臺東大學教育學報　第三十卷第二期
2019 年，30（2），103-133

從社會資本觀點探討新住民女性早期療育資源使用

鄭雅莉

摘要

本研究從社會資本觀點探討有發展遲緩兒童的新住民女性的早期療育服務資源使用情形。具體而言，本研究目的是透過八位新住民女性的故事，瞭解新住民女性使用早期療育的歷程，並以社會資本觀點來剖析其早期療育資源的使用情形，最後探究新住民女性使用早期療育資源的影響因素。本研究以深度訪談蒐集研究資料，研究對象為花蓮縣偏鄉地區的八名新住民女性，且其子女有早期療育服務的經驗。由於研究對象為隱藏人口而無法隨機取樣，故本研究採便利與滾雪球取樣法，透過花蓮縣發展遲緩兒童通報轉介暨個案管理中心，以及研究者個人社交網絡，尋找符合條件且願意接受訪談的研究參與者。本研究有三點發現：第一，八位新住民女性各有其個人和家庭背景，展現多元的早期療育資源使用樣貌。第二，她們早期療育社會資本的特質是橋接性的社會資本，且其特質是以信任和專業人員互動，而以工具性網絡和同是特殊兒童家長互動，除此之外，少數新住民女性因婚姻狀態和經濟弱勢等特殊境遇，讓她們無法取得社會救助，是處於社會福利服務斷裂的弱勢。第三，新住民女性使用早期療育資源受到健康信念、資源獲取能力和個人行動力等因素之影響。

關鍵詞：早期療育資源、社會資本、發展遲緩、新住民女性

鄭雅莉，慈濟大學兒童發展與家庭教育學系副教授。E-mail: cyali@mail.tcu.edu.tw
投稿日期：2018年12月25日；修改日期：2019年11月29日；採用日期：2019年12月6日。
doi:10.3966/102711202019123002004

NTTU Educational Research Journal
2019, 30(2), 103-133

Experience of Early Intervention of New Taiwanese Immigrant Mothers: A Social Capital Perspective

Ya-Li Cheng

Abstract

This study's aim was to investigate, from a social capital perspective, how early intervention services were used by new Taiwanese immigrant mothers with young children with special needs. Purposeful sampling and snowball sampling were used to recruit participants who were living in Hualien, Taiwan. Participants were eight new female immigrants, who were originally from Southeast Asia and China. In-depth interviews were conducted. The findings are as follows. Participants frequently used a variety of early intervention resources. They were referred to such resources by the Early Intervention Referral and Case Management Center according to their educational and social welfare needs. For these new Taiwanese immigrant mothers, social capital (for enabling themselves to use early intervention services) could be constructed in two ways. First, rather than depending on their friends or relatives, they tended to rely on suggestions from professionals. Moreover, they exchanged early intervention information based on their children's rather than their own needs. Some participants faced difficulties when using early intervention resources due to their lack of citizenship.

Keywords: early intervention, social capital, developmental delay, new Taiwanese immigrant mothers

---

Ya-Li Cheng, Associate Professor, Department of Child Development and Family Studies, Tzu Chi University.
E-mail: cyali@mail.tcu.edu.tw
doi:10.3966/102711202019123002004

壹、緒論

臺灣社會對新住民家庭常有的想像是什麼？早期媒體對新住民家庭的描述常出現以下字詞：外籍新娘、買賣婚姻、低社經地位的家庭、子女發展遲緩或是身心障礙的比例高等（夏曉鵑，2001）。詹火生與陳芬苓（2014）也指出，新住民常有被污名化的情形。然而，研究顯示，新住民家庭子女有發展遲緩者或身心障礙情形者約有2.4%，與本國籍家庭子女的健康情形差異不大（王素美、林育秀、李卓倫、陳文意、梁亞文，2011；洪宜盈，2006）。另有研究調查外籍配偶子女的語文、心智能力發展與學習狀況後發現，外籍配偶子女的語文發展和學習行為表現均落入正常範圍（鍾鳳嬌、王國川，2004）。換言之，新住民的子女健康或是發展情形若與本國籍子女有差異的可能因素是社經地位和其他因素造成的，而非單純是母親國籍因素。雖然母親國籍與子女健康及發展情況不盡然有關，然而，新住民母親教養經驗的相關研究結果指出，新住民母親在教養子女方面有時間及語言的限制，對於子女的課業指導有困境（吳毓瑩、蔡振州、蕭如芬，2011；鄧蔭萍，2007），也有家庭系統支持和教養知能不足的現象（王育清，2014；倪志琳、田佳靈，2015）。當這些新住民女性的子女有發展遲緩或是身心障礙時，她們也有上述同樣的教養困境（王育清，2014；張秀玉、曾華源、賴玫凰，2004），顯見新住民女性的早期療育經驗有其研究之必要。

近來許多研究以社會資本（social capital）角度分析新住民女性融入臺灣社會的相關議題，許雅惠（2009）和陳燕禎（2008）指出，居住在臺灣的新住民女性的社會資本大多是內聚型、水平式和凝聚式的，這樣的社會資本型態，讓新住民女性在自己的社交圈有高度的凝聚力，但較無架接外界資源的能力。這些相關研究大都是從階級和網路關係的角度來看新住民女性的家庭或是社會地位，這樣的觀點有助於理解臺灣社會結構對新住民女性提供資源的角色，但目前研究對於育有發展遲緩／身心障礙子女的新住民家庭的探究較少，若能用社會資本的網絡觀點來探究，或許能看見新住民家庭接受早期療育服務的樣貌。目前國內關於新住民家庭的早期療育運用相關研究大多集中在早期療育資源的運用情形，例如，接受早期療育的新住民母親或是家庭使用早期療育資源使用率比一般家庭低，這些家庭使用醫療復健資源較多且服務使用與需求之間有落差，且新住民家庭對早期療育服務的認知不足（李文杰，2008；曾華源、張秀玉，2003）。綜合上述研究，國內研究移民家庭大多聚焦於早期療育資源使用的型態和頻率，但對於他們使用早期療育情形背後的可能原因和脈絡仍未知。所以，研究者欲透過社會資本

的架構，來瞭解當子女疑似發展遲緩或者需要接受早期療育時，新住民女性的階級和網絡如何讓她們找到並運用早期療育資源。

基於上述背景，本研究從社會資本觀點來探討家有發展遲緩兒童的新住民女性的早期療育服務資源使用情形。具體而言，本研究目的是透過八位新住民女性的故事，瞭解新住民女性使用早期療育的歷程，並以社會資本觀點來剖析其早期療育資源的使用情形，最後探究新住民女性使用早期療育資源的影響因素。

貳、文獻探討

一、社會資本的理論基礎

（一）社會資本概念的發展

社會資本於1916年首先被Lyda Hanifan使用，在1980年代中期後，以P. Bourdieu、J. S. Coleman、R. D. Putnam和F. Fukuyama等人最具代表性。首先，Bourdieu指出，社會資本是由人際關係網絡組成的真實及虛擬資源總和（Bourdieu & Wacquant, 1992），亦即，社會關係是社會資本的重要元素，人們運用社會關係而取得資源；之後，Coleman（1988）以鑽石批發市場為例來說明社會資本的重要性，這個市場的商人隨時可以把價值不斐的鑽石交給其他商人作為徵信而不需任何保證或是協定（Halpern, 2005），此例說明成員之間的高度互動和信任是社會資本的重要精神。最後，Fukuyama（2001）和Putnam（2000）將社會資本提升為社區層級，並將合作、互惠和信任等視為是社會資本的重要元素，Putnam認為社會網絡、規範和信任是社區內的社會凝聚力，Fukuyama則強調團體成員之間義務和互惠的規範及價值。

綜合言之，社會資本指的是社區成員之間透過參與（社會參與）、形成人際網絡（社會網絡）和情感（社會情感），並以信任、互惠、資訊為黏著點而形成的產物和取得經濟利益的能力，這些社會資本可以是有形的資源，也可以是無形的資源（許雅惠，2009；葉肅科，2004；顏瑞隆，2014）。社會資本架構如圖1所示。

（二）社會資本的重要元素

1. 社會網絡、社會參與和社會情感

社會網絡是個人和社會不同社交網絡的連繫，而社交網絡可包含家庭、鄰里、學校、工作場合、社會團體等，個體透過與這些社交網絡的互動而形成社會

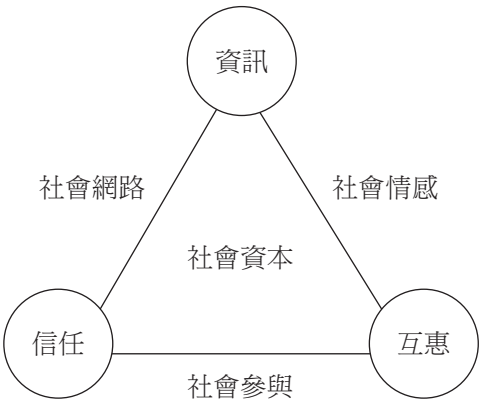

圖 1　社會資本架構。取自「從社會資本觀點談臺灣融合教育的發展」，顏瑞隆，2014，**特殊教育季刊，133**，頁 30。

凝聚力。社會參與則是指個體透過實際的行動來累積和形成社會資本，若是以早期療育使用的觀點，則是個體參與早期療育相關團體的程度和密度，個體也會透過參與增加對該團體的情感。

2. 資訊、信任、互惠

社會資本的三個重要黏著點是資訊、信任和互惠。透過人際關係網絡，社會資本帶動了資訊的交流，而信任是形成社會關係的重要要素；互惠是指利他及利己的行為組合，透過個體之間的互相幫助，有助於成員之間的合作與協調。

二、社會資本的類型

社會資本依團體成員之間的緊密程度可分為結合型社會資本、橋接型社會資本和連結型社會資本（黃源協、莊俐昕、劉素珍，2011）。結合型社會資本是成員之間有緊密且強烈的相互承諾；具有橋接型社會資本的團體則是異質成員所組成的橫向組織；連結型社會資本是一種垂直性的連結，常有跨越疆界的資源取得方式。Halpern（2005）進一步以微觀、中觀及鉅觀層面來看待這三種不同類型的社會資本。在微觀層面，黏著性的社會資本有家人網絡、愛與關懷的規範、情感退卻的約束力量；橋接型社會資本則是熟識的人或是朋友網絡、互惠的規範、羞愧與名聲的約束力量；連結型社會資本則是與有權力者的連結、慷慨的規範和正式的約束力量。在中觀層面，黏著性的社會資本有社區或是工作網絡、社群習俗的規範、排他的約束力量；橋接型社會資本則是社群間連結的網絡、對其他群體理解的規範、群體間衝突的約束力量；連結型社會資本則是社會各階層連結的網

絡、相互尊重的規範、執法的約束力量。在鉅觀層面，黏著性的社會資本則是國家與種族的網絡、愛國心與信任的規範、榮譽與法律的約束力量；橋接型社會資本則是商業連結的網絡、條約的規範、外交或戰爭的約束力量；連結型社會資本則像是聯合國的網絡、人權或援助的規範和國際法的約束力量。這個理論解釋了個體在整體環境的社會資本，有助於理解個體所處的環境脈絡。

Putnam（2000）將社會資本區分成兩個類型：內聚型（inward looking）和外展型（outward looking）。前者是黏著性或是結合型的社會資本，成員緊密、相互承諾、具有強烈的同質性和排他性；後者則是橋接性社會資本，是異質的非我群連結、提供不同社會群體連結性。如前所述，新住民女性的社會資本類型多屬於水平式與凝聚式，也就是說，她們的社會資本都是內聚情感取向，較少橋接性功能亦缺少垂直的連結性資源，這樣的特質讓她們可以增加成員之間的凝聚力，但對她們取得外部資源的幫助有限。另外，研究指出，新住民女性的社會資本建構主要有兩種方式：第一，新住民以母國親友及配偶家庭為主要的網絡（陳燕禎，2008）；第二，由先生擔任資源網絡的守門員，但這些情形在新住民婦女就業後產生變化，她們得以在職場建立互惠關係，進而提升自我和家庭的經濟能力，也得到情感與自我肯定等正面效益（許雅惠，2009）。

綜合上述，臺灣新住民女性社會資本類型大多是社會網絡和社會情感為主要的形式，但當其家庭中的兒童需要接受早期療育時，是否仍以此方式來獲得早期療育資源？我們對於她們使用早期療育的情形瞭解可能不多，故本研究以社會資本為架構來探討新住民女性早期療育服務資源的使用情形和其影響因素。

參、研究方法

研究者長期於大學教授早期療育課程，亦關注發展遲緩幼兒的家庭議題，並著有多篇相關研究論文。研究者於近期一篇家庭成果相關研究中發現，接受早期療育的新住民家庭樣本及研究不多，對於其家庭需求及使用早期療育情形瞭解有限，故本研究採深度訪談蒐集新住民女性早期療育資源的使用情形。

一、研究參與者

本研究以花蓮地區使用早期療育資源的新住民女性為對象，由於研究參與者為隱藏人口，無法隨機取樣，故本研究採用便利與滾雪球取樣法，透過發展遲緩兒童通報轉介暨個案管理中心協助尋找符合資格且願意接受訪談的參與者，並透

過訪談者的人際關係尋找更多研究參與者。研究參與者需同時具備以下條件：

（一）新住民女性。內政部第0960946753號函（2007）將新住民定義為：「子女出生時，其父或母一方為居住臺灣地區設有戶籍國民，另一方為非居住臺灣地區設有戶籍國民」。本研究所指稱的新住民女性，指的是與臺灣男性結婚的中國大陸或是東南亞國家女性。

（二）家有特殊需求子女，且子女在6歲以前有使用早期療育經驗。

（三）是上述子女的主要照顧者。

本研究參與者共八位，基本資料如表1所示。本研究參與者初始是由花蓮縣發展遲緩兒童通報轉介暨個案管理中心詢問，共取得三位研究對象，分別是小金、愛愛和平安；另外，為了選樣的多樣化，研究者另依人際關係，尋求花蓮地區早期療育相關機構的社工和教保員協助，共取得四位新住民女性的同意，分別是陽光、吳媽、小花和香香，並透過小花再找到小美參與本研究。

表 1

研究參與者的基本資料

化名	來臺前國籍	家庭概況
小金	越南	來臺定居7年，育有二子，為四人之小家庭。先生從事汽車修理業，小金目前在餐飲業工作。長子阿力就讀小班時由幼兒園老師發現遲緩現象
陽光	越南	來臺9年，婚後育有一女，之後與先生離婚，現在從事餐飲工作並且獨立扶養女兒。小惠小班時幼兒園老師建議到醫院鑑定，領有身心障礙手冊
平安	香港	來臺5年，為全職家庭主婦，先生從事建築工程相關工作，為阿宇繼母（重組家庭），另育有一女。平安在阿宇2歲多時接手照顧，經鄰居提醒後前往醫院評估為發展遲緩
小花	中國大陸	來臺十餘年，全職家庭主婦，先生外地工作，育有二子一女，小地排行老么，現年5歲，極重度腦性痲痺，就讀早期療育中心
吳媽	印尼	來臺11年，為全職家庭主婦，先生打零工，在臺育有一子一女。現年8歲的大仁出生時眼睛白內障，之後另外發現聽力問題及動作發展緩慢
小美	中國大陸	小家庭，有一子一女。夫家親人住在附近，互動頻繁。阿哲是長子，6個月大時由母親自行帶至醫院評估發展情形
愛愛	中國大陸	來臺工作12年，目前獨自在花蓮照顧外孫浩浩（腦性痲痺），女兒在北部工作養家
香香	越南	來臺8年，為全職家庭主婦，先生從事家電修理工作，偶爾協助先生照看店面。育有一子一女，四口之家。長子凱凱2歲多時由父母帶至醫院評估

二、資料蒐集與分析

本研究採訪談方式蒐集家有發展遲緩兒童的新住民女性早期療育資源使用情形。訪談大綱是由研究者參考相關文獻建構而成，主要蒐集新住民母親使用早期療育資源的歷程及可能影響因素，訪談大綱主要聚焦於新住民女性早期療育（醫療、教育及社會福利）資源的使用，並瞭解其支持系統的運作情形。再者，研究者透過發展遲緩兒童通報轉介暨個案管理中心及研究者的人際網絡（熟識之早療社工及教保老師）尋求符合條件的研究參與者，初步取得同意後再由研究者以電話聯絡，約定訪談時間及地點。訪談開始先說明研究目的，並在取得研究參與者同意後訪談過程全程錄音。由於本研究參與者來臺時間長達數年，中文的聽說能力足以溝通，故本研究之訪談過程皆以中文進行。每位參與者視需要訪談一至兩次，每次約1～1.5小時。訪談後立即譯成逐字稿，並將逐字稿編碼、分類及分析。分析步驟如下：首先，研究者進行資料處理工作，將受訪者和逐字稿頁次編號；其次，研究者再檢視分析逐字稿，將資料內容主題予以命名且記錄於該段逐字稿的空白處，並將每個個案採相同方式編碼；最後，將編好的資料重新分類，屬性相近的概念組成「範疇」後再加以詮釋。編碼範例如表2所示。

表 2

研究資料概念編碼範例

訪談逐字稿	概念編碼
Q：你們怎麼會想到要帶他去聖母醫院？	**發現遲緩的管道**
A：是因為我那時候住宜蘭，住在一個大廈那邊，那時候附近的爸爸媽媽就有很多小朋友，有時候我就會帶阿宇去玩，那時候阿宇不會說話。	
Q：那時候他幾歲？	
A：大概兩歲多。然後那些媽媽跟我說：你怎麼兒子都不太會說話？可是他脾氣很壞。然後我又看到比兒子小的小朋友都會說話，最少都會說兩個字、兩個字，可是我兒子都不會，我就很奇怪。後面我就聽說……不對，後面有一次我去藥房，那個老闆娘就介紹，她說你可以去聖母醫院看看，她就忽然間說這個，她也注意到我兒子這樣，可以去看看。	鄰居疑問和建議（**發現遲緩的管道**）

（續）

表 2　（續）

訪談逐字稿	概念編碼
Q：那她怎麼會知道？怎麼會注意到呢？	
A：她說她女兒有做過這方面的，對，她就有留意到。我有時候也是蠻常去那邊買藥的，然後，她老闆娘有時候就會跟我兒子聊天，可能她就發現我兒子好像不太說。不是第一次就跟我說這個，是後面幾次，才跟我說發現這個問題這樣。然後我就說聽，聽了我就跟我先生說。一開始我先生是不喜歡。	
Q：為什麼？	
A：他就說，你是覺得兒子有病喔？他覺得是一個病，他覺得我好像，有對他兒子有不好的……是歧視他。我問他那個意見，有需要去嗎？他就說你以為阿宇有病嗎？我就說我不是這個意思，我只是想說可以看，因為我那時候也沒有發現，真的沒有發現，因為阿宇是他第一個兒子，也沒發現這個問題，我也不知道1歲多不會說話太多都會說話，旁邊也很多人跟我說男生講話比較慢。	父親否認 母親堅持去醫院 （**健康信念**）

三、研究信度與效度

質性研究的品質取決於研究的信賴度，其品質指標有：可信賴性（credibility）（內在效度）、可轉換性（transferability）（外在效度）、可靠性（dependability）（信度）、可驗證性或是可確認性（客觀性）、解釋有效性（顯著性）或是確切性等五方面，並透過以下方式來提升效度和信度：長期投入、三角驗證法、同儕檢核、研究參與者檢核、深厚描述、使用錄音錄影設備、立意取樣、省思日誌（高淑清，2008；紐文英，2013；Fraenkel, Wallen, & Hyun, 2011/2013）。本研究的指標性落實情形說明如下。

（一）可信賴性

「可信賴性」強調研究的真實程度，指的是研究者所觀察到的是否具有真實性、和事實是否有誤差，研究者具訪談實務經驗且出版數篇質性研究論文，能充分掌握被訪談者的觀點。另外，部分研究參與者的中文識字能力較佳而被邀請檢核逐字稿及分類，以檢核資料的正確性並給予其他可能的回饋（研究參與者檢核），最後，本研究邀請兩位在新住民研究和早期療育服務領域的同儕檢核及回饋訪談大綱和逐字稿分類（同儕審查）。

（二）可轉換性

「可轉換性」指的是「經由受訪者所陳述的感受與經驗，能有效地轉換成文字敘述並加以進行厚實的描述」（高淑清，2008），且該研究發現可否轉移至其他情境。研究者透過文本的謄製、理解與詮釋，試圖深厚描述新住民女性的早期療育資源使用經驗，力求讀者感同身受或是熟悉其歷程，並提供讀者判斷性的資料基礎和替代經驗。另外，本研究採立意取樣，對於研究參與者的選取有一定標準，且本文對研究參與者及其家庭的描述完整，可作為其他樣本適切性的比較。

（三）可靠性

「可靠性」指的是「個人經驗的重要性和唯一性，能獲得研究團隊的稽核並達到互為主體的同意」（高淑清，2008）。研究者邀請新住民女性參與本研究前先表明研究者的經驗和工作，取得八位新住民女性的信任，並依其意願於其家中進行訪談。此外，研究者在訪談前與研究參與者做充分溝通，並取得知情同意書，藉以提升可靠性。另外，本研究以研究參與者「互為主體的同意」下，與參與者針對訪談內容再訪談或是再確認內容或詮釋的正確性。

四、研究倫理

本研究涉及新住民女性及其家庭隱私，研究倫理敘述如下。第一，在邀請訪談以及訪談開始前，先行告知本研究目的，並尊重其是否分享其個人經驗之意願，取得同意始可進行訪談。第二，訪談過程中，研究參與者被告知有拒絕回答或臨時中止訪談之權利。第三，訪談內容若提及研究參與者之名字或個人資料，則使用匿名或相關保護措施，以維護其隱私權。研究期間或結束後若要使用訪談所得資料，必須告知其用途，並得到同意後方可使用。

肆、結果與討論

一、八位女性，八個家庭

（一）自己的資源自己要

小金來自越南，7年多前與先生結婚後來臺定居，目前就讀國小補校一年級，中文的聽、說與讀流利，會寫基本國字。來臺5年相繼懷孕生子，較少與外界接

觸，小金2年前開始接觸Y會（外籍配偶家庭服務中心）的活動，活動包含國語、生活、法律等相關課程，2年前在兩個兒子相繼就讀幼兒園後開始工作，曾在便當店工作，現在則在某國小廚房工作，是由識字班同學介紹而來，雖然每月約收入1萬多，但享有勞健保且薪水比以前好，又可以配合小孩的上學時間，小金很滿意這樣的工作。

小金的長子阿力在3歲時進入幼兒園小班就讀，媽媽「因為怕他跟同年齡慢，所以跟老公講說送他上學」，第一學期末被幼兒園老師發現疑似遲緩情形，媽媽回想當初接到老師電話的心情「為什麼我每次打電話去、看聯絡簿，看都很好很好，為什麼結束說慢了？」，媽媽對於幼兒園老師的說法一開始無法接受，但是媽媽表示：

> 我自己去問（老師），自己打電話問，她說可以自己找老師，特教老師幫助他，找她是不是真的這樣？因為班級老師一次要教幾十個小朋友，沒辦法、沒辦法只教他，所以叫特教老師來，只有教他一個人，很好。（0206訪談）

學前特殊教育巡迴輔導老師常常透過幼兒園老師和媽媽聯絡，讓媽媽瞭解特教老師教學內容，也會教導媽媽和阿力互動的技巧，例如：「要常常帶出去玩，然後常常跟人家聊天啊，然後她教我買積木啊，手指靈活點」，在學期末也會約家長到學校說明阿力的學習情形。特教老師介入一個多學期後「她教小朋友，她說已經很好了」，所以阿力升上中班後停止巡迴輔導服務。

（二）經濟弱勢的單親媽媽

陽光來臺9年，來臺1年後馬上生育一女，隨後先生以經濟不佳為由離婚。第2年開始由鄰居介紹至自助餐工作，隨後自己在路旁見到同是新住民同胞，主動詢問老闆而找到小吃店備料的工作，大約工作5年，因廚房工作需要大量體力，後改換在另一家小吃店從事外場工作。陽光中文聽與說流利，但只會閱讀幾個簡單的中文字。陽光目前已達申請臺灣身分證資格，但因尚未回母國申請放棄國籍，故尚未拿到身分證，也影響申請中低收入戶的資格。

女兒小惠則因父母離婚且經濟收入不足以維持其生活正常需求，目前接受家庭扶助基金會的兒童扶助及身心障礙手冊之生活補助。母親因工作繁忙，無法持續讓小惠至醫院復健，「那時候在做那個老闆娘那邊，真的很忙！她說一個月可以休息兩天，啊，可是盡量叫我們不要休息這樣子」。另外，因為小惠在小班被幼兒園老師發現遲緩情形，學前特殊教育巡迴輔導老師介入3年，也偶爾有大學生

到家中陪讀繪本。除此之外，陽光對於小惠身心障礙有關的補助資訊皆不清楚，「我離婚之後，家扶還沒有認識，然後她殘障手冊什麼都沒有錢……後來才找那個（通報轉介暨個案管理中心）」，也由於同是新住民的朋友之中沒有單親家庭或是子女有身心障礙，所以陽光沒有管道知道相關的補助或是服務。

（三）為母則強？！比在地人更能運用資源

平安來自香港。來臺5年，為全職家庭主婦，先生從事建築相關工作，育有一子一女。平安在長子阿宇約2歲時接手照顧，鄰居偶然一句「你怎麼兒子都不太會說話？」，且平安在與鄰居孩子互動時驚覺「比兒子小的小朋友都會說話」，當時的阿宇一個字都不說話，要喝牛奶就拿奶瓶給平安，需要物品會自己去拿，也不會跟平安互動。平安於是跟先生提及阿宇的發展狀況，他「就說你以為阿宇有病嗎？」因為先生的拒絕接受，阿宇的評估鑑定因而暫時擱置。直到平安的先生因故離開母子兩人幾個月，平安於是接受鄰居建議帶阿宇到當地醫院評估，但因鄰居給予的訊息不多，於是平安自己上網查評估相關資料，最後經醫師診斷為語言發展遲緩，阿宇在鑑定1個月後開始接受語言和職能治療。

平安表示，當時她對當地並不熟悉，再加上先生不在身邊，她決定搭火車去復健，「坐火車啊！我後面找到火車站，然後就一直問人」，之後在醫院持續復健2年多。在這過程中，醫院將阿宇轉介給當地的早療相關機構，但因搬家到花蓮，所以平安自己找到了花蓮地區的復健醫院，「之前坐公車啊，查電腦看啊！」，「我老公說我很厲害，他朋友說他們不知道花蓮有公車」，在治療期間，個案管理中心社工曾想安排到宅療育，但是平安覺得「我老公可能會……，我就拒絕了」、「他就覺得是我去跟社工說這個兒子有病」，直到持續做了約2年的復健之後，平安覺得阿宇已經快5歲了，應該上幼稚園，經由個案管理中心社工的協助，阿宇開始就讀幼兒園至今，現為大班生。

> 我那時候不好，國語不好。我也不太會說話，不會用詞語去表達，那時候他（老公）在家裡用自己的事情，我就自己去啊，跟他們的園長說一下情形、看價錢，看他會收多少，因為是社工介紹的，跟他說我們的狀況……。（0513訪談）

平安提及，她在臺灣沒有什麼朋友，再加上常常搬家，面對小孩、夫妻或是生活的問題大多放在心中，因為「如果我跟他們聊天我老公會給我面（臉）色看……他就會說：阿你滾回去香港啦！」但是，與阿宇有關的問題她會問幼兒園

老師和社工。

（四）層層轉介資源的超連結

小花來自中國大陸，來臺十餘年並定居在花蓮南區，全職家庭主婦，先生在外地工作，夫妻育有一子一女再加上極重度的腦性痲痺兒子。小地是家中最小的兒子，現年5歲，小地出生18天後因為癲癇送往加護病房，住院一個多月後聽從醫師建議開始漫長的復健治療，「那時候還沒有滿月就開始跑醫院，哇！每天忙、每天忙」。因為小地的復健需求，小花開始學開車，且每週開車兩次到花蓮市區，每次開車時間來回要3～4小時，這樣的舟車勞頓長達3年多，這期間小花經由個案管理中心引薦下使用到宅療育1年多，一直到搬家才停止。為了小地日益漸增的復健及教育需求，一家人半年前才從南區搬到花蓮市區，並經由個案管理中心社工建議下就讀早期療育中心，小花也積極尋找小地的治療資源。

> 覺得M醫院只有一個禮拜一次，不夠，所以才去C醫院，那時候一個禮拜也是只有一節，禮拜五，C醫院是禮拜二。後來有個小朋友說禮拜一說要停課，我說我要插隊嗎？三點半放學剛好排你，剛好，其實老師不好意思拒絕，因為還有其他小朋友排隊，我就直接要插隊，然後他讓我插隊，所以一、五都有了。（0512訪談）

小花提及，小地的輔具或是其他需求也常常是由醫院、外配中心或是陸輔會認識的媽媽們提供。她同時也有低收入戶、身心障礙補助、T會關懷戶等等的經濟支持，這些資源是由她的小姑告知的。除了在地親友的協助之外，小花表示「醫院先幫我轉介復健科，復健科轉到早療，早療認識之後就認識兒發」，她透過醫院、個案管理中心到早期療育中心層層轉介而取得醫療之外的資源，當地發展遲緩兒童通報轉介暨個案管理中心扮演資源整合和連結的角色。

（五）長期陪伴的新住民家庭服務中心

吳媽來自印尼，曾經在臺灣工作3年後返回母國，之後因結婚而來臺北定居，目前已在臺灣11年，為全職家庭主婦，先生以零工為生。大仁是吳媽在臺灣的第一個孩子，之後再生一個女兒。大仁出生時因有白內障就醫，之後另發現有聽力問題及動作發展緩慢，故8個月即開始在醫院復健，4歲進入早期療育中心就讀，現為特殊學校一年級學生。吳媽回想之前的日子「不會走路、大便在褲子，我們走阿，在臺北大馬路，我一直牽他走，（大仁）一邊哭一邊阿」，但是因為在臺

北時有（新住民服務）社工的協助，吳媽輾轉認識臺北和花蓮地區早期療育的相關資源提供者，分別接受了到宅療育和日間托育的服務。

> 老師給我教的（我）都很認真學，那個時候，我的臉都沒有擦甚麼，人家都漂漂亮亮，我都沒有。我生完小孩，我都不快樂，我回來本來要跟我老公一起快樂，結果都沒有快樂真的沒有快樂。現在好一點，大仁沒有辦法，我也不能出去跟人家那麼好說我小孩子怎樣，跟人家那麼好。我要出去變成還要一起抓他，如果說這樣的時候，我都很辛苦。（1125訪談）

吳媽舉例到宅、社工和早療老師們給的方法，包含溝通圖卡、定位和生活常規訓練，因為這些老師的教導，她學會教導大仁溝通和學習的方法，也比較會解讀大仁的行為。另外，因為低收入關係，吳媽也得到這些專業人員媒合的經濟補助，並零星地在民宿從事清潔工作。談及這些單位如何幫助她及家人時，她說：「外面的人那麼好，他的親戚也好啦！可是外面的人更關心」，她甚至說：「外籍那個單位，比我老公的親戚還那麼好。」現在吳媽非常滿意大仁的表現「他現在去上課，我眼淚沒有很多囉！我都好囉！」同時也對目前漸入佳境的家庭現狀滿意。

（六）網路資源好好用

小美來自中國大陸。小家庭，有一子一女。阿哲是長子，小美覺得阿哲「我生完他，感覺他就是力道沒有那麼好，抱起來不像別的小孩挺挺的」，小美聽別人說有的小孩發展比較慢，「那慢也沒關係，可是怎麼半年了還是？」，所以就帶6個月的阿哲到醫院，醫生「給他做復健，學一下動作，在家裡給他做，這樣比較快一點。如果不做就是等他發展。那我就去做啊！」、「我沒得選啊！因為他有這樣的狀況，難道我不去嗎？既然可以給他去上課，幹嘛不去？」因為在臺南的親人的孩子同時在兩個醫院進行復健，所以阿哲也開始在兩個醫院復健，「因為老師的專業不同、經驗不同，帶小朋友也會不一樣阿！」也是因為醫院復健關係，個案管理中心開始與小美接觸。

治療師在阿哲2歲時建議媽媽阿哲到幼兒園讀書，但是小美一直未付諸行動，1年後小美下定決心打電話到公立幼兒園詢問，得到的答案是「說小朋友太小，優先收4歲、5歲」，但是在一次醫院辦理的研習中「想要去上學就早點去登記就對了，在家裡打電話沒有用，一定要去登記就對」，小美於是自己上網找私立幼兒園的資料，找到「好幾間，就Google搜一搜就有，我就去找」，小美自己帶阿哲

到住家附近的幼兒園，「他（老師）帶我進去的時候，還牽小朋友，外表還不錯啊！白白淨淨的，可以啊！一直誇他，我們小朋友嘴巴也蠻甜的，喔～很好啊，後來聽我講那個（發展遲緩）狀況態度就不一樣，我就沒有去」，直到另一家幼兒園的園長說「看起來也還好啊！」，於是阿哲開始幼兒園生活。

（七）復健才是王道

> 一、三、五做復健，禮拜二是學校讀整天啊，就禮拜四下午休息，休息兩個人睡覺，睡到三、四點差不多了啦，那晚上做功課，吃完飯差不多我洗碗、他休息一下，電腦看一下、我就要給他走跑步機了，我反正，他這個人吼，我就是每分鐘、每秒鐘都有計畫。（0715訪談）

浩浩是個7個月即出生的早產兒，他的父母皆為中國籍，在浩浩2歲大時被上海的醫生診斷為腦性痲痺，5歲時父母離婚並由外祖母愛愛接到臺灣定居。愛愛12年因為工作而留在臺灣，3年前為女兒及孫子辦理來臺依親，愛愛目前獨自在花蓮照顧浩浩，女兒則在北部工作。愛愛將浩浩接到臺灣後即安排浩浩到醫院接受物理、職能和語言治療，「上海醫生有講啊，只能做復健」、「這個孩子一定要做復健，我們社會上也聽多了」。因為在醫院治療之故，透過治療師通報給當地個案管理中心，也在社工的建議下安排鄰近公立國小學前班就讀，第二學期轉至早期療育中心就讀約一學期，屆齡後至另一公立國小特教班就讀小學一年級。由於浩浩目前尚未取得臺灣身分證，「教育局去問就是說沒有身分證什麼（福利）都沒有」。

（八）想要什麼，交給專業！

香香來自越南，來臺8年，為全職家庭主婦，先生從事家電修理工作，偶爾協助先生看顧店面。香香在臺灣未正式入學，但曾在Y會學習拼音並認識一些國字。長子凱凱1歲多時，香香和先生覺得他語言發展慢，2歲多由父母帶至醫院評估。隨後開始做職能、語言、心理治療，也經由醫院轉介進入早期療育中心就讀2年多，但是「（學生）比較嚴重……在那裡沒學到什麼」、「愈學愈糟糕，我們改送他去學校，但是功課也沒什麼好」，父母覺得凱凱能力好些之後經評估後轉至鄰近公立小學附設學前特教班，一學期後因為「想要（他）一般的學啊」，所以轉至幼兒園普通班「這學期上普通班，特教服務」，但是「功課還是很爛……最少也要數數之類的……根本是亂數……一般小孩唸到50，他唸不到」。凱凱現

辦理入小學緩讀，因為父母希望凱凱「多唸一點、多學一點」。

另外，早期療育個案管理中心協助申請療育、交通費補助、安排到宅老師，但是媽媽表示經濟補助「我們不太瞭解，也不太關心，管他的」。至於如何幫凱凱決定療育的資源時，「反正我們就是想要什麼，就問老師，老師就幫忙問啊，還是，他們就問問看，還是要評估」，主要是透過學校老師來取得訊息，其次則是請教個案管理中心的社工。

（九）分析與討論

本研究依《兒童及少年福利與權益保障法施行細則》將早期療育資源分成社會福利資源、衛生資源和教育資源（衛生福利部，2015）。統整本研究八位新住民女性的早期療育經驗，當幼童被診斷為發展遲緩或是身心障礙時，她們最常使用的早期療育資源通常是醫院型態的復健治療，這八位家長在醫院療育之後才陸續有早期療育通報轉介或是個案管理中心的介入，再透過該中心而連結更多的早期療育資源，例如：到宅服務、就讀（幼兒園、學前特殊教育班或是早期療育中心）或是經濟補助。綜合本研究八位新住民女性的早期療育資源使用情形如表3所示。

表 3

研究參與者的早期療育資源使用情形一覽

化名	社會福利資源	衛生資源	教育資源	其他
小金	個案管理服務	無	學前特教巡迴輔導 幼兒園	新住民家庭服務
陽光	（T會）經濟補助 身障生活補助 個案管理服務	無	學前特教巡迴輔導 幼兒園	
平安	個案管理服務	語言治療 職能治療	學前特教巡迴輔導	
小花	個案管理服務 低收入補助 身障生活補助 輔具補助 （T會）經濟補助	物理治療 職能治療 語言治療	到宅服務 早期療育中心	陸輔會
吳媽	個案管理服務 低收入補助 身障生活補助	物理治療 職能治療 語言治療	到宅服務 早期療育中心	新住民家庭服務

（續）

表 3　（續）

化名	社會福利資源	衛生資源	教育資源	其他
小美	個案管理服務 教育費補助 交通費補助 低收入戶	物理治療 職能治療 語言治療	幼兒園	
愛愛	個案管理服務 輔具補助	物理治療 職能治療 語言治療	公立幼兒園 早期療育中心	
香香	個案管理服務 教育費補助 交通費補助	職能治療 語言治療 心理治療	早期療育中心 學前特教班 幼兒園	新住民家庭服務

本研究八位新住民女性，除了一位女性（陽光）和兒童（浩浩）因尚未拿到臺灣公民身分而致少部分社會福利資源無法取得，其餘六位新住民女性則高頻率地使用社會福利及衛生資源，另外，她們也視幼兒的教育需求而使用幼兒園或是特殊教育相關資源。此結論與王美晴（2006）研究臺北市東南亞新住民家庭早期療育服務使用經驗不甚相符，她發現臺北市新住民家庭除了幼托教育類服務使用之外，他們在各項早期療育服務使用偏低，尤其是社會福利補助上的使用率極低。

張秀玉等人（2004）以量化方式比較本國籍和東南亞籍女性使用早期療育資源的運用狀況，發現本國籍家庭的社經地位較東南亞籍家庭高，且本國籍女生在運用復健醫療、教育和社會資源普遍比外籍女性高，尤其是在教育資源運用上的比例懸殊最大。本研究僅有一位母親表示不在意是否有相關補助，部分研究參與者的家庭傾向經濟弱勢，例如，八位新住民女性有一位職業為餐廳外場服務員的單親母親，另有三位母親為全職家庭主婦且丈夫無固定工作，其他四個家庭只有一位新住民女性（小金）有穩定工作，且其工作收入每月低於臺灣勞工的基本薪資（107年度為每月22,000元）。雖然如此，本研究參與者的經濟傾向弱勢，但本研究的新住民女性仍普遍使用醫療和教育性質的早期療育資源，顯見新住民女性在維護子女健康和早期療育資源使用方面並不因經濟地位而受限，她們普遍因臺灣早期療育系統的建立而有機會連結相關資源，並重複使用醫療、教育及經濟等相關資源。

值得一提的是，八名新住民女性因其子女需求而開始了早期療育使用之旅，除了運用一般家庭也能使用的社會福利、教育和醫療資源之外，有一個因應她們獨特身分而產生的資源可供使用：新住民家庭中心及陸輔會，其中五位在受訪時

分別提及此資源對她們生活或是家庭的協助，但僅有一位（吳媽）在孩子有早期療育需求時持續提供關懷、轉介或是心理支持，其餘的新住民女性則未因孩子的早期療育需求而求助於此服務系統。這個系統在新住民家庭同時有早期療育需求時的功能似乎無法完全符合家庭的需求或是期待，是個值得未來深入討論的議題。

二、以社會資本觀點看新住民女性早期療育資源之使用

依據Halpern（2005）的社會資本架構概念，本研究新住民女性的早期療育資源運用具有橋接型的社會資本，因其具有（微觀層面）熟識的人及朋友的網絡、互惠的規範，以及具有（中觀層面）社群間連結的網絡、對其他群體理解的規範。另外，本研究也以鉅觀層面討論新住民女性所面對的困境。分述如下。

（一）微觀層面的網絡、規範和約束力量

1. 熟識的人及朋友的網絡：互相疼惜及交換訊息的家庭網絡

> 有這種小朋友，我們家長很團結！也是互相疼惜……我帶我兒子去國小玩，我就認識一個住在一路的媽媽，他的小孩是水腦症，他自動跑過來跟我聊天，跟我說他小孩子，他就說以後有甚麼要幫忙就是可以講，互相留電話，有時候就拿菜啊，衣服啊，有甚麼就給我啊！（1130小花）

本研究的八位新住民女性除了家庭的支持系統之外，因療育經驗而慢慢累積的家庭網絡「那些輔具申請阿，都是那邊其他媽媽告訴我」（1130小花）。值得一提的是，新移民女性面臨子女發展遲緩問題時，不會因新住民國籍相同而形成社交網絡，「也要看看兩個人有沒有投機」（1206小金），反而形成跨國籍的訊息交換網絡。舉例來說，當小金被問及她參與的新移民服務團體（Y協會）是否有發展遲緩兒童的家長，她回答：「有認識一個越南的，他的兒子也有比較慢。因為我在花蓮市，聊聊天就沒有（繼續）了」（1129訪談）。有趣的是，當研究者詢問Y會是否提供任何早期療育或是相關家庭服務時，小金表示她並未向Y會工作人員透漏兒子阿力為發展遲緩兒童，僅透過Y會工作人員瞭解另有一位新住民第二代有特殊需求的情形，但是阿金和這位家長並沒有深入互動，對方也不清楚阿力有發展遲緩。小金這樣的決定也呼應上述所言，國籍不是新住民女性連結早期療育資源的方式。

2. 新移民女性為療育資源的使用者和決策者

在社會資本架構中，家人的情感及支持屬於黏著型的社會資本。研究者在訪談過程中發現，新住民女性為其子女尋找或是使用早期療育資源時，通常會尋求先生的同意，然而，扣除單親的陽光和阿嬤愛愛之外，六位媽媽紛紛表示先生通常沒什麼意見。例如，當小金煩惱著孩子發展遲緩，但先生「他沒有發現比較慢」、「我跟我老公講……他沒有說什麼」，小金選擇面對幼兒園老師的建議：自己和特殊教育巡迴輔導老師聯絡。這樣自己決定早期療育資源的例子還有小美，小美要將阿哲送到醫院復健、幼兒園上課等決定也是「我先生上班，哎唷！還是我自己決定比較好。因為小朋友我在帶啊，我最瞭解」。吳媽也是有同樣的歷程，面臨兒子的重大決定「甚麼都給我決定，因為那時候開刀我聽不懂，說開刀就開刀了」。這幾位女性的先生看似是子女早期療育資源的決定者，但仔細分析決策過程幾乎是由媽媽決定。只有一位母親（平安）例外，她的先生比較像是早期療育資源的守門者，由他決定兒子使用資源的類型，平安也會因擔心先生反對而不使用某些資源「有問過我要不要（到宅服務），有一些老師可以上來這邊教阿宇上課，我老公可能會……，我就拒絕了」。

另外，研究者發現，親友中若有一個重要他人提供相關資源，對新住民女性連結資源的助益不小。這個重要他人常常是家庭支持系統中的女性，在新住民女性眼中屬於「有能力」。以小花為例，她的家族中有一位熟悉社會福利資源的「知識分子」，因為她的建議，小花變更孩子的障礙程度以符合低收入戶補助。

> 像我們拿到手冊，她就幫我們申請身障補助啊，很多資源都是她告訴我們的。我不太懂……他中度的（身心障礙），後來姑姑就說，這樣，年紀這樣，一歲多，她說你的狀況可以申請低收，可是如果弟弟是中度的話，以後可以出去工作，他還有一定的行為能力，但是他現在不是中度，他是沒有行為能力，所以要去問問看主任，可不可以開重度，因為他甚麼都不會，法令規定，重度需要單一照顧者。（1130小花）

總結上述，本研究的新住民女性如相關研究所述，承襲家庭及社會對女性的角色期待（許雅惠，2009），這些女性是孩子的主要照顧者，也是療育資源的使用者和決策者，另外，母親傾向使用較多的療育服務，也與國外研究結果一致（Bailey, Skinner, Gut, & Correa, 2009）。

（二）中觀層面：社群連結的網絡

以下針對中觀層面的網絡關係做進一步討論，主要強調這八名新住民女性如何透過連結不同的社群（例如：幼兒園、早期療育機構及專業人員）來運用早期療育資源。

1. 架接早期療育資源的橋梁：通報轉介暨個案管理中心

政府於1997年開始成立並運作發展遲緩兒童的通報轉介和個案管理系統，20年過去，如今每一個縣市至少有一個通報轉介和個案管理中心（衛生福利部，2017）。這些通報轉介中心提供早期療育相關諮詢或是資訊、轉介服務、辦理宣導活動，而個案管理中心則提供個別化家庭服務，包含安排評估鑑定、連結資源、追蹤輔導等服務（高雄市早期療育綜合服務網，2018；臺北市政府社會局早期療育網，2018）。花蓮縣的通報轉介中心與很多縣市相同，皆是與個案管理中心合併為「通報轉介暨個案管理中心」，此中心提供的服務和上述服務大致相同。如前所述，本研究八名新住民第一次開始接觸早期療育資源或許是從醫院或是幼兒園開始，但他們大量仰賴通報轉介暨個案管理中心來架接其他的療育資源，尤其是教育和社會福利等相關資源。

研究者分析這八位女性取得早期療育資源的順序（表4）發現，不論這些特殊需求兒童第一次接觸的療育資源或是被通報管道為何，通報轉介暨個案管理中心是她們獲取醫院以外療育資源的重要樞紐，透過該中心的資源連結，這些新住民家庭開始使用早期療育的資源。舉例而言，家住花蓮南區的小花以及原來居住臺北的吳媽，她們都是因為子女早期的疾病而經由醫院通報，也因此而有在地的到宅服務和早期療育中心等相關專業的介入。值得一提的是，這八位新住民女性開始早期療育的契機在於醫院或是幼兒園，而其他非新住民的家長卻有不少的比例是由家長自行通報，也就是說，新移民女性或許在知覺子女有發展遲緩和瞭解早期療育資源上是否較為困難以至於無法自行尋求通報轉介中心的服務？目前早期療育宣導工作主要是由通報轉介中心的社工擔任，其工作內容大多是透過大眾媒體、宣傳單張、兒童健康手冊等方式進行，但對於新住民在文化或是語言弱勢的情形下，上述方式或許需要加以調整，這是未來在早期療育宣導上可多做著墨之處。

表 4

研究參與者的早期療育資源使用軌跡

化名	早期療育資源使用軌跡
小金	醫院→通報轉介暨個案管理中心→幼兒園／學前特教巡迴輔導
陽光	幼兒園→醫院→通報轉介暨個案管理中心→學前特教巡迴輔導
平安	醫院→通報轉介暨個案管理中心→幼兒園
小花	醫院→通報轉介暨個案管理中心→經濟及輔具補助、到宅服務→早期療育中心
吳媽	醫院→通報轉介暨個案管理中心→到宅服務、外籍家庭服務中心→早期療育中心
小美	醫院→通報轉介暨個案管理中心→幼兒園／學前特教巡迴輔導
愛愛	醫院→通報轉介暨個案管理中心→幼兒園／學前特教巡迴輔導→早期療育中心
香香	醫院→通報轉介暨個案管理中心→早期療育中心→幼兒園／學前特教巡迴輔導

國內的身心障礙者福利包含五大項（衛生福利部，2019）：(1)經濟安全：生活費補助、社會保險費補助、維生器材或是必要生活用電補助；(2)生活照顧：居家服務、社區式照顧服務、家庭服務及機構式照顧；(3)輔具資源服務整合：輔具費用補助及維修；(4)個別化專業服務；(5)福利服務活動：辦理各項福利服務活動、大型宣傳活動和國際身心障礙者日。另外，根據馬財專與黎德星（2017）的研究報告，照顧身心障礙家人常見的社會福利有喘息服務、居家服務、日間或是社區照顧等照顧服務，也有部分縣市會有照顧者的心理支持。上述這些服務和支持並未以國籍來區隔服務使用者。但本研究八位新住民女性較常使用復健、輔具或教育資源，對於喘息、居家服務或是家庭支持等服務幾無使用，其未使用原因是新住民家庭不需要這些服務？不瞭解這些服務？不知道有這些服務，抑或是不知道服務在哪裡？或是這些服務未加以統整輸送至新住民家庭？以上種種問題凸顯對於家有發展遲緩或是身心障礙的新住民家庭的早期療育服務需要進一步研究或是統整。

2. 早期療育服務的開關：醫院和幼兒園

本研究參與者小美、香香和平安因發現子女發展與同年齡兒童慢，故主動至醫院就診。這三位母親開始醫療資源的起點略有不同，小美和香香是因為小兒科醫師的建議，再將孩子帶至復健科就診，並開始復健。

> 他復健是因為，我生完他，感覺他就是力道沒有那麼好，抱起來不像別的小孩挺挺的，比較軟。後來醫院醫生說要不要去給他做復健，學一下動作，在家裡給他做，這樣比較快一點。（小美1206訪談）

醫生說他有點慢，因為他那時候很少講話……像我老公朋友之類的大部分的第一個（小孩）都是很慢的，家人少還是怎樣的，好像每個都不太會講話……但是我們擔心，所以給他去上課（復健）。（香香0211訪談）

另一位母親（平安）則是經由鄰居提醒才將阿宇帶至醫院。

住在一個大廈那邊，那時候附近的爸爸媽媽就有很多小朋友，有時候我就會帶阿宇去玩，那時候阿宇不會說話。然後那些媽媽跟我說：你怎麼兒子都不太會說話？可是他脾氣很壞。然後我又看到比兒子小的小朋友都會說話，最少都會說兩個字、兩個字，可是我兒子都不會，我就很奇怪。（平安0513訪談）

這三個家庭在幼兒有發展疑慮時即將幼兒帶往醫院，醫院就診後即開始復健，並由醫院通報當地發展遲緩兒童通報轉介中心，再依教育需求而再進入幼兒園或是學前特殊教育班就讀。此現象與發展遲緩兒童皆以醫院為大宗通報來源吻合（衛生福利部，2017），也與國人普遍發展有疑慮就醫的認知相符。

除了以上三位幼兒的早期療育經驗之外，本研究有兩位母親（小金和陽光）在子女就讀幼兒園後經由篩檢才到醫院就診，「感覺說他為什麼跟不上，因為他很正常啊，為什麼跟不上？我那時候還有點生氣（笑）」（小金0206），也因此有機會接觸早期療育資源。這兩位媽媽使用早期療育的經驗，說明幼兒園的篩檢是早期療育的重要途徑，使發展遲緩兒童得以進入早期療育服務系統。另外三位新住民女性（小花、吳媽、愛愛）則是因幼兒早產或是出生後很快顯現發展的特殊情形，故這三個家庭很早就開始使用醫療復健資源，也因此而連結了早期療育資源。

（三）鉅觀層面：他鄉何時變故鄉？

本研究參與者陽光因與丈夫離婚但取得其未成年親生子女監護權，故能依《入出國及移民法》第31條第4項規定在臺居留，但根據《國籍法》規定，陽光需於1年內提出喪失原有國籍證明，方能成為本國國民享有社會救助或是社會福利，由於陽光無法籌措足夠的返鄉花費而一直無法取得我國國籍，使她無法獲得低收入戶的補助資格。

那個辦戶口名簿那邊啊，因為他查我那個資料啊，打電話來啊，叫我去辦（低收入戶），後來說沒有身分證不行，叫我辦身分證……她還叫我回去啊，回去

家裡啊、越南蓋印章，啊，小孩，如果我跑回去啊，花那個錢，我沒有錢回去。（1129訪談）

除了《國籍法》對新移民家庭的限制外，《社會救助法》也對經濟弱勢家庭不利，第5條規定低收入或是中低收入戶申請人之父母包含在家庭總收入之計算人口之中。以小花為例，她的先生和三名子女都符合低收入標準，但因為計算小花在中國大陸的父母而喪失低收入戶資格。

我爸媽是大陸的，為什麼把他列在所得裡面？就是列在人口裡面，我就覺得很傻眼，所得把我列著，資格就把我排除，我就覺得很傻眼，這個政府怎麼這樣？所以我都不敢生病，因為如果我一旦生病，就很貴啊！他們低收有補助不用錢啊！（1130訪談）

如馬財專與黎德星（2017）所提出，目前新住民發展基金針對未設籍前的新住民有相關的社會救助，有些縣市政府則以特殊個案來處理新住民或是其幼兒因身分而產生的社會福利斷層，然而，此社會福利系統存在著對新住民女性的排除與隔離，她們也常因身分問題而無法就業、享有健保或是接受教育，造成她們或是家庭需求無法被滿足，常常處於一個弱勢中的弱勢情境。

（四）分析與討論

1. 以信任為基礎的橋接性社會資本

綜觀上述八位新住民女姓的早期療育經驗，醫院和幼兒園是新住民家庭發現子女發展遲緩的重要途徑，醫院是新住民女性使用早期療育的重要資源，而幼兒園亦扮演辨識發展遲緩兒童的重要角色。另外，這八位新住民女性的早期療育社會資本多以醫院方式連結更多的早期療育資源，屬於橋接性的社會資本，這種類型的社會資本幫助她們連結異質社會團體，與前述新住民內聚型、水平式和凝聚式不同（許雅惠，2009；陳燕禎，2008）。許雅惠（2009）分析新住民女性的社會資本發現，同鄉關係剛開始很重要，但卻不會因相同國籍而發展出凝聚性的社會資本，且這類凝聚性社會資本的重要性會隨著她們開始工作而愈來愈低。本研究的新住民女性很少因為相同國籍而發展出使用早期療育的社會資本，反而是因為早期療育的需求和經驗讓她們有機會接觸專業人員，隨著接觸時間慢慢與專業人員發展出相互信任關係，進而取得資源並建立資源網絡。

2. 交換資料的工具性社會網絡

本研究的新住民女性傾向以幼兒需求來運用早期療育資源，她們透過家庭成員和有相同境遇家長來傳遞相關訊息，她們的社會資本運作與之前研究新住民女性是以先生為守門員不同（許雅惠，2009），或是以母國親友或配偶家庭為主要網絡不同（陳燕禎，2008），她們通常是早期療育資源的決策者和使用者。根據本研究幾位女性描述與配偶討論早期療育的決策歷程，貌似夫妻一起做決定，但大多較像太太告知孩子的療育狀況，此種情形像是婚姻關係中的性別位置，由母親主內，從事生育、養育及教育（一般或是特殊）兒童；另外，她們社會資本的連結目的皆以兒童療育為主，較少觸及家庭需求，此結果亦與謝雪娟（2008）的看法一致，提出新住民女性與初級支持系統（先生、夫家親人和朋友鄰居）的連結度強但得到的支持少，其工具性網絡和情感性網絡重疊性高。

綜合上述八位新住民女性使用早期療育資源與臺灣一般家庭異同如下。首先，周錦淑（2011）研究有自閉症兒童的家庭，運用較多早期療育資源為醫療，與本研究結果發現一致。其次，鄧倩茹（2008）和王淑慧（2011）分別研究貧窮和高社經地位家庭使用早期療育資源經驗，發現兩種截然不同使用早期療育資源的樣貌，高社經地位家庭有質疑專業人員的情形，也會使用其人情優勢來運用早期療育資源；來自貧窮家庭則較常運用非正式資源來協助其子女。本研究結果發現，新住民女性與早期療育專業人員是以信任的基礎來互動的，造成臺灣和新住民家庭的差異，有可能是文化背景因素，也有可能是對早期療育概念不同所致，值得未來進一步研究。

三、新住民女性早期療育資源使用的影響因素

研究者整理相關文獻發現，影響使用早期療育資源的因素有四（王美晴，2006；周依潔、林俊瑩、林玟秀，2014；張秀玉，2007；張秀玉等，2004）：（一）幼兒的特質：包含幼兒的性別、年齡、排行、障礙程度和類型；（二）家長特質：新住民家庭的特質／人口結構、配偶支持度、家長的健康信念和獲取資源的能力、主要照顧者的教育程度、接受補助情形、參加額外療育活動及家長團體、親職能力；（三）服務使用成果的回饋：交通、經濟、時間；（四）早期療育資源的主觀或是客觀需求。本研究基於上述影響因素，提出相關因素之討論（如表5所示）。

（一）健康信念

首先，在健康信念方面，王美晴（2006）指出，新住民家庭使用早期療育服務時會受到對兒童發展的認識、發展遲緩的態度、療育資源的掌握、早期療育效果等健康信念的影響。以平安、小美和香香為例，她們都是察覺子女的發展異常而主動至醫院就醫，也因此讓這些兒童有機會進一步接觸醫院以外的療育資源，這三位新住民女性有非常清楚「發展遲緩需要就醫」的概念；另外小花、吳媽和愛愛因她們的孫子女在嬰兒時期即有顯著的醫療需求，早已大量且持續使用復健治療資源，顯示她們「相信早期療育效果」的行動。相對於這六位新住民女性，本研究另兩位參與者小金和陽光則是經過幼兒園老師提醒才至醫院就診，但這兩位女性的反應型態則不同，小金在老師提醒下開始療育，反觀陽光則沒有意識到女兒的發展狀況，在經過幼兒園老師提醒後，也因忙於工作而未讓女兒到醫院復健。整體而言，本研究大部分參與者大多能肯定早期療育的重要並付諸行動。此結果與葉玲伶（2005）的研究結果相近，新住民母親瞭解早期療育的重要並且積極配合或是尋求療育服務。

（二）獲得資源的能力 vs. 語言能力

其次，在獲取資源的能力方面，有一些研究發現，早期療育資源使用受到家長能力的影響（張秀玉，2007）。本研究有幾位女性獲取資源能力和方式與其他研究參與者不同，來自香港的平安和來自中國大陸的小美，她們擅長使用網際網路尋找醫院或是幼兒園資源，相對於本研究其他女性則大多用詢問親友或是專業人員的方式來建構資源網絡。有些研究把新住民使用較少早期療育資源歸因於語言因素（李文杰，2008），然而，本研究參與者有四位來自使用華文的地區，但僅有平安和小美以網路連結療育資源，顯然語言因素無法完全解釋新住民使用早期療育資源的影響因素。

（三）其他個人及家庭特質

研究者探究可能原因，發現新住民使用早期療育資源可能與個人因素有關。本研究大多數的參與對象都有積極尋求早期療育資源的動力或是個性，例如，小金會主動打電話給老師詢問兒子在校情形；平安更是比當地人更瞭解交通狀況、吳媽會拿報紙回家讓先生協助尋找工作；愛愛也指出「我就是每分鐘、每秒鐘都有計畫」，由此得知她對孩子浩浩的治療投入程度；香香更指出「想要什麼，就問老師」的態度；小花和小美則是努力爭取孩子接受療育的頻率。簡言之，與其

說影響新住民女性使用早期療育因素是語言，不如將影響因素歸納為健康信念、獲取資源能力和行動力等個人特質。另外，新住民的子女障礙類別和程度、婚姻或是家庭狀況、工作情形等也可能是影響資源運用的因素。分析新移民女性的家庭特質，其中兩位女性為單親撫養其特殊幼兒，分析其他六位女性的夫家資源，有兩位（小花和小美）則因有家人的告知早期療育資訊，形成社會資本中的重要連結網絡和資訊。另外，八位新住名女性中的三位為全職家庭主婦且其先生無固定工作，形成家庭經濟的拮据。

表 5

研究參與者個人特質與早期療育資源運用方法

化名	個人背景 / 特質	運用資源的方法
小金	・來自越南 ・學校餐廳工作 ・兒子發展遲緩	・打電話和幼兒園聯絡 ・向巡迴輔導老師學習互動技巧
陽光	・來自越南 ・單親家庭 ・小吃店勤奮工作 ・女兒智能障礙	・工作忙碌無法帶女兒至醫院復健
平安	・來自香港（會使用中文） ・健康信念（發展遲緩需就醫）	・自行上網尋找幼兒園 ・自行坐公車帶孩子復健
小花	・來自中國大陸（會使用中文） ・健康信念（復健） ・兒子極重度腦性麻痺 ・家人提供早期療育資訊	・家中成員協助尋找資源 ・學開車送兒子去醫院復健 ・為兒子復健需要搬家 ・積極安排復健時間 ・使用多元資源
吳媽	・來自印尼 ・兒子多重障礙 ・健康信念（復健）	・跟到宅老師學技巧做教具 ・拿報紙找工作
小美	・來自中國大陸（會使用中文） ・健康信念（發展遲緩需就醫） ・兒子發展遲緩 ・夫家親人住在附近 ・夫家親人有發展遲緩子女	・自行上網尋找幼兒園 ・家中成員協助尋找資源
愛愛	・來自中國大陸（會使用中文） ・健康信念（復健） ・孫子腦性麻痺	・積極復健
香香	・來自越南 ・健康信念（發展遲緩需就醫） ・兒子發展遲緩	・需要資源就問老師

伍、結論與建議

一、結論

（一）多元使用早期療育資源的新住民家庭

本研究中的八位新住民女性各有其個人和家庭背景，展現多元的早期療育資源使用樣貌。她們看似面臨性別、國籍、人際關係、工作等不同面向的社會排斥，但透過醫院、幼兒園或是通報轉介暨個案管理中心等專業人員和親友的協助，運用早期療育資源幫助自己的子女和家庭扭轉困境，她們高頻率地使用醫療、社會福利和教育等類型的早期療育資源。

（二）新住民女性的早期療育社會資本是以信任、工具性網絡和專業互動

本研究的新住民女性以醫院方式連結更多的早期療育資源，屬於橋接性的社會資本，這種類型的社會資本幫助她們連結異質社會團體，她們很少因為相同國籍而發展出使用早期療育的社會資本，反而是因早期療育的需求和經驗讓她們有機會接觸專業人員，隨著接觸時間慢慢與專業人員發展出相互信任關係，進而取得資源並建立資源網絡。其次，本研究的新住民女性以兒童需求為中心來交換資訊，她們因為地利之便而擁有跨國籍的家長支持網絡。最後，本研究少數新住民女性因婚姻狀態和經濟弱勢等特殊境遇，讓她們無法取得社會救助，處於社會福利服務斷裂的弱勢。

（三）新住民女性的健康信念和個人特質影響早期療育資源的使用

新住民女性使用早期療育資源受到健康信念、資源獲取能力和個人行動力等因素影響，她們普遍瞭解發展遲緩需要就醫，並肯定早期療育的效果；另外，因應網際網路興起讓使用華文的新住民能快速搜尋資源；最後，本研究的多數新住民女性亦展現積極的個人特質來幫助她們使用早期療育資源。

二、建議

（一）探討全家觀點的早期療育社會資本

本研究以新住民女性觀點探討其家庭的早期療育資源社會資本，無法瞭解父親或是其他家人的資源使用情形或是觀點，建議未來研究可以全家觀點來探討新

住民家庭早期療育資源的社會資本建構情形。另外，本研究對象皆是家中有3歲以上發展遲緩兒童的新住民女性，這些兒童皆是接受中心為本位的教育服務（早期療育中心、學前特教班和幼兒園），由於2歲以下發展遲緩兒童傾向接受家庭本位的療育服務，故建議未來研究以這些家庭為對象，瞭解其早期療育資源的使用樣貌和建構方式。

（二）分析以家庭為中心的服務歷程

本研究發現新住民的早期療育資源是以專業人員為主體而建構，但研究指出，家庭亦需要如親友和家長團體等的非正式支持，因此建議提供家庭服務者能建立像Parent to Parent的家庭團體，透過有類似經驗的家長提供情感支持或是其他資訊；此外，相關研究大多探討新住民女性或是家庭的早期療育資源使用狀況，建議未來研究聚焦於家庭為中心的服務歷程，以及家庭授權的觀點，亦即檢視並評估家庭需求和資源、訂定並執行家庭目標的策略、達到自我界定的目標等相關歷程。

（三）建立醫療、教育、社會福利的服務網絡

本研究發現，醫院和幼兒園於新住民女性早期療育的使用上扮演重要的把關和執行工作，而通報轉介暨個案管理中心則扮演橋梁的角色。早期療育跨領域結合指的即是醫療、教育和社會福利，此三者應建立更緊密的夥伴關係，發展新住民家庭獨特的服務模式。

參考文獻

一、中文部分

內政部96年10月1日內授移字第0960946753號函。

王育清（2014）。新住民家庭特殊需求子女之母親的教養歷程。**特教論壇，16**，19-32。

王美晴（2006）。**臺北市東南亞新住民家庭早期療育相關服務使用經驗與影響因素之探析**（未出版之碩士論文）。國立臺灣大學，臺北市。

王素美、林育秀、李卓倫、陳文意、梁亞文（2011）。台灣新住民女性與醫療衛生需要。**澄清醫護管理雜誌，7**（1），19-31。

王淑慧（2011）。**育有自閉症子女之高社經地位家庭早期療育資源使用與親職教養之經驗**（未出版之碩士論文）。國立臺中教育大學，臺中市。

吳毓瑩、蔡振州、蕭如芬（2011）。東南亞裔新住民母親參與子女學習之狀況與阻礙。**教育學刊，37**，1-35。

李文杰（2008）。**本籍與外籍配偶子女的疾病型態與醫療資源耗用之比較**（未出版之碩士論文）。高雄醫學大學，高雄市。

兒童及少年福利與權益保障法施行細則（2015）。

周依潔、林俊瑩、林玟秀（2014）。臺灣地區不同障礙類別特殊幼兒學習行為之差異分析：家庭社會資本的作用。**特殊教育與復健學報，30**，1-22。

周錦淑（2011）。**臺北市自閉症者家庭應用社會福利服務資源現況之調查**（未出版之碩士論文）。國立臺北大學，臺北市。

洪宜盈（2006）。跨國婚姻婦女所生育子女之健康狀況及相關因素分析。**澄清醫護管理雜誌，2**（2），17-23。

倪志琳、田佳靈（2015）。育有特殊幼兒大陸籍媽媽早期療育經驗之探究。**長庚科技學刊，23**，79-98。

夏曉鵑（2001）。「外籍新娘」現象之媒體建構。**台灣社會研究季刊，43**，153-196。

馬財專、黎德星（2017）。**新住民照顧身心障礙家人之社會家庭支持網絡研究**。新住民發展基金補助究報告。嘉義縣：國立中正大學。

高淑清（2008）。**質性研究的18堂課：首航初探之旅**。臺北市：麗文文化。

高雄市早期療育綜合服務網（2018）。**個案管理服務內容**。取自https://early.kcg.

gov.tw/cp.aspx?n=8E1CEED961270CB8

張秀玉（2007）。影響早期療育家庭使用資源之相關因素。**社區發展季刊，120**，233-251。

張秀玉、曾華源、賴玫凰（2004）。發展遲緩兒童之家庭特質與資源運用狀況：早期療育個管中心本籍與東南亞籍女性配偶家庭之比較。**兒童及少年福利期刊，7**，13-38。

許雅惠（2009）。魚與熊掌：新住民婦女的社會資本分析。**社會政策與社會工作學刊，13**（2），1-54。

陳燕禎（2008）。台灣新住民的文化認同、社會適應與社會網絡。**國家與社會，4**，43-100。

曾華源、張秀玉（2003）。**外籍女性配偶子女發展遲緩高危險群可能性之研究：以進入早期療育通報轉介中心之個案為例**。臺中市：內政部兒童局。

鈕文英（2013）。**研究方法與論文寫作**（第二版）。臺北市：雙葉書廊。

黃源協、莊俐昕、劉素珍（2011）。社區社會資本的促成、阻礙因素及其發展策略：社區領導者觀點之分析。**行政暨政策學報，52**，87-130。

葉玲伶（2005）。新臺灣之子家庭療育經驗。**東華特教通訊，33**，6-12。

葉肅科（2004）。外籍配偶家庭：社會資本與社會凝聚力初探。**應用倫理研究通訊，39**，33-45。

詹火生、陳芬苓（2014）。**我國外籍配偶弱勢情境分析之研究**。102年度「外籍配偶照顧輔導基金」補助研究計畫報告。臺北市：財團法人國家政策研究基金會。

臺北市政府社會局早期療育網（2018）。**早期療育通報及轉介中心服務內容**。取自https://www.eirrc.gov.taipei/cp.aspx?n=28817554DB8E329A

衛生福利部（2017）。**發展遲緩兒童早期療育服務個案通報概況**。取自https://www.mohw.gov.tw/dl-24080-bd1efc1d-66bd-4b75-ad31-b75714cea51e.html

衛生福利部（2018）。**發展遲緩兒童早期療育**。取自https://www.mohw.gov.tw/cp-88-238-1-48.html

衛生福利部（2019）。**身心障礙福利簡介**。取自https://www.sfaa.gov.tw/SFAA/Pages/Detail.aspx?nodeid=349&pid=2435

鄧倩茹（2008）。**早期療育貧窮家庭資源使用經驗之研究——增強權能觀點**（未出版之碩士論文）。國立臺中教育大學，臺中市。

鄧蔭萍（2007）。探討東南亞新住民女性子女教養經驗與困境。**家庭教育雙月刊，6**（3），7-23。

謝雪娟（2008）。新移民女性的社會網絡探討。**家庭教育雙月刊，16**，22-29。

鍾鳳嬌、王國川（2004）。外籍配偶子女的語文、心智能力發展與學習狀況調查研究。**教育學刊，23**，231-257。

顏瑞隆（2014）。從社會資本觀點談臺灣融合教育的發展。**特殊教育季刊，133**，27-34。

Fraenkel, J. R., Wallen, N. E., & Hyun, H. H（2013）。**教育研究法：研究設計實務**（第二版）（楊孟麗、謝水南，譯）。臺北市：心理。（英文版出版於2011）

二、西文部分

Bailey, D. B., Skinner, D., Gut, D., & Correa, V. (2009). Awareness use and satisfaction with services for Latino parents of young children with disabilities. *Exceptional Children*, *65*(3), 367-381.

Bourdieu, P., & Wacquant, L. J. D. (1992). *An invitation to reflexive sociology*. Chicago, IL: University of Chicago Press.

Coleman, J. S. (1988). Social capital in the creation of creation of human capital. *American Journal of Sociology*, *94*(1), 95-120.

Fukuyama, F. (2001). Social capital, civil society and development. *Third World Quarterly*, *22*(1), 7-20.

Halpern, D. (2005). *Social capital*. Malden, MA: Polity Press.

Putnam, R. D. (2000). *Bowling alone: The collapse and revival of American community*. New York, NY: Simon & Schuster.