# 江苏省中小学教师特殊需要学生的融合教育知识

**复习材料**

# 第一章特殊需要学生

一、特殊需要学生的概念

特殊需要学生是指一切身体的、智力的、社会的、情感的、语言的或其它的任何特殊教育需要的儿童和青年，这就包括残疾儿童和天才儿童、流浪儿童和童工、偏远地区或游牧人口的儿童、语言或种族或文化方面属少数民族的儿童，以及来自其它不利处境或边际区域或群体的儿童。 —— 联合国家教科文组织.特殊需要教育行动纲领

特殊需要即特殊的教育需要，是学生基于个体的差异性，对特殊的教育条件的支持性需要。

特殊教育条件支持需要

个别差异引发特殊教育需要具有条件性，一是个体差异具有教育意义，而是个体差异达到一定的度 。

特殊需要学生又称特殊教育需要学生，是基于个体的差异性，在学习上需要特殊教育条件支持的学生。

二、特殊需要学生的分类

广义：一切由个体身心特征和社会文化背景差异引起的特殊教育需要学生。

狭义：个体身心条特征差异引起的特殊教育需要学生。

“残疾”与“障碍”两个概念在中文表达中经常替代互用，实际上有区别。我们这里不做严格区别。考虑到障碍一词在感情色彩上更具中性的，教育领域一般用“障碍”。

障碍学生的分类 （不同的国家、地区有着不同的划分）

中国大陆：视力残疾、听力残疾、智力残疾、肢体残疾 言语残疾、精神残疾、多重残疾。

中国台湾：智能障碍、视觉障碍、听觉障碍、语言障碍、肢体障碍、身体病弱、严重情绪障碍、学习障碍、多重障碍、自闭症、发展迟缓以及其他显著障碍等12类。

美国2004年《残疾人教育促进法案》（Individual with Disabilities Education Improvement Act of 2004,简称IDEA 2004）把特殊需要学生分为13类，并对每一类都作了定义。国际上大多数国家引用“IDEA”的界定。

本课程特殊需要学生 ——主要指有障碍学生

重点介绍10类：视觉障碍学生、听觉障碍学生、智力障碍学生、孤独症学生、学习障碍学生、注意或多动症学生、情绪行为障碍学生、沟通障碍学生、肢体障碍学生、多重障碍学生。

三、特殊需要学生的鉴定

特殊需要学生鉴定是指根据一定的原则，通过检查、测评或其他方式把有特殊教育需要的学生鉴别诊断出来的过程。

特殊需要学生鉴定原则是公正性、科学性、全面性

特殊需要学生的鉴定是一项严谨的工作，应采取严肃的态度、科学的方法和恰当的工具。

普校教师的任务：平时在教育教学中，注意观察或发现班级学生中有异常或疑似特殊需要的学生要进行初步的筛查了解，向学校和家长反映情况，为干预、诊断和评估提供信息，提出相应的教育建议。

四、特殊需要学生的发展

（一）障碍学生的非典型发展

非典型发展又称异常发展,是指个体在发展的阶段、速率以及身心某些方面并不按照大多数学生所遵循的发展模式不断地生长和变化，而是超出了正常发应有的区间范围，呈现出一种“异常”特征。

（二）残疾对学生发展的影响

残疾影响学生发展的领域：身体发育、感觉运动、认知能力、语言沟通、行为交往、生活自理。

（三）残疾可致代偿功能强化

代偿是指当体内出现代谢、功能性障碍或组织结构受损时，机体通过相应器官、组织的代谢改变、功能加强或结构形态变化来补偿的过程。

（四）残疾引发特殊的教育需要：学习信息、学习目标、学习内容、学习时间、学习方式、学习环境 ……

特殊需要学生融合教育的关键：提供支持服务，满足其特殊的教育需要！

# 第二章融合教育

一、融合教育的概念

融合教育又称全纳教育，是20世纪90年代兴起的国际教育思潮，强调普通学校接纳所有学生共同参与学习，反对教育体制隔离造成的歧视和排斥，主张通过适应不同差异的教育措施，满足所有儿童的教育需要，促进学生的发展。

融合教育是相对于隔离教育来说的。教育隔离不仅表现为不同教育体制之间的隔离，同一教育体制内也存在着隔离，诸如，分快慢班，办贵族学校等。

本课融合教育主要指——特殊教育与普通教育的融合

特殊教育即对特殊需要学生的教育，是基于学习者个体差异的显著性，旨在满足其特殊的教育需要，促进其身心充分发展的教育。

我国特殊教育对象主要是：残疾学生的教育

特殊需要融合教育起源于对特殊教育隔离安置的反思。隔离安置模式存在着歧视、不平、标签化等弊端

二、融合教育的演进

特殊教育融合发展主要经历了三阶段

1.正常化（Normalization）

2.回归主流（Mainstreaming）与一体化（Integration)

正常化二十世纪中期发端于北欧的一种文化思潮。核心 理念是帮助所有人过上正常的生活,认为隔离的养护机 构使许多残疾者终生远离“主流生活”，因此应让他 们从被隔离的机构、学校回到社区，回归到正常的主 流社会生活中来。正常化思潮直接导致来“非机构化

运动。

回归主流是20世纪中期后以美国为代表的北美国家掀起的融合教育改革运动。提倡把被隔离的特殊儿童安置到主流的普通学校进行教育,强调以“最少受限制的环境”满足特殊儿童的教育需要，使之回归主流生活，从而拉开了特殊教育融合实践的序幕。

一体化是20世纪中期受正常化思潮影响,以英国为代表的西欧国家兴起的将特殊学校与普通学校进行重组合并,从而使特殊教育与普通教育和并为一轨,为特殊儿童有更多的机会进入普通学校和主流社会的教育改革运动。

3.全纳教育

全纳教育是20世纪90年代兴起的国际教育思潮，强调普通学校接纳所有学生共同参与学习，反对教育中的歧视和排斥，主张通过适应不同差异的教育措施，满足所有儿童的特殊教育需要，促进所有儿童应有的发展。

全纳学校是指，学校应该接纳所有的儿童，而不考虑其身体的、智力的、社会的、情感的、语言的或其他任何条件，从而建立一个没有排斥、歧视的融合学校。

融合教育的理念 ：平等、接纳、参与、共享

国际——发达国家融合90%。

三、融合教育的实施

中国的随班就读教育

（一）随班就读概况

随班就读是指特殊需要学生儿童在普通教育机构普通班中和普通学生一起接受教育的安置形式。随班就读是推进教育发展的一项教育政策，随班就读是特殊儿童主要教育安置方式之一 ，随班就读是促进残疾儿童平等融入社会的重要手段

我国台湾早期期称之为“走读教育”。

2.历程

民间探索阶段：1987——1993

——徐白仑先生发起“金钥匙计划”

政府推广阶段：1994——2002

——原国家教委开展视力、智力残疾儿童少年随班就读试验

推进发展阶段：2003——

——教育部进行“随班就读支持保障体系实验”

3.现状

特殊教育发展新格局

随班就读成为重要的教育安置方式

4.问题

随班就读规模不大——国际差距

随班就读质量不高——随班就混

(二）随班就读的任务

1.传授相应的科学基础知识和基本技能时，强调社会适应能力的培养

2.发展学生的智力、体力和创造才能时，注重潜在能力的开发。

3.培养良好的品德和审美情趣、奠定科学的世界观基础时，渗透身残志坚的生命意识教育

生命意识教育就是珍惜生命、尊重生命、热爱生命，提高生存技能和生命质量的教育活动

建立随班就读保障体系

开展随班就读专业合作

实施随班就读教育管理

资源中心是为随班就读教育教学活动提供全面专业资源支持的中心机构。这种专业资源包括专业物质资源和专业人力资源。

资源教室是建立在随班就读的普通学校之中为 特殊儿童随班就读提供有效支持与服务的专门 场所,相当于就读学校的资源中心。

巡回指导是指资源中心通过派出专业人员，定期或不定期深入到普通学校为特殊儿童随班就读提供指导、咨询与帮助的重要支持方式。

# 第三章课程与教学()

# 第四章视觉障碍学生

1. 有关统计数字表明，现实生活中大约有10%的人存在着不同程度的视觉障碍。
2. 约占人口总数1%的盲与低视力人群，严重的视觉障碍会给他们个人的学习和生活造成很多的困难。
3. 视力是眼睛在一定距离内辨别物体形象的能力。它分为中心视力和周边视力，中心视力有包括远视力和近视力。视野是指眼睛固定注视一点时所能看到的空间范围。
4. 视觉障碍亦称“视觉缺陷”，是指“由于各种原因导致的双眼不同程度的视力损失或视野缩小，难以做到一般人所能从事的工作、学习和其他活动”。
5. 造成视觉障碍的原因是多方面的。大致可以归纳为两大类：
6. 一是先天性的。如家族遗传、近亲结婚、胎儿期的影等。主要表现为无眼球、小眼球、角膜浑浊、虹膜缺损、视神经缺损、黄斑缺损、白内障、青光眼、家族性视神经萎缩、视网膜色素变性等。目前，有调查表明，我国盲校学生视觉障碍原因中，先天因素已成为我国青少年致盲或低视力的主要原因。
7. 二是后天致病和外伤造成的。如视觉器官的疾病，大致有眼球的屈光不正、眼球震颤、角膜炎、结膜炎、巩膜病变、晶体病变、玻璃体病变、青光眼、沙眼、视网膜色素变性、视神经萎缩等；还有一些全身性疾病、心因性因素、眼外伤等也可能致盲或低视力。
8. 视觉障碍包括盲和低视力两类。
9. 盲：狭义上指视力丧失到全无光感；广义上指双眼失去辨析周围环境的能力。中国和世界卫生组织把双眼中优眼的最佳矫正视力小于0.05或视野半径小于10度的定义为盲。但大部分盲人都有一定的残余视力，法定的盲人中完全看不到的不到10%。
10. 低视力：指能利用残余视力接受教育及进行工作、生活等活动。中国和世界卫生组织把双眼中优眼的最佳矫正视力等于或大于0.05而小于0.3的定义为低视力。
11. 视觉障碍对儿童的影响：视障儿童随时学习的机会受限制。运动能力受到了限制。他们的认知特点：
12. 感知觉：首先，视觉障碍儿童的听觉非常灵敏；其次，视觉障碍儿童的触觉也十分灵敏，国外学者的研究证明：盲人的触觉阈限平均等于1.02mm，其中最低的为0.07mm，而有视觉的人触觉阈限平均为1.97mm ，可见盲人的触觉感受性明显高于有视觉的人。第三，盲童形成空间知觉存在一定的困难，很难形成正确的空间表象。
13. 听觉注意与记忆能力较强，但这些视觉表象往往是模糊不清和不完整的。
14. 在概念形成方面往往存在较大困难，不易抓住事物的本质特征。
15. 视觉障碍儿童的口语发展与普通儿童基本上没有差异。但在用表情、手势、动作等体态语言帮助说话这一方面可能比较欠缺。
16. 书面语言的发展特点：识字容易，但理解部分词义有困难。盲文是一种靠触摸觉感知的特殊形式的文字。我国采用的每方以6个凸点为基本结构的汉语盲文，是以汉语拼音规则为基础的拼音文字，汉字中形声字约占80%以上，明眼儿童很容易按其结构，将音、形、义联系在一起理解，牢固掌握汉字。盲文则不然，视觉障碍儿童在理解盲文书写的词义时，不能象明眼儿童那样得到汉字字型的启发；视觉障碍儿童阅读书面语言的速度较慢，有可能影响整体的阅读量、知识量。由于现行盲文只有5%的标调率，这使视觉障碍儿童对汉语盲文中大量存在的同音词的辨别与理解容易发生疑义，从而影响了摸读速度和表情达意。
17. 在盲文的书写方面，由于盲文是正面摸读、反面书写，在书写的过程中，首先要在头脑里进行点字符形的换位，扎写盲文也比普通的书写费力，所以，视觉障碍儿童的书写速度要稍慢一些。
18. 视觉障碍本身不至于妨碍儿童身体的生长和发育。但由于运动少，可能会造成身体运动发展延迟，影响了体格的发育，也可能因失明对儿童的躯体形态产生一定的影响，表现为低头或垂头，有些儿童具有耸肩缩颈、弓背弯腰、行姿异常等现象。
19. 随时学习和自由行动的限制还影响了视觉障碍儿童社会交往能力的发展，视觉障碍儿童不愿意主动与人交往。
20. 视觉障碍并不明显影响儿童的智力发展。
21. 视觉损伤影响儿童的学业成绩。原因：一是视觉障碍儿童入学普遍较晚，错过了最佳的开发智力的关键期；二是父母和教师对视障儿童在学业成就上的期望低；三在视觉缺陷给儿童的学业增加了不少困难；四是视觉障碍儿童要花相当一部分时间去学习普通儿童不必专门学习的技能与课程；五是教育教学的方法可能不适合视觉障碍的学生；六是一些学校的教学设施以及教学辅助器材等无法满足视觉障碍学生学习的需要。
22. 视障儿童的身心发展的基本规律与普通儿童一致。
23. 调整教室内外的相应环境，如设置走廊扶手、地面标记，室内的柱子、墙壁的拐角都改建成圆角或涂上鲜艳的色彩。
24. 教室内的实物的固定位置，不要经常变动。
25. 帮助视障学生选择合适的座位。白化病、白内障中央混浊、先天性无虹膜的学生则不需要强光，他们的座位应安排在阳光直射不到的地方。
26. 应给低视力学生提供大字课本。
27. 汉字与数字相比汉字难辨认，数字容易看。
28. 帮助视觉受损儿童行走时，不要紧抓他们的手臂，推着他们向前走。而应让他们挽者自己的手臂，跟随自己而行。
29. 点字盲文是1829年法国的布莱尔发明的一种点状触读文字，盲文由左右两排、上下三行的六点组成，根据不同的排列可以组成不同字母和音节。目前我国使用的是1952年盲人黄乃在六点制音符的基础上设计的以北京语音为拼音标准，以普通话为基础的采用分词写法的新盲字。新盲字共有52个声母和韵母音符号，还有声调符号和韵母符号。
30. 盲文的书写通常使用点字笔和点子板，在特制的厚纸上从右至左地点写。
31. 点字计算机能让盲人自由地上网浏览各种信息，与明眼人进行文字交流，对汉字和盲文进行文字编辑等。
32. 教师应尽量利用直观教具、彩色图片、大字印刷的简单图表及字卡来进行教学。
33. 加大观察对象与背景的对比度：粉笔的颜色与黑板的颜色对比要明显（如在黑色的黑板上用红色的粉笔书写，对比就不明显）。

# 第五章听觉障碍学生

1. 听力残疾会影响日常生活和社会参与。
2. 人的听觉系统包括：人耳 听神经 听觉中枢。
3. 耵聍的作用是阻止灰尘和昆虫的进入，起到保护耳朵的作用。
4. 人耳中起到收集声波作用的部位是外耳。
5. 人的听觉感受细胞——毛细胞位于耳蜗。
6. 外界声波传递到耳内有2种途径。
7. 音高、响度、音色是人的听觉体验
8. “聋”必然会导致“哑”，这一表述是不正确的。
9. 儿童特别是婴幼儿比成人更容易耳部发炎是因为儿童的咽鼓管比成人短，因而更易发生感染。
10. 如果鼻、咽、喉受感染，其中的病菌可能通过咽鼓管进人中耳，引发中耳炎。
11. 不需要有专门的设备和专业人员操作就能进行的听觉障碍儿童鉴别方法是行为观察测听。
12. 当突然给予声音刺激时，听力正常的婴儿会出现做出各种动作 或听到声音停止正在进行的动作。
13. 敲击鼓的声音是低频声音。
14. 在通过游戏的方式进行听力检查时发音物体应放在儿童身后，在他的视野范围之外； 避免让儿童感受到物体发音时产生的气流振动；. 一人在前观察儿童反应，一人在后让物体发音。
15. 从儿童经常答非所问；发音比较单调、吐字不清晰；经常要求别人重复所说的话；有注意力分散等现象可以判断儿童可能存在听力问题。
16. 为了预防耳部感染，平时要帮助儿童预防感冒等疾病；避免外伤 ； 避免儿童耳朵进入不干净的液体；提倡母乳喂养以提高婴幼儿的抵抗力。
17. 根据听觉障碍发生的部位进行分类，可分为传导性（传音）性耳聋、混合型耳聋和感音神经性耳聋。
18. 由于得不到听觉反馈，聋婴儿的呀呀语开始得迟、结束得早、呀呀语的形式缺少变化.
19. 儿童的听力损失程度与他们语言的可理解度有密切关系。
20. 听觉障碍儿童使用哪种语言更有利于他们的发展，这取决于：他能听到多少声音; 听觉障碍发生的年龄; 周围能够获得的资源;他更喜欢哪种语言
21. 听觉障碍儿童的口语主要存在以下问题：音调、音强、音色等异常；词汇量偏少；辨别同音异义词能力弱；存在语法错误。
22. 在提供充足语言样本的情况下，聋婴儿一岁左右就能打出简单的手势动作。
23. 听觉障碍儿童思维发展速度与普通儿童不一致。
24. 听觉障碍儿童在进行思维活动时，更多地依赖哪个感觉通道视觉通道。
25. 对于大多数听觉障碍儿童，到了青少年中晚期他们的抽象思维才逐渐占据主要地位。
26. 教师在教育教学活动中要充分考虑听觉障碍儿童的思维特点，要重视直观教学方法的运用。
27. 与普通儿童相比，多数听觉障碍儿童的社会性发展落后于同龄普通儿童。
28. 导致听觉障碍儿童出现社会适应问题的原因在于听觉障碍儿童难以与外界沟通，缺乏与他人互动的机会；主流社会对听觉障碍者缺乏宽容和接纳。
29. 听觉障碍儿童看话时主要通过观察说话人的口唇发音动作、肌肉活动和面部表情来获得语言信息。
30. 良好的亲子沟通、积极参与子女的教育活动、给子女更多独立活动的机会都属于支持性的家庭环境。
31. 为了与听觉障碍儿童进行有效沟通，家人可以通过运用儿童已经掌握的手语、孩子已经掌握的词语、身体动作、图片等方式与其进行交流。
32. 针对听觉障碍儿童开展教育应发动所在社区的成员参与到听觉障碍儿童的教育中；全体家庭成员都参与到听觉障碍儿童的教育中。
33. 会给听觉障碍儿童带来强烈归属感的是聋人团体或聋人社区（包括聋校）。
34. 听觉障碍儿童进入社会后，他们更愿意与其他聋人一起工作、生活和交往。
35. 聋人团体会给听觉障碍儿童带来很大影响，聋人团体给听觉障碍儿童带来的影响不一定全是正面的。
36. 听觉障碍儿童能否顺利地在普校中学习、生活，所在班级的教师，特别是班主任应成为最主要的支持者和引导者。
37. 听觉障碍儿童就读普通学校应把他们的座位安排在靠近前排中间的位置 。
38. 在进入噪音环境中时，应该把助听器的音量降低或关闭。
39. 针对听觉障碍儿童开展语言训练，首先要进行听能训练。
40. 在采用口语方式与听觉障碍儿童沟通时需要尽量使用简单、直接的语言；清晰自然地说话；避免边讲话边走路、边板书；必要时将重要信息写下来。
41. 只有双耳同时出现永久性的听力损失才能被称为听觉障碍。
42. 听力损失会影响到人的语言习得，听觉障碍往往伴随出现言语障碍。
43. 听觉系统是获取听觉经验的生理基础。
44. 正常情况下耵聍会黏住灰尘等异物，不需要人工清除。
45. 中耳的鼓室含有人体最小的骨头——听小骨。
46. 耳蜗排列着听觉感受细胞——毛细胞。
47. 儿童出现听觉障碍的年龄会影响儿童语言可理解度。
48. 声波不经外耳与中耳，直接通过颅骨传入内耳，这是骨导。
49. 声波具有频率、振幅和波形这三种物理特性，声波的三种物理特性产生音高、响度和音色的听觉经验。
50. 进行行为观察测听不需要特殊的场地，在安静的自然环境下就可以进行。
51. 新生儿还不能对声音进行定位。
52. 对新生儿不能通过游戏的方式进行听力检查。
53. 耳炎不仅使儿童发热、疼痛，严重的情况下还会导致听力永久性损失。
54. 无论是孕妇还是儿童使用过量抗生素都可能伤害到儿童的听觉神经。
55. 如果有昆虫进入耳道，先不要赶紧掏耳朵。
56. 听力残疾一级和二级统称为聋，听力残疾三级和四级统称为重听。
57. 感音神经性耳聋和混合性耳聋都存在内耳损伤的状况，通常听力损伤程度比较严重。
58. 听觉障碍带来的最大问题是语言沟通问题。
59. 听觉障碍儿童在进行看话时不能只观察说话人的口唇发音动作。
60. 如果语言能力没有发展起来，缺乏语言作为媒介，儿童的思维发展将受到限制。
61. 听觉障碍儿童在进行思维活动时，更多地依赖除了听觉之外的其他感觉通道。
62. 听觉障碍儿童思维发展速度落后于普通儿童。
63. 听觉障碍儿童数学水平落后于同龄普通儿童至少三个年级。
64. 从整体上看听觉障碍儿童口语能力明显落后于同龄普通儿童。
65. 由于语言信息的不完整，听觉障碍儿童获得的体验是不全面、断裂的，因而他们不容易掌握事物的本质属性和内在联系。
66. 听觉障碍儿童视觉发展迅速，在视觉感知细节方面优于同龄普通儿童。
67. 听觉障碍儿童的家庭教育中遇到的突出问题是亲子间的沟通问题。
68. 让家庭所有成员，甚至所在社区都参与到听觉障碍儿童的教育中，而不要只单独依靠家庭中的某一个人。
69. 听障学生的就业观、婚恋观等受到所在聋人团体的影响。
70. 对于听力损失严重的学语前聋儿童，即使他们接受严格的语言训练也可能很难发展出可理解的口语。
71. 从整体上看高中毕业的听障学生阅读和写作能力仅相当于小学阶段中低年级的健听学生。
72. 听觉障碍儿童的成绩落后于健听儿童，差距会随着年龄的增长而日益扩大。
73. 噪音环境会对佩戴助听器的听觉障碍儿童带来更大的负面影响。
74. 针对听觉障碍儿童开展教育时要尽可能为儿童提供全面的信息。
75. 为了让听觉障碍儿童更好地适应普通班级环境，教师要对听觉障碍儿童和普通儿童双方进行交往技能训练。
76. 听觉障碍儿童观察时容易出现重视细节而忽视整体的现象，因此教师提供的视觉信息要重点突出，减少无关细节。
77. 在为听障学生呈现视觉信息时，在一定时间内呈现的视觉材料并不是越多越好。
78. 听觉障碍儿童年龄越小越具可塑性，及早进行训练，听觉障碍儿童的弱势能力也能得到充分发展。
79. 不能因为儿童存在听力损失，就对他们要降低要求，或限制儿童的行为，以免出现危险。
80. 为了帮助听觉障碍儿童有效理解，教师应根据学生的实际情况、教育条件等采取多元化的沟通方式。

# 第六章智力障碍学生

1. 人群中，智力障碍和智力超常的人数大致相等。
2. 现有的智力测验还存在着不完善之处。
3. 难以掌握生活自理技能属于智力障碍在适应性行为方面的特征。
4. 适应性行为是否存在明显缺陷也要通过标准化的测验了解。
5. 一般来说，智商分数越低，智力障碍的程度越重，发展潜能也越低。
6. 并非所有的智力障碍儿童在面相上都会表现出痴呆的特点。
7. 唐氏综合症患者通常有较为一致的面部特征。
8. 智力障碍的程度越严重，伴随其他障碍，如自闭症、癫痫的可能也越大。
9. 约3/4的脑瘫儿童伴有智力障碍。
10. 智力障碍儿童中，较易被早期识别的是智力落后程度较重的儿童。
11. 导致智力障碍的因素可分为先天和后天两个方面。
12. 学习成绩差并不一定是由智力障碍导致的。
13. 智力障碍儿童也是有着独特才能和潜能的个体，我们应该创造条件让每个孩子取得适合自己的最大发展。
14. 智力障碍儿童在课堂上的分心行为既可能与他们的智力缺陷有关，也可能由不当的教学方式引起。
15. 智力障碍儿童有意注意的缺陷比无意注意的缺陷明显。
16. 在智力障碍儿童教学中，讲解时呈现的形象直观的事物并非越多越好，关键在于形象直观的事物一定要与抽象知识及时结合。
17. 智力障碍儿童的机械记忆和理解记忆都存在着一定的缺陷。
18. 并非每个智力障碍儿童都会在某一个领域有出色的记忆力。
19. 智力障碍儿童虽然愚钝，但他们也能理解别人对他们的情感态度。
20. 智力障碍儿童倾向于用行为，而不是言语来表达自己的情感。
21. 智力障碍儿童也需要成功的体验。
22. 教师应该充分尊重智力障碍儿童，经常对他们的努力和进步给予表扬。
23. 少数智力障碍儿童也会因受到他人唆使或管教不当而犯罪。
24. 智力障碍儿童中，轻度智力障碍儿童较易感到自卑。
25. 智力障碍儿童在普通学校随班就读，并不意味着所有时间都在普通班级和普通儿童在一起学习。
26. 智力障碍儿童在普通学校随班就读，并非所有的课程内容都必须降低要求。
27. 虽然智力障碍儿童学习能力差，但他们有权利在普通学校和普通儿童一起学习。
28. 在普通学校，教师的示范和引导对于智力障碍儿童和普通儿童间建立良好的关系具有重要意义。
29. 对于智力障碍儿童的教育，最重要的是提高他们的独立生活能力，而不是提高其学习成绩。
30. 如果一个人的智力测验分数低于智力障碍的临界值，并同时伴有适应性行为的缺陷，才会被诊断为智力障碍。
31. 在智力测验工具中，韦克斯勒智力测验是最常用的权威测试工具。
32. 智力障碍表现为智力功能和适应性行为的明显缺陷，且障碍发生在18岁以前。
33. 智力障碍人士在人群中占的比例约为2%。
34. 在标准化智力测验中，智力障碍的临界分数大约是70。
35. 在标准化智力测验中的成绩低于平均分2个标准差以下，通常被认为是智力存在明显缺陷。
36. 美国智力落后协会从1992年起主张根据所需要的支持程度对智力障碍进行分类。
37. 传统上人们根据智商分数对智力障碍进行分类，如智商分数为59分，通常被认为是轻度智力障碍。
38. 唐氏综合症是由基因缺陷导致的病症。
39. 约有3/4的脑瘫儿童伴有智力障碍。
40. 脑瘫儿童的运动障碍与其智力水平间没有必然联系。
41. 旨在帮助学生获得日常环境中所需要的技能，尤其是离校后需要的技能的课程，是智力障碍儿童教育中的功能性课程。
42. 将复杂或多步骤的技能任务分解为一些较小的，更容易学习的子任务，然后分步骤教学，这是智力障碍儿童教育中的任务分解方法。
43. 在讲解应用题时，根据题意画出线段图帮助智力障碍学生理解题意，这是教学中的直观演示方法。
44. 教智力障碍儿童去超市购物的技能，可以将这一技能分解为：进入超市、选择商品、携商品至收银台、付钱、收起商品离店这5个步骤，分步骤进行教学和练习。这是智力障碍儿童教育中的任务分解方法。
45. 智力障碍儿童在普通学校随班就读，普通学校需设有资源教室为智力障碍儿童提供个别化的评估和辅导。
46. 智力障碍定义的要点包括：智力功能的明显缺陷；适应性行为的明显缺陷； 障碍发生在18岁以前。
47. 适应性行为的缺陷是智力障碍的一个核心特征，适应性行为可以概括为三方面：概念、社交和实用适应技能。
48. 智力障碍儿童的记忆特点包括：记得慢，忘得快；易记住形象直观的内容，难以记住抽象复杂的内容；在自己感兴趣的领域可能有出色的记忆。
49. 导致智力障碍儿童记忆缺陷的原因有：理解能力差；注意不集中；对学习材料缺乏兴趣。
50. 智力障碍儿童思维能力特点包括：概念形成、判断、推理方面均较为落后；思维刻板，缺少变通；思维缺乏连贯性、条理性。
51. 智力障碍儿童在普通学校随班就读的意义包括：有利于提高教师的教学效能；有利于智力障碍儿童学习正常的行为方式；有利于普通儿童学会理解和尊重差异。
52. 智力障碍儿童的情感特点包括：情感体验正常；情感状态较为笼统、简单； 情感表达较为直接。
53. 智力障碍儿童的意志特点包括：缺少主见，易受暗示；缺少目标； 缺少对自身行为的监督与调节能力。
54. 智力障碍儿童在普通学校随班就读，有效的教学对策有：调整教育目标和内容； 调整教学方法；利用同伴帮扶。
55. 智力障碍儿童在普通学校随班就读，其教育目标相对于普通儿童来说需要：降低学术型课程要求；非学术型课程依智力障碍儿童能力调整要求；增加功能性课程。
56. 教师可以通过作业、提问、考试来了解智力障碍学生对知识的掌握情况。
57. 智力障碍儿童教学中，有效反馈的三个特征是有针对性的、积极的和经常性的。
58. 任务分解、变抽象为直观、有效反馈和经常测评是适用智力障碍儿童的教学方法。
59. 要提高智力障碍儿童的自我决定能力，可以多让他们发表自己的意见；评价自己的行为； 确立个人的目标；自己做选择。
60. 智力障碍儿童教育中，功能性课程的内容通常包括职业、日常生活和自我决定。

# 第七章孤独谱系障碍学生

1. 孤独症最早是1943年美国医生Leo Kanner报道的。
2. 在我国，孤独症最早是在1982年由陶国泰教授报道
3. 有部分孤独谱系障碍患者可能终身无语言
4. 所有的孤独谱系障碍患者都有社会交往的困难
5. 孤独谱系障碍患者也可能有语言正常发育的阶段
6. 孤独谱系障碍患者中男性多见
7. 大多数孤独谱系障碍学生的视觉学习能力优于听觉学习能力
8. 共同注意能力的缺乏是孤独谱系障碍患儿早期的特征之一
9. 早期诊断早期干预是影响孤独谱系障碍预后的关键
10. 孤独谱系障碍干预属于专业技术，需要家长的参与
11. 孤独谱系障碍的语言特征：①语音语调异常②重复语言③模仿语言
12. 雷特综合征已不再属于孤独谱系障碍
13. 孤独谱系障碍性别分布男孩多于女孩。
14. 近年来世界范围内孤独谱系障碍的患病率显著增高。
15. 孤独谱系障碍的年龄特征：成年人可能有孤独谱系障碍。
16. 孤独谱系障碍患者社会交往障碍的特征如①对人缺乏兴趣，不能进行社会交往②依恋关系缺乏，不会寻求帮助③感情和社会互动的困难
17. 孤独谱系障碍患者的智能特征：约50%的孤独谱系障碍患者伴有智能低下。
18. 关于孤独谱系障碍患者的认知特征（符合“>”代表能力大于）①拼图>背数>积木>常识>理解②机械记忆、空间视觉能力>抽象、理解、概括和想象能力③视觉学习能力>听觉学习能力
19. 关于孤独谱系障碍患者的感知觉特征：①孤独谱系障碍患者可有痛觉的迟钝②孤独谱系障碍患者的听觉存在差异性，有敏感或迟钝③孤独谱系障碍患者视觉上常喜欢明亮和闪烁的物体。
20. 孤独谱系障碍通常需要以学校为基地的个体化的特殊教育。
21. 孤独谱系障碍是一种发育问题，都应该给予行为和教育干预。
22. 孤独谱系障碍常伴有智力低下、语言发育迟缓和特殊学习技能障碍。
23. 应用行为分析中的A是指前因，C是指结果。
24. 常用的孤独谱系障碍行为和教育干预技术：应用行为分析、地板时光和结构化教学法。
25. 属于应用行为分析中的具体技术：回合式教学法、随机教学法、关键反应训练
26. 依据ABC行为分析，回合式教学法中训练者发出指令(SD)属于前因，(SR) 属于结果。
27. 依据ABC行为分析，回合式教学法中儿童的反应(R) 属于行为。
28. 结构化教学的两大策略是：视觉安排和常规。
29. 结构化教学的三个形式：环境安排、程序时间表 、个人工作系统
30. 结构化教学适用于学生：孤独谱系障碍、智能残疾和正常儿童。
31. 图片交换沟通系统的构成包括训练者、可视性媒介、助手
32. 孤独谱系障碍的患儿5岁仍没有有效的口语交流应首先考虑应用图片交换沟通系统进行训练。
33. 职业训练、感觉统合训练、语言治疗和图片交换沟通系统常用于孤独谱系障碍的训练。
34. 动机、自发性、自我管理的能力属于关键反应训练中的关键领域。
35. 回合式教学法步骤：①训练者发出指令②儿童的反应③对儿童反应的应答④停顿。
36. 地板时光步骤：观察、靠近、跟随、闭合
37. 孤独谱系障碍总体的干预原则包括：早期、长期、个体化、综合干预、家庭参与。
38. 早期诊断早期干预可以改善预后。
39. 孤独谱系障碍预后与其智力水平相关。
40. 孤独谱系障碍常见行为表现：①极端的孤独，缺乏和别人情感的接触②对环境事物有要求同一性的强烈欲望③对某些物品有特殊的偏好④虽有语言但其语言似乎不是用来人际沟通。
41. 近年来孤独谱系障碍显著增加的可能原因有：诊断概念的变迁、公众疾病意识的提高、 父母生育年龄的增加、尚未发现的原因。
42. 儿童孤独症评估量表（CARS）、孤独症诊断观察程序（ADOS）、孤独症诊断访谈-修订版（ADI-R）可以用于孤独谱系障碍的筛查和诊断。
43. 孤独谱系障碍患者局限刻板的兴趣行为的特征包括：①刻板的行为和重复的肢体动作 ②对一些特殊物体过分依恋③对环境和日常生活的改变焦虑不安，顽固地坚持一些无意义的常规④重复语言
44. 影响孤独谱系障碍患者预后的关键因素包括①早期发现、早期干预②智力水平③孤独症状的严重程度④家庭参与⑤适当的干预
45. 孤独谱系障碍行为和教育干预的总体目标包括①减轻孤独谱系障碍的核心症状②减少不适当行为③促进儿童语言、认知以及社会适应能力的发展
46. 随机教学法具备特点①随机性②目的性③针对性

# 第八章学习障碍学生

1、学习障碍学生不是智障学生，不是残疾学生。

2、学习障碍学生一般在2-4年级被发现。

3、学习障碍学生不一定会有注意问题和多动表现。

4、学习障碍学生在课堂上的不听课表现不是由于其学习态度的问题。

5、学习障碍学生最主要、最突出的问题表现是学习成绩差，但学习障碍不等于学习成绩差，因为学习成绩还可能由其他原因导致，如智力问题。

6、学习障碍在男生中较常见。

7、阅读障碍是学生障碍的主要类型，占学习障碍的80%。

8、我们不应该把学习障碍学生安排到班级的最后一排，应该安置在教室的中间或前面。

9、我们可以对班级中的疑似学习障碍学生进行初步的筛查。

10、并不是所有学习困难儿童都有脑外伤或脑功能失调问题。

11、一名学习障碍学生上课时突然举手发言，老师立即叫他回答问题，尽管他回答的不是很好，但老师还是表扬了他。这种做法是正确的。

12、美国著名的演员汤姆·克鲁斯在小时候曾被诊断为朗读障碍。

13、台湾著名的言情小说作家琼瑶在学习方面的主要问题是数学学习障碍。

14、学习障碍学生的学科成绩差，与听、说、读、写和算等基本的学习技能有关。

15、学习障碍学生的学科成绩（如语文、数学）处于班级的倒数水平。

16、30%-50%的学习障碍儿童同时具有注意力缺损多动障碍。

17、学习障碍学生的平均智商在95-100之间。

18、学习障碍学生也可能会存在情绪与行为问题。

19、学习障碍学生的社交能力落后。

20、学习障碍是一种内隐性障碍，很难通过医学检查诊断。

21、学习障碍是由中枢神经系统的个别差异引起的，是大脑功能失调的表现。

22、阅读障碍学生在低年级时主要的问题是识字困难，在高年级时主要的问题表现在阅读理解和写作上。

23、阅读障碍学生也会存在解应用题困难。

24、引导性的笔记需要教师课前提供给学习障碍学生。

25、“触摸数字”的教学方法是多感官的教学方法的一种。

26、“字头概括法”是辅助记忆策略的一种。

27、图示组织策略是通过视觉—空间排列的方式将词和概念联系起来，帮助学生学习抽象或复杂知识的一种教学策略。

28、阅读障碍学生写作文内容枯燥，阅读障碍学生喜欢做数学计算题，阅读障碍学生经常搞混音近、形近的字，也会影响数学学习。

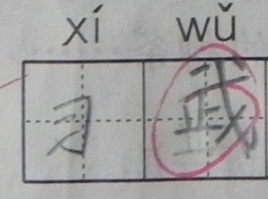
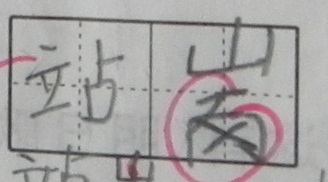
29、数学障碍学生的主要问题表现在数学学习上，数学障碍学生的问题解决缺陷是由于基本语言技能缺陷所导致的，计算技能不良是数学障碍中常见的表现，数学障碍学生不存在感官障碍。

30、书写障碍学生作业的可辨性很低，字不匀称，字倒写，笔顺错误。

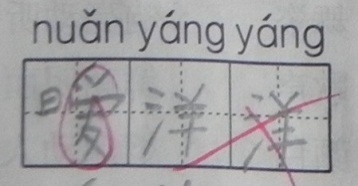
31、汉语学习中，拼写主要是指为汉字注音。

32、学习障碍学生融合教育的方法包括运用多感官教学、环境调整和改进教学内容。

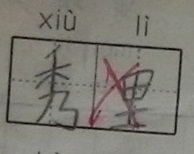
33、下面两张图片说明了阅读障碍的错别字问题。

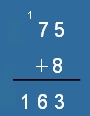
34、下面的图片说明了阅读障碍的搞混形近的字问题。



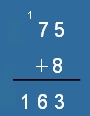
35、下面的图片说明了阅读障碍的搞混音近的字问题。



36、下面的图片说明了数学障碍的数位困难。

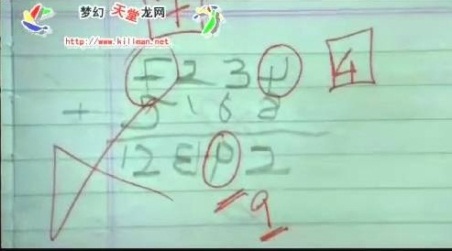


37、数学障碍学生出现如下图片中的问题，是因为不理解数字在不同数位上的含义。



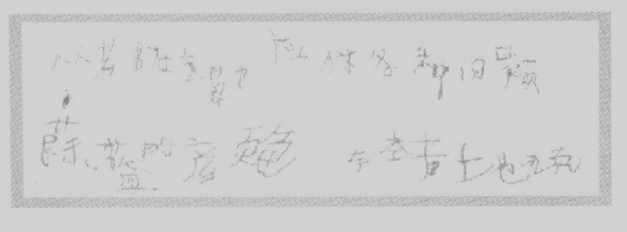
38、数学障碍学生出现236×5=380的计算问题是由于运算方法混淆。

39、下面的图片说明了数学障碍的空间组织困难问题。

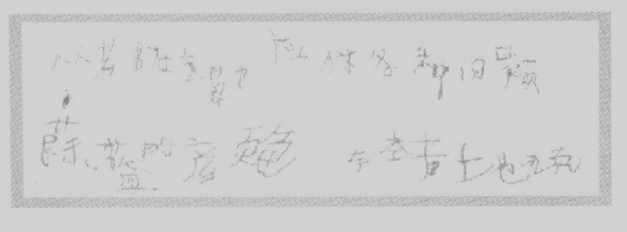


40、数学障碍空间组织困难的表现包括：把数字颠倒或反向、读错数字和被减数与减数混乱。

41、下面图片主要是书写障碍的表现。

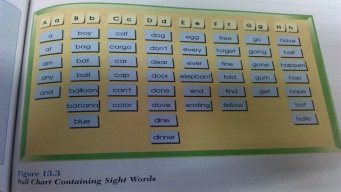


42、从下面图片中，可以看出该书写障碍学生存在字迹潦草、不清晰；字不匀称；字与字的空间关系不明确的问题。

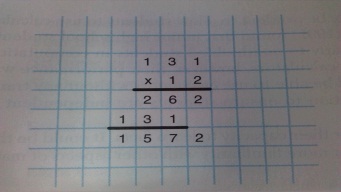


43、拼写障碍学生在学习上的困难主要表现在：拼写单词或拼音字母时加入或省略字母、不规则词的语音拼写错误、发音错误、方言模式、不能把字母连起来拼成一个字、用其它字母代替正确的字母。

44、学习障碍学生融合教育中，下图主要运用了图示组织策略策略。



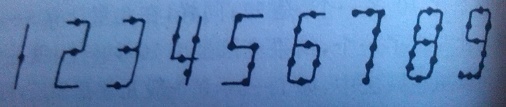
45、学习障碍学生融合教育中，下图主要运用了直观形象法策略。



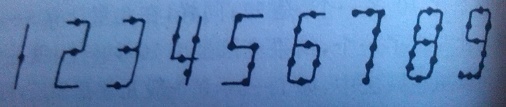
46、学习障碍学生融合教育中，下图主要运用了多感官教学策略。



47、学习障碍学生融合教育中，下图主要运用了多感官教学策略。



48、学习障碍学生融合教育中，下图是触摸数字方法。



49、《地球上的星星》影片中的主人公伊桑是学习障碍儿童。

50、目前，我国的学习障碍学生主要安置在普通学校。

51、为学习障碍学生提供合适的教材、教具的方法主要包括：笔记引导策略、图示组织策略、辅助记忆策略。

52、学习障碍学生的主要类别包括：阅读障碍、数学障碍、书写障碍、拼写障碍。

# 第九章注意或多动症学生

1. 在DSM-5（《美国精神疾病诊断与统计手册第五版》）中，注意力缺陷多动障碍的两个维度包括注意力不足和多动-冲动。
2. 美国DSM-5中提出的ADHD儿童的诊断标准，要求儿童在16岁之前出现六项或六项以上注意力不足行为。
3. 美国DSM-5中提出的ADHD儿童的诊断标准，要求儿童的注意力不足行为出现至少持续6个月以上。
4. 注意缺陷多动障碍的行为表现：①手或脚常常动个不停或坐在椅子上不停地扭动②无法安静地玩或进行休闲活动③在问题还没有说完前就冲口说出答案。
5. 学者们的研究指出55%-92%的ADHD儿童的成因来自遗传与生化环境因素。
6. 属于ADHD儿童在婴儿期的行为症状：①睡眠时间短，很容易醒来；②醒着时动个不停，不断地到处爬、攀爬③喜欢乱碰东西
7. 属于ADHD儿童在幼儿期的行为症状：①好动，动个不停②无法专注③有破坏行为④容易和其他幼儿发生纠纷
8. 属于ADHD儿童在学龄期的行为：①上课坐不住②做作业时拖拖拉拉③学习落后或逃避学习。
9. 属于ADHD儿童在青少年期的行为：①学习动机降低，成绩退步，出现拒学状况②易叛逆，喜欢顶嘴③行为冲动。
10. 听话只听一半属于ADHD儿童在生活上的行为问题。
11. ADHD儿童的治疗模式：①药物治疗②班级行为管理③亲职教育
12. 对于ADHD儿童存在的课业学习问题，教师在教学中可以运用任务分析法干预。
13. 属于ADHD儿童的班级管理工作：①生态环境支持②儿童态度③同学协助
14. ADHD儿童的班级管理工作最为关键与核心的因素是教师态度。
15. 教师对ADHD学生态度提倡：①他不是不愿意，而是做不到②他很需要我们的帮助③该想一些办法帮帮他
16. 座位附近环境很安静对ADHD儿童有帮助。
17. 教师引导班级的普通同学来协助ADHD儿童措施：①看见学生的优势②适时地向班级学生说明学生的状况，不是病名③学习接纳差异，尊重他人，友爱助人
18. 教师对ADHD儿童进行的学业调整，作业不能要求一视同仁。
19. ADHD儿童考试时，可以采取单独考试、延长考试时间、简化题目、口语回答、以电脑作答等措施。
20. 根据美国DSM-5提出的ADHD儿童的诊断标准，在注意力不足的维度上，可以诊断为ADHD，比如：①15岁，6项注意力不足行为②22岁，5项注意力不足行为，注意力不足行为出现持续七个月
21. 属于注意力不足症状的行为表现：①通常在学校作业、工作或其他活动上，无法密切注意到细节或是犯粗心的错误。②通常在作业或游戏中，难以掌握自己的注意力③通常无法跟随指令，并且无法完成工作场所的作业、杂务或责任④当别人和他面对面会话时，似乎没有在聆听
22. 根据美国DSM-5提出的ADHD儿童的诊断标准，在多动-冲动的维度上，可以诊断为ADHD，比如①10岁，7项多动-冲动行为②17岁，5项多动-冲动行为，多动-冲动行为出现7个月
23. 属于多动-冲动行为的症状：①通常手或脚常常动个不停或坐在椅子上不停地扭动②在应该坐在位置上时，经常离开座位③过于唠叨
24. 依据儿童在注意力不足与多动-冲动维度的行为表现，ADHD儿童可以区分为：综合症状型的ADHD儿童、注意力不足型的ADHD儿童和多动-冲动型的ADHD儿童。
25. 依据统计，70%的ADHD儿童会出现学习障碍，15%到75%的ADHD儿童伴随有情绪行为障碍。
26. 30%的ADHD青少年会出现躁郁症，少数出现忧郁症或药物滥用。
27. 大约30%的多动症成人会出现躁郁症、忧郁症的现象，出现情绪困扰、社会适应不良，形成儿童的暴力家庭或受忽视家庭。
28. ADHD儿童在生活中的行为问题表现有：①忘东忘西，丢三落四②做事有头无尾③常常表现的很忙，却看不到成效④挫折忍受力低
29. ADHD儿童在人际交往中的行为表现有：①不遵守指令，不良行为②情绪起伏很大，变化很快③喜怒情绪反应激烈④缺乏适当的社交技巧
30. ADHD儿童治疗模式有①药物治疗②亲职教育③社交技巧训练
31. 班主任在ADHD儿童的服药工作上需要注意：①何时开始服药，何时换药，何时停止用药②了解服药状况，包括：服用的药名、时间、作用、副作用③观察与记录学生服药后的学习情形，告知家长
32. 对ADHD儿童的生态环境的支持主要包括座位的调整与视觉提示两部分，其中在座位调整比较好的做法有：①不要离教师太远，方便教师协助②座位周围安排乖巧、有指导能力与意愿的同学③座位附近环境较安静，移除不必要的视听刺激④多动症儿童不容易干扰班级活动
33. 对ADHD儿童进行视觉提示有学习的重要概念、活动的程序、活动的规则、固定的时间流程。
34. 教师对课程与教学的调整，对于ADHD儿童的学习至关重要。比如：降低教材难度； 将自我管理训练融入教学与班级秩序管理；提供策略教学，以克服执行功能障碍； 拟定个别化的目标。
35. 教师需要对ADHD儿童的家庭作业上进行调整，常见的方法有：降低作业量；对家庭作业有合理量的分配；放大写字的格子，写字格的线条明显；允许以不同的形式完成作业，例如电脑打字、录音、绘画。
36. 美国心理学会在2013年发表的精神疾病诊断与统计手册第五版（简称为DSM-5）中，将注意力缺陷多动症候群归类在神经发展障碍类型。诊断维度包括有注意力不足与多动-冲动两个维度，儿童受此二维度因素的干扰，导致个体的功能与发展受阻。
37. ADHD儿童的第二个诊断维度是多动-冲动维度，症状的项目有：a通常手或脚常常动个不停或坐在椅子上不停地扭动；b在应该坐在位置上时，经常离开座位；c 通常在环境中，不合适地跑着或攀爬（对青少年或成人而言，觉得他们似乎静不下来）等症状。
38. ADHD儿童还有其他的诊断条件，这些症状一定要出现在儿童12岁之前，并且要排除情境因素。
39. 依据儿童在注意力不足与多动-冲动维度中的行为表现，ADHD儿童可以区分为综合症状型的ADHD儿童、注意力不足型的ADHD儿童与多动-冲动型的ADHD儿童等三个类型。
40. ADHD儿童的成因还包括胚胎期与生产过程的伤害、大脑神经传导物质、新陈代谢速率以及轻微的脑伤的因素，尤其是右脑前额叶，与大脑执行功能运作的区域受损有关。
41. ADHD儿童的筛查主要分为观察、访谈与行为检核等三方面。
42. ADHD儿童在婴儿期的行为症状有：1.睡眠时间短，很容易醒来，不容易入睡；2.醒着时动个不停，不断地到处爬、攀爬；3.喜欢乱碰东西；4.容易打翻、弄坏物品。
43. ADHD儿童在学习上的行为问题有：无法专心听讲；上课常离座，喜欢到处走动；学习困难，作业做得很慢；活动间的转换困难。
44. 教师要教ADHD儿童的是学习策略，而非知识本身，知识是学习不完的，唯有教他们学习策略，他们才会拥有自学的能力，将来毕业后，在需要时，能再自我进修。
45. ADHD儿童的辅导，亲职教育尤为重要，儿童的学习与适应问题，需要教师与家长的合作，在学校与家庭两个以上的情境，共同处理与解决，才能达到良好的效果。
46. ADHD儿童与一般的儿童一样，有他令人困扰的问题。但是，也有他与众不同的优势，重要的是老师与家长对他们要带着“研究”与“欣赏”的态度来面对他们的问题。

# 第十章情绪或行为障碍学生

1. 美国的Leo Kanner医生于1957年最早提出儿童的“情绪行为障碍”现象。
2. 台湾在1984年修改的特殊教育法中将情绪行为障碍儿童称性格及行为异常。
3. 美国2004年“障碍者教育法案”中“情绪行为障碍儿童”的相关定义包含：无法学习，此状况无法以智能、感知觉或健康因素解释之；无法和同学、老师建立或维持令人满意的人际关系和. 在正常的环境下，出现不适当的行为或情感形态。
4. 就“情绪行为障碍”定义而言，儿童的情绪障碍行为表现需要同时出现在两个或两个以上的情境。
5. 依据美国学者Wanger在1995年的统计发现：情绪行为障碍患者的检出率约为11%，Kauffman 与 Landrum在2009年的资料指出约为20%的儿童与青少年出现有“情绪行为障碍”的行为，据美国的统计资料指出在学龄儿童中约有0.73%患有情绪行为障碍。上述资料显示ADHD儿童的检出率差异很大，造成检出率差异很大的因素有：缺乏明确且操作性强的定义、各个学者的样本来源不同和社会政策与政府经济状况的影响。
6. 情绪行为障碍的成因，首推生化因素。
7. 情绪行为障碍成因中的家庭因素方面，有：儿童的行为深受父母的影响、有情绪行为的父母有可能教养出情绪行为障碍儿童、夫妻关系是否和谐与儿童的情绪与行为发展有着重要联系。
8. 内向型情绪行为障碍儿童，他们的发病年龄大约在15-30岁。
9. 外向型情绪行为障碍儿童特征：从小就出现易激动、谩骂、多动；易冲动、偷钱、逃学或对抗权威；容易演变成青少年犯罪问题。
10. 转介前干预（RTI）的做法主要涉及行为或学业。
11. 小组密集干预属于RTI三级预防模式中的第二层。
12. 关于转介前干预模式的几个假设中有：早期干预对预防特殊儿童的行为与课业学习相当的关键；在每个层次间需要运用做决定的方法进行学生问题解决；必须在尽可能的状况下实施循证本位干预。
13. 当学生被转介给相关专业人员后，由医生、治疗师、社工、其他专业人员、教师、家长等组成一个专业团队，对学生进行诊断与教育评估。相关专业团队成员需要遵守的原则： ①积极的诊断程序，而非标记②专业团队的成员必须说明评估资料来源，评估需要包括各种不同的情境，评估目标必须能侦测出行为的本质与内涵③在评估过程中，教师评等、陈述事件要适当，也要补充说明情绪行为事件出现的过程；若可能的话，藉由直接观察、检查学校纪录、同伴评等及其他信息来源，来了解学生的状况。
14. 专业团队成员对疑似情绪行为障碍儿童进行的一般性筛查方法：直接观察、检查学校记录、学生自陈、同伴评价、教师评价等。
15. 优势本位评估着重于评价情绪行为障碍学生的情绪与行为技能、能力与特质，并透过这些能力与特质来创造个人成就。
16. Epstein提出的行为情绪等级量表的维度：人际间优势、个人内在优势、情感优势。
17. 情绪行为障碍儿童的行为特征：①无法发挥正常的学习潜能，无法达到根据其智龄预计的学习水平；②常见的攻击性行为和违规行为③在语言学习上有困难，特别表现在理解与表达上。
18. 情绪行为障碍学生的教师在教学过程中应注意做到在进行社交技能指导时，需要有结构性的环境和教学以及教师的教学提示。
19. 行为矫正的常见方法：代币制、系统脱敏法、正强化法
20. 功能性评估可以帮助教师们解决的问题：①什么是学生行为的结果②透过行为，学生获得什么③透过行为，学生逃避什么
21. “情绪行为障碍”定义的关键因素包括：时间的持续性；.行为的严重性；影响个体学习与生活表现。
22. 可能是造成情绪行为障碍的原因：智力落后、基因遗传、学业成就低。
23. 按照活动量来区分情绪行为障碍，可分为内向型和外向型。
24. 外向型的情绪障碍儿童可能的表现：四处走动；违反校规。
25. 攻击、焦虑、恐惧都属于情绪行为障碍。
26. 依据美国2004年“障碍者教育法案”中有关“情绪行为障碍儿童”的定义，情绪困扰主要表现：①无法和同学与老师建立或维持令人满意的人际关系②普遍存在不开心或抑郁的情绪③会因个人或学校问题衍生出生理症状或恐惧感的倾向。
27. 情绪行为障碍儿童会出现的极度隐患性行为问题：暴力行为、杀人、纵火
28. RTI针对儿童的行为和学业进行筛查。
29. 转介前干预运用三阶层的预防方式：普通班有效教学、小组密集干预、个别化密集干预
30. 可参与诊断和评估人员：教师、医生、治疗师、家长。
31. 转介前干预中，相关团队的服务模式有：多专业团队、专业间团队、跨专业团队
32. 转介前干预模式的优点：①防止学生因为受到标记（labeling）而受伤害②避免疑似特殊教育学生受到随意的转介③促使普通教师负起对班级中疑似特殊教育学生的教育及辅导责任。
33. 专业团队成员对情绪行为障碍儿童的学习和情绪行为评估分别采用课程本位评价和优势本位评估。
34. 情绪行为障碍儿童的情绪行为特征，主要包括：行为表现、认知和学业、语言、社交
35. 学生的情绪行为问题会造成不良影响：影响学生自己的学习与人际关系；影响同学的学习；影响教师的班级管理及教学。
36. 情绪行为障碍的共病行为：.学习障碍和ADHD 。
37. 情绪行为障碍儿童的行为特点：伴随语言障碍、人际交往困难、D.学习困难。
38. 情绪行为障碍学生的教育干预方向主要针对学业干预、正向行为干预、社交技能训练和转衔与亲职教育方面。
39. 每一个人都有情绪，也会表现出情绪行为，只不过“情绪行为障碍儿童”的情绪强度、情绪的持续时间、情绪困扰的次数较一般人多出许多。
40. 随着时间的推移，ADHD儿童的检出率差异显著。
41. 情绪行为障碍的成因，首推生化因素。
42. 在家庭因素方面，父母是儿童的第一任老师，儿童的行为深受父母的影响，有情绪行为的父母会教养出情绪行为障碍儿童。
43. 在学校，情绪行为障碍儿童最明显的衍生问题是学业低成就，如此，造成他们的退学率高及青少年犯罪率高的衍生问题。
44. 智力发展障碍导致儿童本身自我控制不足，判断力弱，缺乏思考能力，如此，容易产生情绪行为问题或是违法行为问题，造成青少年犯罪。
45. 内向型的情绪行为障碍可能也是一些精神疾病的先期征兆。
46. 筛查是指用一些简单易行的方法与测试工具对儿童进行大范围、快速的测查，从而把有潜在学习、行为或心理问题的个体，从儿童群体中区别出来。
47. 几乎所有的情绪行为障碍儿童都会出现课业学习问题，因此，专业团队成员需要对他的学习进行测验与评估。
48. 对于儿童的情绪行为问题，可以使用功能性行为分析来帮助干预。
49. 情绪行为障碍儿童的情绪行为特征，令人最感到困扰的就是违反校规行为与行为规范的问题。
50. 情绪行为障碍儿童的认知能力、智力分布范围很广，从智能障碍到超常学生皆有，多数学生的智力在平均智能范围。
51. 情绪行为障碍学生和同龄同学比较起来，社交技能都比较差，他们无法建立及维持与家人、同学及师长的关系，常会被班级同学、学校教师所拒绝与排斥。
52. 情绪行为障碍学生的学业学习失败率及被降级率高，让他们出现不愿意上学、逃避上学、辍学等现象，从而造成未来的社会问题。

# 第十一章沟通障碍学生

1. 人类最主要、最方便快捷的沟通形式为言语沟通。
2. 写信主要利用了文字这种沟通形式。
3. 打字聊天时常用的“O(∩\_∩)O”，属于符号这种沟通形式。
4. 微笑、大哭、皱眉等利用表情进行沟通。
5. 构音障碍的四种特征分别为替代、扭曲、遗漏和添加。
6. 某儿童将“熊猫/xióngmāo/”一词的声母/x/和/m/说得含糊不清，该现象属于构音异常中的扭曲。
7. 某儿童将“爸爸/bàbà/”一词读成/pàpà/，该现象属于构音异常中的替代。
8. 某儿童将“西瓜/xīguā/”一词说成/ xīgā/，该现象属于构音异常中的遗漏。
9. 某儿童将“蜻蜓/qīngtíng/”一词说成/ qiāngtíng/，该现象属于构音异常中的添加。
10. 构音器官中，最灵活的是舌。
11. 构音器官中，最不灵活的是上腭。
12. 不属于构音器官的是肺。
13. 儿童说话时总是喜欢大喊大叫，最可能存在响度异常。
14. 儿童说话时总是发出尖叫声、刺耳声，最可能存在音调异常。
15. 学龄前儿童说话的音调大致为300Hz。
16. 学龄前儿童说话的响度声大致为70dB。
17. 学龄前儿童说话的音调比成人高。
18. 正常交谈时，幼儿和成人说话的响度声基本一样。
19. 嗓音障碍主要由人体声带的异常而导致。
20. 所谓的“嗓音/发声系统”具体指的是喉部。
21. 嗓音问题主要表现在三个方面，分别是音调、响度和音质。
22. 音质的异常主要是由于身体声带部位的器质性或功能性病变导致的。
23. 儿童将“我要吃苹果”说成“我吃要苹果”，主要属于语法异常。
24. 儿童将“小鸟在天空中飞翔”说成“小鸟在天空中游泳”，主要属于词汇异常。
25. 儿童无法理解含有反问语气的句子，这属于语义异常。
26. 口吃的特征有延长发音、言语中阻、重复发音和插入语。
27. “妹——妹喜——欢看——电视”属于口吃中的延长字音。
28. “老师，那个什么，我要一支红色的笔”属于口吃中的插入语。
29. “把、把、把、把门打开”属于口吃中的重复发音。
30. 造成“狼孩”沟通障碍的原因主要是环境因素。
31. 产生沟通障碍的原因中，属于器质性因素的是听力受损。
32. 产生沟通障碍的原因中，属于功能性因素的是环境剥离。
33. 对学生的沟通能力进行评估时，评估的主要项目不包括智力测验。
34. 在课堂上安排沟通障碍学生回答简短的问题属于课程调整。
35. 关于进行嵌入式沟通训练的说法不正确的是全部参与原则。
36. 融合教育的建构模式中最下层是优质的教育环境。
37. 融合教育建构模式最上层的是具体问题干预策略。
38. 语言、动作、手势、身体姿势、服饰可以作为人与人之间沟通交流的形式。
39. 13个月的幼儿不会发出有意义音节，指着苹果表示想要吃，这包含实物、动作交流。
40. 沟通障碍产生的原因中，属于器质性因素的有大脑损伤、构音异常、听力损伤、嗓音异常。
41. 自闭症儿童、听力损伤儿童、智力障碍儿童、脑瘫儿童、视力损伤儿童、多重障碍儿童可能会存在沟通交流障碍。
42. 沟通障碍产生的原因中，属于功能性因素的有情绪问题、认知缺陷、环境问题。
43. 关于进行嵌入式沟通干预的说法中，不正确的是随时发出指令、全部参与原则。
44. 异常的音质声包括气息声、粗糙声、嘶哑声。
45. 延长字音、重复发音、言语中阻、插入语属于口吃儿童的主要特征。
46. 构音训练、嗓音治疗、语言评估、口部运动治疗属于言语治疗师的任务。
47. 布置合适的教学环境、课程调整、嵌入式语言干预属于融合教育教师的主要任务。
48. 关于进行嵌入式沟通干预的说法中，正确的是安排自然情境、部分参与原则、适时发出指令、适当给予指导。
49. 沟通障碍学生的融合教育需要教师、家长、医生、言语治疗师、心理专家的参与。
50. 正常儿童可能出现沟通障碍。
51. 沟通障碍学生的融合教育中，教师需要了解学生的心理特点。
52. 沟通障碍学生的融合教育过程中，需要医生、心理专家的参与。
53. 沟通障碍可能引起学业障碍。
54. 在开展沟通障碍学生的融合教育前需要进行沟通能力评估。
55. 对学生进行沟通能力的评估时，智力测验不是主要的评估项目。
56. 沟通障碍学生的融合教育中，教师需要了解学生的性格特点。
57. 人与人之间的沟通通常采取多种沟通形式。
58. 沟通障碍会引发情绪问题。
59. 在开展沟通障碍学生的融合教育前必须要进行沟通能力评估。
60. 沟通障碍会引起学业障碍。
61. 音乐可以作为沟通交流的一种形式。
62. 沟通能力的评估项目中包括听力测验。
63. 沟通障碍学生的融合教育不仅仅需要教师的参与。
64. 沟通障碍学生的融合教育中，教师需要了解学生的心理特点。
65. 教学环境对学生的沟通交流有影响。
66. 无语言儿童可以利用图片实现沟通交流。
67. 造成“狼孩”沟通交流障碍的主要原因是环境剥夺。
68. 视频可以作为沟通交流的一种形式。
69. 正常儿童也可能出现沟通障碍。
70. 沟通障碍学生的融合教育需要多方人员的共同参与。
71. 人与人之间的沟通交流通常采取言语沟通和非言语沟通相结合的形式。
72. 对于沟通障碍学生的评估，不仅仅需要医生、言语治疗师的参与。
73. 儿童的认知缺陷是引起沟通障碍的功能性因素。
74. 儿童可通过语言、图片、表情、动作与他人沟通交流。
75. 对于沟通障碍学生的评估，需要多方人员的共同参与。
76. 嵌入式教学适宜安排在学校的自然情境中。
77. 无语言儿童不仅仅能利用图片进行沟通交流。
78. 生理机能正常的幼儿也可能会有沟通交流困难。
79. 服饰在沟通交流中也发挥一定作用。
80. 口吃的具体表现包括重复发音、插入语、言语中阻和延长字音。

# 第十二章肢体障碍学生

1. 我国2006年有肢体残疾2412万人，其中6～14岁学龄儿童（不包括多重残疾儿童）的数量是48万。
2. 肢体障碍是指人体运动系统的结构、功能损伤造成四肢残缺或四肢、躯干麻痹(瘫痪)、畸形等导致人体运动功能不同程度的丧失以及活动受限或参与的局限。
3. 肢体障碍学生无法行动自如，活动范围受限，生活经验也相对较为贫乏。
4. 肢体障碍学生障碍情况是因人而异的，造成的障碍程度有可能从生活完全依赖、没有动作，到可以说话、自我照顾独立，或看似笨拙的动作但可以走路、跑步，或其他技巧性活动。有些脑瘫儿童容易流口水、说话口齿不清，等等。
5. 少数肢体障碍学生担心遭受外界的异样眼光，在人际交往中退缩并且感到失落与孤独，表现在三个方面：行动空间的孤立、心理空间的孤立、别人对他的孤立。
6. 肢体障碍学生的忧虑主要表现在对身体的忧虑和对前途、未来忧虑两个方面。
7. 脑瘫是自受孕开始至婴儿期脑发育阶段进行性脑损伤和发育缺陷所导致的综合征，主要表现为运动障碍及姿势异常。常合并智力障碍、癫痫、感知觉障碍、交流障碍、行为异常及其他异常。
8. 1997～1998年我国对六省(区)1～6岁脑瘫患病率进行调查，约为1.92‰ 。
9. 在欧美地区，脑瘫的发生率约为1.5‰～3.3‰ 。
10. 引起脑瘫的直接病因是脑损伤和脑发育缺陷。
11. 脑瘫定义的三要素是发育性、非进行性和永久性。
12. 脑瘫按临床神经病学表现分型包括痉挛型、不随意运动型、肌张力低下型、共济失调型、 强直型、混合型。
13. 脑瘫按瘫痪部位分型包括单瘫、偏瘫、双瘫、三肢瘫、四肢瘫。
14. 一般来说，痉挛型脑瘫的学生较为内向、畏缩与紧张；不随意运动型脑瘫的学生较为外向，情绪是以爆发的方式发泄出来。
15. 脑瘫学生一般采用退缩行为、反抗行为、防卫森严、补偿行为等不同方法来维护自尊。
16. 针对肢体障碍学生，Berdine和Blackhurst在1985年提出了优先关心的问题，提供教师逐一自我检查，他们共提出了十大问题4.教师可以给予肢体障碍学生适度的肢体运动训练，帮助其克服障碍，但需康复治疗师的指导。
17. 依肢体障碍学生的需要协助其转移与生活自理：他能做到的事，尽量让他学习自己做；协助他们离开教室、上下坡道及厕所；小心协助推轮椅或使用拐杖上下车、开关车门、拿取拐杖及随身物品，并记得将轮椅刹住。教师需注意不可让帮助他的同学，玩弄他的辅具和伤害他的自尊心。
18. 脑瘫兼有低视力时，更需请任课教师及早告知授课进度及教材范围，且强调讲义的字体端正清楚，以方便学生预习。
19. 针对脑瘫儿童口语不佳，在安排作业考试方面，不宜免作业免考试。
20. 脑瘫兼有口齿不清情况下，需同学尽量耐心倾听，若无法理解他们的意思，可以善意地要求重述或是改以笔谈，并且避免在交谈时因为不耐烦而断章取义甚至放弃沟通。
21. 在课堂活动方面，针对伴随听觉障碍的脑瘫学生的正确措施是：①任课教师尽早提供授课纲要、参考资料；②上课座位以靠近教室中央前区为宜，以易于看清楚板书及听取声音；③授课时请尽量正面相向，多利用板书、讲义、书籍等视觉性教材；④清晰的说话声、清楚的唇形及稍慢的说话速度皆有利于学生读唇；⑤多利用板书，并适时的重述其他学生的发言。
22. 在课堂活动方面，针对脑瘫学生正确的措施是：①若伴随视觉障碍，座位以教室中间前几排为佳；②若伴随视觉障碍，示范动作时应尽可能作近距离的示范；③若伴随视觉障碍，板书时应力求笔划清楚，以利学生做笔记；④课堂使用之投影片、PowerPoint或相关的辅助教材，依学生学习情况于课前或当场提供，以弥补因抄写不及或因视、听觉障碍所造成的学习上的困难；⑤若伴随不同程度的语言问题，教师要耐心地了解他们的说话内容，也要鼓励同学尝试与他们交谈，建立对于沟通的自信；⑥针对无法说话也无法手写的学生，教师可以考虑以电脑作为沟通的桥梁。
23. 在环境设施方面，针对肢体障碍学生正确的措施是：①所有通道要能容纳轮椅宽度和拐杖的幅度，铺面能防滑且不中断；②所有楼梯电梯设扶手，水沟加盖；③教室、厕所门板不能太重或装设门弓器，并采用拉门及横杆式把手，以利进出，避免被夹到；④设置坐式马桶，每一处洗手台至少设置一支拨杆式水龙头及梳妆镜；⑤校内开关及设备、公用电话、饮水机等的位置要能适合他们使用；⑥视学生需求提供辅具。
24. 在作业考试方面，针对脑瘫学生正确的措施是：①动作不协调，完成一项作业通常需要较长时间，教师应提前宣布作业题目与要求，并且给予宽裕的时间，鼓励他们尽力完成作业；②针对能力不佳的，教师斟酌情况在测验时延长作答时间，或是改以电脑施测；③针对口语不佳的，教师斟酌情况以书面代替口头报告，或是使用电脑辅助语音设备；④脑瘫多为多重障碍，在各方面可能较其他特殊学生更为需要协助，教师要多加留意其需求，并且能够热情主动、耐心等待。
25. 在同学协助方面，针对肢体障碍学生正确的措施是：①主动邀请他们参与各项学习活动；②肢体障碍学生能做到的事，尽量让他学习自己做；③依需要，协助他们离开教室、上下坡道及厕所；④了解他们喜欢的运动项目，陪伴他们从事健康与安全的休闲活动；⑤询问他们的体能情况，以便在发生意外事件时，能够及时地采取救援措施；⑥他们跌倒或需要协助时，要先问明如何协助，避免常人的想法或动作，而造成伤害或不舒服，帮助他注意防范意外的伤害。
26. 在教师教学方面，针对肢体障碍学生正确的措施是：①增加对障碍状况的了解，尽可能学习有关于疾病的起因、症状、诊断、治疗及教育价值；②面对自己内心的感受，学习尊重他们；③与他们沟通，以及与家长合作；④鼓励适当的体育或活动课程，依体能状况，提供个别指导和协助，使他有团体参与感和隶属感；⑤通过角色扮演，让同学体验他们生活的不便，而能将心比心，理解他们的感受；⑥由于动作协调困难，因此在自我照顾方面，需注意其卫生清洁问题，上厕所时可派一位小天使，给予其需要的协助。
27. 进行分组活动时，同学应主动邀请脑瘫同学加入讨论，并且依照其能力分派合适的工作由他们来完成，给予他们学习与表现的机会。
28. 脑瘫儿童不论单独协助或团体学习，都要提供充足的时间，并耐心地等待其完成。
29. 同学在对待肢体障碍同学时要将心比心，尊重彼此之间的差异，以关怀与肯定取代冷漠与指责。
30. 不要因顾虑活动能力而减少脑瘫学生参与活动的机会，反而应该鼓励其尽量参加各项体育与休闲活动，并且确保他们能够获得足够的休息。
31. 脑瘫伴有癫痫，由教师等负责留意其发病的可能，并随时给予适当的协助或送医。
32. 一侧肢体运动功能完全丧失（偏瘫），不能独立实现日常生活活动，属于肢体残疾一级。
33. 四肢运动功能重度丧失（四肢瘫），不能独立实现日常生活活动，属于肢体残疾一级。
34. 双下肢运动功能完全丧失（截瘫），不能独立实现日常生活活动，属于肢体残疾一级。
35. 双上肢功能极重度障碍或三肢功能重度障碍，不能独立实现日常生活活动，属于肢体残疾一级。
36. 偏瘫或截瘫，残肢保留少许功能（不能独立行走），基本上不能独立实现日常生活活动，属于肢体残疾二级。
37. 一肢功能重度障碍或二肢功能中度障碍，能部分独立实现日常生活活动，属于肢体残疾三级。
38. 双大腿缺失属于肢体残疾二级。
39. 二肢功能重度障碍或三肢功能中度障碍，基本上不能独立实现日常生活活动，属于肢体残疾二级。
40. 单手拇指以外其他四指全缺失属于肢体残疾四级。
41. 单侧拇指全缺失，基本上能独立实现日常生活活动，属于肢体残疾四级。
42. 侏儒症（身高不超过130cm的成年人），基本上能独立实现日常生活活动，属于肢体残疾四级。
43. 脊柱畸形，后凸大于70 度或侧凸大于45度，基本上能独立实现日常生活活动，属于肢体残疾四级。
44. 头尾规律是正常小儿运动发育规律之一。
45. 近远规律是正常小儿运动发育规律之一。
46. 正常婴儿仰卧位姿势运动发育的主要特点：①由屈曲向伸展发育；②从反射活动到随意运动发育；③手、口、眼的协调发育。
47. 正常婴儿坐位姿势运动发育顺序是全前倾→半前倾→扶腰坐→拱背坐→直腰坐→扭身坐。
48. 头无法稳定直立控制者，这种情况提示患儿动作发展训练阶段属于头颈控制阶段。
49. 头颈能直立控制，但不会翻身，这种情况提示患儿动作发展训练阶段属于躯干控制阶段。
50. 双上肢无法稳定支撑者，这种情况提示患儿动作发展训练阶段属于上肢控制阶段。
51. 躯干能维持稳定坐姿，但不会高跪，这种情况提示患儿动作发展训练阶段属于骨盆控制阶段。
52. 骨盆能维持稳定动作控制，但不会单脚跳，这种情况提示患儿动作发展训练阶段属于下肢控制阶段。
53. 骨盆能维持稳定动作控制，但不具备以下任何一项动作能力者：蹲走、蹲跳、双脚跳、单脚跳，这种情况提示患儿动作发展训练阶段属于下肢控制阶段。

# 第十三章多重障碍学生

1. 多重障碍亦称多重残疾或综合残疾。
2. 人们最熟悉的多重障碍者就是19世纪美国的女作家、教育家、慈善家、社会活动家海伦•凯勒。
3. 多重障碍是指个体在生理、心理或感官上两种或两种以上障碍合并出现的状况，并且障碍间不具连带关系且非源于同一原因造成。
4. 多重障碍可以按照两个系统来进行分类，一种是以儿童身上所具有的主要障碍进行分类；另一种是以儿童身上所具有障碍的数量来分类。
5. 多重障碍是一个异质性极大的群体，多重障碍儿童由于其障碍的程度与障碍发生部位的不同而导致他们之间存在差异。
6. 针对多重障碍学生抽象思维能力较差这一特点，教师对他们进行教学时要选择比较直观具体的方式来进行教学。
7. 多重障碍儿童的教育内容主要考虑两方面的内容，一方面是学科学习，另一方面是适应性技能的学习。
8. 对于多重障碍儿童来说，适应性技能尤为重要。主要包括：沟通和社交技能、自我照顾技能和休闲技能。
9. 图片交流系统在自闭症谱系障碍儿童的康复训练中使用得较多，取得很好的效果。
10. 多重障碍儿童要学习的自理技能需要特别体现出技能的功能性和实用性。
11. 关于多重障碍儿童的教育内容，不管是学科学习方面还是技能的训练方面都要坚持三个原则：功能性、适龄性和选择性。
12. 多重障碍儿童需要学会根据自己的喜好做出一些日常的选择，而不是总是听凭他人的安排，这也是提高他们生活质量很重要的方面，这是指多重障碍儿童教育内容的选择性。
13. 尽管个体不能独立地完成任务或活动的每一步，但可以教他们完成其中的一部分或是完成经过改进的任务版本。这是多重障碍儿童的教育原则中的部分参与原则。
14. 积极行为支持原则是应对学生问题行为的主要原则。
15. 积极行为支持强调，在处理问题行为时，除了应当采取措施使问题行为减少或消失，还应教会学生一个替代性行为。
16. 小组教学原则是指在教学形式中运用小组教学这种形式对于多重障碍儿童来说具有潜在的优势，能够取得较好的效果。
17. 教师应为多重障碍儿童设置具体明确的教育目标。
18. 教师必须在了解多重障碍儿童现有水平和能力的基础上才知道儿童需要学什么，这意味着在教学前必须精确地评估儿童的现有水平。
19. 与其他类型儿童的评估不同，多重障碍儿童由于程度较严重，很多评估工具并不适合他们的评估。
20. 为多重障碍儿童制定的教育目标必须具体而明确，主要是因为有助于教师确认这一教学目标是否实现。
21. 对多重障碍儿童的教学目标进行任务分解小步骤教学的主要目的是降低学生学习的难度。
22. 我们把将一个行为链分成一个个单一的刺激—反应进行分析的过程叫做任务分析，也就是说把某一项技能分解成一个特定的、可观察的步骤。
23. 当多重障碍儿童在学校和家中对教师或家长的某些教学或指示做出正确反应时，教师和家长有必要及时给予他们反馈和强化。
24. 为使多重障碍儿童对某项指示的正确反应重复出现，教师和家长应善用强化。
25. 运用自然教育策略促进多重障碍学生的保持和应用是一种很好的方法。
26. 自然教育策略针对儿童的低动机和迁移能力差问题，当儿童表现出某种兴趣
27. 的时候正是教他学习相关技能的最佳时机。
28. 自然教育策略的整个过程按照“儿童要求—教师提示—等待儿童反应”的程序进行。
29. 为了了解学生的进展需要及时评估儿童的进展情况，教师可以在日常生活中搜集学生的成就水平变化相关信息。
30. 智力障碍伴随听觉障碍 、智力障碍伴随视觉障碍 、肢体障碍伴随听觉障碍这三种情况均属于多重障碍。
31. 多重障碍儿童的教育要遵照以下三个原则：部分参与原则、积极行为支持原则、小组教学原则。
32. 积极行为支持原则是应对学生问题行为的主要原则。积极的行为支持包括以下要素：理解学生行为的意义、 教给学生一个适当的替代性行为 、利用环境的改善减少不良行为 、使用在融合学校和社区环境中适宜使用的策略。
33. 听障儿童不是多重障碍儿童，虽然他们既听不到又没有语言，他们的两种障碍同时存在，但他们的两种障碍之间存在连带关系，语言问题是受到听觉障碍的影响所导致的。
34. 多重障碍状况的合并会造成重度的教育需求，并非某单一障碍所设的特殊教育方案所能解决。
35. 目前为止研究者还没有发现了关于多重障碍的所有成因。
36. 根据2006年的调查数据推算，全国多重残疾1352万人，6—14岁学龄残疾儿童有246万人，其中多重残疾儿童75万人。
37. 对多重障碍儿童进行分类的目的是为了更好的了解学生的障碍特点以及由此特点引起的困难，据此对他们实施教育和康复，让他们更好的适应环境，获得更好的生存体验。
38. 对多重障碍儿童分类并不容易，通常教师很难准确的对他们分类。
39. 多重障碍儿童的障碍并非两种或两种以上障碍的联合存在，而是构成另一种独特的障碍。
40. 多数多重与重度残疾的儿童存在智力方面的问题。
41. 多重障碍儿童学习新的知识与技能的速度较同龄正常儿童缓慢，和其他类型的残疾儿童相比，多重障碍儿童的学习速度更慢。
42. 以智障和自闭症为其显著障碍的多重障碍儿童可能无法用口语沟通。
43. 多重或重度障碍儿童的身体运动能力有限。有些儿童甚至无法独立行走或独立站立和坐起。这些儿童需要接受他人的帮助和辅具的支持。
44. 许多多重障碍儿童无法生活自理，他们需要针对日常的穿衣、吃饭、大小便、洗漱等行为进行特殊的训练。
45. 多重障碍儿童之间存在着巨大的差异，但他们的差异性远远大于共性。
46. 在学科学习上，我们不能按照对普通儿童的要求来要求多重障碍儿童取得同等水平的学业进步。
47. 无法发展口语的多重障碍儿童需要学会使用一些增强性和替代性沟通系统。
48. 教会多重障碍学生一些休闲技能对于提高他们的生活质量尤为重要，也能够帮助他们更好的社会化。
49. 设计多重障碍儿童学习的内容时除考虑他们的智力水平还需要考虑他们的生理年龄。
50. 小组教学这种形式对于多重障碍儿童来说具有潜在的优势，能够取得较好的效果。
51. 对多重障碍学生进行小组教学比较容易取得良好的教学效果，但新手教师要做到这一点还需要多多练习。
52. 多重障碍儿童的教师有必要掌握一些评估理念和评估方法，使用各种标准化或非标准化的评估量表。
53. 对多重障碍儿童的评估由教师一人无法独立完成，需要一个评估的团队。
54. 当某一教育目标经过反复教学儿童还不能掌握时，说明这一目标对于儿童可能太难了，或者儿童不感兴趣，此时教师应该调整这个教育目标。
55. 任务分析不只是能用在对多重障碍儿童技能的教学上，其他方面的教学也可以使用。
56. 多重障碍儿童理解能力较低，教师在教学中必须给学生清晰的指示和提示，让学生知道教师希望他做什么。
57. 当多重障碍儿童在学校（也包括家庭）中对教师或家长的某些教学或指示做出正确反应时，教师和家长有必要及时给予他们反馈和强化。
58. 只有真正实现知识和技能的迁移，才能表明多重障碍儿童已经真正掌握了某项技能。
59. 自然教育策略主张当儿童出现某种兴趣的时候正是教他学习相关技能的最佳时机。
60. 运用自然教育策略时要在学生做出被期待的反应后提供强化。
61. 多重障碍儿童学习能力较低，因此他们的学习成就可能是一点一点出现的，并且短期内也不会有突飞猛进的变化。
62. 教师可以为每一名学生建立一份档案，进行档案评估也是比较适合多重障碍学生的评估方式。
63. 探讨多重障碍的成因主要考虑两个系统，一个是病源分类系统 ，一个是根据生产过程的时序，就产前、产中、产后这三个阶段加以探讨。
64. 多重障碍儿童并非只是在各方面存在不足和缺陷，他们也有自身的优势和潜能。