



摘要投稿須知

< 請詳閱 >

- 1、台灣聽力語言學會謹定於民國 115 年 12 月 13 日(日)於國立成功大學醫學院 1 樓第一、二、三講堂(地址：台南市北區勝利路 138 號)舉行會員大會暨學術研討會。
- 2、台灣聽力語言學會歡迎聽語專業或臨床經驗相關之論文口頭或海報發表。論文須未曾發表且未同時投稿於國內外期刊及研討會，請於民國 115 年 9 月 23 日(三)前以摘要投稿(形式審查未通過重新投稿者-收件截止日 9 月 30 日(三))，摘要之撰寫須符合本學會格式，且授與本學會印行之權利；本學會將於民國 115 年 11 月 6 日(五)前通知作者審稿結果。
- 3、來稿請備妥摘要標題頁與摘要內容頁。檔案一律以 Word 97 以上的版本撰寫，審查規則如下：
 - (1) 摘要全文(不含標題及關鍵詞，包含四個小標題：一、研究背景與研究目的；二、材料與方法；三、結果；四、討論、結論、臨床意義)以中文撰寫且不得超過 600 字。
 - (2) 標題(含副標題)字數於 32 字以下。
 - (3) 摘要內容下方應附 3~6 個關鍵詞。
 - (4) 全文以 A4 大小、橫書、單行間距編排，每頁上下左右各留邊 2.54 公分。
 - (5) 中文字體請選擇「標楷體」，英文字體請選擇 Times New Roman；字體大小規定如下：標題 24，作者及服務單位 14，內容與關鍵字 12。
 - (6) 摘要內容需包含下列四大項：

一、研究背景與研究目的

二、材料與方法

三、結果

四、討論、結論、臨床意義
 - (7) 口頭報告或海報發表僅能擇一勾選。
不符合以上之規範者無法通過行政審查，將予以退稿，若於投稿期限內修正後可再次受理行政審查，若超過投稿期限則不予受理。
 - (8) 摘要投稿行政審查需 5 個工作天，未通過行政審查者將收到通知，可進行修正，於 9/30 前重新投稿，逾時不予受理。

註：沒有入選口報的稿件會請作者以海報形式發表。

4、摘要標題頁與摘要內容頁請至以下網址：<https://forms.gle/UBjUMAzit3qr6nXx9>填寫及上傳電子檔案。

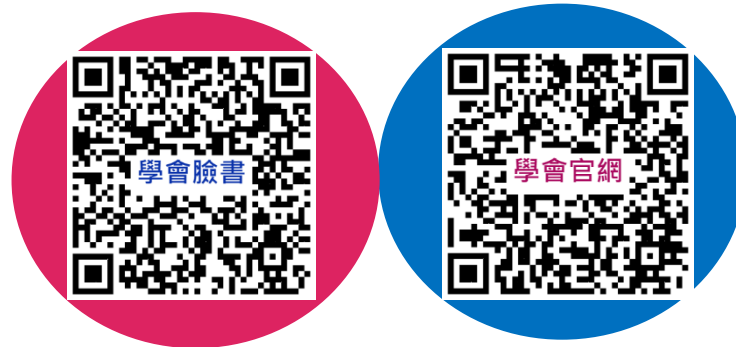
請注意：摘要格式不完整、字數超過 600 字之稿件，將不予受理。

5、論文審查標準依第一作者身分(專業組或學生組)進行區分，請務必勾選身分別。

6、經通知確定被收錄海報/口頭之發表者，以及當日參加者亦需至本會官網(預計 115 年 9 月中旬開放報名)另外報名參與研討會，並於報名時備註填寫投稿稿件編號。

※投稿成功不等同於研討會報名完成。

7、鼓勵作者於發表後將論文全文投稿至台灣聽力語言學會雜誌供正式審查後發行；投稿須知請見聽語學會網站 <http://www.slh.org.tw/>。



台灣聽力語言學會 115 年度學術會議徵求論文

摘要標題頁

主題類別 ☐ 聽力

☐ 語言治療

語言治療主題次類別

☐ 成人語言/言語障礙

☐ 兒童語言/言語障礙

☐ 吞嚥與嗓音異常

☐ 語音異常

☐ 輔助溝通系統

報告方式 ☐ 口頭 (oral presentation) ☐ 海報 (poster)

標題：_____

報告人：_____ 身分別：☐ 專業組 ☐ 學生組(指導老師：_____)

(建議為第一作者佳，若會前有更改，請於 5 天前告知學會)

◎ 聯絡人(通訊作者)

姓名：_____ 職稱或學歷：_____

地址：_____

學校或服務單位：_____

電話：_____ 電子郵件信箱：_____

◎ 第一作者

姓名：_____ 職稱或學歷：_____

地址：_____

身分證字號：_____ (申請繼續教育積分)

學校或服務單位：_____

電話：_____ 電子郵件信箱：_____

◎ 第二作者

姓名：_____ 職稱或學歷：_____

地址：_____

身分證字號：_____ (申請繼續教育積分)

學校或服務單位：_____

電話：_____ 電子郵件信箱：_____

◎ 第三作者

姓名：_____ 職稱或學歷：_____

地址：_____

身分證字號：_____ (申請繼續教育積分)

學校或服務單位：_____

電話：_____ 電子郵件信箱：_____

【語言治療組口報】右腦傷者之口語敘事能力探討-以自編故事文法檢核表為例

林 OO¹、湯 OO²、池 OO¹

¹ 中山醫學大學語言治療與聽力學系

² 國立臺灣大學附設醫院神經部

1. 研究背景與研究目的

相對於語言區所在的左腦，右腦受到學界的關注較少。然而，過去研究指出，右腦傷者存在宏觀語言表現與溝通方面的缺損，如：冗贅、銜接性差及話題維持性不佳。而在臺灣，右腦傷相關的研究寥寥無幾。有鑑於此，本研究以自編故事文法檢核表，比較「右腦傷無失語症者」和「無腦傷者」的敘事表現差異。

2. 材料與方法

本研究依循故事文法(Stein & Glenn, 1975)和主要概念(Kong, 2009)，自編故事文法檢核表作為研究工具。檢核表的計分項目包含故事文法元素、故事情節和故事內容。研究對象則包含 30 位性別、年齡與教育程度相匹配的右腦傷者與無腦傷者(男性 14 位，女性 16 位，年齡介於 47~73 歲，教育程度橫跨國小到碩士)。在排除認知問題及失語症後，受試者翻閱無字繪本《三隻小豬》，隨後進行故事敘事。在資料分析部分，由研究者轉錄敘事語料，並參照檢核表項目計分。

3. 結果

根據 Mann-Whitney U 檢定，右腦傷組在檢核表中全部項目的分數皆低於無腦傷組。具體而言，右腦傷組的故事文法元素 ($U = 45.0, p = 0.005, r = .517$)、情節數($U = 40.0, p = 0.001, r = .584$)與故事內容 ($U = 53.0, p = 0.013, r = .454$)皆分數較低，三者具中等效果量。

4. 討論、結論、臨床意義

儘管本研究的右腦傷者在語言處理層面(即 CCAT 測驗)未顯現出異常，但其在故事文法檢核表中的分數表現皆顯著低於無腦傷組。此結果反映出右腦傷者於篇章形式的口語表達存有缺損。

敘事為日常溝通常見的語言行為。研究者期望藉由本研究，喚起聽語領域與大眾對於右腦傷者敘事能力的關切。

關鍵詞：右腦傷、口語敘事、故事文法、敘事內容

【語言治療組海報】「修訂學前兒童語言障礙評量表」句子重述測驗之構念和診斷效度探討

林 OO、楊 OO、杜 OO、林 OO

國立成功大學醫學院附設醫院

1. 研究背景與研究目的

句子重述測驗 (SRT) 施測簡易且可鑑別語言障礙，林寶貴等 (2008) 編制修訂學前兒童語言障礙評量表 (RPLS) 時僅檢視量表效度，本研究欲分析 SRT 與標準化測驗的相關性及 SRT 鑑別語言發展遲緩的準確性來探討構念及診斷效度。

2. 材料與方法

回溯病歷 59 位接受 RPLS 評估之兒童，依五種計分方式評分 SRT 並標記四種錯誤。以無母數斯皮爾曼等級相關性分析檢視 SRT 與 RPLS 和 WPPSI-IV 分量表的關聯。依語言理解遲緩 (RLD)、語言表達遲緩 (ELD) 類別進行兩次獨立樣本 T 檢定，比較無診斷組與有診斷組在 SRT 分數和錯誤類型的差異，並以 ROC 曲線分析檢視 SRT 分數、錯誤類型鑑別 RLD 和 ELD 的準確度。

3. 結果

五種 SRT 分數和 RPLS 的語言理解和語言表達、WPPSI-IV 的全量表智商、和語言理解呈中度相關。RLD 和 ELD 有診斷組的錯誤語詞四分法之 SRT 分數、省略錯誤皆顯著低於無診斷組 ($p < .01$)。SRT 鑑別 RLD 和 ELD 的 AUC 分別為 .77 和 .83，以 63.9 分為切截，鑑別 RLD 的敏感度和特異性為 66.7% 和 94.1%，以 58.3 分為切截，鑑別 ELD 為 69.0% 和 94.1%。省略錯誤鑑別 RLD 和 ELD 的 AUC 為 .81、.79，以 4.5 個錯誤為切截，鑑別 RLD 的敏感度和特異性為 78.1% 和 81.5%，鑑別 ELD 為 66.7% 和 88.2%。

4. 討論、結論、臨床意義

SRT 雖屬 LE 分量表，但亦反映語言理解能力，錯誤語詞四分法之 SRT 分數分布最廣且與語言測驗相關性最高，鑑別 RLD 和 ELD 之 AUC 具可接受至優良的區辨力，省略錯誤個數的診斷效度亦相近。本研究缺少正常發展對照組，醫師診斷標準亦主要依據 RPLS，應謹慎解釋 SRT 診斷 ELD 之效度。未來研究可探討 SRT 結合其他題組提升診斷效度之可能性。

關鍵詞：語言發展遲緩、語言障礙、句子重述測驗、效度

【聽力組口報】聽損幼兒聽覺技巧發展之長期追蹤與聽語早療實務省思

余 OO¹、張 OO¹、張 OO^{1,2}、余 OO^{1,3}

¹財團法人雅文兒童聽語文教基金會、

²馬偕醫學大學聽力暨語言治療學系、³中原大學特殊教育學系

1. 研究背景與研究目的

聽覺技巧發展是評估聽損幼兒早療成效的重要指標。本研究透過長期追蹤聽損幼兒聽覺技巧發展，探討其里程碑，並與聽常幼兒對照，歸納發展落差較大的能力項目，進而提出早療實務省思。

2. 材料與方法

研究工具為中文版聽覺技巧檢核表，原始出處為 Meinzen-Derr et al. (2007)，經信效度驗證，再測信度 0.97，效標關聯效度 0.94。內容涵蓋聽能發展四階段：察覺、分辨、辨識及理解，共 21 項聽覺技巧。對象為 1174 名接受聽覺口語治療的聽損幼兒，由聽覺口語師評估各項聽覺技巧發展為未發展、發展中或已成熟。幼兒平均月齡 43 (範圍 6~187)，平均療育時長 20 個月 (範圍 0~73)。里程碑定義為該項聽覺技巧有 70% 以上幼兒達已成熟之發展程度所需的療育時長，並與 529 名聽常幼兒以生理月齡定義之里程碑比較。

3. 結果

以療育時長為基準與聽常幼兒比較，聽損幼兒於療育 1.5 年後，有七成 (15 項) 聽覺技巧達聽常水準。落差最大項目集中在察覺和理解階段，包括察覺階段中較進階的噪音中語音感知與聲源定位，及理解階段之對話與長句理解、側聽和聽覺記憶。

4. 討論、結論、臨床意義

察覺階段落差較大可能與多障或聽損類型複雜 (如微聽損而較晚介入、聽神經病變) 有關，而理解階段則可能是早療介入時未及早納入進階聽覺技巧訓練有關。依本研究結果，建議聽力師及相關專業人員，適時納入可行之進階聽覺技巧於早療訓練中，並依聽損類型與合併障礙特性調整策略及結合家長觀察回饋，以強化成效追蹤與介入策略。

關鍵詞：聽覺技巧、聽損幼兒、早期療育

【聽力組海報】2024 年台灣新生兒聽力篩檢成效—確診時間與直轄市醫療量能探討

黃 OO^{1, 2}、彭 OO¹、葉 OO^{1, 2, 3}

¹ 台灣聽力語言學會、

² 中華民國聽力師公會全國聯合會、³ 三軍總醫院

1. 研究背景與研究目的

學會承接衛生福利部「新生兒聽力篩檢醫事機構輔導訪查計畫」，任務之一係透過成效指標，監控執行品質。確診方面，美國 JCIH (2019) 建議達「1-3-6 原則」國家邁向「1-2-3 原則」，即確診單位宜於個案 2 個月內啟動診斷性聽力評估，善用嬰兒自然睡眠，促進聽損兒早期介入。本研究以「初篩後確診天數」為標地、旨在掌握執行現況，協助政策推動。

2. 材料與方法

2025 年 7 月向國民健康署申請去個資化 2024 年新生兒聽篩與確診結果檔，納入篩檢轉介且完成確診新生兒 1,705 筆；設定出生縣市、複篩執行、同院確診、確診結果等變項，進行描述統計、Kruskal-Wallis test 及 Chi-square test，以 False Discovery Rate 校正 $p < .05$ 為顯著。

3. 結果

全台初篩後確診天數中位數 38 天，縣市別、複篩執行及同院確診有顯著差異，確診結果不顯著。在本島 19 個縣市中，高雄市中位數最大 ($N = 164$, $Mdn = 67$)，平均秩顯著大於 8 縣市；對比中位數最小者台南市 ($N = 77$, $Mdn = 21$)，平均秩顯著小於 11 縣市；兩縣市複篩執行比及同院確診比無顯著差異。此外，桃園市中位數為全台倒數第五 ($N = 288$, $Mdn = 48.5$)，平均秩顯著大於 8 縣市，而其同院確診比顯著低於 5 直轄市。

4. 討論、結論、臨床意義

複篩能緩解應確診人流，但也延後確診天數，建議院所依確診量權衡安排。同院確診個案能較早獲得服務，建議缺乏確診醫院之縣市強化轉介機制、提升就醫便利性。此外，南部直轄市之確診時效有極大差異，須進一步了解人力、求診選擇等非制度性問題，制定改善措施。

關鍵詞：新生兒聽力篩檢、早期確診、Kruskal-Wallis test、Chi-square test