

美國學校系統中的語言治療服務

綺寶香

對很多特殊需求兒童而言，溝通、語言能力的不足，常常是他們學科學習或人際互動的問題根源所在。據此，在學校系統中提供適當的溝通、語言療育，應該是特殊教育中不可或缺的一部份。相對於美國學校語言治療服務已有將近一百年的歷史，台灣學校中的語言療育服務卻只是在剛起步階段而已。因此，本文乃介紹美國學校本位語言治療服務的歷史演進、內涵與問題，期望藉由他山之石，提供台灣學校的語言療育服務一參考依據。

中文關鍵詞：學校語言療育

英文關鍵詞：school-based speech-language intervention services

壹、前言

兒童說話、語言能力的發展是一件神奇、水到渠成的成就，隨著年齡的發展，他們會在不同階段完成語言發展的任務或達陣說話、語言里程碑。雖說如此，但在特殊教育中仍然有一些兒童在說話-語言的發展上卻出現極大的問題。根據美國歷年來的調查資料顯示，說話-語言障礙兒童的出現率在特殊需求兒童中都是佔居第二多的群體；在全部特殊教育學生中說話、語言、聽力損傷學生或兒童佔20.1% (U.S. Department of Education, 1998, 2002, 2005；Wetherby, 1998；Ysseldyke & Algozzine, 1995)。美國過去幾年來的統計資料即顯示，在公立學校中接受特殊教育服務的說話、語言障礙學生或兒童人數一直都維持在100萬以上。另外，美國多年來的統計資料也顯示，學前兒童中接受特殊教育人數中，說話或語言障礙佔最多，約

有55.2% (U.S. Department of Education, 2002)。而在0-3歲接受早療的幼兒當中，也是以說話、語言、溝通發展問題佔最多 (Scarborough, Spiker, Mallik, & Hebbeler, 2004)。再者，若是以更廣的溝通障礙類別（即包括說話、語言及聽損問題）來看，在美國每10個人當中就有1個是受溝通問題所苦惱 (National Information Center for Children and Youth with Disabilities, 2005 – <http://nichcy.org/>)。最後，在特殊教育中，溝通、說話-語言發展問題也常常是很多特殊需求兒童除了主障礙之外，所顯現出來的附隨障礙，其比例大約有50% (Hall, Oyer, & Haas, 2001)。上述出現溝通、說話、語言或聽損問題的人口比例，在在都顯示接受語言療育服務的高需求現況需要被重視。

事實上，國外研究已顯示溝通障礙問題對個人的影響是非常深遠與廣泛的 (Mckinnon, McLeod, & Reilly, 2007)，可

能影響的層面包括社交、情緒、認知、行為、學校中的學科學習與職業選擇等 (Bryan, 2004; Lewis, Freebaim, & Taylor, 2000; Ruben, 2000)。Ruben (2000) 即曾指出溝通障礙者較有可能成為失業者，或是低收入戶。也因此，為能讓溝通障礙學童獲得較佳的發展與生涯選擇機會，教育工作者有必要及早鑑定出這些兒童，提供必要的療育，讓他們克服溝通障礙問題，發揮潛能。據此，學校語言治療的重要性不可言喻。

自從美國在 100 多年前開啓語言治療這個專業之後，說話語言治療師即已持續為公立學校系統中有說話 - 語言障礙兒童提供療育服務及教學 (Hall et al., 2001; Whitmire, 2002)。相對於美國公立學校聘用專職語言治療師已有將近 100 年的運作歷史，在台灣語言治療師進入學校系統中提供服務的實務運作卻只是近 10 年來的事。台灣特殊教育領域雖然清楚體認特教學生接受說話 - 語言治療的需求，也開始以專業團隊運作模式聘請語言治療師到校提供服務，但囿於經費有限、語言治療師專業人員不足、語言治療師專業人員對特殊教育的課程、教學認識不夠、特教育行政的運作與支持不完善、學校語言治療標準流程混淆不清等原因，使得其執行成效常受質疑 (宋貞姬，民 92；曾進興、王文容，1999；錡寶香，2007)。也因此，本文擬介紹美國的學校語言治療服務狀況及問題，以供國內參考。

貳、美國學校本位語言治療師的歷史演進

雖然語言治療師的工作場域是很多元，包括：學校、醫療院所、復健中心、養老院、私人工作室、發展中心、社區托育中心 (child care centers) 等 (Flower, 1994)，但是美國聽語學會多年來的統計資料皆顯示在學校服務的語言治療師仍然為數最多，從 1992 年的 45.6% 上升到 2001、2006 年的 54.7% 與 59.1% (ASHA, 1992, 2001, 2006b)。這些數據顯示有愈來愈多的特殊需求學生需要溝通、說話、語言療育的服務，相對地也讓愈來愈多的語言治療師選擇學校做為工作場域。

事實上，美國語言治療師進入學校提供專業服務已經將近有 100 年的歷史了。早在 1910 年時，芝加哥的公立學校就雇用了 10 位說話矯正教師 (speech correction teachers)。另外，當時底特律的學校系統中也僱用兩位說話矯正師 (speech correctionists)。接著，1913 年時，波士頓也開始進行說話矯正方案。而在 1916 年時，紐約、舊金山也成立說話矯正方案；威斯康辛州則在 8 個城市僱用說話矯正教師於公立學校中提供溝通障礙療育服務。此後，在全美各地提供說話矯正服務就慢慢開展出來 (Matthews & Frattali, 1994)。

在 1950 年代，說話矯正師 (speech correctionists)、說話專家 (speech specialists) 或說話教師 (speech teachers) 提供輕到中度說話障礙小學學生語言治療，包括：構音、語暢、與音聲治療。但重度、極重度學生則被安置在私校或機構，並未獲得語言治療服務。有些州甚至依法規定，說話治療不能提供給特殊教育學生，因為特教育的經費是來自普通教

育。只有IQ在正常範圍的學生才可以獲得說話治療。說話矯正師的服務個案量約為150-250位兒童。而因為太多學生有說話問題，因此一位說話矯正師須服務多所學校，並負責說話改善課（speech improvement lessons），以團體教學方式在班級教導學生（含括說話障礙兒童）正確的發音(ASHA, 1999; Butler, 1999; O'Brien, 2000; Taylor 1992; Whitmire, 2002)。

由上述資料可知，早期學校的語言療育服務主要是著重在說話部份，也因此專業人員的稱呼也是以「說話」為主。Taylor (1980) 調查州教育單位對學校中提供溝通、說話、語言服務人員的稱呼，發現各有不同的稱謂，包括：說話矯正師、溝通障礙專家、說話與聽力治療師、說話障礙教師、說話治療師、說話與語言醫療人員、說話醫療人員、說話病理人員、說話失常人員、說話與聽力治療人員、說話與語言病理人員等等。雖然學校中所使用的稱呼大相逕庭，但更早在1976年時，美國聽語學會即已明文規定正式的稱謂應該是說話-語言病理師 (speech-language pathologist) (Matthews & Frattali, 1994)。而目前美國學校系統則都已開始使用這個正式名稱，但一些研究顯示仍然有部份教師還是會使用說話教師或說話治療師 (Haynes, Moran, & Pindzola, 2006)。

雖然美國學校語言治療師的濫觴是由說話教學開始，但過去30幾年來學校本位語言治療服務已經歷經很多變化 (Harn, Bradshaw, & Ogletree, 1999; Whitmire, 2002)。第一，在1970年代時，學習障礙的概念、討論與辯論如火如荼地開始在全美發酵，對學校本位

語言治療的服務帶來極大的衝擊 (Whitmire, 2002)。過去的研究顯示很高比例的學習障礙學生中同時並存有語言缺陷，很多學習障礙學生就是語言障礙 (Cantwell & Baker, 1992; O'Connell, 1997)。甚至，某些州若未將語言障礙列為正式接受特殊教育的法定障礙資格時，學習障礙人數就會增加 (Schoenbrodt, Kumin, & Sloan, 1997)。這些資料都顯示學習障礙與語言問題之間的密切關係，也因此很多學校本位語言治療師的服務對象都是以學障學生為最多 (Harn et al., 1999; Taylor, 1992)，而語言治療師提供給學障學生的治療目標主要是在提升與強化其語言技能。

第二，愈來愈多的研究顯示語言與閱讀之間具有高度相關性，閱讀基本上就是一種植基於語言的技能 (Catts & Kamhi, 2005; Wallach & Butler, 1994)，聽說讀寫以及拼字全部相互關連，都是溝通歷程 (Westby, 1990)。也因此，教室中的學習需要大量仰賴學生的溝通技能，而溝通又會調整個人的學習 (Milosky, Wilkinson, Chiang, Lindow, & Salmon, 1986)。有鑒於此，學校本位的語言治療師也開始須要提供與讀寫能力有關的語言治療服務 (Harn et al., 1999)。

第三，隨著特殊教育思潮的改變，學校本位語言治療師的專業腳色也同樣面對重大的衝擊。1975年94-142公法（全體障礙兒童教育法）的通過，明文規定所有身心障礙兒童都有權獲得免費、適當的公立學校教育，並強調特殊教育與相關服務必須要符合學生的特殊需求。1990年以及1997年重新簽署的IDEA (Individuals with Disabilities Education Act)，則強調身心障礙學生應在

最少限制的環境下接受教育（least restrictive environment），且 IEP 內容應寫出學生在普通教育課程中的參與及進步情形，強調其學習進步的結果。據此，學校中的說話語言服務應該與兒童的教育方案整合。也因此，說話 - 語言的評量與治療都必須反映出學生在學校情境中的表現，包括學科、課外、人際社會互動等層面。而為能讓學生的學習與發展獲得最大的成效，特殊教育乃特別強調特殊教育教師、普通教育教師、語言治療師、家長及其他服務提供者的團隊合作（Eger, 2000; Whitmire, 2002）。有鑑於此，學校本位的語言治療服務乃需要含括課程本位的評量與治療（CEC, 2000）；亦即應更強調課程、教學與學習歷程、以及非學科或課外活動（Whitmire, 2002）。

綜合上述，自從1910年開始說話教師就已經在美國的學校系統中為特殊需求學生提供說話-語言教學的療育。然而，將近100年來學校本位的語言治療服務也歷經很多重大的變化，從以說話矯治或教學為主責，擴大納入語言部分的療育，再進而提供與讀寫技能相關的教學。而雖然以抽離方式對構音 - 音韻障礙、音聲障礙與語暢問題學生進行治療，仍是學校本位語言治療師的主要專業工作，但隨著融合教育的實施與推廣，也有愈來愈多的語言治療師開始入班與教師協同或合作教學，並發展出課程本位的語言教學活動。

參、美國學校本位語言治療師資格

如同前述，溝通障礙人口比例非常

高，溝通障礙也有很多不同的類型，因此其所需要的服務就必須要有足夠的專業能力支撐。基本上，美國學校本位語言治療師的專業養成與專業資格規定，首先須具備 CCC（Certificate of Clinical Competence）語言治療師資格。亦即須獲得聽語相關或語言治療的碩士學位，完成 400 個小時的臨床實習，其中 325 個小時需在研究所階段完成，之後並需要在有證照的語言治療師督導下完成 9 個月全天的臨床語言治療實習，再通過國家認證考試（劉麗容，1995；Plante & Beeson, 2004；）。而如果是在學校服務的語言治療師，有些州則要求尚需修習一些教育、教學的課程，因此在大學或研究所階段就須完成這些課程。再者，有些州也要求一定時數公立學校的實習，或是需要獲得教師證照。

茲以美國威斯康辛州為例，該州學校本位語言治療師必需是主修溝通障礙領域的碩士，在大學與研究所所修習的課程應包括：說話障礙、語言障礙、聽損及聽力評估、聽力創健與聽損療育、學校語言治療方法與程序、輔助溝通系統等。而且在有證照語言治療師督導下實習 350 小時，其中需包括 100 小時的學校語言治療實習。而紐約州學校本為語言治療師的要求則需是溝通障礙領域碩士，在有證照語言治療師督導下實習 350 小時，並通過紐約州的教師證照考試(New York State Teacher Certification Examination)。再以 Maryland 州為例，該州的學校語言治療師資格，則只需要領有 CCC 的合格語言治療師證照即可，並不需要再修習教育相關學分（ASHA, 2006a）。

另外，雖然美國有些州大部分的學區會

聘用自己的語言治療師，但有些學區則會與私人執業的語言治療師簽訂合約到校提供語言治療服務。而且，因為美國近幾年來語言治療師短缺，再加上很多鄉下郊區幅員遼闊，說話 - 語言障礙學生人數不多，因此學區內也不可能在每個學校中聘用一個語言治療師，乃採取巡迴服務方式 (Coleman, Thompson-Smith, Pruitt, & Richards, 1999)。

肆、學校本位語言治療師的職責與所提供的服務模式

(一) 學校本位語言治療師的職責

根據美國聽語學會2006年的調查顯示，在學校提供服務的語言治療師中有8.3%是在學前教育單位服務，22.7%是在國小服務，2.9%是在中學服務，2.1%是在特殊學校服務，12.8%是服務多所學校 (ASHA, 2006a)；平均每位學校語言治療師所服務的對象為50個學生 (ASHA, 2006b)。另外，在學校中接受說話語言服務的對象，是需要被鑑定為說話或語言障礙，或是在主要障礙狀況中也包括需要說話語言的介入 (如：特定型學習障礙、自閉症症候群、智能缺陷、聽覺障礙、注意力不足與過動症)。此外，在美國接受特殊教育學生中大約有25%的學生是被診斷為說話或聽力問題，使其成為美國特殊需求學生中的第二高族群 (Paul, 2002)。

Paul (2002)也整理出美國學校語言治療師服務對象中的各種溝通問題，其中需要加強提昇語言能力者佔42%，需要接受構音音韻治療者佔28%，需要認知 - 溝通介入者佔13%，需要中樞聽知覺處理介入者佔5%，需

要輔助溝通訓練或教學者佔4%，需要語暢矯治者佔3%，需要嗓音治療者佔2%，需要聽能創健者佔1%，兒童失語症者佔1%，顱顏損傷者佔1%，需要發展適當溝通態度/方式者佔<1%。

而最近美國聽語學會的調查資料則顯示，在學校中接受語言療育服務的項目，依序為構音音韻治療、自閉症/廣泛性發展障礙、語用/社會溝通、學習障礙、智能缺陷、語暢、注意力不足過動、特定型語言障礙、聽覺處理障礙、言語失用症、非口語/輔助溝通系統、讀寫、英文學習 (English Language Learners)、音聲/共鳴、吞嚥、溝通效能 (如：腔調修正) (ASHA, 2006a)。上述這些接受服務的兒童或學生都是依照美國1990年IDEA對學校本位語言治療服務的要求而有資格接受服務者。

另外，根據IDEA所列，學校本位語言治療所負責的工作，包括：(1) 鑑定篩選可能有說話 - 語言問題的學童，以便進一步評量其說話語言的溝通困難所在。(2) 評量：提供可能需要接受說話語言療育服務學童適當的評量，包括強項、弱項、障礙或遲緩等層面的決定。(3) 治療：說話 - 語言障礙學童有權利在最少限制的環境中接受免費與適當的語言治療。(4) 諮詢/諮商：說話 - 語言障礙學童的家長或主要教師有權與語言治療師討論兒童的問題與治療。(5) 轉介：溝通障礙學童同時有權獲得相關教育或復健領域專家的建議與服務。

而根據ASHA (2006a)年的調查資料顯示，學校本位語言治療師每週會用21小時進行抽離式的直接療育、4小時在普通班進行

教室本位/課程本位服務、4小時在自足式特教班、1小時在資源班、2小時參與諮詢合作活動、2小時進行「對教學介入的反應/成效」(response to intervention, RTI)活動。

(二)學校本位語言治療師所提供的服務模式

曾進興(1995)整理美國幾個州學校系統中的溝通障礙服務模式,指出服務施與應該(1)適應個別學童的需要,(2)提供較自然的溝通環境,(3)提昇治療目標的類化成效,(4)增加由同儕示範學習的機會,(5)將溝通目標融入課程中,(6)增進學生的學業表現。考慮上述因素,以及為能幫助學生在最少限制的環境下獲得最大的學習成果,學校本位語言治療在服務提供方面就必須更多樣化。根據美國聽語學會對學校本位語言治療師所提供的指導方針顯示,在學校系統中語言治療的服務模式包括:監控(Monitoring)、合作諮詢(Collaborative Consultation)、教室本位(Classroom-Based)、抽離式(Pullout)、自足式方案(Self-Contained Program)、社區本位(Community-Based)、混合(Combination)等七種類型(American Speech-Language-Hearing Association, 1999)。

(一)監控:語言治療師在某些階段或固定時間監控或檢核學生的說話語言表現。實施此模式常常是在學生將要終止語言治療之前。

(二)合作/諮詢:語言治療師、家長、普通教育教師、特殊教育教師,一起努力幫助學生在教育環境中提升溝通與學習成效。這是間接模式的服務,語言治療師並不提供直接治

療。此種模式有時稱之為間接服務,適合輕度至極重度溝通問題學生。

(三)抽離:這是傳統的語言治療模式,在說話-語言資源教室提供學生個別或小團體的教學。另外,有些語言治療師則在教室中實施個別或小團體教學。至於抽離出來的療育時間,則視學生需求可以是一節課或是一週五節。再者,美國聽語學會建議小團體治療的人數應該不要超過3人。

(四)教室本位:又稱之為整合服務,或是課程本位、融合方案等。語言治療師在教室或自然環境中(如:操場、遊樂場)提供直接教學,或是與教師一起協同教學。另外,本模式較易將溝通技能與學科內容整合在一起,例如:課程領域中的詞彙與概念等。

(五)自足式方案:本模式也稱為整合學科的直接服務(academically integrated direct service),最常應用在有嚴重或多重溝通問題的學生身上。語言治療師是教室教師,負責提供學科、課程教學以及說話語言矯治。也因此,語言治療師也必須是有證照的教師。

(六)社區本位:在家庭或社區提供溝通療育服務。語言治療目標主要是功能性溝通技能。本模式較常應用在學前兒童身上,但對於身體病弱或是極重度障礙學生也適用。

(七)社區本位：上述幾種模式的混合，
例如：抽離加上教室本位。

綜合上述，雖然學校本位的語言治療模式可以有很多的選擇，包括：監控、合作諮詢、教室本位、抽離式、自足式方案、社區本位、混合等類型，但語言治療師在幫助學生提升說話 - 語言能力時，仍應視學生的需求來決定提供一種或多種服務模式。在療育過程中不應該只限制使用單一服務模式。而不管服務模式為何，語言治療師每週都需要與家長、特殊教育教師、普通教育教師，以及其他服務提供者一起諮詢合作（Whitmire, 2002）。

伍、美國學校語言治療師所面對的問題

根據前述，學校本位語言治療師所扮演的腳色極為多重；除了要面對學生的溝通說話語言問題，以及與班級教師合作將語言療育目標融入課程與班級活動中之外，他們也會參與學校的其他例行工作或職責，包括：午餐或導護、學生註冊、佈置看板、協助設計學校活動表演等（Paul, 2002）。雖然這些並非語言治療專業工作，但可以讓教師在教室或治療室外的情境觀察學童的溝通表現，並可提供情境的教學或刺激（Paul, 2002）。雖說如此，但美國聽語學會多年的研究，總是顯示學校本位語言治療師常覺得在學校環境中有很多的問題與壓力需要面對（ASHA, 2000, 2004, 2006b）。也因此，學校本位語言治療師在工作上可能面對的問題或壓力也常會造成其工作倦怠並進而離職。在目前美國學校本位語言治療師短缺的狀況下更造成

雪上加霜現象。茲以語言治療師嚴重短缺及職業倦怠議題加以介紹：

(一)學校本位語言治療師嚴重短缺

根據美國聽語學會 2000 年、2004 年與 2006 年的調查顯示，很多語言治療師都表示其服務的學區合格的語言治療師有嚴重短缺現象（ASHA, 2000, 2004, 2006b）。另外，根據美國勞工部統計資料(U. S. Bureau of Labor Statistics)顯示，到 2010 年語言治療師的需求仍然極大。在 2002-2012 年之間，美國需要額外 26000 個語言治療師。而與其他教育人員的需求相較，語言治療師職缺名列第三。

合格語言治療師嚴重短缺現象所造成的影響層面，包括：服務個案量的增加、學生接受個別服務的機會減少、電腦網路運用及合作的機會減少、語言療育服務品質的降低等（ASHA, 2000, 2004, 2006b）。

過去幾年，為因應此問題乃出現新發展領域，即二年制社區大學培育語言治療師助理，但 2004 年開始 ASHA 不再認可 2 年制的語言治療副學位，因此很多州不再聘用語言治療師助理做為支援人員。而根據 ASHA (2006b) 年的調查資料顯示，只有低於五分之一的語言治療師表示他們的工作單位有聘用語言治療師助理。語言治療師助理所擔負的工作則包括：提供直接療育服務、非教學工作(如：準備教材、蒐集資料)、篩選、協助語言治療師進行英文語言教學（ELLs）、負責自己所分配的學生之療育、發展 IEP、代表語言治療師參加 IEP 會議、發展療育目標、提供家長諮詢等。

(二)學校語言治療師的職業倦怠

根據 Edgar 與 Rosa-Lugo (2007) 的調查，

學校語言治療師的職業倦怠包括：

1. 工作負荷：除了直接療育之外，語言治療師還需要擔負很多其他與學生或學校相關的工作。ASHA 在 2000 年、2004 年與 2006 年針對學校本位語言治療師的調查，即指出大量書面資料的準備、療育及教學準備的時間不足、難以找出空檔與其他專業人員合作及與教師討論，都是語言治療師在學校必須面對的挑戰(ASHA, 2000, 2004, 2006b)。
2. 角色模糊：其他專業常認為語言治療師只在教構音障礙、音聲障礙、英文語言學習，懷疑他們在行為管理的訓練、閱讀、與其他專業的合作等方面都較不足。
3. 薪資：薪資與醫院或私人機構的語言治療師相比，顯得較低。
4. 服務個案量過重：(1) ASHA 的報告指出學校語言治療師，每個月的個案負荷量平均為 50 個，然而有些州的資料卻高達 64 (Florida)或 75 個 (Indiana)；(2) 不管學生的障礙為何，92%特殊需求學生都是以小組直接服務方式進行 (pullout groups)；三分之二學生每週接受兩次治療，每次約為 21-30 分鐘(ASHA, 2000,2002)；(3) 根據 2004 年布希總統重新簽署的 IDEA，學校語言治療師所服務的對象包括更多多重障礙或是嚴重溝通障礙的學生；(4) 學校語言治療師 70% 的時間提供直接服務，其他時間則分散在評量學生、語

言治療計劃的擬定、書面資料的整理與撰寫。

陸、美國學校語言治療服務的趨勢：教室本位的語言療育

傳統上，過去美國學校本位語言治療師都是採用治療模式 (therapeutic model) 的療育方式，將語言或說話問題學童由教室中抽離出來至一間較小，且不受干擾的治療室中，接受個別說話語言治療。雖然早期研究顯示此種模式可以幫助兒童提升音韻、語法能力 (Bricker, 1972)，但是在類化使用治療師所教導的語言方面則有極大限制 (Rule, Losardo, Dinnebeil, Kaiser, & Rowland, 1998)。此外，IDEA 強調最少限制環境的教育是回歸到普通班學習，以及 IEP 應列出學生在普通教育課程中的進步情形，更促使語言治療師需要在普通教育課程中擬定治療成效，以確保所提供的語言療育能促進學生在學業、社交情緒及職業發展上的成功 (Harn et al., 1999)。

此外，自從普通教育倡議行動 (Regular Education Initiative) 的論點主導特殊教育的運作之後，不同障礙類別的學生都回歸到普通教育系統上課，不再被隔離在特殊教育的服務中。因應此種趨勢，語言治療師除了提供抽離式的治療服務之外，也開始在教室內提供說話語言服務。

事實上，由於學校是學童學習的主要場所，而語言能力又是教室中學習成效的關鍵因素 (Miller, 1989)，因此美國近 10 幾年來，學校系統中所提供的語言療育服務已漸

漸強調教室本位 (classroom-based) 治療或教學或課程本位療育的趨勢，不再侷限於傳統的抽離式語言治療服務。

Beck與 Dennis (1997)調查教師與語言治療師對教室本位語言治療的看法，發現不管是教師 (普通班與特教班) 或語言治療師都認為教室本位語言治療的優勢為：(1)學童留在原班自然的學習環境，可以在教室中發展其功能性的溝通或語言目標，同時也不會錯過教室活動；(2)可以讓說話語言障礙學童學習到同儕的溝通方式或語言使用，並且也可提升其輪替技能，改善社會互動。另外，也有部分教師認為他們更能了解學童的說話語言療育目標。

然而，很多研究都指出班級教師在教室本位的語言治療扮演著關鍵性的腳色。研究報告即曾顯示，教室的可即性(access)以及將語言目標延伸至教室課程是教室本位語言治療執行的兩項主要障礙 (Achilles, Yates, & Freese, 1991)。而障礙的移除端賴教師的支持。另外，過去的研究亦顯示語言治療師與教師之間互相看待對方的態度，以及語言治療師的養成過程是醫療模式，缺乏教育相關知識與概念，是另外兩項障礙 (Magnotta, 1991; Russell & Kadervavek, 1993)。再者，語言治療師不願放棄自己本身專家腳色的堅持，並融入班級中，也是另外一項可能影響教室本位語言治療成效的主要因素 (Creaghead, 1992)。

綜合言之，教室本位語言療育模式強調語言治療師與教師成為教學夥伴，並將教室中的學習與語言溝通療育目標整合在一起 (Kuder, 1997)。也因此，教室本位語言療

育的實施，一定需要語言治療師與普通教育教師、特殊教育教師、家長，以及其他服務提供者有密切之合作與諮詢。

柒、結語

語言與溝通能力是學校學習的基礎，也因此對很多特殊需求學童而言，其學科學習的問題常常都是與其語言能力的不足有密切關係。事實上，課堂中的學習或教室中的互動所涉及的語言的層面即包括：建構課程、授課、組織訊息、建立知識、管理及澄清資訊、發展及引導問題、與教師及同儕交談對話等 (Bashir & Scavuzzo, 1992)。這些層面都需要使用語言處理訊息的理解與表達，也因此提供適當的語言教學或療育，也應該是特殊教育中不可或缺的一部份。此外，對於一些重度、多重障礙、口語有限的學童提供適當的溝通訓練 (如：設計適當的輔助溝通系統等)，也是特殊教育工作者不可避免的責任之一。

美國從 100 年前即已開始為學校中溝通、說話、語言出現問題的學生提供語言療育服務。歷經百年來的演進，學校本位的語言治療服務也從提供說話矯治或教學，擴大納入語言及讀寫部分的療育，並進入輔助溝通系統的領域。而在療育模式方面，語言治療師也不再侷限以抽離方式對構音 - 音韻障礙、音聲障礙與語暢問題學生進行治療，他們也會使用教室本位的語言療育模式與教師協同或合作教學，並發展出課程本位的語言教學活動。

事實上，因應 IDEA 的明令，學校本位

語言治療師不能只再將其專業服務侷限在傳統的抽離式個別或小團體治療，他們也需要提供合作諮詢、課程本位療育、教室本位服務，以提供教育相關及功能性的語言療育。

教室本位的語言療育可以達成真正溝通、語言使用的目標，以及植基於語言的學科學習目標。學生可以因為語言治療師的入班提供服務，而改善與同儕之間的互動，進而改善同儕對其觀感，而獲得更多溝通與互動的機會（Goldstein, English, Shafer, & Kaczmarek, 1997）。此外，在語言療育服務中使用課程內容，可以幫助學生更清楚了解學科內容，強化了教師的教學效果；相對的，教師可以在日常的班級活動中加強學生的溝通技能，達成語言治療師所擬定的目標（Silliman, Ford, Beasman, & Evans, 1999）。雖然教室本位的語言療育是學校語言治療服務的重要趨勢，但其執行仍有很多極待克服之問題，包括：語言治療師與教師之間的溝通互動、抱持的信念與態度、學科課程與教學的專業知識、行政層面的支持（如：入班協同教學時間、擔負責任）等。

最後，相對於美國學校語言治療服務已有將近一百年的歷史，台灣學校中的語言療育服務卻只是在剛起步階段而已。雖然，近幾年來各縣市特殊教育專責單位，也開始以專業團隊運作模式聘請語言治療師到校提供服務，但在執行成效上仍有極大問題（宋貞姬，民92；曾進興、王文容，1999；錡寶香，2007）。也因此，藉由瞭解美國的學校語言治療服務狀況及問題，或許可以讓我們思考在台灣可以參考使用的模式。根據前述，雖然仍有極高比例的學校本位語言治療

師仍然採取傳統的抽離式語言治療模式，但無論是在法令的要求或語言治療類化成效的考量，已愈來愈重視教室本位或課程本位的語言療育，也因此，語言治療師與教師不能在各做各，各管各的只負責自己的工作即可，他們應該有更密切的合作。語言治療師應該是說話-語言專家，但需要有足夠的課程內容知識；教師則應該是課程內容與教學專家，但需要有足夠的語言知識（Ehren, 2000）。然而，觀之國內，雖然專業團隊已開始在學校中提供語言療育服務，但資源仍然有限（曾進興、王文容，1999；錡寶香，2007），因此為了能讓特殊需求學生獲得最大的學習成果，特殊教育教師不能再抱持不切實際的想法，只期望由語言治療師來解決兒童的溝通問題，畢竟學生的溝通問題還是會在課堂上、教室、午餐、下課時顯現。也因此，特教教師應加強自己在溝通、說話、語言方面的知識，將學生的溝通目標整合至自己已經在做的教學活動中。

（本文作者為國立臺北教育大學特殊教育學系教授）

參考文獻

- 宋貞姬 (2003)：語言治療在學校系統之服務品質研究：一個語言治療師的經驗與反省。未出版碩士論文。台北：中國文化大學。
- 曾進興 (1995)：學校的溝通障礙服務：以美國經驗為例。載於中華民國特殊教育學會編輯：教學與研究(頁25-43)。台北：中華民國特殊教育學會。

- 曾進興、王文容 (1999)：學校裡的溝通障礙服務。載於曾進興主編：**語言病理學 基礎第三卷** (頁 299-323)。台北：心理。
- 劉麗容 (1995)：溝通障礙的歷史與前瞻。載於曾進興主編：**語言病理學 基礎第一卷** (頁 79-95)。台北：心理。
- 錡寶香 (2007)：台灣特殊教育教師對專業團隊語言治療服務之看法：初探研究。載於中華溝通障礙教育學會編輯：**2007年國際手語暨溝通障礙學術研討會** (頁 285-294)。台北：中華溝通障礙教育學會。
- American Speech-Language-Hearing Association. (1992, 2001, 2006a). *Demographic profile fo the ASHA membership*. Rockville, MD: Author.
- American Speech-Language-Hearing Association. (1999). *Guidelines for the roles and responsibilities of the school-based speech-language pathologist*. Rockville, MD: Author.
- American Speech-Language-Hearing Association. (2000). *IDEA and your caseload: A template for eligibility and dismissal criteria for students ages 3 to 21*. Rockville, MD: Author.
- American Speech-Language-Hearing Association. (2002). *A workload analysis approach for establishing speech-language caseload standards in schools: Guidelines*. Rockville, MD: Author.
- American Speech-Language-Hearing Association. (2004). *American Speech-Language-Hearing Association summary membership and affiliation counts. January 1 through December 31, 2004*. Retrieved from <http://www.asha.org>.
- American Speech-Language-Hearing Association. (2006b). *Highlights and trends: ASHA counts for year end 2006*. Rockville, MD: Author.
- Achilles, J., Yates, R., & Freese, J. (1991). Perspectives from the field: Collaborative consultation in the speech and language program of the Dallas independent school district. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools, 22*, 154-155.
- Bashir, A. S., & Scavuzzo, A. (1992). Children with language disorders: Natural history and academic success. *Journal of Learning disabilities, 25*, 53-65.
- Beck, A. R., & Dennis, M. (1997). Speech-language pathologists' and teachers' perceptions of classroom-based interventions. *Language, Speech & Hearing Services in Schools, 28* (2), 146-152.
- Bricker, D. D. (1972). Imitative sign training as a facilitator of word-object association with low-functioning children. *American Journal of Mental Deficiency, 76*, 509-516.
- Bryan, K. (2004). Preliminary study of the prevalence of speech and language difficulties in young offenders. *International Journal of Language and Communication Disorders, 39*, 391-400.
- Butler, K. B. (1999). From oracy to literacy:

- Changing clinical perceptions. *Topics in Language Disorders*, 20 (1), 14-32.
- Cantwell, D. P., & Baker, L. (1992). Association between attention-deficit hyperactivity disorder and learning disorder. *Journal of Learning Disabilities*, 24, 88-95.
- Catts, H. W., & Kamhi, A. G. (2005). *Language and reading disabilities* (2nd ed.). Boston, MA: Pearson Education.
- Coleman, T. J., Thompson-Smith, T., Pruitt, G. D., & Richards, L. N. (1999). Rural service delivery: Unique challenges, creative solutions. *ASHA*, 41 (1), 40-45.
- Council for Exceptional Children (2000). *Developing educationally relevant IEPs: A technical assistance document for speech-language pathologists*. Reston, VA: Author.
- Edgar, D. L., & Rosa-Lugo, L. I. (2007). The critical shortage of speech-language pathologists in the public school settings: Features of the work environment that affect recruitment and retention. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, 38, 31-46.
- Eger, D. L. (2000). Has the new IDEA improved services? *ASHA Leader*, 5 (18), 4.
- Ehren, B. J. (2000). Maintaining a therapeutic focus and sharing responsibility for student success: Keys to in-classroom speech-language services. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, 31, 219-229.
- Flower, R. M. (1994). Introduction to the professions. In F. D. Minifie (Ed.), *Introduction to communication sciences and disorders* (pp. 1-41). San Diego, CA: Singular Publishing Group, Inc.
- Goldstein, H., English, K., Shafer, K., & Kaczmarek, I. (1997). Interaction among preschoolers with and without disabilities: Effects of across-the-day peer intervention. *Journal of Speech, Language, & Hearing Research*, 40 (1), 33-48.
- Greaghead, N. (1992). Collaboration as a service delivery model. In Asha Transcript Series. *Focus on school issues: Classroom integration and collaborative consultation as service delivery models* (pp.6-19). Rockville, MD: American Speech-Language-Hearing Association.
- Green, L. B. (2003). The role of collaborative teaming in augmentative and alternative communication: A survey of speech-language pathologists in the public school setting in the United States. Unpublished dissertation. Kingsville, TX: Texas A & M University.
- Hall, B. J., Oyer, H. J., & Haas, W. H. (2001). *Speech, language, and hearing disorders: A guide for the teacher*. Needham Heights, MA: Allyn & Bacon
- Harn, W. E., Bradshaw, M. L., & Ogletree, B. T. (1999). The speech-language pathologist in the schools: Changing roles. *Intervention in School and Clinic*, 34 (3), 163-169.
- Haynes, O. W., Moran, M. J., & Pindzola, R. H. (2006). *Communication disorders in the*

- classroom: An introduction to professionals in school settings* (fourth ed.). Sudbury, MA: Jones & Bartlett.
- Kauffman, J. (1989). The regular education initiative as Reagan-Bush education policy: A trickle-down theory of education of the hard to teach. *Journal of Special Education, 23*, 256-278.
- Kuder, S. J. (1997). *Teaching students with language and communication disabilities*. Boston, MA: Allyn & Bacon.
- Lewis, B. A., Freebairn, L. A., & Taylor, H. G. (2000). Academic outcomes in children with histories of speech sound disorders. *Journal of Communication Disorders, 33* (1), 11-30.
- Magnotta, O. (1991). Looking beyond tradition. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools, 22*, 150-151.
- Matthews, J., & Frattali, C. (1994). The professions of speech-language pathology and audiology. In G. H. Shames, E. H. Wiig, & W. A. Secord (Eds.), *Human communication disorders: An introduction* (fourth ed.) (pp. 2-33). New York: Macmillan.
- McCormick, L., Loeb, D. F., & Schiefelbusch, R. L. (1997). *Supporting children with communication difficulties in inclusive settings* (2nd ed.). Boston, MA: Allyn & Bacon.
- McKinnon, D. H., McLeod, S., & Reilly, S. (2007). The prevalence of stuttering, voice, and speech-sound disorders in primary school students in Australia. *Language, Speech & Hearing Services in Schools, 38* (1), 5-15.
- Miller, L. (1989). Classroom-based language intervention. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools, 20*, 153-169.
- Milosky, L., Wilkinson, L., Chiang, C., Lindow, J., & Salmon, D. (1986). School-age children's understanding of explanation adequacy. *Journal of Educational Psychology, 78*, 334-340.
- O'Brien, M. (2000). Looking back on 25 years of IDEA. *ASHA Leader, 5* (18), 13.
- O'Connell, P. E. (1997). Language-impaired students in today's schools. In P. E. O'Connell (Ed.), *Speech, language, and hearing programs in schools: A guide for students and practitioners* (pp. 104-119). Gaithersburg, MD: Aspen.
- Paul, R. (2002). *Introduction to clinical methods in communication disorders*. Baltimore, MD: Paul H Brookes.
- Plante, E., & Beeson, P. M. (2004). *Communication and communication disorders: A clinical introduction* (2nd ed.). Boston, MA: Pearson Education.
- Rube, R. J. (2000). Redefining the survival of the fittest: Communication disorders in the 21st century. *Laryngoscope, 110* (2), 241-245.
- Rule, s., Losardo, A., Dinnebeil, L., Kaiser, A. P., & Rowland, C. (1998). Translating research on naturalistic instruction into practice. *Journal of Early Intervention, 21*,

- 283-293.
- Russell, S., & Kaderavek, J. (1993). Alternative models for collaboration. *Language, Speech & Hearing Services in Schools, 24*, 76-78.
- Scarborough, A. A., Spiker, D., Mallik, S., & Hebbeler, K. M. (2004). A national look at children and families entering early intervention. *Exceptional Children, 70* (4), 469-483.
- Schoenbrodt, L., Kumin, L., & Sloan, J. N. (1997). Learning disabilities existing concomitantly with communication disorder. *Journal of Learning Disabilities, 30* (3), 264-281.
- Shaughnessy, A., & Sanger, D. (2005). Kindergarten teachers' perceptions of language and literacy development, speech-language pathologists, and language interventions. *Communication Disorders Quarterly, 26* (2), 67-84.
- Silliman, E. R., Ford, C. S., Beasman, J., & Evans, D. (1999). An inclusion model for children with language learning disabilities: Building classroom partnerships. *Topics in Language Disorders, 19* (3), 1-8.
- Simmons, L. L. (2004). *Parent-teacher opinions of parent/family involvement in the K-6 elementary speech pathology partial inclusion program*. Unpublished dissertation. CA: Pepperdine University.
- Turan, Y., Ostrosky, M. M., Halle, J. W. & Destefano, L. (2004). Acceptability of language interventions: A comparison of preschool and elementary teachers' responses. *Journal of Early Intervention, 26* (3), 221-233.
- Taylor, J. S. (1980). Public school speech-language certification standards: Are they standard? *ASHA, 22* (3), 159-165.
- Taylor, J. S. (1992). *Speech-language pathology services in the schools*. Boston, MA: Allyn & Bacon.
- Ukrainetz, T. A., & Fresquez, E. F. (2003). "What isn't language?": A qualitative study of the role of the school speech-language pathologist. *Language, Speech & Hearing Services in Schools, 34*, 284-298.
- U.S. Department of Special Education (1998). *Twentieth annual report to Congress on the Implementation of the Education of the Handicapped Act*. Washington D.C.: U.S. Department of Education.
- U.S. Department of Special Education (2002). *Twenty-fourth annual report to Congress on the Implementation of the Education of the Handicapped Act*. Washington D.C.: U.S. Department of Education.
- U.S. Department of Special Education (2005). *Twenty-seventh annual report to Congress on the Implementation of the Education of the Handicapped Act*. Washington D.C.: U.S. Department of Education.
- Wallach, G., & Butler, K. (1994). Creating communication, literacy, and academic success. In G. Wallach & K. Butler (Eds.), *Language learning disabilities in school-*

- age children and adolescents: Some principles and applications* (pp. 2-26). New York: Merrill Macmillan.
- Wetherby, A. M. (1998). Communication and language disorders in infants, toddlers, and preschool children. In G. H. Shames, E. Wiig, & W. A. Secord (Eds.), *Human communication disorders* (pp. 155-184). Boston, MA: Allyn & Bacon.
- Wellman, L. L. (2006). Teachers' and speech-language pathologists' definition of reading and perceived roles of school-based speech-language pathologists: Relationship to teacher referral practices. Unpublished dissertation. University of Cincinnati.
- Westby, C. (1990). The role of the speech-language pathologist in whole language. *Language, Speech & Hearing Services in Schools, 28*, 274-287.
- Whimire, K. (2002). The evolution of school-based speech-language services: A half century of change and a new century of practice. *Communication Disorders Quarterly, 23* (2), 68-76.
- Ysseldyke, J. E., & Algozzine, B. (1995). *Special education: A practical approach for teachers*. Boston, MA: Houghton Mifflin.