

國立彰化師範大學特殊教育學系

特殊教育學報，民 103，40 期，頁 35-62

口吃相關議題之網路口碑分析

楊淑蘭

國立屏東大學特殊教育學系

摘要

本研究旨在探討臺灣網路留言分享口吃相關議題的口吃族群為何？且其關心的議題為何？本研究利用網路探勘技術擷取臺灣口吃者自 2005 年 5 月 1 日至 2010 年 5 月 1 日之網頁資料，有效樣本為 2,713 篇，所有網頁文本資料歸納出六個構念，共 24 個內容特徵詞，再進行對應分析。研究結果發現社會人士是網路上最活躍的口吃者，其次是成年口吃學生，再其次是無法分辨身分的口吃者，而未成年口吃學生分享最少。再者，未成年口吃學生最常分享口吃事件時的個人負向反應；成年口吃學生和無法辨認身分之口吃者則對口吃事件的個人正向反應描述較多；而口吃社會人士則重視口吃支持團體。綜而言之，年紀是影響口吃者適應口吃的重要因素，年紀較大的口吃者對口吃的態度較正面，因而分享較多正向經驗；而描述口吃事件之個人負向反應是所有口吃者都會分享的主要內容之一，表示口吃對口吃者都曾經有過負面影響，而其對未成年口吃學生的負向影響最大。使用網路口碑分析可發現不同口吃族群關心的議題不同，背景相近者其關心的議題亦較為接近，之後，實務工作者可根據不同身份口吃者關心之議題，提供其所需之服務。

關鍵字：口吃、網路口碑、網路探勘技術、對應分析

通訊作者：楊淑蘭 Email: shuyang0928@gmail.com



壹、緒論

口吃(stuttering)是一種複雜且多面向的溝通障礙(Smith & Kelly,1997; Yairi & Ambrose, 2005)。Bloodstein (1995)指出傳統上認為口吃是一種說話韻律(rhythm)的障礙，也就是說話的流暢度異常。根據新近出版的精神疾病診斷與統計手冊第五版(Diagnostic and Statistical of Mental Disorders, 5th Edition，簡稱 DSM-V)(American Psychiatric Association, 2013)的定義，口吃是一種神經發展性的異常(neurodevelopmental disorder)，主要是發生於兒童期的語暢異常(childhood-onset fluency disorder)，分類號碼為 315.35。其診斷標準包括：(1)根據年齡，個案明顯或經常的發生以下一種以上的言語流暢性的中斷或說話時間性上的不恰當，例如聲音和音節重複、聲音拉長、破碎字(字中的停頓)、聽得到或聽不到的暫停、單音節的重複、生理的緊張和說話逃避口吃的字等；(2)說話時產生焦慮或限制了有效的社會互動，對於個人的學業、生涯和社會溝通造成單獨或合併的影響；(3)發生在發展的早期；(4)並非因為言語動作(speech-motor)的異常或醫療問題所產生，例如中風、腫瘤或腦傷所引起。如果發生時間晚於兒童期或無法確診為口吃，則歸類於成人期的語暢異常，分類號碼為 307.0。楊淑蘭(2011)曾歸納多位學者及美國聽語學會對口吃的描述，認為口吃者的最大表現在於口語不流暢，包括說話重複、拉長或用力和中斷，即是學者所稱的主要行為或核心行為；次要的特徵為身體伴隨口吃發生的行為，例如眨眼、踱腳和發出聲音等。另有許多學

者關心口吃者因為口語不流暢產生的負面情緒或態度反應，或由這些反應再對口語不流暢造成更大的負面影響，形成惡性循環(楊淑蘭，2011)，即 Manning (2010)認為口吃者的言語不流暢與負向心理反應，長期將形成生活不適應的狀態。

Bloodstein (1995)表示在歐洲口吃的普遍率約為 1%或稍高，而美國口吃的普遍率約少於 1%。根據美國口吃基金會 2007 年的統計指出，美國約有三百多萬人有口吃，相當於總人口數的 1% (Stuttering Foundation of America, 2010)。然而目前並無亞洲地區口吃出現率或普遍率之調查數據，若以歐美國家約 1%的口吃盛行率推算，臺灣口吃人口數約有 23 萬人。Craig (2007)表示根據臨床經驗，口吃者的溝通焦慮開始於兒童期，而國內研究結果亦支持其看法，尤其是重度口吃兒童更為明顯(伍瑞瑜、楊淑蘭，2007)。根據研究者的經驗和臨床語言治療師的分享，臺灣的口吃者極少主動向專業機構求助，以一級教學醫院而言，一年中求助的口吃者，不超過 10 位。然而少數口吃者在失業或有人際困擾時，將問題歸因於口吃，此時才會積極尋求專業協助(楊淑蘭，2011)，因而在國內有許多口吃者在網路上吐露口吃帶來的困擾或找尋支持團體。

近年來隨著電腦普及與網路技術快速發展，開放式的溝通平台，如 Facebook、Twitter 與 Plurk 相繼出現，另由個人經營的網站和部落格也不可勝數，電腦科技的進步帶動人類溝通互動型態的改變。臺灣的網路使用率高達 58.4%，且每一年的使用率仍在持續增加中(交通部統計處，2007)。梁德馨(2013)對國內 12 歲以上人



口進行無線網路使用情形抽樣調查發現，在 1,093 位完成電話訪問和 2,028 份有效網路問卷中，就無線上網而言，電話訪問網民有 74.95% 的受訪者近半年使用過區域上網；網路問卷訪查民眾，有 93.29% 的受訪者近半年內使用過區域上網。可見臺灣 12 歲以上人口使用網路已是十分普遍的行為。

口吃者因口語溝通困難而害怕說話，網路世界反而提供他們抒發情緒、分享資訊的平台，同時也提供對口吃議題感興趣者有價值的資訊。口碑(word-of-mouth)源於商業領域中消費者將其對某項產品或服務的評價或觀感，非正式的傳達給其他消費者的行為(Westbrook, 1987)。口碑原指接收者與傳播者間涉及產品或服務品質與態度、與個人相關經驗的對話。隨著電腦普及與網路技術進步，透過網路所達成的資訊溝通與交換也屬於口碑傳播的一種(Gelb & Johnson, 1995)。Gelb 與 Sundaram (2002)以及 Hennig-Thurau、Gwinner、Walsh 與 Gremler (2004)皆認為，消費者主動的在網站留言版或聊天室等網際網路傳播媒介，以非商業的目的，針對特定主題進行自身經驗、意見與相關知識的分享，或是蒐集其他消費者所提供的產品資訊與主題討論，以及與企業互動的過程中，所引發的情感和認知的傳播行為，即所謂「電子口碑」(electronic word-of-mouth)，Gelb 與 Sundaram 則稱為線上口碑(online word-of-mouth)或網路口碑(network word-of-mouth)。

研究者自 2000 年開始觀察臺灣口吃者的網路發言，並在 2004 年設立網站，發現許多口吃者留言尋求治療和諮詢。臺灣口吃者經常利用網路獲取訊息、聯絡感情

和組織支持團體、或向專業者求助，又因為臺灣醫療院所提供之口吃治療水準參差不齊且私人院所則收費昂貴，可能都是口吃者較少求助醫療機構的原因。近年來臺灣口吃者在網路世界互換訊息成爲一種常態，其中，使用網路的口吃者會透過搜尋引擎、網路論壇、電子佈告欄(BBS)等平台蒐集與交換相關資訊，本研究所抓取的網路分享即是口吃者將口吃相關經驗或感受發表至網路平台，以做爲個人記錄或提供他人參考，而這些資訊也可以提供口吃學者和實務工作者了解口吃者之重要訊息來源，若將資料加以分析則可以歸納得知口吃者關心的議題，以作爲改善口吃專業服務之參考。參與口吃議題網路資料互動的成員可能包括口吃者本身、語言治療師、口吃者家人、口吃研究人員、或其他非口吃者，因此網路口碑會影響口吃者對治療機構和專業人員之觀感，良好的網路口碑將能吸引更多口吃者進一步願意接受專業協助或找尋到適合的支持團體，也能夠幫助一般大眾對口吃有正確的認知。

一、研究目的與問題

本研究旨在探討哪些口吃族群活躍在網路世界？他們留言分享哪些口吃相關議題？期藉由口吃者在網路上所提供的分享內容，瞭解不同身分的口吃者所重視的口吃議題。其次，將口吃者所產生的網路留言進行對應分析，以瞭解口吃者關心議題的集中趨勢和不同族群關心的議題是否不同。最後，根據研究結果協助口吃研究者、語言治療師、和相關專業人員（例如：特教老師、精神科醫師和心理師）了解口吃者的需要與關注項目，進而提供符合口吃



者需求之專業服務。本研究之研究問題如下：

1. 活躍在網路上的口吃族群為何？
2. 不同族群之口吃者的關心議題為何？
3. 網路口碑分析是否可協助了解口吃者關心的議題？

二、重要名詞釋義

(一) 口吃者(people with stuttering)

本研究是指曾經在臺灣人經營之網站或社群網站留有與言語不流暢相關之訊息，且明確指稱自己有語言不流暢問題，但可能經專業診斷或未經專業診斷，自認為自己有言語不流暢或自以為是口吃問題，與臨床上經語言治療師以修訂口吃嚴重度評估工具成人版(楊淑蘭、莊淳斐, 2012)或由精神科醫師以 DSM-V 評估診斷確認

之口吃者可能不同，亦即本研究之口吃者包括有發展性口吃、神經性口吃、心理性口吃和其他可能的言語不流暢情形，為廣義的口吃者。

(二) 網路口碑

網路口碑是指口吃者在網路上分享的個人說話與治療經驗或對治療人員的專業訓練、技術與服務態度和治療場所、設備與輔具等的態度和看法等。

(三) 特徵詞(feature word)

特徵詞指參考口吃相關理論(楊淑蘭, 2011)，將口吃者分享之內容要點分為口吃發生學、口吃事件描述、口吃影響、口吃治療、求助和疑問六大構念，再分別於不同構念下細分小主題，共分為 24 個內容主題的特徵詞(詳見表 1)。

表 1

網頁內容分析項目

構念	特徵詞(細項)	數量
口吃發生學	生理因素、心理因素	2
口吃事件描述	個人正向反應、個人負向反應、口吃嚴重度、他人正向反應、他人負向反應	5
求助	專業人員、醫院診所、支持團體、私人機構	4
口吃影響	工作表現、學業表現、人際互動表現	3
口吃治療	治療技術、正向治療成效、負向治療成效	3
疑問	治療地點、治療費用、治療人員、治療效果、治療方法、輔助器材、其他	7

貳、文獻探討

透過環境設計和輔具提供可減少身心障礙者生活上的不便，增進他們的生活適應。Scheer 與 Groce (1988)指出 20 世紀之前，在 Martha 的 Vineyard 島有許多先天

耳聾者，而島上居民善於使用英語和手語，幫助先天耳聾者能夠充分融入社區環境。此外，在紐約 Roosevelt 島的許多建築和纜車都有方便輪椅使用者的設計，便利且易於轉換的交通系統幫助身心障礙者與正常人一同生活。Stoudt 與 Ouellette (2004)表示透過良好的環境設計，積極的支持和互



動經驗有助於障礙者發展正向自我認同，因此網路科技也可能減少殘障者的障礙，增加生活的便利性。Cromby 與 Standen (1999)探討科技和身心障礙者的關係，強調身心障礙者在使用科技產品時之主體性 (subjectivity)，創造了 Cyborg 一字 (組合 cybernetic 和 organism)，重視身心障礙者主動操控科技輔具，而非被輔具所支配。網路研究源起於商業應用，研究者透過網路來調查和了解顧客對產品的使用情形和看法。而有關身心障礙者的網路研究，則是近 10 年來伴隨電腦科技之發展而產生的新的研究方式(Stoudt & Ouellette, 2004)。以下說明網路資料探勘、網路口碑分析及其在身心障礙與口吃領域之使用情形。

一、網路資料探勘

網際網路迅速的發展，網路已經成為世界上最大的資料庫，網路上的資料不只是龐大而已，其結構更是複雜，資料內容也日新月異。因此，需要一個效率較高的分析工具。網路探勘(web mining)是在網路上利用資料探勘(data mining)的技術，進行發掘網路裡的知識，以期更有效率的分析網路上的資訊。目前在網路上，適合利用網路探勘進行分析的資料包括有使用者的相關資料、網頁的內容、網頁的連結、商業上的交易資料和多媒體資料。網路探勘依據目標的不同其分類也不同。目前較為常見的網路探勘可以區分為三大類，主要為網路內容探勘、網路使用探勘和網路結構探勘。網路內容探勘是對網路上的網頁內容進行探勘與分析的工作；而網路使用探勘則是分析使用者在網路上的瀏覽行為，透過分析使用者的使用狀況，了解哪些資訊可能是使用者所偏好的，進而提供

研究者調整服務架構；網路結構探勘則是指利用圖形理論來描述網頁的結構，並表示超連結的模式(丁一賢、陳牧言, 2005)。在本研究中主要是以使用網路的口吃者在網路上所報告的個人經驗、想法和所提供的資訊等做為分析資料來源，因此是屬於第一類的網路內容探勘。

Lingam 與 Elbaum (2007)提出透過簡單操作介面，讓使用者可以快速產生其他網站的某區塊內容，且加入個人網頁中，並強調使用者不需要自行撰寫任何程式就可以完成工作。透過網頁內容之探勘，可將網頁內容轉化為一結構化之資料庫，並經由斷詞與語意詞性等定義，使文字本身具有解釋能力，有助於進一步分析。目前網頁內容探勘多應用於叢聚分析、關聯規則、語意網絡、搜尋結果探勘和影像探勘等(丁一賢、陳牧言, 2005)。而網頁內容的抓取需透過搜索引擎，搜索引擎是指自動從網際網路搜集訊息，經過整理以後，提供給用戶進行查詢的系統。透過網頁蒐集程式，可以將網絡上的網頁予以抓取儲存以便提供搜尋之用，這個程式就稱為 Crawler (扒梳者)。Crawler 常被稱為 Web Spider (網路蜘蛛)或 Web Robot (網路機器人)，它是透過自動化的方法或程序，在網際網路中透過標準的 HTTP 協定(Hypertext Transfer Protocol)搜尋超文字連結與接收網站上文件。應用 Crawler 可以自動蒐集網路中事先設定好的關鍵詞(key words)為搜尋目標，Crawler 抓取網頁內容的步驟可分為「取得資料」與「資料儲存，並建立索引」以供後續的研究與分析(Cheong, 1996)。而網路口碑分析即是因網路資料探勘技術之進步而發展的。



二、網路口碑分析

Westbrook (1987)指出口碑是消費者在使用某項產品或接受某種服務後，非正式的將對該產品或服務之評價傳達給其他消費者之行爲。Blackwell、Miniard 與 Engel (2006)則認爲口碑傳播內容並不限於該產品或所提供的服務，也包括顧客對所有跟產品相關的想法、意見及經驗的分享。Gelb 與 Johnson (1995)及 Gelb 與 Sundaram (2002)皆指出網路使用者的資訊溝通與交換也屬於口碑傳播的一種或稱爲線上口碑或網路口碑。網路口碑與傳統口碑都是溝通的方式，但其使用的媒體、連結來源的強度、數量和內容形式卻有極大不同。網路口碑的傳播，傳送者與接收者無需同時存在，也不局限於一對一方式，它可以是一對多或多對一，快速且可儲存，較之傳統口碑的傳達更快速、方便且範圍更廣 (Hoffman & Novak, 1996)。過去網路口碑研究主要是探討顧客對商品或服務的意見，但目前有關網路口碑的研究概念已擴展至其他不同的領域。

三、與身心障礙者有關之網路研究

Braithwaite、Waldron 與 Finn (1999)研究參加電腦支持團體的身心障礙者所得到的社會支持形態和程度，發現在 1,472 筆的社會支持訊息裡，最多的是情緒和訊息的支持，最少的是網絡的支持和實質上的幫助(network support and tangible assistance)，這些社會支持訊息是和身心障礙者的行動性、社會化和自我照顧有關。Malcolm、Mann 與 Tomita (2002)則研究五位身體不便的老人對電腦和網路的使用情形，發現他們主要是使用 Email、搜尋與健康有關的網站和玩電子遊戲，老人自陳

使用電腦和網路讓他們較不會與家人疏離，並知道自己的健康情形。Bowker 與 Tuffin (2002)在網路晤談紐西蘭不同身心障礙協會的成員，討論關於開放自己的障礙，發現晤談內容有三個主要議題，包括相關性、異常和正常(relevance, anonymity and normality)，在這三個議題下的核心，卻是個體能否控制障礙的存在，網路的使用可以使得身心障礙者的障礙被移除，所以被身心障礙者所重視。Cummings、Sproull 與 Kiesler (2002)研究失聰者在網路支持團體(online self-support group)的受益情形，發現影響主動參與網路支持團體的兩個因素爲缺乏實際支持和較有效能(障礙程度較輕、適應較佳和有實際專業服務)，較主動參加團體者從團體中受益較多和有較強的社團傾向，家人和朋友一起參與網路支持團體的失聰者受益程度高於整體平均受益程度。Bowker 與 Tuffin (2004)又研究身心障礙者使用網路的經驗，他們認爲網路晤談(online interview)是有效且適合評估身心障礙者網路使用經驗的方法。這是一種質性且是深入描述的研究法，分析以語言描述爲主體的文本，參與的身心障礙者可以在自己的空間、時間和地點作回應，不會因身體不便而受限；而對研究者而言，則可以獲得參與者在電腦上溝通的立即文本資料，如同是以一個移動的研究室收集研究資料。Dobransky 與 Hargittai (2006)曾經研究美國身心障礙者使用網路的經驗，發現：(1)身心障礙者的住屋較少有電腦和較不可能使用電腦；(2)如果控制社經變項，聽障者和行走能力受限者較可能使用網路。Freire (2012)研究無法看到文字的身心障礙者，包括全盲、弱視和閱讀障礙者在使



用網路時所遭遇的困難，並探討在英國提供網路使用的指導手冊，對於上述無法讀取文字的使用者，是否造成困難，受試者為 32 位全盲者，19 位弱視者和 13 位閱讀障礙者，共 64 位身心障礙者評估他們所使用的 16 個網站和二個版本的網頁內容近用性指導手冊 (Web Content Accessibility Guidelines, WCAG 1.0 and 2.0)。Freire 的研究結果發現，對三組身心障礙者而言，使用上的問題都源起於不良的資訊組織架構：(1)全盲者提到鍵盤輸入和缺乏語音導覽，這是較低層次的知覺和執行問題，對全盲者而言，較複雜的互動問題是當掃描器離錯誤回饋訊號較遠時，無法讓全盲者知道；(2)對弱視者而言，問題出現在文本和影像的大小和色彩對比問題；(3)而對閱讀障礙者（無法認讀文字）而言，最嚴重的問題是語言(language)，缺乏搜尋時該使用的特點(feature)和協助他們拼字的輔助器。至於二個版本的使用手冊的近用性並沒有差別，但身心障礙者主要是以技術指引的內容來評估手冊的近用性，發現一些使用上的問題並未被放入指導手冊裡。Freire 認為在網站設計的近用性對於身心障礙者在使用網路的方便與否是十分重要的，許多使用的問題在技術層面是相當複雜，不能只用一張檢核表來解決，對於目前只是由專家或少數的研究結果提出身心障礙者在使用網路的問題是不夠的，對於這些看不到或看不懂文字的身心障礙者使用網路的問題必須先經過測試，確保這些問題已被寫進手冊裡。

國內林坤燦(2007)曾以網路問卷調查大專校院之身心障礙學生對學校資源教室提供的特殊教育服務需求和看法。溫典襄

(2006)則以問卷調查肢障者使用網路之賦權影響，透過因素分析發現肢障者的「網路使用動機」有三個因素：社交性、工具性、及娛樂性；「網路使用活動」則包括網路互動與資訊處理；另外，在「心理賦權」量表中則有三個構念：自我效能／自尊、社群主動性／自主性、及權力與無力感等。同時他也發現年紀小、離婚和先天障礙之肢障者愈具有網路使用的社交性動機，但無力感反而會變大。聯合行銷研究股份有限公司(2012)受到行政院研究發展考核委員會委託進行 101 年度年非認知功能身心障礙者數位機會與數位生活需求調查，主要調查的對象為國內 12 個縣市之 14 類身心障礙民眾（包括肢體、聽覺機能、多重、視覺、聲音機能或語言機能障礙、重要器官失去功能、平衡機能、顏面損傷、頑性癲癇症、輕度智能、輕度自閉症、因罕見疾病而致身心功能、輕度慢性精神病及其他等障別），該公司以電話訪問與郵寄問卷二種方式調查身心障礙民眾 3,927 人發現：(1)就資訊近用機會來看，個人部份，14 類身心障礙民眾中，只有 35.3% 曾用過電腦，26.3% 曾使用網路，兩項比率與全國平均值相較約落後 42% 以上，家戶部分，有 70.2% 身心障礙者家中擁有電腦設備，63.7% 家戶可連網，也落後全國平均值 17%；(2)從障礙類別來看，個人資訊近用率以聽覺障礙者及平衡機能障礙者較居弱勢，聽覺障礙者曾用電腦與網路的比率分別為 21.1% 與 15.0%，平衡機能障礙者則是 23.4% 與 13.7%，家戶部份則以視覺障礙、平衡機能障礙、肢體障礙及聽覺機能障礙者的家戶資訊環境較差，電腦普及率低於 70%，連網率則在 60% 以下；(3)就身



心障礙網路族資訊能力概況而言，曾使用電腦的身心障礙者中，雖有 72.4% 身心障礙電腦使用者覺得電腦不難，但也有 23.6% 感覺操作不容易，14 類身心障礙者中，以視覺障礙者感覺電腦不易操作的比率最高(41.6%)；(4)網路瀏覽部份，已上網的身心障礙者有 11.9% 認為瀏覽網路有困難；(5)從基本技能與素養來說，超過九成身心障礙者(92.9%)至少會一種中文輸入法，和全國平均值相近，但僅約一半的身心障礙者表示可以獨立操作電腦上網，比全國平均水準低 12.8 個百分點。

由上述說明可知與身心障礙者有關的網路研究是新近才開始的，而研究主題大都是調查身心障礙者網路的使用情形、受益情形或需要的服務，其發現包括視覺障礙者認為電腦不易操作的比率最高，網路研究減少身心障礙者因身體不便所形成的阻礙，且不受時間和空間限制，對身心障礙者和研究者而言，皆更為便利並可取得即時資訊，使用網路的身心障礙者可滿足社交性的動機，但也可能帶來無力感。

四、與口吃者有關之網路研究

所謂口吃或稱為發展性口吃，是指說話不流暢，中文亦稱為結巴。Manning (2010)把口語不流暢的現象先分為兩大類，一是口吃，其他則稱為非典型的流暢問題(atypical fluency problems or disorders)，後者包括迅吃(cluttering)、神經性的口吃(neurogenic stuttering)和心理性的口吃(psychological stuttering)。Silverman (2004)也把口語不流暢的現象分為兩大類，口吃和其他言語流暢性障礙(other fluency disorders)，後者則包括迅吃、神經性——獲得的口吃(neurogenicacquired

stuttering)、心理性——獲得的口吃或稱歇斯底里的口吃(psychogenic-acquired stuttering or hysterical stuttering)、痙攣型失聲症(spastic dysphonia or spasmodic dysphonia)、手語中口吃式的不順暢(stutter-like disfluencies in manual communication)和偽病型口吃(malingered stuttering)。因此在本研究中的口吃者可能是上述中的任何一類的言語不流暢(除了手語中口吃式的不順暢外)。在 DSM-V 中，可能診斷為 315.35，也可能是 370.0。

口吃者在溝通上所面臨的問題，不只是口吃者如何面對本身不流暢的口語和說話的焦慮外，還有他人對口吃者的觀感，亦是影響口吃者心理適應和行為反應的重要因素，因此口吃者的非理性想法(St Clare et al., 2009)和社交焦慮(Helgadóttir, Menzies, Onslow, & Packman, 2014)也都是近來被關注的重要變項。對口吃者而言，主動說話是一項艱困的任務，而網路則提供一個能夠平等且順利溝通的地方，不會因為口吃而有所限制。網路是不用嘴巴說話，依舊可以流暢發言，不用面對面就能建立關係的地方，口吃者可以在網路上發展良好的人際關係，也有平等的機會與他人分享訊息。此外，對口吃者而言，在口吃復原的過程中，支持和自助團體扮演著重大角色(Bradberry, 1995; Krall, 2001; Ramig, 1993; Yaruss, Quesal, & Murphy, 2002; Yaruss, Quesal, Reeves, et al., 2002)。但因空間和時間的關係，並非每個人都能參與支持團體，而網路解決了這個問題。網路提供一個跨越時空讓口吃者聚集、相互支持和重新建構自我的空間，這些網路支持團體對口吃者的重要性日益增



加。例如，當口吃者加入支持團體分享自己的心路歷程，也從中得到有關口吃的新聞、文獻和相關訊息，情緒上也能獲得支持，甚至學會控制口吃。而且當支持團體獲得關注，他們也能在口吃相關政策發展上發揮更大影響力，例如爭取口吃治療中的保險給付。網路平台效應不僅衝擊口吃者，也影響了語言治療師和口吃研究者，口吃者由網路瞭解不同類型治療的實用性和效果，影響他們對治療方式和治療師的選擇；而口吃研究者則在網路上公布研究訊息，並搜尋學術和臨床上的資料。因此，語言治療師、病理學家和口吃支持團體的合作可以了解口吃者需要什麼，並依據口吃者所提供的意見改進口吃治療方案 (Yaruss, Quesal, & Murphy, 2002)。

過去研究發現，透過書寫方式表達情感，可使身體和心理更為健康 (Smyth, 1998; Smyth, Pennebaker, & Arigo, 2001)，治療師也將寫日記當作一種方法，讓個案能夠表達強烈的感情和揭露個人對口吃的意見 (Butler & Biagini, 2000)。因此，Stoudt 與 Ouellette (2004) 以質性研究法研究一個月中，口吃者在網路上張貼的訊息，發現口吃者在網路上藉著書寫可以自由表達自我，可以體驗流暢不受阻礙的溝通方式；口吃者分享他們的感受、想法和行爲，並重新思考身爲一個口吃者的意義；口吃者發現流暢且多元的自我，也對障礙所帶來的負向標籤 (stigma) 建立一個多層面的理解。此外，他們發現做爲口吃者所要做的是消極去經歷障礙和恥辱，而是積極面對所需要經歷生命的重要議題。口吃者也報告說寫作是有價值的，寫文章的話就沒有人可以忽視他們說的話或是轉移話題、打斷或

者是用鄙視口吃者的語氣說話。Rice 與 Kroll (2006) 認爲網路調查是一個經濟有效又可以得到來自不同國家口吃者回應的方法。他們在網路上 (online web-based) 調查 412 位來自世界各國，過去曾經或不曾參加口吃自助團體的口吃者，請他們填寫 14 個有關工作場域和口吃的問題，以調查口吃對工作的影響。研究結果發現，這些填寫網路問卷的口吃者認爲口吃對他們的就職、工作表現和升遷有負向影響。特別是有一些口吃者會找較不需要使用語言的工作，或在有工作機會和有機會升遷時，因爲自己的口吃而加以回絕。口吃者也會認爲如果沒有口吃，主管會給他們更多升遷的機會，且同事也比較不會歧視他們 (discrimination)。Rice 與 Kroll 認爲這些發現顯示出我們應該增進口吃者的教育和治療以幫助他們工作時更順利，此外也應該減少工作場域對口吃者的歧視。不過此研究的問題，在於 Rice 與 Kroll 並未對填寫者是否爲真的有過口吃或目前仍有口吃進行驗證，這也是口吃相關議題網路調查的困境之一。

Venkatagiri (2009) 也調查網路上 216 位口吃者選擇自己的口吃治療目標是「能流暢說話」還是「做一個自由自在的說話者」 (fluency or freedom?)，結果發現選擇流暢說話的人比選擇做一個自由自在的說話者多 8%，男性和 30 歲以下的口吃者較會選擇流暢的說話，而國籍和使用的語言對這二者的選擇並沒有影響，其中，接受治療少於五年和治療沒有成功者較會選擇流暢說話，選擇自由自在說話的人會比選擇說話流暢的人在答題時反應較爲一致。Boyle (2013) 由美國口吃基金會和語言治



療師處招募 279 位口吃者，年齡介於 18—83 歲（男性 178 人，女性 104 人，4 人性別不明），其中 175 人參加過支持團體，104 人沒參加過，32% 的研究參與者沒有接受過治療，19% 的研究參與者沒有參加支持團體也沒有接受過治療，他們在網路上填寫羅森伯格(Rosenberg)自尊量表、一般化自我效能量表、生活滿意度量表、自我覺知口吃嚴重度量表、口吃自我標籤量表和其他有關的問題，結果發現，和未參加過支持團體的口吃者比較，參加過支持團體的口吃者的內在標籤程度較低，較相信自己一輩子會與口吃共處，當和他人說話時，認為說得流暢並非那麼重要或不太重要；在團體中幫助其他人過得更好的口吃者則有較高的自尊、自我效能和生活滿意度，且他們的內在標籤程度和自覺口吃嚴重度都較低。若以全體口吃者的資料和常模比較，則口吃者和一般人有相似的自尊、較高的自我效能，但較低的生活滿意度。Boyle 的結論認為參加支持團體可避免口吃者對自己的負向態度，而在團體中幫助他人則可以提升心理層面的幸福感。

歸納而言，有關口吃者網路行為或網路調查的相關研究目前仍相當稀少，但可以知道藉由書寫可以增加口吃者表達的機會，而且網路也是一個比實際互動更寬廣的人際支持系統與互動平台。口吃者在網路上可以自由發表他們對口吃相關議題的看法，這些看法可以透過網路傳播到世界各地，不但顯示他們對該議題的心得和態度，也相對影響了其他使用網路的口吃者對該議題的看法；另外，相關的專業人士，例如語言治療師、心理師和特教老師等亦可以藉由收集網路上口吃者的看法來了解

有語暢問題者的需求和反應，進而改善服務內容，建立專業工作者和個案的良好關係，是專業服務與管理中不可忽視的部份，但網路施測研究是由參加者自行認定自己的口吃嚴重度，也可能出現不明確的背景資料訊息。

本研究是藉由口碑分析之概念，探討臺灣口吃者對口吃議題的網站留言內容何？活躍於網路留言的口吃者是那些族群？透過網路搜尋引擎蒐集網路傳播媒介的相關資料，由全球資訊網、個人部落格、網路論壇、電子佈告欄等作為資料蒐集之來源，以發現口吃者對口吃議題關心的重點。

參、研究方法

一、資料來源與處理

研究者以「Google」和「Yahoo」搜尋引擎為主，進入網頁內容探勘，蒐集口吃者在口吃議題上的網路留言相關資料，先在「Google」、「Yahoo」鍵入與口吃同義之關鍵字，為「口吃」、「結巴」和「說話不流暢」三個，抓取以繁體中文書寫為臺灣人架設之網站中，有關口吃者對口吃相關議題之感受、經驗與分享發表的留言，再將所蒐集到的文章留言加以格式化，分別依網址、文章標題、發文日期、作者名稱、文章內容、回覆內容等項目分類儲存資料，存入資料庫中以便後續之處理。

二、研究對象與網頁文本

大量蒐集資料後，先確認留言內容中有指涉文字寫作者個人為口吃者或言語不流暢者，並分享個人之口吃相關經驗和訊息，蒐集之資料登錄日期為西元 2005 年 5 月 1 日至 2010 年 5 月 1 日，共五年，蒐集



篇數共計 2,794 篇，其中有 81 篇為非口吃者分享家人或朋友的經驗，與本研究以臺灣口吃者之經驗為分析內容不符，予以剔除，故有效樣本數為 2,713 篇，佔 97.10%。

三、內容特徵詞

研究者先讀出文本之內容，提取與口吃相關具意義的要點，根據口吃理論（楊淑蘭，2011），歸納出頻率高的構念為「口吃發生學」、「口吃事件描述」、「求助」、「口吃影響」、「口吃治療」和「疑問」等六個，再分別將每一個構念中的小主題分為 24 個細項即為特徵詞，網頁內容分析項目如表 1 所示。

四、統計方法

本研究以 Excel 及 XLSTAT 套裝軟體進行對應分析(correspondence analysis, CA)（陳耀茂譯，2009；Nenadic & Greenacre, 2007），最後再以定位圖呈現類別資料之相對位置，以表示特徵詞與不同組別口吃者之間的對應關係，作為分析不同口吃者關心議題的依據。對應分析是使用交叉表（列聯表）將行與列的資訊在二維向度的圖上表現的方法，適用於調查法中交叉表的詳細分析（陳耀茂譯，2009），且本研究的列數和行數都在 3 以上，因此本研究並不使用卡方檢定(Chi-square Test)考驗各類別（或組別）百分比的差異性，而是使用與主成分分析較類似的對應分析。

五、研究流程

本研究之重要工作為資料收集和進行對應分析二大部分，詳細流程如圖 1。

肆、結果和討論

一、活躍於網路之口吃者族群

研究者根據口吃者留言之文字內容中有關個人身份之描述，將口吃者之不同身分區分為「未成年口吃學生」、「成年口吃學生」、「口吃社會人士」和「無法辨認之口吃者」四組，如表 2 所示。四組中，以口吃社會人士的留言數量最多，有 1,883 篇（佔 69.41%）；成年口吃學生次之，有 434 篇（佔 16.00%）；身分無法辨認之口吃者又次之，有 344 篇（佔 12.68%）；未成年口吃學生最少，有 52 篇（佔 1.91%）。由此可知，活躍在網路發言之口吃者以社會人士為大宗，是臺灣口吃者中發表有關口吃議題頻率最高的一群，而未成年學生最少，這可能與升學壓力大、家長禁止上網或關注之重點不在自身的言語問題有關。而在本研究中的成年口吃者為就讀大學以上者或就業者，發表篇數佔 85.41%，可能他們的生活較穩定，年紀也較較大，開始有時間和精力關注自己的口吃問題或擁有網路設備得以發表相關訊息。此偏態的分布和實際求助的情形卻頗為符合，向醫療機構或學校專業人士求助者大多為大學生和社會人士，正如楊淑蘭(2011)所指出，兒童期較難看出口吃對學業表現和人際互動的影響，成人因為面對生活的挑戰多，遭受的挫折也多，因此會參加自助團體或主動求助。

二、臺灣口吃者網路留言之內容分析項目結果

表 3 為臺灣不同身分之口吃者在網路上所關注事項之內容分析項目結果之雙向交叉表，作用邊緣是指雙向交叉表中的兩





圖 1 研究資料蒐集與分析過程。

表 2

四組口吃者發表篇數和比率

組別	說明	篇數	%
未成年口吃學生	高中職以下學生	52	1.91
成年口吃學生	大學生、研究生	434	16.00
口吃社會人士	工作者	1,883	69.41
無法辨認之口吃者	無法確認身分之口吃者	344	12.68
總計		2,713	100.00



表 3

臺灣口吃者網路留言之內容分析項目結果表

構念	特徵詞	未成年		成年		口吃		無法辨認		作用邊緣	
		口吃學生	口吃學生	口吃學生	口吃學生	社會人士	社會人士	之口吃者	之口吃者	總次數	比例%
		次數	比例%	次數	比例%	次數	比例%	次數	比例%	總次數	比例%
口吃 發生學	生理因素	1	0.62	4	0.41	20	0.48	19	2.33	44	0.7
	心理因素	1	0.62	15	1.54	53	1.27	17	2.08	86	1.4
口吃 事件描述	個人 正向反應	11	6.83	319	32.75	1,294	31.06	143	17.52	1,767	28.9
	個人 負向反應	37	22.98	141	14.48	413	9.91	129	15.81	720	11.8
	口吃 嚴重度	13	8.07	30	3.08	94	2.26	43	5.27	180	2.9
	他人 正向回應	3	1.86	12	1.23	23	0.55	9	1.1	47	0.8
	他人 負向回應	14	8.7	43	4.41	123	2.95	36	4.41	216	3.5
	求助	專業人員	1	0.62	8	0.82	20	0.48	9	1.1	38
醫院診所		1	0.62	20	2.05	80	1.92	11	1.35	112	1.8
支持團體		7	4.35	135	13.86	1,382	33.17	64	7.84	1,588	26.0
私人機構		0	0	10	1.03	97	2.33	5	0.61	112	1.8
口吃影響	工作表現	1	0.62	19	1.95	109	2.62	7	0.86	136	2.2
	學業表現	12	7.45	42	4.31	45	1.08	6	0.74	105	1.7
	人際互動表 現	16	9.94	63	6.47	132	3.17	50	6.13	261	4.3
治療	治療技術 正向	2	1.24	19	1.95	73	1.75	7	0.86	101	1.7
	治療成效 負向	0	0	6	0.62	25	0.6	1	0.12	32	0.5
	治療成效 負向	2	1.24	13	1.33	38	0.91	4	0.49	57	0.9
	治療成效 負向	2	1.24	13	1.33	38	0.91	4	0.49	57	0.9
疑問	治療地點	3	1.86	14	1.44	26	0.62	40	4.9	83	1.4
	治療費用	1	0.62	1	0.10	1	0.02	8	0.98	11	0.2
	治療人員	2	1.24	5	0.51	11	0.26	13	1.59	31	0.5
	治療效果	2	1.24	4	0.41	21	0.5	23	2.82	50	0.8
	治療方法	24	14.91	36	3.70	52	1.25	113	13.85	225	3.7
	輔助器材	0	0	2	0.21	13	0.31	10	1.23	25	0.4
	口吃原因	3	1.86	5	0.51	8	0.19	30	3.68	46	0.8
	其他	4	2.48	8	0.82	13	0.31	19	2.33	44	0.7
作用邊緣	161	2.63	974	15.92	4,166	68.11	816	13.34	6,117	1.000	



個變項實際用來分析的邊緣次數。由表 3 來看，在所有的內容中發生的總次數為 6,117 次，橫列中作用邊緣最強的項目為描述口吃事件中的個人正向反應佔 1,767 次，其次為求助支持團體佔 1,588 次，第三為描述口吃事件之個人負向反應佔 720 次，第四是口吃影響人際互動表現，第五是詢問口吃治療方法佔 225 次。而其中描述口吃事件之個人正向反應為個人負向反應次數之二倍多，描述口吃事件之個人正向反應與求助支持團體次數相差不多；而較弱的項目（次數低於 50 次）則有疑問中的費用、輔助器材、人員、原因和其他，治療的正向療效，求助專業人員，描述口吃事件的他人正向反應和口吃發生學的生理因素。直行中之作用邊緣次數則以口吃社會人士為最多，有 4,166 次（佔 68.11%）；其次是成年口吃學生，有 974 次（佔 15.92%）；第為無法辨認之口吃者，有 816 次（佔 13.34%）；最少為未成年口吃學生，僅有 161 次（佔 2.63%）。

再由表 3 分別說明四組最常提到的三個特徵詞，未成年口吃學生最常提到描述口吃事件中的個人負向反應，佔 22.98%，其次為詢問治療方法佔 14.91%，第三為口吃影響人際互動表現，佔 9.94%，這三項約佔未成年口吃學生全部網路留言細項總數的一半(47.83%)；而成年口吃學生的網路留言中，對於描述口吃事件中的個人正向反應最多，比例為 32.75%，其次為描述口吃事件的個人負向反應佔 14.48%和求助支持團體佔 13.86%，這三項約佔成年口吃學生全部網路留言特徵詞總數的 60% (61.09%)；口吃社會人士之留言內容則最常提到求助支持團體佔 33.17%，其次為描

述口吃事件的個人正向反應佔 31.06%，第三為描述口吃事件的個人負向反應佔 9.91%，這三項約佔口吃社會人士全部網路留言特徵詞總數的 74.14%；而無法辨認之口吃者則以描述口吃事件的個人正向反應和個人負向反應為主，分別佔 17.52%和 15.81%，第三為詢問治療口吃的方法，佔 13.85%，這三項約佔無法辨認之口吃者全部網路留言特徵詞總數的一半(47.18%)。由以上結果可以發現，年長的口吃者（成年學生和社會人士）在網路發表的主要內容雖然排序不同但特徵詞一樣，尤其是描述口吃事件的個人正向反應，二組均超過 30%。而四組口吃者的三項主要特徵詞中，則均有描述口吃事件的個人負向反應，而未成年的口吃學生和無法辨認的口吃者之主要項目中皆有詢問治療口吃的方法。整體而言，年紀會影響口吃者面對口吃的不同調適方式，年紀較大者，描述口吃事件的個人正向反應較多，也較關心求助支持團體的議題。此外，因四組的口吃者其主要分享內容都包括描述口吃事件的個人負向反應，因此也顯示口吃多少都會對口吃者造成負向影響，而其中，以對未成年之口吃學生影響較大，佔他們主要分享內容的第一位，因而他們想要詢問治療方法也就排名第二，而且他們也關心口吃對人際關係的影響。

而由表 3 來看，本研究之網頁文本資料特徵詞主要貢獻者為口吃社會人士為、其次為成年口吃學生，再其次為無法辨認之口吃者，未成年口吃學生最少。社會人士幾乎為成年口吃學生和無法辨認之口吃者之四至五倍之多；而未成年口吃學生的發言甚少，此與表 2 的結果是一致的。



表 4 是不同身分之口吃者在網路上關注議題分析行剖面表。由表 4 來看，全部口吃者在特徵詞中，描述口吃事件之個人正向反應佔 28.9% 為最高，求助支持團體佔 26% 為第二，第三是描述口吃事件之個人負向反應佔 11.8%，第四是口吃影響的人際互動表現，第五是詢問治療口吃的方法佔 3.7%。再看直行中不同身分之四組口

吃者在各特徵詞所佔的比率，結果發現：未成年口吃學生所分享之事項中，以口吃事件描述中之個人負向反應、詢問改善口吃的方法和口吃影響之人際互動表現比例為最高，分別佔 23%，14.9% 和 9.9%；成年口吃學生所分享的事項中，以口吃事件描述的個人正向反應、個人負向反應和求助支持團體比率為最高，分別佔 32.8%，

表 4

不同身分之口吃者在網路上所關注議題分析行的對應分析表

構念	特徵詞	未成年 口吃學生	成年 口吃學生	口吃 社會人士	不能辨別身 分之口吃者	全部口吃者
口吃 發生學	生理因素	.006	.004	.005	.023	.007
	心理因素	.006	.015	.013	.021	.014
口吃 事件描述	正向反應	.068	.328	.311	.175	.289
	負向反應	.230	.145	.099	.158	.118
	口吃嚴重度	.081	.031	.023	.053	.029
	他人正向回應	.019	.012	.006	.011	.008
	他人負向回應	.087	.044	.030	.044	.035
求助	專業人員	.006	.008	.005	.011	.006
	醫院診所	.006	.021	.019	.013	.018
	支持團體	.043	.139	.332	.078	.260
	私人機構	.000	.010	.023	.006	.018
口吃影響	工作表現	.006	.020	.026	.009	.022
	學業表現	.075	.043	.011	.007	.017
	人際互動表現	.099	.065	.032	.061	.043
治療	治療技術	.012	.020	.018	.009	.017
	正向治療成效	.000	.006	.006	.001	.005
	負向治療成效	.012	.013	.009	.005	.009
疑問	治療地點	.019	.014	.006	.049	.014
	治療費用	.006	.001	.000	.010	.002
	治療人員	.012	.005	.003	.016	.005
	治療效果	.012	.004	.005	.028	.008
	治療方法	.149	.037	.012	.138	.037
	輔助器材	.000	.002	.003	.012	.004
	治療原因	.019	.005	.002	.037	.008
	治療其他	.025	.008	.003	.023	.007
	作用邊緣	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000



14.5%和 13.9%；口吃社會人士所分享的事項中，以求助支持團體、描述口吃事件之個人正向反應和個人負向反應為最高，分別佔 33.2%，31.1%和 9.9%；無法辨認之口吃者所關注事項中以口吃事件描述的個人正向反應、個人負向反應和詢問改善口吃方法為最高，分別為 17.5，15.8%和

13.8%。此外，四組口吃者在其餘之各特徵詞所佔的比率皆不超過 10%。表 4 與表 3 二者的結果是一致的。

表 5 為不同身分之口吃者在網路上所分享議題分析列剖面表，為計算橫列中各特徵詞分別在四組中所佔的比率。由表 5 來看本研究之分析內容，全部特徵詞在不

表 5

不同身分之口吃者在網路上關注議題列的對應分析表

構念	特徵詞	未成年 口吃學生	成年 口吃學生	口吃 社會人士	無法辨認 之口吃者	作用邊緣
口吃 發生學	生理因素	.023	.091	.455	.432	1.000
	心理因素	.012	.174	.616	.198	1.000
口吃事件描述	正向反應	.006	.181	.732	.081	1.000
	負向反應	.051	.196	.574	.179	1.000
	口吃嚴重度	.072	.167	.522	.239	1.000
	他人正向回應	.064	.255	.489	.191	1.000
	他人負向回應	.065	.199	.569	.167	1.000
求助	專業人員	.026	.211	.526	.237	1.000
	醫院診所	.009	.179	.714	.098	1.000
	支持團體	.004	.085	.870	.040	1.000
	私人機構	.000	.089	.866	.045	1.000
口吃影響	工作表現	.007	.140	.801	.051	1.000
	學業表現	.114	.400	.429	.057	1.000
	人際互動表現	.061	.241	.506	.192	1.000
治療	治療技術	.020	.188	.723	.069	1.000
	正向治療成效	.000	.188	.781	.031	1.000
	負向治療成效	.035	.228	.667	.070	1.000
疑問	治療地點	.036	.169	.313	.482	1.000
	費用	.091	.091	.091	.727	1.000
	人員	.065	.161	.355	.419	1.000
	治療效果	.040	.080	.420	.460	1.000
	方法	.107	.160	.231	.502	1.000
	輔助器材	.000	.080	.520	.400	1.000
	原因	.065	.109	.174	.652	1.000
	其他	.091	.182	.295	.432	1.000
	全部特徵詞	.026	.159	.681	.133	1.000



同身分的四組口吃者中，以社會人士佔 68.1% 為最高，成年學生佔 15.9% 為第二，無法辨認之口吃者佔 13.3% 為第三，未成年口吃學生約佔 2.6% 為最少，與表 3 結果一致。

在口吃發生學之生理因素，口吃社會人士佔 45.5% 最高，其次為無法辨認之口吃者佔 43.2%，再其次為成年口吃學生約佔 9.1%，未成年口吃學生為 2.3%；在心理因素，口吃社會人士佔 61.6% 最高，無法辨認之口吃者次之佔 19.8%，成年口吃學生約佔 17.4%，未成年口吃學生約為 1.2%。在口吃事件描述之個人正向反應，口吃社會人士約佔 73.2% 最高，其次是成年口吃學生佔 18.1%，無法辨認之口吃者佔 8.1% 第三，未成年口吃學生約佔 0.6% 最少；在個人負向反應，口吃社會人士佔 57.4% 最高，成年口吃學生約佔 19.6%，無法辨認之口吃者約佔 17.9%，未成年口吃學生約佔 5.1%；在口吃嚴重度，口吃社會人士約佔 52.2% 為最高，無法辨認之口吃者次之約佔 23.9%，成年口吃學生再次之約佔 16.7%，未成年口吃學生最少約佔 7.2%。在他人正向回應，口吃社會人士約佔 48.9% 為最高，成年口吃學生次之約佔 25.5%，無法辨認之口吃者再次之約佔 19.1%，未成年口吃學生最少約佔 6.4%；在他人負向反應，口吃社會人士約佔 56.9% 為最高，成年口吃學生次之約佔 19.9%，無法辨認之口吃者再次之約佔 16.7%，未成年口吃學生最少約佔 6.5%。在求助專業人員，口吃社會人士佔 52.6% 最高，無法辨認之口吃者次之約佔 23.7%，成年口吃學生再次之約佔 21.1%，未成年口吃學生約佔 2.6% 最少；在求助醫院診所，

口吃社會人士約佔 71.4% 最高，成年口吃學生次之約佔 17.9%，無法辨認之口吃者再次之約佔 9.8%，未成年口吃學生最少約佔 0.9%；在支持團體，口吃社會人士約佔 87% 最高，成年口吃學生次之約佔 8.5%，無法辨認之口吃者再次之約佔 4%，未成年口吃學生最少約佔 0.4%；在私人機構，口吃社會人士約佔 86.6% 最高，成年口吃學生次之約佔 8.9%，無法辨認之口吃者再次之約佔 4.5%，未成年口吃學生最少為 0。在口吃影響工作表現，口吃社會人士約佔 80% 最高，成年口吃學生次之約佔 14%，無法辨認之口吃者再次之約佔 5.1%，未成年口吃學生約佔 0.7%；在學業表現成年口吃社會人士約佔 42.9% 最高，成年口吃學生次之佔 40%，未成年口吃學生再次之約佔 11.4%，無法辨認之口吃者最少約佔 5.7%；在人際互動表現，口吃社會人士約佔 50.6% 最高，成年口吃學生次之約佔 24.1%，無法辨認之口吃者再次之約佔 19.2%，未成年口吃學生最少約佔 6.1%。在治療之技術，口吃社會人士約佔 72.3% 最高，成年口吃學生次之約佔 18.8%，無法辨認之口吃者再次之約佔 6.9%，未成年口吃學生最少佔 2%；在正向治療成效，口吃社會人士約佔 78.1% 最高，成年口吃學生次之約佔 18.8%，無法辨認之口吃者再次之約佔 3.1%，沒有未成年口吃學生。在負向治療成效，口吃社會人士約佔 66.7%，成年口吃學生次之約佔 22.8%，無法辨認之口吃者約再次之佔 7%，未成年口吃學生最少約佔 3.5%。在疑問之治療地點，無法辨認之口吃者約佔 48.2% 最高，口吃社會人士次之約佔 31.3%，成年口吃學生再次之約佔 16.9%，未成年口吃學生



最少約佔 3.6%；在費用，無法辨認之口吃者約佔 72.7%最高，其餘三組各佔 9.1%。在人員，無法辨認之口吃者約佔 41.9%最高，口吃社會人士次之約佔 35.5%，成年口吃學生再次之約佔 16.1%，未成年口吃學生最少約佔 6.5%；在治療效果，無法辨認之口吃者約佔 46%最高，口吃社會人士次之約佔 42%，成年口吃學生再次之約佔 8%，未成年口吃學生最少約佔 4%。在治療方法，無法辨認之口吃者約佔 50.2%最高，口吃社會人士次之約佔 23.1%，成年口吃學生再次之約佔 16%，未成年口吃學生最少約佔 10.7%。在輔助器材，口吃社會人士約佔 52%最高，無法辨認之口吃者次之約佔 40%，成年口吃學生再次之約佔 8%，沒有未成年口吃學生。在疑問之口吃原因，無法辨認之口吃者約佔 65.2%最高，口吃社會人士次之約佔 17.4%，成年口吃學生再次之約佔 10.9%，未成年口吃學生最少為 6.5%。在其他，無法辨認之口吃者約佔 43.2%最高，口吃社會人士次之約佔 29.5%，成年口吃學生再次之約佔 18.2%，未成年口吃學生最少為 9.1%。

由表 5 得知口吃社會人士是本研究中網路留言之主要貢獻者，因此在表 5 中可看出口吃社會人士在六個構念中的五個構念（除了疑問）的 17 項特徵詞和疑問中的

一個特徵詞（輔助器材），共 18 個特徵詞皆為各特徵詞中所佔比例最高之組別，比率介於 87—42.90%。其中又以求助私人機構與支持團體皆高達 87%，治療中之正向治療成效為 78%，而負向治療成效亦有 67%，可見口吃社會人士是四組中最主動求助的一群，但其求助對象仍以私人機構和支持團體為主，而其療效之分享次數，正向者比負向者多 11%。而有趣的是，無法辨認之口吃者則在疑問構念的八個特徵詞中，除了輔助器材外，共有七個特徵詞，皆為各特徵詞中比例最高，比率介於 72.7—41.9%；可見無法辨認之口吃者可能是剛進入口吃網路世界的新人，因而發出許多疑問尋求口吃相關訊息，也可能因此而不願顯示自己的身分。成年口吃學生僅有口吃影響學業表現一項佔 40%，排名第二，約與口吃社會人士相近，佔 42.9%（社會人士也是由學生成長為工作者），在其各特徵詞中最高；未成年口吃學生在口吃影響之學業表現佔 11.4%，也為其各特徵詞中最高。可見未成年口吃學生和成年口吃學生關注事項的比例較為分散，而因這二組皆為學生，所以他們所共同關注的特徵詞是學業表現。

三、對應分析摘要表與座標圖

表 6 為不同身分別口吃者在網路上所關注事項對應分析摘要表，由表 6 可知特

表 6
不同身分別口吃者在網路上所關注議題對應分析摘要表

向度	特徵值	慣性(%)	累積百分比(%)	χ^2	P 值
1	0.190	82.9	82.9		
2	0.032	3.9	96.8		
3	0.007	3.2	100.0		
Total	0.229	100		1400.157	< 0.0001



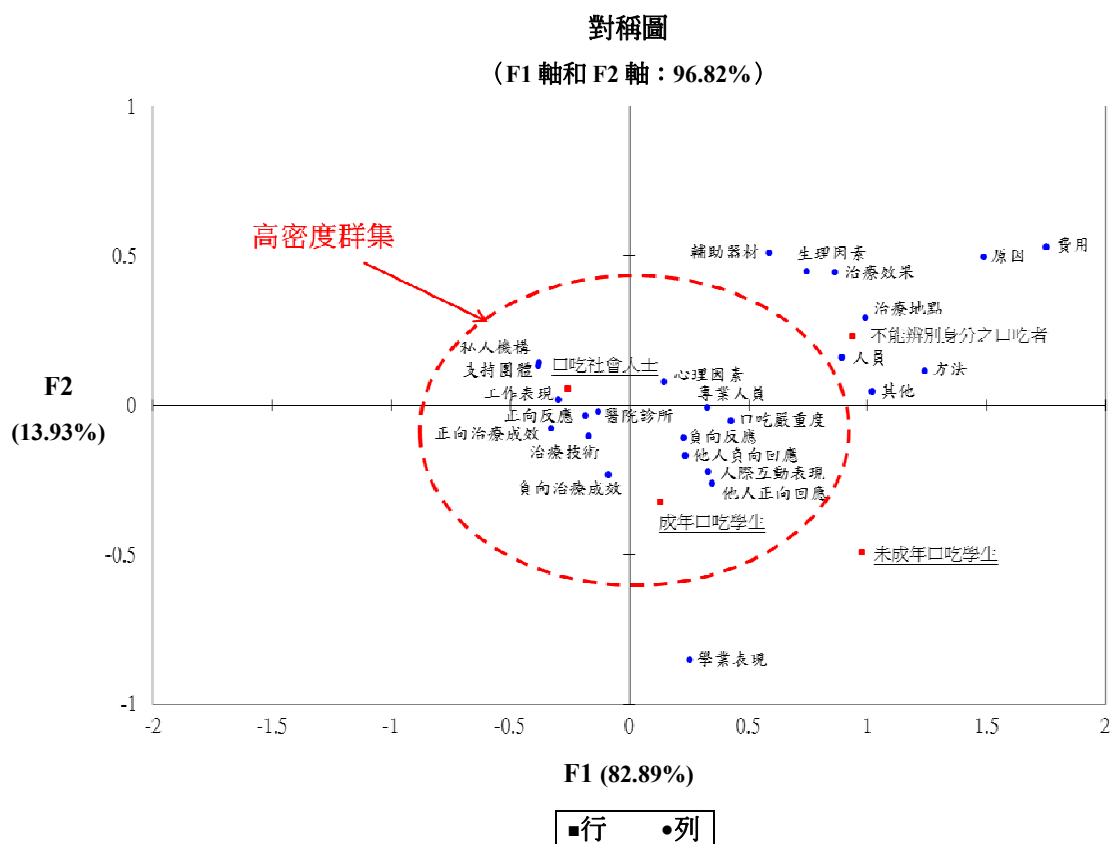


圖 2 臺灣口吃者對口吃議題的分析定位圖。

徵值(eigenvalue)合計為 0.229，自由度為 72，卡方值達顯著，表示圖 2 是有意義的。

以二維定位圖的方式呈現不同身分之口吃者和特徵詞之間的關係，利用接近度和距離代表不同強度的對應關係。從圖 2 中可看出不同身分的口吃者的分布情況，在口吃者中，未成年口吃學生和無法辨認之口吃者距離原點(0, 0)較遠，皆位於定位圖右側，但屬於不同象限，二者關注議題不同；而口吃社會人士與成年口吃學生則距離原點較近，所以表示本研究特徵詞之主要貢獻者為口吃社會人士和成年口吃學生，而社會人士又較成年學生貢獻為多。

但口吃社會人士在定位圖左側，成年口吃學生和未成年口吃學生皆在右側，且屬同一象限內，二者關注議題較為接近。這些結果與表 2、表 3、表 4、和表 5 之結果一致。

從留言內容特性方面可分為高度密集群(圈內)及低度密集群(圈外)兩組，高度密集群之特徵詞包含口吃發生學中的心理因素，描述口吃事件的個人正向反應、個人負向反應、口吃嚴重度、他人正向回應、他人負向回應；求助部分的專業人員、醫院診所、支持團體、私人機構；口吃影響工作表現、人際互動表現；治療中的治



療技術、正向治療成效、負向治療成效。低度密集群則有口吃發生學中的生理因素、口吃影響學業表現和對於口吃疑問的治療地點、費用、人員、治療效果、方法、輔助器材、原因、其他等。因此由圖 2 可以看出口吃發生學中的心理因素較生理因素為口吃者所關注，口吃者認為口吃影響工作表現可能多於人際互動與學業表現；描述口吃事件的個人正向反應多於個人負向反應和口吃嚴重度，而他人之負向回應則多於他人之正向回應。口吃社會人士求助於私人機構和支持團體多於醫院診所和專業人員，分享正向治療成效多於負向治療成效。而成年口吃學生求助部分較社會人士少，分享負向治療成效多於正向治療成效，他們分享較多他人的回應，且是正向回應多於負向回應，亦關注口吃的影響是人際互動表現多於工作和學業表現。未能辨認之口吃者則發出許多疑問，包括治療地點、費用、人員、治療效果、方法、輔助器材、原因、其他等。未成年口吃學生對於各特徵詞都分享的很少。

本研究發現成年口吃學生和口吃社會人士兩者在高度密集群之關注項目中較為相似，與表 4 關注議題行分析之研究結果一致，皆顯示成年口吃學生與口吃社會人士關注議題較為一致，大都是高密度集群中的特徵詞。而口吃發生學中口吃者所關心的是心理因素而非生理因素，這與一般人不清楚口吃發生學，而容易將口吃歸因於心理因素，是一致的。許丹瓊與楊淑蘭(2006)在國內的調查中，有 44.6%的語言治療師贊成口吃是緊張造成的，且有高達 81%的一般民眾認為口吃者是緊張的，可以說明口吃者所表達的口吃發生學是與心

理因素有關。然而目前學者對口吃發生學之看法，大都表示口吃是由多種因素造成(Guitar, 2006; Bloodstein & Bernstein Ratner, 2008)或是神經發展異常(Chang & Zhu, 2013)，因此未來可以加強口吃者對多因素口吃發生學的認識。

此外，本研究發現口吃者對於口吃事件的描述包括個人的正、負向反應、嚴重度和他人之正、負向回應，亦即口吃者在說明口吃相關經驗經常包含這五項內容；而所求助的人員或機構，則包括聽語專業人員和醫院，非專業人員的支持團體與私人機構，但後者多於前者，此結果與研究者實際經驗一致。在臺灣，支持團體是由口吃者自行組織經營，而私人機構則多數由非專業人員經營，收費昂貴，為何口吃者捨棄有健保給付的專業人員和機構之協助，值得後續研究加以探討。另外，口吃者認為口吃的影響主要為工作與人際互動表現，這可能與本研究的主要資料以口吃社會人士的留言為最多的緣故，而他們對治療中的技術和成效最為關心，因此專業醫療機構如能提升語言治療師的技術及治療後的成效，由口吃者在網路上傳播，形成網路口碑，應可提高臺灣口吃者接受醫療資源協助之意願和動機。而在口吃發生學中的生理因素落入低密度集群，表示生理因素是口吃者較不關心或不了解的，但 2000 年之後的口吃研究發現口吃者的大腦側化不完全(Kell et al., 2009)；言語運動區和聽覺處理功能異常(Ingham, Fox, Ingham, & Xiong, 2004; Chang & Zhu, 2013)；持續口吃者的左邊前額葉腦迴的灰質較少，灰質量與口吃嚴重度有負相關(Kell et al., 2009)。這些都可能是造成口吃



的原因，未來有必要提升口吃者有關口吃發生學生理因素之認識。

口吃影響學業表現是口吃者較不關心的，這亦可能是因為所蒐集之資料多為口吃社會人士所發表有關，其他有關對口吃問題的提問，如治療的地點、費用、人員、治療效果、方法、輔具、原因和其他是口吃者較不關心或較少提問的，這與研究者長期與口吃者接觸，對臺灣口吃者的了解是一致的，口吃者只要聽聞某處的治療有效，往往不在乎花費，因而有一些臺灣口吃者遠赴大陸求助（楊淑蘭，2011），或在坊間診所付出高額費用也不吝惜，這可能與口吃者對口吃治療相關知識所知太少有關。

伍、結論與建議

一、研究結論

從本研究結果中可知，口吃社會人士是臺灣網路留言最活躍的口吃者，其次是成年口吃學生，再其次是無法辨認身分的口吃者，而最不活躍的是未成年口吃學生，這可能因為社會人士生活穩定、年紀較長和網路設備較多；而臺灣高中職以下學生年紀尚小或課業壓力繁重，可能因此被家長禁止上網或無暇上網，也可能是目前他們關注之重點不在自身的言語問題。

在臺灣口吃者所分享之口吃議題中，未成年口吃學生最常分享的議題為描述口吃事件時的負向反應；成年口吃學生和其他無法辨別身分之口吃者則對口吃事件的正向反應描述為較多；而口吃社會人士重視支持團體，可見不同類型之臺灣口吃者所關注的議題也略顯不同。年紀較小的口

吃者因自身的因應能力較不足，口吃帶來的影響較為負面，可能是最需要專業服務的一群，而成年口吃者（包括大學生、研究生和社會人士）似乎是適應較好的群體，也是較能以正向反應看待口吃和主動求助支持團體的一群，其中原因可能是口吃者成年後，本身適應能力較佳，或可能是大學校園提供口吃大學生和研究生較佳的支持系統或是因長期與口吃共處而發展出因應之道；而口吃社會人士則是最關心支持團體相關事物，可能是因為離開校園已無環境系統支持，口吃者彼此打氣的互助團體可以提供支持功能。至於無法分辨身分的口吃者，可能大多數是已成年，因此其主要分享內容是偏向描述口吃事件的正向反應，可見臺灣成人口吃者在成年後，對於自己的口吃可較能接納，但這一群口吃者也是發出問題最多的一群，表示他們是網路上主動求助的一群，也可能是網路新鮮人，因此需要較多口吃資訊。然而口吃事件的負向反應是所有不同身分口吃者都會分享的重要議題，因此可知口吃對不同身分的口吃者帶來程度不一的負向影響。本研究也發現很可惜的是專業治療系統所提供的服務並非臺灣口吃者所關心的議題，亦即口吃治療的網路口碑尚未形成，推論可能原因是口吃者自身就可以調適，或者是如未成年口吃學生雖然分享的重點是負向反應，但無瑕或不想尋求醫療系統之協助，或環境中沒有口吃治療相關資訊，亦即臺灣的口吃者不重視或不喜歡尋求醫療系統的服務，其真正原因仍有待探討。

而在二維定位圖中，成年口吃學生和口吃社會人士兩者在高度密集群之關注議題較為一致，可能是二者年齡相近，需求



類似，故所關心之主題較為相似。口吃者關心的口吃發生學是心理因素，而非生理因素，因此實務工作者有必要加強口吃者對口吃發生學的認識，尤其是新近有關神經發展缺陷和多因素理論的瞭解。口吃者在描述口吃事件，常包括五個內涵：個人正、負向反應、他人之正、負向回應和嚴重度，可見口吃者在網路上抒發個人口吃相關經驗是相當完整，推論其原因，可能是書寫對有口語表達困難的口吃者而言，是一種較容易的溝通方式。至於求助之對象，口吃者在網路上的留言以互助團體和私人機構較靠近原點，醫院診所和專業人員則較遠，與研究者實務經驗和由語言治療師的口頭報告一致（成大醫院一位語言治療師表示，一年只接觸到 2-3 位口吃者，2013 年 7 月 9 日私人溝通），在臺灣大多數的成年口吃者都未接受過治療，即使接受過治療，也以至非專業機構為主，真正至醫院求助的口吃者並不多，表示國內專業的治療機構和人員尚未建立網路口碑，原因仍有待持續探討，本研究也提醒實務工作者利用網路資源協助口吃者是一個值得嘗試的管道，研究者也曾以視訊會議形式進行口吃治療，對於口吃者也具有相當療效(Yang, 2014)。

二、研究限制與建議

進行本研究之動機，實為因應臺灣口吃者之生態——他們不常出現在醫療機構卻活躍於在網路世界，也因此受限於研究材料來自網路平台，雖由文字中確認為臺灣網站和發表者自認本身為言語不流暢者或有口吃問題者，且其發表內容為與言語不流暢或口吃相關之經驗或看法，但發表者之實際口吃情形並未經過評估，因此無

法確認發表者之口語不流暢是否確實達到口吃診斷標準，這也是目前國內外口吃網路調查研究的限制（口吃者少有人申請身心障礙手冊），因此建議將來能夠實際招募口吃者，評估他們的口語情形確認已達口吃標準後，調查他們的口吃相關經驗，再與本研究結果進行比較。其次，研究對象中有一組無法確認其身分，也可能影響了本研究結果的解釋，將來若再進行網路調查，應可事先設計背景變項調查表，再請發表者填寫相關經驗與看法，則可避免無法辨認身分之可能錯誤解釋，而在本研究中未成年口吃者發表的篇數亦相對少於其他組別，雖然符合口吃者求助的生態，但之後應針對青少年口吃者的進行網路調查，以釐清未成年口吃者的生活經驗。

此外，本研究採用的統計方法是二維的對應分析，因此得到的僅是不同口吃族群和其分享議題的對應圖，建議將來可嘗試採用三維的對應分析，經過旋轉或投射之後的圖形可以得知的結果將更豐富。

本研究為因應國內口吃者之求助型態，因此採用的是自然生態的網路口碑分析與一般之網路調查問卷或調查網路使用情形（林坤燦，2007；溫典寰，2006；聯合行銷研究股份有限公司，2012；Dobransky & Hargittai, 2006; Freire, 2012; Rice & Kroll, 2006）實屬不同之研究方式，本研究以不干擾口吃者的表達方式進行研究，研究結果可作為了解口吃者或言語不流暢者所關注議題之參考。然而網路世界亦是一個可隱藏自我的世界，同一位口吃者亦有可能以不同名稱在不同平台重複敘說個人經驗，這亦是本研究可能受到的影響，研究者長期（15 年）與口吃者、治療師和聽語所研



究生互動，本研究之結論與實際情況相當接近，但讀者對解讀本研究之結論仍應抱持審慎態度。

參考文獻

- 丁一賢、陳牧言(2005)。資料探勘。臺中市：滄海。
- 交通部統計處(2007)。民眾使用網際網路狀況調查摘要分析。取自 <http://www.motc.gov.tw/mocwebGIP/wSite/lp?ctNode=160&CtUnit=92&BaseDSD=7&mp=1>
- 伍瑞瑜、楊淑蘭(2007)。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。《特殊教育研究學刊》，32(1)，93－120。
- 林坤燦(2007)。大專校院身心障礙學生特殊教育服務需求調查報告。臺北：教育部特殊教育小組。
- 梁德馨(2013)。2013年臺灣無線網路使用調查報告。取自<http://www.twnic.net.tw/download/200307/20140109e.pdf>
- 許丹瓊、楊淑蘭(2006)。語言治療師與一般民對口吃態度之調查研究。載於中華民國聽力語言學會（主編），中華民國聽力語言學會二十週年會員大會暨學術研討會手冊（頁42）。臺北市：中華民國聽力語言學會。
- 陳耀茂（譯）(2009)。意見調查的對應分析SPSS使用手冊。臺北市：鼎茂。
- 溫典寰(2006)。身心障礙者的網路使用對賦權影響之研究——以肢體障礙者為例。取自http://ccs.nccu.edu.tw/history_paper_content.php?P_ID=50&P_YEAR=2006
- 楊淑蘭(2011)。口吃：理論與實務工作。臺北市：心理。
- 楊淑蘭、莊淳斐(2012)。修訂中文成人口吃嚴重度評估工具。《測驗學刊》，59(4)，641－666。
- 聯合行銷研究股份有限公司(2012)。101年非認知功能身心障礙者數位機會與數位生活需求調查報告。取自<http://archive.rdec.gov.tw/ct.asp?xItem=4024389&CtNode=12062&mp=100>
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.
- Blackwell, R. D., Miniard, P. W., & Engel, J. F. (2006). *Consumer behavior*. Cincinnati, OH: South Western College Publisher.
- Bloodstein, O. (1995). *A handbook of stuttering* (5th ed.). San Diego, CA: Singular Publishing Group.



- Bloodstein, O. & Bernstein Ratner, N. (2008). *A handbook on stuttering* (6th ed.). Boston, MA: Cengage Learning.
- Bowker, N. & Tuffin, K. (2002). Disability discourses for online identities. *Disability & Society, 17*(3), 327-344.
- Bowker, N. & Tuffin, K. (2004). Using the online medium for discursive research about people with disabilities. *Social Science Computer Review, 22*(2), 228-241.
- Boyle, M. P. (2013). Psychological characteristics and perceptions of stuttering of adults who stutter with and without support group experience. *Journal of Fluency Disorders, 38*, 368-681.
- Bradberry, A. (1995). The role of support groups and stuttering therapy. *Seminars in Speech and Language, 18*, 391-399.
- Braithwaite, D. O., Waldron, V. R., & Finn, J. (1999). Communication of social support in computer-mediated groups for people with disabilities. *Health Communication, 1*, 123-151.
- Butler, J. & Biagini, J. (2000). *Journal writing for children who stutter*. Retrieved from <http://www.mankao.msus.edu/dept/comdis/ISAD3/papers/butler.html>
- Chang, S-E. & Zhu, D. C. (2013). Neural network connectivity differences in children who stutter. *Brain, 136*(12), 3709-3726.
- Cheong, F. C. (1996). *Internet agent: Spiders, wanderers, brokers, and bots*. Indianapolis, IN: New Riders Publishing.
- Craig, A. (2007, 11). *Evidence-based practice in the treatment of adolescent and adult stuttering: What do we know and what works?* Paper presented in Fluency Division Seminar of American Speech-Language-Hearing Association 2007 Convention, Chicago, IL.
- Cromby, J. & Standen, P. (1999). Cyborgs and Stigma: Technology, disability, subjectivity. In A. Gordo-Lopez & I. Parker, (Eds.), "Cyberpsychology" (pp. 95-112). London, UK: Routledge.
- Cummings, J., Sproull, L., & Kiesler, S. (2002). Beyond hearing: Where real world and online support meet. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice, 6*, 78-88.
- Dobransky, K. & Hargittai, E. (2006). The disability divide in internet access and use. *Information, Communication and Society, 9*(3), 313-334.



- Freire, A. P. (2012). *Disabled people and the Web: User-based measurement of accessibility* (Unpublished doctoral dissertation). University of York, York, UK.
- Gelb, B. & Johnson, M. (1995). Word-of-mouth communication: Causes and consequences. *Journal of Health Care Marketing*, 15, 54-58.
- Gelb, B. D. & Sundaram, S. (2002). Adapting to word of mouse. *Business Horizons*, 45(4), 21-25.
- Helgadóttir, F. L., Menzies, R. G., Onslow, M., Packman, A., (2014). A standalone Internet cognitive behavior therapy treatment for social anxiety in adults who stutter: CBT psych. *Journal of Fluency Disorders*, 41, 47-54.
- Guitar, B. (2006). *Stuttering: An integrated approach to its nature and treatment* (3rd ed.). Baltimore, MD: Lippincott Williams & Wilkins.
- Hennig-Thurau, T., Gwinner, K. P., Walsh, G., & Gremler, D. D. (2004). Electronic word-of-mouth via consumer-opinion platforms: What motivates consumers to articulate themselves on the internet? *Journal of Interactive Marketing*, 18(1), 38-53.
- Hoffman, D. L. & Novak, T. P. (1996). Marketing in hypermedia computer-mediated environments: Conceptual foundations. *Journal of Marketing*, 60(3), 50-68.
- Ingham, R., Fox, P. T., Ingham, J. C., & Xiong, J. (2004). Brain correlate of stuttering and syllable production: Gender comparison and Replication. *Journal of Speech-Language Research*, 47(3), 321-342.
- Kell, C., Neumann, K., von Kriegstein, K., Posenenske, C., von Gudenberg, A. W., Euler, H., & Giraud, A. L. (2009). How the brain repairs stuttering? *Brain*, 132, 2747-2760.
- Krall, T. (2001). The international stuttering association objectives activities outlook: Our dreams for self-help and therapy. In H. G. Bosshardt, J. S. Yaruss, & H. F. M. Peters (Eds.), *Fluency disorders: Theory, research, treatment, and self-help* (pp. 30-40). Nijmegen, NL: Nijmegen Univ. Press. DOI: 10.1016/s0094-730x(00)80181-3
- Lingam S., & Elbaum S., (2007). *Supporting end-users in the creation of dependable web clips*. Retrieved from <http://www2007.org/papers/paper702.pdf>.



- Malcolm, M., Mann, W. C., & Tomita M. R. (2002). Computer and internet use in physically frail elders. *Physical and Occupational Therapy in Geriatrics, 19*, 15-32.
- Manning, W. H. (2010). *Clinical decision making in fluency disorders* (3rd ed.). Albany, NY: Delmar-Cengage Learning.
- St Clare, T., Menzies, R. G., Onslow, M., Packman, A., Thompson, R., & Block, S. (2009). Unhelpful thoughts and beliefs linked to social anxiety in stuttering: Development of a measure. *International Journal of Language and Communication Disorders, 44*(3), 338-51.
- Nenadic, O. & Greenacre, M. (2007). Correspondence analysis in R, with two- and three-dimensional graphics: The ca package. *Journal of Statistical Software, 20*(3), Retrieved from <http://www.jstatsoft.org/v20/i03/paper>.
- Ramig, P. (1993). Parent-clinician-child partnership in the therapeutic process of the preschool- and elementary-aged child who stutters. *Seminars in Speech and Language, 14*(3), 226-237.
- Rice, M & Kroll, R. (2006). *The impact of stuttering at work: Challenges and discrimination*. Retrieved from <http://www.mnsu.edu/comdis/isad9/papers/rice9.html>
- Scheer, J. & Groce, N. (1988). Impairment as a human constant: Cross cultural and historical perspectives. *Journal of Social Issues, 44*(1), 23-37.
- Silverman, F. H. (2004). *Stuttering and other fluency disorders* (3rd ed.). Boston, MA: Allyn & Bacon.
- Smith, A. & Kelly, E. (1997). A dynamic multifactorial model. In R. F. Curlee and G. M. Siegel (Eds.), *Nature and treatment of stuttering: New directions*. Boston, MA: Allyn & Bacon.
- Smyth, J. M. (1998). Written emotional expression: Effect sizes, outcome types, and moderating variables. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*(1), 174-184.
- Smyth, J. M., Pennebaker, J. W., & Arigo, D. (2001). What are the health effects of disclosure? In Baum, A., Revenson, T. A. & Singer, J., (Eds.). *Handbook of health psychology* (pp. 175-192). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Association.
- Stoudt, J. B. & Ouellette, S. C. (2004). Making room for words: People who stutter on the internet. *Journal of Qual-*



- itative Research in Psychology, 1*, 175-194.
- Stuttering Foundation of America (2010). *FAQ: Stuttering facts and information*. Retrieved from <http://www.stuttering-help.org/faq>
- Venkatagiri, H. S. (2009). What do people who stutter want-fluency or freedom? *Journal of Speech, Language, and Hearing Research, 52*, 500-515.
- Westbrook, R. A., (1987). Prouct / consumptionbased affective responses and postpurchase processes. *Journal of Marketing Research, 124*, 258-270.
- Yairi, E. & Ambrose, N. G. (2005). *Early childhood stuttering: For clinicians, by clinicians*. Austin, TX: Pro-Ed.
- Yang, S-L. (2014, July). *A preliminary comparative study on the efficacy of parent education and direct therapy on Mandarin-speaking children with stuttering*. Poster presented at the 10th Oxford Disfluency Conference, Oxford, UK.
- Yaruss, J. S., Quesal, R.W., & Murphy, B. (2002). National stuttering association members' opinions about stuttering. *Journal of Fluency Disorders, 27*, 227-242.
- Yaruss, J. S., Quesal, R.W., Reeves, L., Molt, L., Kluetz, B., Caruso, A.J.,...McClure, J. A. (2002). Speech therapy and support group experiences of people who participate in the National Stuttering Association. *Journal of Fluency Disorders, 27*, 115-135.



A Study on Stuttering Related Issues Shared in Messages on Websites of Stuttering Taiwanese

Shu-Lan Yang

Department of Special Education, National Pingtung University

Abstract

This study aimed to explore what the stuttering related issues of stuttering Taiwanese shared in the messages on the Internet were and which groups they were identified. By web-mining technology, the stuttering related messages left on the local websites from May 1, 2005 to May 1, 2010 by the stuttering Taiwanese were collected. Two thousand seven hundred and thirteen valid samples from four stuttering groups were found. All the data were grouped into 24 feature words in six domains which related to stuttering for a correspondence analysis. The results showed that among the four stuttering groups, the worker group was most active, following by senior student and unidentifiable group. The junior students had fewest messages left on the websites. In terms of feature word, the junior students shared their negative reactions in stuttering events more often than the other issues. However, the senior students and the unidentifiable stutterers expressed their positive reactions in stuttering events more often than the others. Furthermore, the worker group valued the issue which related to self-support groups most. Conclusively, the issue of negative reactions in stuttering events was the main one shared by all the four groups who stuttered in Taiwan. It seems that stuttering negatively impacts on the stuttering individuals somehow, and age is the critical factor which influences how stuttering people cope with their stuttering. The older stuttering adults had more optimistic attitudes toward stuttering, and shared more positive experiences than the younger stuttering students did. For Taiwanese who have stuttering, word-of-mouth analysis seems helpful to understand their concerns shared in web.

Key words: stuttering, word-of-mouth, web-mining technology, correspondence analysis

