

TOMASZ WOŹNIAK*, ALICJA SKIBICKA**

*Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie

Katedra Logopedii i Językoznawstwa Stosowanego

**Podkarpackie Centrum Słuchu i Mowy Medincus w Rzeszowie

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-6745-9639>

OCENA JAKOŚCI ŻYCIA DOROSŁYCH OSÓB JĄKAJĄCYCH SIĘ

Quality of life assessment for adults who stutter

STRESZCZENIE

Jakość życia jest obecnie często wymieniana przez literaturę przedmiotu jako jedno z kluczowych zagadnień w opisie problemów, z którymi zmagają się dorosłe osoby z zaawansowanym jękaniem i które muszą być uwzględniane przez badaczy i terapeutów, zarówno w deskrypcji zaburzenia, jak i programowaniu terapii. Ocena jakości życia w wielu badaniach dokonywana jest przy pomocy ogólnych kwestionariuszy, nieuwzględniających specyficznych problemów komunikacyjnych, psychologicznych i społecznych osób jękających się. Tylko właściwe określenie zaburzonych kategorii jakości życia pozwoli na zaproponowanie terapii dostosowanej do potrzeb danej osoby. Artykuł zawiera propozycję narzędzia dedykowanego dorosłym osobom jękającym się (DOJ), kwestionariusza oceny jakości życia DOJ oraz wnioski płynące ze wstępnych wyników badań dokonane przy pomocy tego narzędzia. Wyniki potwierdzają negatywny wpływ zaburzenia na jakość życia DOJ, ale jednocześnie pozwalają na stwierdzenie, że jękanie nie musi mieć jednoznacznie negatywnego wpływu na życiowy sukces czy poczucie szczęścia. W dyskusji zawarto wskazania metodyczne i postulaty do przyszłych badań w omawianym zakresie.

Słowa kluczowe: jękanie, jakość życia, terapia logopedyczna, dorosła osoba jękająca się

SUMMARY

Quality of life is now frequently mentioned by the literature as one of the key issues in the description of problems faced by adults with advanced stuttering and which must be taken into account by researchers and therapists, both in the descriptiveness of the disorder and in the programming

of therapy. The assessment of quality of life in many studies is done using generic questionnaires that do not take into account the specific communication, psychological and social problems of people who stutter. Only the correct identification of impaired quality of life categories will allow to propose a therapy tailored to the needs of a given person. The article includes a proposal of a tool dedicated to adult person who stutters (APWS), the APWS quality of life assessment questionnaire, and conclusions from preliminary results of research conducted with the use of this tool. The results confirm the negative impact of the disorder on the APWS quality of life, but at the same time allow us to conclude that stuttering does not have to have an unequivocally negative impact on life success or happiness. The discussion includes methodological indications and postulates for future research in the discussed area.

Keywords: stuttering, quality of life, speech-language therapy, adult person who stutters

WPROWADZENIE

Jakość życia jest obecnie często wymieniana przez literaturę przedmiotu jako jedno z kluczowych zagadnień w opisie problemów, z którymi zmagają się dorosłe osoby z zaawansowanym jękananiem i które muszą być uwzględniane przez badaczy i terapeutów, zarówno w deskrypcji zaburzenia, jak i programowaniu terapii (Craig, Blumgart, Tran 2009; Yaruss 2010; Koedoot et al. 2011; Mir Mohammadkhani et al. 2015; Carter et al. 2017; Ścibisz, Węsierska 2019). Autorzy przeważnie zwracają uwagę na negatywny wpływ jękania na jakość życia osoby jękającej się, jej funkcjonowanie społeczne, emocjonalne i psychiczne, szczególnie w przypadku umiarkowanego lub znacznego nasilenia niepełności. Waga tego zagadnienia stawia przed badaczami wyzwanie adekwatnej diagnozy jakości życia dorosłych osób jękających się (DOJ). Zwykle ocena ta dokonywana jest przy pomocy ogólnych kwestionariuszy, nieuwzględniających specyficznych problemów komunikacyjnych, psychologicznych i społecznych osób jękających się. Tylko właściwe określenie zaburzonych kategorii jakości życia pozwoli na zaproponowanie terapii dostosowanej do potrzeb danej osoby. W artykule prezentujemy propozycję narzędzia dedykowanego DOJ – kwestionariusza oceny jakości życia DOJ – oraz wnioski płynące z wstępnych wyników badań dokonane przy pomocy tego narzędzia.

Na wstępie doprecyzowania wymaga samo pojęcie „jakość życia”. Termin *jakość życia* (ang. *quality of life – QOL*) pojawił się w amerykańskim dyskursie naukowym po drugiej wojnie światowej i stopniowo zmieniał swoje znaczenie. Do dnia dzisiejszego badacze podejmują próby dokładnego sprecyzowania tego określenia. Pierwotnie oznaczało ono możliwość przedłużenia ludzkiego życia na podstawie czynników zdrowotnych (Zboina 2008). Obecnie w zakresie badań nad poziomem i jakością życia wyróżnia się dwa kierunki badawcze: pierwszy, który można uznać za dominujący, skupia się na dostrzeżeniu istoty jakości życia, szuka odpowiedzi na pytanie „czym jest jakość życia?” oraz poszukuje dróg do jej empirycznego odzwierciedlenia w powiązania między poziomem i jakością życia

a uwarunkowaniami ekonomicznymi, historycznymi itp. Drugi kierunek uwzględnia szerszy kontekst poziomu i jakości życia oraz podkreśla ich związki z czynnikami, które je kształtują: zjawiskami demograficznymi, ekonomicznymi, socjologicznymi czy nawet psychologicznymi (Kordos 1990).

W opisie jakości życia należy uwzględnić badania nad społeczeństwem polskim, prowadzone przez Janusza Czapińskiego, znane pod nazwą „cebulowa teoria szczęścia”. Do uzasadnienia swojej teorii autor wykorzystał metaforę cebuli, ze względu na jej warstwową budowę oraz trudny do uszkodzenia rdzeń, z którego warzywo może się odrodzić, nawet po naruszeniu zewnętrznych warstw. Struktura ta stała się dla badacza modelem szczęścia, który wyrażany jest w trzech warstwach:

1. uwarunkowana wewnątrznie wola życia stanowiąca rdzeń. Pozwala ona przetrwać przeżycia traumatyczne;
2. odczucia emocjonalne i ogólne poczucie dobrobytu;
3. częściowe zadowolenie z różnych sfer życia, np. z zarobków, małżeństwa czy dzieci. Jest to najwrażliwsza warstwa prezentowanego modelu.

Autor uważa, iż spadek woli życia zależy od wydarzeń zewnętrznych, lecz jej regeneracja odbywa się samoistnie. Pozostałe warstwy do odrodzenia potrzebują pozytywnych wzmocnień (Czapiński 1994). W ujęciu tym jakość życia odnosić się może do ostatniej warstwy, czyli sumy satysfakcji ze sfer częściowych. Badania przeprowadzone przez Czapińskiego ukazują duże zależności między obiektywnymi warunkami życia a odczuciem zadowolenia z życia.

Światowa Organizacja Zdrowia definiuje jakość życia jako „an individual's perception of their position in life in the context of the culture and value systems in which they live and in relation to their goals, expectations, standards and concerns” (tłumaczenie autorów: „postrzeganie przez jednostkę własnej sytuacji życiowej w kontekście kultury i systemów wartości, w których żyje oraz w odniesieniu do osobistych celów, oczekiwań, standardów i obaw”) (WHO 2020). Definicja ta, uzupełniona uwagami Czapińskiego, stanowić będzie teoretyczną podstawę prezentowanych badań.

PRÓBY OCENY JAKOŚCI ŻYCIA

Ocena jakości życia nie jest procesem łatwym. Spowodowane jest to głównie trudnościami diagnostycznymi, zmiennością badanych cech czy uwzględnienia indywidualnych potrzeb każdej jednostki. Obecne próby tworzenia narzędzi badawczych opierają się na integracyjnej wizji człowieka. Celem oceny jakości życia jest analiza sytuacji życiowej człowieka we wszystkich sferach funkcjonowania (Zboina 2008).

Narzędzie badawcze powinno zostać dobrane pod kątem uwzględnianych w badaniu czynników określających jakość życia oraz celu, jaki ma się zaimplementować. Obecnie podejmowane są próby dopracowania wskaźników psychometrycznych i socjomedycznych, które w najdokładniejszy sposób oddawałyby istotę badań. Efektem tych poszukiwań jest bogata baza skal służących do oceny jakości życia zależnej od zdrowia. Skale te obejmują szereg wymiarów jakości życia, opierając się szczególnie na stanie zdrowia i zwracając uwagę na zależność między dolegliwościami chorobowymi a odpowiednimi składowymi jakości życia. Istnieją także skale, które badają jakość życia uwarunkowaną zdrowiem z perspektywy bardziej ogólnej, uniwersalnej. Biorąc pod uwagę fakt, iż jakość życia jest odczuciem bardziej subiektywnym niż obiektywnym, to właśnie do takich badań stworzono najwięcej narzędzi. Ocena subiektywna jest nierzadko uzupełniania oceną obiektywną. Połączenie tych dwóch sfer badawczych ma na celu porównanie danych lub ich wzbogacenie (Zboina 2008).

Najczęściej oceniana jest jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia (*health related quality of life* – HRQOL). Zwraca się przy tym uwagę na jej dwa, wyżej już opisane aspekty: obiektywny i subiektywny. Badania obiektywne skupiają się głównie na ocenie wpływu leczenia na kontrolę symptomów i częstości występowania powikłań. Ocena subiektywna może być dokonana na podstawie pytań skierowanych do pacjenta. Do jej badania mogą się przydać:

- wypowiedź spontaniczna osoby badanej, odpowiedź na pytania ogólne, np.: jak się Pan/i czuje?;
- spontaniczne zadawanie serii pytań na podstawie wcześniej uzyskanych danych lub według przygotowanego wcześniej schematu;
- testy psychometryczne – stosowane głównie do diagnozy zaburzeń psychicznych;
- miary pośrednie, np. częstość zrezygnowania z leczenia danym lekiem;
- wystandaryzowane kwestionariusze (Cieślik, Podbielska 2015).

Wielu badaczy zwraca uwagę, że badania dotyczące jakości życia powinny respektować takie kategorie, jak: subiektywne dobre samopoczucie, zmienne fizyczne (samopoczucie, rodzaj i nasilenie symptomów choroby), zmienne psychologiczne (depresja, lęk), aktywność pacjenta (wypoczynek, praca, codzienne zajęcia), kontakty społeczne (przyjaciele, rodzina, jakość snu, życie seksualne, funkcje poznawcze i psychomotoryczne). Badacze interesujący się jakością życia zgodnie twierdzą, że należałoby stworzyć katalog ocenianych cech (nazywanych domenami), składających się na ogólne stwierdzenie jakości życia. Istnienie takiego katalogu umożliwiłoby uzyskanie ważnych danych związanych z oceną stanu zdrowia pacjenta, uwzględniając tym samym czynniki psychiczne, społeczne, skuteczność zażywanych leków, przeprowadzanych zabiegów oraz ich wpływu

na dalsze życie pacjenta. By móc jednak badać te sfery życia, należy skutecznie dobrać narzędzie badawcze do sytuacji, którą zamierza się oceniać (Zboina 2008).

Najczęściej stosowanymi narzędziami do oceny jakości życia są kwestionariusze. Wyróżnia się trzy rodzaje kwestionariuszy oceniających jakość życia:

1. Kwestionariusze ogólne: wykorzystywane są do badania jakości życia uwarunkowanej zdrowiem w szerokim zakresie. Stosowane są u osób zdrowych i chorych z różnymi dolegliwościami zdrowotnymi. Ich zaletą jest fakt, że wyniki mogą być porównywane w różnych grupach badawczych. Wadą natomiast jest mała wrażliwość na zmiany wywołane terapią.
2. Kwestionariusze specyficzne: mają nieco węższe zastosowanie. Wykorzystuje się je w określonej grupie chorych, a ich zaletą jest większa czułość na zmiany stanu zdrowia. Dzieli się je na:
 - a) kwestionariusze przeznaczone do oceny jakości życia chorych z konkretnym schorzeniem,
 - b) kwestionariusze oceniające wpływ określonej grupy leków na jakość życia,
 - c) kwestionariusze charakterystyczne dla grupy schorzeń, które mogą zostać wykorzystane do badania pacjentów cierpiących na tę samą chorobę.
3. Kwestionariusze mieszane: mają w sobie pewne elementy kwestionariusza ogólnego, ale ich przeznaczeniem jest określone schorzenie. Zalicza się tu kwestionariusze *ad hoc*, przygotowane z myślą o konkretnym badaniu klinicznym i tylko w nim stosowane.

Specjaliści zajmujący się oceną jakości życia zalecają jednoczesne stosowanie kwestionariusza ogólnego i specyficznego (Cieślik, Podbielska, 2015). Poniżej prezentujemy przegląd najpopularniejszych kwestionariuszy:

Kwestionariusz SF-36 – The Medical Outcomes Study 36-Items Short – Form Health Survey (SF-36) – to ogólne narzędzie do pomiaru jakości życia zależnej od stanu zdrowia. Jest pochodną *Medical Outcomes Study*. Może być wykorzystywany u osób powyżej 18. roku życia, zarówno zdrowych, jak i tych z różnymi schorzeniami. Aktualnie używana jest już druga wersja, stworzona w 1998 roku. Kwestionariusz składa się z 36 pytań w 11 kategoriach pozwalających wyróżnić osiem aspektów jakości życia. Są nimi: funkcjonowanie fizyczne, ograniczenie w pełnieniu ról spowodowanych zdrowiem fizycznym, dolegliwości bólowe, ogólne poczucie zdrowia, witalność, funkcjonowanie społeczne, ograniczenia w pełnieniu ról spowodowane problemami emocjonalnymi i poczucie zdrowia psychicznego. Dodatkowo ocenia się stan zdrowia w porównaniu ze stanem sprzed roku. Narzędzie to posiada polską wersję językową oraz określone normy dla grup osób zdrowych i określonymi chorobami (Cieślik, Podbielska 2015).

Kwestionariusz skrócony – The Short Form 12 – bada jakość życia z perspektywy fizycznej i psychicznej. Każda kategoria składa się z czterech podskala ocenianych na maksymalnie 50 punktów. W kategorii zdrowie fizyczne mieszczą się następujące podskale: funkcjonowanie fizyczne, rola ograniczeń fizycznych, ból fizyczny, ogólne zdrowie. Wynik całej kategorii stanowi średnia wartości wyników częściowych. Do kategorii zdrowie psychiczne należą: żywotność, funkcjonowanie społeczne, rola ograniczeń emocjonalnych, zdrowie psychiczne. Średnia wartość oceny tych czynników stanowi wskaźnik oceny jakości życia w kategorii zdrowia psychicznego. Ocena w skali SF-12 opiera się na wzorcach zewnętrznych. Są nimi normy stworzone dla populacji USA w 1998 roku. Udowodniono bowiem, że wzorzec ten nie odbiega od wzorca populacji pozostałych krajów europejskich.

Kwestionariusz Skrócony – The Six-Dimensional Health State Classification Short Form 6D (SF-6D) – narzędzie to stanowi modyfikację kwestionariusza SF-36. Składa się z 11 pozycji zawartych w SF-36, które umożliwiają dokonania oceny sześciu wymiarów jakości życia: funkcjonowania fizycznego, ograniczenia pełnionych ról, funkcjonowania społecznego, witalności, bólu, zdrowia psychicznego. Każdy z tych wymiarów posiada od 4 do 6 możliwych poziomów jakości życia. Każdy poziom punktowany jest w skali 0–1, gdzie 1 oznacza pełne funkcjonowanie w tym wymiarze, stan „111111” oznacza zatem doskonałą jakość życia (Cieślik, Podbielska 2015).

Kwestionariusz europejski – Euro-Quality of Life Questionnaire (EQ-5D) – to narzędzie ogólne, które może być stosowane u osób powyżej 12. roku życia. Stworzony został przez interdyscyplinarną grupę naukowców europejskich w 1987 roku. Pierwotnie był używany jako kwestionariusz uzupełniający. Współcześnie coraz częściej stosuje się go jako odrębne, samodzielne narzędzie. Składa się on z dwóch części:

1. Część opisowa, zawiera ocenę HRQOL w określonych kategoriach: możliwość poruszania się, samoopieka, codzienne czynności, dyskomfort i ból, niepokój i przygnębienie. Trudności ze względu na stan zdrowia w każdej z powyższych kategorii ocenia się na trzech poziomach:

brak problemów, umiarkowane nasilenie problemów, bardzo duże nasilenie.

2. (tzw. EQ-VAS) stanowi wizualną skalę analogową, z pomocą której osoba badana ocenia swój obecny stan w skali od 0 (najgorszy wyobrażalny stan zdrowia) do 100 (najlepszy wyobrażalny stan zdrowia). Interpretacja kwestionariusza opiera się na ściśle wyznaczonych zasadach. Wyniki części pierwszej należy przedstawić dla każdego z wymienionych poziomów w trzystopniowej skali (1 – brak ograniczeń, 3 – całkowita niemożność). Przykładowy wynik może wyglądać następująco: 13213. Oznacza to, że na pierwsze pytanie pacjent udzielił odpowiedzi 1 – nie mam żad-

nych trudności z poruszaniem się, w drugim pytaniu zaznaczył 3 – nie jestem w stanie zaopiekować się sobą itp. Wynik w skali VAS podawany jest oddzielnie.

Kwestionariusz ten posiada polską wersję językową oraz opracowane m.in. przez Zakład Farmakoekonomiki Uniwersytetu Warszawskiego, a opublikowane w 2010 roku, normy dla populacji polskiej (Cieślik, Podbielska 2015).

Kwestionariusz Światowej Organizacji Zdrowia – The World Health Organization Quality of Life – BREFF – jest to stosunkowo nowe narzędzie wykorzystywane do oceny jakości życia. Powstał na podstawie wcześniejszego kwestionariusza WHO. Kwestionariusz WHOQOLBREFF stosowany jest do oceny jakości życia osób zdrowych i chorych, w celach poznawczych i klinicznych. Składa się on z 26 pytań obejmujących cztery sfery życia: fizyczną, psychologiczną, społeczną i środowiskową. Narzędzie zawiera także dwa pytania oceniane oddzielnie: pytanie o subiektywną, ogólną percepcję jakości życia oraz pytanie o indywidualną ocenę własnego zdrowia. Odpowiedzi ocenia się w skali od 1 do 5. Im większa liczba punktów, tym lepsza jakość życia. Kwestionariusz został przystosowany do polskich warunków (Cieślik, Podbielska 2015).

Indeks Jakości Życia Ferransa i Powersa – Quality of Life Index – stanowi narzędzie badawcze służące od ilościowej oceny jakości życia pacjentów przewlekle chorych i zdrowych. Ocenia on jakość życia jako uczucie satysfakcji lub jej braku dotyczące ważnych dla jednostki dziedzin życia. Narzędzie to aktualnie dostępne jest w kilkunastu wersjach językowych, a jego modyfikacje dostosowane są do pacjentów z różnymi schorzeniami. Indeks składa się z dwóch części, z których każda ma po 34 pozycje. Pierwsza część bada satysfakcję z różnych sfer życia, druga – znaczenie tych sfer dla jednostki. Końcowy wynik jest sumą stopnia satysfakcji z odpowiadającym jej poziomem znaczenia badanych dziedzin (Zboina 2008).

Nottingham Health Profile (NHP) – jest popularnym w Europie ogólnym kwestionariuszem, posiadającym liczne wersje językowe. Został stworzony w celu wykonywania pomiarów problemów zdrowotnych z perspektywy pacjenta (część 1) oraz określenia wpływu tych problemów na codzienność chorego (część 2). Ocenianych jest 6 kategorii: ból, aktywność ruchowa, sen, energia, izolacja społeczna i reakcje emocjonalne. Druga część kwestionariusza dotyczy prac domowych, pracy zawodowej, zainteresowań, życia seksualnego i spędzania urlopu (Zboina 2008).

Mimo niewątpliwych zalet wymienionych kwestionariuszy, jak na przykład: stopień ich rozpowszechnienia, standaryzacja, w niektórych przypadkach polskie wersje, należy zauważyć, że nie dotyczą one specyficznych problemów DOJ i mogą dawać niemiarodajne wyniki. Narzędzie specjalnie przeznaczone do oceny jakości życia DOJ stanowiłoby rodzaj kwestionariusza specyficznego,

stosowanego głównie w jąkanii. Takie próby podejmowano na świecie z powodzeniem.

Najbardziej znanym narzędziem do samooceny jąkania i jakości życia osób jąkających się jest **The Overall Assessment of the Speaker's Experience of Stuttering – OASES** (Yaruss, Quesal 2006, 2016). Narzędzie to zostało opracowane na podstawie Międzynarodowej Klasyfikacji Upośledzeń, Niepełnosprawności i Upośledzeń Światowej Organizacji Zdrowia (*International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps – ICDH; WHO 1980, 1993*) i aktualnej ICF (WHO 2001, por. także Yaruss, Quesal 2004). Zamysłem autorów jest zbadanie doświadczeń osoby w zakresie jąkania, w tym reakcji na jąkanie, trudności komunikacyjnych (Yaruss, Quesal 2006). Badania przy pomocy OASES przewidują różne grupy wiekowe osób jąkających się: dzieci w wieku szkolnym (od 7 do 12 lat; OASES-S), nastolatków (od 13 do 17 lat; OASES-T) i dorosłych (od 18. roku życia; OASES-A). OASES zapewnia całościowe spojrzenie na zjawisko jąkania się. Ocena przeznaczona jest dla celów diagnostycznych, terapeutycznych i badawczych. OASES został po raz pierwszy opublikowany w 2006 roku, a następnie był poddawany kilkakrotnie rewizjom (Yaruss, Quesal 2006, 2010, 2016). O popularności kwestionariusza niech świadczy fakt, że został on przetłumaczony na prawie 30 języków, a próbki walidacyjne zebrano w ponad dziesięciu językach (arabskim, holenderskim, perskim/farsi, niemieckim, hebrajskim, japońskim, koreańskim, portugalskim, hiszpańskim, szwedzkim). Narzędzie podzielone jest na sekcje, na przykład u dzieci są to: I. informacje ogólne, II. reakcje na jąkanie, III. komunikacja, i ważna z punktu widzenia problematyki artykułu sekcja IV. oceniająca jakość życia. Badania wykazały, że jakość życia może się poprawić w wyniku odpowiednio zaprogramowanej i przeprowadzonej terapii osób jąkających się, więc kwestia jej adekwatnej oceny staje się istotna (Yaruss 2010).

Kwestia obniżenia jakości życia narasta wraz ze stopniem i czasem utrzymywania się zaburzenia, dlatego ocena jakości życia jest szczególnie ważnym problemem w przypadku DOJ.

KWESTIONARIUSZ OCENY JAKOŚCI ŻYCIA DOROSŁYCH OSÓB JĄKAJĄCYCH SIĘ

Ogólny cel, jakim jest ocena jakości życia dorosłych osób jąkających się, powoduje konieczność sformułowania celów bardziej szczegółowych. Za cele szczegółowe uznać należy wypracowanie metody i analizy opisu oceny jakości życia oraz ustalenie czynników wpływających na jakość życia w ogóle i w jąkanii.

Aby zrealizować powyższe cele, zastosowano jedną z najpopularniejszych metod badawczych – sondaż, nazywany diagnostycznym, ankietowym lub son-

dażem na grupie reprezentatywnej. Przedmiotem badań sondażowych są społeczne zjawiska, mające duże znaczenie dla wychowania, dodatkowo poziom opinii i świadomości społecznej, poglądów określonych grup, nasilania badanych zjawisk. Dotyczy on więc wszelkich zjawisk nieposiadających lokalizacji instytucjonalnej, lecz „rozproszonych” w społeczeństwie. Badania sondażowe zmierzają do wykrycia ich istnienia, a także przedstawienia wszelkich atrybutów funkcjonalnych i strukturalnych (Pilch, Bauman 2001). Posłużenie się metodą sondażu diagnostycznego w sposób naturalny powoduje przeważnie wybranie techniki badawczej w postaci ankiety – kwestionariusza diagnostycznego. Ankieta stanowi na tyle niesamodzielną technikę zdobywania dokumentów, że wielu pedagogów i socjologów nie uwzględnia jej w opisie technik badawczych. Jest ona bowiem szczególnym rodzajem wywiadu. W celu odróżnienia ankiety od wywiadu należy zwrócić uwagę na trzy cechy: zakres problematyki, stopień standaryzacji pytań oraz zasady jej przeprowadzania i powiązane z tym różnice w dystansie społecznym między badającym a badanym. Ankieta jest więc techniką zdobywania informacji, która polega na samodzielnym wypełnianiu specjalnych kwestionariuszy przed badanego. Pytania zawarte w ankiecie są ściśle, konkretne i jednoprotokowe. Są to najczęściej pytania zamknięte i zawierające kafeterię – zestaw możliwych odpowiedzi. Kwestionariusz ankiety wiąże się zazwyczaj z wąskim zagadnieniem lub szerszym problemem rozbitym na kilka szczegółowych zagadnień. Ankieta może być wypełniana przez badającego lub samego respondenta (Pilch, Bauman 2001).

Proponowany kwestionariusz składa się z 39 pytań, w tym 16 pytań zamkniętych, 8 otwartych oraz 15 półotwartych. W celu przejrzystej analizy, pytania pogrupowano w siedem sfer:

1. dane ogólne (1–5, 7),
2. codzienna komunikacja (6, 12, 22–25, 27–29, 35),
3. sfera zawodowa (11, 13–16),
4. sfera osobista (8, 9, 17, 18, 20, 21, 39),
5. zainteresowania (16, 26, 33, 34, 36–38),
6. marzenia z przeszłości i obawy (10, 19, 32),
7. sfera rodzinna (30, 31).

Celem kwestionariusza jest zdobycie informacji na temat wpływu niepełności oraz czynników psychicznych i społecznych (logofobii) na jakość życia badanych. Pytania ankietowe zostały sformułowane na podstawie metaanalizy kwestii podejmowanych w wywiadach diagnostycznych, problemów zgłaszanych przez samych pacjentów podczas terapii, czy wreszcie zadań do wykonania, sformułowanych samodzielnie przez DOJ, na ostatnim etapie terapii – etapie stabilizacji płynności mówienia. Obserwacje własne autorów wskazują, że 80–90% zadań składających się na program stabilizacyjny dotyczy sfery kontaktów społecz-

nych i problemów emocjonalnych, nie techniki mówienia. Jako przykłady specyficznego pytania dotyczących DOJ można wskazać pytanie 27. „Czy lubi Pani/Pan żartować/opowiadać dowcipy?”. Wielu jękających ma problem z opowiadaniem dowcipów; opowiadający koncentruje na sobie uwagę słuchaczy i musi wykazać się sprawnością językową w kluczowym momencie. Inne kwestie stwierdzające nie wprost stopień zadowolenia/jakości życia, to pytanie 32. „Czy chciałaby/chciałby Pani/Pan mieszkać w innym kraju?”, czy pytanie 36. „Czy chciałaby/chciałby Pani/Pani wziąć udział w jakimś kursie (np. języków obcych), dodatkowych szkoleniach lub rozpocząć studia?”. Osoby z chęcią zmiany kraju zamieszkania często mają dyskomfort związany z jakością życia, mimo ogólnej deklaracji, że wszystko w porządku. Podobnie osoby niechętnie zdobywaniu nowej wiedzy, czy umiejętności.

Pytania w kwestionariuszu sformułowano w sposób dostosowany do polskiego kontekstu społeczno-kulturowego i ułożono w porządku umożliwiającym prowadzenie naturalnej konwersacji. Całość zamieszczono na końcu prezentowanego artykułu.

WNIOSKI Z BADAŃ WSTĘPNYCH

Badaniu poddano 20 osób, w tym 13 kobiet i 7 mężczyzn, w wieku od 18 do 56 lat. Średni wiek w grupie kobiet wynosił 32 lata, natomiast w grupie mężczyzn około 30 lat. Wykształcenie wyższe miało 11 (55%) badanych, a 9 (45%) wykształcenie średnie.

10 (50%) badanych osób mieszkało w dużych miastach, 7 (35%) na wsi, a 3 (15%) w małych miastach. Dane dotyczące wielkości miejsca zamieszkania pozwalają na zestawienie ich z odpowiedziami dotyczącymi aktywności społecznej oraz kulturalnej, wyjść do teatru czy kina. Możliwości, jakie daje nam środowisko, w którym żyjemy, wpływają również na subiektywną chęć samorozwoju. Prawdopodobnie łatwiej jest podjąć decyzję o rozpoczęciu dodatkowego kursu lub studiów podyplomowych, gdy mieszka się w mieście, w którym nie trudno o ich dostępność, niż mieszkając na wsi.

U 17 (85%) badanych osób niepełność pojawiła się do 7. roku życia, u 3 (15%) w wieku wczesnoszkolnym. W momencie badania, na podstawie samooceny występowania niepełności, tylko 2 (10%) badanych stwierdza u siebie ciężkie nasilenie niepełności, 9 (45%) średnie, a pozostałe 9 (45%) niskie. Warto zauważyć, że tylko 6 (30%) badanych brało udział w terapii logopedycznej, która u 5 przyniosła pozytywne efekty.

Ankietowani mają różne podejście do kontaktów interpersonalnych. 18 (90%) osób ma dobre relacje z kolegami w pracy, a jeden badany określił te stosunki jako neutralne. Różnorodność odpowiedzi pojawia się w kwestii dotyczą-

cej kontaktów z innymi, nieznanymi dotąd osobami oraz podejmowania rozmów w autobusie czy windzie. 6 (30%) osób stanowczo unika kontaktów z innymi ludźmi, z czego połowa za powód wskazała jąkanie, lęk przed mówieniem i reakcją współrozmówców.

Wyniki związane ze sferą zawodową ankietowanych wykazały znaczną i częstą konieczność (16 osób – 80%) komunikowania się z innymi ludźmi w ramach obowiązków zawodowych. Odnotowano także brak satysfakcji z wykonywanej pracy u 6 (30%) badanych oraz dość dużą chęć zmiany stanowiska w przyszłości (9 osób – 45%).

Odpowiedzi dotyczące miejsca jąkania w skali osobistych problemów wskazują, że 11 osób (55%) nie uważa zaburzenia za istotną trudność w życiu. Jąkanie widnieje na górze tej hierarchii u 6 osób (30%).

Na jakość życia znaczny wpływ mają czynniki zdrowotne. 9 osób – 45% ankietowanych – odczuwa stale obniżony komfort życia spowodowany właśnie dolegliwościami zdrowotnymi. Nie ma to jednak związku z jąkaniem.

Poczucie jakości życia uwarunkowane jest także sytuacją materialną jednostki. Sytuacja materialna respondentów waha się między dobrą a średnią, 16 (80%) osób czuje bezpieczeństwo finansowe. Analiza informacji uzyskanych na temat sytuacji rodzinnej ankietowanych wykazała, że większość badanych jest w związkach partnerskich i ma raczej dobre relacje z pozostałymi członkami rodziny. Badani prowadzą z reguły aktywne życie towarzyskie, mają znajomych, z którymi spotykają się i aktywnie spędzają czas.

Interesująco przedstawia się interpretacja odpowiedzi związanych z subiektywnym poczuciem szczęścia badanych. 15 osób spośród ankietowanych (75%) czuje, że są szczęśliwe. Uzasadniano to głównie sytuacją rodzinną: posiadaniem partnera, dzieci, zdrowotną, realizowaniem pasji, samoakceptacją, rozwojem osobistym czy dobrą sytuacją materialną.

Subiektywne poczucie szczęścia, dotyczące całości życia, można interpretować w kategoriach „cebulowej teorii jakości życia”, którą daje suma satysfakcji ze sfer częściowych. Nie oznacza to jednak braku wpływu jąkania na jakość życia. Należy zauważyć, że głębsza warstwa modelu, warstwa emocjonalna, zostaje jednak naruszona. Jak wspomniano wcześniej, największy negatywny wpływ jąkania odnotowano w sferze codziennej komunikacji, zwłaszcza z osobami nieznanymi. 6 osób – 30% ankietowanych – ma problemy w sferze komunikacji społecznej, co związane jest z ugruntowanymi problemami emocjonalnymi na tle reakcji lękowych.

Ważniejszym wnioskiem jest jednak stwierdzenie, że jąkanie nie musi mieć jednoznacznie negatywnego wpływu na jakość życia osób dorosłych. Wyższy poziom jakości życia obserwuje się w grupie jąkających się kobiet. Część badanych stwierdzała podniesienie jakości życia dzięki terapii i działalności grup sa-

mopomocowych. Zdecydowana większość ankietowanych jest towarzyska (15 osób – 75%) i otwarta (13 osób – 65%). Odpowiedzi te najczęściej były zaznaczone w zestawieniu. 6 (30%) osób wskazało, że są nieśmiałe, 6 (30%) gadatliwe, 5 osób – 25% badanych – są ciche. Domatorów jest 20% (4 osoby), a osób wstydlivych 2 – 10%. W grupie kobiet zdecydowana większość (9 osób na 13) ma optymistyczne podejście do problemów, nie załamuje się i szuka rozwiązania. W przypadku mężczyzn również tak jest (4 osoby na 7). Mimo to 7 osób (35% całości) nie potrafi sobie poradzić z trudnościami tak łatwo. Brak jest jednak danych dotyczących rozwiązywania problemów wśród ludzi mówiących płynnie. 55% badanych angażuje się społecznie (11 osób). Dwie osoby działają w Ogólnopolskim Stowarzyszeniu Osób Jąkających się, pozostali są członkami różnych bardziej i mniej znanych grup czy stowarzyszeń. Dwie osoby nie wskazały konkretnej nazwy stowarzyszenia i wolontariatu. Badani są także aktywni w kulturowym aspekcie życia. 6 osób (30%), w tym 4 kobiety i 2 mężczyzn, wychodzi do kina, teatru czy opery przynajmniej raz w miesiącu. 10 osób (50%) – 7 kobiet i 3 mężczyzn – wybiera się tam parę razy w roku. 4 osoby (20%), w tym 2 kobiety oraz 2 mężczyzn, wybrały odpowiedź „rzadziej”. W tym przypadku należy interpretować te wyniki w związku z miejscem zamieszkania badanych, biorąc pod uwagę fakt, iż wieś lub małe miasteczko daje zdecydowanie mniej możliwości do uczestniczenia w życiu kulturalnym. Także analiza odpowiedzi dotyczących realizacji marzeń wykazała, że badani to osoby zdeterminowane, świadome swoich celów od dawna i dążące do ich realizacji. Ponadto większość z nich dobrze czuje się w kraju zamieszkania, 80% ankietowanych nie chce mieszkać poza Polską.

Badania pilotażowe potwierdzają przydatność kwestionariusza. Analiza jakościowa ankiet może w indywidualnych przypadkach wspomagać programowanie terapii (choćby poprzez wyznaczenie kategorii, w której występują deficyty komunikacyjne, emocjonalne lub społeczne), zaś opracowanie ilościowe danych pozwolić może na sądy uogólnione o jakości życia DOJ.

DYSKUSJA

Zaprezentowane wyniki badań wskazują na stosunkowo wysoki poziom jakości życia w badanej grupie, mierzony głównie subiektywnym poczuciem szczęścia.

Może się wydawać, że taki wynik pozostaje w sprzeczności ze stwierdzonym w literaturze negatywnym wpływie jąkania na jakość życia osób dorosłych (Craig, Blumgart, Tran 2009; Yaruss 2010; Koedoot et al. 2011; Mirmohammadkhani et al. 2015; Carter et al. 2017, Ścibisz, Węsierska 2019).

Solidne dane na ten temat przynosi badanie Ashleya Craiga, Eleine Blumgart i Yvonne Tran (2009). Badanie to obejmowało wykorzystanie omówionej wcześniej ogólnej oceny jakości życia o nazwie Medical Outcomes Study Short Form-36 (SF-36) w celu oceny wpływu jąkania u 200 DOJ. Wykonano porównanie grupy badanej z 200 dorosłymi w podobnym wieku i płci, którzy nie jękają się, w celu oszacowania wpływu jąkania na jakość życia. Badania wskazały, że jąkanie ma negatywny wpływ na jakość w sferach witalności, funkcjonowania społecznego, funkcjonowania emocjonalnego i stanu zdrowia psychicznego. Wyniki również wstępnie sugerują, że ludzie, którzy jękają się w stopniu ciężkim, mogą mieć wyższe ryzyko słabego funkcjonowania emocjonalnego. Wyniki badań wykazują, że w terapii DOJ należy uwzględnić konieczność zajęcia się emocjonalnymi i psychologicznymi aspektami jakości życia.

Podobne wyniki przynoszą badania Scotta Yarrusa (2010). Wykazują one, że w grupie 173 badanych DOJ przeważa obniżenie jakości życia. Tylko 12 % badanych stwierdziło, że jąkanie nie wpływa na ich relacje z innymi. W pozostałych przypadkach wpływ jąkania był znaczący, dla 28% niszczący całkowicie jakość relacji z innymi. Średnio 9% respondentów stwierdziło, że jąkanie nie zakłóca ich satysfakcji z komunikacji w ogóle, 38% badanych stwierdziło, że jąkanie nie przeszkadza im tylko w komunikacji w domu, pozostałym przeszkadza wszędzie. Średnio 36% respondentów wskazało, że jąkanie nie przeszkadza w ich związkach. Tylko 14% wskazało, że jąkanie negatywnie wpływa na związki „bardzo” lub „całkowicie”. Średnio 35% respondentów wskazało na brak negatywnego wpływu jąkania na zatrudnienie, chociaż 21% stwierdziło, że jąkanie przeszkadza im w pracy „w dużym stopniu” lub „całkowicie”. Co do wpływu jąkania na inne aspekty życia średnio 36% respondentów nie wskazało żadnego negatywnego wpływu, podczas gdy 22% wskazało, że jąkanie przeszkadza im „bardzo” lub „całkowicie” i doświadczyło obniżonej jakości życia w różnych aspektach swojego życia z powodu jąkania, chociaż u niektórych respondentów niepełność występowała w minimalnym stopniu.

Wnioski tego typu są potwierdzane na całym świecie. Badania holenderskie 91 DOJ wskazały, że umiarkowane i ciężkie jąkanie ma negatywny wpływ na ogólną jakość życia. Domeny funkcjonowania, które były w przeważającym stopniu dotknięte, to mowa, emocje, poznanie, ból, codzienne czynności. Często towarzyszył temu lęk i depresja. Ponadto stwierdzono, że na związek między ciężkością jąkania a jakością życia miał wpływ indywidualny styl radzenia sobie – zorientowany na emocje lub zorientowany na działanie (Koedoot i wsp., 2011). Z kolei badania irańskie przeprowadzone zostały na 78 DOJ (61 mężczyzn i 17 kobiet) i 78 osobach z grupy kontrolnej, przy pomocy SF-36. Wykazały one znaczącą różnicę między grupami w średnich ocenach: jakości życia, zdrowia ogólnego i emocjonalnego, funkcji społecznych i fizycznych, witalności i ograniczeń

w pełnieniu ról społecznych. W rezultacie potwierdzono, że jąkanie ma negatywny wpływ na różne wymiary jakości życia u poszczególnych osób. Dlatego należy zwrócić szczególną uwagę na profilaktykę i terapię, zanim jąkanie osiągnie stan zaawansowany (Mirmohammadkhani et al. 2015). Do podobnych wniosków sprowadzają się wyniki prac opublikowanych w ostatnich latach, także w Polsce (Ścibisz, Węsierska 2019). Dlatego nie ustają próby teoretycznego i praktycznego opracowania wpływu jąkania na jakość i określenia rozwiązań możliwych do wykorzystania w terapii (por. Carter et al. 2017).

W świetle powyższych ustaleń należy rozważyć różnice w otrzymanych wynikach badań wstępnych, otrzymanych przy pomocy prezentowanego kwestionariusza.

Po pierwsze trzeba zwrócić uwagę na fakt, że istniały istotne różnice w doborze osób do grupy badanej; cytowane opracowania uwzględniały przeważnie DOJ z wysokim lub średnim nasileniem nie płynności. W opisywanym badaniu nie dokonywano niezależnej oceny próbą sylabową, zaś samoocena częstości występowania nie płynności wskazuje tylko w 10% na ciężkie jąkanie.

Po drugie stwierdzić należy, że aż dla 30% ankietowanych osób jąkanie jest największym problemem, u 30% występują problemy komunikacyjne, 30% jest niezadowolonych ze swojej pracy, 45% chce ją zmienić. Daje to wyniki zbliżone do cytowanych wcześniej danych z literatury przedmiotu.

Oznacza to, że kwestionariusz prawidłowo interpretuje problemy DOJ, różnica wyników wiąże się tylko z liczebnością grupy i natężeniem jąkania. Z pewnością gdyby wziąć pod uwagę tylko przypadki znacznego nasilenia nie płynności, wpływ jąkania na jakość życia byłby większy. Zatem w przyszłych, większych badaniach wpływu jąkania na jakość życia dobrze byłoby dodatkowo uwzględnić obiektywną ocenę płynności mówienia, dokonywaną przy pomocy próby sylabowej, aby precyzyjniej korelować wyniki oceny jakości życia z nasileniem zaburzenia mowy.

Inną kwestią jest zagadnienie ewentualnej normalizacji. Jak wspomniano, ogólne kwestionariusze przeważnie mają normy, ale są mało wrażliwe na problemy osób jąkających się i mogą wykazywać dane fałszywie ujemne, na przykład obniżenie jakości życia z innych względów niż jąkanie lub fałszywie dodatnie – nie uwzględniać sfer komunikacji językowej, wykazując ogólnie wysoką jakość życia, zgodnie z „cebulową teorią szczęścia”. Co więcej, wyniki analizy poszczególnych odpowiedzi w kwestionariuszach ogólnych wydają się mało przydatne w programowaniu terapii logopedycznej. Pożądanym, ale trudnym do realizacji rozwiązaniem byłaby standaryzacja specyficznych kwestionariuszy dla jąkania, które mierzyłyby jakość życia w różnych grupach wiekowych. Jak do tej pory najbardziej udaną próbą jest wspomniana ocena przy pomocy OASES

(Yaruss, Quesal 2006, 2016). Pozostaje to jednak wyzwaniem dla przyszłych badań w tym zakresie.

KWESTIONARIUSZ OCENY JAKOŚCI ŻYCIA DOROSŁYCH OSÓB JĄKAJĄCYCH SIĘ

1. Płeć a) Kobieta b) Mężczyzna
2. Wiek
3. Wykształcenie a) podstawowe b) gimnazjalne c) zawodowe d) średnie e) wyższe
4. Gdzie Pani/Pan mieszka? a) Wieś b) Miasto do 50 tys. mieszkańców c) Miasto do 100 tys. mieszkańców d) Miasto powyżej 100 tys. mieszkańców
5. Od jak dawna się Pani/Pan jąka?
6. Jak często występuje u Pani/Pana niepełność? a) W każdej wypowiedzi b) Czasami c) Tylko w pewnych sytuacjach d) Rzadko
7. Czy uczęszcza Pani/Pan na terapię logopedyczną?
a) Tak.
Jak często?
Czy efekty Panią/Pana zadowolają? Dlaczego?
b) Nie
8. Czy w skali Pani/Pana osobistych problemów jąkanie jest:
a) Na dole
b) Nieco wyżej niż na dole
c) Pośrodku
d) Blisko szczytu
e) Na szczycie
9. Czy z powodu jakiegoś problemu zdrowotnego ma Pani/Pan stale obniżony komfort życia?
a) Tak
b) Nie
10. Gdzie obecnie Pani/Pan pracuje?
11. Czy Pani/Pana praca wymaga stałej komunikacji z innymi osobami (przyjmowanie, obsługa klientów itp.)?
a) Tak
Jak często?
b) Nie
12. Jakie ma Pani/Pan relacje z kolegami w pracy?
a) Dobre. Często ze sobą rozmawiamy
b) Dobre, ale nie rozmawiamy zbyt często

- c) Neutralne
 - d) Tylko służbowe
13. Czy Pani/Pana obecna praca spełnia Pani/Pana oczekiwania zawodowe?
- a) Tak
 - b) Nie
- Dlaczego?
14. Czy chciałaby/by Pani/Pan w przyszłości zmienić stanowisko pracy?
- a) Tak
- Na jakie? Dlaczego?
- b) Nie
15. Czy obecna praca zawodowa naraża Panią/Pana na stres?
- a) Tak
- W jaki sposób?
- b) Nie
16. Czy ma Pani/ Pan na swoim koncie szczególne osiągnięcie (np. sportowe, zawodowe, naukowe itp.)?
- a) Tak
- Jakie?
- b) Nie
17. Jak ocenia Pani/ Pan swoją sytuację materialną?
- a) Bardzo dobra
 - b) Dobra
 - c) Średnia
 - d) Nie za dobra
 - e) Zła
18. Czy czuje się Pani/Pan bezpieczny finansowo?
- a) Tak
 - b) Nie
- Dlaczego?
19. Kim chciała/chciał Pani/Pan zostać, gdy była/był Pani/ Pan dzieckiem?
20. Jak określi Pani/Pan swoją osobowość? (można wybrać więcej niż jedną odpowiedź)
- a) towarzyski
 - b) cichy
 - c) nieśmiały
 - d) gadatliwy
 - e) otwarty
 - f) domator
 - g) wstydlivy
 - h) inne

21. Jakie ma Pani/Pan podejście do problemów?
- a) Nie ma się czym martwić, zawsze jest rozwiązanie
 - b) Nie wiem jak sobie z tym poradzę
22. Czy unika Pani/Pan kontaktów z innymi ludźmi?
- a) Tak
Dlaczego?
 - b) Nie
Dlaczego?
23. Jak często rozmawia Pani/Pan przez telefon?
- a) Często
 - b) Czasami
 - c) To zależy
 - d) Tylko gdy muszę
24. Czy stresuje się Pani/Pan, gdy musi Pani/Pan zadzwonić (do urzędu/na infolinię) w celu załatwienia ważnej dla Pani/Pana sprawy?
- a) Tak
Dlaczego?
 - b) Nie
c) Wolę załatwiać takie sprawy osobiście
25. Ilu ma Pani/Pan znajomych, z którymi utrzymuje Pani/Pan bliski kontakt?
- Jak często się spotykacie?
26. Jak spędza Pani/Pan czas ze znajomymi?
27. Czy lubi Pani/Pan żartować/opowiadać dowcipy?
- a) Tak
 - b) To zależy
 - c) Tylko przy niektórych osobach
 - d) Nie
28. Czy lubi Pani/Pan poznawać nowe osoby?
- a) Tak
 - b) Nie
Dlaczego?
29. Czy podejmuje Pani/Pan rozmowę z nieznanymi, np. w autobusie, w windzie?
- a) Tak
 - b) Nie
30. Czy aktualnie jest Pani/Pan w związku partnerskim/małżeńskim?
- a) Tak
Jak długo?

- Gdzie/ w jaki sposób poznała/poznał Pani/Pan swojego partnera/partnerkę?
b) Nie
31. Jakie ma Pani/Pan relacje z rodziną?
a) Bardzo dobre, jesteśmy ze sobą bardzo zżyci
b) Dobre, rozmawiamy od czasu do czasu
c) Obojętne
d) Złe
32. Czy chciałaby/chciałby Pani/Pan mieszkać w innym kraju?
a) Tak
W jakim?
b) Nie
33. Czy udziela się Pani/Pan społecznie (wolontariaty, fundacje, stowarzyszenia itp.)?
a) Tak
Gdzie?
b) Nie
34. Jak często chodzi Pani/Pan do kina, teatru, opery itp.?
a) Przynajmniej raz w miesiącu
b) Parę razy w roku
c) Rzadziej
d) Nie chodzę
35. Czy komunikuje się Pani/Pan w jakimś obcym języku?
a) Tak
b) Nie
36. Czy chciałaby/chciałby Pani/Pani wziąć udział w jakimś kursie (np. języków obcych), dodatkowych szkoleniach lub rozpocząć studia?
a) Tak
b) Nie
37. Czym się Pani/Pan interesuje?
38. Co lubi Pani/Pan robić w wolnym czasie?
39. Czy może Pani/Pan powiedzieć, że jest Pani/Pan osobą szczęśliwą?
a) Tak
Dlaczego?
b) Nie
Dlaczego?

BIBLIOGRAFIA

- Carter J, Breen L., Yarus J. S., Beilby J., 2017, *Self-efficacy and quality of life in adults who stutter*, "Journal of Fluency Disorders", vol. 54, December, s. 14-23.
- Cieślak B., Podbielska H., 2012, *Przegląd wybranych kwestionariuszy oceny jakości życia*, „Inżynieria Biomedyczna”, 2, s. 102–135.
- Craig A., Blumgart E., Tran Y., 2009, *The impact of stuttering on the quality of life in adults who stutter*, "Journal of Fluency Disorders", 34, s. 61–71.
- Czapiński J., 1994, *Psychologia szczęścia. Przegląd badań i zarys teorii cebulowej*, Warszawa.
- Koedoot C., Bouwmans C., Franken M-Ch, Stolk E., 2011, *Quality of life in adults who stutter*, "Journal of Communication Disorders", Jul.-Aug., 44(4), s. 429–43.
- Kordos J., 1990, *Pomiar ubóstwa w Polsce*, „Wiadomości Statystyczne”, s. 1–6.
- Mirmohammadkhani M., Kasbi F., Mokhlesin M., 2015, *Effects of Stuttering on Quality of Life in Adults Who Stutter*, „Middle East Journal of Rehabilitation and Health Studies”, 2(1).
- Pilch T., Bauman T., 2001, *Zasady badań pedagogicznych. Strategie ilościowe i jakościowe*, Warszawa.
- Ścibisz K., Węsierska K., 2019, *Jakość życia dorosłych osób z jękaniem – implikacje dla praktyki logopedycznej*, „Listy klinické logopedie”, 3(2), s. 80–89.
- World Health Organization, 1980, *International classification of impairments, disabilities and handicaps: A manual of classification relating to the consequences of disease*.
- World Health Organization, 1993, *International classification of impairments, disabilities and handicaps: A manual of classification relating to the consequences of disease*.
- World Health Organization, 2001, *The International Classification of Functioning, Disability and Health*.
- World Health Organization, 2020, *WHOQOL: Measuring Quality of Life*, Retrived 22 May 2020.
- Yarus J.S., 2010, *Assessing quality of life in stuttering treatment outcomes research*, "Journal of Fluency Disorders", 35(3), s. 190–202.
- Yarus J.S., Quesal R.W., 2004, *Stuttering and the International Classification of Functioning, Disability, and Health (ICF): An update*, "Journal of Communication Disorders", 37, s. 35–52.
- Yarus J., Quesal R.W., 2006, *Overall Assessment of the Speaker's Experience of Stuttering (OASES): Documenting multiple outcomes in stuttering treatment*, "Journal of Fluency Disorders", 31, s. 90–115.
- Yarus J.S., Quesal R.W., 2010, *Overall Assessment of the Speaker's Experience of Stuttering (OASES)*.
- Yarus J.S., Quesal R.W., 2016, *Overall Assessment of the Speaker's Experience of Stuttering (OASES)*.
- Zboina B., 2008, *Jakość życia osób starszych*, Ostrowiec Świętokrzyski.