2021年世界衛生組織發展遲緩兒童親職技巧訓練台灣推廣計畫

**家長團體課程參與者招募說明**

親愛的家長們好：

**因疫情影響，許多孩子的治療或課程不得不暫停。但發展遲緩的孩子的成長是無法等待的，除了積極跑早療之外，您知道您也能利用在家的遊戲及家庭例行活動來促進孩子的溝通及互動，更有效地幫助孩子成長嗎？**在此，我們十分誠摯地歡迎您參與「世界衛生組織發展遲緩兒童親職技巧訓練台灣推廣計畫」。

本計畫提供家庭主要照顧者(主要照顧孩子的人)一系列的課程，專業人員將教導提升親職技巧的關鍵內容，透過合宜教養與共同分享策略的團體討論以及電訪與家庭訪視，協助學員們將技巧應用到日常生活中，建立有效的親子溝通模式，促進孩子的發展與學習，並減少情緒行為問題，為療育之路奠定良好的基礎。

遵循世界衛生組織開發及推廣發展遲緩兒童親職技巧訓練計畫的理念與指引，本計畫提供免付費課程。為珍惜資源，請您在報名前確認參與意願及許可的時間(臨時因故請假需補課，且請假以三次為限)。參與者在簽署同意書參與本計畫之後，仍享有隨時可自主退出之權利。本計畫執行時會善盡個資保密之責，各項紀錄內容僅供本計畫研究及推廣使用，且遵循個資去識別化之原則發表相關報告。

若您有意願參與本計畫，請於即日起至**民國110年8月 13 日12:00前**填寫附件之報名表格與同意書，**以電子檔傳至<cat@fact.org.tw>**，以利後續之評估審查作業。

茲將本計畫簡要說明如下：

**壹、計畫緣起、背景與目的**

 面對需要長期醫療、教育和照顧的發展障礙學齡前兒童，目前除了早期療育外，尚無更有效的改善方法。但因即使是最先進的國家也無法對有需求者全面提供早期療育，故世界衛生組織(WHO)提出精神健康差距追趕計畫(Mental Health Gap Action Plan, 簡稱mhGAP)，並針對發展障礙兒童與家庭的需求，於2009年在mhGAP處理指南中加入發展障礙者的親職技巧訓練計畫。

 鑒於累積的臨床研究顯示，經短期訓練後的父母，不論地區、階層、文化，皆能有效地對他們的自閉症或智能障礙孩子進行在家之療育。2013年，自閉症之聲(Autism Speaks, AS)和WHO合作在日內瓦辦理自閉症和發展障礙專家會議，決定在全世界推展協助自閉症和智能障礙者發展的親職技巧訓練計畫(Caregiver Skills Training Programme for Children with Developmental Delays, 簡稱WHO CST)。至2021年，全球已有36個地區執行WHO CST，台灣是第14個加入的國家。

 台灣目前雖然並非WHO會員國，因為推展WHO CST的AS資深副總裁Dr. Andy Shih為台裔美人，了解本計畫主持人宋維村醫師長年對自閉症的研究和服務經驗，於2016年二月積極邀請台灣加入這個計畫。因此，宋維村醫師結合中華民國自閉症基金會和臺大醫院精神醫學部，共同推展世界衛生組織發展遲緩兒童親職技巧訓練臺灣執行計畫(簡稱WHO CST-Taiwan)，於完成2017年先導計畫及2018年試辦計畫後，自2019年起啟動推廣計畫，逐步在臺灣各地區推展CST，讓我國國民得以使用WHO全球共享的資源！

**貳、推廣計畫家長團體課程執行說明**

1. 執行時間：**110年8月至111年2月**
2. 招募對象及參與本計畫之必要條件：

(一)2至5歲(未滿6歲為原則)疑似發展遲緩、發展遲緩或身心障礙兒童之**家長**(**每個推廣單位4-6個家庭**)。

1. 執行方式：[因應疫情影響，現場上課或視訊上課由各單位決定]

 (一)110年 8 月至111年 2 月期間能全程配合推廣計畫家長課程，包含：

 1.**每2週參加1次課程，每次2.5至3小時，預計共9次的家長團體課程。**

 【特別說明：(1)恕無法提供孩童之臨托服務。(2)須為報名之發展遲緩幼兒的主要照顧者方能參與本課程。(3)參與者須充份參與6堂課以上，才可獲頒結訓證明。若超過3堂課缺席或參與度不佳，將被取消後續參與課程之資格，且需繳回所發予使用之課程資料。】

 2.課程訓練者為評估與指導而安排**於課程前、中、後進行的家庭訪視(總共3次，家**

 **長及孩子皆需在場)。**

 3.**課程間進行電話訪問。(隔週一次)。**

 4.**課程前、中、後均能填寫完成相關量表及問卷。**

(二)課程內容大綱：

1.介紹以及使孩子持續參與。

2.使孩子持續參與。

3.幫助孩子共同參與遊戲及家庭例行活動。

4.了解溝通。

5.促進溝通。

6.預防挑戰行為-幫助孩子維持參與和情緒調節。

7.教導代替挑戰行為的方式。

8.以小步驟和不同層級的協助教導新技能。

9.問題解決及自我照護。

＊此課程為基礎內容，較適合有孩子初次被診斷疑似發展遲緩或發展遲緩的家庭。若非初診斷的孩子，對於親職技巧有興趣並欲提升互動技巧的家長，亦歡迎您來報名，謝謝。

(三)報名表格填寫齊備，以電子檔傳至陳玉螢社工<cat@fact.org.tw>，且經本計畫核心小組成員及執行機構評估後認為合適者。

1. 課程費用：

上課地點若為醫療機構，執行本計畫課程所需的門診掛號費及健保部分負擔費用的收取 方式則依循各醫院之規定。

1. 課程報名：

統一報名窗口：

陳玉螢社工 電話02-28323020 #15｜信箱cat@fact.org.tw

**歡迎您與您的孩子參與本計畫課程，如有任何疑問，您可隨時經由所附之聯絡方式與我們進行聯絡，於此先感謝您的參與及配合。收到報名表後，我們將儘快與您聯繫！**

**計畫主持人：宋維村 醫師 中華民國110年 7 月1日**

中華民國自閉症基金會連絡窗口：陳玉螢社工 電話02-28323020#15｜傳真02-28325286｜cat@fact.org.tw

**附件一**

「**2021年世界衛生組織發展遲緩兒童親職技巧訓練台灣推廣計畫**」

**家長參與者報名表**

一、基本資料（請詳細填寫）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 參與家長姓名、出生日期、與孩子之關係稱謂 | 姓名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_生日：西元 年 月 日與孩子之關係：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 性別 | □男 □女 |
| 家長聯絡電話 | (住) (辦) (手機) |
| 家長E-mail |  |
| 住家地址 |  |
| 家長教育程度 | □小學 □國中 □高中（職） □專科/大學 □研究所以上 |
| 孩子姓名 |  | 性別 | □男 □女 |
| 孩子出生日期 | 西元 年 月 日 | 口語能力 | □有 □無 |
| 是否正在上幼兒園 | □**否** □**是** |
| 發展遲緩綜合報告書/發展遲緩診斷證明書/身心障礙證明(手冊)**(\*若有診斷證明可以一同附上)** | □無□初診斷(3個月內)□有，障礙類別\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  | 障礙程度 | □輕□中□重□極重□不知道/不確定 |
| 是否曾經接受早療服務**(\*請詳細填寫，謝謝)** | □**否** □**是，****說明：**□民間發展中心 □醫院早療中心□其他： * 職能治療，起訖日期：

上課單位： 時數/頻率： * 語言治療，起訖日期：

上課單位： 時數/頻率： * 物理治療，起訖日期：

上課單位： 時數/頻率： * 心理治療，起訖日期：

上課單位： 時數/頻率： * 親職教育諮商，起訖日期：

上課單位： 時數/頻率： * 其他： ，起訖日期：

上課單位： 時數/頻率：  |
| 家庭結構狀況 | □核心家庭 □三代同堂 □隔代教養 □親友寄養 □其他□單親家庭(父/母)**：**□未婚 □離婚 □喪偶 □分居□其他 |
| 家庭每月總收入 | □ 13,288元以下 □ 13,288元~26,576元 □ 26,576元~40,557元□ 40,557元~10萬元 □10萬元以上 |

二、可參與課程地點及時間：(可複選，若入選會依照您填寫的地點做安排)

※若有入選，實際上課日期會再通知，謝謝。

※因應疫情影響，現場上課或視訊上課由各單位決定，入選通知時會告知。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 勾選 | 地區 | 上課地點 | 時間 | 開課日期 |
| □ | 桃園 | 財團法人心路社會福利基金會附設私立心路桃園發展中心(地址：桃園市平鎮區環南路二段192巷1號) | 隔週四早上9至12點 | 9/16 |
| □ | 雲林 | 國立台灣大學醫學院附設醫院 雲林分院(地址：雲林縣斗六市雲林路二段579號) | 隔週五下午2至5點 | 9/10 |
| □ | 財團法人天主教若瑟社會福利基金會斗六區兒童發展中心(地址：雲林縣斗六市府文路22號3樓) | 隔週四下午2至5點 | 8/26 |
| □ | 高雄 | 高雄市立凱旋醫院(地址：高雄市苓雅區凱旋二路130號) | 隔週四上午9至12點 | 9/9 |
| □ | 宜蘭 | 天主教靈醫會醫療財團法人羅東聖母醫院(地址：宜蘭縣羅東鎮中正南路160號) | 隔週二早上9至12點 | 9/7 |
| □ | 隔週四早上9至12點 | 9/9 |
| □ | 花蓮 | 台北榮民總醫院 玉里分院(地址：花蓮縣玉里鎮新興街91號) | 隔週六下午2至5點 | 8月下旬 |
| □ | 台東 | 社團法人台東縣自閉症協進會(地址：台東縣台東市中興路一段398號4樓) | 隔週六下午2至5點 | 8月下旬 |
| □ | 澎湖 | 天主教靈醫會醫療財團法人惠民醫院(地址：澎湖縣馬公市樹德路14號) | 隔週二早上9至12點 | 9/7 |

三、我同意可配合3次家庭訪視及全程參與課程。 請簽名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

四、請勾填參與課程之主要照顧者施打疫苗之情形：

□ 尚未施打，但已排定施打日期為: 年 月 日

□ 已完成第一劑施打，施打日期為: 年 月 日

□ 已完成第二劑施打，施打日期為: 年 月 日

□ 尚未施打，不知何時能施打。

※若您有入選，將於8月中旬至下旬之前以簡訊及E-MAIL通知您上課方式、時間及地點，上課前將會由上課老師聯繫您第一次家訪事宜，謝謝您。

填寫人： 填寫日期：2021年 月 日

**附件二**

「**2021年世界衛生組織發展遲緩兒童親職技巧訓練台灣推廣計畫**」

**家長參與者同意書**

 本人已經詳讀「2021年世界衛生組織發展遲緩兒童親職技巧訓練台灣推廣計畫家長團體課程參與者招募說明」，了解其中所述本計畫之緣起、背景與目的

以及推廣計畫之目標與執行說明。

 本人同意全程參與「2021年世界衛生組織發展遲緩兒童親職技巧訓練台灣推廣計畫」，提供個人真實想法以及家中應用策略與互動之經驗。

 本人了解涉及個人隱私資料都會被尊重與保密，為便於本計畫執行資料建檔之完整性，本人同意在計畫執行過程中接受本計畫執行單位中華民國自閉症基金會工作人員的拍照(請勾選下列意見)及資料建檔(本資料將保存七年)之意願如下列本人親自勾選項目。

□完全同意影片、照片做為社會宣導推廣、責信之用

□同意影片、照片經馬賽克處理後，做為社會宣導推廣、責信之用

□不同意影片、照片做為社會宣導推廣、責信之用

 家長簽名： \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2021年 月 日