



台灣聽力語言學會電子學報

The Speech-Language-Hearing Association, Taiwan

- 主題文章：多元文化中的服務模式
- 一台灣後山，最大的語言治療室
- 撰 稿 者：張乃悅



主題文章

多元文化中的服務模式

一台灣後山，最大的語言治療室



張乃悅

花東行動語言治療師

● 前言

中央山脈以東，包含花蓮、台東、蘭嶼及綠島，過去因交通不便，醫療資源相對較少。在此擔任語言治療師一職，除了本職外，還要與其他資源合作，更要因地制宜評估與治療的內容。而今交通與網路的發展，東部地區的治療模式也產生一些改變。

受訪者在東部偏鄉服務邁入第22年，希望藉此分享經驗，提升讀者對多元文化中語言治療的理解，同時也呼籲更多醫療資源進駐東部。

● 東部的治療師人數非常少，請問您目前在東部地區的服務模式與之前在醫院的工作內容是否有所不同？

離開花蓮慈濟「醫院」工作，現在在狹長地廣人稀的花蓮、台東地區工作，除了語言治療專業服務的工作地點多樣外，我的工作角色也相對多元。除了一般語言治療師的評估治療工作外，也需要和相關醫療專業、特教領域、社政資源等連結，以下是我的工作領域及內容：

	職 場	備 註
語言治療師 專業診斷治 療工作	台灣兒童發展早期療育協會 (花蓮、台東)	經衛生所發展初篩未過或通報的學 齡前嬰幼兒個案(到宅、據點)
	花蓮教育處特教科 台東教育處特教科	已就學國中、國小、學前個案(學校)
	花蓮畢士大教養院	機構個案
	花蓮輔具中心	AAC 溝通輔助系統申請者評估訓 練(到宅)
	台東聖母醫院 (日照中心、 南迴長照外展服務)	失智身障成人溝通障礙及吞嚥障礙 個案評估治療(機構及到宅)
特教領域的 相關工作	花蓮教育處特教科鑑定及就 學輔導委員	協助特教科聽語障個案相關鑑定輔 導
	台東大學特教系兼任講師	負責「語言發展與矯治」、「語言障 礙」兩門課程講授

	類別	轉介連結社政單位
社政資源等 連結工作	聽障	-婦聯及雅文聽障文教基金會等連結聽能訓練 -林口長庚、馬偕、振興、慈濟等醫院耳鼻喉科(人工電子耳植入及補助) -在花、東服務的助聽器公司連結聽輔具維修調整服務 -特教科，協助 FM 聽輔具申請
	視障	全國教師工會總聯合會-秋圃專案(謝曼莉老師)
	唇顎裂	-羅慧夫顱顏基金會 -陽光基金會
	疑似罕病、染異	-轉介早療協會社工協助 -轉介遺傳諮詢
	AAC	-科技輔具文教基金會 -博陽科技有限公司 -花蓮輔具中心 -花蓮及台東教育局特教科特教資源中心

過去在台北榮總耳鼻喉部工作時，業務內容單純是語言治療的範疇。偶爾幫忙聽語學會行政及期刊編輯、協助無喉者復聲協會言語復健。現在狹長地廣人稀，醫療資源明顯不足的東部偏鄉巡迴，工作內容更加多元，大致可分為以下幾類：

1. 確認溝通障礙的病因，適當轉介其他醫療檢查

目前我的服務模式多是到宅服務，初診個案比例很高。初次見到個案的時候，我會先做全面的評估，再次確認病因，看個案是否疑似有聽力、視覺、染色體及口腔構造異常等問題，轉介相關醫療檢查進一步確診。我在偏鄉發現好幾例拿智障手冊的聽障生，還有國小國中的顎裂個案。經轉介診療後，溝通和學習都有很大改善。有一位在三歲多原要拿智障手冊的孩子，還好抓到他高頻失聽的問題，戴上助聽器。當知道這孩子在高中時進入數理資優班，那是多令人欣慰的一天。



圖一、台東成功路上發現從未就學的極重度聽障生，轉介成為花蓮人工電子耳植入手術的第一例。

2. 連結其他社福資源

在偏鄉，社經知識較為困乏，醫療資源也較缺乏。有時要傳達新知和轉介到其他縣市完成相關醫療檢查時，我必須要了解相關的社會資源連結。例如唇顎裂的小孩需要轉到台北(花蓮個案)或高雄(台東個案)羅慧夫顱顏基金會時，我同時也要了解不同基金會對偏鄉孩子的相關交通醫療補助條件，轉告知家長，有時是有補助才能成行。因為偏鄉社工流動率偏高，行動語言治療師也要充當部分社工角色，加快醫療服務效率。



圖二、在特教專團服務時，發現中度智障的特教班小二生有顎裂，轉介羅慧夫基金會協助就醫治療。

3. 其他跨專業間的轉介整合

再者，在偏鄉初診評估孩童言語及語言能力的過程中，我也要大略了解個案粗動作、精細動作、認知能力、社交技巧情緒等發展，必要時轉介給其他的專業共同協助個案，因為下個專業進駐服務，有時會等很久。舉例來說，假設腦性麻痺的孩童沒有很好的擺位與肌肉能力，後續使用溝通輔具效果也會受到限制。我也曾經治療一個山區常跌倒的構音異常個案，轉介確診為肌肉萎縮個案。



圖三、在很遠的綠島，有老師提問粗動作相關問題，
先小篩一下再知會物理治療師

4. 連結教育系統

最後，在花東地區聽語醫療專業缺乏，狹長3個多小時的縣境路長，只有在花蓮市台東市大醫院才有聽語專業職缺。地區醫院都未開職缺。因此針對語障、低口語或無口語個案，更注重跟教育系統特教老師的合作，包括學前及學齡的特教班老師及特巡老師。因為服務個案量真的很多(將近300例)，以學前個案來說，通常在我介入語言治療一段時間之後，確認孩童有一定專注學習能力，就會轉銜安置讓他們進入教育系統，增加語言及認知刺激學習，後續再追蹤一段時間後結案。換成特教科專業團隊語言治療師及特教老師繼續合作療育。目前也應聘為花蓮教育處特教科鑑定及就學輔導委員，協助聽語障個案相關鑑定輔導。

上述這些都是在台北工作比較不會遇到的事。因為在東部服務，我是位移動者，並沒有隸屬的醫院，所以除了要跟社工及其他治療師專業密切地配合外，也需要善用社會及教育資源等來補足醫療資源的不足，才能給予個案較好的服務。

- 花東地區是一個充滿多元文化的區域。語言治療師提供服務時，必須考量多元文化差異，才能提供最適切的介入及教學。請問您如何面對這樣的難題？

為了解決我對多元文化語言服務溝障個案的疑問，例如我要深入學習多少語言才足夠如何選擇評估工具和設計教材等等。所以我選擇在職進修，就讀花蓮慈濟大學「原住民健康研究所」。在學期間，閱讀旅美且擅長多元文化溝通障礙的專家劉麗蓉教授的書註，給我許多重要的概念，在面對多元文化語言的兒童個案時，首先要區分是「Language Difference」還是「Language Disorder」，尊重並去理解個案的語言生活文化。我學習由優勢能力去發現個案「績優股」的潛力，在歡喜中進行語言治療。

感謝一路以來遇到的菁英團隊，讓我學習請教，於民國95年我離開慈濟醫院，開闢一個全台最大的語言治療室，坐落在花東縱谷及海岸線，涵蓋綠島、蘭嶼。「下鄉了，真的，乃悅，我」，做一個一直趕路但快樂自在「路上的語言治療師」。

● 現今雙語／多語文化的參考文獻仍不完善。就您的經驗而言，在評估孩童言語和語言能力時，主要的標準是？

我常說原住民為溝通障礙下了很棒的定義：「你不理解我的明白，我也不明白你的理解」。花蓮台東的人口組成，有一部分是原住民，一部分是客家民族，以及一般漢族，現在還有許多新住民進來，造就了整體文化的多元性。在評估孩童個案時，時常會遇到雙語或是多語的孩童，考慮到他們大部分最後會回到學校或社會系統，加上當前臨床上是比較難納入家長或翻譯人員的，故目前評估時還是會以國語能力為主，主要的差別是，不論在評估語言或言語能力時，都要去考慮孩子到底是語言/言語「差異」，還是「異常」。

基本上，在偏鄉介入語言和構音音韻障礙的標準和都市孩童相同，只是在評估的時候需多去考慮語音系統或生活經驗的差異性，去了解這個孩子是因為能力不足，還是因為學習過程中經驗比較少。由於交通不便及服務頻率的限制，比較無法使用正式測驗施測，但會使用當地可取的教材，盡量激發語言溝通，一定要記錄語言樣本(錄音或請社工協助記錄)，做為評估語言能力及進展的重要參考之一。

1. 語言差異／異常判斷

語言評估時，為了區別孩子是差異或是異常，一個重要原則就是考慮孩子的生活經驗。舉例來說，在都市施測時，我們可能多採用正式評估工具，但原鄉的小朋友認識的語詞和大都市有很大的差異，所以一般只有需要做到後續鑑定的時候，比較需要用到正式評估，平時的話則是依據語言治療師的經驗及發展里程碑，以及從互動中觀察出孩子的能力。

我在過去發表的〈你不明白我的理解，我也不理解你的明白〉一文中提到，以前在醫院評估時，我可能習慣用蘋果、香蕉、葡萄、鳳梨等水果，一方面也可以測試顏色(紅色、黃色、藍色/紫色)，也可以順便教形狀、吃法等等；來這裡後我發現很多小朋友都無法指認或命名葡萄，相反地，他們可能都認識外面的麵包果樹果實(阿美族話叫做「巴基魯」)，而這個詞彙可能拿到大都市，沒幾個小朋友認識。後來，我漸漸發現，當要求某地區小朋友命名或指認的時候，有同一性知道或不知道的詞彙，如此，可能就要針對這個群體做一些評估上的調整。如果拿「葡萄」來測驗海線的孩童就不是很適合，因為沿海地區相對交通較不便，平均收入也較不充裕，葡萄不僅不易在此栽種，易撞毀菜車不易載，單價也高，很多小朋友不認識葡萄。



圖四、葡萄與麵包樹果實(巴基魯)。

再舉些例子，我們在蘭嶼，說「船」的時候，孩子們想到「平板舟」的可能就比「輪船」來的高。或是在台北，我可能會用「斑馬」圖卡去評估/ㄅ/音和詞彙量。後來發現在綠島，小朋友認不出斑馬，而是叫成「黑白的梅花鹿」，我第一個反應是問家長：「過馬路的時候都不告訴孩子要注意斑馬線嗎？」沒想到的是，綠島竟沒有紅綠燈，更不用說斑馬線了！所以「斑馬」在這裡就不適用，反而是梅花鹿、山羊、豬，才是蘭嶼綠島比較常見的動物。因此，評估的圖卡內容就需要慢慢從整體孩子的經驗中做調整，才能真正辨別「差異」和「異常」。



圖五、蘭嶼的「平板舟」。

2. 言語差異/異常判斷

關於構音音韻差異，我就讀原住民健康研究所時曾寫過一篇小文章(未發表)，主要是探討不同文化的構音錯誤類型。身邊排灣族的朋友擦音(/ʈ/, /ɽ/, /ɭ/)比較容易出現錯誤，而新移民則是塞擦音，細看這些語音系統的國際音標 (International Phonetic Alphabet, IPA) 後我發現，排灣族的語語系中擦音少，可能練習次數也少，造成發音較困難。這種情形就像從小就講國語的人在說「十」的台語時字尾容易忽略合唇，可能是因語音系統不同而導致的構音錯誤。我們要先去了解、具備這些知識，才能接納和考慮他們差異性，最終幫助他們產生正確的語音。

- 除了區別言語／語言發展的差異和異常外，整體評估時還需要考量哪些因素，才能最大化多語孩童的表現？

1. 生活經驗/認知能力觀察

考量個案本身的生活經驗也是很重要的一點，早期剛到花東的時候很多小孩都是沒有就讀幼稚園的。我曾遇到一個命名能力很差的學前孩子，了解到他的背景後發現，他就住在公廟旁邊，非常喜歡參與廟會活動、八家將和畫畫。於是我請他畫八家將跟我分享，他一筆到底就畫出一個八家將，我接著給他另一張，他又畫出完全不同的裝飾、頭飾、及武器的人物，並且可以表演出下腰、轉身等動作。儘管他命名能力不佳，卻透過其他方式展現了認知能力。最後果不其然，我建議他國小緩讀一年，先去讀一年幼稚園後，整體能力就跟上了。



圖六、這孩子很多事不知道，也沒念過幼稚園，但是會一筆到底畫出不同的八家將。

在偏鄉，我學會從不同角度去找他們優勢能力。或許他對於常見物品命名的正確率只有五成，卻對喜歡的東西可以有這麼詳細的分析跟產出，這裡的孩子可能不會是透過口語，而是透過其他管道間接告訴治療師他們的認知能力。



圖七、在消波塊上使用自製教具上課。

2. 母語及慣用語

除了生活經驗外，母語及慣用語也是重要的考量因素。去一個個案家評估時，首先我會詢問家長小朋友的母語和慣用語，並觀察他家裡的環境。我曾遇過一個個案，他沒有唸幼稚園，直接入學就是一年級，他不識字、智能也稍差，很快的就拿到智能障礙的手冊，在巡迴資源班的時候，老師基本上使用國語。當時我去評估時他已經國小二年級。我問老師他會指五官嗎？詢問老師他的母語為何？老師愣了一下並不是很確定。我便使用台語試試看，我問他頭會不會痛，他便去摸頭；問他會不會流鼻水，他就去摸鼻子，他其實是可以指認五官的！在改用台語去評估後，我才發現大家都低估了他的能力，後來得知他和阿公同住山裡，且附近只有他們那戶，阿公主要講台語，故很少和說國語的人互動的經驗，個性又是很害羞且慢熟型的，更影響他的溝通效度。

- 根據您的經驗，如果評估後確定孩童需要介入，在語言治療目標及活動上，是否與使用國語孩童有差異？

1. 治療教材的調整

在治療的時候，和都市的孩子相比，教材方面可能也需要調整。早期的時候碰到物資比較匱乏的家長，我會請他們去市區的大潤發或家樂福拿廣告文宣，因為文宣上不僅將商品分類好，照片也很精緻，還有一個很大的好處是他們會因應節日調整，比如中秋節，也因時制宜，放上月餅和當季的蔬果如柚子。一般我會請家長一次拿四份，如此一來如果覺得某一頁不錯，還可以做配對、指認、分類、命名，當時我也會準備一些在我的書包裡。再加上物美價廉的認知較具，社經差的家庭我就轉送給他們。

近幾年情況隨著智慧型手機和網絡的發達而有所改善。現在年輕家長也很會網購，明確建議買哪些類別的東西後，家長就能買到適當的教材。有些孩子圖片命名能力比較弱，我就會用手機拍他們家的物品，訓練他們指認和命名，也教他們善用搜索引擎和 YouTube 讓孩子學習；或請他們去買空白的名片，把小圖卡貼上面做教材。此外，我會自己帶10元商店的貼紙(水果、交通工具、動物)等，或是去夜市買小玩具當作獎勵送他們。

2. 治療中納入家屬/師長

從我做治療師開始，都一定會要求家長或老師一起加入治療情境。因為語言治療要7-11(全日24小時)，才會類化成功。尤其，因為治療師人數不足，我手上同時會有近三百位個案，很多個案一個月只能分配到一、兩個治療時段，因此如何賦能給家長或老師就更為重要。

我在介入的時候，通常一定要求老師或是家長同在，確保師長能正確運用技巧，因為唯有將他們變成我的小老師，我下次來訪才能看到進展。因此治療師的諮詢和示範能力會比在醫院工作來的重要。



圖八、將台東大潤發的宣傳冊做為教材。



圖九、集形狀、顏色、長短辨別的好物，特價99元，買了送了。

● 在介入時，除了活動內容的改變外，治療師的觀念上是否也需要調整？

偏鄉服務給我最大的學習是，要去了解他們的生活、了解這個小孩的平常一些活動與優勢、並了解他們的生活環境，並且要把多元文化和多元智慧的觀念放在腦中。因為他們的生長環境是不同的，只有把這些觀念放在腦中，才能看到他們的優勢能力，也才有辦法去讓他們欣然接受自己的優弱勢，進一步幫助他們學習。

1. 多元智能觀點

在過去發表的文章中，我曾提到Howard Gardner提出的智能多元化概念(multiple intelligence)，每個人生來都有各種高低不同的能力。以原住民而言，空間、肢體運作及自然觀察者智商，可能會優於語文和邏輯數學智商。在蘭嶼的時候，我就從某個孩子身上學到很多，那裡的孩子大概幼稚園年紀就會去海邊游泳，當時我手上有個疑似發展遲緩或智能問題的中班小孩，他命名能力很差，但是卻可以跟爸爸下海游泳，甚至成功抓到魚；他後來大班的時候，語彙能力些微提升但還是沒跟上，反倒是他跳海抓魚的能力更強了，有次竟然還抓到了龍蝦，要抓到龍蝦可不容易，必須算準某些時機並搭配良好的肢體協調，這個孩子可能國語口語能力不是很好，我卻不認為他的智能很差。

2. 多語多文化觀點

此外，我也時常被多文化的家庭詢問該用哪種語言教小孩。在過去可能傾向建議新移民媽媽教小孩「國語」，但是媽媽可能本身國語能力不好，正在學國語單字跟片語，慢慢到句子，如此一來當她要教國語時只能用有限的詞彙或句型，並不是個理想的語言環境。目前的觀念是，當小孩能力足夠時，可以考慮同時讓媽媽教孩子她的母語，語彙和語言內容才會比較豐富的，並且對孩子的認知語言能力是有益的。例如媽媽就不會只教他「棉被」，而是擴展成「蓋棉被之後就會比較溫暖」，同時可以學到「蓋」跟「溫暖」。

當小孩子能力夠的時候，他可以同時學兩三種語言，並且知道對誰要用哪一種語言，這比較是自然的學習方式。早期以為花蓮原住民是由阿美族、太魯閣族跟布農族組成，

後來才發現港口部落那邊有一批葛瑪蘭族，最初葛瑪蘭族並沒有被區分出來，他們藏在阿美族底下，可是他們依然把自己的族語傳承也小孩，所以有些葛瑪蘭族的小孩很厲害，他們同時會使用葛瑪蘭語、阿美族語和國語，有的甚至還會台語。所以當孩子能力足夠時，事實上是可以用嘗試多元語言的，除非他自己有發展的限制，我們才會建議先以一種為主，日後再去發展其它語言。

● 近年來東部整體狀況隨著科技及交通的進步稍有改善，目前在偏鄉地區施行語言治療時，是否有哪些難處與挑戰？

1. 改善與進步

整體來說，現在家長和老師的知識層面較早期提升，環境也有所改善。例如，孩童到衛生局打預防針時，通常公衛護理師會先做一些發展篩檢。加上早期療育觀念的提倡，一些聽損或疑似發展遲緩的孩子都有較好教育安置，現在的挑戰較從前少些了。

2. 挑戰之處---「沉浸式族語教學」

這些年為了因應族語使用者減少，原民會近年力推「學齡前族語教學」，也就是「沉浸式族語教學」，全天有超過50%的時間，讓幼兒沉浸在全族語的環境中。

近來我在蘭嶼服務時發現，有些接受沉浸式教學的孩子，會使用迂迴的命名方式，例如鍋子，他們會說「煮東西的工具」。以前遇到這種迂迴的命名方式，我們會覺得他們的命名能力是不佳、不精確，但是後來發現他們同一性都是這麼命名的，才了解到有些東西在他們的族語中並沒有名稱，造成他們需要用解釋或形容的方式來說明一樣東西。

當然沉浸式教學本身是發展母語的方法之一，但對於當接受此種教學、家中又使用族語的孩子，回歸主流社會的時候，很多東西他們是講不出來的。對於小孩學習而言，這種描述性的命名，讓他們的命名比較不精準，也需要耗費比較多的記憶體來記，在後續語句擴展是否可能也會有所限制呢？這是幼稚園老師的疑慮，也是目前需要持續關注的議題之一。

● 感謝上述的經驗分享，在東部進行語言治療著實不容易。最後，請簡單介紹一下您的動機及過去經歷。請問您踏上花東語言治療師巡迴之路的初衷為何？

生命是很神奇的！

民國80年4月1日愚人節，我幸運成為北榮總的菜鳥語言治療師，也搭上技術人員任用條例的末班車，幸運成為「醫事技術人員」公務員。七年後，我應邀加入花蓮特教科「語言障礙工作坊」的講師群，到花蓮有兩天演講。回想大學時，加入「山地青年服務社」到花東偏遠天主教堂搭小圖館的結緣，此時似乎聽到「我要下鄉」的夢想開始呼喚。在隔幾個月的第二場演講時，我有了新的工作。

民國87年4月1日，我繳回公務員的鐵飯碗，成為當時花蓮僅剩唯一的語言治療師服務於花蓮慈濟醫院復健科。

民國95年離開醫院，在後山花、東路上巡迴至今。擔任愚人邁入第22年。

● 擔任大花東地區巡迴語言治療師必須兼備多樣能力，請問您過去經歷那些訓練，讓您能夠勝任艱鉅的任務？

過去在台北榮總耳鼻喉科語言治療時，我跟著盛華、蕭麗君老師學習喉頭頸部嗓音及吞嚥障礙的評估治療，空檔時好奇常跑進聽力室見習提問學習，感謝聽力師李宗伊、陳美珠、管美玲、楊美珍老師們。隨後，也跟著當時的聽語學會李淑娥理事長、鍾玉梅主編學習會務及編輯，以及認識復健科語障個案的評估治療，以及自假去長庚顱顏中心跟語言治療吳咨杏老師見習等。一切的累積，似乎為我後來獨立在花、東治療各類語障個案做預備。

到花蓮工作後，在復健科梁忠詔醫師兒復中心(醫師、物理、職能、語言治療、心理師、社工、特教老師等)專業團隊的鼓勵與激盪學習下，我慢慢對跨專業間個案診療的轉介整合更精熟了。

此外，我亦透過工作坊(如視多障、罕病等)和各類身障輔具研習，學習用更敏銳的眼和更貼近的心去理解這些慢飛天使、多障類別個案，以及多元文化的個案(原住民、閩南人、客家人以及外省人等)，並提供適當的療育。

● 感謝您多年來持續地在專業能力成長以及持續為東部地區民眾服務。近年來的教材與觀念的改善，也為東部地區人民灌注新的機會和希望，令人欣喜。您認為，未來東部地區的語言治療還需要哪方面的發展？

東部地區的醫療資源還是相對匱乏的。例如吞嚥障礙的個案評估與治療是最近長照服務很夯的議題。但是在狹長的台東縣，是沒有任何一家醫院有吞嚥攝影儀器的(我民國80進入北榮時就已有此設備了，醫療資源差距近30年)。所以當台東縣吞嚥障礙的病人一旦面臨是否可拔管處置時，可能必須轉介到距離遙遠的花蓮市或高雄市醫院做吞嚥攝影檢查(videofluoroscopy swallowing study)，以確保已經沒有食糰誤入呼吸道的風險。所以目前大部分還是仰賴治療師的臨床經驗，無法做到更完整的吞嚥評估。

除了醫療設備外，都市相比，偏鄉聽語專業人力資源落差仍大。因此，希望將來能在「地區醫院」廣設聽力師及語言治療師職缺，增加偏鄉的聽語專業人數，提供更充足的語言治療和聽力師專業服務。一樣繳健保費，希望一樣有好的醫療品質，在偏鄉。

關於作者

現職	花東行動語言治療師 花蓮教育處特教科鑑定及就學輔導委員 台東大學特教系兼任講師 台灣聽力語言學會理事 台灣吞嚥咀嚼學會理事
學歷	慈濟大學 原住民健康研究所碩士畢業
經歷	台北榮民總醫院耳鼻喉部語言治療師 花蓮慈濟醫院語言治療師組長 台灣聽語學會學誌編輯
特殊貢獻	榮獲第十屆早療棕櫚獎



編輯

發行單位：台灣聽力語言學會

發行人：葉文英

主編：曾尹霆

編輯顧問：曾進興

助理編輯：陳奕秀

網址：www.slh.org.tw

發行日期：2019.08.01

聽語學報：第八十六期

副主編：吳詠渝、陳孟好、席芸、
姚若綺、鄭秀蓮、王靖嵐、
李善祺、薛偉明

美術編輯：李善祺