

doi: 10.3969/j.issn.1672-4933.2025.06.012

# 汉语普通话版说话者口吃经历全面评估问卷的应用研究

A Study of the Application of Mandarin Chinese Overall Assessment of the Speaker's Experience of Stuttering-Adult Version

刘晨佳 张庆苏

LIU Chen-jia, ZHANG Qing-su

**【摘要】目的** 分析说话者对口吃经历全面评估问卷(overall assessment of the speaker's experience of stuttering-adult version, OASES-A)对普通话口吃者的评估价值,以及该问卷的可理解程度。**方法** 选取口吃成年人30例,非口吃成年人120例。对比两组问卷结果的影响分数及平均影响分数,对比两组问卷题目回答的差异性。**结果** ①口吃组问卷每部分的影响分数均显著高于非口吃组( $P<0.001$ )。②口吃组的问卷整体影响分数显著高于非口吃组( $P<0.001$ )。③在口吃者和非口吃者共同适用的54个题目中,41个题目具有显著差异( $P<0.01$ ),13个题目不具有显著差异,原因是这些问题涉及口吃基本常识、口吃自助和互助小组等。④93%受试者认为该问卷容易理解或非常容易理解。**结论** 汉语普通话版OASES-A对普通话口吃者具有评估价值,整体被理解度较高。

**【关键词】** 口吃;汉语普通话;评估;生活质量

**【中图分类号】** G762

**【文献标识码】** A

**【文章编号】** 1672-4933(2025)06-0609-06

**【Abstract】 Objective** To analyze whether the Mandarin Chinese version of the "Overall Assessment of the Speaker's Experience of Stuttering-Adult version (OASES-A)" can be utilized to assess the experience of Mandarin-speaking adults who stutter, and the degree to which this questionnaire is understandable. **Methods** 30 adults who stutter and 120 adults who do not stutter were selected. The impact scores and the overall impact scores were compared between the two groups, and the differences in responses to each question were further compared. **Results** The impact scores in each section of the questionnaire from the stuttering group were significantly higher than those from the non-stuttering group ( $P<0.001$ ). The overall impact score of the questionnaire for the stuttering group was significantly higher than that for the non-stuttering group ( $P<0.001$ ). Among the 54 questions applicable to both people with and without stuttering, 41 questions showed significant differences between the groups ( $P<0.01$ ), while 13 questions did not show significant differences due to their focus on basic knowledge about stuttering, support groups, etc. 93% of the participants reported that the Mandarin OASES-A was easy or very easy to understand. **Conclusion** The Mandarin Chinese version of OASES-A can be utilized to assess the experience of the Mandarin-speaking adults who stutter, and it is generally considered to be highly understandable.

**【Key words】** Stuttering; Mandarin; Assessment; Quality of life

作为言语流畅度障碍的主要类型之一,口吃是指口语表达中的流畅度中断,核心特征是发生在音节或音素水平上的重复、延长和卡顿<sup>[1]</sup>。根据美国言语语言听力协会对口吃症状和表现的描述,口吃者在症状发生时伴随附加行为表现和逃避行为<sup>[2]</sup>。附加行为表现包括点头、握拳等肢体运动,眨眼、下颌紧张等异常表情及清嗓等动作。逃避行为包括避开行为(avoidance behavior)和逃离行为(escape behavior)。避开行为是在口吃发生前,口吃者使用插入语、换词、迂回表述等方式尽力避免口吃的发生;逃离行为是指口吃发生时,患者为走出不流畅的困境

而做出的行为改变。此外,口吃者还常表现沮丧、不安、紧迫等消极感受。这些感受会反作用于口吃者的言语产出,使其言语流畅度进一步下降。我国成年口吃者约占人口总数的0.96%<sup>[3]</sup>。患者因口吃表现出现社会交往困难和心理疾患,如焦虑、抑郁及社交退缩等问题而被研究者注意。

临床上口吃者会寻求言语治疗或心理治疗,其中主要由言语治疗师对其口吃特征和严重程度进行评估。在口吃行为方面,评估者对口吃者的重复、延长、卡顿等核心行为出现的频率和持续时间进行观察记录,判断其严

基金项目:北京市丰台区卫生健康系统科学研究项目(2020-103)

作者单位:中国康复研究中心/北京博爱医院听力语言科 北京 100068

作者简介:刘晨佳 硕士 主管治疗师;研究方向:口吃、失语症、儿童沟通障碍等治疗和评估

通讯作者:张庆苏, E-mail: qingsuzhang@126.com

重程度。利用9级严重程度量表计算口吃音节百分比(percentage of syllables stuttered, %SS)的可靠评估方式<sup>[4]</sup>。口吃严重程度量表第四版(stuttering severity instrument, SSI-4)是广泛应用的口吃评估工具之一<sup>[5]</sup>。通过考察个体在言语产出中的%SS、单一口吃时间持续时间、伴随行为和口语自然度等指标,对全年龄段英语使用者的口吃严重程度做出诊断,但尚无标准中文版在国内应用。近年来,有学者通过语音自动化分析手段评估个体的语速、停顿次数和时长、发声时长等时序性特征,为实现口吃的客观、快速诊断提供新的可能性<sup>[6]</sup>。

除准确评估口吃者的核心言语特征和附加行为表现外,如何准确把握个体在心理层面及生活质量方面因口吃受到的负面影响,对于判断治疗的必要性及治疗方向,衡量治疗效果,十分必要。overall assessment of the speaker's experience of stuttering(OASES)是由美国口吃治疗资源有限公司J·史考特·亚如斯博士等编写的一项综合性评估工具<sup>[7]</sup>。其以国际功能、残疾和健康分类(international classification of functioning, disability and health, ICF)框架为指导,旨在评估口吃在说话者社交参与和生活质量等方面的影响。该问卷根据口吃者年龄分为学龄期、青春期和成人期3个版本,其中成人版(OASES-adult version, OASES-A)适合年龄18岁及以上的成年口吃者使用。OASES-A从口吃特征、口吃相关行为、口吃者的情感、社交参与、生活质量等多个维度出发,对成年口吃者的口吃经历进行全面评估<sup>[8]</sup>。OASES-A包含基本信息、说话者反应、日常沟通、生活质量4部分,共计100个问题。基本信息部分包含口吃者对自身讲话及口吃情况的整体判断,以及对口吃作为一种言语流畅度障碍及其治疗方案的了解程度;说话者反应部分关注口吃给其带来的情绪反应、口吃相关行为和逃避行为,有关口吃的10个消极说法(如无法接受口吃事实)供口吃者作答;日常沟通部分关注成年口吃者参与工作、社交、家庭沟通等方面的困难程度;生活质量部分考察口吃对口吃者整体沟通能力、人际关系、工作能力、人生观等方面的影响。口吃者在代表不同程度或频率的1~5中选出反映自己实际情况的选项。评分者将分数对照OASES-A提供的标准参照,判断该口吃者在生活各方面受到口吃影响的严重程度<sup>[9]</sup>。

在中国,口吃作为一种言语流畅度障碍,影响了数以千万计的汉语普通话使用者。受语言特异性和社会文化等因素影响,汉语普通话口吃者表现出的口吃特征、口吃相关行为表现和逃避行为具有其独特性。声调模式变化影响汉语普通话口吃者的流畅度<sup>[10]</sup>。眼神接触、说话量等常用于观察口吃者言语行为的指标,不可避免地受社会和文化等因素影响<sup>[11]</sup>。我国目前缺乏基于汉语普通话的标

准化口吃评估工具,在从口吃者自身角度出发、衡量口吃经历对其沟通及生活质量等方面影响的评估工具也是空白。OASES-A内容不涉及语言本体特异性,使其在不同语言使用者间具有较高的普遍适用性。目前OASES-A已被翻译成多个语言版本,在世界各地广泛使用,服务于不同语言背景的口吃者<sup>[12-14]</sup>。笔者于2019年加入汉语普通话版说话者对口吃经历的全面评估(OASES-A)(普通话版OASES-A)翻译团队,与来自美国、中国香港和中国台湾的教授和学者共同完成汉语版(包括普通话版、粤语版、台语版)OASES-A的翻译工作,并得到授权在中文环境下进行该量表的常模化相关研究。本文初步探讨普通话版OASES-A的应用,为常模研究做好基础工作。

## 1 资料与方法

### 1.1 受试

口吃组为随机选取2020~2024年在中国康复研究中心/北京博爱医院听力语言科门诊就诊的30名成年口吃者(男性23人,女性7人),平均年龄26.2岁,最小年龄18岁,最大年龄38岁,口吃开始平均年龄为7岁(最小3岁,最大14岁),自评口吃平均严重程度为4分(0~9分制,0代表没有口吃,9代表极其严重的口吃)。9名有精神障碍诊断史,15名有口吃家族史。非口吃组为随机选取120名成年人(男性21人,女性99人),平均年龄27.6岁(最小20岁,最大61岁)。参与本实验的受试均为普通话使用者,口吃组和非口吃组中分别有1名和15名受试使用除普通话外的其他汉语方言。

纳入标准:初诊咨询者;完成初步筛查和咨询后进入治疗室完成评估;基于美国言语语言听力协会对口吃言语表现和行为特征的描述做出口吃诊断<sup>[2]</sup>;通过病史询问并依据症状排除迅吃、神经源性言语流畅度障碍、心因性言语流畅度障碍等其他类型的言语流畅性障碍<sup>[2,15]</sup>;≥18岁;听力正常、裸眼视力或矫正视力正常;身体健康,无其他慢性疾病或智力障碍;签署知情同意书。排除标准:病史中明确记载有器质性精神障碍(如精神分裂症、妄想症、人格障碍等)而不能独立完成问卷。剔除标准:未完整回答问题中所有题目、有未作答项。本研究已获得中国康复研究中心伦理审查委员会批准(审批号2020-080-1)。

### 1.2 实验方法

受试依照实际情况对OASES-A中的题目逐一作答。对于某些不适合自身情况的题目(如跟孩子或孙子孙女说话的情况)可选择跳过。通过计算每部分的答题分数及实际回答的题目数计算平均分,即影响分数。将受试的得分总和除以实际回答题目总数,计算整体影响分数。将各部分影响分数和整体影响分数对应至5个区间,分别

得出各部分影响程度和整体影响程度,分为轻度、轻至中度、中度、中至重度、重度。本研究以普通话版OASES-A作为实验材料。在实际作答过程中,共剔除46条对非口吃者不适用的题目,均为询问口吃者自身感受的内容(如题目17作为口吃者,您的感受如何),最后得到口吃者和非口吃者共同适用的题目共54条,见表1。

表1 非口吃者不适用题目

	题目数量	题目序号
第一部分(基本信息)	6	4, 5, 15, 16, 17, 18
第二部分(说话者反应)	15	21~31, 33, 36~37, 39
第三部分(日常沟通)	0	
第四部分(生活质量)	25	76~100

问卷采集主要通过面对面的方式,由研究者和1名受试者在安静的治疗室内完成。数据录入由2名研究者核对录入电脑,并计算得出每名受试的各部分影响分数和整体影响分数。受试者完成问卷后,对问卷的理解难度做出评分,1非常难理解,2难理解,3理解难度居中,4容易理解,5非常容易理解,并记录难以理解的具体题目及理由。

## 2 实验结果

### 2.1 各部分影响分数分析

剔除对非口吃者不适用的题目后,对两组受试者共同回答的题目分数分别进行独立样本t检验,结果表明非口吃组和口吃组共同回答题目的影响分数均存在显著差异,口吃组第一部分(M=3.30, SD=0.38)、第二部分(M=3.35, SD=0.60)、第三部分(M=2.77, SD=0.75)均显著高于非口吃组(P<0.001),见表2。

表2 两组各部分及总体影响分数比较( $\bar{x}\pm s$ ,分)

组别	n	第一部分	第二部分	第三部分	总体
口吃组	30	3.3±0.38	3.35±0.60	2.77±0.75	3.14±0.44
非口吃组	120	2.48±0.44	2.18±0.56	1.45±0.03	2.06±0.34
t		-9.29	-10.1	-9.46	-12.711
P		<0.001***	<0.001***	<0.001***	<0.001***

\*\*\*P<0.001

### 2.2 总体影响分数分析

由于第四部分生活质量的所有问题均不适用于非口吃者,笔者仅针对2组受试共同回答的第一、第二、第三部分分数计算平均影响分数并比较差异。独立样本t检验结果表明,非口吃组和口吃组共同回答题目的平均影响分数存在显著差异,口吃组平均值(M=3.14, SD=0.44)显著高于非口吃组(P<0.001),见表2。

### 2.3 共同适用题目分析

采用秩和检验对口吃和非口吃者共同适用的54个题

目逐条进行组间对比,结果显示,除13个题目(题目序号6、7、8、9、10、14、20、32、42、46、49、64、72)不具有极显著差异外,其余41个项目均具有极显著差异(P<0.01),见表3。

表3 共同适用题目的秩和检验结果

题号	组别		曼惠特尼U	Z	P
	口吃组	非口吃组			
1	3(3,4)	1(1,1)	124.5	-9.738	0.000***
2	3(3,4)	1(1,1)	72.0	-10.116	0.000***
3	4(4,5)	1(1,1)	51.0.0	-9.596	0.000***
6	3(2,3)	3(3,4)	1468.0	-1.689	0.091
7	3(2,4)	3.5(3,4)	1574.0	-1.113	0.266
8	3(2,3)	3(2.25,4)	1302.0	-2.443	0.015*
9	4(4,5)	4(3,5)	1702.5	-0.483	0.629
10	4(3,5)	5(4,5)	1440.5	-1.91	0.056
11	4(3,4)	2(1,2)	287.5	-7.474	0.000***
12	2.5(2,4)	1(1,2)	682.5	-5.662	0.000***
13	3(3,4)	2(1,2)	333.0	-7.27	0.000***
14	0(0,3)	2(0,3)	1367.0	-2.113	0.035*
19	4(3,4)	3(2,3)	852.0	-4.683	0.000***
20	3(2,3)	3(2,3)	1768.5	-0.163	0.87
32	2(1,2)	1(1,2)	1561.5	-1.257	0.209
34	4(3,5)	2(2,3)	684.5	-5.517	0.000***
35	4(3,5)	2(2,3)	443.0	-6.639	0.000***
38	4(3,5)	2(2,3)	566.0	-6.063	0.000***
40	3(2,4)	1(1,2)	704.0	-5.569	0.000***
41	3(2,4.25)	1(1,2)	581.0	-6.494	0.000***
42	2(2,4)	2(1,3)	1335.0	-2.259	0.024*
43	5(4,5)	3(1,4)	722.5	-5.177	0.000***
44	4(3,5)	3(2,4)	1161.5	-3.078	0.002**
45	3(2,4)	1(1,2.75)	720.0	-5.367	0.000***
46	3(2.75,4.25)	3(2,4)	1386.5	-1.992	0.046*
47	3(3,4)	2(1,3)	1059.5	-3.584	0.000***
48	4(3,5)	1(1,2)	505.0	-6.386	0.000***
49	3(1.75,4)	2(1,3)	1376.5	-2.070	0.038*
50	4(3,5)	2(1,3)	667.5	-5.506	0.000***
51	2(2,3)	1(1,2)	507.0	-7.030	0.000***
52	3.5(2,5)	1.5(1,2)	478.0	-6.599	0.000***
53	3(2,4)	1(1,2)	507.0	-6.467	0.000***
54	4(3,5)	2(2,3)	626.5	-5.727	0.000***
55	2(2,3)	1(1,1)	356.5	-9.861	0.000***
56	3(2,3)	2(1,2)	634.0	-5.789	0.000***
57	2(1.75,4)	1(1,2)	740.0	-5.762	0.000***
58	3(2,4)	2(1,2)	675.5	-5.617	0.000***
59	3(3,4)	2(1,3)	841.0	-4.702	0.000***
60	3(2,4)	2(1,3)	1244.5	-2.719	0.007**
61	3(2,5)	1(1,1)	523.0	-7.375	0.000***
62	4(2.75,5)	2(1,2)	371.5	-7.134	0.000***
63	2(1,3)	1(1,1)	829.0	-5.732	0.000***
64	2(0,4)	1(1,2)	1342.0	-2.302	0.021*
65	3.5(2,4)	2(1,2)	757.0	-5.132	0.000***
66	2(2,2.25)	1(1,2)	670.5	-5.972	0.000***
67	3(3,4)	1(1,2)	500.0	-6.477	0.000***
68	2(2,3)	1(1,1)	509.0	-7.670	0.000***
69	2(1,3)	1(1,1)	792.0	-6.718	0.000***
70	2(1,3)	1(1,1)	755.0	-7.137	0.000***
71	2(1,3.25)	1(1,1)	512.0	-9.182	0.000***
72	1(0,2)	1(1,1)	1748.5	-0.293	0.77
73	0(0,0)	1(0,1)	1083.5	-3.807	0.000***
74	2(1.75,3)	1(1,1)	488.0	-8.729	0.000***
75	2(2,3)	1(1,1)	496.0	-8.209	0.000***

注:\*P<0.05; \*\*P<0.01; \*\*\*P<0.001

无论是口吃组还是非口吃组对口吃基本常识的了解均有限。针对第一部分涉及口吃基本常识问题,选择相对较高了解程度(极度了解或非常了解)的口吃组和非口吃组平均占比分别为24.9%和13.8%。其中,仅有10%的口吃者、6.7%的非口吃者对口吃治疗方案较了解,而对口吃者自助互助团体有较高程度了解的口吃者和非口吃者分别占13.3%和2.5%。反映人们对口吃者自助互助群组了解有限的是第20题,分别有55.8%的口吃组和43.3%的非口吃组在回答对口吃者自助或互助群组感受时选择“没感觉”,见表4。

表4 组间差异不显著的13个题目各选项人数及占比

题号	组别	选项[n(%)]				
		1	2	3	4	5
6	口吃	2(6.7)	8(26.7)	14(46.7)	6(20.0)	0(0.0)
	非口吃	2(1.7)	22(18.3)	60(50.0)	34(28.3)	2(1.7)
7	口吃	0(0.0)	8(26.7)	10(33.3)	8(26.7)	4(13.3)
	非口吃	2(1.7)	16(13.3)	42(35.0)	44(36.7)	16(13.3)
8	口吃	3(10.3)	9(31.0)	11(37.9)	5(17.2)	1(3.4)
	非口吃	3(2.5)	27(22.5)	45(37.5)	33(27.5)	12(10.0)
9	口吃	0(0.0)	3(10.0)	3(10.0)	13(43.3)	11(36.7)
	非口吃	1(0.8)	7(5.8)	31(25.8)	36(30.0)	45(37.5)
10	口吃	0(0.0)	4(13.3)	5(16.7)	7(23.3)	14(46.7)
	非口吃	1(0.8)	2(1.7)	14(11.7)	29(24.2)	74(61.7)
14	口吃	0(0.0)	2(18.2)	5(45.5)	3(27.3)	1(9.1)
	非口吃	15(17.1)	29(33.0)	38(43.2)	3(3.4)	3(3.4)
20	口吃	2(6.7)	12(40.0)	13(43.3)	2(6.7)	1(3.3)
	非口吃	16(13.3)	33(27.5)	67(55.8)	2(1.7)	2(1.7)
32	口吃	14(46.7)	11(36.7)	2(6.7)	1(3.3)	2(6.7)
	非口吃	68(56.7)	41(34.2)	11(9.2)	0(0.0)	0(0.0)
42	口吃	4(13.3)	12(40.0)	3(10.0)	9(30.0)	2(6.7)
	非口吃	42(35.0)	28(23.3)	31(25.8)	17(14.2)	1(0.8)
46	口吃	2(6.7)	5(16.7)	10(33.3)	6(20.0)	7(23.3)
	非口吃	22(18.3)	28(23.3)	34(28.3)	19(15.8)	17(14.2)
49	口吃	7(23.3)	4(13.3)	8(26.7)	9(30.0)	2(6.7)
	非口吃	50(41.7)	18(15.0)	26(21.7)	19(15.8)	7(5.8)
64	口吃	1(4.8)	7(33.3)	5(23.8)	5(23.8)	3(14.3)
	非口吃	68(60.0)	38(33.3)	8(7.0)	0(0.0)	0(0.0)
72	口吃	6(35.3)	8(47.1)	2(11.8)	1(5.9)	0(0.0)
	非口吃	95(96.0)	4(4.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)

普通话版 OASES-A 的第二部分关注口吃者的身体和心理感受,及其为应对口吃产生的逃避行为,其中10个题目以口吃者的口吻讲述个体对于口吃的看法。口吃者和非口吃者除了在人们对于个体的看法主要基于如何说话、避免口吃以及接受口吃3个问题上不存在显著差异外,其他题目均有显著差异。反映出大众和口吃者本人对于口吃的看法存在较大分歧,与两方对口吃的常见观点一致。另一未观察到组间显著差异的题目关注讲话者在口语流利时的身体感受,分别有90.8%的非口吃者和83.3%的口吃者认为讲话流利时身体从来没有或很少感到紧绷。

### 2.4 问卷可懂度评价

在参与问卷回答的150名受试者中,有99名自愿主动对问卷理解难易度做出评价,除7名受试(7%)认为理解难度居中外,54%(53人)的受试认为容易理解,39%(39人)的受试认为非常容易理解。在询问难以理解的具体题目时,7名受试者认为问卷整体理解难度居中,对第20题:您对口吃的自助或互助群组的感受中的口吃自助或互助群组的说法表示陌生。

### 3 讨论

本研究证实普通话版 OASES-A 可用于评估并反映口吃经历对汉语普通话口吃者生活的影响。口吃者和非口吃者的前3部分影响分数和总体平均影响分数均存在明显差异。在临床评估中,可使用普通话版 OASES-A 作为口吃核心特征、次要特征和逃避行为之外的辅助评估工具,以进一步了解口吃经历对个体日常生活的影响。受样本量所限,本研究评估者尚无法依照计算所得的影响分数对个体受口吃影响的具体程度做出评价。未来研究可扩大样本量,在对问卷内容进行效度分析及因素分析后建立评分临界值。

本研究通过对比口吃者和非口吃者共同适用的题目,发现不存在组间显著差异的题目有13个,存在组间差异的题目有41个,说明普通话版 OASES-A 对于口吃者和非口吃者有一定区分能力。在临床评估工作中,评估者在依据核心言语特征和次要行为表现对个体做出口吃诊断后,可利用41个差异显著的题目快速量化口吃经历对口吃者社交参与和生活质量的影响程度,并对其是否需要后期积极介入做出判断。考虑到这些题目在指导口吃治疗方向和评估治疗效果方面的重要价值<sup>[16]</sup>,笔者建议对有治疗必要的口吃者进行完整的问卷评估,尽管很少有口吃者汇报在讲话流利时身体紧绷,但对存在该问题的口吃者而言,降低或消除其在讲话流利时身体的紧张感,对于提高其言语表现和沟通质量至关重要,是治疗的重要内容。未来研究可对比口吃者在治疗前后的作答情况,以对普通话版 OASES-A 治疗效果方面的有效性进行深入研究。

通过受试对问卷的理解难易程度评分可以发现,普通话版 OASES-A 的整体可理解度较高。对于部分受试者反映对口吃自助或互助群组含义不理解,可以归因于汉语文化背景下口吃自助或互助群组缺乏,导致的受试者认知缺失,而非翻译原因导致的理解偏差,故无需在普通话版 OASES-A 中对这个题目做出修改。考虑到社会文化差异,翻译者在翻译过程中将英文版 OASES-A 第100题的“spiritual well-being”译为“精神追求”,未完整涵

盖英文原文所包含的宗教信仰方面的含义。

无论是口吃者还是非口吃者,对于口吃作为一种言语障碍的常识性理解都较缺乏。这一方面提示言语治疗师在口吃治疗中与口吃者分享一般性常识及治疗方案的重要性,另一方面提示提高非口吃者对于口吃的普遍认识的必要性。非口吃者对口吃的不了解,为口吃者的社交沟通带来阻碍。非口吃者对于口吃的意识和常识性了解有限<sup>[17,18]</sup>。大多数中国上海居民对于口吃成因等问题普遍存在偏见,认为口吃是通过学习模仿造成的,而忽略了造成口吃的神经、心理等诸多因素<sup>[19]</sup>。相较美国大学生而言,中国大学生对于口吃的态度更为负面、消极<sup>[20]</sup>。本研究发现,非口吃群体不仅在口吃特征、影响因素、治疗方案等方面缺乏常识性认识,对口吃者在人生目标实现等方面存在偏见,认为口吃阻碍了达成人生目标及不应接受说话较多的工作职位。笔者呼吁口吃研究和治疗相关人士与口吃者通过如常识性宣讲、口吃公益日等活动,为公众创造更多了解口吃的渠道,消除偏见,进而为口吃者营造宽松的社交环境,提高其生活质量。

本研究发现,口吃者对口吃支持小组缺乏了解。口吃支持小组是口吃者聚在一起共同讨论口吃感受、问题及应对策略的沟通平台。有学者对近年发表的9篇有关口吃自助小组的研究成果进行综述,发现大部分研究汇报了参加自助小组对于口吃者改善口吃态度的积极作用<sup>[21]</sup>。Murgallis等<sup>[22]</sup>评估了口吃者在参加口吃支持小组前后的态度转变,发现参加支持小组的经历给口吃者带来包括在被他人称为口吃者和自身作为口吃者等方面的积极感受。口吃者认为参加支持小组对其提升信心和自尊有所助益。此外,参加支持小组让成年口吃者获得更多的情感支持和积极的社交体验<sup>[23]</sup>。相较对口吃有较长研究历史和完备支持体系的国家和地区而言,我国目前开设的口吃支持小组为数不多。许多汉语母语者也因语言障碍难以融入以其他语言为的口吃支持小组中并获益。如何提高口吃者和公众对口吃支持小组的认识,通过组织和运营规范化的口吃支持小组使口吃者从中受益,是广大研究者、言语治疗师和口吃者群体需要共同解决的问题。

本研究肯定了普通话版 OASES-A 在量化口吃经历对汉语普通话口吃者影响的评估价值。评估者可在门诊筛查中选择有区分度的题目完成快速检查,并对后期干预的必要性做出判断。此外,本研究还提出了提高口吃者和非口吃者对口吃客观常识了解的必要性,研究者和口吃治疗师应为口吃者提供更多包括口吃支持小组在内的支持方案。

本研究存在诸多局限性,包括口吃组样本量较少、受试年轻化、年龄跨度有限、口吃组和非口吃组受试性别比

例不均衡、未进行重测信度验证等问题,因此,本研究部分结果仅代表部分口吃者群体,无法准确描述整个汉语普通话口吃者群体的普遍特征。未来研究可考虑扩大受试招募范围,将口吃组和非口吃组按照性别比例招募和筛选并进行配对研究。此外,受文化、社会、语言等多因素影响,长期生活在中国的汉语普通话口吃者在日常沟通和对待口吃的态度等方面可能与英语母语者存在较大差异,因此无法将汉语口吃者的影响分数简单对照以英语母语者为常模的数据,以获取严重程度分型。以本研究为基础,下一步将着眼于广泛收集汉语普通话口吃者的普通话版 OASES-A 问卷数据,完成信效度相关研究,并建立常模评分临界值,为进一步深入评估普通话口吃者的口吃经历对其影响的严重程度提供重要依据。后续研究方向还包括简化量表结构,以为该量表在国内临床应用提供数据基础。

#### 参考文献

- [1] Wingate ME. A standard definition of stuttering[J]. *Journal of Speech and Hearing Disorders*,1964,29(4):484-489.
- [2] American Speech-Language-Hearing Association. Stuttering, Cluttering, and Fluency[EB/OL]. <https://www.asha.org/practice-portal/clinical-topics/fluency-disorders/>.2024-8-1.
- [3] Gattie M, Lieven E, Kluk K. Adult stuttering prevalence II: Recalculation, subgrouping and estimate of stuttering community engagement[J]. *Journal of Fluency Disorders*,2025,83:106086.
- [4] O'Brian S, Packman A, Onslow M, et al. Measurement of stuttering in adults[J]. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*,2004,47(5):1081-1087.
- [5] Riley G. SSI-4: Stuttering severity instrument (4th Ed)[M]. London, England: PRO-ED,2009,1-4.
- [6] Yawatkar V, Chow HM, Uslar ER. Automatic temporal analysis of speech: A quick and objective pipeline for the assessment of overt stuttering[J].*Behav Res*,2025,57:228.
- [7] Yaruss JS. Evaluating treatment outcomes for adults who stutter[J]. *Journal of Communication Disorders*,2001,34(1-2):163-182.
- [8] Yaruss JS, Quesal RW. Overall assessment of the speaker's experience of stuttering (OASES): Documenting multiple outcomes in stuttering treatment[J]. *Journal of Fluency Disorders*,2006,31(2):90-115.
- [9] Yaruss JS, Quesal RW. OASES: Overall assessment of the speaker's experience of stuttering, OASES-A, response form[M]. TX: Stuttering Therapy Resources,2016.1-4.
- [10] Song Y, Robb MP, Yang Y, et al. Stuttering in mandarin-speaking adults [J]. *Clinical Linguistics & Phonetics*, 2025,24:1-3.
- [11] Johnson KN, Werle D. Insights on culturally responsive stuttering assessment and treatment[DB/OL]. The ASHA Leader Live. <https://leader.pubs.asha.org/doi/10.1044/2023-0628-culturally-responsive-stutter-slp/full/>.2023.
- [12] Yadegari F, Shirazi TS, Howell P, et al. Persian overall assessment of the speaker's experience of stuttering for adults: The impact of

- stuttering on the Persian-speaking adults who stutter[J]. Iranian Rehabilitation Journal,2018,16(2):131-138.
- [13] Koedoot C, Versteegh M, Yaruss JS. Psychometric evaluation of the Dutch translation of the Overall Assessment of the Speaker's Experience of Stuttering for adults (OASES-AD)[J]. Journal of Fluency Disorders,2011,36(3):222-230.
- [14] Sakai N, Chu SY, Mori K, et al. The Japanese version of the overall assessment of the speaker's experience of stuttering for adults (OASES-AJ): Translation and psychometric evaluation[J]. Journal of Fluency Disorders,2017,51:50-59.
- [15] Guitart B. Stuttering: An integrated approach to its nature and treatment (5th ed.)[M]. PA: Wolters Kluwer,2019,360-380.
- [16] Yaruss JS. Assessing quality of life in stuttering treatment outcomes research[J]. Journal of fluency disorders,2010,35(3):190-202.
- [17] Iimura D, Yada Y, Imaizumi K, et al. Public awareness and knowledge of stuttering in Japan[J]. Journal of Communication Disorders,2018,72: 136-145.
- [18] Shollenbarger A, Terry N, Akbari C. An investigation of college students' knowledge of stuttering[J]. Perspectives of the ASHA Special Interest Groups,2017,2(4):66-77.
- [19] Ming JX, Jing Z, Wen ZY, et al. Public awareness of stuttering in Shanghai, China[J]. Logopedics Phoniatrics Vocology, 2001, 26(4): 145-150.
- [20] Ma Y, Mason EM, McGinn EM, et al. Attitudes toward stuttering of college students in the USA and China: A cross-cultural comparison using the POSHA-S[J]. Journal of Fluency Disorders,2024,79:106037.
- [21] Iimura D, Ishida O. The influence of self-help/support group experience on people who stutter: a systematic review[J]. Speech, Language and Hearing,2023,26(4):289-298.
- [22] Murgallis T, Vitale C, Tellis GM. Perceptions of persons who stutter before and after attending support group meetings[J]. Procedia-Social and Behavioral Sciences,2015,193:202-208.
- [23] Medina AM, Almeida N, Amarante K, et al. Adults who stutter and their motivation for attending stuttering support groups: A pilot study [J]. Perspectives of the ASHA Special Interest Groups, 2020, 5(1): 142-154.

收稿日期 2025-03-20  
责任编辑 薛 静

(上接605页)

- [47] Minosse S, Garaci F, Martino F, et al. Global and local brain connectivity changes associated with sudden unilateral sensorineural hearing loss[J]. NMR Biomed, 2021, 34(8): e4544.
- [48] 胡萍萍,朱斌,孟子坤,等.单侧全聋型突发性聋患者失匹配负波的初步研究[J].临床耳鼻咽喉头颈外科杂志,2021,35(5):391-394.
- [49] 朱斌,陈晨,张柳燕,等.不同预后全聋型突发性聋患者治疗前失匹配负波的探讨[J].听力学及言语疾病杂志,2024,32(5):437-440.
- [50] Ceponiene R, Haapanen ML, Ranta R, et al. Auditory sensory impairment in children with oral clefts as indexed by auditory event-related potentials[J]. J Craniofac Surg, 2002, 13(4): 554-566, 567.
- [51] 朱斌,王鸿南,马莲,等.84例唇腭裂患者听觉失匹配负波的研究[J].中华耳科学杂志,2017,15(1):66-70.
- [52] Singh S, Liasis A, Rajput K, et al. Event-related potentials in pediatric cochlear implant patients[J]. Ear Hear, 2004, 25(6): 598-610.
- [53] Liang M, Zhang X, Chen T, et al. Evaluation of auditory cortical development in the early stages of post cochlear implantation using mismatch negativity measurement[J]. Otol Neurotol, 2014, 35(1): e7-14.
- [54] 陈涛,梁茂金,郑亿庆,等.语后聋患者人工耳蜗植入后短期内失匹配负波的表现[J].听力学及言语疾病杂志,2012,20(6):574-578.
- [55] Lonka E, Relander-Syrjänen K, Johansson R, et al. The mismatch negativity (MMN) brain response to sound frequency changes in adult cochlear implant recipients: a follow-up study[J]. Acta Otolaryngol, 2013, 133(8): 853-857.
- [56] 郭明丽,周娜,兰兰,等.听神经病患者失匹配负波特征与言语识别率的关系[J].听力学及言语疾病杂志,2006,14(1):16-20.
- [57] Ringer H, Rösch SA, Roeber U, et al. That sounds awful! Does sound unpleasantness modulate the mismatch negativity and its habituation? [J]. Psychophysiology, 2024, 61(2): e14450.
- [58] Yuxnovich EA, Alter K, Sedley W. What Do Mismatch Negativity (MMN) Responses Tell Us About Tinnitus?[J]. J Assoc Res Otolaryngol, 2025, 26(1): 33-47.

收稿日期 2025-07-17  
责任编辑 蒋 春