

建立嬰幼兒發展照護教育課程

前言

兒童是國家未來的主人翁，一個健康的兒童是家庭幸福的根本，更是國家未來的財富。近來對兒童發展的議題，強調早期發現可疑或發展遲緩的孩童，早期介入治療可以增加兒童的發展功能，節省社會成本。三歲以前接受一年的早期介入療育，療育效果是三歲以後接受療育的 10 倍(雷，2005)。更有文獻指出，每投入一元在早期療育，能為國家社會省下 100 元(周等，2000)，可節省 3 元特殊教育的成本(潘，2002)。三歲以前是發展遲緩兒的黃金療育期，發展遲緩兒可因早期療育使之情況轉好，經由早期療育及早期整合，能回歸社會正常生活，增加家庭功能，減少社會問題，減輕國家負擔。(周等，2000；萬、王，2002；雷，2005；蔡，2002；Addison, 2003；Berlin, Brooks-Gunn, McCarton & McCormick, 1998)。3 歲前的發展黃金潛能不能等待，如何將發現年齡提前至三歲以前，以掌握早療之有效時機，是推動早期療育工作之首要重點。兒童發展照護的課題課不容緩，協助父母瞭解兒童發展是成長中重要的因素，強化第一線的兒童照護人員的對嬰幼兒發展的認知、態度和行為是推動兒童發展照護的首要任務。

一、 問題分析

依聯合國世界衛生組織(World Health Organization [WHO])的統計，發展遲緩兒童盛行率約為 6-8%，以臺北市為例，3 歲以下之兒童估算約 11 萬人，以發展遲緩 6-8%推算，應約有 9 千名，但事實被發現和療育人數遠少於此數(翁、鄒，2005)。內政部兒童局 2004 年公佈，目前發展遲緩兒童的通報率只有 1/10。全台灣地區於民國 92 年依據兒童福利法所規定之發展遲緩兒童，總計接受個案管理之障礙兒童共有 29,642 人，這人數僅佔六歲以下兒童之 1.77%(內政部兒童局，2004)。若以全國 6 歲以下 240 萬人口而言，粗估其發展遲緩的盛行率，約有 15 萬人是發展遲緩兒，但實際被發現者少於此數。是什麼原因導致需要協助的嬰幼兒與兒童無法全然的被發現？

(1) 醫療人員對兒童發展不重視，對發展遲緩的徵兆有所忽略或遺漏。病童就醫通常以疾病治療為主，對兒童發展的評估甚少。即使健兒門診有發展測試，也是以預防注射為主，發展的測試並未確實，只有身高、體重的測量，實在無法涵蓋初步的發展篩檢，加上父母

不以為意未加提及只有幾分鐘的看診，如何發現可疑個案。對高危險群的病童，醫護人員給予的協助只有著重於身體的功能，對兒童的發展資訊並未加強重視。父母總以特殊兒童的發展較慢，慢慢的會跟上發展而忽略之，醫護人員若沒有主動的評估或詢問，往往錯失了早期發現的良機(黃、蔣，2006)

- (2)家長對發展遲緩嬰幼兒的認知模糊，不會進行正確及詳細記錄，或是微小的發展問題被忽略。家長對發展遲緩不以為意，總認為”大隻雞慢啼”(大器晚成)，而延誤治療，直到入學後才警覺問題的嚴重性(雷遊，2005)。
- (3)目前發現有發展遲緩的個案大部為三、四歲兒童，大都透過幼托園所的初篩(郭、林、李，2003)。「兒童發展評估」係兒童預防保健服務之檢查項目之一，陳、盧和張(2004)發現90年零到一歲之四次預防保健服務的使用率59.26%，雖然比85年的使用率28.26%增加，但仍顯不足。依據92年健保局統計，該項服務在三歲以前因配合預防接種，利用率可達87.9%，三至五歲之利用率則明顯降至21.7%。據內政部93年通報個案中，以三至五歲佔56.73%最多。(郭，2003)評估中心小於3歲的個案為48%，而發展遲緩在早期的發現和介入對以後發展影響甚鉅，目前健保局對兒童預防保健服務，自93年7月起，已將原提供未滿四歲以下自6次，增加為未滿七歲以下9次，然而，宣導不夠、民眾約四成五不知運用，又部份醫療機構限於人力因素，常錯失早期發現發展遲緩兒童之先機。

二、文獻查證

(1)兒童發展

兒童發展是指兒童身體功能的變化與成熟，以神經及肌肉骨骼系統為例，其功能會隨著兒童年齡的增長而成長，兒童發展的領域包括運動、感覺、社會適應、行為、情緒、語言及認知等方面(郭，1996)。兒童在不同年齡時期各領域的發展速度都不相同，而同一年齡時期個體間的差異性也很大，這主要是因為遺傳基因及環境影響的結果。各種不同生理、心理或是環境的因素，都會造成兒童發展程度不同甚至落後現象，使兒童發生發展遲緩的問題。發展遲緩兒童雖然各領域發展的有遲緩的現象，但其神經系統仍在新生與成長，早期提供適當的刺激與訓練可以有效的加強腦部功能的發展，促進兒童的發展。(潘，2002)。

(2)發展遲緩兒-早期療育

發展遲緩兒童的定義依照兒童福利法第十三條第二款細則中規定：「發展遲緩之特殊兒童係指認知發展、生理發展、語言及溝通發展社會發展或生活自理技能方面有異常或可預期會有發展異常之情形，需要接受早期療育之未滿六歲之特殊兒童」（內政部，2004），身心障礙學生及資賦優異學生鑑定標準第十三條規定：本法第三條第二項第十一款所稱發展遲緩，指未滿六歲之兒童，因生理、心理或社會環境因素，在知覺、認知、動作、溝通、社會情緒或自理能力等方面之發展較同年齡顯著遲緩，且其障礙類別無法確定者；其鑑定依兒童發展及養育環境評估等資料，綜合研判之。然而對發展遲緩的界定標準並無明確規定，一般而言，發展遲緩兒童表現的發展年齡落後同齡孩子發展的 20% (許、徐、張，2000) 或 25% (行政院衛生署，2001) 或比同齡兒童發展平均數落後 1.5 或 2 個標準差即視為發展遲緩兒(金、卓，2003；周、鄭、林，2000)。

所謂早期療育服務係指由社會福利、衛生、教育專業人員以團隊合作的方式，依發展遲緩兒童之特殊兒童之個別需求，提供必要服務 (內政部，2004)。協助兒童的身心發展是整體性的，包括：生理、認知、社會發展及情緒管理等。最佳療效為六歲前，尤其是三歲以前更是黃金療育期，及早發現發展遲緩並予適當的療育，可減少障礙程度，及防範障礙造成的傷害，將兒童的發展能力發揮到最大程度。

目前有關兒童發展的研究，大都著重於早產兒的發展需求，和發展特殊兒童的需求與功能(Bhutta, Cleves, Casey, Cradock & Anand, 2006; Taquino & Lockridge, 1999; McCarton, Wallace & Bennett, 1996; Peters, 1999; 金、卓，2003)，少見有針對推行兒童發展課程的相關研究。

究竟最早在何時可以發現幼兒發展遲緩的問題？由兒科專家陳淑貞(2002)以 Baley Scales of Infant Development(II)追蹤臺灣 2671 位早產兒至 2 歲，結果發現於嬰兒 6-12 個月大時可以發現生長遲緩的問題，但至 12-24 個月大時可能可以跟上生長，體重及頭圍則無。心智發展遲緩 (MDI<70) 於矯正年齡 12M 大時明顯，精神運動發展遲緩 (PDI<70) 於矯正年齡 6-12M 時明顯。兒童發展可由早期嬰幼兒評估檢查出。兒童發展可由早期嬰幼兒評估檢查出。

(3)發展性照護 Developmental care

兒童的發展是持續的，持續性發展照護的觀念和施作，普遍在早產兒的照顧上受重視，其目的有二：1. 盡可能減少傷害性刺激至最低層次 2. 提供適當的發展機會(Als, 1986；

Grath, 2000)。以新生兒個別發展性照護及評估模式(NIPCAP)已普遍適用於新生兒加護病房。對早產兒的認知與動作發展有顯著增進(Jacobs, 2002)，在這些成功的照護上，加強護理人員的能力，基本知識是第一個起步。

許多學者對發展性照護(Developmental care)有註解，Als(1982)曾描述過發展性行為的模式，需含有對早產兒神經行為發展的評估，這模式的假說於身體是動態階段性的，在其不斷的與外在的環境和自己內在規範的互動關係中形成。Greenspam(1998)認為發展照護須包括情緒因數的評估，不只有身體與認知發展。如果情緒發展被忽略，那嬰兒行為所表示的潛在發展的問題將會消失。例如嬰兒有餵食困難，嬰兒若要有效的增加體重，必須要在同時有適當社會性互動的餵食中得到。這個概念加入發展性照護中，也就是健康的嬰兒，不能只有身體的發展，需含社會心理層面的發展。

Webb(1982)認為在發展性照護中，新生兒護士需評估新生兒的發展年齡、發展層級及個人需求和環境。Als & Gilkevion(1997)也將發展性照護定義為，支持父母對孩童的關注和孩童由家庭養育中神經生理的期望反應；是一種連接嬰兒行為的語言和嬰兒、家庭與照護者的對話。也就是說明發展照護的基礎是嬰兒、父母和照顧者的關係。

發展性照護(Developmental care)施行時的三個先決條件(Aita & Snider, 2003)：1. 具備有關早產兒發展的知識(Knowledge of infant development)，這個知識包括在與嬰兒互動中觀察到嬰兒的行為線索的能力，不只是護理人員，其他新生兒專科醫師、物理治療師和追蹤之醫療人員都應達成。2. 所有新生兒加護病房醫療人員的合作(Collaboration of all professionals in the NICU)，所有在NICU的各專業的團隊都應知道嬰兒發展的計畫，才可以互相合作。3. 早產兒家庭的參與(Involvement of the family)。父母的參與是促進嬰兒發展的重點因子。參與時應有(a). 父母與護理人員或醫療專業團隊分享發現，可協助嬰兒發展需要的行為線索，(b)父母需主動參與，建立可行的處理方案-嬰兒發展計畫。

這個發展性照護概念在早產兒的照護中普遍施行且功益很大。雖然正常嬰兒與早產兒的身體照護需求不一，但兒童發展的概念是所有的嬰幼兒童都是一樣的。本文將以早產兒發展性照護的觀念，推行至全面兒童發展性的照護。兒童發展性的照護應由出生起，因此本文之發展性照護包括 1. 嬰幼兒童發展的知識：運動，感覺、社會適應、行為、情緒、語言及認知各方面能力；2. 認識發展評估方法：行為觀察、發展遲緩的徵象與警訊；3. 親職教育：溝通技

巧、遊戲技巧於兒童發展刺激；4. 與其他兒童發展團隊的合作：認識早療團隊系統與運作模式、相關資源的應用。

(4) 護理人員在兒童發展中扮演的角色

護理人員在醫療體系是最常接觸孩童的一群，護理人員對兒童發展的態度、認知與能力是施行兒童發展評估的關鍵。首先的任務是加強護理人員對兒童發展的認識，包括各年齡層的認知、身體、社會心理發展的各項任務及協助該刺激發展的方法和資源，在發現可疑問題時就及時給予輔助，在父母遲疑或等待再次確認或等待治療期時，就可以先行提供資源、協助介入刺激發展的方法，及早增加介入的方法，增加發展機會的潛能。

提昇嬰幼兒及兒童發展評估的能力（連等，2005；黃、邱，1999），護士在加護單位、病房、社區、居家照護、診所等醫療相關院所，都須重視嬰幼兒的發展議題，應要瞭解發展關鍵期(milestone)，知道如何評估，包括神經學發展的初步評估篩檢都應有基本認識(Bondurant & Brinkman, 2003)。發展是持續的，診斷是暫時的，所以須在兒童不同的發展階段隨時評量。醫護人員的態度不是去判定(label)問題，而是發現可疑的發展遲緩兒，給予介入協助。

護理學校教育及在職教育應涵蓋發展遲緩兒及早期療育的相關知識和早療的資源與法規(黃、邱，1999)。自民國 86 年開始執行「發展遲緩兒童早期療育服務實施方案」以來，全台各縣市之早期療育通報轉介中心或附設個案管理中心共有 25 處，有 13 家醫院辦理發展遲緩兒童早期療育服務聯合評估中心，施行早期療育評估鑑定或治療工作(唐等，2005；張，2002)。這個包含社政、醫療、教育領域的單位形成了早期療育的流程，提供發展遲緩兒及其家庭於早期療育的照顧服務。護理人員應加強發展遲緩及早期療育的相關知識、修正對早療的信念、積極參與早療工作、熟悉社區資源、關心及主動參與治療決策過程。

許多研究紛紛指出醫護人員應學加強兒童發展的知識概念及評估之能力，及協助家庭面對影響發展可能的問題(連，吳，陳，毛，2005；黃，邱；1999)。因此應加強第一線醫護人員的能力，包括有關兒童發展的相關知識、兒童發展評估的能力，早期療育的政策和資訊，協助父母照護嬰幼兒，及教導父母給予兒童發展相關資訊，協助父母瞭解兒童發展是成長中重要的因素，是目前推展兒童發展的首要課題。

(5) 自我效能

自我效能(self-efficacy)係1977年心理學家Alberta Bandura最早建構與發展(Bandura, 1977, 1982; 蔣、郭、林, 2004)。自我效能是個人為達成某一特定成果所需的行動信心(confidence)。Bandura亦認為自我效能是人類從事各種行為過程中最具有解釋力的變項之一。自我效能除了是個人信念的特質外,自我效能是相互決定行為過程(reciprocal process)中的一部份。從個人、行為與環境因素中產生自我效能感受。在自我(self)與社會相互交流的(transactional)觀點,外在環境(external environment)、表現行為(represents behavior)以及個人內在認知、情感、生物等因素在相互決定、交互作用下互相影響(Bandura, 1977)。自我效能曾被應用在各種行為改變的研究,例如各種慢性病的自我管理(陳、張、林, 1998)。自我效能在行為領域已廣泛的被確認其影響力。

在測量自我效能的工作上,各學者所使用的量表有所不同,多數學者應用一般性自我效能量表,國外學者Schwarzer(2004)發表的一般性自我效能(General Self-Efficacy),目前其內容包括10題,其計分方式為四點量表,從「完全不正確」1分到「完全正確」4分。係指個案對所陳述行為自覺的正確性。此量表可惜的是並無法針對特別主題的自我效能測試(Schwarzer & Scholz, 2000; Jerusalem & Schwarzer, 1998)。

但亦有依據研究的主題制定相關的自我效能量表。例如Chiang, Chen, and Huang(2006)針對給予疼痛評估與處理的課程後評量效果,學習者8題自我效能的評量。類似的做為介入課程後,學習者效果評量可見於其他研究(Berarducci & Lengacher, 1998; Hanson, 1998)。文獻中並無與本研究兒童發展相關的自我效能量表,本研究將依主題設計相關的自我效能量表。

兒童發展的概念是所有的兒童都是一樣的,因此早產兒之發展性照護的觀念應推行至所有兒童。當醫護人員要有效的施行兒童發展性照顧相關的行為時,必先由嬰幼兒的發展開始。兒科護理人員都應對嬰幼兒發展和如何協助嬰幼兒發展的方式應有所認識,以提供已知或可疑發展遲緩兒和家屬的需求,及時增加兒童發展的功能和潛能。本研究將為兒童發展照護的先驅計劃,先針對嬰兒室護理人員提昇兒童發展性照顧的概念和增加其行為效能,進而提升父母對兒童發展性照護的認知與施作。

研究目的

1. 瞭解護理人員對兒童發展性照護的概念和行為效能。
2. 形成護理人員對兒童發展性照護的認知與施行之重要。
2. 建立護理人員嬰幼兒發展性照護的教育課程內容之先驅探討。

(三) 研究方法、進行步驟及執行進度

研究方法

研究設計

計劃起先由計劃主持人任召集人，邀請有關兒科發展相關專家：小兒科醫師、幼保專家、早期療育專家、兒科護理專家，成立醫護人員對兒童發展的推動工作小組。

第一年採描述性研究，依據文獻及研究目的設計問卷，並施測嬰兒室、病嬰室及其他兒科相關病房的護理人員的認知、態度與執行現況。

研究對象

選取中部某醫療院所，將有嬰兒出院服務之兒科護理人員都是介入對象，包括嬰兒室、病嬰室及兒科相關病房的護理人員。共收 112 名兒科護理人員，研究對象在參與此計劃前須簽署同意書，研究人員將說明本計劃之目的及基本權利，中途退出並不會影響在工作醫院之考績。

研究工具

本研究採半結構式問卷進行資料收集，問卷之編製乃綜合相關文獻及研究者之經驗，並邀請從事研究兒童發展與照護及特殊兒童教育專家學者共同擬定此問卷，護理人員問卷施測：

護理人員的問卷（二）包括基本資料，兒科護理人員對嬰幼兒發展評估項目內容與方法的認知、態度與執行現況。兩份問卷之效度預採專家內容效度，專家內容效度方面將邀請學者、臨床實務工作者等十位進行問卷內容正確性的評分。並先各做 10 位預測（pilot）修正後以了解問卷內容的適切性及辨識力。將使用內在一致性測試。除此，本研究為提高資料收集人員的一致性，將給予資料收集者資料收集訓練課程，以達其一致性。問卷（附錄一）

內容包括：

- (第一部份) 嬰幼兒兒童發展的知識 20 題，乃評量護理人員對於兒童發展關鍵期的瞭解程度，以是或否問答，答對並給予一分，答錯及不知道則不給分，分數越高表知識程度越好。總分 20。
- (第二部份) 早期療育的認知 13 題，乃評量護理人員對於早期療育的瞭解程度，以是或否問答，答對並給予一分，答錯及不知道則不給分，分數越高表知識程度越好。總分 13。
- (第三部份) 嬰幼兒兒童發展之態度 10 題，乃評量研究兒科護理人員對於兒童發展及早期療育的看法，採用「非常同意」為 4 分，「同意」為 3 分，「沒意見」2 分，「不同意」1 分，「非常不同意」0 分，態度量表有一半正向題及一半負向題，負向題為反相計分，分數越高，表示態度越正向。總分 40。
- (第四部份) 嬰幼兒兒童發展照護之行為 7 題，乃評量研究兒科護理人員對於兒童發展及早期療育的臨床實際操作行為，採用「一定會」為 3 分，「經常會」2 分，「偶爾會」1 分，「從不會」0 分，並增設 5 題開放題，以瞭解護理人員在行為操作時的實際現況和其他相關因素。分數越高，表示實際操作行為越多。總分 21
- (第五部份) 護理人員對兒童發展照護之自我效能 8 題，乃評量兒科護理人員對兒童發展照護的自我效能，採用「非常同意」4 分，「同意」3 分，「不同意」2 分，「非常不同意」1 分，分數越高，表示自我效能越好。總分 32。
- (第六部份) 基本資料：包括個人因素和促進因素
- 個人因素：內容包括性別、年齡、婚姻狀況、子女數目、教育程度、宗教信仰、服務單位、工作年資。
- 促進因素：家中或親朋好友中有發展遲緩的兒童、曾參加兒童發展相關研習會及兒童發展知識來源。

另有一題開放式題目：兒科護理人員對兒童發展推廣有何建議？欲了解兒科

護理人員對此議題的看法和意見。

工具信效度：

(1) 專家效度：

本研究問卷的效度，採專家內容效度 (content validity)。委請小兒神經學醫師 1 名、小兒資深專科護理人員 2 名、小兒科護理老師 1 名、小兒復健學科老師 1 名，共 5 名專家，就問卷題目的涵蓋性、遣詞用字的適當性及題意的清晰性等做客觀的評量。其計分方式為，「非常適用」4 分、「適用」3 分，「修改後適用」2 分，「不適用」1 分，以專家對題目之內容效度 (the content validity index-CVI) 為最後確認題目之指標，共 58 題，其 CVI 值為 0.97，為相對 90% 的專家確認率。

(2) 信度：

在正式調查中，有關兒童發展的知識共 20 題及早期療育的認知共 13 題為是非題，故採 Kuder - Richardson (KR - 20) 係數檢定，其結果為 0.69，而兒童發展與早期療育的態度 10 題及行為 7 題及自我效能 8 題，則採用 Cronbach' s α 檢定，測內在一致性，其結果兒童發展照護態度為 0.69、行為為 0.79、自我效能 0.91。

研究計劃經醫院 IRB 通過，問卷兒科護理人員對嬰幼兒發展評估的認知、態度與執行現況。以不記名方式，由院內信箱寄出，並附自黏信封，由研究員統一收回。

(四) 結果

一、研究對象基本資料之描述性分析：

本研究的對象，兒科護理人員的個案數共 112 人，其平均年齡為 27 歲，其中以 20 至 30 歲組最多，佔 76.6%；大部份都未婚 80.4%(90 人)；教育程度以大專以上佔最多 66.1%，專科佔其次；宗教信仰方面以無特殊信仰(50%)為最多，其次為佛教、道教(47.3%)；對象之工作科別以特殊單位 SBR、NICU、PICU 為最多(66.1%)；工作年資平均為 4.4 年，以 5 至 10 年為最多 27.2%，3 至 5 年佔 23.3%，不滿 1 年者佔 21.4%；大部分的對象之家族親友中沒有發展遲緩兒(80.4%)；也大都不曾參加早期療育相關之研討會佔 77.7%；兒童發展知識來源主要是來自學校教育(37%)、在職教育(29.8%)、書籍報章雜誌(15.3%)；對象認

為應加強與早療相關之照護知識中，以兒童發展評估方式佔最多(23.1%)，有關兒童發展的知識次之(21.3%)，協助發展刺激的技巧(20.3%)、協助家庭因應能力的技巧(20.6%)、兒童的溝通技巧(14.2%)；有偶夫妻中，小孩數平均為 1 人，小孩的平均年齡為 3.7 歲，而小孩的主要照護者為父母最多(64.3%)(見表一)。

表一、護理人員基本屬性：

變項名稱	個案數	佔比率 (%)
年齡 (歲) (N = 110)		
20-30	84	76.4
30-40	24	21.8
40-50	2	1.8
50 以上	0	0
婚姻狀況 (N = 112)		
未婚	90	80.4
已婚	22	19.6
小孩統計 (N = 28)		
平均小孩數	1.27	
老大平均月齡	44.6	
老二平均月齡	47	
老三平均月齡	11	
主要照護者 (N = 28)		
父母	18	64.3
祖父母	10	35.7
教育程度 (N = 112)		
專科	36	32.1
大學	74	66.1
研究所以上	2	1.8
宗教信仰 (N = 112)		
佛教	23	20.5
道教	30	26.8
基督教	2	1.8
天主教	1	0.9
其他	0	0
無特殊信仰	56	50
工作科別 (N = 112)		
嬰兒室	19	17
病嬰室	27	24.1
新生兒加護病房	32	28.6
兒科加護病房	15	13.4
兒科病房	10	8.9

產科病房	7	6.3
其他	2	1.8
工作年資 (N = 103)		
< 1 年	22	21.4
1 - 2 年	10	9.7
2 - 3 年	9	8.7
3 - 5 年	24	23.3
5 - 10 年	28	27.2
10 年以上	10	9.7
家族或親友中是否有發展遲緩兒童		
是	22	19.6
否	90	80.4
曾參加研習會		
是	25	22.3
否	87	77.7
兒童發展知識來源 (複選)		
學校教育	87	37
在職教育	70	29.8
書籍報章雜誌	36	15.3
大眾媒體	27	11.5
親朋好友	14	6
其他	1	0.4
加強哪方面照護知識 (複選)		
有關兒童發展的知識	84	21.3
協助發展刺激的技巧	81	20.6
兒童發展的評估方式	91	23.1
協助家庭因應能力的技巧	81	20.6
兒童的溝通技巧	56	14.2
其他	1	0.3
有無孩童		
無	93	83.0
有	19	17.0

對開放問題的整理歸類統計中發現，臨床施行兒童發展篩檢評估的困難最多是缺乏訓練及專業知識不足(32.4%)，工作負擔過大(26.5%)；醫護人員在施行早療篩檢及通報的困難點最多為不知道如何作(認知不足 47.1%)；對於早療推廣的建議是希望加強在職教育(43.6%)。請見以下整理表：

臨床施行兒童發展篩檢評估的困難為何 ((n = 102)

項目	個數	百分比
缺乏訓練及專業知識不足	33	32.4%

缺乏評估工具	15	14.7%
工作負擔過大	27	26.5%
家屬不配合	15	14.7%
幼兒差異性	7	6.9%
其他	5	4.9%

醫護人員在施行早療篩檢及通報的困難點為 (N = 85)

項目	個數	百分比
認知不足	40	47.1%
工作繁忙	11	12.9%
家屬不配合	12	14.1%
分工及系統不完善	20	23.5%
其他	2	2.4%

對於早療推廣的建議 (N = 39)

項目	個數	百分比
增加資訊獲得管道	10	25.6%
加強在職教育	17	43.6%
加強民眾宣導	4	10.3%
強化早療通報系統	4	10.3%
強化政策	4	10.3%

二、兒科護理人員對嬰幼兒發展的知識：

對嬰幼兒發展知識的平均得分為 15.71 ± 2.86 (總分 20 分)，在 20 題分項得分中最低為⑧6 個月的嬰兒，可將東西由某一隻手換到另一隻手，平均值僅 0.35 ± 0.47 ，其答對率僅 34.8%，⑨1 歲大的嬰兒，無法用拇指及食指的指尖捏起葡萄乾或小饅頭，其平均值為 0.47 ± 0.50 ，其答對率僅 47.3%；其餘各分項的答對率都有七成以上。(見表二)

表二. 兒科護理人員對嬰幼兒發展的知識統計 (N = 112)

題目內容	M±SD	答對率(%)
1. 4 個月大的嬰兒俯臥時頭應可抬高 45 度。	0.87±0.34	86.6
2. 1 歲半的寶寶聽不懂日常生活中常用的指令，(如：喝奶奶、媽媽抱抱…等)。	0.95±0.22	94.6
3. 9 個多月大的嬰兒，需扶持才可坐穩。	0.75±0.43	75
4. 4 個月以後，手掌不能自然張開，仍一直緊握。	0.93±0.25	92.9
5. 與 6 個月大的嬰兒互動時，會發出咯咯的笑聲。	0.90±0.29	90.2
6. 2 歲能模仿做家事或使用器具(如掃地、擦東西等)。	0.89±0.31	89.3
7. 2 歲半以後說話仍大部分含糊不清、難以理解。	0.89±0.31	89.3

8. 3歲的寶寶會疊六塊積木。	0.88±0.33	87.5
9. 1歲大的嬰兒，無法用拇指及食指的指尖捏起葡萄乾或小饅頭。	0.47±0.50	47.3
10. 嬰兒時期換尿布時會感覺雙腿有不尋常的阻力，不容易打開或彎曲。	0.50±0.50	50
11. 1歲半的寶寶，不須以手扶物品能自己由坐或躺的姿勢站起來。	0.63±0.48	62.5
12. 3歲的孩童會玩扮家家酒的想像遊戲。	0.82±0.38	82.1
13. 2歲時能由大人牽著一隻手或自己扶著欄杆上下樓梯。	0.89±0.31	89.3
14. 10個月大的寶寶，不會模仿或依指令做出拍拍手，或再見的動作。	0.70±0.46	69.6
15. 3歲的寶寶仍無法控制自己的大小便。	0.90±0.29	90.2
16. 1歲以後還不會玩躲貓貓的遊戲(例如:大人把臉遮住然後突然出現)。	0.91±0.28	91.1
17. 3歲的寶寶不會用手指出身體六個部位。	0.94±0.24	93.8
18. 6個月的嬰兒，可將東西由某一隻手換到另一隻手。	0.35±0.47	34.8
19. 2歲的寶寶能輕易蹲下玩玩具，接著可恢復站立的姿勢。	0.76±0.43	75.9
20. 6個月的嬰兒聽到自己的名字會有反應。	0.79±0.41	78.6
總分		15.71±2.86 78.55

三、兒科護理人員對早期療育的知識：

研究個案對早療的知識之平均得分為 7.74±1.30(總分 13 分)，全部答對率為 59.53%；在分項得分中最低為③早期療育需結合：衛生醫護、社會福利，兩大領域相互合作，平均值僅 0.02±0.13，只有 1.8%的人答對，④早期療育的流程順序：篩檢→轉介→通報→安置及追蹤，平均值僅 0.08±0.27，也只有 8%的人答對，②國內早期療育是指針對 0~3 歲，發展遲緩嬰幼兒的服務，平均得分為 0.21±0.41，答對率 21.4%，⑬幼兒任何一方面的發展比其他孩童慢時，即是疑似發展遲緩兒，平均得分為 0.40±0.49，僅 40.2%的人答對；其餘各分項的答對率都有七、八成以上。(見表三)

表三. 兒科護理人員對早期療育的知識統計

(N = 112)

題目內容	M±SD	答對率(%)
1. 早期療育服務是以個案的需求為原因。	0.85±0.36	84.8
2. 國內早期療育是指針對0~3歲，發展遲緩嬰幼兒的服務。	0.21±0.41	21.4
3. 早期療育需結合：衛生醫護、社會福利，兩大領域相互合作。	0.02±0.13	1.8
4. 早期療育的流程順序：篩檢 → 轉介 → 通報 → 安置及追蹤。	0.08±0.27	8
5. 國內醫療院所在兒童七歲前，可免費幫孩童做健康檢查評估共九次。	0.73±0.44	73.2
6. 早期療育對中重度障礙的兒童成效影響較有限。	0.19±0.39	18.8
7. 兒童發展是持續的成長，應長期不斷的追蹤和評量。	0.99±0.9	99.1
8. 目前國內早期療育轉介的後送療育資源是充足的。	0.64±0.48	64.3
9. 兒童發展照護，是只針對身體功能障礙的兒童進行成長評估。	0.88±0.33	87.5
10. 大部分早療相關機構可提供喘息服務或到宅服務的功能。	0.78±0.41	77.7
11. 家庭環境是影響兒童發展的主要因素之一。	0.98±0.13	98.2
12. 兒童發展是循其規律性進行並具個別差異性。	0.99±0.09	99.1
13. 幼兒任何一方面的發展比其他孩童慢時，即是疑似發展遲緩兒。	0.40±0.49	40.2
總分	7.74±1.30	59.53

四、兒科護理人員對兒童發展照護的態度：

對兒童發展照護的態度平均得分為 30.05±3.94，其滿分為 40 分，表示研究對象對兒童發展照護持正向態度，但分項分析中，仍有些看法不一，認為兒童發展評估是屬於兒科醫師的責任，佔有 58.9%；對只要關心兒童發展者，即可通報和轉介疑似發展遲緩的兒童，佔有 58.9%。其餘對早療的照護態度都有 8 成以上正向態度的認同。(見表四)

表四. 兒科護理人員對兒童發展照護的態度統計

(N = 112)

題目內容	M±SD	正向態度(%)
1. 我覺得推動兒童發展照護概念，可從臨床兒科護理人員著手。	3.26±0.51	96.5
2. 我覺得評估兒童發展的工作是費時且效果不彰。	2.92±0.65	86.6
3. 我覺得早期療育的成敗取決於家庭的參與。	3.29±0.79	93.8
4. 我覺得兒童發展評估是兒科醫師的責任。	2.44±1.02	58.9
5. 我覺得適時提供家長嬰幼兒刺激發展是重要的。	3.52±0.50	100
6. 我覺得早期介入治療對發展障礙兒童的功能有限。	2.83±0.87	80.4
7. 我覺得早期療育的專家們，只要做好自己的專業範圍即可。	2.96±0.72	83.1
8. 我認為追蹤發展遲緩兒童的日常居家照護情況是重要的。	3.46±0.50	100
9. 只要關心幼兒發展者，即可通報和轉介疑似發展遲緩的兒童。	2.41±1.02	58.9
10. 我認為兒童發展照護只有醫療院所才能提供幼兒刺激發展的訓練。	3.00±0.73	87.5
總分	30.05±3.94	75.12

五、兒科護理人員對兒童發展照護的行為：

對兒科護理人員對兒童發展照護的行為，其平均得分為 9.51 ± 3.73 ，滿分為 21 分，對兒童照護行為大部分屬於偶爾發生，其中分項得分中只有一項平均得分高於 2 分(屬經常發生)，是②照護兒童時(如：測量生命徵象、換尿布、餵牛奶時)，我會與寶寶說話或互動，其平均得分 2.43 ± 0.59 ；其次於⑦當發現兒童發展有特殊狀況或異常行為時，我會告知醫師或家長，其平均值 1.98 ± 0.88 。而分項中行為平均得分不及 1 分(偶爾發生)，為④在臨床工作中，我曾經發現發展遲緩或特殊案例的兒童，並給予通報或轉介服務，其平均值為 0.65 ± 0.80 ；③當對於兒童的發展有疑問時，我會使用兒童篩檢工具評估，平均值為 0.95 ± 0.80 ；⑥我會主動關心過發展遲緩或特殊兒童出院後的居家照顧或其發展情況，平均值為 0.96 ± 0.82 ；①我曾經對發展障礙兒童家長提供對其刺激發展訓練或諮詢的建議，平均值為 1.06 ± 0.86 。(見表五)

表五. 兒科護理人員對兒童發展照護的行為統計 (N = 112)

題目內容	M±SD	行為經常發生率(%)
1. 我曾經對發展障礙兒童家長提供對其刺激發展訓練或諮詢的建議，(如：教導音樂刺激、簡單的肌力訓練…等)。	1.06 ± 0.86	25.9
2. 照護兒童時(如：測量生命徵象、換尿布、餵牛奶時)，我會與寶寶說話或互動。	2.43 ± 0.59	94.6
3. 當對於兒童的發展有疑問時，我會使用兒童篩檢工具評估。	0.95 ± 0.80	20.6
4. 在臨床工作中，我曾經發現發展遲緩或特殊案例的兒童，並給予通報或轉介服務。	0.65 ± 0.80	11.6
5. 我會提供適當的資訊，支持家長協助兒童發展。	1.48 ± 0.83	50.9
6. 我會主動關心過發展遲緩或特殊兒童出院後的居家照顧或其發展情況。	0.96 ± 0.82	22.4
7. 當發現兒童發展有特殊狀況或異常行為時，我會告知醫師或家長。	1.98 ± 0.88	71.4
總分	9.51 ± 3.73	45.28

六、兒科護理人員對兒童照護的自我效能：

對於兒科護理人員對兒童照護的自我效能，其平均得分為 20.49 ± 4.80 ，總分為 32 分，由分項分析中，全部的分項平均值介於 2 分(無意見)及 3 分(同意)。(見表六)

表六. 兒科護理人員對兒童照護的自我效能統計

(N = 112)

題目內容	M±SD	自我效能 出現比率(%)
1. 我有信心選擇適當的兒童發展評估工具。	2.40±0.83	53.6
2. 我有信心正確初級評估(初篩)，各階段兒童的發展情形。	2.32±0.85	50.9
3. 我有信心提供家長刺激發展的方法，協助兒童發展。	2.53±0.79	63.4
4. 我有信心可以正確篩檢出疑似發展遲緩兒童。	2.40±0.72	49.1
5. 我有信心與醫療團隊共同協助孩童成長發育。	2.91±0.49	86.7
6. 當我發現發展障礙或遲緩兒童時，我會提供：通報、轉介、追蹤的服務。	2.93±0.59	79.5
7. 我有信心可以提供適當的資源幫助發展遲緩兒童或家庭。	2.61±0.76	60.7
8. 我有信心協助照護一位發展障礙或發展遲緩的兒童及家庭。	2.51±0.77	54.5
總分	20.49±4.80	64.03

七、影響兒科護理人員嬰幼兒發展和早療知識、態度、行為和自我效能相關因素：

影響嬰幼兒發展知識之相關因素，由婚姻狀況、孩童數、年齡、工作年資於統計上有顯著差異；早期療育的認知之相關因素中有顯著差異的有宗教信仰、工作單位、家中是否有發展遲緩兒；對兒童發展照護的態度有顯著差異者為年齡和工作年資；對兒童發展照護的行為於統計中有顯著差異者為孩童數和是否參與早療相關之研習會。對自我效能於統計上有顯著差異者為婚姻狀況和孩童數。(見表七)

表七. 兒科護理人員嬰幼兒發展和早療知識、態度、行為和自我效能之變異數分析 (N = 112)

變項	嬰幼兒發展的 知識(20)	早期療育的 認知(13)	兒童發展照護 的態度(40)	兒童發展照護 的行為(21)	自我效能(32)
婚姻狀況	0.000*	0.334	0.135	0.088	0.008*
孩童(N/Y)數	0.000*	0.241	0.126	0.065	0.010*
教育程度	0.209	0.544	0.069	0.719	0.09
宗教信仰	0.217	0.001*	0.211	0.033*	0.756
工作單位	0.191	0.992	0.161	0.179	0.261
是否曾參與 早療研討會	0.51	0.193	0.175	0.004*	0.825
家族或親友 中是否有發 展遲緩兒童	0.124	0.019*	0.374	0.959	0.875
年齡	0.001*	0.713	0.001*	0.183	0.683
工作年資	0.004*	0.365	0.013*	0.133	0.337

*p < 0.05

八、兒科護理人員嬰幼兒發展和早療之知識、態度、行為及自我效能之相關：

嬰幼兒發展知識，早療之知識、態度、行為和自我效能之相關性，由表十可知兒科護理人員的嬰幼兒發展知識與兒童發展照護的態度有相關性($p < 0.05$)，且知識得分越高，則態度越正向。而兒童發展照護的行為及自我效能有顯著之相關性($p < 0.05$)，且行為得分越高，自我效能越高。

表八 兒科護理人員嬰幼兒發展和早療之知識、態度、行為及自我效能之相關矩陣：
(N = 112)

	嬰幼兒發展的知識(20)	早期療育的認知(13)	兒童發展照護的態度(40)	兒童發展照護的行為(21)	自我效能(32)
嬰幼兒發展的知識(20)		0.908	0.009*	0.896	0.445
早期療育的認知(13)	0.908		0.963	0.214	0.760
兒童發展照護的態度(40)	0.009*	0.963		0.482	0.870
兒童發展照護的行為(21)	0.896	0.214	0.482		0.000*
自我效能(32)	0.445	0.760	0.870	0.000*	

** 在顯著水準為 0.01 時 (雙尾)，相關顯著。

表十 影響兒科護理人員嬰幼兒發展和早療之知識、態度、行為及自我效能之之邏輯式複迴歸分析

	變項	迴歸係數	標準誤	T 值	p 值
嬰幼兒發展的知識(20)	婚姻狀況	-0.604	1.209	-0.500	0.618
	孩童(N/Y)數	3.074	1.201	2.560	0.012*
	年齡	0.127	0.080	1.590	0.115
	工作年資	-0.001	0.009	-0.085	0.933
	(Constant)	12.450	2.126	5.857	0.000
早期療育的認知(13)	宗教信仰	0.242	0.130	1.861	0.065
	是否有發展遲緩兒童	0.678	0.300	2.258	0.026*
	(Constant)	7.167	0.268	26.776	0.000
兒童發展照護的態度(40)	年齡	0.329	0.121	2.731	0.007*
	工作年資	-0.005	0.013	-0.343	0.732
	(Constant)	21.198	2.854	7.427	0.000
兒童發展照護的行為(21)	宗教信仰	0.528	0.371	1.425	0.157
	是否曾參與早	2.425	0.818	2.965	0.004*

	療研討會				
	(Constant)	8.005	0.784	10.215	0.000
自我效能(32)	婚姻狀況	1.923	2.144	.897	.372
	孩童(N/Y)數	1.346	2.269	.593	.554
	(Constant)	17.962	2.288	7.850	.000

討論：

一、兒科護理人員對嬰幼兒發展的知識(總分 20 分)

此一知識的得分平均值為 15.71 ± 2.86 ，分數成績答對率為 78.55%。此結果與(連等，2005)的想法類似，大部分的護理人員具兒童發展的知識，尤其嬰幼兒的發展關鍵期都有 7、8 成的水準。

二、兒科護理人員對早期療育的知識，發展照護之態度和行為

此項對早療的知識總平均得分為 7.74 ± 1.03 (總分 13 分)，以一百分加權計分後仍未達及格標準。此一結果與筆者之前的研究(2008)發現類似，兒科護理人員對兒童發展知識好，但早療知識差，態度正向，但發展照護行為不足的结果一樣。即當一位護理人員對嬰幼兒發展知識了解越多，其知道發展照護的重要，但因對早療的服務認知不足，無法提供有效的發展照護行為。

在題目分項中，尤其以對 1. 早療的服務對象，2. 早療的服務流程和 3. 早療結合的領域得分低，分別只有 20%、8%、1.8% 的人答對，兒科護理人員並不了解早療的結構和功能。雖然兒科人員有嬰幼兒的發展知識，卻沒有早療的知識概念，如何在發現或疑似遲緩兒時，給予適時的介入和資源，甚至無法有效與早療團隊服務合作，了解遲緩兒的狀況，以協助其早療的功能。雖然 8 成以上的兒科護理人員對兒童發展照護持有正向態度，對早療的政策和資訊不了解，也無法進一步的協助遲緩兒和其家庭之需求。此結果與學者連等(2005)認為，目前護理人員的最大困境是對早療的評估和轉介的知能不足，因此即使在臨床上發現疑似遲緩兒也無法有效的管理個案，造成日後障礙等合併症問題。因此早療的知識是兒科護理人員首要取得之必要知識。

此研究並發現兒科護理人員對兒童發展照護行為只有偶爾會發生，平均值 9.51 ± 3.73 (總分 21 分)。其中從不會發生的行為包括③當對於兒童的發展有疑問時，我會使用

兒童篩檢工具評估(0.95±0.80);①我曾經對發展障礙兒童家長提供對其刺激發展訓練或諮詢的建議(1.06±0.86);⑥我會主動關心過發展遲緩或特殊兒童出院後的居家照顧或其發展情況(0.96±0.82)。研究中(連等,2005;黃秀梨,1998)亦提及護理人員並不會提功有關早期療育的相關服務和照護行為。是什麼原因導致兒科護理人員對兒童發展照護行為的呈現這麼低,是因為不曉得篩檢工具的使用方法嗎?或沒有時間使用?或不認為是自己的工作範圍,在這份問卷題項中,有認為提供嬰幼兒發展刺激是重要的達100%的態度,但對所提供的行為經常發生率只有25%;同時也有58.9%的護理人員覺得兒童發展評估是兒科醫師的責任。

三、兒科護理人員對嬰幼兒發展和早療知識態度、行為及自我效能之相關性

研究發現,兒科護理人員對嬰幼兒的發展知識越多,其兒童照護態度越正向。知識與態度的正相關,說明了知識的獲得是態度觀念改變的開始,由研究結果知識與態度的獲得與年齡和工作年資有相關,但是因為時間的關係或經驗中讓護理人員學到知識和看法觀念的改變,是人之常情。但只有時間和經驗的累積才能得取此一知識與態度,實在沒有效率。一個進步的社會應是經由不斷的攝取新知,尤其是有系統的加強知識,是可以加乘學習的效果。而研究中發展照護行為與自我效能有正相關,也顯示了行為與自我察覺能力有關,當行為增加,自我效能增加,造福的不只是照護的兒童,更是提升護理人員自我能力的顯示。

四、影響兒科護理人員嬰幼兒發展,早療知識、態度、行為和自我效能相關因素

研究結果顯示受測者的婚姻、有無孩童、年齡和工作年資,影響嬰幼兒發展知識、兒童發展照護態度和自我效能;而其中以有無孩童能預測其嬰幼兒發展知識的能力。而宗教和家中是否有遲緩兒是影響早療知識,而其中以家中是否有發展遲緩兒童可為預測早療知識。兩種知識都是來自護理人員本身的經驗,雖然有六成的受測者的兒童發展知識來自於學校教育和在職教育,但有影響嬰幼兒發展和早療知識的是自身養育子女和遲緩兒的經驗,由其可見大部分來自於學校和在職教育的知識並不完整,臨床施行兒童發展篩檢評估的困難最多是缺乏訓練及專業知識不足,醫護人員在施行早療篩檢及通報的困難點最多為認知不足。年齡是預測兒童發展照護的態度,隨著年齡的成長出現的觀念態度改變是屬經驗的養成,時間的效應也不及服務對象遲緩兒的需要。而預測兒童發展照護行為的是參與

早療研習會，尤其此受測者只有 22.3%曾參加有關早療研習會，雖然隨著工作年資和年齡的增長，經驗中發現了兒童發展的重要，而實際能作出發展照護的行為是參與早療課程的訓練，受測者對於早療推廣的建議是希望加強在職教育。這一再的顯示透過教育，參與早療課程研習會的方式可達到真正的行為改變的成效。

結論與建議

綜合以上討論，有效的早期療育的課程是與兒童發展照護行為有很高的相關。護理人員應加強發展遲緩及早期療育的相關知識、修正對早療的信念、積極參與早療工作、熟悉社區資源、關心及主動參與治療決策過程。早期療育這個包含社政、醫療、教育領域的單位形成的流程，提供發展遲緩兒及其家庭於早期療育的照顧服務。讓兒科護理人員能了解早療團隊之運作，了解自己是早療團隊中一員，更能配合支持團體、社會福利和教育系統的功能，加強其對嬰幼兒的發展評估和早療的介入，支持父母接受早療照護，提供以家庭為中心之服務，才能有效地發揮早期療育的功能。

References

1. Aita, M., & Snider, I. (2003) The art of developmental care in the NICU:A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 41(3), 223-232.
2. Als, H. (1982). Toward a synactive theory of development : Promise for the assessment and support of the infant individually. *Infant Mental Health Journal* , 3,229-243
3. Als, H., Duffy, F. H., McAnulty, G. B., Rivkin, S., Mulkern, R. V., Warfield, S. K., Huppi, P. S., Butler, S. C., Conneman, N., Fischer, C., & Eichenwald, E. C., (1986). Early experience alters brain function and structure. *Pediatrics*,114(6), 1738-1739.
4. Bandura, A., (1977). Self-efficacy:Toward a unifying theory of behavioral change, *Psychological Review*,84(2),191-215
5. Berarducci, A., & Lengacher, C. A. (1998). Self-efficacy:An essential component of advanced-practice nursing. *Nursing Connections*, 11(1), 55-67.
6. Berlin, L. J., Brooks-Gunn, J., McCarton, C., & McCormick, M. C. (1998). The effectiveness of early intervention: Examining risk factors and pathway to enhanced development. *Preventive Medicine*, 27, 238-245.
7. Bhutta ,A. T., Cleves, M. A., Casey, P. H., Cradock, M. M., & Anand, K. J. (2006) Cognitive and behavioral outcomes of school-age children who were bore preterm:a meta-analysis. *JAMA*,288 (20), 2542-2543
8. Blann, L. E., (2005). Early intervention for children and families with special needs. *American Journal of Maternal Child Nursing*, 30 (4), 263-267.
9. Bondurant, P. G., & Brinkman, K. S., (2003). Developmentally supportive care in the newborn

- intensive care unit: early intervention in the community. *Nursing Clinics of North America*, 38 (2), 253-269.
10. Chiang, L. C., Chen, H. J., & Huang, L. C., (2006). Student nurses' knowledge, attitude, and self-efficacy of children's pain management: Evaluation of an education program in Taiwan. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2006.7 ; 32(1) : 82-89.
 11. Gray, R., & McCormick, M. C., (2005). Early childhood intervention programs in the US: Recent advances and future recommendations. *Journal of Primary Prevention*, 26 (3), 259-275.
 12. Greenspan S. I., (1988). Emotional and developmental patterns in infancy. In *Handbook of Clinical Assessment of Children and Adolescents vol. 1* (Kestenbaum C.J. & Williams D.T. eds), *New York University Press, New York*, 154-179.
 13. Hanson, J., (1998). Parental self-efficacy and asthma self-management skills. *Journal for Specialist in Pediatric Nursing*, 3(4), 146-154.
 14. Jacobs, S. E., Sokol, J., & Ohlsson, A., (2002). The newborn individualized developmental care and assessment program is not supported by meta-analyses of the data. *The Journal of Pediatrics*, 140(6), 699-706
 15. Jerusalem, M., & Schwarzer, R., (2004). The general self-efficacy scale (GSE). Available <http://www.healthpsych.de>
 16. McCarton, C. M., Wallace, I. F., & Bennett, F. C., (1996). Early intervention for low-birth-Weight premature infants: what can we achieve? *Annals of Medicine*. 28(3), 221-225
 17. McGrath, J. M., (2000). Developmentally supportive care-giving and technology in the NICU: Isolation or merger of intervention strategies? *Journal of Perinatal and Neonatal Nursing*, 14(3), 78-91.
 18. Pelchat, D., Lefebvre, H., Proulx, M., & Reidy, M., (2004). Parental satisfaction with an early family intervention program. *Journal of Prenatal & Neonatal Nursing*, 18(2), 128-144.
 19. Peter, L.K., (1999). Infant handling in the NICU: Does developmental care make a difference? An evaluative review of the literature. *Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*. 13(3), 83-110
 20. Schwarzer, R., & Scholz, U., (2000). Cross-cultural assessment of coping resources: the general perceived self-efficacy scale. *Paper presented at the First Asian Congress of Health Psychology: Health Psychology and Culture, Tokyo, Japan.*
 21. Schwarzer, R., & Jerusalem, M., (1993). rev. 2000. General perceived self-efficacy. Available http://www.fu-berlin.de/gesund/skalen/Language_Selection/Turkish/General_Perceived_Self-Efficacy/general_perceived_self-efficacy.htm
 22. Taquino, T. Lauren., & Lockridge, Terrie., (1999). Careing for Critically Ill Infant : Strategies to Promote Physiological Stability and Improve Developmental Outcomes. *Critical Care Nurse*. 19(6), 64-79
 23. 內政部兒童局(2004)·台閩地區發展遲緩兒童早期療育概況統計資料·台北:作者。
 24. 行政院衛生署(2001)·身心障礙等級·台北:作者。
 25. 金幼婷、卓妙如(2003)·發展遲緩之概念分析·身心障礙研究, 1(1), 57-60。
 26. 周文麗、鄭麗珍、林惠芳(2000)·台灣早期療育的發展與未來展望·文教新朝, 5(4), 7-12。

27. 郭煌宗、林美瑗、李欣靜(2003)·遊戲檢測後新發現發展遲緩兒童之家長的需求認知初探·*兒童福利期刊*, 4, 157-182
28. 郭煌宗、蔡明瑀、連嫻娟、翁士恆、潘雨辰(2003)·中部地區發展遲緩兒童聯合評估中心個案人口相關資料初步分析與省思·*兒童福利期刊*, 5, 37-54
29. 郭逸玲、卓妙如(2004)·發展遲緩兒早期療育之概念與模式·*身心障礙研究*, 2(2), 68-76。
30. 翁菁菁、鄒國蘇(2005)·三歲以下發展遲緩兒童之臨床特徵·*北市醫學雜誌*, 2(6), 44-53。
31. 唐紀潔、林宏熾、林金定、陳英進、羅淑珍、簡言軒(2005)·特殊幼兒家庭生活品質測量工具之發展-台灣經驗·*身心障礙研究*, 1, 33-53。
32. 許天威、徐享良、張勝成(2000)·新特殊教育通論·台北: 五南。
33. 陳麗光、盧鴻興、張華志(2004)·1996-2001年之全民健康保險兒童預防保健服務利用率·*台灣衛誌*, 23(1), 37-44
34. 陳淑銘、楊惠美、莊惠如、周美伶(2005)·早產兒母親對早產兒的照護需求及其影響因素·*幼兒保育研究集刊*, 1(1), 30-41
35. 陳淑貞(2002)台灣極低體重早產兒兩歲時預後之追蹤·早產兒基金會醫療資訊文章
http://www.pbf.org.tw/newhtml/Cmain-4.htm#58_1
36. 陳素瑩、穆佩芬、夏萍細、黃碧桃(1999)·早產兒返家照顧初期母親所經歷之家庭壓力經驗·*護理研究*, 8(1), 26-36
37. 陳滋茨、張媚、林艷君(1998)·自我效能、社會支持與糖尿病病人居家自我照顧行為相關之探討·*護理研究*, 6(1), 31-43
38. 連心瑜、吳亭芳、陳麗如、毛新春(2005)·護理人員在早期療育的角色功能·*護理雜誌*, 52(6), 63-70。
39. 黃秀梨、邱怡玟(1999)·護理人員對發展遲緩兒童早期療育應有的認識·*護理雜誌*, 46(3), 67-71。
40. 黃立琪、蔣立琦(2006)國內早期療育現況: 探討醫護人員應扮演的角色·*榮總護理*
41. 張秀玉(2002)·影響早期療育服務通報轉介政策執行因素之探討·, 79, 329-341。
42. 張秀玉、曾華源、賴玫鳳(2004)·發展遲緩兒之之庭特質與資源運用狀況--早期療育個管中心本籍與冬南亞籍女性配偶家庭之比較·*兒童及少年福利期刊*, 7, 13-38
43. 萬育維、王文娟(2002)·早期療育中心角色與定位·*兒童福利期刊*, 3, 201-236。
44. 雷游秀華(2005)·及早發現、及早治療-早期療育對發展遲緩兒的重要性·*衛生署衛生報導*, 24-26。
45. 黃秀梨、邱怡玟(1999)·護理人員對發展遲緩兒童早期療育應有的認識·*護理雜誌*, 46(3), 67-71。
46. 蔣立琦、郭雅雯、林綽娟(2004)·自我效能之概念分析·*護理雜誌*, 51(2)67-72.
47. 潘信良(2002)·發展遲緩兒與早期療育·*台大醫網*, 9, 10-11。
48. 蔡淑桂(2002)·發展遲緩幼兒之家長親職教育實施成效及其相關問題之研究·*國立台北師範學院學報*, 15, 363-386。
49. 蔡淑桂(2002)·發展遲緩幼兒之家長親職教育實施成效對幼兒發展能力之研究·*生活應用科技學刊*, 4(1), 19-29
50. 簡淑伶(2003)·特殊兒童的親職教育問題及其社會支持·*國教世紀*, 204, 81-88。

計劃成果自評：

研究結果達成目標，瞭解護理人員對兒童發展性照護的概念和行為效能，並將所收集之資料做為建立護理人員嬰幼兒發展性照護的教育課程內容之依據，針對護理人員之所須需與不足設計介入的教育課程訓練，加強發展遲緩及早期療育的相關知識，了解早療團隊之運作，給予提供有效之兒童發展刺激，以期發揮早療之功能。

1. 此一計劃已投稿第十屆國際發展遲緩兒童早期療育論文發表大會，將於 98/10/24 發表。
2. 又已投稿至特殊教育研究學刊 於 98/08/20 投出。