特殊教育季刊　民103年3月　第130期　第35-42, 34頁
Doi: 10.6217/SEQ.2014.130.35-42

淺論障礙的社會模式

黃文慧
臺北市第一女子高級中學教師

摘　要

本文旨在探討障礙的社會模式。首論社會模式發展背景，其次說明社會模式主要主張、受到批判之處以及晚近修正觀點，並提出對特殊教育的啟示。

關鍵詞：社會模式

Introduction about the Social Model of Disability

Wen-Hui Huang
Teacher, Taipei First Girls High School

Abstract

The purpose of this article is to introduce the social model of disability. First, I concentrate on identifying the background of this social model. Second, I analyze its distinctive arguments, as contrasted with the medical model. Finally, I explore the critiques and recently revised ideas of the model. Some implications for special education within it are suggested.

Keyword: social model of disability

壹、前言

障礙的意義隨歷史而變，其意義受特定時空與經濟條件框限而持續轉變(Thomas, 2002)。社會對障礙的理解，決定社會對障礙者的回應；社會對障礙者的回應，亦形塑社會對障礙的理解(Levi, 2006)。理解障礙最普遍的觀點非醫學模式莫屬，不過，萌發於障礙者權利運動的社會模式，跳脫個人與醫學角度，提出有別傳統的問答，對看似本然的現象提出省思與批判。

貳、發展背景

深受民權思潮啟發的障礙者權利運動，提供社會模式發展的養分與實踐的契機，倡

黃文慧（huangwenhui05@gmail.com）。

導先驅多具身體損傷、社運人士與學者等多重身份，如Vic Finkelstein、Mike Oliver等人，社會模式實與障礙者權利運動互為表裡，謹從四階段論社會模式的發展。

一、社會模式的醞釀

19世紀至20世紀中葉，社會習以宗教、道德、個人與醫學角度解釋障礙，多以慈善、保護、矯治回應障礙者。隨著現代科學與醫療技術的進步，西方社會出現有別於收容、救濟的觀點，轉從矯治取向理解障礙，將障礙視為需治療的問題。除隔離、節紮，亦採治療、復健等方法，期以幫助障礙者及早適應社會。伴隨政府提供大規模醫療照護方案，個體能否取得障礙資格與資源，則由專業人員決定(Goodley, 2011; Humpage, 2007; Olkin, 2002)。

此時社會理解障礙的方式，雖由宗教慈善轉至醫療矯治，但仍視障礙者為需憐憫、等待救濟的無助者，鮮少期待其能就業、獨立生活，常以機構養護方式安置。60年代以前，循個體務須適應社會的前提，將障礙定位為需以醫療處理的個人問題，授予專業人士絕對的權力與權威，專業人士是執行介入者，也是授予合法資格的決定者。障礙者本人鮮有發聲的機會與權利，遑論以自身觀點與經驗從事研究、研擬政策。然受民權思想啟發的障礙權利運動正在醞釀。

二、社會模式的萌芽

1960、1970年代是人權思潮與民權運動高張的年代。1964年美國頒佈民權法案(Civil Rights Act)，啟發障礙者與相關人士從民權角度發表論述，期盼提升社會對障礙公民意識的覺醒(Ralston, 2010)。如1966年Paul Hunt以自身經驗撰文批判損傷者因機構化而失能的過程與隔離的經驗，引發社會對障礙者處境是否公平的討論(Slivers, 2010; Thomas, 2007)。

除了撰文探討外，障礙者與相關人士更組織社會團體，企圖以社會行動爭取權利、改善現況，由此展開一連串障礙權利運動。例如家長團體呼籲政府當局重視障礙學童回歸主流的受教權；障礙團體發起以人為先運動(People First)，批判社會對障礙慣用語背後的意涵，提升障礙意識；自立生活運動則主張去機構化與獨立生活。1976年，英國民間成立「肢障者反隔離聯盟」(The Union of the Physically Impaired Against Segregation, UPIAS)，發表障礙因社會而起的宣言，批判生物醫學觀點，呼籲社會改革方為解決之道，此宣言於1980年代持續衍生並以社會模式名之(Ralston & Ho, 2010; Roulstone, ref Thomas, & Watson, 2012; Slivers, 2010)。

在民權運動勃興的年代，社會對障礙的理解從科學典範移到政治典範(Levi, 2006)，障礙者與相關人士意識並積極爭取公民權利。此外，不同於傳統由專業人士決定資格與資源，此時障礙者自組團體，強調從個人經驗與切身觀點討論障礙議題，將焦點從慈善照顧、醫療矯治的訴求，轉至公民權利的保障，進而發起權利運動，籲請檢視障礙者的社會處境，力倡社會不周造就障礙。

三、社會模式的成形

1980年代以後，障礙人權、自我擁護與正常化等理念漸趨成熟，逐漸體認障礙者應是社會同等尊重的公民，需立法保障公民權，80年代至90年代可視作障礙權利運動第三階段。然而，1980年世界衛生組織(World Health Organization, WHO)頒佈「國際損傷、障礙與殘障分類系統」(International Classification of Impairment, Disability, and Handicap, ICIDH)，仍沿用生物醫學模式，從身體受疾病影響討論障礙，主張障礙與不利係因損傷所致(Üstün, Chatterji, Bickenbach, Kostanjsek, & Schneider, 2003)。

ICIDH出版後旋即遭到障礙團體強烈反對，認為ICIDH單從生物醫學角度解釋障礙，易將障礙經驗化約為身體損傷的後果，

忽略脈絡與社會因素，遂援引UPIAS宣言提出社會模式與之抗衡，主張社會因素才是造成障礙者身處劣勢的主因，應優先移除社會對障礙的阻礙(Bickenbach, Chatterji, Badley, & Ustun, 1999; Oliver, 2009)。社會模式強調障礙是社會建構，焦點由生物醫學的個人面，推往環境與社會制度的結構面。是以，社會對正常與異常二分的概念乃障礙經驗之源，此為社會模式批判的重心。

障礙者權利運動拒絕接受醫學模式或治療取向，主張社會應適應障礙者，取代傳統個體需適應社會的立場(Ralston & Ho, 2010)。社會運動與學術思辯相互激盪，社會模式於焉生成，形成新興障礙研究取徑(Barnes, 1998, 引自Goodley, 2001; Perters, Gabel, & Symeonidou, 2009)，以障礙因社會而起，務求社會變革，將障礙者視為擁有獨特文化的少數團體，須以立法保障平等且全面的參與、獨立自主與賦權。綜言之，此時社會模式強調公民權利、採用政治策略，透過障礙運動獲得政治訴求的平台，力主立法保障，以改變社會結構與態度。

四、社會模式的實踐

1990年代社會模式的主張陸續反映在各國政策、法案的修訂，開啟障礙者權利運動的第四階段。如1990年美國障礙者法案（Americans with Disabilities Act, ADA），即以社會模式為基礎，擷取民權法案概念，將障礙者視為受不平等待遇的少數團體，維護免受歧視的權利與自由，保障就業、社區服務、大眾運輸等資源，此法案成為各國制訂反歧視法案的雛形(Humpage, 2007; James, Malec, & Mossner, 2006)。

2001年WHO為回應醫學模式與社會模式的爭論，以障礙過程為主軸，出版「國際功能、障礙與健康分類系統」(International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF)。透過身體、個人、社會向度思考功能的意義，建構損傷、活動限制、參與侷限等三層次，取代ICIDH損傷、障礙與殘障的概念，形成「生物心理與社會模式」(Bio-Psy-Soical Model)，針對社會環境因素對障礙的影響提供具體規範與詳細測量(Shakespeare & Watson, 2010)。

1990年代以來，各國對障礙權利運動的訴求多有具體回應。除將各項保障障礙者社會參與措施法制化外，另修訂國際分類系統，重新理解障礙。至此，就實踐層面而言，社會模式漸在相關法案、政策發酵、落實。在理論上，社會模式持續遭受醫學模式與自身成員的批判，尤於2000年以後益發熱烈、發展趨於細緻。大體而言，主要論辯聚焦二處(Ralston & Ho, 2010)：一為如何理解障礙特質，二為障礙者值得過的生活型態為何。

社會理解與回應障礙的方式，長期由宗教慈善與生物醫學模式主導，直至民權意識抬頭，逐漸醞釀社會取向觀點，在障礙團體集結下形成萌芽討論的平台，終至以社會模式為名與醫學模式抗衡。90年代後，社會模式陸續在政策、法案中實踐。不過，理論內容仍受挑戰，亦使其不斷修正，但社會模式有別以往的障礙觀點為何？

參、基本主張

茲從障礙界定、解決焦點、知識權威、政治策略的屬性與障礙者的生活圖像等五方面探討社會模式的基本主張。

一、界定視框的移動

傳統生物醫學模式認為障礙起因於身體損傷，與常態相較，個體能力呈現喪失或不足的偏異現象，不利日常活動與角色執行。社會模式主張損傷是身體功能的限制，但障礙則因社會環境與刻板印象，侷限損傷者活動執行與事務參與，損及公民基本權利。所以，阻礙個體的關鍵不在身體損傷，而在旁人的態度與社會的組織規範(Ballan, 2008)。亦即，社會壓迫導致障礙，障礙生於社會壓

迫中。易言之，生物醫學模式從個體身體層次與常態偏異，定義障礙的成因、屬性與影響，形塑障礙為個體偏差的議題；社會模式則從社會層次與公民權利定義成因、屬性與影響，突顯障礙是社會壓迫與不平等的議題，認為障礙者所處的社會才是真正問題所在。

二、解決焦點的轉移

傳統生物醫學模式將障礙視為個體偏差的結果，認為障礙人生是個人悲劇，受醫療專業評估與指導，決定最適合的介入、資源與福利，以減少偏差。個體透過矯治以適應環境，負起減少偏差的責任，達成最接近社會常態的標準。社會模式則將障礙定為社會壓迫的結果，處處制肘的人生是社會組織的失能。社會環境須維護全體公民權益，移除阻礙與歧視；障礙者透過組織結社、行動與集體認同，促使社會負起改變的承諾，強調障礙本身並無對錯，但障礙者身處的社會環境與制度怎麼看待障礙、對障礙者的認知、價值與態度，致使障礙成為個體與社會環境、制度互動的產物(Meekosha & Shuttleworth, 2012)。因此，生物醫學模式將障礙定為個人問題，透過專業權威提供矯治個體的解決方法，達成個體適應社會環境的目標。社會模式則將障礙視為社會問題，以障礙者的經驗與行動作為社會改善的方向，達成社會對成員的承諾。

三、知識權威的流動

生物醫學模式著重專業介入的威權與照護本位，專業人士握有提供醫療解決方法的權力，達成控制偏異個體的目的。權利運動者則認為研究人員本身可能缺乏障礙經驗，亦常將障礙者視為受試者或受訪者，結果往往是研究人員獲利，而非增進障礙者利益。據此，障礙學者與社運人士主張：障礙者應取得發言權，建構屬於自身的真實、獨特的覺知與解釋。因為，沒有一個非障者能比障礙者更瞭解自身的興趣與喜好(Anastasiou & Kauffman, 2011)。專業人員可以提供意見，但無權凌駕障礙者生活，尤其是社會與經濟政策(Humpage, 2007)。社會模式源自權利本位，權利/力根植於公民責任中，障礙經驗才是回應障礙的權威觀點，以建立多元社會與自由選擇為旨趣。

四、政治策略的屬性

社會模式發端於障礙團體集結、遊說的主張，從圈內人角度理解障礙(Humpage, 2007)，不僅重新定義障礙，企圖將焦點從損傷的功能限制，轉至社會制度、組織環境與文化的阻礙，以政治問題定位障礙，此解釋角度實具社會行動的政治目的。傳統生物醫學模式將障礙定義為個人悲劇，日常人際互動常將障礙者以悲劇受害者對待，政策研議主軸亦常設定為補償受害者。相對地，如將障礙定義為社會壓迫，則障礙者即為社會漠視的集體受迫者，而非個別境遇的受害者，政策方向可能會朝以減輕壓迫，而非補償個人的方向發展(Oliver, 2009)。社會模式出自反抗社會對障礙者的不平等待遇，由障礙者與社會運動者、理論者提出，強調從障礙者日常經驗出發，聚焦造成障礙的社會因素，訴求社會改變，以此轉移對障礙既有的理解，概念本身更具政治屬性與政治策略的運用。

五、障礙者的生活圖像

生物醫學模式認為透過專業權威人士診斷、矯治障礙個體，使其能以最接近常人方式回到社會生活，堪為理想的生活目標，但此係假設一旦有障礙，即對正常生活造成永久性破壞，認為是生物限制無可避免的結果，另一方面，也造成標記效應、低期待、機會減少與品質低落的生活樣態(Anastasiou & Kauffman, 2011; Humpage, 2007; Ralston & Ho, 2010)。然而，社會模式認為個人悲劇式的生活型態是社會組織機構協商的結果，應

致力消除經濟、社會與環境的阻礙，提升社會責任意識，強化障礙文化、接納障礙認同，力倡障礙者可依自己的損傷與障礙鋪陳獨特的生活，成為社區平等的成員與參與者，尤能主動承擔人生責任(Humpage, 2007)，而非在社會壓迫下接受歧視、偏見或刻板的生活型態。

社會模式本於障礙者備受社會壓迫、歧視的前提，以權利本位為基調，挾以政治謀略的屬性，界定障礙、解決方向、知識權威與障礙者生活圖像等方面，提出有別生物醫學模式的主張。其以社會因素的視框標定障礙的建構，跳脫矯治身體的障礙觀點，優先以改變社會、移除阻礙為訴求，知識權威也從醫療專業人士的主導，轉以擁護障礙者自身的觀點，期許營造平等、友善的社會，使障礙者能過著自主、自決的生活。因此，社會模式以爭取公民權與平等為焦點，以建置無阻礙的環境為目標。

肆、對社會模式的批判

社會模式雖將公民權利的觀點帶進障礙相關的政策制度，卻也無法忽略生物醫學模式處理損傷的效果。此外，社會模式將損傷/障礙切割成生理/社會或恐過於簡化，忽略身體損傷與障礙相互影響的關係(Shakespeare & Watson, 2010; Thomas, 2002, 2004)，成為主要被挑戰之處。學界對於社會模式的批評，除了來自生物醫學模式相關領域外，也來自障礙運動與內部成員的聲音(Reindal, 2008, 2010; Thomas, 2007)。茲將批判從障礙定義、損傷定位、人員關係、障礙經驗的同質性、個體經驗的價值等方面討論。

一、以單一面向定義障礙

對社會模式最主要的批判在於其將障礙過度社會化(Thomas, 2002)。雖然社會模式的觀點具政治價值，但僅從社會物質分析，恐有簡化障礙之虞(Shakespeare & Watson, 2010; Watson, 2012)。社會模式宣稱障礙者失業、貧窮等狀況，肇因於工業革命後資本主義的盛行，勞動市場結構與人力需求發生遞變而排除障礙者。不過，批判者卻認為工業革命以前障礙者已處劣勢(Shakespeare & Watson, 2010)。不論醫學模式或社會模式，均企圖將複雜的障礙現象以單一面向處理，前者聚焦障礙的身體因素，後者著重障礙的社會經濟因素，但二者對障礙的理解似過於單一、狹隘，忽略個體與社會之間的互動(Meekosha & Shuttleworth, 2009)。

二、忽略身體損傷的必要性

社會模式將身體損傷與障礙切割，主張障礙係因社會經濟結構導致個體活動侷限與社會不利，取代傳統以身體損傷造成障礙、身處劣勢的線性關係。然而，損傷/障礙二分衍生的疑問是：若缺少損傷，障礙是否仍然成立？若無損傷，障礙者與社經文化殊異者（如族種、性別等）的社會際遇有何不同(Shakespeare & Watson, 2010; Thomas, 2007)？若將障礙者界定為少數團體，與其他少數團體比較，二者主要的差別是損傷與其對個體的影響可能不會因移除偏見、歧視，阻礙與壓迫就不復存在。換言之，社會因素可能不是形成障礙唯一的來源。因此，批判者主張障礙無損傷不立，損傷是障礙成立的必要條件，欲全面切割損傷與障礙的相依關係可能是緣木求魚(Thomas, 2007)。

三、專業人員與障礙者的關係

社會模式批判醫學相關專業人士是資源審核、分配的守門員，障礙者為被監控、需服從、受壓迫的團體(Humpage, 2007)，強調從平等參與的觀點建置服務與人員關係。然而，視專業人員為權威的觀點，一方面仍繼續影響服務輸送與人員互動，一方面也難以忽略專業的意見與介入對障礙者追求理想生活的裨益(Anastasiou & Kauffman, 2011; Roush & Sharby, 2011)。此外，社會模式被視

為一種社會運動的修辭，相較傳統專業權威建議的具體性，社會模式在實質解決方法上顯得較為薄弱(Olkin, 2002; Watson, 2012)。

四、障礙經驗趨向同質一致

社會模式發端於肢障團體受壓迫的生活經驗，此模式傳遞障礙者的形象為：「男性、輪椅使用者，優勢種族，未因損傷造成嚴重的健康問題」(Grue, 2011, p. 538)。然各障別一來在需求與經驗同質程度可能有限；再者，障別之間集體認同與共同利益可能不一而足，不同障礙者社會參與的程度也不盡相同，即便是同障礙，可能因性別、種族、社經背景等差異而有不同經驗(Anastasiou & Kauffman, 2011; Watson, 2012)。換言之，社會模式建構的障礙經驗朝向同質性方向傾斜，可用於可見度較高的障別團體（如：肢障、感官障礙），但對可見度較低的障別（如：心智障礙）適用性或待商榷。

五、忽略障礙的個體經驗

社會模式主要透過特定歷史時空，檢視社會組織、法令制度等，分析影響障礙的社會因素，主張集體認同與行動。易言之，社會模式著眼於處理障礙的社會阻礙，而非損傷導致的個人限制而設計。然而，批判者則強調個人損傷經驗的重要，質疑集體認同的觀點可能無法適用於全體障礙者。即便身體損傷者選擇以醫療復健減輕或消除障礙，也不等於拒絕認同障礙，相反的，過度強調社會面向與集體行為，可能忽略個體的能動性(agency)與自主選擇。

大抵而言，學界對社會模式的挑戰主依損傷對障礙的必要性與障礙的異質經驗，批判損傷/障礙二分為生物/社會的架構，論證社會模式過度將障礙社會化，忽略損傷的不可迴避性與專業介入的成效，主張集體認同無法涵蓋個別差異與自主能力。盱衡批判，Oliver (2009)表示社會模式本於障礙為一複雜現象，但不主張身體與社會因素各自獨立，相反地，雙方實為連續圖譜的二端，問題不在有無，而在影響範圍與程度。據此，社會模式主張社會因素對障礙的影響可能先於身體因素，集體認同與行動對社會改革能產生較大的力量。再者，社會模式並非否認醫療相關專業的功能，而是反對逕將障礙醫療化與個人化的觀點與作法。

伍、修訂與發展

三十年前，一群障礙者意識切身經驗受社會箝制，以圈內人立場提出障礙因社會環境而起的主張，強調檢視、批判、改革社會、政治、經濟對障礙者的影響，取代傳統醫學主導的觀點。晚近受女性主義、後現代主義、文化研究等影響，出現第二波研究取向(Davis, 2006)。以下從障礙意義、損傷定位、專業人員與障礙者的關係、個體經驗、語言論述等五方面討論。

一、多元面向建置障礙

就障礙的屬性論，社會模式強調障礙現象的相對性、時空變異以及判斷的主觀性(Anastasiou & Kauffman, 2011)，主張障礙的本質是多元建構，無法以單一面向定義。亦即，障礙是一個高度模糊的概念，不僅可從社會經濟結構、社會互動的角度探討，亦可從文化語言的角度建構，沒有任何一個模式能夠窮盡障礙所有面向，但是每一個模式皆有其認為應優先處理的面向、假設與限制。

二、損傷的必要性與損傷效應

社會模式將損傷、障礙切割，認為二者既非是單向的因果關係，亦非二分獨立的情況，更準確的說法是：障礙個體一定有損傷，但有損傷的個體可能並不一定導致障礙，端視社會環境而定。簡言之，損傷是障礙的必要條件，而非充分條件(Reindal, 2008, 2010)。Thomas (2010)則進一步界定個體因損傷，若出現無法移除且不可避免的限制為「損

傷效應」(impairment effect)，若該限制為社會應可移除卻未移除者則為障礙。此外，晚近有學者從文化建構的角度探討損傷(Thomas, 2004)，但是如何區隔損傷效應與障礙對個體的影響仍待討論(Watson, 2012)。

三、建置人員的同盟關係

社會模式從社會壓迫的角度，認為障礙者與專業人員存有不平衡的權力關係，培育專業人員的研究也發現專業人員確實面臨介入成效、擁護個案孰輕孰重的二難(Roush & Sharby, 2011)，當中癥結可能在於專業介入常與所謂「理想的」生活型態串連，致使移除專業主導的主張，恐有礙獲得理想生活之虞。然若以專業倫理論，專業人員或應以擁護障礙者立場為先，從鉅觀、富脈絡角度，分析二造之間不一致的觀點，一來或可減少專業人員處於醫學典範與社會模式之間的衝突，二來能以全面且深入的角度，理解介入的設定與意義，由此規劃傾聽障礙者等專業訓練，非逕以專業權威與個體問題建置介入與雙方關係(Ballan, 2008; Ralston & Ho, 2010; Roush & Sharby, 2011; Scullion, 2010)。

四、關注個體經驗與情緒

社會模式對社會結構的重視優於個體範疇，如身體、心理、情緒等議題。然受女性主義、後現代主義與文化研究思想的影響，漸認為關注障礙的語言符號、身體、心理、個人經驗、認同與情緒等，與社會、經濟、政策、法律、文化等面向同等重要(Meekosha & Shuttleworth, 2009, 2012)。如從障礙者運動、障礙藝術、聾人文化研究障礙的「正向模式」(affirmation model)，聚焦個體面臨結構下的選擇、決定、自主與回應。

五、從語言論述檢視支配觀點

晚近知識界漸趨不再將語言視為中性、透明地傳遞事物真理的媒介，取而代之主張真實世界乃由語言所建構，這股語言轉向的思潮也影響對障礙的理解，亦即從文化、語言建構的角度重新觀看障礙，認為醫學模式、社會模式都是文化論述、建構障礙的方式。尤在2000年後形成批判障礙研究，取代障礙是靜止、單一歷史或整體普遍的現象，轉以動態、機緣巧合的角度探討障礙議題(Thomas, 2010; Meekosha & Shuttleworth, 2009, 2012; Watson, 2012)。

整體而言，第二波研究取向正視個體經驗與能動性、觸及障礙個體生物、心理與情緒面向，也從語言論述與文化競逐的角度探討障礙。相較於第一波關注社會結構，強調權利與資源分配，第二波較著重個體價值、生活型態、自我實現與認同政治(Perters, et al., 2009)。此波段的轉變日趨成熟，開放的論辯發展，不僅擴展理論框架與討論範疇，更強調多元理解障礙，突顯模式富於省思與批判的性質。

陸、結語

相較障礙概念的探討日趨蓬勃，國際障礙分類系統、反障礙者歧視法案皆有社會模式的影子，但實務應用上仍有挑戰。西方社會對社會模式的應用，主在法治面的保障與理念的宣揚，日常實踐上仍待探討。我國常將障礙相關領域列為應用科學範疇，較少著墨於障礙模式。但什麼原因讓此模式仍處於社會運動、政治號召階段？除了概念新興外，障礙者的權力與障礙者與主流社會之間的利益關係是一致平行抑或需折衝協調，可能直接、間接影響落實的效果。然而，社會模式提出優先考慮障礙的社會因素的主張，或可提醒我們留意並審視日常特教理論與實務對障礙概念、障礙學生慣常的定位與回應方式，以及特教對障礙的生物醫學、社會因素處理的取向，進而追問除了建置完善行政程序確保權利外，特教服務如何在思想概念、人員互動層面，實質發展障礙學生的賦權增能，使服務既能在學生應享的權利與應

負的責任之間取得平衡，亦能綜合個人與社會各方因素互動共生的情況，從權利保障邁向賦權增能，開展特殊教育另一里程。

參考文獻

Anastasiou, D., & Kauffman, J. M. (2011). A social constructionist approach to disability: Implications for special education. *Exceptional Children, 77*, 367-384. doi: 10.1177/001440291107700307

Ballan, M. S. (2008). Disability and sexuality within socialwork education in the USA andCanada: The social model of disabilityas a lens for practice. *Social Work Education, 27*, 194-202. doi: 10.1080/02615470701709675

Bickenbach, J. E., Chatterji, S., Badley, E. M., & Ustun, T. B. (1999). Models of disablement, universalism and the International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps. *Social Science & Medicine, 48*, 1173-1187. doi: 10.1016/S0277-9536(98)00441-9

Davis, L. J.(2006). Preface to the second edition. In L. J. Davis (Ed.), *The disability studies reader* (2nd ed.) (pp. xiii-xiv). London: Routledge.

Goodley, D. (2001). 'Learning difficulties', the social model of disability and impairment: Challenging epistemologies. *Disability & Society*, *16*, 207-231. doi: 10.1080/09687590120035816

Goodley, D. (2011). *Disability Studies: An interdisciplinaryintroduction*. Thousand Oaks, CA: Sage.

Grue, J. (2011). Discourse analysis and disability: Some topics and issues. *Discourse & Society, 22*, 532-546. doi: 10.1177/0957926511405572

Humpage, L. (2007). Models of disability, work and welfare in Australia.*Social Policy & Administration, 41*, 215-231. doi: 10.1111/j.1467-9515.2007.00549.x

James, f., Malec, J. F., & Mossner, A. M. (2006). Replicated positive results for the VCC model of vocational intervention after ABI within the social model of disability. *Brain Injury, 20*, 227-236. doi: 10.1080/02699050500488124

Levi, S. J. (2006). Ableism. In G. L. Albrecht (Ed.), *Encyclopedia of disability* (pp. 1-4). Thousand Oaks, CA: Sage.

Meekosha, H., & Shuttleworth, S. (2009). What's so 'critical' about critical disability studies? *Australian Journal of Human Rights, 15*, 47-75.

Meekosha, H., & Shuttleworth, S. (2012). The sociological imagination and disabilityinquiry in latemodernity.Critical Sociology,1-19. Retrieved from http://crs.sage pub.com/content/early /2012/03/29/0896920511435709

Oliver, M. (2009). *Understanding disability: Form theory to practice* (2nd ed.). UK: Palgrave Macmillan.

Olkin, R. (2002). Could you hold the door for me? Including disability in diversity. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology, 8*, 130-137. doi: 10.1037//1099-9809.8.2.130

Perters, S., Gabel, S., & Symeonidou, S. (2009). Resistance, transformation and politics of hope: Imagining a way forward for the disable people's movement. *Disability & Society, 24*, 543-556. doi: 10.1080/09687590903010875

Ralston, D. C., & Ho, J. (2010). Introduction: Philosophical reflections on disability. In D. C. Ralston & J. Ho (Eds.), *Philosophical reflections on disability* (pp. 1-18). Dordrecht: Springer.

Reindal, S. M. (2008). A social relational model of disability: A theoretical framework for special needs education? *European Journal of Special Needs Education, 23*, 135-146. doi: 10.1080/08856250801947812

Reindal, S. M. (2010). Redefining disability: A rejoinder to acritique. *Nordic Journal of Applied Ethics, 4* , 125-135.

Roulstone, A., Thomas, C., & Watson, N. (2012).The changing of disability studies. In N. Watson, A. Roulstone & C. Thomas (Eds), *Routledge handbook of disability studies* (pp. 3-11). London: Routledge.

Roush, S. E., & Sharby, N. (2011). *Disability reconsidered: The paradox of physical therapy. Physical Therapy, 91,* 1715-1727. doi: 10.2522/ptj.20100389

Scullion, P. A. (2010). Models of disability: Their influence in nursing and potential role in challenging discrimination. *Journal of Advanced Nursing 66*, 697-707. doi: 10.1111/j.1365-2648.2009.05211.x

Shakespeare, T., & Watson, N. (2010). Beyond models: Understanding the complexity of disabled people's lives. In G. Scambler & S.

（文轉第34頁）

教育部特殊教育評量工具

※評量工具介紹與辦法、價目表、購買流程說明，請至全國特殊教育資網➜書刊評量工具 http://www.spc.ntnu.edu.tw/index.php?page_id=22閱讀相關訊息。

類別	評量工具名稱
第一類	國民中小學音樂性向測驗--國小（採電腦讀卡）
	國民中小學藝能傾向測驗—國小美術（採電腦讀卡）
	國民中小學藝能傾向測驗－國小音樂（採電腦讀卡）
	國民中小學藝能傾向測驗—國小舞蹈（採電腦讀卡）
	國民中小學舞蹈性向測驗--國小（採電腦讀卡）
	國民中小學音樂性向測驗--國中（採電腦讀卡）
	國民中小學藝能傾向測驗—國中美術（採電腦讀卡）
	國民中小學藝能傾向測驗－國中音樂（採電腦讀卡）
	國民中小學藝能傾向測驗－國中舞蹈（採電腦讀卡）
	國民中小學舞蹈性向測驗--國中（採電腦讀卡）
	國民中小學美術性向測驗（獨立線上計分平台）
	高中音樂性向測驗（採電腦讀卡）
第二類	修訂新編國民小學團體語文智力測驗（採線上計分系統）
	國民小學團體非語文智力測驗（採線上計分系統）
	國民小學團體智力測驗（採線上計分系統）
	國民小學團體智力測驗—G23、G45、G67（採電腦讀卡）
	國民小學學業性向測驗（採電腦讀卡）
	國高中語文性向測驗--國小（採電腦讀卡）
	國民小學國語科成就測驗系列（採電腦讀卡）
	國小數學成就測驗（採線上計分系統）
	國民小學數學科成就測驗系列（採電腦讀卡）
	國民小學自然科成就測驗系列（採電腦讀卡）
	修訂新編國民中學團體語文智力測驗（採線上計分系統）
	國民中學團體智力測驗（採線上計分系統）
	國民中學暨高級中學語文學習性向測驗--國中（採電腦讀卡）
	國高中語文性向測驗--國中（採電腦讀卡）
	國民中學國文科成就測驗（採線上計分系統）
	國民中學數學科成就測驗（採線上計分系統）
	國民中學數學性向測驗（採電腦讀卡）
	國民中學自然科性向測驗（採電腦讀卡）
第二類	國民中學暨高級中學語文學習性向測驗--高中（採電腦讀卡）
	國高中語文性向測驗--高中職（採電腦讀卡）

類別	評量工具名稱
	高級中學數學及自然科學學業性向測驗（自然科採電腦讀卡）
	高級中學數學性向測驗（採電腦讀卡）
	高級中學自然科學術性向測驗（採電腦讀卡）
	身心障礙資優學生整合性鑑定工具--第二類
第三類	身心障礙資優學生整合性鑑定工具--第三類
	嬰幼兒綜合發展測驗
	兒童認知功能綜合測驗
	聽覺能力測驗
	學前幼兒與國小低年級兒童口語語法能力診斷測驗
	資優學生社會適應評量表
	修訂學前兒童語言障礙評量表
	修訂學齡兒童語言障礙評量表
	兒童口語理解測驗
	短句口語接受能力測驗
	短句閱讀理解能力測驗
	視覺障礙學生圖形認知發展測驗
	啟智學校（班）學生基本學習能力教育診斷評量工具
	國小學童書寫語言測驗
	中文閱讀理解測驗
	中文閱讀障礙診斷流程與測驗（內含八個子測驗）
	非語文性注意力與記憶力測驗
	問題行為篩選量表
	學生行為評量表
	學生適應調查表
	資優行為觀察量表
	國中小學生多元能力量表
	修訂中華適應行為量表
	學齡階段國語文能力測驗（原名修訂聽障學生國語文能力測驗）
	學齡階段數學能力測驗（原名修訂聽障學生數學能力測驗）
	高中職教育階段轉銜服務輔導檢核表-第二版
其他	自閉症兒童發展測驗
	兒童認知發展測驗
	學習行為檢核表
	性格及行為量表
	中華國語文能力測驗
	國語文能力測驗
	特殊需求學生特質檢核表

註：借用及購買相關規定，請參考「教育部特殊教育評量工具借用銷售管理辦法」。