

從屏東縣身心障礙在家教育個案訪視 看我國在家教育之問題與改善

B3-166

張英鵬

國立屏東師範學院

壹、前言

今年(九十年)七月屏東縣教育局及特教資源中心，欲利用暑期深入訪視縣境 97 位在國中小有學籍之在家教育學童，邀請師院特教系老師、社工、職能治療師組成小組，針對每位個案進行家庭訪問，觀察個案家庭環境、生活、學習、健康、醫療措施、輔具提供與使用等情形，瞭解社會福利、安置措施、教育方式、教育內容、醫療服務等適當與否並進一步做為改進之依據。筆者以四天時間共訪視了 25 位在家教育個案，由於親身目睹，與筆者經常接觸特教班之身心障礙學童相較，其障礙程度更為嚴重，加上社會景氣不振，個案家庭狀況普遍不佳，深覺其為弱勢中之弱勢，若僅靠在家教育老師蜻蜓點水式的服務，未能深入了解其需求，整合社福、醫療之專業團隊服務，似乎成為特殊教育中被遺忘的一角，特撰此文就所見所感就教各方。

貳、在家教育之優缺點與我國實施之法源

在家教育是指老師每週家訪數次，使老師與家長建立及維持密切關係，並討論先前設計及活動執行的成效(Hickson, Blackman & Reis, 1995)。老師常使用示範、行爲覆誦、回饋等方法協助訓練家長(Neisworth & Bagnato, 1987)，並能親自指導學童。示範是指老師以動作提示同時加上口頭說明，以指導家長如何教導小孩。行爲覆誦是指家長實際教導小孩以練習並內化老師所示範之作法。回饋是指家長與小孩互動時，老師觀察家長做法給予糾正、提醒與鼓勵而言。此外，爲使家長知道如何執行設計的活動，老師有責任指導家長如何糾正小孩錯誤，及記錄小孩進展的情形。

在家教育有下列好處(Hickson et al, 1995)：1.提供了個別化親職訓練機會；2.使家長主動參與 IEP 會議，共同設計適合小孩的目標；3.因爲所設計的活動是在家裡的自然情境執行，所學最能類化到日常生活中；4.老師到家定期輔導，減少小朋友因各種因素無法到校的困擾。

但是，在家教育也有下列之不利情形(Hickson et al, 1995)：1.家長提供小孩大部份教學指導責任，增加許多額外壓力。2.限制小孩與其他小朋友社會互動的機會。3.對老師而言，往返家庭與學校間提供指導，路程佔用許多教學時間。

民國七十一年公布施行之強迫入學條例第 13 條：「智能不足、體能殘障、性格或行爲異常之適齡國民，由學校實施特殊教育，亦得由父母或監護人向當地強迫入學委員會申請同意後，送請特殊教育機構施教，或在家自行教育。其在家自行教育者，得由該學區內之學校派員輔導。」提供了在家教育法源依據。不過該法由於久未修訂，內容之「智能不足」早在特殊教育法及身心障礙者保護法中均已稱爲「智能障礙」；「體能殘障」已稱爲「肢體障礙」及「身體病弱」；「性格或行爲異常」已稱爲「嚴重情緒障礙」；

「在家自行教育」已稱為「在家教育」，且未列入其他各類顯著障礙，實應儘速修訂，方能符合趨勢。同樣的，民國七十八年修訂之「強迫入學條例施行細則」第 13 條及第 15 條內容亦未能符合現況，其中有關申請部份在第 15 條第三款規定：「父母或監護人向當地(鄉、鎮、市、區)強迫入學委員會申請同意在家自行教育者，由該學區內之學校派員輔導，必要時聯絡鄰近學校特殊教育教師協助輔導」。民國八十七年修訂之「特殊教育施行細則」第 13 條規定「...申請在家教育之身心障礙學生，除依強迫入學條例第 13 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」。其名稱已稱為「在家教育」，並明訂 IEP 之家長參與權及擬定之內容，且需經一定之審查要求。

參、台灣地區在家教育學生安置現況與困境

依據教育部(民 90)特殊教育統計年報之分析，台灣地區至九十年度止之班級數(見表 1)，設於教養機構之在家教育班共 4 班，設於學校之巡迴輔導班共 91 班。其中學前有 1 班，國小共 74 班，國中共 20 班。

表 1 九十年度台灣地區一般學校在家教育班級數

類型\階段	學前	國小	國中	合計
立案教養機構	1	3	0	4
巡迴輔導班	0	71	20	91
合計	1	74	20	95

註：整理於教育部(民 90)特殊教育統計年報

在學生人數方面(見表 2)，立案之教養機構受教者共 702 人，非立案教養機構者共 35 人，由輔導老師輔導者共 614 人，由巡迴輔導班實施輔導者共 1109 人。其中學前階段有 131 人，國小階段 1489 人，國中階段 840 人，共計 2460 人。

表 2 九十年度台灣地區一般學校在家教育學生人數

類型\階段	學前	國小	國中	合計
立案教養機構	130	366	206	702
非立案教養機構	0	19	16	35
輔導老師輔導	1	383	230	614
巡迴輔導班	0	721	388	1109
合計	131	1489	840	2460

註：整理於教育部(民 90)特殊教育統計年報

在家教育老師專業背景部份(見表 3)，合格特教老師比率最高者為巡迴輔導班(41%)，其次為非立案教養機構(38%)及立案教養機構(26%)，合格率最少者為輔導老師進行輔導者(18%)，整體特教老師合格率僅 29%，由此可見在家教育老師的專業訓練仍亟待加強，尤其是學籍在普通班之在家教育學生，多由未受特教訓練之普通班老師擔任，其服務時間與能力均有所限制。

表 3 九十年度台灣地區一般學校在家教育教師人數

類型\教師	特教合格		一般合格		代理		合計	
	N	%	N	%	N	%	N	%
立案教養機構	88	26	216	63	36	11	340	100
非立案教養機構	14	38	23	62	0	0	37	100
輔導老師輔導	13	18	53	74	6	8	72	100

巡迴輔導班	57	41	57	41	24	18	138	100
合計	172	29	349	60	66	11	587	100

註：整理於教育部(民 90)特殊教育統計年報

我國在家教育師資之專門培訓，始於民國七十六年八月，於今之國立台北師院進行短期訓練，首批重度、極重度智障巡迴輔導員，隨即於七十六學年度投入在家教育行列(林貴美，民 78)。如今在家教育擴增為上述之班級與規模，師資來源亦多元化，然其所面臨之困境亦頗多，例如家庭社經地位不佳、資訊來源不足、缺乏專業師資、教師缺乏相關知識、家長欠缺諮詢管道(林寶山，民 76；黃坤謨，民 84)、行政支援不足(張嘉成，民 85)、缺乏整體規劃、學生差異過大、評估資料不足、輔導方式僵化、偏重發展性輔導，缺乏家長參與、輔導老師交通困擾等(李如鵬，民 88)。上述困境在在顯示了在家教育的問題重重，實應加以重視改善。筆者從訪視在家教育個案中，發現了更深入的問題，先分析個案情形，再探討其問題所在。

肆、在家教育學生訪視結果分析

筆者訪視的 25 位個案中，國中生有 10 位，國小學童有 15 位。其中男生 16 位，女生 9 位。主要照顧者仍以母親為主，有 16 位，祖母照顧者有 3 位，至於由手足、印傭、姑姑、教養院照顧者各有 1 位。在筆者觀察及訪談中判斷照顧者尚稱適當者有 16 位，判斷照顧實在不當者有 7 位，其中包括應可送至學校受教，但未送去者有 3 位，2 位家中父母皆有障礙，無法教養，充滿糞便惡臭，環境不佳，有 1 位被關在鐵籠中，不但與外界隔絕，且不合人道，有 6 位照顧者任其自生自滅，無法給予刺激。

在障礙類別上，有 21 位為智能障礙；5 位有身體病弱(包括肌

肉萎縮症、小腦症、白血球過多症、腎臟病等)；2 位有嚴重情緒障礙；16 位有語言障礙；20 位為肢體障礙；6 位患有癲癇。有的學童合併了上述 2 種以上的多重障礙，其中 10 位為重度障礙，15 位為極重度障礙。

在醫療處理上，目前正在服用藥物者有 14 位，包括了感冒、抗癲癇藥物、精神疾病藥物等。定期接受相關醫療診治的有 11 位，其醫療項目包括癲癇(6 位)、腎臟病(1 位)、尿酸過高(1 位)、血癌化療(1 位)、物理復健(2 位)、雷諾症候群(1 位)、異質性白質變性疾病(1 位)、長期咳嗽(1 位)。因此醫療支出往往也是家中沉重的負擔，其中進行物理復健者僅 2 位，在筆者及職能治療師看到至少有 9 位需做物理治療但並未治療之個案，可見許多家庭或由於經濟，或由於交通不便，或由於資訊不足而未提供積極性之醫療措施。

在學生能力現況方面，有高達 22 位不會自行大小便及行動，20 位不會自行用餐，19 位缺乏溝通表達能力，有 14 位因缺乏行動及照顧不當，造成肌肉萎縮，有 9 位脊椎及腿骨彎曲變形，9 位長期躺臥在床，5 位會發出怪異叫聲，4 位有刻板化行爲，3 位使用之輪椅規格不合適，有 2 位只要穿上衣服就會自行褪掉，並合併過動、吃糞便之異常行爲，有 1 位有攻擊行爲，1 位有硬骨症及水腦，1 位會習慣性吸吮手指，1 位有驚嚇反射動作。

但仍有 7 位學童具有聽覺理解能力；5 位有口語表達能力；4 位有粗大動作能力；各有 3 位有精細動作及獨立飲食、盥洗能力；各有 2 位有如廁及穿脫衣服之能力；有 1 位具有自行行動能力。

在學童之服務需求方面，依訪視所見及家長反應判斷，有 23 位需特教老師每週固定時數前來教學；有 2 位家長希望每週輔導時數增加；有 1 位家長希望每週輔導時數應減少；有 15 位需提供輔具，輔具包括了矯正鞋(2 位)、特製馬桶(1 位)、特製輪椅(9 位)、站立架(2 位)、餵食椅(3 位)、沐浴椅(2 位)、輕便推車座椅(1 位)、螃蟹車(1 位)、助行器(1 位)、手推車(1 位)、氣墊床(1 位)；有 13 位需醫療人員服務，服務項目包括高壓氧治療(1 位)、物理治療(9

位)、化療(1位)、藥物(10位)；需要社工人員服務者有11位，包括重度障礙重新鑑定為多障(2位)、殘障津貼申請(9位)、轉介精神醫療(2位)、低收入戶申請(4位)、輔具協助申請(12位)。

家長期望繼續在家教育者有22位；安置於普通班者有1位；安置於教養機構者有4位；不願任何協助者有1位。依筆者實際判斷建議，有18位到校實屬困難應繼續維持在家教育；5位則因狀況尚可，應到特殊班受教，增加社會互動機會；2位則屬不當安置，應可就讀普通班。然因普通班老師排斥，家長不願子女遭受歧視眼光，而選擇在家教育。關在鐵籠中，衣不蔽體之個案應立即轉介至精神醫療單位(隔日社會局即予安排)。由此可知在家教育之安置仍有許多盲點存在，包括學校老師排斥、家長保護心態、僅憑書面資料判斷安置方案，未看到真實個案以致誤判等問題。

伍、訪視之問題發現與檢討

酷暑中，花了四天的時間，從早上到晚上，跑遍屏東縣，深入看了許多隱藏在家中的學童，看到了許多不為人知的一面，特別感謝屏東縣教育局的邀請，及特教資源中心方相祈主任的安排與引領，觸發了筆者許多感想與發現：

一、保守觀念影響安置：保守觀念包括大男大主義、男尊女卑、生下身心障礙兒是因作孽、身心障礙會傳染等作祟。例如某個案父親怪罪母親，認為小孩是恥辱，母親在家中毫無地位，事事聽從父親之指令，該個案應可到學校受教，只因父親認為生下這個小孩是恥辱，即使父親長年在外縣市工作，母親亦不願送小孩到校上課，寧願關在家中，完全不與外界接觸，家中就算有客人來，母親亦立即將小孩帶至二樓，直到客人離開。勸導送小孩到校受教，母親只一味的稱需父親做決定，毫不考慮小孩的發展狀況。另一個案為一大家庭，也適合到校受教，當筆者與所有女性家人(含媽媽、姑姑、嬸嬸等)溝通

- 時，大家都頗為贊同，但一旦做生意的父親進來，一聽此議，即大聲否決，所有家人立刻噤不作聲，所有努力前功盡棄。
- 二、寧信另類療法，影響成效：某個案之家中篤信宗教，以密宗作法，治療子女之病情，不相信正統醫療及教育措施，甚至認為在家教育老師的輔導是一種干擾，最好都不要來，也不需任何資源，只要靠自己的信仰即可。
- 三、夫妻離異情形頗多：某個案之母因父親逃避責任，而不得不與之離婚，獨自撫養重度障礙兒，僅靠自己幫傭之微薄薪資租屋，白天工作時委託鄰居「偶而」看顧一下，所租之處為密閉之小房間，毫無設施可言。另一個案之母與先生離異後，僅靠娘家偶而接濟，生活極為困苦。至於夫妻分居或為了生計分隔兩地者亦所在多有，也造成部份個案成為隔代教養，更乏刺激機會。某個案因由年邁祖母照顧，一方面不知要給予何種刺激，一方面也由於體弱多病，個案終日躺在床上，缺乏任何刺激，仰目所見，僅是單調的天花板而已，由於久臥而頭部睡成扁平狀，腿部也因而扭曲變形。
- 四、家庭環境與社經水準普遍不佳：近一年來，台灣由於景氣不振，失業情形嚴重惡化，在訪視中有更深之體會。由於在家教育個案之父母學歷普遍不高，行業多為勞務性質，當工廠關廠時，往往成為首先被影響者，個案父母失業、待業者頗多，較佳者還有零工可做，大部份僅靠微薄之社福津貼生活。偏偏由於資訊取得不足，有些家庭連社會福利申請管道都不清楚，加上社福人力嚴重不足(屏縣僅十餘位社工)，實難主動出擊，面面俱到，形成社會照顧之死角。
- 五、惡劣的生活環境及不人道對待：某女性個案因父母擔心生理期及被欺侮，而由醫生以手術拿掉其子宮，引發了是否合法合宜之慮，父母是否有權逕行拿掉子女之器官？若可行，其前提為何？程序為何？執行手術之醫生是否亦違法？查遍法律並無此規範。頗值有關單位基於人權予以重視。某男性個案因過動，有攻擊傾向，不穿衣物，亂食症(pica)，加上隔代

教養之無力，而被關在鐵籠中，在此情形下，竟也無任何鄰居或老師反應告發，直到此次訪視才被「發現」。另一男性個案亦是衣不蔽體，隨意排便，亂食症加上父母中風及智障，而全家終日關在頂樓公寓，進入大門只聞滿室惡臭，毫無生活品質可言，令人不勝唏噓。

- 六、資源不足或不知資源：一位在東港的媽媽抱怨醫療資源不足，需遠至高雄治療。另一位屏東市的母親亦反應屏東的殘障福利資源極缺乏。一位住內埔具有大學學歷的媽媽，即認為要做治療什麼都沒有，要接受新知研習亦缺乏管道，許多居於鄉間個案更由於乏人聞問，在家教育老師也未必知道福利措施，使福利措施訊息無法傳達，許多家長是在訪視時，才從社工口中知道有哪些福利。
- 七、在家教育老師認真程度有別：部份在家教育老師面對重度障礙之學童，不知要教什麼，或主觀認為教了也沒用，因此只是到府探望，或與家長話家常，未能執行教學或指導家長做法，使在家教育缺乏實質介入。也有老師二週或三週才到府一次，與一般一週至少到府二次，相去甚遠，時數嚴重不足。因此某個案母親即認為老師對學生付出太少。但筆者也觀察到枋寮國中藍國剛老師對學生及家庭的真心關懷與付出，毫不介意學生身上的惡臭，輕撫學生萎縮的肢體，與家長互動的真誠，從眼神中可深刻感受到他對學生的愛。對於默默付出的在家教育老師，政府亦應多予正向支持肯定鼓勵。
- 八、部份個案診斷不實，安置不當：某些個案具有語言、動作、生活自理能力，卻因錯誤診斷，或家長過度保護，或因學校教師不接納等因素，而進行在家教育，缺乏人際互動的學習環境，使個案能力逐漸退化，不利其發展。
- 九、家長照顧態度不一：某個案母親每天早上帶著小孩從屏東東港到高雄左營做高壓氧治療，一週五天，已做了 20 餘次。其餘每週不辭辛勞固定至醫院做物理復健醫療門診亦頗為多見，更有位母親每隔三天就要幫排便困難的小孩用手挖出糞

便。但也有父母棄子女於不顧，或完全否定子女任何能力，任其自生自滅。

十、教養機構良莠不齊，公務人員服務態度不佳：有部份個案在教養機構安置，但筆者訪視時發現並無任何教育措施，只是「養」而已，對於機構之在家教育個案，其受教品質亦應關注。當詢問部份家長為何個案未申請殘障津貼或低收入戶補助時，家長異口同聲反應由於村里幹事等基層公務人員推拖拉，不但未能主動發覺問題、提供服務，甚且態度不佳，社政部門實應將相關權益福利事項明確要求基層人員知照，積極提供相關服務，否則只靠十餘位社工，再怎麼努力也無法滿足弱勢族群。

十一、法律上的不明確：除了前述強迫入學條例第 13 條，及施行細則第 15 條之內容名稱已不符現今趨勢，亟需修正外，在特殊教育法並未提及在家教育措施，僅在第 17 條第二款「特殊教育之實施……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」其中「其他適當場所」是否涵蓋在家教育？但從訪視所見所聞，不論是家庭環境、家長態度、互動機會、老師素質、教學品質皆有堪虞之處，若說家庭是「適當場所」，只是教育當局的推拖之詞罷了。特殊教育法施行細則第 13 條，在無母法法源依據之下，卻冒出「在家教育」之名詞，不是很奇怪嗎？

十二、在家教育未落實法律上之安置要求：若在家教育確屬安置措施之一，但特殊教育法第 13 條：「各級學校應主動發覺學生特質，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……」事實上在鑑定安置會議中，通常僅憑家長提出之申請表及在家教育老師訪視之資料研判其是否適合在家教育，由於提出之身心障礙手冊通常就是重度以上（但未必符合），所以未見到個案無法了解其需求之情形下，做了可能不適當的在家教育決定。而同條文：「……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.....」訪視中筆者認為有 5 位應可回特教班，2 位應可回普通班，因此同條規定：「.....主管教育行政機關應每年重新評估其教育安置之適當性。」訪視中發現類此不當安置又未定期評估妥當與否的做法，使個案發展明顯受限，殊為不應。

十三、科技整合的專業團隊服務明顯不足：依特殊教育法第 22 條：「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.....」屏東縣由於幅員狹長遼闊，專業人力缺乏，通報系統運作處理不實，訪視中發現大部份個案皆亟需相關服務，雖然我們皆列出、提出，但事後是否會落實提供，亦令人懷疑。

十四、在家教育成為教育行政管理上的死角：在家教育老師由於往返各家庭間進行輔導教學，其教學次數、時間、內容、成效往往不易監控了解，若督導不實則僅能各憑良心進行工作了。老師或未設計 IEP、或虛報車馬費、或教學次數時數不足、或教學虛應故事等。依特殊教育法施行細則第 13 條：「.....申請在家教育之身心障礙學生.....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機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。」試問有多少老師、學校、及主管教育當局落實了呢？同法第 17 條：「.....提供特殊教育學生家庭支援服務.....其服務內容應於開學後二週內告知特殊教育學生家長，必要時，應依據家長之個別需要調整服務內容及方式。」依訪視所見，應該是完全未做到應有之服務。

陸、在家教育改善建議

筆者接觸了 25 位在家教育個案後，所見所聞所感相信是許多

縣市共同的問題，因此提出下列建議，希望真正提升本土之在家教育品質：

- 一、在偏遠或鄉下之學校，在家教育老師訪視之個案分布更廣，應可考慮不分國中國小，可合併為國民教育階段，由同一老師提供服務。使其服務內容得以延續，與家庭亦因熟稔而易有良好互動。
- 二、在安置時，要求專業團隊至少有一次與個案面對面的機會，實際了解其身心現況，做為是否適合在家教育之根據，避免僅憑書面資料而誤判，並能了解需求，整合服務。
- 三、提供之服務，應以個案需求為考量基礎，大部份個案需要的是醫療及社福，故以此為主，而功能性教學可為輔的科技整合服務。因特教老師最常接觸個案，故由老師做為個案召集人，整合服務需求。
- 四、主管教育單位應訂定規範，並具體要求在家教育老師服務之時間、次數、IEP 擬定、成果報告評鑑等，否則被誤為最自由輕鬆的老師，相信對大部份認真在家教育工作的老師不公平也影響士氣。
- 五、在家教育老師應以具特教專業者為優先，未具專業能力者（含教學、診斷、親師溝通、資源認識等），教育主管當局應主動提供在職訓練機會。
- 六、鼓勵認真投入，真誠付出，默默耕耘的老師。可在非正式訪視中觀察考評，也可由家長方面進一步了解，對於具有教育愛的老師應大力獎賞，並廣為週知。對於不適任、冷漠、無愛心或尸位素餐的老師，亦可勸導或安排離開此項工作。
- 七、政府雖明訂各種身心障礙社會福利，但許多家長不知或不申請，筆者深覺政府不應為德不卒，可透過基層村里幹事多加宣導，主動提供福利或福利送到家（有太多個案是老人照顧者，真的不會申請）。
- 八、隱藏在家，不當對待（如關在籠中），不願曝光者仍大有人在，應建立通報系統，若有通報系統則應落實。

- 九、城鄉差距太大，造成醫療資源不足、不均。巡迴服務的醫療專業團隊應由政府提列充裕經費，鼓勵專業人員參與。
- 十、許多個案家長自行購買了不適用，甚至造成身體惡化的輔具，更多個案並無輔具改善生活品質。因此結合輔具資源中心、醫療院所及職能、物理治療師，建立人力及輔具網絡，即時提供正確適用之輔具及選購之資訊。
- 十一、許多個案因家屬偏差觀念(遺傳、傳染、作孽)及社區鄰居接納度不夠，受到排斥，社會宣導在鄉間仍有許多努力空間，可善用廣播、電視、聚會、活動等方式宣導，並可由地方仕紳帶頭做起。
- 十二、教養機構雖有內政部之評鑑，然因追蹤督導不實，安置於機構之在家教育學童並未得到適當刺激，因此辦理觀摩、研習、督導、示範，甚至提供經費補助與立案與否之決定，皆可做為管理之後盾。
- 十三、若提供了生活或學習輔具，應以個案願用、有用、有效者優先。在資源有限之狀況下，亦可建立輔具回收、交流、借用、試用之制度，彈性發揮輔具效益，並追蹤使用情形。
- 在家教育屬於教育安置的最底線，若僅給教育代金貼補家庭生活所需，未提供實質教學輔導，則此制度只是家長的私心及政府的駝鳥迴避心態，期望在家教育學童不要成了弱勢中最不會講話的弱勢了。

參考書目

一、中文部份

- 李如鵬(民 88)：身心障礙學生在家教育巡迴輔導班的實施—以台中縣為例。《特殊教育季刊》，70，26-31。
- 林貴美編(民 78)：中重度障礙兒童在家自行教育輔導彙編，1-15。

- 台北：台灣省立台北師範學院特殊教育中心。
- 林寶山(民 76)：我國特殊教育發的難題—兼評『特殊教育法施行細則』。《特殊教育季刊》，23，8-9。
- 教育部(民 90)：90 年度特殊教育統計年報。教育部。
- 張嘉成(民 85)：落實在家教育問題的可行方式—行政篇。《特殊教育季刊》，58，7-9。
- 黃坤謨(民 84)：推行在家教育遭遇之困難與改進之道。《特殊教育季刊》，56，23-24。

二、英文部份

- Hickson, L., Blackman, L.S. & Reis, E. M. (1995). *Mental Retardation-Foundation of Educational Programming*. MA: Allyn & Bacon.
- Neisworth, J. T. & Bagnato, S. J. (1987). *The young exceptional child: Early development and education*. New York: Macmillan.