



學前特殊教育

曾淑賢 潘惠銘 王文伶 趙本強 編著
輔導手冊



教育部特殊教育小組 主編
中原大學 印製
中華民國九十六年十二月

目 錄

表 次	01
圖 次	02
前 言	03
第一章 學前特殊教育概論 趙本強	06
第二章 學前特殊教育的理論基礎 王文伶	19
第三章 學前特殊教育的服務對象與鑑定安置 曾淑賢	29
第四章 學前特殊教育的服務系統 曾淑賢、柯雅文.....	46
第五章 學前特殊教育課程與教學 潘惠銘、曾淑賢	56

表 次

表 1-1 我國各縣市九十五學年度身心障礙學生接受學前特教服務的比率14

表 3-1 三大階段所使用的評量工具及其功能35

表 3-2 篩檢階段在台灣常使用的學前評量工具36

表 3-3 診斷/鑑定階段在台灣常使用的學前評量工具37

表 3-4 A-B-C 功能性評量的觀察紀錄格式41

表 3-5 運用功能性評量觀察表解釋所蒐集資料的基本原則 ...42

表 3-6 課程本位評量的種類43

表 3-7 在台灣常使用學前課程本位評量44

表 5-1 在台灣常使用學前特殊教育課程57

圖 次

圖 2-1 神經元.....	20
圖 3-1 篩檢、診斷性評量，與教學評量三大階段的決定.....	33
圖 4-1 早期療育方案的實施過程.....	45

前言

曾淑賢

前言

幼兒的發展有一定的過程與順序，雖然因為個別的差異導致每位幼兒的發展速率會多多少少有快有慢，但快慢的差別通常會在一個合理的範圍之內。可是有些幼兒在發展過程中，因先天或後天因素導致其成長遠落後一般幼兒。這些就是所謂的「特殊幼兒」或「發展遲緩兒童」。為了減緩或防止因發展落後產生的負面影響，我們希望能及早在嬰幼兒發育成長過程中就積極介入、提供訓練。當家長或老師發現幼兒是在這些發展能力上呈現異常的落後情形，即可向相關單位通報進行篩選、轉介、評量鑑定等流程，及早為其幼兒取得所需要的學前特殊教育服務。

學前特殊教育通常注重幼兒在五大領域的發展，包括：生活自理能力、認知能力、溝通能力、動作能力、社會能力。發展遲緩可能同時發生在一個領域以上，加上造成發展遲緩的原因很多，因此，發展遲緩的兒童的療育服務往往需要一跨專業的團隊來加以協助。完整的早期療育團隊應該包括社會福利、醫療以及教育三方面的專業人員以團隊合作的方式，依發展遲緩兒童的個別需要，提供必要的服務。此外，由於家庭是幼兒最重要的發展情境，發展遲緩的孩子常常因為能力較其他同齡的孩子為弱，父母親可能會感受到較大的壓力及教養的辛苦。因此，學前特殊教育的教育理念以家庭為本位，著重支持家庭能有效地教養特殊幼兒。學前特殊教育課程與教學設計應盡量朝融入日常生活自然情境中能執行的活動，建立可應用的功能性知識與技能。

世界衛生組織的統計建議發展遲緩兒童發生率約為6-8%來。台灣的發展遲緩幼兒人口數一直遠低於預估的發展遲緩幼兒人口數，大約在2%或更低的比率。可見國內學前特殊教育的

發展仍有許多著力的空間。內政部近年成立發展遲緩兒童早期療育服務推動小組，結合社會福利、衛生、教育等專業人員，以團隊合作方式，建立發展遲緩兒童早期發現、療育、通報流程及服務模式，提供發展遲緩兒童早期療育服務。目前針對有早期療育的特殊幼兒提供下列服務：發現與初篩、通報與轉介、聯合評估、療育與相關服務、和宣導訓練。

而教育部為使直轄市及各縣市政府積極推展學前特教工作，特訂定「加強推動學前身心障礙特殊教育實施方案」，並於 93 年實施，以擴大學前身心障礙特殊教育服務量，及提升學前身心障礙特殊教育品質為目標，以全面滿足 3 歲至未滿 6 歲身心障礙幼兒學前特教需求。並持續推動各項補助措施以協助縣市推動學前特殊教育。整體而言，教育部加強推動學前身心障礙特殊教育實施方案的執行事項以二方面為主：

一、擴大學前特教服務量

- 鼓勵國小及公立幼稚園增設學前特教巡迴輔導班、資源班，補助開辦費。
- 積極增設幼稚園、班，並招收身心障礙幼兒。
- 鼓勵立案私立幼稚園（機構）招收身心障礙幼兒。
- 發給經縣市鑑輔會鑑定安置就讀立案私立幼稚園（機構）身心障礙幼兒教育補助費。
- 改善獨立設置之公私立幼稚園無障礙校園環境。
- 補助辦理學前特教宣導。

- 補助立案民間團體辦理推動學前特殊教育相關活動。

二、提升學前特教服務品質

- 鼓勵師資培育之大學開設學前特教學程。
- 改善幼教機構教學人員素質，加強修習特教專業課程。
- 委託辦理學前特殊教育課程研習。
- 鼓勵招收身心障礙幼兒之立案私立幼稚園教師在職進修特教專業知能。
- 鼓勵招收身心障礙幼兒之立案私立幼稚園進用合格特教教師。
- 補助招收身心障礙幼兒之公立及立案私立幼稚園購買支持服務經費。
- 加強辦理學前融合教育，補助學前特教巡迴輔導費。
- 加強身心障礙教育專業團隊提供對學前特教之服務。
- 加強對公私立幼稚園辦理學前特教績效評鑑。

此外，教育部特殊教育小組也特地委託中原大學特殊教育系暨特殊教育中心，及早期療育中心合作編制本輔導手冊以回應學前特殊教育的需求。本手冊之目的期望為想瞭解學前特殊教育的家長及相關工作人員呈現一個基礎而完整的概念及參考架構，內容包括學前特殊教育的法令與趨勢、理論基礎、服務內涵與流程。

第一章 學前特殊教育概論

趙本強

一、學前特殊教育的意義與重要性

在二十一世紀的今日，隨著生活品質的提升、科技的進步及觀念的轉變等，對特殊教育的重視已成為當前社會重要的思潮與趨勢。特別是針對在學前教育階段學生的生活及教育等各方面需求的滿足，更是特殊教育領域裡重要的議題之一。因為學齡前幼童能否健康順利的成長不但攸關其本身未來在學習、就業及社會適應等各方面的表現（許素彬，2006；周治蕙，2007），更是衡量一個國家未來發展的重要指標。故如何及早針對較大多數的一般兒童成長緩慢的身心障礙兒童，提供其必要的支持與服務，以防止或減緩其不論是先天或後天所造成的身體或心理缺陷，實有其重要性與必要性，「早期療育」此概念即在此理念下應運而生（周俊良、李新民、安蘭桂，2005；孫世恆、廖龍仁、廖華芳、李淑貞，2004）。具體而言，早期療育乃指針對學齡前有特殊需求之幼兒，提供其在醫療、復健、教育、福利、長期照護等方面多元性、專業性與整合性的服務，俾使身心障礙幼兒的潛能能被開發，以發揮其各領域的能力（唐紀絜、林金定、龔仁棉、吳勝儒、簡言軒、林美專，2005）。早期療育的最終目標是要將身心障礙為幼童所帶來的負面影響降至最低，甚至完全排

除，以協助這群幼兒能與其同儕相樣地享有社區參與和學習、完全的公民權，以及高品質的生活。

發展心理學主張個體早期的發展是其後期發展的基礎（張春興，2005），此實與特殊教育中「愈早愈好」的概念相互呼應。不論診斷、鑑定、評量、介入及處遇，愈早為有身心障礙學生所提供的服務，所得到的效果亦相對愈好。就學前特殊教育此範疇而言，「愈早愈好」此四字所代表的涵意實包括下列三者。第一，對學生而言，早期的服務將能提升學生基本的學習及生活技能，使其未來能順利轉銜至國民教育中的小學及中學階段；第二，對家長而言，早期的服務將能減輕家庭的壓力，提升家庭生活品質；第三，對社會而言，早期的服務將能減少社會未來照護身心障礙學生所需支出的龐大生活及教育相關費用（朱鳳英，2007；周治蕙，2007；唐紀絜等，2005）。根據聯合國的調查，每投入一塊錢的成本在早期療育將可節省未來特殊教育三塊錢的成本。由此可知，學前特殊教育實創造學生本身、其家庭及社會三贏的局面，故吾人豈能漠視學前特殊教育的重要性。

二、我國學前特殊教育相關的法令規定

學齡前幼兒在教育及其他生活層面需求的保障在我國的「憲法」、「特殊教育法」、「特殊教育法施行細則」、「身心障礙者保護法」及「兒童福利法」內均有間接或直接地記載。以下僅列出各法令中與學前特殊教育有最直接相關的條文以做為本文的論述基礎。

(一) 「憲法」

第一百五十九條 國民受教育之機會一律平等。

(二) 「特殊教育法」

第七條 學前教育在醫院、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它適當場所實施。

第八條 學前教育由直轄市或縣(市)主管教育行政機關辦理為原則。

第九條 各階段特殊教育之學生入學年齡及修業年限，對身心障礙國民，除依義務教育之年限規定辦理外，並應向下延伸至三歲，於本法公布施行六年內逐步完成。

第十七條 為普及身心障礙兒童及青少年之學前教育、早期療育及職業教育，各級主管教育行政機關應妥當規劃加強推動師資培訓及在職訓練。特殊教育學校(班)、特殊幼稚園(班)設施之設置，應以適合個別化教學為原

則，並提供無障礙之學習環境及適當之相關服務。

第二十五條為提供身心障礙兒童及早接受療育之機會，各級政府應由醫療主管機關召集，結合醫療、教育、社政主管機關，共同規劃及辦理早期療育工作。對於就讀幼兒教育機構者，得發給教育補助費。

(三) 「特殊教育法施行細則」

第三條 本法第七條第一項第一款所稱特殊幼稚園，指為身心障礙或資賦優異者專設之幼稚園；所稱特殊幼稚班，指在幼稚園為身心障礙或資賦優異者專設之班。

第六條 為辦理本法第九條第一項身心障礙學生入學年齡向下延伸至三歲事項，直轄市、縣(市)政府應普設學前特殊教育設施，提供適當之相關服務。直轄市、縣(市)政府對於前項接受學前特殊教育之身心障礙學生，應視實際需要提供教育補助費。第一項所稱學前特殊教育設施，指在本法第七條第一項第一款所定場所設置之設備或提供之措施。

第七條 學前教育階段身心障礙兒童，應以與普通兒童一起就學為原則。

第十八條 本法第二十七條所稱個別化教育計畫，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：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（第十項）。

（四）「身心障礙者保護法」

第十四條 為適時提供療育與服務，中央相關目的事業主管機關應彙報及建立下列通報系統：衛生主管機關應建立疑似身心障礙六歲以下嬰幼兒早期發現通報系統（第一項）。

第十五條 各級主管機關及目的事業主管機關應建立個別化專業服務制度，經由專業人員之評估，依身心障礙者實際需要提供服務，使其獲得最適當之輔導及安置。前項個別化專業服務制度包括個案管理、就業服務、特殊教育、醫療復健等制度，其實施由各級主管機關及目的事業主管機關依各相關法規規定辦理或委託、輔導民間辦理。

第十七條 中央衛生主管機關應整合全國醫療資源，辦理嬰幼兒健康檢查，提供身心障礙者適當之醫療復健及早期醫療等相關服務。各級衛生主管機關對於安置於學前療育機構、相關服務機構及學校之身心障礙者，應配合提供其所需要之醫療復健服務。

第二十四條各級政府應設立及獎勵民間設立學前療育機構，並獎勵幼稚園、托兒所及其他學前療育機構，辦理身心障礙幼兒學前教育、托育服務及特殊訓練。

(五) 「兒童福利法」

第七條中央主管機關掌理左列事項：特殊兒童輔導及殘障兒童重建之規劃事項(第六項)。

第八條省(市)主管機關掌理左列事項：特殊兒童輔導及殘障兒童重建之計畫與實施事項(第四項)。

第十三條縣(市)政府應辦理左列兒童福利措施：對發展遲緩之特殊兒童建立早期通報系統並提供早期療育服務(第二項)。

第二十三條省(市)及縣(市)政府為收容不適於家庭養護或寄養之無依兒童，及身心有重大缺陷不適宜於家庭撫養之兒童，應自行創辦或獎勵民間辦理下列兒童福利機構：一、育幼院。二、兒童緊急庇護所。三、智能障礙兒童教養院。四、傷殘兒童重建院。五、發展遲緩兒童早療育中心。六、兒童心理衛生中心。七、其他兒童教養處所。對於未婚懷孕或分娩而遭還困境之婦、嬰，應專設收容教養機構。

第四十二條政府對發展遲緩及身心不健全之特殊兒童，應按其需要，給予早期療育、醫療、就學方面之特殊照顧。

綜觀上述法條，基本上我們可歸納出下列五點結論。第一，學前特殊教育的服務對象可從兩個層面來界定。就教育層面而言，所服務對象為三歲以上尚未進入國小就讀之身心障礙學生（即三至六歲幼童）；然而就社政層面而言，所服務的對象為零至六歲之身心障礙幼童。整體而言，在台灣對「學前特殊教育」與「早期療育」此兩名詞並沒有非常明確地加以區分，故學前特殊教育所服務的對象可泛指零至六歲有身心障礙的幼童，也是本手冊所採用的年齡範圍。第二，學前特殊教育的實施場所是多元、有彈性的，並不僅侷限於學校。舉凡家庭、醫院、療養院或其他適當的地方均是提供相關服務適宜的場所。第三，最少限制環境（Least Restrictive Environment, LRE）的理念是學前特殊教育實施的原則，俾使身心障礙學童能被適性安置。融合教育則是最少限制環境理想的延伸，讓其能與一般同儕於附近學區的普通班就讀，共同成長。第四，相關政府或學校機構必須籌組一跨專業的團隊以提供學生全方位的早期療育服務，包括醫療、復健、教育、社會福利、及家庭支援等方面的服務。第五，學前特殊教育所提供服務之內容應考量學生個別的需求，並以未來能使學生順利地轉銜至國小就讀為最大的前提。因此，訓練身心障礙幼兒

具備未來適應國小生活所應具備的基本生活、學習與社交技巧等能力為學前特殊教育或早期療育主要目的之一。

三、我國學前特殊教育的現況

依據教育部特殊教育統計年報，2006 年各縣市(包含台北市與高雄市)學前階段總共安置 9860 人。其中以被鑑定為發展遲緩所佔的學生人數最多 (25%)，其後依序為智能障礙 (15 %)、多重障礙 (14%)、自閉症 (11%)、及其他則包括語言障礙、肢體障礙、聽覺障礙、身體病弱、其他顯著障礙、視覺障礙、嚴重情緒障礙 及學習障礙等。就安置的型態而言，學前階段的身心障礙學生主要在普通班，共 5502 人在普通班接受特殊教育服務，約 56%；接受巡迴輔導服務，約 30%；接受特殊教育服務（包括在特殊教育班級），約 10%；接受資源班服務，約 4%。

根據對教育部此項九十五學年度調查資料的分析比對之後，可發現兩點值得探討之處。第一，學前身心障礙學生被安置的人數與實際被鑑定出的人數有極大的落差。以宜蘭縣為例，該縣當年度學前身心障礙學生的人數是 280 人，然而卻僅有 90 人（特教班-45 人，巡迴輔導班-45 人）被安置，接受特教服務的比率為 32%。同樣地，台北市當年度有 1277 位學前身心障礙學生，但卻僅有 575 人（特教班-177 人，巡迴輔導班-398 人）接受服務，接受特教服務的比率為 45.0%。整體而言，我國於九十五學

年度共有 8501 位學前階段的身心障礙學生，有 2293 位接受特殊教育的服務，接受服務的比率為 27%。

第二，各縣市身心障礙學生接受學前特教服務的比率極度不均（參閱表一）。從表一可明顯地看出，學前身心障礙學生接受服務的比率和縣市的發展或富裕程度似乎並沒有絕對的關聯。直轄市和其他數個工業化程度較高的縣市，例如新竹市、台中市、台北縣及桃園縣，其學前身心障礙學生被安置的比率並沒有較其他以農業生產為主的縣市高。離島縣市的安置比率則較平均高（連江縣當年度並無學前身心障礙學生）。

表 1-1 我國各縣市九十五學年度身心障礙學生接受學前特教服務的比率

金門縣	雲林縣	花蓮縣	台中縣	台北市
-100%	-76.2%	-74.1%	-67.5%	-45.0%
高雄市	澎湖縣	宜蘭縣	屏東縣	台東縣
-34.9%	-33.3%	-32.1%	-27.5%	-26.4%
竹市	南投縣	基隆市	台南縣	彰化縣
-22.4%	-22.2%	-18.8%	-18.6%	-12.5%
嘉義市	苗栗縣	台中市	台北縣	台南市
-12.4%	-11.9%	-9.4%	-9.3%	-8.4%
桃園縣	高雄縣	嘉義縣	新竹縣	連江縣
-8.3%	-4.8%	-3.1%	-2.1%	-無

四、我國學前特殊教育所面臨的問題及未來展望

我國正式推行學前特殊教育或早期療育，至今已逾十年，雖然成效與日精進，但不可否認的仍存在許多的問題急待解決。這些問題包括教師素質參差不齊、鑑定與安置人數之間的落差、及無專責單位且權責劃分不清等。就教師素質而言，幼稚園依「教師法」、「師資培育法」等相關規定聘任教師，托兒所則依「兒童及少年福利機構專業人員資格及訓練辦法」聘任教保人員，兩者不論任用資格或培育進修的管道皆不同，這使得學前特教教師整體的素質較難以控管。有關鑑定與安置人數之間落差的情況已於上段提及。就九十五學年度而言，有高達 73% 的三至六歲學前身心障礙學生未接受特殊教育的服務，箇中的原因究竟為何，是特教班的數量或師資不足，家長的抗拒，融合教育施行情形良好，故學生可在普通班學習，抑或這僅單單突顯出鑑定的不精確而已，這些均值得我們做更進一步的探討。最後就無專責單位且權責劃分不清而言，這實屬制度上的問題。在現行的早期療育服務模式中，教育部門負責三至六歲學童的服務，社政單位則負責零至六歲學童的服務，此種不完整、切割式的服務，不但可能造成資源上的浪費，更有可能讓身心障礙學童某特定的需求被疏忽。特別是社政單位的多元，例如內政部社會司、地方政府的社會局與兒童局，因沒有一專責單位來為身心障礙學童規劃其相關的福

利業務，故家長與教師在尋求協助時常無所適從。雖然學前特殊教育尚面臨其他不同的困境，但上述三者實屬最需迫切解決的問題。

展望未來，我國可從下列數個方向去思考及改革以提升整體學前特殊教育及早期療育的服務品質。第一，健全學前特殊教育的行政組織。各中央與地方相關主管機關間資源的整合與分配應重新規劃（例如目前所提倡的幼托整合），俾使學童所接受的服務並不會因其障礙類別、障礙程度或所居住的縣市而有所差異。第二，除了行政機關權責的重組之外，如何有效落實跨專業團隊間的合作亦格外重要。特別是針對零至三歲之幼兒，在沒有個別化教育方案（Individualized Education Program, IEP）協助的情況下，如何發揮（Individualized Family Service Plan, IFSP）的功能與責任，使幼兒在醫療、復健、教育、社會福利、及家庭支援等各方面的需求均能獲得滿足，將是早期療育成敗的關鍵。第三，教師專業知能的提升也是成功的早期療育所不可或缺的重要因素之一。根據唐紀絜等人（2005）的研究指出，我國早期療育機構的教保人員僅有 11% 是大學特教系畢業，其餘人員則主要來自於大學、二技、四技、二專及高職的幼兒保育及幼兒教育相關科系。據此來看，學前特殊教育師資的專業知識仍有待充實，故適時提供教師在職進修的管道與機會是非常重要的。第

四、建立通報系統的完整性與一致性。由於目前各縣市在鑑定與通報上的做法迥異，所衍生出的問題將包括資源分配不均、尋求跨區域協助困難、及障礙類別與程度見解不同等，這些問題均將直接或間接地影響早期療育的服務品質。第五、中央及地方政府應提供學前特殊教育更充裕的資源，特別是人力方面的資源。雖然 73% 的身心障礙學生在九十五學年度未接受特殊教育服務的真正原因尚不明確，但可以肯定的是，更充裕的資源將能滿足更多學童的需求。

參考文獻

- 朱鳳英 (2007)。臺北市早期療育服務社區照顧經驗。《護理雜誌》，54 (5)，18-23。
- 周治蕙 (2007)。從家庭護理的哲理談早期療育服務。《護理雜誌》，54 (5)，24-29。
- 周俊良、李新民、安蘭桂 (2005)。南部地區早期療育機構人員提供輔具服務之調查研究。《特殊教育學報》，21，55-78。
- 唐紀絜、林金定、龔仁棉、吳勝儒、簡言軒、林美專 (2005)。臺灣地區早期療育機構教保人員角色認同與專業能力之關係研究。《身心障礙研究》，3 (3)，141-158。
- 孫世恆、廖龍仁、廖華芳、李淑貞 (2004)。南投縣發展遲緩兒

童早期療育跨專業團隊合作服務模式之建立經驗分享。物理治療，29 (2)，127-138。

許素彬 (2006)。從生態系統觀點探討保育機構於融合教育實施過程之困境。特殊教育學報，23，85-104。

張春興 (2005)。教育心理學－三化取向的理論與實踐。臺北：東華書局。

第二章 學前特殊教育的理論基礎

王文伶

學前特殊教育是一項跨學科領域與專業整合的工作，運用了大量的心理學與腦科學的知識與方法，並從特殊兒童的發展與生態環境層面介入。學前特殊教育的四個重要理論依據為：(1) 早期療育的神經生物學基礎 (2) 心理分析的發展觀點 (3) 行為學派和教育方法 (4) 發展生態學法 (Shonkoff & Meisels, 2004, 鍾莉娟編譯)。以下將對這四個理論觀點逐一摘要整理。

一、早期療育的神經生物學基礎

近代，在分子生物學與發展認知神經科學的進展下，奠基於神經生物學基礎的腦神經科學對於早期療育的評估與設計有重要性的影響。早期療育中所強調的語言、認知、肢體感官功能、社會情緒適應等能力均與人類的腦部發展與神經的可塑性息息相關，而大腦神經的可塑性也是進行早期療育工作的重要基礎。

人類腦部的早期發展，從胚胎時期至出生後嬰幼兒時期，即受到遺傳的生物性因素，與出生前後的環境經驗之間的複雜交互影響。此時，腦部的成長與分化呈現出快速與精密的特質。腦部在發育時期時，神經細胞（或稱神經元）增加的速度大約是每分鐘 25 萬個，嬰兒在出生的那一刻，腦部已具備個體一生所該擁有的神經元。據科學家的估計，人腦大約有數一千億的神經元。

神經元是腦部的基本單位，分別是細胞體、軸突及樹突所構成的（如圖 1-1）。腦部訊息傳遞的過程是透過電化學方式來進行溝通，訊息以神經衝動的電訊形式在神經細胞間進行傳導。樹突負責接收神經衝動將訊息傳至細胞體，細胞體將訊息做編碼後，軸突再將訊息傳給另外一個神經細胞的樹突。軸突末端的突觸，是神經細胞間的聯繫構造，釋放出神經傳導物質讓軸突傳訊給另外一個神經細胞的樹突時，產生神經衝動，神經細胞在這樣的聯結形式下在大腦皮質構成精密複雜的網路。近代腦神經科學的各種實驗也顯示出腦部大小從嬰幼兒到成人期間，大約會增加四倍。在實質上，是樹突、突觸以及軸突之神經纖維在大量的增長，神經纖維在外層所包覆的髓鞘也增加了許多腦部的重量與體積。

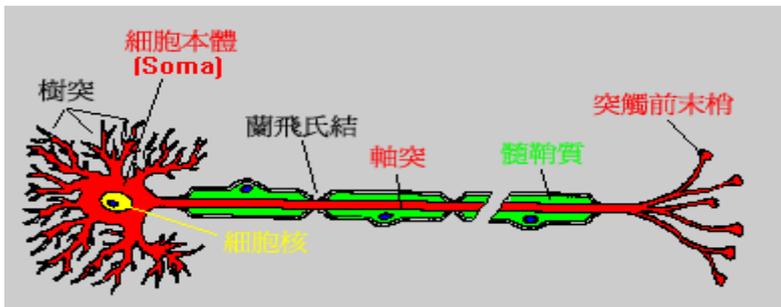


圖 2-1 神經元

資料來源：小小神經科學

http://www.dls.ym.edu.tw/neuroscience/cells_c.htm

腦科學實驗學者認為突觸的活動扮演了有關學習行為的重要角色，是人類與動物的重要生存機制。而相反與以往觀念認為出生前後的短時間內，腦部的成長是由生物成熟因子控制；這些

學者透過實驗證明突觸的活動也受到環境因素的影響。例如 Grenough (Grenough, 1987, 出自 Shonkoff & Meisels, 2004, 鍾莉娟編譯) 對於腦部與環境互動的情形提出了兩種的訊息處理方式。一種是被稱為「經驗—期待」(experience-expectant), 即經過某個經驗之後, 突觸的形成過程, 是同種生物個體間共同的發展。另外一種則是「經驗—依賴」(experience-dependent), 即經過特殊的學習, 突觸的形成以適應環境中的特定經驗之過程, 會呈現出個體間的差異性。此外, 在發展與敏感期間, 將會有過多的突觸製造出而分佈在腦部的各區域。神經元會接著將過多不合適的突觸「修剪」, 已經被活化的連接通常是被保護與維持, 也就是以「用進廢退」的原則來決定哪些連接將被加強或修剪。

上述的大腦的可塑性模式證明學習經驗具改變個體能力的效果。有更多其他的研究發現, 早期發展的過程中, 正面與負面的經驗刺激, 對於腦部的功能與結構有相當的影響。從神經可塑性的角度來思考早期療育, 透過專業團隊在特殊幼兒的語言、認知、肢體感官功能、社會情緒適應等能力做介入與協助, 這些療育的經驗能使得特殊幼兒在大腦神經和行為層次上產生影響與改變。我們期待發展神經生物學的基礎—大腦神經的可塑性的發現與認識, 能對早期療育的相關工作更有整體性與完整性的實質

幫助。例如未來可能透過當代的腦造影技術（例如：功能性核磁共振造影，functional magnetic resonance imaging，簡稱 fMRI）能發展出更精確的測量工具，協助診斷缺損與障礙的關鍵因素，以作為早期療育訂定特定療程的依據。

二、心理分析的發展觀點

從傳統的心理分析理論至新的心理分析理論，心理分析學派歷經許多變動。從佛洛伊德至艾瑞克森、阿德勒與榮格等學者的研究與努力，心理分析學派對於「人」這個議題有了許多見解與看法，從個人的心理動力與人格層面，以及個體與社會環境的互動所面臨的各種議題對於人的內在心理狀態進行諸多的探討。在這些理論基礎之上，我們統整嬰幼兒的發展動力來源有探索世界的活動力、自律（與生俱來的內在規律性）、社會適應、情緒控制、與認知同化以建立行為模式。因此，主要照顧者若能持續提供與建構適當的環境，即能維持或促進這些發展動力，進而增進兒童的發展。這些也是早期療育重要的介入點。

如何建構上述的動力呢？有哪些因素與經驗是對個體有意義的以及哪種環境能對個體有正面與積極的影響？首先，瞭解幼兒獨特個性與優勢能力是學前特殊教育的重要原則。兒童的發展是獨特的，其性格除自我建構，也會受到社會文化的影響而交互建構，變得越來越複雜。因此，多元的文化與經驗與適性發展的

機會是相當重要的介入原則。

此外，促進嬰幼兒的親子關係，以及與照顧者的關係，以促進其人際關係中的自我感和價值觀也非常的重要。在個體與家庭成員的互動過程中，早期道德發展的內化常會在「潛移默化」的情形下發生，對於個體的社會適應發展具有關鍵性的影響。因此，從嬰兒期開始，兒童就應與照顧者間有穩定且重複不斷的正面的互動經驗。還有善用情緒及示範情緒規範也是早期介入的重要任務。可以鼓勵母親或是照顧者給予或運用不同且適切的情緒經驗，包括自我控制、自尊、羞恥、溝通技巧等等。

三、早期療育的行為主義與教育方法

行為主義曾經主導心理學相當長的一段時間。早期的行為主義反對沒有科學為根據的心理意識與經驗，主張人類的心理研究，要用可被觀察和測量的行為來做資料的來源，用客觀的科學方法來處理這些客觀的資料，而否定了人類的精神層面。後來，這樣的思維受到了其他心理學派的批評，漸漸地，行為主義能夠檢視有關人類心理的研究是需要在行為表現與心理歷程的基礎上去做探索的，也因而做了許多調整與改進。到近代，行為主義對於心理學的科學化發展是相當有助益的，對於教育與學習理論也有重要的影響。

在學前特殊教育的相關教育方案中，行為理論的教育與學習方法，扮演了重要的角色，行為理論認為個體行為的產生是受到生理發展、學習過程以及環境經驗的刺激。也就是當刺激出現在個體週遭環境當中時，會引發行為對應而產生。刺激形式可概分為情境事件與先行事件兩類。當個體的某一種行為出現在相關的特定情境或先行事件後，且有高度的出現頻率，可知刺激控制的形式已被建立。

刺激控制的運用是在行為主義教學中重要的方式，建立個體的刺激控制是教學方案的基本目標。建立刺激控制的關鍵是，當預設的情境與先行事件促成行為時，則持續且有條件地給予增強結果；當行為的發生是在情境與先行事件沒有出現時，便不給予增強結果（Wolery, 1992）。通常刺激控制也可以被建立在個體的日常生活中自然發生事件。

當個體行為被建立後，行為品質可繼續被提升至更高的階段：習得階段、流暢階段、保持階段、類化，和調整階段。介入方案中考慮特殊幼兒目前所表現行為的階段，使用適合特殊幼兒程度的策略和方法，循序漸進地增進該行為能力。在介入的過程中，適當的配合使用增強與懲罰。但是也應適時與其他介入方式合，做為發展廣泛介入方案的參考依據。

四、學前特殊教育的發展生態學觀點

學前特殊教育（或早期療育）對於兒童身心發展亦強調採用發展生態學的觀點，認為兒童的發展乃是一種個體生理特質與環境交互作用的動態歷程，也可以說是一種兒童與家庭，以及社會文化背景的各種經驗不斷互動與交織的結果。個體在發展的各階段將會受到多重因素影響，當設計有關特殊兒童發展問題的各種介入方案時，便需要考量環境背景因素對於個體行為所產生的影響範圍與程度，找出能夠促進特殊兒童正常發展的必要介入方式。而且由於行為與發展遲緩是眾多因素所形成的，當我們在設計相關介入計畫時，需要兼顧個體特質與環境經驗的各種改變，增進個體認知與社會情緒的能力，讓特殊兒童更適應未來的社會生活。

對於兒童認知和社會情緒能力的發展過程，相關的生態分析研究提出了危險因子的數量與激勵因子的數量之概念，說明了影響兒童的關鍵不單只我們常常提到的貧窮環境或是單親家庭的因素。例如，我們總是聽到有關雖然出身微寒，但經由自己一番努力與眾人協助因而成功的故事；或是雖然家庭破碎、父母離異，但卻比常人更懂得為人處世的道理且事親至孝；相對的，也有許多家境富裕和父母健在的人，卻因為周圍環境的誘惑與試探的影響，以及不恰當的慾望與想法，致使他掉入罪惡的深淵。像

這樣的例子便說明了個體的發展不只是受單一因素的影響，而是和周圍環境生態的多重因素息息相關。Sameroff (1987) 在多重危險分析的研究中，提到有關貧富或是單雙親家庭，若具有相同的危險因子數量，兒童所表現的能力差異都不大；也指出每個家庭危險因素的組合分布才是重要的影響關鍵，而非單一的環境因素，Sameroff 與 Chandler (1975) 說明發展的結果不是只受單一個體或經驗的影響，而是個體與經驗結合的表現。認為兒童發展是一種個體與家庭，以及社會環境所持續交互作用的結果，更將這樣的交互關係稱為「互動過渡模式」。

互動過渡模式認為個體的發展是受到環境背景中的多重因素影響，這些因素的來源可以從我們每個人所身處的社會文化與家庭環境等層面來探討。對於這些層面中所包含的內容特質與經驗形式可稱為「符碼」，在社會文化與家庭中有關發展規約作用的文化符碼、家庭符碼以及父母符碼進行思考。在文化符碼所代表的是組成社會養育兒童系統且融入社會化與教育因素的複雜特質，而潛藏在社會控制與社會支持裡；家庭符碼所反映的是跨越數個世代因素的組合來規約兒童的發展，可從平時的家庭互動形式、宗教信仰以及問題解決風格上了解；父母符碼則說明了兒童的父母也會受到過去成長中，有關文化與家庭符碼的規約影響。描述這些發展的背景，是為了更明白兒童的發展問題全貌與

全面性的介入計畫設計。

Sameroff (1987) 提出了早期介入的三個療育面向，這三個面向分別是補救、再確認與再教育。關於補救的概念是從醫療與特殊教育的方式協助特殊幼兒的發展；再確認的概念為調整父母親對於詮釋異常發展的態度，使他們能夠了解特殊幼兒與普通幼兒一樣需要常態層面的照顧方式，也引導父母親欣賞自己孩子所屬的氣質；而再教育的概念則是教導父母親如何養育孩子，提供家庭與家長相關特殊幼兒的照顧知識與技能。早期療育應從這三種介入面向同時進行，才能達到最佳的成效。

參考文獻

- 鍾莉娟 (譯) (2004)。Shonkoff, J. & Meisels, S. 著(2000)。早期療育手冊。台北市：心理。
- Sameroff, A. J. (1987). The social context of development. In N. Eisenberg(Ed.), *Contemporary topic in developmental psychology* (pp. 273-91). New York : Wiley.
- Sameroff, A. J. , & Chandler, M. J. (1975). Reproductive risk and the continuum of caretaking casualty. In F. D. Horowitz, M. Hetherington, S. Scarr-Salapatek, & G. Siegel (Eds.), *Review of child development research*, 4, 187-244. Chicago : University of Chicago Press.
- Sameroff, A. J. , Seifer, R. , Zax, M. , & Barocas, R. (1987). Early indicators of developmental risk: The Rochester Longitudinal Study. *Schizophrenia Bulletin*, 13, 383-93.
- Wolery M. , Ault, M. J. , & Doyle, P. M. (1992). *Teaching students with moderate and severe disabilities : Use of response prompting strategies*. White Plains, NY : Longman.
- 小小神經科學：神經細胞。2006年12月31日取自
http://www.dls.ym.edu.tw/neuroscience/cells_c.htm

第三章 學前特殊教育的服務對象與鑑定安置

曾淑賢

小凱快 4 歲了，表現就是比同年齡的孩子落後，走路還要扶東西，說話也只會用簡單的單字；不太能跟別的小朋友玩。爸媽和老師都有點擔心小凱的發展……

身為孩子的家長或老師，如果您觀察到小朋友在成長階段，動作發展或與人相處時的行為反應、適應能力等，都比同年齡的小朋友緩慢，或有顯著的差異，這時你可以：

- 帶小朋友到衛生所或醫院作檢查。
- 通報到各縣市教育局或社會局。
- 可利用附近之師範院校特殊教育中心之諮詢專線，洽詢學者意見。

各轄區內衛生所、醫療院所，或托兒所、幼稚園都會對 0-6 歲學齡前兒童進行免費發展篩檢，對疑似發展遲緩兒童給予通報轉介並進行追蹤。疑似發展遲緩兒童，只要父母中有一方設籍且實際居住在當地縣市滿一年（含）以上，即可至衛生局指定之早期療育評估鑑定醫院辦理評估鑑定。而各早期療育評估鑑定指定醫院，可向衛生局申請核付補助評估鑑定費。每人每年度以一次為限，醫院凡申請上述補助費用，即不得再向家長另行收取鑑定費用。

經過評估鑑定的過程，您就可以得知兒童是否符合學前特殊教育服務對象的資格，是否可以接受特教補助與服務，和需要哪些服務。

一、符合學前特殊教育服務對象的資格

學前特殊教育服務對象可能包含下列三大類別的兒童：

1. 身心障礙兒童：為在生理及智能上有明顯可診斷出之障礙類別者，例如：染色體異常、感官障礙。
2. 發展遲緩兒童：如果一位兒童不屬於明顯的障礙類別，則需要接受進一步的診斷評量。經由適當診斷評量或工具，在認知、生理（又可分為粗動作與精細動作）、溝通、社會情緒與適應等能力上有可測量之落後現象的兒童，則屬於發展遲緩兒童。
3. 高危險兒童：即有環境或生理的危險因素可能導致其發展障礙的兒童。生理的危險因素如出生時體重過輕或早產；環境的危險因素則如受虐兒童、青少年父母或貧窮等。

針對於這三類的兒童，美國與台灣對符合服務資格的認定方式有所不同：

(一) 美國的服務資格認定

在美國，發展遲緩兒童指經由適當診斷評量或工具可測量出發展能力落後者，再輔以臨床鑑定。但各州所採用之評量工具與標準並不相同。有的州採用發展年齡與實際年齡差距的百分比，例如 Oklahoma 州採在一領域有 50% 落後或在兩個以上領域有 25% 落後。有些州則採用標準差，例如 Oregon 州為在一領域落後二個標準差或在兩個以上領域落後一個標準差。還有的州會隨年齡調整其標準，例如在 Texas 州，2 到 12 個月大的幼兒，落後 2 個月即符合服務資格；13-24 個月，落後三個月；25-36 個月，4 個月。

障礙兒童之類別包括智能障礙、聽覺、語言、視覺障礙、重度情緒困擾、肢體傷殘、自閉症、腦部外傷、其他身體障礙，以及特定學習障礙（身心障礙者教育法，簡稱 IDEA）。對於高危險兒童，許多州傾向於服務有生理危險因素的兒童。不過有相當多的研究顯示在有生理危險因素的兒童中有許多輕度障礙者。其服務需求與效益不可輕忽。可惜由於經費的限制，許多州無法提供服務給這個族群。就年齡而言，在美國學前特殊教育服務對象可以分為零至三歲為嬰幼兒方案（Infants and Toddlers Program）

的服務對象；三至六足歲則轉銜進入學前階段。

(二) 台灣的服務資格認定

根據我國身心障礙及資賦優異學生鑑定原則鑑定基準第十三條，「發展遲緩，指未滿六歲之嬰兒因生理、心理或社會環境因素，在知覺、認知、動作、語言及溝通、社會情緒、心裡或自理能力等方面之發展較同年齡顯著遲緩，但其障礙類別無法確定者；其鑑定依嬰幼兒發展及養育環境評估等資料，綜合研判之。」

綜合研判的過程則是由特定的醫療鑑定單位以臨床鑑定為主要機制來進行。在兒童及少年福利法施行細則第六條所稱發展遲緩兒童，指在認知發展、生理發展、語言及溝通發展、心理社會發展或生活自理技能等方面，有疑似異常或可預期有發展異常情形，並經衛生主管機關認可之醫院評估確認，發給證明之兒童。且經評估為發展遲緩兒童，每年至少應再評估一次。若經早期療育後還是不能改善者，則應該依身心障礙者保護法相關規定申請身心障礙鑑定。

在台灣學前特殊教育服務對象可以就年齡分為零至四歲為社政服務體系的幼托與療育機構服務；四至六足歲則多了教育局的公立幼稚園的服務選項。但近年教育部正進行幼托整合的政策規劃，屆時，這兩個服務系統將會進行統整。

二、學前特殊教育服務資格的鑑定、安置與教學評量

(一) 評量的基本概念

關於兒童發展的一些假設是編製及使用評量工具基礎。例如學前特殊教育對兒童發展能力的分類主要包括六大領域：認知、溝通、粗動作能力（大肌肉的運用能力）、精細動作能力（小肌肉的運用能力）、社會情緒、和生活自理能力。另一個重要假設即發展是依序漸進的，也就是所謂的里程碑的觀念（milestone），俗語說的七坐、八爬、九長牙就是一個里程碑概念的例子。此外，發展能力是累進的，也就是前為後的基礎。不過，“正常”的發展時機並非絕對的，有其可能分布的範圍。例如，七坐、八爬雖然是大家共同認同的發展時機，但八個月或九個月才會坐的孩子也不算晚。倒底多晚才算太晚呢？通常會以一常模，也就是同年齡兒童的平均發展為比較基礎，然後判斷落後的值離平均值的距離。離平均值的距離可用百分比或標準差的統計方式來判定。判斷結果的正確性和公正性就與評量工具的一致性（信度）和準確性（效度）是否良好有關。並且應搜集系統化且多方的相關資料來做綜合研判才能做出正確的判斷，即所謂的多元評量。

多元評量是指多方面地收集關於評估對象發展的資料，以對這些資料做出正確的研判。多方的資料來源通常包括一種以上的

測量結果、對兒童的實際觀察、家長或主要照顧者平日的觀察及意見，專業團隊的建議。由於每一種評量工具通常都僅在一個時間點施測一次，兒童當時的生理及心理狀況可能會影響其反應，加上工具本身可能的限制及誤差，我們很難根據一次測量就作出正確的研判。因此，多元評量、多方蒐集資料的結果才能讓專業人員對兒童的發展現況有更全面及正確的瞭解。透過多元評量的過程，專業人員才能對測量結果及兒童的發展現況作出完整的解釋，以及適當的判斷。因此，不論是在篩檢、診斷、或教學評量的過程中，都應該以多元評量的方式進行，而不能僅以測量結果做決定。

(二) 從鑑定到安置：篩檢、鑑定與安置、和教學評量的三大階段

從特殊幼兒被通報，到確認兒童是否符合學前特殊教育服務對象的資格，然後決定其教育內容，其過程包括篩檢、診斷性評量，與教學評量三大階段。

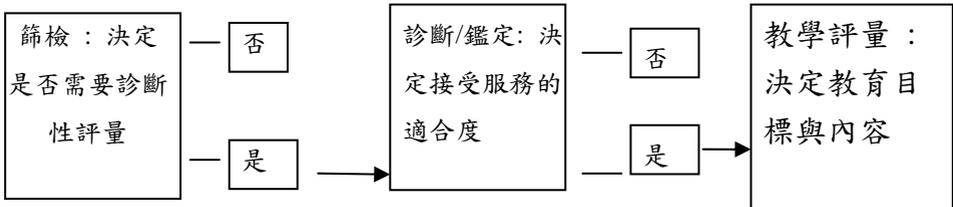


圖 3-1 篩檢、診斷性評量，與教學評量三大階段的決定

而在每一個階段的進行，都應該以多元評量的方式進行。除觀察兒童，訪談家長及教師外，也應使用適當的評量工具以有系統及有根據地作判斷，以期達成適性的決定。每一階段會使用的評量工具及其功能如下表：

表 3-1 三大階段所使用的評量工具及其功能

階段	評量工具種類	重要功能	決定	例子
篩檢	非正式檢核	提醒照顧者兒童的發展可能有問題	是否需要正式篩檢	學前兒童發展檢核表（鄭玲宜）
	正式篩檢	找出疑似遲緩兒童	是否需要診斷/鑑定評量	零至六歲兒童發展篩檢量表（黃惠玲）
診斷/鑑定	正式測驗	找出發展遲緩兒童	決定接受服務的適合度	嬰幼兒綜合發展測驗（王天苗）
教學評量	非正式評量方式	找出特殊需求學生之學習能力起點	決定教育目標與內容	學前特殊教育課程（王天苗編）

以下將分別介紹於此三大階段，在台灣常用的評量工具：

1. 篩檢階段

篩檢工具主要用來發現發展有問題，需要進一步被診斷或鑑

定的兒童。由於進一步診斷或鑑定的工作較費時費力，例如，一般的正式篩檢工具通常只需 15-20 分鐘即可完成，診斷或鑑定則會需要二倍至三倍以上的時間；同時，診斷或鑑定也需要更專業的人力來進行。因此，先做篩檢的工作可以讓整個鑑定評量工作事半功倍。在台灣常用之特殊幼兒檢核表與正式篩檢工具有：

表 3-2 篩檢階段在台灣常使用的學前評量工具

工具種類	工具名稱	年齡範圍	主要施測方式	備註
非正式檢核	學前兒童發展檢核表（鄭玲宜）	4-72 個月	由主要照顧者回答	無常模。可至衛生所索取或由網站檢核
正式篩檢	零至六歲兒童發展篩檢量表（黃惠玲）	0-6 歲	由主要照顧者回答	台灣常模
正式篩檢	嬰幼兒綜合發展測驗篩選量表（王天苗）	3-71 個月	直接施測兒童	台灣常模
正式篩檢	丹佛嬰幼兒發展測驗第二版（Denver II）	0-6 歲	直接施測兒童	美國常模

2. 診斷/鑑定階段

診斷/鑑定對特殊兒童來說是一件重要事件，鑑定的結果通常會決定一個兒童是否能接受特殊教育的服務，並因此而影響到他/她後續的發展與學習。特殊兒童的鑑定工作通常是為了決定

是否符合服務資格，以及需要什麼樣的服務。此外，在有限的服務資源下，診斷/鑑定具有服務把關的功能。

在台灣，正式診斷測驗不足，例如下表中所列之醫療院常使用的 CCDI 其實是一教學評量工具，而貝萊嬰兒發展量表第二版 (BSID II) 則尚無版權可在台灣正式使用。因此，特殊幼兒的診斷與鑑定主要依靠醫療人員的臨床診斷，以致於常會有不同醫療院所，甚至同一院所對不同個案的診斷標準不同的問題產生，是有待改進的地方。

表 3-3 診斷/鑑定階段在台灣常使用的學前評量工具

工具名稱	年齡範圍	主要施測方式	備註
嬰幼兒綜合發展測驗 (CDIIT, 王天苗等, 1998)	3-71 個月	直接施測兒童	台灣常模
學齡前兒童行為發展量表 (CCDI, 徐澄清等, 1977)	15-72 個月	由主要照顧者回答	台北常模。原版測驗之定位為教學評量工具，但在台灣被使用為診斷工具。
貝萊嬰兒發展量表第二版 (BSID II)	1-42 個月	直接施測兒童	美國常模。台灣有常模 (陳淑美, 1991), 但無使用版權。

3. 鑑定安置流程

特殊幼兒經家長、教師，及其他相關人員發現與篩檢之後，應通報至縣之通報轉介中心，再經由通報轉介中心轉介至評估中心進行診斷與鑑定，目前台灣是以在醫院設立聯合評估中心的方式來進行此部分。然後，由評估中心轉介適當的療育服務單位，讓幼兒能接受最適宜的介入服務。

不過，目前台灣各地聯合評估中心與通報轉介中心和下游的療育服務機構之角色仍未釐清以及合作機制尚未完善。此外，由於現行之服務系統未充分整合，0-3 歲之幼兒的服務是由社政單位承辦，3-6 歲幼兒的服務則是由教育單位承辦。（近年，政府將推動幼托整合的工作，分工將調整為 0-2 歲及 2-6 歲，但承辦單位之間仍待整合。）因此，經評估中心確診的幼兒，0-3 歲者通常自行在療育與醫療復健單位選購（shopping around）服務；3-6 歲者則可通報教育局，然後再次接受「鑑定輔導委員會」的評量，以確認服務需求，接受服務安置。

0-3 歲者的服務選擇有療育機構的日托或時段制課程；以及醫療院所之復健單位所提供的治療課程，每次約半小時。3-6 歲者則經教育局可能被安置於特教班、資源班、巡迴輔導班、在家教育，與普通班等。詳細於第四章討論。

4. 教學評量階段

由於上述階段所使用的標準化評量著重於與常模的對照比較，無法具體反應出兒童的個別學習需求。因此，當一位特殊兒童經過鑑定確認其符合特殊教育的服務資格之後，仍需要繼續接受教學評量（包括形成性與總結性評量）以找出其學習的能力起點，才能進一步擬定其教育目標及相關的教學計劃。常用之教學評量以非正式評量為主，可能的評量方式有課程本位評量、功能評量、生態評量、訪談、觀察、檢核表、評定量表、問卷、實作評量、和社會計量法。以下介紹最常用到的生態評量、功能評量，和課程本位評量。

(1) 生態評量

由於個體的行為是個體與環境中的因素互動的結果，為了使個體適應良好，就該瞭解個體所在的環境中所需使用的行為和能力，並協助學生學習這些能力。生態評量即直接針對個體在其目前及未來所屬的各項環境中，例如家庭、學校及社區，所表現出的各種能力進行評量分析。故其為一個別化的評量過程，其目標著重在協助學生成功的適應。評量重點為學生目前及未來可能接觸的環境所必須的行為功能。並透過訪談、觀察等多種蒐集資料的方式來瞭解與分析。其進行步驟包括：

- 決定學習領域，例如精細動作或生活自理，
- 詳列目前及未來的主要環境，例如家庭或幼托園所，
- 詳列次級環境，例如家裡的客廳或幼托園所的教室，
- 詳列一般人在該次級環境之活動，
- 決定優先活動，
- 進行活動分析，
- 進行所需行為與能力的工作分析與差異分析，
- 列出教學目標，
- 依據目標，設計教學內容。

生態評量的結果與教學連結的十分密切，其結果可直接作為教學目標與內容。但是其評量過程頗耗時費力。

(2) 功能性評量

功能性評量主要是要找出行為問題的功能，即其發生的原因，再根據行為問題的功能/原因予以介入。其背後的假設為行為是由環境中的刺激所控制的，這些刺激和行為的發生情形就成為找出行為原因的線索。在蒐集刺激和行為資料時，具體的內容應包括前提事件(A)、目前的行為表現(B)、行為後果(C)，即所謂的ABC觀察步驟，格式如下表：

表 3-4 A-B-C 功能性評量的觀察紀錄格式

觀察者： _____		個案姓名： _____			
目標行為：					
日期	地點	前提事件 (A)	目前的行為表現 (B)	行為後果 (C)	備註
提出的假設與對策：					

參考資料：張世慧、藍瑋琛(2005)

紀錄及分析行為問題功能的過程可分為下列步驟：

- 正確描述行為表現(B)，
- 正確描述行為後果(C)，
- 探討行為問題的前因/ 前提事件(A)，
- 根據 ABC 觀察到的行為模式，形成對行為問題產生之功能/ 原因的假設，
- 針對上述假設，提出對策以預防行為問題繼續發生。

在形成假設與提出對策時，應注意下列基本原則：

表 3-5 運用功能性評量觀察表解釋所蒐集資料的基本原則

項 目	內 涵
原則一	檢視行為，以決定何種行為正在發生，發生的頻率，以及某些或所有行為似乎是共同發生的。
原則二	檢視表格，以了解行為是否在特定的時間內一致性地發生，以及特別指標是否與特別行為的發生有一致性關係。
原則三	考量表格的感受功能與真正的行為後果，來確認不同行為的可能功能及維持它們的行為後果。
原則四	基於觀察資料，決定先前的結論性陳述是否是正確的，是否應該被修正或放棄，及是否需要發展額外的陳述。

參考資料：張世慧、藍瑋琛(2005)

功能性評量可以提供關於行為問題的客觀資料，並以「支持性」的態度來提出應對策略。但通常觀察者需經過適當的觀察技術訓練以確保評量結果的可信程度。

(3)課程本位評量

另一種在學前階段常被使用到的教學評量為課程本位評量。課程本位評量乃以實際上課的課程內容來考量學生的能力，以決定他們的教學需要。其教學與評量並重，著眼於將測量所得資料直接用於教學，提供教學者快速而有效的資訊。課程本位評量的基本特性包括：

- 測驗內容選自於一套可配合使用的課程中，
- 應經常且重覆施測以瞭解學生能力的進步情形（至少每三個月一次或更常），
- 測驗結果可直接使用於教育決定。

課程本位評量主要可分為下列三種種類：

表 3-6 課程本位評量的種類

種類	著重	結果呈現方式	其他
流暢性	學生反應速率	某時間單位內的正確反應次數	操作簡易，能快速反應學生的進步
正確性	學習內容對學生的難易度	正確反應與錯誤的比例	操作簡易，在學校最常使用
標準參照	瞭解學生在預先依難易順序排列之能力目標上的表現	學生對目標的精熟水準	最常使用於學前特教課程

雖然一般來說，學齡階段流暢性課程本位評量的使用較為普遍。但是，由於學前特殊教育階段主要以發展性課程為主，因此，在此階段最常使用的乃是依難易順序排列能力目標之標準參照課程本位評量。目前在台灣常被使用的學前課程本位評量如下：

表 3-7 在台灣常使用學前課程本位評量

工具名稱	年齡範圍	特色	備註
學前特殊教育課程（王天苗等，2000）	0-6 歲	內容豐富且具特殊訓練課程 / 有家長版	可於 www.set.edu.tw 免費下載
AEPS	0-3，3-6 歲各一冊	分有長短期目標	1993 出版，2000 被譯為中文，心理出版社
兒童訓練指南	0-6 歲	內容豐富	1987 香港協康會出版，2001 台灣由第一社會福利基金會出版
Portage 早期療育指導手冊	0-6 歲	較其他課程本位工具簡易	1975 出版，1984 年被譯為中文
嬰幼兒早期療育課程綱要	0-6 歲	有電腦軟體可畫頗面圖	2004 出版

參考文獻

- 陳麗如 (2006)。特殊學生鑑定與評量。台北：心理。
- 張世慧、藍瑋琛(2005)。特殊學生鑑定與評量。臺北市：心理。
- 廖華芳(2004)。小兒物理治療學。台北市：禾楓出版社。
- 傅秀媚譯 (1998) 嬰幼兒特殊教育：出生到五歲 (Frank G. Bowe 著)。台北市：五南。
- 鍾莉娟譯 (2004)。早期療育手冊 (Shonkoff, J. & Meisels, S. 著, 2000)。台北：心理。
- McLean, M., Wolery, M., Bailey, D. (2004). *Assessing Infants and Preschoolers with Special Needs*, Third Edition. Englewood Cliffs, NJ: Merrill/Prentice Hall.

第四章：學前特殊教育的服務系統

曾淑賢、柯雅文

一、個別化服務計畫（IEP/IFSP）

特殊幼兒經過發現、通報、篩檢、轉介、鑑定安置等過程後，將依下圖早期療育方案的實施過程接受療育服務：

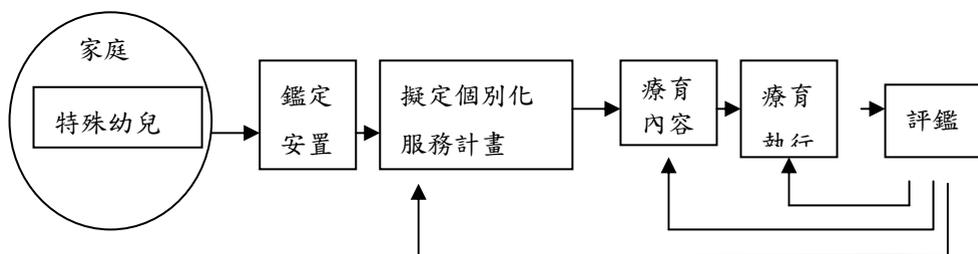


圖 4-1 早期療育方案的實施過程

由上述圖中，可以看到個別化服務計畫（IEP/IFSP）的重要性，為接下來療育服務的起點。由於每個特殊兒童的發展狀況與需求都不相同，所以針對其差異規劃不同的、個別的療育計畫是相當重要的。目前國內普遍為學前幼兒使用個別化教育計畫（IEP），也有少數單位依照國外的方式，為0-3歲幼兒採用個別化家庭服務計畫（IFSP）。特殊幼兒教育的專家學者體認到在早期階段，家庭在幼兒生命中扮演了極為重要的角色。因此，在幼兒階段，如果單憑教育單位的服務與醫療單位的治療，而家庭無法配合的話，那麼其成效是相當有限的。因此主張將家庭需求列

入評量項目之中。因此，IEP 與 IFSP 二者的內容稍有不同，IFSP 更強調將家庭需求評估結果與所需的服務列入計畫之中。二者的內容簡列如下：

(一) 個別化教育計畫 (IEP)：

特殊教育法第 18 條：「本法第二十七條所稱個別化教育計畫，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：

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。」

(二) 個別化家庭服務計畫 (IFSP)：

1. 明確指出家庭關切、優先的事項與資源；
2. 指出家庭活動場合；
3. 實施功能性評量；
4. 合作研擬出所期待的成果；
5. 分派療育工作的責任；

6. 提出執行計畫的策略；
7. 評鑑療育活動已確保服務品質。(何華國，2007)

IEP/IFSP 服務計畫應由相關專業人員所組成的團隊，包括家長，共同設計而成的。所擬定的計畫，成為療育服務的基礎。療育服務的專業人員根據其內容去設計療育活動。實際執行後，再評量兒童的表現，以評估 IEP/IFSP 目標達成的狀況，以作為繼續調整療育服務的指標。

二、 療育服務內容與形態：

(一) 服務內容：

對特殊幼兒的療育服務部份，教育局除提供部分的特殊教育班及融合班的名額外，教育局與社會局的主要服務方式以補助為主。無論幼兒至醫療或教育機構進行療育皆可申請固定金額的補助。此外，個案管理中心所提供給家庭的服務內容則包括經濟支持、交通服務、臨時托育服務、家庭功能重建、親職教育的提供、社會支持網絡建構等等。

(二) 服務型態

早期療育服務因服務理念、服務對象、資源分布、政治制度、社會條件、文化特色、專業狀況等因素的差異，而有不同的服務型態：

1. 家庭本位(home based)療育服務方案：係於特殊幼兒或其主要照顧者家中提供服務。

2. 中心本位(center based)療育服務方案：一般係採團體的方式，特殊幼兒被帶到早療中心或發展中心接受早期療育服務。通常父母或主要照顧者會被要求陪同。
3. 家庭與中心本位混合(combination home and center based)療育服務方案：這種服務會在特殊幼兒家中提供服務，直到他們至少十八個月大時。爾後，他們逐漸增加到早療中心接受服務的時間與頻率。目前國外的早期療育服務觀念強調以家庭為中心、重視個別化需求、採取整合式治療、實施於融合的環境、注意轉銜的安排，以提供綜合、協調、單位間系統性的服務為主。

三、國內現有學前特殊教育的服務模式：

在行政體系中，我國現行的學前特殊教育包含特殊教育及幼兒教育，分別由教育與社政系統來辦理。中央主管機關以教育部及內政部為主，地方政府則由教育局和社會局來執掌。最近，縣市政府教育局將特殊教育與幼兒教育合併為「特殊暨幼兒教育課」，以整合行政資源方便辦理學前特殊教育。(周俊良等，2006)。特殊幼兒接受服務的方式以與一般兒童混合就讀或以在教養機構接受特殊教育為主。目前台灣的早期療育服務主要可分為下列四種模式：

(一) 學前融合班

近年來，由於融合教育的興起，愈來愈多特殊幼兒進入公立幼托園所的普通班就讀。依據教育部特殊教育統計年報，2006年各縣市學前階段總共安置 9638 人，其中 5502 人在普通班接受特殊教育服務。特殊幼兒不再只是安置於集中式的特教班級，超過半數是融合於一般幼托園所的普通班級中就學。融合班的作法也依地區有所不同，但特殊幼兒皆全時間進入普通班級，成為普通班的一份子。但依其融合比率可分為：

1. 社區式：班上只有 1~2 位特殊幼兒；
2. 合作式：普通幼兒和特殊幼兒按比率混合，例如一個班級有一名學前班教師及兩名學前特殊教育教師同照顧普通幼兒及特殊幼兒，普通幼兒與特殊幼兒人數比率為 2:1。

當特殊幼兒進入普通班時，幼兒的主要照顧者便為幼教老師，但是大部份的幼教老師對於教導特殊幼兒的專業知能並不足夠。因此，各地教育局或社會局，以及園所長逐漸重視提供幼教老師特殊教育的支持。教育局或社會局主要是以提供演講研習和巡迴輔導服務的方式，有些園所則會聘請特教老師在園內協助。巡迴輔導服務乃是特殊教育教師採時段的方式進入有提供融合教育的幼托園所普通班，通常每次一小時，以其專業輔導協助幼教教師能在日常情境中引導特殊幼兒的學習與發展。許多巡輔教

師會以將特殊生抽離的方式，進行一對一的補救教學。

目前巡迴輔導服務的質與量皆仍待提升中，尤其是在私立幼稚園及托兒所，常常缺乏特殊教育的支持服務。這樣的安置型態只能稱為混合，而非融合。為了順應融合的潮流，配合政策，家長及園方都需要審慎評估特殊幼兒及家長的需求，並努力爭取支持性服務，才能使特殊幼兒在安置的過程得到適性的服務，而非混合而已！（吳淑美，1998）

（二）資源班：

資源班是指接受該種服務的特殊學生部份時間在普通班與一般學生一起上課，部份時間到資源教室接受資源教師的指導。希望特殊學生在這種安排下，發揮最大的潛能，並發展社會適應能力，順利的在普通學校就讀。

這樣的班級可能以下列三種方式進行：

1. 抽離式課程：特殊幼兒抽出部分時間到資源班接受輔導。
2. 融入式課程：由資源班教師進入普通班級提供協同教學、合作諮詢，使特殊幼兒在原來普通班級上課。
3. 外加式課程：不影響普通班作息，另安排午休或早自習時間提供輔導。
4. 上述三種方式的共通點就是只有在資源班的時間才接受特教服務。

(三) 學前特教班

特教班是指附設於普通公立學校或私立療育機構，而以特殊學生為招收對象的特殊教育班級。學生進入該班後，一切的活動均在班級內進行，因此，又稱為自足式特教班。這樣的班級又可分為只招收一類的特殊幼兒，例如學前啟聰班以招收聽障幼兒為主；以及各種類別均收，例如啟幼班可能招收多種類別的特殊幼兒。

普通公立學校附設的特教班目前多以招收 4-6 歲的特殊幼兒為主，未來應會配合法令規定將招生年齡向下延伸。需經縣市政府鑑定、安置與輔導委員會召開會議綜合研判資料，即可依學生能力及家長意願被安置於特教班。其上課方式比照國小特教班，一班設合格二位特教老師，學生數上限為十二名，大部分縣市均不設下限。私立療育機構的特教班則較無年齡等限制，由各機構自組評量鑑定小組，惟需領有殘障手冊者才可入學。但在師資資格上，由於幼稚教育階段的特殊教育教師缺乏，私立機構所晉用之教師大都非本科系畢業之大專生，較多以教保人員為主。師生比例則依學生殘障程度之不同作為分班之依據。如重度殘障之學生約 1：1 或 1：2 之師生比，中度障礙者約 1：3 或 1：4，而輕度者則約 1：6 或 1：8。

雖然學前特教班全部都是特殊幼兒，但有些班級會透過活動

安排特殊幼兒與普通幼兒互動，提供特殊幼兒與普通幼兒統合或互動的經驗。安排的方式可以有列三種：

1. 特殊幼兒在某些時段參與普通班級活動：例如參與普通班的唱遊課等，和目前回歸主流的方式類似。
2. 安排普通幼兒到特教班：讓普通幼兒參與特教班的課程方式稱為反回歸主流(Reverse mainstreaming)。
3. 全時安排比特殊幼兒人數少的普通幼兒到特教班，和特殊幼兒一起學習。使普通幼兒作為特殊幼兒模仿的對象。

(四) 私立療育機構附設之時段制早期療育班

許多私立療育機構亦提供時段制的服務，通常每次一小時，家長與幼兒至機構接受服務。在家長陪同下，專業人員對特殊幼兒進行一對一教學。透過讓家長觀摩療育的過程中，專業人員也會適時指導家長如何將療育在家中的情境繼續教學，讓療育成效能發揮至最大。

(五) 醫療復健模式

目前台灣早期療育服務的一大主流即醫療復健模式。醫院或復健診所提供時段式之療育服務，包括一般或特殊醫療、物理治療、職能治療、聽語治療、行為治療、復健醫學及兒童心智科等。通常每次半小時，家長與幼兒至醫院或復健診所接受服務。但大多數治療師並不鼓勵家長陪同進行療育，也較少花

心力引導家長如何將療育在家中的自然情境運用教學。此為這模式最大的缺陷，畢竟早療文獻所支持的有效服務模式是能讓介入盡可能地融入特殊幼兒的日常生活作息。

(六) 到宅服務

到宅服務為特殊教育家訪教師採時段的方式到特殊幼兒的家庭，通常每次一小時。在家長陪同下，家訪教師對特殊幼兒進行一對一教學。透過讓家長觀摩療育的過程中，也會適時指導家長如何將療育在家中的情境繼續教學，讓療育成效能發揮至最大。

教育單位所提供之到宅服務稱為「在家教育」巡迴輔導，主要是針對無法到校接受教育的重度障礙學生。而部分縣市的社福單位則非以障礙程度作為提供服務的依據，乃是由於家庭對三歲以下的幼兒扮演相當重要的影響角色，所以參照國外的模式提供到宅服務。

參考文獻

- 朱敬先(2000)。《**幼兒教育**》。台北市：五南圖書出版股份有限公司。
- 何華國(2007)。《**特殊幼兒早期療育**》。台北：五南圖書出版股份有限公司。
- 吳淑美(1998)。《**學前融合班教學理念篇**》。台北市：心理出版社。
- 周文良(2006)。《**幼兒特殊教育導論**》。台北：偉華書局有限公司。
- 周俊良、范智敏、陳冠蘭、劉蔚萍、李昆霖、劉心霖(2006)。《**幼兒特殊教育導論**》。台北市：偉華書局有限公司。
- 曾嫻婷、劉明松(2006)。《**學前身心障礙學生巡迴輔導制度實施現況與未來之探討～以臺中縣為例**》。台東特教 95 年 6 月 第 23 期 第 12-16 頁。
- 內政部兒童局網站：身心障礙者服務資訊網。
<http://disable.yam.org.tw/resource/life/down/schage/ch02a.htm>
- 國立教育資料館，
http://3d.nioerar.edu.tw/2d/special/test/test_0101.asp

第五章 學前特殊教育課程與教學

潘惠銘、曾淑賢

當特殊幼兒經過鑑定安置的過程後，並有了個別化服務計劃，接下來，我們所關注的就是他/她的教育目標要如何達成。本章即就學前特殊教育的課程與教學來回答該教什麼及如何教以達成教育目標的問題。

一、學前特殊教育課程

學前特殊教育課程之理論源遠流長，不同理論觀點也可能在同一課程中被應用。因此，不同學者可能運用不同的分類方式。為能有系統並簡要地呈現各種課程之特色，我們在此粗略地以課程擬定的根據來稍作分類。此外，由於一些常見的幼教課程取向在實施融合教育時也會被運用在擬定特殊幼兒的學習目標與內容，因此在此一併介紹，例如以發展指標與建構理論為基礎的課程。各類的學前特殊教育課程簡述如下：

(一) 依特定領域目標設計課程之「發展性課程」

首先在此介紹的是「發展性課程」。所謂的「發展性課程」其基本假設是人類是依照發展階段的預期順序成長或發展的，即里程碑的概念，而每個階段是下一個更高的能力階段的先備條件。因此，在設定教學目標時，主要依據學生身心發展的順序來加以選擇（國立教育資料館）。也就是以幼兒的發展領域為主，

再訂出副領域，而從副領域中找出目標，利用工作分析法逐步達成鎖定之目標。例如發展領域為生活自理，副領域為自我餵食，再加以擬定教學目標。此課程取向是學前特殊教育最常運用的一種。之前在第三章所提過的幾套課程皆屬此一取向。

表 5-1 在台灣常使用學前特殊教育課程

課程名稱	特色	備註
學前特殊教育課程 (王天苗等, 2000)	內容豐富。包括感官知覺、粗動作、精細動作、認知、溝通、社會情緒、自理與居家等七大領域。	分一般課程和特殊訓練課程。 有家長版。 對動作障礙、認知障礙、語言障礙、自閉及注意力缺陷過動等幼兒也提供指導原則建議。
AEPS (嬰幼兒評量、評鑑及課程計畫系統)	包括精細動作、粗大動作、生活適應、認知、社會溝通以及社會等六大領域。	1993出版, 2000被譯為中文, 心理出版社。 分有長短期目標。
兒童訓練指南	內容豐富。包括大肌肉、小肌肉、日常生活技能、社交/情緒、智能及語言六大領域。	1987香港協康會出版, 2001台灣由第一社會福利基金會出版
Portage 早期療育指導手冊	包括嬰兒刺激活動、語言、動作、認知、生活自理、社會行為等領域。	較其他課程簡易。 1975出版, 1984年被譯為中文。
嬰幼兒早期療育課程綱要	有電腦軟體可畫頗面圖	2004出版

這些課程皆提供有作為課程本位評量的檢核表。在各領域的教學目標也有對應的教學內容與策略。此外，除了說明安排環境時的注意事項之外，並透過範例描述如何運用幼兒平日的作息活動，以及設計有趣且功能性的活動，來達成其教學目標。提供早療相關專業人員完整而有系統的課程規畫藍圖，為實用性極高的課程，並在台灣皆可輕易透過網路或出版單位取得。

但是，由於發展性課程的學習材料通常和日常生活環境無關，造成學生類化的困難。因此，學者進一步提出所謂「功能性課程」及「生態功能性課程(ecological-functional curriculum)」。生態功能性課程在選擇教學目標時，會考量兒童本身的能力以及在適應其所處的生態環境上的獨特需求，因此，其課程設計不僅符合兒童個別能力的差異，同時更強調增進環境適應的能力。生態功能性課程最初是運用在重度及極重度年齡較大的特殊兒童，後來也運用在特殊幼兒。課程內容主要包括適應未來生活的先備能力如：生活自理、職業技能、休閒娛樂、溝通技巧及與正常人互動。代表性課程範例如：Holowach（1989）的社區本位之「個別化重要技能模式」。

(二) 依刺激特質來設計課程

針對有特定感官障礙的兒童，課程的設計會以身體及感官功能的需求來設計訓練內容。這樣的課程在啟明或啟聰班級較常

見。如在一般特殊幼兒班級中，多與其他課程取向並用。例如感覺統合訓練（吳東昇，2001；柯雷諾維茲，2005）及感覺訓練（Zimmermann, 2002）。還有學前特殊教育課程（王天苗等，2000）中的特殊課程主要針對視障及聽障幼童分別提供定向行動、及聽讀與說話訓練。

（三）醫療模式（Medical Model）：

在台灣，由於評估鑑定任務建置於醫療系統中，所以許多特殊幼兒最先接觸到的專業介入模式就是醫療模式。醫療模式介入以醫療復健為療育內容，包括一般或特殊醫療、物理治療、職能治療、聽語治療、行為治療、復健醫學及兒童心智科等。醫療模式的專業度讓家長容易信服，也能針對兒童生理性的問題作深入的瞭解與建議。但醫療模式常造成的負面效應有：問題缺陷等負向觀點導向，容易對特殊需求的孩童及家長有標籤的作用；強制性的要求個案及家庭配合改變；家長常需帶著幼童花許多時間排診斷與治療等等。

此外，對於診斷結果，家長經常只被告知孩子的問題，沒有後續的心理調適及家庭整體支持策略的提供；並且在治療過程中，家長經常要扮演協同治療師（co-therapist）的角色，造成親子關係的緊張衝突、家長的罪惡感及匱乏（Burn-out）…（Speck, 1989）。最重要的是，問題缺陷的觀點導向讓療育課程的重心主

要在補救問題，較少著力於將療育融入兒童生活的自然情境。此為這模式最大的缺陷，畢竟早療文獻所支持的有效服務模式是能讓介入盡可能地融入特殊幼兒的日常生活作息。

(四) 依發展指標來安排課程

幼兒教育及坊間的幼兒主題課程教材最常使用的就是依發展指標來設計課程，即依各年齡層固定的發展指標作為課程的主要內容。發展指標的基礎是根據美國幼兒教育協會(the National Association for the Education of Young Children, NAEYC)所倡導的觀點。其所提倡的「發展合宜實務」是幼教專業人員決定適合於孩子福祉及教育的決策結果，其決定應根據三方面的知識：

1. 根據一般兒童發展與學習的知識，對特定年齡層的孩子提供安全、健康、有吸引力、有興趣、可達成的、以及有挑戰性的活動、教材、互動方式、或經驗。
2. 對個別孩子的瞭解，包括其優點、長處、興趣、以及需求，因此能調整和反應出個別差異。
3. 關於孩子所屬的社會和文化背景的知識，以提供有意義的、和孩子文化社會相關的、並能尊重孩子和其家庭的學習經驗。

依發展指標設計的課程發展性適當性課程受皮亞傑的建構

理論影響，視發展為生理及兒童自發性與環境互動兩方面帶來的結果，重視學習的內在動機。其基本理念認為孩童在他的發展時機來臨的時刻就自動會成長，因此教育者的角色採取被動、保留、不干預的態度，只提供必要的協助如提供配合發展的環境 (activity areas: 學習活動角落)、開放性課程、教材、引導。因此課程以兒童為中心並重視遊戲的重要性，容許孩童有選擇及自我決定權。依發展指標設計的課程的對學前特教班中障礙程度較重度的學童之效果不佳。但近年來由於融合教育的推廣，特殊幼兒接受這樣課程的機會愈來愈多。

對於課程內容，NAEYC 提出九項原則：

1. 適性發展課程涵概蓋所有的兒童發展領域，包括：身體、情緒、社會、語言、美感和認知領域。
2. 課程包括大範圍的跨學科的內容，內容是和社會相關的、須需智能的參與、以及對學習者有個人的意義性。
3. 課程是以學習者已知的為基礎，以堅固其已學得的，並促增進心新概念和技巧之學習。
4. 使用有效的課程計畫來整合傳統的科目區分，以幫助幼兒做有意義的聯結及發展豐富的概念，而只集中在某一科目範圍是有用的技巧，或可偶爾用之。
5. 課程能促進知識和瞭解的發展、過程和技能、使用該知的

及繼續學習的興趣。

6. 課程內容應具有統整性，反映出學科的重要概念和方法，並應是在幼兒年齡範圍內可達成的。例如孩子可以進行科學實驗、寫字、表演、解題、收集和分析資料、收集口述歷史，以及表現出各種的專家角色。
7. 課程提供支持幼兒家庭文化和語言的機會，同時也發展所有孩子參與學校和社區共同文化的能力。
8. 課程目標應該是實際的，大多數幼生在其年齡層班級內可達成的。
9. 科技的使用應該是整合於課程和教學中的，包括身體的和哲學上的。

此外，學習活動必須真實、具體和與孩童有關聯的。隨著能力的增長，可在活動的複雜度、抽象性及挑戰性上提升。善用遊戲、兒童的興趣和主動學習的特點。教師應當預備妥善的環境以利孩童主動探索及生理、社會及認知各層面上能與教師及同儕有互動。

依發展指標設計的課程範例如：自我概念課程（Essa & Rogers, 1992；陳滄堯，1998）。此課程融合了發展理論、生態理論、遊戲理論、發展合宜(developmental appropriate)及自我認同的概念，提供學前教育機構在設計課程時一個符合幼兒發

展的共通的、個別獨特的、可調整性高的、循序漸進有延展性的、連貫的、以社會為中心的架構。主動學習是自我概念課程的基礎，老師提供環境及教材，刺激學生能產生自發性的探索遊戲的行為，如此透過建立幼兒與四周環境事物產生互動關係，讓幼童在探索具體的事物中學習。

自我概念課程分為四個「主題圈」：幼兒主題圈、家人與家庭主題圈、朋友與學校主題圈、社區與社區服務者主題圈。每一主題圈又包含八個區段：認同、角色與關係、環境、運動、安全、生理、食物、溝通。課程由第一主題圈幼兒第一區段認同開始到第八區段溝通，然後以同樣形式執行第二到第四主題圈各區段的內容。為肢障、視障、聽障、心智障礙及語言發展遲緩的幼兒也有提供課程調整的具體建議。

(五) 依建構理論來安排課程

依建構理論來安排的課程是根據建構理論的原理原則來設計課程。其主要以 Piaget 的認知理論(cognitive theory)及建構理論(constructive theory)為基礎。例如先認識事物的基本屬性及規則(ordination)，再增加學習的數目(cardination)，最後才進到保存的問題(conservation)。

代表範例如認知理論課程。採認知互動及認知發展的觀點，強調兒童是在實際生活場域親身的經歷與活動的過程中發展自

己的思考、語言及各樣技能。學習環境要提供許多可以發展兒童思考能力的機會。課程架構以四個主要領域內容為主軸：分類、順序、時間關係和空間關係。以兒童為中心，讓兒童發展有意義的描述能力及了解物體和事件的關係。課程之特色如下：

1. 教師應熟悉兒童發展，謹慎規劃適合兒童發展的活動及課程目標，建立每天固定的作息規律。
2. 教室分幾個學習中心，每個中心依不同活動提供相關教材。
3. 促進兒童透過親自計畫、探索、提問及遊戲主動學習，以促進兒童的思考能力。
4. 失敗經驗被視為成長必經的過程，不會刻意地避免。

另一個代表範例如高瞻課程(High/Scope Curriculum)。為Weikart 等人從 1962 年開始為低社經地位家庭生活的三到四歲幼童逐步發展的課程 (Schweinhart, Barnes, & Weikart, 1993; 楊淑朱, 2003)。高瞻課程強調孩童主動探索的特質，鼓勵學生計畫、執行及評估自己想做的活動。活動以兒童為中心，配合個別的興趣及發展速度，透過提供器材及環境、維持固定的作息、跟孩子一起準備、一起期待某事物的發生。教導者是兒童活動的促進者、認可及支持者。從高瞻課程幼兒可以學習到創造性表達能力、語言和讀寫能力、自發性和社會能力、動作能力、音樂韻律的能力及分類、序列、數、空間與時間等抽象認知概念的能力。

此課程及類似課程的長程效益比較研究發現，以兒童自主學習的課程較以老師為主導的直接教學課程，長大後的孩童之表現較優，包括較少出現行為及情緒障礙的困擾，較少有犯罪違規的記錄，升高中並成功地完成學業、結婚、規律地工作比率較高，並較常從事自願性的服務工作 (Karnes, Schwedel, & Williams, 1983; Miller & Bizzell, 1983; Schweinhart & Weikart, 1997)。

(六) 行為理論課程(behavioral curriculum)

60 至 90 年代以前行為理論課程在早期療育領域一直都獨佔鰲頭，主要是透過環境刺激的操弄控制，改變孩童行為學習。並運用直接教學法和行為改變技術如行為塑造、增強等策略達到行為建立及調整的目的。課程原則包括：

1. 教師首先要透過評估確定孩童關鍵性的能力缺陷，設定為目標行為，
2. 對此目標行為做工作分析，切割複雜行為技能成多個簡單能迅速習得的行為步驟，
3. 教師直接教學各行為步驟，並適時增強兒童，反覆練習直到兒童學會該項行為，
4. 教師評量是否兒童學會目標行為技能。

以著名的 Lovaas 的自閉症兒童訓練課程為例

(Lovaas, 2003)，系統化地建立行為刺激、反應、與增強模式後，以一對一方式每周密集教學 35-40 小時。並有系統地將已建立的行为類化到自然情境；課程執行時教師不斷評估學生反應並調整課程進度內容(Lovaas, 2003)。

後期的行為理論課程，較強調應用在自然生活情境活動中建立目標行為(Noonan & McCormick, 1993, 2006; Rossetti, 1996)，且強調使用提高行為類化效果的教學策略。在行為建立時，透過了解孩童、家庭、同儕及社區的需求及生活型態來規劃在日常生活能執行的教學內容，並且及建立適應現在和將來生活環境功能性的技能 (McDonnell& Hardman, 1988)。

代表性課程範例如活動本位課程(Bricker, 1989; Bricker & Cripe, 1992; Bricker, Weltman & Munkres, 1995; Coling & Garrett, 1995; 盧明, 2001)。融合皮亞傑(Piaget)、迪威(Dewey)及維高斯基(Vygotsky)的理論，根據三個基本假設：兒童的成長受周邊環境及社會文化環境直接或交互的影響、兒童自己是影響他成長的主角、兒童成長需要透過參與活動親自動手做的經驗才能啟動。課程以兒童為中心，強調互動。

(七) 心理社會理論課程 (Psychosocial curriculum)

心理社會理論課程是根據 Erikson (1963)的自我發展理論為藍本，主要是重視兒童發展早期社會及情緒的發展，強調兒童基本需求是從良好的關係中得到滿足(Sameroff & Emde, 1989)。課程的關鍵是提供支持的環境、提供關係發展的機會和學習認識及控制情緒的內容為主(Sameroff & Fiese, 1990)。教育者在兒童發展的早期若能顧及兒童這方面發展的需求，有系統地提供兒童發展獨立自主、自動自發、自我肯定的能力，對後續的人格發展有非常重要的貢獻，甚至可以進一步帶動其他領域能力的發展。

課程範例如親子互動介入課程(The Transactional Intervention Program, TRIP)(Mahoney & Powell, 1988)。此課程的主要內容為調整主要照顧者的互動模式，使其能更迅速敏銳地回應孩子的需求、多模仿孩子的行為動作、減少使用命令要求的指令等策略，以提升幼兒互動的頻率及品質，進一步提升兒童的發展。此課程模式倡導者的研究支持透過回應式的教學(responsive teaching)可以啟動孩童更徹底、統整性、全面性、自發的發展(Mahoney, Robinson & Powell, 1992)。

二、學前特殊教育教學

(一) 教學原則

Bailey 和 Wolery (1992) 指出在選擇有效的學前特教教學策略時，第一層考量為：

1. 沒有傷害性的介入
2. 能促進高優先技能之獲得、流暢、維持、類化的介入
3. 能促進獨立，若無法完全獨立，則部分參與比完全依賴或不參與好
4. 促進不同領域或環境中技巧的統整
5. 應根據兒童的回應模式和學習歷史而定
6. 能導致高優先技能的有效學習

而在第一層考量後沒有差異時，第二層考量應選擇為較自然、較少限制、和較少侵擾的介入，較由兒童主導，以及較簡單的教學介入。

對於教材的使用，傅秀媚 (1997) 則建議應考慮：

1. 對兒童的發展能力適合嗎？
2. 是否能提供學習經驗？
3. 是否使幼兒更加適應其周遭環境？
4. 是否引發出多種跨領域之發展性行為（知覺、視力、聽力、活動力、移動性，以及觸覺等）？

5. 是否扮演有效的媒介來改善其社交與溝通能力？
6. 是否改善並實行附屬之發展行為？(例如：一項教材其主要功能是視知覺活動，但卻能發展頭部轉動能力。)
7. 本身有多少潛能來誘導多種遊戲行為？
8. 本身是否包含可以讓多名幼兒一起玩的特性？
9. 能否有效地跨越多種的殘障狀況？
10. 是否能提供獨立經驗，或是需要他人的參與協助？
11. 是否能用來安定那些極度好動或是易受刺激的幼兒？
12. 是否能訓練較不活潑的幼兒，使其較為敏捷、較有反應？

(二) 教學方法

特殊幼兒常見的教學方法有下列幾種(傅秀媚，1997)：

1. 直接教學法：為依據行為理論運用的教學策略。主要由老師主導，針對教學目標有系統使用工作分析法來規劃設計教學內容及步驟。教學步驟組織結構清楚，內容從簡單到複雜，重視反覆練習，從最多的提示漸次減少到完全褪除提示。教師在教學過程中不斷提供立即回饋，教師主導最後會轉換成以學習者主導，可用在閱讀、算數、書寫、思考、說話及拼音等學習。直接教學法是少數經過長期研究驗證有效的教學法(Adams & Engelmann, 1996)，特別是對文化不利(Tarver & Jung, 1995)及輕度障礙的學生(Kuder, 1990)成效顯著。

2. 工作分析法：將教學目標依邏輯順序分為幾個小步驟，教學順序可從第一步驟到最後或者用倒敘方法，從最後一個步驟請學生參與，各別步驟教完再做串聯，或是循序再訓練過程中就增加步驟的數目。
3. 隨機教學法：為依據行為理論運用，但著重自然情境日常生活應用的教學策略，有利於能力的習得與維持，特別是用在語言的教導方面。注重學習動機、興趣及類化效果，在執行時常配合行為改變技術的技巧使用。教師根據教學目標佈置教學環境，如放學生喜歡玩的遊戲或玩具在兒童看得見但拿不到的地方，以促進的請求行為及後續建立主動探索或與人輪流或共玩同一樣玩具的能力。
4. 編序教學法(programmed instruction)：分析課程中的教材依難易程度及教材之間的關聯性，將教材組織成幾個小單元，各單元有其關聯性，教學從簡單的進到難的。
5. 生活經驗統整教學法：以生活常用的活動定出一個主題，在將不同發展領域的能力如語言、認知、社會適應、動作訓練等設計到活動裏面。
6. 協同教學法：常用在融合的教學情境，兩位教師共同擬定教學目標及教學內容，在實際教學時互相支援、彼此協調合作，共同達成教學目標。

7. 遊戲：提供幼兒空間、玩具素材、設備及與其他孩童及大人共玩的機會，自由發揮想像力，促進孩童全面的發展。
8. 精確教學法(Precision Teaching) (Lindsley, 1990)：是一套可以準確調整掌握學生學習表現的教學方法(Mercer & Mercer, 1998)，教學前要先做工作分析將任務分成若干小的組成成份(Component/Composite Analysis)。再接下來進行精熟練習(Fluency training)，在習得過程中持續做時間抽樣(Time probe)，並將觀察到的學習頻率記錄在記錄圖卡上(Standard Celebration Chart)。一般取樣的時間依學習的狀況從陌生到熟練，從最短 5-10 秒到最長 3-5 分鐘，從累積的記錄就可以清楚看到學生行為每分鐘出現的頻率，依照學生的學習表現是上升還是下降，老師可以調整學習內容及速度(Binder & Watkins, 1990；Chiesa & Robertson, 2000；Keel, Dangel & Owens, 1999)。教學成效研究發現精確教學法對回歸主流的輕度障礙學生有幫助(Stump et al., 1992)。

三、選擇學前特殊教育課程與教學的原則

實徵性的研究發現，學前特殊教育常用的教學方法中，在幼稚園轉國小階段以老師主導的直接教學法的教學成效較佳。但是長期追蹤看來，以兒童為主導比以老師為主導的課程教學模式的

效果更好，且指出有效的教學應注重孩童情緒、社會及認知的發展、教學時班級氣氛及師生關係的經營以及學校家庭及社區對學生的影響(Golbeck, 2002)。

整體而言，在規劃學前特殊教育課程與教學時，應考量以下原則：

1. 以日常生活情境為主，需具備功能性
2. 符合幼兒發展之能力
3. 注重個別差異
4. 提供主動學習活動的機會
5. 提供重複練習機會
6. 步調不可過快
7. 提供成功的學習經驗

參考文獻

- 王天苗等編著(2000)。學前特殊教育課程。教育部特殊教育小組印行。
- 吳東昇(2001)。感覺統合指導手冊。台北市：宏欣文化。
- 柯雷諾維茲(2005)。玩出優秀，玩出健康。115個促進感覺統合的簡單遊戲。台北市：久周。
- 陳滄堯(譯)(1998)。幼兒課程 - 從發展模式到實際應用。台北市：五南。
- 傅秀媚(1997)。特殊幼兒教材教法。台北市：五南。
- 楊淑朱(主編)(2003)。理想的教學點子 IV：家長工作坊的重要資源/Michelle Graves 著；楊世華譯。初版。台北市：心理。
- 盧明(譯)(2001)。活動本位介入法，特殊幼兒的教學與應用。台北市：心理。
- Adams, G. L., & Engelmann, S. (1996). *Research on direct instruction; Twenty-five years beyond*. DISTAR. Seattle: Educational Achievement Systems.
- Binder, C. & Watkins, C.L. (1990). Precision teaching and direct instruction: Measurably superior instructional technology in schools. *Performance Improvement Quarterly*, 3(4), 74-96.
- Bricker, D.D. (1989). *Early intervention for at-risk and handicapped infants, toddlers, and preschool children*. Palo Alto, CA: VORT.
- Bricker, D.D., & Cripe, J. (1992). An activity-based approach to early intervention. Baltimore; Brookes.

- Bricker, D. D., Weltman, P. & Munkres, A. (1995). *Activity-based intervention*. Baltimore, MD.: University of Oregon, Early intervention program.
- Chiesa, M. & Robertson, A. (2000). Precision teaching and fluency training: making maths easier for pupils and teachers. *Educational Psychology in Practice*, 16(3), 297-310.
- Coling, M. C. & Garrett, J. N. (1995). *Activity-based intervention guide: with more than 250 multisensory play ideas*. Tucson, Ariz.: Therapy Skill Builders.
- Essa, E. L. & Rogers, P. R. (1992). *An early childhood curriculum. From developmental model to application*.
- Golbeck, S. L. (2002). *Instructional models for early childhood education*. Office of Educational Research and Improvement (Ed), Washington, DC.
- Karnes, M. B., Schwedel, A. M., & Williams, M. B. (1983). *A comparison of five approaches for educating young children from low-income homes*. In consortium for Longitudinal Studies, AS THE TWIG IS BENT... LASTING EFFECTS OF PRESCHOOL PROGRAMS (pp. 133-170). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Keel, M. C., Dangel, H. L., & Owens, Sh. H. (1999). Selecting instructional interventions for students with mild disabilities in inclusive classrooms. *Focus on Exceptional Children*, 31 (8) .
- Lindsley, O. R. (1990). Precision teaching: by teachers

- for children. *Teaching Exceptional Children*, 22(3), 10-15.
- Lovaas, I. O. (2003). *Teaching individuals with developmental delays. Basic intervention techniques*. Austin: Pro-Ed.
- Mahoney, G., & Powell, A. (1988). Modifying parent-child interaction: Enhancing the development of handicapped children. *Journal of Special Education*, 22, 82-96.
- Mahoney, G., Robinson, C., & Powell, A. (1992). Focusing on parent-child interaction: The bridge to developmentally appropriate practices. *Topics in Early Childhood Special Education*, 12, 105-120.
- McDonnell, A., & Hardman, M. (1988). A synthesis of “best practice” guidelines for early childhood services. *Journal of the Division for Early Childhood*, 12, 328-341.
- Mercer, C. D., Mercer, A. R. (1998). *Teaching students with learning problems*. New York: Merrill/Macmillan.
- National Association for the Education of Young Children (NAEYC) & National Association of Early Childhood Specialists in State Departments of Education (NAECSSDE) (1991). Position statement on guidelines for appropriate curriculum content and assessment in programs serving children ages 3 through 8. *Young Children*, 46(3), 21-38.

- Noonan, M. J., McCormick, L. (1993). *Early intervention in natural environments: Methods and procedures*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Noonan, M. J., McCormick, L. (2006). *Young children with disabilities in natural environments*. Baltimore: Brookes.
- Rossetti, L. M. (1996). *Communication intervention*. San Diego, CA: Singular.
- Sameroff, A. J., & Emde, R. N. (Eds.) (1989). *Relationship disturbances in early childhood*. New York; Basic Books.
- Sameroff, A. J., & Fiese, B. H. (1990). Transactional regulation and early intervention. In S. J. Meisels & J. P. Shonkoff (Eds.), *Handbook of early childhood intervention* (pp. 119-149). New York: Cambridge University Press.
- Schweinhart, L. J., & Weikart, D. P. (1997). *Lasting differences: The High/Scope Preschool Curriculum comparison study through age 23*. (Monographs of the High/Scope Educational Research Foundation, 10. Ypsilanti, MI: High/Scope Press or *Early childhood Research Quarterly*, 12(2), 117-143..
- Schweinhart, L. J., Barnes, H. V., & Weikart, D. B. (1993). *Significant benefits: the High/Scope Perry Preschool study through age 27*. Monographs of the High/Scope Educational Research Foundation. No. 10. Ypsilanti,

MI; High/Scope Press.

- Speck, O. (1989). Fruehfoerderung als System. In *Fruehfoerderung interdisziplinaer, 8 Jg.*, 148-156.
- Stump, C. S., Lovitt, T. C., Fister, S., Kemp, K., Moore, R., & Schroeder, B. (1992). Vocabulary intervention for secondary- level youth. *Learning Disability Quarterly, 15*, 207-222.
- Tarver, S. G., & Jung, J. S. (1995). A comparison of mathematics achievement and mathematics attitudes of first and second graders instructed with either a discovery-learning mathematics curriculum or a direct instruction curriculum. *Effective School Practices, 14*, 49-57.
- Zimmermann, A. (2002). *Ganzheitliche Wahrnehmungsfoerderung bei Kindern mit Entwicklungsproblemen*. Dortmund: Modernes Lernen Borgmann.

學前特殊教育輔導手冊

發行者：教育部特殊教育工作小組

主編：中原大學特殊教育學系暨特殊教育中心

編著：王文伶 曾淑賢 趙本強 潘惠銘（依筆劃順序）

編輯委員：曾淑賢

助理編輯：柯雅文

地址：32023 桃園縣中壢市中北路 200 號

電話：03-2656751

印刷廠商：力捷印刷設計有限公司

中華民國九十六年十二月出版

非賣品