

特殊教育與社區發展

前 言

第一章 特殊教育的意義

第一節 何謂特殊教育.....五

第二節 特殊教育的發展.....六

第二章 特殊兒童的診斷與評鑑

第一節 診斷的意義及功能.....八

第二節 診斷的原則.....九

第三節 評鑑的意義及原則.....一五

第三章 特殊教育分類簡介

第一節 智能不足教育.....二〇

第二節 特殊學習障礙教育.....二九

第三節 視覺障礙教育.....三七

第四節 聽覺障礙教育.....四四

第五節 肢體殘障教育.....四八

第六節	情緒障礙兒童教育.....	五七
第七節	資賦優異及特殊才能兒童教育.....	六五
第肆章	社區發展與特殊教育關係	
第一節	社區對特殊教育發展的重要性.....	七三
第二節	社區社會工作人員的貢獻.....	七五
第三節	特殊學校(班級)及福利機構簡介.....	八二
結語		

前 言

以社會工作的知識及經驗爲基礎，進一步的研究特殊教育，發現這兩門學科之間實有極密切的關係，可說是相輔相成，缺一不可。然而，所謂隔行如隔山，從事相關行業的工作者之間，缺少聯繫與瞭解，也就談不上密切合作了。至於一般社會大眾更不必談，對特殊教育或社會工作的瞭解不够，甚至多有誤解，對身心障礙者的態度，依舊是憐憫甚於接納，不但造成需要協助者與協助者之間的隔閡，也導致正常人與身心障礙者之間的冷漠。

如何增進一般社會大眾對身心障礙者的正確認識，又如何充份發揮特殊教育及社會工作的功能，改變身心障礙者的命運及其與正常人之間的關係呢？從社區着手乃是有效的方法之一。

慶幸在許多熱心人士的共同努力之下，專業社會工作人員制度逐漸在各個社區建立起來。透過社區社會工作人員與居民之間的直接接觸，可以協助居民對特殊教育及身心障礙者建立正確的觀念與態度，同時也可以成爲求助者與社會資源之間的橋樑，使需要協助者得到最好的協助，社會資源亦能得到充份發揮功效的機會。

然而，如果連社會工作人員本身對特殊教育的對象及內容都不瞭解，如何能提供社區居民正確的觀念及態度，又如何能給予身心障礙者適當的協助呢？基於這一點，本文將針對社區社會工作人員及一般社會大眾，以淺顯的文字介紹特殊教育的對象及內容，以及特殊教育與社區發展的關係，並爲社區社會工作人員提供輔導方面的基本原則，企望能藉著社區社會工作人員的力量，及社區的發展，增進大眾對特殊教育及身心障礙者的瞭解。惟才疏學淺，尙祈先進不吝指教。

特殊教育與社區發展

第壹章 特殊教育的意義

第一節 何謂特殊教育

「特殊」兩字的定義到底是什麼？至今並沒有有一個公認的答案。站在教育的觀點來說，所謂特殊兒童或青少年是指因所具有的生理、心理的缺陷，或社會的、情緒的障礙及其他不同情況，如受普通教育，反而妨礙其發展，必須在普通班級或特殊班級（特殊學校）接受特別指導的兒童或青少年而言。也就是說，包含：一、肢體傷殘、盲、聾等身體有障礙的兒童或青少年。二、智能高於或低於標準的兒童或青少年。三、適應不良的或情緒障礙的兒童或青少年。

根據雲五社會科學大辭典的解釋，特殊教育乃是協助特殊兒童或青少年瞭解並克服其適應上困難的一種教育方式。目前特殊教育法案已經初步完成，其中提到「特殊教育分學前教育、國民教育及國民教育後的特殊教育三階段」。可見特殊教育的對象，已由兒童、青少年，擴展到成人，而教育內容也將是學校教育，生活教育與社會教育（職業訓練、就業輔導）並重。其功能在協助身心障礙者由不適應到再適應，由適應困難到完全適應，充份發揮個人潛能，進而服務社會。

第二節 特殊教育的發展

六

特殊教育之納入正規教育體系，使身心障礙者能享有均等的教育機會，還是二十世紀以來的事。回顧西方歷史，便可發現，早期身體殘缺或心智愚鈍的兒童，常被視為社會經濟的負擔、父母家庭的恥辱，而遭到迫害與排斥，如古希臘斯巴達城邦把天生畸形或具有障礙的新生兒加以殺害；宮廷中扶養障礙者以為玩物；以及第二次世界大戰期間的納粹德國，基於優生政策，將殘障及低能兒童有計畫的消除等等，都是典型的例子。也有些地區持漠視的態度任其自生自滅，對身心障礙者毫無保障可言。直到十七世紀以後，由於基督博愛精神的發展，促使教會組織以及民間樂善好施人士設置各種慈善性救濟機構，收容貧弱無依者，身心障礙者才得到保護，然而也只是被憐憫的對象而已，個人價值及權益依舊未被重視。十八世紀，西方世界開始注重個人權利的保障，兒童的權益及教育也因此逐漸受到重視。二十世紀以來，更由於人道主義的發展，個人價值與接受教育的權利被肯定，在「教育大衆化」(Education for all)的大前提下，先進國家逐漸重視特殊兒童受教育的權利，紛紛透過教育立法，採取各種有效措施，並投入大量經費，積極規劃辦理。如今身心障礙者是否自幼到老得到充份教育及發揮的機會，特殊教育的發展如何，已無形中成爲國際上評鑑一國教育水準、生活水準的重要指標之一，亦爲各國重視並大力推展的目標之一。

在我國，自古禮運大同篇上就有「鰥寡孤獨廢疾者皆有所養」。救弱濟貧，扶助傷殘的善行一直受到鼓勵與讚揚，不過也只是慈善救濟，並無教育功能可言。直到民國前四十二年英國長老會牧師莫偉良(William Moore)首先在北平日兩胡同教會設立瞽目書院，爲我國特殊教育之始。可惜正求大力推展之際，卻因時局變化，戰禍不斷而無法積極推展，原有的基礎亦全部破壞。近年來政府根據憲法「人民有受國民教育之權利與義務」之規定，積極推動特殊教育，俾

能達到「國民受教育之機會一律均等」之理想。

根據六十九學年度臺灣地區國民小學特殊兒童普查統計，除了高雄市、南投縣、臺中市、新竹縣以及臺東縣資料未報外，全臺灣特殊兒童在學部份有一六、七九六人，失學部份有三、二二三人，身心有障礙的青少年、成人、老人尙不在其列，由此可見特殊教育發展的重要性，實不下於一般正規教育。

參考資料：

- | | |
|--------------------|-----------|
| 一、雲五社會科學大辭典第八冊教育學 | 第二四九—二五一頁 |
| 二、山姆、柯爾克著 特殊兒童教育總論 | 第三—四頁 |
| 三、中國教育學會主編 特殊教育研究 | 第一頁 |

第二章 特殊兒童的診斷與評鑑

八

一般人發現特殊兒童，除了根據外表上可見的殘缺外，多半是基於一種「怪怪的」或「不對勁」的感覺，這種含糊的認識，往往耽誤了就醫的機會。事實上，診斷是極為重要的一環，適時、正確的診斷，可以達到預防的功效，使兒童所受到的傷害程度減低到最小，而一個逾時甚至錯誤的診斷，卻會造成兒童及父母終身的遺憾。

除了確定兒童狀況的初步診斷之外，在兒童成長的過程中，基於不同的目標，如就學、就業等等，必須一再的進行診斷與評鑑工作，瞭解兒童在成長過程當中每一階段的需要，提供協助者給予適當協助的方向。因此，不論是社區社會工作人員，學校老師或者家長，都應該具有診斷的基本認識及對評鑑目標的瞭解，才能達到及早發現、適時治療的效果。

第一節 診斷的意義及功能

一、診斷是一種過程，也是一種結果：

診斷原是一個醫學名詞，意思是分析瞭解疾病的本質。乃基於特定的症狀，或明顯的特徵，決定病因及其對大眾健康的影響，進而據以擬定預防措施或研究、治療計畫。

特殊教育的對象，因其本身、心狀況的特殊性，與醫療工作有極密切的關係。往往特殊兒童的鑑定，就是一種疾病的診斷。然而，也有許多兒童的情況複雜，連醫學上也無法明確指出病名及病因，在這種情況之下，診斷的意義就不只是找出病因，而更偏重於收集資料，瞭解症狀的結果了。

基本上醫學的診斷過程，在透過各種鑑定方法，檢查身體的功能、發育狀況、智力及行為表現等等，但要想對特殊

兒童有更多的認識，光憑醫學診斷是不夠的，必須廣泛的從家庭、學校、鄰里中找尋資料，特別重視生活環境的影響，使我們對兒童的狀況更深入的瞭解。

二、診斷的結果可作為協助的依據：

每一個人都是獨特的，具有他與衆不同的人格特質，即使是具有相同障礙的人，也並非完全相同，雖然如此，為了擬定適當的協助計畫，決定有效的預防措施，運用科學的方法，做有系統的觀察分析，找出共同的特徵及行為表現，適當的予以分類還是必須的。分類之所以會造成困擾，乃是因為各科專家之間缺少溝通與聯繫，各人站在自己的研究立場，基於不同的研究重點，對於某一種情況，冠上不同的定義，納入不同的類別，造成大眾的困惑。例如智能不足、學習困難、發展遲緩、腦損傷，倒底指的是不是同一種症狀？為何一個孩子同時被列入四種不同的定義之下？這在父母來說，並不能完全明瞭醫學名詞與教育名詞的差別，他們堅持的可能只是孩子要在普通班級就讀，而不同意學校根據分類標準將孩子編在益智班。

分類的目的，在給予適當的協助，為了使兒童得到最好的服務，協助者除了要幫助家長瞭解孩子的狀況外，為了避免以偏蓋全，忽略個人特質，更要根據個別的需要及獨特性，作適當安置的最後決定。正確的診斷不但能提供求助者的需要，也可以幫助協助者決定最適當的協助方法。

第二節 診斷的原則

對於特殊兒童的服務，是一種「科際組合」的團隊服務，基於其障礙的特殊、複雜，往往需要透過生理、心理醫生、教育學者、社會工作人員的共同診斷，才能完全的瞭解狀況。為了避免各行專家因立場不同、重點不一，造成診斷的分

歧，診斷的基本原則必須加以強調。

特殊兒童的診斷目標在發現：

- 一、是否真正具有成長上的問題。
- 二、問題的本質是什麼。
- 三、導致問題的生理、心理與環境因素是什麼。
- 四、兒童的未來發展及受影響的程度如何。
- 五、最適當的協助策略是什麼。

不論是站在醫學、教育或社會工作的立場，在診斷的過程中必須：

一、決定問題是否存在：

一位著名的研究行為發展理論的專家格賽爾 (Arnold Gesell, 1880-1960)，曾提出「發展常模」(Norms of Development)——平均兒童在各年齡表現的特殊技能，作為衡量兒童發展正常與否的標準，例如嬰兒在成長的過程中，先會抬頭，慢慢會坐、會爬、會走。(見表二——)。根據「發展常模」，所謂正長或健康的兒童，乃指在特定時期內能表現出預期行為的兒童，至於那些在特定時期中未能表現出預期行為的兒童，則被視為發展緩慢者，這種發展緩慢的現象，顯示出兒童本身可能有著某種障礙，需要進一步的注意與協助。

在參考「發展常模」時，我們必須認清一點，常模只是平均數字，各階段的行為表現及技能的出現，在有的兒童為早，有的兒童為晚，沒有一個兒童的成長步驟，與理想常模完全一致。應避免完全依據理想的「發展常模」來決定兒童

的正常與否。如果對兒童的發育成長有懷疑，可以參考「發展常模」隨時仔細觀察、記錄，將疑問註明，提供醫生作為身、心檢查的參考。如果協助者能站在不同立場，作不同重點的觀察，再將資料提供醫生，必能幫助醫生作正確的診斷，證實問題存在與否。

表二——格賽爾的「發展常模」（十六週至六十個月）

十六週：1. 有興奮的表現。

2. 會以笑來反應他人。

3. 會注視食物表示想吃的慾望。

4. 能在支持下坐十至十五分鐘。

二十八週：1. 會對鏡子微笑，發聲，並觸摸鏡中的影像。

2. 能發許多母音如 ah, uh, ay 等。

3. 能在沒有支持下坐一段時間，然後俯身以手來支持。

4. 能够抓穩堅實的東西。

5. 仰臥時喜將雙腳放在嘴邊玩弄。

6. 能够抓住物體並從一手換至另一手。

7. 在扶持下站立時，已能自己支持大部份的重量。

十二個月：1. 能在一手牽扶下走路。

2. 會發 ma, nu, do, da 或其他一、兩種簡單的音節。

3. 懂得在他人要求下將手中的玩具交出。

4. 在穿衣服時能够合作。

十八個月：1. 能說簡單的字彙如水、球等等。

2. 能走得很穩，很少跌倒，也能笨拙的跑幾步。

3. 會注意書中的圖畫。

4. 能自行餵食，雖然會潑掉不少。

5. 有拉及抱的動作。

6. 能自己在一個小的或大人的椅子上坐好。

7. 能用蠟筆或鉛筆在紙上亂畫。

二十四個月：1. 能自行上下樓梯。

2. 可以跑得很好而不致跌倒。

3. 能將六至七個積木疊成塔狀。

4. 會用主詞如你、我造簡單的句子，如「我要牛奶」、「你走開」等。

5. 能說出簡單圖書中的東西，如茶杯、球、小狗、小孩等，也會以自己的名字來稱呼自己。

6. 發聲常需要首尾一貫的。

7. 尿床情形減少。

8. 能自己穿上穿着方法簡單的衣服。

三十六個月：1. 爬樓梯時已能雙腳替換的上，並能從最低一階跳下。

2. 會騎三輪腳踏車。

3. 能用蠟筆或鉛筆模仿圓圈及十字。

4. 能懂得他人的問話並加以回答。

5. 會自行餵食，很少撒落食物。

四十八個月：1. 會自己刷牙、洗手並擦乾。

2. 能在他人指導之下繫鞋帶及穿脫衣服。

3. 能與其他兒童和睦的玩在一起。

4. 畫人像時，至少能明確的畫出人體兩個部位。

六十個月：1. 知道並能說出不同的顏色。

2. 能從一數到十。

3. 能雙腳交換輕巧的跳著走。

4. 能寫簡單的字及畫出可以辨認得出的圖畫。

(From: Gesell & Amatruda, 1947)

二、決定問題的本質：

如果在仔細的觀察與醫生的診斷之下，證實了問題的存在，接下來的，就是瞭解問題的本質。有許多案例，在發現問題存在的同時，也就能確立導致問題的原因，例如從出生及檢查資料中發現兒童具有蒙古症的明顯特徵，因而斷定發育遲緩的導因是蒙古症。然而，也有部份案例，其問題的本質不是很明顯的，例如，有一個五歲大的小孩還不會說話，不會說話顯示問題的存在，但不會說話的原因可能有許多種，不是在證實問題存在的同時就能明白的，必須經過進一步的檢查才能確定。有些家長曾經歷到不同的醫生，所作的卻是不同的診斷的經驗，而不曉得該聽誰的，因為不能瞭解問題的本質，往往病急亂投醫，反而耽誤了治療的時機。協助者除了站在自己的立場提供有關資料外，更必須客觀的互相討論，而不堅持己見，綜合各方面的發現，尋求問題的根源，才能據以決定協助之途徑。

另外，在病因確定之後，也要進一步追查導致疾病的原因，如此可以預防相同情況的再發生，並且可以作為教育及治療的依據。也就是說，不但要瞭解症狀產生的原因，還要進一步瞭解導至症狀的本質是如何發生的，才算是充份的瞭解，對兒童未來的發展有很大的關係。

三、預後 (Prognosis)

在瞭解問題的本質及根源之後，可以據以推測出兒童未來發展的潛力及限制。這種預後對於兒童未來的教育及治療計畫很有關係，對於兒童的前途也有決定作用。例如，是送教養、收容機構還是留家照顧？是安置在特殊學校還是普通學校的特殊班級？應從事那方面的職業，或有什麼特別的需要等等，都可以根據預後，早作適當安排，避免時間的浪費。家長有權瞭解孩子的狀況及採取不同行動的後果，同時預後也能幫助家長對未來的境遇先作心理上的準備。雖然未來的情況不能百分之百的斷定，至少從每一階段的預後工作中，可以提供家長及協助者一個努力的方向，幫助兒童得到最

大可能的發展機會。

四、決定適當的協助方法，採取行動：

診斷應詳細、具體的描述兒童的情況及行為表現。例如，僅指出兒童是輕度的智能不足，對家長來說沒有什麼意義，最好以實例描述，說明兒童雖能分辨一元、五元、十元、五十元，但對金錢的價值高低，卻不能瞭解。他只會一視同仁的把所有的鈔票視為錢，但不懂五十元的價值是十元的五倍。因之具體的描述更有助於瞭解。

另外，診斷不應該是只有專家才看得懂的天書，應簡明、具體的列出建議，提供所有協助者一個正確的方向，據以決定各方面適當的協助步驟，共同為兒童的殘而不廢而努力。

第三節 評鑑的意義及原則

學校老師爲了提供適當的教育，必須根據診斷，作進一步教學上的鑑定工作，對兒童的能力，優點、缺點等先有個認識，才能針對需要教授課程。社會工作人員也是一樣，爲了輔導及提供協助，必須對兒童本身及家庭狀況作深入評鑑，確定其最大需要，謀求解決之道。他如心理醫生，復健師等等，都必須視其職責範圍，分別根據診斷再作評鑑，促使協助的效果充份發揮。雖然各協助者乃是針對不同的目標作評鑑的工作，但其目的卻是一致的，在提供最適當的協助，幫助兒童成爲自立、自主的人。爲了達到這個目的，基本的評鑑原則不可忽略。

一、客觀的觀察：

在所有的評鑑方法中，以觀察法最易引起爭論。觀察的效力如何，決定於兩個因素——信度與效度。不論是站在何種立場作評鑑工作，都必須針對兒童本身進行觀察，根據事實來下結論，而不是斷章取義的找尋符合預期結果的事實。雖然表面上各有鑑定的目標，如心理醫生企圖發現兒童的行為模式，老師施以成就測驗，欲瞭解其學業成就及學習能力等，但可信賴、有效用的評鑑結果應能互相印證以爲參考。

有時因爲觀察的人或鑑定工具的不同，而產生不同的結果，甚至互相矛盾，這樣的結果就不足以採信。大家必須放下主觀成見，平心靜氣的找出不同結果產生的原因，進一步尋求客觀的結論，目的不在證明自己是對的，而在瞭解兒童真正的需要，提供適當的協助。

二、熟悉基本的評鑑要素：

特殊兒童的鑑定，需要各方面工作人員的通力合作，每個人對於基本的評鑑要素必須熟悉，評鑑的工作才能收到事半功倍的效果，且不可以超出本行範圍爲藉口而不去嘗試去瞭解與聯繫，不但增加自己鑑定工作的困擾，更影響到兒童的發展。評鑑的基本要素包括：

1. 病歷：病歷是兒童身體狀況的基本資料，包括母親懷孕期間，產前、產後的記錄，可以提供協助者許多寶貴資料，不論是生理、心理、情緒、或社會環境方面的問題，都往往能從病歷中發現根源。其資料的詳細，甚過社會工作人員或教師家庭探訪所得，是增加評鑑信度不可缺少的要素之一。一般說來，病歷可以提供我們。

(1) 兒童現有的症狀及檢查結果

(2) 家長求助的原因及態度

(3) 兒童成長的程度及教育程度

(4) 兒童身體的特質及病史

(6) 兒童人格的特徵、習慣與態度

(5) 家庭背景

2. 心理測驗：心理測驗能提供我們有關兒童智力、情緒、行為表現及人格等方面的資料，是評鑑的重要工具之一。但是心理測驗的施測，並不是人人可作的，尤其為兒童作心理測驗非常困難，因為他們不似成人有充份的言語表達能力，也不够鎮定及合作，往往必須靠心理醫生的觀察、經驗及技巧，才能取得可靠有效的結果。至於為身心障礙者施測，更加困難，必須考慮他們的障礙程度、表達能力以及一般心理測驗的適用性。一般協助者，雖非心理測驗的合格施測者，但最好也能瞭解一下心理測驗的內容及功用。通常心理測驗可以提供我們的資料包括：

(1) 兒童的一般表現及體格特徵

(2) 活動量：好動或好靜

(3) 運動技能及配合技巧

(4) 語言、說話模式及發展

(5) 智力、一般常識及思想組合能力

(6) 對觀念、方向、時間、地點、人物等的認知

(7) 人際關係方面的特性：依賴或消極的拒絕等等

(8) 夢及幻想

3. 教育測驗：可分為兩大類……

(1) 客觀性的測驗 (Objective test) ——這類測驗是標準化的，具有明確的問題結構。受測者的回答可以明確的界定是對或錯。大部份的能力測驗及成就測驗屬於此類。包括……

① 智力測驗 (Intelligence test) ——智力測驗並不能絕對的預測出個人成就，但却是評鑑兒童智力發展及假定兒童未來學業成就的重要工具。著名的有比西智力量表 (Binet-Simon Scale)、魏氏兒童智力量表 (WISC) 等。

② 特殊能力測驗 (Specific abilities test) ——如聽力測驗、語言測驗、運動能力、空間與方位測驗等等為評鑑特定功能所設計的測驗。特殊能力測驗能幫助我們瞭解兒童是否已經具有學習某些學校功課或技能的能力，也可用於推測神經方面障礙存在的可能性。對於智能不足或資賦優異兒童的評鑑方面，更能明確指出兒童的優點、缺點。

③ 成就測驗 (Achievement test) ——為測量兒童在學校中所學習的成果而設計的測驗。

(2) 主觀性的測驗 (Subjective test) ——設計這種測驗的目的，在收集有關受測者態度、感受、自我認知及行為表現等等的資料。其問題的答案，並沒有一定的標準，只是提供受測者在某方面所表現的功能及態度而已。

① 自我調查表 (Self-report inventory) ——設計一些具有不同態度、意義的陳述，讓受測者自己衡量自己是屬於那一種的量表。可在短時間內幫助我們瞭解受測者對某方面的看法及表現，但不適於幼小的兒童及智力方面有障礙者使用。

② 量表 (Rating scale) ——與前者類似，不同的乃是受測者不限於所欲瞭解的對象，也可以是與所欲瞭解的對象有關的人。即從他人的觀點來進一步瞭解我們所要協助的對象。

不論是教育或心理測驗，都是評鑑工作不可缺少的工具，目的在以不同的方法，尋求一致而客觀的結果。具有信度、效度的測驗，固然可以提供我們正確的資料與協助方向，但缺少信、效度的測驗結果，更可以把我們引入歧途。因此評鑑工作必須是客觀的觀察，測驗的結果，與事實並重，互相印證，謹慎配合。有了正確的診斷與評鑑結果，才能進一步談到協助。

參考資料：

- 一、張春興、林清山 教育心理學，第三十一、二八三頁
- 11、Suran B.G & Rizzo I.V Special Children: An Introductive Approach Scott. Foresman & Company, Glenview, Illinois, 1979. P. 5-8, 50-77

第三章 特殊教育分類簡介

第一節 智能不足教育

一、智能不足 (Mental Retardation) 的意義：

智能不足的定義，因研究重點的不同而有許多種解釋。醫學上視為病狀；心理學上着重心智的測量及學習能力的探討；教育學家致力於教育計畫及方法的研究，促使智能不足者的潛力得到充份發揮的機會，而社會工作者則關心他們的適應及就業問題。

1. 根據美國心智缺陷協會 (AAMD) 於一九七三年發表的最新定義指出：「智能不足係指身心發展期間，普通智力功能不足狀態，伴隨著適應行為的損害。」也就是說，智能不足不是一種疾病，而是一種狀態或症狀。其原因可能是先天生理上的因素，也可能是後天社會環境的因素。以學齡兒童來說，可從其知覺運動技能、溝通技巧、自助能力及社會化程度等方面的發展遲緩中察覺。以學齡兒童來說，可從其學業成績、生活技能、判斷與推理能力以及社會技能等方面發現。以成年人來說，職業表現、責任感等等，則是衡量其能否適應社會，在社會中獨立生存的要件。

2. 最簡單的辦法則是以智力商數來作決定。一般的標準是以「比西智力量表」所測智商在六十八以下，或「魏氏智力量表」所測智商在七十以下者為智能不足。

二、智能不足的原因：

大約有兩百種以上的原因已被證實會導至智能不足，然而，仍有許多智能不足的原因至今未明。已知的原因有：
1. 疾病感染與中毒：

(1) 胎兒期感染：母親在懷孕期間，受到細菌或濾過性病毒的感染，容易破壞胎兒的神經系統，導致智能不足。其症狀往往十分輕微，甚至不被察覺。最顯著的例子是風疹（德國麻疹）。如果母親在懷孕初期的三個月內感染了風疹，其胎兒帶著智能不足及其他障礙出生的比率約在百分之四五—五〇，其中約有一半是輕度智能不足，另有一半則為重度智能不足，更有許多兼具腦性麻痺症狀，至今仍無有效預防措施。梅毒也是一例，所幸由於醫學的發達，如今只要即早治療，就不會對胎兒有不良的影響。其他如流行性感官、顎下腺炎，或其他濾過性病源體，也可能導致胎兒之畸型和智能不足，必須提高警覺。

(2) 出生後的感染：衆所周知的例子是腦炎及腦膜炎。因破壞腦細胞的濾過性病毒入侵，導致永久性的腦損傷。如果造成智能不足，多半是重度的智能不足。他如長時期的高燒、麻疹、肺炎、癲癇發作頻繁等，都可能導致腦損傷。

(3) 胎兒期中毒：世界上約有百分之八十五的人，其血液中具有 Rh+ 因子。具有 Rh+ 因子與具有 Rh- 因子的人結合，如果胎兒和母親有相同的 Rh 因子，不會有問題，否則正負因子產生凝血作用，血液細胞阻礙骨髓的成長，造成流產、死胎或嬰兒腦部損傷、智能不足。特別的是，這種母體產生的抗體通常不會傷害頭胎，但對後來的胎兒則會造成重大危險。目前只要注意產前檢查，如果發現 Rh 因子不適合，生產時為嬰兒換血，可以防止智能不足和腦損傷的發生。此外，還有毒血症，X 光照射等等，也可能損傷胎兒的中樞神經系統，導致智能不足。

(4) 鉛中毒：如果兒童吃了含鉛量過高的顏料，如有色食品中的顏料或玩具表面的塗料，可能導致永久性的腦損傷。這
個因素近年來日趨嚴重。

(5)藥物中毒：除了母親懷孕期間亂服成藥，可能導致畸形兒外，母親在懷孕期間服用煙、酒、毒品與鎮靜劑，對胎兒也有不良影響，輕者造成早產，重則造成嬰兒智能不足或畸形。

2. 意外傷害：

(1)生產時的損傷：如難產，生產時利用助產器具，或用麻醉引導的無痛分娩，容易造成缺氧。胎兒在生產過程中不能吸進充分的氧氣，導致腦細胞破壞，重者胎死腹中，輕者造成智能不足。

(2)出生後的意外傷害：如車禍引起的腦震盪，可能導致嚴重的腦損傷，造成智能不足，一旦發生，則非醫藥所能挽回。

3. 新陳代謝或營養不良：除糖類、脂類的新陳代謝失調外，比較主要的有：

(1)侏儒症：乃由於先天性甲狀腺機能不足或缺乏所引起的嚴重生理及智能發展障礙。這種嬰兒很早即呈現「生長荷爾蒙」缺乏的症狀，如智能發展遲緩，長不高，皮膚粗糙而較冷等。在出生後五、六個月內，如能及時診治，大部份仍可以發展至正常程度，一旦過期則收效不大。如果造成智能不足，多為重度智能不足。

(2)丙酮尿症 (PKU)：這類嬰兒，先天就缺乏完全消化母乳、牛乳和其他蛋白質裏的苯氨基丙酸的能力，結果體內的苯氨基丙酸就成為侵害大腦組織的毒素，導致嚴重的智能不足。由於這種苯氨基丙酸在尿液中，可以透過簡單的化學反應檢查出來，如果能普遍的對新生嬰兒作檢驗，在證實後以特製的，不含苯氨基丙酸的奶粉及食物來餵養，則可以避免造成重度的智能不足。

部份新陳代謝失調導致智能不足，乃是具有遺傳性的。

(3)營養不良，母體及嬰兒長時期的缺乏營養，可能導致各種併發症及智能不足。

4. 出生後的腦部病變：包括：

(1) 具有遺傳性，但至今尚未能完全明白其原因的，如亨汀頓氏舞蹈病 (Huntington's Chorea)，患者智力逐漸減退、痙攣，以至死亡。這種病極少發生在四歲之前，而到三十至五十歲之間才出現症狀。又如結節硬化 (Tuberous Sclerosis)，主要症狀是腦部或心、腎等部位長瘤，導致輕度或重度智能不足。至今還是絕症。另外還有神經纖維腫瘤 (Neurofibromatosis)，主要症狀是皮膚長瘤。患者中約有四分之一是輕度智能不足。

(2) 還有一些因為生理疾病，影響腦部功能而導致智能不足的。

5. 出生前的不明影響：例如頭顱結構異常、腦部畸形、小頭 (Microcephaly)，常導致重度的智能不足。小頭的症狀又常與蒙古症、丙酮尿症同時出現，根本導因為何，仍不知道。

6. 染色體異常：除了已知的父母服藥、基因突變、放射線等原因外，還有許多導致染色體異常的原因未明。衆所周知的例子是蒙古症 (Mongolism or Down's Syndrome)，簡單的說，乃因其第二十一對染色體多了一個染色體，使正常的四十六個染色體變成四十七個。蒙古症是造成智能不足的主因之一，這種情況可能發生在任何家庭，與父母的種族、經濟狀況、教育都無關。導致染色體異常的原因至今尚難確定，唯一為大家所公認的是，高齡產婦生出蒙古症兒的比率較高，為什麼會如此，也尚在研究之中。蒙古症兒的特徵明顯，通常一出生即可發現，大部份導致中度的智能不足。

7. 妊娠方面的原因：如早產、孕期過長，或嬰兒體重過輕 (二千五百克或五磅八盎司以下者) 等，都可能影響嬰兒智力的發展。

8. 心理障礙：幼兒如有情緒障礙或其他精神官能症，可能影響其智能的發展，而這種原因通常最容易被忽略。

9. 環境因素：專家們相信，在所有被鑑定為智能不足的人口當中，只有百分之二〇—二五是由於醫學上可證明的生理原因導致的。絕大部份的智能不足人口，尤其是輕度智能不足者之導因，在生理上無跡可尋，乃是其文化及家庭背景等環境因素所造成的。所謂「偽飾性低能」(Pseudo-feblenindeness)，就是指因後天生活經驗不足，導致的低能。一般說來教育水準低、經濟能力差、母子關係不良、缺乏適當教養、父母不合及情緒起伏不定的家庭，其子女的智能較低。如果從小就缺乏適當的鼓勵及教導，可能造成兒童終身的智能不足或嚴重的情緒障礙。

三、智能不足教育緣起：

智能不足者的存在，可以說是自有人類以來就有的，然而站在教育的觀點，十八世紀以前，對智能不足教育來說，只能算是「史前時代」。直到十八世紀末期、西歐及美國對於一直被忽略的奴隸、犯人、精神病患者等開始注意，才促使一些人對智能不足者發生研究興趣。這些智能不足教育史上早期的先鋒，如法國的伊嗜達 (Jean Itard)、斯奎恩 (Edouard Seguin) 及美國的浩威 (Samuel Howe) 等等，皆以個人畢生精力，從事智能不足的教育和研究工作，呼籲大眾以人道精神對待智能不足者。二十世紀初，心理學理論普遍應用於教育及兒童發展的研究方面，加上法國比西智力量表的出現，使得智能不足教育研究工作更向前邁進了一大步，智能不足教育從此受到各國的普遍重視。

就我國而言，民國五十一年，臺北市中山國民學校首先從事智能不足兒童的特殊教育實驗，為我國教育史開啓了新的一頁。數年來逐步擴大，成果相當豐碩。如今全國設有益智班的國中計有六十七校，設有啓智班的國小計有一百五十六校，另外省立臺南啓智學校，設有國小及國中，高雄市也正在籌設一所啓智學校，促進智能不足教育的推展。

四、智能不足殘育目標及原則：

智能不足教育的主要目標在：

1. 個人價值的實現——發揮潛力、恢復自信、輔助自立。
2. 社會生活的適應——學習公民必備的規範、擴展智識領域。
3. 經濟生活的獨立——學得一技之長，參加生產建設。

由於智能不足的導因複雜，除了少數如蒙古症，在嬰兒出生時就可以證實之外，通常要等到學齡階段，因為學業成績落後或學習能力差，才被發現。爲了協助智能不足者發揮其僅有的智能，盡可能的達到獨立自主的目標，在教學上有幾個基本的原則：

1. 喚起注意及興趣——從具體的感覺訓練（視、聽、觸覺訓練）中，培養深刻的印象。時間宜短而內容宜多變化。
2. 以具體經驗代替抽象的學習——智能不足者對抽象的概念特別感到困難，最好利用實物或遊戲、活動，增加他們的體驗。
3. 基本訓練的配合——如語言訓練、韻律體操、動作訓練、手指訓練等，可以幫助他們學習技能，並且能促使他們的運動神經保持平衡。
4. 獎勵重於懲罰——有助於建立學習動機，恢復自信心。
5. 建立安全感——智能不足者對這方面的需要遠超過正常人，此外，安全教育也是值得重視的。

茲將我國智能不足分類、教育目標、輔導方向、學業成就以及未來發展潛力預測，列表說明如後：

表三一 智能不足類別與教育輔導明細表

標目育教	力潛展發來未測預	測預就成業學	項分	
			類	目
根據特殊需要，施以特別輔導。	能發展健全身心，適應團體生活。	經個別指導後，可趕上一般學生。	智商 83 68	接近智能不足
偏重語言、知識及社會技巧的教導。包括社會算術、職業技能、基本規範等。	習能自立的職業技能，學校後即被視為正常。	最高成就可達小學六年級程度，能讀、寫及基本算術。	智商 67 52	輕度智能不足 (可教育性)
1. 謀求身邊事務的獨立。 2. 持理，給予鼓勵，社會適應的練習，包括社會精神範疇。	在指導下可以作沒有婚基本性的工作。及結	三成就在幼稚園至小學基本讀和寫，但基本發	智商 51 36	中度智能不足 (可訓練性)
施教困難	需要家庭及社會永久的照顧。	可以學簡單自助方法。沒有學業成就，不懂溝通技巧，但能說簡單的話來表達自己。	智商 35 20	重度智能不足
無法施教	需要家庭及社會永久的照顧。	有些能自己行動，大部份終身臥床，完全依賴他人照顧。	智商 20 以下	極重度智能不足

輔 導 方 向	
<p>在普通班級中加強個別輔導。</p>	
<p>2.1. 特殊學校的特殊班</p>	
<p>1. 單純性中度智能不 足：收容於特殊學校，使其接受專門訓練，兼具生活輔導及職業訓練。2. 多重障礙：暫緩入學，或由醫院與研究機構之實驗班教護之。</p>	<p>。單職業技巧的學習</p>
<p>機構收養</p>	
<p>機構收養</p>	

目前我國的智能不足教育，還是以國中益智班、國小啟智班為主，均採集中式或資源教室方案。新生入學時，實施團體智力測驗，依據測驗結果，對成績較差者再做個別測驗，並參考家庭調查、過去學業成績，作綜合的鑑定，以決定適當的安置。如果過去幾年心理測驗記錄顯示其智商在五十至七十五之間（臺北市的標準是五十至七十之間），而且沒有嚴重附帶障礙，也可直接安排進入附近國小啟智班或國中益智班中就讀。家長若是懷疑子女的智力情況，可以向設有特殊班級的學校申請進一步的鑑定，使子女能夠得到適當的教育。

五、智能不足者的未來：

智能不足教育主要的對象是輕度智能不足兒童，根據表三一，他們能够自立、自養，學習社會的及職業技能。大

多數在離開學校後即被視為正常。且不論中度、重度、極重度智能不足兒童的未來，即使專以輕度智能不足兒童而言，他們的未來，真如預測的那麼光明嗎？恐亦未必盡然。

1. 職業：學校雖然都有職業技能方面的課程，但是離校後，廠商是否願意雇用他們？直到目前仍是就業的一大障礙。尤其在一切講求效率、時間的工業社會裏，許多智能不足者原本可做的工作，都被機器所取代，使得就業更加困難。尙有待政府、社會大眾及家長們的支持，提供就業機會，使智能不足人口中的絕大部份——輕度智能不足者，有表現自立、自養的機會。

2. 社會期待：不可否認的，即使是輕度智能不足者，也需要某些協助，但是，智能不足並不表示「沒有希望」。一般人往往有種誤解，以為這羣傻呼呼的人，什麼都不懂，也不能，其實他們也有喜好，也有理想，更有權利追求快樂的生活。以美國為例，有智能不足者的土風舞俱樂部、冬、夏令營、運動會及工廠、社區等等，在政府及大眾的鼓勵與協助之下，證明他們不需要憐憫，在有限的的能力範圍之內，他們也能做許多事，追求心目中理想的生活方式。當然，淪落街頭，被壞人利用，甚至誤蹈法網的例子也不是沒有。智能不足者的未來，端賴一般大眾以何種標準來期待他們、對待他們。

3. 婚姻：智能不足者該不該結婚？正反面意見都有，很難說孰是孰非。重要的是，不要為「傳宗接代」而勉強結婚。結婚不是難事，婚後是否能對家庭、子女的教養等等負完全的責任才是關鍵，否則，只會造成更多的悲劇。有些智能不足是遺傳因素造成的，不宜結婚，即若不然，智能不足者對子女的教養，礙於本身的程度、能力，也無法做到「適當」二字，使得智能正常的子女在後天環境因素的影響下，得不到好的教育，無形中造成惡性循環。往往一個可以自立、自養的智能不足者，因為結婚、生子，帶來無法應付的問題，不但無法自立、自養，家庭也面臨嚴重危機。身為父

母者，必須將眼光放遠，作明智的決定，爲了孩子一生的幸福着想，有時勸導孩子打消結婚的念頭乃是必須的。父母無法一輩子守護在旁，認清子女的能力限度，才能幫助子女追求真正的幸福。雖然大部份的人，不同意智能不足者結婚也並非絕對不可爲，如果在謹慎考慮之下，覺得不會造成不良後果，也是可行的。一般人同意智能不足者即使結婚，但不要生育，以免造成困擾及不幸的結果。不論是結婚或生育，都是影響智能不足者一生的關鍵因素，必須深思、謹慎，才是上策。

目前智能不足教育，着重在學校教育，事實上教育的功能不是在學生離開學校後就可以結束的，以社會適應，生活教育，職業輔導爲主的社會教育應該接棒，提供智能不足者的需要，幫助他們充份適應，進而自立、自養。總歸一句，智能不足者的一生，要靠社會大眾的支持與協助，才有幸福可言。

第二節 特殊學習障礙教育

一、學習障礙 (Learning Disability) 的意義：

廣義的學習障礙，包括所有足以妨礙學習的障礙，例如智能不足、盲、聾或沒有適當教育機會、教學方法不當等等，都會造成學習上的困難。然而，在我們四週，也有一些學生，他們既非智能不足，又沒有明顯的生理缺陷，但是成績就是不佳。是什麼原因造成他們的成績低劣？往往令父母或老師百思不解。一般說來，不外歸諸於偷懶、不用心、劣根性等等，積極者，更加嚴格督促，盼望其成績能有所改善，消極者，搖搖頭算了。事實上，真正具有「特殊學習障礙」的兒童本身，往往對自己屢遭失敗的原因，也是莫明其妙，雖然費盡心力，卻收不到預期的成果，加上父母、老師，甚

至同學們的誤解，而對自己失去信心，再無學習的興趣了。

學習過程中發生困難，都是有原因的，國外許多專家們多年研究的結果發現，在某些以往被忽視的學習困難背後，確有障礙存在。因為範圍廣泛，原因複雜，定義也有不少，容易引起困擾，為與一般學習上的困難區分起見，一九六九年美國立法，統一採用「特殊學習障礙」(Specific Learning Disability)一詞，以利教學及研究。其定義如下：「所謂特殊學習障礙兒童係指，在與瞭解及使用語言，說寫能力有關的基本心理過程方面，有一種或多種障礙的兒童而言。」這些障礙可在聽、想、說、讀、寫或算術演算方面的能力不及上顯示出來。包括認知障礙、腦損傷、輕微的腦功能失調、發音障礙，以及發展性失語。特殊學習障礙一詞並不包括那些因視覺、聽覺、運動障礙、或智能不足、情緒障礙或環境不當、文化、經濟的原因所導致的學習困難在內。」(Public Law 91-230, Section 602-15, April 13, 1979; PL94-142, 1977)。

隨著特殊學習障礙的被重視及肯定，教學上也逐漸捨棄完全依賴智商來評鑑學生的方法及態度，而着重學生各方面能力的鑑定及加強。

二、特殊學習障礙的原因與特徵：

除了後天因意外傷害造成輕微腦損傷或腦功能失調外，導致特殊學習障礙的病因究竟有那些。至今沒有定論。例如：神經學上認為學習障礙的不同類型，與腦的特定領域有關。也就是說，特定領域掌管特定學習功能，如果該部位受到傷害，就會影響到該特定學習功能的發揮，而造成所謂的失語(Aphasia)，失讀(Alexia)，失算(Acalculia)及失認(Agnosia)等等。而站在教育的立場，也有人認為追究病理上的原因乃是不重要的，既然確實有障礙存在，就

該由行動上去推論，找出其學習上的優點、弱點，謀求改善，以解決學生的困難。

斯特勞斯及雷廷南 (Strauss & Lehtinen, 1947) 曾首先提出，不明原因的腦損傷會在正常學習過程中造成許多學習困難的觀念。他們認為，絕大部份導致腦損傷的原因是外因性的，如出生時暫時缺氧、嬰兒期高燒或頭部遭到碰撞等等，其特徵有：

1. 認知障礙：當具有認知障礙者看一幅畫，他只有部份的認知，而沒有整體的概念。例如一個由三條線構成的三角形，具有認知障礙者只知那是三條線，卻沒有三角形的概念。另外，也有主、客體不分的情況。例如看地圖，卻對地圖上註明的地名、河川名、山嶽名「視而不見」。

2. 固執：這種個性，在參與活動時很容易發現。往往一旦認定了某種活動，就堅持下去，不肯改變。例如堅持畫圖，不肯與別人一起活動，或固執的只在圖畫紙上的某個範圍內着色，塗了又塗，卻不肯碰其他空白的部份。

3. 思考上的障礙：實物與名稱之間，或思想時的組織、配合有困難。

4. 行為方面的障礙：乃不具遺傳性的行為表現，如過份好動、情緒多變化及爆發性的行為表現等等。

5. 輕微神經異常現象：如笨拙、容易困惑，對於需要細緻手法處理的工作感到困難。

6. 具有神經系統方面的缺陷：在病歷上可以找到醫生註明，有神經系統受損的可能性。

7. 非因智能不足造成其學習困難：乃外因性或遺傳因素導致腦部功能異常，影響學習功能。

克萊門 (Clements, 1966) 研究輕微腦功能失調兒童 (他為特殊學習障礙兒童所定的名詞)，提出十項明顯特徵：

1. 過份好動：多半是沒有目標的、沒有意義的舉動，往往干涉到他人。

2. 認知—動作 (Perceptual-Motor) 的缺陷：聽到或看到指示後，作反應動作感到困難。
3. 情緒困擾：有與處境毫無關係的不合理情緒反應出現。
4. 導向困難：行動笨拙，缺乏方向觀念。想要做什麼，卻做不好，甚至做出與本意完全相反的舉動。
5. 注意力不集中：不能長時間的對某件事情保持注意。
6. 衝動：不加思考即付諸行動。
7. 記憶及思考困難：尤其對抽象的概念無法理解。
8. 特殊學習障礙：學業方面的學習困難，如讀、寫、算等。
9. 聽及說方面的障礙：對別人所說的話不能瞭解或記住。發音困難，不知如何用適當的言詞來表達自己的意思。
10. 神經方面的可疑現象：如心電圖的不規則；動作與認知方面的問題；語言或動作發展的不均衡與遲緩等。

三、特殊學習障礙教育起源：

學習障礙方面的研究，最早可追溯到一九三〇年末及一九四〇年初，斯特勞斯 (Strauss) 及其同事對腦損傷智能不足兒童的研究工作，距今不過四十多年的時間，可以算是特殊教育中一門新興的學科。在美國及其他先進國家，這門新興學科受到心理、教育界及社會大眾的普遍重視，不但立法保障特殊學習障礙兒童的權益，確立採取特殊教育方法的必要，同時也在各級學校迅速推展開來。

我國目前並未將特殊學習障礙教育列入特殊教育的範圍，也沒有關於特殊學習障礙兒童的調查統計資料。一般認為所謂「特殊學習障礙」在醫學、病理上既沒有明確證據，與一般正常學童在學習過程中難免遇到的困難沒有區別，只要

加強輔導就好，不必為特殊教育增加負擔。這樣的說法是否明智？特殊教育障礙教育是否有必要劃歸特殊教育，並在國內各級學校推展？以下先將特殊學習障礙教育的內容作個說明。

四、特殊學習障礙教育簡介：

特殊學習障礙，大致可分為：

1. 認知—動作障礙：所謂「認知—動作」係指一種經由視覺、聽覺或觸覺認知導致反應動作表現的過程。認知與動作兩者對學習來說，乃是缺一不可的，任一發生問題，都會導致學習困難。認知方面的問題如不能辨別相似音的不同；主、客體不分或對形狀、數字概念的認知不完全等。動作方面的問題則是雖有正確認知，但動作或表現卻不能與心意配合。例如一個能讀會說的孩子，寫出來的字卻是頭尾分家，或變形的無法辨別出來。「認知—動作」的過程是學習的主要方法之一，尤其對兒童早期的教育十分重要。這個過程產生問題，也往往是造成特殊學習障礙的主要關鍵。表面上，他們是四肢健全，活潑可愛的兒童，但因為認知的不完全，卻可能造成「視而不見」，「聽而不聞」的情況，影響學習效果。

認知—動作障礙有許多種，同時，在某一方面有相同困難的兒童，並不表示導致障礙的原因是一樣的。又有某一方面面的障礙，並不表示其他方面也有障礙。因此，在教學上採取個別施教的方法，乃是必須的。例如，一個有聽覺認知障礙的兒童，老師才說完的話，要他覆述一遍，他會感到困難。但如果要他背課文，因為有課文可看，記熟後又可以背得一字不漏。由於經由其他方法或途徑，他能表現的很好，聽覺認知障礙就很容易被忽略掉。如果兒童從失敗中吸收教訓，以認知的途徑代替認知的途徑學習，他的障礙可能永遠不會被發現。反過來說，學習效果就會深受影響，如果不

幸兼具多方面認知障礙，學起來更加困難。對於這些兒童，首先要瞭解障礙所在，根據學習功能的優、劣，擬定教育補救計畫。威布曼 (Wepman, 1964, 1968) 曾提出三點建議：

- (1) 循兒童學習的最佳途徑來教學。
- (2) 加強學習功能弱的途徑，反覆練習，促進功能的發揮。

- (3) 教育時學習功能強、弱的途徑兼顧。一方面利用其學習功能強的途徑，教導必備的基本知識，另一方面則利用特別輔助教材，加強學習功能弱的途徑。

此外，具有特殊學習障礙的兒童，對於同時接受由不同途徑進來的東西無法吸收。例如，一邊要聽老師講，一邊又要看黑板的大綱，還要記筆記，同時經由視覺及聽覺認知，加上手的配合，對具有特殊學習障礙兒童形成「超載」，他不知道該注重那一樣才好，結果是一樣也顧不到。超載現象的後果可能是上課不專心、不聽話、答非所問、情緒不好等。爲了協助這些兒童有最佳的學習效果，在教導時，應避免綜合式的教學法，選擇學生學習功能最佳的一種途徑來教，幫助他充份瞭解吸收。

2. 語言障礙：由於「認知—動作」過程發生問題，連帶著語言方面的學習受到影響。這方面的問題，還是在語言學興起以後，才受到重視的。語言障礙可從三方面來解釋：

- (1) 內在的缺陷：係指在說之前，內在的經驗重整能力不够，不能將所吸收的東西融爲己有。例如，問及在沒有人碰的情況下，樹葉爲什麼會搖動？被問的人在答覆之前，必須先根據自己的經驗，聯想到風的存在，如果思考、經驗重組的能力不够，認知含糊，就不容易回答了。

(2) 接納語言方面的缺陷：對於所讀的或別人所說的不能瞭解。雖然能够瞭解某個字或詞在某一種情況下的用法及意義

，但同一個字或詞，換了種讀法或用法，對具有接納語言方面缺陷的人來說，卻是沒有意義或錯誤的。例如，他所瞭解的「孫子」是兒子的兒子，若問及「孫子」兵法的「孫子」是誰時，「孫武」這個答案對他沒有什麼意義。即使下次再問，他還是不會說「孫武」。在一般人的眼光裏，這就是愚蠢，其實這和智力無關，只是認知上的障礙造成的。一般說來，具有特殊學習障礙者，對所吸收的東西容易忘記，認知不清，導致知識淺薄或學習時的問題，在我國偏重記憶的教學之下，更顯得笨拙、固執。

(3) 表達語言方面的缺陷：係指在運用語言表明或傳達自己的意思方面感到困難。有的人變得沈默寡言，非開口時，也是三言兩語敷衍一下。有的人則藉著動作、面部表情或圖畫來彌補言語表達的不足。其特徵是用詞很少，只限於少部份很熟悉，有自信絕不會用錯的詞句。

若以語言障礙的本質來分，可分為：

- (1) 語音方面的缺陷：通常與聽覺認知有關。因為聽覺認知功能不佳，無法辨別相似音的不同，說話有漏音現象，如「*tlv*」讀成「*lv*」；變音現象，如「*pxv*」讀成「*pxv*」；替音現象，如「*kv*」讀成「*lv*」等等。
- (2) 語形方面的缺陷：說話不合文法，時態，常常顛倒用句，對於「句型重組」最為頭大。
- (3) 造句方面的困難：字彙方面的使用，侷限於一定的用法而不知變通；常常誤用詞彙，尤以多變化的形容詞用法，最感困惑。這方面的缺陷，可在要求覆述時發現。具有缺陷者在覆述句子時，對於他不懂的、或覺得沒有意義的地方，會自然的省略掉或加以改變。例如：「中山北路口上有一家狗店，裏面有大狗、小狗、黑色的、黃色的、黑色的、黑、白相間的，十分可愛」。可能覆述成：「路口那家狗店有許多狗，黑的，黃的，很可愛」。據研究顯示，最容易被省略的詞彙包括關於顏色、大小、形狀、空間、年齡、味覺、嗅覺、美醜、速度、溫度、質量、距離、情緒的用語及

比較用語等。

(4)用語方面的缺陷：對於抽象的概念，不易瞭解，對於什麼場合、什麼情況下該說什麼話，也不十分明白，容易說錯話或做出令人不滿、不解的舉動，導致他人的排斥。也有的因為對音量、音質或音調方面無法控制或不知如何控制，言談時往往給人一種奇怪或胡鬧的感覺，而不願意與之親近。

除了讀、寫之外，與「認知—動作」過程、言語的運用都有關係的是數學。數學不但需要視、聽覺認知，手部配合演算，更因為大多是抽象邏輯觀念及比較性的思考項目，對具有特殊學習障礙者來說，最為困難。例如，應用題，如果不瞭解題目的內容，根本無從做起。證明題，如果對抽象的公式認知不夠，也證不出來。計算題，如果動作與認知不能配合，計算時將位置寫錯，也是枉然。有的兒童會將答案左右反寫，如

$$\begin{array}{r} 30 \\ - 14 \\ \hline 16 \end{array} \quad \text{變成} \quad \begin{array}{r} 30 \\ - 14 \\ \hline 61 \end{array}, \quad \text{或} \quad \begin{array}{r} 10.5 \\ - 6.3 \\ \hline 4.2 \end{array} \quad \text{變成} \quad \begin{array}{r} 10.5 \\ - 6.3 \\ \hline 42 \end{array}$$

。在一般人覺得錯得離譜，事實上兒童本身認知是正確的，只是動作未配合上，以致有口中說出的答案正確，寫出來的卻不正確的情況發生，如果老師只知其答案錯誤，卻未查覺其錯誤的原因乃在動作，即書寫時的不正確，對兒童本身來說，並不瞭解解錯的原因，久而造成莫明其妙的感覺而逐漸失去學習興趣，是十分可惜的。

爲了充份瞭解問題的根源，以美國爲例，除施以智力測驗，確定非智力的問題之外，更要透過各種心理語言測驗（Psycholinguistic Test）、特殊能力測驗、性向測驗、學業成就測驗等，深入瞭解兒童的心理、學習功能的優、劣點等，據以擬定個別教學計畫（Individual Educational Program），採小班制，個別教學法，配合錄音、幻燈等電化設備，或利用遊戲教學，逐漸恢復其學習的興趣及自信，促進學習功能的發揮。縱然有的孩子不能回到普通班級去，但在特殊學習障礙班中，他能得到最適合其需要的教育，使教育成效發揮到最大可能。

國內目前尚無「特殊學習障礙」教育措施及計畫，因此，有關這一方面的介紹，也只是點到為止。其實，國內的升學競爭激烈，如何才能達到最好的學習效果，一向是父母、老師及學生所注意的，不妨參考「特殊學習障礙」教育的理論，先認清自己學習功能強的途徑，充份到用以達成最大效果，再加強功能較差的途徑，促進功能的發揮，學習起來，必能收事半功倍之效。因此每一個人的讀書方法不一定相同，端賴以那種途徑的學習功能較佳而定。

第三節 視覺障礙教育

1. 視覺障礙 (Visual Disability) 的定義及分類：

所謂視覺障礙，包括兩種——全盲及弱視。依照我國所採取的鑑定標準。

1. 全盲：係指凡經視力矯正後，其優眼之中央視覺敏度，在 $5/60$ 以下者。也就是指光覺喪失，必須經由視覺以外的感覺接受教育者。

2. 弱視：係指視力矯正後，其優眼的視力銳敏度在 $20/70$ — $20/200$ 之間者。也就是指能利用視覺接受教育，但需要特別方法予以輔助者，包括：

(1) 屈折異常：如近視、遠視、亂視等。

(2) 構造上的發展異常：如白內障等。

(3) 眼筋機能的障礙：如斜視、斜位等。

二、視覺障礙的原因及影響：

根據民國七十年四月十日及十三日，臺灣區特殊教育資料展中所展出的一項統計顯示，目前臺灣區公私立盲校學生

視覺障礙原因如下：

1. 先天性：一六三人

- (1) 白內障：百分之三〇・〇六
 - (2) 遺傳：百分之二二・七〇
 - (3) 視神經萎縮：百分之二一・六六
 - (4) 小眼珠：百分之六・一三
 - (5) 綠內障：百分之五・五二
 - (6) 無眼珠：百分之四・九〇
 - (7) 晶體後纖維增生症：百分之二・四五
 - (8) 網膜變性：百分之二・八五
 - (9) 瞳孔閉塞：百分之二・八五
 - (10) 角膜疾病：百分之二・二三
 - (11) 白膚症：百分之〇・六一
 - (12) 其他：百分之二・〇四
2. 後天性：一五三人
- (1) 發燒：百分之二〇・二六
 - (2) 麻疹：百分之一八・九五
 - (3) 白內障：百分之一一・七六
 - (4) 視神經萎縮：百分之一一・七六
 - (5) 外傷：百分之一一・一一
 - (6) 腦膜炎：百分之三・九二
 - (7) 網膜剝離：百分之二・六一
 - (8) 綠內障：百分之一・九七
 - (9) 眼球癆：百分之一・九七
 - (10) 營養不良：百分之一・九七
 - (11) 腦瘤：百分之〇・六五
 - (12) 其他：百分之一三・七〇

視覺障礙的影響，大致可分爲：

1. 動作發展方面：視覺功能與動作發展的學習動機有很密切的關係。具有視覺障礙者，由於看不見或看不清楚，往往缺乏「動」的興趣，也不知如何「動」。漸漸學會利用聽覺功能來瞭解環境之後，有了信心及安全感，動作才比較自如。如果換個環境，又要經過一段時間的摸索及練習。大如適應環境，小如走路、放置物品，都是如此，視覺障礙對於行動所構成的影響，可說是最大的。

2. 語文方面：由於缺乏視覺結合經驗，具有視覺障礙的兒童，在語文的學習與運用上，較一般正常兒童需要更長的時間。他們看不見說話時的口型變化，學習說話全靠聽音模仿，而所學的字彙，代表的全是他們看不見的東西，碰上較爲抽象的名詞，更難瞭解，無形中增加學習上的困難及枯燥。有的兒童因而不願意開口，不但耽誤學習說話的時機，也造成更大的誤解。事實上視覺有障礙，並不表示其他方面也不行，只是必須透過其他學習方法，下更多的功夫而已。如果是後天失明或弱視，即使只有少許視覺記憶，對學習都有極大的幫助，反之，先天性失明的兒童，由於從來沒有視覺經驗，在學習時就會更加困難。

3. 人格及社會適應方面：視覺障礙帶來行動上的不便，減少視覺障礙者與社會接觸的機會，加上一般人對視覺障礙者的瞭解不夠，甚至偏差，在缺少機會及鼓勵之下，容易造成視覺障礙者猜忌、懷疑、自卑、自閉的心理。其實許多專家們研究證實，視覺障礙與人格發展、社會適應並沒有直接關係，我們也會看到一些盲者，在社會中生活的很積極，這可以證明，並非視覺障礙者一定心理有問題。如果社會大眾對視覺障礙者有正確的認識，不排斥，也不過份保護；提供適當的發展機會，協助其身心的正常發展，相信偏頗的心理及態度，都是可以避免的。今天社會對視覺障礙者的瞭解有限，同情之外，並未提供適當的出路，保障視覺障礙者的生活，使得離校後的視覺障礙者，被迫從事一些傳統性

的工作。即使刻苦努力，進一步得到更高的學位，畢業後也礙於障礙，找不到合適的工作。如果社會不能接受視覺障礙者從事其他非傳統性工作，如打字、接線等的可能，縱然培養其接受高深的學識，也是枉然。近年來陸續有盲生自大專畢業，他們既不願回頭去從事傳統性的按摩工作，又不被一般雇主所接受，陷入「高不成低不就」的困境，對其本身，不能說不是一項打擊。要想爲盲生解決困難，光是教育是不夠的，如今政府各項考試、任用都拒絕視覺障礙者於門外，私立公司行號也不積極雇用，學校教育出來的視覺障礙者，除了從事按摩就無可用之地，對於視覺障礙者來說，不意味著瞧不起，沒有前途，沒有盼望，又是什麼？自然在心理上更趨自卑、猜忌而沒有安全感。這些觀念上的突破，尙有待社會大眾付諸行動的支持與鼓勵。

三、視覺障礙教育緣起與現況：

世界各國的特殊教育，多半從盲教育開始，我國亦是如此。清同治九年（民前四十二年），英籍牧師莫偉良（William Moore）於北平日兩胡同教會內設立了「瞽目書院」，收容盲人，教以讀書、音樂，爲我國視覺障礙教育之始。而臺灣的特殊教育，也是從盲教育開始的。民國前四十一年，英國傳教士威廉·堪伯（William Campbell）來臺傳教，於民前二十二年，在臺南設立「訓盲院」，教授盲人聖經、點字、算術、手藝等。發展到現在，全省共有臺北、臺中兩所公立啓明學校及一所私立惠明學校，另有盲生走讀計畫，佳惠視覺障礙兒童。

不論是國小、國中、高職部一氣呵成的特殊學校，或是視障生與正常學生混合就讀的走讀計畫，其目標不外有三：

1. 充份利用觸覺、聽覺及殘餘視覺施教，充實視障生的生活經驗，培養多方面的興趣，並促使潛力的充份發揮。
2. 培養視障生自立，建立其信心及毅力，增加社會適應力。

3. 加強職業訓練，學得一技之長，俾能自養並貢獻社會。

課程的安排方面，除了普通課程外，還有定向與移動訓練，音樂陶冶、職業訓練等。視覺障礙者學習主要是靠點字大字課本及有聲教材，如錄音帶、唱片等等，目前因為製作費時，購買不易，均感缺乏。

四、視覺障礙的鑑定與預防：

一般檢查視力的工具是斯奈侖視力檢查表 (The Snellen Chart)，但對於幼兒來說，他們不僅不懂施測者的指示，也不能將自己看到的表達出來，必須採取其他的方法來作視力鑑定。即早發現視障的存在是很重要的，在確定情況之後，父母就應該採取行動，抓住治療及訓練機會，強化兒童的學習功能，不要等到就學後，才由學校給予特別輔導及訓練。例如，全盲者，應加強其聽覺、觸覺的敏銳度，從小養成以聽、觸覺學習，吸收外來知識的習慣。而弱視者可能因為即早發現，得到治療與補救的機會，要不然也可以借助放大鏡、大字教材等工具，加強尚存視力的功能，這些早期的訓練，對視障者的學習功能，有極密切的關係。

近年來在學學生近視情況普遍嚴重，一般家長對於這種後天因素造成的視力不佳，似乎已經見怪不怪了。在此，須提醒大家，近視乃是構成弱視的主因之一，如果不注意眼睛的保護，因為近視過深終而形成不可挽回的視覺障礙，才是得不償失。表三一二為視覺障礙的可能跡象，供家長們參考，希望大家平日多注意讀書的光線與姿勢，好好珍惜「靈魂之窗」的寶貴。

表三十二 視覺障礙可能跡象

嬰兒期	學前期
<ol style="list-style-type: none">1. 對光線沒有反應。2. 當耀眼强光直射眼睛時，會覺得很舒服。3. 對四週景物不關心。4. 眼睛無法隨移動物體移動。5. 眼臉腫脹。	<ol style="list-style-type: none">1. 經常揉眼睛。2. 企圖將模糊擦去。3. 覺得眼內及四週疼痛。4. 斜視或歪斜眼。5. 綳眉。6. 對光線過份的敏感。7. 常被小的物體所拌倒，或踩到小的東西而不自覺。

學齡期	
<ol style="list-style-type: none"> 1. 看書時將書本拿得很近。 2. 看東西時不自覺的將身體傾向前方。 3. 看書時喜將身體傾斜一邊。 4. 看的距離較遠時會綑眉。 5. 睜一隻眼，閉一隻眼看。 6. 要他大聲朗讀時，往往會漏讀。 7. 對字形相似的字容易讀錯。 8. 看時容易跳行。 9. 看到的東西有雙重或模糊影象，讀後覺得頭昏及頭痛。 	<ol style="list-style-type: none"> 8. 常常眨眼。 9. 眼睛紅，常患麥粒腫。 10. 常將玩具拿到距眼睛很近的地方把玩。

第四節 聽覺障礙教育

一、聽覺障礙 (Hearing Disability) 的定義及分類：

按聽力損失的類型分爲：

1. 傳導性聽力損失：音波從外耳道傳至內耳，在傳導時聲音振動受到阻礙稱之。通常並沒有內耳及大腦皮層的損傷，只是中耳聽骨的功能失調，可以靠助聽器增大音量，或動手術改善聽力。
2. 感覺神經性聽力損失：乃聽覺神經或內耳神經末梢發生障礙，無法治療。因與傳導無關，戴助聽器也無甚幫助。
3. 混合型聽力損失：兼俱前兩種症狀，醫學上只能對傳導性的聽力損失部份作補救。
4. 中樞性聽力損失：由於大腦皮層神經受損，導致對聲音的認知、組合、瞭解功能失調。患者雖然可以聽到聲音，但卻無法體會意義所在。

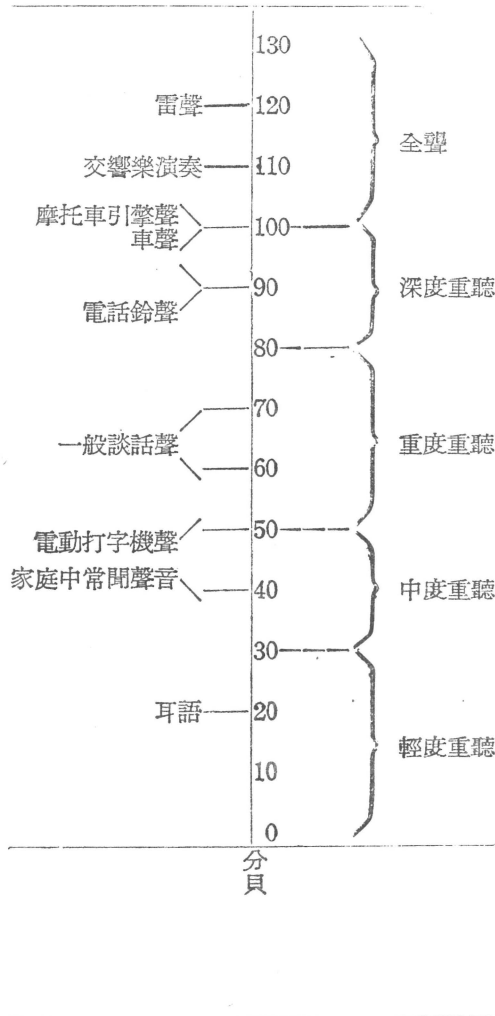
按聽力損失程度分爲：

1. 全聾：凡兩耳聽力損失高達一百分貝以上者稱之。最多只能聽見噪音般的聲音。
2. 重聽：凡兩耳聽力損失在一百分貝以下者稱之。按程度又可分爲：
 - (1) 深度重聽：凡兩耳聽力損失在八十至一百分貝之間者稱之。即使配戴助聽器也無法分辨或瞭解語言。
 - (2) 重度重聽：凡兩耳聽力損失在五至八十分貝之間者稱之。必須使用助聽器，加上特別訓練，才能學習說話及瞭解別人的談話。

(3) 中度重聽：凡兩耳聽力損失在三十至五十分貝之間者稱之。如使用助聽器，可以學習語言，但常有漏音，省略輕音的情況。

(4) 輕度重聽：凡兩耳聽力損失在三十分貝以下者稱之。只要調整上課座位，則不影響學習及聽課。

表三—三 常聽見的聲音音量與聽力損失程度對照表



二、聽覺障礙的原因：

根據七十年臺灣區特殊教育資料展，所展出的一項統計資料顯示，臺灣區聾校學生致聾原因有：

1. 發高燒：百分之三〇・一〇
2. 遺傳：百分之二一・一二
3. 藥物中毒：百分之二三・九四
4. 麻疹：百分之一〇・一七
5. 不明原因：百分之八・一五
6. 孕期服藥：百分之二・八一
7. 腦炎：百分之二・二一
8. 肺炎：百分之二・一二
9. 耳病：百分之一・八四
10. 血親結婚：百分之一・四三
11. 意外：百分之一・一九
12. 孕期患病：百分之一・一五
13. 分娩時傷害：百分之〇・三二
14. 未足月：百分之〇・〇九
15. 其他：百分之三・三六

根據這一項統計資料，可以發現，臺灣區聾校學生致聾原因的百分之五十以上，與後天父母的照顧不當有密切的關係。如今醫學發達，預防聽覺障礙的造成並非不可能，如能提高警覺，即時送醫，防止併發症，必能減少聽覺障礙兒的數字。

三、聽覺障礙教育：

我國聽覺障礙教育之開端始自清光緒十七年（民前二十二年），當時美國籍的梅耐德夫人於山東登州府設立「啓瘖

學校」。而臺灣之聽障教育開始於民前十二年，英國傳教士威廉·堪伯在臺南設立「訓盲院」後又設聾啞部，同時收容聾啞人以教之。

目前我國對聽障兒童的教育安置原則爲：

1. 輕度重聽者：依舊在學區學校的普通班級上課，以調整座位來解決其聽障問題。
2. 中度重聽者：配戴助聽器，視情況安置在學區學校的特殊班級中上課。
3. 重度重聽者：配戴助聽器，並安置在特殊班級中就讀。
4. 深度重聽及全聾者：安排在特殊學校就讀。

聽障障礙教育方法，主要有兩種——手語及口語（Oral Reading）或稱讀唇法（Lip Reading）。究竟那一種方法最好，至今仍有不少爭論。傳統性的手語，對聽覺障礙者來說，既可避免發音不正確的尷尬與困難，又簡便易學，最受歡迎。然而，畢竟聽覺障礙者生存的世界是一個以聽覺爲主的世界，手語只能與學過手語的人相互使用。由於手語沒有一般口語的文法結構，即使筆談，也難以與一般人溝通。如果聽障者只注重手語，一旦進入社會工作，溝通立即成爲一大問題。爲了改善手語的缺點，近年來除了提倡、推廣一般正常人的手語研習外，更強調按照口語文法來打手語，加強聽障者對文法的概念，輔以作文練習，俾使聽障者至少能和一般人筆談。

通常人們將聾啞並稱，其實有聽覺障礙者，並不一定有言語方面的障礙，但不可否認的，學說話主要是靠聽音模仿，聽障者既聽不到聲音，也就無從模仿發聲，以致不知如何說話。口語法的目的即在恢復聽障者說話的能力，透過助聽器、示波器、口型、口腔圖片等特殊教具的幫助，教導聽障者如何控制口腔肌肉及聲帶，使其不但能發音，並且能辨別高低不同的聲調的發音位置。聽障者礙於聽力，即使學習說話，對於語調的起伏，仰揚頓挫的功夫不容易控制得恰到

好處，往往音量過大、過小，忽略輕音或發音平板，好笑。但是聽障者本身並不瞭解他的發音不正確，尤其是先天失聰的兒童，往往是因為看到別人的反應，意識到自已說的不對，而不願意再開口嘗試，轉而依賴容易學習的手語。大家應以鼓勵幼兒牙牙學語的態度來鼓勵聽障者學習說話，尤其是後天失聰者，本有說話的基礎，更要好好利用，避免遺忘。鼓勵之餘，要幫助聽障者學習正確的發音，不要以「我們能够猜個大概」為已足。

除了訓練聽障者說話，使得一般人能够瞭解他的意思之外，讀唇的訓練也是很重要的。即當聽障者和一般人溝通時，還必須能「察言、觀色」，從對方的口、唇動作及喉肌的振動來瞭解對方在說什麼。口語法及讀唇法，在後天失聰者來說，較先天失聰者易學。許多國家強調口語法教學，也有很好的成果，其目的不外幫助聽障者發揮說的潛力，促進聾人與聽人之間的溝通，進而協助聽障者發展資賦，服務社會。如果能訓練沒有言語障礙的聽障者說話，相信對聽障者本身的幫助，更甚於手語。

第五節 肢體殘障教育

一、肢體殘障 (Physical Handicap) 的意義：

肢體殘障是社會大眾較為熟悉的一個名詞，主要是因為其症狀明顯可辨。簡單的說，所謂肢體殘障者是指骨、關節或肌肉的正常機能受到傷害，可能需要動手術或長期的住院治療者而言。有的肢體殘障定義，也包括氣喘、心臟病、糖尿病、腎臟病等等的慢性病，本文則根據我國肢體殘障特殊教育的範圍，介紹肢體傷殘的部份。

二、肢體殘障的原因及症狀：

根據全省唯一的肢體殘障特殊學校，省立彰化仁愛實驗學校的統計資料，該校學生致殘原因有：

1. 小兒麻痺症：百分之九七
2. 腦性麻痺：百分之二〇〇
3. 意外：百分之〇・五
4. 骨髓炎：百分之〇・五

由於該校僅收容單純性肢體殘障及腦性麻痺學童，因此資料顯示出的致殘原因也較為單純。

肢體殘障可分為先天性與後天性肢體殘障。先天性肢體殘障多半在出生時，或出生後一年之內，就會被發現。通常不僅是肢體的障礙，還兼具其他附帶障礙。而受侵害的部位，從部份肢體到全身功能喪失都有。另外如幼年風溼性關節炎、成骨不全 (Osteogenesis Imperfecta) 等疾病，在出生時並沒有明顯跡象，加上意外傷害造成後天的肢體殘障，則是無法預料的事。

導致肢體殘障的主要原因有：

1. 腦性麻痺 (Cerebral Palsy)：大腦神經組織受到損傷，所引起的麻痺或運動障礙。不僅可能造成一肢甚至全身的運動機能障礙，同時也可能導致視覺、聽覺異常及智能、精神方面的障礙，造成所謂的多重殘障 (Multiple Handicap)

腦性麻痺不是「疾病」，而是一種「症狀」，造成腦性麻痺的原因，與造成智能不足的原因幾全相同，如產前感染

、不足月、難產、出生時缺氧、出生後感染及意外傷害等等，因此，縱然不能說腦性麻痺者一定是智能不足，但兩者確實有密切的關係。

腦性麻痺的種類有：

(1) 痙攣性 (Spasticity)：由於大腦皮層、錐體路以及控制隨意運動機能的錐體外路受到損害，造成肌肉的痙攣性收縮，失去平衡。痙攣性腦性麻痺者的行動笨拙，肌肉緊張不容易控制。按侵害的範圍又可分為：

① 單麻痺 (Monoplegia)：一肢痙攣現象。

② 半麻痺 (Hemiplegia)：身體同一側的上下肢被侵害。

③ 雙重半麻痺 (Double Hemiplegia)：雙手麻痺情況較雙腿為嚴重，或身體一側的功能較另一側為弱。

④ 三重麻痺 (Triplegia)：三肢被侵害。通常包括一上肢及兩下肢。

⑤ 對麻痺 (Paraplegia)：只有下肢被侵害。

⑥ 四肢麻痺 (Quadriplegia)：即四肢全部麻痺。

(2) 手足徐動症 (Athetosis)：錐體外路的毛病所引起的症狀。專家們認為，錐體外路控制人的自律運動機能，如步行、表情等等。由於此一部位受損，使人無法隨意控制行動，造成身體不平衡，容貌歪斜等狀況。手足徐動症的特徵是，越想加以控制，越不能控制；心情越激動，身體扭曲的越厲害，但在睡眠中，由於全身在鬆弛的狀況下，却一點看不出不正常。

(3) 運動失調症 (Ataxia)：由於小腦發生問題所引起的症狀，小腦的功能在控制身體的平衡，調整肌肉運動。小腦受損最顯著的影響是步行不穩，容易跌倒，身體動作與心意不能配合，以致舉步維艱，步態不能協調。

雖然腦性麻痺大致可以分爲以上三類，但事實上並非劃分的很清楚，往往一種以上的症狀，會同時在一位肢體殘障者的身上發現。絕大部份是智能不足或多重殘障，但並非絕對如此，乃因爲行動異常及肢體殘障與智能並沒有直接的關係，主要視腦部受損的部位及該部位所掌管的功能是否與智能有關而定。目前腦性麻痺尙無法醫治，但靠外科手術、物理治療及復健醫學，可以改善部份的肢體功能。

2. 先天性關節攣縮 (Arthrogryposis Multiplex)：特徵是身軀及四肢僵硬、畸形。四肢肌肉缺損，或發育較正常肌肉爲弱、小，無力牽動四肢運動。臀部、膝、腳、手、肘及肩部關節畸形，身體彎曲，需要安裝支架及作物理治療。

3. 畸形足 (Clubfoot)：也屬於先天性畸形。患者中男性多於女性。畸形的程度不一，有的可以矯正，甚至不必經過手術，但大多數情況治療困難，且矯正後有恢復畸形的可能，通常需要動手術矯正。

4. 二分脊椎 (Spina Bifida)：由於先天性脊椎閉鎖不完全，導致神經突出。下半身的知覺會逐漸或完全喪失，大小便失禁。通常患者兼具「水頭」(Hydrocephalus) 症狀。有的患者可以靠支架或拐杖自行行動，有的患者需要他人協助，也有的患者只能靠輪椅代步。

二分脊椎在出生時就可以發現，除了「水頭」症狀必須動手術消解之外，患者必須接受長期性的物理治療，學習走路姿態，並且動手術矯正已變形的肢體。比較麻煩的是大小便失禁的問題，通常必須動手術，作人工肛門及尿道，並隨時配帶尿管或尿布來解決問題。

5. 先天性髖骨畸形 (Dislocation of the Hip)：指髖關節的接合不當，或完全分離而言。其中女性患者較男性患者爲多。如果能即早發現，動手術矯正並安裝支架固定髖骨位置，有恢復良好功能的可能性。

9. 斷肢 (Amputations)：包括先天性的四肢缺損與後天因意外、長瘤或長期性無法加以控制的感染導致外科手術截

斷肢體的情形。

7. 成骨不全 (Osteogenesis Imperfecta)：骨骼生長不全，容易斷裂、破碎。通常症狀是全面性的，也會影響牙齒、皮膚及白眼球。具有遺傳性，以先天性的成骨不全最為嚴重，患者多夭折。潛伏性的成骨不全症狀出現在童年，患者骨骼易碎，四肢變形而細長。如果患者能活過青春期，病況會較為減輕。支架、拐杖、手術都是必須的。最重要的，就是保護患者不受傷。

8. 肌肉失調 (Muscular Dystrophy)：通常遺傳自本身並無任何跡象的母親，但患者以男性居多，其原因不明。肌肉失調的症狀多在五至七歲之間出現，先是肩部、臀部的肌肉無力，逐漸影響到隨意肌及呼吸功能，有脊柱側凸的現象。症狀不斷惡化終使患者行動困難，必須靠拐杖或輪椅行動。患者通常因呼吸系統的惡化，於十幾二十歲間死亡，至今尚無有效的治療方法。

9. 脊柱側凸 (Scoliosis)：原因不明。通常患者多為女性。若觀察患者背部，可以發現脊椎彎曲的現象。由於彎曲的情形可能改變（變好或變壞），必須密切觀察情況的變化，以支架固定或動手術矯正為常採取的對策。

10. 血友病 (Hemophilia)：因血液無法凝固而流血不止的遺傳性疾病。通常發生在關節部位，如膝、肘及足踝處，造成關節的損傷、變形，或關節炎，使關節的活動力逐漸降低。必須避免受傷、碰撞，防範導致流血的任何可能，並以支架固定及物理治療來解決行動上的困難。

11. 小兒麻痺症 (Polio-myelitis)：由於濾過性病毒侵害脊髓灰白質，損害了控制肌肉活動的神經細胞，導致行動不便。在感染後有長約兩年的恢復期，受感染而麻痺的肌肉，可能恢復部份，甚至全部的功能。錯過這段恢復期，情況就不容易再有所改善。小兒麻痺症影響的範圍，從一肢到四肢麻痺都有，如果身軀也麻痺，可能造成脊柱側凸。治療的

重點，在防範肢體變形，改善肌肉功能。

12 幼年風濕性關節炎 (Juvenile Rheumatoid Arthritis)：以女性居多。患者的膝、肘、足踝、髖、足、腕關節受到侵害。有的被侵害的關節，在四處以下，患者多為兒童，其中四分之三在二、三年後會痊癒。也有的患者，其全身關節都被侵害、腫痛、變形，甚至影響到心臟及腎臟功能。治療的重點在防止發炎，並利用夾板、物理治療及手術來防範或矯正肢體變形。

13 脊髓受傷：因意外事故導致脊髓受傷，可能引起永久性的神經傷害，如傷在頸部，即可能全身癱瘓；如果傷的位置較低，還能保持上半身的功能。通常需要接受長期的物理治療及心理輔導，因為雖然傷及脊髓，但傷者頗失行動能力，心理上的打擊至鉅，加上治療中的單調、枯燥、沒有明顯效果，都可能使傷者失去治療的信心與勇氣。如果傷者是位成年人，職業重建、經濟負擔也是值得重視的要項。

在所有特殊兒童之中，要以肢體殘障兒童與醫療的關係最為密切。如果身為父母者能够多一分醫學方面的知識，對於事前預防，事後為孩子爭取適當治療機會來說，都是十分重要的。

三、肢體殘障教育：

以往，肢體殘障兒童由於行動的不便，到學校接受教育，幾乎是種奢望，直到本世紀初，肢體殘障兒童教育普遍受到各國重視，肢體殘障兒童才逐漸能享有正常兒童所有的教育機會。我國的肢體殘障兒童教育，以民國四十七年，臺北市私立義光育幼院附設的殘廢教養所為最早，但在民國五十三年試辦義光復健小學之前，僅屬收容，尚不具教育功能。目前除了障礙程度輕微者，在普通學校的普通或特殊班級就學外，尚有一所專門招收肢體殘障兒童的省立彰化仁愛實驗

學校，以及醫院中的「床邊教學」計畫。

我國對肢體殘障兒童的教育輔導原則爲：

1. 病情嚴重，長期持續，屢次再發，以及終身難治之技能障礙者：免就學，由醫療與養護機構治療、照顧及教育。
2. 需要兩年以上長期治療，可能獲得相當程度之技能改善者：在醫院附設班級或學校，由復健中心或特殊學校配合教育。
3. 需要一年時間可完成治療，能獲得相當程度之技能改善者：

(1) 短期休學。

(2) 在醫院附設班級或學校，由復健中心或特殊學校配合教育。

(3) 進入特殊學校或學區學校的特殊班級上課。

4. 在短期內可以完成治療者：

(1) 在醫院附設班級或學校，由復健中心或特殊學校配合教育。

(2) 在學區學校的特殊班或普通班就讀。

事實上，除了障礙程度輕微者，恢復就學的可能性較大之外，其他肢體殘障兒童，礙於治療上的需要及限制，往往只能斷斷續續的求學，甚至因爲無法配合學校的要求而放棄求學機會。至於後天因意外造成肢體殘缺的成年人，也需要再教育的機會，但是都被忽略了。

每個國民都有接受教育的權利，肢體殘障者亦然。「免就學」並不是一項優待，而是權利的喪失。政府及社會有責任提供肢體殘障者接受教育的機會，協助他們不僅僅是求知，更能學得一技之長，而能自立、自養。消極的憐憫，救濟

或保護，乃是落伍的做法，而專憑外表決定肢體殘障者的能力，更限制、妨礙他們潛力的發揮。應充份瞭解障礙的限制，提供適當的訓練，即使是某位肢體殘障者只有一隻手能做挑選物品的工作，社會都應該提供這樣的訓練及就業機會給他。今天，一般人會對少數憑著堅強毅力，苦學有成的肢體殘障者報以「奇蹟」似的眼光，如果政府及社會能提供大量教育機會，就業機會給肢體殘障者，或許奇蹟也就變得不足為奇了。

四、痙攣的處理：

許多肢體殘障者，尤其是障礙程度較深，或多重殘障者，會發生痙攣的情況。雖然由於近代醫學、藥物的進步，痙攣的發作可以用藥物來控制，但是身為父母、老師或社會工作人員等，還是應該具有處理痙攣的基本認識，以免遭遇時手足無措。

首先要瞭解痙攣的類型。一般可分為：

1. 大發作 (Grand Mal)：特徵是全身緊張；劇烈的顫抖；口吐白沫；呼吸不規律，意識喪失。通常症狀會持續二至五分鐘後，逐漸緩和。身體鬆弛、呼吸重歸規律，入睡一段時間後自動醒來。發作的頻率可能是一天數次，也可能年餘才發作一次。

大發作是最令人恐懼及感到束手無措的一種痙攣狀況。如果，上課中突然有位學生摔倒在地，口吐白沫，全身抽動，老師該如何做緊急處理呢？

- (1) 必須冷靜鎮定，以免引起其他學生的驚慌。痙攣的症狀看來很痛苦，但事實上患者本身是不會疼痛的。
- (2) 不要企圖抑制。一旦痙攣發作，即沒有辦法阻止。

(3) 騰出空間，移開尖銳或硬的物體，以免他碰傷自己。在痙攣發作期間，除了幫助他側身躺臥，避免窒息外，不要隨便移動他。

(4) 不要強行將物體塞進他的口中。但如果他的嘴是張著的，則可將柔軟的物體，如手帕等置於口側牙間。

(5) 通常痙攣過後會自動恢復正常，不必送醫，但如果痙攣剛過，又立即再發作，或發作時間超過十分鐘，應立即與醫生聯絡。

(6) 痙攣發作過後，如果他想休息，儘量讓他休息。

(7) 盡速通知學生的父母與醫生，使其明瞭發作的情形。

(8) 老師可以藉機向班上其他學生解釋痙攣的真相。痙攣並不可怕，也不會傳染。施以機會教育，使大家對痙攣建立起正確的觀念，知道如何應付發作，也不會對患者加以排斥。

2. 小發作 (Petit Mal)：沒有明顯的痙攣現象，通常只是暫時的心不在焉，往往會被人誤認是在做白日夢。發作的時間不會超過一分鐘，通常在二至十五秒之間，但在一天中可能不斷的發作。

如果老師、父母有「小發作」的概念，並且求證於醫生；使得患者的情況得到適當的治療，對於患者的一生都是功不可沒的。

3. 傑克遜式發作 (Jacksonian Epilepsy)：這種痙攣的症狀是進行式的，患者會感到痙攣由下身逐漸向上，通常是一側的痙攣。如同「小發作」，傑克遜式發作也很容易被忽略，以致影響了患者學習的成效。

對於痙攣患者，我們縱然不應該過份保護、驕慣，但唯有父母、師長的關懷，才能使患者得到適當的治療。在教育及輔導方面，有幾項原則：

1. 鼓勵他參與正當的身心活動，對減少痙攣的發作有幫助。

2. 痙攣可能在任何時間、地點發作，為安全着想，應教導患者，避免在高處玩耍，獨自游泳或使用重型器具等等。

3. 有的患者在痙攣發作前會有預兆，應該鼓勵他說出來，或以信號通知身旁的人，好適時給予必要的協助。

4. 發作之後，有的患者仍有記憶，也有的全無印象。父母或老師最好能陪伴在旁，減低患者本身的困惑及恐懼。

5. 有些抗痙攣藥物會產生副作用，如不能集中注意或覺得迷迷糊糊的。父母及師長應對患者的服藥情形、藥性及副作用有所瞭解，才能體諒患者的行為表現。

肢體殘障者由於醫療上的需要及行動的限制，使得教育問題越顯複雜，但是我們不能因為施教有困難而抹煞他們求知的心意。不僅是教育，在環境設施方面，也應顧及肢體殘障者用拐杖、支架、或輪椅的不便，而有合適的設置。但願在大家的共同努力下，使肢體殘障者的前途日趨光明。

第六節 情緒障礙兒童教育

情緒障礙兒童可能是不可外揚的家醜，學校中不可理喻的頑石，或社會公認的問題人物，連同情都不太能得到，至於情緒障礙的原因為何？又如何解決問題？一般人多半不瞭解。或有人認為這是精神科醫生、心理醫生、老師或警察的責任，與我無關。然而，把責任推給別人，並不是明智的作法，情緒障礙者依舊存在，如果社會不加重視，可能導致「損人不利己」的後果。

一、情緒障礙 (Emotional Disturbance) 的意義與類型：

情緒障礙，或稱情緒困擾，可從三方面來說明：

(一) 性格 (Personality) 方面：

具有性格方面的障礙，可能產生如下的症狀。

- ① 恐懼、不安、焦慮，經常睡不安穩。
- ② 以模仿、順服別人來減輕自己負責任的焦慮。避免自己作主或單獨行動。表現很不成熟。
- ③ 氣喘、尿床很可能是性格方面有障礙的掩飾。

確定障礙的存在，並不是每一個人都能做的，因此，如果經常感覺兒童的行為表現異常，應立即請醫生診斷。

性格異常的主要特徵有：

1. 恐懼：這種恐懼是：

(1) 與事情的實際情況不相配。即事情並不至於造成恐懼，兒童卻有恐懼的反應。

(2) 是一種不適應的表現，兒童本身無法控制情緒反應。

(3) 會引起兒童對事情的逃避行為。最明顯的逃避行為是逃學。處理逃學的基本原則是——讓兒童儘快恢復上學，其原因在：

① 缺課造成課業的落後，使兒童返校後更受挫折。

② 兒童因逃學而得到父母或師長的特別重視，使逃避心理、恐懼的感受得到增強，更不願意回到那令他感到害怕的學校中去，甚至會舊技重施，一再逃學。

③ 避免為班上其他同學留下來不好的榜樣。

為了瞭解逃學的原因，幫助兒童化解恐懼的心理，家長、學校，應與心理醫生密切配合，採取適當的輔導，不要以

爲事小而誤了兒童的一生幸福。

(4) 這種恐懼是長期性的。例如：怕水、怕鱗等。

2. 焦慮：指經常性的不安、緊張。有的兒童會睡不安穩，常作惡夢。有的則有呼吸、心臟、胃部的不適，或出冷汗、顫抖等現象。偶而也有兒童會有控制不住的大笑，或輕浮的表現出現。他們十分敏感，對一切事物有極高的警覺，容易受驚，甚至爲還未發生的事情，或想像中的情況着急、緊張。是內向、退縮、害羞的一羣。

對於這種焦慮，最好採取「視而不見」的不注意態度，以免增強焦慮感，產生恐懼的心理。

3. 心因性症狀：因心理因素造成的生理上的病狀。例如遺尿、氣喘、胃病、慢性腹瀉、便秘、厭食、貪玩、失眠、頭疼及心跳不規則等。雖然是心理因素造成的，但是症狀的確會對身體造成傷害。目前普遍受到醫學、輔導界的重視。

性格方面有障礙，與智能並沒有直接的關係，不過兒童胆小，被動的個性與依賴性，卻可能影響日後的發展。在求學階段中建立自信，對學業成績的得失不要太過計較，對事物抱著好奇及主動研究的心理是很重要的，然而性格方面異常的兒童在這幾方面都有困難。他們往往過於重視別人對他們的看法，完全以別人的批評來衡量自己的價值，因而造成自我認知的偏頗。恐懼自己表現的不好，乾脆逃避，長久的逃避則更增加恐懼心理，不敢嚐試。如此形成惡性循環，久而久之就完全否定了自己的能力。

性格方面的障礙若不即早糾正，長大後會更痛苦，不能克服的困難也更多。因此，一旦發現兒童有性格異常的趨向，就應尋求心理醫生，或學校輔導工作者的協助。

(二) 行爲方面的障礙 (Conduct Disorder) ..

例如過份好動、不安，富有破壞性，說謊、偷竊，好與人爭執、打架、蠻強無理、不服從、反抗、對學習漠不關心、怠惰、行爲不檢點、賈淫、濫用金錢及逃家等不良行爲。

不良青少年的造成，有多方面的原因，其中以家庭因素最爲重要。多項調查發現，不良青少年多半出自破碎家庭，即父母離婚或分居的家庭。雖然並不是絕對如此，但因爲無父或無母，造成家教的不平衡，確是影響子女行爲、心理發展的主要關鍵。另外，低收入家庭、人口衆多的大家庭，及經濟來源不穩定的家庭，或同輩團體、鄰居、環境的影響等，也對兒童的行爲表現，有密切的關係。在這些環境中，兒童學習的多半是不良習慣或態度，並得到直接、間接的鼓勵，也以這些不被社會允許或接受的行爲表現來滿足自己的成就感。一般說來，他們的個性較爲衝動、外向，行動前不加思考，也常常從行動中得到滿足，因而逐漸養成不良習性。在學校中常常抗拒師長、擾亂秩序、上課不專心、不負責任，扮演一個破壞份子的角色，如果不加以糾正，未來的犯罪傾向，是可以預測的。

爲了避免有不良行爲傾向的青少年走上歧途，除了老師在學校中適當的輔導，糾正偏差的行爲表現之外，父母也要負起家長的責任，曉以紀律規範，加強親子關係，尋找不良傾向的根源，進而謀求進一步的改善與解決。目前學校及社會都很注重青少年輔導工作，運用各種諮商、輔導的技巧，協助家長瞭解子女，協助有不良行爲傾向的青少年糾正不良習慣，都有很好的效果。身爲父母者，發現子女的行爲偏差，千萬不可袒護、輕視，或因爲面子問題而不尋求積極的解決辦法，以免使孩子一錯再錯，終至無法挽回的地步。

〔兒童精神病 (Children with Psychoses) 〕

對許多人來說，幼小的孩童就有精神病，是難以相信及令人恐懼的。幸好，也有一些人對這些「古怪的小精靈」感到興趣，花時間去研究、瞭解、治療，甚至教育他們。雖然大部份兒童精神病的患者，可能一輩子都不會恢復正常，但

是既有人去關懷、教育他們，就給他們一線生機。在耐心的教育、訓練之下，進步不是沒有，因之，教育絕不是白費力氣，毫無意義的措施。

所謂「兒童精神病」，簡單的說，是指一種兒童行為模式，其特徵是對環境中的人、事、物不能瞭解或做適當的反應。通常患者所表現出來，最明顯的症狀是極度的退縮、封閉、情緒反應異常，或有瘋狂的行為表現。他如：

1. 人際關係方面的症狀：

- (1) 沒有溝通反應的發展，在人前有退縮、避免眼睛的直視等表現。不會模仿他人的動作。
- (2) 不參與活動，喜歡獨處。
- (3) 無視他人之存在，視人如物體。對他人的問話沒有反應，似乎聽不到。
- (4) 有時會無故的有驚懼反應。有時又會有強烈的侵略性。
- (5) 抱起來時，可以感覺到有的身體僵直，似乎想與抱者保持距離，而有的又全身軟綿綿的任人玩弄。

2. 言語方面的症狀：

- (1) 有的沒有說話的發展，有的雖然會說話，發音也還算正確，但所說的話並非要與人溝通，不具任何意義，甚至兒童本身也不瞭解自己在說什麼。
- (2) 說話的音調奇特。有時耳語，似在自言自語。
- (3) 極少使用第一人稱。
- (4) 有的兒童只會重複他人的問話，而沒有自己的回答。他對所重複的話沒有反應，只是固執的重複說一遍。
- (5) 一般說來，是智能不足者，但有時又能表現出不尋常的智力或記憶力。

3. 知覺運動方面的症狀：

- (1) 經常性的，富有韻律的身體動作。如不停的搖頭或前後擺動。
- (2) 拍打、扭曲或壓擠物體。
- (3) 面部歪斜、扭曲。
- (4) 偏食。餓食、睡眠及大小便困難。
- (5) 有自傷行為，對痛苦的反應遲鈍。
- (6) 對光、聲、顏色的反應異常，也沒有恐懼的反應。
- (7) 固守獨特的行為模式。有時動作靈巧，有時又顯得笨拙。

兒童精神病的原因，可能是器官嚴重受損。例如，病菌感染、生瘤、中毒、燒傷，或腦部嚴重損傷等，導致中樞神經系統的損壞，造成行為失常。絕大多數的兒童精神病原因不明，直到目前，瞭解還是很有限。治療方面，多偏重心理治療、行為治療及藥物治療，雖然效果很難令人雀躍，但若不去做，則永遠是團解不開的謎。

兒童精神病裏面，較受注目的是自閉症（Autism）與兒童精神分裂症（Childhood Schizophrenia）。在教學時，可能會遇到輕度自閉或輕度精神分裂症的兒童。究竟這兩種症狀有何不同？在此附帶簡單介紹，供老師、家長或社員工之參考。

1. 初兆：

兒童精神分裂症的初兆，要在相當時期的正常發展以後才會出現，而自閉症的初兆通常自出生時即被發現。

2. 健康情況及外觀：

兒童精神分裂症患者健康情形不佳，外貌並不突出。而自閉症兒童的健康狀況良好，多半有可愛的外貌，對父母的打擊更巨。

3. 心電圖：

百分之八十以上的兒童精神分裂症患者，心電圖會顯示出不正常的情况。而自閉症兒童所作的心電圖，絕大部份都顯示正常的結果。

4. 自閉行爲：

自閉症兒童在情緒上完全封閉，從不與他人打交道。而精神分裂兒童通常還是會有反應的。

5. 身體反應：

精神分裂兒童在他人欲與之接近時，身體會有迎合的反應。而自閉症兒童完全沒有反應。

6. 一致性：

自閉症兒童始終維持不變的姿態或動作，精神分裂兒童則無此特徵。

7. 幻覺：

精神分裂兒童常有幻覺及迷惑的表情，似乎看到什麼常人看不見的東西。自閉症兒童則無此特徵。

8. 運動：

自閉症兒童的動作靈巧、優雅、自如，精神分裂兒童的動作笨拙、不平衡。

9. 語言：

不斷重複、喜用代名詞或隱喻的口氣，是自閉症兒童的特徵，而精神分裂兒童則無此現象。

10. 又智又愚的表現：

在緩慢的發展過程中，偶有極爲聰慧的表現，是自閉症兒童的特徵，精神分裂兒童絕少這種極端表現。

11. 個人導向：

精神分裂兒童常表現出不知所措的樣子，焦慮、不安，自閉症兒童對事物多不感興趣，封閉自己，絲毫不被外來引

誘所動。

12. 調整狀況的難易度：

精神分裂兒童較容易反應，但自閉症兒童的反應很難得到，即使有反應，也是短暫的，一下又恢復原狀。

13. 雙胞胎：

資料顯示，雙胞胎的自閉症在兒童中，以同卵雙生的比率較高，而雙胞胎的精神分裂兒童，同卵雙生或異卵雙生的、

比率很平均。

14. 家庭背景：

自閉症兒童的家庭多中、上家庭，父母智力高，情緒穩定，離婚律低。精神分裂兒童多半來自中、低階層的家庭。

15. 家庭性的心理障礙：

自閉症兒童的上兩代家族之中，極少有心理障礙者。而精神分裂兒童的上兩代家族之中，患有心理障礙者的比率很

高。

二、情緒障礙兒童教育的重要性：

目前在我國，並未為情緒障礙兒童專設情緒障礙班，對於性格異常，行為偏差的兒童，也僅止於個別勸導，或配合心理輔導工作者，加強輔導與監督，逐漸引導兒童回到正途上來。至於兒童精神病患者一般學校已經無法教導，除了在醫院、教養院或救濟院中可以發現之外，在特殊學校中，偶而會遇到一些。他們多半不可理喻，不可親近，行為又不可預測，教育十分困難。然而教育的目的，並不是選擇那些可教育的，好教育的教，對於那些頑固、低劣份子，也應該提供機會。縱然他們絕不可能成為社會的中堅，至少，教育使之不成為社會的敗類，也就算是一大成果了。如果就因為他們惡劣，不講理，不可理喻，而放棄他們，不但會導致更多的不良行為表現，也無形中助長了惡勢力，影響到整個社會的安定。由此可見情緒障礙的影響，是不可輕忽的。

第七節 資賦優異及特殊才能兒童教育

本節所要討論的對象，乃是小時了了，與眾不同的天才、神童。為了把握培育的最好時機，童年教育的重要性大為提高，甚於其他特殊教育的服務對象。

一、資賦優異 (Giftedness) 的定義及特徵：

所謂資賦優異，簡單的說，係以智商來決定的。通常指智商在一百三十以上，有超越學習能力的兒童而言。他們的智商雖高於常人，但並不見得每一位皆具有特殊才能。

法蘭克 (J.L. French) 觀察，研究資賦優異兒童，發現他們常具有以下數種或全部的特徵。

1. 優越的體格：不論是身高、體重、動作的靈巧、持久力及一般健康情形，都在中等以上。

2. 能够長期的保持注意集中。
3. 吸收力強，不需要再三的重複教導，就能輕鬆的學會。
4. 閱讀能力強，速度快，所讀書籍超越其年齡所能理解的程度。
5. 表達能力及溝通技巧都較成熟。
6. 對環境的觀察深入，超越他的年齡。
7. 喜歡發問，尤其喜歡追究事物發生的原因。
8. 對於難度越高的問題，越有研究、學習的興趣。
9. 常花時間研究課本以外的事物。
10. 常識豐富，勝過同年齡的兒童。
11. 能將所學的東西舉一反三。
12. 在瞭解前因後果之後，即能聯想出許多相關的問題來。
13. 對於機械原理、抽象概念及謎題的分析、推理能力很強。
14. 常有許多很好，但不尋常的想法及建議。
15. 有高度的創造力。
16. 擅於分析自己的能力、限度及困擾。
17. 情緒穩定，表現鎮靜，能够應付多種情況。
18. 喜歡討論和分析事情。能够對別人有明確的判斷。

19. 興趣廣泛，喜歡獨自工作。

二、特殊才能 (Talent or Creativity) 的定義及特徵

所謂特殊才能，不是以智商來決定，乃指在某一方面具有高度創造力或特殊才華而言。例如，在音樂、美術、文學、工藝、體育或棋藝等方面具有特殊才華及能力的兒童，即稱為特殊才能兒童。

特殊才能兒童與資賦優異兒童不同之處乃在：

1. 特殊才能兒童雖具有上等智力，（通常他們的智力在一百二十至一百三十之間）但其所具有的特殊才能與智力並沒有直接關係。
2. 資賦優異兒童的好勝心強、有崇高的理想，追求成功。較特殊才能兒童易為師長所重視。
3. 特殊才能兒童在團體中，較資賦優異兒童獨立，不喜歡順從別人。

特殊才能兒童的特徵，主要有：

1. 智力在中等以上，對於事物有高度的組合及推理能力。
2. 喜歡冒險，勇於嘗試，嗜好廣泛，多才多藝。
3. 獨來獨往，行事果斷。對任何事都抱著進一步查證的態度，不受同伴的左右。
4. 具有幽默感及不屈不撓的精神。
5. 思想敏捷，想像力豐富，表達能力很強。
6. 對於社會、自我及道德方面有正確的認識。

7. 做事有決心，有自信，傾向於接受自己。

三、資賦優異及特殊才能兒童產生的原因：

天才、殊才的產生，一般均歸之於遺傳與環境兩大因素。有才智優秀的父母，固然是智能或才能優異兒童先天的優越條件，然而，這種遺傳因素若未適當的加以利用，也可能造成「小時了了，大未必佳」的後果。許多學者均認為，家庭環境及父母的教育是兒童未來成就的決定因素，幼年的教育，對個人日後身心發展及社會適應力的影響最大，如何幫助兒童發揮潛力及特殊才能，使人力得到充份的利用，是教育的重點之一。

四、教育發展：

資賦優異及特殊才能兒童教育，十九世紀以後才逐漸受到各國重視。由於普通學制缺乏彈性，不能滿足資賦優異及特殊才能兒童求知的需要，甚至造成適應上的困擾，爲了避免優秀人才的浪費，乃將資賦優異兒童及特殊才能兒童列入特殊教育的服務範圍，針對兒童的特殊才智，擬定適當的教學計畫，爲國家培育人才。

我國教育部最早於民國五十二年指令臺灣省立臺北師範專科學校兒童研究中心，從事資賦優異兒童之教育實驗工作，復於民國六十一年，頒佈「教育部國民小學資賦優異兒童教育研究實驗計畫」，分北、中、南三區，指定實驗學校二至三所，以一年級學生先行試辦，尋求適當的教育方法，做爲推廣及確立制度之參考。目前除了資賦優異班外，尙有以高智商兒童、音樂資優兒童、藝術資優兒童、體育資優兒童、工藝性向優等兒童、科學及數學資優兒童爲對象的特殊班級，採集中式或分散式教學，在全臺灣數縣市國中、國小施以特殊教育及輔導。

五、資賦優異及特殊才能兒童的適應問題：

資賦優異及特殊才能兒童的才智，既然在一般同年齡兒童之上，似乎他們的適應能力，也應該超越一般兒童，為什麼還有適應的問題呢？這可以從三方面的關係上來探討。

1. 與父母的關係：

由於對子女的特殊才華認識不清，常易使父母在教育時受到挫折。這並不是說，父母不應該以教導一般同年齡兒童的方法來教育具有優越稟賦的孩子，因為他們縱然有突出的才智，依舊無法超越身體發育及情緒、心理發展的限度。但是，多瞭解資優子女的特殊能力，卻能夠幫助父母對孩子的適應情況有更深的瞭解，也才能給予孩子適當的輔導。

不論資優兒童的稟賦多高，依舊是個孩子，他的判斷，可能被暫時的衝動所影響。同時，也因為他對事物有過人的理解能力，常使他忘記自己的年齡及限度，而遭到挫折。父母必須時時注意資優子女的反應，尤其是當他遭到挫折的時候，適當的給予支持及安慰，絕不要以為他會有過人的適應能力，一定能夠自己解決問題，反而造成心理上的障礙。

也有的家長，覺得資優子女特殊的才智太突出，影響了自己在家庭中崇高的地位，因權威受到威脅而怨恨或妒嫉孩子。或礙於本身經濟條件，無法提供孩子適當的教育，因而耽誤孩子學習的時機，埋沒了天份，不但是國家社會的損失，對兒童本身來說，也可能形成不良影響，造成怨天尤人的心理。由此可見父母對子女影響之大。

2. 與同學的關係：

不論是資賦優異或特殊才能兒童，在學校中往往是衆所周知的人物，為師長所喜愛，為同學所羨慕。由於他們的突出，可能導致同學之間相處的困擾，尤其在最講求「一致行動」的青少年期，資賦出衆，往往造成他們與一般同年齡兒

童之間的隔閡，迫使他們在自己的才智及同伴之間作個選擇。有的因為渴望被同學所接受，而隱藏自己的才華，避免孤單及衝突所帶來的壓力。至於那些選擇自己興趣，放棄同輩的認同的資優兒童，就可能因而被同學所孤立，長期忍受孤單的生活。這種「魚與熊掌」難以兼得的困擾，所造成的心理壓力，是十分值得重視的。

3. 與老師的關係：

資優及特殊才能兒童與同學、父母之間可能發生的問題，都可能發生在與老師的關係中。老師的反應，可能是正向的，將之視為教育的成果而寵愛有加。也可能是負向的，覺得地位受到威脅而予以責難，或有意無意的輕視。不論是正向或負向的反應，都是因為沒有正確認識所造成的，也容易導致學生的困惑與焦慮，因而對學習持拒絕的態度，作為抗議。

根據約伯 (Jacobs, 1972) 所作的一項「老師對資優學生態度調查」顯示，資優學生較其他特殊障礙學生，更使老師們受挫與不安。為什麼資優兒童會提升老師們的抗拒心理？沒有肯定的答案。一般認為乃是由於老師們的挫折感、誤解、懷疑、妒嫉及恐懼感等影響了他們對資優兒童的正確認識。為了幫助老師們建立客觀、正確的態度，應多舉辦在職進修、訓練，也進而促進師生關係的融洽，使學生得到適當的教育。

從以上這三方面來看，資優及特殊才能兒童教育，不僅是注重教材、教法的配合，人為因素也是不可忽視的。要是人人都想鞏固自己的地位，阻礙有才能的人的發展，或拒絕提供學習機會，個人的利益縱然維持一時，國家的損失就可計量了。

以上各類特殊教育的介紹，除了說明我國目前的教育概況外，着重障礙因果、症狀，以及基本教育、輔導原則的觀念。文中並未詳細解釋有關課程設計、教材運用、或教學方法等方面的專業知識，卻附帶的，提到障礙者目前及未來所

遇到的困難，目的在促進一般社會大眾對特殊教育內容及服務對象的認識。特殊教育並不只是政府或教育工作者的責任，有些家長把殘障兒童往學校一送，就不再過問，是觀念錯誤的結果。有些社會人士只會指責別人對殘障者不公，若請求他提供一些訓練或就業機會給殘障者，則沒有下文，也是對特殊教育沒有信心之故。學校培育出人才，若沒有社會大眾的認可，是沒有用的，盼望本文對社會大眾建立正確觀念有些助益，進而以積極行動支持殘障者，幫助他們開創更美好的前途。

參考資料..

1. Suran B.G. & Rizzo J.V. Special Children: An Introductive Approach, Scott, Foresman & Company, Glenview, Illinois, 1979. p. 126-127, 204-242, 245-263, 112-113.
- II. Ingalls R.P. Mental Retardation: The Changing Outlook John Wiley & Sons, N.Y. 1978. p. 56-60, 103-186, 290-294, 304-395.
- III. Mercer C.D. Children and Adolescents With Learning Disabilities. Columbus Ohio, A Bell & Howell Company, Charles E. Merrill Publishing Company, 1979. p. 39-40, 43, 151, 163-168, 263.
- IV. Bigge J.L. Teaching Individuals With Physical and Multiple Disabilities. Columbus Ohio, Charles E. Merrill Publishing Company A Bell & Howell Company, 1976, p. 23-31, 73.

五、孫沛德 智能不足兒童教育 一二九頁

- 六、中國教育學會 特殊教育研究 五三一七五、九三、一〇三、一四六頁
- 七、山姆、柯爾克著 特殊兒童教育總論 一一一—一二二、二〇八、二四三、三二八—三二九、三五〇頁
- 八、張春興、林清山 教育心理學 三七六—三八三頁
- 九、雲五社會科學辭典；教育學 二五一—二五五、二六二—二六五、二五八—二五九、二七〇頁
- 十、蔡福珍 智能不足兒童教育 四一、四九、一〇四、一三四、一六九—一七〇頁
- 十一、林寶貴 比較中美日三國之聽覺障礙兒童教育 十七頁
- 十二、蔡福珍 特殊教育 一—四十頁

第肆章 社區發展與特殊教育的關係

第一節 社區對特殊教育發展的重要性

左傳中指出：「二十五閭爲一社」；管子亦以「方六里謂社」，中國自古以來，就十分重視社區的力量，例如歷史中記載的「井道之制」、「徐無山例」、「范仲淹的義莊制」、「藍田、呂氏鄉約」、「朱熹的社倉」、「王陽明的南贛鄉約」、明代「唐達的葬親社約」及「呂紳的社學」等，都是古人推展社區工作的實例。民國以來更有嵩山徐公橋、南京曉莊師範的建教合作；浙江蕭山的以黨訓政；河北定縣平教會透過識字教育改革農村；以及鄒平鄉農教育復興文化、改革鄉村之例等，雖然沒有「社區發展」之名，卻有社區發展之實。目的在透過社區居民及組織，如祠堂、善堂、社區中心及教會等，謀求經濟、文化、社會之改善以及歸屬感、親切感與安全感。不但使每個人能自足、自決、自發，人與人之間能互愛、互助、互動，更使個體與團體結合，建立和諧的社會。使貧的地區能自力更生，富的地區更能交融合作，發揮力量。這與當前社區發展的「基礎工程建設」、「精神倫理建設」、「生產福利建設」的目標完全一致。

要想謀求生活環境之改進；培養健全、合羣、現代的個人；喚起團體意識，就不能忽略特殊教育的推展。社區裏面有學校、有工廠、有各種組織、社團，如果服務對象單單不包括殘障者，則殘障者的生活水準不能提高，權益得不到重視，又如何能對社區或社會、國家建立歸屬感，親切感與安全感呢？社區有人力，有物力，更有影響力，一個重視殘障福利、特殊教育的社區，必定是個蓬勃發展的所在地，因為它不但發揮了社會教育功能，更促進國家的發展與進步。

協助推展特殊教育，是社區發展的目標之一，反過來說，要想推展特殊教育，絕不可輕視社區的重要性。以美國智

能不足教育發展過程爲例：

十九世紀，由於民衆熱烈的支持智能不足兒童享有更好的待遇，引起全國性的社會運動，結果促成各州啓智學校及教養院的成立。

二十世紀初期，優生學的盛行，普遍影響人們的觀念，連帶的改變了人們對智能不足教育的支持態度，採取隔離政策，教育方面的進展很少，也有人提出爲智能不足者實施強迫絕育的論點。

一九三〇年代，經濟大恐慌的恐懼，促使人們重視全民社會福利及保險制度，殘障者亦因而受惠。然而，由於人們以智力爲衡量個人價值的標準，視智能不足者爲廢物，影響到智能不足教育工作的推展。

一九五〇年，在許多智能不足者家長及社會熱心人士的努力下，成立了「美國智能不足兒童協會」(NARC)，大力推展智能不足教育，建立育幼、托兒所、特殊班級、活動及聯誼中心，疵護工廠等，並且極力爭取立法保障，乃美國智能不足教育史上的重要里程碑。在這個組織的努力之下，智能不足教育及福利措施迅速改善，服務對象也由智能不足「兒童」擴大爲智能不足「國民」。其會員由一九六〇年的五萬人，增加到一九七〇年的二十五萬人，不但促使聯邦及各州立法保障智能不足國民的權益，也結合了家長及社會熱心人士的力量，不但不以智能不足國民爲恥，反而更積極的協助他們過正常的生活。

由以上的例子可知，社會大眾及組織，對特殊教育及殘障福利的影響至巨。要想推展特殊教育，爲殘障者謀福利，不可輕視社區的力量，及社區發展工作的影響力。不但要幫助一般民衆瞭解特殊教育的內容及重要性，更要喚起團體的力量，透過社區組織，鼓勵人們參與，進而喚起全國性的重視。

根據民國六十四年十月三日至六十五年七月十日，臺灣省特殊兒童複查資料顯示，在接受複查的三萬四千五百六十

五人當中：

1. 智能不足者：百分之三四·八二
2. 肢體殘障者：百分之二六·九五
3. 多重殘障者：百分之一五·五五
4. 聽覺障礙者：百分之六·二三
5. 視覺障礙者：百分之二·八六
6. 身體病弱：百分之三·四三
7. 其他：百分之〇·〇〇三
8. 未作答者：百分之一〇·一六

這項統計，尚不足以代表全國身心殘障國民的總數及需要，可見待做的事還有很多。他們不需要過多的同情、憐憫，但需要積極性的支持。提供機會，提供設備，給予發展的機會，讓他們自己站起來，才是最重要的。人力、物力、一切資源從那兒來？社區正是我們推展特殊教育取之不盡，用之不竭的寶庫。

第二節 社區社會工作人員的貢獻

社會工作的目的，在協助個人、家庭、社區或社會解決並預防問題，調整個人的社會關係，甚至整個人類的社會關係；發揮個人及社會的潛能，進而增進其福利。所謂社區社會工作，即是由社區入手的。不論是以個人或團體為目標，為了達到服務的目的，必須透過四個步驟。

1. 發現問題：

在各個社區設置社會工作人員的目的，在透過社區社工員的參與，主動發現社區居民的問題及需要，並結合社區居民的力量，發揮守望相助的精神，小則解決個人困難，大則促進整個社區的安定、和諧與發展。也就是說，主動發掘問題

，是社區社工的責任之一。身為社區社工，不妨自問：社區中有多少殘障人口？他們的年齡、家庭環境、致殘原因為何？又有什麼需要或困難？

2. 調查研究：

發現問題後，社會工作人員首先應該建立個案資料，謀求與殘障者及其家人良好關係的建立，以便深入瞭解情況。將案主的家庭背景、病歷、家人的態度；案主本身對自己的看法；案主及其家庭所需要的協助等等，詳細做成紀錄，也多方面的從案主的鄰居、朋友、學校或有關機構處收集資料，再根據問題或需要，尋求社會資源的協助，使問題儘快得到解決。

3. 診斷分析：

除了根據調查及研究資料的結果、專業知識及專家們的意見作診斷分析之外，工作人員還必須具有客觀的態度，以及不恥下問的精神，以求對問題有明確的認識，絕不能憑自己概略性的「認為」，妄下斷語。如果因而提供了不當的協助，則不但不能協助案主解決問題，反而耽誤了時機，由此可見診斷分析工作之重要。

4. 服務措施：

在有了明確的認識之後，就要採取協助案主解決問題的行動。

在社區中，社會工作人員應如何協助、輔導殘障居民呢？首先，要確立協助的目標在：

- (1) 增進社區居民對特殊教育、殘障福利的認識。
- (2) 預防及避免殘障的造成。
- (3) 保障殘障居民的權利，提供平等的參與機會。

(4) 擴大傷殘重建及訓練服務。

以殘障居民本身來說，社工員可以透過自己與案主所建立的良好關係，輔導案主發展健全的人格。同時，透過社區中的各項活動，鼓勵案主參與，發揮專長，讓他也能在社區活動中扮演一個有建設性的角色，建立自信。工作員也應為殘障居民安排學習機會及環境，讓失學在家的學童有機會接受教育，失業的殘障者有學得一技之長的機會。協助他們自助、自立，積極進取，成為不屈不撓的現代中國人。

以殘障居民的家長（或家人）來說，更是社工員服務的主要對象。家長（家人）乃推動工作的主動力。若不能得到家長的支持與合作，特殊教育、殘障福利或社會工作的效果，都是有限的。通常，家庭的一份子殘障的事實註定後，殘障者本身受到醫生、家人、學校老師與社會工作人員的關注，而家長（家人）的需要，有誰特別去注意呢？往往他們單獨負起重擔，為事情奔波，他們的需要被忽略了。他們的需要是什麼？

(1) 當家中的一份子被宣告為殘障的那一瞬間開始，家長（家人）就需要協助——主動的、找上門去的支援，而不是靠他們自己去尋找、摸索、碰壁。

(2) 他們需要遭遇同樣情況的家長們提供意見、經驗與支持。

(3) 他們需要熱心、穩健的專家們，共同面對問題。支持、鼓勵之外，幫助他們瞭解殘障者的情況及未來發展的可能性。

(4) 最重要的，他們需要別人瞭解並接受他們驚懼、害怕及焦慮的反應。他們需要傾訴自己的感受，而不需要「一切都會好轉」的不實安慰。

輔導殘障者家長（家人）的原則如下：

(1) 幫助家長（家人）以客觀的態度來看事情。

- (2) 幫助家長瞭解殘障兒童的發育情況及可能出現的行為、態度。
 - (3) 幫助家長從其他家長處學習如何面對及處理各種情況。
 - (4) 提供有關的書籍及參考資料。
 - (5) 幫助他們學習如何接受、瞭解及教養殘障兒。
 - (6) 協助他們鼓勵殘障兒參與活動。
 - (7) 提供社區資源，如醫院的治療機會、家長互談會、社區座談會、教育及教養機構的資料等。
- 一般說來，家長（家人）最無法承受的時刻是聽到診斷結果的時刻。絕大部份的家長，無法面對現實，束手無策，情緒惡劣。影響家庭的和諧氣氛，也耽誤了孩子就學、就醫的時機。社工員如何能確定家長已經從情緒的低潮中站起來，足以擔負起教養的重責呢？史東（Stone, 1948）曾提出幾個觀察的原則：
- (1) 有正確認識的家長：
 - ① 承認事實。
 - ② 瞭解治療的限度。
 - ③ 尋求適當照顧及訓練方面的認識。
 - (2) 只有部份正確認識的家長：
 - ① 對導致障礙的原因，始終抱猜疑的態度。
 - ② 期待障礙情況好轉，又害怕治療失敗。
 - ③ 對自己應付問題的能力表示懷疑。

④對問題的認識不夠。

(3)認識不夠的家長：

①拒絕承認孩子是不正常的。

②責怪、怨恨一切。

③相信治療一定會使孩子恢復正常。

家長（家人）迫切需要學習如何控制情緒。因為情緒不平衡，就無法做適當的決定，而問題也無法解決。長期的情緒不穩，終將有負荷不了崩潰的一天。社工員爲了輔導家長面對現實、穩定情緒，必須與家長共同面對問題，取得信任，提供有關的資料，鼓勵家長做必須的決定。通常導致家長情緒不穩，自怨自艾的最主要因素是罪惡感，覺得對不起子女，陷入內咎之中不能自拔，甚至家庭也亮起了紅燈。社工員必須以誠懇的態度來解釋與安慰家長，強調時機的重要性，明白指出家長的責任，喚起家長積極的態度。

雖然大多數家長會有情緒上的困擾，但也有的家長在知道事實後，能够很理智的從悲哀中解脫，以積極的態度面對問題。社工員需要注意的一點是，家長還是會有意志動搖、情緒低潮的時候，社工員仍然必須以誠懇的態度協助他們再站起來，絕不可期待家長們在一次輔導、勸慰之後，就能應付一切了。殘障者及其家人所需要的協助，往往是多方面的，長久的，社工員必須永久的、隨時隨地的提供支持，在職責範圍之內，盡心盡力。

到底，家長（家人）應以什麼態度來對待殘障者呢？

(1)承認障礙的存在，尋求一切可能的協助。不責備或怨恨。

(2)接受殘障者的困難，不增加他的壓力，也不過份保護。幫助他找出其他的學習或適應方法。

- (3) 鼓勵他的長處，而不要過份強調他的失敗。即使只有一點點的進步，也要給予鼓勵。
 - (4) 當他需要父母時，與他同在。嚐試着去瞭解他的感受。行爲的異常表現往往是求助的訊號。
 - (5) 禁止家人或他人拿他的障礙開玩笑。爲他設想未來，避免受到他人的不良影響。
 - (6) 讓他做能力範圍內的工作，培養自信。擬定計畫表，表上只記成功不記失敗，鼓勵他達到預定的目標，加強努力的毅力及決心。
 - (7) 學習忍耐，在管教上絕不給予特別優待。爲短時期內需要所設的規範，一定堅持到底。同時，父母雙方的言行必須一致。
 - (8) 誠懇的對待，不敷衍，也不做不實的保證。殘障者本身對自己的情況最爲瞭解。
 - (9) 不要灰心、絕望，採取積極行動，表明與殘障者共同面對困難的心志。殘障者的信心來自家人對他的信心。
 - (10) 信賴熱心協助的人，在接受幫助的過程中，全力合作。對於合理可行的意見加以支持，有疑問的地方儘量查證。同時，與老師、專家、有關機構保持良好的關係與聯繫。
- (1) 與其他家長互相交換意見及經驗；互相支持、鼓勵。不要輕易聽信一般人的批評或建議。
- 另外，擁有資賦優異，或特殊才能子女的家長又應該以什麼態度來教養、對待子女，幫助他們充份發揮潛能呢？有幾項原則，可供社工員輔導家長時提供參考。
- (1) 不要輕信不明確的評鑑結果。不以年齡、年級來限制孩子的成就，但仍要注意與現實狀況保持協調。
 - (2) 尊重孩子的好奇、多問及思想。多方面增加自己的知識，幫助孩子區分事物，辨別事物的意義及價值。
 - (3) 給予孩子獨立思考以及自決的機會。

- (4) 幫助他在知覺認知方面充份發展，而不爲自己獨特的能力所懼。
- (5) 儘量避免所有可能阻礙優異資賦及特殊才能發揮的觀念或態度。
- (6) 確認個別差異，避免強迫性認同。
- (7) 以關懷、愛護的心意，與溫暖的家庭爲後盾。
- (8) 父母管教態度須一致。以身作則，爲孩子提供立身處事的榜樣。
- (9) 站在督導的立場，訓練他自立。即早開始訓練他適應環境的能力及責任感。
- (10) 早期強調語言表達能力的訓練，如閱讀能力、座談、或音樂、詩詞方面的表達能力。
- (11) 適當的利用書籍、旅行、參觀等等，多方面擴展他的心智，刺激創造或藝術等等潛力的發揮。
- (12) 多方面收集工具書、雜誌、書刊、圖表等等。
- (13) 鼓勵孩子自己去探求問題的答案。當父母回答不出他的問題時，應指導孩子到適當的地方或向適當的人請教。
- (14) 教導孩子做深入而有計畫的探討，而不是短期、表面性的認識。培養他的耐性。
- (15) 避免完全限制孩子的生活方式。家長應嘗試對孩子的方式，提供原則性的建議，而避免以權威的角色來命令他、或強迫他改變。儘量以講解代替責罵。
- (16) 對孩子不尋常、不實際的心態或行爲表現，不可一笑置之，應設法瞭解他的想像力，與之同歡，培養他的幽默感。
- (17) 支持特殊教育計畫的實施，並與學校充份合作。

除了以上的對象之外，社工員更應藉機向社區居民介紹特殊教育的功能及對象，鼓勵居民發揮守望相助的精神，幫助需要幫助的人。更積極參與服務，有錢出錢、有力出力。改善社區公共設施，以適合殘障居民的需要；提供訓練、就

業機會，改善其生活環境。聯合大家的力量，保障殘障者權益。進而增進居民的團結，促進社區發展。

如果特殊教育、殘障福利因而推展開來，社區社工員的貢獻是重要因素之一。社區若是寶庫，社區社工員是開庫的鑰匙。社區發展與特殊教育的推展乃息息相關的。

第三節 特殊學校（班級）及福利機構簡介

最後，將全省特殊學校（班級）及福利機構資料附錄於後，提供社區社工員及一般民衆做為輔導及查詢之參考。

表四——特殊學校

學校名稱	地址	學制	教育對象
臺北市立啓明學校	臺北市敦化北路一五五巷七六號	1. 國小部、國中部、高職部。 2. 住宿、通學並行制。	視覺障礙。兩眼視力經矯正後，其優眼最佳視力測定值在〇・三以下，持有公立醫院證明者。
臺北市立啓聰學校	〇臺化市重慶北路三段三二號	1. 幼兒教育實驗班、國小部、國中部、高職部。 2. 住宿、通學並行制。	聽覺障礙。兩耳失聰在六十分貝以上之兒童及青少年。
省立臺中啓明學校	臺中縣后里鄉廣福村三豐路七二號	1. 國小部、國中部、高職部。 2. 住宿、通學並行制。	視覺障礙。弱視或全盲者。

<p>省立臺中啓聰學校</p>	<p>臺中市西屯區協和里安和路一號</p>	<p>1. 國小部、國中部、高職部。 2. 住宿：通學並行制</p>	<p>凡屬聽覺及語言兩方面因器官或功能受損而引起之聽覺和語言障礙學童。自六歲起至二十四歲止。</p>
<p>省立臺南啓聰學校</p>	<p>臺南市博愛路一〇九號</p>	<p>1. 幼稚部、國小部、國中 部、高職部。 2. 住宿：通學並行制</p>	<p>聽覺障礙兒童及青少年。</p>
<p>省立臺南啓智學校</p>	<p>臺南市安南區長和街二段七十四號</p>	<p>2.1. 國小部、國中部。 住宿：通學並行制</p>	<p>可訓練性可教育性智能不足兒童</p>
<p>省立彰化仁愛實驗學校</p>	<p>彰化縣和美鎮鹿和路六段一一五號</p>	<p>1. 國小部、國中部、高職部。 2. 住宿：通學並行制</p>	<p>凡肢體殘障學生由左列疾病引起運動機能障礙程度經診斷鑑別為需要特別教育措施者： 1. 神經性疾病（麻痺性疾病） 2. 關節疾病 3. 骨節疾病 4. 結核性骨關節疾病 5. 肢體性骨關節異常 6. 外傷性骨關節異常</p>
<p>臺中縣私立惠明學校</p>	<p>臺中縣大雅鄉三和村雅潭路二八〇號</p>	<p>1. 國小部、國中部、多重障礙班。 2. 住宿：通學並行制。</p>	<p>國中、小學適齡學童之全盲、弱視或兼有其他障礙者。</p>
<p>臺北市私立義光育幼院附設義光復健小學</p>	<p>臺北市古亭區師大路二一五號</p>	<p>2.1. 小學部 住宿：通學並行制</p>	<p>1. 該院收容養護之殘障兒童、流浪兒童。 2. 貧困之智能不足兒童，肢體殘障兒童。</p>

表四—二 特殊班級

類別	名稱	設置縣市	備註
資賦優異	國小資優班	臺北縣、臺中市、臺中縣、彰化縣、臺南縣、臺南市、臺東市、臺北市、彰化縣、臺南縣 臺北市、高雄市、臺中市、臺南市、臺南縣、彰化縣、臺南市	集中式教學 分散式教學
特殊才能	國小：音樂班 美勞班 國中：音樂班 美術班 體育班	臺北市、臺中市、臺南市、高雄市 臺北市、臺中市、臺南市、臺南縣、臺中市	集中式、分散式教學 五權國中 集中式、混合式教學
視覺障礙	國中、國小： 盲生走讀計畫	全省各縣市 臺中市、臺北市 臺中市、臺東縣、花蓮縣、臺北市、高雄市	巡迴輔導制

聽覺障礙	國小啟聰班	屏東縣、花蓮縣、彰化縣、臺中縣、桃園縣、嘉義縣、臺北市、高雄市	集中式教學
	國中啟聰班	屏東縣、花蓮縣、彰化縣、臺中縣、桃園縣、嘉義縣、高雄市	集中式教學
語言障礙	語言障礙實驗班	高雄市	福東國小
	國中、國小： 啟能班	臺北縣、彰化縣、花蓮縣、新竹縣、高雄市	分散式教學
肢體殘障	國小啟智班	全省各縣市、澎湖縣	
	國中益智班	全省各縣市、澎湖縣	
智能不足	床邊教學計畫	臺北市、高雄市	臺大醫院，高雄醫學院 附屬學院小兒科
	資源教室計畫	臺北市、高雄市	國中三校
學習困難 或行為問題 兒童			

表四—三 相關學術及福利機構

類別	名稱	地址	電話
學術	中華民國特殊教育學會	臺北市和平東路一段一六二號師大特殊教育中心	
	特殊教育中心	國立臺灣師範大學 國立高雄師範學院 國立臺北師範學院 國立屏東師範專科學校 國立臺東師範專科學校 國立東南師範專科學校 國立北師範專科學校 國立臺灣師範專科學校	
肢體殘障	中華民國傷殘育樂協會	臺北市杭州南路一段十八巷六號	3914068
	私立臺北傷殘服務中心	臺北市愛國東路一五三號	3519762
	振興復健醫學中心	臺北市北投石牌振興街四五號	8314181-5
	私立友好復健技藝社	臺北縣新店行政街十巷六號	9129222
	私立基督教浸信會麻痺兒童保育院	高雄市新興區興華路十一號	227234
智能不足	臺北市立廣慈博愛院兒童復健教養所	臺北市福德街二〇〇號	7682334 轉32
	私立義光育幼院	臺北市水源路六八號	3217458 3516686
	私立真光教養院	臺北縣新店鎮安坑外挖子路十四之四號	9215961 9413592

視 覺 障 礙	省立景仁殘障兒童教養院	桃園縣八德鄉霄裏村長興路一八〇號	4 2 3 3 8 8
	私立仁愛啓智中心	新竹市水源街五一號	7 1 1 8 3 3
	私立臺灣世界展望會伯大尼兒童之家	屏東市仁義里十六之六號	3 2 5 2 6 4
	私立屏東托兒所	屏東市民權路七八號	
	私立基督教喜樂保育院	彰化縣二林鎮二城路七號	2 7 1
	私立臺灣低能兒童教養院	南投縣草屯鎮中正路一七七六巷十六號	3 4 4 4 4
	盲人福利協進會	臺北市南京西路十八巷八之三號	5 5 1 3 0 1 7 5 4 1 5 2 7 3
	私立臺灣盲人重建院心光點字出版社	臺中市仁福街五二號	2 3 4 2 4 4
	私立慕光盲人重建中心	臺北縣新莊鎮中正路三八四號	9 0 7 4 8 2
	盲人讀物資料中心	宜蘭縣冬山鄉永美路四二一一〇號	5 4 0 0 0 1
(多 重 殘 障)	基督教惠明盲人福利會	臺北市新生南路一段一號	
	私立惠明盲童育幼院	國立中央圖書館臺灣分館	
	私立屏東伯大尼殘盲女子教養院	臺中縣大雅鄉雅潭路五七號	
	私立花蓮殘盲女子教養院	屏東市崇蘭里清美巷五之三號	3 2 5 4 1 2
	聾啞福利協進會	花蓮縣花蓮市民權八街一號	3 2 3 9 0 8
聽 覺 障 礙	手語之家	1 臺北市羅斯福路五段九五號四樓 2 雲林縣斗六鎮信義里文化路六號 臺北市林森南路一三三號	9 3 1 1 6 0 0 2 3 0 4 6 3 9 4 4 5 6 2

參考資料：

- 1、Ingalls R. P. Mental Retardation: The Changing Outlook. N. Y. John Wiley & Sons, 1978
P. 88-93.
- 11、Suran B. G. & Rizzo J. V Special Children: An Integrative Approach. Glenview, Illinois,
Scott, Foresman and Company, 1979. P.403
- 111、Stewart J. C. Counseling Parents of Exceptional Children. Columbus, Ohio, Charles E.
Merrill Publishing Company, A Bell & Howell Company, 1978. P. 85-142.
- 四、雲五社會科學大辭典 第一冊 社會學 七〇—七三頁
- 五、蔡福珍 智能不足兒童教育 八十六頁
- 六、教育部社教司編 中華民國特殊教育概況

結語

不論是推展社會工作，或是特殊教育，只靠政府有關機構及少數工作人員是不夠的，必須以整個社會為後盾。社會大眾對社會工作、社區發展、特殊教育與殘障福利等有正確的認識，隨時隨地能為工作者提供有形或無形的支持，工作才能有效的推展開。否則，事倍功半，談不上什麼成果，最多只是表面上或短暫的改善而已。

每一位社會工作人員都知道，從事社會工作，不論是從個人、團體或社區着手，目標不僅是解決當前的問題，更要進一步協助自立、自足，能夠對國家、社會有所貢獻。而特殊教育的目標，也在針對殘障者的不同需要，施以特殊教學，協助其克服障礙，發揮最大潛能。殘障者與正常人一樣，需要被尊重及被關懷，不同之處只是他們在身心功能上，與正常人有所別。殘障者也有權利儘可能的過正常的生活，並發展所長，但需要特別的協助或服務。為了提供適當的協助，必須結合政府與民間的力量，積極的採取行動，為殘障者的就學、就業、就醫及就養提供適當的機會。

形體上的缺陷，雖然有許多即使是如今進步的醫學、科技，仍然無法使之消失，完全恢復正常，但是輔導他們成為心理健全的現代國民，不自暴自棄或怨天尤人，卻是不可能。今天的社會工作人員、特殊教育工作者從事者，有責任將正確的觀念及知識告訴社會大眾，而不要只在「自己人」的圈子裏嘆氣，覺得不受重視，沒人關心。要走出門外，與社會大眾接觸，主動的讓大眾瞭解，我們在做什麼，我們需要什麼。積極的尋求社會資源，工作才能推展，績效才更顯著。

特殊教育工作能與社會大眾聯合，是目前所要努力的方向之一。雖然個人的力量微薄，但願在此與每一位熱心人士共勉，並以此書做為努力的第一步。

最後，「特殊教育與社區發展」之所以能完成，出版，要感謝我的教授，現任臺北市社會局局長蔡漢賢先生，以及中華民國社區發展研究訓練中心的鼓勵與協助。也感謝我的雙親，多年來辛苦的培育與愛護。唯才疏學淺，諸多疏漏的地方，尙祈先進不吝批評、指教。