

## 國小口吃兒童與一般兒童溝通態度、溝通 焦慮與學校適應之比較研究

伍瑞瑜  
佛公國小

楊淑蘭  
國立屏東教育大學

本研究之目的在(1)探討不同背景之口吃兒童在溝通態度、溝通焦慮與學校適應的差異；並比較不同背景之口吃兒童與一般兒童在前述三個依變項的差異，(2)探討教師評定口吃兒童之溝通焦慮與兒童自評之溝通焦慮是否有相關，(3)探討口吃兒童的口吃嚴重度、溝通態度與溝通焦慮之相關情形及前述三變項對其學校適應的預測情形。

研究結果如下：口吃兒童不論有無口吃家族史或接受治療與否在前述三個依變項上並無顯著差異；只有口吃嚴重度會影響口吃兒童的溝通態度與溝通焦慮，但不影響其學校適應，而重度口吃兒童的溝通態度和溝通焦慮為最差。不同年級或不同家庭社經地位的口吃兒童與一般兒童在前述三個依變項上也無顯著差異，只有口吃與否會影響前述三變項，口吃兒童在這三個依變項上較非口吃兒童為差。教師評定口吃兒童之溝通焦慮與兒童自評之溝通焦慮有顯著低相關。口吃兒童之口吃嚴重度、溝通態度、溝通焦慮之間皆為正相關，尤其以溝通態度與溝通焦慮之相關為最高；而同時以口吃嚴重度、溝通態度及溝通焦慮可有效預測口吃兒童之學校適應，預測力約為 40%，但若單以其中任何一項則無法預測學校適應情形。

關鍵字：口吃兒童、口吃嚴重度、溝通態度、溝通焦慮、學校適應

## 緒 論

### 一、口吃之定義

Wingate (1964, 引自楊淑蘭, 2004) 指出口吃包含三大部份, (一) 口語表達的不順暢, 這些不順暢的特徵是不自主的 (可聽見或靜默) 的重複或延長, 發生在聲音、多音節及單音節字等短的口語單位上, 這些不順暢時常發生或可被指認出來, 而且是說話者難以控制的; (二) 有時這些不順暢是伴隨一些附帶的動作, 在口語機轉上或與身體結構有關 (或無關), 或是某種固定的說話方式, 這些動作的出現是和掙扎著說話有關的; (三) 而且口吃者也常會自陳或呈現某種情緒狀態, 從一般的興奮或緊張到較負面特定的情緒反應, 如害怕、困窘、生氣或類似的感受, 口吃的直接原因是控制口語機轉的周圍神經系統的不協調, 但其真正的原因目前並不清楚, 口吃的原因可能是綜合性且是相當複雜的 (引自楊淑蘭, 2004)。

根據美國聽語協會 (American Speech-Language-Hearing Association, ASHA) (2004) 的定義, 口吃是一種言語流暢障礙, 即說話時的流暢性受到阻礙。所有個體都會出現言語不流暢的情形, 但口吃者說話時具有下列特徵: (1) 聲音、音節、部份字、完整的字或片語的重複; (2) 聲音或音節的延長或拉長; (3) 緊張停頓、猶豫不決、及/或說不出話來; (4) 突然快速說話, 如案主開始一個聲音或為了維持聲音的連續; (5) 相關行為: 伴隨口吃的反應, 如嘴唇、下顎及/或頸部肌肉緊繃, 說話時嘴唇下顎及/或舌頭顫抖, 輕敲腳底、眨眼、轉頭等等企圖以這些反應逃避口吃, 這些相關行為因人而異; (6) 口吃行為常因說話情境、溝通夥伴或說話任務而有所變化, 如口吃者也許能流暢地唱歌, 但講電話時卻會口吃; (7) 失去控制的感

受: 口吃者也許會經歷聲音與字詞的害怕、情境的害怕、口吃的預期、困窘及羞愧感, 如口吃者會逃避某一聲音或字詞, 以另一個字詞代替原來要說的字詞, 這些反應大多出現在較嚴重口吃階段。

楊淑蘭 (2001) 亦指出口吃是說話結結巴巴, 中斷不連貫, 俗稱大舌 (臺語), 主要的症狀包括: 字的重複 (word repetition)、聲音的重複 (part-word repetition)、拉長 (prolongation) 或破碎的字 (broken word) 及片語重複 (phrase repetition)、插入字 (interjection)、修正和放棄 (revision and abandon) 等口語上可以辨認的特徵; 口吃者除了口語上的不流暢外, 經常也表現出許多身體動作, 包括眨眼、聳肩、臉部怪異表情、頓足、擺手等, 稱為次要症狀 (secondary syndromes)。此外, 楊淑蘭 (2003) 指出要完整診斷評估口吃現象, 除了外顯的口語不流暢及生理動作外, 還要注意案主的內隱變項, 如溝通焦慮、恐懼和對口吃的預期與逃避等。

### 二、口吃者之溝通態度 (communication attitude)

溝通乃是個人或團體將觀念或資訊, 藉由口語、書寫、姿勢動作或符號傳遞給他人或其他團體, 歷經回饋而共享意見的動態過程 (Deaux, Dane & Wrighasman, 1993; 張春興, 1992)。張春興 (1991) 說明態度是指個體對人、事、物及周圍世界, 憑其認知及好惡所持有的一種具一致性與持久性的傾向, 此種傾向可由個體的外顯行為去推測, 而態度內涵包括認知、情感與行為成分。因此溝通態度乃為個體在溝通歷程中所產生在認知、情感與行為三方面的反應傾向, 在認知上指的是個人對溝通的看法和觀點; 在情感上指的是個人在溝通時的感受; 在行為意義上則強調個人是否願意與人溝通, 此傾向將會影響未來個人在動態的溝

通歷程上的結果，可能是正向積極的，也可能是負向消極、逃避的。

過去國外研究發現國小口吃兒童與非口吃同儕相較，明顯有負面溝通態度，且此差異會隨年齡增大（De Nil & Brutton, 1986, 1991; Vanryckeghem, 1995; Vanryckeghem & Brutton, 1997）；而溝通態度與口吃嚴重度有關（De Nil & Brutton, 1991; Vanryckeghem & Brutton, 1996），口吃越嚴重，則溝通態度越差；此外，兒童說話的經驗也會影響其溝通態度（Vanryckeghem & Brutton, 1997），而溝通態度與性別則無顯著差異（Brutton & Dunham, 1989; De Nil & Brutton, 1991）。國內目前並無學者探討過學齡口吃兒童的溝通態度，因此，研究者擬進一步瞭解不同背景變項對口吃兒童與一般兒童溝通態度的影響及二者溝通態度之差異情形。

### 三、口吃者之溝通焦慮(communication anxiety)

焦慮乃是個體感到緊張憂慮、恐懼、覺醒、不安等心理感受交織而成的複雜情緒狀態（White & Fanell, 2001; 張春興, 1992）。Spielberger（1979, 引自鄭翠娟, 1993）所提出的焦處理論，把焦慮分為特質性焦慮（trait-anxiety）、情境性焦慮（state-anxiety）及歷程性焦慮（process-anxiety）；特質性焦慮是指個人學習而得的行為傾向，是個人人格特質一部分，對於外在環境感受較具威脅性；情境性焦慮指對特殊情境化覺察程度而產生的；歷程性焦慮則將焦慮視為一種驅力，具機動力量，能夠激發行為（引自鄭翠娟, 1993）。研究者認為溝通焦慮為個體在溝通歷程中經歷內在緊張不安的情緒狀態，且常伴隨著生理或行為上的反應，是一種個體在溝通情境中主觀的情緒感受和經驗。

焦慮在口吃理論中扮演著不同的角色，有

些學者認為焦慮是口吃發生的主要起因，有些學者認為焦慮是個中介變項，它會加速及加重口吃的發生，也有學者認為焦慮是口吃附帶產生的結果（引自 Messenger, Onslow, Packman, & Menzies, 2004）。另外，有些研究者指出焦慮是口吃者的一般情緒反應（Craig, 1990; Craig, Hancock, Tran, & Craig, 2003），然而有更多研究者指出焦慮是一種情境性的緊張情緒反應，與一般溝通和特定言語溝通有關（Ezrati-Vinacour & Levin, 2004; Kraaimaat, Vanryckeghem, & Van Dam-Baggen, 2002; Mahr & Torosian, 1999; Messenger, Onslow, Packman, & Menzies, 2004; Miller & Watson, 1992）。遺憾的是在前述的相關研究中均是以成人為研究對象，研究者並未發現有關口吃兒童焦慮的相關研究，而國內既有的研究中也尚未有人探討過口吃成人或口吃兒童焦慮情形或教師對口吃兒童溝通焦慮的看法。因此，本研究擬進一步瞭解不同背景變項對口吃兒童與一般兒童溝通焦慮的影響及二者在溝通焦慮上的情形與差異，並探討教師評定口吃兒童溝通焦慮與口吃兒童自評溝通焦慮的相關情形。

### 四、口吃者之學校適應 (school adjustment)

Youngman（1979）指出學校適應為學生在學校環境中，所表現的行為和環境取得均衡和諧的相符程度，將學校適應行為分為三個向度：學習適應、常規適應、師生關係。Bloodstein（1995）指出口吃者在學校適應上較一般正常人為差；Guitar（1998）指出口吃者的學業表現低於全校學生的平均。此外，Bray, Kehle, Lawless 與 Theodore（2003）亦指出口吃兒童若在學科上需要進行口語表達，他會因害怕說話而感到焦慮，引起負面的學習態度而影響學業表現，因而形成不良的學校適應，然而，當焦慮及口吃嚴重度皆降低時，便能改善口吃兒

童的學校適應。

過去的文獻資料大多是對口吃兒童學校適應的一般性描述，並無相關的實證研究，而國內已有許多學者曾經探討過資優、一般或身心障礙國小學生的學校適應情形，但尚未有針對口吃兒童之學校適應進行研究。因此，本研究擬進一步瞭解不同背景變項對口吃兒童與一般兒童學校適應的影響及二者在學校適應的情形與差異。而過去學者根據其研究目的對學校適應的評量常採用不同的指標，包括有師生關係、同儕關係、學習適應、常規適應和自我適應等。研究者綜合學者的看法認為學校適應為一動態歷程，係指個體在學校的生活中能與環境產生良好的互動，以維持個人與學校的和諧平衡關係。並根據研究目的定義學校適應的內涵，包括學習適應及人際適應（師生關係及同儕關係）二個要素，作為本研究評定學校適應的指標。

### 五、口吃者溝通態度、溝通焦慮與學校適應之相關

Miller 和 Watson (1992) 對成人的研究發現並非全部的口吃者都比非口吃者更焦慮、緊張或憂鬱，二組的差異是在溝通態度方面，溝通態度與口吃嚴重度有相關，但情境焦慮與特質焦慮及憂鬱和口吃者的口吃嚴重度並無相關。此外，二組分別在溝通態度與憂鬱上有低相關，在溝通態度與特質焦慮上皆有高相關，而只有口吃成人在溝通態度與情境焦慮上呈現高相關，口吃成人的焦慮主要是受溝通情境的影響，而導致負面溝通經驗。

Bloodstein (1995) 指出口吃者在學校適應較一般人為差，Silverman (1996) 指出許多人對口吃學生有刻板印象，認為他們是沉默寡言、個性內向、害怕、焦慮、緊張、優柔寡斷、具有較多不安全感，而且口吃學生比非口吃學生更害怕說話，這些負面偏見有些來自學校老

師 (Lass et al., 1992; Woods, 1978; Yeakle & Cooper, 1986) 及特殊教育老師 (Ruscello, Lass, Schmitt, & Pannbacker, 1994)，而這些刻板印象也會影響口吃學生對溝通的態度、信心及察覺自我溝通的能力 (Blood, Blood, Tellis, & Gabel, 2001)。而有關口吃兒童的研究也發現口吃兒童的負面溝通態度與口吃嚴重度和負面情緒皆有顯著正相關 (Green, 1998)，而且與口吃兒童說話相關的不當溝通態度及負面情緒會隨年齡而增加 (Vanryckeghem, Hylebos, Brutton & Peleman, 2001)，因此在本研究中兒童的年級也是我們關注的變項。

但在研究者收集的文獻中並無探討口吃者溝通態度、溝通焦慮與生活適應關聯性的研究。目前國內也無針對口吃兒童與一般兒童之溝通態度、負面情緒與學校適應之研究，因此，本研究擬探討不同背景變項對口吃兒童溝通態度、溝通焦慮與學校適應的影響，比較口吃兒童與一般兒童在溝通態度、溝通焦慮與學校適應之差異，並進一步探討口吃嚴重度、溝通態度與溝通焦慮是否能有效預測兒童的學校適應情形。

口吃是一種複雜的溝通障礙，除了口語的不流暢外，還會附帶身體的怪異動作，口吃者更可能因為這些困難和易於常人的行為，引起其面對溝通情境時的負向情緒反應，而形成生活上的不適應。Guitar (1998) 指出口吃會導致他們的情緒反應增加，特別是顯露出對說話的挫折、害怕或焦慮。焦慮在口吃發生學扮演著重要的角色，Van Riper (1982) 也指出當口吃者面對陌生人或多數聽眾或權威人士時，通常會顯示出較差的溝通狀態，口吃者常會逃避社交與公開說話情境及在這些情境中顯現出焦慮。林欣瑜 (2005) 研究也發現國內成人口吃者所預期的溝通焦慮比一般人為高，隨說話的要求增加，因焦慮顯現的生理癥狀也會增加，因此口吃者有較高的溝通焦慮似乎中外皆

同。在兒童學習適應學校生活及各項新的知識過程，口語溝通是為極重要的工具，且兒童的各項能力均不及成人穩定，Manning (2001)曾提到為避免口吃惡化為全面性的適應問題，應在口吃開始時即給予處理。考量口吃兒童每天面對繁重的課業及需以口語與教師和同儕互動，口吃嚴重度、溝通態度與溝通焦慮是否會影響口吃兒童的學校適應是語言治療師、教師與家長應該關心的課題。根據以上之動機，本研究之研究目的如下：

(一) 瞭解不同背景變項(口吃嚴重度、口吃家族史、接受治療與否)口吃兒童在溝通態度、溝通焦慮和學校適應上的差異情形。

(二) 瞭解不同背景變項(年級、家庭社經地位)口吃兒童與一般兒童在溝通態度、溝通焦慮和學校適應上的差異情形。

(三) 探討教師評定口吃兒童溝通焦慮與口吃兒童自評溝通焦慮是否有高相關情形。

(四) 探討口吃兒童之口吃嚴重度、溝通態度與溝通焦慮之間的相關情形。

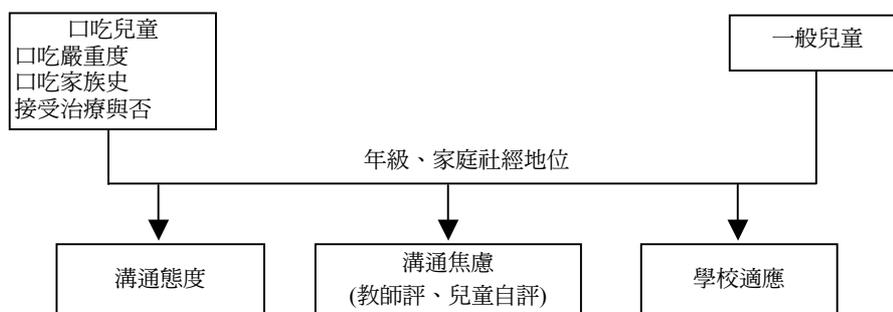
(五) 探討口吃兒童之口吃嚴重度、溝通態度、溝通焦慮對學校適應的預測情形。

## 研究方法

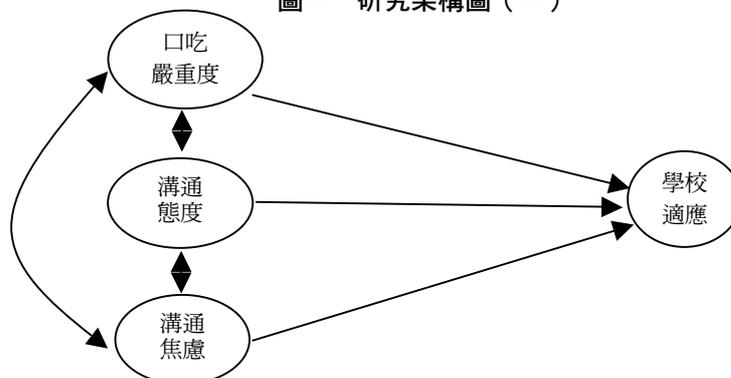
### 一、研究設計

研究架構圖(一)為考驗不同背景變項(口吃嚴重度、口吃家族史、接受治療與否)口吃兒童在溝通態度、溝通焦慮及學校適應上的差異及不同背景變項(年級、家庭社經地位)口吃兒童與一般兒童在溝通態度、溝通焦慮及學校適應上的差異。

研究架構圖(二)則考驗口吃兒童口吃嚴重度、溝通態度、溝通焦慮與學校適應之相關情形及口吃兒童口吃嚴重度、溝通態度、溝通焦慮對學校適應之預測情形。



圖一 研究架構圖(一)



圖二 研究架構圖(二)

兒童背景變項說明：

(一)口吃嚴重度：依 SSI-3 分數分為非常輕微、輕度、中度、重度，共四組。

(二)口吃家族史：將口吃兒童分為有口吃家族史與無口吃家族史二組。

(三)接受治療與否：口吃兒童分為曾接受治療與未曾接受治療二組。

(四)年級：將二年級、三年級與四年級兒童合併為低中年級組、五年級與六年級兒童合併為高年級組，共二組。

(五)家庭社經地位：依父母之職業等級與教育程度，將家庭社經地位分為高、中、低，共三組。

## 二、研究對象

### (一) 量表預試對象

本研究之量表編製先以高高屏地區三所國小之二、四及六年級之一般兒童為預試對象，以對抗平衡方式安排量表施測順序，所有預試工作皆由第一位研究者親自實施，以班級為單位，共施測 264 位兒童，其中經檢核，剔除填答不全和固定反應卷（答案完全一樣）23 份，共計有效問卷 241 份，預試量表回收後進行項目分析與內部一致性信度分析，以為挑選題項的參考。本研究之正式量表以一所高雄市立國小二年級至六年級各一班的學生為對象，以求問卷的重測信度，正式量表也由第一位研究者親自實施，以班級為單位，共施測 161 位兒童，其中經檢核，剔除填答不全和固定反應卷 13 份，共計有效問卷 148 份。

### (二) 正式研究對象

#### 1.口吃兒童之招募與選取

(1)先寄發口吃兒童調查表至高高屏地區之公、私立國民小學，經由學校進行全面調查，且由兒童之重要他人兩人以上認定其有口吃問題。研究者整理出各校回報疑似有口吃問題兒童共計 198 位。

(2)排除因身心障礙所引起的語言障礙及具認知、情緒、知動、感覺系統和明顯神經障礙之兒童共 2 位，另有 146 位兒童因家長拒絕鑑定、新導師認為兒童並無口吃、導師誤判兒童的構音障礙為口吃及學校只願意協助調查而拒絕研究者入校等因素，最後計有 50 位家長同意參加鑑定之兒童。

(3)以 SSI-3 進行評估，結果鑑定為口吃者計有 39 位，排除兼併構音異常及語言發展遲緩兒童共 5 位後，最後有二至六年級，來自 27 所公立國民小學之 34 位口吃兒童（男生 32 人，女生 2 人），其中重度口吃者有 8 人，中度口吃者有 13 人，輕度口吃者有 7 人及非常輕微口吃者有 6 人，列為本研究對象。

#### 2.一般兒童的選取

委請級任老師協助選取與口吃兒童就讀同班級、同性別、家庭社經地位相當、年齡差距在前後六個月內之一般兒童，經由重要他人兩人以上認定其無口吃問題，且未接受過語言治療，並排除身心障礙及其他上述所列障礙之兒童，亦以 SSI-3 進行評估為正常者，共計 34 位（男生 32 人，女生 2 人）一般兒童，作為配對的控制組。

本研究的口吃與一般兒童中女生僅各有二位，較一般學齡口吃兒童之男女性別比率為低，但因過去研究發現性別並未影響溝通態度，因此未加以控制。口吃兒童與一般兒童合計共 68 人為正式研究對象，人數分配見表一。

## 三、研究工具

### (一) 修訂中文兒童口吃嚴重度評估工具

#### 1.修訂中文兒童口吃嚴重度評估工具之簡介

楊淑蘭、周芳綺(2004)根據 Riley(1994)發表的口吃嚴重度評估工具第三版有關兒童部份進行修訂，用以評估說中文口吃兒童之嚴重度，建立學齡前及學齡口吃兒童的常模，並

表一 不同背景變項的正式研究對象之人數分配表

背景變項	類別	高雄市			高雄縣			屏東縣			小計	小計	合計
		口吃兒童人數	一般兒童人數	合計	口吃兒童人數	一般兒童人數	合計	口吃兒童人數	一般兒童人數	合計	口吃兒童人數	一般兒童人數	
年級	低中年級	8	8	16	9	9	18	4	4	8	21	21	42
	高年級	3	3	6	3	3	6	7	7	14	13	13	26
家庭社經地位	高社經地位	3	3	6	5	5	10	1	1	2	9	9	18
	中社經地位	7	7	14	4	4	8	3	3	6	14	14	28
	低社經地位	1	1	2	3	3	6	7	7	14	11	11	22
合計		11	11	22	12	12	14	11	11	22	34	34	68

將口吃區分為非常輕微、輕度、中度、重度和極重度口吃。本研究之「口吃嚴重度」係指依 SSI-3 所評估得分，總分為 6-10 分者，為非常輕微口吃者；總分為 11-14 分者，為輕度口吃者；總分為 15-26 分者，為中度口吃者；總分為 27 分以上者，為重度口吃者（含極重度口吃者）。

本工具之信度，在口吃頻率、時長、身體上伴隨之行為與總分，評定者內之一致性皆達 .998 以上，而評定者間之一致性則達 .936 以上；效度方面，口吃者與非口吃者在三項分測驗與總分上皆達顯著差異，且單一分測驗的評量並不足以說明口吃者之嚴重程度。另外，效標關聯效度顯示本工具與愛荷華口吃嚴重度量表（Iowa Scale for Rating Severity of Stuttering）的相關，學齡前組與學齡組分別達 .98 及 .95。

### （二）兒童基本資料調查表

研究者參考周芳綺（2004）所編製的「口吃兒童個案基本資料表」修改編製而成「兒童基本資料調查表」，主要目的在收集兒童的個人資料，由口吃兒童的家長填寫，內容包括兒童背景資料、家長及照顧者資料、兒童的口吃問題及家族病史，一般兒童的家長填寫的兒童

基本資料調查表則無兒童的口吃問題部分。

### （三）兒童溝通態度量表

研究者翻譯國外學者 Brutton 和 Dunham（1989）所編製之溝通態度測驗（Communication Attitude Test, CAT），並根據國內兒童的生活經驗，修改部分不適宜的文字，編製成「兒童溝通態度量表」（附錄一）。為避免選項太過複雜，兒童不易作答，故採李克特氏二點量表的形式作答，共有 35 題，每題有二個選項（是和不是）由學生依據自己平常說話的經驗與感受進行勾選，正向題有 16 題，答「是」者得 1 分，答「不是」者得 2 分，反向題有 19 題，答「是」者得 2 分，答「不是」者得 1 分，總分介於 35~70 分，得分愈高，表示填答者的溝通態度愈差；得分愈低，表示填答者的溝通態度愈佳。

本量表之效度，主要為內容效度與專家效度。編製量表初稿時依據文獻探討，研究者將兒童溝通態度量表分成認知、情感與行為三個層面編製題項，其中認知層面共有 14 題、情感層面共有 10 題、行為層面共有 11 題。送請國內二位任教語言障礙課程的大學教授、二位語言治療師及二位現職國小語障班教師評定量表題目之適切性，以建立本量表之專家效

度。之後，依據專家意見、項目分析和 Cronbach  $\alpha$  信度的結果刪修預試量表之題目，根據項目分析決斷值未達顯著差異、刪除該題後  $\alpha$  值會提高以及此題與總分相關偏低等三個標準為刪題依據。本量表之 Cronbach  $\alpha$  信度為.808，間隔一個月以皮爾遜相關係數測得之重測信度為.737。

#### (四) 兒童溝通焦慮量表

研究者參考鍾思嘉、龍長風(1984)所修訂編製之「修訂情境與特質焦慮量表」、鄭翠娟(1993)所編製之「中國學童焦慮量表」及陳靜芳(2001)所編製之「英語焦慮量表」而自行編製成「兒童溝通焦慮量表」(附錄一)，為了避免兒童看到量表標題的字面意義影響作答，施測時研究者將「兒童溝通焦慮量表」的標題修改為「兒童說話情況量表」。採李克特氏二點量表的形式作答，共有 16 題，每題有二個選項(是和不是)由學生依據自己平常說話的經驗與感受進行勾選，正向題有 13 題，答「是」者得 2 分，答「不是」者得 1 分，反向題有 3 題，答「是」者得 1 分，答「不是」者得 2 分，總分介於 16~32 分，得分愈高，表示填答者的溝通焦慮愈高；得分愈低，表示填答者的溝通焦慮愈低。

本量表之效度，主要採內容效度與專家效度。編製量表初稿時依據文獻探討，研究者將兒童溝通焦慮量表分成二部份，包括生理反應及心理反應，生理反應為第 1 至 8 題，心理反應為第 9 至 16 題。送請國內 2 位任教語言障礙課程的大學教授、2 位語言治療師及 2 位現職國小語障班教師評定量表題目之適切性，以建立本量表之專家效度。之後，依據專家意見、項目分析和 Cronbach  $\alpha$  信度的結果刪修預試量表之題目，根據項目分析決斷值未達顯著差異、刪除該題後  $\alpha$  值會提高以及此題與總分相關偏低等三個標準為刪題依據。本量表之 Cronbach  $\alpha$  信度為.663，間隔一個月以皮爾遜

相關係數測得之重測信度為.735。

#### (五) 教師評定兒童溝通焦慮量表

研究者編製「兒童溝通焦慮量表」後，再將此量表各題主詞改為第三人稱「他」(學生)，編製而成「教師評定兒童溝通焦慮量表」(附錄一)，兒童溝通焦慮量表和教師評定兒童溝通焦慮量表之各題相互對應，以瞭解兒童自評溝通焦慮與教師評定兒童溝通焦慮是否具一致性。採李克特氏四點量表的形式作答，共有 16 題，每題有四個選項(完全符合、大部分符合、少部分符合和完全不符合)，由教師依據兒童平常說話的經驗與感受進行勾選，正向題有 13 題，答「完全符合」者得 4 分，答「大部分符合」者得 3 分，答「少部分符合」者得 2 分，答「完全不符合」者得 1 分，反向題有 3 題，答「完全符合」者得 1 分，答「大部分符合」者得 2 分，答「少部分符合」者得 3 分，答「完全不符合」者得 4 分，總分介於 16~64 分，得分愈高，表示教師認為兒童的溝通焦慮愈高；得分愈低，表示教師認為兒童的溝通焦慮愈低。本量表之內容效度及專家效度，與兒童溝通焦慮量表相同。本量表之 Cronbach  $\alpha$  信度為.93，間隔一個月後以皮爾遜相關係數測得之重測信度為.890。

#### (六) 兒童學校適應量表

研究者參考李文欽(1993)所編製的「國民小學兒童生活適應調查表」、黃玉臻(1997)所編製的「國小學童適應量表」及許瑞蘭(2002)所編製的「國中生學校生活適應量表」，自行編製而成適合本研究目的之「兒童學校適應量表」(附錄一)。採李克特氏二點量表的形式作答，共有 20 題，每題有二個選項(是和不是)由學生依據自己平常在學校的生活經驗與感受進行勾選，正向題有 15 題，答「是」者得 2 分，答「不是」者得 1 分，反向題有 5 題，答「是」者得 1 分，答「不是」者得 2 分，得分愈高，表示填答者的學校適應愈

好；得分愈低，表示填答者的學校適應愈差。

本量表之效度，主要採內容效度與專家效度。編製量表初稿時依據文獻探討，研究者將兒童學校適應量表分成二部份包括人際適應（師生關係及同儕關係）及學習適應，人際適應為第 1 至 10 題，其中師生關係為第 1 至 5 題，同儕關係為第 6 至 10 題；而學習適應為第 11 至 20 題。送請國內 2 位任教語言障礙課程的大學教授、2 位語言治療師及 2 位現職國小語障班教師評定量表題目之適切性，以建立本量表之專家效度。之後，依據專家意見、項目分析和 Cronbach  $\alpha$  信度的結果刪修預試量表之題目，根據項目分析決斷值未達顯著差異、刪除該題後  $\alpha$  值會提高以及此題與總分相關偏低等三個標準為刪題依據。本量表之 Cronbach  $\alpha$  信度為.771，間隔一個月以皮爾遜相關係數測得之重測信度為.796。

#### 四、正式施測過程

研究者對家長同意參加研究之口吃兒童與一般兒童，在學校的安靜教室內，採一對一錄音方式，以楊淑蘭、周芳綺（2004）之修訂中文兒童口吃嚴重度評估工具為所有兒童進行評估，施測時間約為 20 分鐘。最後鑑定為口吃者計有 39 位，排除構音異常及語言發展遲緩兒童 5 位後，共計有 34 位口吃兒童（男生 32 人，女 2 人）為正式研究對象，並以口吃兒童就讀同班級、同性別、家庭社經地位相當、年齡差距在前後六個月內之一般兒童，經鑑定為正常者，作為配對的控制組。口吃兒童與一般兒童，皆由研究者以個別施測方式實施兒童溝通態度量表、兒童溝通焦慮量表及兒童學校適應量表，先由研究者親自說明指導語，再由受試者自行依照每一題項的敘述依序作答，唯二年級兒童

之量表加註注音符號，其餘則否。每位兒童共約需 20 分鐘，之後並請二組兒童的教師填寫教師評定兒童溝通焦慮量表。

#### 五、資料處理與分析

研究者收集受試兒童的基本資料、兒童溝通態度量表、兒童溝通焦慮量表、教師評定兒童溝通焦慮量表及兒童學校適應量表後，進行評分與編碼，以 SPSS10.0 中文版套裝軟體程式進行獨立樣本 t 檢定、單因子和二因子變異數分析、Pearson 積差相關和多元迴歸分析等統計分析。

### 研究結果

#### 一、不同背景變項（口吃嚴重度、口吃家族史、接受治療與否）口吃兒童在溝通態度、溝通焦慮與學校適應上的差異

表二、表三和表四為不同背景變項（口吃嚴重度、口吃家族史、接受治療與否）口吃兒童在溝通態度、溝通焦慮與學校適應上之平均數、標準差及單因子變異數分析和 t 考驗之統計分析摘要表。結果顯示：口吃兒童不論有無口吃家族史或接受治療與否在溝通態度、溝通焦慮與學校適應上並無顯著差異；只有口吃嚴重度會影響口吃兒童的溝通態度與溝通焦慮，但不影響其學校適應。亦即口吃兒童的溝通態度與溝通焦慮會因口吃嚴重度的不同而有所差異，且重度口吃兒童的溝通態度與溝通焦慮比中度者、輕度者及非常輕微者為差，但中度、輕度及非常輕微口吃兒童的溝通態度與溝通焦慮並無顯著差異。因此，重度口吃兒童的溝通態度和溝通焦慮為四組中最差。

表二 口吃兒童溝通態度之平均數、標準差與檢定結果摘要表

背景變項	人數	平均數	標準差	檢定結果	p 值
口吃嚴重度					
非常輕微	6	36.33	4.27	F(df=3)=5.516* Scheffe 法事後比較： 重度>中度、輕度、 非常輕微	p=.004
輕度	7	37.86	5.52		
中度	13	38.15	4.06		
重度	8	45.25	5.26		
口吃家族史					
有	6	42.67	6.89	t (df=1)=1.592	p=.121
無	28	38.75	5.16		
接受治療					
曾	8	40.13	.22	t(df=1)=.390	p=.699
不曾	26	39.23	6.01		

表三 口吃兒童溝通焦慮之平均數、標準差與檢定結果摘要表

背景變項	人數	平均數	標準差	檢定結果	p 值
口吃嚴重度					
非常輕微	6	17.83	2.93	F(df=3)=4.359* Scheffe 法事後比較： 重度>中度、輕度、 非常輕微	p=.012
輕度	7	18.00	2.58		
中度	13	18.85	2.34		
重度	8	22.38	3.54		
口吃家族史					
有	6	20.50	3.89	t(df=1)=.990	p=.330
無	28	19.07	3.07		
接受治療					
曾	8	40.13	2.12	t(df=1)=-.073	p=.942
不曾	26	39.23	3.51		

表四 口吃兒童學校適應之平均數、標準差與檢定結果摘要表

背景變項	人數	平均數	標準差	檢定結果	p 值
口吃嚴重度					
非常輕微	6	37.00	2.76	F(df=3)=1.134	p=.351
輕度	7	35.50	3.18		
中度	13	35.31	4.25		
重度	8	33.38	3.74		
口吃家族史					
有	6	35.34	4.14	t(df=1)=-.494	p=.625
無	28	34.50	3.71		
接受治療					
曾	8	34.13	3.72	t(df=1)=-.073	p=.364
不曾	26	35.52	3.75		

## 二、不同背景變項（年級、家庭社經地位）口吃兒童與一般兒童在溝通態度、溝通焦慮與學校適應上的差異

表五為不同年級/社經地位口吃兒童與一般兒童在溝通態度、溝通焦慮與學校適應上之

平均數與標準差摘要表，而表六和表七為二因子變異數分析結果。顯示：不同年級或不同家庭社經地位的口吃兒童與一般兒童在溝通態度上並無顯著差異，只有口吃與否會影響溝通態度，口吃兒童在溝通態度較非口吃兒童為差。

表五 不同年級/社經地位口吃兒童與一般兒童溝通態度之平均數與標準差摘要表

背景變項	口吃與否	人數	平均數	標準差
年級				
低中年級	口吃	21	39.67	5.73
	一般	21	33.62	3.23
高年級	口吃	13	39.08	5.57
	一般	13	31.69	2.46
總數	口吃	34	39.44	5.59
	一般	34	32.88	3.07
社經地位				
高社經地位	口吃	9	38.22	4.44
	一般	9	33.22	3.15
中社經地位	口吃	14	39.43	6.51
	一般	14	33.29	3.63
低社經地位	口吃	11	40.45	5.47
	一般	11	32.09	2.26
總數	口吃	34	39.44	5.59
	一般	34	32.88	3.07

表六 不同年級口吃兒童與一般兒童溝通態度之二因子變異數分析摘要表

變異來源	SS	Df	MS	F	p
年級	25.424	1	25.424	1.241	.269
口吃與否	724.353	1	724.353	35.353**	.000
年級*口吃與否	7.177	1	7.177	.350	.556
誤差	1311.311	64	20.489		

\*\*p<.01

表七 不同家庭社經地位口吃兒童與一般兒童溝通態度之二因子變異數分析摘要表

變異來源	SS	df	MS	F	p
家庭社經地位	4.817	2	2.409	.114	.892
口吃與否	695.749	1	695.749	32.953**	.000
社經地位*口吃與否	30.061	2	15.031	.712	.495
誤差	1309.033	62	21.113		

\*\*p<.01

表八為不同年級/社經地位口吃兒童與一般兒童在溝通焦慮上之平均數與標準差摘要表，表九和表十為二因子變異數分析結果，顯示：不同年級或不同家庭社經地位與口吃在溝通焦慮之交互作用並不顯著；而不同年級或家

庭社經地位的兒童在溝通焦慮的主要效果也無顯著差異，亦即不同年級或不同家庭社經地位兒童在溝通焦慮並無顯著差異，只有口吃與否會影響溝通焦慮，口吃兒童在溝通焦慮上較非口吃兒童為高。

表八 不同年級/社經地位口吃兒童與一般兒童溝通焦慮之平均數與標準差摘要表

背景變項	口吃與否	人數	平均數	標準差
年級				
低中年級	口吃	21	19.67	3.29
	一般	21	17.67	2.01
高年級	口吃	13	18.77	3.11
	一般	13	17.08	2.10
總數	口吃	34	19.32	3.21
	一般	34	17.44	2.03
社經地位				
高社經地位	口吃	9	19.00	2.96
	一般	9	17.22	1.79
中社經地位	口吃	14	19.07	3.25
	一般	14	17.29	2.20
低社經地位	口吃	11	19.91	3.56
	一般	11	17.82	2.14
總數	口吃	34	19.32	3.21
	一般	34	17.44	2.03

表九 不同年級的口吃兒童與一般兒童溝通焦慮之二因子變異數分析摘要表

變異來源	SS	Df	MS	F	p
年級	8.879	1	8.879	1.218	.274
口吃與否	54.733	1	54.733	7.508**	.008
年級*口吃與否	.380	1	.380	.052	.820
誤差	466.564	64	7.290		

\*\*p<.01

表十 不同家庭社經地位口吃兒童與一般兒童溝通焦慮之二因子變異數分析摘要表

變異來源	SS	df	MS	F	p
家庭社經地位	7.583	2	3.791	.502	.608
口吃與否	58.461	1	58.461	7.747**	.007
社經地位*口吃與否	.354	2	.177	.023	.977
誤差	467.887	62	7.547		

\*\*p<.01

表十一為不同年級/社經地位口吃兒童與一般兒童在學校適應上之平均數與標準差摘要表，表十二和表十三為二因子變異數分析結果，顯示：不同年級或不同家庭社經地位與口吃在學校適應之交互作用並不顯著；而不同年

級或家庭社經地位的兒童在學校適應的主要效果也無顯著差異，亦即年級或家庭社經地位並不影響兒童之學校適應，只有口吃與否會影響學校適應，口吃兒童在學校適應較非口吃兒童為差。

表十一 不同年級/社經地位口吃兒童與一般兒童學校適應之平均數與標準差摘要表

背景變項	口吃與否	人數	平均數	標準差
年級				
低中年級	口吃	21	35.55	3.90
	一般	21	36.67	2.61
高年級	口吃	13	34.62	3.52
	一般	13	37.38	2.10
總數	口吃	34	35.19	3.73
	一般	34	36.94	2.42
社經地位				
高社經地位	口吃	9	35.44	4.42
	一般	9	36.56	2.24
中社經地位	口吃	14	35.89	3.16
	一般	14	36.21	2.97
低社經地位	口吃	11	34.09	3.91
	一般	11	38.18	1.17
總數	口吃	34	35.19	3.73
	一般	34	36.94	2.42

表十二 不同年級口吃兒童與一般兒童學校適應之二因子變異數分析摘要表

變異來源	SS	Df	MS	F	p
年級	.184	1	.184	.018	.893
口吃與否	60.697	1	60.697	6.044*	.017
年級*口吃與否	10.932	1	10.932	1.089	.301
誤差	642.773	64	10.043		

\*p<.05

表十三 不同家庭社經地位口吃兒童與一般兒童學校適應之二因子變異數分析摘要表

變異來源	SS	df	MS	F	p
家庭社經地位	.192	2	9.583E-02	.010	.990
口吃與否	55.785	1	55.785	5.694*	.020
社經地位*口吃與否	46.262	2	23.131	2.361	.103
誤差	607.436	62	9.797		

\*p<.05

綜合上述分析結果顯示：不同年級或不同家庭社經地位的口吃兒童與一般兒童在溝通態度、溝通焦慮與學校適應上並無顯著差異，只有口吃與否會影響前述三變項，亦即口吃兒童在這三個依變項上表現較非口吃兒童為差。

### 三、教師評定與口吃兒童自評溝通焦慮的相關情形

表十四為教師評定口吃兒童溝通焦慮與

口吃兒童自評溝通焦慮之平均數與標準差摘要表，教師評定口吃兒童之溝通焦慮較兒童自評者高出甚多，教師評定口吃兒童溝通焦慮得分與口吃兒童自評溝通焦慮得分之 Pearson 積差相關在統計上達正相關（ $r = .210^*$ ， $p < .001$ ），此顯示教師評定口吃兒童溝通焦慮與口吃兒童自評溝通焦慮有顯著低度的正相關。

表十四 教師評定口吃兒童溝通焦慮與口吃兒童自評溝通焦慮之平均數與標準差摘要表

	人數	平均數	標準差
教師評定口吃兒童溝通焦慮	34	32.559	7.906
口吃兒童自評溝通焦慮	34	19.32	3.21

### 四、口吃兒童之口吃嚴重度、溝通態度與溝通焦慮之相關及前述三變項對學校適應之預測情形

研究者以 Pearson 積差相關進行分析，探討口吃嚴重度、溝通態度、溝通焦慮與學校適應各量表之間的相關情形，表十五顯示口吃嚴重度與溝通態度具有顯著低度的正相關

（ $r = .431^*$ ， $p < .05$ ），口吃嚴重度與溝通焦慮具有顯著低度的正相關（ $r = .418^*$ ， $p < .05$ ），溝通態度與溝通焦慮具有顯著高度的正相關（ $r = .821^{**}$ ， $p < .01$ ），因此，口吃嚴重度與溝通態度、口吃嚴重度與溝通焦慮和溝通態度與溝通焦慮皆為正相關，尤其以溝通態度與溝通焦慮為最高，高達.821。

表十五 口吃兒童口吃嚴重度、溝通態度、溝通焦慮與學校適應之相關矩陣

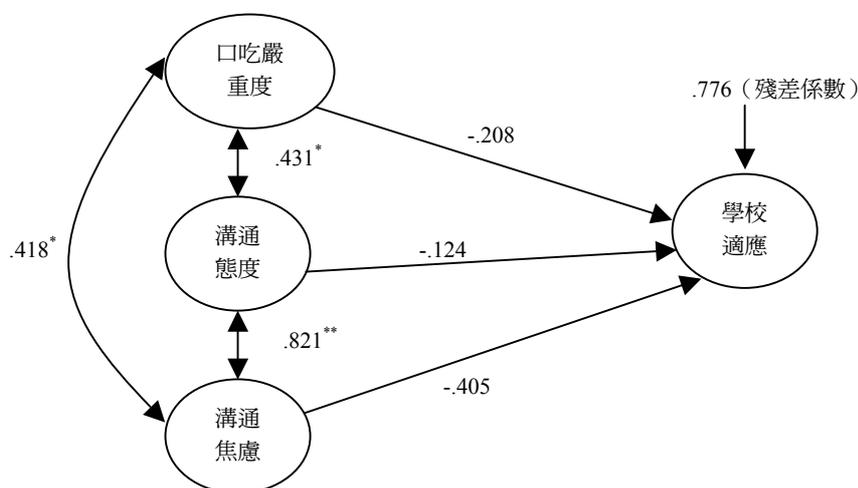
	口吃嚴重度	溝通態度	溝通焦慮
口吃嚴重度	1.000**	-.431*	-.418*
溝通態度	-.431*	1.000	-.821**
溝通焦慮	.418*	-.821**	1.000

\* $p < .05$ ，\*\* $p < .01$

之後，以口吃嚴重度、溝通態度及溝通焦慮為預測變項，學校適應為依變項，進行同時進入法的多元迴歸分析驗證研究架構圖（二），而徑路係數圖如圖三所示。表十六為口吃嚴重度、溝通態度及溝通焦慮對學校適應的變異數分析表，表十七為口吃嚴重度、溝通態度及溝通焦慮對學校適應的多元迴歸分析摘要表，由表十七得知，決定係數是.398，殘差係數為.776

（殘差係數是指效標變項中，預測變項無法解釋的部分），口吃嚴重度、溝通態度及溝通焦慮對學校適應的聯合預測達顯著水準，可解釋變異量為 39.8%，標準化迴歸係數分別為-.208，-.124 和-.405，均未達顯著水準。根據研究結果，可列出標準化的迴歸方程式為

$$Z_{\text{學校適應}} = Z_{\text{口吃嚴重度}} \times (-.208) + Z_{\text{溝通態度}} \times (-.124) + Z_{\text{溝通焦慮}} \times (-.405)。$$



圖三 徑路係數圖

表十六 口吃嚴重度、溝通態度及溝通焦慮對學校適應的變異數分析表

模式	SS	df	MS	F	p
迴歸	183.012	3	61.004	6.607**	.001
殘差	276.996	30	9.223		
總和	460.007	33			

\*\*p<.01

表十七 口吃嚴重度、溝通態度及溝通焦慮對學校適應的多元迴歸分析摘要表

投入變項順序	多元相關係數 (R)	決定係數 (R <sup>2</sup> )	增加解釋量 (ΔR <sup>2</sup> )	F	標準化迴歸係數 (β)
口吃嚴重度					-.208
溝通態度	.631	.398	.398	6.607**	-.124
溝通焦慮					-.405

\*\*p<.01 殘差係數=.776 說明：殘差係數= $\sqrt{1-R^2}$

口吃嚴重度、溝通態度及溝通焦慮對學校適應的預測達顯著水準，但是以口吃嚴重度、溝通態度與溝通焦慮個別做預測變項，則三者之標準化迴歸係數均未達顯著水準。口吃嚴重度的標準化β係數值為(-.208)，得知口吃嚴重度對學校適應的影響是負向的，口吃嚴重度愈重，學校適應愈差；溝通態度的標準化β係數值為(-.124)，得知溝通態度對學校適應的

影響是負向的，溝通態度愈差，學校適應愈差；且溝通焦慮的標準化β係數值為(-.405)，得知溝通焦慮對學校適應的影響是負向的，溝通焦慮愈高，學校適應愈低。因此，對於口吃兒童而言，若單以口吃嚴重度或溝通態度或溝通焦慮無法預測學校適應的情形，需同時以三者做為預測變項，可解釋約40%的變異量，而其中以溝通焦慮影響較大。

## 綜合討論

### 一、不同背景變項口吃兒童在溝通態度、溝通焦慮與學校適應上的差異

#### (一) 溝通態度

1. 重度口吃兒童在溝通態度較中度及輕度口吃兒童為差

口吃兒童的溝通態度會因口吃嚴重度的不同而有所差異，且重度口吃兒童的溝通態度比中度者、輕度者及非常輕微者差，而中度者、輕度者及非常輕微者的溝通態度沒有顯著差異，此發現和大部分國外學者研究 (DeNil & Brutton, 1991; Green, 1998; Miller & Watson, 1992; Vanryckeghem & Brutton, 1996; Vanryckeghem, Hylebos, Brutton, & Peleman, 2001) 發現口吃兒童的說話負面態度與口吃嚴重度有顯著相關，嚴重口吃的兒童具有最多負面的說話態度，而輕度及中度口吃的兒童則顯現出較多正面的說話態度之結果相同，顯示口吃嚴重度是影響口吃兒童溝通態度的重要因素。

2. 有/無家族史之口吃兒童在溝通態度上並無不同

雖然 Leith (1984, 引自楊淑蘭, 1999) 曾特別強調治療師應注意那些本身也是口吃者的父母，因為他們時常抗拒接受孩子有口吃問題，他們會認為孩子從他們身上學到口吃 (引自楊淑蘭, 1999)，而本研究卻未發現口吃兒童的溝通態度會因有/無口吃家族史而有所不同，但因研究者並未找到口吃家族史對溝通態度影響的實證資料佐證，推測原因可能是國內口吃兒童的父母或照顧者，對口吃兒童的口吃問題可能持有正向的認知，表達的關心是適度的，而且能了解孩子的感受且支持孩子的言語反應，因而未影響孩子的溝通態度；另一原因可能是本研究中有口吃家族史的兒童僅有 6 人，無法在統

計上顯出差異，有關口吃家族史的影響仍須進一步探討。

3. 接受治療與否之口吃兒童在溝通態度上並無不同

Andrews 與 Cutler (1974) 指出改善溝通態度與口吃治療的有效性相輔相成，然而本研究發現口吃兒童的溝通態度不會因接受治療與否而有所不同，原因可能是接受治療的口吃兒童也許減少了口吃嚴重度，但未必能改善其溝通態度，如同曾鳳菊 (2004) 探討以整合性治療模式對口吃成人在言語行為、溝通態度和自評嚴重度立即性和追蹤的效果，研究結果發現實驗組 (11 位口吃成人) 接受治療後，除閱讀時的不順暢無追蹤效果外，在口語的表現上有立即和追蹤的效果，但在內外控、溝通態度、溝通生活品質、自評當天和一般日子的嚴重度沒有立即和追蹤的治療效果。而且本研究中曾經接受治療的兒童人數不多 (8 人)，平均接受治療時間為三個月 (每週一次，每次 40 分鐘)，可能統計力不足。另外，也有可能是國內有關語言治療師的口吃治療訓練仍嫌不足，因此，即使接受治療也未能改善口吃兒童的溝通態度。

#### (二) 溝通焦慮

1. 重度口吃兒童在溝通焦慮較中度及輕度口吃兒童為差

口吃兒童的溝通焦慮會因口吃嚴重度的不同而有所差異，且重度口吃兒童的溝通焦慮比中度者、輕度者及非常輕微者差，而中度者、輕度者及非常輕微者的溝通焦慮沒有顯著差異，顯示口吃嚴重度是影響口吃兒童溝通焦慮的重要因素。此發現和 Ezrati-Vinacour 與 Levin (2004) 研究發現口吃嚴重度與情境焦慮及在完成說話任務後的焦慮有顯著正相關，即嚴重口吃成人在社交溝通的情境焦慮比輕度口吃成人和一般成人較高之結果相似；和 Miller 與 Watson (1992) 研究發現口吃者的嚴

重度及特質焦慮與情境焦慮並無相關之結果不同；也和 Craig, Hancock, Tran 與 Craig (2003) 的研究將口吃組分為輕微組和嚴重組，兩組間之特質焦慮並無顯著差異，此與本研究之結果不同。雖然如此，Craig 等人 (2003) 指出口吃嚴重度在特質焦慮的程度上扮演著重要的角色，但是其實越來越高的焦慮程度是許多因素經複雜的交互作用而產生的結果。因此，研究者認為特質焦慮與本研究的溝通焦慮是有所不同的，因為溝通焦慮是個體在溝通情境中主觀的情緒感受和經驗（如緊張及害怕），是一種情境性的焦慮，而非個體的特質焦慮，雖然二者可能相關，但卻不宜等同視之。

2. 有/無口吃家族史之口吃兒童在溝通焦慮上並無不同

口吃兒童的溝通焦慮不會因有/無口吃家族史而有所不同，目前研究者尚未發現口吃家族史對溝通焦慮影響的實證資料佐證，推測其原因可能是無論有無口吃問題的父母或照顧者，對兒童的口吃問題表達的關心是適度的，並未促使孩子產生溝通焦慮；另一原因可能是本研究中有口吃家族史的兒童僅有 6 人，無法在統計上達顯著差異，有關口吃家族史的影響仍須進一步探討。Mahr 和 Torosian (1999) 指出大多數的口吃者主要的焦慮是來自與說話有關的害怕，口吃者也許沒有社交恐懼的困擾，但是他們通常會逃避社交與公開說話情境且在這些情境中產生焦慮。除此之外，口吃兒童在小組討論及人際交談中的溝通焦慮與害怕，也許是許多言語不流暢的負面經驗所致，研究者從口吃兒童的家長填寫兒童基本資料調查表中發現，約有 59% 的家長認為其子女的口吃現象容易在急於表達和緊張的情境下發生。口吃兒童的溝通焦慮在社會環境的言語互動比有/無口吃家族史的家庭環境更易顯現，所以在本研究中看不出口吃家族史的影響。

3. 接受治療與否之口吃兒童在溝通焦慮上

並無不同

口吃兒童的溝通焦慮不會因接受治療與否而有所不同，此發現與 Craig, Hancock, Tran 和 Craig (2003)；DiLollo, Manning 和 Neimeyer (2003) 研究發現接受治療與否的口吃成人在焦慮上沒有顯著差異之結果相似，但是與 Craig (1990) 研究發現沒接受治療的口吃成人明顯比先前接受過治療的口吃者在溝通時產生較多焦慮之結果相反。究其原因包括：接受治療的口吃兒童也許可減少其口吃嚴重度，但在治療過程中，溝通焦慮未必會獲得改善；或是本研究中的口吃兒童雖經治療，但療效並不顯著，故在本研究中仍是被診斷為有口吃問題，因此，其溝通焦慮與未接受治療者相同。

(三) 學校適應

1. 有/無口吃家族史之口吃兒童在學校適應上並無不同

口吃兒童的學校適應不會因口吃嚴重度而有所差異，研究者根據在施測過程中的觀察，發現大部分口吃兒童，尤其是高年級兒童，大都能覺察自己有口吃問題，而在心理上有所調整，且能承認自己接受過治療的事實，而低年級兒童則似乎對自己的口吃問題並未覺察，因此，口吃兒童並沒有因口吃嚴重度而影響其在校的表現及人際關係；其次有可能是即使一個嚴重口吃兒童，可能並無很大的溝通焦慮或負向的溝通態度，因此，對學校適應影響不大，另外，也有可能我們的學校環境對口吃兒童仍是相當包容接納的，而且影響學校適應的原因可能還包括其他因素，如學業表現、人際關係等，因而未突顯口吃嚴重度的影響。

2. 有/無口吃家族史之口吃兒童在學校適應上並無不同

本研究發現口吃兒童的學校適應不會因有/無口吃家族史而有所差異，其原因可能是無論有無口吃問題的父母或照顧者都持有正向的認知，能覺察兒童的口吃問題，且對兒童的

口吃問題表達的關心是適度的，而口吃家族史並未影響口吃兒童的溝通態度和溝通焦慮，因此，並未進一步影響到孩子的學校適應。

3. 接受治療與否之口吃兒童在學校適應上皆沒有顯著差異

口吃兒童的學校適應並未因接受治療與否而有所差異，因為既然不論曾經接受治療與否，口吃兒童其溝通態度與溝通焦慮並無差異，因此治療與否可能就比較不會影響其學校適應。

## 二、不同背景變項口吃兒童與一般兒童在溝通態度、溝通焦慮與學校適應上的差異

### (一) 溝通態度

口吃兒童與一般兒童的溝通態度不會因年級或家庭社經地位的不同而有所差異，只會因口吃與否的不同而有所差異，因此不論年級高低或家庭社經地位背景高低，口吃兒童在溝通態度上較非口吃兒童為差，此發現和大部分研究（DeNil & Brutton, 1990, 1991; Vanryckeghem & Brutton, 1997）發現口吃兒童比一般兒童有較多負面的說話態度之結果是一致的；然而DeNil與Brutton（1991）；Vanryckeghem與Brutton（1997）研究皆發現以年齡分組的55位口吃兒童其說話相關態度是有所差異的，口吃兒童的說話相關態度會隨著年齡增長而顯現出更多負面態度，而非口吃兒童則趨於正向。但是本研究卻沒有相同的發現，是否因為國內的教師、父母和同儕對口吃兒童的態度是較為正向，或者是教師、父母和同儕都忽視了口吃兒童的問題，或者在學齡階段口吃兒童即使年齡增長也不覺得口吃是個問題，可能在年齡更大的時候（青少年以後）才會顯現出來，這都仍須進一步探討。

### (二) 溝通焦慮

口吃兒童與一般兒童的溝通焦慮不會因年級或家庭社經地位的不同而有所差異，只會

因口吃與否的不同而有所差異，因此不論年級不同或家庭社經地位背景高低，口吃兒童的溝通焦慮較一般兒童為高，此發現和大部分學者的研究（Craig, 1990; Craig, Hancock, Tran, & Craig, 2003; DiLollo, Manning, & Neimeyer, 2003; Ezrati-Vinacour & Levin, 2004; Mahr & Torosian, 1999）發現口吃成人明顯比非口吃成人有較多的焦慮之結果相似。以上的研究都是以成人為對象，本研究以學齡兒童為對象，而且是測量特定的溝通焦慮，其結果似乎是一樣的。研究者認為口吃兒童也許覺得自己沒有充分的說話運動技能來完成溝通目的，他們也察覺到流暢溝通中的不確定性及在溝通互動中的無助感與失去控制，因而產生較多溝通焦慮，而有關年級和社經背景卻不會影響口吃兒童與一般兒童在溝通焦慮上的不同，原因可能跟前述有關溝通態度的討論是相似的。

### (三) 學校適應

Bloodstein（1995）指出口吃者在學校適應上總是比一般正常人為差，Guitar（1998）也指出口吃者的學業表現低於全校學生的平均。本研究發現口吃兒童與一般兒童的學校適應不會因年級或家庭社經地位的不同而有所差異，只會因口吃與否的不同而有所差異，因此不論年級高低或家庭社經地位背景高低，口吃兒童在學校適應上較非口吃兒童為差。Bloodstein（1995）與Conture（1996）認為口語不流暢會影響國小口吃兒童的學校表現，使口吃兒童的學校適應比一般兒童差，口吃兒童的學業表現平均比一般兒童落後半個至一個學年，本研究支持有關口吃兒童在學校適應較差的部份。Bloodstein（1995）也曾指出如果口吃兒童能及時接受適當的口吃治療則可改善其學校適應，但本研究中有關治療與否的發現並未支持此看法。

### 三、教師評定口吃兒童溝通焦慮與口吃兒童自評溝通焦慮有低度的正相關

教師評定口吃兒童溝通焦慮得分與口吃兒童自評溝通焦慮得分在統計上達正相關 ( $r = .210, p < .001$ )，顯示教師評定口吃兒童溝通焦慮與口吃兒童自評溝通焦慮有顯著低度相關，表示口吃兒童的級任教師對口吃兒童的溝通焦慮仍是有所覺察，但與兒童本身的感受相似度還不是很高，教師評定較兒童自評高出甚多。原因之一可能是在本研究中有 8 位老師剛接新班級（約二個月），對口吃兒童的說話經驗與感受可能還不甚瞭解，或有些老師誤以為兒童發生口吃事件時，就會產生高焦慮，或者如 Lass 等人 (1992)、Woods (1978)、Yeakle 與 Cooper (1986) 皆指出有些老師對口吃學生有刻板印象，認為他們是沉默寡言、個性內向、害怕、焦慮、緊張、優柔寡斷、具有較多的不安全感及比非口吃學生更害怕說話。國內教師對口吃者的態度或看法仍有待設計更精細的研究加以探討。

### 四、口吃嚴重度、溝通態度與溝通焦慮之相關情形

口吃兒童口吃嚴重度與溝通態度 ( $r = .431, p < .05$ )、口吃嚴重度與溝通焦慮 ( $r = .418, p < .05$ ) 和溝通態度與溝通焦慮 ( $r = .821, p < .01$ ) 皆為顯著正相關。前述三變項的相關情形中，尤其以溝通態度與溝通焦慮之相關為最高，高達 .821，顯示口吃兒童的溝通態度與溝通焦慮有緊密的關係，溝通態度愈佳，則溝通焦慮愈低，此發現和 Miller 與 Watson (1992)；Vanryckeghem, Hylebos, Brutton 與 Peleman (2001) 研究發現口吃者之不當溝通態度與負面情緒或情境焦慮之間有正相關存在之結果相似，因此口吃治療中除應以減少不順暢為主要目標，建立正向溝通態度也不容忽視。

### 五、口吃嚴重度、溝通態度與溝通焦慮對口吃兒童學校適應之預測情形

口吃兒童之口吃嚴重度、溝通態度及溝通焦慮對學校適應的聯合預測達顯著水準 ( $r = .631, p < .05$ )，可解釋變異量約為 40%，但是若單以口吃嚴重度或溝通態度或溝通焦慮則無法預測學校適應的情形。口吃嚴重度的標準化  $\beta$  係數值為 (-.208)，口吃嚴重度愈重，學校適應愈差；溝通態度的標準化  $\beta$  係數值為 (-.124)，溝通態度愈差，學校適應愈差；且溝通焦慮的標準化  $\beta$  係數值為 (-.405)，溝通焦慮愈高，學校適應愈低，由此可知，口吃兒童的溝通焦慮比口吃嚴重度更可能影響學校適應。因此，研究者認為在觀察口吃兒童之學校適應，不宜單由口吃嚴重度或任何單一變項（如溝通態度、溝通焦慮）來預測，而是以整體考量此三變項對兒童的影響，即使該兒童口吃嚴重，但如有良好的溝通態度，溝通焦慮則會減少，就不至於影響學校適應了。

綜上所述，不同背景變項（口吃家族史、接受治療與否）口吃兒童在溝通態度、溝通焦慮與學校適應上並無顯著差異，只有口吃嚴重度會影響口吃兒童的溝通態度與溝通焦慮，但不影響學校適應，重度口吃兒童的溝通態度和溝通焦慮為最差；而不同背景變項（年級、家庭社經地位）口吃兒童與一般兒童在溝通態度、溝通焦慮與學校適應上並無顯著差異，只有口吃與否會影響前述三變項；教師評定口吃兒童溝通焦慮與口吃兒童自評溝通焦慮有顯著低度的正相關；口吃嚴重度與溝通態度、口吃嚴重度與溝通焦慮和溝通態度與溝通焦慮皆為顯著正相關，尤其以溝通態度與溝通焦慮的相關為最高，而口吃兒童之口吃嚴重度、溝通態度及溝通焦慮對學校適應的聯合預測達顯著水準，可解釋變異量約為 40%，但是若單

以口吃嚴重度或溝通態度或溝通焦慮則無法預測學校適應的情形，其中以溝通焦慮的影響較大。

### 本研究的限制及對未來研究的建議

本研究僅以高高屏地區國小二至六年級口吃兒童及與其在年級、性別、社經背景相對的一般兒童各 34 位為研究對象，由於研究對象人數較少，故在研究的推論上有所限制，研究結果與解釋也只限於該地區的口吃兒童，將來宜擴大調查地區和將對象擴展至國中、高中、甚至大學階段，增加樣本的周延性，使研究更具推論性與代表性。

由於國外有關溝通態度及溝通焦慮的研究大多聚焦在口吃成人的反應，而有關於口吃兒童部分，也僅限於探討溝通態度，缺少溝通焦慮與學校適應的實證研究。目前國內探討學齡口吃兒童之相關文獻更是屈指可數，由於文獻的不足對本研究結果的討論頗多限制，研究者僅能以與本研究相關的少量文獻作為探討依據，並以個人研究過程中的實務經驗加以補充，但這樣仍是不夠的，期待將來有更多探討學齡口吃兒童的溝通情形的研究出版，更建議可擴大探討父母評定口吃兒童溝通態度或溝通焦慮，與口吃兒童自評溝通態度或溝通焦慮的相關情形。

本研究係以量化研究方式進行，只能比較口吃兒童與一般兒童的整體平均差異，無法得知口吃兒童的個別經驗，將來有必要以質性方式深入訪談口吃兒童在溝通情境的表現及溝通態度或焦慮，更能深入了解口吃兒童本身的溝通經驗和看法，或對口吃兒童進行縱貫式的長期觀察，以便了解年齡成長對口吃兒童溝通態度或焦慮的影響。

本研究之工具除教師評定兒童溝通焦慮量表之外，其餘三項工具的信度係數約在中等程度，因此量表的信度水準仍有待提升。建議

將來根據本土研究結果編製更適切的研究工具，並與醫護人員合作，使用心跳、血壓、膚電反應等生理反應工具，以便更精確測量出溝通焦慮指數。

### 參考文獻

- 李文欽（1993）：**國民小學單親兒童與雙親兒童行為困擾及生活適應之比較研究**。國立屏東師範學院國民研究所碩士論文（未出版）。
- 周芳綺（2004）：**修訂中文兒童口吃嚴重度評估工具**。國立台北護理學院聽語障礙科學研究所碩士論文（未出版）。
- 林欣瑜（2005）：**口吃與焦慮之間的關係：口吃者在不同說話情境下的焦慮程度**。國立台北護理學院聽語障礙科學研究所碩士論文（未出版）。
- 張春興（1991）：**現代心理學**。台北：東華書局。
- 張春興（1992）：**張氏心理學詞典**。台北：東華書局。
- 許瑞蘭（2002）：**國中生依附關係、人際問題解決態度與學校生活適應之相關研究**。國立屏東師範學院教育心理與輔導研究所碩士論文（未出版）。
- 陳靜芳（2001）：**國中生英語學習經驗、英語焦慮與英語文理解能力之關係**。國立高雄師範大學教育學系碩士班碩士論文（未出版）。
- 曾鳳菊（2004）：**整合性治療模式對成人口吃者療效之研究**。國立台北護理學院聽語障礙科學研究所碩士論文（未出版）。
- 黃玉臻（1997）：**國小學童 A 型行為、父母管教方式與生活適應相關之研究**。國立高雄師範大學教育研究所碩士論文（未出版）。
- 楊淑蘭（1999）：**幼兒口吃與父母參與**，載於

- 曾進興(編)《語言病理學第三卷》, 150-204。  
台北: 心理出版社。
- 楊淑蘭(2001): 口吃發生學。《屏師特殊教育》, 2, 2-15。
- 楊淑蘭(2003): 口吃的診斷與評估。《國立屏東師範學院特殊教育文集(五)》, 111-161。
- 楊淑蘭(2004): 口吃定義。《臺灣口吃研究室》。2004年9月6日, 取自 <http://cclearn.npttc.edu.tw/stuttering>
- 楊淑蘭、周芳綺(2004): 修訂中文兒童口吃嚴重度評估工具。台北: 心理出版社。
- 鄭翠娟(1993): 高、低焦慮兒童認知與適應行為之評估研究。《嘉義師院學報》, 7, 19-76。
- 鍾思嘉、龍長風(1984): 修訂情境與特質焦慮量表之研究。《中國測驗學會年刊》, 31, 27-36。
- American Speech-Language-Hearing Association (2004). What is stuttering. Retrieved March 5, 2004, from <http://www.asha.org/public/speech/disorders/stuttering.htm>
- Andrews, G., & Cutler, J. (1974). Stuttering therapy: The relation between changes in symptom level and attitudes. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 39, 312-319.
- Blood, G., Blood, I., Tellis, G., & Gabel, R. (2001). Communication apprehension and self-perceived communication competence in adolescents who stutter. *Journal of Fluency Disorders*, 26, 161-178.
- Bloodstein, O. (1995). *A Handbook on Stuttering*. San Diego: Singular Publishing Group.
- Bray, M. A., Kehle, T. J., Lawless, K. A., & Theodore, L. A. (2003). The Relationship of Self-Efficacy and depression to Stuttering. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 12(4), 425-431.
- Brutten, G., & Dunham, S. (1989). The communication attitude test: A normative study of grade school children. *Journal of Fluency Disorders*, 14, 371-377.
- Conture, E. G. (1996). Treatment efficacy: stuttering. *Journal of Speech and Hearing Research*, 39, 18-26.
- Craig, A. (1990). An investigation into the relationship between anxiety and stuttering. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 55, 290-294.
- Craig, A., Hancock, K., Tran, Y., & Craig, M. (2003). Anxiety levels in people who stutter: A randomized population study. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 46, 1197-1206.
- De Nil, L., & Brutten, G. (1986). Stutterers and nonstutterers: a preliminary investigation of children's speech-associated attitudes. *Tijdschrift voor Logopedie en Audiologie*, 16, 85-92.
- De Nil, L., & Brutten, G. (1990). Speech-associated attitudes: Stuttering, voice disordered, articulation disordered and normal speaking children. *Journal of Fluency Disorders*, 15, 127-134.
- De Nil, L., & Brutten, G. (1991). Speech-associated attitude of stuttering and nonstuttering children. *Journal of Speech and Hearing Research*, 34, 60-66.
- Deaux, K., Dane, F. C., & Wrightsman, L. S. (1993). *Social psychology in the '90s*. California: Brooks Publishing Company.
- DiLollo, A., Manning, W. H., & Neimeyer, R. A. (2003). Cognitive anxiety as a function of speaker role for fluent speakers and persons

- who stutter. *Journal of Fluency Disorders*, 28(3), 167-186.
- Ezrati-Vinacour, R., & Levin, I. (2004). The relationship between anxiety and stuttering: A multidimensional approach. *Journal of Fluency Disorders*, 29, 135-148.
- Green, T. (1998). The reactions of elementary school children who stutter to social speech interactions. *Logopedics Phoniatrics Vocology*, 23, 3-10.
- Guitar, B. (1998). *Stuttering: An integrated approach to its nature and treatment*. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Kraaimaat, D. W., Vanryckeghem, M., & Van Dam-Baggen, R. (2002). Stuttering and social anxiety. *Journal of Fluency Disorders*, 27(2), 319-331.
- Lass, N. J., Ruscello, D. M., Schmitt, J. F., Pannbacker, M. D., Orlando, M. B., Dean, K. A., Ruziska, J. C., & Bradshaw, K. H. (1992). Teachers' perceptions of stutterers. *Language, Speech, and Hearing Services in the Schools*, 23(1), 78-81.
- Manning, W. H. (2001). *Clinical Decision-making in Fluency Disorders*. San Diego: Singular Thomson Learning.
- Mahr, G. C., & Torosian, T. (1999). Anxiety and social phobia in stuttering. *Journal of Fluency Disorders*, 24, 119-126.
- Messenger, M., Onslow, M., Packman, A., & Menzies, R. (2004). Social anxiety in stuttering: measuring negative social expectancies. *Journal of Fluency Disorders*, 29, 201-212.
- Miller, S., & Watson, B. C. (1992). The relationship between communication attitude, anxiety and depression in stutterers and nonstutterers. *Journal of Speech and Hearing Research*, 35, 789-798.
- Riley, G. D. (1994). *Stuttering Severity Instrument for Children and Adult* (3<sup>rd</sup> ed.). Austin: PRO-ED.
- Ruscello, D. M., Lass, N. J., Schmitt, J. F., & Pannbacker, M. D. (1994). Special educators' perceptions of stutterers. *Journal of Fluency Disorders*, 19, 125-132.
- Silverman, F. H. (1996). *Stuttering and Other Fluency Disorder* (2<sup>nd</sup> ed.). Boston, MA: Allyn & Bacon.
- Van Riper, C. (1982). *The Nature of Stuttering* (2<sup>nd</sup> ed.). Prospect Heights, Illinois: Waveland Press.
- Vanryckeghem, M. (1995). The Communication Attitude Test: A concordancy investigation of stuttering and nonstuttering children and their parents. *Journal of Fluency Disorders*, 20, 191-203.
- Vanryckeghem, M., & Brutton, G. (1996). The relationship between communication attitude and fluency failure of stuttering and nonstuttering children. *Journal of Fluency Disorders*, 21, 109-118.
- Vanryckeghem, M., & Brutton, G. (1997). The speech-associated attitude of children who do and do not stutter and the differential effect of age. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 6, 67-73.
- Vanryckeghem, M., Hylebos, C., Brutton, G. J., & Peleman, M. (2001). The relationship between communication attitude and emotion of children who stutter. *Journal of Fluency Disorders*, 26, 1-15.
- White, K. S., & Fanell, A. D. (2001). Structure of anxiety symptoms in urban children: Com-

- peting factor modes of the revised children's manifest anxiety scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(2), 333-337.
- Woods, C. L. (1978). Teachers' predictions of the social position and speaking competence of stuttering students. *Language, Speech, and Hearing Services in the Schools*, 6, 177-182.
- Yeakle, M. K., & Cooper, E. B. (1986). Teacher perceptions of stuttering. *Journal of Fluency Disorders*, 11, 345-359.
- Youngman, M. B. (1979). Assessing Behavioural Adjustment to School. *British Journal of Educational Psychology*, 49(3), 258-64.

## 附錄一 正式量表

### 一、兒童溝通態度量表

是 不是

- 1.我講話講得不好。
- 2.對我來說，在教室上課時間老師問題是容易的事。
- 3.當我在說話時，有些話會卡在我的嘴巴裡，說不出來。
- 4.其他人會擔心我說話的方式。
- 5.比起大多數的小朋友，要在教室中上台報告，對我來說比較困難。
- 6.同學認為我說話很無聊。
- 7.我喜歡我說話的方式。
- 8.我的父母喜歡我說話的方式。
- 9.我覺得與大部份的人說話是容易的事。
- 10.大部份時間我說話說得很好。
- 11.對我來說，和別人說話是一件困難的事。
- 12.我不會擔心我說話的方式。
- 13.我覺得說話是困難的。
- 14.我想說的話很容易就說出來。
- 15.我和陌生人說話是一件困難的事。
- 16.有些同學取笑我說話的方式。
- 17.說話對我來說很容易。
- 18.告訴別人我的名字是一件困難的事。
- 19.我很難說出某些話，例如：恐龍。
- 20.和大部份的人說話，我可以說得很好。
- 21.有時候我說話會有困難。
- 22.我喜歡說話。
- 23.我說話說得不好。
- 24.我害怕當我說話時，沒有辦法把話說出來。
- 25.我不擔心講電話，因為我可以說得很好。
- 26.其他人好像不喜歡我說話的方式。
- 27.我讓其他人代替我說話。
- 28.在教室中自己大聲唸課文，我覺得是件容易的事。

## 二、兒童溝通焦慮（說話情況）量表

是 不是

- 1.當要我做自我介紹時，我就想去上廁所。
- 2.當我跟同學或老師說話時，我會一直眨眼睛。
- 3.當我要大聲說話時，我常緊張得手心發汗。
- 4.當我要向老師打招呼時，常常感覺呼吸困難。
- 5.上課中，當我被老師叫到，站起來說話時，我會很緊張。
- 6.當我上台說話時，我會臉紅。
- 7.在上課中問老師問題時，我會覺得自己的臉感覺緊緊的。
- 8.當我告訴別人我的名字時，我會顯出很有信心的樣子。
- 9.當我和認識的同學說完話後，常為我說話的樣子感到難過。
- 10.當我在小組討論中說話時，會怕其他同學笑我說得不好。
- 11.我喜歡打電話跟同學聊天。
- 12.當我知道要輪流說話時，我的心情就開始不好。
- 13.當我和班上新同學或新老師說話時，我會覺得很快樂。
- 14.我擔心老師對我上台說話的樣子感到失望。
- 15.老師要我自己一個人唸課文時，我會有害怕的感覺。

## 三、教師評定兒童溝通焦慮（說話情況）量表

	完全 的符 合	大 部 分 符 合	少 部 分 符 合	完 全 不 符 合
1.當要他做自我介紹時，他常會要求去上廁所。.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.當他跟同學或老師說話時，他會一直眨眼睛。.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.當要他大聲說話時，他常顯得緊張。.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.當他向我打招呼時，他會有呼吸困難的現象。.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.上課中他被我叫到，站起來說話時，他會顯得很緊張。.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.當他上台說話時，他會臉紅。.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.在上課中他問我問題時，他的臉部表情不自然。.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.當他告訴別人他的名字時，他會顯出很有信心的樣子。.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.當他和認識的同學說完話後，常為他說話的樣子感到難過。.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.當他在小組討論中說話時，會害怕其他同學笑他說得不好。.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.他喜歡打電話跟同學聊天。.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.當他知道要輪流說話時，他的心情就開始不好。.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.當他和班上新同學或新老師說話時，他常感到輕鬆愉快。.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.他擔心我對他上台說話的樣子感到失望。.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.當我要他自己一個人唸課文時，他會顯出害怕的樣子。.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### 四、兒童學校適應量表

是 不是

- 1.我喜歡和老師講話。
- 2.老師經常因為我表現好而讚美我。
- 3.遇到困擾時我會找老師幫忙解決。
- 4.老師會耐心聽我說話，並回答我的問題。
- 5.只要老師不在，我就覺得很快樂。
- 6.我很喜歡交朋友。
- 7.我和班上的同學相處得非常愉快。
- 8.有心事我會說給同學聽。
- 9.我經常和同學一起討論功課、一起遊戲。
- 10.同學遇到傷心的事情，我會去安慰他。
- 11.我對自己在學校的表現有信心。
- 12.我不敢將考試成績告訴父母。
- 13.我覺得不管考試成績如何，到學校上課是很有趣的。
- 14.我一回家就會先把回家功課寫完。
- 15.我覺得學校的活動都很無聊。
- 16.遊戲時，我會快樂地玩；做功課時，我會認真去做。
- 17.我很喜歡到學校上課。
- 18.我擔心我的成績會讓父母或老師不高興。
- 19.我在學校上課時非常認真學習。
- 20.如果可以，我會找理由不去上學。

## **A Comparison of Stuttering and Non-Stuttering Children with Regard to Communication Attitude, Communication Anxiety and Ability to Adjust to School**

Wu Jui-Yu

Fo Kung Elementary School

Yang Shu-Lan

National Ping Tung University of Education

### ABSTRACT

The main purpose of this study was to investigate whether: (1) stuttering in children affects their communication attitude, communication anxiety and the school adjustment capacity, in comparison to non-stuttering children and with regard to various background variables (stuttering severity, stuttering familial history, receiving therapy or not as well as grade in school and family's socio-economic status; (2) a high correlation exists between teacher-judged stuttering and communication anxieties as reported by stuttering children; (3) the severity of stuttering, communication attitude and communication anxiety of the stuttering children are closely related to each other, and whether the variables of stuttering severity, communication attitude and communication anxiety could predict stuttering children's ability to adjust to school. The results showed that a stuttering familial history and receiving or not receiving therapy had no significant effect on communication attitude, communication anxiety and school adjustment capacity for stuttering children. On the other hand, severity of stuttering impacted communication attitude and anxiety in proportion to the degree of severity. Severely stuttering children performed most poorly. The different background variables (grade of children and family social economic status of parents), however, seemed to have no significant relevance to the comparison of stuttering and non-stuttering children for any of these behaviors. Additionally, teachers tended to report a lower level of communication anxieties than did the children themselves. Severity of stuttering, communication attitude, and communication anxiety were of course significantly related to each other; the correlation between communication attitude and communication anxiety was highest. These three variables

together clearly can significantly predict stuttering children's school adjustment capacity, but none of them can do so alone. Finally, the limitations of this study and suggestions for worthwhile future research were discussed.

Keywords: stuttering children, communication attitude, communication anxiety, school adjustment capacity, severity of stuttering, family history, therapy