

# 協助創傷性腦傷兒童重返校園

楊琇雅

臺北市立啓智學校教師

## 摘要

本文主要為讓學校教師及行政人員了解創傷性腦傷兒童需關注及重視之原因，除了說明創傷性腦傷的定義及發生率，並藉由說明創傷性腦傷的獨特性，來與其他障礙類別作為區分；接著，介紹創傷性腦傷兒童之後遺症對學習的影響，與其重返校園之困難，並於最後提供了協助腦傷兒童順利重返校園之方法與建議。另外，要讓腦傷兒童完全回到未受傷前的身心狀況機率實在很小，故期待社會之各個系統，皆可從預防上著手，減少創傷性腦傷之發生。

**中文關鍵詞：**創傷性腦傷、兒童、重返校園

**英文關鍵詞：**Traumatic Brain Injury, Children, Return to school

## 壹、前言

學校裡常見的特殊兒童，多屬先天引起的障礙，特教老師或普通班老師，對於如何教導他們，已經有一定程度的熟悉度，然另外有一群兒童則有可能是後天引起的障礙。這些兒童，因玩耍、跌倒或未注意自身安全，而有了腦震盪或更嚴重的頭部撞擊，導致後天的創傷性腦傷；過去，可能因腦傷兒童的人數較其他障別兒童少，且在師資培育過程裡，亦較少提及，故學校人員們對於腦傷兒童複雜的生、心理改變、教育需求可能較不了解。

然腦傷兒童對教育系統而言並不陌

生，因現今醫療發達，腦傷者有 95% 可以存活，而這之中有 65% 為嚴重腦傷，所以有更多嚴重腦傷者重返學校，學校便成為是暨醫院之後的復健延伸地點(Clark, 1996)，且 Deidrick and Farmer (2005) 發現腦傷兒童重返學校可能比期望的還困難，因為與腦傷相關的生理、認知、行為問題、心理壓力源等常會逗留不去，如果沒有適當的支持，腦傷兒童重返學習或社交活動時，會經歷不必要的調適問題。

而支持腦傷兒童重返校園，並非僅是部分相關老師的責任，因為在腦部創傷後，嚴重程度較輕的兒童，可能回至普通班，然創傷程度較重的兒童，則可能需轉至特殊班就讀，也因此其學習或校園活動的需求都會有

所不同，故對於腦傷兒童的瞭解，實為全校所有人員之所需，不管對行政人員、相關專家、普通班或特殊班老師，皆同等重要。因此，本文主要為協助相關學校人員，如普通班教師、特殊教育老師及相關人員，瞭解創傷性腦傷兒童之傷後對學習的影響，及重返校園之困難，並依此提供建議。

## 貳、創傷性腦傷之定義及發生率

### 一、創傷性腦傷(Traumatic Brain Injury, TBI) 定義

Dykeman (2009)引述美國神經失調及中風國際機構(2009)的定義：創傷性腦傷是後天獲得的，因發生意外創傷造成腦的損害，及由突然物體的撞擊或物體穿刺頭骨進入腦中所造成，故腦傷大致尚可分為封閉性（車禍或跌倒之外傷）或開放性（槍傷、刀傷等穿入性類型）之腦傷，這兩類型腦傷之致病機轉都很類似，會對腦部造成局部性及瀰漫性的傷害，因而使腦部受傷部位功能或整個頭部功能皆受影響（盧璐，1996）。

### 二、腦傷發生率

根據美國疾病及控制預防中心(Centers for Disease Control and Prevention[CDC], 2010)指出，美國美國每年有 170 萬人遭逢腦傷，而腦傷主因則為跌倒，交通事故次之，在跌倒年齡上有 50%發生在 0~14 歲，如在成人方面則有 61%是 65 歲以上的人，另因腦傷進入急診室的人，亦幾乎一半為 0~14 歲兒童。

Bullock, Gable and Mohr (2005)亦指出，美國全國來說，腦傷是 21 歲以下的年輕

人主要造成死亡及障礙的原因，更進一步指出進入學校的兒童，腦傷比率約大於 3%，但是因為有許多因素，所以很難確定腦傷兒童的人數，主要因素為：(1) 缺乏從醫院到學校的適當轉銜服務，學校未被告知兒童損傷狀況及後果(2) 將腦傷誤診為其他障礙。

在台灣衛生署統計中，因創傷性腦傷未被獨立一類，故較難看出台灣創傷性腦傷年齡分布多寡及原因，而從紀煥庭、邱文達、楊大羽、蔡行瀚(2007)研究來了解，可約略發現易遭逢腦傷的年齡與美國相似，盧璐(1996)亦有相同看法。

由上述美國及台灣狀況上可知，腦傷發生最多的年紀，除 65 歲以上的人外，多落於兒童及青少年時期，就兒童而言，兒童的年紀為仍需在學校學習的階段，並且身、心皆在發展中，故不論是腦部局部性或瀰漫性的傷害，對於他們的各方發展上都會有影響，雖然意外發生後有復原的機會，但每個腦傷者都有著不同的復原過程，且在學習及行為上的損傷或改變也可能是長期的。也因這些改變，使腦傷兒童在重返校園時，實需給予關注，老師需投注心力來瞭解其復原過程的改變及學習的需求。

### 參、創傷性腦傷兒童之獨特性

腦傷兒童與其他的障礙類別相較，有一些獨特之處，而且腦傷兒童非如同質團體般，有可預測性的特質及需求，這樣的獨特性對於兒童重返校園時，在學業及社交上的成果會有負向影響(Deidrick & Farmer, 2005)。由於腦傷兒童之獨特性，重返學校

時，學校如何給予適當的支持系統是很富挑戰性的，所以兒童的需求便需要被更多的學校人員瞭解，以提供其支持。腦傷兒童與其他障別之不同主要有下述三點：

### **一、外表未必有顯著特徵**

當有兒童坐著輪椅或使用助行器進入教室時，老師很快就會意識到學生的障礙及需求，而修正教導方式；相對的，輕度的腦傷兒童，走路及說話皆沒有明顯的損傷狀況，且似乎表現出其年齡應有的表現，就很容易被認為他們完全恢復了，不需學習上的協助 (Mayfield & Homack, 2005)。

認知上而言，算數和書寫表達是和受傷有關最敏感的影響 (Deidrick & Farmer, 2005)，然而這些改變是很小的，所以許多腦傷兒童都可以在學業考試中保持一定水準，但也因學業表現差異不大，而使老師及家長低估腦傷造成認知改變對於兒童表現上的影響，然時間一久，再來進行補救或甚至沒有正視這些狀況，對於腦傷兒童的發展便會受到影響。

從上述可知，除了較嚴重腦傷的兒童外，較輕度腦傷的兒童，可能會被大家認為已恢復原來狀況，如果沒有醫療體系、家庭與學校間適當的溝通與連結，兒童的狀況可能較容易被忽略，學校人員亦難發現其所需之協助。

### **二、復原過程之不穩定性**

腦傷的復原並非為穩定的過程，不一定在各方面能力上都可如線性般上升，恢復到兒童原先的常態狀況，且在復原過程中亦會有新的不適當行為產生及情緒混亂失調 (Deidrick & Farmer, 2005)。

在時間方面，腦傷的復原過程需要幾個月，甚至是幾年的時間，所以許多仍有復健需求及認知損傷的兒童，將會在仍在復原階段的狀態便回到學校，因此這變成了教育系統的責任，幫助其持續復原及提供所需服務，以幫助他們增進學業及社交功能 (Bowen, 2005；Deidrick & Farmer, 2005)。

影響兒童腦傷之復原及學校表現，會因損傷的嚴重程度、急性併發症、兒童年齡、受傷前特質、及上述因素與家庭系統及環境間之相互作用而有所不同 (Bowen, 2005)，所以復原過程中可能是不穩定且有許多變數的，故腦傷兒童及青少年重返校園所給予的關注與服務，需是長期性的。

### **三、心理及情緒、行為之改變**

在心理方面，腦傷兒童在意外後，身體可能會帶來巨大改變，而這可能會粉碎學生希望及對未來的夢想，並會使其感到懼怕及對人生的不確定性，另外，兒童可能亦需面臨許多個月，甚至幾年的治療，這都是身、心理上的痛苦 (Bullock, Gable, & Mohr, 2005)，需經歷心理調適期。另外，腦傷兒童也會有情緒及行為的改變，將於後面說明。

從上述腦傷兒童之獨特性，可發現腦傷兒童的改變較其他障別兒童有更多身體、心理需調整的地方，另外也因神經病理所帶來的腦傷後遺症太多樣化，所以很難描述特定的介入策略適用於所有學生 (Bowen, 2005)，更顯現腦傷兒童與其他障別學生間之不同，所以需學校老師們對其各方面進一步的關注，瞭解其傷後對學習的影響。

## 肆、腦傷之後遺症與對學習的影響

許多腦傷兒童，與多數腦傷患者一樣，在損傷後會顯現身體上、智力、情緒或行為上輕度到重度的困難(Conoley & Sheridan, 1996; Bowen, 2005)，對學習上的影響面向如下：

### 一、身體方面

#### (一) 運動神經功能

較有嚴重腦傷之兒童，身體功能易在全部或部分四肢上有運作問題，如麻痺、痙攣、動作速度減慢、精細動作或粗大動作協調不佳等(Clark, 1996; Bowen, 2005)，不過運動神經功能是第一個會復原相當快的功能，也因此老師會認為他恢復了正常，家庭成員也有了錯誤期待，認為其他功能也會恢復得一樣快(Clark, 1996)。

#### (二) 健康問題

腦傷後最常聽見兒童抱怨的身體狀況之一就是頭痛，估計有 20%的兒童在受傷後六個月間會有頭痛狀況，但有些兒童在六年後仍出現頭痛狀況。腦傷兒童也很有可能會有癲癇、視、聽覺，或吞嚥困難等的狀況，對於其學習、社交關係和未來工作上都有顯著影響(Clark, 1996)。

### 二、認知方面

Deidrick and Farmer (2005)指出腦傷兒童認知上表現也常不穩定，兒童的認知表現並非於受傷後便全然改變或成為弱勢，亦有可能偶爾展現未受損前狀況的智力及認知技能部分，然認知上的弱勢會干涉新資訊的學習，腦傷兒童會難以跟上同齡兒童，時間越

久成就測驗成績會逐漸下降。

常見的認知損傷面向包含 (Clark, 1996; Bowen, 2005; Deidrick & Farmer, 2005; Arroyos-Jurado & Savage, 2008):

1. 問題處理速度：訊息處理慢、複雜訊息處理困難。
2. 語言：高階語言處理(Bowen, 2005)、語言理解、溝通的失調、表達和接收性語言。雖然語言和運動神經的恢復速度差不多，但在接收性語言和高層次溝通的問題會很持久，以致阻礙學習(Clark, 1996)。
3. 記憶：學習及記憶（回想及保留訊息），如回憶新學習的訊息可能有困難。
4. 精細動作靈巧度、視知覺、視覺空間、察覺等。
5. 注意力、記憶力
6. 高階能力，如：概念形成、統整、組織、歸納、判斷等。
7. 執行能力。執行功能損傷包含，不能做計畫（含安排事情優先順序）、組織（分析工作）、開始任務/動作、完成一系列活動、注意過程、抑制反應、目標設定、行為及監控自我行為、自我管理。執行功能對於學習及學校活動，都是一個很重要的能力，對於其學習學業、生活及行為、社交上都會有交互影響 (Bowen, 2005)。

上述可知腦傷兒童於認知的損傷面向很廣，也因個別狀況而不同，表現是不穩定的，然而損傷的功能都會與學習新事物有關，因

此對於腦傷兒童學習上有所影響，需要給予調整及學習策略。另外，中度或中重度腦傷兒童的相關問題比輕度腦傷兒童問題多，易得到關注，而輕度腦傷兒童的狀況和一般同儕相較不易察覺，也較容易忽略輕度腦傷兒童的問題(Clark, 1996)。

### 三、情緒、行為與社交

腦傷後出現的行為及情緒問題是很常出現的，且受傷後的行為可能和受傷前存在的行為一致或更劇(Deidrick & Farmer, 2005；Mayfield & Homack, 2005)，這會造成社交上的阻礙，對家庭而言，擾亂行為和個性改變亦為主要困擾(Clark, 1996)。

行為方面，腦傷兒童會有衝動，如：沒經允許拿他人物品、犯規、辱罵言論……等，或是粗心、無法控制自我、無法遵守規定、難適應複雜行為的能力，及其他狀況。有些嚴重腦傷兒童會尋求感覺刺激，常見的行為包含將皮膚弄受傷、搖晃、咬等；如是腦前額葉損傷，會對於事件記憶的感覺會降低，這讓兒童可能無法從事情的後果學到東西而記取教訓(Mayfield & Homack, 2005)，兒童亦不能意識到自己錯誤的社會判斷，而不去矯正此行為。

腦傷兒童社交上的問題被認為可能是認知功能損傷的結果，執行功能的困難可能使兒童管理他們情緒上有困難，其回應及互動方式、社交用語上亦有相同難題，因此社交發展和學業一樣需要支持(Deidrick & Farmer, 2005)，雖然兒童的行為問題不能全歸因於腦傷，但有腦傷的兒童有嚴重行為失調的發生率是一般人口的三倍(Clark, 1996)。

腦傷兒童在身體、認知、情緒、行為等

方面，均有可能與受傷前有所不同，且其表現都是互相影響的(Dykeman, 2009)，如認知方面的執行功能受到影響，在自我控制與情緒管理方面可能就較薄弱，也因此影響到社交之發展，故在發展創傷性腦傷兒童重返校園相關教學策略時，所有上述相關狀況都需加以考慮。

## 伍、協助腦傷兒童重返校園

腦傷兒童之獨特性，及受傷後對學習的影響，均很需學校整體來提供支持，以利其順利返回到熟悉的校園，而學校應如何提供協助，將於下面說明：

### 一、醫院、學校及家長間之團隊合作與溝通

腦傷兒童因人數少，很難得到獨立或額外的資源，所以腦傷兒童如期望從醫院到回到學校所有的過程，都可順利並且有進展，最理想的服務方式即為專業間合作(Clark, 1996)，專業人員包含醫院專業團隊、社區之復健團隊人員、家庭成員及學校人員等，並且互相溝通以進行需要的評量及計畫(Arroyos-Jurado & Savage, 2008)。在兒童出院前未回到學校的時候，學校便可主動與醫院做良好的銜接，了解兒童目前的身心狀況、未來身體、心理及其他方面的進展如何，以及兒童返校後需注意的事情為何等；家長也需了解孩子出院後的復健計畫為何，在與返校後的學習間，要如何做調配及安排。如果醫院、學校、家長間能夠有這樣的溝通與合作，將為兒童重新適應學校生活，減少許多的阻力。

在校內團隊人員方面通常會有：個案管理員或導師、特殊教育老師、學校心理師、語言治療師、家長及學生本人，也可視學生障礙狀況而有不同成員，如物理或職能治療師、諮商師、復健專業人員等，另亦可加上相關協會或機構的連結(Clark, 1996)。這之中，每個角色都非常重要，如原本就讀普通班的兒童，有了腦傷後，其學習上可能便需要特殊教育老師的介入，與受傷前的需求可能便有所不同；另外，家長亦是非常關鍵的角色，因為家長是最瞭解其家庭及兒童狀況的人，他們有兒童性情、動機、反應及忍耐、適應程度等的一手資料(Conoley & Sheridan, 1996)，所以如果各個角色間可以團隊合作，都是兒童成功重返校園重要的關鍵。

家長也會有對自己孩子受傷後的狀況，需做調適與了解的過程，如果家庭成員有適當的教育、支持及諮商，對於兒童復健狀況比較能有實際的期待及眼光(Conoley & Sheridan, 1996)。因此，學校可提供相關資源，給予有效且充分的教育、倡導、諮商及參考策略(Conoley & Sheridan, 1996)，老師也需持續與家長溝通，兩方需像一個小組一樣提供給兒童支持，彼此告知學校及家庭活動與進展，以作為兒童疲勞、情緒狀況及完成工作能力的參考(Mayfield & Homack, 2005)。

## **二、教學上的持續評估、彈性調整計畫與策略介入**

Bowen(2005)認為復原中的腦傷兒童需求是快速改變的，所以持續觀察及評估是必要的，需要廣泛並描述學生需面對的認知或學習的挑戰，其損傷後之狀況需經由仔細評

估、個別教導、行為計畫、持續監控進展才可預測其結果。另在 IEP 上的計畫也需保持修改彈性(Clark, 1996)，需要隨時給予監控及修改介入方式及計畫，確保兒童獲得適當服務(Arroyos-Jurado & Savage, 2008)。

雖然並非所有的腦傷兒童都需要特殊教育，然而多數中度到嚴重腦傷兒童均需要額外的教育協助，特殊教育老師可提供關於兒童認知損傷程度範圍的訊息給家長及老師，且解釋其認知上的優弱勢，或提供調適、代償策略(Bowen, 2005)等，任課老師可依據此作計畫，發展策略幫助兒童學習及有效發揮其功能。

綜合而言，提供給腦傷學生的服務主要概念為，在持續支持的基礎下，提供富變化性及彈性的服務(Arroyos-Jurado & Savage, 2008)，並在給予持續評估的過程中瞭解兒童的需求，做有彈性及富創造力的決定，以滿足兒童學業及社交支持等各方面之需要。

## **三、上課時數與環境的調整**

Deidrick and Farmer (2005)指出如果兒童有疲累、注意力及專注力限制的問題，以致沒有辦法承受整天的學校生活，應可從部分時間的學校生活開始適應；如有頭痛或其他身體症狀，可能疲累感會加重，則可給與休息或小睡片刻，另如在課程上學術性及非學術性課程交錯也可減少其疲累(Mayfield & Homack, 2005)。

除了對於身體功能有損傷之腦傷兒童，在學校環境需要環境的調整外(Bowen,2005)，有時有趣的活動對有腦傷的兒童而言可能是過度刺激，過度刺激可能會使其有哭泣、憤怒或焦慮的反應，這時可以

允許兒童去較安靜的地方，可以使他冷靜且放鬆些(Mayfield & Homack, 2005)。

#### **四、認知技巧的教導**

因為神經病理所帶來的腦傷後遺症太多樣化，所以很難描述特定的介入策略適用於所有兒童，但老師可借鏡其他和腦傷相似障礙的障別，依個別狀況作介入方式的選擇(Bowen, 2005)。

Arroyos-Jurado and Savage (2008)認為認知、學業的介入，可用工作分析及直接教學法、教師說話低頻及較少環境噪音等。而右腦損傷的兒童可能缺乏對損傷範圍的理解，且會否認自己的障礙，這時可根據兒童的認知優勢及弱勢與其討論，而非從損傷角度出發，幫助兒童用語言表達自己的需求，且教導兒童他最擅長的學習形式(Mayfield & Homack, 2005)。

#### **五、行為、情緒管理**

有些腦傷兒童，可能會有不能瞭解規則、角色、慣例或是社交上常有應對方式，而有適當反應的狀況(Mayfield & Homack, 2005)，這時老師應提供簡單扼要的指示、解釋，對於其行為適切性給予回饋，幫助其類化，此外，社會情境的角色扮演也可以幫助兒童發展應有行為及演練適當的回應方式(Mayfield & Homack, 2005)。

嚴重腦傷兒童可能不能抑制自己的反應及自我監控行為，Mayfield and Homack (2005)建議先於事前建立控制程序作法，因瞭解兒童可能對此刺激是不能控制的，包含：(1)將環境中會引起刺激的事物移除(2)建立時間表或例行事務(3)事先設想，準備兒童在例行事務中可能會有的改變狀況(4)

察覺兒童的心理狀態及其處理他人要求任務的能力。(5)當兒童有不好行為時，在初期立即給予重新指導。

另外，也有些兒童可能在課堂上會有侵略性的行為，這有可能是因突然發生的多個事件引起，包含疲勞、過度刺激或挫折等，這時可給予一個可以冷靜下來的安靜地方，幫助他陳述所遇到的問題及適當的行為處遇，亦可找學校諮商老師輔導或心理師的幫助，提供兒童監控自我行為的方法(Mayfield & Homack, 2005)。

在協助腦傷兒童的過程中，除了課堂老師指導或評量上的細節外，更重要的是學校整體環境及人員的持續支持與協助，雖然腦傷兒童在校園裡是少數族群，但帶好每個學生是所有教育人員最期望的，所以實在需要我們對腦傷的了解與重視。

### **陸、建議與結論**

從上述可了解腦傷兒童在意外發生後，對於其身體動作、認知、情緒與行為、社交上，都因腦傷後遺症而影響了兒童於校園內之學習活動及生活，故提供評估及計畫，並在學校環境、教學方法、行為介入上，依學生腦傷程度不同差異，給予個別化調整都是缺一不可的，最後，對如何協助腦傷兒童重返校園的關鍵因素提供建議。

#### **一、連結醫療系統及教育系統**

多數兒童從醫院回到復健中心或學校時，缺乏轉銜系統，然而復健主要地點又為學校，學校人員可能未得到兒童於醫院的相關資訊、其目前狀況，便無法進行其重返校

園之計畫，等到兒童已回到學校，可能就太慢了，另外，亦有多數教師不瞭解腦傷後遺症之問題，而對兒童問題不知如何處遇之狀況。故應加強醫療及教育系統間的轉銜連結 (Mohr & Bullock, 2005)，及兩系統間之專業溝通，從兒童在醫院時，便進行重返校園之相關評估，並持續給予觀察並計畫，才能使兒童同返校園時，減少許多阻力，亦讓服務更符合需求。

## 二、增加家長、教師及專家對於腦傷之認知

除了瞭解腦傷兒童學習上的影響外，亦要減少家長、老師對於兒童會完全復原的錯誤期待，或是避免誤認腦傷症狀為兒童偷懶或動機薄弱，所以學校或政府相關部門，應為學校人員及家長進行腦傷相關的訓練、持續的諮詢，並提供兒童需要的特殊介入方式意見；各相關單位或學校，也可多舉辦腦傷相關的研討會或研習，幫助老師做為其專業發展的來源。

## 三、增加對特殊教育的認識

因兒童未發生腦傷意外前，多就讀於一般班級，所以家長及相關人員可能對特教系統不瞭解，所以學校可多提供特殊教育訊息，特殊教育老師也可主動提供家長或普通班老師協助，讓他們更了解特殊教育對兒童的需要。另外，亦可提供如何為兒童倡導的資訊，並提供對同儕之相關教育，包含同儕可以幫助腦傷兒童的特殊方法。

腦傷發生在兒童身上的比率不在少數，其重返校園時固然學校及社會可以透過各種方式來給予協助及支持，但從研究中可知，要讓腦傷兒童恢復到未受傷前的狀況，

機率是非常之小的，故不管是政府的政策、醫院或學校系統，應皆從預防腦傷發生著手，減少腦傷發生率，讓上述之解決腦傷兒童重返校園會發生之問題，皆只是備而不用。

## 參考文獻

- 盧璐 (1996)。創傷性腦傷患者之復健。中華物理治療，21 (3)，139-143。
- 紀煥庭、邱文達、楊大羽、蔡行瀚 (2007)。台北市輕度頭部外傷之流行病學及醫療資源使用情形，*J Emerg Crit Care Med*, 18(2),61-69.
- Arroyos-Jurado, E. & Savage, T. A. (2008). Intervention strategies for serving students with traumatic brain injury. *Intervention In School And Clinic*, 43(4), 252-254.
- Bowen, J. M. (2005). Classroom interventions for students with traumatic brain injuries. *Preventing School Failure*, 49(4), 34-41.
- Bullock, L. M., Gable, R. A., & Mohr, D. (2005). Traumatic brain injury: A challenge for educators. *Preventing School Failure*, 49(4), 6-10.
- Centers for Disease Control and Prevention(2010, March). *How many people have TBI?* Updated May 5, 2011, from <http://www.cdc.gov/traumaticbraininjury/statistics.html>.
- Clark, E. (1996). Children and adolescents with traumatic brain injury: Reintegration challenges in educational settings.

*Journal of Learning Disabilities*, 29(5),  
549-560.

Conoley, J. C. & Sheridan, S. M. (1996).  
Pediatric Traumatic Brain Injury:  
Challenges and interventions for families.  
*Journal of Learning Disabilities*, 29(6),  
662-669.

Deidrick, K. K. M. & Farmer, J. E. (2005).  
School Reentry Following Traumatic  
Brain Injury. *Preventing School Failure*,  
49(4), 23-33.

Dykeman, B. F. (2009). Response to  
intervention: The functional assessment  
of children returning to school with  
traumatic brain injury. *Education*, 130(2),  
295-300.

Mayfield, J. & Homack, S. (2005). Behavioral  
considerations associated with traumatic  
brain injury. *Preventing School Failure*,  
49(4), 17-22.

Mohr, J.D. & Bullock, J. M. (2005). Traumatic  
brain injury: Perspectives from  
educational professionals. *Preventing  
school failure*, 49(4), 6-10.