒治因子，並透過述說分享，統計 16 名個案其陳述的因子，結果顯示：6 名個案表示「家人支持陪伴」是影響自己戒治最重要的因素，佔 37.5% (6/16)、5 名個案表示「維持經濟來源」是最重要的影響因素，佔 31.25% (5/16)、其他因素包含「自己」與「理想」皆各出現 2 次，佔 12.5% (2/16)，另有一名個案表示「信仰」是影響自己戒治最重要的因素，佔 5.25% (1/16)。

K 他命使用者參與川流模式治療滿意度成效

本研究收集 16 人兩次課程後測總共 27 人次滿意度問卷 (其中五人於治療

中途有請假，採取事後補課治療，故未填寫當次之團體滿意度問卷），團體滿意度問卷結果顯示如表 5。總體而言，個案對於參與川流模式的繪畫評估以及團體所要促進的自我敘事與自我認識均感到滿意，且滿意分數介於大部份同意（5 分）與完全同意（6 分）之間。

表 5 K 他命使用者參與川流模式滿意度調查（27 人次）

題項	有些同意人數 (比例)	大部份同意人數 (比例)	完全同意人數 (比例)	平均 (標準差)
(1) 繪畫與執行參與度	5 (19%)	9 (33%)	13 (48%)	5.30 (0.775)
(2) 敘事參與度	6 (22%)	9 (33%)	12 (44%)	5.22 (0.800)
(3) 自我認識滿意度	4 (15%)	11 (41%)	12 (44%)	5.30 (0.724)
(4) 覺知川流模式對戒治有益	6 (22%)	9 (33%)	12 (44%)	5.22 (0.800)
(5) 治療滿意度	3 (11%)	11 (41%)	13 (48%)	5.37 (0.688)
(6) 整體參與度	11 (20%)	18 (33%)	25 (46%)	5.26 (0.782)
(7) 整體滿意度	13 (16%)	31 (38%)	37 (46%)	5.30 (0.732)

川流模式團體參與者之心得收穫

受試者透過開放性問卷回答：「請說明您參加完本團體（川流模式繪畫敘事）的想法收穫或建議」，將個案其資料歸納分析，研究結果顯示，個案參與「川流模式處遇計畫」之心得收穫分類如下：對本治療感到舒適(feeling comfortable；12 人次提出，佔 75%)，如：「心情平穩一點」、「成員很和藹很好相處」、「不錯」、「有趣不會無聊」、「和善」……等；提升自我認識(self-awareness；6 人次提出，佔 37.5%)，如：「加大自己的意志力」、「有幫助了解戒除(和)使用 K 他命的意義」、「可以獲得別人給我的意見」、

「了解很多方法」、「知道什麼是對自己好的跟壞的」；同儕情緒支持 (peer support；6 人次提出，佔 37.5%)，如：「成員很和藹很好相處」、「認識很多不同人」、「真的讓我有收穫，可以獲得別人給我的意見」…等；治療師情緒支持 (therapist support；3 人次提出，佔 18.75%)，如：「認識醫院治療師」、「可以獲得別人給我的意見」、「了解很多方法」、「知道對自己好的跟壞的」；治療方式有趣 (interest intervention；2 人次提出，佔 12.5%)，如：「好玩」、「有趣」；對未來有希望 (feeling hopeful；1 人次提出，佔 6.25%)，如：「知道以後會更好」。

此 16 名參與者，均因違反毒品防制條例之事由，由衛生局轉介。其中有 3 名為初犯，另 13 名為再犯且過去曾被要求參加傳統裁罰講習課程。研究者也詢問此 13 名參與者經驗作為比較，相較於傳統的講習課程，13 名參與者皆表示偏好川流模式的團體課程。提出喜好的原因除了上述的心得收穫外，另表示本課程可以關注到自己的生活層面，對自己比較有幫助，且透過畫畫、書寫與表達分享的過程，也讓自己在上課的時候不僅不會無聊，而且會「動頭腦」開始思考毒品對自己的影響。

討論

影響K他命使用者戒治因子之探討

本研究由川流繪畫圖，透過參與者繪畫「石頭」的圖像，象徵生活的問題 (Iwama, 2006)，間接表示出目前生活的困難或障礙，而這些對生活不利的因子依序包含：經濟問題、情緒壓力問題、K 他命毒品、被要求出席裁罰講習課程或治療、刑罰、家人壓力、空虛無聊、壞朋友、工作不穩定…等。而這些因子也代表對戒治的不利因素，李蘭等人 (1997) 指出「未與家人同住」、「參與社團活動」、「翹家」等為高職生使用非法成癮藥物的重要影響因子；李思賢等人 (2009) 提出「偏差同儕」與「家庭因素」是影響青少年用藥的因素之一；曾

寶民(2015)指出「人際因素」如朋友、家人、伴侶的影響、「藥友同儕」、「社會適應不良」、「生活壓力事件」「情緒壓力」是使用非法物質的危險因子；Hawkins 等人(1992)表示經濟狀況(貧窮)也是使用非法物質的危險因子。顯示日常生活中有關經濟、情緒、物質使用(K他命)之同儕、非法物質(K他命)本身、沒有生活重心(如工作、休閒興趣等)都是影響戒治的負向因子。

由參與者繪畫「浮木」的圖像，象徵個人態度特質或資源(Iwama, 2006)，而這些對生活有益的因子依序包含：穩定工作、朋友陪伴、家人支持、休閒興趣維持、信仰、經濟來源、認真努力、未來目標、娛樂……等，而這些個人態度和資源也代表是對戒治的有利因素。該發現與先前研究吻合，如曾寶明(2015)指出「朋友、家人、伴侶的鼓勵」、「工作穩定」、「心態調整」、「願意求助」是戒治的保護因子；靈性(宗教)因素是預防復發重要的因子(Avants et al., 2001; Jarusiewicz, 2000)。

以職能的觀點來看，個案使用物質受許多因素影響。確認物質使用者的戒治因子可釐清個案持續使用的原因並協助戒治；如個案可能透過物質的使用來逃避職能或作為職能的因應機制(如不利的戒治因子：經濟問題、情緒壓力問題、家人壓力問題、工作問題等)，個案也可能基於物質使用的生理機轉(藥性反應)達到改變覺知形成因應策略，甚至是透過物質使用來落實職能或發展生命意義，如在物質使用中得到清醒狀或維持工作或人際社交(Bryant et al., 2014)。

因此，確認個案物質使用的因素，並強化對個案生活有益的因子，是重要的戒治歷程。職能治療師可強化個案維持穩定的工作與經濟、建立朋友與家人陪伴支持、重建良好休閒興趣之維持、發展自我信仰與職能目標等，透過以上個案提出的有利因子來維持職能的平衡，促進生活品質與滿意度。有意義的職能參與以及生活滿意度的提升，均與降低藥癮復用具有高關聯性。

川流模式應用於K他命使用者之滿意度探討

本研究結果顯示所有的參與者表示滿意「川流模式」之治療，且相較於傳統之行政裁罰毒品危害講習課程，參與者更願意接受「川流模式」之戒治處遇。透過川流模式，參與者滿意自己在治療的繪畫敘事參與度，覺得川流模式治療對自我認識與戒治K他命有益，此外也表示該模式可以讓參與者感到自在舒適、了解自己、建立情緒支持等。

以上結果與先前研究結果一致：如 Paxson 等人 (2012) 探討職能治療師使用川流模式的經驗，發現透過川流模式可以增進個案與治療師之間的互動與能量 (energy levels)、建立治療性關係；Carmod 等人 (2007) 也指出川流模式可以促進個案與治療師雙向對話、提升治療合作參與度；Hsiao et al. (2016) 表示川流模式可以提升K他命使用者的治療滿意度與動機、了解自己戒治的助力與阻力。川流模式以個案為中心，考量個案本身文化背景的治療模式 (Iwama, 2006)，促使參與者可以更自在安全的分享自己所關注的生活面向與戒治議題。

本研究採立意取樣的方式，邀請接受衛生局「藥癮輔導機制轉介」之個案同意分享個人團體紀錄與問卷填寫，做為資料分析。因此本研究有以下限制，如樣本數較小、參與者為非自願臨床個案、缺少後續追蹤等限制，建議之後研究可做良好的控制，與後續效益的追蹤。本研究在質性結果分析，乃透過兩位主要帶領的資深治療師與資深督導共同討論，取得編碼一致性與同意。研究未使用雙盲控制，可能在滿意度的回應因此高估。然而，提供分析之圖畫與書寫記錄資料，是個案主動表達的內容，這些內容資料的呈現，亦代表個案對川流模式團體具有高接受度與合作動機，願意分享個人生活的概況，治療者也可在短時間內了解到個案的問題，並且共同面對。對於非自願之臨床個案而言，川流模式是促進醫病雙方關係的一個有效策略。

結論

川流模式運用河流的譬喻，以敘事和個案中心的方式，強調以個案自己為

主體、不直接挑戰藥物使用習慣與生活問題，可協助個案和治療者建立尊重、接納、同理的互動關係，減少案主對服務者的刻板印象引致的抗拒，提升治療滿意度。治療者可藉此合作關係，確實有效地收集有利個案生活適應的戒治因子與不利因子，個案也同時增加對自身的察覺，萌發好好生活的動機。

本研究提出的 K 他命使用者之生活阻力與助力因子，可作為職能治療師建構臨床成癮個案服務時的考量，更符合個案需求，例如：工作強化服務、生活休閒平衡、興趣發展、發展／維持支持系統、壓力處理等內容，進而促進戒治配合的意願與治療成效。

致謝

本研究之完成感謝衛生福利部嘉南療養院院內研究計畫（105 年）補助與嘉南療養院成癮暨司法精神科及職能治療科、台南衛生局、南區整合性藥癮醫療示範中心提供之行政協助。

參考文獻

- 台灣精神醫學會 (2014)。DSM-5 精神疾病診斷準則手冊 (頁 227-283)。合記。
- 李思賢、林國甯、楊浩然、傅麗安、劉筱雯、李商琪 (2009)。青少年毒品戒治者對藥物濫用之認知、態度、行為與因應方式研究。青少年犯罪防治研究期刊, 1(1), 1-28。
- 李蘭、洪百薰、楊雪華、童淑琴、晏涵文 (1997)。高職學生成癮藥物之使用行為。醫學教育, 1(1), 69-80。
- 林式毅 (2004)。海洛因的健康影響。第四期文獻回顧研析計畫報告書。國家衛生研究院。
- 林杰樑 (1991)。臨床毒品藥物濫用學。合記。
- 法務部 (2016)。毒品危害防制條例。http://law.moj.gov.tw/Law/LawSearchResult.aspx?p=A&t=A1A2E1F1&k1=%E6%AF%92%E5%93%81
- 曾寶民 (2015)。青少年 K 他命使用者之生命經驗探究 (未出版碩士論文)。中正大學。
- 楊士隆、戴伸峰、顧以謙、白新名、鄭凱寶 (2013)。青少年使用非法藥物調查研究-以高雄市為例。青少年犯罪防治研究期刊, 5(1), 91-130。

- 葉俐君 (2014)。獨樂樂！？眾樂樂！？少年個別與集體施用 K 他命的意義（未出版碩士論文）。臺北大學。
- 廖定烈、鄭若瑟、吳文正、黃正誼、陳保中 (2013)。物質成癮及治療：國內臨床服務的十年進展。家庭醫學與基層醫療，28(11)，299-304。
- 衛生福利部食品藥物管理署 (2022)。111 年度 1 月「藥物濫用案件暨檢驗統計資料」年報。衛生福利部食品衛生管理署。
- 衛生福利部、法務部、教育部、外交部 (2015)。104 年反毒報告書。教育部。
- 顏正芳 (2014)。青少年俱樂部藥物的使用動機及研究。愛之關懷，(89)。http://www.aids-care.org.tw/db/Jour/1/20141201/3.pdf
- 蕭涵憶 (2014)。水川模式 (KAWA River Model) 運用於一二級毒品施用者緩起訴戒治團體之臨床經驗。臺灣職能治療學會第 33 次學術研討會，台南市，台灣。
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Avants, S. K., Warburton, L. A., & Margolin, A. (2001). Spiritual and religious support in recovery from addiction among HIV-positive injection drug users. *Journal of Psychoactive Drugs*, 33(1), 39-45. <https://doi.org/10.1080/02791072.2001.10400467>
- Bryant, W., Fieldhouse, J., & Bannigan, K. (Eds.). (2014). *Creek's Occupational Therapy and Mental Health E-Book*. Elsevier Health Sciences. <https://doi.org/10.1080/0164212X.2012.708573>
- Canton, H. (2021). United Nations Office on Drugs and Crime-UNODC. In *The Europa directory of international organizations 2021* (pp. 240-244). Routledge.
- Carmody, S., Nolan, R., Chonchuir, N., Curry, M., Halligan, C., & Robinson, K. (2007). The guiding nature of the Kawa (river) model in Ireland: creating both opportunities and challenges for occupational therapists. *Occupational Therapy International*, 14(4), 221-236. <https://doi.org/10.1002/oti.235>
- Coombs, R. H., & Howatt, W. A. (2005). *The addiction counselor's desk reference*. John Wiley & Sons.
- Donovan, D. B., & Rosengren, D. B. (1999). Motivation for behavior change and treatment among substance abusers. In J. A. Tucker, D. M. Donovan, & G. A. Marlatt (Eds.), *Changing addictive behavior: Bridging clinical and public health strategies* (pp. 127-159). The Guilford Press.
- Glegg, S. M. N. (2018). Facilitating interviews in qualitative research with visual tools: A Typology. *Qualitative Health Research*, 29(2), 301-310. doi: 10.1177/1049732318786485.
- Grace, A. A. (2000). The tonic/phase model of dopamine system regulation and its implications for understanding alcohol and psychostimulant craving. *Addiction*, 95(Suppl2), S119-S128. <https://doi.org/10.1080/09652140050111690>

- Hawkins, J. D., Catalano, R. F., & Miller, J. Y. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin*, *112*(1), 64–105. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.112.1.64>
- Hsiao, H. Y., Wang, T. Y., Lu, Y. C., Lee, C. H. & Jheng, J. M. (2016). *A KAWA Model Based Group for Ketamine Users: Life Narrative and Factors Related to Motivation to Change*. 2016 The annual International Conference on Health Promoting Hospitals and Health Services (HPH), Yalu, United States.
- Iwama, M. K. (2006). The Kawa model: Culturally relevant occupational therapy. *Elsevier Health Sciences*. <https://doi.org/10.1111/j.1473-6861.2007.00141.x>
- Iwama, M., Farhan, H., Hanrahan, E., Kaufman, A., Lim, K. H., & Patel, N. (2011). The Kawa (river) model: Culturally responsive occupational therapy without borders. *Occupational therapies without borders*, *2*, 257-266. Churchill Livingstone.
- Jarusiewicz, B. (2000). Spirituality and addiction: Relationship to recovery and relapse. *Alcoholism Treatment Quarterly*, *18*(4), 99-109. https://doi.org/10.1300/J020v18n04_08
- Lape, J. E., & Scaife, B. D. (2017). Use of the KAWA model for teambuilding with rehabilitative professionals: An exploratory study. *Internet Journal of Allied Health Sciences and Practice*, *15*(1), 10. <https://doi.org/10.46743/1540-580X/2017.1647>
- Morgan, C. J., & Curran, H. V. (2012). Ketamine use: a review. *Addiction*, *107*(1), 27-38. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2011.03576.x>
- Morgan, C. J., Muetzelfeldt, L., & Curran, H. V. (2010). Consequences of chronic ketamine self-administration upon neurocognitive function and psychological wellbeing: a 1-year longitudinal study. *Addiction*, *105*(1), 121-133. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2009.02761.x>
- Paxson, D., Winston, K., Tobey, T., Johnston, S., & Iwama, M. (2012). The Kawa Model: Therapists' Experiences in Mental Health Practice. *Occupational Therapy in Mental Health*, *28*(4), 340-355. <https://doi.org/10.1080/0164212X.2012.708586>
- Richardson, P., Jobson, B., & Miles, S. (2010). Using the Kawa model: a practice report. *Mental Health Occupational Therapy*, *15*(3). https://doi.org/10.1300/J004v15n01_04
- Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2015). *Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry, 11th ed.* Lippincott Williams & Wilkins. <https://doi.org/10.4324/9781003179900-33>

以家庭為中心教學方案應用於臨床實習之教學成效初探

謝中君^{1,*} 游敏媛² 張哲豪³ 張韶霞⁴ 盧維芃² 吳紋綺²

摘要

目的：兒童復健領域已積極地倡導以家庭為中心的服務，但多數培育兒童職能治療師的臨床實習教學方案仍是以兒童為中心的理念。本研究為一前導研究，目的為 (1) 建構一套可運作於職能治療臨床實習之「以家庭為中心」理念教學方案；(2) 探討此教學方案對學生之以家庭為中心服務觀點的改變。

方法：研究地點為一間醫學中心之復健科兒童職能治療臨床實習教學單位。參與者包含 6 位臨床實習生及 6 對零至六歲發展障礙幼兒及其家長。透過研究者參與教學過程、撰寫反思日誌、觀看錄影帶、訪談學生，閱讀個案資料，瞭解方案運作過程及實習生看法；以「照護過程評量表-服務提供者版」(Measure of Processes of Care-Service Provider, MPOC-SP) 瞭解學生其服務的「以家庭為中心」觀點。採用魏克生符號等級檢定 (Wilcoxon signed rank test) 比較 MPOC-SP 前後測資料。

結果：(1) 「以家庭為中心」教學方案可融入臨床實習教育，以個案報告說明學生瞭解家庭需求、找出家長關心的幼兒目標、撰寫幼兒目標、與家長合作執行幼兒療育活動的過程；(2) 學生認為此方案有助於提升其從事家庭服務的正向態度及專業技能；學生的 MPOC-SP 總分、表現人際敏感度、溝通關於兒童的特定資訊及尊重對待他人向度的前後測分數達統計顯著差異 ($Z=1.99-2.20, p < .05$)。

結論：以家庭為中心教學方案在臨床實習的應用已有初步成效。

關鍵詞：以家庭為中心服務，教學方案，臨床實習，職能治療，早期療育

屏東大學特殊教育學系¹
高雄長庚醫院復健科²
國立成功大學醫學院健康照護科學研究所及職能治療學系³
義守大學職能治療學系⁴

* 通訊作者：謝中君
屏東市民生路 4-18 號
電話：08-766-3800 分機 33561
電子信箱：shiej@mail.nptu.edu.tw

受文日期：111 年 6 月 29 日
接受刊載：112 年 4 月 12 日

The Application of the Family-centered Teaching Model in Level II Fieldwork: An Exploratory Study

Jung-Jiun Shie^{a,*}, Min-Yuan Yu^b, Jerhao Chang^c, Shao-Hsia Chang^d, Wei-Peng Lu^b, Wen-Chi Wu^b

Abstract

Purpose: Although family-centered services have been promoted in pediatric rehabilitation, teaching models in most level II fieldwork of occupational therapy remain child-centered. This pilot study aimed to (1) develop a family-centered teaching model that could be implemented in the level II fieldwork, and (2) explore the change of students' perceptions on family-centered services before and after participating in the teaching model.

Methods: The study was conducted in a rehabilitation department of a medical center in Taiwan. Six students and six dyads of children with developmental disabilities aged 0–6 years and their parents participated in the study. The qualitative and quantitative data were collected through the researcher's participation in the teaching process, reflection logs, videotapes, students' interviews, case reports, and the students' perceptions of family-centered services measured by the Chinese version of the "Measure of Processes of Care-Service Provider" (MPOC-SP) before and after participation in the teaching model. The pretest and posttest data of the MPOC-SP were compared by Wilcoxon signed rank test.

Results: The family-centered teaching model could be applied in the level II fieldwork, by using case reports to illustrate how to understand family needs, identify the children's goals based on parents' priorities, set the children's goals, and collaborate with parents to implement therapeutic activities. In addition, students considered that the teaching model enhanced their attitudes and skills toward family-centered services. Statistically significant differences of the MPOC-SP before and after the teaching program were found in the total score and the domains of showing interpersonal sensitivity, communicating specific information, and treating people respectfully ($Z=1.99-2.20, p < .05$).

Conclusion: The application of the family-centered teaching model in level II fieldwork shows preliminary positive results.

Keywords: Family-centered services, Teaching model, Level II fieldwork, Occupational therapy, Early intervention

^aDepartment of Special Education, National Pingtung University, Taiwan

^bDepartment of Physical Medicine and Rehabilitation, Kaohsiung Chang Gung Memorial Hospital, Taiwan

^cInstitute of Allied Health Sciences, & Department of Occupational Therapy, College of Medicine, National Cheng Kung University, Taiwan

^dDepartment of Occupational Therapy, I-Shou University, Taiwan

*Correspondence: Jung-Jiun Shie

No. 4-18, Minsheng, Rd., Pingtung City, Pingtung County, Taiwan

TEL: +886-8-766-3800 ext. 33561

E-mail: shiej@mail.nptu.edu.tw

前言

「以家庭為中心」服務是一種信念與價值觀，更是一種實務操作的能力，由專業人員支持及增進家長教養及照顧幼兒發展及學習的能力，擴展家庭能力，進而提升家庭掌握生活的能力 (Dunst, 1985, 2000; Klein & Gilkerson, 2000)。是故，「以家庭為中心」服務的內涵，強調（一）家庭具有選擇權，家庭可列出其需求的優先順序，並受到專業人員之尊重；（二）專業人員從家庭優勢的觀點來面對家庭，與家庭合作；（三）專業人員超越僅以兒童或家長為重點的服務，轉而以整個家庭為服務取向 (Turnbull et al., 2000)。

專業人員是影響執行「以家庭為中心」服務成敗的關鍵因素 (Dunst et al., 2007)。Dunst 等人 (2007) 指出專業人員的態度與做法是提升早療服務滿意度、家長自我效能、增進特殊幼兒家庭功能及提升幼兒的療育成果的重要策略之一。在態度上，專業人員應改變傳統的威權態度，轉而以尊重、平等、真誠的態度，視家庭為合作夥伴，鼓勵家長參與療育決策過程 (Turnbull et al., 2000)。在做法上，專業人員可提供家庭資訊與支持，與家長共同討論兒童的療育計劃，使家長能為幼兒做選擇並決定最佳的教養策略；在家長執行療育策略遇到挫折時，專業人員給予情緒支持，鼓勵家長繼續參與兒童的治療方案 (Brookman-Frazer, 2004; Chao et al., 2006; Forsyth et al., 2005; Kilgour & Fleming, 2000; Penticuff & Arheart, 2005)，與家長合作將治療策略融入幼兒的日常生活作息，使家長可以在家教育兒童 (Campbell et al., 2009; Hanft & Anzalone, 2001)。

兒童復健領域的服務趨勢早已朝向「以家庭為中心」服務 (Jirikowic et al., 2001)，職能治療師是兒童復健領域的成員之一，有職責於兒童的早期療育階段提供個案「以家庭為中心」的服務。Hanft & Anzalone (2001) 認為職能治療師的角色應為支持及教導家庭成員照顧幼兒，利用親師合作方式來選擇有意義的職能活動，協助家長運用日常生活作息及活動來促進幼兒發展，支持幼兒參與家庭生活，從事遊戲、生活自理及生理、認知與心理社會等層面行為，必要時，職能治療師可提供家長情緒支持，親師間彼此欣賞與尊重家庭觀的差異與優先

順序，彼此溝通協調及解決衝突。

近年來，國內兒童復健領域的相關專業人員已經逐漸意識到提供特殊幼兒家庭服務的重要性，許多研究投入於探討專業人員從事以家庭為中心服務的過程與成果（唐美華等，2010；郭穠榛等，2020；謝中君等，2008），提醒專業人員於職場執行以家庭為中心服務的重要性。然而，仍有學者認為國內醫療院所兒童復健服務多數採行傳統的以幼兒中心服務模式（王天苗，2013），更有研究報告指出特殊兒童家長認為專業人員未能提供家長足夠的書面療育資訊或其他早療資訊（廖研蒲等，2015），可見，國內兒童復健領域專業人員雖重視以家庭為中心的服務理念，但是，培育專業人員以家庭為中心理念的作法仍待加強。

為提升「以家庭為中心」服務的專業知能，許多專業人員利用在職訓練或職前教育的機會，提升自身家庭服務的理念，各種有關早期療育以家庭為中心服務的主題，出現在專業人員在職訓練的研習會或研討會當中 (Klein & Gilkerson, 2000)。然而，學者們認為僅利用參與研習等專業發展策略來提升或鼓勵醫事專業人員於執業場所從事以家庭為中心的服務的效果仍有限 (Campbell et al., 2009)。國外學者認為若要更有效率地提升專業人員建立家庭服務的理念，由教育方式向下紮根是重要的方式之一 (Campbell et al., 2009; Elenko, 2019)。若利用學生進入職場前，增進其從事家庭服務的實務經驗，對學生畢業後從事早期療育家庭服務將有極大助益 (Campbell et al., 2009; Hanft & Anzalone, 2001)。

各專業領域積極地利用職前教育方式，培育學生的以家庭為中心服務理念，以及提升學生的以家庭為中心服務專業知能 (Barton et al., 2012; Boyer, 2014; Elenko, 2019; Mandell & Murray, 2005; Pretti-Frontczak et al., 2002)。例如：在學前特教領域，Pretti-Frontczak 等人 (2002) 提出一項職前教育方案，將以家庭為中心的原則融入就學學生之課程及實習過程，學生們透過職場實習方式，經驗以家庭為中心的服務過程。Mandell & Murray (2005) 提出的以家庭為中心的早期療育職前訓練方案，特點之一便是從原本的實習經驗中，加上大學教師及障礙兒童家長所組成的團隊，一起督導學生的臨床技巧。透過職場實習階段，

個案討論會、文獻討論會、個案報告或專家督導等方式，指導學生獲得家庭服務的相關之知識與技巧。在職能治療方面，Elenko (2019) 報告美國紐約大學水牛城分校提供學生見習經驗，使職能治療學生瞭解家庭的需求，瞭解家庭角色與作息，並在過程中協助家庭獲得社區資源。在語言治療領域，Boyer (2014) 利用語言治療研究所學生的實習機會，培育實習生具備家庭服務專業知能。綜合而論，教育單位若能與臨床實習單位相互合作，共同建立有效教育方案，引導學生觀察家庭並與家庭共事，利用臨床實習時間可替學生在未來與家庭合作的道路上打下基礎，邁向以家庭為中心服務的第一步 (Campbell et al., 2009)。

有關上述教學方案的教學成效內涵，包含：學生對其未來工作上運用以家庭為中心實務的觀點 (Mandell & Murray, 2005)；學生對其執行以家庭為中心服務能力的想法改變，及對方案的滿意度 (Pretti-Frontczak et al., 2002)；學生對於以家庭為中心實務的理解程度 (Elenko, 2019)；或是學生與家庭共事後的經驗 (Boyer, 2014)。綜合而論，這些教學方案的成效從學生參與教學方案後的想法與經驗來呈現成果。再者，過去研究在探討以家庭為中心訓練方案的成效時，會以「照護過程評量表－服務提供者版」(Measure of Processes of Care-Service Provider, MPOC-SP) 的概念，作為評量方案的成果之一 (Gafni-Lachter & Ben-Sasson, 2022; Gafni Lachter et al., 2019)。MPOC-SP 為 Woodside 等人 (2001) 所發展的評量表，包含四個向度，分別為 (1) 表現人際敏感度向度是指提供家庭療育相關的回應；(2) 提供一般訊息向度是指提供家庭資訊；(3) 溝通兒童的具體訊息向度是指提供幼兒發展相關的評估與介入；(4) 尊重對待他人向度是指以正向態度與夥伴關係與家庭互動。專業人員可自評上述四個向度，以瞭解其在以家庭為中心服務之觀點 (Kang et al., 2017)。因此，欲瞭解學生參與以家庭為中心理念的教學方案成效時，學生的看法及其自評以家庭為中心的行為觀點的改變，亦可以做為評量教學成效的成果之一。

國內醫療臨床教學單位不僅可提供兒童復健領域專業人員專業技能的臨床實習教育，更是特殊幼兒家庭尋求早期療育服務的主要場所之一。若臨床實習教學單位能藉由臨床實習教育來教導實習生與家庭互動的策略，精進實習生從事家庭

服務的專業技能，相信對於學生畢業後從事以家庭為中心的早期療育服務應更有助益 (Campbell et al., 2009; Hanft & Anzalone, 2001)。然而，目前主要提供國內職能治療學生專業技能的臨床實習教學場所，多數為以幼兒為中心的傳統實習訓練方案，忽略了提供學生以家庭為中心服務的專業技能，因此，當學生進入臨床實習階段時，多數學生沒有機會學習到以家庭為中心的服務模式。因此，本研究目的有二：(一) 建構一個以家庭為中心教學方案，可應用於兒童領域醫療臨床實習單位；(二) 探討教學方案對實習生的以家庭為中心服務觀點的變化。

研究方法

研究場域

本研究採立意取樣，以一間醫學中心復健科職能治療組之兒童臨床實習場所為研究場域，培育職能治療實習生具備以家庭為中心專業知能。此臨床實習單位採用以家庭為中心教學方案前，其實習方案可被視為「以幼兒為中心」的教學模式，訓練學生具備兒童發展評估與幼兒治療的各項活動為主。本研究的執行期間包含 2 梯次的臨床實習階段，每梯次 12 週。

研究參與者

本研究參與者的資料蒐集開始於 107 年 10 月至 108 年 5 月為止。當學生開始兒童臨床實習後，第一作者與臨床教師向學生說明研究目的，有 8 位學生同意參與研究，其中，一位學生的實習時程較短，另一位學生因特殊幼兒生病請假次數過多，最後沒有完成教學方案。最後，共有 6 位實習生於兒童臨床實習期間完成以家庭為中心的教學方案。這 6 位實習生 (1 男 5 女) 的平均年齡為 21.17 歲 ($SD = 1.33$)，其中 4 位為大學生，2 位為五專生。

6 位特殊幼兒及其家長經臨床教師說明研究目的後，同意參與研究。特殊幼兒及其家長的基本資料如表 1。

表 1 幼兒及照顧者基本資料 (N = 6)

幼兒資料	幼兒診斷	年齡(月)	性別	參與療育照顧者
個案一	脊柱裂	60	女	父親
個案二	發展遲緩	40	女	母親
個案三	染色體異常	32	男	父親
個案四	腦性麻痺	24	男	母親
個案五	腦性麻痺	66	男	外傭及母親
個案六	癲癇	48	女	母親

研究步驟

本研究將「以家庭為中心」教學方案融入原本採用「以兒童為中心」教學理念的某間教學醫院之兒童領域職能治療臨床實習課程。當實習生同意參與研究後，臨床教師為每位實習生安排一對特殊幼兒及其家長作為合作對象，每位實習生與這位特殊幼兒家長共同合作及執行特殊幼兒的療育活動。第一作者的角色包含：負責規劃工作坊的研習，在實作訓練中督導的事項包含：學生與家長訪談過程、目標撰寫、學生與家長合作執行幼兒職能治療的過程、學生追蹤家長在家執行幼兒療育活動的狀況，以及學生撰寫個案書面報告，第一作者每周提供學生一次約 30 至 60 分鐘的以家庭為中心教學的個別教練時間。臨床教師的角色在於與第一作者共同督導實習生撰寫幼兒目標，與學生討論特殊幼兒療育活動的設計，閱讀每次療育活動日誌及口頭及書面個案報告，及指導其他有關幼兒評量或輔具及副木需求等等。

研究工具

本研究的教學成效之一為探討實習學生提供療育服務前後的以家庭為中心

行為的感受變化，決定採用中文版「照護過程評量表 - 服務提供者版」(Measure of Processes of Care-Service Provider, MPOC-SP) 作為評量工具。MPOC-SP 是由加拿大 CanChild 研究團隊所發展的評量表，由專業人員自我評量其所提供療育服務過程之以家庭為中心行為 (Woodside et al., 2001)。Kang 等人 (2017) 已將 MPOC-SP 翻譯為中文並建立評量表的心理計量資料，評量表共有 27 題，每題為 7 點量尺，分為 7 個程度，其中，1 分代表完全沒有，7 分代表極大的程度。中文版 MPOC-SP 具有 4 個向度，分別為表現人際敏感度 (10 題)、提供一般資訊 (5 題)、溝通兒童的具體資訊 (3 題)、尊重對待他人 (9 題) 等。中文版 MPOC-SP 的四個向度的再測信度顯示是適當到良好程度，分別是表現人際敏感度 (ICC = 0.76)、提供一般資訊 (ICC = 0.70)、溝通兒童的具體資訊 (ICC = 0.56)、尊重對待他人 (ICC = 0.77)。四個向度的內部一致性分別是表現人際敏感度 (Cronbach' s α = 0.86)、提供一般資訊 (Cronbach' s α = 0.92)、溝通兒童的具體資訊 (Cronbach' s α = 0.80)、尊重對待他人 (Cronbach' s α = 0.87)。

研究結束時，每位實習生填寫「實習生滿意度調查表」，調查表為研究者自編之評量工具，主要目的為瞭解學生參與研究過程的滿意程度。調查表共有 11 題，每題為五點量尺，分為 5 個程度，1 分代表非常不同意、2 分代表不同意、3 分代表尚可、4 分代表同意、5 分代表非常同意。

資料處理與分析

本研究從多元面向來源蒐集質性資料，首先，研究者於研究開始前整理研究文獻；每次教學過程的參與觀察及事後撰寫反思日誌，記錄學生的重要對話，遇到疑問，便於下次見面時再與學生、臨床教師或家長釐清；再者，每次療育過程均已徵得家長及學生的同意進行錄音與錄影，之後將重要對話轉譯為逐字稿；其三，在每梯次實習結束後，第一作者、臨床教師與學生進行團體訪談，瞭解實習生參與此實習方案想法與回饋。最後，研究者於教學過程中凝聚參與者的想法與回饋，修正教學方案的內容與做法，掌握整個臨床教育方案之執行情形。在質性資料的檢核上，採用三角驗證 (triangulation) 亦即以多元方法來檢

核所收集到的資料，包含：研究者仔細閱讀所有質性資料，進行資料間的比對與檢核，若有疑問，第一作者會與臨床教師討論收集到的質性資料，以確認資料的正確性。在量性資料的分析，探討職能治療實習生在參與教學方案前後所自評之以家庭為中心服務感受程度的差異。以 SPSS 無母數分析之 Wilcoxon 符號等級檢定來分析中文版 MPOC-SP 分數之前、後測差異。調查實習生的滿意程度時，以描述統計分析各題項的最小值、最大值、平均數與標準差。

結果

建構「以家庭為中心」的教學方案內容

本研究所建構的「以家庭為中心」教學方案內容為參考過去研究文獻（王天苗，2013；An & Palisano, 2014；An et al., 2016；Dunst et al., 1988；McWilliam, 2010；Palisano et al., 2012）、第一作者的臨床經驗、以及這段期間所有參與者的想法激盪所形成的教學方案。教學方案內容可分為兩部分，包含：工作坊課程與實作訓練，說明如下：

• 工作坊課程

當學生同意參與研究至第四周實習期間，學生開始參與工作坊課程，獲得未來在實作訓練過程所需的以家庭為中心知識及相關技巧。學生參與工作坊課程的總研習時數約 2.5 到 3 小時，工作坊課程的主題如下：

1. 介紹以家庭為中心服務理念、同理心技巧及「我訊息」溝通技巧：課程內容介紹當家庭得知幼兒被診斷為發展遲緩或發展障礙時，可能面臨的壓力、想法與感受。鼓勵學生以尊重、同理態度傾聽家長需求，並教導「我訊息」回應技巧及同理家長想法與情緒的技巧。
2. 介紹「加拿大職能表現測驗」(Canadian Occupational Performance Measure, COPM; Law et al., 1998)：COPM 的施測過程，接著學生分組練習 COPM 施測步驟，並由研究者依學生表現給予回饋。

3. 介紹訪談大綱：本研究參考過去研究文獻的作法，以 COPM 的訪談問題 (Law et al., 1998) 及研究文獻的訪談大綱 (An & Palisano, 2014; An et al., 2016)，擬定本研究訪談大綱的主題及提問問題。學生彼此練習並相互提問訪談大綱上的問題，訪談大綱的部分提問問題，見表 2。

表 2 訪談大綱主題及提問問題

主題	提問問題 (範例)
找出家長對幼兒的目標	<ol style="list-style-type: none"> 1. 你期望孩子可以做到或認為孩子需要做的活動有哪些？ 2. 孩子在哪些活動有困難？ 3. 在這些對孩子有困難或是需要做的活動中，這活動的重要性程度為何？
親師共同決定可融入幼兒目標的作息活動	<ol style="list-style-type: none"> 1. 請您說說您家庭一天的作息及活動為何？ 2. 在您的一天作息活動中，您覺得哪個作息活動可以執行 (某個) 介入目標？ 3. 在這個活動時間你和孩子通常做些什麼事？
鼓勵家長在家及醫院參與幼兒療育活動	<ol style="list-style-type: none"> 1. 上次建議的活動，回家做得如何？ 2. 你和孩子在家執行活動時，有什麼困難？ 3. 孩子的表現如何？有任何改變嗎？

4. 介紹「目標達成評量表」(Goal Attainment Scale, GAS; Kiresuk & Sherman, 1968)：本研究使用 GAS 作為評量特殊幼兒的療育成效的方式之一，教導學生認識 GAS 的評量目的、意義與撰寫方式，包含：撰寫每位特殊幼兒的以功能性行為作為介入目標，每個目標可為 5 個分級，也就是將幼兒表現分為 5 個程度，分別是 -2、-1、0、1、2 等程度，各數字所設計目標的意義如下，-2 目標代表比幼兒目前程度更低表現，-1 目標代表幼兒的目前程度，0 目標代表預期達到的程度，1 目標代表比預期達到的程度多，2 目標代表更理想的程度。

· 實作訓練

實作訓練的期間約為實習第四周至實習第10周，第一作者每周一次督導每位實習生與一對幼兒及家長合作。實作訓練的內容如下：

1. 收集家庭背景資訊及瞭解家庭需求：實習生請家長填寫家庭訪談表（王天苗，2013），以便瞭解家庭的背景資料，家庭所需的支持、面臨的困難及期待。
2. 找出家長關心的幼兒目標及瞭解幼兒作息活動：實習生依據擬定的訪談大綱訪談家長，請家長指出那些是家長期望幼兒能做到，但幼兒卻有困難做到的活動，再請家長定義這些幼兒應做到但有困難做到之活動的重要性，並評量這些重要且有困難的活動在1到10量尺上的幼兒表現程度及滿意度。最後，學生與家長從這些對幼兒重要卻有困難的活動中，擬定出兩個家長期望幼兒可以達到的目標，以及在教學方案結束時，家長期望幼兒可以達到的進步程度。再者，學生詢問家長有關幼兒的每日作息活動，並與家長討論，哪些作息活動可以融入這幼兒目標，以完成幼兒的「每日作息活動調查表」。
3. 撰寫幼兒目標：學生依據家長期望的幼兒目標，以GAS評量表撰寫幼兒目標的初稿。學生再與第一作者及臨床教師共同開會討論幼兒目標及其分級目標的書寫內容及合適性。學生依據討論後所獲得的回饋，再修改幼兒目標。最後，學生將完成的幼兒目標與家長討論，待家長同意後再執行療育活動。
4. 擴權 (empower) 家長執行幼兒療育活動的能力：當幼兒目標確定後，學生開始規劃介入活動，此過程可分為兩部分：(1) 學生與家長合作於醫院療育期間執行幼兒療育活動。學生先示範如何引導幼兒參與活動，再換成家長實際執行此介入活動，家長的執行策略，給予家長回饋。(2) 支持家長在家執行療育活動。學生與家長共同討論學生已設計的幼兒每日作息活動調查表，確認家長可於哪個幼兒作息活動來執行介入策略，討論介入策略的執行時間與頻率，使家長可在家於幼兒的作息活動中執行該項介入策略，以訓練幼兒的各項技能。另外，實習生設計活動檢核表，並請家長將檢核表帶回醫院，以便追蹤家長在家執行介入策略的情形。

· 個案報告

臨床實習教學單位原本的實習方案規劃每位實習生需於實習結束前應完成一份個案報告之口頭及書面報告，內容著重於特殊兒童評估及介入及文獻整理。本研究調整原本教學計劃之個案報告內容，從強調幼兒評量與介入成果，再增加家庭評量、家長參與療育及在家執行療育情形、並著重於描述幼兒功能表現等。學生於實習結束前兩周開始提出口頭報告，並於實習結束前繳交書面報告。

以下描述一組學生、幼兒及其家長參與以家庭為中心教學方案實作訓練的過程。彤彤（化名）是女性，年約 22 歲的大四實習生，由大學安排在該醫院從事兒童職能治療實習。當學生彤彤同意參與研究後，幼兒小莉（化名）與其母親亦同意參與研究並與彤彤共同執行以家庭為中心教學方案。

1. 收集家庭背景資訊及瞭解家庭需求：

小莉參與研究時，是個年齡 3 歲大的女童，診斷為發展遲緩，她能夠自己拿湯匙吃飯、但需要母親協助穿衣服，且仍然穿尿布；小莉可以獨立行走，但是還不會雙腳跳；她可嘗試拼湊兩片拼圖，但有時無法成功將兩片拼圖正確地連合。

小莉與她的母親及雙胞胎妹妹同住，小莉母親 34 歲，是小莉的主要照顧者，有全職工作，小莉父親在另一個城市工作，家中經濟小康。小莉母親表示期望在療育過程中可以獲得更多的專業支持。但小莉接受職能治療服務時，小莉的母親常坐在治療室的一旁，處理個人事務。

2. 找出家長關心的幼兒目標及幼兒作息活動：

學生以 COPM 訪談小莉母親，母親指出對小莉最重要且有困難的活動依序是表達便意、拼成 4 片拼圖、自己刷牙、跳過障礙物及玩黏土等，家長再從 1 到 10 分量尺中指出小莉在上述 5 個活動的表現及滿意度分數。接著，學生訪談家長並找出六週內家長期待幼兒可以達到的兩個目標，小莉母親期望六週內小莉可以表達便意以及可以完成 4 片拼圖。對於目標一（可以表達便意），母親對於小莉的表現與滿意度評分皆為 2 分；目標二（可以完成 4 片拼圖）之表現與滿意度皆為 3 分。

3. 撰寫幼兒目標：

學生考量家長期望撰寫小莉目標的初版，以 GAS 評量表來撰寫小莉兩個目標及各目標的 -2 到 2 分級目標。於下次療育前，學生與第一作者及小莉的臨床教師召開個案討論會，共同討論學生所撰寫的目標是否符合功能性及可測量的概念，學生依據教師建議再修正小莉的兩個目標與五個分級目標。下次療育時間，學生與家長討論修正後的兩個幼兒目標與五個分級目標，若家長同意，便作為小莉在以家庭為中心教學方案期間的目標，小莉的目標見附錄 1。

4. 擴權 (empower) 家長執行幼兒療育活動的能力：

(1) 學生與家長合作於醫院療育期間執行幼兒療育活動：

小莉母親常坐在一旁觀看小莉的治療活動，或是忙著打電話處理私人事務。學生與研究者討論後，決定鼓勵家長參與療育活動，邀請母親示範在家如何引導小莉玩拼圖。小莉母親同意並表現出的技巧，包含：請小莉眼睛要看拼圖圖案，以及提醒小莉兩手都要一起移動拼圖等，我們覺得母親做得很好，研究者提醒學生開始讚美小莉母親的表現，並學習與家長溝通，建議學生與母親聊聊小莉的活動表現。

(2) 支持家長在家執行療育活動：

學生彤彤為小莉設計了「每日作息活動調查表」(見附錄 2)，調查表呈現小莉的目標及介入策略嵌入作息活動的情況。再者，學生彤彤設計了一份活動檢核表，作為學生與家長溝通幼兒在家表現的平台，請家長於檢核表內紀錄每日執行介入策略的情形，家長再將此檢核表帶到治療室，學生便可追蹤與瞭解家長在家執行介入策略的狀況，以便深入瞭解家長所遭遇的困難及幼兒在家的表現。

以小莉的目標一：表達便意為例，小莉穿尿布，小莉母親期待小莉大號在尿布上後，會跟媽媽說她大號了。學生尋找資料及與督導討論，瞭解可能的策略，再與家長討論並共同決定在家可執行的策略，包含：(1) 家長先記錄幼兒每天何時有便意；(2) 有便意前，家長便告知小莉：大號後，來跟媽媽說，

並同時帶小莉去廁所；(3) 若小莉大便後，沒有告知家長，則家長再提醒一次；(4) 若小莉表達了便意，母親便立刻讚美小莉的行為，幫她換尿布，並說：換尿布好舒服！母親於活動執行調查表上紀錄小莉的表現，學生請母親將調查表帶至療育活動並與家長討論幼兒的表現。

學生彤彤於實習結束前兩周再次訪談小莉母親，評量小莉在 COPM 的後測表現，對於目標一（可以表達便意），表現與滿意度皆為 6 分；目標二（可以完成 4 片拼圖）之表現評為 6 分，滿意度 9 分。

實習生成效

本研究收集質性及量性資料，呈現 6 位實習生的學習效果。

· 質性資料

從質性資料的分析來看，學生們表示透過這個方案所學習到的經驗如下：

1. 更能同理家長的情緒：學生表示透過工作坊的課程，更能同理家長的心情，以及站在家屬的角度去思考。在實作課程中，因家長參與療育活動，可以更快掌握到當天個案的表現與情緒及其原因，瞭解家長在家執行介入活動的困難並與家長溝通。
2. 肯定家長是幼兒專家，任何治療仍需要回歸到家庭。學生發現家長的專業知識也許沒有治療師多，但家長更了解自己兒童的需求，且具備教導幼兒的技巧與能力。例如：學生彤彤與家長一起教導小莉拼圖時，便察覺家長教得很好。
3. 家庭服務專業知能更精進：學生提到以家庭為中心的教學方案的特點在於訪談經驗及與家長共同訂定目標等。在訪談經驗方面，學生彤彤認為自己與家長訪談的技巧有進步，能提問以找出家長在意的幼兒問題及期待，並且可以與家長討論其家中生活情況，更清楚家庭服務的重點。在與家長共同訂定目標一事，其他學生表示，會注意到家長的目標有時跟我們很不一樣，更能參考家長的意見來設定幼兒的目標。還有學生認為有機會跟個案父親一起進行評估，比較了解家長對個案的期待，可以訂定明確的幼兒目標，進而幫助自

已在實際做介入時，能進行符合個案能力及目標的活動。

4. 未來就業的正向成果：學生認為自己未來更願意與家長合作，從事以家庭為中心的服務。例如：學生認為透過這個計劃讓我更確定以家庭為中心的介入方案，能為個案及家屬帶來更理想的效果，日後，踏入職場也會多採用以家庭為中心的介入方法。

· 量性資料

六位實習生自評「照護過程評量表 - 服務提供者版」(MPOC-SP) 前測及後測的分數差異。表 3 結果顯示，MPOC-SP 總分、表現人際敏感度、溝通關於兒童的特定資訊、尊重對待他人等向度之後測分數顯著高於前測分數。MPOC-SP 之提供一般資訊的前測及後測分數未達統計差異。

表 3 實習生「照護過程評量表 - 服務提供者版」(MPOC-SP) 之分數 ($N=6$)

MPOC-SP	前測		後測		差異
	平均數	標準差	平均數	標準差	Z 值
總分	2.88	1.28	4.75	0.95	2.20*
表現人際敏感度	2.35	0.69	4.70	0.97	2.20*
提供一般資訊	2.80	2.23	3.80	1.49	1.15
溝通關於兒童的特定資訊	2.78	1.54	4.94	0.86	1.99*
尊重對待他人	3.56	1.41	5.28	1.21	1.99*

* $p < 0.05$

六位實習生自評「實習生滿意度調查表」各題項之結果，見表 4。每個題項均為 5 點量尺，1 分代表非常不滿意，5 分代表非常滿意。學生在 9 個題項的平均數均高於 4 分，代表這些題項已達到「滿意」程度。僅有 2 題「利用家庭作息調查表幫助家長提升其教養孩子的能力」及「此項研究計畫所提供的教育內容符合我的期待」的平均數為 3.50 及 3.83，介於「尚可」至「滿意」之間。

表 4 實習生滿意度調查表之描述性統計

題目	最小值	最大值	平均數	標準差
1. 我覺得自己在與家庭合作訂定目標上有進步。	4	4	4.00	0.00
2. 我覺得自己能從家庭的需要上，提供適合他們的治療。	3	5	4.00	0.63
3. 我覺得參與這項研究計畫，有助於提升我與家庭合作或互動的能力。	4	5	4.33	0.52
4. 我覺得自己和家長會談的技巧有進步。	3	5	4.17	0.75
5. 我覺得自己可利用 COPM 評估工具與家長共同訂定幼兒目標。	4	5	4.33	0.52
6. 我覺得自己可以利用 GAS 評估工具訂定目標。	3	5	4.00	0.63
7. 我覺得家長是我的夥伴，可以共同執行幼兒的療育計畫。	3	5	4.00	0.63
8. 我覺得我可以利用家庭作息調查表，幫助家長提升其教養孩子的能力。	3	4	3.50	0.55
9. 這項研究計畫所提供的教育內容符合我的期待。	3	4	3.83	0.41
10. 我覺得參與這項計畫幫助我更了解家庭的需要。	4	5	4.17	0.41
11. 整體而言，我覺得這項研究計畫所提供的教學方案感到滿意。	4	5	4.17	0.41

討論

本研究參考過去文獻建立一套「以家庭為中心」教學方案，將教學方案融入於職能治療兒童臨床實習課程，培育實習生有機會於臨床實習階段學習「以家庭為中心」專業知識與技能（王天苗，2013；An & Palisano, 2014；An et al., 2016；Dunst et al., 1988；McWilliam, 2010；Palisano et al., 2012）。教學方案內容分為兩個階段，一為工作坊課程，提供學生在實作過程需要的家庭知識與技能。另一階段為實作訓練，分為四個步驟，分別是 (1) 瞭解家庭基本資料及需

要，家庭對兒童的目標與優先順序；(2) 找出家庭期望的幼兒目標；(3) 撰寫幼兒目標；(4) 在幼兒治療過程中，學生與家長合作並擴權家長在醫院及家庭中從事幼兒療育活動的能力，並於實習結束前，學生整理個案資料並完成一份個案報告。從質性結果來看，參與學生肯定這個教學方案提供了一個有結構、詳細步驟以引導他們與家長合作且鼓勵家長提升幼兒的發展能力。工作坊課程使學生更認識家有特殊幼兒所面臨的壓力，並學習同理家庭的技巧。實作訓練具備詳細架構與教學步驟，透過督導的過程，使實習生與特殊幼兒家庭合作，學習並擴權特殊幼兒家庭的專業技能。從量性資料來看，這些學生自評其所執行療育服務之家庭為中心服務的感受程度，在多個向度及總分分數的前測及後測結果已達顯著差異，特別是在「表現人際敏感度」、「溝通關於兒童的特定資訊」、「尊重對待他人」、「整體表現」等面向，顯示學生於實習前後階段自評其以家庭為中心行為表現有顯著提升。在滿意度的評量上，多數學生對教學方案的滿意度為「滿意」至「非常滿意」程度。

本研究結果與國外其他著重以家庭為中心教學方案的研究結果相類似，均指出兒童復健專業利用在學期間的實習機會，可以提升學生的以家庭為中心服務專業知能。Boyer (2014) 利用學生於研究所就學期間的實習階段，培育語言治療學生的家庭服務專業知能，Elenko (2019) 提出美國紐約大學水牛城分校提供實習經驗，使職能治療學生可瞭解家庭需求及優先順序，瞭解家庭角色與作息，並協助家庭獲得社區資源。儘管各國學制的不同，本研究以台灣職能治療大專學生畢業前必須完成的臨床實習課程來培育學生的家庭服務專業知能，亦呈現正向的教學成效。

MPOC-SP 的結果之一「提供一般訊息」向度的前測及後測表現並未達到統計差異。「提供一般訊息」向度包含：提供家庭或手足相關資訊或尋找資源的機會、家庭與家庭間的聯繫、建議家長與其他服務者合作等等 (Woodside et al., 2001)。Kang 等人 (2017) 以中文版 MPOC-SP 評量表調查台灣早期療育專業人員在各向度的分數時，其研究結果顯示，台灣職能治療專業人員在「提供一般訊息」向度的分數表現均低於 MPOC-SP 其他向度的分數。本研究與過去研

究結果相類似（廖研蒲等，2015；Kang et al., 2017），專業人員在「提供一般訊息」向度的分數表現較低。本研究學生「提供一般資訊」的前測及後測分數沒有達到統計差異，顯示本研究建構的以家庭為中心教學方案在「提供一般資訊」向度的訓練似乎仍有不足。回顧此教學方案的作法，若要提升學生在家庭支持與家庭資源的知識與實作能力，本文認為可由以下作法來調整教學方案，包含：透過工作坊課程提升學生的家庭支持與資源系統的知識；藉由實作訓練過程，讓學生更深入訪談家長以瞭解這個家庭或其他成員的需要或期待，提供家庭成員間（例如：手足）所需的支持，學習為這個家庭連結相關資源，例如：連結其他有類似幼兒狀況經驗的家長以給予情緒支持、提供家長團體的資訊、教養書籍或親職教養講座等相關資源（謝中君等，2008）。

本研究提供學生訪談大綱以作為學生訪談家長以及與家長溝通的指引，在進入實習前，這些學生少有機會與特殊幼兒家庭練習訪談，在本研究實作訓練開始後，當面對家長坐在一旁，且要鼓勵家長參與療育活動或是在療育過程中與家長溝通時，多數學生通常會感到手足無措。透過訪談大綱的引導，實習生表示在與家長互動與溝通時，知道要說的內容，心中的緊張與擔憂亦降低許多。訪談大綱是個可以預先規劃與設計的教學工具，可以引導學生在面對個案時，幫助學生可以順利完成訪談，對於培育學生與家長合作過程有良好效益。

在撰寫幼兒目標時，本研究認為在實習階段培訓學生利用 GAS 目標格式來撰寫幼兒目標是合適的，原因如下：(1) GAS 格式使目標分為五個分級架構，可引導學生瞭解幼兒的基本能力，並將幼兒能力做分級，再設定幼兒目標；(2) GAS 目標強調功能性行為，可引導學生觀察並分析幼兒功能性活動的表現；(3) 透過 GAS 目標與家長討論幼兒的目標與表現，可使家長更容易理解幼兒目標；(4) GAS 目標分級架構與職能治療活動分級的概念相類似。兒童復健領域的研究文獻已採用 GAS 評量表評量家庭及兒童成果 (King et al., 2000; Palisano et al., 2012)，應可於兒童職能治療臨床實習來培育學生撰寫幼兒目標的能力。

本研究引導實習生與家長合作完成幼兒的療育活動，在醫院場域將幼兒的療育活動融入幼兒在家作息活動，提升家長在家執行幼兒療育活動的經驗。這

種將幼兒療育活動融入作息活動的作法已廣泛應用於國內外早期療育服務 (An & Palisano, 2014; An et al., 2016; Hwang et al., 2013; McWilliam, 2010)，對於培育醫院場所之臨床實習生與家庭合作及擴權家長教養能力時，將療育活動融入幼兒在家作息活動亦是可用且值得實習生學習的策略之一。

限制與建議

本研究僅有一組實驗組資料，研究參與者的數目為 6 位，在研究結果的推論上，要小心解釋，此為本研究的研究限制之一。其他可能影響學生與幼兒家長合作的期程的因素，包含：每位家長簽下同同意書的時間不一致；某些特殊幼兒因年紀小，有時會請假，無法參與當週的職能治療活動，此可能是本研究的第二個限制。研究參與者為立意取樣，此為研究的第三個限制。

未來研究建議如下，一、本研究為以家庭為中心教育方案成效之初探且僅有六位實習生的成效結果，未來研究建議收集大樣本資料，包含實驗組及對照組的比較，以及完整蒐集實習生、家長及幼兒的成效，以呈現教學方案成效之完整樣貌。二、未來研究可探究臨床教師引導學生具備以家庭中心專業知能過程的有效教學策略，做為臨床教師於教學現場引導學生的參考資料。

本研究規劃每位實習生與一對特殊幼兒及家長進行以家庭為中心的服務，理想上，臨床教師若能培訓實習生的以家庭為中心專業知能，以及實習生若能運用以家庭為中心教學方案於所有負責的特殊幼兒及家長，應更能提升學生從事家庭服務的能力。然而，面對臨床實習單位可能有的執行困難，例如：臨床教師工作負荷量、臨床單位對教學方案的成效仍有疑慮、以及不確定教學方案可能帶來衝擊與改變，使得本研究採用折衷作法，以教育單位教師與臨床教師合作方式，且每位學生配對一組特殊幼兒及家長來執行以家庭為中心教學方案。然而，未來實務的建議從醫院教學政策面或評鑑面的規範引導臨床實習教學政策，協助臨床實習單位培訓臨床教師具備家庭服務的專業知能，應用於學生的教學，應更能加速提升學生的家庭服務專業知能。

結論

職能治療師的培育包含職前教育與在職訓練，職前教育之臨床實習領域是職能治療學生最主要獲得實務技巧的場所。長期以來，兒童職能治療臨床教學單位忽略了由職前教育，特別是在臨床實習領域，培育實習生的以家庭為中心專業技能，以致多數學生於畢業後由研習或在職訓練來學習以家庭為中心的專業知能。從本文的結果來看，每位學生只要在臨床實習經驗中，至少與一個家庭一起合作，便有機會提升學生的家庭服務專業知能，期望藉由此篇論文可以激勵更多兒童職能治療臨床實習教學單位重視並開始培育實習生之以家庭為中心服務專業知能。

誌謝

感謝科技部 (MOST 107-2637-H-471-001, MOST 108-2637-H-471-001) 補助研究經費。特別感謝參與本研究之所有實習生、幼兒及家庭提供寶貴的意見及回饋。

參考文獻

- 王天苗 (2013)。家長支援療育方案對零至三歲幼兒與家庭之成效研究。《特殊教育研究學刊》，38(2)，1-28。doi: 10.6172/BSE.201307.3802001
- 唐美華、陳君薇、蔡森蔚、陳昭惠、林中凱 (2010)。以「居家活動」介入對發展遲緩幼童之影響。《職能治療學會雜誌》，28(2)，31-45。doi: 10.6594/jtota.2010.28(2).03
- 郭穠榛、賴欣瑀、劉燕、汪玉珍、黃婉琦、莊偉男、陳冠伯、梁佳莉 (2020)。以家庭為中心早療介入成效—愛德華氏症個案報告。《臺灣職能治療研究與實務雜誌》，16(1)，41-51。doi: 10.6534/jtotrp.202006_16(1).0004
- 廖研蒲、鄭守夏、曾美惠 (2015)。以家庭為中心之兒童復健服務：家長感受之初探。《身心障礙研究季刊》，13(4)，208-232。

- 謝中君、王天苗、周治蕙 (2008)。擴權一位嚴重障礙幼兒母親的歷程和效果。《特殊教育研究學刊》，33(1)，21-43。doi: 10.6172/bse200803.3301002
- An, M., & Palisano, R. J. (2014). Family-professional collaboration in pediatric rehabilitation: a practice model. *Disability and Rehabilitation*, 36(5), 434-440. <https://doi.org/10.3109/09638288.2013.797510>
- An, M., Palisano, R. J., Dunst, C. J., Chiarello, L. A., Yi, C. H., & Gracely, E. J. (2016). Strategies to promote family-professional collaboration: two case reports. *Disability and Rehabilitation*, 38(18), 1844-1858. <https://doi.org/10.3109/09638288.2015.1107763>
- Barton, E. E., Moore, H. W., & Squires, J. K. (2012). Preparing speech language pathology students to work in early childhood. *Topics in Early Childhood Special Education*, 32(1), 4-13. <https://doi.org/10.1177/0271121411434567>
- Boyer, V. E. (2014). Preservice education: Perspectives about integrating caregivers. *Education Research International*, 2014, 541039. <https://doi.org/10.1155/2014/541039>
- Brookman-Frazer, L. (2004). Using parent/clinician partnerships in parent education programs for children with autism. *Journal of Positive Behavior Interventions*, 6(4), 195-213. <https://doi.org/10.1177/10983007040060040201>
- Campbell, P. H., Chiarello, L., Wilcox, M. J., & Milbourne, S. (2009). Preparing therapists as effective practitioners in early intervention. *Infants & Young Children*, 22(1), 21-31. <https://doi.org/10.1097/01.iyc.0000343334.26904.92>
- Chao, P.-C., Bryan, T., Burstein, K., & Ergul, C. (2006). Family-centered intervention for young children at-risk for language and behavior problems. *Early Childhood Education Journal*, 34(2), 147-153. <https://doi.org/10.1007/s10643-005-0032-4>
- Dunst, C. J. (1985). Rethinking early intervention. *Analysis & Intervention in Developmental Disabilities*, 5(1), 165-201. [https://doi.org/10.1016/S0270-4684\(85\)80012-4](https://doi.org/10.1016/S0270-4684(85)80012-4)
- Dunst, C. J. (2000). Revisiting "rethinking early intervention". *Topics in Early Childhood Special Education*, 20(2), 95-104. <https://doi.org/10.1177/027112140002000205>
- Dunst, C. J., Deal, A. G., & Trivette, C. M. (1988). *Enabling and empowering families: Principles and guidelines for practice*. Brookline Books.
- Dunst, C. J., Trivette, C. M., & Hamby, D. W. (2007). Meta-analysis of family-centered helping practices research. *Mental Retardation & Developmental Disabilities Research Reviews*, 13(4), 370-378. <https://doi.org/10.1002/mrdd.20176>

- Elenko, B. (2019). Preparing occupational therapists for effective family-centered best practice in early intervention. *Infants & Young Children, 32*. <https://doi.org/10.1097/IYC.000000000000150>
- Forsyth, R. J., Kelly, T. P., Wicks, B., & Walker, S. (2005). 'Must try harder?': A family empowerment intervention for acquired brain injury. *Pediatric Rehabilitation, 8*(2), 140-143. <https://doi.org/10.1080/13638490400023996>
- Gafni-Lachter, L., & Ben-Sasson, A. (2022). Promoting family-centered care: A provider training effectiveness study. *American Journal of Occupational Therapy, 76*(3). <https://doi.org/10.5014/ajot.2022.044891>
- Gafni Lachter, L. R., Josman, N., & Ben-Sasson, A. (2019). Evaluating change: Using the Measure of Processes of Care-Service Provider as an outcome measure for performance and confidence in family-centred care. *Child: Care, Health and Development, 45*(4), 592-599. <https://doi.org/10.1111/cch.12668>
- Hanft, B. E., & Anzalone, M. (2001). Issues in professional development: Preparing and supporting occupational therapists in early childhood. *Infants & Young Children, 13*(4), 67-78. <https://doi.org/10.1097/00001163-200113040-00013>
- Hwang, A. W., Chao, M. Y., & Liu, S. W. (2013). A randomized controlled trial of routines-based early intervention for children with or at risk for developmental delay. *Research in Developmental Disabilities, 34*(10), 3112-3123. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2013.06.037>
- Jirikowic, T., Stika-Monson, R., Knight, A., Hutchinson, S., Washington, K., & Kartin, D. (2001). Contemporary trends and practice strategies in pediatric occupational and physical therapy. *Physical & Occupational Therapy in Pediatrics, 20*(4), 45-62. https://doi.org/10.1080/J006v20n04_04
- Kang, L. J., Palisano, R. J., Simeonsson, R. J., & Hwang, A. W. (2017). Measuring family-centred practices of professionals in early intervention services in Taiwan. *Child: Care, Health and Development, 43*(5), 709-717. <https://doi.org/10.1111/cch.12463>
- Kilgour, C., & Fleming, V. (2000). An action research inquiry into a health visitor parenting programme for parents of pre-school children with behaviour problems. *Journal of Advanced Nursing, 32*(3), 682-688. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2000.01528.x>
- King, G. A., McDougall, J., Palisano, R. J., Gritzan, J., & Tucker, M. A. (2000). Goal attainment scaling. *Physical & Occupational Therapy in Pediatrics, 19*(2), 31-52. https://doi.org/10.1080/J006v19n02_03
- Kiresuk, T. J., & Sherman, R. E. (1968). Goal attainment scaling: A general method for evaluating comprehensive community mental health programs. *Community Mental Health Journal, 4*(6), 443-

453. <https://doi.org/10.1007/bf01530764>
- Klein, N., & Gilkerson, L. (2000). Personnel preparation for early childhood intervention program. In J. P. Shonkoff & S. Meisels (Eds.), *Handbook of early childhood intervention* (2nd ed., pp. 454-586). Cambridge University Press.
- Law, M., Baptiste, S., Carswell, A., McColl, M., Polatajko, H., & Pollock, N. (1998). *Canadian Occupational Performance Measure*. CAOT Publication.
- Mandell, C. J., & Murray, M. M. (2005). Innovative family-centered practices in personnel preparation. *Teacher Education and Special Education, 28*(1), 74-77. <https://doi.org/10.1177/088840640502800108>
- McWilliam, R. (2010). *Routines-based early intervention: Supporting young children and their families*. Paul H. Brookes Publishing Co.
- Palisano, R. J., Chiarello, L. A., King, G. A., Novak, I., Stoner, T., & Fiss, A. (2012). Participation-based therapy for children with physical disabilities. *Disability and Rehabilitation, 34*(12), 1041-1052. <https://doi.org/10.3109/09638288.2011.628740>
- Penticuff, J. H., & Arheart, K. L. (2005). Effectiveness of an intervention to improve parent-professional collaboration in neonatal intensive care. *Journal of Perinatal & Neonatal Nursing, 19*(2), 187-202. <http://doi.org/10.1097/00005237-200504000-00016>
- Pretti-Frontczak, K., Giallourakis, A., Janas, D., & Hayes, A. (2002). Using a family-centered preservice curriculum to prepare early intervention and early childhood special education personnel. *Teacher Education and Special Education, 25*(3), 291-297. <https://doi.org/10.1177/088840640202500308>
- Turnbull, A. P., Turbiville, V., & Turnbull, H. R. (2000). Evolution of family-professional partnerships: Collective empowerment as the model for the early twenty-first century. In J. P. Shonkoff & S. Meisels (Eds.), *Handbook of early childhood intervention* (2nd ed., pp. 630-650). Cambridge University Press.
- Woodside, J. M., Rosenbaum, P. L., King, S. M., & King, G. A. (2001). Family-centered service: Developing and validating a self-assessment tool for pediatric service providers. *Children's Health Care, 30*(3), 237-252. https://doi.org/10.1207/S15326888CHC3003_5

附錄 1 幼兒小莉的「目標達成評量表」(Goal Attainment Scale, GAS)

Scales	目標一： 一天至少一次以肢體語言告知自己已經大便秘了。	目標二： 口語提示下，可以完成 1-2 片拼圖。
-2	大便後無任何表示	拿起拼圖並嘗試拼在一起
-1	一週至少一次以肢體語言告知。	肢體與口語提示下，可以將最後一片拼圖拼進去。
0	一天至少一次以肢體語言告知。	肢體與口語提示下，可以完成 1-2 片拼圖。
1	3-5 天至少一次，以口語告知。	口語提示下，可以完成 3-4 片拼圖。
2	一天至少一次，以口語告知。	可以獨立完成 4 片拼圖。

附錄 2 幼兒小莉的每日作息活動調查表

作息時間	作息活動	介入目標 1	執行頻率	介入目標 2	執行頻率
7:00-8:00	洗澡、喝奶、看書	提醒孩子大號要記得說	1 天至少 3 次		
9:00-10:00	起床				
9:30-12:00	在家玩 / 出去走一走到復健			玩拼圖並依照建議執行。	30 分鐘 / 天 5 天 / 週
12:00	午餐	提醒孩子大號要記得說			
13:30-15:00	到醫院上課				
15:00-17:00	午睡 / 玩				
17:00-20:00	洗澡 / 與表哥表姊玩				
20:00-21:00	吃晚餐	提醒孩子大號要記得說			
21:00-22:00	玩				
22:00-22:30	與爸爸視訊				
22:30-23:00	喝奶、刷牙、看書、玩				

國小孩童對諷刺概念之理解：反諷及嘲諷

潘可兒¹ 劉孟茹¹ 傅奕寧² 游硯婷³ 陳官琳^{1,4,5,*}

摘要

諷刺理解是國小學齡孩童心智理論 (theory of mind) 的重要發展概念之一。理解常見的諷刺情境 (包含嘲諷、對人之反諷與對情境之反諷) 可以幫助孩童理解社交情境背後的意圖差異, 並做出適當的回應。然而, 目前未有研究探討國小孩童理解各類型諷刺的發展差異。因此, 本研究目的為比較國小孩童理解三種常見諷刺概念的發展, 以及是否因年齡或性別有不同的發展順序。共 40 名國小孩童參與本研究, 男女各 20 名, 平均年齡為 9 歲 0 個月 (標準差: 18.47 月), 以學齡版孩童心智理論評估工具 - 簡版評量孩童對於三種諷刺的理解。結果顯示低、中、高年級孩童在諷刺理解的答對率分別為 34.9%、62.9%、73.2%, 較高年級孩童的答對率高於較低年級孩童; 女生平均答對率 (63.9%) 高於男生 (46.7%); 三種諷刺中, 嘲諷為孩童最晚理解的類型。變異數分析結果顯示不論性別或年級, 在整體諷刺理解表現呈邊緣顯著差異 ($p = .080$; $p = .065$)。透過諷刺理解的答對率以及評估中的觀察, 可知孩童依照年級組別順序發展對於諷刺內容的覺察、瞭解諷刺者情緒與目的。本研究結果可讓進階心智理論的發展歷程更為完善, 同時協助臨床工作者瞭解兒童理解諷刺的能力, 以利幫助心智理論缺損孩童 (如自閉症類群障礙症孩童) 應用與展現進階心智理論於社交互動中。

關鍵詞：諷刺，反諷，嘲諷，國小孩童，心智理論

國立成功大學職能治療學系¹
臺北市立聯合醫院兒童發展評估療育中心²
國立臺灣大學職能治療學系³
國立成功大學健康照護科學研究所⁴
國立成功大學醫學院附設醫院復健⁵

* 通訊作者：陳官琳
台南市大學路一號
電話：886-6-2353535 分機 5906
電子信箱：klchen@mail.ncku.edu.tw

受文日期：110 年 8 月 24 日
接受刊載：111 年 3 月 20 日

Perception of Sarcasm and Irony in Primary School Students

Ho-Yi Poon^a, Meng-Ru Liu^a, I-Ning Fu^b, Yen-Ting Yu^{a,c}, Kuan-Lin Chen^{a,d,e,*}

Abstract

In elementary school-aged children, sarcasm and irony are important concepts of theory of mind (ToM). Understanding sarcasm and irony helps children differentiate the literal meanings of ironic and sarcastic statements from their actual meanings, notice their actual intentions, and then respond appropriately. However, only a few studies have investigated differences in children's understanding of irony and sarcasm. Therefore, this study aimed to compare the development of school-aged children in understanding irony at person (IR-P), irony at condition (IR-C), and sarcasm (SA). A total of 40 children, 20 for each gender group, were included in this study. The average age was 9.0 years ($SD = 18.47$ months). This study evaluated understanding of irony and sarcasm with the Brief School-aged Theory of Mind Assessment (BSc-ToMA). The results showed that the average passing rates of the lower, intermediate and higher grades were respectively 34.9%, 62.9% and 73.2%. Higher age group had higher passing rates. The girls had a higher passing rate (63.9%) than the boys did (46.7%). Children develop understanding of SA later than that of IR-P and IR-C. The results of analysis of variance revealed borderline significant differences in overall performance ($p = .080$; $p = .065$), regardless of gender or grade. Children first develop their awareness of content, and then the emotion and intention of irony and sarcasm. The findings of this study contribute to a more comprehensive understanding of child development in advanced ToM and inform clinicians about children's understanding of irony and sarcasm and its contribution to their social performance.

Keywords: Irony, Sarcasm, School-aged children, Theory of mind

^a Department of Occupational Therapy, College of Medicine, National Cheng Kung University, Tainan, Taiwan

^b Child Developmental Assessment & Intervention Center, Taipei City Hospital, Taipei, Taiwan

^c School of Occupational Therapy, College of Medicine, National Taiwan University, Taipei, Taiwan

^d Institute of Allied Health Sciences, National Cheng Kung University, Tainan, Taiwan

^e Department of Physical Medicine and Rehabilitation, National Cheng Kung University Hospital, College of Medicine, National Cheng Kung University, Tainan, Taiwan

*Correspondence: Kuan-Lin Chen

No. 1 University Road, Tainan City 701, Taiwan

TEL: +886-6-2353535 ext. 5906

E-mail: klchen@mail.ncku.edu.tw

前言

心智理論 (theory of mind, ToM) 是個體能瞭解及推估他人心理狀態的社會認知能力 (Premack & Woodruff, 1978)，可分為早期 (early)、基礎 (basic) 及進階 (advanced) 心智理論。正常發展兒童大約在 6-8 歲開始發展進階心智理論，即能夠推論他人及第三者的觀點並理解其想法或情緒，亦包含理解非字面語言 (non-literal language) 或多種含義的話語 (multiple embeddings)，包括諷刺、謊言、譬喻等 (Westby & Robinson, 2014)。基於進階心智理論的發展，孩童除了分別瞭解他人內心真實的想法與字面的表達意義，需進一步判斷兩者的異同，以及他人聽到後會產生的心理狀態，才能適當地與他人社交溝通。尤其是 6-12 歲的學齡孩童正於進階心智理論發展的階段，同時開始面臨多種複雜的社交情境，諷刺情境便是其中之一。

諷刺是個體對特定對象或情境有所否定或是不滿時，藉由間接的言語來實施一種揭露、批評以及貶損性的行為，是進階心智理論的重要發展概念之一。在諷刺情境中，若孩童無法瞭解他人的語意與實際意圖是不一致的，便無法正確推斷出字面背後真正的意圖，因而無法正確解讀諷刺情境、曲解有歧義的言語，進而做出不恰當的對應，最終影響與同儕、家人或師長間的社交互動。諷刺概括很多類型，依據情緒的表達、刻薄的程度及使用的情境不同 (呂玉梅，2004)，其中兩項較為普遍且典型的諷刺類型，即是嘲諷 (sarcasm, SA) 和反諷 (irony, IR)。嘲諷是指嘲笑諷刺，應用於帶有侵略性的刻意攻擊及挖苦等負面意圖的行為，一般都具有特定的對象。例如在班上有同學只帶了便當盒卻忘記帶書包，其他同學對他說：「原來今天要去野餐啊！」，便是針對性地挖苦忘記帶書包的同學。另一種常見的諷刺類型為反諷，在現代漢語詞典中被解釋為「反面諷刺；用反語進行諷刺」。亦即反諷是指在特定的語境中，語言所表達的內在含義和它的表面意義不一致 (郭莉敏，2007)。反諷又再分為針對情境以及對人的反諷。舉例來說，當講者對著下著傾盆大雨的天氣說到：「真是個好天氣呢。」，即是對情境的反諷 (irony at condition, IR-C)；若早上有人說今天不用帶傘，但下午卻下起了傾盆大雨時，「你預測天氣真的很準耶！」便是針對人

的反諷 (irony at people, IR-P)。反諷目的在於使用與他人的行為表現截然相反的陳述來表達對他人不準確預測的不滿以及困擾 (Glenwright & Pexman, 2010)。

理解諷刺需經過二階段的發展進程 (Hancock et al., 2000)，必須先從字面語言中辨別出講者非字面語言的含義，接著理解對方真正的意圖 (Filippova & Astington, 2008)。Ackerman (1983) 認為 5-6 歲的孩童在聽到諷刺的話時，可以臆測講者所表達的觀點，但他們無法理解講者這麼做的實際用途，這是因為這種進階的推斷需要更多的知識。舉例來說，當一名 5-6 歲的孩童在因失誤打輸籃球比賽後，被具有諷刺意味地說道：「你真是個很棒的籃球手呢。」孩童可以理解講者說這一句背後真正的觀點，也就是孩童不是一個好籃球手，但他不明白講者的說這一句話背後的意圖，例如是要嘲笑、攻擊，還是針對聽者有任何特別的含義。相較之下，9-10 歲的孩童能更精準地理解和辨別講者說這些話的意圖。Glenwright 等學者 (2017) 在另一研究上也發現 9-10 歲的孩童比起 13-14 歲青少年及成人來說，較無法分辨出現在不同場合中的諷刺話語是否有程度差異。綜上所述，可以推測諷刺理解的發展是會隨著年齡遞增的，從 5-6 歲開始發展，至青少年以後而逐漸成熟，因此國小學齡期為孩童發展諷刺的重要年齡階段，然而在學齡期間不同的年齡階段（例如低年級、中年級與高年級）中的諷刺發展卻未被深入探討與比較。

除了不同年齡的孩童在諷刺理解上有所不同，孩童在不同類型的諷刺中也可能有理解上的差異。在不同類型的諷刺情境中，因講者的信念或觀點的不同，所陳述的內容與實際發生情境之間的差異程度也不同，使得聽者在感受及理解上有所差異 (Gibbs, 1986)。如反諷在對人及對情境的陳述是與事實完全相反，可以藉由此反差讓人明確地感知到對方的情緒及諷刺的意圖，相比之下嘲諷的語意則不會直接地描述相反事實，讓聽者在判斷諷刺的存在時可能有困難。因此孩童在理解諷刺過程中可能會因不同諷刺類型而感受到難易度的差異，進而顯現出不一樣的發展。然而，目前許多研究雖採用各種諷刺任務範例，但未區別不同類型的諷刺 (Creusere, 1999)。若未能分開比較不同類型的諷刺情境，則無法系統性地分析孩童對於各種諷刺類型的理解以及是否存在難度差異。

此外，在諷刺的發展過程中，性別為一重要影響的因子。有研究顯示性別

不同的成人在理解諷刺上會有所差異，女性會比男性更覺得諷刺具有刻薄意味 (Glenwright et al., 2017)，但許多研究在探討諷刺理解時未涉及性別因素的考量 (Walker, 2005)。因此性別對學齡孩童在諷刺理解發展上是否也有顯著的性別差異，待進一步被探討。

多項文獻指出心智理論與語言理解有強烈相關 (Milligan et al., 2007)，因此諷刺的理解會受到語言能力的影響。受試者若語言能力不佳，無法瞭解諷刺對話的意思，便不能推論該對話是否有諷刺的含義。因此為了降低純粹因孩童的語言能力差異所帶來的結果差異，應將孩童的語言能力做為控制因子，以利能夠更真實的瞭解孩童對諷刺的理解能力 (Angeleri & Airenti, 2014)。

從過去的研究結果可以知道諷刺理解的發展上可能有年齡、不同類型的難易度差異和性別上的差異，以及受到語言能力的影響。然而過去研究中包含了三項限制：（一）針對國小學齡孩童對諷刺理解的發展並沒有明確指出是否因隨著年齡變化而有所差異。（二）多數文獻中雖有提及「嘲諷」、「對情境的反諷」、以及「對人的反諷」，但較少針對這三種類型同時進行討論。這導致做為理解諷刺類型的參考有限，無法將不同類型的諷刺來做難易度的比較。

（三）針對學齡孩童在諷刺理解表現上並未納入性別因子做為考量，不同性別對諷刺理解的差異未被探討。因此，本研究為補足過去的研究限制，將針對不同年紀與性別的國小孩童，探討其對不同諷刺概念（嘲諷、對人之反諷、對情境之反諷）的理解發展，並將語言能力納入考量，預期能更全面地了解各性別的學齡孩童隨著年齡如何發展各種諷刺類型的順序及歷程。研究假設（一）在控制語言能力的情況下，國小孩童對諷刺的理解程度發展隨著年齡有所差異，年齡越小者越無法瞭解諷刺的概念，越大則可以理解；（二）諷刺的理解在發展順序上有所差異，嘲諷較反諷為更難理解；（三）女性學齡孩童在諷刺理解表現上較男性佳。

研究方法

研究對象

研究對象為國小學齡一至六年級，正常發展之孩童，共 40 位（男女各 20 位）。受試者皆來自台南地區國小，納入標準為魏氏兒童智力量表第四版語言理解指數達 85 分以上，以排除口語理解與表達缺損的孩童，並排除視覺與聽覺缺損及有神經發展疾病的孩童。

研究工具

· 學齡版孩童心智理論評估工具-簡版 (*Brief School-aged Theory of Mind Assessment, BSc-ToMA*)

學齡版孩童心智理論評估工具 - 簡版 (BSc-ToMA) 為一新發展的心智理論評估工具，評量學齡孩童多項心智理論概念的能力與發展。本研究以 BSc-ToMA 中的諷刺項目評估孩童對於諷刺的理解。測驗內容為三個不同的諷刺情境題組，分別為房間、腳踏車、巧克力球相關之生活情境；每個情境各有三種不同類型諷刺的對話，分別為對情境之反諷 (IR-C)、對人之反諷 (IR-P) 及嘲諷 (SA)，各有三個問題，共有 27 小題。BSc-ToMA 亦包含次級錯誤信念項目 (second-order false belief, SF)，用以瞭解本研究中孩童目前心智理論發展階段。錯誤信念在過去文獻中經常作為心智理論發展階段的參考，次級錯誤信念被視為由基礎發展至進階心智理論的代表項目，評量孩童是否能夠藉由故事中的線索及人物想法或感受，推理出他人適當的行為表現。次級錯誤信念項目共包含二個情境，各三個問題。

BSc-ToMA 使用電腦呈現連環圖畫描述一個日常生活情境。孩童在看完故事以後回答三個問題，分別為控制、辨識及確認題，孩童需依故事情境來推理主角的想法或情緒，從 4 個選項中選出正確答案。3 個問題全對給 1 分，任一問題答錯為 0 分。總分為 0 分至 9 分。三個題組預計完成時間為 10 分鐘。

BSc-ToMA 在認知與情感二向度皆有中度的一致性（個案分離指數 [person separation index] 分別為 .663 與 .508），以及良好再測信度（組內相關係數 [intraclass correlation coefficient] 為 .881）。同時也具備良好的收斂效度：與魏氏兒童智力量表第四版的語言理解指數 (coefficient = .033, $p < .001$)、文蘭適應性量表的溝通分量表 (coefficient = .046, $p < .001$) 及社交分量表 (coefficient = .021, $p < .001$) 之間的潛在迴歸係數達顯著（劉孟茹，2020）。

· 魏氏兒童智力量表第四版中文版 (Wechsler Intelligence Scale for Children-Fourth Edition, WISC-IV)

WISC-IV 目的為測量孩童的智力，適用於 6 歲 0 個月至 16 歲 11 個月的兒童和青少年。本研究採用 WISC-IV 的語言理解指數 (verbal comprehension index, VCI) 來評估孩童的語言理解能力，作為納入排除條件，亦同時作為諷刺理解能力的控制因子。VCI 由類同、詞彙及理解三個分測驗組成，分別包含 23 題、36 題及 21 題，每題得分為 0、1 或 2 分，滿分分別是 46、72，及 42 分。評估方式為施測者與孩童一對一進行，測驗時間約 20 至 40 分鐘。測驗原始分數依實足年齡，對照常模轉換成 VCI。WISC-IV 中文版為信度與效度良好之評估工具，具有高度的內部一致性 ($r = .96$) 以及再測信度 ($r = .95$)，與 WISC-III 具有高相關 ($r = .89$)（陳榮華、陳心怡，2007）。

研究流程

研究者在收集研究資料以前，已完成研究工具（BSc-ToMA 與 WISC-IV 的 VCI 分測驗）之施測訓練。本研究已通過國立成功大學醫學院附設醫院人體試驗倫理委員會之審核。於台南市 6 間一般國小招募受試者。研究者在招募之初向家長與孩童說明本研究目的及程序，以充分理解相關訊息。家長與孩童皆同意參與本研究後，再簽署研究計劃同意書。所有參與者皆完成一次性的評估，包含家長填寫基本資料表，以及施測者使用 WISC-IV 及 BSc-ToMA 評量孩童的語言理解以及諷刺理解能力，共需時約 40-60 分鐘。評估完成後，若孩童

WISC-IV 的 VCI 得分小於 85，則其評量結果不納入研究資料分析。

資料分析

本研究使用描述性統計分析納入孩童的人口學資料，包含性別、年齡與家庭狀況，以及 BSc-ToMA 與 WISC-IV 的評量結果。使用變異數分析 (analysis of variance, ANOVA) 比較不同年級與不同性別的孩童在三種諷刺類型的表現差異，並使用 Scheffe 事後檢定瞭解哪些組別之間存在差異。考量諷刺理解與語言理解能力可能互相影響，將受試者的語言能力做為控制因子進行共變數分析 (analysis of covariance, ANCOVA; Pagano & Gauvreau, 2003/2017)。

結果

共招募 45 名來自台南地區 6 間國小的孩童參與本研究，其中 2 人因 WISC-IV 之 VCI 未達 85 分以上、3 人因確診或疑似注意力不足過動症而被排除，因此共納入 40 名孩童（男生 20 名）於分析中。受試孩童基本資料如表 1，平均年齡為 9 歲 0 個月，標準差為 18.47，年齡範圍介於 6 歲 8 個月至 11 歲 11 個月之間。表 1 顯示 40 位孩童平均 VCI 為 107.88，標準差為 12.75，孩童具備足夠的語言理解能力完成本研究施測流程。圖 1 顯示低、中、高年級組孩童分別在次級錯誤信念二項目的答對率。隨著年齡增加，孩童於次級錯誤信念的答對率有逐漸上升的趨勢，且未出現天花板效應，說明本研究的受試孩童正於進階心智理論的發展階段。

表 1 研究對象性別與各年級人數及評估工具評估結果

	總人數 (n=40)			低年級 (n=13)			中年級 (n=17)			高年級 (n=10)		
	平均數	標準差	範圍	平均數	標準差	範圍	平均數	標準差	範圍	平均數	標準差	範圍
性別 (人數)												
男	20			6			9			5		
女	20			7			8			5		
年齡(月)	108.00	18.47	80-143	89.62	4.57	80-96	106.82	9.38	83-123	133.90	7.64	125-143
VCI	107.88	12.75	85-144	102.23	6.66	89-111	111.71	14.75	85-141	108.70	13.58	97-144
BSc-ToMA	4.98	3.13	0-9	3.38	2.99	0-8	5.41	3.04	0-9	6.30	2.87	0-9
IR-C	1.70	1.16	0-3	1.31	1.18	0-3	1.82	1.13	0-3	2.00	1.16	0-3
IR-P	1.70	1.11	0-3	1.23	1.09	0-3	1.82	1.13	0-3	2.10	0.99	0-3
SA	1.58	1.08	0-3	0.85	0.90	0-2	1.76	0.97	0-3	2.20	1.03	0-3

註：BSc-ToMA：學齡版孩童心智理論評估工具 - 簡版 (Brief School-aged Theory of Mind Assessment)；
 IR-C：對情境之反諷；IR-P：對人之反諷；SA：嘲諷；VCI：魏氏兒童智力量表第四版中文版 (Wechsler Intelligence Scale for Children-Fourth Edition) 語言理解指數 (Verbal Comprehension Index)

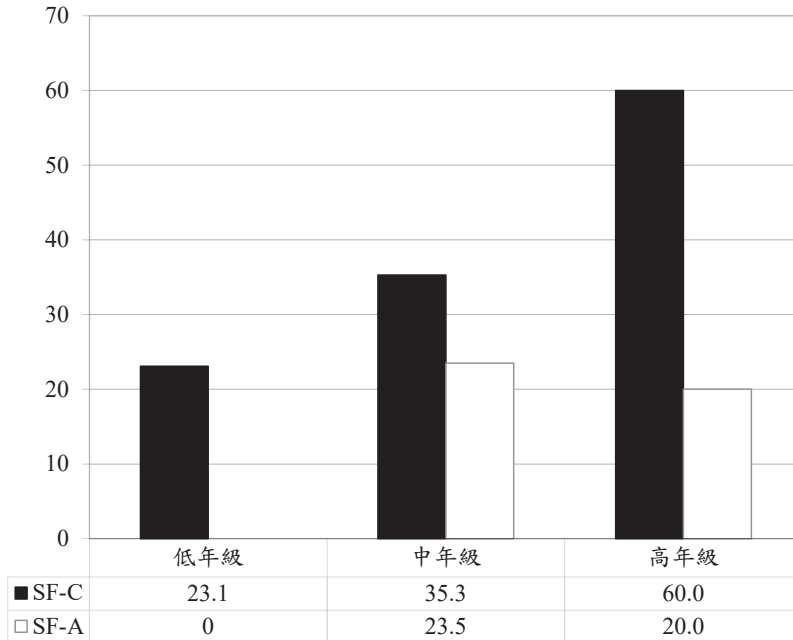


圖 1 學齡版心智理論評估工具中低中高年級對於次級錯誤信念之答對率 (%)

註：SF-A：次級錯誤信念情感題；SF-C：次級錯誤信念認知題

圖 2 與圖 3 分別列出各年級與性別對於 BSc-ToMA 中各種諷刺類型的之答對率。圖 2 顯示低、中、高年級孩童在對情境的諷刺 (IR-C)、對人的諷刺 (IR-P) 及嘲諷 (SA) 題的答對率。在同樣的諷刺類型中，不論是 SA、IR-C 或 IR-P 的答對率皆為較高年級組高於較低年級組。在各年級組別中，低年級組在 SA 的答對率最低 (22.7%)、IR-C 最高 (43.2%)，中年級組在 SA 的答對率最低 (60.6%)、在 IR-P 為最高 (64.7%)，而高年級組在 IR-C 答對率最低 (69.5%)、SA 的答對率最高 (76.4%)。在圖 3 中，女生在 IR-C 題、IR-P 題及 SA 題的平均答對率分別為 63.3%、66.7% 與 61.7%，分別都高於男生的答對率 (IR-C = 50.0%; IR-P = 46.7%; SA = 43.3%)。

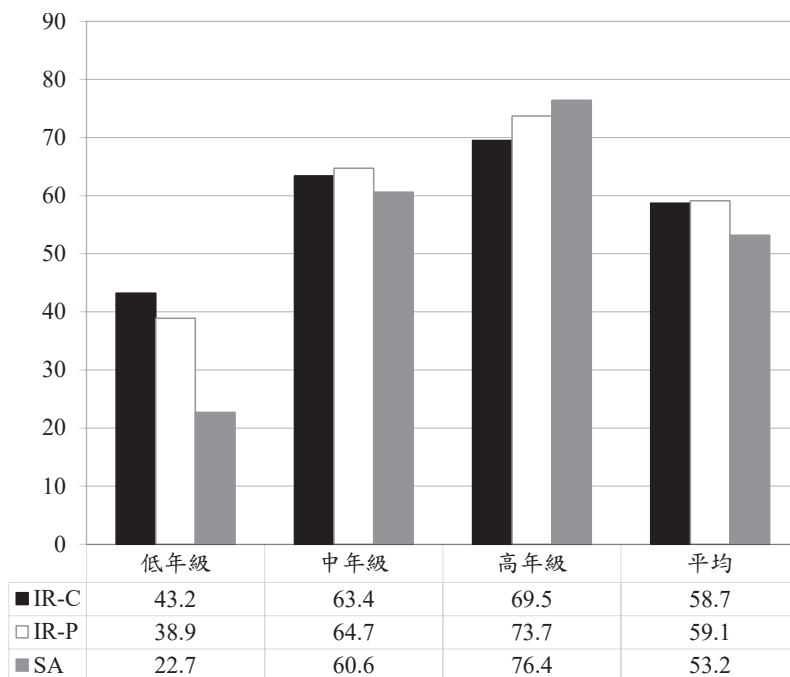


圖 2 學齡版心智理論評估工具中低中高年級對於各種諷刺類型之答對率 (%)

註：IR-C：對情境之反諷；IR-P：對人之反諷；SA：嘲諷

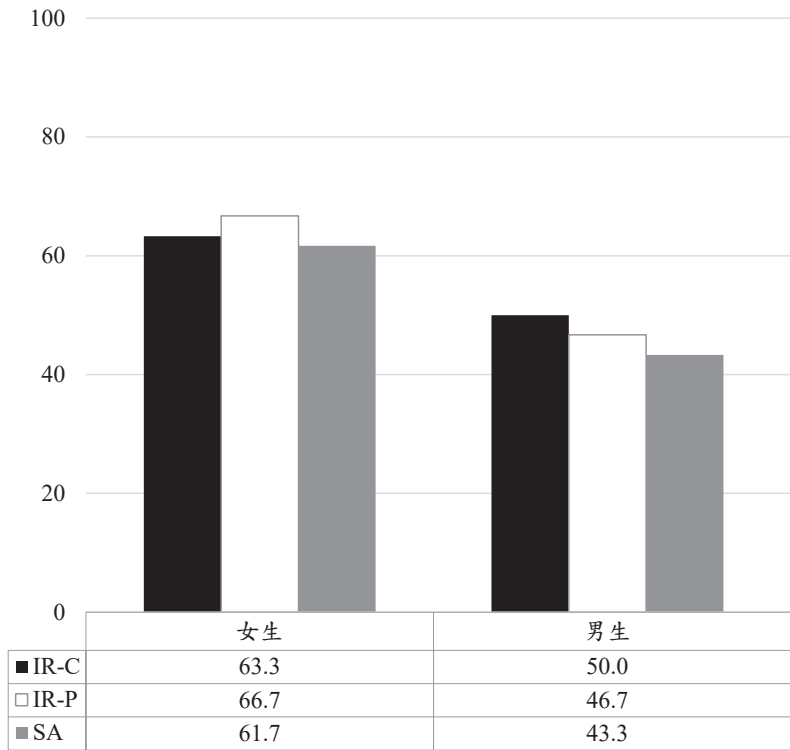


圖 3 學齡版心智理論評估工具中性別對於各種諷刺類型之答對率 (%)

註：IR-C：對情境之反諷；IR-P：對人之反諷；SA：嘲諷

透過 ANOVA 分析不同年級的孩童對於諷刺理解的結果中，由表 2 可知不同年級與不同性別的孩童在整體諷刺理解表現上呈現邊緣顯著差異 ($F(2, 34) = 2.962, p = .065$; $F(1, 34) = 3.263, p = .080$)，性別與年級之間亦無交互作用 ($F(2, 34) = 0.873, p = .427$)。進一步探討孩童對不同諷刺表現的理解，其中對 SA 的瞭解會受到不同年級組別的影響 ($F(2, 34) = 6.287, p = .005$)，三個年級組別在反諷，即 IR-C 及 IR-P 的表現上則無顯著差異 ($F(2, 34) = 1.079, p = .351$; $F(2, 34) = 2.000, p = .151$)。表 2 事後檢定結果顯示低年級組顯著比中年級組 ($p = .039$) 與高年級組 ($p = .006$) 得分低。而不同性別的孩童在整體諷刺的表現及 IR-C 上無顯著差異 ($F(1, 34) = 3.263, p = .080$; $F(1, 34) = 1.281, p = .266$)，但在 IR-P ($F(1, 34) = 3.945, p = .055$) 及 SA ($F(1, 34) = 4.036, p = .053$) 中有接近顯著的差異。

表 2 性別與年級在諷刺表現中之差異與事後檢定結果

變項	自由度 (<i>df</i>)	<i>F</i> 值	事後檢定 ^a
模式一：無共變因子			
整體諷刺理解			
性別	(1, 34)	3.263	
年級	(2, 34)	2.962	
性別 × 年級	(2, 34)	0.873	
IR-C			
性別	(1, 34)	1.281	
年級	(2, 34)	1.079	
性別 × 年級	(2, 34)	0.248	
IR-P			
性別	(1, 34)	3.945	
年級	(2, 34)	2.000	
性別 × 年級	(2, 34)	1.133	
SA			
性別	(1, 34)	4.036	
年級	(2, 34)	6.287*	低年級 < 中年級；低年級 < 高年級
性別 × 年級	(2, 34)	1.262	
模式二：VCI 為共變因子			
整體諷刺理解			
性別	(1, 33)	2.171	
年級	(2, 33)	2.284	
性別 × 年級	(2, 33)	0.844	
IR-C			
性別	(1, 33)	0.828	
年級	(2, 33)	0.800	
性別 × 年級	(2, 33)	0.235	
IR-P			
性別	(1, 33)	2.520	
年級	(2, 33)	1.433	
性別 × 年級	(2, 33)	1.069	
SA			
性別	(1, 33)	2.863	
年級	(2, 33)	5.177*	低年級 < 高年級
性別 × 年級	(2, 33)	1.249	

註：IR-C：irony at condition；IR-P：irony at person；SA：sarcasm；VCI：魏氏兒童智力量表第四版中文版 (Wechsler Intelligence Scale for Children-Fourth Edition) 語言理解指數 (Verbal Comprehension Index)；性別 × 年級：性別與年級之交互作用

^a 僅列出顯著差異之項目

* $p < .05$ 統計顯著

使用 ANCOVA 將 VCI 做為控制因子後，在整體諷刺理解結果中顯示不同年級 ($F(2, 33) = 2.284, p = .118$) 與不同性別 ($F(1, 33) = 2.171, p = .150$) 的孩童無顯著的表現差異，且性別與年齡之間亦無交互作用 ($F(2, 33) = 0.844, p = .439$)。而針對不同諷刺的結果可以發現，僅有不同年級組別在 SA 的瞭解上有顯著表現差異 ($F(2, 33) = 5.177, p = .011$)，IR-C 與 IR-P 則無 ($F(2, 33) = 0.800, p = .458$; $F(2, 33) = 1.433, p = .253$)。表 2 事後檢定結果亦顯示低年級組顯著比高年級組 ($p = .010$) 得分低。不同性別在 SA、IR-C 與 IR-P 同樣無顯著的表現差異 ($F(1, 33) = 0.828, p = .369$; $F(1, 33) = 2.520, p = .122$; $F(1, 33) = 2.863, p = .100$)。

討論

本研究目的為探討不同年紀與性別的國小孩童理解不同諷刺概念（嘲諷、對人之反諷、對情境之反諷）的發展。諷刺通過率的結果證實假設一，國小孩童在諷刺的通過率隨著年齡有所提升，高年級孩童表現較中、低年級孩童佳；假設二中，雖然不同年紀孩童在整體諷刺理解的表現上無顯著差異，但可以發現不同諷刺類型有不同的通過率，其中不同年級孩童理解嘲諷的能力顯著不同；假設三的結果說明學齡女生在諷刺理解上有較男生佳的趨勢。本研究全面探討學齡孩童在不同年齡階段理解各種諷刺類型的能力，有助於專業人員掌握各年紀應有的理解諷刺表現，在進行臨床評估及介入時納入考量。

從本研究諷刺理解通過率結果得知，愈高年級孩童對諷刺理解的程度愈佳，儘管組別間未達統計顯著差異，但在評估過程中可以觀察到低年級組孩童確實無法察覺到諷刺。這可能是因為低年級孩童無法理解或曲解說諷刺話語背後的含義及目的，有孩童表示諷刺者在開玩笑，或是認為諷刺者在騙人；而中年級孩童可辨認諷刺的情境，並表示在日常生活中曾經歷過，他們可以知道諷刺者說話的原因與情緒，然而無法明確地解釋出對方諷刺的目的，例如有的孩童說為了不要跟對方吵架，也有的說為了不要讓對方難過。高年級組的孩童不僅可以覺察諷刺的發生，更可以理解諷刺背後的意圖並正確說明，例如高年級

孩童說明諷刺是為了刺激別人去做該件事情。綜合圖 1 結果與孩童對於諷刺的看法，可得知愈高年級的孩童理解諷刺的能力愈佳，而且比起中低年級更能知道對方的情緒與目的。

從不同類型的諷刺理解來探討，不同年級的孩童在嘲諷類型的理解表現上有顯著差異。不論在哪種情境題組中，嘲諷皆為理解程度最低的類型，低年級孩童在嘲諷的通過率比中年級與高年級孩童顯著較低。推測因為嘲諷情境中是藉由聽起來較有禮貌的感謝或討教等方式來揶揄對方，並不像反諷一樣，所說的話與事實是明顯的相反，因此低年級孩童會認為說者的語意跟他們想的一樣，而辨認不出對方是在生氣。例如一名低年級受試者曾在巧克力題組的嘲諷題表示美美真的想要謝謝阿寶有留一顆巧克力給她吃，因此她很開心。而高年級組孩童在對嘲諷的理解程度是最高的。推測因高年級階段對於諷刺的情境皆有一定的日常經驗累積，尤其是六年級孩童，因此能夠更敏感地辨認出帶有挖苦與嘲笑意味的嘲諷情境，且多數高年級孩童在比較三種諷刺類型的生氣程度時皆認為嘲諷語句的諷刺刻薄程度最高。此外，亦發現在控制語言理解能力的情況下，不同年級組別對於嘲諷理解的仍然差異存在。這說明除了語言理解能力對於嘲諷理解是有力的影響因子外，可能存在其他重要的影響因子，如其他心智理論能力、成長環境等，可待未來更詳盡的研究。

在反諷的表現中，不論是在對人或對情境的反諷中，不同年級的孩童間沒有顯著的表現差異。約 30-50% 的低年級孩童可通過反諷題目，可以推測反諷的發展可能更早於學齡時期，於學齡前期（3 至 6 歲）便已開始發展。其中可以發現低年級孩童在情境的反諷 (IR-C) 中答對率較對人的反諷 (IR-P) 高，尤其是一年級的孩童。在對情境的反諷中，透過描述與事實相反的情境來表達諷刺，而對人的反諷中，儘管同樣使用相反的闡述方式，然而對於個人狀態的瞭解，仍需運用基礎的心智理論去推論針對他人之敘述是否一致，對於基礎心智理論未完全發展成熟的低年級孩童來說，可能更能夠理解對情境的反諷。一旦於心智理論能力更完備的中高年級孩童中，則較難區分對情境以及對人的反諷的表現差別。同時孩童皆未表示對此兩種情境是否有不同的感覺，因此可待未來降

低受試者年齡，納入學齡前孩童做進一步研究，以瞭解對情境之反諷與對人之反諷是否有所區別，以及造成此影響的因子為何。

雖然不同性別的孩童在諷刺的表現上無顯著差異，但在統計表現上接近顯著。同時在對人之反諷及嘲諷中亦有接近顯著的差異，另從圖 2 各性別的答對率得知女生的答對率分別在各情境中都高於男生。推測由於女生在人際行為上如同理、情緒察覺等較同齡男生發展更快 (Honest, 1981)，因此在理解諷刺的發展上固然也比男生更早。然而可能因本研究中樣本較小所致，未能看出性別在三種諷刺上的表現差異。

根據本研究的結果，可以得知諷刺主要於國小學齡階段隨著年齡而發展，低年級孩童開始覺察諷刺，中年級孩童能進一步瞭解諷刺者的情緒，到高年級時能夠瞭解諷刺者的意圖與目的。而三種不同類型的諷刺理解對學齡孩童而言有所不同，三種諷刺中嘲諷為孩童最慢理解的諷刺類型，同時亦被孩童認為是刻薄程度最高的諷刺情境；反諷理解可能早於學齡前便開始發展。在不同性別的表現中，女生在諷刺的理解上也比男生來得快。

然而，本研究限制有二。一為樣本數較小，特別是在細分成各性別與各年級組別後人數較少，可能會造成統計檢定力不足，使得組別的表現差異未能達統計顯著。另一為各年級受試的人數分配不均，導致各組別樣本代表性的侷限。因此，未來除了可以增加人數，同時依據現有國小年級將納入組別做六個年級的劃分，使各年級與性別的人數、語言理解能力配對更為精準，以達統計檢定力來進行分析比較，也更能進一步瞭解不同年齡與不同性別的學齡孩童在各種諷刺類型的發展細節，彌補目前文獻中兒童進階心智理論發展歷程不足之處，以幫助臨床人員掌握心智理論缺損孩童（例如自閉症類群障礙症孩童）在諷刺與進階心智理論的能力表現，作為後續評估與介入的參考基石。

總結，本研究瞭解了學齡孩童在不同的諷刺中（反諷與嘲諷）有著不同的理解表現。年齡較大的學齡孩童比起年齡較小的學齡孩童對於諷刺的理解更佳，尤其是在嘲諷情境中。此外，女生比起男生更能夠理解反諷與嘲諷。在透過詳細地瞭解學齡孩童在不同年齡階段以及不同性別中各種諷刺類型的發展細節

後，讓進階心智理論發展歷程更為完整。此研究成果有助於臨床及教育工作者將孩童個案（如自閉症類群障礙症兒童）的諷刺理解能力納入考量，了解其在心智理論上的缺損，故能給予適當的評估及介入，協助個案應用及展現進階心智理論於日常生活中，進一步改善其社交互動及人際關係。

致謝

感謝所有的研究參與者，以及國立成功大學醫學院暑期研究獎助計畫(NCKUMCS2019035)與科技部大專學生研究計畫(109-2813-C-006-086-B)提供經費支持，使本研究得以順利完成。

參考文獻

- 呂玉梅(2004)。《格列佛遊記》的諷刺藝術。平原大學學報，21(4)，122。
- 郭莉敏(2007)。汉语讽刺言语行为的语用学研究。暨南大學碩士學位論文。
- 陳榮華、陳心怡(2007)。魏氏兒童智力量表第四版(中文版)：指導手冊。中國行為科學社。
- 劉孟茹(2020)。新發展之「學齡兒童心智理論評估工具-簡版」：發展、信效度及適用性檢驗〔未出版之碩士論文〕。國立成功大學職治療學系。
- Ackerman, B. P. (1983). Form and function in children's understanding of ironic utterances. *Journal of Experimental Child Psychology*, 35, 487-508. [https://doi.org/10.1016/0022-0965\(83\)90023-1](https://doi.org/10.1016/0022-0965(83)90023-1)
- Angeleri, R., & Airenti, G. (2014). The development of joke and irony understanding: A study with 3- to 6-year-old children. *Canadian Journal of Experimental Psychology*, 68(2), 133-146. <https://doi.org/10.1037/cep0000011>
- Creusere, M. A. (1999). Theories of adults' understanding and use of irony and sarcasm: applications to and evidence from research with children. *Developmental Review*, 19(2), 213-262. <https://doi.org/10.1006/drev.1998.0474>
- Filippova, E., & Astington, J. (2008). Further development in social reasoning revealed in discourse irony understanding. *Child Development*, 79(1), 126-138. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2007.01115.x>

- Glenwright, M., & Pexman, P. (2010). Development of children's ability to distinguish sarcasm and verbal irony. *Journal of Child Language*, 37(2), 429-451. <https://doi.org/10.1017/S0305000909009520>
- Glenwright, M., Tapley, B., Rano, J. K. S., & Pexman, P. M. (2017). Developing Appreciation for Sarcasm and Sarcastic Gossip: It Depends on Perspective. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 60, 3295-3309. https://doi.org/10.1044/2017_JSLHR-L-17-0058
- Gibbs, R. W. (1986). On the psycholinguistics of sarcasm. *Journal of Experimental Psychology: General*, 115(1), 3-15. <https://doi.org/10.1037/0096-3445.115.1.3>
- Hancock, J., Dunham, P., & Purdy, K. (2000). Children's Comprehension of Critical and Complimentary Forms of Verbal Irony. *Journal of Cognition and Development*, 1(2), 227-248. <https://doi.org/10.1207/S15327647JCD010204>
- Honess, T. (1981). Girls' and boys' perception of their peers: Peripheral vs. central and objective vs. interpretative aspects of free descriptions. *British Journal of Psychology*, 72(4), 485-497. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8295.1981.tb01778.x>
- Milligan, K., Astington, J. W., & Dack, L. A. (2007). Language and theory of mind: meta-analysis of the relation between language ability and false-belief understanding. *Child Development*, 78(2), 622-646. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2007.01018.x>
- Pagano, M. & Gauvreau, K. (2017). *生物統計原理* (林為森、陳怡君、陳青浩、陳俞成、謝秀幸、魏美珠譯；2版) 歐亞書局有限公司 (原著出版於2003)
- Premack, D., & Woodruff, G. (1978). Does the chimpanzee have a theory of mind? *The Behavioral and Brain Sciences*, 49, 515-526. <https://doi.org/10.1017/S0140525X00076512>
- Walker, S. (2005). Gender Differences in the Relationship Between Young Children's Peer-Related Social Competence and Individual Differences in Theory of Mind. *The Journal of Genetic Psychology*, 166(3), 297-312. <https://doi.org/10.3200/GNTP.166.3.297-312>
- Westby, C., & Robinson, L. (2014). A Developmental Perspective for Promoting Theory of Mind. *Topics in Language Disorders*, 34(4), 362-382. <https://doi.org/10.1097/TLD.0000000000000035>

合併直接教導與遊戲情境練習之學齡前自閉症類群障礙症兒童社交能力團體介入：方案發展與適用性

姜富美¹ 游硯婷^{2,3} 劉恣軒^{3,4} 陳官琳^{3,5,6}

摘要

社交團體介入常用以增進自閉症類群障礙症 (autism spectrum disorder, ASD) 孩童之社交能力 (social competence)。然而，目前文獻的社交能力團體較少針對學齡前 ASD 孩童設計。故本研究目的為發展合併直接教導 (didactic teaching) 與遊戲情境練習之社交能力團體介入，並檢驗其應用於學齡前 ASD 孩童之效果與適用性。本研究為隨機控制試驗 (randomized controlled trial)，共 25 位年齡 5 至 7 歲之 ASD 兒童及其家長完成本研究 (社交能力介入組 12 位；一般療育控制組 13 位)。介入組接受每週一次 50 分鐘的社交能力團體介入共 16 週，控制組接受等量非社交能力之職能治療。二組於介入前後進行療效評估，即以目標達成評量 (Goal Attainment Scale) 量測孩童個別化社交能力介入目標之達成情形，以標準 T 分數加權總計每個目標的分數，T 分數 > 50 代表進步符合預期成效；並對於家長意見回饋表及課程記錄表的回饋進行質性分析。結果顯示介入組在設定之互動行為目標進步顯著 (介入組：T = 55.5；控制組 T = 46.6)。質性分析結果呈現家長滿意度高，平均為 4.8 分 (滿分 5 分)，且表示本介入幫助其學會塑造情境與孩子一同練習社交能力。本研究結果支持合併直接教導與遊戲情境演練之社交能力團體介入可提升 ASD 孩童社交能力，達成療育目標；此外，ASD 孩童之家長對本介入方案滿意度高，日後可作為職能治療師介入 ASD 孩童社交能力之參考。

關鍵詞：自閉症類群障礙症，社交能力團體介入，直接教導，遊戲情境練習，目標達成評量

國立臺灣大學醫學院附設醫院復健部¹
國立臺灣大學職能治療學系²
國立成功大學職能治療學系³
東元綜合醫院復健治療中心⁴
國立成功大學附設醫院復健部⁵
國立成功大學健康照護科學研究所⁶

* 通訊作者：陳官琳
台南市大學路 1 號
電話：06-2353535 分機 5906
電子信箱：klchen@mail.ncku.edu.tw

受文日期：112 年 4 月 19 日
接受刊載：112 年 7 月 19 日

Social-Competence Group Intervention Featuring Didactic Teaching and Practice in Play Context for Preschool Children With Autism Spectrum Disorder: Program Development and Feasibility Study

Fu-Mei Chiang^a, Yen-Ting Yu^{b,c}, Ming-Hsuan Liu^{c,d}, Kuan-Lin Chen^{c,e,f,*}

Abstract

Social group interventions are commonly used to enhance social competence in children with autism spectrum disorder (ASD). However, only few social competence interventions have been specifically designed for preschool children with ASD. This study aimed to develop a social competence group intervention (SCGI) that combines didactic teaching and practice in play contexts, and to assess its feasibility and effectiveness of the SCGI in preschool children with ASD. This is a randomized controlled trial. A total of 25 children aged 5-7 with ASD and their parents completed this study, either in the SCGI group ($n = 12$) or control group ($n = 13$). The SCGI group received 16 weekly 50-minute interventions, while the control group received an equivalent amount of non-social occupational therapy. Both groups were assessed before and after the intervention with the Goal Attainment Scale (GAS). Standard T-scores were used to measure the effectiveness. A T-score greater than 50 indicates that the outcomes meet the expectations. Qualitative analysis was conducted by parent feedback forms and intervention records. The results showed that the SCGI group made significant improvements in social competence (SCGI group: $T = 55.5$, control group: $T = 46.6$) and parents reported high satisfaction (4.8 out of 5 point). The parents also indicated that SCGI helped them create social contexts for practicing social competence with their children. These results suggest that the SCGI was effective in improving social competence in preschool children with ASD with high parental satisfaction. This study could serve as guidance for occupational therapists in designing interventions for preschool children with ASD.

Keywords: ASD, Social competence group intervention, Didactic teaching, Practice in play contexts, GAS

^a Department of Physical Medicine and Rehabilitation, National Taiwan University Hospital, Taipei, Taiwan

^b School of Occupational Therapy, College of Medicine, National Taiwan University, Taipei, Taiwan

^c Department of Occupational Therapy, College of Medicine, National Cheng Kung University, Tainan, Taiwan

^d Department of Rehabilitation, Ton-Yen General Hospital, Hsinchu, Taiwan

^e Institute of Allied Health Sciences, National Cheng Kung University, Tainan, Taiwan

^f Department of Physical Medicine and Rehabilitation, National Cheng Kung University Hospital, College of Medicine, National Cheng Kung University, Tainan, Taiwan

*Correspondence: Kuan-Lin Chen
No. 1 University Road, Tainan City 701, Taiwan
TEL: +886-6-2353535 ext. 5906
E-mail: klchen@mail.ncku.edu.tw

前言

自閉症類群障礙症 (autism spectrum disorder, ASD) 在兒童早期即出現社交溝通以及互動方面的障礙，其為 ASD 臨床診斷標準之一 (American Psychiatric Association, 2013)。ASD 孩童常有語言能力發展的缺陷，難以啟始社交互動與進行雙向對談，且非語言溝通能力亦較弱，常有異常的眼神注視與肢體語言、難以理解他人的手勢及臉部表情、難以正確使用手勢、無法調整行為以符合社交情境等問題。此外，ASD 孩童對於他人情緒的覺察較不敏感，較難將複雜情緒反應與情境相連結，同時也較為缺乏自發性與同儕分享情感及共同的興趣。綜合上述，ASD 孩童相較於一般發展孩童較難與同儕建立穩定的友誼關係，在參與社交活動方面明顯受到限制 (Wimpory et al., 2000)。這些社交功能障礙會阻礙 ASD 孩童在不同環境中的學習與成長，不僅影響孩童在學校的適應、情緒以及參與動機，長期來說可能會造成 ASD 兒童或是青少年出現學業成績不佳、受到同儕孤立、霸凌，甚至出現違法行為、藥物濫用、對他人使用暴力等問題 (Bellesi et al., 2016; Stewart et al., 2006)，對於心理健康有顯著的影響 (Lai et al., 2019)。早期療育相關人員若可在早期發現 ASD 孩童的社交功能障礙，並採取適當的介入，將可提升他們的社交功能，進一步降低 ASD 孩童及其家庭與社會未來可能遭遇的困難 (Spence, 2003)。

對於沒有明顯認知問題的高功能 ASD 孩童，加強其社交能力 (social competence) 是治療的重點。社交能力是指個體整合許多基本能力 (例如語言、情緒控制、社會認知及後設認知處理能力等) 用以社交互動的能力 (Orpinas, 2010; Topping et al., 2000)。社交能力的訓練分成兩種，包括基本社交技巧 (如注視、注意聽、打招呼、聽指令) 訓練以及動態人際互動能力訓練 (Spence, 2003)。基本社交技巧訓練是教導兒童一些簡單的行為策略，而動態人際互動能力訓練則是加強孩童的調適能力，使用有創意的想法及進行社交協調合作，以提升孩童處理動態人際互動之能力 (Cappadocia & Weiss, 2011; Gutstein & Sheely, 2015; Kassardjian et al., 2014; Leaf et al., 2012)。在一般的治療中，提升 ASD 孩

童各項社交能力是重要的目標，以期 ASD 孩童可以在複雜、具有挑戰性的動態社交情境中參與互動 (Golzari et al., 2015)。

考慮 ASD 孩童的知覺認知特性（例如對於規則及視覺輸入的偏好），直接教導 (didactic teaching) 為目前文獻常用以介入 ASD 孩童社交能力的方式之一。直接教導是以漸進且結構化的方式及過程，增進 ASD 孩童對於社交情境的理解，並教導其應對策略 (Odom et al., 2021)。直接教導可以幫助 ASD 孩童理解社交情境，有利於他們學習社交能力並提升社交參與。因此，目前許多 ASD 孩童社交能力團體介入會以書面教材搭配講解，使用具體步驟及示範教導社交能力，並在講解時先釐清他們在社交情境中可能遇見的問題，幫助其在認知上理解社交情境 (Kassardjian et al., 2014)。具體而言，就是透過清楚的描述或示範社交情境中之為什麼、什麼時候以及發生什麼事情等社交情境訊息，來協助 ASD 孩童理解、應對及處理該社交情境 (Golzari et al., 2015)。目前常使用之直接教導的方法有錄影示範 (video modeling)、社交性故事法 (social story) 以及直接教導互動策略 (teaching interaction procedure)。其中已有實證支持直接教導互動策略可改善 ASD 孩童社交能力 (Kassardjian et al., 2014; Leaf et al., 2012)。

遊戲是兒童職能治療師於介入時常用的媒介，當職能治療師創造出支持性的遊戲情境時，可促進孩童社交能力的發展。將要練習的社交能力以遊戲情境包裝，引導孩童在理解後練習，以提升孩童參與學習的動機及與同儕互動之樂趣。此外，家庭成員的參與是治療過程中影響成效重要的因素，現今治療重視以家庭為中心，強調充權及賦能家長，以利家長在每天作息中搭配家庭環境提供 ASD 孩童的社交能力的練習與參與 (Hanna & Rodger, 2002)。治療師在 ASD 孩童接受治療前先和家長討論孩童日常生活中的社交情形，共同訂出現階段的介入目標，並且在每次介入後給予 ASD 孩童回家作業，讓家長一同作為孩童的教練，將介入從治療環境延伸到家庭環境中。根據近十年之 ASD 孩童社交能力隨機臨床試驗之系統性回顧結果，發現以長期之團體（十二週以上）、依年齡不同分開教導、有家長參與、有回家作業的介入方式具較佳之介入成效（尤姿婷等，2019）。若能在團體介入中直接教導以提供具體策略給 ASD 孩童，使其

了解人際互動技巧，並與能力相近的同儕進行立即演練，回家後父母陪同練習，有助於 ASD 孩童社交能力的學習 (Golzari et al., 2015; Sansosti et al., 2004)。

綜合上述，本研究目的為發展針對學齡前 ASD 孩童提供合併直接教導與遊戲情境之社交能力團體介入，並以目標達成評量 (Goal Attainment Scale, GAS) 及家長意見回饋，探討此介入方案對於個別化社交能力目標達成的效果及適用性。

研究方法

研究對象

本研究於北部某醫學中心招募 ASD 孩童及其家長，主要納入條件為 (1) 年齡介於 5~7 歲；(2) 兒童心智科醫師診斷符合 DSM-V 診斷標準之 ASD 孩童；(3) 孩童之家長或主要照顧者願意參與本研究；(4) 魏氏幼兒智力測驗第四版 (Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence, Fourth Edition) 的口語理解指數 (Verbal Comprehension Index, VCI) 高於 70。排除條件為 (1) 染色體異常；(2) 其他神經生理疾病診斷，如：癲癇、腦性麻痺。本研究通過國立臺灣大學醫學院附設醫院研究倫理委員會審查，參與研究前皆先取得所有受試者家長之同意書。

研究流程

為探討 ASD 孩童接受社交能力團體介入之成效，本研究使用隨機號碼表，隨機分配符合招募條件受試者至社交能力介入組與一般療育控制組 (圖 1)。介入組每次團體人數低於 6 人，於介入開始前與家長進行 GAS 訪談 (前測)，訂立個別化社交介入目標。接著進行為期 16 週的社交能力團體介入，並於第 8 週以及第 15 週舉辦家長座談會，在介入結束後再進行一次 GAS 訪談 (後測)。一般療育控制組同樣於第一週與家長進行 GAS 前測訪談，訂立個別化社交介入目標；於第十六週後進行 GAS 後測訪談。

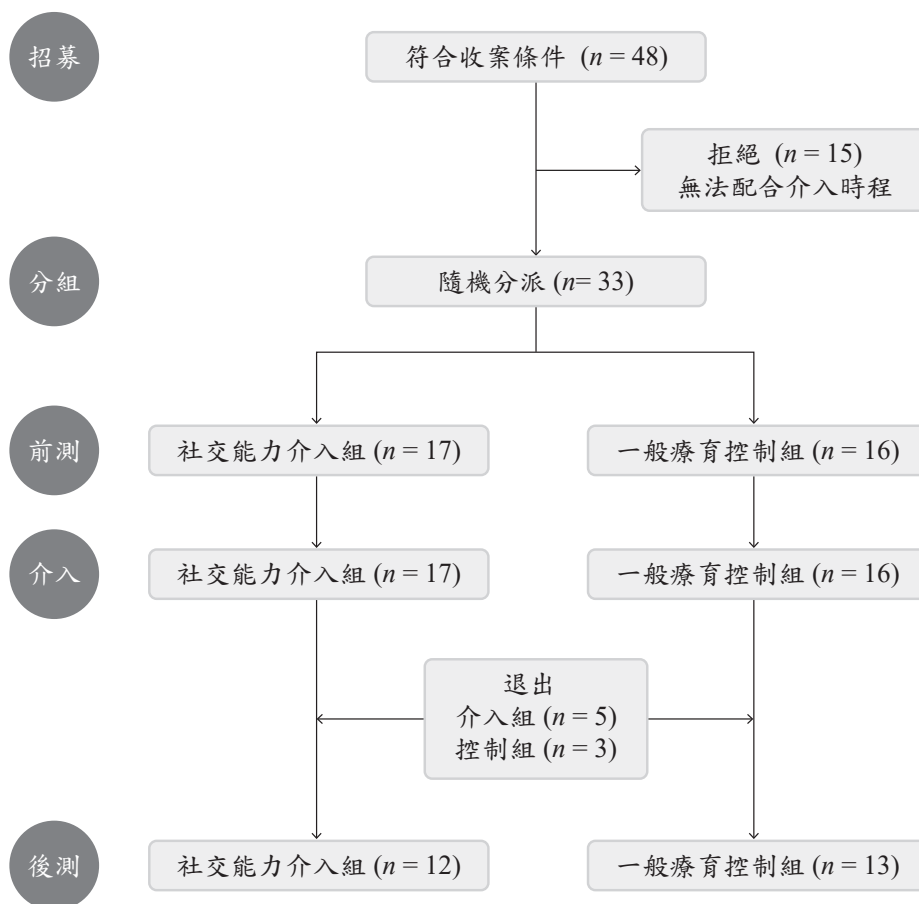


圖 1 臨床試驗流程圖

介入方案

為了確定介入方案的可行性，在正式研究開始前，研究團隊已先執行小型前驅研究。在該前驅研究中，透過與家長訪談，共同討論設定治療目標，並從上課記錄表的回饋中，確認家長是否認同課程內容對於提升孩子社交能力有幫

助。根據這些訪談與回饋，確認與訂定每週課程內容。社交能力介入組之社交能力團體介入為一週一次，一次 50 分鐘，共 16 週之團體課程，其內容包括打招呼、加入別人的活動、注意聽、加入對話、解讀別人的肢體語言、解讀別人的感覺、表現關注、鼓勵別人、提供協助、學習等待、保持彈性、邀請別人一起玩及友善的談話等主題，以及三次複習課程（表 1）。前期（第一至第四週）介入重點是讓孩童互相認識及熟悉團體進行形式，遊戲內容主要以輪流或分享方式進行，以增進孩童社交互動之動機。中期（第六至九週）介入重點是觀察別人，遊戲內容以一對一互動及小組合作遊戲為主，以練習基本社交技巧以及如何加入遊戲團體中。後期（第十一至十五週）介入重點是學習合宜的社交互動方式，遊戲內容為分組合作或競賽之遊戲，以練習溝通協調技巧。介入課程中直接教導社交互動基本原則的部分係參考「SUPER SKILL- 給亞斯伯格症、高功能自閉症與相關障礙孩子的社交技巧團體課程」(Coucovanis, 2012) 及「亞斯伯格症兒童及青少年社會技能訓練」(Baker, 2012)。遊戲內容則是以當週的主題設計遊戲活動，並在遊戲活動中自然地練習當週所教導之社交能力。每次介入課程治療師會先用海報視覺化呈現介入主題，講解當週主題中的任務、目標行為之步驟拆解、與參與團體介入之 ASD 孩童討論其意義及可能碰到的困難，並做簡單之示範演練。接著利用遊戲活動包裝情境，讓 ASD 孩童能實際透過不同活動，練習該週主題之社交能力。團體成員至多 6 人，由二位治療師帶領。家長於介入進行時在旁觀察，同時以上課記錄表紀錄活動主題及拆解之互動步驟以幫助回家後的練習，上課記錄表亦有空白處可以填寫回饋建議。於每一次介入結束時，治療師會提供家長居家練習的建議及諮詢。本介入於第八週及第十五週舉辦家長座談，共同討論孩童之學習狀況，增進家長親職技巧及居家執行動機，並於後測時請家長填寫意見回饋表。此外，一般療育控制組則是則接受 16 週等量但非社交能力之職能治療。

表 1 16 週介入方案之團體課程主題內容

週數	主題
1	打招呼
2	加入別人的活動
3	注意聽
4	加入對話
5	複習
6	解讀肢體語言
7	解讀別人的感覺
8	表現關注
9	鼓勵別人
10	複習
11	提供協助
12	學習等待
13	保持彈性
14	邀請別人一起玩
15	友善地談話
16	複習

研究工具

· 目標達成評量 (Goal Attainment Scale, GAS)

本研究於前測時以 GAS 詢問家長對於介入療效的期待，並與家長訂立具體可測量之介入目標（每位孩童設定一至三個），並依其重要性排序 (Kiresuk & Sherman, 1968; Kiresuk et al., 1994)。GAS 為五點量尺（-2 到 +2）的個別化效標參照 (criterion-referenced) 測驗，針對兒童設定具體可量測的目標，以 0 為

基準，代表兒童經介入後表現符合期待，+1 表示兒童的表現比期待高一些；+2 表示遠高於期待；-1 表示比期待低一些；-2 表示遠低於期待。相較於其它常模參照 (norm-referenced) 測驗，GAS 的好處在於能夠有效反應臨床上微小的、對兒童或其家庭有意義的改變，且能達到個別化介入目標設定的需求 (Tennant, 2007)。

· 家長意見回饋表

家長意見回饋表是參考「SUPER SKILL- 給亞斯伯格症、高功能自閉症與相關障礙孩子的社交技巧團體課程」中的題目，考量題目適用性後刪減成為現在的版本，目的是為了解家長對於本次介入方案之滿意度，於後測時請家長填寫。家長意見回饋表共 10 題，為 1 至 5 分之五點量尺題目，分數愈高，滿意度愈高。問卷最後有一空白欄位，提供給家長填寫質性建議。

· 上課記錄表

每次團體開始時會發給家長一張上課記錄表，讓家長紀錄介入內容（如執行步驟等）。記錄表有勾選回覆課程內容及難易度是否適合孩童之欄位及開放式回饋欄位與當週居家練習活動建議。上課記錄表可於下課後帶回家，下次介入時交回。

資料分析

為檢驗介入後整體目標達成情形，GAS 原始分數將透過標準公式轉換為 T 分數 (Ottenbacher & Cusick, 1990)。T 分數是一個標準化，且加權總計所有目標是否達成的分數。相較於原始分數，T 分數合併所有目標之進展結果分數，因此得以合併許多不同面向去了解孩童介入後之整體改變 (Clark & Caudrey, 1983)。T 分數的計算方式為加權的計算系統，若為三個項目中最重要目標會給予加權值 +3，次重要的目標加權值則是 +2，三項中最不重要的目標則給予

加權值 +1。若 T 分數大於 50 代表進步符合期待，若 T 分數小於 50 則表示成效不如預期。

T 分數計算之公式如下：

$$T = 50 + \frac{(10 \sum W_i X_i)}{\sqrt{(1-r) \sum W_i^2 + r(\sum W_i)^2}}$$

W ：重要性加權值， X ：成效評分， r ：目標分數的預期相關性為 0.3

此外，以單尾獨立樣本 T 檢定檢驗兩組個別化社交能力介入目標之達成情形，因 GAS 原始分數有正（高於期待）負（低於期待），故將原始分數作線性轉換後（所有分數加上 2，將最小值變為 0），分析社交能力介入組與一般療育控制組之差異是否達顯著。再者，考量兩組個案基本資料之差異，本研究將社交能力介入組與一般療育控制組有差異的資料變項作為統計迴歸模型中的共變因子，以確認控制二組有差異的變項之後是否仍有組間的差異。若 $p < .05$ 則視為統計顯著。

結果

本研究共有 25 位 ASD 兒童完成本研究（社交能力介入組月齡：68.3 ± 4.8；一般療育控制組月齡：65.5 ± 3.2）。收案期間為 2020 年 10 月到 2022 年 7 月，因配合國家疫情政策規定，此期間曾中斷收案半年。此期間共有 48 位個案有意願參與，但因需符合隨機分組安排，無法事先告知分組及確定的介入時間而有 15 位家長拒絕。接著共有 33 位孩童隨機分派至社交能力介入組及一般療育控制組參與介入。介入期間新冠疫情嚴峻，有 5 位介入組個案家庭因擔心疫情或本身染疫造成出席情況不佳而退出研究，控制組中有 3 位個案接受其他社交介入而退出（圖 1）。個案基本資料如表 2，除了語言理解能力，二組在所有變項

上皆無顯著差異。每位家長為孩童設定 2 至 3 項短期介入目標，此 25 位個案共列出 66 項介入目標。目標類型主要可分為不適應行為、情緒調節、非口語互動、溝通對話及共同遊戲五類。二組的目標分類呈現如表 3，其中非口語互動及溝通對話是兩組家長共同關注的面向。

表 2 社交能力介入組與一般療育控制組之基本資料

變項	社交能力介入組 (n = 12)	一般療育控制組 (n = 13)
平均年齡 (月)	68.3 (4.8)	65.5 (3.2)
男 / 女 : n (%)	11 (91.7) / 1 (8.3)	11 (84.6) / 2 (15.4)
口語理解指數 ^a	110.6 (12.2)	100 (17.7)
父母教育程度 : n (%)		
中學	2 (8.3)	3 (11.5)
大專	12 (50.0)	16 (61.5)
研究所	10 (41.7)	7 (26.9)
其他療育時數	1.42 (1.5)	1.65 (1.6)

註：^a 口語理解指數：魏氏幼兒智力測驗第四版的口語理解指數 (Verbal Comprehension Index, VCI)

表 3 社交能力介入組與一般療育控制組介入目標類型

目標類型	社交能力介入組 (項)	一般療育控制組 (項)
不適應行為 ^a	6	2
情緒調節	3	6
非口語互動	6	10
溝通對話	12	10
遊戲表現	5	6

註：^a 家長描述個案問題為「會拍打別人的身體」，則設定目標為「不動手碰別人」，並將此目標列為「不適應行為」目標類型

GAS 資料分析結果顯示二組在介入後整體目標達成情形具顯著差異，在控制二組口語理解指數之後仍具顯著差異 ($t = 2.26, p < .05$)。社交能力介入組 T 分數為 55.5，符合介入目標之期待；一般療育控制組的 T 分數為 46.6，略低於介入目標之期待。家長意見回饋表之內容如表 4。家長意見回饋表得分平均為 4.8（滿分 5 分），顯示家長對於本介入方案的滿意度高，其中「會向其他家長推薦這個團體」平均分數為 4.8 分，「我的孩子喜歡來上課」得到滿分 5 分。於開放式問題回饋中，家長表示「孩子和自己都學習很多」、「透過這堂課才了解孩子的問題點在哪裡，過去都會提醒孩子要打招呼，但總覺得做不到心目中理想的樣子，透過拆解步驟才知道原來困難點在於音調及眼神接觸」、「收穫良多，學會製造情境與孩子一同練習」、「會主動詢問媽媽切水果需不需要幫忙」、「在家可運用上課學到的技巧，用和善的語調拜託姊姊幫忙」。有家長表示自己的孩子從答非所問到會注意對方說話的內容，而針對話題嘗試接話，認同此結構化的介入團體有利於孩童學習社交能力；亦有家長比較本介入方案和以往的治療經驗後回饋「50 分鐘的課效果比 30 分鐘好，4~6 人效果優於 2~3 人」，非常認同本介入方案的設計。

表 4 家長意見回饋表

	平均	標準差	最小值	最大值
針對主題示範 / 演練了實用的知識	4.9	0.3	4	5
治療師所教的內容符合我孩子的程度	4.8	0.4	4	5
書面資料有幫助	4.8	0.6	3	5
實際演練活動對孩子有幫助	4.9	0.3	4	5
家庭作業有助於我的孩子在家練習	4.8	0.6	3	5
我感覺孩子的社交技巧有進步	4.5	0.7	3	5
我的孩子喜歡來上課	5.0	0.0	5	5
我會在家運用上課學到的知識	4.6	0.5	4	5
整體而言，團體進行得很好	4.9	0.3	5	5
我會向其他家長推薦這個團體	4.9	0.3	5	5

關於上課記錄表，對於每一次設計的主題，全部家長都勾選孩童們「需要練習」。本介入前期主題（打招呼、加入別人的活動、注意聽、加入對話）的居家練習回饋顯示個案在上課後，都可以在熟悉的日常情境中演練得不錯，並且從中獲得成就感。家長描述「在學校有詢問同學可否一起玩」「○○說在學校有注意聽，並想想對方的意思」。本介入中後期主題（解讀別人的肢體語言、解讀別人的感覺、表現關注、鼓勵別人、學習等待）的居家練習對部分個案來說比較困難，需要家長較多的引導。家長描述「勉強願意練習」、「有點沒耐性，在家比較難引導」等，但也有家長在與治療師討論後，成功運用正向回饋的技巧達成了居家練習。

討論

本研究為首篇合併直接教導與遊戲情境練習之學齡前 ASD 兒童社交能力團體之隨機分組介入研究。本研究結果顯示社交能力團體介入相較於一般療育顯著達成較多的具體個別化之介入目標。此外，孩童參與社交能力團體的意願高，家長滿意度亦佳，表示本介入方案對於促進學齡前 ASD 兒童社交能力具有良好的成效與適用性。本社交能力團體介入特色包括：（一）直接教導孩童互動原則，將社交行為簡化為容易理解的具體規則與步驟，以條列、視覺化的方式呈現，幫助孩童理解抽象的互動規則，符合 ASD 孩童善於背誦條列的喜好。直接教導社交技巧的方式可以示範、角色扮演、觀點轉換或討論等方法引導個案思考不同情境應對方法，讓 ASD 孩童理解他人的感受及具體可應對的方式；（二）以遊戲團體的情境強化其動機，本介入將能力相近孩童組成團體一同參與遊戲的氛圍，能突破孩童的自我認定增進其社交能力。介入團體也因成員同質性高，ASD 孩童與能力相近的同儕一起參與團體有互動的樂趣，能互相觀摩學習 (Kroeger et al., 2007)。在團體情境下學習較類似學校情境，有益於孩童類化習得的能力於日常生活中；（三）融入家長的參與，由家長訂定目標、帶領兒童居家演練介入團體中習得的目標行為。家庭的參與是治療過程中影響成效重

要的因素，本介入方案落實以家庭為中心的治療，讓家長一同作為 ASD 孩童的教練，將治療延伸到家庭環境。不但邀請家長觀摩每次上課情形、課後回饋討論，亦鼓勵居家練習。介入前的目標設定及每一次的上課記錄表強化了家長居家演練的動機。家長對於透過觀察團體理解孩童行為表現上的困難，並學會拆解步驟的教導方式的滿意度很高 (Peters et al., 2016)。

直接教導社交技巧研究大多應用於學齡 ASD 孩童或青少年，過去僅有一篇直接教導的研究以錄影示範介入，其收案平均年齡略低於本研究 (Kroeger et al., 2007)。本篇研究收案對象為學齡前 ASD 孩童，年齡較小的 ASD 個案的注意力持續時間較短，需要較多的增強技巧，例如縮短講述時間、適時穿插遊戲活動，以及提供遊戲順序選擇權等，以提升其參與動機。此外，介入的過程中發現本研究之個案對於解讀肢體語言及解讀別人的感覺此二主題較難理解，部分個案非常抗拒情緒圖卡的遊戲，也有個案完全無法從圖卡人物的表情猜想其情緒，抑或大部分個案對於感覺的描述只有開心 / 生氣二種。因此，建議未來對於 ASD 孩童的社交能力介入應著重加強孩童觀察及解讀他人感覺情緒的能力。

在設定目標方面，二組家長們提出的目標相近，呈現出 5 至 7 歲 ASD 孩童在日常生活中與人互動時的主要困難主要是不適應行為、情緒調節、非口語互動、溝通對話及共同遊戲等五方面。這些發現與 Knott 等人於 2006 年的研究結果相似。家長認為在人際互動方面，高功能 ASD 孩童的對話能力、社會情緒以及不適應行為是主要的問題。情緒控制及不適應行為（如攻擊行為）則會影響孩童社交。ASD 特質中的社交交互性不足、共同注意力不佳以及缺乏象徵性遊戲，都會限制孩童的社交溝通及參與 (Kroeger et al., 2007)，並進一步影響孩童在生活中與人共同遊戲的能力。因此，家長們認為孩童在社交五方面的主要困難，亦真實地呈現出 ASD 孩童生活中的面臨的困境。

在達成介入目標方面，社交能力介入組 T 分數顯著優於一般療育控制組，這表示合併直接教導與遊戲情境練習之社交能力團體介入方案較能達成家長所關注的目標。設定介入目標能影響個人的注意力、毅力及對於目標行為的知識應用，進而影響行為表現 (Locke & Latham, 2002)。控制組維持原有療育，在相

同時間點執行前測及後測之社交能力目標達成評量，雖然也有進步，但其接受療育內容為非社交能力方面之介入，故目標達成效果不如介入組明顯。

本研究探討合併直接教導與遊戲情境練習之社交能力團體介入之適用性，結果顯示對於促進學齡前 ASD 孩童之社交能力具有顯著療效，家長滿意度佳，具有良好的適用性。然而，本研究仍有限制如下：(1) 樣本數較小；(2) 因團體特性之要求，只有口語理解能力中等以上的 ASD 兒童參與；(3) 無追蹤評估結果，無法了解此方案之維持效果；與 (4) 未蒐集「一般療育控制組」家長之回饋。建議未來研究可以 (1) 增加樣本數；(2) 驗證本方案應用於口語理解能力較弱之 ASD 個案之介入成效，這可能需要調整介入方式，如以錄影示範呈現教導內容；(3) 追蹤評估結果，增加 6 個月後追蹤評估，以利了解長期之療效；與 (4) 蒐集「一般療育控制組」家長的回饋與想法，以提供未來介入計畫之修改方向。

結論

本研究專為 5 到 7 歲學齡前 ASD 孩童，設計一社交能力團體介入方案，結果顯示一週一次，共 16 週之合併直接教導與遊戲情境練習之社交能力團體介入方案對於達成個別的社交目標具有良好成效，且家長滿意度高，為一適用性高之介入方案。本研究結果提供實證支持之此社交能力團體介入方案之療效，有助於專業人員了解 ASD 孩童家長對於增進孩童社交能力的介入期待與學齡前 ASD 孩童社交能力介入之具體做法，可作為將來職能治療師執行學齡前 ASD 孩童社交能力訓練時的參考。

致謝

我們感謝郭青菽治療師、林雅萱治療師及陳昱伶治療師於介入及資料登錄過程中所提供之協助，也感謝所有參與本研究的孩童及家長們。

參考文獻

- 尤姿婷、傅奕寧、游硯婷、陳官琳 (2019)。自閉症類群障礙症孩童的社交技巧介入：系統性回顧。職能治療學會雜誌, 37(2), 169-189。
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.
- Baker, J. E. (2012)。亞斯伯格症兒童及青少年社會技能訓練。(曹純瓊譯；初版)。華騰文化股份有限公司。(原著出版於2003年)
- Bellesi, G., Jameel, L., Vyas, K., Crawford, S., & Channon, S. (2016). Using and reasoning about social strategies in autism spectrum disorder in everyday situations. *Research in Autism Spectrum Disorders, 25*, 112-121.
- Cappadocia, M. C., & Weiss, J. A. (2011). Review of social skills training groups for youth with Asperger syndrome and high functioning autism. *Research in Autism Spectrum Disorders, 5*(1), 70-78.
- Clark, M. S., & Caudrey, D. J. (1983). Evaluation of rehabilitation services: The use of goal attainment scaling. *International Rehabilitation Medicine, 5*, 41-45.
- Coucovanis, J. (2012)。Super skills 給亞斯伯格症、高功能自閉症與相關障礙孩子的社交技巧團體課程。(黃穎峰、廖敏玲譯；初版)。財團法人台中市自閉症教育協進會。(原著出版於2005年)
- Golzari, F., Hemati Alamdarloo, G., & Moradi, S. (2015). The effect of a social stories intervention on the social skills of male students with autism spectrum disorder. *SAGE Open, 5*(4), 2158244015621599.
- Gutstein, S. E., & Sheely, R. K. (2015)。兒童人際發展活動手冊：以遊戲帶動亞斯伯格症、自閉症、PDD及NLD孩童的社交與情緒成長。(林嘉倫譯；增訂新版)。健行出版社。(原著出版於2002年)
- Hanna, K., & Rodger, S. (2002). Towards family-centred practice in paediatric occupational therapy: A review of the literature on parent-therapist collaboration. *Australian Occupational Therapy Journal, 49*(1), 14-24.
- Kassardjian, A., Leaf, J. B., Ravid, D., Leaf, J. A., Alcalay, A., Dale, S., Tsuji, K., Taubman, M., Leaf, R., & McEachin, J. (2014). Comparing the teaching interaction procedure to social stories: A replication study. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 44*, 2329-2340.
- Kiresuk, T. J., & Sherman, R. E. (1968). Goal attainment scaling: A general method for evaluating

- comprehensive community mental health programs. *Community Mental Health Journal*, 4, 443-453.
- Kiresuk, T. J., Smith, A., & Cardillo, J. E. (1994). *Goal Attainment Scaling: Applications, Theory, and Measurement*. Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Knott, F., Dunlop, A., Mackay, T. (2006). Living with ASD: How do children and their parents assess their difficulties with social interaction and understanding? *Autism*, 10, 609-617.
- Kroeger, K. A., Schultz, J. R., & Newsom, C. (2007). A comparison of two group-delivered social skills programs for young children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 37, 808-817.
- Lai, M. C., Kassee, C., Besney, R., Bonato, S., Hull, L., Mandy, W., Szatmari, P., & Ameis, S. H. (2019). Prevalence of co-occurring mental health diagnoses in the autism population: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*, 6(10), 819-829. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30289-5](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30289-5)
- Leaf, J. B., Oppenheim-Leaf, M. L., Call, N. A., Sheldon, J. B., Sherman, J. A., Taubman, M., McEachin, J., Dayharsh, J., & Leaf, R. (2012). Comparing the teaching interaction procedure to social stories for people with autism. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 45(2), 281-298.
- Locke, E. A., & Latham, G. P. (2002). Building a practically useful theory of goal setting and task motivation: A 35-year Odyssey. *American Psychologist*, 57, 705-717.
- Odom, S. L., Hall, L. J., Morin, K. L., Kraemer, B. R., Hume, K. A., McIntyre, N. S., Nowell, S. W., Steinbrenner, J. R., Tomaszewski, B., Sam, A. M., & DaWalt, L. (2021). Educational interventions for children and youth with autism: A 40-year perspective. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 51(12), 4354-4369. <https://doi.org/10.1007/s10803-021-04990-1>
- Orpinas, P. (2010). Social competence. In Weiner, I. B., Craighead, W. E. (Eds.), *The Corsini encyclopedia of psychology, volume 4* (pp. 1623–1625). John Wiley & Sons.
- Ottenbacher, K. J., & Cusick, A. (1990). Goal attainment scaling as a method of clinical service evaluation. *American Journal of Occupational Therapy*, 44(6), 519-525.
- Peters, B., Tullis, C. A., & Gallagher, P. A. (2016). Effects of a group teaching interaction procedures on the social skills of students with autism spectrum disorders. *Education and Training in Autism and Developmental Disabilities*, 51(4), 421-433.
- Sansosti, F. J., Powell-Smith, K. A., & Kincaid, D. (2004). A research synthesis of social story interventions for children with autism spectrum disorders. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 19(4), 194-204.

- Spence, S. (2003). Social skill training with children and young people: Theory , Evidence and Practice. *Child and Adolescent Mental Health*, 8(2), 84-96.
- Stewart, M. E., Barnard, L., Pearson, J., Hasan, R., & O'Brien, G. (2006). Presentation of depression in autism and Asperger syndrome: A review. *Autism*, 10(1), 103-116.
- Tennant, A. (2007). Goal attainment scaling: Current methodological challenges. *Disability and Rehabilitation*, 29(20-21), 1583-1588. <https://doi.org/10.1080/09638280701618828>
- Topping, K., Bremner, W., & Holmes, E. (2000). Social competence: The social construction of the concept. In Bar-On R. & Parker J. D. A. (Eds.), *Handbook of emotional intelligence: Theory, Development, assessment, and application at home, school, and in the workplace* (pp. 28–39). Jossey-Bass/Wiley.
- Wimpory, D. C., Hobson, R. P., Williams, J. M. G., & Nash, S. (2000). Are infants with autism socially engaged? A study of recent retrospective parental reports. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 30, 525-536.

TAIWAN JOURNAL OF OCCUPATIONAL THERAPY

臺灣職能治療 期刊



中華民國 112 年 12 月 出刊

第四十一卷 第三期

ISSN 1013-7661

DOI 10.6594/TJOT

發行人：吳菁宜

主編：馬慧英

執行編輯：范詩辰、陳柏仔

編輯助理：劉妍廷

民國七十二年十一月創刊：職能治療學會雜誌

民國一一二年 四月更名：臺灣職能治療期刊

出版：社團法人臺灣職能治療學會

會址：100 台北市中正區博愛路 9 號 5 樓之 3

網址：<http://www.ot.org.tw/>

信箱：tota@ot.org.tw

電話：02-2382-0103

編排：北澄文化事業社