

多重障礙學生輔導手冊

林宏熾編著 蕭金土校閱

教育部特殊教育小組 主編 國立台南師範學院 印製
中華民國八十九年二月

序

特殊教育法於民國八十六年修訂公布，已有三年的時間，此期間相繼公布特殊教育法施行細則、特殊教育課程教材教法實施辦法、相關專業人員及助理人員選用辦法、身心障礙教育專業團隊設置與實施辦法、身心障礙學生升學輔導辦法、特殊教育設施及人員設置標準、身心障礙及資賦優異學生鑑定原則鑑定基準、特殊教育學生獎助辦法、及高級中等以下學校及幼稚園教師資格檢定及教育實習辦法部分條文修正等，相關法規的訂定可以說已臻完備，再來應該加強的，就是如何落實特殊教育的教學輔導工作。

民國八十一年第二次全國特殊兒童普查時，為落實特殊兒童的教學工作，教育部曾委託國立臺灣師範大學特殊教育研究所，主編特殊兒童輔導手冊，由於近年來教育環境的改變，各級學校對特殊學生的接納情形已異於往昔，融合教育的理念已普遍被教師及家長們接受，不但學前特殊兒童已納入輔導的範圍，也由於就讀大學的身心障礙學生日漸增多，重新編輯一套適用於各級學校的輔導叢書因而迫切需要，以因應不同障礙類別學生的需求。

為重新編輯此一輔導手冊，特商請十位教授分別負責編撰，由於時間緊迫，特別要感謝他們的鼎力協助，他們負責的部分是：許教授天威負責肢體障礙部分，林教授寶貴負責語言障礙部分，柯教授華葳負責學習障礙部分，洪教授儷瑜負責情緒障礙部分，宋院長維村負責自閉症部分，張教授蓓莉負責聽覺障礙部分，劉教授信雄負責視覺障礙部分，陸教授莉負責智能障礙部分，蕭教授金土負責多重障礙部分，黃教授美涓負責身體病弱部分。

各類障礙別學生輔導手冊的大綱重點，大致均先描述各障別學生的身心特徵、心理需求、以及輔導方法，對各教育階段學生之學習、生活、情緒、感情、人際關係、心理、職業、生涯、及衛生保健等均能加以闡述，其內容以適用於各級學校學生的輔導為主，因此本輔導手冊將分送各高級中等學校、國民中小學、各大專院校、各縣市政府教育局、圖書館、與文化中心，以供教師與家長輔導身心障礙學生參考運用。

最後應感謝國立臺南師範學院，在承辦印製過程中的大力協助，短短幾個月時間中能順利出版，對工作同仁的辛勞，特別致上由衷的謝意。

教育部特殊教育小組 謹啟
中華民國八十九年十二月一日

目錄

第一節、多重障礙教育的相關背景與發展史	4
第二節、多重障礙者之定義	6
第三節、多重障礙者之出現率	10
第四節、多重障礙者之成因與相關疾病	12
第五節、多重障礙者的類別	18
第六節、多重障礙者的特徵、能力與需要	19
第七節、多重障礙者的鑑定評量與安置	25
第八節、多重障礙者的安置與學習	39
第九節、多重障礙者教學策略與注意事項	51
第十節、結語	57

前言

近幾十年來，隨著社會大眾智慧文化的開展與社會科技文明的進步，多重障礙學生的教育與社會福利業已逐日地受到政府、社會以及特殊教育專業人員的重視和關心，並有逐步的改善與發展。就特殊教育的發展歷史而言，相對於其他障礙類別的特殊教育與服務，多重障礙學生教育的起步不但較晚而且所獲致的阻力亦較大，其所產生的爭議性問題也相對地較多。對於多重障礙者而言，生存權、教育權、工作權、平等權以及晚近「生活品質」理念的訴求是較為一般社會大眾所忽視，也少為專家學者所探討。一般而言，大多數的國家多係在其他障礙類別或輕度障礙者普遍受到照顧後，或則是國家社會福利普遍落實以後，或是相關障礙者權利法案或特殊教育法案通過強制執行後，方才有機會考量或照顧到多重及重度障礙者的相關權益與福利。

儘管如此，至目前為止，多重障礙者的教育程度仍普遍地偏低、工作機會也較少、生存與發展條件也顯著地低落於其他障礙類別以及一般社會大眾，其整體的生活狀況也明顯地低落於其他障礙類別以及非障礙者。加以，目前仍有不少特殊教育老師對於多重障礙教學與輔導，缺乏足夠的認識；而教育行政主管單位，亦缺乏普遍的認知與理解，致使至今仍有為數可觀的多重障礙者，仍以居家輔導、在家教育、特殊學校或特殊班為其安置的主流。然而，隨著近年來完全融合理念的呼籲與重視，以及生命醫學科技的進步，顯而易見地，多重障礙者進行一般性的學校義務教育與在普通班級接受教育的比重亦將持續穩定的增加。

因此，對於多重與重度障礙者的家庭而言，如何有效的認知到其子女本身應有的權利、學習特色、教育訓練方式等，亦變得異常重要。同時，對於即將迎接多重與重度障礙學生的學校老師與行政人員而言，多重與重度障礙者的融入與教育上的安排，勢必將對這些老師與行政人員造成新的教學與行政運作上的衝擊與挑戰。是以本文擬由特殊教育的觀點，揭櫫多重障礙的概念，探討構成多重障礙的可能成因、相關學習特徵，以及宜有的教育課程訓練和鑑定安置，並且論及未來的相關展望與作法，期以落實政府推廣特殊教育的成效與廣度，並作為多重障礙家庭以及相關特殊教育老師與行政人員之參考。

第一節 多重障礙教育的相關背景與發展史

一、西洋各國多重障礙教育發展的簡史

根據 Winzer (1996) 的研究，最早有關「多重障礙」(multiple handicaps, 現英文多以 multiple disabilities 稱呼) 係出現於十七世紀時，在英國律法的召諭之中，由 Blackstone 用以描述具有智能障礙與感官障礙者 (McGann, 1888)。然而在十八世紀中卻少有任何有關多重障礙有關教育與福利之記載，直到十九世紀中期，由畢業於美國哈佛大學醫學院之 Samuel Gridley Howe (1801-1876) 在麻州華德塘 (Watertown, Massachusetts) 創立柏金斯盲校 (Perkins School for the blind)，並於 1837 年招收並教導兼具盲、聾又無嗅覺、味覺的女孩 Laura Bridgeman 後。多重障礙學生與其相關的教育才正式肇始於特殊教育之中。儘管直到 1889 年 Luara 病逝於柏金斯盲校為止，其並沒有完全的獨立自主，但其卻確實地學會了閱讀與簡單的數學，以及學會簡單的工藝品製作與針線工作，並且進步顯著 (Winzer, 1993)。其後更進一步地影響到 Howe 之女婿 Michael Aganos 將有關的教學方法，應用於後來同樣就讀於柏金斯盲校的海倫凱勒 (Helen Keller)，而由 Anne Sullivan 進行了成功的教學 (Blatt, 1985)。

就美國而言，嚴格來講，在 1960 年代以前，多重障礙者與重度障礙者的教育與相關社會福利幾乎是受到忽視與不存在的。根據 Ysseldyke 與 Algozzine (1995) 的說法，美國多重障礙類別的確定係肇始於 1975 年美國聯邦政府通過「全體殘障兒童教育法案」(Education for All Handicapped Children Education Act, 簡稱 EHA, 又名 94-142 公法) 的訂定。在 1960 年代與 1970 年代以後，由於受到「常態化」(normalization) 理念的推波助瀾，以及「反隔離化」(anti-segregation)、「反教養機構化」(anti-institutionalization)、「回歸主流」(mainstreaming)、「最少限制環境」(least restrictive environment, 簡稱 LRE)、「普通教育改革」(Regular Education Initiative, 簡稱 REI)，以及晚近「完全融合」(full inclusion)、「生涯轉銜」(career transition) 零拒絕原則(zero-rejection principle)、輔助科技 (assistive technology)、生活品質 (quality of life) 理念等各種思潮與教育改革的呼籲，方使得多重與重度障礙者的教育於 1990 年代方始受到更適當的重視與較合理的處置。其後美國又分別於 1990 年以及 1997 年修訂「全體殘障兒童教育法案」，並將其更名為「身心障礙個人教育法案」(Individuals with Disabilities Education)。

二、我國多重障礙教育發展的簡史

就我國而言，在多重障礙者的教育方面，我國最早的教育係始自盲聾多重教育。我國最早於民國前四十二年(1870年)由William Moore在北平首創瞽目書院。而後Annette Thompson Mills在民國前二十五年(1887年)在山東登州府創設「啟瘖學校」收容教導聾啞兒童。然後於民國前二十二年(1890年)由William Gambel在台南設訓育院(台南啟聰學校前身)。其後至民國五年(1916年)張季直創盲啞學校，進行盲聾多重障礙教育，方始見真正我國多重教育的肇始。再然後，於民國六年(1917年)在南京成立我國第一所公立的盲聾學校(王文科，民89；林寶貴，民78；郭為藩，民74)。

其後，雖然在民國73年所公布的特殊教育法已述及多重障礙的類別，然而直到民國81年教育部公佈「多重障礙兒童鑑定標準及就學輔導原則要點」後，方才有較為明確的界定。至於多重障礙教育的方面，雖然也早在民國65年台南啟智學校，以部份多重障礙者為教育對象，但真正的重視卻也係在民國73年公布特殊教育法後方始逐漸起色。至於目前多重與重度障礙者「在家教育」與「居家服務」的普及與肇始也係受到近幾年來政府為了落實民國71年國民義務教育「強迫入學條例」，保障憲法所賦予每個國民接受教育的權利，並提供重度與多重障礙者受教育的機會所演變而成。不過，就目前而言，隨著民國八十六年相繼公佈的「特殊教育法」與「身心障礙者保護法」所提供的保障，似乎維護多重障礙者合法權益及生活與接受適性教育之權利，以及促進其公平參與社會生活機會的時代業已來臨。目前更由於教育部(民88)修訂公佈「身心障礙及資賦優異學生鑑定原則鑑定基準」、「身心障礙教育專業團隊的設置與實施辦法」與「特殊教育法」相關子法，而使得多重障礙教育的發展露出更多的曙光。

第二節 多重障礙者之定義

基本上，多重障礙係指兼具有二種或二種以上的障礙類別而言。就特殊教育而言，身心障礙學生的分類多以其顯著的障礙為其歸類的主要參考依據，然而對於同時具有二種或二種以上障礙學生來說，此種單一障礙名稱的標誌方式，並無法幫助我們真正瞭解其障礙的情形與教育需求，於是以「多重障礙」來說明兼具有兩種或兩種以上障礙的情形。不過，就歷史的發展而言，此種描述性的定義卻經常有不同的詮釋方式，並且經常與「重度障礙」(severe disability)混為一談。一般而言，重度障礙係指在心理計量上(psychometric)、行為特徵上(behavioral characteristics)教育需求上(educational needs)支持程度上(extent of support)達到重度障礙者界定的範疇(王亦榮,民 89;邱上真,民 83;Snell, 1993; Wehman, Renzaglia, & Bates, 1985; Wolery & Haring, 1990)。準此觀之，兩者在名稱的詮釋上理應有所不同與概念上的差異；然而，傳統上，重度障礙與多重障礙兩個名詞卻常常被混淆與合用。譬如：重度障礙者常被詮釋為多重障礙，而多重障礙者也多被視為重度障礙。就學術上而言，此種觀點亦所在多有，譬如：Snell (1978) 即曾將中度、重度、極重度智能障礙；重度與極重度情緒困擾及至少有一種伴隨障礙的中、重度發展遲緩者，稱為多重障礙者；Handleman (1986) 亦有多重障礙者係重度發展性障礙的一種說法。以下僅就兩者的定義與觀點加以說明並釐清：

一、多重障礙者的定義

(一) 我國的定義

就我國而言，多重障礙者是一群異質性相當高的族群，通當會伴隨著嚴重的智能障礙和一種或兩種以上的感官或知動方面損傷；雖然我國於民國 73 年所公佈之「特殊教育法」第十五條第十款中提到多重障礙一詞，但並未提及其相關的定義；一直到民國 81 年教育部公佈「多重障礙兒童鑑定標準及就學輔導原則要點」，才對多重障礙有較明確的認定。亦即，根據該要點的規定，多重障礙係「指特殊教育法第十五條第一款至第九款（智能不足、視覺障礙、聽覺障礙、語言障礙、肢體障礙、身體病弱、性格異常、行為異常、學習障礙）中，二款或二款以上之情事者。」（教育部，民 81a）亦即，具有兩種或兩種以上障礙的兒童，始稱之為多重障礙兒童。至於我國早期之「殘障福利法」對多重障礙者的定義亦係較為狹義的：指具有非因果關係且係非源自同一原因所造成之兩類以上障礙者，如兼具智障、視障、聽障、語障、肢障、顏面傷殘、植物人、病弱自閉症等兩類以上之障礙者。亦即指兩類以上生理功能障礙，或兩類以上不具有連帶因果關係且非源自同一原因所造成之障礙者。不過就

目前的定義而言，則係以民國 88 年「身心障礙及資賦優異學生鑑定原則鑑定基準」第十一條的規定為準，該條款指出（教育部，民 88a）：

「特殊教育法（民 86）第三條第二款第九項所稱多重障礙，係指具有兩種以上不具連帶關係且非源於同一原因造成之障礙而影響學習者。多重障礙之鑑定，應參照各類障礙之鑑定原則、基準。」

簡言之，根據我國特殊教育法相關法律的規定，多重障礙的定義係指：（1）兼具有兩種或兩種以上的障礙；（2）該兩種或兩種以上的障礙非出於同一個原因；（3）該兩種或兩種以上的障礙不具有連帶關係；以及（4）該兩種或兩種以上的障礙會影響學習而言。就實務而言，多重障礙之鑑定，應參照各類障礙之鑑定原則、基準；並且多重障礙學生在教育上的鑑定與安置，則係由各直轄市、縣（市）政府「特殊教育學生鑑定及就學輔導委員會」（以下簡稱鑑輔會）負責相關事宜。

（二）美國的定義

就美國而言，由於多重障礙所表現的問題性質，每一個個案皆有其不同獨特性，因此多重障礙的界定也有許多困難與不同的看法。不過在美國許多特殊教育的文獻中，多重障礙與重度與極重度障礙概念和定義是相當接近的。譬如：

（一）Snell（1978）即將下列界定為多重障礙者：

1. 所有中度、重度與極重度智能不足者。
2. 所有重度與極重度情緒困擾者。
3. 所有最少具有一種附帶障礙（如：聾、盲、肢體障礙等）的中度與重度發展遲滯者。

（二）1973 年美國復健法案（Rehabilitation Act of 1973）以及美國聯邦教育署的殘障教育局（Bureau of Education for the Handicaped）1974 年亦將多重障礙的定義包括於重度障礙者的定義當中，其定義如下：

「重度障礙兒童係指因生理、心智、或情緒問題或上述問題合併所造成。這些孩童包括嚴重情緒困擾（如精神分裂症、自閉症），極重度及重度智能障礙，以及具有兩種以上嚴重障礙狀況，如智能障礙兼具有聾以及智能障礙兼具有盲」（引自 Guess & Siegel-Causey, 1988）。

（三）美國 1975 年「教育殘障兒童法案」（Education for All Handicapped Children Act）94-142 公法中對多重障礙的定義：

「多重障礙係指多種障礙的伴隨出現（諸如：智能不足與盲等），這種障礙狀況的合併所造成的嚴重教育問題，並非為某單一障礙所設的特殊教育方案所能解決，但

是該障礙並不包括盲聾在內。」

(四) 美國 1997 年「身心障礙個人教育法修正案」(Individuals with Disabilities Education Act Amendments of 1997, 簡稱 IDEA 1997) 的修正公佈以及 1999 年 5 月公告實施之「協助各州執行身心障礙兒童教育以及身心障礙嬰幼兒早期介入方案法規：最終執行細則」(Assistance to States for the Education of Children With Disabilities and the Early Intervention Program for Infants and Toddlers With Disabilities; Final Regulations, 又名 IDEA 執行細則) 有關多重障礙的定義：

「多重障礙係指同時伴隨有多重傷殘 (諸如：智障兼盲、智障兼肢障等等)，此種合併障礙會造成重度的教育需求，而此種教育需求並不能藉由僅為一種障礙類別所設之特殊教育方案來加以調整改善，但此種障礙類別並不包括盲聾在內。」

簡言之，美國有關多重障礙的定義已由早期之僅以盲聾為對象，跳脫到非以盲聾為對象之仰賴長期多重障礙服務措施的身心障礙者。其原因在於美國政府與學界已將盲聾界定為一獨特的障礙類別並明訂「身心障礙個人教育法修正案」中，與多重障礙各為特定的障礙類別。而其新的定義則將重點放在教育與相關服務措施的提供方面，並且將早期重度障礙者的概念隱含於該定義當中；而且不似我國之將不具連帶關係且非源於同一原因，作為區辨多重障礙的重點因素。亦即，美國的定義係更具彈性與廣泛詮釋的概念；而我國的定義則係較為具體明確並且有助於鑑定與安置的執行。

二、重度障礙者的定義

就法案上而言，美國最近有關的特殊教育的聯邦法規 (IDEA) 中並無「重度障礙」的具體定義 (Ysseldyke & Algozzine, 1995)。美國各州均有不同的障礙程度的定義標準及方法，加以 IDEA (1997) 該法案強調重度障礙者實質功能性的需求 (functional needs)，因此多數有關重度障礙的定義，係強調重度障礙者功能性的需求，多數的學者係以美國聯邦政府 1973 年之復健法之定義為主。雖然目前有學者以美國「重度障礙者學會」(The Association for Persons with Severe Handicaps, 簡稱 TASH) 重度障礙的定義，來從事相關的研究；但因其採用「美國智能障礙學會」(American Association on Mental Retardation, 簡稱 AAMR) 1992 年有關重度障礙的定義：需要廣泛性持續的支持 (extensive ongoing support) 的障礙者，來解釋界定重度障礙，但也造成若干學術上的爭議 (譬如鑑定及評量上的困難)。「美國智能障礙學會」將輕度、中度、重度、極重度障礙的分類，依個別所需要的支持程度，改為較不具有標籤的間歇式支持、有限式支持、廣泛式支持和全面式支持的類別。

根據1973年美國聯邦政府所公佈之「復健法案」(Rehabilitation Act of 1973, 簡稱公法 93-112)的定義,「重度障礙者」係指:

- (1) 因具有一項重度生理或心理障礙,而嚴重性地限制其個人在就業方面單一或多重功能性能力(譬如:行動、溝通、自我照料、自我指導、人際關係、工作容忍、或工作技能)的障礙者;
- (2) 其職業復健可預期地需要一段相當長時間且多重職業復健服務的障礙者;
- (3) 因截肢、關節炎、自閉症、盲、燙傷、癌症、腦性麻痺、纖維性囊腫、聾、腦傷、血友病、呼吸及肺官能異常、智能障礙、心理疾病、多發性硬化症、肌肉萎縮症、肌肉和骨骼傷殘、神經異常(包含中風和癲癇)、兩下肢麻痺、四肢麻痺、和其他脊髓病症、鐮狀細胞性貧血、特殊的學習障礙、末期的腎臟病、或其他傷殘、或具有多重傷殘等,所導致具有一項或多項生理或心理障礙,並且根據復健潛能的評鑑會造成比較性實質功能限制的障礙者。

Wehman, Renzaglia 和 Bates (1985)的看法,重度障礙者係指在認知能力、身體感官以及行為上有顯著的障礙,以致於嚴重影響了其學習結果的個體而言。甚且,中重度障礙及極重度障礙者應可包括:(1)中重度及極重度智能障礙;(2)自閉症;(3)聾、盲;(4)中重度及極重度智能障礙,並伴隨著肢體或感官上的障礙。不過,一般而言,中、重度及極重度智能障礙通常並不包括肢體障礙或感官有障礙但智能與認知能力卻正常者,以及輕度智能障礙者。亦即,重度障礙者係包含有多重障礙者。而此種定義亦散見於其他學者之有關的定義當中。譬如:Kysela (1985)更直接將多重障礙者的定義界定為重度智能障礙同時伴隨有感官或肢體障礙。

同樣地,Brimer (1990)亦係將重度障礙與多重障礙者視為等同的概念。其有關重度與多重障礙者的定義係指:在一般發展能力、自我照顧、思想表達、情緒及感覺,對外在環境的刺激反應,以及與同年齡社會互動等能力方面,在功能上有非常顯著差異者而言。而Westling 與 Fox (2000)以及 Cipani 與 Spooner (1994)等重度障礙的專家學者亦持有或多或少相同的看法與解釋。

三、重障與多障的釐清

事實上,重度障礙與多重障礙的概念係有交互重疊的部份,儘管至目前為止,多重障礙與重度障礙者的相關定義仍然無法發展出令人滿意之一致性的看法,但多重障礙與重度障礙共同的定義概念中,均蘊含有需要廣泛性教育支持與其他相關專業服務持續性支持的相同概念。簡言之,就學術上障礙種類的分類而言,多重障礙未必是重度障礙,但重度障礙則大多

是多重障礙，但兩者均需要相當程度性的支持系統與協助以幫助其就學、就醫、就養、就業。不過，若就就障礙內涵與程度而言，多重障礙不一定會是重度障礙；但重度及極重度障礙者通常多為多重障礙者，並且有些多重障礙者並不一定具有智能障礙(葉瓊華, 民 89; Sailor & Haring, 1997)。

第三節 多重障礙者之出現率

預估身心障礙者真實的「發生率」(incidence)與「出現率」(prevalence)係一件相當繁重與苦難的事情。所謂「發生率」係指在某一段時期中(通常係以一年來計算)某特定狀況,新發生的特殊個案數目而言。「出現率」則係指新、舊個案特殊個案的總數,或者是某個類別人數佔母群體人數的百分比或比例而言(Smith, Polloway, Patton, & Dowdy, 1998; Winzer, 1996)。要正確地評估多重障礙者的出現率並不容易,主要是因為多重障礙是一群異質性相當高的族群,而實際上的統計資料很難獲得。而且根據 Hayden 與 Beck (1981) 的研究指出,多重障礙出現率極易受到科技的進步、人口統計學的趨勢以及社會的因素而產生改變。譬如:以美國而言,從 1974 年起,多重障礙者的出現率即因美國身心障礙者教育法案的規定,而未能包含需要另外專業服務的盲聾身心障礙者,而使多重障礙的出現率均較為偏低。此外,由於定義的不夠明確、鑑定標準的不一、服務經費的多寡、服務提供名額的有無與醫療科技的進步等等因素,亦時常影響多重障礙者出現率的估算與調查。有關單位有時僅能由為障礙者所提供服務的醫療、社會、職業訓練與教育單位的名冊中,整理獲得較可信的發生率(Smith, Polloway, Patton, & Dowdy, 1998)。

此外,根據文獻資料中發現,多重障礙者的出現率會隨著年齡層的不同與居住區域的不同而有所差異,例如:學齡階段的出現率最高,而學前階段與離校後的出現率則較低;男性的出現率要比女性高。嬰幼兒、學齡人口與中老年人口偏多的地區其障礙比率亦會偏高。同時,若以我國第二次全國特殊兒童普查結果和美國於 1987-1988 年普查資料比較(表 3-1; 表 3-2),可看出我國的出現率顯然地高於美國,且可以發現多重障者在所佔的人數中有日益增多的趨勢,其主要可能原因是由於人道主義的發揚、身心障礙社會福利的重視、醫學科技的進步。人道主義使大家尊重與愛惜生命,社會福利使身心障礙者之平均壽命延長,醫學科技進步則降低障礙嬰兒的死亡率,因而增多了多重障礙兒童。此外,近年來由於各種不同病毒與細菌的感染、外在生態環境的污染、食物飲食的影響,意外事件的增加等等,亦會影響多重障礙者的出現率。

表 3-1：我國第二次特殊兒童普查出現率統計表

特殊兒童類別	出現率	佔障礙兒童比率
智能障礙兒童	0.835	41.61
學習障礙兒童	0.442	20.53
多重障礙兒童	0.275	9.68
性格或行為異常兒童	0.202	9.38
肢體障礙兒童	0.098	4.57
語言障礙兒童	0.083	3.86
聽覺障礙兒童	0.080	3.81
身體病弱兒童	0.060	2.79
視覺障礙兒童	0.052	2.56
自閉症兒童	0.015	0.79
顏面傷殘兒童	0.009	0.42
合計	2.121	100.00

資料來源：吳武典（民 81），第 21 頁。

附註：我國第一次特殊兒童普查於民國 65 年完成，在 6-12 歲學齡中，有 34,001 名身心障礙兒童，出現率為 1.12%。第二次特殊兒童普查於民國 81 年完成，在 6-12 歲學齡中，有 75,560 名身心障礙兒童，出現率為 2.121%。

就我國於民國八十一年第二次特殊兒童普查出現率統計表顯示，我國障礙人數依多寡的順序排列，前五名分別為：智障、學障、多障、性格及行為異常以及肢障，而多重障礙的出現率為 0.28%，佔所有障礙兒童的比率為 9.68%。若再就 7,315 名多重障礙兒童進一步地分析，則會發現多重障礙學生每人平均合併伴隨有 2.41 種障礙項目，其中合併伴隨障礙人次以智能障礙為最多，其次為肢體障礙，而以合併伴隨自閉症為最少。而根據美國 1987-1988 年普查資料顯示，美國障礙人數依多寡的順序排列，前五名分別為：學習障礙、語言缺陷、智能障礙、情緒困擾以及多重障礙，而多重障礙的出現率為 0.15%（教育部，民 81b）。

若以我國的出現率來計算，則我國 2,400 萬的人口當中，約有 67,200 人為多重障礙者。此種推估應該還算合理，因為根據我國內政部民國八十八年九月的統計資料顯示，截至 88 年 6 月底止已超過 61 萬人，而其中多重障礙者則有 63,175 人。而 67,200 與 63,175 之間的誤差，可能係調查上的統計的落差，亦有可能顯示我國內政部的資料有略為低估我國身心障礙者與多重障礙者的人口數。因此，再進一步如果以民國八十六學年度國民教育階段公私立學校學生 2,980,000 名學生來加以推估，則約有 8344 位學生為多重障礙者。若以特殊教育班一班最多不能超過 15 人來計算，則我國多重障礙特殊教育班的總數應該不可能低於 560 班。根據教育部（民 88b）特殊教育統計年報顯示，國中、小階段 53,620 名特殊學生中，約有 4,550 位的多重障礙學生，約佔 8.49%。與上述的推估似乎仍有差距，顯示我國對於多重障礙學生仍有低估的現象。

表 3-2：美國特殊兒童出現率

特殊兒童類別	普查所得人數	出現率
學習障礙	1,926,097	2.92
語言缺陷	1,140,422	1.73
智能障礙	664,422	1.01
情緒困擾	384,680	0.58
多重障礙	99,416	0.15
聽覺障礙	66,761	0.10
肢體傷殘	58,328	0.08
身體病弱	52,658	0.08
視覺障礙	27,094	0.04
盲聾	1,766	0.003
合計	4,421,601	6.693

附註：表格中的數據係以 6-12 歲學齡的美國身心障礙兒童為主。

資料來源：U.S. Department of Education (1993). Fifteenth annual report to Congress on the implementation of the Individuals with Disabilities Act. Washington, DC: Author.

第四節 多重障礙者之成因與相關疾病

壹、多重障礙的成因

造成多重障礙者的成因有很多種而且也極其複雜，至目前為止尚無法找出所有形成的原因，但特殊教育學者在尋找多重障礙兒童之成因時，大多融合兩個主要系統：（一）美國智能障礙協會所提供的病源分類系統（二）依生產過程，就產前、產中、產後加以探討。就國外的學者而言，探討多重障礙成因之看法亦有所不同，譬如：Kirk、Gallagher 與 Anastasiow (1997) 將其成因分為產前、產中與產後三大階段來加以探討，Lynch 和 Lewis (1988) 則提出的五大原因：感染與中毒、新陳代謝與營養不良、外傷與生理、不明的產前因素、染色體異常等，Patton、Payne、Kauffman、Brown 與 Payne (1987) 等人則從醫學觀點的探討其可能原因有九項：染色體異常、遺傳異常、新陳代謝異常、感染與中毒、神經管閉鎖（如大腦或脊髓發展不良等）、懷孕時的因素（如早產、晚產、RH 血液因子不合等）、生產時的因素（如缺氧、身體損傷等）、產後的因素（如頭部外傷、細菌感染、病毒感染、身體疾病等）、其他環境因素（如鉛中毒等）。綜合上述各學者的觀點，可發現這些原因發生在孩子的出生前、出生時和出生後。表 4-1 即分別就這三階段加以整理。

表 4-1：產前、產中、產後所造成各種障礙者之成因

時期	原因	結果
懷孕時期	<ol style="list-style-type: none"> 1. 染色體異常（分裂異常、隱性遺傳） 2. 酒精和藥物中毒（Ex：抗組織胺 Antihistamine、鎮靜劑 Thalidomide） 3. 新陳代謝失調 4. 病毒或細菌感染（Ex：母親感染德國麻疹、梅毒） 5. 母親嚴重營養不良 6. Rh 血液因子不合症 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 道恩氏症、貓鳴症候群、Usher 症候群 2. 造成酒精症候群和藥癮、畸形（畸型足或手） 3. 苯酮尿症（PKU） 4. 盲聾或心智障礙 5. 造成身體各部位發育不良 6. 造成腦性麻痺（CP）
生產時期	<ol style="list-style-type: none"> 1. 缺氧（產程過長、難產、早產兒呼吸窘迫） 2. 使用產鉗不當（顱內出血） 3. 胎盤早期剝離、前置胎盤所引起的子宮出血 4. 母親休克、多胞胎 	造成肢體障礙、腦性麻痺、智能障礙、注意力缺陷、過動、癲癇、或多重障礙
產後	<ol style="list-style-type: none"> 1. 新生兒過高疸紅素（核黃疸） 2. 腦部感染（日本腦炎、腦膜炎、腮腺炎、麻疹、德國麻疹、水痘） 3. 幼年時肌肉骨骼病變（幼年變形性軟骨炎 legg-perthe 's disease、幼年性風濕性關節炎） 4. 肌肉骨骼病變（進行性肌肉萎縮 progressive muscular、成骨不全或骨質疏鬆 dystrophy osteogenesis imperfecta） 5. 骨髓感染（骨髓 osteomyelitis） 6. 顱內腫瘤、骨性腫瘤 7. 腦部外傷（車禍、跌傷所引起顱內或腦內出血、運動傷害） 8. 其他（注射不當、運動傷害、截肢） 	造成肢體障礙、腦性麻痺（CP）、智能障礙、注意力缺陷、過動、癲癇（epilepsy）、或多重障礙等

一般而言，孕婦可以於產前利用的羊膜穿刺（amniocentesis）、絨毛檢驗（chorionic villus sampling, CVS）、母體血液檢驗、超音波（ultrasound）、臍帶銜鑑等技術來查探胎兒的狀況；此外亦可以於產後為新生嬰幼兒進行定期檢查以篩選各種可能的遺傳或染色體異常的病病、新陳代謝異常、病毒或細菌感染、身體或大腦損傷等。此外為降低孕婦懷孕期間造成多重障礙孩童的風險，孕婦宜遵照如下的指示以減少生出身心障礙嬰兒的可能率：1、適當飲食，2、適當的增加重量，3、保持強健的身體（規律的運動），4、不抽煙（也不吸二手煙），5、不喝酒（不食用毒品、麻醉品、咖啡因等），6、避免用藥（如有必要，定由醫師開方），7、良好的醫療照顧（找合格的婦產科醫師），8、預防或立即治療感染，9、多休息（避免女超人症候群），10、有精神壓力即刻尋求諮商與輔導（Eisenberg, Murkoff, & Hathaway, 1986）。

貳、多重障礙的相關疾病

(一) 腦性麻痺 (cerebral palsy)

在多重障礙者的比例中，腦性麻痺者係佔較高的。腦性麻痺是屬於腦神經損傷的疾病，是一種非進行性疾病 (non-progressive disease)，亦即其症狀並不會惡化，但有可能會因肌肉功能受損而難以治療並回復其原來應有的功能，平均 1,000 人當中會有三位孩童發生。一般而言，患者在保持正常平衡與姿態、或在技能與動作的操作上有動作與協調的困難，或語言溝通上的不便，以及會有身體功能羸弱的傾向。腦性麻痺多肇因於生產過程中的腦部傷害，此外產後腦傷亦有可能，如早產、難產、出生缺氧、黃疸等等。腦性麻痺的類別亦頗為不同，就受影響身體部位而言，可分為：(1) 單肢麻痺 (monoplegia)、(2) 兩下肢麻痺 (paraplegia)、(3) 半側麻痺 (hemiplegia)、(4) 三肢麻痺 (triplegia)、(5) 下肢障礙大於上肢之四肢麻痺 (quadriplegia)、(6) 上肢障礙大於下肢之四肢麻痺 (diplegia)、(7) 某半側障礙大於另一半側之兩側麻痺 (double hemiplegia)。就運動的特性而言，則有下列數種：(1) 痙攣型 (spasticity)，主因大腦皮質部運動中樞受損，其病症為肌肉僵直收縮，不正常的伸張反射動作，對刺激會有過動敏感反應，其動作緩慢無力通常無法控制突發性抽搐，需要快速動作及協調動作時感到十分困難。此類的比例最高，此類患者約佔腦性麻痺的 70% - 80%。(2) 指痙型 (athetosis)，又名手指徐動型或顫動型，主因基底神經節 (basal ganglia) 受損，造成腕部和手指不隨意的顫動。輕微患者，顯得坐立不安極不穩定；重度患者，則會突然猛烈顫抖，且次數頻繁。此類約佔 8% - 20%。(3) 運動失調型 (ataxia)，又名共濟失調型，主因小腦損傷導致平衡感破壞，而不能有效控制粗大與精細動作，造成平衡、姿態、方向感等問題，無法做到快速、準確、協調的動作，此類患者約有 5%。此外，尚有極少部分患者屬於：(1) 僵硬型 (rigidity)：在伸展身體時會變得全身僵硬，行動極為困難；(2) 震顫型 (tremor)：不隨意的動作，呈現出節奏、交替、搖擺不定的特徵；(3) 弛軟型 (atonia)：肌肉無力，無法對刺激有所反應；(4) 混合型 (mixed)：具有以上各類型之一或全部的特徵者。一般而言，腦性麻痺患者多伴隨著感官缺陷、語言障礙、認知功能、知覺、行為及社會情緒問題等多重障礙 (徐享良，民 89；Bigge, 1991；Cruickshands, 1976；Haring & McCormick, 1990；Holm, 1982；Smith, Polloway, Patton, & Dowdy, 1998)。

(二) 脊柱裂 (spina bifida)

主要係脊椎骨未能整合而產生的先天性缺陷，依其部位有腦脊髓膜膨出 (meningocele)、腦膨出 (encephalocele) 和脊髓脊膜膨出 (myelomeningocele) 三種，而後者係為最嚴重教育部特教小組

的一種脊柱裂。一般而言，脊柱裂者需要醫療照顧，必要時利用支架、柺杖、輪椅來協助行動。有些脊柱裂兒童還需要物理、職能、語言等治療，俾以增進其獨立能力。出生嬰孩如有脊柱裂應於一、二天內經由外科手術予以治療，可以避免致命的脊髓膜炎發生並減少肢體癱瘓的可能性。此外，脊柱裂容易導致神經系統的障礙及姿態的異常；從輕微的感覺損害到嚴重的四肢癱瘓、大小便失禁等不同狀況。同時，大腦畸形、流體積聚腦部如水腦兒童都會導致智能障礙，不過此種情形可藉由外科手術將液體導出。中、重度的脊柱裂孩童多數有多重障礙（徐享良，民 89；Bigge, 1991）。

（三）肌肉萎縮（muscular dystrophy）

主要係由於肌肉蛋白質的流失及橫紋肌被脂肪和其他纖維所取代，使肌肉逐漸萎縮，為一進行性病變，同時約有 30% -50% 會伴隨有輕度智能障礙。肌肉萎縮進行性的疾病，多數患者在十餘歲時會逐漸死亡。多數肌萎症患者極易疲勞，甚至在能夠行動時也常覺要使用輪椅代步，萎縮衰弱的肌肉會使患者易於跌倒並無法進行許多倚賴手部或腳部操作的活動，如開門等簡易活動。該病的發病期由出生到老年皆有病例，不過以六歲以前發病居多，十歲以後就較少見。在兒童時期，常見有裘馨氏症（Duchenne's disease），又名或脊髓癆（tabes dorsalis）或假性肌肥大（pseudohypertrophy），一般患者大約在三歲時，骨骼肌便逐漸弱化，起初患者在爬樓梯或跑步時發生困難，然後逐漸變為搖擺步式，顯現笨拙或緩慢的情形，在肌肉萎縮症末期，患者最後倚賴輪椅來行動，並可能要躺臥病床，直到過逝（徐享良，民 89；Berdine & Blackhurst, 1985；Bigge, 1991；Haring & McCormick, 1990）。

（四）脊椎神經損傷（spinal cord injury）

脊椎神經損傷多數肇因於交通、運動、或跌倒等意外傷害，損傷的程度決定於麻痺的部位，因為不同部位以不同神經控制不同的感覺和運動。脊髓神經損傷、下肢麻痺或四肢麻痺患者的問題有排尿、呼吸、褥瘡性潰瘍等問題，有賴長期的復健，但不能回復正常功能。此外，脊椎神經損傷多數伴隨有情緒障礙的問題，有賴心理諮商的輔導治療。此外，物理治療、復健治療、輔助科技（assistive technology）等協調性、矯正性與治療性的協助，有助患者擴大日常生活功能，例如輪椅有助於行動、手動輔具的控制有助於控制駕駛車輛、低科技的鉤扣有利於穿著、大手把的器皿有助於飲食等等。此外發展替代的肌肉群，來取代沒有功能的肌肉群，亦有助於患者復健。多數的中、重度、極重度脊椎神經損傷的孩童有多重障礙（徐享良，民 89；Bigge, 1991；Donovan, 1981）。

（五）脊椎肌肉萎縮（spinal muscular dystrophy）

如同肌肉萎縮，脊椎肌肉萎縮亦係進行性的疾病，多數患者在會逐漸死亡，其是一種遺

傳性異常所導致肌肉耗弱無力，其惡化的速度從緩慢到快速不一，但終將導致死亡。通常萎縮症患者首先會由兩腿開始惡化萎縮，然後進行到肩膀的肌肉束帶、上臂和頸部等地方。若患者惡化的速度較為緩慢，則較容易產生忿恨和挫折的感覺。此種疾病亦會伴隨身體羸弱以及情緒障礙等問題（徐享良，民 89；Bigge, 1991）。

（六）成骨不全（osteogenesis imperfecta）

成骨不全又名骨脆症（brittle bone），係指骨骼的發展在質與量上較同年齡正常兒童為不足，侏儒及牙齒缺損是常見的後遺症與併發症，中耳聽骨的發展不全亦會使此患者有重聽的現象，但不見得就會影響其學業能力。然而，成骨不全孩童卻常因住院次數多、缺席頻繁，而使得學業成績容易低落。此外由於患者的骨骼在長度和硬度上會明顯的不足，也易使得骨骼變得脆弱，有時甚至在從事簡單的活動也會導致骨折。此種孩童多數常伴隨有聽覺與肢體障礙（徐享良，民 89；Molnar, 1983；Haring & McCormick, 1990）。

（七）兒童風濕性關節炎（juvenile rheumatoid arthritis, JRA）

兒童風濕性關節炎是一種以肢體障礙為主的多重障礙，其係一種由於關節及其周邊組織慢性發炎引起疼痛的慢性疾病。關節炎的成因甚多，有細菌感染、風濕熱、外傷、痛風、類風濕、退化及其他非關節性風濕等引起的關節炎。由於關節炎在兒童期最常發生者為類風濕性關節炎，所以常被稱為兒童風濕性關節炎。該病發作時，除了會疼痛以外，尚會有局部灼熱感、情緒不穩定、表情呆滯、學習遲緩等反應，因此孩童會因長期請假缺課，而影響其學習及學業成績。此外，由於患者久坐一處時，易使其關節形成乳膠體，故患者居家或在校，應常走動，教師亦應允許並讓學生在課堂上略為活動與走動。行動輔具如支架、拐杖或輪椅對於此類型的孩童是必要與有益的（徐享良，民 89；Bigge, 1991）。

（八）肢體殘缺（limb deficiency）

嚴格來講，肢體殘缺係一種肢體障礙，但是有些肢體殘缺同時會伴隨有肌肉骨骼損傷、肢體行動障礙、心理情緒困擾等，而需要多重障礙教育。肢體殘缺係指先天與生俱來、後天意外傷害及因病截肢者。缺肢或截肢影響身體活動及正常功能，也容易影響其心理社會的正常發展。一般而言，肢體殘缺者的心理適應問題，與年齡、肢體殘缺的嚴重程度、雙親態度及服務人員的態度有關聯。通常使用輔助科技、裝設義肢、發展補償能力是較常見的處置方法。此外家長若能有效參與復健計畫，並使肢體殘缺兒童早日接受復健訓練，均可有效提昇此種以肢體障礙為主的多重障礙者的日常生活功能。不過該障礙類型並不見得會有智能障礙的情形發生，因此亦不會影響其認知學習能力（徐享良，民 89；Bigge, 1991）。

（九）相關的症候群（syndromes）

與多重障礙相關的症候群有：、Lesch-Nyhan 症候群 (Lesch-Nyhan syndrome)、唐氏症(Down syndrome)、X 染色體脆弱症(fragile X syndrome)、胎兒酒精症候群(fetal alcohol syndrome)、Prader-Willi 症候群 (Prader-Willi syndrome)、Angelman 症候群 (Angelman syndrome) 等。其中 Prader-Willi 症候群與 Angelman 症候群的孩子有多重障礙的情形較多。Prader-Willi 症候群係第十五對染色體異常所造成的疾病，平均 10,000 人當中會有一位孩童發生。該患症的孩童性喜多吃貪吃，因此其常有體重過重之問題，孩童多數身材矮胖、手腳均小，第二性徵發展遲緩且不夠明顯，而且知覺動作發展較慢，其平均智力在 40 至 100 之間。通常此類的患童亦伴隨有說話與語言方面的障礙。至於 Angelman 症候群則係第十五對染色體有部份缺失所造成的疾病，平均 25,000 人當中會有一位孩童發生。該患症的孩童身體會有不自主性的抽搐、走路時腳呈現僵直性、睡眠時間較一般孩童少的狀況。此外該類患童的臉部亦有異常的特徵，諸如嘴巴笑起來時特別的大、上嘴唇較薄、眼眶相當深等。同時身體毛髮與膚色光亮，並約有 80% 的患童伴隨有癲癇。此病症患童的行為特徵並與自閉症的孩童頗為類似。孩童多數無語言或語言能力很差、喜歡拍手、注意力不集中、知覺動作遲緩等問題。但不似自閉症的孩子不與別人互動，該類型的孩童與與人互動、有感情而且容易快樂，但大多不直接與人正面直接的接觸。這些孩童亦有為數不少是屬於多重障礙教育的範疇 (Westling & Fox, 2000)。

(十) 其他有關的疾病與徵候

除了上述的疾病以外，有些疾病亦或多或少與多重障礙有關，諸如：癲癇 (epilepsy)、兒童糖尿病 (juvenile diabetes mellitus)、水腦症 (hydrocephaly)、氣喘 (asthma)、心臟病 (cardiac condition)、過敏 (allergies)、濕疹 (eczema)、血友病 (hemophilia)、纖維性囊腫 (cystic fibrosis)、鐮狀細胞貧血 (sickle-cell anemia)、癌症 (cancer)、愛滋病或所謂的後天免疫不全症候群 (acquired immune deficiency syndrome, AIDS)、自閉症 (autism)、Usher 症狀群之盲聾雙障 (Usher syndrome)、苯酮尿症 (phenylketonuria, PKU)、半乳糖血症、多發性硬化症 (multiple sclerosis)、結節性硬化症 (tuberous sclerosis)、Rette 症狀群 (Rette syndrome) 等等。

第五節 多重障礙者的類別

就多重障礙的類型而言，我國教育部（民 81）「多重障礙兒童鑑定標準及就學輔導原則要點」依影響發展與學習最嚴重之障礙為主要障礙，將多重障礙分為五大類：（1）以智能障礙為主之多重障礙；（2）以視覺障礙為主之多重障礙；（3）以聽覺障礙為主之多重障礙；（4）以肢體障礙為主之多重障礙；（5）以其他某一顯著障礙為主之多重障礙。根據該早期的規定，在定義上，多重障礙是在生理、心理、智能，或感官上任何兩種或兩種以上缺陷的合併出現。由於此教育部（民 81）的規定當中，係包括有九個主要類別的身心障礙（智能不足、聽覺障礙、視覺障礙、語言障礙、肢體障礙、身體病弱、性格異常、行為異常、學習障礙等）。因此如果根據該規定之九類障礙來加以組合推估多重障礙的類型，則其任何兩種或兩種以上的組合，將形成相當多各種不同的多重障礙類型。

此外，如果按目前總統府（民 86a）「特殊教育法」第三條第二款第九項所稱多重障礙，係指具有兩種以上不具連帶關係且非源於同一原因造成之障礙而影響學習者。則身心障礙的類別排除多重障礙、發展性遲緩、其他顯著障礙外，亦是尚有九種主要類別（智能障礙、視覺障礙、聽覺障礙、語言障礙、肢體障礙、身體病弱、嚴重情緒障礙、學習障礙、自閉症等）而其任何兩種或兩種以上的組合，亦可形成非常多的不同多重障礙的類型。

由於多重障礙種類繁多，故常以習見的障礙組合為研討基礎。例如 Wolf 與 Anderson（1969）早期係以腦性麻痺、聽覺障礙、視覺障礙、智能障礙等，四種障礙為主，來加以分類：

- （一）腦性麻痺為主的多重障礙：除腦性麻痺外，並可能包括智能障礙、聽覺障礙、語言障礙、視覺障礙、癲癇、以及知覺異常等等。
- （二）視覺障礙為主的多重障礙：盲兼語言障礙、以及盲兼有智能障礙等等。
- （三）聽覺障礙為主的多重障礙：聾兼智能障礙、聾兼語言障礙等等。
- （四）智能障礙為主的多重障礙：智能障礙是多障兒童中最常見的主要障礙，但其他障礙也常伴隨智能障礙。

Kirk、Gallagher 與 Anastasiow（1997）以智能障礙、情緒困擾、視聽感官障礙為主來加以區分。例如：

- （一）智能障礙為主的多重障礙：智能障礙兼腦性麻痺、智能障礙兼聽覺障礙、智能障礙兼嚴重行為問題等等。

(二) 情緒困擾為主的多重障礙：例如自閉症、情緒困擾兼聽覺障礙。

(三) 感覺器官為主的多重障礙：例如盲聾啞、Usher 癥候群 (Usher ' s syndrome) 等等。

Brimer (1990) 則根據智能障礙、嚴重行為異常以及感官障礙三大類來加以分類：

(一) 智能障礙為主的多重障礙：智能障礙兼腦性麻痺、智能障礙兼聽覺障礙、智能障礙兼嚴重行為問題等等。

(二) 嚴重行為異常為主的多重障礙：例如自閉症、情緒困擾兼聽覺障礙、Angelman 症候群、Rette 症狀群。

(三) 感官障礙為主的多重障礙：例如感官障礙兼其他障礙、視覺障礙兼聽覺障礙 (Usher 症候群) 等等。

事實上而言，多重障礙學生雖有上述的分類方式，但對於異質性如此之高、而各種障礙組合又可能層出不窮的這一群體，吾人欲予適當的標名著實不易。有學者指出：「各種用以指稱兩種或兩種以上重度障礙之標名，將會導致特殊教育方案規劃與興辦的困難。」對教育人員而言，以成惶憾之源，尤其是這些學生最初的分類對學校而言也感無以煩難。

第六節 多重障礙者的特徵、能力與需要

壹、各種不同障礙的特徵

多重障礙係異質性很大的團體，其有關的行為與學習特徵亦非是所有不同障礙之特徵的組合。但是藉由瞭解其他各種障礙之狀況，將有助於瞭解多重障礙之特徵，茲略為描述與說明如下 (許天威、徐享良、張勝成，民89；林寶貴，民89)：

- 一、智能障礙：
 - (1) 智力方面：智力測驗得分在平均數二個標準差以下或百分等級在三以下。
 - (2) 學習能力方面：學習速度反應較同齡兒童慢，各學科學習成就低落、對抽象材料學習效果尤差，注意力不易持久及集中，概念及組織能力差。
 - (3) 自我照顧、安排生活能力：對於自己日常生活的能力較一般同年齡兒童差，語言理解及表達能力差致無法有效溝通，缺乏臨機應變的能力無法隨問題情境而調整自己的行為。
 - (4) 團體生活能力方面：難於融入同輩團體常受孤立或冷落，常和年幼的友伴遊玩，不易理解團體遊戲的規則，難於獨當一面承擔任務。
 - (5) 動作能力方面：動作遲緩表情呆滯，

知動協調能力有困難。

- 二、視覺障礙：在兒童眼前揮動手掌無法察覺，兒童無法數出在兒童前一尺處測試者的手指數。此外弱視者尚有如下之特徵：看東西時頭部前傾接近物體去看，經常擦眼似乎眼前有某種物體存在，對光線有敏感性，對於需要手眼協調的動作為遲頓。
- 三、語言障礙：（1）構音異常：說話的語音有省略、替代、添加、歪曲、聲調錯誤或含糊不清。（2）聲音異常：說話的音質、音調、音量或共鳴和個人性別或年齡有不相稱的現象。（3）語暢異常：說話的節律，有明顯且不自重覆、延長、中斷。（4）語言發展異常：語言的語意、語法、語用、語形的發展，在理解和表達方面，較同齡者差。
- 四、聽覺障礙：（1）和人語言溝通時有明顯的障礙。（2）語言發展較同年齡者遲，且發音亦不正確。（3）常比手畫腳，並以動作協調其意思表達。
- 五、肢體障礙：（1）因外傷造成肢體外觀之殘缺、變形或是先天畸型而影響日常生活功能。（2）如肢體外觀完整無缺，但因神經控制不良，或是肌肉明顯萎縮無力而影響日常生活功能。
- 六、身體病弱：（1）長期多病而經常缺席。（2）異常肥胖、瘦弱或發育不良。（3）身體虛弱無力，容易暈倒。（4）輕微運動就心跳加速、呼吸困難、面色發紫。
- 七、嚴重情緒障礙：（1）人際關係問題，如無法和同儕或教師建立、維持良好的人際關係。（2）行為規範問題，如多障學童可能在正常的環境下，出現不適當的行為或情緒表現。（3）憂鬱情緒問題，如經常有不快樂或沮喪的情緒表現。（4）焦慮情緒問題，如因過度焦慮而導致明顯的身體不適應症狀、或恐懼反應或強迫性行為。（5）偏畸習癖，如傷人、自傷、搖頭、玩手指或咬手指。
- 八、學習障礙：（1）學科成就差距過大。（2）注意力異常，諸如注意力不足、注意力偏差、注意力固著。（3）動作異常，如肢體動作笨拙、身體遲緩、統整作用欠佳、懼高易跌倒。（4）記憶力異常，記憶力和思考方法缺乏或不當，記憶能力減退、缺乏機變性和組織性。（5）知覺作用異常，如知覺動作遲鈍、節拍動作混亂、空間感、方向感、平衡感差。
- 九、自閉症兒童：（1）三歲之前即呈現人際關係、溝通及行為之異常。（2）對其他人的社會性訊息不能體會，且缺乏社會互動性的應對。（3）口語和非口語溝通有顯著障礙。（4）對環境呈現怪異反應，喜歡獨自一人。
- 十、顏面傷殘：（1）先天性面部骨骼發育不全或肌肉萎縮，導致面部兩側不稱，嚴重影響外觀、語言及吞嚥。（2）後天意外傷害造成面部疤痕增生或變形而影響眼睛之閉合，

鼻孔或唇部之縮小。(3)由外傷或其他疾病而導致顏面神經麻痺而使面部外觀不對稱。

貳、多重障礙的特徵

雖然瞭解各不同的特徵，但此並不意謂著多重障礙的行為特徵與學習特色係各種不同障礙之組合或相加。多障者因顯著障礙的組合種類繁多，其障礙並非兩種或兩種以上障礙的聯合存在，而是構成另一種獨特的障礙。換言之，多重障礙兒童的障礙，不是兩種障礙相加的總合而是相乘的結果。因此，多障者異質性往往遠大於共同性。如下僅列出常見的多重障礙特徵：

一、多重障礙者常見的行為特徵

- (1) **社會性行為**：多重障礙學生多數缺乏適當與他人互動的能力，其所表現出的社會性行為往往不是過多，便是太少。一般而言，社會性行為，如合作、社交禮儀等在工作場合中是相當需要的，然而多重障礙學生在這方面的表現，往往不易被一般不了解障礙者的正常人所接受。
- (2) **溝通技巧**：許多以智障為主的多重障礙學生以及自閉症為主的多障孩童和成人都無法用口語溝通。多數的多重障礙者在語言上只能說出幾個字或較短的句子，有時多重障礙學生會因無法用語言表達基本需求，因此會發展出不適當的行為，譬如哭泣、攻擊行為與發脾氣等。
- (3) **自理能力**：多數的多重障礙學生缺乏生活自理能力與技能。對一般正常兒童而言都相當容易的生活自理能力，像儀容整潔、飲食、穿著，如廁等技能，多重障礙學生學習都需要花一段很長的時間，或在學習上亦有可能會發生困難。
- (4) **行動能力**：大多數的多重障礙學生都缺乏身體移動的能力和記憶的能力，所以要求多重障礙學生能在行動上完全獨立自主是相當不容易的。尤其對於伴隨有肢體障礙的多重障礙者而言，行動會有所限制。
- (5) **生理發展**：多重障礙的孩童由於腦部或脊髓受傷，常會有不自主性的反射動作與姿勢異常；有時更因新陳代謝或荷爾蒙分泌異常，有些有發展遲緩、持續性惡化或老化的現象；有些則因障礙或損傷伴隨有癲癇、呼吸問題、耳朵感染、皮膚潰爛、氣喘、過敏等現象；有些則有視覺、聽覺或兩者以上的感官障礙或損傷等等。
- (6) **學科學習與認知能力**：雖然有些多重障礙並沒有損傷及影響其智能的情形，而可以和

常人學習聽、說、讀、寫、算等基本學業技能。但多數的多重障礙學生在基本學科，如閱讀、算術、寫字、寫作方面的學習能力是相當有限的，也因此影響其日常生活技能的發展。

- (7) **職業技能**：目前雖有許多研究文獻指出，多重障礙學生的職業技能還不足以進入就業市場，但這並不表示多重障礙學生完全不具有接受職業技能，很可能是由於多重障礙學生尚未曾接受有效的職業訓練與就業安置之故。有關文獻亦指出多重障礙學生經過適當的職業訓練與就業輔導亦可從事競爭性就業（林宏熾，民 89a；Gold, 1976）。
- (8) **其他特徵**：許多多重障礙者，通常會伴隨著其他障礙，而且當障礙程度愈嚴重，伴隨著其他種的障礙也就愈多，可能性也愈大。不過有些多重障礙的孩童會有自我刺激的行為，譬如身體或頭部的前後搖晃、彈手指、磨牙、旋轉物品、玩弄或咬手指等等。或者有自傷的行為，如用自己的身體或頭部撞擊堅硬的物體或牆壁、打、擰、抓、搔、挖、咬自己或戳眼睛或受傷的傷口等等。

二、多重障礙者的生涯潛能

然而，或許會有些人懷疑多重障礙者的本身條件能力和生涯潛能，而質疑多重障礙者生涯規劃的必要性。尤其多重障礙者彼此之間存在的生理和心理的差異程度極大。多重障礙者本身的就業意願、障礙程度的輕重、障礙者本身的工作潛能等均會影響重度障礙者的就業內容、工作品質、和生涯發展（吳武典，民79；許天威，徐享良，民83；Patton, Beirne-Smith, & Payne, 1990）。不過一般均深信多重障礙者（即令是重度或極重度障礙者）均具有相當程度的生涯職業潛能及發展特性，而且其生涯職業潛能是可以開發運用和提昇的。一般而言，障礙者的工作行為和生涯潛能可藉由生涯試探與職能評鑑（vocational evaluation）的程序加以評估和分類（Nadolsky, 1985）。

傳統上而言，早期多按智能障礙的程度來加以歸分，譬如將障礙者的生涯職業潛能歸納為如下數種（Brolin, 1982）：

- (一)、大多數的輕度障礙者可習得半技術或非技術但具有競爭性的職業工作能力。
- (二)、大多數的中度障礙者可習得半獨立的職業工作能力，或被加以訓練而具有從事競爭性職業的工作能力。
- (三)、大多數的重度障礙者可習得於教養式的職業技藝發展中心或庇護工場中應有的職業工作能力。
- (四)、大多數的極重度障礙者則一般於養護機構中接受照顧。

很明顯地，此種歸類方式將重度及極重度障礙者排除於生涯輔導與規劃的範疇，而以教

養機構及養護機構為其生涯最終的歸宿。然而隨著障礙者之保險與就醫、教育訓練與就業輔導、生活維護與救濟等等於世界各國中逐日地受到重視和呼籲，此種將重度及極重度障礙者排除於就業世界的職業潛能歸類已有所調整和改進。譬如經由支持性的教育和協助，具有多重之聾盲及重度智障者可從事組裝複雜的電子零件板（Gold, 1976）。此外於服務業的有關的餐飲、清潔、洗衣等行業，多重障礙者亦可經由支持性就業訓練的指導而獲致相當於競爭性的職業工作能力（Wehman, 1988）。

因此，雖然多重障礙者個別的差異性過大並且其個別的生涯職業潛能亦不同。但只要經由正確與客觀的個別化職能評量過程，多重障礙者的身心發展特性與生涯職業潛在能力仍可以明確地被界定與評估。如能再配合適當的生涯規劃，輔之以職業生活相關的協助與訓練，則多重障礙者人力資源的高度開發與運用並非可能之事。

參、多重障礙者學習方面的困難與需要

一般而言，多重障礙者是一群異質性相當高的族群，通常會伴隨著相當程度的智能障礙和一種或兩種以上的知動損傷，因此很難以一種狀況來描述多度障礙者的共同需要（王錦基，民81）。

（一）生理和醫藥方面的需要

多重障礙者的健康程度不良，而其彼此之間也有很大的差異問題存在。通常多度障礙者也有知覺損傷、骨骼缺陷、心臟、呼吸、病痛發作、飲食、消化及其他症候群等健康上問題。因此家長與老師應與醫師保持適當的聯繫，並注意按醫師指示，按時復健並服用藥物。

（二）行動上的困難與需要

多重障礙者有時會因為肢體畸形而缺乏移動能力或缺乏理解與記憶的能力，所以無法正常行動，及使用交通工具。因此行動輔具的使用與輔助科技的開發，亦係一項非常重要的工作。因此家長與老師應與輔具開發師、物理或職能治療師合作以改善並提昇行動能力。此外無障礙空間的開發亦是未來的重點。

（三）適當安置的困難與需要

多數的多重障礙者無法在一般正常環境裡學習，所以應選擇符合其能力及家庭狀況的安置措施與機構來施行個別化教育方案與復健，促進社會化。一般而言，多元化與常態化的安置係有助於多重障礙回歸學校以及社會。但有時密集式、自足式的多重障礙班級對於多重障礙學生亦有顯著的學習效果。因此家長與老師應與參與多障孩童的個別化教育計畫會議，透過專業團隊來獲得最佳的安置與學習效果。

（四）溝通技能方面的需要

許多重度、多重障礙者無法表達自己的需要與了解他人，有些甚至不能對簡單的訊息做反應。所以不常與人互動，也無法自己做選擇。但目前可以透過「多重感官法」、「鬆弛法」、「呼吸及說話的調節」、「口語技巧與口腔動作訓練」、「音樂治療」、「遊戲治療」與「擴大性、替代性溝通系統」（augmentative and alternative communication，簡稱 AAC），以及語言「情境教學」（milieu teaching）來協助多重障礙的孩童進行溝通訓練與替代性溝通（林宏熾，民 87；Kaiser, Yoder, & Keetz, 1992）。

（五）家庭生活適應方面的困難與需要

多重障礙者對於家庭亦有相當大的影響，譬如：如何與家人相處、如何生活自理、自我決定等；相對地，多重障礙者的身心狀況亦會影響家人的對待與照顧方式，譬如：當父母家長採用過度保護教養方式時，在無形中重度障礙者就易被剝奪許多獨立的機會，而沒有機會練習如何面對日常生活上的困難。同樣地，當父母家長採用過度冷漠的教養方式時，則多重障礙者容易遭受失敗挫折、缺乏自尊與自決、容易產生被遺棄與孤獨冷漠的態度，並發展出極端的退縮或攻擊性防衛的反應行。因此家長與老師應與合作並從事親職教育與家庭溝通。

（六）情緒方面的困難與需要

多重障礙者本身的障礙所帶來的不便和不安，再加上環境安全感和隸屬感的威脅，常使情緒困擾成為多重障礙以外的另一種障礙。因此家長亦可與學校輔導老師或醫院的心理治療師一起學習成長，多瞭解與接納多重障礙者，多澄清彼此的觀念，善用增強策略，以及提供良好的示範來協助多重障礙學生。

（七）社會行為方面的困難與需要

許多重度、多重障礙者常有的特徵就是常會表現出搖晃、自傷、傷害別人、發出怪聲、太熱情或太退縮等不被一般人所接受的行為。家長與老師可透過「行為改變技術」（behavior modification techniques）、「角色扮演」（role playing）、「感覺統合訓練」（sensory integration）、情境模擬的方法來共同教導多重障礙的孩童。

（八）性教育方面的困難與需要

多重障礙學生因受智能、聽覺、視覺或肢體的多重障礙，使照顧者不知如何介入，教導與性有關的知識，因此性知識相當缺乏。此外，多數多重障礙兒童對「隱私」的觀念薄弱，因此其性教育的需求是相當迫切的。譬如對於有自慰的多障孩童，父母與老師可以查看孩子是否處於隱私的空間裡，或改變服裝使孩子無法碰觸到自己的性器官，或利用輔具來約束孩子，或利用相互抑制法轉移孩童的注意力、或積極積極的提供多變化的環境及活動。此外亦

可加強性教育，譬如培養孩童清潔衛生習慣、教導與性教育有關的禮貌、教導孩子保護自己等等（李翠玲，民 89）。

第七節 多重障礙者的鑑定評量與安置

壹、多重障礙的鑑定與評量

（一）多重障礙的鑑定與障礙手冊申請

就特殊教育的觀點而言，多重障礙學生的鑑定與教育安置係由各直轄市、縣（市）政府之「特殊教育學生鑑定及就學輔導委員會」來負責。其不同於身心障礙者社會福利措施之申請障礙手冊係透過醫療體系的檢驗證明再由內政部核發。此外，由於多重障礙學生之間的異質性與教育需求差異頗大，因此其鑑定除由醫學檢查外，尚需加上各種不同的教育、復健等有關評量以獲致開發障礙學生最大潛能之最佳安置與教育方式，如下為有關政府的規定以及幫助家長進行教育方面鑑定與安置之相關規定與重點。

1、**多元評量原則**：根據我國民國 88 年修正公佈的「身心障礙及資賦優異學生鑑定原則鑑定基準」第二條的規定：『各類特殊教育學生之鑑定，由各直轄市、縣（市）政府「特殊教育學生鑑定及就學輔導委員會」（以下簡稱鑑輔會）負責相關事宜。各類特殊教育學生之鑑定，應採多元評量之原則，依學生個別狀況，採取標準化評量、直接觀察、晤談、醫學檢查或身心障礙手冊等方式蒐集個案資料，綜合研判之。』（教育部，民 88a）亦即對於多重障礙學生之鑑定機構係由「鑑輔會」透過多元評量原則來加以鑑定。

2、**專業團隊方式合作原則**：根據我國「特殊教育法」（民 86）第二十二條的規定：「身心障礙教育之診斷與教學工作，應以專業團隊合作進行為原則，集合衛生醫療、教育、社會福利、就業服務等專業共同提供課業學習、生活、就業轉銜等協助，身心障礙教育專業團隊設置與實施辦法由中央主管教育行政機關定之。」（總統府，民 86a）亦即，身心障礙教育之診斷與教學工作，應以專業團隊合作進行為原則，而專業團隊的人員根據「特殊教育相關專業人員及助理人員遴用辦法」（教育部，民 88c）第二條的規定：「特殊教育相關專業人員，指為身心障礙學生及其教師與家長提供專業服務之下列專(兼)任人員：一、醫師：以具專科醫師資格者為限。二、物理治療師、職能治療師及語言治療等治療人員。三、社會工作師。四、臨床心理、職業輔導、定向行動專業人員。五、其他相關專業人員。」至於有關評鑑的內容，請參考表 7-1。

表 7-1：多重障礙學生多方面的鑑定評量

醫學評量	治療評量
<p>1. <u>一般醫療檢查</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ● 一般身體檢查 ● 所需治療問題檢查 ● 藥物治療史檢查 ● 詳細健康檢查 ● 門診追蹤檢查 ● 建議與附加檢查等等 <p>檢查的內容包括：眼耳鼻喉、呼吸、心臟血管系統、肝膽消化、生殖泌尿、皮膚骨骼、腦神經系統等等（視需要而定）。</p> <p>2. <u>特殊生理檢查</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ● 完整物理醫學檢查 ● 生理發展史檢查 ● 神經與肌肉之內外科治療史檢查 ● 反射功能與狀況檢查 ● 兒童輔助器材檢查 ● 建議與附加檢查等等 <p>檢查的內容包括：視覺狀況、聽覺狀況、肢體狀況、神經與精神等等（視需要而定）。</p>	<p>1. <u>物理治療評量</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ● 神經發展功能評估 ● 肌肉張力評估 ● 關節活動度評估 ● 動作能力評估 ● 輪椅操作評估等等。 <p>2. <u>職能治療評量</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ● 頸部控制能力評估 ● 上肢運作能力評估 ● 知覺動作能力評估 ● 生活自理能力評估 ● 輔助科技運用評估等等。 <p>3. <u>語言治療評量</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ● 語言前發展（口腔功能、進食能力等等） ● 語言發展（呼吸型態、聲音、發音等等） ● 非口語溝通（接受、表達、清晰程度等等） ● 溝通輔具運用評估等等。
教育評量	護理評量
<ul style="list-style-type: none"> ● 智力、成就、性向等測驗 ● 知覺-動作技能等測驗 ● 溝通技能測驗（口語/非口語的接受、表達及清晰理解程度等） ● 社會情感發展測驗（社交、情感表達、自我能力、表達力） ● 適應行為測驗（經濟活動、語言發展、在家活動、職業活動、自我引導等等） ● 職業輔導評量（生涯職業潛能、職業興趣）等等。 	<ul style="list-style-type: none"> ● 家庭健康問題評估 ● 藥物治療評估 ● 住院治療評估 ● 防疫記錄評估 ● 衛生護理需求評估 ● 基層看護機構評估等等。

資料來源：整理自葉瓊華（民 88）。

3、**家長參與原則**：根據我國「特殊教育法」（民 86）第十二條的規定：「直轄市及縣(市)主管教育行政機關應設特殊教育學生鑑定及就學輔導委員會，聘請衛生及有關機關代表、相關服務專業人員及學生家長代表為委員，處理有關鑑定、安置及輔導事宜。有關之學生家長並得列席。」（總統府，民 86a）亦即，鑑輔會對於障礙學生之鑑定、安置及輔導事宜應透過專業團隊的方式來加以進行，並且得邀請學生家長參與。此外，「特殊教育法」（民 86）第廿七條亦規定：「各級學校應對每位身心障礙學生擬定個別化教育計劃，並邀請身心障礙學生家長參與其擬定及教育安置。」（總統府，民 86a）亦即，亦即家長亦得參與其子女之個別化教育計劃會議並建議有關其子女的教育安置。

4、**個別教育計畫本位原則**：一般而言，多重障礙學生的鑑定工作，是在試圖鑑別並了解學生是否具有多重障礙，如果發現學生確實具有多重障礙時，則可進一步瞭解學生身心各方面的發展水準，以作為擬定個別化教育計畫的參考依據。簡言之，鑑定 (identification) 可說是一個目的，為了瞭解受試者與其他個體間差異的情況，以方便提供所需要服務，診斷，安置與教育等。而評量是為了達到這樣的一個目的，所用的一些方法。亦即評量的主要目的在於藉由有系統的資料蒐集，以協助專業團隊、特教老師、家長、治療師、醫師等等，進行篩選 (screening)、診斷 (diagnosis)、鑑定 (identification)、安置 (placement)、課程發展 (curriculum development)、教學計畫規劃 (instructional program planning)、監控與學生評量 (monitor & student evaluation) (Browder, 1991; Snell, 1993)。

4、**障礙手冊申請程序**：至於有關辦理身心障礙手冊之程序與應帶之證件如下：1. 申請身心障礙鑑定者應至戶籍所在地鄉（鎮、市）公所民政課申請鑑定；經公所承辦人員初步審核填寫身心障礙者鑑定表中基本資料後，應親自（您帶您的孩子）至指定之醫院或場所辦理鑑定。經鑑定符合身心障礙等級後，再由鑑定醫院轉送縣政府核發身心障礙手冊。2. 至於應備的書表有：疑似身心障礙者請準備一寸半身照片三張及身份證影印本或戶口名簿影本。申請鑑定以三歲以上能明確判定身心障礙等級為限，但以下情形除外：（1）可明確鑑定其肢體或器官永久性缺陷之嬰幼兒。（2）由染色體、生化學或其他檢查，檢驗確定為先天性缺陷或先天性染色體代謝異常之嬰幼兒。（3）若暫予判定為身心障礙者，應於滿三歲後再申請鑑定。其餘有關規定請參閱各縣市政府之相關規定。

（二）測量、評估、評量的涵義

就學理上嚴謹的定義而言，測量、評估與評量，三個字詞在內容與涵意上均有不同層次

的概念與詮釋（李大偉，民 80；郭生玉，民 74）。

（1）、測量的涵義：一般而言所謂「測量」（measurement）係指按一定的法則，將所測事物或屬性之數量或類別賦予數值的過程；亦即，測量為一客觀的描述，只解答所測對象多寡的（how much）問題，而不加以價值的判斷。此外，在生涯職業教育與訓練過程中，教師或訓練師常會以某一考試題來考量學生的成就，而此種考試題即為所謂的測量工具，或所謂之「測驗」（test）；而考試或考量的行為即為所謂的「測量」。

（2）、評估的涵義：所謂「評估」（assessment）則係指收集資料並將資料整理、或安排成為可以解釋形式的過程。評估有時被視為測量（measurement）和評量（evaluation）的同義字；但事實上，評估係藉於測量與評量間的一個名詞，其涵義較測量為廣，但較評量為窄。廣義言之，係指為了提供評估者適當與有意義的教育內容或課程而從各方面取得各種資料的過程。其包括正式與非正式的測量、觀察等，以評價瞭解被評估者在各種不同情況下的表現。

（3）、評量的涵義：至於「評量」（evaluation）或「評鑑」係一種以系統方式，探查教學過程和學習成就是否達到預期水準的過程；評鑑過程所得的資料可以作為教學回饋與課程修正的依據。此外，評鑑亦指以某種價值來判斷所測得之數量或屬性的過程；亦即，評量係以某種主觀的判斷來解答所測對象有多好（how good）問題。

一般而言，評量係以具體的測量來決定者目前的能力及教育需求，評量的功能在於決定教育與訓練上安置和訂定教學目標，其方式包含傳統的紙筆測驗、晤談、觀察、以及情境的分析。評量的階段亦可包括：轉介階段、評量階段、教學階段、安置階段等。至於評量的種類更包括：正式與非正式、常模參照與效標參照、形成性與總結型、主觀與客觀等不同類型之評量。

（三）常見多重障礙教育評量的步驟

常見的多重障礙鑑定與評量多係由專業團隊來共同完成，而專業團隊係由特殊教育教師、普通教育教師、特殊教育相關專業人員（如物理治療師、職能治療師、語言治療師、輔助科技人員等）及教育行政人員（教務、訓導、輔導等人員），以及相關的醫師護士等共同參與組成。至於在進行重度與多重障礙學生的評量時多按下列步驟來加以完成（王亦榮，民 89；邱上真，83；Wolery & Haring, 1990；Snell, 1993）：

（1）**醫療方面的診斷**：醫療方面的診斷包括生產前以及生產過程兩個階段。生產前的診斷可利用羊膜穿刺（amniocentesis）、絨毛檢驗（chorionic villus sampling, CVS）、母體血液檢驗、超音波（ultrasound）、臍帶衡鑑等技術來查探胎兒的狀況；新生嬰兒則可

以由醫護人員透過視覺上的觀察和 Apgar 新生兒評鑑表加以檢查。Apgar 新生兒評鑑表是醫生為產婦接生，在嬰兒出生後五分鐘內，就 1. 新生嬰兒的心跳速度、2. 呼吸情況、3. 肌肉張力、4. 鼻孔對橡皮管刺激之反應，以及 5. 皮膚的顏色等五項予以評分，最高給二分，最低給零分，總分為十分。若一個新生兒得十分，表示良好，若得分在七分以下，則表示須加以急救以及進一步的觀察與檢驗（董英義，民 72）。此外，學齡前的診斷與評量亦多係由醫療方面的人員來進行資料的蒐集，而其蒐集的資料除一般醫學檢查外，亦多與感覺、動作、社會情緒、認知等方面的發展情形有關。同時各類專科醫生也常被邀請參與鑑定工作，包括小兒科、神經科、精神科、耳鼻喉科、眼科等醫學專業醫師。家長可以配合醫護人員進行孩童有關資料的蒐集並協助瞭解孩童的需要。

（2）一般性資料的蒐集：所謂一般性的資料係指多重障礙學生的有關各種記錄，諸如：孩童家庭的相關背景資料、先前醫療診斷評估的資料、生理發展之基本資料、視聽力感覺知動器官之資料、先前受教育之相關資料、轉介前之診斷性評量資料、相關行為特徵與問題行為之資料等等。一般而言，家長與老師可以互相合作透過晤談、觀察、非正式的評量、生態評量的方式等進行資料的蒐集。

（3）目前表現水準資料的蒐集：根據我國現行「特殊教育施行細則」第十八條有關個別化教育計畫教內容的規定，有關身心障礙學生目前表現水準資料目前表現水準資料的內容應包括下列事項：學生認知能力、溝通能力、行動能力、情緒、人際關係、感官功能、健康狀況、生活自理能力、國文、數學等學業能力之現況。學校老師可以透過測驗、觀察與晤談等方法來瞭解學生目前的表現水準。此外，家長亦透過觀察與記錄來協助學校老師進行教育評量資料的蒐集。

（4）障礙學生教學優先順序的建立：再蒐集過上述資料後，特殊教育專業團隊則可以透過「個別化教育計畫」（Individualized Education Program, IEP）會議，與家長共同來決定孩童的重要學習活動項目與課程內容。相關人員則可以進一步的思索並發展參與重要活動之替代性與輔助性的教學策略，以進一步地幫助障礙孩童學習。首先老師與家長可以透過腦力激盪與討論的方法略出障礙孩童所需學習的重要活動，再列出這些活動有關的重要技能，再按重要技能的重要性與需要性來排列優先順序以及應該習得重要行為。老師與家長可以共同思考這些技能與活動是否有助於障礙孩童獨立生活、回歸融合於社區、未來就業工作、自我決策、生涯轉銜、生活品質等等。

（5）個別化教育計畫與課程的發展：當決定出所要教導與訓練的活動、技能與行為後，老師與家長可以進一步共同擬定「個別化教育計畫」（IEP）。一般而言，特殊教育老師均

會透過「工作分析」(task analysis)與敘寫行為目標來完成教學計畫。根據我國「特殊教育法」第廿七條的規定：「各級學校應對每位身心障礙學生擬定個別化教育計畫，並邀請身心障礙學生家長參與其擬定及教育安置」(總統府，民 86a)。而「個別化教育計畫」的內容根據「特殊教育法施行細則」(教育部，民 88d)第十八條的規定，其內容應包括下列事項：

1. 學生認知能力、溝通能力、行動能力、情緒、人際關係、感官功能、健康狀況、生活自理能力、國文、數學等學業能力之現況。
2. 學生家庭狀況。
3. 學生身心障礙狀況對其在普通班上課及生活之影響。
4. 適合學生之評量方式。
5. 學生因行為問題影響學習者，其行政支援及處理方式。
6. 學年教育目標及學期教育目標。
7. 學生所需要之特殊教育及相關專業服務。
8. 學生能參與普通學校(班)之時間及項目。
9. 學期教育目標是否達成之評量日期及標準。
10. 學前教育大班、國小六年級、國中三年級及高中(職)三年級學生之轉銜服務內容。

此外，參與擬定個別化教育計畫之人員，應包括學校行政人員、教師、學生家長、相關專業人員等，並得邀請學生參與；必要時，學生家長得邀請相關人員陪同。因此為了自己孩童教育的權利與福利，家長務必要參加「個別化教育計畫」會議。如圖 7-1 所示。

(6) **個別化教育計畫的執行與學習成果的監控**：當「個別化教育計畫」完成之後，接下來的工作即是特殊教育老師與有關老師根據學生的特殊需要，進一步地排定課程表與實施教學課程。其步驟約有下列七項：1.按「個別化教育計畫」的目標與進行訓練環境分組表；2.找出固定與彈性時段安排課程時間；3.找出社區教學資源；4.發展一份暫時的主要課程時間表；5.發展每一位學生的個別時間表；6.按時間表的規定進行教學；7.監督課程的實施(Holowach, 李淑貞譯, 民 86)。教學計畫的執行係按課程表的進度與學生學習的狀況進行，而學生學習成果的監控大多藉由直接觀察法與評量記錄的方法來完成。一般而言，最好每日均進行觀察評量與記錄，或至少一週要進行二次以上的觀察瞭解，以檢討教學目標的設定是否達成，或者是需要進一步修改。

(7) **定期教學成效的評鑑**：定期教學成效的評量係指評估學生整體性與個別性的進展，以檢討評估教學課程是否達到預期目標，以作為修正教學課程，改進教材教法之參考依據。

簡言之，教學的定期評鑑在於瞭解教育方案或教育安置措施是否需要進一步地做重大的改變與修正，期使學生的學習潛能得以在最少限制的環境中，獲得最大的發展，以提昇其生活品質。

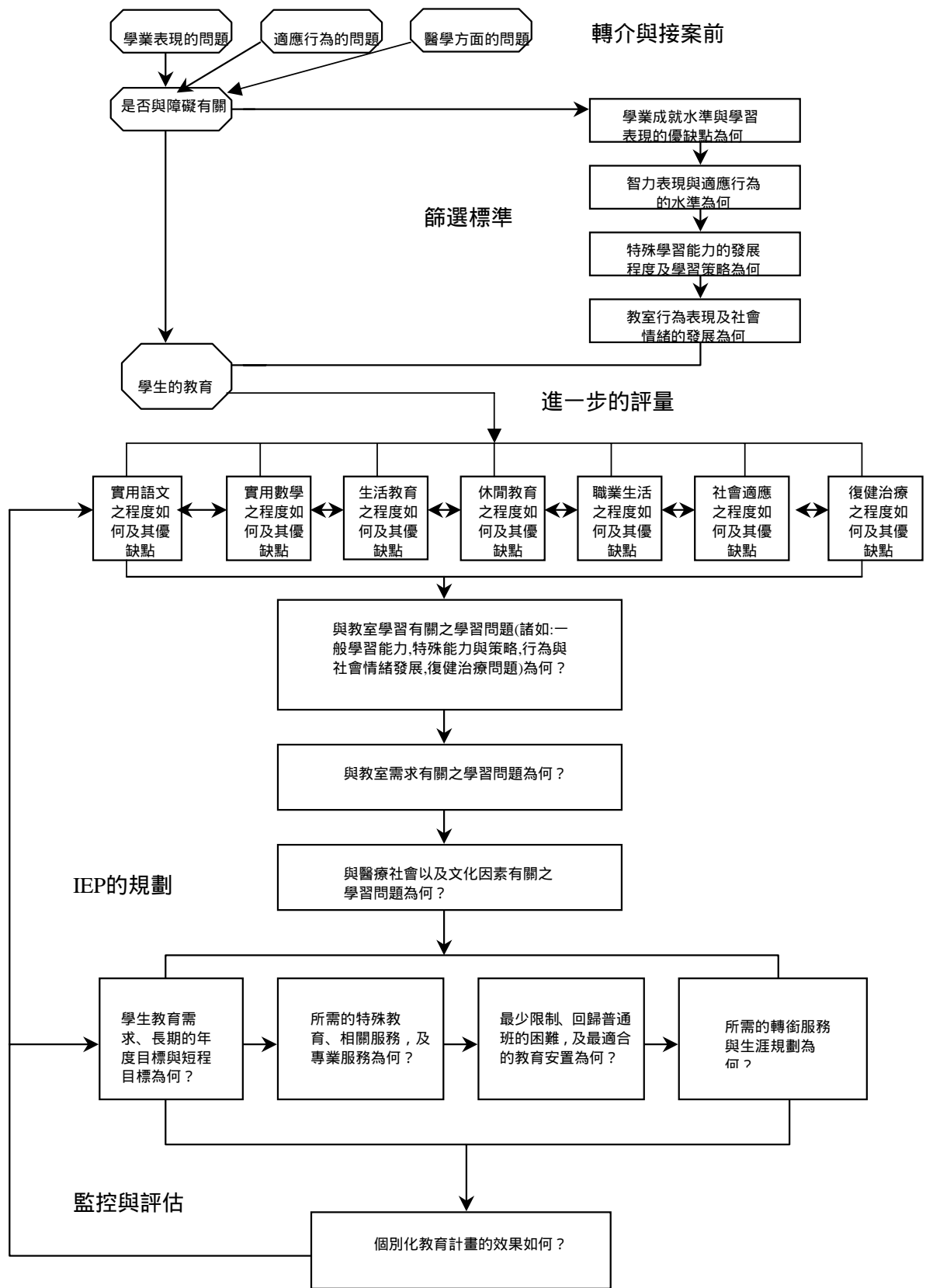


圖 7-1：多重障礙學生教育評量流程圖

貳、常用之多重障礙學生教育評量類型

多重障礙學生教育評量類型相當多，茲就九種目前常用於為特殊教育教學情境之教育評量加以說明如下（Jackson 著，林千惠譯，民 81；林宏熾，民 89a；邱上真，民 83）：

一、發展性評量

所謂發展性評量係以非障礙學生的一般發展狀況為依據，來診斷個別多重障礙學生在身心發展上的需求與發展狀況。其優點有：1、可提供側面圖，幫助教學者瞭解孩童在各項領域的發展情形。2、可將複雜行為分析為簡單步驟，幫助教學者定出短程的教學目標。3、可協助找出多重障礙學生在發展上與一般孩童的差異狀況，提供教學者關於孩童的學習潛能。不過就多重障礙學生而言，其亦有如下缺點：1、多重障礙學生可能無法發展或習得正常順序的技能，其可能因本身的障礙而無法按發展階段達成即定的行為目標。2、發展評量表上的項目多是特定的一般行為，而這些所測的發展成長技能，不見得都是多障者參與家庭、學校、社區等所必須具備的項目。3、多重障礙學生所需要學習與發展的技能多為橫跨發展量表不同領域的技能，因此發展評量單一領域的分化行為目標，對多障孩童而言，其較缺乏統整性與生活實用性（Jackson 著，林千惠譯，民 81）。簡言之，發展性評量主要係針對孩童成長過程中的各項必備技能，如：感官及認知能力、語言表達及理解能力、粗大及精細動作能力、生活自理能力等進行評估。當受測學生的各項能力在發展技能進階上被瞭解與確定之後，教師便能根據其發展階段的所需的知識、技能與態度來擬定教學目標。其評估內容包括：1、精細與粗大動作，2、溝通表達，3、生活自理，4、人際關係，5、概念理解。此模式對於多重障礙學生而言，較具有常模性參考性的意義，則較不具有實用性與教學性的功能。

二、適應行為評量

適應行為評量係指對身心障礙學生在家庭、學校，及社區環境中，進行其所必須具備各種適應行為的評量。其評量的內容包括：生活自理能力、居家及社區生活技能、職業技能、功能性學科情形、社交及溝通技能等等。該評量的主要目的係協助教學者選擇學生尚未建立的各項行為來進行教學。不過就多重障礙學生而言，其亦有如下缺點：1、其行為目標的建立較無順序性，因此其評量的結果可能只顯示多障孩童有一些技能的學習尚待加強，但卻無法顯示那些技能項目是迫切需要的，需要仰賴教師來統合相關的教學目標，再進行教學。2、其評量的項目較為籠統，並非所有項目皆是者多障孩童所需，因此其項目不能十分準確地反應出真實出多障孩童生活所需的技能（Jackson 著，林千惠譯，民 81）。簡言之，適應性行為評量是一種藉由逐一系列出正常學生在家庭、學校、社區生活所需技能，並依此來評估障礙學生的能力的一種評量方式。比較而言，與前述之發展評量相比，適應行為評量項目較具有教育部特教小組

實用性亦較兼學生之年齡適宜程度，因此較能提供有利教學的資訊；教師可透過評量的結果，選擇學生尚未建立的各項行為進行教學。但其評量項目較為籠統，有仰賴教師統合相關的教學目標來進行教學。

三、非正式觀察評量

所謂非正式觀察評量係指在居家、教學或是社區的情境中，透過各種非正式的評量工具以評估學生適應行為表現或問題行為等之評估行為而言。常見的非正式評量工具包括：工作分析檢核表、事件記錄表、間隔時段記錄表、及行為持續性測量表等觀察評量工具。不同於前述發展評量與適應行為評量之作法，非正式評量強調教師或評量者必須在教學前後，針對學生可觀察可量測之目標行為進行間歇性地評量與記錄（Jackson 著，林千惠譯，民 81）。然而此種評量方式對於教學目標的決定並沒有太大的幫助，相反地其比較適合在若干目標行為被鑑選出來進行教學時使用。亦即，一旦教學目標決定之後，此種評量方式能夠有效地幫助教師對學生非連續性的行為或反應進行評量。因此其較適合運用於協助教師、評量者或障礙者家長進行輔助性客觀資料的收集，藉以修正或改進教學目標、教材內容、或教育方法等等。

四、行為診斷評量

所謂行為診斷評量是一種系統化的行為觀察過程，其主要針對與問題行為有關的生態環境、人際關係、互動情形、孩童的動機等可能因素進行偵測與分析的工作。其目的在於幫助教師或家長瞭解障礙學生問題行為發生前，導致該問題行為的內在與外在因素情形，以作為進一步決定教學處置或輔導作法的參考依據（Jackson 著，林千惠譯，民 81）。行為診斷評量通常能幫助教師做有效的教學決定，因為教師在做任何決定前已能充分瞭解學生之所以產生此一問題行為的真正原因為何。簡言之，行為診斷係一種針對與障礙學生問題有關的環境、人際關係、行為動機等可能因素進行診察及分析工作的評量方式，其可幫助教師瞭解學生行為背後的動機，好協助教師與家長對學生的問題行為能夠對症下藥。其最大的優點即為可以協助教師與家長發現學生問題行為產生的根本原因所在，改善一般教學行為之治標不治本的缺點。就臨床運用而言，其強調針對目標行為進行實地觀察，以發現目標行為的發生狀況與某些固定的時間或活動有無特殊的關聯與因果關係，進而對症下藥，改善學生的問題行為與提昇學習的成效。

五、生態性評量

生態評量是一項強調在學生所屬的家庭，學校及社區等情境中的行為表現進行評估的評量方式，以利進一步教學目標及內容之訂定，以及教學設計與輔導計畫的發展。此種評量方

式多為非正式的評量，其評量之重點在瞭解身心障礙個人與環境需求之間的關係與互動時之所需能力與生態條件之配合情形（Jackson 著，林千惠譯，民 81；林宏熾，民 89a）。簡言之，此種評量方式評量學生在實際環境中進行各項活動時，學生如何因應不同環境的需求而所表現之不同的行為情況，以協助老師幫助學生進行功能性與實務性的學習，並進而訓練與培養學生產生自發性的因應與學習行為。比較而言，與前述之發展評量與適應行為評量相比，本評量的特點在於事先肯定學生無論能力之優劣與否，均具備有相當的適應能力；且會在不久的將來會運用這些能力實際參與生活中的各項活動，而評量的目的在於瞭解障礙學生此方面能力的運用與發展狀況，以協助教師、評量者或家長進行教學並輔導學生做有效的學習。

六、檔案評量

所謂檔案評量是將障礙學生的學習成果或成就表現統整之後，以完整的、合宜的、精緻的、成果導向式的檔案格式，所呈現出來的一種獨特的評量方式。其按評量的性質與內容而言，又可分為三種：1、表現檔案，即以多障學生各項技能具體成果的表現為檔案內容。2、進階檔案，即以多障學生已具備進昇至下一階段學習的具體證明為檔案內容。3、自我省思檔案，即以多障學生個人成長之自我評量記錄為主要的檔案內容。舉例而言，一位多重障礙學生之表現檔案內容可能包括有：學業成績、工作時的照片、與朋友同學互動時的照片、參與重要活動時的照片、生活感言或佳言錄、有意義的軼事記錄、各項特優表現的證明、朋友感言錄、輔助科技使用記錄、優良表現錄影帶、錄音帶，以及各式的獎狀、獎章等等（Jackson 著，林千惠譯，民 81；林宏熾，民 89a）。相對於其他較為傳統的評量方法而言，檔案評量可說是近年來在多重障礙教育中較新的一種評量方式。其最大的特色在於尊重障礙學生的個別差異以及強調學生的正向的學習表現與成就。在檔案評量中所展現的評量結果，都是學生近來在各種學習上的傑作或最佳表現，對於學生的優點自然具有較佳的增強及提昇作用。簡言之，檔案評量著重於表現學生的優點與正面的學習成果，而不似其他評量方式多以障礙學生之問題行為或無法完成的行為能力來做為評量的結果。因此其對於多重障礙學生而言，較具有正面學習與教育的意義。

七、動態評量

所謂動態評量係強調障礙者的學習潛能，主要在藉由教師與障礙學生之互動與持續的評量行為，以促進障礙學生有關之思考錯誤類型的改善與表現解決問題的能力的一種評量方式。根據 Feuerstein 等人（1987）的看法，動態評量又可分為功能性與結構性兩類：1、動態功能性評量，係以增進個人在某項作業上的能力表現為主的評量方式。2、動態結構性評

量，則係以著重在強調根本改變受試者的認知功能的結構而言的評量方式。由於動態評量是於實際的教學情境中，對於學生進行實際能力的評估與瞭解，且以較正向的態度來看待學生的學習表現，因此也較能評量出學生的真實能力。不過其在發展上，尚有如下之缺點尚待改善：1、需要較多時間來進行評量。2、評量所得的結果和傳統的評量方法並沒有太大的差異。3、動態評量的程序尚待充分發展。4、有關人員對於動態評量的作法尚不甚瞭解（陳昭儀，民 85）。簡言之，動態評量的方式為使用一項或一組認知、技能或情意領域裡的作業來測量單一的學生，然後評量者或教學者再進一步提供極具回應性與動態性的教學，以引發受試者與學習者的最佳表現和學習。老師的教學和學生的表現是以能力、動機、後設認知能力的改變來加以評估。至於其評量所參照的標準是以個人在教導前後的表現，來進行相互的比較，而後再由評量者或教學者根據前後的改變狀況，加以進一步的解釋並進行互動式的教學，期以改善學生學習的成效。動態評量強調學生學習的主動性與可變性；評量者或教師與學生雙方，均具有主動的特色。於評量過程與教學中，學生被引導以進行主動尋求和組織知識的學習和表現；而評量方式也經常是在評估、教學、再評估的模式中進行。由於其評量的進行通常是在教導的情境中，以一對一的教學評量方式進行，所以較少運用正式的評量，而其個別化的教學評量方式均具有動態與變異的互動模式。因此其對於多重障礙學生與老師間的互動教學、個別化教學具有相當重要的價值與幫助。

八、課程本位評量

所謂課程本位評量係一種強調應以身心障礙者實際學習有關的授課內容與材料作為教師評估教學訓練成效的依據，並以障礙者在現有課程內容上的持續表現來決定其教育與訓練需求的評量方式，此法多用於教育訓練之教學活動過程中（林宏熾，民 89a）。其施測的過程通常使用一組依序排列的作業或教學材料來選取特定領域中的學習成果或行為，發展具有表面效度、高信度的測驗，然後再針對個別的特定制學生進行測量，其後再進一步根據測驗的結果進行比較記錄與分析，以瞭解學生學習的成效與進步的情形。此種評量方式多採用效標參照方式來進行評量結果的詮釋。亦即，學生個人施測所得之分數是絕對，是與某一絕對的標準作比較所得的結果，其目的在於反映受試者在知識技能上的精練水準。不同於常模參照測驗，學生的分數則係取決於其他同學在同一試題上的表現，其所作比較之參照標準是係相對性的（葉靖雲，民 85）。由於課程本位評量著重於學生對於教學內容與教材的學習並要求學生達到適當的能力水準，一般而言，其較適合運用於輕度或學習障礙學生之認知與技能方面的學習，其對於學習能力較弱之重度多重障礙者而言，較不合宜，因此在運用時，宜作適當的修正與調整。

九、極重度障礙者的評量

由於多數的極重度障礙者有均有嚴重的神經、知覺、動作、生理或感官的損傷，因此大多數均無法進行上述的評量。不過對於上述極重度障礙者，則可以透過下列數種描述性的生理狀態來了解其情形：1、睡眠/活躍狀態、2、睡眠/不活躍狀態、3、嗜睡狀態、4、醒著/不活躍/警覺狀態、6、覺醒/活躍/警覺狀態、7、哭鬧/騷動狀態等等（Guess, Mulligan-Ault, Roberts, Struth, Siegel-Causey, Thompson, Bronick & Guy, 1988；花敬凱，民 89）。此外，亦可透過每日長時間的觀察記錄以藉由相關的生理資料，了解其內在波動，並以此為基礎，進行有關的教學活動。

十、評量時宜考量之相關問題與原則

當評量多重障礙學生時，下列一些相關評量專業倫理與技術上的問題得特別加以考量：

（1）多重障礙學生在學習上有無特殊的需要，是否可以藉由調整（accommodation）或輔助科技來改變評量的內容？（2）是否有非侵犯性不同的評量方式來獲致有關之資料？（3）多重障礙學生在生理上有何特殊的限制而足以影響其學習與就業活動或評量行為的進行？（4）是否有個別適合的定位與扶持技術，來協助障礙程度嚴重者，進行有關的評量工作？（5）評量時有無獲得多重障礙學生本人之許可或其家長或監護人的同意？（6）如果使用標準化的測驗工具時，評量的工具是否合法有版權、或具有適當之信度與效度？（7）進行評量時，評量者是否具有評量之相關專業知能？（8）評量後之資料是否有妥善的保管與保密？（9）評量後之結果有無適當地對多重障礙學生或其家人說明或告之（Edgar, 1977；何華國，民 88）？

如下為身心障礙者於鑑定與評量之發展趨勢與原則，於評量身心障礙者之相關能力時，亦應當加以遵守（Taylor, 1997；黃世鈺，民 88）：

1. 以科際整合與專業團隊（multidisciplinary and team）方式來進行。
2. 以精確性與無歧視（accurate and non-discriminatory）方針為原則。
3. 以保護性與最少限制（safeguard and the least restrictive）考量為依據。
4. 以身心障礙者與家長參與（individuals and parental involvement）理念來鑑定。
5. 以多元化內容與多元化策略（multiple contents and approaches）蒐集資料。
6. 以障礙者自我決策與擁護（self-determination and advocacy）觀點作安置決定。

至於常見的多重障礙學生心理與教育常見之評量工具則如表 7-2 所示。

表 7-2：多重障礙學生心理與教育常見之評量工具

心理與教育評量工具	
(一) 評估智力或認知能力之評量工具	
1. 比奈西蒙智力量表(第四及第五次修訂本)。	8. 修訂基爾文兒童能力測驗。
2. 修訂考夫曼兒童智力測驗。	9. 修訂學前兒童學習能力測驗。
3. 魏氏兒童智力量表。	10. 瑞文氏非文字推理測驗。
4. 谷賀畫人測驗。	11. 瑞文氏彩色圖形智力測驗。
5. 貝萊嬰兒發展量表。	12. 學前兒童綜合發展評量表。
6. 柯亞發展量表。	13. 嬰幼兒發展測驗。
7. 哥倫比亞心理成熟量表。	
(二) 評估知動能力的評量工具	
1. 拜瑞視覺動作統整發展測驗。	4. 普度知覺動作量表。
2. 柯韓二氏視知覺測驗。	5. 傅若斯蒂視知覺發展測驗。
3. 修訂兒童班達完形測驗。	6. 簡明知覺-動作測驗。
(三) 評估語言能力的評量工具	
1. 修訂畢保德圖畫詞彙測驗。	4. 語言障礙兒童診斷測驗(修訂版)。
2. 國語構音測驗。	5. 學前兒童語言發展量表。
3. 修訂國語構音測驗。	
(四) 評量適應行為的評量工具	
1. 文蘭社會成熟量表。	4. 行為特質發展量表。
2. 修訂文蘭適應行為量表(教室版)。	5. 修訂適應行為量表。
3. 生活適應能力檢核手冊。	6. 學齡前兒童行為調查小冊。

第八節 多重障礙者的安置與學習

壹、多重障礙的安置方式

一、多重障礙學生的安置原則與規定

有關多重障礙學生的安置方式，係規定於我國「特殊教育法」（總統府，民 86a）、「身心障礙者保護法」（總統府，民 86b）與「特殊教育法施行細則」（教育部，民 88d）之中，茲就有關的規定與原則說明如下：

（一）、**零拒絕原則**：根據我國「身心障礙者保護法」第二十一條的規定：「各級教育主管機關應主動協助身心障礙者就學，各級學校亦不得因其障礙類別、程度、或尚未設置特殊教育班（學校）而拒絕其入學」。同時第四條亦規定：「身心障礙者之人格及合法權益，應受尊重與保障，除能證明其無勝任能力者外，不得單獨以身心障礙為理由，拒絕其接受教育、應考、進用或其他不公平之待遇」。甚且第六十四條還規定：「公務員執行職務違反第四條規定時，應受懲戒。違反第四條或第三十三條第一項或第二項規定者，處新台幣十萬元以上五十萬元以下罰鍰」。亦即，身心障礙學生就學與安置的權利已受到法律完全的保障。

（二）、**「鑑輔會」專職原則**：根據我國「特殊教育法」第十二條的規定：「直轄市及縣(市)主管教育行政機關應設特殊教育學生鑑定及就學輔導委員會，聘請衛生及有關機關代表、相關服務專業人員及學生家長代表為委員，處理有關鑑定、安置及輔導事宜。有關之學生家長並得列席。」亦即身心障礙學生有的鑑定、安置及輔導事宜係由「特殊教育學生鑑定及就學輔導委員會，簡稱鑑輔會」來執行。而根據「特殊教育施行細則」第十一條的規定：「鑑輔會依本法第十二條安置身心障礙學生，應於身心障礙學生教育安置會議七日前，將鑑定資料送交學生家長；家長得邀請教師、學者專家或相關專業人員陪同列席該會議。鑑輔會應就前項會議所為安置決議，於身心障礙學生入學前，對安置機構以書面提出下列建議：一、安置場所環境及設備之改良。二、復健服務之提供。三、教育輔助器材之準備。四、生活協助之計畫。前項安置決議，鑑輔會應依本法第十三條每年評估其適當性；必要時，得視實際狀況調整安置方式」。

（三）、**滿足學生學習需要，最少限制環境為原則**：根據我國「特殊教育法」第十三條的規定：「各級學校應主動發掘學生特質，透過適當鑑定按身心發展狀況及學習需要，輔導其就讀適當特殊教育學校(班)、普通學校相當班級或其他適當場所。身心障礙學生之教育安

置，應以滿足學生學習需要為前提下，最少限制的環境為原則。直轄市及縣(市)主管教育行政機關應每年重新評估其教育安置之適當性。」而根據「特殊教育法施行細則」第十三條的規定：「依本法第十三條輔導特殊教育學生就讀普通學校相當班級時，該班級教師應參與特殊教育專業知能研習，且應接受特殊教育教師或相關專業人員所提供之諮詢服務。本法第十三條所稱輔導就讀特殊教育學校(班)，指下列就讀情形：一、學生同時在普通班及資源班上課者。二、學生同時在特殊教育班及普通班上課，且其在特殊教育班上課之時間超過其在校時間之二分之一者。三、學生在校時間全部在特殊教育班上課者。四、學生在特殊教育學校上課，且每日通學者。五、學生在特殊教育學校上課，且在校住宿者」。

(四)、**小班、小校、就近入學原則**：根據我國「特殊教育法」第十六條的規定：「特殊教育學校(班)之設立，應力求普及，以小班、小校為原則，並朝社區化方向發展。」而根據「特殊教育法施行細則」第十二條：「國民教育階段特殊教育學生之就學以就近入學為原則。但其學區無合適特殊教育場所可安置者，得經其主管鑑輔會鑑定後，安置於適當學區之特殊教育場所。前項特殊教育學生屬身心障礙者，直轄市、縣(市)主管教育行政機關應依本法第十九條第三項規定，提供交通工具或補助其交通費。」亦即，身心障礙學生之安置係以小班、小校、社區化，以及就近入學為原則。但根據「特殊教育法施行細則」第十三條的規定亦可由家長申請在家教育之身心障礙學生。其規定為「申請在家教育之身心障礙學生，除依強迫入學條例第十三條規定程序辦理外，其接受安置之學校應邀請其家長參與該學生之個別化教育計畫之擬定；其計畫內應載明特殊教育教師或相關專業人員巡迴服務之項目及時間，並經其主管鑑輔會核准後實施」。

(五)、**三階段式的彈性安置原則**：根據我國「特殊教育法」第七條的規定：「特殊教育之實施，分下列三階段：一、學前教育階段，在醫院、家庭、幼稚園、托兒所、特殊幼稚園(班)、特殊教育學校幼稚部或其他適當場所實施。二、國民教育階段，在醫院、國民小學、國民中學、特殊教育學校(班)，或其他適當場所實施。三、國民教育階段完成後，在高級中等以上學校，特殊教育學校(班)或醫院、其他成人教育機構等適當場所實施。為因應特殊教育學校之教學需要，其教育階段及年級安排，應保持彈性。」亦即身心障礙學生在不同階段的學齡階段，均可彈性地安置在不同階段的教育環境當中。而至民國九十二年後，根據「特殊教育法」第九條的規定更可以向下延伸至三歲。亦即，屆時身心障礙學生將可有四階段式的彈性安置，包括早期療育階段。

(六)**免費交通工具提供原則**：根據我國「特殊教育法」第十九條的規定：「身心障礙學生於接受國民教育時，無法自行上下學者，由各級政府免費提供交通工具；確有困難，無

法提供者，補助其交通費。」此外我國「身心障礙者保護法」（總統府，民 86b）第二十條亦有相同的規定：「各級政府應根據身心障礙者人口調查之資料，規劃設立各級特殊教育學校、特殊教育班或以其他方式教育不能就讀於普通學校或普通班級之身心障礙者，以維護其受教育之權益。前項學齡身心障礙兒童無法自行上下學者，應由政府免費提供交通工具；確有困難，無法提供者，應補助其交通費；地方政府經費不足者，由中央補助之」。

二、目前我國多重障礙學生的安置情況

儘管就上述法規而言，目前多重障礙學生的安置應依上述的規定加以執行。不過就我國特殊教育發展的歷史而言，其安置的狀況係有些落差的；國內是直到民國 65 年在台南啟智學校成立後，多重障礙學生方有接受教育的機會，其後政府更於民國 76 年起更進一步地提供「在家教育」巡迴輔導措施給學齡階段但無法到學校接受教育的多重障礙學生。因此目前 6-15 歲學齡階段多重障礙學生的教育安置仍以特殊學校及在家教育巡迴輔導為主（國立台灣師範大學特殊教育系，民 88）。

根據教育部（民 88b）統計年報顯示，有關多重障礙學生之安置並無有較具體的資料。不過若根據台灣省政府教育廳（民 86）之資料來看，86 學年度設有多障班的特殊學校分別為：國立台南啟智學校 3 班學生數 20 人，私立惠明學校 15 班學生數 108 人，以及台北市立啟明學校 1 班 3 人，合計共有 19 班多障班、學生數 131 人。若就在家教育巡迴輔導措而言，86 學年度在家教育巡迴輔導班共有 7 班學生 83 人；國小階段則有 39 班共計 527 人。至於高雄市 86 年度國中小階段之在家教育巡迴輔導班共有 8 班 93 人。而台北市在 86 年度並未設巡迴輔導班而其學籍係在普通班計有 171 人。因此 86 年度台灣地區接受在家教育巡迴輔導學生總數計有 86 年度上學期 2690、下學期 2748 人；87 年度 2517 人（國立台灣師範大學特殊教育系，民 88）。此外由於我國習慣將腦性麻痺的學生歸類於肢體障礙中，因此此方面的多障教育安置資料亦無法由教育部之年報中獲得，不過根據國立彰化仁愛實驗學校的資料顯示，其 86 年度共計有 221 位腦性麻痺的學生，佔其總學生數 405 人約 55%（引自國立台灣師範大學特殊教育系，民 88），顯示目前以腦性麻痺為主之多重障礙學生之安置率仍算中等以上。

至於針對身心障礙教育需求而設置的教育安置措施方面，一般而言，多係根據美國 Reynolds 於 1962 年與 Deno 於 1970 年分別所提之有關身心障礙學生之連續安置措施的「特殊教育方案體制架構」來加以說明（Deno, 1970; Reynolds, 1962），如圖 8-1 所示：

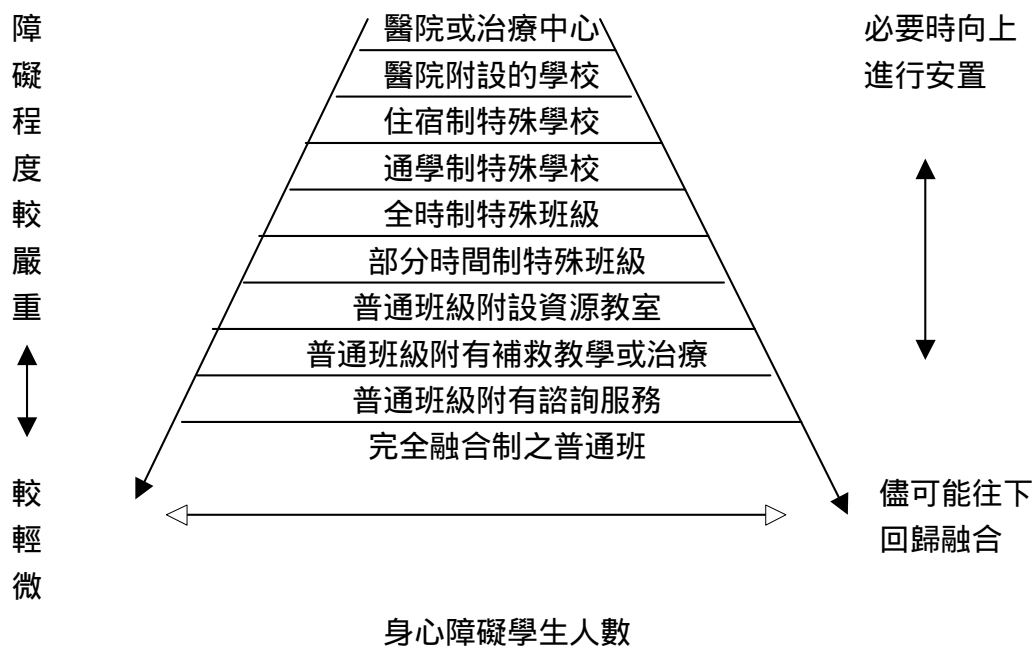


圖 8-1：身心障礙學生之連續性特殊教育安置圖

資料來源：Deno (1970)；Reynolds (1962)；郭為藩 (民 80)；葉瓊華 (民 89)

至於我國常見多重障礙學生的安置型態，根據我國「特殊教育法」與「特殊教育法施行細則」相關的規定，以及有關專家學者建議之安置型態，則有如下數種（何華國，民 88；李德高，民 77；林寶山，民 86；葉瓊華，民 89；教育部，民 88d；總統府，民 86a）：

1. **普通班**：多重障礙學生完全回歸普通班進行學習活動，而由普通班教師擔任所有的教學工作。普通班教師接受特殊教育課程的訓練、或向特殊教育專家或相關專業團隊學者諮詢並尋求協助與支援，以協助身心障礙學生在班級當中學習。此種方式為目前世界各國安置多重障礙學生的主要趨勢。
2. **普通班附設巡迴輔導**：多重障礙學生安置在普通班中進行回歸融合學習活動，普通班教師擔任大多數的教學工作，並由巡迴輔導教師或專業人員在教學當中，提供必要的學習協助。早期多為輕度多重障礙學生的安置方式，現隨著融合教育的安置趨勢亦擴及到重度多重障礙學生，此亦為目前世界各國安置多重障礙學生的主流方式之一。
3. **資源教室**：多重障礙學生有部分時間在普通班中，由普通班老師進行回歸融合學習活動，並於部分時間或某些特定的課程至資源班，由特殊教育老師或專業人員提供特殊教育之服務。由於資源班兼具有回歸融合與特殊教育的精神，其亦為目前世界各國安置多重障

礙學生的主流方式之一。

4. **普通班資源班或普通班特殊班混合式**：根據「特殊教育法施行細則」第十三條的規定：我國所謂「特殊教育學校（班）」，指下列就讀情形：一、學生同時在普通班及資源班上課者。二、學生同時在特殊教育班及普通班上課，且其在特殊教育班上課之時間超過其在校時間之二分之一者。三、學生在校時間全部在特殊教育班上課者。四、學生在特殊教育學校上課，且每日通學者。五、學生在特殊教育學校上課，且在校住宿者」。其中第一項與第二項即為混合式的教育安置方式。由於此種方式兼具有回歸融合與特殊教育的精神，亦為常見的多重障礙教育安置方式之一。
5. **特殊班**：所有多重障礙學生、或教育需求相近的身心障礙學生，在一般的普通學校當中，另外成立專門的特殊班級以安置多重障礙學生，且多重障礙學生大部分時間均在該班級中，由特殊教育老師或專業人員提供特殊教育之服務。由於此種特殊教育安置方式可以對於多重障礙提供專業服務，一般而言，適合較重度或極重度多重障礙的學生，但此種方式於美國則有日漸減少的趨勢。
6. **特殊學校**：多重障礙學生被安置在專門特殊的學校當中，此安置型態又可分為通學制與住宿制兩種，多重障礙學生在此一特定的學校環境中，由特殊教育老師或相關專業人員提供特殊教育之服務。此種特殊教育安置方式亦係對於多重障礙提供專業服務，不過僅適合較重度或極重度多重障礙的學生，此種方式於亦有日漸減少的趨勢。
7. **教養機構**：多重障礙學生被安置在養護性的特定機構中，由特殊教育老師或相關專業人員提供特殊教育之服務、或相關的醫療服務。此安置型態亦可分為通學制與住宿制兩種；一般而言，均為住宿制型態；此外有些多重障礙學生白天可能至學校（特殊班或特殊學校）上課或從事學習，晚上則回到教養機構進行養護性安置。一般而言，安置在機構的多重障礙學生多數為極重度障礙孩童，其需要長時期的養護照顧；此種方式對於多數的學齡階段的多重障礙學生而言，其教育的學習效果係較弱與不足的，因此除非有必要，不宜以此方式來安置多重障礙學生。
8. **在家教育或醫院教學**：係指對於少數因生理障礙、身體病弱、或機能損傷而須住院治療或休養的多重障礙學生（非因行動不方便），由學校或教育當局派遣特殊教育老師或相關專業人員至學生家中、或醫院進行特殊教育與服務的一種方式。此種方式僅適合少數極重度多重障礙學生，因為健康狀況而不得不在家中或醫療單位進行學習活動，此種方式係不得已之教育權變措施，並非教育的常態，因此除非真有需要，否則不宜進行此方面的教育安置。

簡言之，多重障礙學生的教育安置應根據「特殊教育法」第十三條的規定：「身心障礙學生之教育安置，應以滿足學生學習需要為前提下，最少限制的環境為原則」。

貳、多重障礙者的學習與課程方面

一、多重障礙者的學習方面

根據我國「特殊教育法」（總統府，民 86a）與「特殊教育法施行細則」（教育部，民 88d）的相關規定，以及國內外有關多重障礙教育的作法，多重障礙學生的學習應該符合下列的精神與原則：

（一）專業團隊合作進行

如同在上一節有關多重障礙學生的診斷與鑑定原則，多重障礙學生的教育亦係透過專業團隊的合作方式來加以進行。根據我國「特殊教育法」第廿二條的規定：「身心障礙教育之診斷與教學工作，應以專業團隊合作進行為原則，集合衛生醫療、教育、社會福利、就業服務等專業共同提供課業學習、生活、就業轉銜等協助。」亦即，多重障礙教育之教學係由專業團隊來合作進行。而專業團隊的人員根據「特殊教育相關專業人員及助理人員遴用辦法」（教育部，民 88c）第二條的規定：「特殊教育相關專業人員，指為身心障礙學生及其教師與家長提供專業服務之下列專(兼)任人員：一、醫師：以具專科醫師資格者為限。二、物理治療師、職能治療師及語言治療等治療人員。三、社會工作師。四、臨床心理、職業輔導、定向行動專業人員。五、其他相關專業人員。」因此，有關多重障礙學生的教學亦係按此規定來加以進行。

（二）個別化教育計畫的實施

根據我國「特殊教育法施行細則」第十八條的規定：個別化教育計畫，指運用專業團隊合作方式，針對身心障礙學生個別特性所擬定之特殊教育及相關服務計畫，其內容應包括下列事項：一、學生認知能力、溝通能力、行動能力、情緒、人際關係、感官功能、健康狀況、生活自理能力、國文、數學等學業能力之現況。二、學生家庭狀況。三、學生身心障礙狀況對其在普通班上課及生活之影響。四、適合學生之評量方式。五、學生因行為問題影響學習者，其行政支援及處理方式。六、學年教育目標及學期教育目標。七、學生所需要之特殊教育及相關專業服務。八、學生能參與普通學校(班)之時間及項目。九、學期教育目標是否達成之評量日期及標準。十、學前教育大班、國小六年級、國中三年級及高中(職)三年級學生之轉銜服務內容。前項第十款所稱轉銜服務，應依據各教育階段之需

要，包括升學輔導、生活、就業、心理輔導、福利服務及其他相關專業服務等項目。參與擬定個別化教育計畫之人員，應包括學校行政人員、教師、學生家長、相關專業人員等，並得邀請學生參與；必要時，學生家長得邀請相關人員陪同。此外，「特殊教育法施行細則」第十九條並進一步規定：前條個別化教育計畫，學校應於身心障礙學生開學後一個月內訂定，每學期至少檢討一次。亦即，有關多重障礙學生的教學亦應按上述之規定來擬定個別化教育計畫並根據其計畫的內容進行教學。

（三）計畫教學型態之安排

根據 Snell 與 Brown (1997) 以及葉瓊華 (民 89) 的看法，多重障礙學生之常見之教學型態有如下數種：

1、**一對一教學** (one-to-one instruction)：一對一教學係指一位特殊教育老師針對一位多種障礙學生進行教學工作。此種方式較適用於重度或極重度的孩童、或者是注意力極差、容易分心、或問題行為會嚴重干擾他人學習時所採用的教學方式。其優點為可以單獨地為學生進行個別化、隱密性、特殊化的教學；其缺點為在班級教學中，易使師生的教學緊張壓力增加，同時也會減少老師與其他學生，以及障礙學生與其他同學的互動學習的機會。因此除非必要，於正常班級教學之時，宜儘量減少此種教學方式，而以其他非干涉性與最少限制性的學習方式來進行教學。

2、**輪流教學** (sequential instruction)：輪流教學或所謂一輪一教學係指教師按順序以上述一對一的方式輪流教導每位學生。此種方式較適用於教學時間充裕以及每位學生均需要個別指導教學的時候進行，一般多用於作業或單元教學、或相關職業技能、或需要教師進行個別檢視學習內容時採用。其優點為每位學生都有單獨獲得教師個別指導的機會，亦有機會可以和老師有較多的互動與瞭解；其缺點為所需教師教學的時間可能較多，如果時間受到限制，學生被分配教導的時間可能會縮短，而影響學習成效，並且教師對於班上當中有行為或注意力問題的學生可能要花費較多的時間，或較難顧及此類的學生，而產生老師教學與學生學習不均衡的情形。

3、**一前一後教學** (tandem instruction)：一前一後教學或謂一加一教學、又叫做串聯式教學係指教師先開始以一對一的教學之後，再請第一位學生留下來參與第二位學生的教學，再按此方式持續地串聯教學直到加入的學生成為一小組（最多約七至八位學生）為止。此種方式通常較適用於較具有行為或注意力問題的多重障礙學生，或學生的學習程度或障礙程度有顯著差異時，教師可以具有行為或注意力問題的學生或程度較差的同學開始進行，然

後再順序地擴及到其他孩童。其優點為可以增加學生的學習時間，又可以針對部份學生的需要進行教學，並提供其他學生觀摩、複習與互動的機會。其缺點為學生的順序安排及時間的掌握較不易。

4、**同時教學** (concurrent instruction)：同時教學又叫做班級團體教學係指教師同時直接教導全班學生。此種教學方式較適用於學生同質性較高（學生的學習能力接近、障礙程度相似等）或學生障礙程度較輕的團體。其優點為可以節省教師教學時間，又可以提供障礙學生有較多的觀摩與互動。其缺點為對於有個別特殊需求的學生較無法被顧及，以及老師的教學較有可能受到具有行為或注意力問題學生的干擾與影響，而影響到其他學生的學習。採用此法時，教師得事前作好較多的班級教學準備（如行為管理、班級經營、教室管理、教材教法適當調整等）以使每位障礙學生都能參與學習。

5、**小組團隊教學** (combination group instruction)：小組團隊教學或所謂組合小組教學係指將全班學生分成適合的幾個小組，再進行輪流的教學，或教師可藉由前述一加一的方式組成數個小組來進行教學活動。對於多重障礙學生而言，此種教學方式較適用於小組成員異質性較高的學生或同質性較高的學習。亦即教室可以透過學生異質性的狀況來組成程度有差異的小組來進行合作學習或同儕相互學習；此外亦可以組成同質性相似的小組進行認知或學業方面的教學。不過對於重度障礙學生而言，異質性的分組會較具有學習的成效。其優點為較具教學的彈性，教師可以根據小組的特殊需求進行不同的教學；此外教師教學的責任藉由分組，可將部份教學的責任分配給學生來協助完成。其缺點為分組不易、分組不佳時不易發揮學習的成效。

6、**合作學習** (cooperative learning)：所謂合作學習係指教室按學生不同的學習程度與能力進行異質性的分組（小組成員較具有常態性的分配），而教學時除了教師提供教學服務外，小組成員間亦可相互教學互相觀摩。其與上述小組團隊差異最大的地方為教師的直接介入教學的狀況較少，而是由藉由小組成員以互助合作的方式透過問題解決、作業單練習及其他活動的方式來進行學習。其優點為學生可以分擔教學的責任，增進學生的動機與行為，增加學生彼此間的教學相長與互動的機會；同時教師可以挪出較多的時間針對特殊的學生提供更多的協助與照顧。其缺點為小組成員的掌握不易，教師得安排具有責任感或能力較佳的組員擔任組長或帶領的工作；此外學員彼此互動討論的時間會增多，有可能因此減少直接學習的時間。

7、**同儕教學** (peer tutoring)：同儕教學係以程度較佳的學生來協助需要教學支援的同學，以分擔並協助教師進行教學活動。程度較佳的學生或學長可以擔任小老師、小天使、

或組長以提供教育協助給同組中或同班中其他需要額外學習的同學。此種方式與前述合作學習方式均較適合用於回歸普通班或進行融合教育的障礙學生，或當學生能力之間彼此有較大差異存在時，所進行的教學安排。其優點為亦與前述合作學習方式相似，學生彼此可以教學相長增加互動；同時可以節省教師的教學時間與精力。其缺點亦與前述合作學習方式相似，小組成員不容易掌握，教師對於分擔教學的同學得另外加以訓練或作適當的安排或挑選。

二、課程發展與教學取向

（一）教學課程發展模式

所謂課程係指學校有系統提供有關的教學經驗與教學活動的總稱。其內涵包括各科教學內容，如教師希望學生學習或獲得的知識、技能、習慣、態度、興趣、理想等，與教師所用以幫助學生學習的教學材料等等，以及課堂內外之相關教學活動等等。其尚包含正式（formal）非正式（informal）的學習活動，以及外顯（explicit）與潛在（implicit）的課程等等（王文科，民 83；歐用生，民 76）。傳統上而言，根據 Hollowash（1989）的分析，多重障礙學生之課程教學取向可以歸納為：（1）發展性課程取向：意即將教學重心放在發展性功能之上，在選擇教學目標時，多須藉助可以評量而童發展程度的測驗工具；而學童所須學習者，即是那些較其已達成的發展序階略高的項目。（2）功能性課程取向：即根據學童本身及在適應環境時技能上的特殊需求，來選定其學習目標，而非前者拿孩童與預設的課程目標序列作比對，而是根據每一個學生在適應環境上獨特需求來設計課程，因此課程的內容是十足的個別化。

不過就目前而言，多重障礙者之課程模式與教學內容的選定可以參考如下數種模式來加以進行（Guess & Siegel-Causey, 1988；Hollowach，李淑貞譯，民 87；葉瓊華，民 89）：

1、**發展模式**：亦即強調以一般孩童在正常發展階段所應具備的能力來作為教學的重點，由於該模式以孩童正常發展作為教學行為的基礎，具有順序性、階段性與發展性，其各階段發展之行為能力適合作為學童的學習目標，因此可以在教學提供教師適當的參考座標與標準，是以於多重障礙課程發展中較常為教師使用。其課程的內容按照發展的領域及發展的順序包括有語言、動作、認知、社會、生活自理等技能。在教學過程中，教師多先以正常兒童的發展量表評量多重障礙學生，而孩童未通過的項目即可作為該生的教學目標，來進行進一步地教學。這種課程取向最大的好處，是易為多障學生設定課程的目標，不過其缺點卻在所選擇的目標，可能並非其生活環境中所切合實用者，也就是說，它較少注意學生在適應環境上的技能需求，因此課程的安排會形成缺乏個別化的現象；此外，由於障礙學生某些生理上的缺陷，亦可能使其所選定的某些教學目標有一直無以達成之憾，而使教學產生困擾。

2、**補救教學模式**：補救教學模式有時亦叫做傳統教學模式，亦即強調多重障礙學生的課程應以補救教學技能為主要考量，其教學的內容著重在教導基本的學業技能，而教學的目的則為強化學生的學業技能。由於一般的特殊教學均係強調孩童的障礙與所造成的學習困難，因此早期均以此種模式來強化學生的認知技能。但由於該模式較不具功能性、生態性與實用性的目的，因此也較不適合用於重度障礙學生或多重障礙學生之教學。其比較適合學習障礙、情緒障礙或輕度智能障礙學生之課程教學。

3、**行為模式**：亦即強調使用行為改變技術或行為管理方法以消除、減少或降低學生的問題行為，其教學過程著重應用行為分析與工作分析，教師藉由行為改變技術抑制學生不良的行為，教導訓練培養學生良好的行為。其在教學時會先藉由行為診斷評量、行為觀察記錄等方式，分析造成學生問題行為的原因、行為能力狀況以及，再透過行為學之古典制約、操作制約、認知行為學習或社會學習之觀察模仿，加上增強物與增強時距的運用來進行教學。由於其可以改善一般教學行為之治標不治本的缺點，並強化學生行為的學習，其對於有問題行為之多重障礙學生而言，具有很大的教育效果。

4、**功能模式**：如前所述，功能性模式強調根據學童本身在適應環境時，其技能上的特殊需求，以及所需功能性的實務技能，以解決實際獨立生活上所需面對的問題。其優點在即是強調培養學生獨立生活的功能，但其缺點在於這種課程編制，仰賴教育或復建人員需具有高度的教學能力、動機、與創意，不過此種專業人員往往需要長時間的訓練並且常常供不應求，再加上功能性模式之教育活動，多在校外或社區實施，學校行政若不能有效配合，極容易造成課程實施上的困擾。

5、**生態模式**：其與功能模式相同，均強調在學生所屬的家庭，學校及社區等情境中的行為表現的狀況，以及所需具備的對應知識與能力。此模式一般均透過生態評量來瞭解學生在不同的環境生態中，所應該表現出的對應技能及其與學生真實能力的落差，來作為學生教學依據的參考。教師依據學生在環境中的真實需求，分析學生目前所需學習的技能，並在自然環境中評量學生目前的表現能力，並考慮學生未來所處的環境及所需學習的技能。根據葉瓊華(民89)的看法，其有以下二種：(1) 社區參照的模式，亦即課程主要以正常化的觀點，協助學生學習在社區生活中所需的技能。教學過程中教師首先確定課程的領域；再進而確定該領域之目前及未來的自然環境；然後再將有關的環境分成數個次要環境；接著再找出這些次要環境所包含的活動；其後再分析出這些活動所包含的技能；最後再設計並教導這些技能。(2) 個別化重要技能模式，該模式係由Hollowash(1989)著書提倡，其除了具備有上述社區參照模式的觀點外，更強調課程有時應該作適當的調整、或對於學生所處生態環境與

教學活動進行合宜的彈性改變，以使所有的重度與多重障礙學生均能有機會參與學習活動。教學過程中教師先訪談與學生有關的重要人員，以便找出學生目前或未來環境中應學習的重要活動；再決定能使學生獨立並參與自然環境的重要活動；然後再評量學生在該活動中目前的表現能力，並確定學生在該活動中的基本技能需求；其次再發展參與重要活動的替代性/輔助性策略，以協助學生更順利的參與該活動；接著再發展教學活動的統合目標，包括動作、溝通、認知、社交、活動品質等基本技能；其後再發展教學課程及系統評量方式；然後再編排及實施課程；再進一步評估及修正教學課程替代/輔助性策略；最後再評量學生整體性學習的結果（Hollowach，李淑貞譯，民 87）。

（二）課程教學的內容

1、**傳統的課程領域內容**：就傳統上的觀點而言，多重障礙學生的課程教學重點，係以學科本位或功能性課程領域為導向的。根據 Hollowach（1989）的觀點，至少具有：知覺動作技能、認知技能、溝通技能、社會技能、活動表現技能等。Fredericks（1989）則認為課程的重心應該包括：（1）生活自理技能：包括訓練穿衣、脫衣、浴廁的使用，飲食及個人衛生等方面。（2）大、小肌肉的運動技能：包括克服或補救其運動缺陷的計畫，如知覺動作的活動、操作、運動和姿態等。（3）溝通技能：包括語言的理解和表達，及不會說話學生的手語。（4）社會技能：包括幫助學生與社會中的同儕及成人互相交往，減低重度障礙和多重障礙學生之退縮或突發性的身體攻擊行為。（5）職業技能：訓練操作技能及在庇護工場裏的固定性工作。（6）學科能力：念字、寫自己的名字、住址、和對數量的思考等技能之獲得。（7）認知技能：包括音樂、美術、一般常識和對環境的認識等等。不過，由於這些課程內容缺乏教導有關多重障礙學生之兩性教育、婚姻關係、生死教育、輔助科技的運用、自我決策，以及轉銜服務課程等等，因此目前已有愈來愈多的學者，認為重度及多重障礙學生的教學課程應以提高障礙學生未來之「生活品質」（quality of life）為教學內容。

2、**生活品質領域的課程趨向**：就目前的觀點而言，根據 Polloway、Smith、Patton 與 Smith（1996）以及 Westling 與 Fox（2000）的觀點，生活品質業已成為所有身心障礙學生教學的重點與主要課題。依據 Halpern 的看法，生活品質有三個領域及十五個副層級。三個大領域分別為：生理的和物質的福祉（physical and material well-being）、成人角色的行為（performance of adult roles）、個人的實現（personal fulfillment）。而在生理的和物質的福祉項目下，有四個副層級；在成人角色的行為的項目下，有八個副層級；在個人的實現的項目下，也有三個副層級。表 8-1 即是 Halpern 所作的歸納之生活品質的內容。不過根據 Halpern 之說法，這些項目和層面尚不足以完全涵蓋生活品質的概念。簡言之，

身心障礙者生活品質或可歸納為如下四個大領域：（1）成人角色或獨立自主的領域，包含：個人的選擇與控制、社會責任、政治的參與、生涯發展與教育安置、經濟與居住獨立面、休閒與娛樂等等方面；（2）家庭和社區的領域，包含：家庭的歸屬與整合、社區的認同與接受、社會關係與社交圈等等方面；（3）心理或情緒方面的領域，包含：自尊與受尊重、愛與隸屬、對生活的滿意程度、自我期許與要求、自我實現等等方面；（4）生理與物質的領域，包含：生理與心理的健康、經濟與物質生活、就業整合與安定、物質方面的支持與補助等等方面，如圖 8-2 所示。並且於如下的三個生態層面：（1）社區與社會生活層面、（2）學校與家庭生活層面、以及（3）個人精神與物質層面等，交互發展與相互支援，如圖 8-2 所示（林宏熾，民 89b）。

表 8-1：Halpern 所歸納身心障礙者生活品質的領域和層面

生活品質的領域	生活品質的內涵	
生理的和物質的福祉	生理和心理的健康 食、衣、住 免於傷害的安全 經濟上的穩定	
成人角色的行為	行動力、社區的參與 休閒和娛樂 接受教育 公民權的行使（譬如投票）	生計和就業 人際關係、社交網 精神上的實現 社會責任（譬如不違法）
個人的實現	幸福感 一般的福祉感	滿意感

資料來源：Halpern（1993），P. 492.

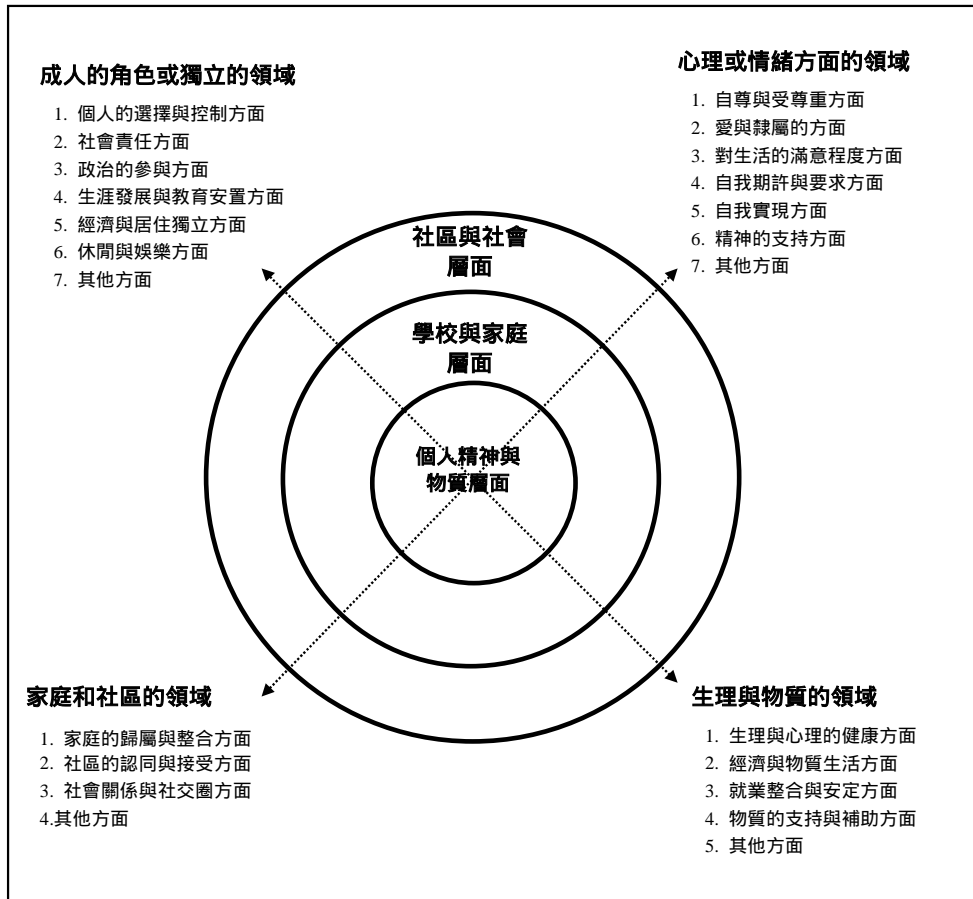


圖 8-2：身心障礙者生活品質的領域及層面

第九節 多重障礙者教學策略與注意事項

壹、多重障礙教學的相關策略與注意事項

多重障礙者的有效教學與學習模式和策略的選擇及開發等，應以多重障礙者整體學習評量的結果、學校或相關教育機構現有的師資及設備的條件、以及其他有關可供利用之社會資源與社區現況等，配合多重障礙者個人的學習風格與行為特色，以及其生涯發展的程度和個人的身心狀況，而作適當合理的規劃與調整。雖然就多重障礙者的學習特色而言，特殊教育教學有其相當多的輔助，其仍有相關配合多重障礙者身心特性及實際教學運作的原則及應注

意之事項，約可歸納為如下數項：

一、多重障礙學生身心特性的瞭解與著重

多重障礙教學首重教學的安排得配合學生獨特的學習風格與行為特色。教學者除了可利用正式的標準化測驗來瞭解學習障礙學生的學習風格行為外，下面三種策略亦是有效且經濟的方法：（1）與學生本人或與熟悉學生的人晤談，（2）在自然情境下觀察評量，（3）導引行為樣本的使用，使用故事或投射技巧等導引學生的行為，再分析觀察學生部份的行為樣本，樣本的目的是在短時間內選擇一個代表性的行為，以進行適當觀察評量。此外，就教學評量而言，除了目前為諸多學者或專家所提倡之「課程本位的評量」（curriculum-based measurement，簡稱CBM）方式可加以採用外，其他強調個別化評量與能力本位的評量均可加以使用。

二、教師與學生間的互動與溝通

教師應隨時提醒並注意的如下的三項決定教學成功與否的重要關鍵因素：（1）學生的學習動機與興趣；（2）功能性與具體性的內涵；（3）老師與學生互動的程度與時間。尤其重要的事，教師得注意到互動環境的品質，其至少包含以下三項要素：（一）互動的機會（opportunities），（二）互動的類型（types）（三）互動時均衡參與（involvement）。譬如：教師於教學中是否提供學生足夠的時間與機會去思考問題和反應問題；是否考量到學生的偏好的反應風格與獨特的學習行為模式；是否讓學生均衡的參與同輩及師生間的互動活動等等。

三、有關教材的配合與編寫

教材（curriculum materials）一般係泛指各科教學的內容（subject-matter or content）及教師用以幫助學生學習的教學媒體（instructional materials）。優良合宜的教材可幫助多重障礙者從事有效的學習，也可協助教師進行有效的教育工作。然而教材的發展和運用得考慮到教學的原理、學習者的特性、教學目標、教學策略、以及學習成效的評估等因素，然後再以系統的方法按準備、發展、和改進三個階段進行編寫或開發。尤其重要的事得顧量到多重障礙者個別化教育計畫（Individualized Education Program，簡稱IEP）編寫及發展時的運用配合。因此良好訓練教材的發展和編寫並不容易。是以教師除了自行或集體開發編製教材外，更宜多加利用現行國內外已開發之有關的教材。但如若欲自行或集體開發時，則最好亦要考量到上述有關教學的原理原則，以促進多重障礙者進行有效的學習。

四、生活性與功能性課程的重視

就教學的觀點言，規劃和發展多重障礙者的課程時，應多強調生活性與功能性課程為學

習的主要內容，而非侷限於學科性的學術性學習。所謂生活性即是以生活的領域為其教育的內涵，而非以學科為主要的學習領域；其具體內容除了與日常生活有關的學術學習活動外，尚包括：家居生活技能、家事技能、溝通技能、社區生活技能、休閒娛樂技能、社交人際關係技能等等的開發學習。而所謂功能性(functional)即是實用(practical)的意思。也即，所規劃的課程與所學習的課程要讓多重障礙者能有效應用於現行的世界中或可能繼續地應用於未來的生活情境中，因此其不只要能適用於目前的學習環境，還要考慮到未來的可能的發展和限制。

五、其他有效教學策略的運用與配合

教學是有目的、有步驟的工作。這些目的和步驟，都需要在教學之前，早行安排和設計，如此方能按部就班，如期完成教學活動，有效達成教學的目的。然而由於多重障礙者普遍均有心理認知和技能態度的學習方面的困難，因此對於多障學生而言，如何有效地運用教學策略，使教學活動獲致事半功倍的成效，有更迫切的需要。是以有關增進教學效果的其他策略，諸如：溫柔教學法(gentle teaching)、個別化的教學法(individualized instruction)的運用、行為改變技術(behavior modification)的配合、工作分析法(task analysis)的系統分析、電腦輔助教學(computer-assisted instruction)的輔助等之有效運用，將會非常有助於促進多障學生的有效學習。

六、輔助科技與科技輔助器材的使用

電腦科技的應用一直是多重障礙者教育訓練的一項重點。科技輔助器材的使用可協助多重障礙者適應其所處環境和社會對其所造成的不便和障礙外，更可輔助其進行有效的學習活動。然而目前對於多重障礙者而言，科技輔助器材的使用並不普遍而且缺乏有效的規劃。雖然目前有不少配合學習障礙者的新科技產品或電腦輔助教學軟體已被開發出來，但一般而言，其生產的成本及購買的價格均過高，因此其生產和使用的比率並不高也不普遍。儘管如此，於未來提昇多重障礙者「生活品質」(quality of life)的訴求中，科技輔助器材的使用與發展亦將會是教學領域中一項重要的課題。

七、多重障礙教育之教學重點的掌握

根據 Hollowash (1989) 的分析，重度與多障礙學生之教育得掌握如下重點，以有效地務實地幫助障礙學生學習與成長(Hollowach, 李淑貞譯, 民 87)：

(1) 針對學生個人需求，設計個別化的教學課程：即每一個學生的課程內容都經由與學生有重要關係的個人訪談，在參考特定環境所需，以及學生目前的表現水準以找出學生的特別需要，並依據其需要來設計。透過評量過程來為每一個學生決定個別化重要活動。

(2) 參考學生當地的社區生態，規劃教學活動：強調社區化教學，老師、家長與專業團隊共同找出並教導學生參與目前與未來當地環境必需的活動，亦利學生爾後得以完全融入當地環境。

(3) 系統性的分析活動課程，使學生能參與未來的生活情境：即教學活動係透過有效的工作分析法、市場調查法、職業分析 (occupation analysis) 等方法，以分析多重障礙學生未來可能參與的潛在環境，並且系統化地找出參與這些環境所需的重要技能。

(4) 教導並強化適合其生理年齡的重要學習活動：依據觀察同齡的非身心障礙者，找出符合學生實際年齡的重要活動來進行教學，而不宜亦不應僅考量到或依據障礙學生的心智年齡。

(5) 教學的內容應涵蓋生活各領域：即教學的內容應強調並著重每個障礙學生於各種不同生活領域所需的重要行為、技能與活動，以使他們藉著運用家庭領域、職業領域、娛樂與休閒領域、一般社區領域這四個課程領域的技能，可以發揮最大潛能獨立地在未來各種環境中生活。

(6) 教學的進行應融合學生教學的需求與生活的基本技能：即應強調學生學習活動課程與個人需求的有效結合，以求教學實用化與績效化。專業團隊可以透過個別化教育計畫將教學需求嵌入學生動作、社交、認知、溝通與活動表現等基本技能的教學中，以落實教學。

(7) 零推論 (zero-degree inference) 原則的使用，以促進教學效果：由於多重障礙與重度障礙學生的學習特性受限，其類比、邏輯與推理能力較弱。因此在教學過程中，適宜在實際的場景與情境進行教學而非人工或不自然的情境，亦避免學生產生不必要的學習干擾與困惑。

(8) 以環境調查與替代性活動/輔助性策略來確保學生有更大的參與層面：參與是學習的重要條件。然而目前的教學環境與活動都可以符合並滿足所有學生的需求，尤其多重障礙學生常因行動不便而被排除於學校的聯課活動、體育活動、休閒活動以及社團活動等等。專業團隊與家長可以透過環境調查瞭解參與各種環境所需的技能與條件，並可以透過修正或使用替代性方法讓多重障礙學生參與得以參與活動，如修改運動或遊戲的規則、改善無障礙空間、開發障礙者與非障礙者均可以共同參加的課外活動或休閒活動，以讓多重障礙學生有更多的參與機會。

(9) 在教導重要學習技能時，強調使用自然刺激、自然結果與自然時間表：自然刺激、自然結果與自然時間表對於多重障礙學生之學習較不會產生學習類化的困擾與迷惑，亦即強調教學活動應使用自然的教材、教法與正常的環境與情境中進行的學習而不是使用非自然的

教學提示與非自然的結果。

(10) 有計畫地將習得後的類化技能運用在各種活動與環境：雖然在教學過程中係強調以零推論的準則來教導多重障礙學生學習以避免干擾學習，但在障礙學生習得一項技能之後，則應該進一步地教導學生運用其習得重要技能並將其類化至不同環境。

(11) 進行教學評量時，應以學生各種不同環境的表現來評量教學效益：多重障礙教學有效的教學成效不應僅以學生在課堂上的表現來加以衡量，而應同時評量學生在實際的情境中，運用所習得之重要技能的表現。

(12) 家長或監護人應全程參與系統化教學過程：家長或監護人在多重障礙學生的生活中與學生有重要的關係，更可進一步協助決定學生的重要活動、幫助老師進行教學、評估學生實際的運用情形、觀察記錄學生的成長、適時反應學生與家庭的需要、協助擬定個別化教育計畫等等。

(13) 以發展及執行個別化教育計畫為教學藍圖：發展完整的個別化教學計畫，其過程包括找出學生目前的行為表現、發展教學目標、確定負責的老師、決定評量系統與時間及在最少限制環境中擴大與其他個體互動的機會、專業服務與相關服務等等。因此，有效的個別化教育計畫有助於多重障礙學生學習的進行與完成。

貳、幫助普通班老師與學生接納與關心身心障礙學生

一、多重障礙家長與特殊教育老師可以提供與身心障礙學生相處之道

有效溝通是減少誤會最好的方法。多年來由於社會大眾對於障礙孩童的不瞭解與不認識，使身心障礙學生在進行回歸主流與融合教育時，產生很大的阻力與困難，障礙學生的家長可以透過本身的經驗分享、演說與寫作來表達其障礙學生與家庭的觀點與相關權益不被重視，甚或遭到迫害的情形(諸如：Albom 白裕承譯，民 88；Baudy 邱瑞鑾譯，民 86；Smithdas 林俊育譯，民 84；Vigand 林舒瑩譯，民 86；李惠綿，民 89；晁成亭，民 86；賴東進，民 89 等) 以幫助普通班老師與學生接納與關心身心障礙學生，諸如可以向普通班老師與學生傳遞如下的相關理念(伊甸福利基金會，民 84)：

1. 多體諒身心障礙學生，但不要可憐他或作弄他。可憐他會剝奪他學習的機會，作弄會增加他的挫折感。
2. 不要求身心障礙學生做超過他能力範圍的事，以免製造或增加他的挫折，使他害怕學習新的事物。
3. 把一件事分成數個步驟逐一地教導，使身心障礙學生容易學習。

4. 多給身心障礙學生信心去學習事物，多鼓勵，少責難。
5. 同樣的行為，多示範少指揮，給身心障礙學生可以模仿的對象。
6. 多給身心障礙學生練習的機會，靠著反覆的練習，可以幫助身心障礙學生牢牢地記住所學的事物。
7. 身心障礙學生有不適當的行為出現，在還沒有瞭解他的意思之前，請不要隨意做不好的解釋。譬如：大力的拍您的肩膀，不一定要找您打架，他很可能只是跟您打個招呼罷了。請不要太在意與介意。
8. 身心障礙學生做事常會按照固定的模式，而重複的出錯，請要有耐心慢慢地教導他。
9. 當身心障礙學生好不容易做成功一件事而沾沾自喜，不斷炫耀時，請不要潑他冷水，使他失去成就感與學習的意願。
10. 對身心障礙學生親切、關懷、平等，就像是和一般朋友相處一樣。

二、普通班老師可以抱持如下的觀念，來接納與關心身心障礙學生

1. **完全尊重身心障礙學生**：身心障礙學生並非全無知覺，他們內心深處同樣也有被尊敬的渴求。譬如說：勿用責罵、命令的語氣要求身心障礙學生完成無法做的動作，尤其對於腦性麻痺或肢體障礙為主之多重障礙學生，如果說學生無法握筆寫字，就不要強迫學生寫字。
2. **適當的支持與鼓勵讚美身心障礙學生**：逃避只會暫時的解決問題，惟有改以鼓勵、讚美、接納的方式，用以激發學生的學習，使其發展潛能，這才是長久之計。譬如說：對於有語言障礙的腦性麻痺或有溝通障礙的學生，不僅要有耐心聽其講完其想法，也要多鼓勵其多說話。
3. **用真心來認識與教導身心障礙學生**：每個學生有其特質，只要用心，就不難發現學生的優點與好處。真誠的學生不算多，只在乎你是否有真心、用真心、能真心，若是無心那就只有一個也會太多。譬如說：不要將腦性麻痺或多重障礙學生的錯誤行為，都歸罪於其障礙的原因。
4. **想方法來相互引導學生學習**：在尊重的前題下，一些有用的「人性化行為改變技術」應是我們該用心的要事。
5. **感受學生並教育學生**：許多身心障礙學生的無奈、無助、無心著實讓人難過。因此我們應教育學生揚棄暗夜裡啜泣的心，而應設法來幫助如此的學生。

參、多重障礙學生家長與老師修心與克服改變之指南：

Hollowash (1989) 在進行多年重度與多障礙學生之教育後，有感於多重障礙教的艱辛與困難，特別提出如下數項實務的觀點與建議，以幫助多重障礙學生家長與老師學習與成長（Hollowach, 李淑貞譯, 民 87），此處特就我國國情與特殊教育應有的方針，修飾更新如下：

1. **調整生命步伐，慢慢進行**：配合多重障礙學生的生涯目標，適當的調適自己生命的步伐；得饒己處且饒己，不強求念感恩。不要要求一次就能解決所有障礙孩童的教育問題，或進行超過您自己所能處理的改變事項。
2. **永遠不放棄孩童，但不期望事事完美無缺**：即令多重障礙學生的障礙程度有多重，無論如何均不可輕言放棄。要深信「天生我材必有用」，「一枝草、一點露」，「生命係無限可能」；同時也要深信「特殊教育係把不可能變成可能的教育」，並且要學習接受挫折與批評，要對障礙孩童與自己的優點與才能有信心，但不強求事事務必要十全十美。
3. **多方面開發資源，儘可能尋求所有協助**：儘可能為孩童多方面的開發社會資源，利用可運用的家長、家長總會、障礙者福利促進會、社會義工、學校職員、社會善心人士等，協助您進行多重障礙學生的教學與輔導，相信凡努力過的必會留下痕跡。
4. **分工合作，了解彼此的職掌與時間表**：建立並發展屬於孩童為重心並適合自己的工作時間表。提供一般性的架構給障礙學生與有關的人員來共同努力遵循。並儘可能地列下每一個參與人員的職責與障礙學生的目標，建立學生未來的藍圖，並逐步進行。在團隊合作過程中，千萬不要妄自菲薄地顧影自憐自怨自哀，也不驕傲自矜地貢高我慢目中無人。
5. **踏實規劃，詳實紀錄評估**：正確地記下障礙學生的學習進展，依據客觀的表現資料來進行有效的教育決定與教學計畫。保持旺盛的企圖心，步步為營；並肯定果決，付諸行動。
6. **終生學習，負責進取**：藉由讀書會或參與有關的教學研習活動，提昇自我的特教知能，並積極的鼓勵與結合教師助理、義工與相關支援人員進行教育學習與研訂彼此共同的目標。質言之，終生學習是現代人生存的必然條件與發展途徑，唯有借助終生學習的落實，才可使成長不會落於空泛，進步不會成為虛無。
7. **多方面溝通，建立適當的溝通管道**：讓父母與工作人員知道你關心他們與學生。要當個善解人意的聽眾。隨著身心障礙者的成長與社會持續地進步與變化，參與並提供身心障礙者的教育與服務單位也將與日俱增，而其支援系統也勢必日趨增多與繁雜，極易產生多頭馬車式的行政規劃和管理。因此為確保及提高身心障礙者的服務品質，不同的服務單位及行政作業宜彼此之間有適當的統籌協調與溝通管道。
8. **平衡衝突，雙贏包容**：平衡人生衝突的理念係意謂著在人生的各種不同生涯衝突情境中

(如障礙學生就業與升學的衝突、家長與教師之家庭與事業的衝突等)，用高度的智慧取得適當的平衡點；不以犧牲他人為手段，而儘量以「雙贏包容」的策略為依歸；不鄉愿地犧牲自己來委屈求全，而儘量透過「協調溝通」來合理爭取的障礙學生與自我的權益。

9. **堅持理念，建立多元網路**：天下無難事，只怕有心人；以目前的環境為跳板，把握當下的機會，多方面積極的嘗試探索，開發以障礙學生為主之多元網路，並與其他有相同目標的專業人員分享彼此的想法與問題。天下沒有白吃的午餐，想要成功就不能畏苦怕難，不完全仰賴政府或期待學校或教育單位會完全地幫障礙學生安排或規劃生涯；而應多方面的開發探索，建立開發多元的機會與網路，把握當下為障礙學生發展合宜的學習策略與生涯規劃。

第十節 結 語

對於大多數非障礙者而言，接受教育、保有工作、享受人生、實踐生命、成就自我、發揮個人生命潛能等等，係生命中必然的重要過程；然而對於大多數的障礙者及其家庭而言，生理與心理方面的遺憾、外在社會環境的侷限、局外人的質疑與生活現實上困頓，卻係其生命過程中與人生實現上一項重大的挑戰。過去由於醫藥科技的限制以及傳統保守不正確的社會觀念，大多數的障礙者及其家庭在生活上比較傾向於因循承傳而怯於創新改革，多數障礙者及其家庭也多謹守於一個傳統上社會對於障礙者「能力有限」的詮釋與認知的固定價值框架上，而無法跳脫出既定的生命視野；甚且，現實的社會環境與社會大眾對障礙者的態度也侷限障礙者生涯與生命轉銜的本然空間。而此種情形對於具有兩種或兩種以上障礙的多重障礙者及其家庭而言，更是滿佈荊棘與充滿困難。

然而近年來，隨著世界各國的關切與立法的重視，醫藥科技的進步改善，人道主義的呼籲提昇，障礙嬰幼兒存活率逐年增高與障礙者人數的逐年增加，有關身心障礙者的探討與研究，也有愈來愈增加的趨勢，而多重障礙即為最快速成長的一類。尤其，目前隨著融合理念（inclusion）、常態化思想（normalization）、自我決策（self-determination）、生涯轉銜（career transition）、零拒絕原則（zero-rejection principle）、輔助科技（assistive technology）、生活品質（quality of life）的倡導，以及法令的強制規定與保障，多重障礙者的教育與生涯發展也已經成為特殊教育與社會福利的主要工作與研究重點。因此我們也期

望社會大眾對於這群較為特殊的孩童以另一種生命的視野，來幫助身心障礙學生，尋夢圓夢、築夢踏實，並跳脫時下人生的困境。因為我們相信身心障礙者教育與社會福利的概念係永遠給身心障礙者一次或無數機會的教育與社會福利參與的歷程；其過程並蘊含著「化不可能為可之能」的社會工作精神與人道主義的教育哲學。

參考文獻

(一) 中文部份

Albom, Mitch 著，白裕承譯（民 88）：**最後十四堂星期二的課**。臺北：大塊文化出版公司。

Baudy, Jean-Dominique 著，邱瑞鑾譯（民 86）：**潛水鐘與蝴蝶**。臺北：大塊文化出版公司。

Hollowach, K. T. 著，李淑貞譯（民 87）：**中、重度障礙者有效教學法**。臺北：心理出版社。

Jackson, L 著，林千惠譯（民 81）：**重度障礙者教育評量綜論**。載於國立彰化師範大學特殊教育中心主編，**國際特殊兒童評量研討會論文集**，35-48 頁。彰化：國立彰化師範大學特殊教育中心。

Smithdas, Robert J. 著，林俊育譯（民 84）：**生命在我指尖**。臺北：雅歌出版社。

Vigand, Philippe、Vigand, Stephane 合著，林舒瑩譯（民 86）：**我還活著--潛水鐘之愛**。臺北：水晶圖書公司。

王文科（民 83）：**課程與教學論**。臺北：五南圖書出版公司。

王文科（民 89）：**緒論-特殊教育的定義發展與趨勢**。載於許天威、徐享良、張勝成主編，**新特殊教育通論**，369-403 頁。臺北：五南圖書出版公司。

王亦榮（民 89）：**多重障礙兒童心理與教育**。載於王文科編、徐享良等著，**特殊教育導論**，495-528 頁。臺北：心理出版社。

王錦基（民 81）：**多重障礙兒童輔導手冊**。臺北：教育部第二次特殊兒童普查工作執行小組。

伊甸社會福利基金會（民 84）：**如何與殘障朋友相處**。臺北：雅歌出版社。

何華國（民 88）：**特殊兒童心理與教育**。臺北：五南圖書出版公司。

李大偉（民 80）：**技職教育測量與評鑑**。臺北：三民書局。

李惠綿（民89）：**用手走路的人**。臺北：亞細亞出版社。

李翠玲（民89）：**多重障礙兒童之評量與教學**。新竹：國立新竹師範學院特殊教育中心。

林宏熾（民87）：**多重障礙學生情境語言教學策略**。**特教園丁**，14（2），頁12-21。

林宏熾（民89a）：**身心障礙者生涯規劃與轉銜教育**。臺北：五南圖書出版公司。

林宏熾（民89b）：**身心障礙者生活品質**。載於許天威、徐享良主編，**新特殊教育通論**，（487-529頁）。臺北：五南圖書出版公司。

林寶貴（民78）：**邁向十二年國教的聽覺障礙者教育**，載於中華民國特殊教育學會年刊，**延長國教落實特教**，54-71頁。臺北：中華民國特殊教育會。

林寶貴主編（民89）：**特殊教育理論與實務**。臺北：心理出版社。

邱上真（民83）：**中、重度及極重度障礙**。載於特教園丁雜誌社編，**特殊教育通論-特殊兒童的心理與教育**，221-259頁。臺北：五南圖書出版公司。

國立台灣師範大學特殊教育系主編，教育部特殊教育工作小組校訂（民88）：**中華民國特殊教育概況**。臺北：教育部特殊教育工作小組。

教育部（民81a）：**多重障礙兒童鑑定標準及就學輔導原則要點**。教育部臺（八一）社字第 九 五七號函。

教育部（民81b）：**第二次全國特殊兒童普查綜合報告**。臺北：教育部第二次全國特殊兒童普查工作執行小組。

教育部（民88a）：**身心障礙學生及資賦優異學生鑑定原則鑑定基準**。教育部臺（八八）特教字第八八 二一四四四號函。

教育部（民88b）：**教育部八十八年度特殊教育統計年報**。臺北：教育部特殊教育工作小組。

教育部（民88c）：**特殊教育相關專業人員及助理人員選用辦法**。教育部臺（八八）參字第八八 七五八九六號令修正。

教育部（民88d）：**特殊教育法執行細則**。教育部臺（八七）參字第八八 九七五五一號令。

許天威、徐享良、張勝成編（民89）：**新特殊教育通論**。臺北：五南圖書出版公司。

郭生玉（民74）：**心理與教育測驗**。臺北：精華書局。

郭為藩（民74）：**特殊兒童心理與教育**。臺北：文景出版社。

陳昭儀（民85）：**動態評量的模式及其特質與限制**。載於中華民國特殊教育學會編，**特殊學生的學習與轉銜：中華民國特殊教育學會八十五年年會專輯**，（95-114頁）。臺北，台

灣：中華民國特殊教育學會。

黃世鈺（民 88）：鑑定與評量的發展趨勢。載於**特殊兒童鑑定與評量**，465-481 頁。臺北：心理出版社。

葉靖雲（民 85）：課程本位評量的理論與運用。載於周台傑、葉靖雲主編，**學習障礙有效教學**，（41-53 頁）。彰化：國立彰化師範大學特殊教育中心。

葉瓊華（民 88）：多重障礙學生鑑定原則鑑定基準說明。載於國立台灣師範大學特殊教育系主編，教育部特殊教育小組委託，**身心障礙及資賦優異學生鑑定原則鑑定基準說明手冊**，149-158 頁。臺北：國立台灣師範大學特殊教育系。

葉瓊華（民 89）：多重障礙者之教育。載於許天威、徐享良、張勝成主編，**新特殊教育通論**，369-403 頁。臺北：五南圖書出版公司。

董英義（民 72）：智能不足之預防。載於許天威主編：**智能不足之教育與復健**，437-480 頁。彰化：復文圖書出版社。

歐用生（民 77）：**課程與教學—概念、理論與實際**。臺北：文景出版社。

賴東進（民 89）：**乞丐囡仔**。臺北：平安文化出版社。

總統府（民 86a）：**特殊教育法**。總統府華總(一)義字第八六 一一二八二 號公佈。

總統府（民 86b）：**身心障礙者保護法**。總統府華總(一)義字第八六 一 一一九 號令公佈。

（二）英文部份

Berdine, W. H., & Blackhurst, A. E. (1985). *An introduction to special education* (2nd ed.). Boston: Little Brown.

Bigge, J. L. (1991). *Teaching individuals with physical and multiple disabilities* (3rd ed.). New York: Macmillan.

Blatt, B. (1985). Friendly letters on the correspondence of Helen Keller, Anne Sullivan, and Alexander Graham Bell. *Exceptional Children*, 51, 405-409.

Brimer, R. W. (1990). Students with severe disabilities: Current perspectives and practice. Mountain View, CA: Mayfield Publishing Co.

Brolin, D.E. (1982). *Vocational preparation of persons with handicaps*. Columbus, OH: Charles E. Merrill.

Browder, D. M. (1991). *Assessment of individuals with severe disabilities: An applied behavior approach to life skills assessment* (2nd ed.). Baltimore: Brookes.

Cipani, E. C., & Spooner, F. (1994). *Curricular and instructional approaches for persons*

with severe disabilities. Needham Heights, MA: Allyn and Bacon.

Cruickshands, W. M. (Ed.). (1975). *Cerebral palsy: A developmental disability* (3rd ed.). Syracuse, NY: Syracuse University Press.

Deno, E. N. (1970). Special education as developmental capital. *Exceptional Children*, *37*, 229-237.

Donovan, W. H. (1981). Spinal cord injury. In W. C. Stolov & M. R. Clowers (ds.), *Handbook of severe disability*. (pp. 65-82). Washington, DC: U.S. Government Printing Office.

Eisenberg, A., Murkoff, H. E., & Hathaway, S. E. (1986). *What to expect when you 're expecting* (2nd ed.). New York: Workman.

Feuerstein, R. et al. (1987). Prerequisites for assessment of learning potential: The LPAD model. In C. S. Lidz (Ed.), *Dynamic assessment*. NY: Guilford Press.

Gold, M. W. (1976). Task analysis of a complex assembly task by the blind. *Exceptional Children*, *43*, 78-84.

Guess, D., & Siegel-Causey, E. (1988). Students with severe and multiple disabilities. In E. L. Meyen & T. M. Skrtic (Eds.), *Exceptional children and youth: An introduction* (pp. 239-320). Denver, CO: Love Publishing Co.

Guess, D., Mulligan-Ault, M., Roberts, S., Struth, J. Siegel-Causey, D., Thompson, B., Bronick, G. B., & Guy, B. (1988). Implication of biobehavioral states for education and treatment of students with most profound handicapping conditions. *Journal for the Association of Persons with Severe Handicaps*, *13*(3), 163-174.

Halpern, A. S. (1993). Quality of life as a conceptual framework for evaluating transition outcomes. *Exceptional Children*, *59*, 486-498.

Handleman, J. S. (1986). Severe developmental disabilities: Defining the term. *Education and Treatment of Children*, *9*(2), 153-167.

Haring, N. G., & McCormick, L. (1990). *Exceptional children and youth: An introduction to special education* (5th ed.). OH: Merrill Publishing Company.

Hayden, A. M. & Beck, (1981). The epidemiology of high risk and handicapped infants. In C. T. Ramey & P. L. Trohanis (Eds.), *Finding and educating high-risk and handicapped infants*. Baltimore, MD: University Park Press.

Holm, V. (1982). The cause of cerebral palsy. *Journal of the American Medical Association*, *247*, 1473-1477.

Hollowach, K. T. (1989). *Teaching that works: The individualized critical skills model*. Sacramento, CA: Resources in Special Education.

Jackson, L. (1992). Contemporary perspectives on assessment in the education of persons with severe disabilities. In Center of Special Education at the National Changhua University of Education (Ed.), *International symposium on assessment of exceptional children* (pp.18-34). Changhua, Taiwan: Center of Special Education at the National Changhua University of Education.

Lynch, E. W. & Lewis, S. B. (1988). *Exceptional children and adults: An introduction to special education*. Boston: Scott, Foresman.

Kaiser, A. P., Yoder, P. J., & Keetz, A. (1992). Evaluating milieu teaching. In S.F. Warren & Rrrreichle (Eds.), *Causes and effects in communication language intervention* (pp. 9-47). Baltimore: Paul H. Brookes.

Kirk, S. A., Gallagher, J. J. & Anastasiow, N. J. (1997). *Educating exceptional children* (8th ed., pp. 90-124). Boston, NY: Houghton Mifflin Company.

Kysela, G. (1985). In F. P. Orelove and D. Sobsey (1987) *Educating children with multiple disabilities: A transdisciplinary approach*. Baltimore, MD: Brookes.

McGann, J. B. (1888). *The deaf mute schools of Canada: A history of their development with an account of the deaf mute institutions of the Dominion, and a description of all known finger and sign alphabets*. Toronto: C. J. Howe.

Molnar, G. E. (1983). Musculoskeletal disorders. In J. Umbricht (Ed.), *Physical disabilities and health impairments: An introduction* (pp. 108-116). Columbus, OH: Merrill.

Nadolsky, J. (1985). Vocational evaluation: An experimental trend in assessment. In C. Smith & R. Fry (Eds.), *National forum on issue in vocational assessment: The issues papers*. Menomonie, WI: University of Wisconsin.

Patton, J. R., Beirne-Smith, S. & Payne, J. S. (1990). *Mental retardation* (3rd ed.). Columbus, OH: Merrill.

Patton, J. R., Rayne, J. S., Kauffman, J. M., Brown, G. B., & Payne, R. A. (1987). *Exceptional children in focus* (4th ed.). Columbus, OH: Merrill.

Polloway, E. A., Smith, J. D., Patton, J. R., & Smith, T. E. C. (1996). Historic changes in mental retardation and developmental disabilities. *Education and Training in Mental Retardation and Developmental Disabilities*, 31, p. 9.

Reynolds, M. C. (1962). A framework for considering some issues in special education. *Exceptional Children*, 28, 367-370.

Sailor, W., & Haring, N. (1997). Some current directions in the education of the severely/multiply handicapped. *AAESPH Review*, 2, 67-86.

Smith, T. E. C., Polloway, E. A., Patton, J. R., & Dowdy, C. A. (1998). *Teaching students with special needs in inclusive settings*. Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.

Snell, M. E. (1978). *Systematic instruction of the moderately and severely handicapped*. Columbus, OH: Charles E. Merrill.

Snell, M. E. (1993). *Instruction of students with severe disabilities* (4th ed.). New York : Merrill.

Snell, M. E., Brown, F. (1997). Instructional planning and implementation. In M. Snell (d.), *Instruction of students with severe disabilities* (4th ed.) (pp. 99-151). New York, NY: Macmillan Publishing Co.

Sowers J. & Powers, L. (1991). *Vocational preparation and employment of students with physical and multiple disabilities*. Baltimore: Paul H. Brookes.

Taylor, R. L. (1997). *Assessment of exceptional students: Educational and psychological procedures* (5th ed.). Boston: Allyn & Bacon.

Westling, D. L., & Fox, L. (2000). *Teaching students with severe disabilities* (2nd ed.). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Winzer, M. (1993). *The history of special education: From isolation to integration*. Washington, DC: Gallauder University Press.

Winzer, M. (1996). *Children with exceptionalities in Canadian classroom* (4th ed.). Scarborough, Ontario: Allyn and Bacon.

Wehman, P., Renzaglia, A., & Bates, P. (1985). *Functional living skills for moderately and severely handicapped individuals*. Austin, TX: Pro-ed.

Wehman, P. (1988). Supported employment: Toward zero exclusion of persons with severe disabilities. In P. Wehman & M.S. Moon (Eds.), *Vocational rehabilitation and supported employment* (pp. 3-16). Baltimore: Brookes.

Wolery, M., & Haring, T. G. (1990). Moderate, severe, and profound handicaps. In N. G. Haring, & L. McCormick (Eds.), *Exceptional children and youth: A introduction to special education* (5th ed.). Columbus, OH: Merrill.

Wolf, J. M., & Anderson, R. M. (1969). The multiply handicapped child: An overview. In J. M. Wolf and R. M. Anderson (Eds.), *The multiply handicapped child*. Springfield, IL: Charles C Thomas.

Ysseldyke, J. E., & Algozzine, B. (1995). *Special education: A practical approach for teachers* (3rd ed.). Boston: Houghton Mifflin.