

Svjesnost odgojitelja o poremećajima tečnosti govora

Vuko, Ivana

Master's thesis / Diplomski rad

2020

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, Faculty of Education and Rehabilitation Sciences / Sveučilište u Zagrebu, Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:158:589203>

Rights / Prava: [In copyright](#) / [Zaštićeno autorskim pravom.](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2025-03-16**



Repository / Repozitorij:

[Faculty of Education and Rehabilitation Sciences - Digital Repository](#)



Sveučilište u Zagrebu
Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet

Diplomski rad
Svjesnost odgojitelja o poremećajima tečnosti govora

Ivana Vuko

Zagreb, lipanj 2020.

Sveučilište u Zagrebu
Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet

Diplomski rad
Svjesnost odgojitelja o poremećajima tečnosti govora

Ivana Vuko

Doc.dr.sc.Ana Leko Krhen

Zagreb, lipanj 2020.

Izjava o autorstvu rada

Potvrđujem da sam osobno napisala rad “*Svjesnost odgojitelja o poremećajima tečnosti govora*” i da sam njegova autorica.

Svi dijelovi rada, nalazi ili ideje koje su u radu citirane ili se temelje na drugim izvorima jasno su označeni kao takvi te su adekvatno navedeni u popisu literature.

Ime i prezime studenta: Ivana Vuko

Mjesto i datum: Zagreb, 1.6.2020.

Svjesnost odgojitelja o poremećajima tečnosti govora

Ivana Vuko

Doc.dr.sc. Ana Leko Krhen

Logopedija

Sažetak:

Cilj ovog rada bio je ispitati razinu svjesnosti odgojitelja u dječjim vrtićima u Republici Hrvatskoj o poremećajima tečnosti govora, odnosno njihova znanja o poremećajima tečnosti govora. Također, nastojala su se ispitati uvjerenja odgojitelja o djeci s poremećajima tečnosti govora, o ulozi okoline i ulozi odgojitelja u razvoju poremećaja tečnosti govora kod djeteta, te poznavanje strategija prikladnih za rad s djecom s poremećajima tečnosti govora. Za potrebe istraživanja kreiran je upitnik pod nazivom "Svjesnost odgojitelja o poremećajima tečnosti govora". Ispitano je 170 odgojitelja, a razlike među njihovim odgovorima su se analizirale s obzirom na tri varijable: duljina radnog iskustva, usavršavanje tijekom obrazovanja i/ili radnog vijeka na temu poremećaja tečnosti govora i prisutnost stručnog suradnika-logopeda u vrtiću.

Odgojitelji su pokazali djelomično poznavanje poremećaja tečnosti govora. Na bolje znanje odgojitelja utječe duljina radnog iskustva, dok usavršavanje tijekom obrazovanja i/ili radnog vijeka, te prisutnost stručnog suradnika-logopeda u vrtiću ne utječe na znanje odgojitelja o poremećajima tečnosti govora. Odgojitelji imaju neka negativna uvjerenja o djeci s poremećajima tečnosti govora, te ne poznaju dovoljno strategije koje su prikladne u radu s djecom s poremećajima tečnosti govora. No, svjesni su važnosti uloge odgojitelja u životu djeteta s poremećajem tečnosti govora, te iskazuju potrebu za boljom edukacijom i podrškom.

Ključne riječi: poremećaji tečnosti govora, odgojitelji, svjesnost

Kindergarten teachers' awareness of speech fluency disorders

Ivana Vuko

Doc.dr.sc. Ana Leko Krhen

Speech and Language Pathology

Summary:

The main goal of this research was to determine the level of speech fluency disorders awareness amongst kindergarten teachers in Croatia, based on their knowledge of speech fluency disorders. Also, their beliefs about children with speech fluency disorders, about the role of environment and kindergarten teachers in development of speech fluency disorders in children, and their beliefs about which strategies to use when talking to children with speech fluency disorders were investigated as well. A questionnaire under the name "Kindergarten teachers' awareness of speech fluency disorders" was created for this purpose. Responses of 170 kindergarten teachers were collected and the differences between them were analyzed according to three variables: years of experience, education on speech fluency disorders, presence of speech and language pathologist in kindergarten.

The results showed that kindergarten teachers in Croatia have partial knowledge of speech fluency disorders. Teachers with more years of experience have better knowledge of speech fluency disorders, while education on fluency disorders and the presence of speech and language pathologist in kindergarten do not affect the knowledge of kindergarten teachers. Also, kindergarten teachers hold some negative beliefs about children with speech fluency disorders, and do not know what strategies to use when talking to children with speech fluency disorders. But, they are well aware of how important their role is in the lives of children with speech fluency disorders, and show the need for better education and support in the field of speech fluency disorders.

Key words: speech fluency disorders, kindergarten teachers, awareness

Sadržaj

| | |
|---|----|
| 1. UVOD..... | 1 |
| 2. POREMEĆAJI TEČNOSTI GOVORA | 3 |
| 2.1. MUCANJE | 4 |
| 2.1.1. Mucanje kroz povijest i kulturu..... | 4 |
| 2.1.2. Definicija mucanja..... | 5 |
| 2.1.3. Pojava i razvoj mucanja..... | 7 |
| 2.1.4. O uzrocima mucanja | 10 |
| 2.1.4.1. Konstitucijski faktori..... | 10 |
| 2.1.4.2. Razvojni faktori | 11 |
| 2.1.4.3. Okolinski faktori | 12 |
| 2.2. SINDROM BRZOPLETOSTI..... | 12 |
| 2.2.1. Problem definicije | 14 |
| 2.2.2. Etiologija sindroma brzopletosti | 15 |
| 2.3. POREMEĆAJI TEČNOSTI GOVORA U RANOM DJETINJSTVU I ULOGA ODGOJITELJA..... | 16 |
| 3. PROBLEM ISTRAŽIVANJA..... | 19 |
| 3.1. Cilj istraživanja | 19 |
| 3.2. Hipoteze | 20 |
| 4. METODE ISTRAŽIVANJA | 21 |
| 4.1. Uzorak ispitanika..... | 21 |
| 4.2. Mjerni instrument..... | 22 |
| 4.3. Način provođenja istraživanja..... | 23 |
| 4.4. Metode obrade podataka | 23 |
| 5. REZULTATI | 24 |
| 5.1. Znanje odgojitelja o poremećajima tečnosti govora | 24 |
| 5.2. Uvjerjenja odgojitelja o poremećajima tečnosti govora..... | 29 |
| 5.2.1. Razlike u uvjerenjima odgojitelja prema duljini radnog iskustva | 31 |
| 5.2.2. Razlike u uvjerenjima odgojitelja prema usavršavanju tijekom obrazovanja i/ili radnog vijeka na temu poremećaja tečnosti govora..... | 33 |
| 5.2.3. Razlike u uvjerenjima odgojitelja prema prisutnosti stručnog suradnika-logopeda u vrtiću u kojem je odgojitelj zaposlen | 35 |
| 5.3. Komentari odgojitelja | 37 |
| 6. RASPRAVA | 39 |

| | |
|------------------------------------|----|
| 7. VERIFIKACIJA PRETPOSTAVKI | 42 |
| 8. ZAKLJUČAK | 43 |
| 9. LITERATURA: | 45 |
| PRILOG | 50 |

1. UVOD

Sposobnost komunikacije prožima svaki aspekt čovjekova života. Od rođenja do trenutka njegove smrti čovjek je primoran komunicirati s okolinom. Najlakše to ostvaruje putem govora, koji je dominantno i tipično sredstvo ljudske komunikacije. Govor nam omogućava izražavanje vlastitih potreba i želja, ostvarivanje temeljnih ljudskih prava, napredak u akademskom i poslovnom svijetu. Isto tako, govor nam je nužan za izgradnju socijalnih odnosa, koji su s obzirom na to da je čovjek socijalno biće, nepohodni za njegov rast i razvoj.

Govor se kod neke djece razvija neometano i u skladu sa svim očekivanjima, dok kod druge djece može doći do pojave nekog govornog poremećaja. U tu kategoriju ubrajamo i poremećaje tečnosti govora, poput mucanja i brzopletosti. Poremećaji tečnosti govora mogu narušiti tijek komunikacije i utjecati na ponašanje sugovornika. Prema Ljubešić (1993), posebno ugrožena skupina su djeca koja mucaju zbog opasnosti od pojave straha pred govorom i izbjegavanja govornih situacija te cjelokupnog utjecaja na ponašanje djeteta.

Dok djeca koja mucaju mogu razviti strah od govora i govornih situacija, okolina prema takvoj djeci može razviti brojne negativne stereotipe, i svojim reakcijama podržati daljni razvoj poremećaj (Guitar,2014). Stereotipi se vezuju čak i za djecu u jako ranoj dobi, od samo tri godine (Betz i sur.,2008). To je dob koja se poklapa s polaskom djeteta u vrtić, što je prva velika prekretnica u njegovu mladom životu i susretanje s jednom potpuno novom okolinom.

Vrtić je mjesto u kojem dijete provodi većinu svog vremena, te će kao takvo ostaviti utjecaj na njegov socijalni, emocionalni i kognitivni razvoj (Sahin, Turkun Dostoglu, 2012). Dijete u vrtiću razvija socio-emocionalne vještine, kao što su adekvatno izražavanje potreba, kontrola emocija, nošenje s frustracijama (Bailey i sur., 2013). Pred djetetom se otvara novi svijet u kojem se upoznaje sa drugom djecom i odgojiteljima, koji postaju dio njegovog odrastanja. Uloga odgojitelja je osigurati djetetu pozitivno ozračje, koje će poticati njegovo učenje i razvoj (Bailey i sur.,2013). Uz adekvatno znanje uloga odgojitelja zahtijeva veliku dozu posvećenosti i motivacije, s obzirom na to da radi s najosjetljivijom društvenom skupinom, te svaki njegov postupak može utjecati na djetetov život.

S obzirom na to da su djeca s poremećajima tečnosti govora podložna stvaranju negativnih stereotipa, te nailaze na nerazumijevanje od strane okoline, važno je da odgojitelj bude svjestan poremećaja tečnosti govora, odnosno da raspolaže temeljnim znanjem i ima pozitivan stav, kako bi se na adekvatan način znao odnositi prema djetetu, učiniti njegovo okruženje ugodnim i prijateljskim i time mu omogućiti slobodno izražavanje bez straha.

2. POREMEĆAJI TEČNOSTI GOVORA

Prema Starkweather (1987; prema Manning, 2010) tečan govor ima nekoliko obilježja. Odvija se kontinuirano, što znači da su slogovi i riječi kojima se prenose informacije povezani neprekidnim i logičkim slijedom. Brzina govora mora biti u skladu sa situacijskim čimbenicima (formalnost situacije, okruženje, pozadinska buka). Posljednje i najvažnije obilježje tečnog govora jest izvođenje s lakoćom, uz minimalan uloženi trud.

Upravo suprotno, netečan govor podrazumijeva povećan broj oklijevanja, ponavljanja, zastoja, ispravljanja, poštapalica, stanki (Sardelić, Brestovci, Heđever, 2001). Može se javiti kod svake osobe u određenoj situaciji, ali može biti i karakteristika govora osobe, što je posljedica njezina načina mišljenja, sredine iz koje dolazi ili možda nepravilnog govornog odgoja.

Važno je naglasiti to da svaki netečan govor nije poremećaj, a govorne netečnosti dijelimo u dvije kategorije: normalne i mucajuće netečnosti (Wingate, 1964). Kao normalne netečnosti, koje se mogu povremeno pojaviti u govoru bilo koje osobe, generalno se smatraju: oklijevanja, umetanje poštapalica, ponavljanja cijelih riječi, ponavljanja fraza (Ambrose, Yairi, 1999). Najčešće se događaju kada osoba ne može pronaći odgovarajuću riječ, želi preformulirati poruku ili je ometena (Yairi i Seery, 2015). S druge strane, kao mucajuće netečnosti, koje imaju ozbiljniji karakter i ukazuju na poremećaj, navode se: ponavljanje dijelova riječi, slogova ili glasova, produljavanje glasova, blokade (Yairi, 2007). Osim tipa netečnosti, važno je uzeti u obzir i frekvenciju pojavljivanja, koja je kod osoba s poremećajem tečnosti govora mnogo veća nego kod ostalih govornika (Yairi i Seery, 2015).

ASHA (1993) definira poremećaj tečnosti govora kao prekid govornog tijeka karakteriziran atipičnom brzinom, ritmom i ponavljanjem glasova, slogova, riječi i fraza. Sve to može biti popraćeno pretjeranom napetošću, govornim naporom i sekundarnim ponašanjima.

Skupini poremećaja tečnosti govora pripadaju mucanje i brzopletost.

2.1. MUCANJE

2.1.1. Mucanje kroz povijest i kulturu

Mucanje je poremećaj koji je oduvijek bio prisutan u životima ljudi. Star je kao ljudski govor, prisutan u svim svjetskim kulturama, etničkim grupama, rasama i jezicima (Leon-Sarmiento, Paez i Hallet, 2012). Još su stari Egipćani prepoznali fenomen mucanja, 2000 godina prije nove ere. Tako se mucanje vezuje uz istaknuti biblijski lik Mojsija (Brosch i Pirsig, 2001; Garfinkel, 1995; Cicurel i Shvarts, 2003). Sam Mojsije svoj govor opisuje kao spor, oklijevajući i nerazgovjetan. Kroz njegove iskaze odražava se i strah od javnog govora (Cicurel i Shvarts, 2003).

Kada govorimo o mucanju kroz povijest, neizbježno je spomenuti i jednog od najvećih govornika antičke Grčke, Demostena. Ne samo da je bio najveći govornik u antičkoj Grčkoj, već jedan od najboljih govornika svih vremena. Rođen je 383. godine prije nove ere, u Pesni. Počeo je mucati vrlo rano, a i otac mu je mucao (Borzić, 1994). Unatoč govornoj mani, bio je odlučan u tome da postane govornik. U svojim prvim javnim nastupima bio je ismijavan, a njegov govor okarakteriziran kao slab i nerazumljiv, uz česte prekide (Van Riper, 1992; prema Cicurel i Shvarts, 2003). Bio je uporan i domišljat u svojim nastojanjima da prevlada netečnost, i usavrši svoje govore. Stavljao je kamenčić ispod jezika kako bi postigao lakši izgovor; jačao je glas vičući uz zvuk razbješnelih morskih valova, te je učio govor uz izražavanje emocija od jednog glumca (Galić-Jušić, 2001). Imao je strah od publike i javnog govora, izbjegavao je spontane govore, te je svoje nastupe uvijek detaljno pripremao i uvježbavao (Cicurel i Shvarts, 2003).

U novijoj povijesti, a posebice tijekom 18. i 19. stoljeća, uzrok mucanja povezivao se s patologijom govornih organa, osobito jezika (Borzić, 1994). U skladu s tim, korištene su kirurške metode otklanjanja tih deficita. Kako bi se govorniku povratila tečnost govora, poduzimale su se radikalne mjere. Kirurzi su pravili rezove na mišićima jezika, također i na nekim živcima koji okružuju jezik, skraćivala se uvula i uklanjali su se krajnici (Brosch i Pirsig, 2001). Na sreću pacijenata, ovakav pristup konačno je napušten, kada su shvatili da je rizik od toga da pacijent iskrvari na stolu prevelik, te da je ovakva metoda očito više štetna, nego učinkovita.

Iz ovog pregleda vidljivo je kako su tijekom povijesti bila prisutna mnoga nastojanja u otkrivanju uzroka mucanja, i načina njegovog liječenja. Ista tradicija nastavlja se i u suvremenom periodu

proučavanja mucanja, kada se stručnjaci različitih profila javljaju s oprečnim mišljenjima o etiologiji poremećaja.

2.1.2. Definicija mucanja

Mucanje je kompleksan poremećaj, koji zadire u gotovo sva polja čovjekova života. Unatoč mnogim pokušajima, ne postoji jedinstvena definicija mucanja, prihvaćena od strane svih stručnjaka koji su se posvetili proučavanju tog fenomena. Yairi i Seery (2015) ističu važnost ispravne definicije, zbog toga što ona ima direktan utjecaj na teoriju, istraživanje i kliničku primjenu. Nadalje, navode kako je definicija orjentir prilikom donošenja odluke o tome kod koga i na koji način će se identificirati mucanje, tko će primiti odgovarajući tretman, te kako će se naposljetku procjeniti napredak u terapiji.

Jednu od prvih i najopsežnijih definicija mucanja dao je Wingate (1964). On mucanje promatra kao govorni poremećaj, pa su u srži njegove definicije uočljive, govorne karakteristike mucanja. Dakle, prema Wingate (1964) mucanje je prekid govorne tečnosti, karakteriziran nevoljnim ponavljanjem ili produljavanjem glasova, slogova i jednosložnih riječi. Navedeno može biti popraćeno nekim sekundarnim ponašanjima (npr. napeti pokreti govornog aparata ili drugih dijelova tijela) i pretjeranom emocionalnom napetošću, strahom i sramom od govora. On smatra kako su govorne karakteristike jedino univerzalno i mjerljivo ponašanje, na temelju kojeg se može identificirati mucanje, dok je prisutnost ostalih značajki varijabilna kod osoba koje mucaju. U novije vrijeme mucanju primarno s aspekta govornih karakteristika pristupa Guitar (2014) te ga definira kao prekide govorne tečnosti abnormalne učestalosti i/ili trajanja. Prekide dijeli u podskupine: a) ponavljanje glasova, slogova, jednosložnih riječi; b) produljavanje glasova; c) blokade.

S druge strane, ponešto drugačiji pristup definiranju mucanja imali su Perkins (1983) i Bloodstein (1987; prema Onslow, 2018). Njihove definicije su više subjektivne, perceptivne prirode. Perkins (1983) primjerice, fokus sa govornih karakteristika prebacuje na unutarnji osjećaj pojedinca. Tako, on mucanje definira kao nevoljni gubitak kontrole nad govorom koji pojedinac doživljava. Normalnu netečnost od mucanja razlikuje upravo na temelju tog unutarnjeg osjećaja. Dakle, ako govornik nije iskusio osjećaj gubitka kontrole, netečnost se ne kvalificira kao mucanje. Smith

(1990) daje kritiku takvom pristupu. Prvenstveno, zbog toga što je izjava kako je mucanje nevoljno sama po sebi trivijalna, jer je teško uopće zamisliti da bi itko pomislio kako je mucanje zapravo izbor pojedinca. Isto tako, Smith (1990) smatra da se kliničar pri identifikaciji mucanje ne može osloniti isključivo na samoprocjenu govornika. Unatoč tome što ovakva definicija očito nije bila dostatna, ipak je polučila neke pozitivne efekte, jer je njome ponovno naglašen emocionalni aspekt mucanja. Bloodstein (1987; prema Onslow, 2018) se pri definiranju mucanja potpuno oslanja na percepciju kliničara. On smatra kako je mucanje bilo kakvo ponašanje koje pouzdan kliničar, uz slaganje većine drugih stručnjaka, prepozna kao poremećaj.

Onslow (2018) definicije mucanja kategorizira u *rječničke*, *unutarnje* i *perceptivne* definicije. Prema tome, definicije koje daju Wingate (1964) i Guitar (2014), on svrstava u *rječničke*, prvenstveno zbog objektivnosti i usmjerenosti na simptomatologiju. Njihova prednost je u tome što dobro opisuju mucanje, no ne pružaju kriterije koji bi pomogli u diferenciranju mucanja od normalnih netečnosti. Perkinsovu definiciju (1983) kategorizira kao *unutarnju* definiciju, zbog toga što se “gubitak kontrole” na kojem se ona temelji, odnosi na unutarnji osjećaj pojedinca. Onslow (2018) smatra kako je ova definicija više opis prirode mucanja, nego definicija, te vidi nedostatak u tome što isto kao rječničke definicije ne pruža dovoljno jake kriterije koji bi diferencirali mucanje i normalan govor. Treću kategoriju čine *perceptivne* definicije, među koje svrstava onu Bloodsteineovu (1987; prema Onslow, 2018). Prema Onslow (2018) nedostatak ove definicije leži u tome što pojmovi “pouzdan kliničar” i “relativno dobro slaganje među stručnjacima” nisu dobro definirani. Postavlja se pitanje iskustva, odnosno može li se onda mladi kliničar smatrati dovoljno pouzdanim kliničarom.

Multidimenzionalan i opsežan pristup definiciji mucanja zastupaju Yairi i Seery (2015). Na mucanje gledaju kao na nešto više od prekida tečnosti govora, te razlikuju 6 dimenzija mucanja. Prva dimenzija su očite govorne karakteristike, koje se događaju na respiratornoj, fonacijskoj i artikulacijskoj razini, a očituju se kao ponavljanja, produljavanja i blokade. Drugu dimenziju čine popratna fizička obilježja, odnosno napeti pokreti tijela, posebice glave i vrata, nisu nužni za dijagnozu. Treća dimenzija ili fiziološka aktivnost podrazumijeva promjene u protoku krvi, kožne reakcije (crvenilo, znojenje) i reakcije zjenica. Neke reakcije nisu uočljive golim okom, ali mogu biti zabilježene pomoću sofisticirane tehnologije. Četvrtu dimenziju čine emocionalne karakteristike, kao što su strah od govora ili izbjegavanje govornih situacija. Kod nekih one mogu

biti toliko jake i zasjeniti abnormalnosti u govoru. Peta dimenzija su kognitivni procesi. Pritom se misli na procese u pozadini odabira, planiranja, pripreme i izvedbe govora, koji mogu za osobu predstavljati opterećenje, te rezultirati netečnostima u govoru. Isto tako, koncepti o prirodi mucanja koje osoba ima mogu utjecati na njezine reakcije na vlastiti govor. Zadnju, šestu dimenziju čini socijalna dinamika, koja može biti narušena. Mucanje može promijeniti tijekom komunikacije, utjecati na reakcije slušatelja, dovesti do izbjegavanja socijalnih situacija.

U prilog neprestanoj potrazi za boljom, prikladnijom definicijom mucanja govori promjena terminologije i dijagnostičkih kriterija u posljednjem, petom izdanju Dijagnostičkog i statističkog priručnika za mentalne poremećaje (eng. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-V). Mucanje se sada može pronaći pod nazivom “poremećaj fluentnosti govora s početkom u djetinjstvu”. Uvršteni su i novi dijagnostički kriteriji: anksioznost i izbjegavanje govornih situacija. Umetanja kao kriterij su izbačena iz definicije, jer se pojavljuju i kod ostalih govornika (Cohen, 2014).

Iz ovog pregleda vidimo koliko je teško odgovoriti na naizgled jednostavno pitanje: “Što je to mucanje?”. Pitanje na koje veliki broj ljudi misli da zna odgovor, a zapravo su samo zagrebali površinu. Idealna definicija mucanja, prema Yairi i Seery (2015), bila bi ona koja bi preživjela sve pokušaje različitih teorija tijekom vremena da je objasne.

2.1.3. Pojava i razvoj mucanja

Iako se razilaze po pitanju definicije mucanja, većina istraživača slaže se oko toga da ono najčešće započinje u ranom djetinjstvu, prije treće godine života (Onslow, 2018). Unutar kategorije početka mucanja (eng. onset), četiri područja bila su od najvećeg interesa istraživačima: dob početka, priroda početka, razlike među spolovima, mogućnost spontanog oporavaka.

Među istraživanjima postoje varijacije glede prosječne dobi početka mucanja. Ono što najviše utječe na takve varijacije jest različitost u dobnim rasponima uzoraka. Studije temeljene na uzorcima djece mlađe od 6 godina, propustit će neke slučajeve u kojima se mucanje javlja kasnije. Isto vrijedi i obrnuto, ako se u uzorak uzmu djeca starija od 6 godina, propustit će slučajeve u kojima se mucanje javilo ranije, ali se dogodio spontani oporavak (Yairi i Ambrose, 2005; prema Yairi i Ambrose, 2013). Tako je primjerice Yairi (1983; prema Yairi i Ambrose, 2013) zabilježio

prosječnu dob od 28 mjeseci, na uzorku djece mlađe od 4 godine. Kod Andrews i Harris (1964; prema Yairi i Ambrose, 2013) prosječna dob popela se na 60 mjeseci, na uzorku djece od 11-13 godina. Krajem prošlog stoljeća, Yairi (1997, prema Yairi i Ambrose, 2013), je izračunao da je prosječna dob početka mucanja zabilježena u 11 studija 42mjeseca, odnosno tri i pol godine. U novijim studijama provedenima tijekom 21. stoljeća, zabilježena je niža prosječna dob, od približno 33 mjeseca (Yairi i Ambrose, 2005; Mansson, 2005; Buck et al, 2002; Reilly et al, 2009; prema Yairi i Ambrose, 2013).

Omjeri pojave mucanja među spolovima variraju od 3:1 do 5:1, u korist djevojčica (Bloodstein i Bernstein Ratner, 2008; prema Onslow, 2018). Omjer se povećava s dobi. Yairi i Ambrose (1992) bilježe raniji početak mucanja kod djevojčica (6 mjeseci), i navedeno pripisuju ranijem sazrijevanju djevojčica. Yairi, Ambrose i Niermann (1993), longitudinalnim praćenjem 16 djece kroz dvije godine, uočili su kako mucanje češće perzistira kod dječaka. Djevojčice su sklonije spontanom oporavku, što ide u prilog većem omjeru u starijoj dobi. Bloodstein (2006) navodi kako dječaci imaju 50 % veće šanse za razvoj početnog mucanja, zbog toga što se razvoj jezika kod djevojčica odvija brže nego kod dječaka.

Priroda pojave mucanja također je bila područje nesuglasica među istraživačima. U starijim istraživanjima (Johnson i sur., 1959; Andrews i Harris, 1964; prema Yairi i Ambrose, 1992) smatralo se da se mucanje uvijek javlja postepeno. Također, smatralo se da se pojavljuje u obliku blažih netečnosti, u vidu ponavljanja, lišenih popratnih, sekundarnih karakteristika. Kasnija istraživanja (Yairi, 1983, Schwartz, Zebrowski i Conture, 1990; prema Yairi i Ambrose, 1992) opovrgavaju takvo mišljenje i dokazuju da je početak mucanja u velikom broju slučajeva zapravo iznenadan, i može se odviti u rasponu od jednog do tri dana. Također, nije rijetkost da se javi u težem obliku, što osim govornih netečnosti podrazumijeva i prateća, sekundarna ponašanja poput napetosti.

Važno je spomenuti i mogućnost spontanog oporavka u ranoj dobi. Taj fenomen u prvi plan gurnuli su Andrews i Harris (1964; prema Yairi i Ambrose, 2013). Longitudinalnim praćenjem djece, od trenutka pojave mucanja do 16 godine života, zabilježili su 79% slučajeva spontanog oporavka, uz odsutnost kliničkog tretmana. Potvrdili su to Yairi, Ambrose i Niermann (1993), istom longitudinalnom metodom praćenja djece, u trajanju od 2 godine. Kod nekih njihovih ispitanika došlo je do potpunog oporavka, a kod nekih do znatnog smanjenja simptoma. Podatci dobiveni iz

novijih studija, provedenih tijekom 21. stoljeća, u skladu su sa starijim istraživanjima. Primjerice, Mansson (2005; prema Yairi i Ambrose, 2013) je u ispitivanje uključio svu djecu rođenu na jednom danskom otoku, unutar perioda od dvije godine. Spontani oporavak zabilježen je u 85% slučajeva.

Šanse za spontani oporavak u ranoj dobi su velike, no ipak kod nekih mucanje nastavi perzistirati, te može zauzeti teži, kronični oblik. Yairi i Ambrose (2005; prema Guitar, 2014) smatraju da do navedenog dolazi uslijed djelovanja nekih rizičnih čimbenika:

- *Povijest mucanja u obitelji:* 60% djece koja mucaju u obitelji već imaju člana koji muca ili je mucao u nekoj životnoj fazi
- *Dob početka mucanja:* djeca koja počnu mucati kasnije, točnije nakon tri i pol godine su rizičnija
- *Trajanje mucanja nakon početka:* ako kod djeteta unutar 6-12 mjeseci od početka mucanja nema poboljšanja, ono ima veće šanse za razvoj kroničnog oblika
- *Perzistencija mucajućih netečnosti:* kontinuirana prisutnost većeg broja ponavljanja, posebice više od tri znak je većeg rizika; kontinuirana prisutnost produljavanja glasova i blokada
- *Spol:* djevojčice su sklonije spontanom oporavku
- *Fonološke vještine:* djeca koja imaju ispodprosječne fonološke vještine imaju veći rizik za razvoj kroničnog oblika.

Kloth i sur. (1999; prema Guitar, 2014) navedenim čimbenicima pridodaju i interakcijski stil majke. U njihovoj studiji su spontanom oporavku bila sklonija djeca čije su majke koristile jednostavniji jezik i sporiji govorni ritam.

Guitar i Conture (2013) naglašavaju da razvoj kroničnog mucanja nije rezultat jednog, već kumulativan efekt više navedenih faktora, i to je ono što razlikuje djecu koja se spontano oporave od onih čije mucanje perzistira.

2.1.4. O uzrocima mucanja

Charles Van Riper, jedan od pionira na području logopedije, opisao je mucanje kao slagalicu, čiji dijelovi leže na stolovima logopeda, psihijataru, genetičaru, neurologa i mnogih drugih stručnjaka, a neki od dijelova još uvijek nedostaju kako bi slagalica bila potpuna (Van Riper, 1972; prema Packman i Attanasio, 2017). Tumačenja uzroka mucanja često su bila manjkava, zbog poriva stručnjaka da objašnjenja budu iz onog područja odakle je njihov znanstveni i stručni svjetonazor najviše proizlazio (Galić- Jušić, 2001).

Sveobuhvatan i integrativan pristup etiologiji mucanja ima Guitar (2014). Nastanak i razvoj mucanja objašnjava kao rezultat međusobne interakcije triju faktora: konstitucijski faktori, razvojni faktori i okolinski faktori. Konstitucijski faktori čine predispoziciju za mucanje, koja u kombinaciji s razvojnim ili okolinskim faktorima može dovesti do pojave mucanja i odrediti kako će se ono dalje razvijati.

2.1.4.1. Konstitucijski faktori

Konstitucija se odnosi na ustrojstvo neke osobe, u tjelesnom i fizičkom pogledu (Galić-Jušić, 2001). Kod osoba koje mucaju postoje specifičnosti i razlike u strukturama mozga. Primjerice, prema Foundas i sur. (2001; prema Guitar, 2014) planum temporale, struktura koja je dio Wernickeovog područja i uključena je u više razine auditivnog procesiranja, veća je u desnoj hemisferi ili je simetrična (obično je veća u lijevoj hemisferi). Potom, imaju smanjenu gustoću bijele tvari u lijevom operkulumu, odnosno u vlaknastim putevima koji povezuju područja za govorno planiranje, motoričku izvedbu i povratnu spregu (Sommer i sur., 2002; prema Guitar, 2014). Studije provedene među djecom koja mucaju (9-12 god), otkrivaju neke deficite u lijevoj hemisferi: smanjen volumen sive tvari u temporalnim režnjevima, točnije u područjima za auditivno procesiranje (Chang i sur., 2008; prema Guitar, 2014).

Razlike u strukturi mozga, rezultiraju deficitima u senzo-motoričkoj kontroli govora, koji pogađaju percepciju i produkciju govora. U nekoliko provedenih istraživanja (Adams i Hayden, 1976; Cross i Cooke, 1979; De Nil, 1995; prema Guitar, 2014) osobe koje mucaju imale su sporije vrijeme reakcije na podražaje, posebice na one auditivnog tipa. Isto tako, mogu imati teškoće na zadacima

koji zahtijevaju integraciju auditivnog “inputa” i motoričkog “outputa” (Nudelman i sur., 1992; prema Guitar,2014). Rezultati istraživanja ponekad su kontradiktorni, stoga nije dovoljno razjašnjeno jesu li ti deficiti prisutni kod svih osoba koje mucaju ili samo kod nekih podskupina.

Specifičnosti u strukturi i funkciji mozga uvjetovane su nasljeđem ili kongenitalnom traumom mozga (Guitar,2014). O nasljednosti mucanja svjedoče obiteljske studije i studije blizanaca. Andrews i Harris (1964; prema Guitar, 2014) prvi su ukazali na prisutnost mucanja u obitelji. Ono nije rezultat jednog, već kombinacije više gena (Kidd,1984; prema Guitar,2014). Ambrose, Cox i Yairi (1997; prema Guitar,2014) tvrde da je oporavak od mucanja također uvjetovan genetikom. Studije blizanaca potvrđuju vezu između genetike i mucanja. Jednojajčani blizanci imaju veće slaganje u pojavi mucanja nego dvojajčani blizanci (Andrews i sur., 1991, Felsenfeld i sur., 2000; prema Guitar,2014). Poulos i Websters (1991; prema Guitar,2014) zabilježili su 37 % slučajeva bez obiteljske povijesti mucanja, koji su pretrpjeli neku kongenitalnu traumu. To može biti infekcija, ozljeda glave,anoksija,prijevremeno rođenje,itd.

2.1.4.2. Razvojni faktori

U ranom periodu života, dijete je suočeno s mnogim zahtjevima, ponekad većim od njegovih kapaciteta. Istovremeni fizički, kognitivni i jezično-govorni razvoj stavlja dodatno opterećenje na djetetov nezreli živčani sustav. Kod djece s već postojećim deficitima u funkciji mozga, to može biti okidač za pojavu mucanja (Guitar,2014)

Od 2 do 5 godine života odvija se intenzivan rast i razvoj vokalnih struktura. Dijete mora usklađivati govornu produkciju s tim promjenama. Pritom se najviše oslanja na auditivni i kinestetski feedback, što se odnosi na dodire artikulatora tijekom govora (Vorperian, 2000; prema Guitar,2014). Zbog nedovoljno razvijenih senzomotornih puteva, djeca koja mucaju mogu imati problem s tim usklađivanjem.

Osim fizičkih promjena, odvija se i brzi razvoj jezika. Djetetov nezreli govorni motorni sustav suočen je s proizvodnjom duljih i složenijih rečenica, što može biti okidač kod djece s predispozicijom za mucanje (Andrews i sur., 1983; prema Guitar,2014).

Brzi razvoj jezika ovisi o kognitivnim vještinama poput pažnje, radnog pamćenja i izvršnih funkcija. Dobre kognitivne vještine prediktor su za oporavak od mucanja (Yairi i sur.,1996; prema Guitar, 2014). Ponekad razvoj kognitivnih vještina stavlja opterećenje na neuralni sustav, te može “preoteti” resurse potrebne za razvoj tečnog govora (Guitar, 2014).

2.1.4.3. Okolinski faktori

Mnogo se govorilo o utjecaju roditelja na mucanje djeteta. Primjerice, Meyers i Freeman (1985; prema Guitar,2014) uočili su da majke djece koje mucaju imaju veću govornu brzinu, što može potaknuti i dijete da govori brže od svoje optimalne brzine. Potom, Keith i sur. (1999; prema Guitar,2014) zaključili su da je jezik majki djece koja perzistiraju u mucanju složeniji, od majki djece koja su se spontano oporavila. Rommel i sur. (2000; prema Guitar,2014), tvrde da je složenost jezika majki važan prediktor za daljnji razvoj mucanja (perzistiranje ili spontani oporavak).

Uz neadekvatno jezično-govorno okruženje, određene životne situacije mogu poljuljati djetetovu sigurnost i stabilnost, te biti okidač za pojavu mucanja. Neke od njih su: selidba u novi grad ili susjedstvo, razvod roditelja, nova prinova u obitelji, bolest ili smrt člana obitelji, bolest samog djeteta, često izbjivanje iz kuće jednog ili oba roditelja (Guitar,2014).

2.2. SINDROM BRZOPLETOSTI

Za razliku od mucanja, poremećaj brzopletosti je znatno manje istražen i samim time manje zastupljen u znanstvenoj literaturi. Ipak, 2007. godina je pridonijela povećanju svjesnosti o brzopletosti. Razlog tome je održavanje prve svjetske konferencije, i osnivanje Svjetske organizacije o brzopletosti (eng.International Cluttering Association) (Scaler Scott i St.Louis, 2018). Pojam brzopletost zapravo označava skup simptoma i karakteristika, koje variraju od osobe do osobe. Niti jedan aspekt sam po sebi nije dovoljan za dijagnozu, već grupiranje određenih karakteristika upućuje na sindrom brzopletosti (Alm, 2011). O složenosti sindroma svjedoče gotovo svi istraživači i kliničari koji su se bavili njegovim proučavanjem. Tako je Perkins (1977;

prema Myers, 1996) jednom prilikom okarakterizirao brzopletost kao mikrokozmos gotovo svih govornih i jezičnih poremećaja.

Prema St. Louis i sur. (2003), abnormalna brzina govora centralna je karakteristika poremećaja brzopletosti. Ona izravno utječe na pojavu drugih, popratnih karakteristika, poput: pretjeranih normalnih netečnosti, pretjerane koartikulacije slogova, nepravilnosti u prozodiji i govornom ritmu. Daly i Cantrel (2006; prema Ward, 2006), također navode nepravilnu govornu brzinu kao prvu od tri najvažnije, i gotovo uvijek prisutne karakteristike brzopletosti, a slijede je neprecizna artikulacija glasova i teškoće u pronalaženju riječi (nalik anomiji).

Ward (2006) daje opširan pregled obilježja brzopletosti, i dijeli ih u tri kategorije: motorička obilježja, jezična obilježja i psihološka obilježja. Nepravilna govorna brzina, normalne netečnosti, pretjerana koartikulacija, artikulacijske pogreške, narušena prozodija i ritam govora pripadaju motoričkim obilježjima. U jezična obilježja ubraja teškoće na sintaktičkoj, leksičkoj i pragmatičkoj razini. Neke od njih su: poremećen red riječi u rečenici, nedovršene rečenice, ponavljanje fraza, nepravilna upotreba zamjenica i prijedloga, ispuštanje funkcionalnih riječi, teškoće u pronalaženju riječi, zamjena semantički sličnih riječi, problemi u sažimanju i prenošenju većeg broja informacija. Kao psihološka obilježja navodi manjak svjesnosti o vlastitom problemu i odsutnost govorne ili socijalne anksioznosti, što nije slučaj kod mucanja. Weiss (1964; prema Ward, 2006) govori o određenim osobinama ličnosti vezanim uz brzopletost. Neke od tih osobina su: slabija pažnja, slabije vještine slušanja, lošije organizacijske vještine, neurednost. Navedene osobine zaista su prisutne kod nekih osoba, no one su dio stereotipa o brzopletosti, stoga ne možemo generalizirati i sa sigurnošću ih povezati sa svim osobama koje su brzoplete (Ward, 2006).

Dijagnostika i terapija poremećaja brzopletosti je problem, zbog čestog preklapanja simptomatologije s nekim drugim poremećajem, npr. ADHD, jezične teškoće, teškoće učenja, motoričke teškoće i teškoće auditivnog procesiranja (Ward, 2006; St. Louis, 2003; Tetnowski, 2007). Primjerice, ponekad djeca s poremećajem brzopletosti mogu biti impulzivna, teško inhibirati ponašanje te imati kratku pažnju, što su isto tako karakteristike ADHD-a (St. Louis i Myers, 1997; prema Ward, 2006). Teigland (1996) promatrajući interakcijske obrasce osoba s poremećajem brzopletosti, uočava mnoge pragmatičke teškoće, što rezultira komunikacijskim prekidima, nesporazumom i krivim prenošenjem informacija. Preus (1996; prema Van Zaalen, Wijnen i Dejonckere, 2009) zaključuje da brzopletost ima više sličnosti s teškoćama učenja, nego

s mucanjem. Prema Van Zaalen, Wijnen i Dejonckere (2009), djeca s teškoćama učenja često imaju povećan broj normalnih netečnosti u govoru, kao i kod brzopletosti, no različiti procesi su u pozadini.

Ovakva preklapanja u simptomatologiji čest su uzrok nejasnoća, no nema jasnog dokaza o tome jesu li navedeni poremećaji dio sindroma ili se javljaju uz brzopletost u samo nekim slučajevima (Tetnowski, 2007).

2.2.1. Problem definicije

Problem definicije brzopletosti rezultat je složene simptomatologije. Postoji doza neslaganja između kliničara i istraživača, glede toga koje od karakteristika su ključne za identifikaciju poremećaja, i koje bi kao takve trebale biti uključene u definiciju. Posljedica problema definicije je nemogućnost usporedbe istraživanja provedenih na području brzopletosti. Različite grupe istraživača uključuju subjekte u istraživanje na temelju različitih definicija (Ward, 2006).

Weiss (1964; prema Ward, 2006) definira brzopletost kao verbalnu manifestaciju centralnog jezičnog deficita (eng. central language imbalance). Slično tome, Daly (1992; prema Daly i Burnett, 1996) brzopletost definira kao poremećaj jezično-govornog procesiranja, koji se odražava u brzom, dizritmičnom, neorganiziranom i nerazumljivom govoru. Naglašava da abnormalna brzina govora ne mora biti prisutna, no deficit u formulaciji jezika gotovo uvijek jest. Myers (1996) također smatra da su simptomi brzopletosti površinska manifestacija teškoća u procesiranju, koje narušavaju normalnu sinkronizaciju govornih pokreta.

Ward (2006) predlaže da se brzopletost promatra kao spektar ponašanja (eng. cluttering spectrum behavior), koja u različitim stupnjevima variraju od osobe do osobe. Ovaj termin ne odnosi se na povremene netečnosti u govoru, već je koristan kod pacijenta koji pokazuju neke karakteristike brzopletosti, ali je teško donijeti sigurnu dijagnozu. Na primjer, osoba koja ima povećan broj ponavljanja fraza, riječi ili umetanja, uz normalnu brzinu i ritam govora. Mišljenja kliničara bi se u ovom slučaju razlikovala glede toga je li brzopletost prisutna ili ne, no većina bi se mogla složiti s tim da osoba pokazuje neka karakteristična ponašanja, stoga se može identificirati kao osoba na “spektru brzopletosti”.

Trenutno je najprihvaćenija definicija najmanjeg zajedničkog nazivnika (eng. lowest common denominator), koja uključuje najmanji broj simptoma potreban za donošenje dijagnoze (St. Louis i Schulte, 2011). Prema tome, brzopletost je “poremećaj tečnosti govora u kojem su dijelovi konverzacije govornika na njegovom materinskom jeziku percipirani kao prebrzi, neregularni ili oboje. Segmenti brzog ili neregularnog govora moraju biti popraćeni s jednom od slijedećih karakteristika: a) pretjerane normalne netečnosti, b) pretjerano skraćivanje ili ispuštanje slogova, c) abnormalne pauze, naglasci i ritam govora” (St. Louis i Schulte, 2011; str. 241-242). Definicija ne uključuje jezičnu komponentu poremećaja. Razlog tome je manjak istraživanja i jasnih dokaza o jezičnoj podlozi brzopletosti (Van Zaalen, Wijnen i Dejonckere, 2009). Prednost korištenja definicije najmanjeg zajedničkog nazivnika je u tome što dopušta istraživačima i kliničarima da konceptualiziraju brzopletost na isti način. Kao rezultat toga, istraživanja i klinički podaci o brzopletosti bili bi usporedivi.

2.2.2. Etiologija sindroma brzopletosti

Brzopletost je heterogen poremećaj, čija etiologija još uvijek nije razjašnjena, stoga su na tom području nužna dodatna i detaljnija istraživanja.

Mnogi istraživači pretpostavljaju neurološku perspektivu u etiologiji brzopletosti. Fonijatar Miloslav Seeman, jedan od prvih uspoređuje simptome brzopletosti sa drugim neurološkim poremećajima (Seeman, 1970; prema Alm, 2011). Tvrdi kako je brzopletost rezultat smetnji u subkortikalnom sustavu bazalnih ganglija, zaduženom između ostalog i za motoričke funkcije. Nije jedini koji zastupa takvo mišljenje. Krajem prošlog stoljeća, Lebrun (1996) primjećuje pojavu simptoma brzopletosti kod odraslih osoba nakon ozljede mozga, točnije nakon oštećenja u bazalnim ganglijima, slično kao kod Parkinsonove bolesti. Alm (2011) srž problema lokalizira u medijalnom zidu frontalnog režnja, između dviju hemisfera. Navedeno područje odgovorno je za niz funkcija, čije se oštećenje može povezati sa širokim spektrom simptoma brzopletosti: nagon, motivacija, inicijacija pokreta, inhibicija impulsa, pažnja, monitoriranje i korekcija ponašanja, planiranje i sekvencioniranje ponašanja, odabir i pronalaženje riječi. Glavni mehanizam koji predlaže Alm (2011) jest hiperaktivacija ili disregulacija medijalnog frontalnog korteksa, kao

sekundarna posljedica disinhibicije sustava bazalnih ganglija, što je pak rezultat pretjeranog izlučivanja dopamina u mozgu.

O genetskoj podlozi brzopletosti još uvijek se ne zna dovoljno. Važnost istraživanja veze između genetike i brzopletosti ističe Drayna (2011). S obzirom na to da genetika igra ulogu kod više jezično-govornih poremećaja, poput mucanja, smatra kako je razumno pretpostaviti genetsku podlogu brzopletosti. Weiss (1964; prema Van Zaalen i Reichel, 2015) je smatrao da nasljedstvo, kao jedan od faktora, doprinosi razvoju brzopletosti. Seeman (1965; prema Van Zaalen i Reichel, 2015) je opisao četiri generacije obitelji u kojoj je 16 od 18 predaka imalo poremećaj brzopletosti. Prema starijim podacima od Luschinger i Arnold (1970; prema Van Zaalen i Reichel, 2015), brzopletost je četiri puta više zastupljena kod muškog spola, što upućuje na utjecaj genetike.

2.3. POREMEĆAJI TEČNOSTI GOVORA U RANOM DJETINJSTVU I ULOGA ODGOJITELJA

Prema Mansson (2000; prema Yairi i Ambrose, 2013) incidencija mucanja u ranom djetinjstvu, odnosno među djecom u dobi od 3 godine, iznosi 4.9 %. Reilly i sur. (2009; prema Yairi i Ambrose, 2013) zabilježili su još veću incidenciju među istom populacijom, 8.5 %.

Pojava mucanja u ranoj dobi nosi opasnost od razvoja socijalnih i psiholoških problema, koji su uvjetovani negativnim stavovima okoline i samog djeteta prema mucanju. Neka djeca su već u dobi od 3 godine svjesna različitosti u govoru između njih i ostalih vršnjaka, dok je u dobi od 5 do 6 godina ta svjesnost prisutna kod većine (Yairi i Ambrose, 1994). Isti fenomen uočavaju Boey i sur. (2009), dodajući i to da djeca često imaju negativne reakcije na govor (plaču, prestaju pričati). Vanryckeghem i sur. (2005) tvrde da djeca koja mucaju, već od treće ili četvrte godine, imaju negativniji stav prema govoru pri usporedbi s vršnjacima koji ne mucaju. Ispitujući stavove predškolske djece, Weidner i sur. (2015) primjećuju da se na mucanje većinom gleda kao na nešto nepoželjno. Djeca navode da bi bila zabrinuta kada bi ona sama ili netko njima blizak mucao. Isto tako, nisu sigurna kako se ponašati u prisutnosti drugog djeteta koje muca.

Sve navedeno ukazuje na važnost rane intervencije, odnosno pravovremene reakcije na poremećaj tečnosti govora kod djeteta. Cilj je spriječiti daljni razvoj poremećaja i smanjiti negativan utjecaj

na djetetov život (Onslow, 2004). Rana intervencija ovisi o ranoj identifikaciji, stoga bi bilo korisno da profesionalci koji su u čestoj interakciji s djetetom mogu prepoznati rano mucanje i uputiti dijete logopedu (Einarsdottir i Ingham, 2008).

Posebno se ističe uloga odgojitelja, koji zbog svakodnevnog kontakta s djetetom ima dobar uvid u njegov razvoj, služi kao važan izvor informacija za roditelje, i može uputiti dijete logopedu ili drugom stručnjaku, ako prepozna potrebu za tim (Einarsdottir i Ingham, 2008; Shark, 2001). Način na koji odgojitelj oslovljava dijete i kako mu pristupa, vrlo su važni jer pridonose stvaranju djetetove slike o sebi (Galić-Jušić, 2001). Upravo zbog toga, odgojitelji, kao osobe toliko bliske djetetu koje muca, moraju o tome mnogo znati (Galić-Jušić, 2001). Ovisno o njegovom ponašanju i interakciji, odgojitelj može poticati ili inhibirati tečan govor djeteta (Shark, 2001). Varijabilnost je jedno od obilježja mucanja kod djece, te između ostalog ovisi o komunikacijskom okruženju i sugovorniku (Yaruss, 1997). Promatrajući djecu u različitim situacijama, odgojitelj može prepoznati kada se mucanje najčešće javlja. Prema Yaruss (1997), to su situacije s “povećanim komunikacijskim pritiskom”: sugovornik povećava brzinu govora, postavlja previše pitanja, često ometa dijete, ne održava kontakt očima.

Odgojitelji imaju ulogu i u ranoj terapiji poremećaja tečnosti govora. Važna su potpora pri implementaciji novog načina govora koje dijete nauči uz pomoć terapeuta, u stvarno okruženje (Galić-Jušić, 2001). Potrebno ih je educirati i informirati o nekim osnovama mucanja. To će im pomoći da se osjećaju ugodno u razgovoru s djetetom koje muca, i spriječiti razvoj negativnih osjećaja i ponašanja (Gottwald i Starkweather, 1995).

Gottwald i Starkweather (1995) pružaju smjernice za modifikaciju ponašanja i osiguravanja okruženja koje će poticati tečan govor:

- smanjiti brzinu govora (koristiti više pauza)
- smanjiti brzinu konverzacijskih izmjena (eng. turn taking); napraviti pauzu od minimalno dvije sekunde prije nego odgovorimo na iskaz djeteta, održavati opušten ritam razgovora
- ne upadati djetetu u riječ, dati mu vremena da formulira rečenicu i dovrši iskaz
- osigurajte vrijeme u danu kada dijete ne mora govoriti, uključite ga u neke aktivnosti koje ne zahtijevaju komunikaciju (npr. čitanje priče, plastelin, crtanje, bojanje)

- postavljajte pitanja koja zahtijevaju kratki odgovor (npr. da/ne pitanja, pitanja s ograničenim izborom odgovora, odgovor od jedne riječi)
- uključite dijete u manje grupe prilikom aktivnosti koje zahtijevaju govornu komunikaciju
- izbjegavajte izraze poput “uspori”, “prestani mucati”, umjesto toga usredotočite se na ono što vam dijete želi reći, a ne na način na koji to radi
- osigurati jasan raspored i strukturu dana, što umanjuje pojavu anksioznosti kod djeteta, koja može potaknuti mucanje
- pružite djetetu vokabular pomoću kojeg može izraziti svoje osjećaje vezane uz govor; primjerice kada dijete izrazi svoju frustraciju možete reći: “To je bila teška riječ, to nije ništa neobično, i meni se to ponekad događa kada naiđem na tešku riječ”
- kada vam dijete nešto govori, usmjerite pažnju na njega, održavajte kontakt očima, dajte mu potvrdu da ga slušate

Galić-Jušić (2001) napominje da je najvažniji zadatak odgojitelja pokazati djetetu da je prihvaćeno, da ga se sluša i da je ono poput svakog drugog djeteta. Predlaže odgojiteljima da putem priče o “Zecu i kornjači” uvedu temu različitih brzina kojima se može nešto raditi, i kako brzina nije uvijek najvažnija. Ona može biti i poticaj za igru “Kakav sve mogu biti” (brz, spor, jak, slab, tih, glasan...). Upozorava da je na zadirkivanje i ruganje druge djece potrebno reagirati brzo, te je najbolje to učiniti preko priče o različitostima. “Najvažnije je da odgojitelj zauzme jasan stav: Nitko se nikome ne treba rugati, jer nam se svima ponekad događa da malo teže pričamo i da nas posjeti neki Zloćko Brzalić.” (Galić-Jušić, 2001; str.155).

Prema Shark (2001), odgojitelji imaju ograničeno znanje o poremećajima tečnosti govora. Unatoč nedostatnom znanju, svjesni su svoje uloge u identifikaciji i terapiji djece predškolske dobi (Shark, 2001). Ovakva istraživanja su slabo zastupljena u literaturi o poremećajima tečnosti govora. Općenito su istraživanja usmjerena na ispitivanje znanja i stavova učitelja školske djece i roditelja. U hrvatskoj do sada nisu provedena istraživanja na temu svjesnosti odgojitelja o poremećajima tečnosti govora, što je jedan od poticaja za provođenje istraživanja koje će biti opisano u ovom radu.

3. PROBLEM ISTRAŽIVANJA

3.1. Cilj istraživanja

Na području Republike Hrvatske do sada nisu provedena istraživanja koja bi nam pružila informacije o razini svjesnosti odgojitelja u dječjim vrtićima o poremećajima tečnosti govora.

Upravo zbog toga, cilj ovog istraživanja je ispitati razinu svjesnosti odgojitelja o poremećajima tečnosti govora, odnosno ispitati njihova znanja o poremećajima tečnosti govora. Isto tako, nastojat će se ispitati uvjerenja koja odgojitelji imaju o djeci s poremećajima tečnosti govora, o ulozi okoline i ulozi odgojitelja u razvoju poremećaja tečnosti govora kod djeteta, te uvjerenja o strategijama koje smatraju prikladnima u radu s djecom s poremećajima tečnosti govora.

Iz postavljenog cilja istraživanja proizlaze sljedeća istraživačka pitanja:

Utječe li duljina radnog iskustva na svjesnost odgojitelja o poremećajima tečnosti govora?

Utječe li usavršavanje tijekom obrazovanja i/ili radnog vijeka na temu poremećaja tečnosti govora na svjesnost odgojitelja o poremećajima tečnosti govora?

Utječe li prisutnost stručnog suradnika-logopeda u vrtiću u kojem je odgojitelj zaposlen na svjesnost odgojitelja o poremećajima tečnosti govora?

3.2. Hipoteze

Prema cilju istraživanja i istraživačkim pitanjima postavljene su sljedeće pretpostavke:

H₁: *Odgojitelji s 10 i više godina radnog iskustva imat će bolje znanje o poremećajima tečnosti govora od odgojitelja s manje od 10 godina radnog iskustva*

H₂: *Odgojitelji koji su se tijekom obrazovanja i/ili radnog vijeka usavršavali na temu poremećaja tečnosti govora imat će bolje znanje o poremećajima tečnosti govora od odgojitelja koji se nisu usavršavali*

H₃: *Prisutnost stručnog suradnika-logopeda u vrtiću u kojem je odgojitelj zaposlen utječe na bolje znanje odgojitelja o poremećajima tečnosti govora*

4. METODE ISTRAŽIVANJA

4.1. Uzorak ispitanika

Istraživanje je provedeno na uzorku od 170 odgojitelja. Većinu ispitanika u uzorku čine odgojiteljice, 98,8%, dok odgojitelji čine samo 1,2% uzorka.

Uzorak čine odgojitelji iz različitih dijelova Republike Hrvatske. Najviše ispitanika zaposleno je u Splitsko-dalmatinskoj županiji, Gradu Zagrebu i Zagrebačkoj županiji, Primorsko-goranskoj županiji, te u Osječko-baranjskoj i Dubrovačko-neretvanskoj županiji.

Tablica 1. Podjela ispitanika po županijama

| <i>Županija</i> | <i>Broj ispitanika</i> | <i>Postotak</i> |
|-------------------------------|------------------------|-----------------|
| <i>Splitsko-dalmatinska</i> | 48 | 28,2% |
| <i>Grad Zagreb</i> | 44 | 25,9% |
| <i>Primorsko-goranska</i> | 24 | 14,1% |
| <i>Osječko-baranjska</i> | 11 | 6,5% |
| <i>Dubrovačko-neretvanska</i> | 10 | 5,9% |
| <i>Zagrebačka</i> | 10 | 5,9% |
| <i>Ostale županije</i> | 23 | 13,5% |

Više od polovice odgojitelja ima 10 i više godina radnog iskustva, njih 107 (64,5%). Manje od 10 godina radnog iskustva ima 59 odgojitelja (35,5%).

Tablica 2. Podjela ispitanika prema duljini radnog iskustva

| <i>Duljina radnog iskustva</i> | <i>Broj ispitanika</i> | <i>Postotak</i> |
|--------------------------------|------------------------|-----------------|
| <i>manje od 10 godina</i> | 59 | 35,5% |
| <i>10 i više godina</i> | 107 | 64,5% |

Među ispitanicima 112 odgojitelja se tijekom obrazovanja i/ili radnog vijeka usavršavalo na temu poremećaja tečnosti govora (65,9%), dok se 58 odgojitelja nije usavršavalo na tu temu (34,1%).

Tablica 3. Podjela ispitanika prema usavršavanju tijekom obrazovanja i/ili radnog vijeka na temu poremećaja tečnosti govora

| <i>Usavršavanje tijekom obrazovanja i/ili radnog vijeka</i> | <i>Broj ispitanika</i> | <i>Postotak</i> |
|---|------------------------|-----------------|
| <i>odgojitelji koji su se usavršavali</i> | 112 | 65,9% |
| <i>odgojitelji koji se nisu usavršavali</i> | 58 | 34,1% |

Većina odgojitelja radi u vrtiću koji ima stručnog suradnika-logopeda, njih 120 (70,6%). Njih 50 radi u vrtiću bez stručnog suradnika-logopeda (29,4%).

Većina odgojitelja se susrela s osobom s poremećajem tečnosti govora, njih 164 (96,5%), dok se samo njih 6 nikada nije susrelo s osobom s poremećajem tečnosti govora (3,5%).

4.2. Mjerni instrument

U svrhu prikupljanja podataka za ovo istraživanje kreiran je upitnik pod nazivom „Svjesnost odgojitelja o poremećajima tečnosti govora”. Upitnik započinje uvodnim dijelom u kojem je detaljno objašnjena svrha prikupljanja podataka i cilj istraživanja. Naglašena je dobrovoljnost sudjelovanja, mogućnost odustajanja u bilo kojem trenutku i anonimnost ispitanika. Isto tako, navedena je e-mail adresa na koju su ispitanici mogli uputiti pitanja koja imaju vezano uz istraživanje.

Nakon što su odgojitelji pročitali uvodni dio i pristali sudjelovati u ispunjavanju upitnika otvorio se prvi dio upitnika koji sadrži pitanja o općim informacijama, kao što su: dob, spol, mjesto/grad u kojem rade, završena razina obrazovanja, duljina radnog iskustva, prisutnost logopeda u vrtiću u kojem rade, poznavanje osobe s poremećajem tečnosti govora, dosadašnja edukacija o poremećajima tečnosti govora.

U drugom dijelu upitnika cilj je bio dobiti uvid u znanja odgojitelja o poremećajima tečnosti govora, pa tako on sadrži pitanja o tome koji su to poremećaji tečnosti govora, koji su uzroci, kada se najčešće pojavljuju, kako ih prepoznati te kome uputiti dijete s poremećajem tečnosti govora. Većina pitanja je zatvorenog tipa. Na nekim pitanjima (npr. o uzrocima) moguće je odabrati više

odgovora. Također, jedno pitanje je otvorenog tipa, a to je ono u kojem se traži opis govora osobe s poremećajem tečnosti govora.

Treći dio upitnika ispituje uvjerenja odgojitelja o djeci s poremećajem tečnosti govora, uvjerenja o ulozi okoline i ulozi odgojitelja u razvoju poremećaja tečnosti govora kod djeteta, te uvjerenja o strategijama koje su prikladne u radu s djecom s poremećajima tečnosti govora. Od odgojitelja se traži da izraze slaganje ili neslaganje sa 17 tvrdnji.

U četvrtom, završnom dijelu upitnika odgojiteljima je ponuđena opcija da ostave bilo kakav komentar vezan uz upitnik ili uz svoje iskustvo rada s djecom s poremećajima tečnosti govora.

4.3. Način provođenja istraživanja

Upitnik pod nazivom „Svjesnost odgojitelja o poremećajima tečnosti govora” izrađen je u aplikaciji za oblikovanje on-line upitnika „Google obrasci”. Upitnik je on-line putem odaslan ravnateljima dječjih vrtića u različitim dijelovima Republike Hrvatske. Nakon odobrenja, upitnik je dalje prosljeđen odgojiteljima u vrtiću. Njihovi odgovori automatski su pohranjeni u aplikaciji „Google obrasci”. Također, upitnik je postavljen u tri „Facebook“ grupe u koje su uključeni odgojitelji iz različitih dijelova Republike Hrvatske. Ispitivanje je provedeno tijekom travnja i svibnja 2020.godine.

4.4. Metode obrade podataka

Podatci prikupljeni u ovom istraživanju obrađeni su u statističkom programu za obradu podataka IBM SPSS Statistics 22. Za testiranje statističke povezanosti između kategorijalnih varijabli korištena je neparametrijska statistika, odnosno Hi-kvadrat test, na razini značajnosti od 5%. Za testiranje snage povezanosti varijabli korišten je Cramer's V koeficijent, prema sljedećim kriterijima: 0,1-0,3= slaba povezanost, 0,3-0,5=srednja povezanost, >0,5= jaka povezanost. Podatci su obrađeni i kvalitativno, te deskriptivnom statistikom i prikazani u grafovima i tablicama.

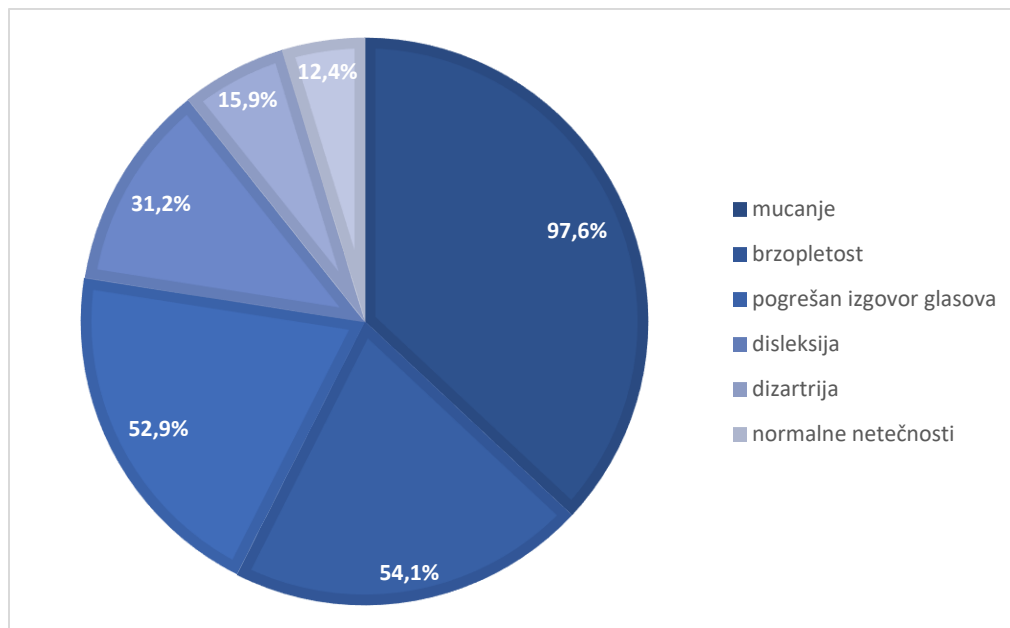
5. REZULTATI

U ovom poglavlju bit će prikazani i opisani rezultati dobiveni statističkom i kvalitativnom analizom podataka. Također, bit će analizirane razlike u odgovorima ispitanika te će se nastojati utvrditi koje varijable najviše utječu na takve razlike među ispitanicima.

5.1. Znanje odgojitelja o poremećajima tečnosti govora

1. Koji od navedenih poremećaja pripadaju poremećajima tečnosti govora?

Gotovo svi odgojitelji prepoznaju mucanje kao poremećaj tečnosti govora, njih 166 (97,6%). No, brzopletost kao poremećaj tečnosti govora prepoznaju samo 92 odgojitelja, što čini nešto više od polovice uzorka (54,1%). Skoro jednak broj odgojitelja, njih 90, poremećajem tečnosti govora smatra pogrešan izgovor glasova (52,9%). Disleksiju kao poremećaj tečnosti govora identificiraju 52 odgojitelja (31,2%). Dizatriju kao poremećaj tečnosti govora identificira 27 odgojitelja (15,9%). Samo 21 odgojitelj smatra da normalne netečnosti pripadaju poremećajima tečnosti govora (12,4 %).



Slika 1. Postotak ispitanika koji su odabrali pojedini poremećaj kao poremećaj tečnosti govora

Hi-kvadrat test je pokazao da prisutnost stručnog suradnika-logopeda u vrtiću ne utječe na odgovore ispitanika ($p > 0,05$). Postoji statistički značajna, ali slaba povezanost između duljine radnog iskustva i odabira brzopletosti kao poremećaja tečnosti govora ($\chi^2 (1) = 5,883$, $p < 0,05$, Cramer's $V < 0,3$). Isto tako, postoji statistički značajna ($\chi^2 (1) = 4,806$, $p < 0,05$), ali slaba povezanost (Cramer's $V < 0,3$) između usavršavanja tijekom obrazovanja i/ili radnog vijeka i odabira brzopletosti kao poremećaja tečnosti govora.

Tablica 4. Odgojitelji koji odabiru brzopletost kao poremećaj tečnosti govora, razlike prema duljini radnog iskustva

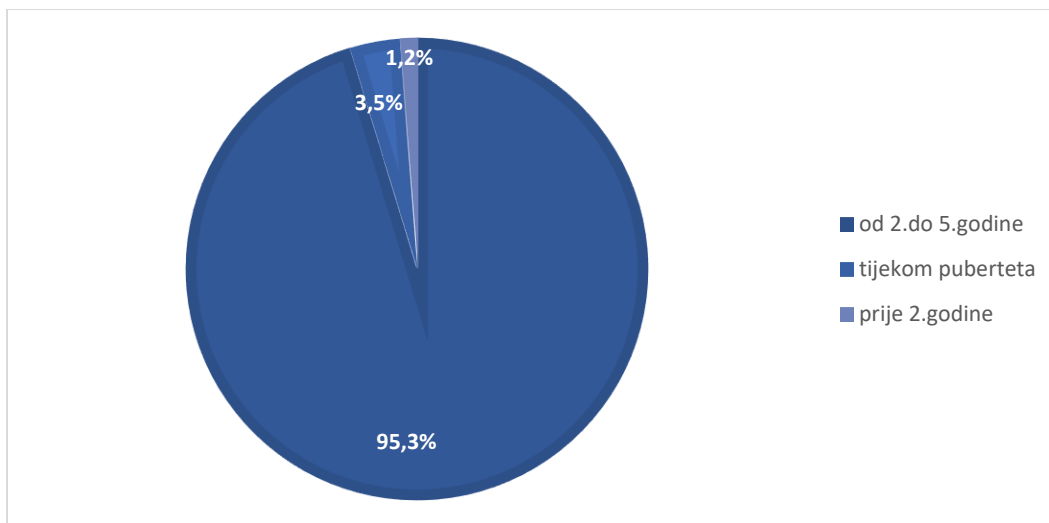
| <i>Brzopletost je poremećaj tečnosti govora</i> | DA | NE |
|---|-------|-------|
| <i>manje od 10 godina radnog iskustva</i> | 42,2% | 57,8% |
| <i>10 i više godina radnog iskustva</i> | 61,3% | 38,7% |

Tablica 5. Odgojitelji koji odabiru brzopletost kao poremećaj tečnosti govora, razlike prema usavršavanju tijekom obrazovanja i/ili radnog vijeka na temu poremećaja tečnosti govora

| <i>Brzopletost je poremećaj tečnosti govora</i> | DA | NE |
|---|-------|-------|
| <i>odgojitelji koji su se usavršavali</i> | 48,2% | 51,8% |
| <i>odgojitelji koji se nisu usavršavali</i> | 66,1% | 33,9% |

2. Kada se mucanje najčešće javlja?

Većina odgojitelja, njih 162, smatra da se mucanje najčešće javlja u razdoblju od 2. do 5. godine života (95,3%). Samo 6 odgojitelja smatra da se ono najčešće javlja tijekom puberteta (3,5%). Također, samo 2 odgojitelja smatraju da se mucanje najčešće javlja prije 2. godine života (1,2%).

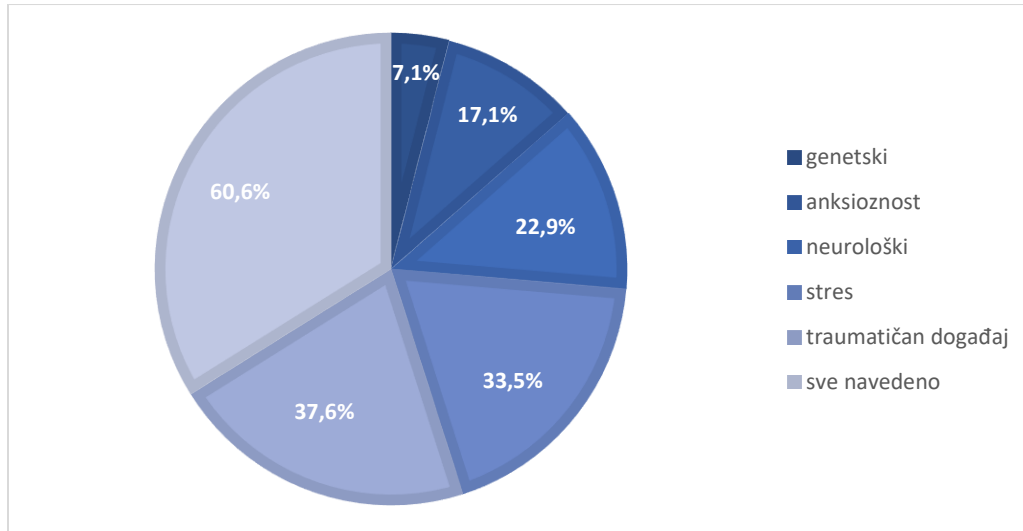


Slika 2. Postotak ispitanika koji su odabrali pojedini odgovor

Hi-kvadrat test upućuje na to da ne postoji statistički značajna razlika između odgovora ispitanika prema duljini radnog iskustva, usavršavanju tijekom obrazovanja i/ili radnog vijeka, i prisutnosti stručnog suradnika-logopeda u ($p > 0.05$).

3.Što može biti uzrok mucanja?

Traumatičan događaj kao uzrok mucanja odabiru 64 odgojitelja (37,6%). Stres kao uzrok mucanja odabire 57 odgojitelja (33,5%). Neurološke pozadinu pojave mucanja prepoznaje 39 odgojitelja (22,9%). Anksioznost kao uzrok mucanja označava 29 odgojitelja (17,1%). Nasljednost mucanja, odnosno genetiku kao jedan od uzroka označava samo 12 odgojitelja (7,1%). Na kraju, 103 odgojitelja smatraju da mucanje može uzrokovati sve navedeno (60,6%).

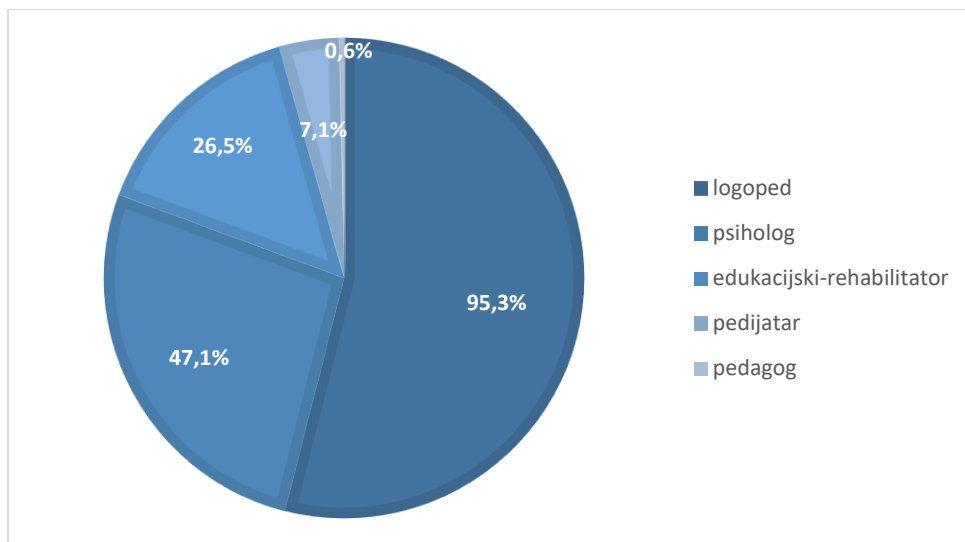


Slika 3. Prikaz odgovora ispitanika u postotcima na pitanju o mogućim uzrocima mucanja

Hi-kvadrat test pokazuje kako ne postoji statistički značajna razlika između odgovora ispitanika prema duljini radnog iskustva, usavršavanju odgojitelja tijekom obrazovanja i/ili radnog vijeka, prisutnosti stručnog suradnika-logopeda u vrtiću ($p > 0,05$).

4. Kome biste uputili dijete koje muca?

Kao stručnjaka kojem bi uputili dijete koje muca 162 odgojitelja navode logopeda (95,3%). Polovica odgojitelja, njih 80, dijete bi uputilo psihologu (47,1%). Edukacijskom-rehabilitatoru dijete bi uputilo 45 odgojitelja (26,5%). Pedijatru bi dijete uputilo 12 odgojitelja (7,1%). Samo 1 odgojitelj dijete koje muca bi uputio pedagogu (0,6%).



Slika 4. Postotak ispitanika koji bi dijete koje muca uputio pojedinom stručnjaku

Hi kvadrat test pokazao je da ne postoji povezanost između usavršavanja tijekom obrazovanja i/ili radnog vijeka i odgovora odgojitelja ($p > 0,05$). Isto tako, prisutnost logopeda u vrtiću ne utječe na odgovore odgojitelja ($p > 0,05$). Duljina radnog iskustva slabo utječe samo na odabir psihologa kao stručnjaka kojem bi uputili dijete koje muca ($\chi^2 (1) = 6,628$, $p < 0,05$, Cramer's $V < 0,3$).

Tablica 6. Odgojitelji koji bi dijete koje muca uputili psihologu, razlike s obzirom na duljinu radnog iskustva

| Uputili bi dijete koje muca psihologu | DA | NE |
|---------------------------------------|-------|-------|
| manje od 10 godina radnog iskustva | 34,4% | 65,6% |
| 10 i više godina radnog iskustva | 54,7% | 45,3% |

5. Opis govora osobe koja muca.

Kvalitativnom analizom odgovora uočeno je da odgojitelji kao govorna obilježja osoba koje mucaju najčešće navode ponavljanja glasova, riječi i slogova, produljavanje glasova, zastajkivanje. Određen broj odgojitelja prepoznaje i napetost pri govoru, tikove na licu, grimase, pokrete glavom i tijelom. Neki od odgovora su:

- Povećan broj ponavljanja glasova i slogova, razvlačenje glasova

- Nemogućnost izgovaranja riječi, obično u emotivno ili psihološki uzbuđenom stanju, pred novim ljudima ili situacijama, doima se kao grč

- Ponavlja, produljava neke glasove, ima pauze ili blokade, napet je dok govori, pravi grimase, pokrete glavom i tijelom

- Povećan broj ponavljanja glasova i slogova, napetost pri izgovoru

- Ponavljanja se pri govoru najčešće događaju na prvoj riječi nekog spoja riječi, na kratkim funkcionalnim riječima, na složenijim riječima, duljim riječima, na riječima koje započinju suglasnikom ili spojem suglasnika...

5.2. Uvjerena odgojitelja o poremećajima tečnosti govora

U trećem dijelu upitnika, odgojitelji su morali izraziti slaganje ili neslaganje sa 17 tvrdnji o djeci s poremećajima tečnosti govora, o utjecaju okoline na razvoj poremećaja tečnosti govora kod djeteta, te o strategijama koje smatraju prikladnima u radu s djecom s poremećajima tečnosti govora.

Prvih 8 tvrdnji ispituje njihova uvjerenja o djeci s poremećajima tečnosti govora. Odgovori su prikazani u *Tablici 7*.

Sljedeće 4 tvrdnje ispituju njihova uvjerenja o ulozi okoline i ulozi odgojitelja u razvoju poremećaja tečnosti govora kod djeteta, te osjećaje koje imaju o radu s djecom s poremećajima tečnosti govora. Odgovori su prikazani u *Tablici 8*.

Posljednjih 5 tvrdnji ispituje njihova uvjerenja o strategijama koje smatraju prikladnima u radu s djecom s poremećajima tečnosti govora. Odgovori su prikazani u *Tablici 9*.

Tablica 7. Prikaz razina slaganja odgojitelja s tvrdnjama koje ispituju uvjerenja o djeci s poremećajima tečnosti govora

| TVRDNJA | SLAŽEM SE | NE SLAŽEM SE |
|---|-----------|--------------|
| <i>Djeca koja mucaju imaju niže kognitivne sposobnosti od ostale djece.</i> | 1,8% | 98,2% |
| <i>Dječaci mucaju češće od djevojčica.</i> | 34,1% | 65,9% |
| <i>Djeca koja mucaju imaju psiholoških problema.</i> | 28,8% | 71,2% |
| <i>Djeca koja mucaju nastaviti će mucati i u odrasloj dobi.</i> | 6,5% | 93,5% |
| <i>Djeca koja mucaju anksioznija su od djece koja ne mucaju.</i> | 51,8% | 48,2% |
| <i>Djeca koja mucaju tiha su i sramežljiva.</i> | 41,2% | 58,8% |
| <i>Djeca koja mucaju nemaju dobre odnose s vršnjacima.</i> | 10% | 90% |
| <i>Dijete koje muca je sporije u rješavanju zadataka od ostale djeca.</i> | 7,6% | 92,4% |

Tablica 8. Prikaz razina slaganja odgojitelja s tvrdnjama koje ispituju uvjerenja o njihovoj ulozi i ulozi okoline u razvoju poremećaja tečnosti kod djece, te osjećaje koje imaju o radu s djecom s poremećajima tečnosti govora.

| TVRDNJA | SLAŽEM SE | NE SLAŽEM SE |
|--|-----------|--------------|
| <i>Djetetova okolina može imati veliki utjecaj na to kako dijete percipira svoje mucanje.</i> | 98,8% | 1,2% |
| <i>Način na koji razgovaram s djetetom može utjecati na njegovo mucanje, u pozitivnom ili negativnom smislu.</i> | 97,1% | 2,9% |

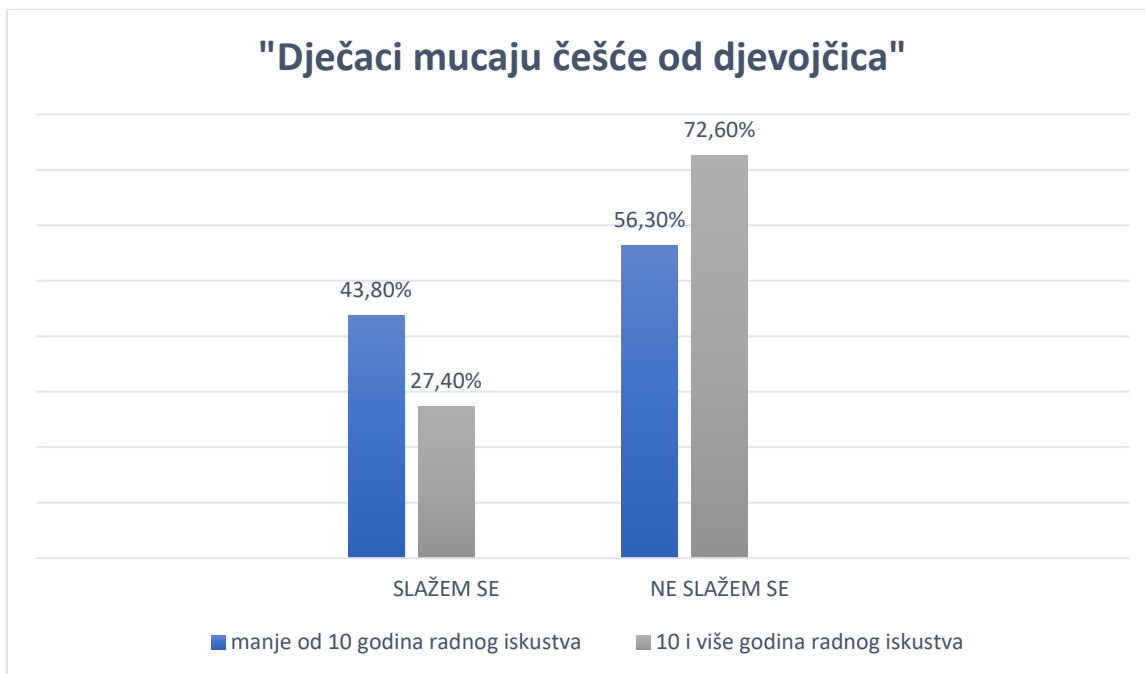
| | | |
|--|-------|-------|
| <i>Osjećam nelagodu kad razgovaram s djetetom koje muca.</i> | 7,1% | 92,9% |
| <i>Osjećam se dovoljno kompetentno i samopouzđano za rad s djetetom koje muca.</i> | 52,4% | 47,6% |

Tablica 9. Prikaz razina slaganja odgojitelja s tvrdnjama koje ispituju uvjerenja o strategijama koje su prikladne u radu s djecom s poremećajima tečnosti govora

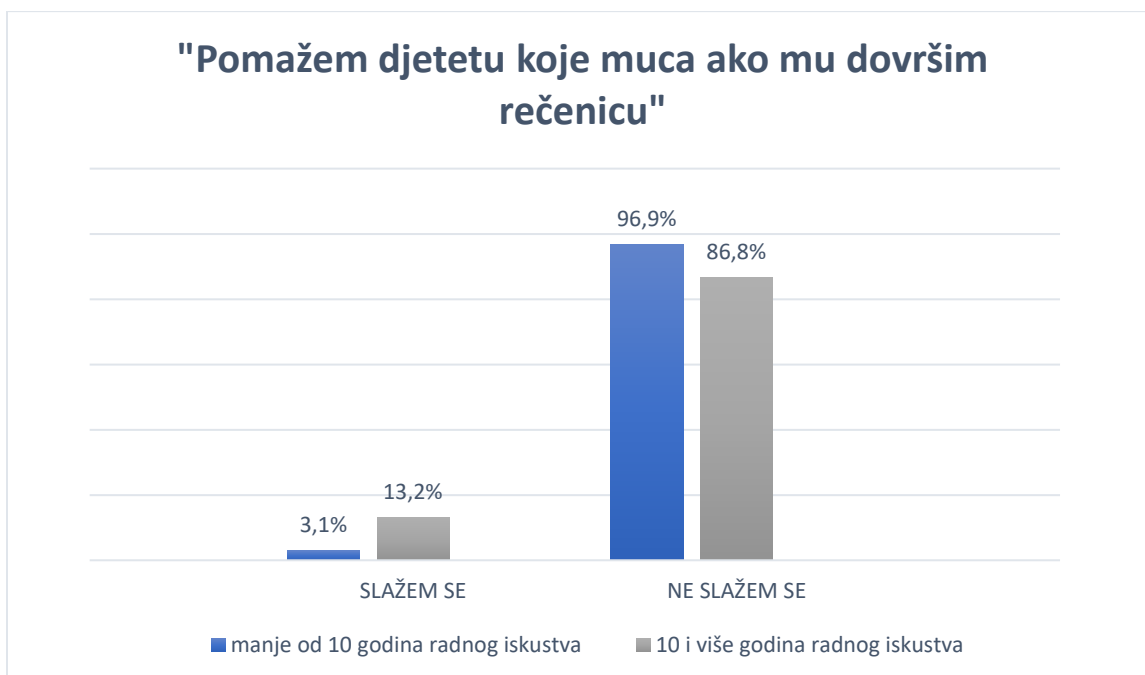
| TVRDNJA | SLAŽEM SE | NE SLAŽEM SE |
|--|-----------|--------------|
| <i>Od djeteta koje muca ne treba tražiti da govori pred cijelom grupom ostale djece.</i> | 44,1% | 55,9% |
| <i>Ne smijem požurivati dijete koje muca.</i> | 100% | 0% |
| <i>Kada dijete počne mucati, u redu je reći mu da uspori govor i da se opusti.</i> | 85,3% | 14,7% |
| <i>Pomažem djetetu koje muca ako mu dovršim rečenicu.</i> | 9,4% | 90,6% |
| <i>U redu je prekinuti dijete ako vidimo da mu postaje teško govoriti.</i> | 47,1% | 52,9% |

5.2.1. Razlike u uvjerenjima odgojitelja prema duljini radnog iskustva

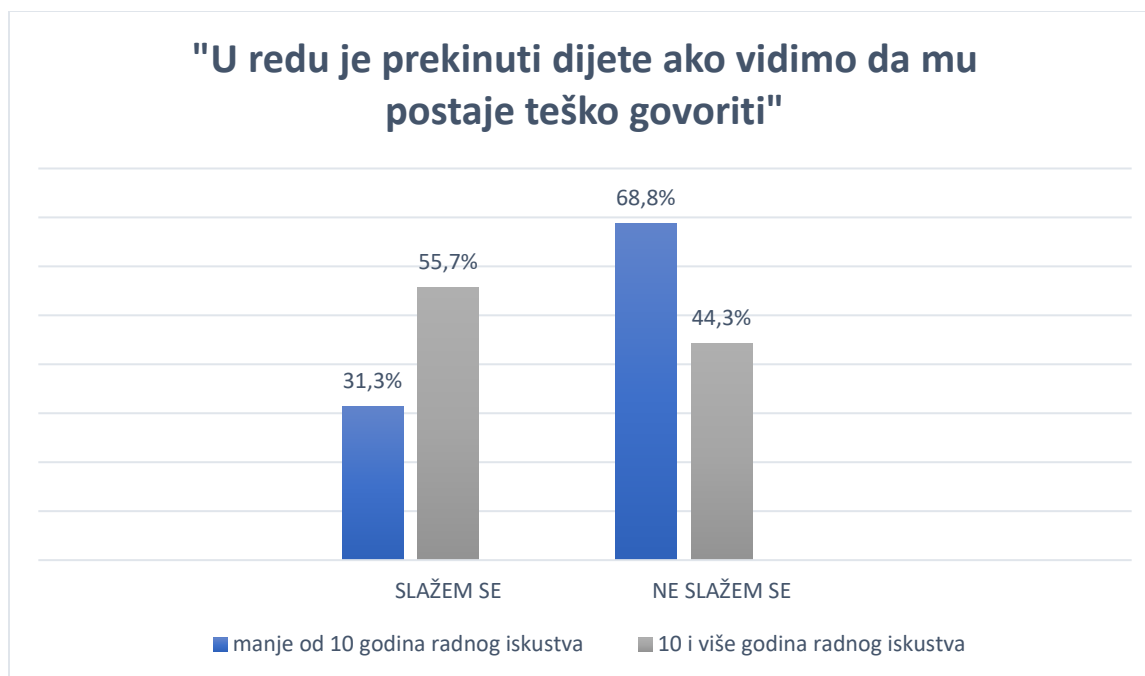
Hi-kvadrat test upućuje na to da duljina radnog iskustva slabo utječe na razinu slaganja odgojitelja s tvrdnjom: “Dječaci mucaju češće od djevojčica” ($\chi^2(1) = 4,811$, $p < 0,05$, Cramer’s $V < 0,3$), što je prikazano na *Slici 5*. Isto tako, duljina radnog iskustva slabo utječe na razinu slaganja odgojitelja s tvrdnjom: “Pomažem djetetu koje muca ako mu dovršim rečenicu” ($\chi^2(1) = 4,758$, $p < 0,05$, Cramer’s $V < 0,3$), što je prikazano na *Slici 6*. Duljina radnog iskustva slabo utječe na razinu slaganja odgojitelja s još jednom tvrdnjom: “U redu je prekinuti dijete ako vidimo da mu postaje teško govoriti” ($\chi^2(1) = 9,559$, $p < 0,05$, Cramer’s $V < 0,3$), što je prikazano na *Slici 7*. Ne postoji povezanost između duljine radnog iskustva i odgovora odgojitelja na ostalim tvrdnjama ($p > 0,05$).



Slika 5. Razine slaganja odgojitelja s tvrdnjom "Dječaci mucaju češće od djevojčica", razlike prema duljini radnog iskustva



Slika 6. Razine slaganja odgojitelja s tvrdnjom "Pomažem djetetu koje muca ako mu dovršim rečenicu", razlike prema duljini radnog iskustva



Slika 7. Razine slaganja odgojitelja s tvrdnjom "U redu je prekinuti dijete ako vidimo da mu postaje teško govoriti", razlike prema duljini radnog iskustva

5.2.2. Razlike u uvjerenjima odgojitelja prema usavršavanju tijekom obrazovanja i/ili radnog vijeka na temu poremećaja tečnosti govora

Hi-kvadrat test je pokazao kako ne postoji povezanost između usavršavanja odgojitelja tijekom obrazovanja i/ili radnog vijeka na temu poremećaja tečnosti govora i razine slaganja s nijednom od 17 tvrdnji, na razini značajnosti od 5% ($p > 0,05$), što se može vidjeti u *Tablici 10*. Dakle, usavršavanje tijekom obrazovanja i/ili radnog vijeka na temu poremećaja tečnosti govora ne utječe na uvjerenja odgojitelja o djeci s poremećajima tečnosti govora, o ulozi okoline i odgojitelja u razvoju poremećaja tečnosti govora kod djece i uvjerenja o strategijama koje su prikladne u radu s djecom s poremećajima tečnosti govora.

Tablica 10. Razine slaganja odgojitelja koji su se usavršavali na temu poremećaja tečnosti govora i onih koji nisu, s tvrdnjama koje ispituju uvjerenja o poremećajima tečnosti govora

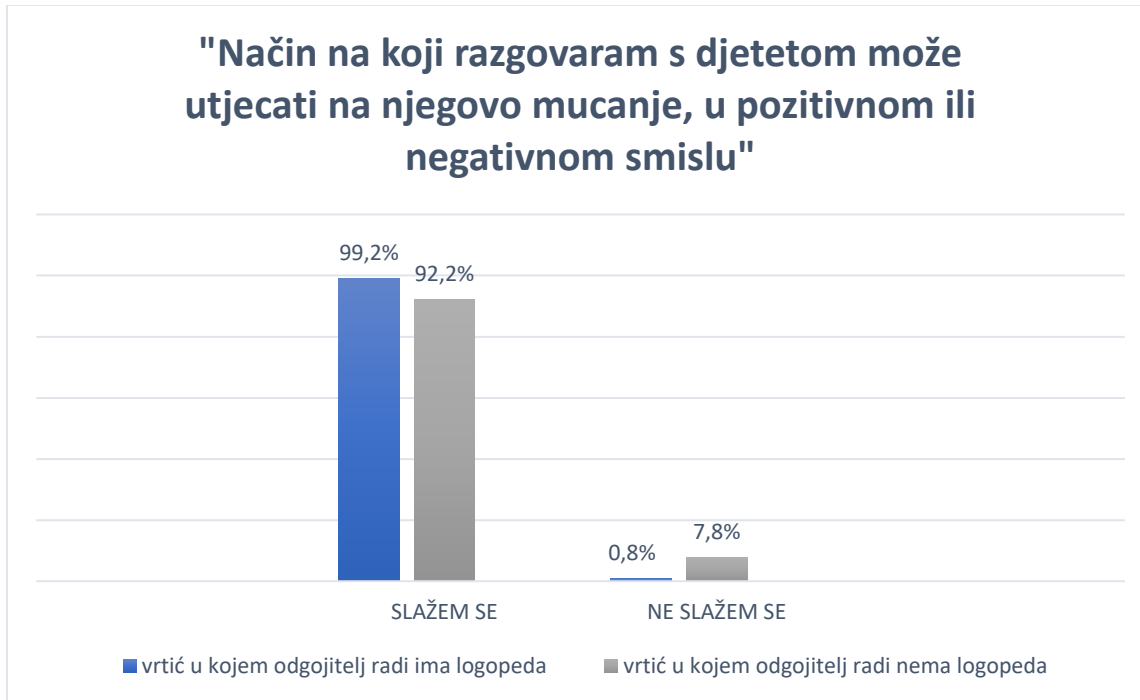
| Tvrdnja | Odgojitelji koji su se usavršavali | | Odgojitelji koji se nisu usavršavali |
|---|------------------------------------|-------|--------------------------------------|
| <i>Djeca koja mucaju imaju niže kognitivne sposobnosti od ostale djece</i> | Slažem se | 2,6% | 0% |
| | Ne slažem se | 97,4% | 100% |
| <i>Dječaci mucaju češće od djevojčica</i> | Slažem se | 28,9% | 42,9 % |
| | Ne slažem se | 71,1% | 57,1% |
| <i>Djeca koja mucaju imaju psiholoških problema</i> | Slažem se | 21,9% | 35,7% |
| | Ne slažem se | 78,1% | 64,3% |
| <i>Djeca koja mucaju nastaviti će mucati i u odrasloj dobi</i> | Slažem se | 5,3% | 8,9% |
| | Ne slažem se | 94,7% | 91,1% |
| <i>Djeca koja mucaju anksioznija su od djece koja ne mucaju</i> | Slažem se | 52,6% | 51,8% |
| | Ne slažem se | 47,4% | 48,2% |
| <i>Djeca koja mucaju tiha su i sramežljiva</i> | Slažem se | 42,1% | 35,7% |
| | Ne slažem se | 57,9% | 64,3% |
| <i>Djeca koja mucaju nemaju dobre odnose s vršnjacima</i> | Slažem se | 13,2% | 5,4% |
| | Ne slažem se | 86,8% | 94,6% |
| <i>Dijete koje muca je sporije u rješavanju zadataka od ostale djece</i> | Slažem se | 5,3% | 12,5% |
| | Ne slažem se | 94,7% | 87,5% |
| <i>Okolina može imati veliki utjecaj na to kako dijete percipira mucanje</i> | Slažem se | 98,2% | 100% |
| | Ne slažem se | 1,8% | 0 % |
| <i>Način na koji razgovaram s djetetom može pozitivno ili negativno utjecati na njegovo mucanje</i> | Slažem se | 97,4% | 96,4% |
| | Ne slažem se | 2,6% | 3,6% |

| | | | |
|---|--------------|-------|-------|
| <i>Osjećam nelagodu kad razgovaram s djetetom koje muca</i> | Slažem se | 7,9% | 7,1% |
| | Ne slažem se | 92,1% | 92,9% |
| <i>Od djeteta koje muca ne treba tražiti da govori pred cijelom grupom ostale djece</i> | Slažem se | 44,7% | 37,5% |
| | Ne slažem se | 55,3% | 62,5% |
| <i>Ne smijem požurivati dijete koje muca</i> | Slažem se | 98,2% | 100% |
| | Ne slažem se | 1,8% | 0% |
| <i>Kada dijete počne mucati u redu je reći mu da uspori govor i da se opusti</i> | Slažem se | 83,3% | 87,5% |
| | Ne slažem se | 16,7% | 12,5% |
| <i>Pomažem djetetu koje muca ako mu dovršim rečenicu</i> | Slažem se | 7,9% | 12,5% |
| | Ne slažem se | 92,1% | 87,5% |
| <i>U redu je prekinuti dijete ako vidimo da mu postaje teško govoriti</i> | Slažem se | 45,6% | 48,2% |
| | Ne slažem se | 54,4% | 51,8% |
| <i>Osjećam se dovoljno kompetentno i samopouzđano za rad s djetetom koje muca</i> | Slažem se | 54,4% | 42,9% |
| | Ne slažem se | 45,6% | 57,1% |

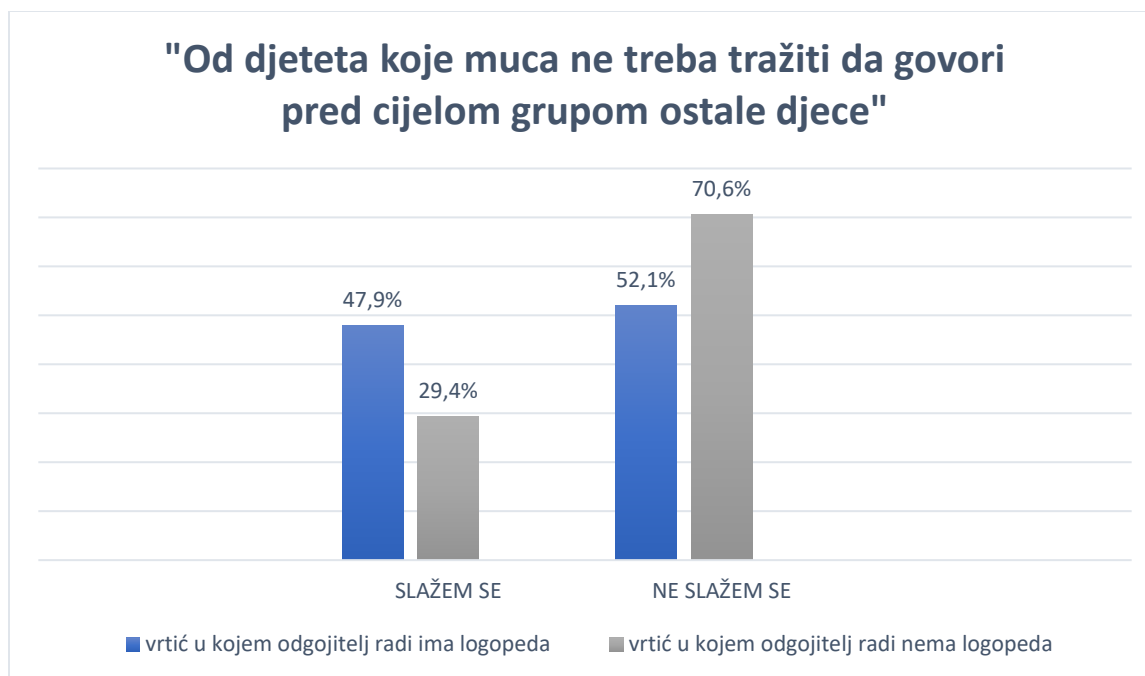
5.2.3. Razlike u uvjerenjima odgojitelja prema prisutnosti stručnog suradnika-logopeda u vrtiću u kojem je odgojitelj zaposlen

Hi-kvadarat test upućuje na povezanost između prisutnosti stručnog suradnika-logopeda u vrtiću u kojem odgojitelj radi i odgovora odgojitelja na dvije tvrdnje, na razini značajnosti od 5%. Prisutnost stručnog suradnika-logopeda slabo utječe na razinu slaganja odgojitelja s tvrdnjom: “Način na koji razgovaram s djetetom može utjecati na njegovo mucanje, u pozitivnom ili negativnom smislu” ($\chi^2(1) = 6,133$, $p < 0,05$, Cramer’s $V < 0,3$), što je prikazano na *Slici 8*. Isto

tako, prisutnost stručnog suradnika-logopeda slabo utječe na razinu slaganja odgojitelja s tvrdnjom: “Od djeteta koje muca ne treba tražiti da govori pred cijelom grupom ostale djece” ($\chi^2_{(1)} = 4,998$, $p < 0,05$, Cramer’s $V < 0,3$), što je prikazano na Slici 9.



Slika 8. Razine slaganja odgojitelja s tvrdnjom “Način na koji razgovaram s djetetom može utjecati na njegovo mucanje, u pozitivnom ili negativnom smislu”, prema prisutnosti logopeda u vrtiću u kojem odgojitelj radi



Slika 9. Razine slaganja odgojitelja s tvrdnjom "Od djeteta koje muca ne treba tražiti da govori pred cijelom grupom ostale djece", prema prisutnosti logopeda u vrtiću u kojem odgojitelj radi

5.3. Komentari odgojitelja

Na kraju upitnika odgojiteljima je ponuđena mogućnost da izraze svoje mišljenje ili iskustvo o radu s djecom s poremećajima tečnosti govora. Iz komentara je vidljivo da odgojitelji prepoznaju važnost pozitivnog stava okoline i svoje uloge u radu s djecom s poremećajima tečnosti govora. No, iskazuju potrebu za dodatnom edukacijom i podrškom kada se radi o poremećajima tečnosti govora. Neki od komentara su:

-Jako je važan pristup odgojitelja prema djetetu s poremećajem tečnosti govora, a i s ostalim teškoćama.

-Poticati ih, hrabriti, jačati samopouzdanje, poticati pozitivno okruženje, razumjeti dijete.

-Više edukacija na temu govora i govornih poremećaja bilo bi poželjno. Takve djece je svake godine sve više, a nismo dovoljno educirani za pomoći im

-Edukacije i osvještavanje ljudi doista su potrebne vezano uz mucanje, tj. svjesnosti o ovakvim ili sličnim problemima s kojima se ljudi svakodnevno suočavaju, tabu-temama ili zabudama - smatram da nismo dovoljno educirani ni u vrtiću ni u školi. Potrebno je pokazati prave načine ophođenja prema djeci koja mucaju, stvoriti ćemo bolji svijet i pojačati ćemo međusobnu empatiju te podršku za bilo kakav problem.

-Sve je više djece s takvim poteškoćama, a odgojitelji nemaju nikakvu podršku (edukacije, radinice...), u privatnim vrtićima nemamo ni adekvatnu stručnu službu pa sve probleme šaljem pedijatru da dopusti uputnice za psihološke obrade djeteta što velika većina ne napravi tako već kaže -" proći će s vremenom".

- Svakako bi se trebalo poraditi na kompetenciji odgojitelja u radu s djecom s poteškoćama kako bi uključenost takve djece bila što uspješnija i pojedinačni rezultati pozitivniji.

- Podići svjesnost odraslih da se što ranije mucanje djeteta treba rješavati kod stručnjaka, djetetu objasniti zašto mucanje nije strašno, rodbinu, prijatelje zamoliti da uvažavaju različitost, ne rugaju se....

- Za mnogo stvari oko mucanja nisam sigurna, upitnik me potaknuo na istraživanje o tome.

6. RASPRAVA

Znanje odgojitelja o tome koji su to poremećaji tečnosti govora je polovično. Pozitivna činjenica jest to da 97,6% odgojitelja prepoznaje mucanje kao poremećaj tečnosti govora. S obzirom na to da je mucanje najrašireniji i najistraženiji poremećaj tečnosti govora, takvi odgovori ispitanika ne iznenađuju. S druge strane, brzopletost kao poremećaj tečnosti govora prepoznaje tek nešto više od polovice ispitanika, 54,1%, što se može pripisati relativnoj zanemarenosti brzopletosti u literaturi tijekom godina, u usporedbi s mucanjem. Na odabir brzopletosti kao poremećaja tečnosti govora utječe duljina radnog iskustva, gdje odgojitelji s 10 i više godina radnog iskustva češće odabiru brzopletost kao poremećaj tečnosti govora. Gotovo jednak broj ispitanika kao poremećaj tečnosti govora identificira pogrešan izgovor glasova, 52,1%. Artikulacijski poremećaji učestali su među djecom vrtićke dobi te često ometaju razumljivost govora, što je moglo navesti odgojitelje da pomisle kako oni također pripadaju poremećajima tečnosti govora. Pomalo je zabrinjavajuće to što 53 odgojitelja odabiru disleksiju kao poremećaj tečnosti govora, što ukazuje na nedostatan znanje o tom poremećaju, čije je rano prepoznavanje isto tako važno za daljni razvoj djeteta. Dizatriju kao poremećaj tečnosti govora identificira 27 odgojitelja, što može biti pod utjecajem pojave nekih sličnih netečnosti i u kliničkoj slici dizatrije. Većina odgojitelja upoznata je s činjenicom da se mucanje najčešće pojavljuje u razdoblju od 2. do 5. godine života (95,3%). Vrlo mali broj odgojitelja misli da se mucanje najčešće javlja prije druge godine (1,2%) ili tijekom puberteta (3,5%).

Odgojitelji su djelomično upoznati s etiologijom mucanja. Najveći broj ispitanika smatra da mucanje mogu uzrokovati svi ponuđeni čimbenici: genetski, neurološki, traumatičan događaj, stres, anksioznost (60,6%). Preostali ispitanici slažu se oko toga da mucanje uzrokuju traumatičan događaj, stres i anksioznost, što nije iznenađujuće s obzirom na to da takvo mišljenje prevladava i u nekim drugim istraživanjima provedenim među općom populacijom, te učiteljima (De Britto Pereira, Rossi i Van Borsel, 2008; Abdalla i St. Louis, 2012). Vrlo mali broj ispitanika misli da se mucanje javlja pod djelovanjem genetskih čimbenika (7,1%), što je u kontrastu s mnogim istraživanjima koja potvrđuju genetsku podlogu mucanja (Ambrose, Yairi i Cox, 1993; Felsenfeld i sur., 2000).

Pokazalo se da odgojitelji uglavnom znaju kome treba uputiti dijete koje muca. Gotovo svi odgojitelji na prvo mjesto stavili su logopeda (95,3%). Polovina ispitanika bi dijete uputila psihologu, što je isto tako dobar izbor, s obzirom na to da je mucanje multidimenzionalan poremećaj, te mu je potrebno pristupiti iz različitih perspektiva (47,1%). Među odgojiteljima koji bi dijete uputili psihologu, prevladavaju oni s 10 i više godina radnog iskustva. Moguće je da su se oni susretali s većim brojem djece koja mucaju, te su osvješteniji o tome da je mucanje kompleksan poremećaj koji ponekad zahtijeva tretman više stručnjaka. Vrlo mali broj ispitanika dijete koje muca bi uputio pedijatru ili pedagogu (7,7%).

Također, pokazalo se kako su odgojitelji upoznati s govornim obilježjima osoba koje mucaju, što je važno kako bi odgojitelj mogao uopće prepoznati mucanje kod djeteta, ili barem posumnjati na prisutnost istog, te dijete uputiti stručnjaku. Najviše se u opisima govornih karakteristika spominju ponavljanje glasova, slogova, produljavanje i zastajkivanje. Neki odgojitelji prepoznaju i sekundarne karakteristike poput napetosti, pokreta glavom, tijelom, koje nisu rijetka pojava kod osoba koje mucaju.

Gotovo svi odgojitelji su svjesni toga da mucanje ne utječe na niže kognitivne sposobnosti kod djece (98,2%), kao ni na brzinu rješavanja zadataka (92,4%). Uočivši kako mali broj odgojitelja misli da genetika utječe na razvoj mucanja, ne iznenađuje što se 66 % njih ne slaže s tvrdnjom da dječaci mucaju češće od djevojčica. Suprotno očekivanom i onome što je uočila Shark (2001), veća razina slaganja s ovom tvrdnjom zabilježena je kod odgojitelja s manje godina radnog iskustva. To može biti rezultat manjeg omjera u ranoj dobi, koji se s vremenom povećava, jer su djevojčice sklonije oporavku od dječaka. Izgleda da su odgojitelji svjesni velike tendencije ka spontanom oporavku od mucanja u ranoj dobi, jer se 93,5% njih slaže s tvrdnjom da mucanje kod djece neće perzistirati u odrasloj dobi. U suprotnosti je to s mišljenjem odgojitelja u istraživanju koje je provela Shark (2001), gdje samo 28% njih misli da djeca neće nastaviti mucati u odrasloj dobi. Većina odgojitelja smatra da djeca koja mucaju nemaju psiholoških problema, što je zapravo kontradiktorno mišljenju o uzrocima mucanja, gdje veći broj njih kao uzrok navodi traumatičan događaj, stres i anksioznost. Psihološki problemi ne dolaze zajedno s mucanjem, niti ga uzrokuju, već su više posljedica negativnih stavova i ponašanja okoline prema djeci koja mucaju. Mišljenja su podijeljena glede toga jesu li djeca koja mucaju anksioznija od ostale djece. Reilly i sur. (2009; prema Smith i sur.,2014), a potom i Van der Merve i sur. (2011) nisu zabilježili razlike glede

anksioznosti među predškolskom djecom koja mucaju i njihovih vršnjaka, što govori u prilog tome da je pripisivanje stanja anksioznosti djeci koja mucaju isto tako posljedica stavova okoline. Anksioznost se kod djece može javiti kao odraz predrasuda i neprikladnih ponašanja okoline, najviše u govornim situacijama, posebice kad one uključuju nove ljude i teme (Smith i sur., 2014). Mišljenja su isto tako podijeljena glede toga jesu li djeca koja mucaju tiha i sramežljiva. Iako je malo veći broj onih koji se ne slažu, čak 41 % ispitanika misli da jesu. Takva podijeljenost postoji u literaturi o školskoj djeci, gdje su u nekim istraživanjima djeca koja mucaju često percipirana kao tiha i sramežljiva, (Lass i sur., 1992), dok u nekima nisu (Pachigar, Stansfield i Goldbart, 2011). Ono što je važno naglasiti jest da su odgojitelji svjesni važnosti utjecaja okoline, i vlastitog utjecaja na razvoj poremećaja tečnosti govora kod djece. Na veću svjesnost odgojitelja o važnosti načina na koji razgovaraju s djetetom koje muca, utječe prisutnost stručnog suradnika-logopeda u vrtiću u kojem je odgojitelj zaposlen, što ukazuje na važnost uloge logopeda u usmjeravanju i pružanju podrške odgojiteljima u radu s djecom s govornim teškoćama.

Odgojitelji nisu upoznati s prikladnim načinima razgovaranja s djetetom koje muca, odnosno s ponašanjima koja su učinkovita ili štetna za dijete koje muca. To dokazuje činjenica da se polovina odgojitelja ne slaže s tim da dijete koje muca ne bi trebalo izlagati situacijama u kojima je primorano govoriti pred cijelom grupom ostale djece. Nešto pozitivnije mišljenje imaju oni odgojitelji zaposleni u vrtićima gdje je prisutan stručni suradnik-logoped. Isto tako, veliki je broj odgojitelja, čak 85,3%, koji misli da je u redu djetetu reći da uspori govor i da se opusti. Takvo mišljenje odgojitelja je u manjoj mjeri zabilježila i Shark (2011). Polovina odgojitelja smatra da je u redu prekinuti dijete dok muca. Ovakvi rezultati su poražavajući, s obzirom na to da upravo takva ponašanja pridonose obeshrabrivanju djeteta, stvaranju negativne slike o vlastitom govoru, i stvaranju osjećaja bespomoćnosti, što će samo još više potaknuti njegovo mucanje. Isto tako, ostala djeca u grupi mogu preuzeti takva ponašanja, misleći da su ona prikladna i poželjna, ako ih provodi odgojitelj. Suprotno očekivanju, negativna uvjerenja više su prisutna kod odgojitelja s 10 i više godina radnog iskustva. Moguće objašnjenje bi bilo da je društvo u današnje vrijeme osvještenije i donekle osjetljivije na potrebe ranjivijih skupina, te da se puno više općenito priča o inkluziji djece s bilo kakvom vrstom poteškoća, što može utjecati i na obrazovne programe koje pohađaju mlađe generacije, te “ulaženje” u profesiju s pozitivnijim uvjerenjima. Pozitivno je to što su odgojitelji svjesni kako je njihova uloga važna u razvoju mucanja kod djeteta, što onda pretpostavlja i spremnost na dodatnu edukaciju, kojom bi se mogli bolje nositi s ovakvim

problemima. Polovica odgojitelja ne osjeća se samopouzdana i kompetentno za rad s djecom koja mucaju, što isto tako ukazuje na potrebu pružanja dodatne podrške odgojiteljima.

7. VERIFIKACIJA PRETPOSTAVKI

***H₁:** Odgojitelji s 10 i više godina radnog iskustva imaju bolje znanje o poremećajima tečnosti govora od odgojitelja s manje od 10 godina radnog iskustva*

Postoji statistički značajna razlika između znanja odgojitelja prema duljini radnog iskustva, u korist odgojitelja s 10 i više godina radnog iskustva, stoga se ova hipoteza **prihvaća**.

***H₂:** Odgojitelji koji su se tijekom obrazovanja i/ili radnog vijeka usavršavali na temu poremećaja tečnosti govora imaju bolje znanje o poremećajima tečnosti govora od odgojitelja koji se nisu usavršavali na temu poremećaja tečnosti govora*

Pokazalo se da usavršavanje tijekom obrazovanja i/ili radnog vijeka na temu poremećaja tečnosti govora ne utječe na bolje znanje odgojitelja o poremećajima tečnosti govora, stoga se ova hipoteza **ne prihvaća**.

***H₃:** Prisutnost stručnog suradnika-logopeda u vrtiću utječe na bolje znanje odgojitelja o poremećajima tečnosti govora.*

Nisu pronađeni dokazi koji bi potvrdili to da prisutnost stručnog suradnika-logopeda u vrtiću utječe na bolje znanje odgojitelja o poremećajima tečnosti govora, stoga se ova hipoteza isto tako **ne prihvaća**.

8. ZAKLJUČAK

Poremećaji tečnosti govora, u koje ubrajamo mucanje i brzopletost, često ometaju tijek komunikacije i narušavaju razumljivost govora, stoga mogu utjecati na ponašanje sugovornika. Upravo zbog toga, osobe s poremećajem tečnosti govora nerijetko nailaze na nerazumijevanje i predrasude od strane okoline. Posebno se to odnosi na mucanje, koje je za razliku od brzopletosti, češći i znatno više istražen poremećaj tečnosti govora. Mucanje je multidimenzionalan poremećaj različito definiran od strane različitih stručnjaka. Još uvijek postoje nesigurnosti glede etiologije mucanja, no najviše se ono povezuje s kombinacijom genetskih i neuroloških čimbenika. Najčešće se pojavljuje u ranoj dobi, od 2. do 5. godine života. Rana intervencija je ključna u sprječavanju daljnjeg razvoja poremećaja tečnosti govora i negativnog utjecaja na djetetov život. Ranoj intervenciji prethodi rana identifikacija, odnosno pravovremeno prepoznavanje poremećaja kod djeteta. Za ranu identifikaciju, potrebno je raspolagati temeljnim znanjem o poremećajima tečnosti govora. Posebno se ističe uloga odgojitelja, koji je u svakodnevnom kontaktu s djetetom, provodi s njim puno vremena, te ima uvid u njegov razvoj. Kao takav, predstavlja važan izvor informacija za roditelje i stručnjake koji rade s djetetom.

Ovim istraživanjem, pokazalo se kako je znanje odgojitelja na području Republike Hrvatske o poremećajima tečnosti govora nedostavno. Čak polovica ispitanih odgojitelja ne prepoznaje brzopletost kao poremećaj tečnosti govora. Na bolje znanje odgojitelja o poremećajima tečnosti govora najviše utječe duljina radnog iskustva, dok usavršavanje tijekom obrazovanja i/ili radnog vijeka, te prisutnost stručnog suradnika- logopeda u vrtiću uopće ne utječe na znanje odgojitelja o poremećajima tečnosti govora. To ukazuje na potrebu za boljom edukacijom odgojitelja o poremećajima tečnosti govora, tijekom obrazovanja ili kasnije putem predavanja ili radionica organiziranih od strane logopeda.

Među odgojiteljima su prisutna i neka negativna uvjerenja o djeci s poremećajima tečnosti govora. Velik broj njih djecu s poremećajima tečnosti govora doživljava kao anksioznu, tihu i sramežljivu, što je u skladu s literaturom koja govori o brojnim predrasudama o osobama s poremećajem tečnosti govora, koje kreću od najranije dobi. Također, odgojitelji pokazuju slabo poznavanje strategija koje su prikladne u radu s djecom s poremećajima tečnosti govora. Suprotno očekivanom, odgojitelji s manje od 10 godina radnog iskustva imaju pozitivnija uvjerenja o

strategijama koje bi bilo prikladno koristiti u razgovoru s djetetom koje muca. Pozitivno je to što su gotovo svi odgojitelji svjesni važnosti vlastite uloge, odnosno svjesni su da način na koji razgovaraju s djetetom može pozitivno ili negativno utjecati na djetetovo mucanje. Važno je napomenuti kako i sami odgojitelji iskazuju nesigurnost glede rada s djecom s poremećajima tečnosti govora, zbog osjećaja nekompetentnosti te iskazuju potrebu za dodatnom podrškom i edukacijom za rad s takvom djecom.

Rezultate ovog istraživanja potrebno je uzeti s oprezom zbog nekih njegovih ograničenja. Primjerice, na nekim tvrdnjama u upitniku trebao bi postojati i odgovor *ne znam*, tako da odgojitelji ne bi bili prisiljeni “pogađati” odgovor na pitanje. Također, na nekim tvrdnjama je teško dati općeniti odgovor. Primjerice, na tvrdnjama koje se odnose na djecu s poremećajima tečnosti govora, gdje zapravo puno toga ovisi o individualnim karakteristikama djeteta te je ponekad teško generalizirati. Isto tako, postoji nesrazmjer u broju odgojitelja unutar skupina na temelju kojih su uspoređivani njihovi odgovori. Primjerice, veći je broj odgojitelja s 10 i više godina radnog iskustva u odnosu na odgojitelje s manje od 10 godina radnog iskustva. Isti je slučaj s varijablom usavršavanje tijekom obrazovanja i/ili radnog vijeka na temu poremećaja tečnosti govora, te s varijablom prisutnost stručnog suradnika-logopeda u vrtiću. Razlike među skupinama bi možda bile drugačije, kada bi broj ispitanika u skupinama bio bolje izjednačen. Sve ovo trebalo bi uzeti u obzir prilikom provođenja daljnjih istraživanja.

9. LITERATURA:

1. Abdalla, F.A., St.Louis, K.O. (2012): Arab school teachers' knowledge, beliefs and reactions regarding stuttering. *Journal of Fluency Disorders*, 37, 54-69.
2. Alm, P.A. (2011): Cluttering: a neurological perspective. U D.Ward i K. Scaler Scott (Ur.), *Cluttering: A Handbook of Research, Intervention and Education*, (str. 3-29). New York: Psychology Press.
3. Ambrose, N.G., Yairi, E., Cox, N. (1993): Genetic Aspects of Early Childhood Stuttering. *Journal of Speech and Hearing Research*, 36, 701-706.
4. Ambrose, N.G., Yairi, E. (1994): The development of awareness of stuttering in preschool children. *Journal of Fluency Disorders*, 19, 229-245.
5. Ambrose, N.G., Yairi, E. (1999): Normative Disfluency Data for Early Childhood Stuttering. *Journal of Speech, Language and Hearing Research*, 42, 1097-1112.
6. American Speech-Language-Hearing Association. (1993): Definitions of communication disorders and variations [Relevant Paper]. Available from www.asha.org/policy
7. Bailey, C.S., Zinsser, K.M., Curby, T.W., Denham, S.A., Bassett, H.H. (2013): Consistently Emotionally Supportive Preschool Teachers and Children's Social-emotional Learning in the Classroom: Implications for Center Directors and Teachers. *Dialog*, 16(2), 131-137.
8. Betz, I.R., Blood, G.W., Blood, I.M. (2008): University students' perceptions of pre- school and kindergarten children who stutter. *Journal of Communication Disorders*, 41, 259- 273.
9. Bloodstein, O. (2006): Some empirical observations about early stuttering: A possible link to language development. *Journal of Communication Disorders*, 39, 185-191.
10. Boey, R.A., Van de Heyning, P.H., Wuyts, F.L., Heylen, L., Stoop, R., De Bodt, M.S. (2009): Awareness and reactions of young stuttering children aged 2-7 years old towards their speech disfluency. *Journal of Communication Disorders*, 42, 334-346.
11. Borzić, M. (1994): *Objektni svijet djece koja mucaju*. Zagreb: Prosvjeta.

12. Brosch, S., Pirsig, W. (2001): Stuttering in history and culture. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 59, 81-87.
13. Cicurel, A., Shvarts, S. (2003): Stuttering in antiquity: Moses and Demosthenes. *Vesalius*, 2, 15-18.
14. Cohen, J. (2014): A new name for stuttering in DSM-5. *Monitor on Psychology*, 45(7), 51.
15. Daly, D.A., Burnett, M.L. (1996): Cluttering: assessment, treatment planning and case study illustration. *Journal of Fluency Disorders*, 21, 239-248.
16. De Britto Pereira, M.M., Rossi, J.P., Van Borsel, J. (2008): Public awareness and knowledge of stuttering in Rio de Janeiro. *Journal of Fluency Disorders*, 33, 24-31.
17. Drayna, D. (2011): Possible genetic factors in cluttering. U D.Ward i K.Scaler Scott (Ur.), *Cluttering: A Handbook on Research, Intervention and Education*, (str.29-33). New York: Psychology Press.
18. Einarsdottir, J., Ingham, R.J. (2008): The effect of stuttering measurement training on judging stuttering occurrence in preschool children who stutter. *Journal of Fluency Disorders*, 33, 167-179.
19. Felsenfeld, S., Kirk, K.M., Zhu, G., Statham, D.J., Neale, M.C., Martin, N.G. (2000): A Study of the Genetic and Environmental Etiology of Stuttering in a Selected Twin Sample. *Behavior Genetics*, 30, 359-366.
20. Galić-Jušić, I. (2001): Što učiniti s mucanjem: cjelovit pristup govoru i psihi. Zagreb: Ostvarenje.
21. Garfinkel, H.A. (1995): Why did Moses stammer and, was Moses left-handed? *Journal of the Royal Society of Medicine*, 88, 256-257.
22. Gottwald, S.R., Starkweather, C.W. (1995): Fluency Intervention for Preschoolers and Their Families in the Public Schools. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, 26, 117-126.
23. Guitar, B. (2014): *Stuttering: An Integrated Approach to its Nature and Treatment* (4th edition). Baltimore: Lippincott, Williams & Wilkins.
24. Guitar, B., Conture, E.G. (2013): *The child who stutters: to the pediatrician* (5th edition). Memphis, Tennessee: Stuttering Foundation of America.

25. Lass, N.J., Ruscello, D.M., Schmitt, J.F., Pannbacker, M.D., Orlando, M.B., Dean, K.A., Ruziska, J.C., Bradshaw, K.H. (1992): Teachers' Perceptions of Stutterers. *Language, Speech and Hearing Services in Schools*, 23, 78-81.
26. Lebrun, Y. (1996): Cluttering after brain damage. *Journal of Fluency Disorders*, 21, 289-295.
27. Leon-Sarmiento, F.E., Paez, E., Hallett, M. (2013): Nature and nurture in stuttering: a systematic review on the case of Moses. *Neurological Sciences*, 34, 231-237.
28. Ljubešić, M. (1993): Poremećaji govora i ponašanja. *Defektologija*, 29, 151- 159.
29. Manning, W.H. (2010): *Clinical Decision Making in Fluency Disorders (Third Edition)*. International Edition: DELMAR CENGAGE Learning
30. Myers, F.L. (1996): Cluttering: A Matter of Perspective. *Journal of Fluency Disorders*, 21, 175-185.
31. Onslow, M. (2004): *Treatment of Stuttering in Preschool Children*. *Behaviour Change*, 21, 201-214.
32. Onslow, M. (2018): *Stuttering and Its Treatment-Eleven Lectures*. Australian Stuttering Research Centre, University of Sidney.
33. Packman, A., Attanasio, J.S. (2017): *Theoretical issues in stuttering (second edition)*. New York: Routledge
34. Pachigar, V., Stansfield, J., Goldbart, J. (2011): Beliefs and Attitudes of Primary School Teachers in Mumbai, India Towards Children Who Stutter. *International Journal of Disability, Development, and Education*, 58, 287-302.
35. Perkins, W.H. (1983): The Problem of Definition: Commentary on "Stuttering". *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 226-246.
36. Sahin, B.E., Turkun Dostoglu, N. (2012): The importance of preschoolers' experience in kindergarten design. *METU Journal of the Faculty of Architecture*, 29(1) 301-320.
37. Sardelić, S., Brestovci, B., Heđever, M. (2001): Karakteristične razlike između mucanja i drugih poremećaja fluentnosti govora. *Govor: časopis za fonetiku*, 18 (1), 45-60.

38. Scaler-Scott, K., St.Louis, K.O. (2018): A Perspective on Improving Evidence and Practice in Cluttering. *Perspectives on Fluency and Fluency Disorders*, 19, 46-51.
39. Shark, A.L. (2001): Preschool teachers' knowledge of identification and management of stuttering in preschool-aged children. Oklahoma: Graduate College of the Oklahoma State University.
40. Smith, A. (1990): Toward a Comprehensive Theory of Stuttering: A Commentary. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 55, 398-401.
41. Smith, K.A., Iverach, L., O'Brien, S., Kefalianos, E., Reilly, S. (2014): Anxiety of children and adolescents who stutter: A review. *Journal of Fluency Disorder*, 40, 22-34.
42. St. Louis, K.O., Raphael, L.J., Myers, F.L., Bakker, K. (2003): Cluttering Updated. *The ASHA Leader*, 8, 4-22.
43. St. Louis, K.O., Schulte, K. (2011): Defining cluttering: the lowest common denominator. U D. Ward i K. Scaler Scott (Ur.), *Cluttering: A Handbook on Research, Intervention and Education*, (str.233-254). New York: Psychology Press.
44. Teigland, A. (1996): A Study of Pragmatic Skills of Clutterers and Normal Speakers. *Journal of Fluency Disorders*, 21, 201-214.
45. Tetnowski, J.A. (2007): Cluttering and Concomitant Disorders. U K.Bakker, L.J.Raphael i F.L.Myers (Ur.), *Proceedings of the first world conference on cluttering*, (str. 251-260). Katarino, Bulgaria.
46. Vanryckeghem, M., Brutton, G.J., Hernandez, L.M. (2005): A comparative investigation of the speech-associated attitude of preschool and kindergarten children who do and do not stutter. *Journal of Fluency Disorders*, 30, 307-318.
47. van der Merve, B., Robb, M.P., Lewis, J.G., Ormond, T. (2011): Anxiety Measures and Salivary Cortisol Responses in Preschool Children Who Stutter. *Contemporary Issues in Communication Science and Disorders*, 38, 1-10.

48. Van Zaalen-Op't Hof, Y., Wijnen, F., Dejonckere, P. (2009): Language planning disturbances in children who clutter or have learning disabilities. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 11(6), 496-508.
49. Van Zaalen, Y., Reichel, I.K. (2015): *Cluttering: Current Views on Its Nature, Diagnosis and Treatment*. Bloomington: iUniverse
50. Ward, D. (2006): *Stuttering and Cluttering: Frameworks for understanding and treatment*. New York: Psychology Press.
51. Weidner, M.E., St.Louis, K.O., Burgess, M.E., LeMasters, S.N. (2015): Attitudes toward stuttering of nonstuttering preschool and kindergarten children: A comparison using a standard instrument prototype. *Journal of Fluency Disorders*, 44, 74-87.
52. Wingate, M.E. (1964): A Standard Definition of Stuttering. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 29(4), 484-489.
53. Yairi, E. (2007): Subtyping Stuttering I: A review. *Journal of Fluency Disorders*, 32, 165-196.
54. Yairi, E., Ambrose, N. (1992): Onset of Stuttering in Preschool Children: Selected Factors. *Journal of Speech and Hearing Research*, 35, 782-788.
55. Yairi, E., Ambrose, N. (2013): Epidemiology of stuttering: 21st century advances. *Journal of Fluency Disorders*, 38, 66-87.
56. Yairi, E., Ambrose, N.G., Niermann, R. (1993): The Early Months of Stuttering: A Developmental Study. *Journal of Speech and Hearing Research*, 36, 521-528.
57. Yairi, E. H., Seery, C.H. (2015): *Stuttering: Foundations and Clinical Applications*, 2nd Edition. Harlow: Pearson Education Limited
58. Yaruss, J.S. (1997): Clinical implications of situational variability in preschool children who stutter. *Journal of Fluency Disorders*, 22, 187-203.

PRILOG

Upitnik "Svjesnost odgojitelja o poremećajima tečnosti govora"

Spol: M Ž

Kojoj dobnoj skupini pripadate?

manje od 30 godina

30- 40 godina

40- 50 godina

više od 50 godina

Mjesto/grad u kojem radite: _____

Završena razina obrazovanja: VŠS VSS

Koliko godina radite u struci? ____ godina.

Jeste li se do sada susreli s osobom koja ima poremećaj tečnosti govora? DA NE

Jeste li tijekom svog školovanja slušali kolegij čiji je sadržaj usmjeren na poremećaje tečnosti govora? DA NE

Ima li vrtić u kojem radite stručnog suradnika- logopeda? DA NE

Jeste li se dodatno educirali na temu poremećaja tečnosti govora? DA NE

Ako ste na prethodno pitanje odgovorili s DA, molimo navedite kojim putem ste se dodatno educirali o poremećajima tečnosti govora: _____

U sljedećim pitanjima označite Vaš odgovor (u nekim pitanjima moguće je odabrati više odgovora).

1. Koji od navedenih poremećaja pripadaju poremećajima tečnosti govora?

- Disleksija
- Brzopletost
- Pogrešan izgovor glasova
- Mucanje
- Normalne netečnosti
- Dizartrija

2. Mucanje se najčešće javlja:

- prije 2. godine života
- od 2. do 5. godine života
- tijekom puberteta

3. Uzrok mucanja može biti:

- Genetski
- Neurološki
- Motorički
- Traumatski događaj
- Stres
- Anksioznost
- Sve od navedenog

4. Kome biste uputili dijete koje muca?

- Psihologu
- Logopedu
- Pedijatru
- Pedagogu
- Edukacijskom rehabilitatoru

5. Molimo kratko opišite govor osobe koja muca: _____.

Označite razinu slaganja s ponuđenim tvrdnjama.

1. Djeca koja mucaju imaju niže kognitivne sposobnosti od ostale djece.

- slažem se
- ne slažem se

2. Dječaci mucaju češće od djevojčica.

- slažem se
- ne slažem se

3. Djeca koja mucaju imaju psiholoških problema.

- slažem se
- ne slažem se

4. Djeca koja mucaju nastaviti će mucati i u odrasloj dobi.

- slažem se
- ne slažem se

5. Djeca koja mucaju anksioznija su od djece koja ne mucaju.

- slažem se
- ne slažem se

6. Djeca koja mucaju tiha su i sramežljiva.

- slažem se
- ne slažem se

7. Djeca koja mucaju nemaju dobre odnose s vršnjacima.

- slažem se
- ne slažem se

8. Dijete koje muca je sporije u rješavanju zadataka od ostale djece.

- slažem se
- ne slažem se

9. Djetetova okolina može imati veliki utjecaj na to kako dijete percipira svoje mucanje.

- slažem se
- ne slažem se

10. Način na koji razgovaram s djetetom može utjecati na njegovo mucanje, u pozitivnom ili negativnom smislu.

- slažem se
- ne slažem se

11. Osjećam nelagodu kad razgovaram s djetetom koje muca.

- slažem se
- ne slažem se

12. Od djeteta koje muca ne treba tražiti da govori pred cijelom grupom ostale djece.

- slažem se
- ne slažem se

13. Ne smijem požurivati dijete koje muca.

- slažem se
- ne slažem se

14. Kada dijete počne mucati u redu je reći mu da uspori govor i da se opusti.

- slažem se
- ne slažem se

15. Pomažem djetetu koje muca ako mu dovršim rečenicu.

- slažem se
- ne slažem se

16. U redu je prekinuti dijete ako vidimo da mu postaje teško govoriti.

- slažem se
- ne slažem se

17. Osjećam se dovoljno kompetentno i samopouzđano za rad s djetetom koje muca.

- slađem se
- ne slađem se

Ako Źelite ovdje mođete ostaviti bilo kakav komentar vezan uz upitnik ili rad s djecom s poremećajima tećnosti govora:
