

Kroskulturalna usporedba terapije mucanja u školskoj dobi

Šupić, Fani

Master's thesis / Diplomski rad

2024

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://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:158:381793>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-07-18**



Repository / Repozitorij:

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



Sveučilište u Zagrebu
Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet

Diplomski rad

Kroskulturalna usporedba terapije mucanja u
školskoj dobi

Fani Šupić

Zagreb, lipanj 2024.

Sveučilište u Zagrebu
Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet

Diplomski rad
Kroskulturalna usporedba terapije mucanja u
školskoj dobi

Fani Šupić

izv. prof. dr. sc. Ana Leko Krhen

dr. sc. Marina Olujić Tomazin

Zagreb, lipanj 2024.

Izjava o autorstvu rada

Potvrđujem da sam osobno napisala rad *Kroskulturalna usporedba terapije mucanja u školskoj dobi* 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.

Fani Šupić

Zagreb, lipanj 2024.

Zahvale

Prvenstveno se želim zahvaliti mojoj mentorici izv. prof. dr. sc. Leko Krhen koja je svojim predavanjima u meni posijala sjeme ideje koje je izraslo upravo u ovaj rad. Hvala i mojoj komentorici dr. sc. Olujić Tomazin na beskrajnom strpljenju i pomoći pri hvatanju u koštac s izazovima pisanja znanstvenog rada. Svakome je u životu bitan dobar mentor, a ja sam imala dva najbolja. To je potvrđeno u činjenici da bez Vašeg neiscrpnog znanja, savjetovanja i vjere u ovaj rad, on ne bi bio ono što jest.

Hvala svim sudionicama iz različitih dijelova svijeta koji su nesebično podijelili svoja iskustva sa mnom. Vama i svim ostalim kolegama hvala na hrabrosti kojom mijenjate živote onima kojima je najpotrebnije. Ovaj rad uistinu pripada vama.

Hvala mojim roditeljima što su mi omogućili - sve. Oduvijek ste bili i ostali svjetionik koji me dovodio u luku u nemirnim morima. Nadam se da ću jednoga dana biti upola čovjek kakav ste vi. Hvala mojoj sestri Ivoni i nećaku Mateju zbog kojih iz dana u dan svjedočim ljepoti bezuvjetne ljubavi. Također, hvala mojem rođaku Lovri i rodicama Ani i Kiki na njihovim čistim srcima koji čine ovaj svijet boljim mjestom. Svi Vi ste moj dom.

Hvala mojoj Ani, Klari, Lari, Magdi, Marini, Mireli i Moniki. Cure moje... sve je svemir otkad sreli smo se mi. Ja sam zauvijek zahvalna što smo odabrale jedna drugu da dijelimo ovaj život. Našim studentskim danima je došao kraj, ali ako kraj je s vama onda na kraju je sretno. Hvala mojoj Hani, Luciji i Mirjani na prijateljstvu koje ću nositi sa sobom cijeli život. Svakome želim da bude okružen ljudima kao što ste vi.

Naposljetku, hvala Bogu što me, između ostaloga, iz dana u dan blagoslivlja postajanjem svega onoga što sam oduvijek željela biti.

Posveta

Mami, Tati i tetki Diani.

Sažetak

Naslov rada: *Kroskulturalna usporedba terapije mucanja u školskoj dobi*

Ime i prezime studentice: Fani Šupić

Ime i prezime mentorice: izv. prof. dr. sc. Ana Leko Krhen

Ime i prezime komentorice: dr. sc. Marina Olujić Tomazin

Studijski program/modul na kojem se polaže diplomski ispit: Logopedija

Teorijska pozadina: Različiti biološki, sociokulturni i individualni faktori utječu na različitu manifestaciju mucanja u školskoj dobi, što dovodi do razlika u terapijskim pristupima mucanju (Guitar i McCauley, 2010). Također, na globalnoj razini terapijski pristup logopeda može varirati zbog razlika u sustavima obrazovanja i zdravstvene skrbi, kulturi, kao i zbog individualnih odluka logopeda. **Cilj:** Cilj ovog istraživanja bilo je utvrđivanje postojanja razlika u terapiji mucanja u školskoj dobi između hrvatskih i inozemnih logopeda s obzirom na vrstu terapijskog pristupa, pohađanje terapijskih edukacijskih programa te suradnju s roditeljima i psiholozima. **Metodologija:** U istraživanju je sudjelovalo 96 sudionika podijeljenih u dvije skupine: hrvatski (51) i inozemni logopedi (45) koji se aktivno bave terapijom mucanja. Sudionici su ispunjavali online anketni upitnik u hrvatskoj ili engleskoj verziji, ovisno o državi stanovanja. **Rezultati:** Pokazalo se kako hrvatski logopedi češće koriste sveobuhvatni pristup terapiji u odnosu na inozemne, uz postojanje razlika i u korištenju drugih ispitivanih vrsta pristupa. Također, inozemni logopedi češće pohađaju edukacijske programe o terapiji mucanja tijekom i nakon studiranja. Što se tiče suradnje s roditeljima, inozemni logopedi češće izvještavaju o suradnji, osim na razini savjetovanja roditelja gdje nisu pronađene razlike. U suradnji s psiholozima, hrvatski logopedi češće upućuju školsku djecu k psihologu, dok na ostalim razinama suradnje ne postoje razlike. **Zaključak:** Ovo istraživanje ističe značajne razlike u pristupima terapiji mucanja i edukacijama između hrvatskih i stranih logopeda, no potrebna su daljnja istraživanja za detaljnije razumijevanje tih razlika. No, važno je osigurati edukacijske programe kako bi se zadovoljile potrebe svih logopeda i unaprijedila terapija mucanja, bez obzira na njihovu zemlju prebivališta.

Ključni pojmovi: mucanje, školska dob, terapija mucanja, usporedba intervencije mucanja

Abstract

Title of graduate thesis: *Cross-Cultural School-Age Stuttering Therapy Comparison*

Theoretical Background: Various biological, sociocultural, and individual factors influence the manifestation of school-age stuttering, leading to differences in speech-language pathologists' approaches (Guitar & McCauley, 2010). Additionally, on a global scale, SLPs' approaches may vary due to differences in education and healthcare systems, culture, as well as individual decisions SLPs. ***Objective:*** The aim of this research was to determine the differences in stuttering therapy among Croatian and foreign SLPs concerning the type of their therapeutic approach, participation in formal stuttering therapy training, and collaboration with parents and psychologists. ***Methodology:*** The study involved 96 participants divided into two groups: Croatian (51) and foreign SLPs (45) actively involved in stuttering therapy. Participants completed an online questionnaire in either Croatian or English, depending on their country of residence. ***Results:*** Croatian SLPs employ a comprehensive approach to therapy more often compared to foreign SLPs, with differences also observed in the use of other types of approaches. Additionally, foreign SLPs attend formal stuttering therapy training more frequently during and after their studies. Regarding collaboration with parents, foreign SLPs report collaboration more frequently, except in the area of parental counseling, where they do not differ from Croatian SLPs. In collaboration with psychologists, Croatian SLPs refer school children to psychologists more often, while there are no differences in other segments of collaboration. ***Conclusion:*** Though this research highlights significant differences in stuttering therapy approaches and formal training between Croatian and foreign SLPs, further research is needed for a more detailed understanding of these differences. But, it is important to provide formal training to meet the needs of all SLPs and to improve stuttering therapy, regardless of their country of residence.

Keywords: stuttering, school-age children, stuttering therapy, stuttering intervention comparison

SADRŽAJ

1. UVOD.....	1
2. MUCANJE.....	2
2.1. Definicije mucanja.....	2
2.2. Etiologija mucanja.....	4
2.3. Incidencija i prevalencija mucanja.....	5
2.4. Simptomatologija mucanja.....	7
3. TERAPIJA MUCANJA.....	10
3.1. Suradnja s roditeljima i psiholozima.....	11
3.2. Terapija mucanja u školskoj dobi.....	12
3.2.1. Lidcombe program za djecu školske dobi.....	13
3.2.2. Program pravila tečnosti.....	15
3.2.3. Program glatkog govora uz kognitivno-bihevioralnu terapiju.....	17
3.2.4. Sveobuhvatni pristup u školskoj dobi.....	19
4. PRAKTIČNI ZAHTEJEVI I DOSTUPNOST TERAPIJE MUCANJA ŠKOLSKE DOBI..	23
4.1. Lidcombe program.....	23
4.2. Program pravila tečnosti.....	24
4.3. Program glatkog govora uz kognitivno-bihevioralnu terapiju.....	25
4.4. Sveobuhvatni terapijski pristup.....	26
5. PROBLEM ISTRAŽIVANJA.....	28
5.1. Cilj istraživanja i istraživačka pitanja.....	28
5.2. Hipoteze istraživanja.....	28
6. MATERIJALI I METODE ISTRAŽIVANJA.....	29
6.1. Sudionici.....	29
6.2. Materijali.....	30
6.3. Način provođenja istraživanja.....	31
6.4. Metode obrade podataka.....	31
7. REZULTATI ISTRAŽIVANJA I RASPRAVA.....	32
7.1. Razlike u terapijskim pristupima mucanju u školskoj dobi između hrvatskih i inozemnih logopeda.....	32
7.2. Učestalost pohađanja edukacija o terapiji mucanja u školskoj dobi kod hrvatskih i inozemnih logopeda.....	36
7.3. Učestalost suradnje s roditeljima tijekom terapije mucanja u školskoj dobi kod hrvatskih i inozemnih logopeda.....	40

7.4. Učestalost suradnje sa psiholozima tijekom terapije mucanja u školskoj dobi kod hrvatskih i inozemnih logopeda	43
7.5. Stavovi o edukacijama i primjeni terapije mucanja u školskoj dobi kod hrvatskih i inozemnih logopeda	46
8. OGRANIČENJA ISTRAŽIVANJA	50
9. VERIFIKACIJA HIPOTEZA.....	51
10. ZAKLJUČAK.....	52
11. LITERATURA	53
PRILOZI.....	59

1. UVOD

Mucanje u školskoj dobi složen je poremećaj koji uključuje nevoljne prekide u govoru te pred dijete stavlja znatne komunikacijske izazove koji izravno utječu na emocionalno stanje djeteta, njegove socijalne interakcije i akademska postignuća (Shapiro, 2011). Stoga se osim govornog aspekta kod mucanja školske dobi posebno naglašava i onaj psihosocijalni. Time je pred logopede stavljen zadatak donošenja odluka o odabiru terapijskog pristupa koji će djeci osigurati alate za učinkovito nošenje s nastalim izazovima. U školskoj populaciji mucanje se manifestira na različite načine, što dovodi do mnogobrojnih terapijskih pristupa. Na globalnoj razini terapijski pristup mucanju može varirati zbog razlika u sustavima obrazovanja i zdravstvene skrbi, kulturi, jeziku, kao i zbog individualnih odluka logopeda o terapijskim ciljevima te uključivanja djetetove okoline i drugih stručnjaka u terapijski proces (Shapiro, 2011). Iako postoje brojna istraživanja o ovom poremećaju, njihov broj se smanjuje u domeni terapije mucanja u školskoj dobi, dok je područje usporedbe pristupa logopeda različitim komponentama terapije mucanja u školskoj dobi na globalnoj razini gotovo u potpunosti neistraženo.

Stoga, u ovom se radu pregledom dostupne literature pruža uvid u nekoliko postojećih terapijskih pristupa mucanju u školskoj dobi. Zatim se uspoređuje učestalost korištenja pojedinih terapijskih pristupa mucanju u školskoj dobi između hrvatskih i inozemnih logopeda, njihovo pohađanje edukacija o terapiji ovog poremećaja, kao i suradnja s roditeljima i psiholozima u sklopu terapijskog procesa. Istraživanje je fokusirano na usporedbu pristupa terapiji mucanja u zapadnjačkim zemljama zbog specifičnih kulturnih, obrazovnih i zdravstvenih okvira koji utječu na pristup i metode terapije mucanja. Zapadnjačke (ili razvijene) zemlje imaju razvijenije sustave logopedске podrške i resursa, što može značajno utjecati na pristupe i ishode terapije (Guitar i McCauley, 2010). Cilj je rada utvrditi razlike između hrvatskih i inozemnih logopeda iz razvijenih zemalja u pristupanju i educiranju o terapiji mucanja u školskoj dobi, kao i naglasiti važnost multidisciplinarnog pristupa koji uključuje roditelje i psihologe, kako bi se osigurali cjeloviti i uspješni terapijski ishodi za djecu koja mucaju (DKM)

2. MUCANJE

2.1. Definicije mucanja

The New Oxford American Dictionary (Abate i Jewell, 2001) ističe kako definicija mora objasniti *točno* značenje riječi ili prirodu nečega, dok Yairi i Seery (2021) zauzimaju stav kako, iako preciznost može djelovati kao idealan ishod, definicija treba izražavati *suštinu* radije nego točnu prirodu proučavane pojave. Stoga bi cilj definiranja mucanja trebalo biti isticanje osnovnih karakteristika i jedinstvenosti vezanih isključivo za ovaj poremećaj. To se pokazalo kao složen zadatak za znanstvenike i stručnjake te trenutno ne postoji univerzalno prihvaćena definicija ovog poremećaja. Culatta i Goldberg (1995) navedeno potvrđuju tvrdnjom „*Stavimo li deset logopeda u istu prostoriju, nastalo bi jedanaest različitih definicija mucanja*“. Razlike u definiranju odražavaju nedostatak slaganja istraživača oko obilježja koji se smatraju značajnima, kao i različitim hipotezama o etiologiji mucanja na kojima se definicije temelje (Silverman, 2004).

„Što osoba radi kada muca?“ nedvojbeno je pitanje kojim su se brojni znanstvenici vodili u formulaciji svojih definicija ovog poremećaja. Jedan od njih, Gregory (1986) odgovara na to pitanje definirajući mucanje kao veću frekvenciju netečnosti u glasovima, slogovima i jednosložnim riječima, obično s prosječno dva do četiri ponavljanja i/ili produljivanja glasova. Može biti prisutno prekidanje protoka zračne struje ili fonacije između ponavljanja, kao i povećana napetost u usnama, čeljusti, grlu ili prsima, te dodatni pokreti dijelova tijela koji nisu nužno povezani s govorom. Očekivanje mucanja i frustracija koja proizlazi iz toga mogu dovesti do izbjegavanja govora i inhibicijskih ponašanja. Prema ovoj definiciji, mucanje se opisuje uglavnom kroz vidljiva obilježja (ponavljanje i produljivanje glasova), dok se prikrivena obilježja smatraju dodatkom vidljivima. Trend usredotočenosti na uočljiva obilježja prisutan je i u brojnim drugim definicijama i objašnjenjima mucanja. Wingate (1964) navodi jednu od najcitiranijih definicija mucanja koja se nerijetko smatra „standardom“ pri definiranju mucanja: Mucanje čine: a) prekidi tečnog verbalnog izričaja, koji su b) obilježeni nevoljnim ponavljanjima ili produljivanjima glasova, slogova i jednosložnih riječi. Ti se prekidi c) pojavljuju često, upadljivi su i d) teško ih je kontrolirati. Ponekad su prekidi e) popraćeni dodatnim aktivnostima govornog aparata ili dijelova tijela, koje izgledaju kao pokušaj savladavanja govora. Također su prisutni f) znakovi ili izvještaji o emocionalnim stanjima poput uzbuđenja, napetosti, straha, srama i razdražljivosti. U ovoj definiciji, kao i u prethodno opisanoj Gregoryjevoj (1986), vidljivi simptomi mucanja u govoru su središnja obilježja poremećaja, dok se ostala obilježja pojavljuju kao reakcije na njih. Perkins (1990) kritizira ovu

definiciju jer Wingate tvrdi kako su uočljive karakteristike mucanja dovoljne za diferenciranje mucajućih i nemucajućih netečnosti, a u prilog mu idu i tvrdnje autora Yairija i Seeryja (2021) o tome kako su uočljiva ponašanja nedovoljno precizna i manjkaju indikacije o kvaliteti i/ili frekvenciji netečnosti, stoga definiciju ne bi bilo moguće koristiti kao polazište u istraživanjima.

Rasvjetljavanju ovog fenomena pridonosi Sheehan (1970) uspoređujući mucanje s ledenom santom. Vidljiv je samo njezin manji dio (10%) koji je iznad površine vode, dok je ostatak (90%) nevidljivo i ispod površine. Vidljivi dio ledene sante predstavlja mucajuće netečnosti u govoru koje su vidljive, odnosno čujne, a nevidljivi predstavlja emocionalnu dimenziju mucanja, uključujući strah, sram, anksioznost i sl. Sheehanova analogija, zajedno s radovima drugih autora (Blood et al., 2001; Gildston, 1967), naglašava da problem mucanja nije samo u vidljivim simptomima, već „ledenjak“ treba sagledati u cjelini (Prpić, 2023). Dakle, od iznimne je važnosti da definicijski konstrukt ovog poremećaja obuhvaća i ističe sve njegove značajke, a ne samo one uočljive. Jednu od definicija koja ispunjava ovaj kriterij daje Guitar (2014) definirajući mucanje kao abnormalno visoku frekvenciju i/ili trajanje zastoja tijekom govora, uključujući ponavljanje glasova, slogova, jednosložnih riječi, produljivanje glasova ili blokade protoka zračne struje. Govornik često reagira pokušavajući nadići prepreku ili je izbjegavati, koristeći dodatne zvukove, riječi ili pokrete. Početak mucanja kod djece može izazvati osjećaje iznenađenja, frustracije, srama i straha, što može ograničiti njihovu komunikaciju u školi i socijalnim situacijama. Guitarova definicija ističe emocionalne aspekte mucanja, naglašavajući da negativni osjećaji mogu izazvati mucanje, i mucanje može izazvati negativne osjećaje. Naposljetku, jedna od suvremenih definicija koju nalazimo u Dijagnostičkom i statističkom priručniku za duševne poremećaje (DSM-5) iz 2014. godine također prikazuje mucanje kroz prizmu multidimenzionalnosti. Službena dijagnoza nije mucanje, već se koristi sintagma „Poremećaj fluentnosti s početkom u djetinjstvu“, a značajke su opisane u nastavku:

- a. Smetnja u normalnoj tečnosti i vremenskom modelu govora koja je neprimjerena dobi osobe i njezinoj jezičnoj vještini, vremenski traje, a karakterizirana je čestim i istaknutim pojavama jednog (ili više) od sljedećeg:
 1. Ponavljanje glasova i slogova
 2. Produljivanje suglasnika i samoglasnika
 3. Razlomljene riječi (npr. stanke unutar riječi)
 4. Čujno ili tiho blokiranje (ispunjene ili neispunjene stanke u govoru)

5. Okolišanja ili cirkumlokucije (zamjene riječi)
 6. Produkcija riječi uz jaku tjelesnu napetost
 7. Ponavljanje jednosložnih riječi
- b. Smetnja uzrokuje anksioznost zbog govorenja ili ograničenja u učinkovitoj komunikaciji, socijalnom sudjelovanju ili akademskom i radnom učinku, pojedinačno ili u bilo kojoj kombinaciji.
 - c. Početak simptoma je u ranom razvojnom razdoblju.
 - d. Smetnja se može pripisati motoričkom deficitu govora ili senzoričkom deficitu, slabijoj tečnosti povezanoj s neurološkim oštećenjem ili drugim zdravstvenim stanjem i ne može se objasniti nekim drugim psihičkim poremećajem.

Svrha navođenja različitih primjera definicija u ovom radu bila je dodatno naglašavanje kompleksnosti ovog poremećaja počevši od neujedinjenosti već kod samog njegovog definiranja. Značaj definicija postaje jasan kad se uzme u obzir opseg koji one imaju u uspostavljanju osnove za teorije, istraživanja i terapije. Naime, neadekvatne definicije generiraju neadekvatne teorije, istraživanja i terapije.

2.2. Etiologija mucanja

Povijesno gledajući, postoji niz etioloških objašnjenja mucanja. Unatoč raznim pristupima, uključujući fiziološke, bihevioralne i psihološke aspekte, ne postoji jedna teorija koja sveobuhvatno objašnjava podrijetlo mucanja. Određene teorije usredotočene su na fiziološke faktore (Guitar, 2006). Iz tog razloga što su različita područja mozga uključena u planiranje i proizvodnju govora, prirodno postoji rizik na teškoće u ovim procesima. Prema Yairi (2007) manjak koordinacije između hemisfera zbog devijantne dominacije mozga može pridonositi razvoju mucanja. Istraživanja navode atipičnu cerebralnu lateralnost kod odraslih osoba s perzistentnim razvojnim mucanjem (Foundas i sur., 2003). Drugi autori prijavljuju slične rezultate. Primjerice, Büchel i Sommer 2004. godine ističu dvije bitne činjenice kod mucanja: (1) kod osoba koje mucaju (OKM) postoji hiperaktivnost desne hemisfere; i (2) kod OKM postoje abnormalnosti u izvršavanju zadataka složene koordinacije, što sugerira da problem postoji u motoričkim i povezanim premotoričkim područjima mozga.

Genetska istraživanja mucanja pružaju bitne etiološke informacije o ulozi gena u pojavi mucanja. Činjenica da je mucanje nasljedno zabilježena je u nizu istraživanja i vodila je do ispitivanja uloge genetske komponente u razvoju ovog poremećaja. Prema Yairi, Ambrose i Cox (1996) mucanje je znatno češće kod osoba koje imaju pozitivnu obiteljsku anamnezu na

mucanje u odnosu na opću populaciju. Jedan od načina proučavanja uloge herediteta u postojanju predispozicije na mucanje su istraživanja blizanaca koja također potvrđuju značajan učinak gena, dok su okolinski utjecaji umjerenog intenziteta (Rautakoski i sur., 2012; Fagnani i sur., 2010; van Beijsterveldt i sur., 2010). Iako je jasno kako genetski faktori igraju značajnu ulogu u mucanju, preciznije razumijevanje ovih faktora još uvijek nije potpuno utvrđeno.

Orton i Travis zaključili su 1929. godine kako postoji mala vjerojatnost da je mucanje naslijeđeno na jednostavan, linearan način. Naprotiv, naglašavaju „multifaktorijalni model genetske transmisije“ u kojem određeni genotip predstavlja samo rizični čimbenik i kako su dodatni okolinski čimbenici potrebni za razvoj mucanja. Već spomenuto istraživanje Fagnanija i sur. (2010) na danskim blizancima otkriva kako je genetski utjecaj bio 82% kod muškaraca i 81% kod žena, a okolinski utjecaj 16% kod muškaraca i 19% kod žena. Shapiro 2011. godine navodi kako ljudi nasljeđuju gene, a geni u interakciji s okolinskim faktorima (primjerice, životne okolnosti, socioekonomski status, temperament) utječu na ponašanje, odnosno na genetsku ekspresiju. Također, ovaj autor definira etiologiju kroz teoriju „3P“ koja uključuje predispozicijske, precipitirajuće i perpetuirajuće faktore. Predispozicijski faktori su oni koji čine osobu sklonijom mucanju, poput genetske predispozicije. Precipitirajući faktori su oni zbog kojih se mucanje manifestiralo, kao što je nagli razvoj jezično-govornih vještina u predškolskoj dobi. Perpetuirajući faktori održavaju ili produbljuju mucanje nakon što se već pojavilo, primjerice teško prebrodive kompenzacijske tehnike ili okolina koja negativno reagira na mucanje. Navedeni faktori podržavaju činjenicu da je komunikacija složen proces i kako uzročni faktori, uključujući društvene, psihološke, fiziološke, lingvističke, motivacijske i mnoge druge mogu pojedinačno ili kolektivno utjecati na pojavu poremećaja.

Naposljetku, razumijevanje interakcije svih čimbenika koji utječu na mucanje od iznimne je važnosti za razvoj učinkovitih kliničkih intervencija. Određivanjem specifičnih faktora koji su doprinijeli nastanku i zadržavanju ovog poremećaja kod pojedinačne osobe grade se temelji boljeg razumijevanja i suradnje između logopeda i klijenta, utvrđivanja prikladnih terapijskih ciljeva te posljedično napretka klijenta.

2.3. Incidencija i prevalencija mucanja

Istraživanja pojavljivanja i raširenosti mucanja u nekoj populaciji kreću od dviju mjera: incidencije i prevalencije. Incidencija je broj novih osoba koje je mucanje zadesilo tijekom određenog vremenskog razdoblja, a prevalencija je mjera svih osoba koje su tijekom nekog životnog razdoblja bile zahvaćene mucanjem (Galić-Jušić, 2021).

Incidencija i prevalencija mucanja variraju ovisno o vremenskom periodu koji se proučava. Između druge i četvrte godine, incidencija (broj ljudi koji su mucali) i prevalencija (broj ljudi koji trenutno mucaju) su bliže zbog ravnoteže između novih slučajeva i prirodnog oporavka (Yairi i Ambrose, 2013). Tijekom tog perioda, postoji vrhunac novih slučajeva i spontanih oporavaka, što omogućuje točnije procjene incidencije nego u starijoj dobi (Yairi i Ambrose, 2005). U dobi između petnaeste i sedamnaeste godine, prevalencija mucanja prelazi incidenciju jer je pojavnost novih slučajeva minimalna (Yairi i Ambrose, 2013). Istraživanja incidencije i prevalencije variraju ovisno o definiciji mucanja, načinu prikupljanja podataka i dobi koja se proučava.

Prema istraživanjima, općeprihvaćena vrijednost incidencije, koja pokazuje procjenu vjerojatnosti pojavljivanja poremećaja, desetljećima je bila 5% (Guitar, 2014; Månsson, 2000; Ambrose i sur., 1997), no novije studije ukazuju na podcijenjenost te vrijednosti. Naime, Yairi i Ambrose (2013) navode incidenciju od čak 8% što je u kongruenciji s longitudinalnim istraživanjem Reillyja i sur. (2009) koji navode 8.50%, te Dworzynskija i sur. (2007) i njihovih 8.40%. Osim što definiraju magnitudu poremećaja, podatci incidencije vitalni su za razumijevanje spontanog ili prirodnog oporavka među predškolskom djecom i važnosti definiranja rizičnih faktora u odabiru kandidata za intervenciju (Månsson, 2000).

Što se tiče prevalencije, koja pokazuje rasprostranjenost poremećaja, referentna vrijednost koja se uzima kod djece jest 1% (Shapiro, 2011), no brojke se mijenjaju ovisno o dobnim skupinama koje se proučavaju. Proctor i sur. (2008) u svom su istraživanju dobili vrijednost od 2.6% za dobnu skupinu od 2 do 5 godina. Zatim, Okalidou i Kampanaros (2001) proveli su istraživanje predškolaca u dobi od 4 do 5 godina u kojem je prevalencija za ovu dobnu skupina bila 2.2%. U istraživanju prevalencije mucanja kod djece školske dobi Bloodstein i Ratner (2008) zabilježili su vrijednost od 1%. Ne postoje pouzdane vrijednosti prevalencije za odrasle koji mucaju, no ako prevalencija nastavlja padati i nakon puberteta, vrijednost za odrasle bila bi niža od 1% (Guitar, 2014). Craig i sur. (2002) proveli su opsežno istraživanje epidemiologije mucanja tijekom cijelog životnog vijeka i došli su do zaključka kako je prevalencija mucanja u populaciji 0.72%, što je manje od referentnih 1%. S obzirom na taj rezultat, naglašavaju (a) kako je prihvaćena prevalencija od 1% za mlađu djecu (2-5 godina) suviše niska te (b) kako je prihvaćena prevalencija od 1% u adolescenciji (11-20 godina) previsoka. Dobivene prevalencije u njihovom istraživanju su 1.4% kod mlađe djece i 0.53% kod adolescenata. Iz svega navedenog, evidentno je kako je prevalencija mucanja ispod dobi od 6 godina značajno viša nego u kasnijim životnim razdobljima. To znači da mnoga djeca

prestanu mucati, ili prirodnim putem ili uz određeni oblik kliničke intervencije (Yairi i Ambrose, 2013).

Postotak incidencije i prevalencije varira pod utjecajem različitih bioloških (dob, spol, geni), rasnih i kulturoloških faktora. Osim već spomenutih razlika s obzirom na dob, postoje razlike u kontekstu spola gdje je omjer postojanja mucanja kod muškog spola u odnosu na ženski 2.2:1 u predškolskoj dobi (Reilly i sur., 2009), zatim 3:1 u prvom razredu te raste na 5:1 u petom razredu (Bloodstein i Ratner, 2008) potvrđujući hipotezu da se omjer povećava s dobi (Guitar, 2014). Ovu promjenu, odnosno postepeni rast omjera mucanja kod spola Yairi i sur. (1996) objašnjavaju trendom ranijeg i češćeg prirodnog oporavka kod ženskog spola.

Konačno, iako prema Yairi i Ambrose (2005), 75-85% djece koja mucaju naposljetku prestanu mucati, preostalih 15-25% razvijaju perzistentno razvojno mucanje s potencijalnim rizikom na negativne psihološke i akademske posljedice te je potrebno oboružati logopede vještinama za pružanje prikladne podrške toj dobnoj skupini.

2.4. Simptomatologija mucanja

Društvena upotreba termina „mucanje“ odnosi se na bilo koji trenutak u kojem je kontinuirani tok govora prekinut. Suprotno tome, logopedi i OKM ne koriste taj termin tako olako. Termin koji će koristiti, a koji prikladno uključuje sve oblike prekida u govoru, jest netečnost (Yairi i Seery, 2021). Prije opisivanja netečnosti potrebno je definirati pojam tečnosti u govoru. Tečnost se odnosi na tok govora koji je uobičajen, kontinuiran, gladak te bez neočekivanih prekida (Lickley, 2017), odnosno govor koji ne sadrži netečnosti (Hedge, 1978). Tečan govor je govor koji bismo očekivali kod urednih govornika, no istraživanja pokazuju kako je spontani govor urednih govornika rijetko u potpunosti tečan, što netečnosti čini fenomenom prisutnim u svakodnevnom govoru kako urednih govornika, tako i govornika koji mucaju (Lickley, 2017). S obzirom na to da je tečnost definirana glatkim tokom govora, netečnost se očituje prekidom u tom toku kada govornik zastane, ili neuobičajeno dugo, ili na mjestu u iskazu koje nije predviđeno urednom fluentnom proizvodnjom (Lickley, 2017). Netečnosti su norma u govoru u svim dobima, posebno kod djece predškolske dobi; uključujući ponavljanja riječi i fraza, umetanja i ispravljanja (Shapiro, 2011). No, važno je razlikovati normalne netečnosti od onih nalik mucanju, jer netečnost i mucanje nisu sinonimi. Yairi i Ambrose (2005) objašnjavaju netečnosti nalik mucanju kao one koje slušatelj može percipirati kao mucanje. Dok su svi govornici ponekad netečni, netečnosti nalik mucanju značajnije utječu na tečnost govora. OKM proizvode vrste netečnosti koje su kvalitativno i kvantitativno različite

od netečnosti urednih govornika (Lickley, 2017). Yairi i Ambrose (2005) u sklopu Illinois istraživačkog projekta utvrđuju jednu od danas najprihvaćenijih klasifikacija simptoma mucanja. U netečnosti nalik mucanju ubrajaju: ponavljanje dijelova riječi, ponavljanje jednosložnih riječi i disritmičnu fonaciju (produljivanja glasova i zastoji). U normalne netečnosti spadaju: ubacivanja dodatnih glasova, ponavljanje višesložne riječi i rečenice te preinake i odustajanja od prvobitnog iskaza. Kod OKM netečnosti nalik mucanju prirodno se javljaju češće i traju duže nego normalne netečnosti. Navedene oblike osnovnih govornih ponašanja kod mucanja Guitar (2014) naziva temeljnim ili primarnim ponašanjima (engl. core behaviours). Ova ponašanja djeluju se nevoljnima, kao da ih osoba ne može kontrolirati.

Mucanje je poremećaj koji nadilazi granice govora. Kod OKM javljaju se dodatna ili sekundarna ponašanja kao reakcija na primarna ponašanja iz pokušaja osobe da ih što brže prevlada ako ih prvotno ne može u potpunosti izbjeći. Guitar (2014) opisuje sekundarna ponašanja kod mucanja kao ponašanja bježanja i izbjegavanja. Ponašanja bježanja, poput treptanja očiju, pokreta glavom i interjekcija, javljaju se kada govornik pokušava zaustaviti mucanje i dovršiti riječ, često prestajući mucati zbog ovih reakcija, što iste dodatno pojačava. Izbjegavajuća ponašanja nastaju kad govornik predviđa mucanje i želi izbjeći negativno iskustvo, koristeći strategije poput cirkumlokucija. Ta ponašanja, poput treptanja ili interjekcija, mogu spriječiti mucanje i pružiti emocionalno olakšanje, ali s vremenom postaju snažno ukorijenjene navike. Ponašanja bježanja javljaju se nakon mucanja, dok se izbjegavajuća ponašanja javljaju prije. Galić-Jušić (2021) također navodi zvukove poput pročišćavanja grla, grimase i pokrete tijela kao sekundarna ponašanja.

Premda su karakteristični simptomi mucanja uočljivi, emocije i stavovi osobe dio su poremećaja jednako kao što su i njegova govorna ponašanja. Tome u prilog ide i ranije spomenuta analogija ledenjaka mucanja (Sheehan, 1970) kojom autor prikazuje uočljiva ponašanja kao manji dio poremećaja – to je, naime, samo vršak sante leda. Ipak, govor je temeljno ljudsko pravo i sredstvo kojim se oni predstavljaju i ostvaruju u svojoj okolini. Shodno tome, kod OKM, posebno školske dobi, vremenom se mogu razviti osjećaji frustracije i srama jer ne mogu iskoristiti to pravo u punom kapacitetu. Ne mogu izgovoriti ono što su naumile jednakom brzinom i glatkoćom kao njihov tečan sugovornik. Osim frustracije i srama, osjećaji nastali zbog mucanja mogu biti strah od govora, krivnja i otpor prema sugovornicima (Guitar, 2014). Prema podacima mnogih istraživanja na OKM se gleda kao anksioznije (Iverach i sur., 2017; Craig, 1990; Costa, 1983) i depresivnije (Briley i sur., 2021; Costa, 1983) od onih koje ne mucaju. Također, prema Guitar (2014) iskustvo mucanja navodi osobu da

razvije negativne stavove o sebi kao osobi koja muca, odnosno osobi koja ima problema s govorom. OKM često će projicirati svoje negativne stavove na sugovornike unaprijed misleći da ih smatraju nervoznima ili glupima (Guitar, 2014). Istraživanja stereotipa prema mucanju upućuju na to da su često ti stavovi opravdani jer okolina vidi OKM kao sramežljive, nesigurne i anksiozne (Craig i sur., 2003) te povučene, napete, nesigurne i u strahu od razgovora s osobama koje ne mucaju (Woods, 1978). Prvotno su se studije usredotočile isključivo na adolescente i odrasle jer se smatralo da se negativan utjecaj mucanja ne razvija ranije od te dobi (Guttormsen, 2015), no autori Yairi i Seery (2021) i Briley (2019) navode kako i vrlo mala djeca mogu reagirati na svoje govorne teškoće sa strahom ili izbjegavanjem govorenja, tugom i/ili frustracijom. Naime, ukoliko se emocionalne reakcije i negativni stavovi intenziviraju, dovodeći do izbjegavanja govora, utoliko emocionalna dimenzija poremećaja može čak i zasjeniti onu govornu (Yairi i Seery, 2021).

Trihotomija mucanja (temeljna ponašanja, dodatna ponašanja te emocije i stavovi) opisana prema Guitar (2014) u ovom odlomku, pokazatelj je slojevitosti ovog poremećaja i ukazuje na važnost educiranja o svim njegovim komponentama kako bi se optimizirale kompetencije stručnjaka za pružanje prikladnih oblika intervencije svojim korisnicama, i kao posljedica maksimizirala kvaliteta njihovih života. Ukupnost onoga što čini ovaj poremećaj pokazatelj je značaja daljnjeg nastavljanja s istraživanjima i rasvjetljavanjem mucanja jer „svjetlo znanja uništava tmine neznanja“. Jedino će se na taj način dobiti odgovori na brojna još neodgovorena pitanja o ovom poremećaju.

3. TERAPIJA MUCANJA

Mucanje je kompleksan poremećaj s čitavim nizom čimbenika koji utječu na tijek terapije. Terapija mucanja stoga je individualiziran proces temeljen na opsežnoj procjeni tečnosti govora, jezičnih čimbenika, emocionalnih komponenti i utjecaja poremećaja na kvalitetu života (ASHA, n. d.). Logoped uzima u obzir dob klijenta, preferencije i potrebe unutar obiteljskog i socijalnog konteksta pri odabiru i prilagođavanju terapijskih pristupa i materijala (ASHA, n. d.). Guitar (2014) navodi kako je logoped sa svojim karakteristikama, odabirom terapijskih ciljeva i postupaka najvažnija komponenta terapije uz klijenta.

Učinkovit stručnjak pruža učinkovitu intervenciju. No, javlja se pitanje o tome što točno definira učinkovitog stručnjaka, kao i učinkovitu intervenciju. Nippold (2018) navodi tri ključne komponente učinkovitog stručnjaka: (a) uzimanje u obzir preferencija klijenta i njegove obitelji pri donošenju odluka; (b) klinička stručnost koja uključuje znanje o fenomenologiji mucanja, iskustvo i sposobnost njihovog primjenjivanja u zadovoljavanju individualnih potreba klijenta; te (c) donošenje odluka utemeljeno na istraživačkim dokazima (Evidence Based Practice; EBP). Shapiro (2011) navodi i afektivne attribute učinkovitog stručnjaka kao što su toplina, iskrenost, osobni magnetizam i realistični optimizam te način komunikacije jer je njegov pokušaj implementiranja promjene učinkovit onoliko koliko je učinkovit jezik kojim se koristi. Conture i Wolk (1990) ističu problematiku zahtjevnosti procjene učinkovitosti terapije i kao razloge za to navode: (a) neutemeljena uvjerenja nekih stručnjaka o učinkovitosti njihovog pristupa; (b) kontinuiranu promjenjivost mucanja; i (c) dugoročan otpor na promjene, posebno kod odraslih. Ipak, terapiju definiraju učinkovito u slučajevima kad osoba može, najmanje pet godina nakon prestanka pohađanja terapije, govoriti bez zabrinutosti o vlastitom govoru u bilo kojoj situaciji te s bilo kim, a da su pritom netečnosti u granicama urednosti. Važno je istaknuti kako autori nisu kao uspješan ishod terapije naveli eradicanje netečnosti, već njihovo uspješno kontroliranje.

Uspješni ishodi terapije produkt su sistematičnog procesa definiranja terapijskih ciljeva. Prema Guitar (2014) ciljevi variraju prema uvjerenjima logopeda, dobi klijenta i razvojnoj/terapijskoj razini njegova mucanja. Ciljevi su usmjereni na ABC komponente mucanja: (a) afektivne (osjećaji); (b) bihevioralne (trenutci mucanja); i (c) kognitivne (engl. cognitive; misli i stavovi) (Panzarino i sur., 2024). Sukladno tome, Guitar (2014) kao opće ciljeve navodi smanjivanje frekvencije i abnormalnosti mucanja, smanjivanje negativnih osjećaja i stavova o mucanju i govorenju, smanjivanje izbjegavajućih ponašanja, povećavanje komunikacijskih sposobnosti i stvaranje okoline koja olakšava tečnost. Također, autor navodi

kako je suradnja s klijentom i njegovom obitelji bitna za utvrđivanje individualiziranih ciljeva terapije. Naime, Sønsterud i sur. (2020) u svom su istraživanju potvrdili kako različiti individualni čimbenici mogu utjecati na očekivanja pojedinca od terapije te je uspostavljanje savezničkog odnosa između logopeda i klijenta koji omogućuje individualizirano i suglasno postavljanje ciljeva uputni zlatni standard terapije mucanja.

Postoji širok raspon postupaka korištenih u terapiji mucanja u svim dobnim skupinama. Vrsta terapije ovisi o djetetovoj dobi (Prpić, 2023). Kod mlađe djece koja su najčešće u početnim fazama mucanja terapija je više usmjerena na indirektan rad i savjetovanje, dok je kod starije djece i odraslih s uznapredovanim mucanjem češći direktan oblik terapije (Sidavi i Fabus, 2010). Direktni postupci usredotočeni su na promjenu govorenog jezika, odnosno na smanjivanje jakosti i/ili frekvencije govornih ponašanja vezanih za mucanje i uspostavljanje kontrole govora; dok je cilj indirektnih povećavanje tečnosti mijenjanjem okolinskih faktora, odnosno ublažavanje psiholoških, kognitivnih i/ili socijalnih konkomitanti mucanja (Packman, 2012). Mnogi pristupi u terapiji uključuju kombinaciju obaju postupaka. Ipak, zbog manjka podataka o učinkovitosti različitih intervencija mucanja, odluka o konsenzusnom terapijskom postupku još uvijek nije donesena (Packman, 2012).

Nemaju svi korisnici korist od istog tretmana, niti su kod svih jednake komponente poremećaja u fokusu terapije (Yaruss, 2007). Iz tog je razloga logoped kritična varijabla u procesu promjene tijekom terapije mucanja jer su njegove odluke o terapijskim ciljevima i postupcima direktno vezane za terapijske ishode. Učinkovitost u odabiru prikladnih procedura specifično krojenih prema klijentu omogućuje napredak. Napredak je također individualan i ovisi o mnogočemu, no ono sigurno jest kako je bit svake terapije sposobnost osobe da upravlja mucanjem, a ne da mucanje upravlja osobom.

3.1. Suradnja s roditeljima i psiholozima

Uloga logopeda u terapiji mucanja je ključna, ali suradnja s djetetovim roditeljima i stručnjacima drugih profesija igra presudnu ulogu u postizanju uspjeha u terapiji ovog poremećaja. Istraživanje Cooper i Cooper (1996) kojim su ispitali stavove američkih logopeda o terapiji mucanja, pokazalo je da 77.1% sudionika smatra kako pogrešne percepcije roditelja o mucanju negativno utječu na terapijski napredak njihove djece. Kroz suradnju, logoped kod roditelja može razvijati vještine koje osiguravaju mijenjanje tih percepcija i time omogućiti terapijski uspjeh njihove djece. Kelman i Nicholas (2008) istraživali su ulogu roditelja u terapiji mucanja koja se zasniva na njihovoj direktnoj suradnji s logopedom. Ključni

nalazi istraživanja bili su da roditelji igraju nezamjenjivu ulogu u pružanju podrške, poticanju pozitivnog okruženja i osiguravanju kontinuiteta terapijskih tehnika izvan logopedskih seansi. Njihova uloga nije samo podrška tijekom terapijskih sastanaka, već i provođenje preporučenih tehnika kod kuće. Stoga, strukturirano uključivanje roditelja u terapijski proces kod mucanja može doprinijeti dugoročnom napretku DKM.

Uspostava suradnje logopeda sa psiholozima također predstavlja ključni element terapije mucanja jer se istovremeno obuhvaćaju govorni i psihološki aspekti ovog poremećaja. Takva suradnja može uključivati konzultacije i zajedničko planiranje terapije, redovite zajedničke sastanke, razmjenu informacija i praćenje napretka. Istraživanjima je potvrđeno kako su DKM sklonija psihološkim teškoćama, ili da su u riziku od razvijanja istih u adolescenciji (Iverach i sur., 2017). U istraživanju Cooper i Cooper (1996) zabilježen je podatak od visokih 86.7% američkih logopeda koji dijele stajalište da okolina negativnije reagira na mucanje u usporedbi s drugim govornim poremećajima, što ukazuje na potrebu razvijanja strategija za nošenje sa psihosocijalnim izazovima koji mogu doći s mucanjem. Istraživanje Leko i sur. (2021) te Lindsay i Langevin (2017) naglašavaju stavove sudionika, odnosno OKM o nužnosti uključivanja psihologa u terapiju mucanja zbog same prirode poremećaja. Također, Byrd i sur. (2018) naglašavaju važnost suradnje logopeda i psihologa u procjeni i terapiji mucanja školske DKM. Ističu važnost rada na psihološkim aspektima mucanja od strane psihologa, uz govornu intervenciju logopeda. Stoga, naglašava se važnost ove vrste suradnje u poboljšanju terapijskih ishoda za DKM, ističući kako multidisciplinarni pristup omogućuje uzimanje u obzir svih aspekata mucanja – ne samo govornih, već i psihoemocionalnih.

U istraživanju multidimenzionalne prirode terapije mucanja u školskoj dobi, postaje jasno kako podržavajuća okolina, uključujući roditelje i psihologe, može značajno unaprijediti rezultate terapijskog procesa. Ova perspektiva naglašava važnost uspostavljanja suradničkih odnosa u terapiji mucanja kojima se omogućava otvorena komunikacija, međusobno razumijevanje i zajedničko rješavanje problema.

3.2. Terapija mucanja u školskoj dobi

Terapijski postupci kod mucanja u školskoj dobi razlikuju se s obzirom na metode koje se provode i ciljeve koji se postavljaju što znači da neće svaki stručnjak primjenjivati jednak postupak kod svakog školskog DKM (Guitar i McCauley, 2010). Postoji niz terapijskih protokola na temelju kojih stručnjak može temeljiti svoj terapijski proces i pratiti terapijski

napredak. Počevši od empirijski utemeljenih terapija poput Lidcombe Programa za školsku djecu (Onslow, Costa i Rue, 1990), Programa pravila tečnosti (Runyan i Runyan, 1986), Programa glatkog govora uz kognitivno-bihevioralnu terapiju (Craig i sur., 1996) i mnogih drugih. Navedeni programi slove kao programi znanstveno utemeljene prakse (EBP). Korištenje EBP-a preporučuje ASHA (2005) ističući potrebu temeljenja kliničkih odluka na trenutno najboljim dostupnim empirijskim dokazima uz integriranje klijentovih vrijednosti i preferencija. Također, postoji i sveobuhvatni terapijski pristup koji uključuje kombinaciju nekoliko srodnih strategija od kojih je svaka usmjerena na unaprjeđivanje specifičnog aspekta djetetovih komunikacijskih sposobnosti (Yaruss, Pelszarski i Quesal, 2010; prema Guitar i McCauley, 2010). U stručnoj je literaturi pozicija ovog pristupa nesustavna jer je određeni autori smatraju znanstveno utemeljenom praksom (Guitar i McCauley, 2010; Shapiro, 2011), dok je pak drugi u toj kategoriji izostavljaju (Onslow, 2019). Sveobuhvatni pristup predmet je polemika zbog nedostatka kliničkih istraživanja o njegovoj učinkovitosti, iako su prikazi pojedinačnih slučajeva pokazali napredak (Guitar, 2014; Shapiro, 2011) te Galić-Jušić (2021) postavlja pitanje: „Možemo li sveobuhvatnu terapiju mucanja u djece smatrati neadekvatnom jer osim prikaza pojedinačnih slučajeva nisu provedena njihova klinička istraživanja?“. Odgovor na ovo pitanje bit će dan prilikom detaljnijeg opisa metoda ovog pristupa u nastavku. Naposljetku, ovaj rad pružit će pregled različitih terapijskih pristupa koje logopedi koriste u terapiji mucanja djece školske dobi, a sadržaj je temeljen na knjizi Guitar i McCauley (2010) u kojoj su spomenuti terapijski postupci potanko prikazani. Autori su opisivali način rada američke skupine logopeda sa školskom djecom.

3.2.1. Lidcombe program za djecu školske dobi

Lidcombe program (LP) za školsku djecu adaptacija je istoimenoga programa za djecu predškolske dobi. Direktnu terapiju mucanja kroz LP razvili su Onslow, Costa i Rue (1990). Program je originalno namijenjen predškolskoj djeci do šeste godine života, ali koristi se i kod školske djece od šest do dvanaest godina (Lincoln i sur., 1996) kod koje su, istraživanjem ishoda primjene ovog terapijskog programa, zabilježeni obećavajući rezultati zadržavanja smanjenih vrijednosti mucajućih netečnosti u govoru dvanaest mjeseci nakon tretmana (Koushik i sur., 2007; Lincoln i sur., 1996).

LP je bihevioralna terapija razvijena empirijski, a ne s obzirom na određeno teorijsko gledište prirode ili uzroka mucanja. Pretpostavljajući da identifikacija uzroka nije nužna kako bi se modificiralo krajnje ponašanje, smatra se kako je LP temeljen na principima učenja zabilježenog u empirijskim i znanstvenim istraživanjima. Taj princip očituje se u korištenju

stimulacije verbalnim potkrjepljivanjem kako bi se povećala učestalost govora bez mucanja, a smanjila učestalost mucanja, bez ikakvih uputa djetetu o tome kako postići tečnost (Guitar i McCauley, 2010).

Osnovni cilj LP-a je govor u kojem su mucajuće netečnosti gotovo ili u potpunosti odsutne te je takav govor održan najmanje godinu dana otkad je postignut. No, s obzirom na to da je program podijeljen u dvije faze, postoje i specifični ciljevi koje vežemo za svaku od tih faza. Prvi uži cilj terapije koji je vezan za prvu fazu je smanjivanje mucanja na neznatnu razinu u svakodnevnom govoru, odnosno postizanje dviju mjera tečnosti govora: (1) dnevna mjera jakosti mucanja ocijenjena od strane roditelja u vrijednosti 1 ili 2 (s najmanje 4 dana vrijednosti od 1) uzastopno tijekom tri tjedna; i (2) manje od 1% mucajućih netečnosti na 300 slogova u tjednim kliničkim susretima tijekom ista tri tjedna. Drugi uži cilj koji vežemo za drugu fazu terapije je održavanje spomenutih kriterija govora dok je kontakt s logopedom postupno smanjen od jednotjednih susreta do susreta svakih 2, 4, 8 i 16 tjedana. Istraživanja su pokazala veću varijabilnost mucanja djece školske dobi u odnosu na predškolsku tijekom ovog perioda (Koushik i sur., 2007; Lincoln i sur., 1996). Roditelji su savjetovani o javljanju logopedu u slučaju da se dogodi pogoršanje djetetova govora kojim oni sami ne mogu učinkovito upravljati (Guitar i McCauley, 2010).

Kao i kod predškolske djece, u LP-u kod školske djece koriste se već spomenute dvije mjere mucanja u odlučivanju o napretku u terapiji. Prva je skala jakosti mucanja vrijednosti u rasponu od 1 do 10 koju koristi roditelj za svakodnevnu procjenu djetetovog govora. Vrijednost skale koja iznosi 1 označava urednu tečnost (bez mucanja), a 10 označava vrlo jako mucanje. Logoped u inicijalnom susretu verbalno objašnjava roditelju važnost skale za daljnji tijek terapije i, posljedično, način na koji će je što zornije ispuniti. Logoped redovito kalibrira skalu procjene roditelja na način da traži od njega da vrednuje djetetov govor tijekom terapije i zatim uspoređuje svoju i roditeljevu ocjenu koja se ne smije razlikovati više od jedne jedinice. Jedna opcija LP-a za školsku djecu je uvježbavanje djeteta za korištenje skale jer je samoprocjena jakosti mucanja prema Galić-Jušić (2021) podloga rastu djetetova praćenja vlastitog govora i još jedan važan element LP-a gdje logoped može tijekom terapijskog susreta usporediti tjedne skale roditelja i djeteta te dobiti opsežniji uvid u djetetovo mucanje u situacijama izvan kliničkog okruženja. Nadalje, druga mjera mucanja korištena u terapiji je postotak mucajućih netečnosti na 300 slogova koji mora biti manji od 1%, a kojeg logoped mjeri pri početku svake tjedne terapije. Dok se navedeni govorni kriteriji ne dosegnu, nije moguć prelazak djeteta iz prve u drugu fazu terapije (Guitar i McCauley, 2010). Prema Onslow (2019) potrebno je

prosječno 12 sati terapije za postizanje zadovoljavajuće razine tečnosti i prelazak iz prve u drugu fazu programa.

Aktivnosti i procedure LP-a uključuju: (1) tjedne sastanke djeteta i roditelja s logopedom u kojima on procjenjuje djetetov govor te vodi i podržava roditelja u svakodnevnom provođenju terapije kod kuće, (2) dnevne strukturirane razgovore između roditelja i djeteta u trajanju od 10 do 15 minuta u kojima roditelj koristi verbalne potkrjepe za tečan i netečan govor; i (3) postupno zamjenjivanje strukturiranih razgovora nestrukturiranima u kojima roditelj nastavlja koristiti verbalne potkrjepe, ali u opuštenijim, svakidašnjim aktivnostima. Verbalne potkrjepe imaju tri oblika kod tečnog govora: pohvala, potvrda da je djetetov govor tečan i traženje djetetove samoprocjene govora u situacijama tečnog govorenja. Kod potkrjepa netečnog govora postoje dva oblika: potvrda netečne riječi i traženje djeteta da korigira netečnu riječ. Ključna komponenta terapije jest omjer potkrjepa za tečan u odnosu na netečan govor gdje su verbalne potkrjepe za govor bez mucajućih netečnosti korištene barem pet puta češće nego one za mucanje. Prelaskom u drugu fazu terapije, roditelj nastavlja s povremenim potkrjepljivanjem djetetovog govora koje se odmakom vremena postupno smanjuje. Logoped redovito nadgleda i usmjerava roditelja kako bi njegov rad bio ugodno i neinvazivno iskustvo za dijete, primjerice uključivanjem roditelja tijekom terapijskog sata ili pregledavanjem snimaka rada roditelja i djeteta kod kuće. Guitar (2014) naglašava kako bi školsko dijete trebalo ohrabriti za raspravljanje o vrstama verbalnih potkrjepa koje preferira s roditeljem da bi željena ponašanja bila što uspješnije potvrđena. Iako su verbalne potkrjepe ključni dio mijenjanja djetetova govora, LP za školsku djecu može uključivati i „opipljive“ nagrade za motivaciju djeteta. Guitar i McCauley (2010) kao primjer iz prakse navode sistematične nagrade kod dječaka Michaela koji je spontanom samoprocjenom govora bez mucajućih netečnosti dobivao naljepnice od majke te je, ukoliko ih je skupio deset dnevno tijekom sedam uzastopnih dana, bivao nagrađen nečim što je želio dobiti. Kod školske djece je njihov napredak često dovoljno nagrađujući sam po sebi (Guitar i McCauley, 2010).

3.2.2. Program pravila tečnosti

Program pravila tečnosti (Fluency Rules Program, FRP; Runyan i Runyan, 1986) metoda je oblikovanja tečnosti razvijena kako bi se logopedima u javnim školama osigurao učinkovit program terapije mucanja. Namijenjen je predškolskoj djeci i mlađoj školskoj djeci, no u nastavku će cjelokupan program biti predstavljen usredotočivanjem na školsku dob. Guitar i McCauley (2010) ističu kako se mnogi školski logopedi ne osjećaju ugodno u provođenju terapije mucanja i često uopće ne uključuju DKM kao svoje klijente. Kao odgovor na te

probleme, razvijen je FRP kako bi se logopedima osigurao jednostavan program terapije mucanja temeljen na pravilima. Istraživanja učinkovitosti programa kod ove dobne skupine pokazala su poboljšanja u smislu postizanja i održavanja zadovoljavajuće razine tečnosti, uredne govorne brzine i uklanjanja popratnih ponašanja (Runyan i Runyan, 1991; 1993; 1999; prema Guitar i McCauley, 2010). Autori su kroz kliničku praksu otkrili kako je program učinkovit i kod djece s pridruženim poremećajima (npr. jezični poremećaj, autizam i sl.).

Terapijski postupci FRP-a nisu razvijeni na temelju teorije o deficitima koji uzrokuju mucanje, već iz kliničkih iskustava autora programa u radu s DKM. Autori smatraju da mlađa DKM nisu svjesna svojih mucajućih ponašanja zbog nedovoljno razvijenih perceptivnih vještina, dok starija djeca imaju teškoće i u svjesnosti i u proizvodnji govora. Kod starije DKM problem je detekcija svih trenutaka mucanja i koordinacija tečnog govora. Stoga je važan dio programa uvježbavanje samonadgledanja i strukturirana hijerarhija za svjesnu upotrebu elemenata tečnog govora.

Osnovni cilj programa je prirodan tečan govor, dok su uži ciljevi vezani za sedam različitih pravila kojima je dijete podučavano od strane logopeda kako bi postalo tečno. *Univerzalna pravila* prvi su skup pravila ovog programa te uključuju: (1) smanjivanje govorne brzine („Reci polako“); (2) uklanjanje ponavljanja jednosložnih riječi i/ili dijelova riječi („Reci riječ jednom“); te (3) uklanjanje produljivanja („Reci riječ kratko“). Univerzalnim pravilima, odnosno smanjivanjem brzine govora te identificiranjem i uklanjanjem ponavljanja i produljivanja u govoru djeteta pokušava se smanjiti mucanje. Kod djece koja nisu postigla tečnost unatoč korištenju univerzalnih pravila, uvodi se drugi skup pravila naziva *primarna pravila*: (4) osvještavanje lakog otpuštanja daha; (5) meki početak fonacije ili glatko otvaranje „govorne kutije“; te (6) meki početak artikulacije ili dodir „govornih pomagača“. Namjena ovih pravila direktna je pomoć u razumijevanju fizioloških razlika tečnog govora i mucanja. Pokazalo se kako znatno manje djece postane tečno kad je potrebno uvoditi i primarna pravila te njihova terapija prosječno dulje traje u odnosu na terapiju djece koja su podučavana isključivo univerzalnim pravilima (Guitar i McCauley, 2010). Naposljetku, za djecu kod koje postoje popratna ponašanja usvaja se još jedno, *sekundarno pravilo*: (7) korištenje isključivo „govornih pomagača“ za govor (umjesto pomicanja i drugih dijelova tijela) za eliminaciju tih ponašanja (Guitar i McCauley, 2010).

Aktivnosti i postupci u FRP-u počinju analizom djetetovog mucanja kako bi se utvrdilo koja je pravila potrebno primijeniti. Logoped zatim podučava dijete univerzalnim pravilima u kontekstu igre ili drugih zabavnih aktivnosti jezikom prilagođenim djetetu kako bi ono moglo shvatiti koncepte tečne govorne izvedbe. Podučavanje primarnih pravila započinje uputama o osnovnim značajkama govorne produkcije, uključujući kontrolu disanja, fonacije i pokreta artikulatora. U uvježbavanju djetetovog tečnog govora logoped koristi jezičnu hijerarhiju, od izgovaranja izoliranih glasova, preko odgovaranja na pitanja do spontanog govora. Kako dijete napreduje prema tečnom govoru, nekoliko postupaka koristi se u poticanju generalizacije naučenog. U ranoj fazi terapije, riječi na kojima dijete muca izvan terapije uvježbavaju se u terapijskog sobi. Napretkom terapije, roditelji i učitelji surađuju s logopedom i djetetom u korištenju vizualnih znakova čija je uloga podsjećanje djeteta na upotrebu pravila tečnosti u kućnom i školskom okruženju. Vizualni znakovi ili podsjetnici, u obliku pokreta ruke ili simboličkih konkretna, u program su uvedeni naknadno (Runyan i Runyan, 1999, 2007; prema Guitar i McCauley, 2010), a dotad je logoped verbalno prekidao dijete kako bi signalizirao prekid tečnosti. Zamjena verbalnih podsjetnika neverbalnima osigurava neometani tok razgovora i maksimizira kliničke prilike djeteta u poboljšavanju vještina samonadgledanja i proizvodnje tečnog govora. Vizualni znakovi značajni su za prijenos stečenih vještina u svakodnevnu okolinu te stoga logoped informira djetetove roditelje i učitelje o njihovom korištenju. Primjer aktivnog vizualnog znaka je pokret dlanom odozgo prema dolje, a simbolički konkret može biti magnet kornjače u kutu ploče u učionici kao pasivni podsjetnik djetetu na prvo pravilo „Reci polako“. Nadalje, približavanjem konca terapijskog procesa, logoped obavlja telefonske razgovore s djetetom s postupnim smanjivanjem podsjećanja djeteta na korištenje pravila tečnosti kako bi se održao tečan govor. Prosječno trajanje programa je devet mjeseci sa širokim rasponom od dva do dvadeset mjeseci (Guitar i McCauley, 2010).

3.2.3. Program glatkog govora uz kognitivno-bihevioralnu terapiju

Program glatkog govora uz kognitivno-bihevioralnu terapiju (Craig i sur., 1996) koristi se u terapiji mucanja djece i mlađih adolescenata u dobi između 9 i 14 godina. Vrijeme nastanka i jakost mucanja nisu važne stavke u odlučivanju prikladnosti ovog programa za određeno dijete, no s obzirom na njegovu kognitivnu komponentu, program se preporučuje kod starije djece (Guitar i McCauley, 2010). Kontrolirana klinička istraživanja pokazuju značajne napretke odmah po završetku programa te održavanje tečnosti godinu i pet godina (Craig i sur., 1996) te dvije do šest godina nakon tretmana (Hancock i sur., 1998), no također ističu i osjetnu

varijabilnost u ishodima tretmana kod klijenata. Ovi su autori ispitivali dva oblika terapije: intenzivni petodnevni klinički program te manje intenzivni petotjedni program u kojem roditelj primarno preuzima ulogu logopeda. Rezultati su otkrili kako su oba oblika terapije bila učinkovita u smanjivanju mucanja i razine anksioznosti kod djece i adolescenata. Također, program se pokazao kao koristan i kod odraslih (Craig, Feyer i Andrews, 1987; prema Guitar i McCauley, 2010).

Teorijska podloga ovog programa ima svoje temelje u stavu autora programa kako je mucanje neurofiziološki deficit kojeg je potrebno kompenzirati korištenjem vještina tečnog govora koje u potpunosti mijenjaju uzorak govorenja, odnosno omogućuju koordinaciju složenih sustava uključenih u govor (tzv. tehnika glatkog govora). Također, autori smatraju da mucanje kod starije djece izaziva sekundarne psihološke teškoće, kao što su anksioznost i izbjegavanje, koji su postali povezani s govorom. Predlažu niz tehnika kognitivno-bihevioralne terapije (KBT) za olakšavanje nošenja s tim faktorima (Craig i sur., 1996).

Ključne komponente ovog programa su glatki govor i kognitivno-bihevioralna terapija. Glatki govor je tehnika oblikovanja tečnosti usredotočena na kontinuirani protok zraka naspram kontinuirane vokalizacije u govornoj proizvodnji. Sadržava četiri komponente: (1) povećan protok zraka tijekom govora; (2) fraza-pauza-fraza-pauza struktura govora; (3) smanjena napetost usnenog, laringealnog i prsnog područja; te (4) variranje intonacije tijekom govora. Pokazalo se kako se glatkim govorom poboljšava koordinacija respiratornog i laringealnog sustava, smanjuje motorna disfunkcija i zahtjevi govorenja te se mijenja govorno ponašanje prije i tijekom fraze (Craig i sur., 1996). Nadalje, KBT se odnosi na psihološki utemeljenu terapiju vođenu idejom da su kognicija, emocije i ponašanje u interakciji. Treba napomenuti kako se pokazalo da su školska djeca koja mucaju rizična na pojavu psiholoških teškoća zbog povećane emocionalne reaktivnosti (Anderson i sur., 2003; Eggers, de Nil i van den Bergh, 2010), kao i veće razine frustracije (Eggers i sur., 2010) te je stoga imperativ ovog pristupa zaštita i prevencija pojave takvih teškoća kod ove djece. KBT-om se osobi pružaju strategije učinkovite u mijenjanju ponašanja i naglašava se postavljanje realističnih ciljeva i uspostavljanje redovite samoprocjene vlastitih vještina. Oblikovane su na način da podižu motivaciju te koriste postupke prijenosa, generalizacije i održavanja vještina kako bi potaknule dugoročnu promjenu izvan kliničkih uvjeta (Craig i sur., 1996).

Osnovni cilj ovog terapijskog pristupa je poučavanje klijenata glatkom govoru i psihološkim vještinama kako bi poboljšali svoje komunikacijske sposobnosti. Uži ciljevi su

sljedeći: (1) naučiti govoriti bez mucanja koristeći vještine glatkog govora u razgovoru isprva sporom te progresivno sve normalnijom govornom brzinom; (2) uspješno izvršavanje hijerarhije aktivnosti prijenosa naučenih vještina govora bez mucanja u svakodnevni život; (3) naučiti koristiti kognitivne tehnike u smanjivanju strahova i negativnih stavova prema govorenju; i (4) razvijanje plana održavanja naučenog koji uključuje klijentovo preuzimanje odgovornosti za vlastiti napredak (samoprocjena i samoispravljanje), uz podršku obitelji (Guitar i McCauley, 2010).

Aktivnosti i procedure intenzivnog programa dijele se u devet faza: (1) Logoped procjenjuje frekvenciju mucanja, prirodnost govora, anksioznost i komunikacijske stavove klijenta. (2) Logoped modeliranjem podučava klijenta vještini glatkog govora tijekom 3 dana, postupno povećavajući govornu brzinu. (3) Klijent se dva puta dnevno snima dok koristi glatki govor, a snimke se zajednički procjenjuju. Smatra se da je klijent uspješno usvojio tehniku glatkog govora kad ne muca i govori ciljanom brzinom tijekom petominutnog razgovora. (4) Klijent uvježbava glatki govor kod kuće s roditeljem koji je bio prisutan tijekom terapija. (5) Klijent radi na prijenosu i generalizaciji vještina u svakodnevnim situacijama, uz snimanje i procjenu zadanih zadataka. (6) Klijent uči preuzeti odgovornost za napredak, postavljajući vlastite ciljeve i nagrađujući se za njihovo postizanje. (7) Klijent je educiran o primjeni kognitivno-bihevioralnih tehnika kao što su opuštanje mišića i pozitivan samogovor. (8) Tijekom zadnja dva dana intenzivnog programa, Klijent uči strategije dugoročnog održavanja naučenih postupaka i nošenja s relapsom. (9) Sastanak logopeda, klijenta i obitelji radi uključivanja obitelji u podršku klijentu, uz periodične sastanke tijekom godine za praćenje napretka i pomoć u slučaju relapsa (Guitar i McCauley, 2010).

3.2.4. Sveobuhvatni pristup u školskoj dobi

Sveobuhvatni pristup terapije mucanja školske djece (Yaruss, Pelszarski i Quesal, 2010; prema Guitar i McCauley, 2010) pristup je koji uključuje upotrebu nekoliko srodnih strategija od kojih je svaka usmjerena na unaprjeđivanje specifičnog aspekta komunikacijskih sposobnosti djeteta. Namijenjen je djeci od 7 do 17 godina starosti kod kojih je najčešće prisutno dugogodišnje mucanje te im se pridaje identitet „iskusnih“ OKM (Galić-Jušić, 2021). Ukazujući na slojevitost poremećaja, ovaj se pristup ne smatra u potpunosti terapijom tečnosti, već kombinacijom terapijskih tehnika usmjerenih na smanjivanje utjecaja mucanja na mogućnost djetetova izražavanja i dostizanja vlastitih životnih ciljeva (Guitar i McCauley, 2010). Shodno tome, u literaturi se ovaj pristup naziva i multidimenzionalnim pristupom (Healey i sur., 2004).

Teorijska podloga sveobuhvatnog pristupa nije usredotočena na specifičnu teoriju o uzroku mucanja, već na teoriju manifestiranja mucanja kod djeteta školske dobi. Uz osnovna ponašanja, autori programa navode bihevioralne, kognitivne i afektivne odgovore na mucanje kao ključne aspekte ovog poremećaja kojih se potrebno dotaknuti u terapiji jer dovode do disfunkcije u komunikacijskoj učinkovitosti djeteta. Osjećaji straha, srama ili anksioznosti, izbjegavanje govornih situacija te nisko samopoštovanje i samopouzdanje kumulativno utječu i na područja života koja nisu izravno povezana s mucanjem. Samim time, komunikacijska disfunkcija nerijetko rezultira smanjenom kvalitetom života kod školske DKM zbog povećane vjerojatnosti njihovog ograničenog sudjelovanja u socijalnim i akademskim situacijama (Guitar i McCauley, 2010). Komunikacijska disfunkcija očituje se i u često neuspješnom prijenosu vještina stečenih u terapijskoj sobi u svakodnevne situacije. Leko Krhen i sur. (2021) u svom istraživanju navode kako sudionice koje mucaju smatraju da upravo zaštićeno terapijsko okruženje ne pruža mogućnost usvajanja tehnika sprječavanja mucanja u svakodnevnim situacijama stresa. Zato se kod sveobuhvatnog pristupa posebno naglašava obuhvaćanje svih komponenti mucanja, uključujući i kontekst. Kako bi formalizirali svoje postavke, autori pristupa svoje postupke temelje na *International Classification of Functioning, Disability and Health* (ICF) (WHO, 2001). ICF predstavlja teorijski okvir svih komponenti i faktora kod kompleksnih poremećaja između kojih je i mucanje te opravdava njihovo uključivanje u sveobuhvatni terapijski program terapije mucanja kod djece školske dobi. Te komponente tiču se: (1) tjelesne strukture i funkcija osobe (osnovna ponašanja - produljivanja, ponavljanja i zastoji); (2) ograničenja aktivnosti (npr. započinjanje razgovora) i sudjelovanja (sposobnost sudjelovanja u socijalnim aktivnostima); te (3) osobni i okolinski kontekstualni čimbenici (reakcije djeteta i njegove okoline na mucanje). Kako bi tretirali čitav poremećaj, logopedi mogu slijediti ICF kako bi osigurali uključivanje i praćenje svih aspekata poremećaja u terapijskom postupku (Guitar i McCauley, 2010).

U analizi istraživanja literature o učinkovitosti sveobuhvatnog pristupa za sada ne postoje dokazi koji potvrđuju njegovu učinkovitost. Onslow (2019) navodi samo nekoliko znanstveno utemeljenih terapija sa školskom djecom, no u svom prikazu ne uključuje sveobuhvatne terapije. Kao razlog izostanka kliničkih istraživanja, autori ovog pristupa navode njegovu individualiziranost jer se pojedinačnom klijentu pristupa s obzirom na njegove jedinstvene potrebe i ciljeve. Posljedica korištenja individualiziranog pristupa terapiji jest otežano dokumentiranje terapijskih ishoda standardnim metodama istraživanja njihove učinkovitosti. Uslijed polaznja jedinstvenog ili individualiziranog oblika terapije, jednake

mjere ishoda te terapije nisu nužno relevantne za sve osobe koje su kroz isti prošle. Autori se u predstavljanju ishoda programa referiraju na objavljene studije učinkovitosti pojedinih komponenti svog pristupa, kao naprimjer tehnika smanjivanja jakosti mucanja i mijenjanja negativnih reakcija na mucanje. Važno je napomenuti kako su istraživanja ishoda rada na osobnim i kontekstualnim čimbenicima, kao i utjecaja mucanja na socijalnu uključenost i aktivnosti djeteta oskudna, dok su istraživanja tehnika poboljšavanja tečnosti zastupljenija. No, usporedbe jedino tečnosti prije i nakon terapije nisu dovoljno reprezentativne u prikazu ishoda ovog terapijskog pristupa, već ih je uputno koristiti isključivo kao dio plana procjene terapije. Stoga, kao indikacije za buduća istraživanja učinkovitosti terapije mucanja, autori navode nužnost sagledavanja ovog poremećaja kroz šire okvire od samih mjera učestalosti i jakosti mucanja, prema mjerama reagiranja na mucanje, funkcionalnosti komunikacije i kvalitete života (Guitar i McCauley, 2010). Iako u trenutno dostupnoj znanstvenoj literaturi ne postoje empirijski dokazi sveobuhvatnog terapijskog pristupa, Galić-Jušić (2021) naglašava kako to ne znači da je terapija neadekvatna. Štoviše, autorica navodi kako je sveobuhvatna terapija primjerenija od Lidcombe ili FRP programa koji počivaju na redukcionističkom, monotonom pristupu usmjerenom samo na govornu tečnost, jer uvažava konstataciju da je mucanje djece školske dobi složeno te da su socijalni i psihološki pritisci u toj dobi u porastu. Iz tog razloga, sveobuhvatna terapija pouzdan je izbor terapije za školsku djecu unatoč odsutnosti kliničkih istraživanja (Galić-Jušić, 2021).

Primarni cilj ovog pristupa uspostavljanje je učinkovite komunikacije djece koja mucaju, a ne određenog postotka napretka u tečnosti govora ili smanjenja udjela mucanja. Za poneku djecu ovo može značiti nastavak mucanja u određenoj mjeri nakon terapije, ali to mucanje više ne ometa njihovu slobodu dostizanja socijalnih, akademskih i, kasnije, profesionalnih ciljeva. Uži ciljevi uključuju: (1) minimiziranje jakosti mucanja; (2) smanjivanje negativnih reakcija na mucanje samog djeteta i njegove okoline; (3) povećavanje djetetove sposobnosti komuniciranja u stvarnim životnim situacijama; i (4) pomaganje u generalizaciji i održavanju napretka u tečnosti i komunikaciji (Guitar i McCauley, 2010). Prilikom odabira terapijskih ciljeva, logoped mora uzeti u obzir različitost potreba DKM, što znači da neće sa svakim provoditi jednake postupke na jednak način tijekom terapije. Adaptacije u pojedinoj terapiji ovise o različitim čimbenicima koji u različitoj mjeri utječu na djetetovu komunikaciju. Posebno se od školskih logopeda očekuje postavljanje ciljeva u skladu s kompleksnosti samog poremećaja kod djece školske dobi. ICF može pomoći logopedima u organizaciji ciljeva na konzistentniji i sveobuhvatniji način tako da ih postave unutar svake od

već spomenutih triju komponenti ICF-a. Ciljevi uključeni u terapijski program pojedinog djeteta varirat će ovisno o specifičnim potrebama djeteta. Kod određene djece, ciljevi će biti raspisani u svakoj od triju kategorija ICF-a, dok će za drugu (ili isto dijete u različitim fazama terapije), ciljevi biti unutar samo jedne ili dviju kategorija. Konačno, ovi ciljevi temelj su individualiziranog sveobuhvatnog terapijskog pristupa mucanju (Guitar i McCauley, 2010).

Aktivnosti i postupci mogu se podijeliti na više načina, a Galić-Jušić (2021) ih opisuje na sljedeći način: (1) upoznavanje djeteta s aktom govorenja i svime onime što u njemu može poći krivo (laki-teški govor) i korištenje pseudomucanja ili voljnog mucanja s ciljem smanjivanja fizičke napetosti povezane s mucanjem prvo u lakšim pa postupno sve težim situacijama; (2) fokus na emocionalne reakcije djeteta i ublažavanje njihove osjetljivosti na vlastito mucanje kroz desenzibilizaciju i kognitivno restrukturiranje te odabir lakšeg načina govora (laka ponavljanja riječi ili dijelova riječi); (3) učenje tehnika koje su kombinacija elemenata modifikacije mucanja i učenja tehnika tečnosti za smanjenje jakosti mucanja; modifikacija mucanja je metoda identifikacije, desenzibilizacije i modifikacije trenutka mucanja smanjivanjem napetosti (*cancellation* ili *pull-out* metoda), a tehnike olakšavanja tečnosti imaju fokus na sporijem, povezanom govoru i mekim početcima fonacije i artikulacije; (4) generalizacija, tj. prijenos tehnika u svakodnevni život kako bi se osigurala funkcionalnost komunikacije u svim situacijama s kojima je dijete suočeno; naučene tehnike dijete uvježbava hijerarhijski od, za njega, lakših prema postepeno sve težim situacijama, a u tom procesu važna je djetetova okolina (roditelji, učitelji i vršnjaci). Guitar i McCauley (2010) navode da je dijete (i roditelje) izrazito korisno uključiti u grupe samopomoći i grupe podrške radi povezivanja s drugim OKM i njihovim obiteljima te izlaganja podržavajućoj okolini. S obzirom na to da se mucanje manifestira na drukčiji način kod svakog djeteta, u terapiji će se ovi postupci koristiti na različit način, različitim intenzitetom i redosljedom te će djeca napredovati različitim tempom. Stoga, nije moguće a priori odrediti trajanje terapije što predstavlja izazov ovog pristupa. S druge strane, individualiziranost postupaka omogućava terapiju koja obuhvaća cjelokupni socijalni i kognitivno-emocionalni sklop djeteta. Konačno, jednak oblik terapije za svu DKM, odnosno „one size fits all“ pristup nije učinkovit jer nije u mogućnosti uključiti ukupnost djetetovih individualnih iskustava, dok su ista individualna iskustva u sveobuhvatnom pristupu temelj čitavog terapijskog djelovanja (Guitar i McCauley, 2010).

4. PRAKTIČNI ZAHTJEVI I DOSTUPNOST TERAPIJE MUCANJA ŠKOLSKE DOBI

Razumijevanje raznih postojećih terapijskih pristupa mucanju predstavlja izazov za logopede. Zahtjevnost djelovanja u ovom području potvrđena je u mnogim istraživanjima koja prijavljuju kako se logopedi osjećaju neugodno u radu s DKM (Brisk, Healey i Hux, 1997; prema Guitar i McCauley, 2010; Cooper i Cooper, 1985, 1996). Potonji autori u studiji iz 1985. godine navode kako se čak 92% logopeda koji su sudjelovali u njihovom istraživanju ne slaže s tvrdnjom da se osjećaju ugodnije u radu s OKM u usporedbi s radom s osobama s artikulacijskim poremećajem. Također, više od tri četvrtine sudionika nije se složilo s tvrdnjom da je većina logopeda vješta u terapiji mucanja (Cooper i Cooper, 1985). Čak i ako se terapija pokazala učinkovitom kroz empirijska istraživanja, ne može biti uspješno primijenjena ako logopedi nisu sigurni u njezine strategije i način njihova provođenja (Guitar i McCauley, 2010; Galić Jušić, 2021). Iz tog razloga, praktični zahtjevi za pojedinu terapiju od kritične su važnosti. Pojam praktičnih zahtjeva obuhvaća komponente terapije nužne za njezino provođenje, primjerice potreba službene edukacije, korištenja pomagala, dostupni izvori i sl., a koji osiguravaju pružanje cjelovite i učinkovite terapije. S praktičnim zahtjevima usko je povezana i dostupnost, primjerice dostupnost literature o terapijskom postupku na izvornom ili stranom jeziku, ili dostupnost stručne edukacije za provođenje terapijskog postupka. Izvjesno, postoje kroskulturalne različitosti i ograničenja dostupnosti obučavanja postupaka koje zahtijeva pojedini program u smislu da će nekim logopedima biti dostupniji u odnosu na druge. Naposljetku, praktični zahtjevi i dostupnost različitih terapijskih pristupa bit će prikazani u sljedećem pasusu.

4.1. Lidcombe program

Logopedi koji koriste LP mogu pristupiti mnogim informativnim izvorima o načinu njegova provođenja. U svojoj knjizi Guitar i McCauley (2010) navode niz referenci na opsežne tekstove i književna poglavlja te linkove za DVD uratke i terapijske priručnike dostupne na mrežnim stranicama. Također, Onslow i sur. objavili su *The Lidcombe Program Treatment Guide* u kojem opširno objašnjavaju mehanizme djelovanja programa i njihovu teorijsku podlogu. U najrecentnijoj verziji priručnika iz 2023. godine (kao i u prethodnima), autori ističu kako je „nužno da profesionalno obučeni, kvalificirani logoped provodi Lidcombe program jer niti ovaj niti bilo koji drugi pisani materijal ne može zamijeniti profesionalnu Lidcombe obuku (...) ovaj priručnik namijenjen je isključivo kao referentni alat koji koriste stručnjaci (i roditelji) tijekom terapije“. Guitar i McCauley (2010) objašnjavaju kako iskustvo radionice

vodi do boljih ishoda učenja u usporedbi s pokušajem implementiranja programa isključivo na temelju pisanog materijala. Nadalje, autori vodiča navode kako je klinička obuka dostupna preko *Lidcombe Program Trainers Consortium* (2018), internacionalnoj neprofitnoj organizaciji stručnjaka koji logopedima pružaju dvodnevnu profesionalnu obuku o strategijama LP-a. Na web stranici su besplatno dostupni terapijski priručnik (engleski jezik) i brošura (engleski i nizozemski jezik), kao i potrebni materijali (skala jakosti mucanja). *Consortium* ima članove u 13 zemalja (Sjedinjene Američke Države, Ujedinjeno Kraljevstvo, Australija, Belgija, Kanada, Kina, Danska, Francuska, Njemačka, Nizozemska, Novi Zeland, Singapur i Izrael), no obuka je dostupna i u još nekoliko država koje nemaju svoje predstavnike među nabrojenim državama. Također, na stranici je ponuđen link za nadolazeće online LP radionice, no one su u ovom trenutku ograničene na Ameriku, Ujedinjeno Kraljevstvo, Australiju i Novi Zeland. Daljnjim istraživanjem mrežne stranice *Consortiuma*, utvrđeno je kako nijedan oblik stručne obuke za LP nije dostupan u Republici Hrvatskoj, ni na hrvatskom jeziku. Za one logopede čija država nije uključena, na stranici je ponuđen kontakt email za podršku. Naposljetku, članovi *Consortium* tima navode kako trenutno rade na razvijanju terapijske mrežne stranice (na engleskom jeziku) gdje će logoped dati roditelju lozinku za pristup stranici koja će sadržavati upute i materijale za provođenje tretmana bez ikakvog kontakta s logopedom.

4.2. Program pravila tečnosti

Program pravila tečnosti osmislili su Runyan i Runyan (1986) i objasnili sedam različitih pravila korištenih u terapiji mucanja, a od svakog logopeda ponaosob se zahtijeva da ta pravila prilagodi svom jeziku na razini što primjerenijoj djetetu s kojim radi. FRP je specifično osmišljen za funkcioniranje u školama gdje brz ritam i iznimne potrebe za terapijom iziskuju učinkovitu, a ujedno brzu i za provođenje relativno jednostavnu terapiju. Autori u studiji nisu naveli da logoped mora biti certificiran ili obučen za njegovu provedbu. Potencijalni materijali uključuju simboličke terapijske materijale (npr. magnet kornjače), metronom, ogledalo i predmete različite dužine (u svrhu objašnjavanja principa govora). Prema Guitar i McCauley (2010) postoje dvije karakteristike logopeda koje ishode programa mogu učiniti učinkovitijima. Prva karakteristika je osnovno razumijevanje anatomije i fiziologije govorne produkcije i razlika između tečnog govora i mucanja kako bi istome mogli podučiti djecu. Ovo znanje je bitno jer su djeca više voljna pratiti upute logopeda kad razumiju anatomske i fiziološke razlike govora. Drugo, sposobnost logopeda da osmisli zabavne, zanimljive i angažirajuće aktivnosti bitna je za maksimiziranje djetetovog outputa koji se zatim

može oblikovati. Pisani materijali o programu koji mogu poslužiti logopedu su Runyan i Runyan, 1986; Guitar i McCauley, 2010; Galić-Jušić, 2021. Iako je program svojom formom dostupan u svim kulturama, postoji nekoliko izazova vezanih za njegovu izvedbu. Prvo, pitanje koliko učinkovito će logoped prilagoditi postavke i objašnjenja kognitivnoj i jezičnoj razini djeteta. Galić Jušić (2021) pružila je hrvatski prijevod pravila i objasnila ih u kontekstu programa, što je od velike pomoći hrvatskom logopedu, no takvi prijevodi ne postoje na svakom jeziku. Logoped može zaobići program, ako ne postoji inačica na njegovom izvornom jeziku. Također, koliko opušteno će se logoped osjećati u provođenju terapije za koju nije formalno obučan, koju je naučio isključivo iz pisanih materijala, čak i ako postoji inačica programa na prvom jeziku i koliko će to utjecati na učinkovitost terapije. Naposljetku, radi oskudnosti literature o ovom tretmanu, javlja se pitanje koliko je logopeda upoznato s njegovim postojanjem unatoč empirijskim dokazima o njegovoj učinkovitosti.

4.3. Program glatkog govora uz kognitivno-bihevioralnu terapiju

Program glatkog govora uz KBT provodi se kod starije školske djece i zato je nužno da logoped ima određenu razinu stručnosti u području mucanja, posebno školskog i adolescentskog mucanja te da je upoznat s komponentama tehnike glatkog govora i KBT-a (Guitar i McCauley, 2010). Glatki govor je vještina kontinuirano korištena od strane djeteta i ako logoped nije vješt u njezinoj upotrebi neće moći ispravno i uspješno poučiti pojedinca. Neadekvatna tehnika može dovesti do neprirodnog načina govora zbog čega će je dijete izbjegavati koristiti u razgovornim kontekstima, što znači da je cilj prijenosa vještina neispunjen i postoji viši rizik od ponovnog javljanja mucanja (Guitar i McCauley, 2010). Praktični zahtjevi postoje upravo iz razloga da se navedeni nepovoljni terapijski ishodi izbjegnu. Guitar i McCauley (2010) navode da je moguće naučiti tehniku glatkog govora iz pisanih materijala (tehniku prikazuju u svojoj knjizi), no savjetuju logopede da teže obuci i povratnoj informaciji stručnjaka iskusnih u korištenju glatkog govora kako bi se izbjegle nepotrebne pogreške koje mogu imati znatno negativan učinak. U Hrvatskoj ne postoji službeno usavršavanje tehnike glatkog govora. Nadalje, KBT znanstveno je utemeljena metoda ukorijenjena u psihološke terapije mnogih poremećaja te se njezina korist ogleda i u terapiji mucanja djece školske dobi (Craig i sur., 1996). Shodno tome, Guitar i McCauley (2010) savjetuju obučavanje stručnjaka i u metodama kognitivno-bihevioralnih tehnika. Navode postojanje brojnih radionica obuke KBT-a, ali i predlažu suradnju s kliničkim psihologom koji može pomoći s KBT protokolom u sklopu logopedске terapije. Na stranim mrežnim stranicama nailazi se na ponudu mnogih radionica KBT-a na engleskom jeziku. Jedna od njih je Udemy

(n. d.) čijim se polaganjem dobiva titula „CBT Life Coach“. Istaknuto je kako je akreditirana internacionalno prepoznatom Continuing Professional Development Standards Agency (CPD). S druge strane, istraživanjem hrvatskih mrežnih stranica nailazi se na sljedeće tvrdnje o KBT edukacijama: „ U edukaciju se prema Statutu mogu uključiti isključivo psiholozi i liječnici, no znanja iz KBT-a svakako su korisna i stručnjacima drugih struka. Zato HUBIKOT nudi druge oblike educiranja poput Tečaja mindfulnessa i pojedinačnih radionica iz KBT-a koje su otvorene za sve stručnjake pomagačkih zanimanja (npr. u sklopu konferencije). Planiramo organizirati i druge pojedinačne radionice ili pakete od nekoliko radionica koji će biti namijenjeni upravo stručnjacima drugih pomagačkih zanimanja (npr. za učitelje, stručne suradnike u školama, socijalne radnike)“ (HUBIKOT, 2019). Dakle, iako u Hrvatskoj ne postoje edukacije o principima KBT-a za logopede, postoji naznaka da će slično uskoro biti dostupno. Može se zaključiti da verzije edukacija postoje na engleskom jeziku te će se zasigurno propitkivati njihova utemeljenost, no činjenica jest kako u modernije doba postoji rastući trend ovakvih online oblika edukacija koje su sve lako dostupne i, ako provjerene, koristan adut u terapiji.

4.4. Sveobuhvatni terapijski pristup

Sveobuhvatni terapijski pristup kod djece školske dobi zahtijeva prilagodljivost logopeda iz više razloga (Guitar i McCauley, 2010). Počevši od toga da, s obzirom na njegovu individualiziranost, program nema fiksno određeno trajanje i raspored tjednih sastanaka. Određena djeca napredovat će brže od druge te će pojedinci imati veću korist od nekoliko terapijskih sati tjedno, a drugi od samo jednog tjedno. Također, neka djeca funkcioniraju bolje u individualnim terapijama, dok druga imaju veću korist od onih grupnih. Zadatak logopeda je da procijeni sve čimbenike koji mogu utjecati na uspješnost terapije pojedinog djeteta i prilagodi svoje djelovanje njima. Svrha terapije u ovom pristupu je podučavanje djeteta o tome što treba vježbati *između* svake terapije. Vrijeme od jedne do druge terapije vrlo je važno jer je to vrijeme u kojem dijete prenosi naučene vještine u stvarne situacije. Logoped je slobodan koristiti bilo kakve materijale, opise i prikaze kako bi djetetu što bolje prenio potrebne vještine. Kao primjer kreativnosti u prenošenju potrebnih vještina može se navesti tehnika *Pravila pet prstiju* (skr. PPP) (Jelčić Jakšić, 2014) koja se koristi kao pomoć u usvajanju tehnika oblikovanja tečnog govora u terapiji mucanja. PPP sadržavaju pet pravila tečnog govora koja se povezuju s pet prstiju jedne ruke. Prema Guitar i McCauley (2010) metode terapije ne mogu biti uspješno primijenjene ako stručnjak u njih nije siguran. Primjerice, ako logoped smatra da je postojanje mucajućih netečnosti u govoru djeteta u terapiji neprihvatljivo onda može imati

poteškoće s pojedinim komponentama ove terapije. Zato, važna je komponenta ovog pristupa produblјivanje znanja o poremećaju i, naposljetku, prihvaćanje mucanja od strane logopeda. Autori smatraju kako logoped znanje o mucanju, desenzibilizaciji, smanjivanju strahova od govora i metodama modifikacije gradi zajedno s djetetom u terapiji. Kako bi djetetu prikazao vještine koje od njega traži, logoped ih sam modelira pseudomucanjem. Na taj način, pukim sudjelovanjem u terapiji, logoped terapijske zahtjeve sveobuhvatnog pristupa i ispunjava. No, ostaje pitanje koliko je takav način rada znanstveno utemeljen i pouzdan. Što se tiče dostupnosti, možemo govoriti o tome da stručnjak pojedine komponente izučava sam iz pisanih ili video materijala te ih kroz praksu i provodi. Za ovaj se pristup stoga češće mogu odlučiti stručnjaci koji zbog mjesta stanovanja imaju ograničen pristup specijaliziranim edukacijskim programima. Postoje brojni izvori o sveobuhvatnim terapijama na engleskom jeziku (Guitar, 2014; Guitar i McCauley, 2010; Shapiro, 2011; Healey i sur., 2004, itd.), dok su oni na hrvatskom oskudni (Galić-Jušić, 2021) te ponovno postoji rizik utjecaja jezične barijere na sami terapijski postupak kod stručnjaka zbog nedostatka materijala na njihovom izvornom jeziku. Nadalje, jedna od bitnih spomenutih komponenti sveobuhvatnog pristupa su grupne terapije. *The National Stuttering Association* (NSA) najveća je grupa samopomoći u SAD-u za pojedince koji mucaju. Imaju brojne lokalne grupe samopomoći organizirane za umrežavanje OKM i njihovih obitelji radi promoviranja razumijevanja i dijeljenja između ovih osoba. Što se tiče Hrvatske, postoji grupa samopomoći u sklopu studija logopedije Sveučilišta u Rijeci, no namijenjena je osobama starijima od 18 godina. Ne postoje podatci o postojanju grupe samopomoći za školsku DKM.

Konačno, prethodni odlomci ilustriraju složenost suočavanja s mucanjem kod djeteta školske dobi i nužnost potpune posvećenosti svakom detalju svake od prikazanih terapija. Osim terapija navedenih prema Guitar i McCauley (2010), postoje i mnoge druge kao što su Palin Parent-Child (PCI), Camperdown program, KIDS, itd. Bez obzira koju terapiju stručnjak odabere, važno je dobro je poznavati, imati jasno obrazloženje koje stoji iza nje, znati joj ciljeve, ali prije svega, svaka odabrana terapija mora osigurati da se logoped tijekom njezine primjene osjeća dobro i da se ne boji mucanja (Galić-Jušić 2021). Učinkovitost izvođenja svake komponente terapije ima kumulativan utjecaj na njezine ishode stoga su pristup svim terapijskim opcijama, odabir ispravne terapije, suradnja s roditeljima i širom okolinom, kao i drugim stručnjacima dijelovi koji čine jednu veliku cjelinu – terapiju mucanja djeteta školske dobi.

5. PROBLEM ISTRAŽIVANJA

5.1. Cilj istraživanja i istraživačka pitanja

Cilj ovog istraživanja je utvrđivanje postojanja razlika u terapiji mucanja u školskoj dobi između hrvatskih i inozemnih logopeda s obzirom na njihov pristup terapiji, pohađanje terapijskih edukacijskih programa te suradnji s roditeljima i psiholozima.

S obzirom na navedeni cilj istraživanja, istraživačka pitanja ovog rada su:

P1: Postoji li razlika u pristupu terapiji mucanja u školskoj dobi između hrvatskih i inozemnih logopeda?

P2: Postoji li razlika u učestalosti pohađanja edukacijskih programa za terapiju mucanja u školskoj dobi između hrvatskih i inozemnih logopeda?

P3: Postoji li razlika u učestalosti suradnje s roditeljima u terapiji mucanja djece školske dobi između hrvatskih i inozemnih logopeda?

P4: Postoji li razlika u učestalosti suradnje s psiholozima u terapiji mucanja djece školske dobi između hrvatskih i inozemnih logopeda?

5.2. Hipoteze istraživanja

S obzirom na navedena istraživačka pitanja, postavljene su sljedeće hipoteze:

H1: Razlika će postojati u pristupu terapiji mucanja u školskoj dobi između hrvatskih i inozemnih logopeda. Pretpostavlja se da su hrvatski logopedi skloniji sveobuhvatnom pristupu u odnosu na inozemne logopede.

H2: Razlika će postojati u učestalosti pohađanja edukacijskih programa za terapiju mucanja u školskoj dobi između hrvatskih i inozemnih logopeda. Pretpostavlja se da hrvatski logopedi u manjoj mjeri pohađaju edukacijske programe za terapiju mucanja u školskoj dobi u odnosu na inozemne logopede.

H3: Razlika će postojati u učestalosti suradnje s roditeljima u terapiji mucanja djece školske dobi između hrvatskih i inozemnih logopeda. Pretpostavlja se da hrvatski logopedi u manjoj mjeri surađuju s roditeljima u terapiji mucanja djece školske dobi u odnosu na inozemne logopede.

H4: Razlika će postojati u učestalosti suradnje s psiholozima u terapiji mucanja djece školske dobi između hrvatskih i inozemnih logopeda. Pretpostavlja se da hrvatski logopedi u manjoj

mjeri surađuju s psiholozima u terapiji mucanja djece školske dobi u odnosu na inozemne logopede.

6. MATERIJALI I METODE ISTRAŽIVANJA

6.1. Sudionici

U istraživanju je prvobitno sudjelovalo 107 logopeda. Međutim, odgovori 11 sudionika iz Bosne i Hercegovine, Srbije, Sjeverne Makedonije i Pakistana su isključeni, jer se istraživanje usmjerilo na usporedbu terapije mucanja između Hrvatske i razvijenih zemalja. Stoga, u konačan uzorak je uključeno 96 logopeda koji se aktivno bave terapijom mucanja u školskoj dobi. Inozemni uzorak uključuje 45 sudionika iz 10 različitih država: Sjedinjene Američke Države (SAD), Belgija, Irska, Slovenija, Švicarska, Portugal, Grčka, Švedska, Malta i Njemačka, a hrvatski uključuje 51 logopeda. Brojčani odnos sudionika s obzirom na državu stanovanja prikazan je u Tablici 1. Što se tiče spola sudionika, hrvatski uzorak je uključivao 50 žena i jednog muškarca, dok je inozemni uzorak obuhvaćao 38 žena i 7 muškaraca. Hrvatski uzorak je imao najviše sudionika u dobi od 40 do 59 godina (56,9%), zatim slijede sudionici u dobi od 23 do 39 godina (35,3%) i na kraju sudionici stariji od 60 godina (7,8%). Inozemni uzorak ima najviše sudionika u dobi od 23 do 39 godina (46,7%), potom sudionika u dobi od 40 do 59 godina (44,4%) te najmanje onih starijih od 60 godina (8,9%). Što se tiče godina logopedskog staža hrvatskih sudionika, prosjek je bio 12,6 godina (SD = 10,9), dok je kod inozemnih sudionika prosjek bio 17,2 godine (SD = 10,6). Kada se radi o godinama aktivnog rada u terapiji mucanja, prosjek za hrvatske sudionike iznosio je 9,6 godina (SD = 9,3), a za inozemne sudionike 14,3 godine (SD = 10,1). Kada se radi o godinama aktivnog rada u terapiji mucanja, prosjek za hrvatske sudionike iznosio je 9,6 godina (SD = 9,3), a za inozemne sudionike 14,3 godine (SD = 10,1). Dakle, uzorak inozemnih logopeda uključuje više godina iskustva u pogledu prakticiranja logopedije i aktivnog rada u terapiji mucanja.

Tablica 1: Broj sudionika raspoređen prema državi stanovanja.

		Broj sudionika
Država stanovanja	Republika Hrvatska	51
	Sjedinjene Američke Države	16
	Belgija	7
	Irska	6
	Slovenija	4
	Švicarska	3
	Portugal	3
	Grčka	2
	Švedska	2
	Malta	1
	Njemačka	1
	Ukupno	96

45

6.2. Materijali

Za potrebe istraživanja kreiran je online anketni upitnik na dva jezika kojim se ispitivao pristup logopeda u terapiji mucanja školske dobi. Pisan je hrvatskim (Prilog 1) i engleskim jezikom (Prilog 2). Cjelokupan sadržaj hrvatske verzije upitnika preveden je na engleski jezik za inozemne sudionike.

Upitnik se sastojao od 5 dijelova. Prvi dio odnosio se na demografske i pozadinske podatke ispitanika (5 pitanja). Drugi dio je bio vezan za terapijski pristup mucanju djece školske dobi (1 pitanje). Sudionici su imali mogućnost višestrukog odabira među navedenim pristupima, uz mogućnost da sami navedu pristup koji koriste ako se isti nije nalazio među ponuđenim odgovorima. Treći dio je obuhvaćao učestalost postupaka u terapiji mucanja djece školske dobi putem 6 tvrdnji. Sudionici su vrednovali ove tvrdnje koristeći Likertovu skalu sa sljedećim ocjenama: 1 - Nikad, 2 - Rijetko, 3 - Ponekad, 4 - Često i 5 - Uvijek. Prve tri tvrdnje su se odnosile na suradnju sudionika s roditeljima, a sljedeće tri tvrdnje na suradnju s psiholozima. Četvrti dio upitnika odnosio se na edukacijske programe o terapiji mucanja u školskoj dobi (2-7 pitanja jer su 2 međusobno isključujuća). Pitanja su se odnosila na pohađanje edukacijskih programa za provođenje terapije mucanja u školskoj dobi tijekom i nakon studiranja. Peti dio je bio vezan za stavove sudionika o edukacijama i primjeni terapijskih postupaka kod mucanja u školskoj dobi kroz šest tvrdnji. Naposljetku, posljednje pitanje u upitniku odnosilo se na opciju davanja odgovora esejskog tipa u svrhu ostavljanja vlastitog komentara na ovu temu.

6.3. Način provođenja istraživanja

Istraživanje je provedeno anonimnim anketiranjem hrvatskih i inozemnih logopeda tijekom svibnja 2024. godine online upitnikom na hrvatskom i engleskom jeziku razvijenim za potrebe istraživanja. Obje verzije upitnika su imale pridruženu mrežnu poveznicu preko koje su sudionici pristupali ispunjavanju. U svrhu prikupljanja uzorka korištene su objave poziva na sudjelovanje u istraživanju ispunjavanjem upitnika na društvenim mrežama Facebook i Instagram, kao i direktno kontaktiranje e-poštom hrvatskih i stranih organizacija, udruga, klinika, škola i pojedinaca voljnih za ostvarivanje suradnje. Ti su kontakti pronađeni opsežnim istraživanjem mrežnih stranica. Također, sami sudionici istraživanja su zamoljeni da podijele upitnik sa svojim kolegama koji bi svojim sudjelovanjem mogli doprinijeti rezultatima istraživanja. Za dijeljenje istraživanja na društvenim mrežama kreiran je predložak prikladan za objavljivanje na Facebooku ili Instagramu u verziji na hrvatskom i engleskom jeziku. Pri pozivu na sudjelovanje u ispunjavanju upitnika bila je objašnjena svrha istraživanja, kao i uvjeti sudjelovanja te je priložena poveznica na upitnik. Također, na početku anketnog upitnika, sudionik je upoznat sa svrhom istraživanja, značajem vlastitog doprinosa istraživanju ispunjavanjem upitnika, uvjetima i anonimnošću sudjelovanja te vremenom potrebnim za njegovo ispunjavanje (7-10 minuta). Nakon toga je sudionik potvrdio da je pročitao i razumio napisane informacije te dao svoj pristanak za sudjelovanje u istraživanju.

6.4. Metode obrade podataka

Podatci prikupljeni istraživanjem statistički su obrađeni koristeći *IBM SPSS Statistics* (verzija 29.0.2.0), program namijenjen analizi statističkih podataka. Za testiranje prve i druge hipoteze korišten je hi-kvadrat test, prije čega su provjereni preduvjeti za njegovo korištenje. Za testiranje treće i četvrte hipoteze korištena je neparametrijska statistika, odnosno Mann-Whitney U test za svaku tvrdnju koja se odnosi na zadanu hipotezu. Podatci ostalih tvrdnji iz upitnika analizirani su na razini deskriptivne statistike i prikazani grafički.

7. REZULTATI ISTRAŽIVANJA I RASPRAVA

7.1. Razlike u terapijskim pristupima mucanju u školskoj dobi između hrvatskih i inozemnih logopeda

Testiranje prve hipoteze o postojanju razlika u učestalosti korištenja pojedinog pristupa terapiji mucanja (Sveobuhvatni, Lidcombe, Pravila tečnosti, Glatki govor uz KBT i ostali pristupi) u školskoj dobi između hrvatskih i inozemnih logopeda. Pristupi su odabrani i ponuđeni na temelju popisa autora Guitar i McCauley (2010). Varijabla učestalosti korištenja pristupa mjerena je označavanjem vrste pristupa koji sudionici koriste među višestruko ponuđenim odgovorima. S obzirom na to da su obje varijable kategorijalne i sastoje se od nezavisnih skupina time su zadovoljeni preduvjeti za analizu hi-kvadrat testom koji je proveden za svaki ponuđeni pristup. Rezultati hi-kvadrat testova prikazani su u Tablici 2, a frekvencije korištenih pristupa u terapiji mucanja u školskoj dobi za hrvatske i inozemne logopede na Slici 1.

Tablica 2: Rezultati analiza hi-kvadrat testova o terapijskim pristupima mucanju u školskoj dobi između hrvatskih i inozemnih logopeda.

	χ^2	df	p	phi
1. Sveobuhvatni pristup	4.242	1	.039	.210
2. Lidcombe program	.216	1	.642	/
3. Program pravila tečnosti	21.107	1	< .001	.469
4. Program glatkog govora uz KBT	.014	1	.906	/
5. Ostalo	1.384	1	.239	/

1. Kod učestalosti korištenja sveobuhvatnog pristupa u terapiji mucanja u školskoj dobi utvrđena je statistički značajna razlika malog učinka ($\chi^2(1)=4.242$, $p= .039$, $\phi=.210$). Hrvatski logopedi češće koriste sveobuhvatni pristup (47.1%) nego inozemni logopedi (26.7%).

2. Kod učestalosti korištenja Lidcombe programa u terapiji mucanja u školskoj dobi nije utvrđena statistički značajna razlika između hrvatskih i inozemnih logopeda ($\chi^2(1)= .216$, $p= .642$).

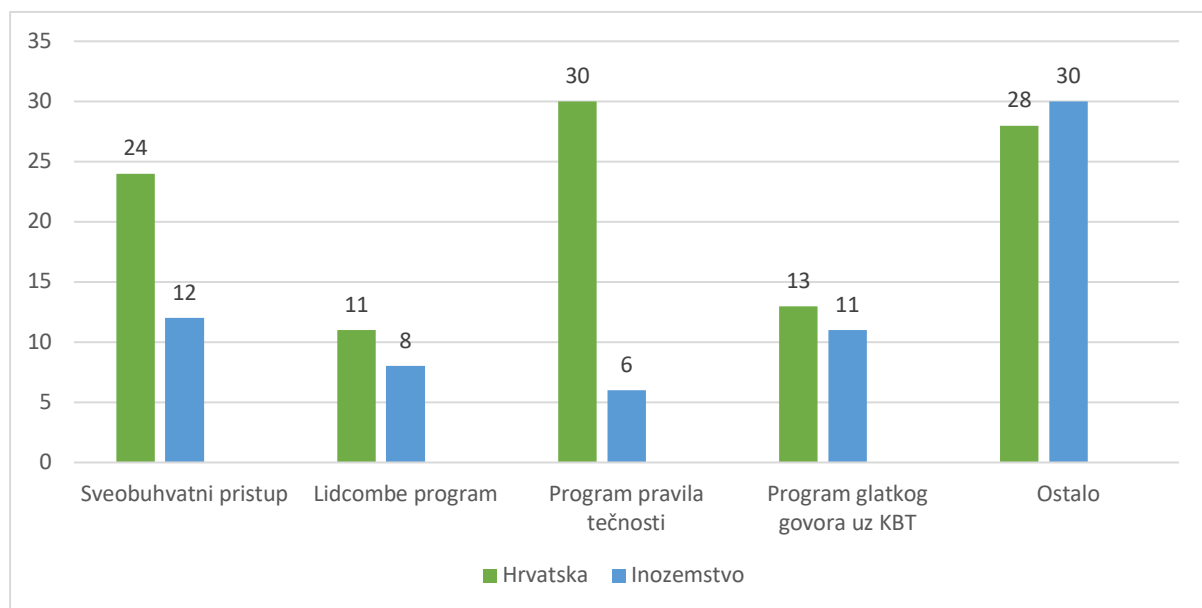
3. Kod učestalosti korištenja Programa pravila tečnosti u terapiji mucanja u školskoj dobi utvrđena je statistički značajna razlika srednjeg učinka ($\chi^2(1)=21.107$, $p<.001$, $\phi=.469$). Hrvatski logopedi češće koriste Program pravila tečnosti (58.8%) nego inozemni logopedi (13.3%).

4. Kod učestalosti korištenja Programa glatkog govora uz KBT u terapiji mucanja u školskoj dobi nije utvrđena statistički značajna razlika između hrvatskih i inozemnih logopeda ($\chi^2(1)=.014$, $p=.906$).

5. Kod učestalosti korištenja ostalih pristupa u terapiji mucanja u školskoj dobi nije utvrđena statistički značajna razlika između hrvatskih i inozemnih logopeda ($\chi^2(1)=1.384$, $p=.239$).

Slika 1

Frekvencije korištenih pristupa u terapiji mucanja u školskoj dobi za hrvatske i inozemne logopede.



Dodatnom analizom frekvencija (Slika 1) vidljivo je da su hrvatski logopedi najrjeđe prijavljivali korištenje Lidcombe programa u terapiji djece školske dobi (11), a inozemni su logopedi Program pravila tečnosti (6). Zanimljivo, hrvatski logopedi upravo Program pravila tečnosti najčešće koriste, dok inozemni logopedi najčešće primjenjuju ostale pristupe (30). Hrvati su također često navodili korištenje ostalih pristupa (28), no među njima ih je samo nekoliko različitih (5): Delayed Auditory Feedback (DAF) (čak 19 od 28 odgovora), Verbotonalna metoda, VaLMod program, Palin Parent-Child Interaction Therapy (PCI) i

Svjesna sinteza razvoja. Inozemni logopedi su s druge strane naveli niz različitih terapijskih pristupa (20): PCI, Avoidance Reduction Therapy for Stuttering (ARTS), Acceptance and Commitment Therapy (ACT), Lexipontix Program, Stuttering Modification Therapy (SMT), Solution-Focused Brief Therapy (SFBT), CARE Model, Demands and Capacities Model (DCM), RESTART-DCM, KIDS, Mini-KIDS, MIDVAS, DAF, CBT, Social Cognitive Behaviour Treatment (SCBT), Dialectical Behaviour Therapy, Fluency SIS, Kinder dürfen stottern, Smart Intervention Strategy i Eclectic Social-Cognitive Behaviour Therapy.

Ovim se istraživanjem željela utvrditi učestalost korištenja sveobuhvatnog pristupa u školskoj dobi između hrvatskih i inozemnih logopeda u odnosu na strogo strukturirane terapijske programe. Naime, mnogi autori (Galić-Jušić, 2021; Guitar, 2014; Shapiro, 2011) ističu prednosti sveobuhvatnog pristupa, posebno s obzirom na sve složeniju prirodu koju mucanje zadobiva u školskoj dobi. Međutim, kod sveobuhvatnog pristupa izostaje utemeljenost na znanstvenim istraživanjima, a Yaruss i Reardon-Reeves (2013) navode kako američki logopedi u terapijama mucanja imaju praksu korištenja znanstveno utemeljenih metoda jer su takve metode neophodne za učinkovitu terapiju. S druge strane, Shapiro (2011) navodi kako u slučaju da je terapija utemeljena na dokazima, a ima redukcionistički pristup s ciljevima usmjerenima samo na govornu tečnost, nije potpuna i dugoročno ne djeluje. Sveobuhvatne terapije uvažavaju konstataciju da je mucanje u školskoj dobi složeno te da su psihološki i socijalni pritisci u toj dobi u porastu. No, važno je napomenuti kako pojedini specijalizirani terapijski programi uključuju, osim govora, i druge aspekte mucanja u postupku njihovog provođenja. Osim toga, za provođenje sveobuhvatnog pristupa ne postoji formalna edukacija, već se odnosi na individualne terapijske odluke logopeda. Budući da su rezultati istraživanja pokazali kako hrvatski logopedi dvostruko češće koriste sveobuhvatni pristup (24) u odnosu na inozemne (12), može se pretpostavljati o razlozima istog. Jedan od razloga može biti taj da Hrvati veći naglasak stavljaju na sveobuhvatni pristup kako bi se pružila sveobuhvatna podrška DKM, no s druge strane važno je napomenuti kako se pokazalo da Hrvati generalno koriste znatno manji broj različitih specijaliziranih terapijskih programa mucanja. Razlog tome može biti jer su im u usporedbi s razvijenim zemljama isti manje dostupni te stoga, u nedostatku mogućnosti izbora, koriste sveobuhvatni pristup. U slučaju da su im dostupniji specijalizirani i znanstveno utemeljeni terapijski programi kao što su inozemnim logopedima, postoji vjerojatnost da bi se odlučivali za njih. Naime, Yaruss i Reardon-Reeves (2013) navode kako logopedi često preferiraju korištenje strukturiranih i znanstveno utemeljenih metoda zbog njihove dokazive učinkovitosti i jasnih smjernica, što im omogućava pružanje sigurnije i

predvidljivije terapije. Iz ovoga se može zaključiti zašto su inozemni logopedi uistinu rjeđe odabirali sveobuhvatni pristup kao svoj pristup terapiji mucanja – dostupniji su im strukturirani i znanstveno utemeljeni pristupi dok hrvatskim logopedima nisu. Stoga, ostaje pitanje razloga češćeg korištenja sveobuhvatnog pristupa kod hrvatskih logopeda u smislu koriste li ga jer je to učinkovit pristup terapiji mucanja za školsku dob ili pak u nedostatku izbora „moraju“. Prema rezultatima ovog istraživanja, postoji naklonost potonjem razlogu s obzirom na to da se Hrvati značajno razlikuju od inozemnih logopeda upravo u korištenju jednog od strogo strukturiranih programa – Programa pravila tečnosti. Odgovor Hrvata reflektiran je u samoj strukturiranosti ovog pristupa koji nudi jasan okvir za terapiju što osigurava njezinu replikabilnost i nudi logopedu sigurnost u provođenju, uz to što za ovaj program nisu potrebne dodatne edukacije, odnosno provođenje je temeljeno samo na pisanim materijalima. Važno je napomenuti kako potonje uzrokuje nedostatak praktičnog iskustva. No, ipak rezultati pokazuju kako kod Hrvata postoji naklonost korištenju lako dostupnih i strogo strukturiranih programa. S druge strane, postoji više mogućih razloga zašto inozemni logopedi ovaj pristup rjeđe koriste. Prvi je taj što imaju puno više edukacijskih programa na raspolaganju za provođenje u terapiji te se time rasipa broj onih koji odabiru Program pravila tečnosti. Također, ovaj program je razvijen da bude brzo, lako i učinkovito provodljiv u školama i temeljen je na stavu da će dijete postati tečno „prateći pravila tečnosti“. Fokusira se primarno na uklanjanje mucanja i stoga nije u potpunosti primjeren za postizanje dugoročnih promjena kod djece ove dobi s obzirom na trajanje njihovih teškoća. Zato, unatoč njegovoj jasnoj strukturiranosti, inozemni logopedi imaju širi spektar metoda za izbor te možda češće izabiru druge programe koji su po svojim značajkama primjereniji školskoj dobi.

S obzirom na to da se u Hrvatskoj još nije istraživao pristup terapiji mucanja na ovaj način ispitane su i razlike u učestalosti korištenja drugih pristupa. Počevši od nečega u čemu se hrvatski i inozemni logopedi slažu, rjeđe prijavljivanje korištenja Lidcombe programa u terapiji školske djece može se objasniti činjenicom da i sami autori programa navode kako je prema svojim principima primjereniji predškolskoj dobi (Onslow, 2019), ali je bitno i podsjetiti se na to da za ovaj program ne postoje edukacije u Hrvatskoj. Nadalje, iako su obje skupine često navodile ostale pristupe, raznolikost tih pristupa kod hrvatskih logopeda bila je znatno manja u odnosu na inozemne. Hrvati su često navodili DAF među ostale pristupe iako se pokazalo kako je ovu metodu najbolje koristiti kao pomoćnu u terapiji jer kao izolirana metoda daje slabe rezultate u transferu izvan terapijskih uvjeta i ima visoku stopu vraćanja simptoma (Ryan i Ryan, 1983; prema Galić-Jušić, 2021). Također, bitno je istaknuti kako su države poput

SAD-a mnogoljudnije od Hrvatske te veći broj stanovnika može dovesti do veće apsolutne potražnje za terapijom mucanja, što može rezultirati razvojem i dostupnošću većeg broja terapijskih programa u tim zemljama.

Naposljetku, temeljem ovih rezultata može se donijeti više zaključaka. Prvo, hrvatski logopedi češće koriste sveobuhvatni pristup u odnosu na inozemne logopede, što može biti rezultat njihove svjesnosti o neophodnosti ovakvog pristupa u školskoj dobi ili pak ograničene dostupnosti specijaliziranih programa u Hrvatskoj. Drugo, strani logopedi koriste znatno raznovrsnije programe i pristupe terapiji mucanja u usporedbi s hrvatskim logopedima. Također, i inozemni i hrvatski logopedi najčešće pribjegavaju integriranju različitih postupaka i programa u terapiji jer su vrlo rijetko navodili korištenje samo jednog izoliranog pristupa. Najbolje objašnjenje toga prikazano je u komentaru jednog sudionika: *Koristim holistički, individualizirani pristup i nikad ne bih odabrao samo jedan pristup za sve moje klijente. Ni za jedan pristup nije dokazano da radi baš za svakoga ili da je bolji nego neki drugi pristup. Zato kombiniram aspekte više različitih pristupa koje poznajem.*

7.2. Učestalost pohađanja edukacija o terapiji mucanja u školskoj dobi kod hrvatskih i inozemnih logopeda

U drugoj hipotezi testiralo se postojanje razlika u učestalosti pohađanja edukacijskih programa za provođenje terapije mucanja u školskoj dobi, tijekom i nakon studiranja, između hrvatskih i inozemnih logopeda. S obzirom na to da su obje varijable kategorijalne i sastoje se od nezavisnih skupina time su zadovoljeni preduvjeti za analizu hi-kvadrat testom koji je proveden za odgovore koji se odnose na edukacije tijekom, a zatim nakon studiranja. Rezultati tih analiza prikazani su u Tablici 3.

Tablica 3: Rezultati analiza hi-kvadrat testova o pohađanju edukacijskih programa za provođenje terapije mucanju u školskoj dobi tijekom i nakon studiranja između hrvatskih i inozemnih logopeda.

	χ^2	df	p	phi
1. Tijekom studiranja	8.496	1	.004	-.297
2. Nakon studiranja	20.673	1	< .001	-.464

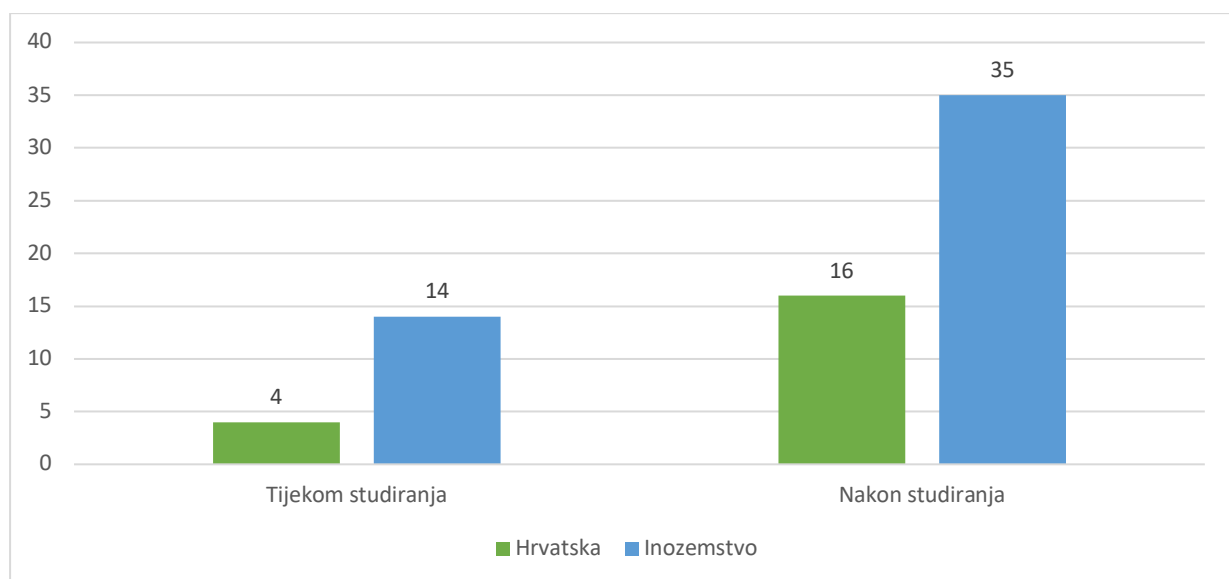
1. Između hrvatskih i inozemnih logopeda pronađena je statistički značajna razlika malog učinka u učestalosti pohađanja edukacija za provođenje terapijskog programa za mucanje u školskoj dobi tijekom studiranja ($\chi^2(1)=8.496$, $p= .004$, $\phi=-.297$). Inozemni logopedi češće pohađaju edukacije tijekom studiranja (31.1%) nego hrvatski logopedi (7.8%).

2. Također, između hrvatskih i inozemnih logopeda pronađena je statistički značajna razlika srednjeg učinka u učestalosti pohađanja edukacija za provođenje terapijskog programa za mucanje u školskoj dobi nakon studiranja ($\chi^2(1)=20.673$, $p< .001$, $\phi=-.464$). Inozemni logopedi i nakon studiranja češće pohađaju edukacije (77.8%) nego hrvatski logopedi (31.4%).

Frekvencije pohađanja edukacijskih programa za terapiju mucanja u školskoj dobi između hrvatskih i inozemnih logopeda tijekom i nakon studiranja deskriptivno su prikazane na Slici 2.

Slika 2

Frekvencije pohađanja edukacijskih programa za terapiju mucanja u školskoj dobi hrvatskih i inozemnih logopeda tijekom i nakon studiranja.



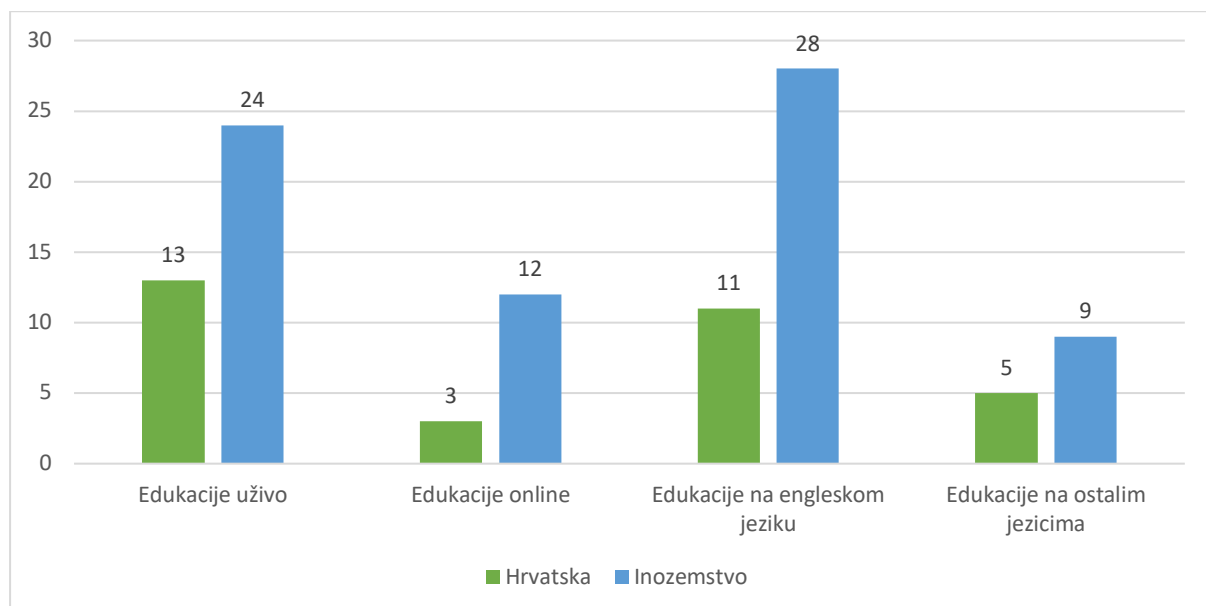
Sudionici koji su potvrdno odgovorili na pitanja o pohađanju edukacija imali su mogućnost navođenja naziva programa za koje su bili podučavani tijekom i/ili nakon studiranja. U nastavku su istaknuti odgovori koji se tiču edukacija tijekom studiranja za inozemne logopede (10): Lidcombe program (najčešće), KIDS, Mini-KIDS, DCM, RESTART-DCM, SMT, DAF, Fluency Shaping, Smooth Speech i CBT. Hrvatski logopedi su naveli (4): DAF (najčešće), Verbotonalni program, SMT i Program pet prstiju (pripomoćna

terapijska tehnika). U ovim rezultatima brojčano su oskudniji i manje raznoliki edukacijski programi kod hrvatskih logopeda u odnosu na inozemne, no općenito je i jedna i druga skupina ispitanika tijekom studiranja bila izložena vrlo malom broju edukacija o specijaliziranim terapijskim programima mucanja djece školske dobi. Što se tiče pohađanja edukacija nakon studiranja, inozemni su logopedi navodili sljedeće (19): Lidcombe program (najčešće), KIDS, Mini-KIDS, Camperdown Program, Palin PCI, Lexipontix Program, ARTS, DCM, RESTART-DCM, SCBT, SFBT, ACT, MIDVAS, SMT CBT, Precision Fluency Shaping Program, Group Therapy, Narrative Therapy i European Stuttering Specialization (ESS). Edukacijski programi koje su naveli hrvatski logopedi su (4): Lidcombe (najčešće), PCI, ValMod Basic i Verbotonalna metoda. Kao i tijekom studiranja, edukacijski programi koje su završili logopedi u inozemstvu brojčano su veći i raznolikiji u odnosu na one koje su završili hrvatski logopedi.

U svrhu dobivanja detaljnijih informacija o edukacijama koje su pohađali nakon studiranja, sudionici su također odgovarali na pitanja o načinu (uživo ili online putem) i jeziku na kojem su održane edukacije (engleski ili neki drugi jezik). Njihovi odgovori deskriptivno su analizirani. Frekvencije odgovora prikazane su na Slici 3.

Slika 3

Distribucija odgovora o načinu i jeziku održavanja edukacija za provođenje programa terapije mucanja djece školske dobi hrvatskih i inozemnih logopeda nakon studiranja.



Iz ovih rezultata je vidljivo kako su obje skupine sudionika češće pohađale edukacije uživo te na engleskom jeziku. Čak pet hrvatskih sudionica navelo je kako su uživo pohađale edukacijski program Lidcombe, a tri Palin PCI na engleskom jeziku, odnosno edukacije za terapijske programe pronašle su u inozemstvu. Ipak, tri sudionice navode kako su pohađale ValMod, a dvije verbotonalni program uživo na hrvatskom jeziku, što bi značilo kako, iako vrlo oskudno, ipak postoje poneki oblici edukacijskih programa uživo na hrvatskom jeziku. Tri hrvatske sudionice koje su pohađale programe online navele su ili Lidcombe ili PCI na engleskom jeziku, odnosno niti jedna online edukacija nije bila na hrvatskom jeziku. Što se tiče ostalih jezika na kojima su održane edukacije inozemnih sudionika, navodili su nizozemski, slovenski, njemački, portugalski i grčki ovisno o državi stanovanja. Primjerice, Lexipontix program održan je uživo na grčkom, Lidcombe i KIDS na njemačkom, Mini-KIDS i SFBT na nizozemskom itd. Iako nijedan od ovih programa ne postoji na hrvatskom jeziku, svejedno je većina inozemnih sudionika (koji nisu engleskog govornog podrijetla) također slušala edukacije na engleskom jeziku.

Ovi rezultati upućuju na razlike u učestalosti pohađanja edukacijskih programa i nedostatak edukacijskih programa za mucanje u školskoj dobi, posebno na jezicima osim engleskog. Nedostatak testiranja učinkovitosti terapija mucanja u školskoj dobi može biti produkt upravo nedostatka samih terapijskih programa za tu dob. Naime, Yairi i Ambrose (2005) ističu kako postoji znatno više programa za predškolsku u odnosu na školsku dob iz razloga što je u predškolskoj dobi kritičan period za intervenciju, češće dolazi do prirodnog oporavka uz prikladnu intervenciju i stoga financijski resursi za istraživanja idu u tom smjeru. Upravo iz tog razloga u ovom se radu stavio naglasak na rijetko ili potpuno neistražene aspekte terapije mucanja školske dobi poput pohađanja edukacijskih programa od strane logopeda. Dobiveni rezultati bili su očekivani s obzirom na opći nedostatak edukacijskih programa za terapiju mucanja specifičnih za školsku dob, a posebno onih dostupnih hrvatskim logopedima. Ovo može biti i razlog zašto se mnogi logopedi ustručavaju provoditi terapiju mucanja. Istraživanje Cooper i Cooper (1996) na uzorku od 1872 američka logopeda pokazalo je kako se njih 75.5% nije složilo s tvrdnjom da je većina logopeda vješta u terapiji mucanja te se čak 93.2% nije složilo s tvrdnjom da se logopedi osjećaju opuštenije u radu s osobama koje mucaju u odnosu na one s artikulacijskim teškoćama. Prikupljanjem uzorka u ovom istraživanju od hrvatskih je logopeda često dobiven odgovor *Ja se ne bavim mucanjem*, što dodatno oslikava njihov oprez u bavljenju ovim poremećajem koji se može objasniti upravo nedostatkom edukacija o istom. Osvrtom na rezultate o načinu i jeziku pohađanja edukacija dodatno je

potvrđen manjak dostupnosti i raznolikosti terapijskih programa za školsku dob u Hrvatskoj. No, unatoč tome što je inozemnim logopedima dostupniji veći broj edukacija, oni često nisu u potpunosti sigurno pri provođenju terapije mucanja kao što pokazuju navedeni rezultati istraživanja Cooper i Cooper (1996).

Naposljetku, naglašava se važnost razvijanja edukacijskih programa visoke kvalitete fokusiranih na aspekte ključne u terapiji mucanja u školskoj dobi, fundiranja dugoročnih istraživanja koja prate učinkovitost različitih terapija, kontinuirane profesionalne edukacije i prilagođavanje metoda. Ovakvi postupci bi donijeli osjećaj sigurnosti u provođenju terapijskih postupaka i osigurali maksimalne terapijski ishode za dijete.

7.3. Učestalost suradnje s roditeljima tijekom terapije mucanja u školskoj dobi kod hrvatskih i inozemnih logopeda

Trećom hipotezom testiralo se postojanje razlika u učestalosti suradnje s roditeljima školske DKM u terapiji između hrvatskih i inozemnih logopeda. Analizirane su tri tvrdnje koje se odnose na suradnju s roditeljima: (1) prisustvo roditelja tijekom terapijskog sata, (2) provođenje savjetovanja roditelja i (3) osposobljavanje roditelja za samostalno provođenje terapije kod kuće za djecu školske dobi. S obzirom na to da se zavisna varijabla nalazi na ordinalnoj skali mjerenja, primijenjena je neparametrijska zamjena za t-test za nezavisne uzorke, odnosno Mann-Whitney U test. I ostali preduvjeti za provođenje Mann Whitney U testa su zadovoljeni, tj. nezavisna varijabla je kategorijalna i procjena je nezavisna. Mann Whitney U test proveden je za svaku navedenu tvrdnju posebno. Kroz te tri tvrdnje opisan je koncept suradnje logopeda s roditeljima u terapiji mucanja u školskoj dobi. Rezultati tih analiza prikazani su u Tablici 3.

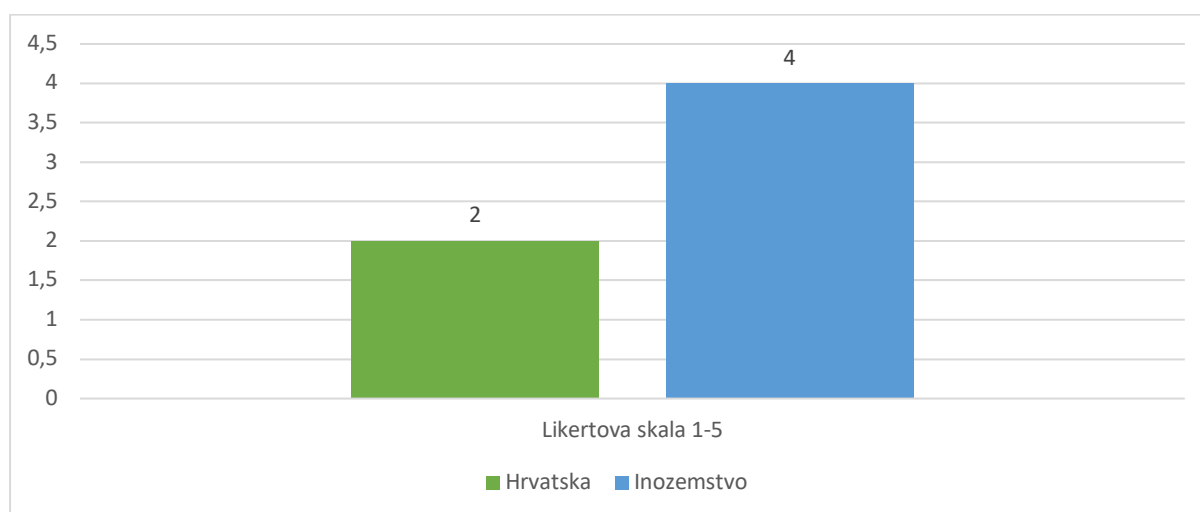
Tablica 3: Rezultati analiza Mann Whitney U testova o suradnji logopeda s roditeljima školske DKM u terapiji mucanja u školskoj dobi između hrvatskih i inozemnih logopeda.

	U	p	r
1. Prisustvo roditelja tijekom terapijskog sata.	614.000	< .001	0.4
2. Provođenje savjetovanja roditelja.	955.500	.112	/
3. Osposobljavanje roditelja za samostalno provođenje terapije kod kuće.	693.500	< .001	0.34

1. Utvrđena je statistički značajna razlika srednjeg učinka između hrvatskih i inozemnih logopeda u učestalosti prisutnosti roditelja tijekom terapijskog sata mucanja u školskoj dobi (U=614.000, $p < .001$, $r=0.4$). Roditelji su češće prisutni tijekom terapijskog sata kod inozemnih logopeda (C=4; središnji rang=60.36) nego kod hrvatskih logopeda (C=2, središnji rang=38.04). Prosječna vrijednost odgovora (C) na Likertovoj skali za ovu tvrdnju prikazana je na Slici 4.

Slika 4

Prosječna vrijednost odgovora (C) na Likertovoj skali za tvrdnju "Roditelj je prisutan tijekom terapijskog sata" kod hrvatskih i inozemnih logopeda.

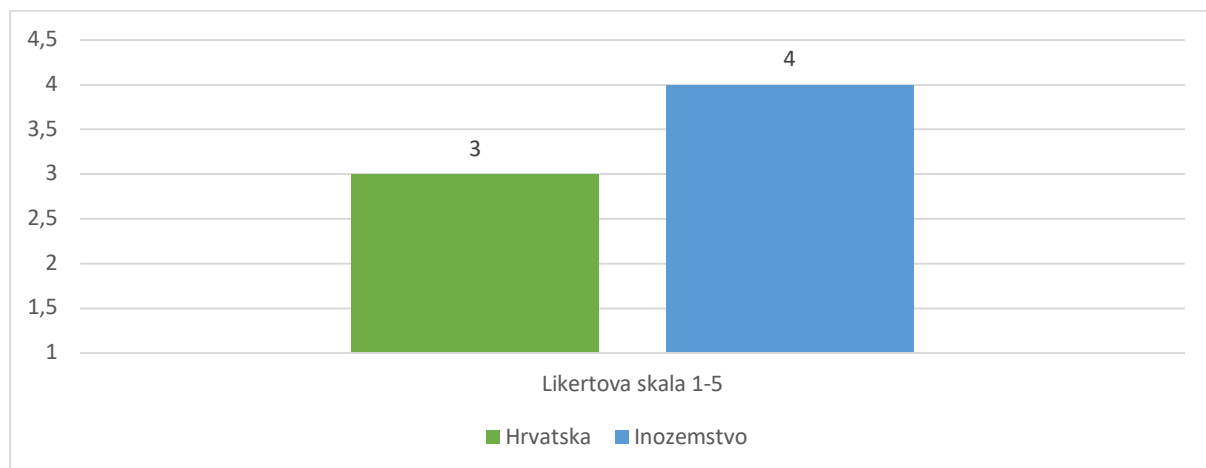


2. Nije utvrđena statistički značajna razlika između hrvatskih i inozemnih logopeda u učestalosti provođenja savjetovanja roditelja u terapiji mucanja u školskoj dobi ($U=955.500$, $p= .112$).

3. Također, pronađena je statistički značajna razlika srednjeg učinka između hrvatskih i inozemnih logopeda u učestalosti osposobljavanja roditelja za samostalno provođenje terapije mucanja školske dobi kod kuće ($U=693.500$, $p< .001$, $r=0.34$). Inozemni logopedi češće osposobljavaju roditelje za samostalno provođenje terapije kod kuće ($C= 4$; središnji rang=58.59) nego hrvatski logopedi ($C=3$; središnji rang=39.60). Prosječna vrijednost odgovora (C) na Likertovoj skali za ovu tvrdnju prikazana je na Slici 5.

Slika 5

Prosječna vrijednost odgovora (C) na Likertovoj skali za tvrdnju "Osposobljavam roditelja za samostalno provođenje terapije kod kuće" kod hrvatskih i inozemnih logopeda.



Iz rezultata ovih triju analiza vidljivo je kako inozemni logopedi imaju tendenciju češće surađivati s roditeljima školske DKM u odnosu na hrvatske logopede. Budući da se do sad nije istraživala suradnja hrvatskih logopeda s roditeljima u terapiji mucanja, postoji nekoliko potencijalnih faktora za koje je moguće pretpostaviti da utječu na ovaj rezultat: (1) kulturološke razlike – Hrvati možda imaju različita očekivanja i norme vezane za uključivanje roditelja u terapijske procese; te roditelji češće mogu intervenciju u potpunosti prepustiti u ruke logopeda vjerujući da oni sami nemaju nikakvu ulogu u terapijskom procesu jer nisu stručnjaci u tom području; (2) obrazovanje i stručna usavršavanja – kurikulum i edukacijski programi za hrvatske logopede mogu manje naglašavati važnost uključivanja roditelja u usporedbi s internacionalnim programima; izloženost internacionalnim najboljim praksama i prilike za stručno razvijanje manje su dostupne hrvatskim logopedima, ograničavajući njihovu svijest o

prednostima roditeljske uključenosti u terapiju; (3) zdravstveni sustav i državna financiranja – struktura zdravstvenog sustava u Hrvatskoj možda ne potiče ili ne olakšava uključivanje roditelja (vremenska ograničenja, opterećenje visokim brojem klijenata, organizacijska politika koja prioritizira direktne u odnosu na suradničke intervencije), ograničeni državni resursi i sustavi podrške za hrvatske logopede, primjerice kroz manjak osiguravanja formalnih edukacija ili materijala za provođenje terapijskih aktivnosti kod kuće itd.; i (4) stavovi logopeda – hrvatski logopedi možda imaju sklonost ka postavljanju strožih profesionalnih granica, gledajući na svoju terapeutsku ulogu manje kao suradničku, a više individualnu; te možda smatraju kako roditeljima manjka potrebnih vještina ili samopouzdanja da bi učinkovito pridonijeli terapijskom procesu. Ipak, važno je istaknuti kako se inozemni i hrvatski logopedi nisu značajno razlikovali u savjetovanju roditelja u terapiji. Cooper i Cooper (1996) navode kako se čak 94.1% američkih logopeda koji su sudjelovali u njihovom istraživanju nije složilo s tvrdnjom da bi se u terapiji mucanja savjetovanje roditelja trebalo izbjegavati, a njih 75.7% se složilo s tvrdnjom da je savjetovanje roditelja kritičan faktor u terapiji adolescenta koji muca. Dakle, savjetovanje roditelja široko je prepoznato kao ključno za uspješnost terapije mucanja, a rezultati ovog istraživanja ukazuju na usklađenost hrvatskih logopeda s tom praksom. S druge strane, direktna suradnja u smislu ostvarivanja terapijskog partnerstva s roditeljem kroz njegovo uključivanje u terapijski postupak kod hrvatskih logopeda nije toliko istaknuta u praksi u odnosu na inozemstvo.

7.4. Učestalost suradnje sa psiholozima tijekom terapije mucanja u školskoj dobi kod hrvatskih i inozemnih logopeda

Četvrtom hipotezom testiralo se postojanje razlika u učestalosti suradnje sa psiholozima u terapiji mucanja u školskoj dobi između hrvatskih i inozemnih logopeda. Tri tvrdnje odnosile su se na suradnju s psiholozima: (1) upućivanje djeteta k psihologu zbog mucanja, (2) suradnju sa psihologom zbog mucanja u slučajevima kad dijete već pohađa psihološku terapiju i (3) suradnju kroz prepuštanje dijela terapije mucanja vezanog za mijenjanje negativnih stavova i emocija nastalih zbog mucanja psihologu. S obzirom na to da se zavisna varijabla nalazi na ordinalnoj skali mjerenja, primijenjena je neparametrijska zamjena za t-test za nezavisne uzorke, odnosno Mann-Whitney U test. I ostali preduvjeti za provođenje Mann Whitney U testa su zadovoljeni, tj. nezavisna varijabla je kategorijalna i procjena je nezavisna. Mann Whitney U test proveden je za svaku navedenu tvrdnju posebno. Kroz te tri tvrdnje opisan je koncept suradnje logopeda sa psiholozima u terapiji mucanja u školskoj dobi. Rezultati tih analiza prikazani su u Tablici 4.

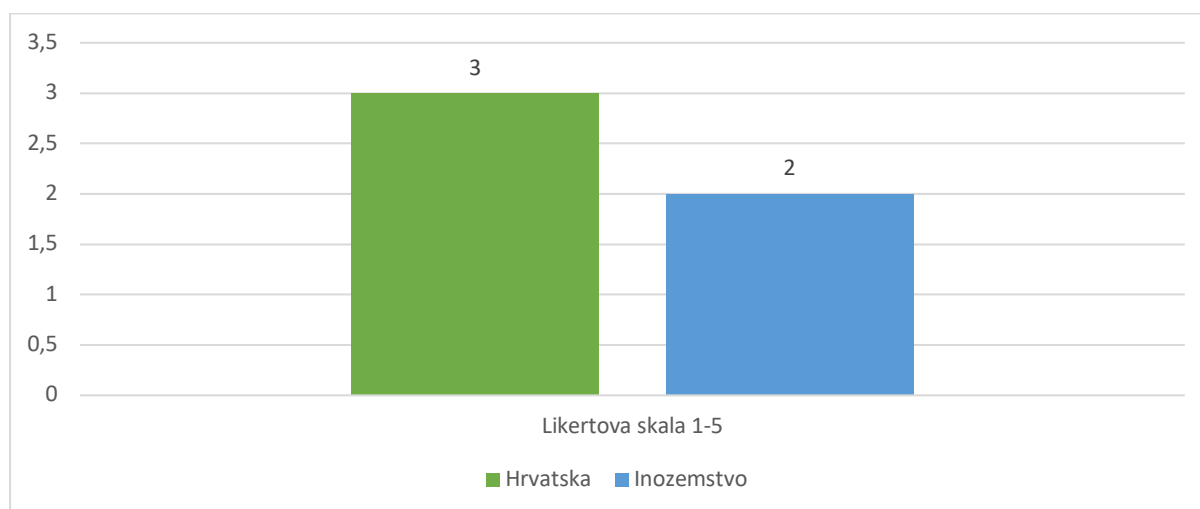
Tablica 4: Rezultati analiza Mann Whitney U testova o suradnji logopeda s psiholozima u terapiji mucanja u školskoj dobi između hrvatskih i inozemnih logopeda.

	U	p	r
1. Upućivanje DKM k psihologu zbog mucanja.	598.500	< .001	0.42
2. Suradnja sa psihologom zbog mucanja u slučajevima kad dijete već pohađa psihološku terapiju.	908.000	.072	/
3. Prepuštanje mijenjanja negativnih stavova i emocija nastalih zbog mucanja psihologu.	962.500	.149	/

1. Utvrđena je statistički značajna razlika srednjeg učinka između hrvatskih i inozemnih logopeda u učestalosti upućivanja djeteta k psihologu zbog mucanja u terapiji mucanja u školskoj dobi ($U=598.500$, $p= < .001$, $r=0.42$). Hrvatski logopedi češće upućuju dijete k psihologu zbog mucanja ($C=2$; središnji rang=59.26) nego inozemni logopedi ($C=3$; središnji rang=36.30). Prosječna vrijednost odgovora (C) na Likertovoj skali za ovu tvrdnju prikazana je na Slici 6.

Slika 6

Prosječna vrijednost odgovora (C) na Likertovoj skali za tvrdnju "Upućujem dijete k psihologu zbog mucanja" kod hrvatskih i inozemnih logopeda.



2. Kod učestalosti suradnje s psiholozima zbog mucanja u slučajevima kad DKM već pohađa psihološku terapiju u sklopu terapije mucanja u školskoj dobi nije pronađena statistički značajna razlika između hrvatskih i inozemnih logopeda ($U=908.000$, $p= .072$).

3. Također, kod učestalosti prepuštanja psiholozima aktivnosti mijenjanja negativnih stavova i emocija nastalih zbog mucanja u terapiji mucanja u školskoj dobi nije pronađena statistički značajna razlika između hrvatskih i inozemnih logopeda ($U=962.500$, $p= .149$).

U ovim se rezultatima pokazalo da Hrvati češće upućuju DKM k psihologu u odnosu na inozemne logopede. Budući da se do sad nije istraživala suradnja hrvatskih logopeda s psiholozima u terapiji mucanja, postoji nekoliko potencijalnih faktora za koje je moguće pretpostaviti da utječu na ovaj rezultat: (1) razlike u sustavima zdravstvene skrbi - u Hrvatskoj postoji besplatan zdravstveni sustav koji pruža osnovnu skrb svim građanima. Ovaj sustav obuhvaća širok spektar medicinskih usluga među kojima su dijagnostika i liječenje te hrvatski logopedi možda iz tog razloga češće upućuju DKM na daljnje procjene. Istraživanjem zdravstvenih sustava u drugim državama, utvrđeno je kako sve države iz kojih dolaze sudionici, osim Amerike, također imaju besplatnu zdravstvenu skrb. No, Amerikanci su činili 36% inozemnog uzorka stoga je iz ove perspektive to u određenoj mjeri moglo utjecati na rezultate. Također, u nekim slučajevima pristup specijaliziranim logopedskim uslugama može biti ograničen ili manje dostupan, dok su psihološke usluge možda bolje integrirane u sustav primarne zdravstvene zaštite; (2) kulturološki stavovi prema mucanju - u Hrvatskoj bi moglo postojati dublje ukorijenjeno uvjerenje da mucanje ima psihološke uzroke ili da zahtijeva psihološku intervenciju, dok se u drugim zemljama više naglašava logopedski pristup. Yairi i Ambrose (2005) navode kako DKM imaju povećan rizik od razvoja psiholoških teškoća, no ti se problemi često razvijaju kasnije kao rezultat trajnog mucanja i negativnih društvenih reakcija. Stoga podržavaju ideju da je rano fokusiranje na logopedsku terapiju ključno za DKM, dok se psihološka intervencija može primijeniti kao dodatna podrška kasnije, ako se pojave psihološki problemi; i (3) sveobuhvatni pristup - vodeći se rezultatima ovog istraživanja koje je potvrdilo kako hrvatski logopedi češće koriste sveobuhvatni pristup, možda češće surađuju s psiholozima u ovom aspektu upravo zbog metoda ovog pristupa koje naglašavaju multidisciplinarnu suradnju i cjelovit pristup problemu. Ipak, važno je napomenuti kako su i inozemni i hrvatski logopedi prijavili kako samo rijetko, odnosno ponekad upućuju DKM psihologu. Spomenutim istraživanjem Yairi i Ambrose (2005) o tome kako je u ovoj dobi imperativ na logopedskoj terapiji može se objasniti nepostojanje značajne razlike u ostalim tvrdnjama. Također, zadnjom tvrdnjom se ispitalo koliko često logopedi prepuštaju

psiholozima aktivnosti mijenjanja negativnih emocija i stavova DKM za razliku da se time bave sami u terapiji mucanja. Pokazalo se kako obje skupine sudionika u ovom pogledu rjeđe surađuju sa psiholozima. Prema Cooper i Cooper (1996) čak 83.7% američkih logopeda smatra da je od svih govornih poremećaja upravo mucanje psihološki najviše razarajuće. S druge strane, s tvrdnjom da mijenjanje samopoimanja DKM treba prepustiti psihologu se složilo samo 38.7% sudionika. Odgovor na pitanje zašto toliko malo logopeda ne prepušta utjecanje na emocije i stavove DKM isključivo psihologu, iako su vrlo svjesni negativnih utjecaja ovog poremećaja, leži u tome što taj zadatak često preuzimaju na sebe. Naime, 87.4% sudionika istog istraživanja su izrazili slaganje s tvrdnjom da logopedi moraju biti vješti u savjetovanju DKM. A njih 53.3% se složilo s tvrdnjom da su logopedi učinkoviti u mijenjanju samopoimanja DKM, dok se 24.4% nije moglo odlučiti (Cooper i Cooper, 1996). Uzevši u obzir navedene podatke, moguće je pretpostaviti kako je razlog tome tendencija logopeda da vlastite vještine koriste, osim u radu na govoru, i u aktivnostima mijenjanja emocija i stavova DKM bez uključivanja psihologa.

7.5. Stavovi o edukacijama i primjeni terapije mucanja u školskoj dobi kod hrvatskih i inozemnih logopeda

U sklopu ovog istraživanja ispitano je još nekoliko aspekata terapije mucanja kroz šest pitanja o stavovima sudionika o edukacijama i primjeni terapije mucanja kako bi se dobila što cjelovitija slika o primjeni postupaka u Hrvatskoj u odnosu na inozemstvo. Odgovori daju uvid u stavove sudionika koji će doprinijeti i pomoći u organizaciji budućih edukacija. Pitanja su obrađena deskriptivno, a rezultati su prikazani na Slikama 7 i 8.

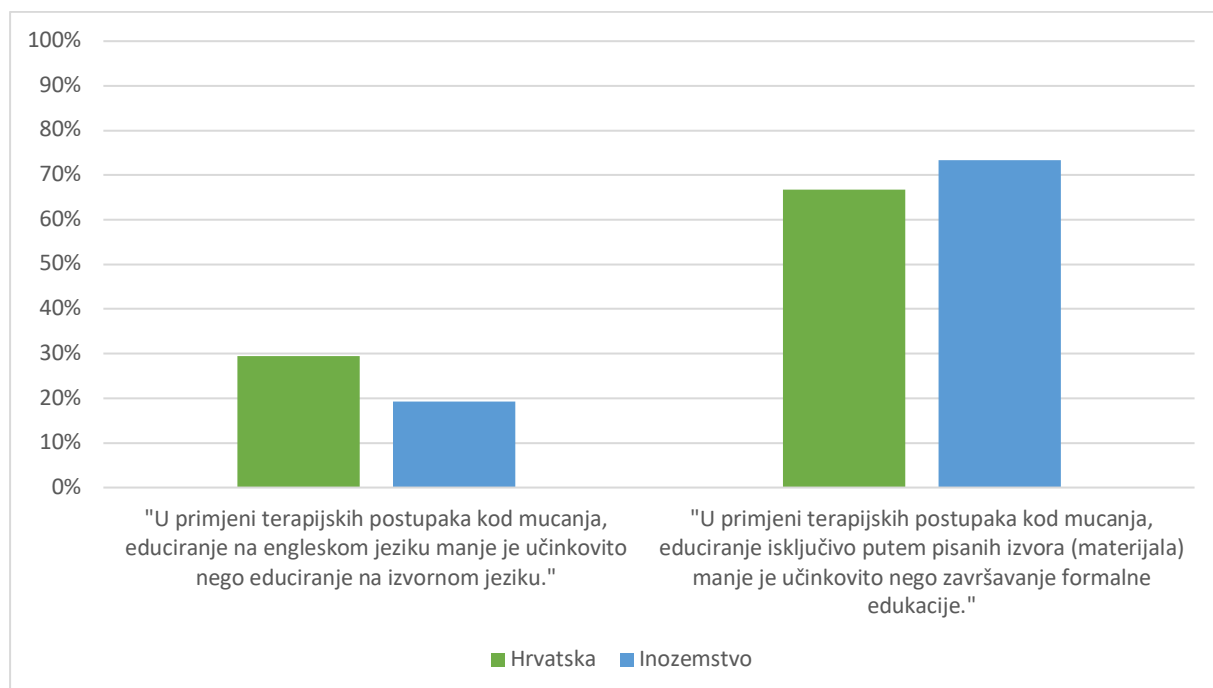
Slika 7

Distribucija potvrdnih odgovora o stavovima o edukacijama terapije mucanja kod hrvatskih i inozemnih logopeda.



Slika 8

Distribucija potvrdnih odgovora o stavovima o primjeni terapijskih postupaka mucanja kod hrvatskih i inozemnih logopeda.



1. Što se tiče hrvatskih logopeda, njih 74.5% izvješćuje da su pohađali opće edukacije o terapiji mucanja u školskoj dobi koje nisu vezane za specijalizirani terapijski program dok 25.5% nisu. S druge strane, 86.7% inozemnih logopeda izvješćuje da jesu, a 13.3% da ih nisu pohađali.

2. Nadalje, 100% hrvatskih logopeda izvješćuje da edukacije o terapiji mucanja djece školske dobi nisu lako dostupne u Hrvatskoj. S druge strane, 64.4% inozemnih logopeda izvješćuje da jesu, a 35.6% da nisu lako dostupne.

3. 96.1% hrvatskih logopeda i 93.3% inozemnih logopeda izvješćuju da su voljni polaziti edukacije o terapiji mucanja djece školske dobi ako su dostupne na njihovom prvom jeziku (uživo ili online putem). Također, 94.1% hrvatskih logopeda izvješćuje da su voljni polaziti edukacije o terapiji mucanja djece školske dobi i ako su dostupne na engleskom jeziku (uživo ili online putem), kao i 92.3% inozemnih logopeda. Važno je napomenuti kako su u potonjoj analizi isključeni inozemni sudionici koji su naznačili da im je engleski prvi jezik.

4. Nadalje, 29.4% hrvatskih logopeda izvješćuje da je u primjeni terapijskih postupaka kod mucanja educiranje na engleskom jeziku manje učinkovito nego educiranje na prvom jeziku, 23.5% da nije, a 47.1% da nema razlike. S druge strane, 19.2% inozemnih logopeda izvješćuje da je, 11.5% da nije, a 69.3% da nema razlike. Važno je napomenuti kako su u potonjoj analizi isključeni inozemni sudionici koji su naznačili da im je engleski prvi jezik.

5. Naposljetku, 66.7% hrvatskih logopeda izvješćuje da je u primjeni terapijskih postupaka kod mucanja educiranje isključivo putem pisanih izvora (materijala) manje učinkovito nego završavanje formalne edukacije, 21.6% da nije, a 11.8% da nema razlike. S druge strane, 73.3% inozemnih logopeda izvješćuje da je, 11.1% da nije, a 15.6% da nema razlike.

Navedeni rezultati o edukacijama mucanja ukazuju na visoku razinu motivacije i spremnosti hrvatskih i inozemnih sudionika za daljnje usavršavanje. Iako su prema izvještavanju sudionika edukacije o terapiji mucanja u Hrvatskoj teško dostupne, oni svejedno pohađaju one koje im ipak jesu na raspolaganju. Većini sudionika jezik ne igra ulogu u pohađanju edukacija. Također, rezultati o primjeni terapijskih postupaka pokazuju da većina hrvatskih logopeda smatra da ishodi educiranja na engleskom jeziku ne dovode do manje učinkovitosti terapijskih postupaka u mucanju, što možemo povezati i s njihovom izraženom voljom za polaganjem edukacija na engleskom jeziku. Slična je situacija i među inozemnim

logopedima, s tim da značajan dio njih navodi da im je engleski prvi jezik, pa im edukacija na tom jeziku ne predstavlja problem. Što se tiče načina edukacije, većina hrvatskih i inozemnih logopeda slaže se da je educiranje isključivo putem pisanih izvora manje učinkovito od formalne edukacije. Stoga, potrebno je osigurati širok spektar edukacijskih programa kako bi se zadovoljile potrebe svih logopeda i unaprijedila terapija mucanja. U konačnici, cilj je osigurati da DKM dobiju najbolju moguću podršku i terapiju, bez obzira na zemlju ili jezik njihovih terapeuta.

Naposljetku, posljednje pitanje u upitniku davalo je sudionicima mogućnost da daju vlastiti komentar na ovu temu. U nastavku je prikazano nekoliko komentara sudionika koji dodatno proširuju dobivene spoznaje.

(1) Primijetila sam da mlađa generacija logopeda često traži programe ili pakete za terapiju dok su stariji logopedi podučavani pojedinačnim vještinama koje integriraju ovisno o potrebama klijenta. – sudionica iz Amerike

(2) Osobno sam kreirala radionice za logopede upravo zbog manjka dostupnih, kvalitetnih edukacija i podučavanja na temu terapije mucanja u školskoj dobi. Postoje kontradiktorne informacije koje treba uskladiti. – sudionica iz Amerike

(3) Voljna sam polaziti edukacije, ali ovisi koje. Nisam zainteresirana za edukacije čiji fokus nije na aspektima bitnima za školsku dob. – sudionica iz Švedske

8. OGRANIČENJA ISTRAŽIVANJA

Važno je istaknuti nekoliko ograničenja ovog istraživanja. S obzirom na manji uzorak sudionika, rezultate i zaključke o terapijskim pristupima hrvatskih i inozemnih logopeda treba oprezno interpretirati. Rezultati se ne mogu općenito primijeniti na širu populaciju jer istraživanje nije uključilo ujednačene podskupine sudionika u inozemnom uzorku, što je moglo utjecati na interpretaciju rezultata. Nadalje, važno je istaknuti da su podaci koji su prikupljeni za ovu studiju možda ograničeni metodom prikupljanja podataka. Buduće studije mogu koristiti različite metode prikupljanja podataka, poput intervjuiranja logopeda, kako bi se dobio sveobuhvatniji uvid terapijske intervencije. Također, anketu na engleskom jeziku ispunjavali su i inozemni sudionici kojima engleski nije prvi jezik što je moglo utjecati na rezultate te prijevod na engleskom jeziku treba dodatno prilagoditi kako bi se izbjegli nesporazumi ili pristranost zbog jezičnih razlika. Konačno, dodatnoj analizi bi se moglo pristupiti istraživanjem drugih terapijskih komponenti koje nisu bile obuhvaćene u ovom istraživanju, poput suradnje s učiteljima ili grupne terapije.

Što se tiče doprinosa istraživanja, ovo istraživanje ključno je za približavanje domaćih logopeda globalnim praksama. Analizom postojećih terapijskih pristupa identificira se gdje su hrvatski logopedi već uspješni, ali i gdje su potrebna poboljšanja. Ovaj doprinos omogućuje bolje razumijevanje jakih strana te istovremeno ukazuje na područja u kojima još ima prostora za napredak u radu. Osim toga, istražuju se razlike među državama, što pruža vrijedan uvid u raznolikost metoda i tehnika. Kroz ovaj rad, naglašava se važnost smanjenja stigme oko terapije mucanja te se potiču daljnja istraživanja i razvoj novih metoda, što će omogućiti kontinuirano unaprjeđivanje terapije mucanja, posebno u školskoj dobi.

Indikacije za buduća istraživanja su povećavanje broja i raznolikosti sudionika, komponenti terapije, kao i utvrđivanje učinkovitosti različitih terapijskih pristupa.

9. VERIFIKACIJA HIPOTEZA

S obzirom na rezultate dobivene u ovom istraživanju, dvije su hipoteze potvrđene, jedna je djelomično potvrđena, a jedna je odbačena.

Prva hipoteza (H1): *Razlika će postojati u pristupu terapiji mucanja u školskoj dobi između hrvatskih i inozemnih logopeda. Pretpostavlja se da su hrvatski logopedi skloniji sveobuhvatnom pristupu u terapiji mucanja u školskoj dobi u odnosu na inozemne logopede, potvrđena je.*

Druga hipoteza (H2): *Razlika će postojati u učestalosti pohađanja edukacijskih programa za terapiju mucanja u školskoj dobi između hrvatskih i inozemnih logopeda. Pretpostavlja se da hrvatski logopedi u manjoj mjeri pohađaju edukacijske programe za terapiju mucanja u školskoj dobi u odnosu na inozemne logopede, potvrđena je.*

Treća hipoteza (H3): *Razlika će postojati u učestalosti suradnje s roditeljima u terapiji mucanja djece školske dobi između hrvatskih i inozemnih logopeda. Pretpostavlja se da hrvatski logopedi u manjoj mjeri surađuju s roditeljima u terapiji mucanja djece školske dobi u odnosu na inozemne logopede, djelomično je potvrđena jer nije pronađena statistički značajna razlika na razini savjetovanja roditelja u terapiji mucanja.*

Četvrta hipoteza (H4): *Razlika će postojati u učestalosti suradnje s psiholozima u terapiji mucanja djece školske dobi između hrvatskih i inozemnih logopeda. Pretpostavlja se da hrvatski logopedi u manjoj mjeri surađuju s psiholozima u terapiji mucanja djece školske dobi u odnosu na inozemne logopede, odbačena je.*

10. ZAKLJUČAK

Mucanje je poremećaj koji je prisutan u svim državama, kulturama i dobnim skupinama, a njegov utjecaj na život je značajan. Iako je prisutnost mucanja univerzalna, postoji iznenađujuće malo istraživanja o sličnostima i različitostima pristupa terapiji mucanja kod školske djece između različitih zemalja. Također, istraživanja terapije mucanja u Hrvatskoj su veoma oskudna. Stoga, cilj ovog istraživanja bio je doprinijeti razumijevanju različitosti između hrvatskih i inozemnih logopeda u pristupu terapijskim metodama u školskoj dobi, tj. u vrsti terapijskog pristupa, pohađanju terapijskih edukacijskih programa te suradnji s roditeljima i psiholozima.

Rezultati ovog istraživanja pokazali su da se hrvatski i inozemni logopedi međusobno razlikuju u učestalosti primjene sveobuhvatnog pristupa, ali i u korištenju drugih vrsta pristupa. Inozemni logopedi koriste znatno širi raspon specijaliziranih terapijskih programa mucanja od hrvatskih, ali obje skupine imaju sklonost integriranju različitih metoda u svojim postupcima. Nadalje, edukacijske programe za terapiju mucanja u školskoj dobi tijekom i nakon studiranja češće i u puno većem broju su pohađali inozemni logopedi. Kad je u pitanju suradnja s roditeljima, inozemni logopedi s njima češće surađuju u sklopu njihove prisutnosti tijekom terapijskih satova i osposobljavanja za provođenje terapije kod kuće, dok na razini savjetovanja roditelja nije utvrđena razlika. Konačno, u pogledu suradnje logopeda s psiholozima pokazalo se kako hrvatski logopedi češće upućuju DKM k psihologu. Na ostalim razinama suradnje, odnosno suradnja u slučajevima kad dijete već pohađa psihoterapiju i prepuštanje mijenjanja kognitivno-emocionalnog stanja djeteta psihologu nije utvrđena razlika. Također, unatoč utvrđenoj ograničenoj dostupnosti edukacija, posebno u Hrvatskoj, pokazalo se da su logopedi motivirani za daljnje usavršavanje. Ključno je osigurati raznolike edukacijske programe na različitim jezicima kako bi se podržale potrebe svih logopeda i unaprijedila terapija mucanja bez obzira na geografsku lokaciju.

S obzirom na to da Galić-Jušić (2021) navodi kako je terapija mucanja školskog djeteta jedan od najsloženijih postupaka u logopediji, ovo istraživanje doprinosi boljem razumijevanju tog dijela logopedije. Osvjetljava razlike između terapijskih pristupa mucanju u školskoj dobi kod logopeda iz različitih zemalja, pružajući korisne uvide u njihove terapijske postupke. Istovremeno, ističe potrebu za daljnjim istraživanjima i razvojem u ovom području zbog kontinuiranog unaprjeđivanja terapijske prakse i omogućavanja najbolje moguće podrške djeci koja mučaju, pomažući im u ostvarivanju ciljeva i poboljšanju kvalitete života.

11. LITERATURA

Abate, F. R., i Jewell, E. (2001). *The New Oxford American Dictionary* (2nd ed). New York, NY: Oxford University Press.

Ambrose, N. G., Cox, N. J., i Yairi, E. (1997). The genetic basis of persistence and recovery in stuttering. *Journal of speech, language, and hearing research: JSLHR*, 40(3), 567–580. <https://doi.org/10.1044/jslhr.4003.567>.

American Speech-Language-Hearing Association. (n.d.). *Fluency Disorders* (Practice Portal). www.asha.org/practice-portal/clinical-topics/fluency-disorders/. Pristupljeno ožujak, 2024.

American Speech-Language-Hearing Association. (2005). Evidence based practice in communication disorders [Position statement]. Retrieved from <https://www.asha.org/policy/tr2004-00001/>. Pristupljeno travanj, 2024.

Američka psihijatrijska udruga (2014). *Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje (DSM-5)*. Jastrebarsko: Naklada Slap.

Anderson, J. D., Pellowski, M. W., Conture, E. G., i Kelly, E. M. (2003). Temperamental characteristics of young children who stutter. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research: JSLHR*, 46(5), 1221–33. DOI: [10.1044/1092-4388\(2003/095\)](https://doi.org/10.1044/1092-4388(2003/095))

Blood, G. W., Blood, I. M., Tellis, G. M., i Gabel, R. M. (2001). Communication apprehension and self-perceived communication competence in adolescents who stutter. *Journal of Fluency Disorders*, 26, 161.-178.

Bloodstein, O., i Ratner, N. B. (2008). *A handbook on stuttering* (6th ed). Clifton Park, NY: Thomson Delmar Learning.

Briley, P. M., Gerlach, H., i Jacobs, M. M. (2021). Relationships between stuttering, depression, and suicidal ideation in young adults: Accounting for gender differences. *Journal of fluency disorders*, 67, 105820. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2020.105820>.

Briley, P. M., O'Brien, K., i Ellis C. (2019). Behavioral, emotional, and social well-being in children who stutter: evidence from the National Health Interview Survey. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 31(1), 39-53. <https://doi.org/10.1007/s10882-018-9625-x>.

Büchel, C., i Sommer, M. (2004). What causes stuttering?. *PLoS biology*, 2(2), E46. <https://doi.org/10.1371/journal.pbio.0020046>.

Byrd, J. C., Donaher, J., i Garvey, K. (2018). Interdisciplinary Collaboration in the Assessment and Treatment of Stuttering. *Perspectives of the ASHA Special Interest Groups*, 3(15), 52-61.

Conture, E., i Wolk, L. (1990). Efficacy of intervention by speech-language pathologists: Stuttering. *Seminars in Speech and Language*, 11, 200-211.

Cooper, E. B., i Cooper, C. S. (1985). Clinician attitudes toward stuttering: a decade of change (1973-1983). *Journal of Fluency Disorders*, 10(1), 19-33. [https://doi.org/10.1016/0094-730X\(85\)90003-8](https://doi.org/10.1016/0094-730X(85)90003-8).

Cooper, E. B., i Cooper, C. S (1996). Clinician attitudes towards stuttering: two decades of change. *Journal of Fluency Disorders*, 21(2), 119-135. [https://doi.org/10.1016/0094-730X\(96\)00018-6](https://doi.org/10.1016/0094-730X(96)00018-6).

Costa, D. (1983). Clinical and paraclinical aspects of tetany in stuttering. *Revue Roumaine de Neurologie et Psychiatrie*, 21(3), 277–279.

Craig A. (1990). An investigation into the relationship between anxiety and stuttering. *The Journal of speech and hearing disorders*, 55(2), 290–294. <https://doi.org/10.1044/jshd.5502.290>.

Craig, A., Hancock, K., Chang, E., McCreedy, C., Shepley, A., McCaul, A., Costello, D., Harding, S., Kehren, R., Masel, C., i Reilly, K. (1996). A controlled clinical trial for stuttering in persons aged 9 to 14 years. *Journal of speech and hearing research*, 39(4), 808–826. <https://doi.org/10.1044/jshr.3904.808>.

Craig, A., Hancock, K., Tran, Y., Craig, M., i Peters, K. (2002). Epidemiology of stuttering in the community across the entire life span. *Journal of speech, language, and hearing research: JSLHR*, 45(6), 1097–1105. [https://doi.org/10.1044/1092-4388\(2002/088\)](https://doi.org/10.1044/1092-4388(2002/088)).

Culatta, R., i Goldberg, S. A. (1995). *Stuttering therapy: an integrated approach to theory and practice*. Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.

Dworzynski, K., Remington, A., Rijdsdijk, F., Howell, P., i Plomin, R. (2007). Genetic etiology in cases of recovered and persistent stuttering in an unselected, longitudinal sample of young twins. *American journal of speech-language pathology*, 16(2), 169–178. [https://doi.org/10.1044/1058-0360\(2007/021\)](https://doi.org/10.1044/1058-0360(2007/021)).

Eggers, K., de Nil, L. F., i van den Bergh, B. R. (2010). Temperament dimensions in stuttering and typically developing children. *Journal of Fluency Disorders*, 35(4), 355–372. DOI: [10.1016/j.jfludis.2010.10.004](https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2010.10.004).

Fagnani, C., Fibiger, S., Skyttthe, A., i Hjelmberg, J. V. (2011). Heritability and environmental effects for self-reported periods with stuttering: a twin study from Denmark. *Logopedics, phoniatics, vocology*, 36(3), 114–120. <https://doi.org/10.3109/14015439.2010.534503>.

Foundas, A. L., Corey, D. M., Angeles, V., Bollich, A. M., Crabtree-Hartman, E., Heilman, K. M. (2003). Atypical cerebral laterality in adults with persistent developmental stuttering. *Neurology*, 61(10), 1378-85. doi: 10.1212/01.wnl.0000094320.44334.86. PMID: 14638959.

Galić-Jušić, I. (2021). *Mucanje. Etiologija, dijagnostika, intervencije*. Naklada Slap. Zagreb.

Gildston, P. (1967). Stutterers' self-acceptance and perceived parental acceptance. *Journal of Abnormal Psychology*, 72(1), 59-64.

Gregory, H. H. (1986). *Stuttering: Differential evaluation and therapy*. Austin, TX: PRO-ED.

Guitar, B. (2014). *Stuttering: an integrated approach to its nature and treatment* (4th ed). Baltimore, MD: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

Guitar, B., i McCauley, R. J. (2010). *Treatment of Stuttering: Established and Emerging Interventions*. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins.

Guttormsen, L. S., Kefalianos, E., i Næss, K. A. (2015). Communication attitudes in children who stutter: A meta-analytic review. *Journal of fluency disorders*, 46, 1–14. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2015.08.001.ž>

Hancock, K., Craig, A., McCreedy, C., McCaul, A., Costello, D., Campbell, K., i Gilmore, G. (1998). Two- to six-year controlled-trial stuttering outcomes for children and adolescents. *Journal of speech, language, and hearing research : JSLHR*, 41(6), 1242-1252. <https://doi.org/10.1044/jslhr.4106.1242>.

Healey, E.C., Trautman, L.S., i Susca, M. (2004). Clinical Applications of a Multidimensional Approach for the Assessment and Treatment of Stuttering. *Contemporary Issues in Communication Science and Disorders*, 31, 40-48. <https://pubs.asha.org/doi/pdf/10.1044/cicsd.31.S.40>.

Hedge, M. (1978). Fluency and fluency disorders: Their definition, measurement and modification. *Journal of Fluency Disorders*, 3, 51-72.

Hrvatsko udruženje za bihevioralno-kognitivne terapije. (2019). Retrieved from <https://cabct.hr/faq-edukacija>. Pristupljeno travanj, 2024.

Iverach, L., Rapee, R. M., Wong, Q. J. J., i Lowe, R. (2017). Maintenance of Social Anxiety in Stuttering: A Cognitive-Behavioral Model. *American journal of speech-language pathology*, 26(2), 540–556. https://doi.org/10.1044/2016_AJSLP-16-0033.

Jelčić Jakšić, S. (2014). Pomoć u usvajanju tehnika oblikovanja tečnog govora u terapiji mucanja: Pravila pet prstiju (PPP). *Logopedija*, 4(1), 19-22.

Kelman, E., i Nicholas, A. (2008). *Practical intervention for early childhood stammering: Palin PCI approach*. Speechmark Publishing Ltd.

Koushik, S., Shenker, R. C., Onslow, M., i Adaman, B. (2007). Follow-up of school-age children after Lidcombe Program treatment. Poster presented at the meeting of the American Speech and Hearing Association, Boston, MA.

Leko Krhen, A., Milić Babić, M. i Horovskij, M. (2021). Izazovi i perspektive svakodnevnog života iz iskustva žena koje mučaju. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, 57 (1), 85-115. <https://doi.org/10.31299/hrri.57.1.5>.

Lickley, R. J. (2017). *Disfluency in typical and stuttered speech*. In Fattori sociali e biologici nella variazione fonetica [Social and biological factors in speech variation], edited by Chiara Bertini, Chiara Celata, Giovanna Lenoci, Chiara Meluzzi and Irene Ricci, *Studi AISV 3*: 373-387. Milan: Officinaventuno. DOI: 10.17469/O2103AISV000019.

Lidcombe Program Trainers Consortium (2018). Retrieved from <http://www.lidcombeprogram.org>. Pristupljeno travanj, 2024.

Lincoln, M., Onslow, M., Lewis, C., i Wilson, L. (1996). A Clinical Trial of an Operant Treatment for School-Age Children Who Stutter. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 5(2), 73-85. <https://doi.org/10.1044/1058-0360.0502.73>.

Lindsay, A., i Langevin, M. (2017). Psychological counseling as an adjunct to stuttering treatment: Clients' experiences and perceptions. *Journal of Fluency Disorders*, 52, 1–12. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2017.01.003>.

Månsson, H. (2000). Childhood Stuttering: Incidence and development. *Journal of Fluency Disorders*, 25(1), 47-57. [https://doi.org/10.1016/S0094-730X\(99\)00023-6](https://doi.org/10.1016/S0094-730X(99)00023-6).

Nippold, M. A. (2018). Stuttering in Preschool Children: Direct Versus Indirect Treatment. *Language, speech, and hearing services in schools*, 49(1), 4–12. https://doi.org/10.1044/2017_LSHSS-17-0066.

Okalidou, A., i Kampanaros, M. (2001). Teacher perceptions of communication impairment at screening stage in preschool children living in Patras, Greece. *International journal of language & communication disorders*, 36(4), 489–502. <https://doi.org/10.1080/13682820110089399>.

Onslow, M. (2019). *Stuttering and Its' Treatment: Eleven Lectures*. <https://flihtml5.com/acgvp/hito/basic>. Pristupljeno ožujak, 2024.

Onslow, M., Costa, L., i Rue, S. (1990). Direct early intervention with stuttering: some preliminary data. *The Journal of speech and hearing disorders*, 55(3), 405–416. <https://doi.org/10.1044/jshd.5503.405>.

Onslow, M., Webber, M., Harrison, E., Arnott, S., Bridgman, K., Carey, B., Sheedy, S., O'Brian, S., MacMillan, V., Lloyd, W., i Hearne, A. (2023). *The Lidcombe Program Treatment Guide*. <https://www.uts.edu.au/sites/default/files/2023-07/Lidcombe%20Program%20Treatment%20Guide%20v1.5%202023-07-03.pdf>. Pristupljeno ožujak, 2024.

Orton, S. T., i Travis, L. E. (1929). Studies in stuttering: studies of action currents in stutterers. *Archives of Neurology & Psychiatry*, 21, 61-68. <https://doi.org/10.1001/archneurpsyc.1929.02210190064005>.

Packman A. (2012). Theory and therapy in stuttering: a complex relationship. *Journal of fluency disorders*, 37(4), 225–233. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2012.05.004>.

Panzarino, R., Vanryckeghem, M., Bedwell, J. S., i Wendt, O. (2024). Relationships Between Psychological Distress and Affective, Behavioral, and Cognitive Experiences of Stuttering. *American journal of speech-language pathology*, 33(1), 262–278. https://doi.org/10.1044/2023_AJSLP-22-00347.

- Perkins W. H. (1990). What is stuttering?. *The Journal of speech and hearing disorders*, 55(3), 370–397. <https://doi.org/10.1044/jshd.5503.370>.
- Proctor, A., Yairi, E., Duff, M. C., i Zhang, J. (2008). Prevalence of stuttering in African American preschoolers. *Journal of speech, language, and hearing research: JSLHR*, 51(6), 1465–1479. [https://doi.org/10.1044/1092-4388\(2008/07-0057\)](https://doi.org/10.1044/1092-4388(2008/07-0057)).
- Prpić, D. (2023). *Mucanje - priručnik za roditelje, odgojitelje, nastavnike i stručne suradnike*. Alfa. Zagreb.
- Rautakoski, P., Hannus, T., Simberg, S., Sandnabba, N. K., i Santtila, P. (2012). Genetic and environmental effects on stuttering: A twin study from Finland. *Journal of Fluency Disorders*, 37(3), 202–210. doi:10.1016/j.jfludis.2011.12.003.
- Reilly, S., Onslow, M., Packman, A., Wake, M., Bavin, E. L., Prior, M., Eadie, P., Cini, E., Bolzonello, C., i Ukoumunne, O. C. (2009). Predicting stuttering onset by the age of 3 years: a prospective, community cohort study. *Pediatrics*, 123(1), 270–277. <https://doi.org/10.1542/peds.2007-3219>.
- Runyan, C. M., i Runyan, S. E. (1986). A Fluency Rules Therapy Program for Young Children in the Public Schools. *Language Speech and Hearing Services in Schools*, 17, 276-284.
- Shapiro, D. A. (2011). *Stuttering intervention: A Collaborative Journey to Fluency Freedom* (2nd ed). Austin, TX: PRO-ED.
- Sheehan, J. G. (1970). *Stuttering: Research and Therapy*. NY: Harper & Row.
- Sidavi, A., i Fabus, R. (2010). A Review of Stuttering Intervention Approaches for Preschool-Age and Elementary School-Age Children. *Contemporary Issues in Communication Science and Disorders*, 37, 14–26. https://doi.org/10.1044/cicsd_37_s_14.
- Sønsterud, H., Feragen, K. B., Kirmess, M., Halvorsen, M. S., i Ward, D. (2020). What do people search for in stuttering therapy: Personal goal-setting as a gold standard?. *Journal of communication disorders*, 85, 105944. <https://doi.org/10.1016/j.jcomdis.2019.105944>.
- Udemy (n. d.). *CBT Cognitive Behavior Life Coach Certification: Accredited*. Retrieved from <https://www.udemy.com>. Pristupljeno travanj, 2024.
- van Beijsterveldt, C. E., Felsenfeld, S., & Boomsma, D. I. (2010). Bivariate genetic analyses of stuttering and nonfluency in a large sample of 5-year-old twins. *Journal of speech, language, and hearing research: JSLHR*, 53(3), 609–619. [https://doi.org/10.1044/1092-4388\(2009/08-0202\)](https://doi.org/10.1044/1092-4388(2009/08-0202)).
- Wingate, M. (1964). A standard definition of stuttering. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 29, 484-489.
- Woods C. L. (1978). Does the stigma shape the stutterer?. *Journal of communication disorders*, 11(6), 483–487. [https://doi.org/10.1016/0021-9924\(78\)90022-9](https://doi.org/10.1016/0021-9924(78)90022-9).

World Health Organization. (2001). *International Classification of Functioning, Disability and Health*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

Yairi, E. (2007). Subtyping stuttering I: a review. *Journal of Fluency Disorders*, 32(3), 165-196.

Yairi, E., i Ambrose, N. (2005). *Early childhood stuttering*. Austin, TX: PRO-ED.

Yairi, E., i Ambrose, N. (2013). Epidemiology of stuttering: 21st century advances. *Journal of fluency disorders*, 38(2), 66–87. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2012.11.002>.

Yairi, E., Ambrose, N., i Cox, N. (1996). Genetics of stuttering: a critical review. *Journal of speech and hearing research*, 39(4), 771–784. <https://doi.org/10.1044/jshr.3904.771>.

Yairi, E., i Seery, C. H. (2021). *Stuttering: Foundations and Clinical Applications* (3rd ed). Plural Publishing, Inc.

Yaruss, J. S. (2007). Application of the ICF in fluency disorders. *Seminars in Speech and Language*, 28(4), 312–322. <https://doi.org/10.1055/s-2007-986528>.

Yaruss, J. S., i Reardon-Reeves, N. (2013). *School-age stuttering therapy: A practical guide*. Stuttering Therapy Resources, Inc.

PRILOZI

Prilog 1. Hrvatska verzija upitnika

Anketni upitnik

Demografski podatci sudionika:

1. Spol:
 - a. Muško
 - b. Žensko
2. Dob:
 - a. 23-39 godina
 - b. 40-59 godina
 - c. 60+ godina
3. Država u kojoj živite: _____
4. Logopedski staž (u godinama): _____
5. Staž aktivnog rada u terapiji mucanja (u godinama): _____

Terapijski pristup mucanju djece školske dobi:

6. Pristup terapiji mucanja kod djece školske dobi koji *koristim* je (mogućnost višestrukog odabira):
 - a. Lidcombe program
 - b. Program pravila tečnosti
 - c. Program glatkog govora uz kognitivno-bihevioralnu terapiju
 - d. Sveobuhvatni pristup
 - e. Ostalo: _____

Učestalost postupaka u terapiji mucanja djece školske dobi:

7. Označite broj koji najbolje odgovara učestalosti Vaših terapijskih postupaka u terapiji mucanja djece školske dobi.

U terapiji mucanja djeteta školske dobi:	1 (Nikad)	2 (Rijetko)	3 (Ponekad)	4 (Često)	5 (Uvijek)
1. Roditelj je prisutan tijekom terapijskog sata.					
2. Provodim savjetovanje roditelja djeteta koji muca.					

3. Osposobljavam roditelja za samostalno provođenje terapije kod kuće.					
4. Upućujem dijete k psihologu zbog mucanja.					
5. Ako dijete pohađa psihološku terapiju, surađujem s njegovim psihologom zbog mucanja.					
6. Mijenjanje negativnih stavova i emocija nastalih zbog mucanja prepuštam psihologu.					

Edukacijski programi u terapiji mucanja djece školske dobi:

8. Tijekom studiranja sam u sklopu kolegija podučavan(a) za primjenu specijaliziranog terapijskog programa kod djece školske dobi koja mucaju. DA/NE
9. Ako ste na prethodno pitanje odgovorili „Da“, navedite za primjenu kojeg programa ste podučavani: _____
10. Nakon studiranja, završio/završila sam edukaciju o primjeni specijaliziranog terapijskog programa kod djece školske dobi koja mucaju. DA/NE

Ako ste na prethodno pitanje odgovorili DA, navedite sljedeće:

11. O kojem programu ili programima je riječ? _____
12. Jeste li završili edukaciju uživo ili online putem?
- a. Uživo
 - b. Online
13. Je li edukacija održana na engleskom jeziku? DA/NE
14. Ako ste na prethodno pitanje odgovorili „Ne“, navedite na kojem jeziku je edukacija održana _____

Stavovi o edukacijama i primjeni terapijskih postupaka kod mucanja u školskoj dobi

15. Pohađao/pohađala sam opće edukacije o terapiji mucanja u školskoj dobi koje nisu vezane za specijalizirani terapijski program. DA/NE
16. Edukacije o terapiji mucanja djece školske dobi lako su dostupne u državi u kojoj živim. DA/NE
17. Voljan/voljna sam polaziti edukacije o terapiji mucanja djece školske dobi ako su dostupne na mom prvom jeziku (uživo ili online putem). DA/NE
18. Voljan/voljna sam polaziti edukacije o terapiji mucanja djece školske dobi ako su mi dostupne na engleskom jeziku (uživo ili online putem). DA/NE
19. U primjeni terapijskih postupaka kod mucanja, educiranje na engleskom jeziku manje je učinkovito nego educiranje na prvom jeziku.
- a. Da
 - b. Ne
 - c. Nema razlike
20. U primjeni terapijskih postupaka kod mucanja, educiranje isključivo putem pisanih izvora (materijala) manje je učinkovito nego završavanje formalne edukacije.
- a. Da
 - b. Ne
 - c. Nema razlike
21. Vaša povratna informacija je iznimno važna i cijenjena. Molim Vas da podijelite svoje komentare ili napomene. Također, ako ste zainteresirani za daljnju komunikaciju, bilo bi mi zadovoljstvo razmijeniti kontakte radi buduće suradnje.

Prilog 2. Engleska verzija upitnika

Survey

Participant's demographic information

1. Gender:
 - a. Male
 - b. Female

2. Age:
 - a. 23-39 years old
 - b. 40-59 years old
 - c. 60+ godina years old

3. Country where you live: _____

4. Experience in practicing Speech-language Pathology (in years): _____

5. Experience in practicing stuttering therapy (in years): _____

Therapy approach to school-age stuttering:

6. The school-age stuttering therapy approach I *implement* is (multiple answer choice):
 - a. Lidcombe Program
 - b. The Fluency Rules Program
 - c. Smooth Speech and Cognitive-Behaviour Therapy
 - d. Comprehensive Treatment
 - e. Other: _____

Frequency of procedures in school-age stuttering therapy

7. Please mark the number which best represents the frequency of your therapy procedures in school-age stuttering therapy.

In stuttering therapy of a school-age child:	1 (Never)	2 (Rarely)	3 (Sometimes)	4 (Often)	5 (Always)
1. The parent attends the therapy session with their child.					
2. I provide counselling services to the parent.					

3. I train the parent in providing therapy at home.					
4. I refer the child to a psychologist because of his stutter.					
5. If the child has one, I collaborate with their psychologist because of their stutter.					
6. I leave addressing the child's negative attitudes and emotions to a psychologist.					

Formal training in school-age stuttering therapy

8. As part of my university studies, I received education on the application of a specialized therapy approach or program for school-age stuttering. YES/NO

9. If you responded "Yes" to the previous question, please specify the specialized therapy approach you were educated on: _____

10. After university, I participated in formal training or workshops for the application of a specialized therapy approach to school-age stuttering. YES/NO

If you answered "Yes" to the previous question, please state the following:

11. Please specify the specialized therapy approach or approaches you received training in: _____

12. Did you participate in the training in person or online?

- In person
- Online

13. Was the training conducted in the English language? YES/NO

14. If you answered "No" to the previous question, please specify the language the training was conducted in: _____

Attitudes on training and therapy procedures in school-age stuttering

15. I have participated in general workshops on school-age stuttering therapy that are not part of a specialized therapy program. YES/NO
16. Formal training in school-age stuttering therapy is easily available in my country. YES/NO
17. I am willing to participate in formal training in school-age stuttering therapy if it is available in my first language (either in person or online). YES/NO
18. I am willing to participate in formal training in school-age stuttering therapy if it is available in the English language (either in person or online).
- a. Yes
 - b. No
 - c. English is my first language
19. In the application of stuttering therapy procedures, self-education and training in the English language is less effective than self-education and training in my first language.
- a. Yes
 - b. No
 - c. There is no difference
 - d. English is my first language
20. In the application of stuttering therapy procedures, self-educating through written sources alone is less effective than attending formal training.
- a. Yes
 - b. No
 - c. There is no difference
21. Your feedback is genuinely appreciated. I extend an invitation for any comments or notes you may wish to share; your insights are highly valued. Moreover, should you wish to provide your email for future correspondence, I would be honoured to maintain contact.