



12-1-1990

Clinical Application of the Preschool Language Scale-Chinese Version

Yu-Mei Chung

Tao-Chung Hsu

Follow this and additional works at: <https://rps.researchcommons.org/journal>



Part of the [Rehabilitation and Therapy Commons](#)

Recommended Citation

Chung, Yu-Mei and Hsu, Tao-Chung (1990) "Clinical Application of the Preschool Language Scale-Chinese Version," *Rehabilitation Practice and Science*: Vol. 18: Iss. 1, Article 23.

DOI: <https://doi.org/10.6315/3005-3846.1798>

Available at: <https://rps.researchcommons.org/journal/vol18/iss1/23>

This Original Article is brought to you for free and open access by Rehabilitation Practice and Science. It has been accepted for inclusion in Rehabilitation Practice and Science by an authorized editor of Rehabilitation Practice and Science. For more information, please contact twpmrscore@gmail.com.

學前兒童語言發展量表之臨床應用

鍾玉梅 徐道昌

學前兒童語言發展量表 (PLS-C) 係於民國 75 年由榮民總醫院與師大特教中心修訂完成並建立常模，供評估診斷之用，本篇旨在討論 PLS-C 於臨床之應用，並報告六種不同類型之個案應用 PLS-C 之情形，得下述結論：

- (一)各類語障兒童均可使用 PLS-C 測驗，參考常模分數評估語言能力。
- (二)純構音異常兒童之 PLS-C 結果，常見聽覺理解正常而口語表達較差的現象。
- (三)PLS-C 可做為長期治療兒童之進步指標。
- (四)對於幼小兒童應先建立良好關係再施測，並配合語言樣本評估之。
- (五)PLS-C 在語用方面之評估較嫌不足，有待後續研究。

關鍵詞：Preschool Language Scale-Chinese Version, speech-language delay, articulation disorder

前言

語言是人類社會的主要溝通工具，用以表達思想、意念、經驗、與感情，亦是學習和思考的主要媒介，使得各種學習活動得以展開。兒童很早即開始發展語言，如有語言障礙，便會影響學習與思考歷程的運作，以及人際間的溝通。根據國內的調查研究顯示，語言障礙的發生率相當高，且年齡愈低，語障的發生率愈高 [1,2]，如能早期發現治療，可減低語障的發生率，避免兒童因語言障礙而導致學習、社會適應、與情緒的困擾，以發展健全之人格。

早期診斷必須借助評量工具，榮總復健部語言治療鑑於國內少有適當的語言量表做為診斷鑑別的工具，故而翻譯並稍加修訂美國的 Preschool Language Scale (PLS) [3]，進行試測與分析 [4]，因該量表係參照兒童發展理論及標準化測驗發展而成，較少涉及文化與語言系統之

差異，相當適合國內使用，故續與國立臺灣師範大學特殊教育中心合作，進行第二次之修訂，而於民國 75 年完成中文學前兒童語言發展量表（以下簡稱 PLS-C），並建立常模 [5]，使疑有語障之兒童，能經由標準化測驗評估診斷，而做適當的建議或治療。

PLS-C 簡介

PLS-C 係由聽覺理解與口語表達二分測驗所組成，原各有 40 題，每題有數目不等之小項，修訂時預試量表及修訂後之正式量表題數有所改變，聽覺理解 32 題，113 小項，總分 44 分；口語表達 27 題，88 小項，總分 27 分；正式量表較原版試題減少是因將原版中不同通過標準而重覆出現之試題予以歸併之故，使測驗更為簡便 [5]。

PLS-C 為評量兒童語言能力之個別測驗，

適用對象為二至六歲六個月之兒童，以及疑語言能力相當於學前階段者；題目包括範圍甚廣，舉凡遵從指令、自我形象之認識、記憶與注意廣度、認識區辨環境事物、推理思考、文法語彙、時空概念、數字概念、及簡單計算等，都在測驗範圍內；口語表達分測驗則尚包括構音測驗，以 75% 為通過標準，建立各年齡組之常模。測驗材料包括畫冊、積木、系列圖卡、及錢幣等，皆為兒童成長環境中熟悉之用具；測驗平均須時 30 分鐘。

修訂後之 PLS-C 鑑於原記分法中語言商數換算方式值得商榷 [4,5]，改採百分等級（代表等第，即一百名中，該兒童佔第幾名）、T 分數（是以 50 為平均數，10 為標準差的標準分數）、及年齡分數（由兒童之平均得分推估之分數，表兒童的能力相當於該年齡兒童的平均能力）之常模，聽覺理解、口語表達二分測驗及整體語言之得分可分別轉換之，較為簡單而易於解釋。

臨床應用

臨床上，於榮總復健部語言治療科就診之兒童，筆者均施以 PLS-C 評估其語言能力，據以診斷及設計治療計劃；長期治療的兒童，則定期予以重測，評估其進展，做為後續治療的參考，一方面檢討 PLS-C 的實用價值。茲將三年來對不同類型語言障礙兒童的臨床應用心得提出報告，以供參考。

一、語言發展遲緩兒童

PLS-C 取樣對象為一般幼稚園兒童，臨床上，環境剝奪、腦傷、腦性麻痺、唇顎裂、智能不足、學習障礙、輕中度聽覺障礙、自閉症、及無明顯原因者，均可使用 PLS-C 評估，再與正常同齡兒童比較是否有落後現象，為相當實用之參考工具。語言發展遲緩兒童的認定標準有二：小於六歲半者有常模比較，可參考常模分數，通常 T 分數 30 以下、百分等級 2-3 以下者，可視為語言發展遲緩兒童；大於六歲半者，因無常模比較，只能參考推測性的年齡分數，一般落後 6-12 個月以上時，可視為語言發展遲緩兒童。

PLS-C 在評估時，也常會遇到困難，因主要材料是畫冊和積木，許多幼小兒童對圖畫的

認知與興趣較低，若本身又較畏縮，動機之引發便較為困難；有些兒童則是因語言能力太差、或太好動易分心而無法施測，對這些兒童，施測者應先與其建立關係或先治療一段時間後再測；同時治療師必須由兒童操作實際物品的遊戲中，仔細觀察其如何與他人溝通，隨時間記錄語言行為，儘可能取得語言樣本，以客觀分析兒童之能力，待治療一段時間後再施予

PLS-C 測驗。

二、構音異常兒童

純構音異常的兒童在 PLS-C 上的得分較為特殊，分析 22 位構音異常兒童的分數，雖聽覺理解、口語表達、及整體語言的分數均落在正常範圍以內，但口語表達分數普遍偏低，使整體語言有相差 6-9 個月者（見表 1），由此相依樣本的 T 分數進行 t 檢定，顯示口語表達分數確較聽覺理解為低，並達顯著差異 ($n=22$, $t=3.28$, $p<0.01$)，所以評估者在參考施測結果時，發現聽覺理解正常，而口語表達分數低落的兒童，應檢查其口語分數偏低是否係因未能通過構音測驗所致，以區辨其為語言發展遲緩或是純構音異常的兒童，而得到正確的診斷與治療。臨床上，這類純構音異常的兒童經構音治療即很快能達一般語言標準。

表一 構音異常兒童 PLS-C 之測驗平均分數 ($n=22$)

	百分等級		T 分數		年齡差距(月)	
	M	SD	M	SD	M	SD
聽覺理解	51.77	±19.40	51.32	±6.34	+3.45	±5.82
口語表達	32.50	±10.93	45.36	±3.00	-4.00	±3.45
整體語言	43.86	±16.65	48.50	±4.65	-2.27	±4.07

有些構音異常的兒童雖智力正常且未伴有其他異常，也往往因構音困難影響其語言學習及人際的溝通，呈現構音異常併有語言發展遲緩的情形，治療時便要以促進其語言之發展與矯正構音二者並重，早日使兒童達到正常的語言能力，通常效果甚佳。三、個案報告

（一）鍾 X 成

男，初診時 2 歲 11 個月，無任何有意義的

語詞出現，使用手勢、哭叫、及喉音／啊↓／和雙唇緊閉的喉音／mmg／之聲表示需求。PLS-C 結果顯示鍾生聽覺理解能力稍佳但仍落後，為語言發展遲緩兒童，經各項檢查，智力、聽力正常，並無明顯原因造成語言發展遲緩的現象；治療一星期後，他開始說話，聽與說的能力均漸漸進步，經 11 個月的治療，PLS-C 的結果明白顯示其進步狀況（所有個案之 PLS-C 結果均見表 2），鍾生在進幼稚園一學期並適應良好後終止治療，追蹤評估其至小學一年級時，顯示其語言能力進展相當良好。

（二）吳 X 傑

男，初診時 4 歲 8 個月，構音異常，除偶而正確說出ㄅ、ㄇ 音的字詞外，無任何聲母 (consonants) 出現，說話省略大部份聲母而只說出韻母 (vowels)，韻母與四聲變化正常，PLS-C 結果顯示其聽覺理解能力尚可，口語表達很差，致整體語言明顯落後，而智力、聽力、與口腔檢查均正常。經三個月的治療，吳生進步迅速，達同齡兒童標準而停止治療；追蹤評估其語言能力進展相當良好，父母亦報告其在幼稚園適應良好。

表二 六個案在 PLS-C 之測驗結果

	實齡	聽覺理解			口語表達			整體語言		
		T 分數	百分等級	年齡分數	T 分數	百分等級	年齡分數	T 分數	百分等級	年齡分數
鍾X 成	2:11	30	2	1:11	--	--	--	--	--	1:9
	3:3	36	8	2:6	--	--	--	--	--	2:1
	3:7	43	24	3:5	--	--	1:7	36	8	2:8
	3:10	50	51	3:11	36	8	2:11	45	28	3:4
	D.C.									
吳X 傑	6:4(FU)	49	44	6:4	44	28	5:6	46	36	5:6
	4:8	33	4	3:2	--	--	2:11	--	--	2:1
	4:11	46	34	4:9	45	30	4:5	45	32	4:6
	D.C.									
張X 銘	5:9(FU)	48	40	5:10	47	39	5:6	46	35	5:4
	5:5	38	12	4:2	37	10	4:1	38	11	4:0
	6:0	47	37	5:10	49	47	6:0	46	36	5:6
	6:6	54	65	6:10	56	74	7:1	57	75	6:6
鄭X 元	5:11	--	--	2:9	--	--	2:3	--	--	2:6
	6:1	41	18	5:1	39	14	4:5	41	18	4:7
	6:5	49	44	6:4	49	47	6:0	48	43	5:8
	6:9	--	--	7:1	--	--	7:1	--	--	6:9
李X 華	4:9	30	3	3:3	--	--	2:5	--	--	2:9
	5:4	36	8	4:1	34	6	3:11	35	7	3:10
	5:8	40	16	4:7	34	6	4:5	37	10	4:5
楊X 蓉	3:8	--	--	1:7	--	--	1:7	--	--	1:7
	4:1	--	--	2:6	--	--	2:9	--	--	2:6
	D.C.									
	5:1(FU)	--	--	2:9	--	--	2:11	--	--	2:10
	5:9	--	--	3:4	--	--	3:4	--	--	3:3
	6:2	33	4	3:11	37	9	4:1	34	5	3:11
	6:8	--	--	5:3	--	--	5:6	--	--	5:0

••年齡以（歲）：（月）表示，如2:11表2歲11個月••

(三) 張 X 銘

男，初診時5歲5個月，為輕微腦性麻痺患者，呈現後傾音化(backing；以ㄍ、ㄅ等舌根音替代多數音，如ㄍ／ㄗ、ㄆ，ㄅ／ㄑ、ㄆ、ㄘ、ㄣ)與塞擦音化(affrication；以塞擦音替代擦音，如ㄌ／ㄒ)的構音異常，PLS-C結果顯示其語言發展稍差，檢查智力與聽力正常，動作較為不穩，口腔動作較差，作嘔反射過強，經半年治療，構音完全正常，再經半年治療，語言能力進步達同齡兒童平均標準。PLS-C顯示了其進步情形；目前張生已上二年級，父母報告其除寫字動作慢外，一般適應良好。

(四) 鄭 X 元

男，三歲時被診斷為輕微自閉症患者，初診時5歲11個月，極易分心、好動，說話呈現後傾音化的構音異常，所有聲母均以ㄍ、ㄅ、或ㄆ等舌根音替代，並過度重覆自己與對方之語句，語句合乎文法，卻往往答非所問，使用不恰當的語用技巧(pragmatic skills)；智力、聽力、與口腔檢查均正常，PLS-C結果顯示其聽覺理解與口語表達能力均明顯落後。經三個月的治療，構音完全正常，好動、重覆話語的現象減少，PLS-C結果顯示其聽與說的能力均與同齡兒童相當，但鄭生在一般談話時，仍常有答非所問，不斷重覆話語的現象，PLS-C顯然不足以診斷其語用方面之問題；目前鄭生已上二年級，學科成績甚佳，回答亦較切題，家長仍不滿意其傳達老師話語之能力。

(五) 李 X 華

女，初診時4歲9個月，為輕度智能不足患者，左耳輕度高頻率失聽，說話句型較為簡單，並呈現後傾音、前傾音(fronting；以ㄑ、ㄒ等舌尖音替代較難的音，如ㄑ／ㄌ、ㄗ，ㄒ／ㄑ、ㄘ)、省略音(omission；該發的音被省略掉，如ㄒ－ㄍ×ㄚ說成－ㄍ×ㄚ)、歪曲音(distortion；語音有歪曲改變，聽起來不同於標準音，而國音中找不出相同語音表示)混合出現，複雜不一致的構音異常，口語不易被理解，使溝通更形困難，口腔動作也差；PLS-C結果顯示其語言發展遲緩，經近一年的治療，聽與說的能力均漸漸進步，二者的差距較小，PLS-C的結果顯示了其進步狀況。由於智力問題，口語表達能力仍低於同齡兒童二個標準差

左右；目前李生已上小學啟智班，適應尚佳。

(六) 楊 X 蓉

女，初診時3歲8個月，因口齒不清而求診，說話簡短，並呈現後傾音(如ㄍ／ㄗ、ㄆ、ㄌ，ㄅ／ㄑ、ㄒ、ㄘ、ㄣ)、前傾音(如ㄑ／ㄗ、ㄆ，ㄒ／ㄑ、ㄆ)、省略音(如ㄒ－說明－，ㄆㄘ說成ㄘ)、歪曲音混合出現，複雜不一致的構音異常，對聲源反應不一致，經轉介耳科醫生檢查、發現其中耳積水，並導致雙耳中重度混合型失聽(左耳：75 dB，右耳：73 dB)，而予以藥物及手術治療；PLS-C結果顯示其語言發展明顯落後，因家庭及經濟因素，語言治療主要在初診始四個月及入小學前之六個月期間，其它時僅予追蹤評量和給家長適當的建議。PLS-C結果顯示其語言能力漸漸進步，尤以入學前持續治療的半年進步最顯著，雖未能配戴助聽器，其語音除ㄌ、ㄆ、ㄗ等音較差外，其它語音及音調均相當正常；六歲時聽力複檢顯示其聽力有進步(雙耳均為58 dB)，可能係因中耳積水已治癒，而經語言治療後，聽辨能力與聽覺靈敏度均增強之故。家長報告其目前上小學的適應情況良好。結論與建議

PLS-C經三年的臨床應用，證明其確實能迅速評估診斷各類兒童之語言能力，可做為設計治療計劃的參考，並能記錄兒童的語言進步概況，具有相當的實用價值，然而PLS-C仍有其不足之處，有待後續研究改進。整體言之，有下述的結論與建議：

(一)各類語障兒童均可使用PLS-C測驗，參考常模分數評估其語言能力，小於六歲半者，通常T分數30以下、百分等級2-3以下者，可視為語言發展遲緩兒童；大於六歲半者，因無常模比較，只能參考推測性的年齡分數，一般落後6-12個月以上時，可視為語言發展遲緩兒童。

(二)純構音異常兒童之PLS-C結果，常見聽覺理解正常而口語表達較差的現象；故診斷時，應檢查其口語分數偏低是否係因未能通過構音測驗所致，以區辨其為語言發展遲緩或是純構音異常的兒童，而得到正確的診斷與治療。

(三)PLS-C可做為長期治療兒童之進步指標，長期治療之兒童於治療一段時間後，可定期予

以重測，評估其進展，並做為後續治療的參考。

④對於幼小及易分心好動而無法施測的兒童，施測者應先與其建立關係或先治療一段時間後再測；治療師可仔細觀察並隨時記錄語言行為，取得語言樣本，以客觀分析兒童之能力。

⑤PLS-C 在語用方面之評估較嫌不足，遇有類似問題之兒童，應加強由實際情境、或角色扮演的方式評估或訓練之。有關語用、語法方面的測驗，則有待將來更進一步的研究。

參考文獻

1. 林寶貴：我國四歲至十五歲兒童語言障礙出現率調查研究。特殊教育 1984;12:10-13。
2. 鍾玉梅 徐道昌：語言發展遲緩兒童之治療—附個案報告。復健醫學雜誌 1986;14:83-91
3. Zimmerman, I.L., Steiner, V., & Evatt(Pond)R.L.: Preschool Language Scale. 2nd ed. Columbus, Ohio: Charles E. Merrill, 1979.
4. 鍾玉梅 徐道昌：學齡前語言量表之試測與分析。復健醫學雜誌 1983;11:1-8。
5. 張正芬 鍾玉梅：學前兒童語言量表之修訂及其相關研究。特殊教育研究學刊 1986;2 :37-52.

Clinical Application of the Preschool Language Scale-Chinese Version

Yu-Mei Chung, Tao-Chung Hsu

Preschool Language Scale (1979) was revised for use under the title of Preschool Language Scale-Chinese Version (PLS-C) in 1986. During the past three years, PLS-C has been used at the Taipei Veterans General Hospital to appraise children's language development, to evaluate their maturational lags, strengths and deficiencies. This report is to discuss the clinical use of PLS-C, and six different types of cases who have received long-

term speech-language intervention are reported.

It has been found that PLS-C is clinically useful for each type of speech-language delayed children. The PLS-C results are good measures of children's progress. The PLS-C results of pure articulation disordered children always show higher auditory comprehension scores but lower verbal ability scores ($p < .01$). Some limitations of PLS-C are also discussed.