

Kvaliteta života roditelja djece koja mucaju

Faletar, Ana

Master's thesis / Diplomski rad

2019

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

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:158:650201>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-06-30**



Repository / Repozitorij:

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



Sveučilište u Zagrebu
Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet

Diplomski rad

Kvaliteta života roditelja djece koja mučaju

Ana Faletar

Zagreb, rujan 2019.

Sveučilište u Zagrebu
Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet

Diplomski rad

Kvaliteta života roditelja djece koja mučaju

Ana Faletar

doc. dr. sc. Ana Leko Krhen

Zagreb, rujan 2019.

Izjava o autorstvu rada

Potvrđujem da sam osobno napisala rad *Kvaliteta života roditelja djece koja mučaju* i da sam njegova autorica.

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

Ime i prezime: Ana Faletar

Mjesto i datum: Zagreb, rujan 2019.

Kvaliteta života roditelja djece koja mucaju

Ime i prezime studentice: Ana Faletar

Ime i prezime mentorice: doc. dr. sc. Ana Leko Krhen

Studijski program na kojem se polaže diplomski ispit: Logopedija

Sažetak rada

Mucanje je složen poremećaj tečnosti govora, sindrom velikog broja manifestacija čije je glavno obilježje multidimenzionalnost. Kao takva pojava, neminovno ostavlja posljedice na život djece koja mucaju, no utjecaj mucanja može se odraziti i na njihove roditelje. Budući da je područje roditeljskog percipiranja utjecaja mucanja djeteta na vlastiti život relativno neistraženo, cilj ovog istraživanja je ispitati kakva je kvaliteta života roditelja djece koja mucaju, te utvrditi postoje li razlike u samoprocijenjenoj kvaliteti života između roditelja djece predškolske i roditelja djece školske dobi, razlikuje li se ona ovisno o jakosti mucanja, te naposljetku postoje li razlike između očeva i majki. Za potrebe ispitivanja vlastoručno je kreiran "online" *Upitnik za samoprocjenu kvalitete života roditelja djece koja mucaju*. U istraživanju je sudjelovalo 22 roditelja djece koja mucaju, 15 majki i 7 očeva. Obradom podataka prikupljenih upitnikom dobiven je zaključak da statistički značajne razlike između roditelja ne postoje, odnosno da se roditelji ne razlikuju po percipiranoj kvaliteti života. No, distribucija rezultata ukazala je na nešto jači negativni doživljaj mucanja djeteta kod majki nego kod očeva, zbog čega se hipoteza koja govori o postojanju statistički značajne razlike između majki i očeva jedina djelomično prihvaća. Budući da je ova tema prilično neistražena, a klinički značaj roditelja u logopedskoj terapiji mucanja velik, potrebna su daljnja i detaljnija istraživanja kvalitete života roditelja djece koja mucaju, jer saznanja o tome imaju potencijalno veliku kliničku implikaciju.

Ključne riječi: mucanje, roditelji djece koja mucaju, kvaliteta života, kvaliteta života roditelja

Quality of Life of Parents of Children Who Stutter

Student's name and surname: Ana Faletar

Mentor's name and surname: doc. dr. sc. Ana Leko Krhen

Field of study: Speech-language pathology

Abstract

Stuttering is a complex disorder of speech fluency, syndrom of many manifestations, with multidimensionality being its main characteristic. As such, it necessarily has consequences on children who stutter, but it can also affect their parents' lives. Considering that the field of parents' perception about the effects their children's stuttering has on them is mostly unexplored, the aim of this study was to explore the quality of life of parents of children who stutter. The aim was also to determine differences regarding the three variables: the age of their children who stutter (preschool or school age), severity of their children's stuttering and parent's gender. The questionnaire named *Self-assessment quality of life questionnaire for parents of children who stutter*. Twenty two parents participated in the study, 15 mothers and 7 fathers. The obtained data was processed and the results showed that there are no statistically significant differences between parents' quality of life. However, the distribution of results showed that children's stuttering has stronger impact on their mothers, as opposed to their fathers. For that reason, the hypothesis regarding the gender related differences in self-percieved quality of life has been partially accepted. Considering that the topic of parental quality of life is greatly unexamined and the role parents have in stuttering therapy is important, further research on this topic is needed, because new findings may possibly have big clinical implications.

Key words: stuttering, parents of children who stutter, quality of life, parents' quality of life

Sadržaj:

1. UVOD	1
1.1. MUCANJE	2
1.1.1. Definicije mucanja	2
1.1.2. Procjena mucanja	5
1.1.3. Vrste mucanja kod djece	8
1.1.4. Incidencija i prevalencija mucanja u dječjoj dobi	10
1.1.5. Mucanje djece predškolske i školske dobi	11
1.2. KVALITETA ŽIVOTA	13
1.2.1. O konceptu kvalitete života	13
1.2.2. Procjena kvalitete života	14
1.2.3. Dosadašnja saznanja o kvaliteti života roditelja čija djeca mucaju	15
2. PROBLEM ISTRAŽIVANJA	20
2.1. CILJ I PROBLEM ISTRAŽIVANJA	20
2.2. HIPOTEZE	20
3. METODE ISTRAŽIVANJA	21
3.1. UZORAK ISPITANIKA	21
3.2. MJERNI INSTRUMENT	22
3.3. NAČIN PROVOĐENJA ISTRAŽIVANJA	23
3.4. METODE OBRADE PODATAKA	23
4. REZULTATI ISTRAŽIVANJA I RASPRAVA	24
5. VERIFIKACIJA HIPOTEZA	37
6. OGRANIČENJA ISTRAŽIVANJA	38
7. ZAKLJUČAK	39
8. LITERATURA	41
PRILOG	45

1. UVOD

Mucanje je fenomen do sada predstavljen mnogim definicijama koje su se kroz vrijeme mijenjale, razvijale i nadopunjavale, ovisno o različitim perspektivama promatranja ovog govornog poremećaja, kao i o otkrivanju novih spoznaja o mucanju u znanstvenim krugovima. Iz teorija, odnosno definicija o mucanju doznajemo kako ono može biti, između ostalog, psihički, jezično ili/i motorički determinirano, a sigurno je da ostavlja posljedice u domeni komunikacije s drugim ljudima. Neminovno je dakle, da će složen poremećaj govorne tečnosti kao što je mucanje, utjecati na život osobe koja muca. No, budući da *nijedan čovjek nije otok*, narušena komunikacija jednog člana obitelji utjecat će i na druge članove obitelji, stoga je legitimno zapitati se kako mucanje jednog člana obitelji utječe na tu obitelj, kako mucanje vlastitog djeteta doživljava njegov otac ili njegova majka, koliko je zbog mucanja djeteta narušena obiteljska dinamika ili kako sama osoba i članovi njezine obitelji doživljavaju svoju kvalitetu života. Upravo iz interesa o utjecaju mucanja na članove obitelji djece koja mucaju, ovaj će diplomski rad prikazati kako roditelji predškolske i školske djece koja mucaju procjenjuju svoju kvalitetu života.

1.1. MUCANJE

1.1.1. Definicije mucanja

Mucanje je pojava koja je davno počela interesirati kako laike, tako i stručnjake različitih profesija, zbog čega je s vremenom nastalo mnogo opisa, definicija i teorija o mucanju. Količina danas prisutnih informacija o mucanju može pridonijeti dojmu da je ono vrlo kompliciran poremećaj (što zasigurno nije sasvim suprotno od istine), no razvoj i akumulacija znanstvenih spoznaja o mucanju tijekom vremena rezultiralo je velikim kapitalom informacija koji kao struka danas imamo, a koji nam omogućuje da kažemo da su sveukupno i dubinsko poznavanje mucanja, te tretman koji kao struka pružamo, danas zasigurno bolji nego ikada. Dvadeset prvo stoljeće je vrijeme u kojemu se provode sve svrhovitija istraživanja u ovom području, a fokus istraživanja značajnim je dijelom stavljen na doprinos i podizanje kvalitete usluge, tj. tretmana koji pružamo, te posljedično kvalitete života osoba koje mučaju i njihove društvene okoline. Sve navedeno, dakako, ne umanjuje činjenicu da još uvijek ne znamo sve o mucanju, zbog čega se i dalje ulažu napor u stvaranje novih znanstvenih spoznaja, te produbljivanje sadašnjeg shvaćanja mucanja.

Među općom populacijom vlada pojednostavljeno mišljenje da je mucanje govorna teškoća koja se očituje određenim netečnostima u govoru osobe koja muca. No, mucanje je puno više od karakterističnih govornih simptoma; ono je sindrom velikog broja manifestacija (Yairi i Seery, 2015), koji se zbog toga promatra i definira iz mnogo perspektiva, zbog čega ne postoji jedna općeprihvaćena i univerzalna definicija mucanja. Slikovita je izjava koja u slobodnom prijevodu glasi: "Da se deset logopeda nađe zajedno u prostoriji, nastalo bi jedanaest definicija mucanja." (Culatta i Goldberg, 1995). Zaista, postoji toliko perspektiva, toliko raznih aspekata mucanja, da je nemoguće uklopiti ih u jednu definiciju kojom bi svi bili zadovoljni. No, bitno je također naglasiti da je svako definiranje mucanja, koliko možda pojednostavljeno bilo, u nekom trenutku značilo i određeni pomak u znanosti. Za razumijevanje pojave kao što je mucanje, važne su nam i one definicije koje govore samo o simptomima mucanja, kao i definicije koje naglašavaju kompleksnost ovog poremećaja kao samu njegovu bit. Neke od tih definicija danas nose status općepoznatih u logopedskoj znanstvenoj, odnosno kliničkoj zajednici.

Što se simptomatski orijentiranih definicija tiče, Svjetska zdravstvena organizacija (WHO, 1992; prema Ward, 2017) navodi da je mucanje poremećaj ritma govora za koji je karakteristično da osoba koja muca zna što točno želi reći, no to nije u mogućnosti učiniti zbog nevoljnih i ponavljajućih produljivanja ili prekida govornih zvukova.

Guitar (2014) nadopunjuje sliku i pruža pregled govornih manifestacija koje su karakteristične za mucanje, te spominje zastoje u govornom toku koji su abnormalne učestalosti ili/i trajanja, a očituju se blokadama ili zastojima, produljivanjem glasova, te ponavljanjem glasova, slogova ili/i jednostavnih riječi.

Wingate (1964) u svojoj "standardnoj definiciji mucanja" također navodi tipične govorne karakteristike mucanja (ponavljanje, produljivanje, blokade itd.), no spominje i emocionalnu komponentu, pri čemu ističe iritaciju, sram i strah kao negativne emocionalne reakcije na mucanje. Iako njegova definicija više govori o samim simptomima mucanja, vidljivo je da se emocionalna komponenta koja prati mucanje još davno "uvukla" u samu definiciju mucanja i postala sastavni dio nje.

Emocionalna, odnosno psihološka komponenta u definiranju mucanja izuzetno je važna u razumijevanju ovog poremećaja. Bitno je također popratiti njezin razvoj u prošlosti. Tijekom 20. stoljeća mnoge definicije mucanja pružali su psiholozi, odnosno psihijatri u odnosu na dominirajuće pristupe u psihoterapiji. Coriat (1943; prema Ward, 2017) je mucanje definirao u odnosu na psihodinamski pristup, nazvavši ga psihoneurozom uzrokovanom perzistiranjem ranih pregenitalnih sadističkih komponenti u kasniji život. Razvojem i nastajanjem novih znanstvenih spoznaja i pravaca, definicije iz psihološke perspektive također su se mijenjale, pa su tako Brutten i Shoemaker (1967; prema Ward, 2017) iznijeli bihevioristički pogled na mucanje, pri čemu su ga definirali kao neuspjeh tečnosti nastao uvjetovanom negativnom emocijom. Sheehan (1970; prema Ward, 2017) je pak mucanje prikazao kao problem identiteta, konflikt koji se događa oko *selfa* i vlastite uloge u životu. U svakom slučaju, danas se o mucanju ne govori bez spominjanja emocionalne, odnosno psihološke perspektive, kako u kontekstu definiranja, tako u kontekstu mogućih uzroka i učestalih posljedica mucanja.

Sve navedeno rezultiralo je definiranjem mucanja na novoj razini, onoj u kojoj je neophodno prikazati sve njegove komponente. Koliko je važno naglasiti, odnosno razumjeti višerazinsku složenost ovog poremećaja tečnosti govora, najbolje je opisao Sheehan (1970), usporedivši mucanje sa santom leda, pri čemu su karakteristični simptomi mucanja, tj. mucajuće

netečnosti koje svi "pospremimo u ladicu" *mucanje*, samo vrh *sante leda* koji je rezultat višestruko većeg, većini ljudi nevidljivog, dijela pod vodom.

Yairi i Seery (2015) naglašavaju složenost ovog poremećaja navodeći šest dimenzija mucanja:

1. Tipične govorne karakteristike koje ometaju tečnost govornog iskaza u vidu ponavljanja, produljivanja i prekida govornih zvukova, a koje se mogu javiti na respiracijskoj, fonacijskoj i/ili artikulacijskoj razini govorne proizvodnje.
2. Fizičke popratne pojave ili tzv. sekundarne karakteristike - nevoljni pokreti najčešće glave i vrata, koji prate govorne netečnosti.
3. Fiziološke karakteristike koje prate mucanje - promjene krvnog tlaka, znojenje, crvenilo, proširenje zjenica itd.
4. Afektivna obilježja - obilježja koja se očituju (snažnim) emocionalnim reakcijama na čin govorenja, a najčešće se radi o strahu od govorenja u mnogim situacijama i izbjegavanju govorenja, što nije nimalo bezazleno, budući da emocionalni problemi poput frustracije, tuge i sl. mogu postati veći od govornih, što može rezultirati puno većim sveukupnim problemom.
5. Kognitivni procesi - procesi koji se odnose na odabir, planiranje, pripremanje i izvođenje govora, procese koji osobama koje ne mucaju ne predstavljaju problem i koje konstantno koriste, no zbog narušenosti ovih procesa kod osoba koje mucaju, može se činiti da "misle brže nego što govore", te da zato dolazi do mucanja.
6. Društvena dinamika predstavlja posljednju dimenziju prema definiciji Yairi i Seery (2015), a govori o posljedicama koje mucanje može ostaviti na život osobe koja muca - izbjegavati upoznavanje s novim ljudima, ne započinjati razgovor, ne razgovarati na telefon, izbjegavati ljude kako bi izbjegli konverzaciju s njima itd., što naposljetku može dovesti do socijalne izolacije.

Neminovno je dakle, imajući na umu 6. dimenziju koju navode Yairi i Seery (2015), da kvaliteta života osobe koja muca može biti itekako narušena, a ako se radi o djetetu koje muca, vjerojatno je da takvo nešto pogađa i njegovu obitelj.

Neupitno je da je mucanje složeni poremećaj s mnogo dimenzija, zbog čega su definicije mucanja koje govore u prilog višerazinskom shvaćanju ovog poremećaja najobuhvatnije, te danas možda i najprihvaćenije, jer ne izostavljaju ništa, uključuju gotovo sve. Međutim, poznavanje definicija različitih perspektiva omogućuje nam najširi pogled na ovaj fenomen, te nam daje osnovu za logopedsku procjenu na temelju koje je moguće mucanje dijagnosticirati.

1.1.2. Procjena mucanja

Kako bi se postavila "dijagnoza" mucanje, potrebno je, naravno, poznavati definicije o mucanju, no važno je razlikovati dijagnosticiranje i definiranje mucanja (Yairi i Seery, 2015). Dok nam definicija objašnjava značenje termina "mucanje", dijagnosticiranje mucanja rezultira informacijom o postojanju ili ne postojanju ovog govornog poremećaja kod neke osobe.

Opće uključujuće i isključujuće faktore, tj. vrste netečnosti o kojima moramo voditi brigu, pruža American Speech-Language-Hearing Association (ASHA), krovna američka i svjetski najpoznatija logopedska organizacija, navodeći sljedeće netečnosti kao tipične znakove prisutnosti mucanja:

- ponavljanje dijelova riječi
- ponavljanje jednosložnih riječi
- produljivanje glasova
- blokade ili zastoji

Također, navode se i netečnosti koje nisu karakteristične za mucanje, a to su:

- ubacivanje glasova ili riječi
- ponavljanje višesložnih riječi
- ponavljanje fraza
- revizije
- ne završavanje govornog iskaza

Upravo su te dvije skupine netečnih govornih događaja Ambrose i Yairi (1999.; prema Yairi i Seery, 2015) podijelili u dvije skupine i prvu nazvali *mucajućim* netečnostima, a drugu ostalim ili *nemucajućim* netečnostima. Nemucajuće netečnosti u govornoj produkciji nisu znak postojanja mucanja, one su zapravo normalne netečnosti koje svi gotovo svakodnevno doživljavamo u vlastitoj govornoj proizvodnji, no znaju se pojaviti i kod osoba koje mucaju, uz mucajuće netečnosti, koje su karakteristične samo za njih. Dakle, ASHA navodi za mucanje tipične vrste netečnih govornih događaja koje stavlja u kontrast s češćim, stoga i manje "alarmirajućim" netečnostima, koje je potrebno razlikovati kako bi prvi korak -

određivanje postoje li mucajuće netečnosti u govornoj proizvodnji neke osobe - bio pravilno odrađen, te se nastavila daljnja govorna procjena.

Ukoliko sumnja na mucanje postoji, klasifikatori Dijagnostički i statistički priručnik za mentalne poremećaje (DSM-5) i Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema (MKB-10), ključna su izvorišta informacija, na temelju kojih će logoped zaključiti radi li se kod određene osobe o mucanju.

Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema (MKB-10), koja se koristi u zdravstvenom sustavu u Hrvatskoj, daje smjernice za dijagnosticiranje mucanja, pri čemu navodi: "Govor je karakteriziran čestim ponavljanjem ili produljivanjem slogova ili riječi, ili pak čestim oklijevanjem ili stankama koje prekidaju ritmičnost govora. Mora biti klasificirano kao poremećaj samo ako mu je ozbiljnost takva da vidljivo prekida tijekom govora." (Hrvatsko javno zdravstvo, 2012).

Dijagnostički i statistički priručnik za mentalne poremećaje (DSM-5) u svojoj posljednjoj reviziji naziv dijagnoze "mucanje" mijenja u "poremećaj tečnosti govora s početkom u djetinjstvu". Kriteriji koje navodi opsežniji su i sveobuhvatniji od kriterija Međunarodne klasifikacije bolesti i srodnih zdravstvenih problema (MKB-10). Navode se 4 kriterija (American Psychiatric Association, 2013):

- A. Poremećena je normalna tečnost govora, što je u nesrazmjeru s dobi i jezičnim vještinama osobe, a traje tijekom duljeg vremena i karakterizirana je sljedećim obilježjima: ponavljanje glasova i slogova, produljivanje glasova, prekidi riječi, tj. pauze unutar riječi, čujne ili/i tihe blokade, cirkumlukucije, jaka tjelesna napetost tijekom govora, te ponavljanje jednosložnih riječi.
- B. Poremećena tečnost govora dovodi do anksioznosti u govornim situacijama ili/i ograničenosti u komunikaciji, društvenoj participaciji, poslu, obrazovanju.
- C. Početak simptoma se javlja u ranoj razvojnoj dobi.
- D. Poremećaj nije povezan s deficitima sensorike ili govorne motorike, neurološkim oštećenjima ili nekim drugim medicinskim stanjem, te ga se ne može bolje objasniti nekim drugim mentalnim poremećajem.

Za razliku od Međunarodne klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema (MKB-10), ovdje se kao sastavni dio kriterija navodi i psihološka komponenta, anksioznost, koja osobama koje mucaju može biti više ograničavajuća u svakodnevnom životu od samih mucajućih netečnosti, zbog čega je važno tijekom logopedске procjene prikupiti informacije i o tom aspektu mucanja, kako bi se osobama koje mucaju pružio odgovarajući tretman za ono što oni doživljavaju kao (glavni) problem.

Dakle, tijekom logopedске procjene bitno je uočiti vrste netečnosti, no u obzir trebamo uzeti i perspektivu osobe koja muca, te njene subjektivne doživljaje mucanja. Također, još je neke aspekte mucanja potrebno ispitati. Kako bismo dobili uvid u "širu sliku", Van Riper (1982; prema Ward, 2017) dodaje da je, osim evidentiranja postojanja mucajućih netečnosti, važno odrediti i težinu mucanja, pa je nužno u obzir uzeti i brži tempo govora, veću vokalnu napetost, češću prisutnost *šva* vokala, češće prekide zračne struje, zastoje fonacije, nagle prekide govora, mucajuće netečnosti koje traju dulje od 1 sekunde ili ih je više od 1 na 100 riječi itd., što govori u prilog većoj težini mucanja kod određene osobe koja muca. Osim toga, učestalost i trajanje mucajućih netečnosti također pružaju informaciju o težini, ali mogu dati informaciju i o subjektivnom dojmu mucanja.

Kako bi procjena težine mucanja bila valjana, potrebno je koristiti objektivan, valjan i pouzdan test. Instrument koji predstavlja *zlatni standard* u kliničkoj logopedskoj procjeni je Stuttering Severity Instrument for Children and Adults (SSI), a kojim se određuje težina mucanja. Trenutno se koristi njegovo 4. izdanje (2018), a težinu kategorizira u jako blago, blago, umjereno, teško i jako teško mucanje. Kategorija težine određuje se na temelju međuodnosa tri parametra: frekvencije, tj. postotka slogova na kojima je osoba imala mucajuće netečnosti, prosjeka trajanja tri najdulja mucajuća događaja i pojavi fizičkih konkomitanti, koje mogu biti iz kategorija ometajućih zvukova, pokreta glave, pokreta lica, te pokreta ekstremiteta (Riley, 1972).

Dijagnosticiranje mucanja, je, dakle, ustanoviti radi li se kod određenog djeteta ili odrasle osobe o poremećaju tečnosti govora - mucanju. Kriteriji se razlikuju ovisno o klasifikatoru, no zajedničke su im mucajuće netečnosti, koje su prisutne kod svake osobe koja muca. Sekundarne karakteristike ne moraju se pojaviti kod svakoga, no uz mnoštvo drugih parametara, mogu doprinijeti težini mucanja. Kako bi osoba primila odgovarajući tretman za svoje probleme, potrebno je učiniti opsežnu logopedsku procjenu, te prema potrebama započeti individualiziranu terapiju, koja, ukoliko osoba doživljava i psihološke simptome ili

su oni izraženiji od fizičkih, dogovoriti multidisciplinarnan, timski pristup poremećaju čiji će neizostavni stručnjaci biti logoped i psiholog/psihijatar.

1.1.3. Vrste mucanja kod djece

U dječjoj dobi razlikujemo normalnu netečnost, razvojno mucanje i neurogeno mucanje (Andrijolić i Leko Krhen, 2016). Nije rijetkost da se roditelji trogodišnjeg ili četverogodišnjeg djeteta jave u logopedski kabinet zato što njihovo dijete muca, ne znajući da se zapravo radi o normalnim netečnostima, tj. o fazi razvoja djetetovih govorno-jezičnih sposobnosti u kojoj se mogu pojaviti određene netečnosti u govoru, a koje će s vremenom nestati. No, kako bismo bili sigurni da se ipak ne radi o razvojnom, tj. početnom ("pravom") mucanju, bitno je pratiti razvoj tečnosti govora djeteta određeni vremenski period, te dakako, poznavati razlike između normalnih netečnosti i razvojnog mucanja.

Guitar i Conture (2013) navode da se početak normalnih netečnosti može pojaviti od 18 mjeseci do 7 godina. U dobi od 18 mjeseci do 3 godine ovakvo mucanje okarakterizirano je povremenim, kratkim ponavljanjima glasova, slogova ili jednosložnih riječi. Nakon 3. godine, takve vrste netečnosti postaju rjeđe, a dominira ponavljanje cijelih riječi i fraza, tj. nemucajućih netečnosti. Također, povremeno su prisutna oklijevanja i ubacivanja, te promjena inicijalno zamišljenog govornog iskaza promjenom riječi ili dijela rečenice (Stuttering Foundation of America; prema Prasse i Kikano, 2008). Ono što je bitno naglasiti kada govorimo o normalnim netečnostima, je činjenica da ovakvo mucanje nije konzistentno. Naime, ono može trajati neko vrijeme, pa ne biti prisutno mjesecima. Također, fluktuacije mogu biti vidljive i u toku jednog dana, budući da su netečnosti podložne stanjima kao što su umor, uzbuđenost, nervoza, razgovor o složenoj temi ili odgovaranje na pitanja (Guitar i Conture, 2013). Normalne netečnosti ne utječu značajno na govorni kontinuitet (Yairy i Seery, 2015), zbog čega ih dijete uglavnom nije ni svjesno, odnosno nema nikakvu reakciju na njih, pa tako izostaju poznate reakcije frustracije, srama, straha itd., koje su karakteristične za "pravo" mucanje. Ukoliko se takvim, normalnim netečnostima ne bude pridavala prevelika pažnja osvještavanjem povremenog netečnog govora, postoji velika šansa da će se normalne netečnosti same od sebe povući (Stuttering Foundation of America, prema Prasse i Kikano, 2008; Yairy i Ambrose, 2005; prema Langevin i sur., 2010). Kako navode Guitar i Conture (2013), bitno je napomenuti da djeca koja dožive normalne netečnosti u govoru prije 3 i pol

godine, imaju veće šanse da se te netečnosti povuku nego što je to slučaj kod djece kod koje su se netečnosti počele događati nakon 6. godine (iako se i dalje može raditi o normalnim netečnostima). Također, 75-80% sve djece koja dožive netečne govorne događaje, pokazat će napredak u govornoj tečnosti unutar 12 do 24 mjeseca i bez logopedске terapije, što je još jedan od razloga za smanjenje brige u ovom razdoblju.

Ukoliko se radi o razvojnom mucanju, u govornoj proizvodnji djeteta prevladavat će već spomenute mucajuće netečnosti: ponavljanje dijelova riječi (glasova i slogova, najčešće na početnoj poziciji u riječi) i jednosložnih riječi, produljivanje glasova, blokade i zastoji. Razvojno će se mucanje sigurno pojaviti prije 12. godine (Peters i Guitar, 1991; prema Ashurst i Wasson, 2011), a može se javiti i u razdoblju kada prevladavaju tipične normalne netečnosti u djetetovoj govornoj proizvodnji. Kako bismo bili sigurni da se radi o razvojnom mucanju, trebamo poznavati znakove za razlikovanje od normalnih netečnosti, a koje navode Yairy i Seery (2015). Naime, kod razvojnog mucanja prisutne su minimalno 3 do 4 mucajuće netečnosti na 100 slogova, odnosno riječi. Ponavljanja npr. slogova sadrže 3 ili više ponovljenih slogova za redom (npr. ku-ku-ku-kuća). Što se tiče produljivanja glasova, ona su dulja od 1 sekunde ukoliko se radi o razvojnom mucanju. Prisutne su i fizičke konkomitante - prisutno je povećanje fizičke napetosti, a kod početnog mucanja u 50% slučajeva vidljivi su napeti pokreti dijelova tijela, naročito glave, vrata i lica (Manning, 2010). Neizostavni dio su i ostale sekundarne karakteristike, kao što su pročišćavanje grla, zvučno udisanje, facijalne grimase, tikovi, skupljanje usnica, pretjerano treptanje, nekoordinirani pokreti čeljusti, izbjegavanje kontakta očima, gledanje u pod, nervozno lupkanje nogama itd. (Riley, 1972). Tipično su djeca (pogotovo školske dobi) s ovakvim mucanjem svjesna svojih govornih teškoća, zbog čega nerijetko izbjegavaju govoriti ili nastoje sakriti mucanje, zabrinuta su, frustrirana ili/i anksiozna, što govori u prilog postojanju negativnih stavova prema mucanju i utjecaju mucanja na njihov život (Manning, 2010). Također, važno je napomenuti da se klinička slika (tj. obilježja razvojnog mucanja), dakako, može mijenjati, ovisno o kakvoj se težini mucanja radi, te o učincima logopedске terapije, odnosno o tome perzistira li mucanje unatoč terapiji ili se pod utjecajem terapije smanjuje. U istraživanju iz 2007., Howell navodi se da u govoru djece, na čije mucanje logopedska terapija ima pozitivan učinak, broj mucajućih netečnosti smanjuje. Također, kod djece kronološke dobi od 12 godina i više, anksioznost i ostale psihološke reakcije na mucanje perzistiraju ukoliko perzistira i mucanje ili jača težina mucanja, no takvi subjektivni negativni učinci nisu pronađeni i kod djece čije se stanje uvelike popravilo, odnosno težina mucanja smanjila uslijed logopedске terapije.

Što se tiče neurogenog mucanja, ono je vrlo rijetko kod djece. Radi se o stečenom mucanju koje nastaje kao posljedica neurološke traume - oštećenja središnjeg ili perifernog živčanog sustava (Ashurst i Wasson, 2011). Najčešće se u etiologiji radi o moždanom udaru, traumatskoj ozljedi mozga ili tumoru (Ward, 2017). Iako češće pogađa odrasle osobe, i kod djece su zabilježena karakteristična govorna odstupanja koja pokazuju da se radi o neurogenom mucanju. Za početak, Ashurst i Wasson (2011) navode da je neurogeno mucanje relativno lako razlikovati od ostalih vrsta mucanja jer kod njega uglavnom nisu prisutne sekundarne karakteristike. Helm-Estabrooks (1999; prema Theys i sur., 2008) navodi 6 obilježja neurogenog mucanja:

- govorne netečnosti se javljaju na gramatičkim i sadržajnim riječima
- govorniku može smetati njegovo govorno stanje, ali ne čini se anksioznim zbog toga
- ponavljanja, produljivanja i blokade ne pojavljuju se samo na početnoj poziciji u riječi, već se mogu javiti na svim pozicijama
- sekundarne karakteristike (npr. treptanje, facijalne grimase itd.) nisu povezane s trenucima netečnog govora
- ne postoji adaptacijski učinak
- mucanje se relativno konzistentno javlja u raznim vrstama govornih zadataka

Budući da se radi o oštećenju neurološkog sustava, nije isključeno postojanje dodatnih, preklapajućih simptoma, zbog čega neurogeno mucanje treba razlikovati od motoričkih govornih poremećaja (dizartrija, apraksija), odnosno utvrditi njihovo koegzistiranje, kako bi se ispravno proveli specifični terapijski ciljevi (Peters, 2000).

1.1.4. Incidencija i prevalencija mucanja u dječjoj dobi

Ova dva termina, incidencija i prevalencija neke pojave, vrlo se često koriste kao istoznačnice, iako one to nisu. Dok nam incidencija govori o vjerojatnosti nastajanja novih slučajeva neke pojave u određenom vremenskom razdoblju, u ovom slučaju mucanja, prevalencija nam daje informaciju o tome koliko slučajeva mucanja postoji u određenom trenutku (Yairy i Seery, 2015). Podatak o incidenciji mucanja, odnosno postotku osoba koje su u jednom vremenskom intervalu svog života mucale, dobili su Andrews i Harris (1964;

prema Yairy i Seery, 2015) nakon 16-godišnjeg longitudinalnog istraživanja u kojem je sudjelovalo 1000 djece. Dobiven je podatak da je 45 djece u određenom trenutku u navedenih 16 godina mucalo, što znači da incidencija iznosi 4,5%. Prevalenciju mucanja, odnosno trenutni broj i postotak ljudi koji muca, izračunata je na kraju istraživanja, te je ona iznosila 1% (10 ljudi). Guitar (2014) navodi slične podatke, incidenciju od 5%, te prevalenciju od 1%.

Što se tiče prevalencije djece predškolske i školske dobi koja mucaju, podaci variraju od istraživanja do istraživanja, no nisu jako udaljeni jedni od drugih. Yairy i Ambrose (2005; prema Ward, 2017) govore o 2,43% predškolske djece. McKinnon i McLeod (2007) u svom istraživanju nalaze 0,33% školske djece koja mucaju. Yairy i Seery (2015) navode da muca 3,46% predškolske i 0,83% školske djece. Vidljivo je, osim varijacija u nalazima istraživača, da se prevalencija smanjuje u odnosu na kronološku dob. Yairy i Ambrose (1999; prema McKinnon i McLeod, 2007) navode da se u oko 80% djece koja počnu mucati, mucanje spontano povuče, te da se 50% tih slučajeva dogodi unutar godine dana nakon prve pojave netečnosti. Ovi podaci imaju klinički značaj, budući da i na temelju njih kliničari donose odluku o tome trebaju li uključiti neko dijete u logopedsku terapiju ili ne. Ovi podaci idu u prilog činjenici da direktna logopedska terapija nije neophodna ako se kod djeteta radi o normalnim netečnostima, no ukoliko postoje faktori rizika, kao što su pozitivna obiteljska anamneza na mucanje, tj. genetska predispozicija, muški spol, povećan broj mucajućih netečnosti u govornoj proizvodnji, koegzistirajući govorno-jezični problemi (Ward, 2013), tada je tu djecu uputno pojačano pratiti, te po potrebi uključiti u (direktnu) logopedsku terapiju.

1.1.5. Mucanje djece predškolske i školske dobi

Kod većine predškolske djece koja mucaju, početak netečnosti javlja se u vremenskom periodu između 2. i 5. godine, najčešće oko 3. godine (Yairy i Seery, 2015). Omjer spolova iznosi 2:1 = M:Ž, što znači da u ovoj dobi muca duplo više dječaka nego djevojčica (Ambrose i Yairy, 1999; prema Ward, 2017). Također, prevalencija mucanja je najveća za ovu dobnu skupinu djece. Najčešće se radi o normalnim netečnostima, a djeca uglavnom nisu svjesna da mucaju, zbog čega većina njih nije obuhvaćena direktnom logopedskom terapijom, ili je samo u praćenju. U svakom slučaju, potrebno je pratiti mijenjanje kliničke slike s vremenom, te pravodobno i na pravilan način, ako se pokaže da je potrebno, intervenirati.

Ukoliko mucanje potraje do i nastavi se u školskoj dobi, jasno je da je dijete bilo u onoj jednoj petini djece kod koje se mucanje nije spontano povuklo kao u preostale četiri, odnosno da se kod djeteta sada radi o "pravom" mucanju, koje zahtijeva obavezno praćenje i podršku. U ovoj su dobi prisutne tipične mucajuće netečnosti u govoru, no u cjelokupnu sliku se dodaju nove, psihološke, dimenzije. Dijete je svjesno toga da muca, te mu je ta spoznaja nerijetko otegotna okolnost u životu. Društvena okolina sve više igra ulogu u životu djeteta, zbog čega ono može biti osjetljivije imajući na umu svoju različitost, te stvoriti negativno mišljenje o sebi (Yairy i Seery, 2015). U školskoj dobi uputno je, osim logopedske, djetetu omogućiti i psihološku podršku, budući da su u toj dobi emocionalne reakcije na mucanje, poput frustracije, srama, anksioznosti itd. značajne (Yairy i Seery, 2015), te njihov utjecaj na dijete koje muca može ostaviti velike negativne posljedice. Također, značajan utjecaj na dijete ostavlja način na koji se okolina ophodi prema njemu, pogotovo u kasnijim razredima osnovne škole, kada ono može biti negativno percipirano, zadirkivano, zlostavljano i socijalno isključeno od vršnjaka (Langevin i sur., 2010). U takvom scenariju, lako se uočava kako destruktivno psihički problemi mogu djelovati na dijete koje muca, jer se u svakodnevnom životu mora nositi ne samo sa svojim mucanjem, već i s negativnim reakcijama svoje okoline (Ward, 2017). Mucanje, primarno govorni poremećaj, u ovoj dobi postaje nekoliko puta veći, te drukčiji s obzirom na svoje emocionalne, socijalne i obrazovne komponente (Yairy i Seery, 2015). Budući da su ljudi društvena bića, nemoguće je biti dio društva i izbjeći biti ranjen u društvenim odnosima, radilo se o osobama koji mucaju ili ne. Baš zato, malo je vjerojatno i da spomenute negativne posljedice neće ostaviti trag na kvaliteti života djece koja mucaju, te također kvaliteti života njihove obitelji, pri čemu je posebno važno istaknuti roditelje, ljude koji najviše žele dobro svojoj djeci, a ona doživljavaju upravo suprotno.

Međutim, bitno je također napomenuti da sve navedeno ne predstavlja i nije reprezentativno za svu djecu školske dobi koja mucaju, niti za sve roditelje. Mnoga djeca koja mucaju dobro se ili odlično snalaze u školi, socijalnim interakcijama i odnosima, te im mucanje predstavlja malu ili nikakvu barijeru u ispunjavanju vlastitih potencijala (Ward, 2017).

1.2. KVALITETA ŽIVOTA

1.2.1. O konceptu kvalitete života

Kvaliteta života koncept je kojem se u novije vrijeme pridaje sve više pozornosti, te biva predmetom istraživanja mnogih znanstvenih polja, kao što su sociologija, filozofija, ali i psihologija, medicina i zdravstvena zaštita (Vuletić i Misajon, 2011). Baš kao što je i u slučaju mucanja, zahvaljujući mnogim i raznim perspektivama znanstvenih polja koja se ovim konceptom bave, danas postoji mnogo definicija, teorija i modela kvalitete života.

Govoreći o kvaliteti života, najčešće se misli na subjektivnu kvalitetu života, tj. subjektivan doživljaj dobrobiti (eng. well-being) u vlastitom životu. Iako se danas ta dva termina uglavnom koriste kao sinonimi, važno je navesti da postoji i objektivni pristup kvaliteti života. Takav pristup govori o pretpostavljenim vanjskim čimbenicima koji su indikatori za pretpostavljenu dobru kvalitetu života. Kaliterna Lipovčan, Burušić i Tadić (2012) među takve faktore ubrajaju: materijalno stanje, radni status, BDP države, stanje okoliša, stupanj demokratičnosti u društvu, stanje zdravstvene zaštite, različite događaje (npr. rat), itd. Nije upitno da je kvaliteta života ljudi u zemljama koje imaju visok BDP, nisu pogođene ratom, te imaju visok stupanj demokratičnosti u društvu, viša nego kod ljudi iz zemalja u kojima su ti čimbenici upravo suprotni. No, danas znamo da na temelju objektivnih pokazatelja ne možemo reći mnogo o kvaliteti života pojedinca, budući da na nju utječe puno više čimbenika od ovdje nabrojanih. Objektivni faktori ne predstavljaju dovoljno dobre pokazatelje subjektivnog doživljaja kvalitete života, jer objašnjavaju relativno mali postotak varijance subjektivne dobrobiti (Diner, Oishi, Lucas, 2003; prema Kaliterna Lipovčan i sur., 2012). Želimo li znati kako pojedinac doživljava svoju kvalitetu života, morat ćemo ispitati njegov doživljaj tih objektivnih okolnosti, a ne donositi zaključke o tome samo na temelju njegovog radnog statusa ili stanju okoliša u zemlji. S obzirom na navedeno, subjektivna kvaliteta života usko je povezana sa subjektivnim blagostanjem, koju, između ostalih, čine kognitivna komponenta - zadovoljstvo životom, te emotivna komponenta - sreća (Vuletić i Misajon, 2011). Budući da je subjektivna kvaliteta života u fokusu ovoga rada, te da se navedeni pojam često i u literaturi poistovjećuje s pojmom "kvaliteta života", nadalje će se spominjati samo potonji pojam.

Svjetska zdravstvena organizacija (WHO) kvalitetu života definira kao percepciju pojedinca o vlastitoj poziciji u životu, u kontekstu kulture i sustava vrijednosti unutar kojega živi, te u odnosu na vlastite ciljeve, očekivanja, standarde i interese. Navodi se da se radi o širokom konceptu na koji utječu fizičko zdravlje, psihološko stanje, osobna vjerovanja, društveni odnosi. Dakle, bitno obilježje kvalitete života je multidimenzionalnost. Ovisno o predmetu interesa, dimenzije koje utječu na naše zadovoljstvo životom mogu biti razne. Theofilou (2013) navodi segmente svakodnevnog života, kao što su obitelj, zdravlje, posao, slobodno vrijeme itd., koji mogu biti narušeni, a u Tablici 1. su prikazane i ostale subjektivne komponente zadovoljstva.

Tablica 1. Komponente subjektivnog zadovoljstva (eng. well-being), Theofilou (2013).

Ugodni osjećaji	Neugodni osjećaji	Zadovoljstvo životom	Domena zadovoljstva
<ul style="list-style-type: none"> • radost • ushit • zadovoljstvo • ponos • privrženost • sreća • ekstaza 	<ul style="list-style-type: none"> • krivnja i sram • tuga • anksioznost i briga • ljutnja • stres • depresivnost • zavist 	<ul style="list-style-type: none"> • želja za promjenom u životu • zadovoljstvo trenutnim životom • zadovoljstvo prošlošću • zadovoljstvo budućnošću • važnost pogleda drugih ljudi na moj život 	<ul style="list-style-type: none"> • posao • obitelj • slobodno vrijeme • zdravlje • financije • zadovoljstvo sobom • zajednica

1.2.2. Procjena kvalitete života

Danas je dostupno nebrojeno mnogo instrumenata koji ispituju kvalitetu života u raznim životnim područjima, no moguće ih je uvrstiti u samo dvije kategorije - opće i specifične. Opći instrumenti koriste se u svrhu ispitivanja kvalitete života opće populacije i mogu se primijeniti u mnogo različitih situacija, dok specifični instrumenti služe za mjerenje kvalitete života specifičnog dijela populacije. Važno je istaknuti da opći instrumenti nisu najtočnija mjera kvalitete života kod specifične populacije iz razloga što postoji diskrepanca u procjeni

kvalitete života između specifičnih grupa ljudi (npr. oboljeli od rijetkih bolesti) i opće populacije, te čestotnost upotrebe nekog instrumenta ne podrazumijeva nužno i njegovu prikladnost korištenja kod određene populacije (Ubel i sur., 2003; prema Theofilou, 2013).

Najčešće korišteni instrumenti za ispitivanje kvalitete života su opći, a u kontekstu domene zdravlja, oni nama najbliži su World Health Organisation Quality of Life (WHOQOL), Health related Quality of Life (HRQOL), te 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36; Ware i Sherbourne, 1992).

Koji instrument je prikladno koristiti, ovisi o razlozima mjerenja i predmetu interesa koji se želi ispitati (Theofilou, 2013). Kao što je rečeno, mnogo općih instrumenata razvijeno je do sada, što nije slučaj i sa specifičnima. Iako postoje standardni specifični instrumenti koji se sada već uobičajeno koriste kod određenih skupina ljudi, mnogi specifični testovi neće biti prikladni za npr. ljude iz drugih kultura, zbog čega ih je potrebno konstantno prilagođavati potrebama. Za mnoga područja testovi o kvaliteti života ni ne postoje, dakle potrebno ih je tek razviti. U području logopedije, odnosno mucanja, postoji tek nekoliko upitnika koji su produkt istraživača koji su se zadnjih godina zainteresirali za nešto dublje istraživanje utjecaja mucanja na osobe koje mucaju, odnosno njihovu društvenu okolinu. Da bi nam kao logopedima kliničarima takvi upitnici, tj. instrumenti koji mjere kvalitetu života u području mucanja bili itekako korisni, govori činjenica da nude jako dobar uvid u evaluaciju (logopedске) terapije (Theofilou, 2013), te pružaju priliku za dublje upoznavanje perspektive osobe čiju kvalitetu života mjerimo. U konačnici, samo zanimanje za aspekt zadovoljstva životom, tj. kvalitete života može doprinijeti čvršćoj i boljoj vezi između logopeda i osobe koja muca, odnosno njezine obitelji, te rezultirati napretkom u terapiji.

1.2.3. Dosadašnja saznanja o kvaliteti života roditelja čija djeca mucaju

Trenutno ne postoji niti jedno istraživanje koje procjenjuje kvalitetu života roditelja djece koja mucaju, te je također relativno malo poznatih i utvrđenih informacija o utjecaju koji mucanje djeteta ostavlja na njegove roditelje (Langevin i sur., 2010). Iako ne postoji test procjene kvalitete života ni za samu djecu koja mucaju, postoje razvijeni standardizirani testovi koji evaluiraju utjecaj mucanja na njihove društvene aktivnosti i društveno sudjelovanje, percepciju sebe kao komunikatora, te bihevioralne i afektivne reakcije na

mucanje (Millard i Davis, 2016). Među njima su Communication Attitude Test (Brutten i Vanryckeghem, 1992), njegova verzija za predškolsku djecu KiddyCAT, te Overall Assessment of the Speaker's Experience of Stuttering (OASES; Yaruss i Quesal, 2006), u verziji za djecu i adolescente. Koristeći ove instrumente u kliničkoj praksi, možemo dobiti jasan uvid u djetetovu percepciju mucanja, te njegov utjecaj na dijete (Millard i Davis, 2016). Kao kliničarima, takve informacije su nam od velike važnosti.

No, kako nalaze Plexico i Burrus (2012), posljedice poremećaja govora proširuju se dalje od djeteta koje muca, jer ono ostavlja emocionalne, bihevioralne i kognitivne posljedice i na roditelje, braću i sestre. Budući da dostupan broj istraživanja pokazuje postojanje (negativnih) posljedica mucanja djeteta na njegovu obitelj, odnosno roditelje, sigurno je da se takav utjecaj odražava i na kvalitetu njihovog života. Neupitno je, u svakom slučaju, da imati dijete koje muca znači imati izazovnu svakodnevicu, koja zahtijeva povećanu pažnju, napor i strpljenje (Plexico i Burrus, 2012). Kako navodi Cummins (2010), ovisno o jačini problema i karakternih obilježja osobe, kvaliteta života pojedinca može biti negativno pogođena, te dok se neki roditelji dobro nose s napetošću, drugi doživljavaju negativne posljedice koje im se mogu odraziti na zdravlje (Tarkowski, Humeniuk i Dunaj, 2012; prema Humeniuk i Tarkowski, 2016).

Budući da roditelji pružaju treću perspektivu mucanju, uz perspektivu djeteta i kliničara, kritičan su izvor informacija, pogotovo o izvankliničkim situacijama i značajnosti terapeutova djelovanja. Također, pružaju uvid u djetetove bihevioralne i afektivne reakcije na mucanje izvan kliničkog konteksta (Millard i Davis, 2016). Nerijetko su roditelji ključna karika u terapiji (Costelloe i sur., 2015), odnosno glavni provoditelji iste (npr. The Lidcombe Program), zbog čega je prepoznat njihov veliki značaj za klinički rad. Dakle, roditeljske potrebe i brige uputno je adresirati jednako kao i potrebe i brige djeteta (Plexico i Burrus, 2012).

Iz navedenih razloga, kao kliničarima bi nam njihova perspektiva i doživljavanje djetetova mucanja trebale biti od velike važnosti. To su prepoznali Millard i Davis (2009; prema Millard i Davis, 2016) osmislivši instrument "The Palin Parent Rating Scales", te podskalu "The Parent Rating Scales - Version 1" (PRS-V1) koja mjeri učinkovitost terapije iz perspektive roditelja. Osim njih, tek je dodatna nekolicina istraživača do sada ispitala utjecaj mucanja djeteta na njegove roditelje i stvorilo upitnike procjene za njih. Dakako, ti upitnici nisu standardizirani, a kod većine su podaci o valjanosti i pouzdanosti nepoznati, zbog čega i

sami autori zaključuju je to područje potrebno detaljnije istražiti, te utvrditi psihometrijske karakteristike upitnika. Također, teško je na temelju nalaza pojedinog istraživanja donositi zaključke za sve roditelje djece koja mucaju. Uz to, treba napomenuti i postojanje određenog broja kontradiktornih nalaza istraživanja. Langevin i sur. (2010) proveli su kvantitativno-kvalitativno istraživanje o utjecaju mucanja na dijete i utjecaju mucanja na roditelje pomoću kreiranog upitnika "The Impact of Stuttering on Preschool Children and Parents" (ISPP). Koncept kvalitete života roditelji (N=77) su spomenuli u kvalitativnom dijelu upitnika navodeći primjere posljedica kakve mucanje ostavlja na kvalitetu života njih i njihove djece. Nadalje, Humeniuk i Tarkowski (2016) kreirali su upitnik "The Reaction to Speech Disfluency Scale" (RSDS) koji ispituje reakcije roditelja (N=46) na mucanje njihova djeteta, te strategije koje koriste u nošenju sa stresom. Tu je još i kvalitativno-kvantitativno istraživanje o stavovima roditelja (N=69) prema mucanju i terapiji autora Costelloe, Davis i Cavenagh (2015) koje je provedeno stvorenim upitnikom "Parental Attitudes and Beliefs about Stammering".

Mnogi autori u spomenutim istraživanjima navode emocionalne reakcije roditelja na mucanje njihova djeteta, odnosno posljedice koje ono ostavlja na njih, kao što su zabrinutost, frustriranost, bespomoćnost, napetost (Plexico i Burrus, 2012), koje su zapravo tipične, uobičajene reakcije roditelja djece s teškoćama (Millard i Davis, 2016). Langevin i sur. (2010) nadopunjuju niz spominjući osjećaje nesigurnosti, tuge, ljutnje, razočaranja, krivnje. Plexico i Burrus (2012) proveli su kvalitativno istraživanje s ciljem prikupljanja podataka o tome kako se roditelji djece koja mucaju nose sa stresom. Posebno se istaknuo osjećaj neizvjesnosti zbog varijabilnosti i složenosti mucanja, te nesigurnosti u mogućnost nošenja s promjenama, što je veliki čimbenik roditeljskog stresa. Budući da je neizvjesno trajanje nošenja sa situacijama koje mucanje njihovog djeteta nose, roditelji su se osjećali preopterećeno, iscrpljeno i tužno.

Iako literatura govori o širokom rasponu afektivne komponente utjecaja mucanja djeteta na njegove roditelje, jedan se pojam spominje malo češće od ostalih - anksioznost roditelja. Douglas (2005; prema Millard i Davis, 2016) spominje postojanje negativnih posljedica anksioznosti, te govori da se povećana roditeljska anksioznost može prenijeti na dijete koja muca, što može imati dugoročne implikacije na djetetove reakcije na mucanje i razvoj problema u vezi s time. Millard i Davis (2016) dodaju da roditeljska anksioznost može biti indikator pozadinskih problema koji su veći od evidentnih u klinici. Humeniuk i Tarkowski (2016) navode da slušanje netečnog govora može biti vrlo stresno za slušatelje, a najčešći

slušatelji takvog govora su upravo roditelji djece koja mucaju, zbog čega mogu biti pojačano anksiozni dok slušaju dijete kako muca.

Ponašanje roditelja također može biti promijenjeno. Millard i Davis (2016) navode da kombinacija kognitivne (roditelji žele pomoći svom djetetu i žele im samo najbolje) i emocionalne komponente (negativne emocije) dovodi do bihevioralnih ishoda - promjene reakcije na i interakcije s djetetom koje muca. Dakle, vidljivo je da su te tri dimenzije povezane i jedna uglavnom vodi do druge, te se međusobno pozitivno potkrepljuju. Meyers i Freeman, 1985; prema Humeniuk i Tarkowski, 2016) navode da kronična govorna netečnost utječe na reakcije roditelja prema djetetu koje muca, te da roditelji češće prekidaju svoju djecu dok govore jer pokazuju veću razinu anksioznosti od roditelja čija djeca ne mucaju. Zanimljivo je da se netečnosti smanjuju kod djece čije majke ne mijenjaju interakciju s njima, kako je pokazalo istraživanje Kloth, Kraaimaat, Janssen i Brutton (1999; prema Humeniuk i Tarkowski, 2016). Dakle, mucanje može biti okidač za određene reakcije roditelja prema djetetu, što može rezultirati povećanjem njegove govorne netečnosti. S druge strane, u istraživanju koje su proveli Langevin i sur. (2010), roditelji djece koja mucaju najčešće su strpljivo čekali da dijete završi svoj govorni iskaz i savjetovali im da govore malo mirnije, sporije, te da uzmu duboki udah. Rijetko završavaju njihove rečenice i ne izbjegavaju situacije koje mogu potaknuti mucanje. Navedeno govori u prilog tome da reakcije roditelja na mucanje njihova djeteta mogu znatno utjecati i na terapiju mucanja. Nije rijetkost da se roditeljima preporučuje izbjegavanje negativnih reakcija, pogotovo ukoliko se radi o periodu normalnih netečnosti gdje najviše rezultata donosi indirektni pristup, kojim se smanjuje mogućnost da dijete postane svjesno svojih netečnosti i razvije dodatne teškoće. Važnost reakcija također je vidljiva u direktnim (bihevioralnim) terapijama, u kojem roditelji igraju bitnu, ponekad i glavnu ulogu (Humeniuk i Tarkowski, 2016).

Kada govorimo o kognitivnoj komponenti, Humeniuk i Tarkowski (2016) u svojem kvantitativnom istraživanju nalaze kognitivne reakcije roditelja na mucanje njihova djeteta izraženijima od emocionalnih i bihevioralnih. Navode sljedeće rezultate: roditelji su zabrinuti za djetetov razvoj i njegovu budućnost, no iako neupitno vole svoje dijete, s vremenom im sve više nedostaje strpljenja, prihvaćanja, razumijevanja, te volje za provođenjem zajedničkog vremena. Roditelji smatraju da je mucanje ozbiljan problem, ali se nadaju da će se riješiti sam od sebe, te da nije potrebno žuriti s konzultiranjem specijalista. Također, navode da su svjesni toga da im nedostaje znanja o mucanju (uzrocima, terapiji, daljnjem razvoju mucanja). Costelloe i sur. (2015) u svojem istraživanju nalaze da su roditelji najviše zabrinuti oko

djetetove budućnosti, no iskazali su zabrinutost i oko zadirkivanja i maltretiranja njihove djece zbog mucanja. Također, smatraju da mucanje utječe na samopouzdanje i osjećaj pripadnosti njihova djeteta.

Što se tiče različitosti percepcije i utjecaja mucanja na majke i očeve, Mugno i sur. (2007; prema Millard i Davis, 2016) navode da se utjecaj činjenice da imaju dijete s teškoćama može razlikovati od roditelja do roditelja, pa tako i između očeva i majki. U već spomenutom istraživanju Humeniuk i Tarkowski (2016), kognitivne, emocionalne i bihevioralne reakcije bile su jače izražene kod majki u odnosu na njihove sinove, te kod očeva u odnosu na njihove kćeri. Također, navode i različito suočavanje sa stresom. Naime, dok su očevi više usmjereni na zadatak (eng. task-oriented coping; *Fokusiram se na problem i razmišljam o mogućim rješenjima. Postavljam smjer i svojim akcijama ga pratim.*), majke se manje suočavaju sa stresom, tj. izbjegavaju ga (eng. avoidance-oriented coping, *Posjetit ću prijatelja/prijateljicu. Idem u šetnju.*). Zaključuje se da su očevi proaktivni i rade na mijenjaju situacije, a majke izbjegavaju razmišljati o takvim situacijama, osjećati i doživljavati ih. S obzirom na ovakve nalaze, autori ih i interpretiraju sa zaključkom da majkama mucanje djeteta predstavlja veći stresor nego očevima, dok očevi mucanje djeteta ne smatraju nužno problemom.

Većina do sada spomenutih znanstvenih članaka navodi da su djeca roditelja koji su sudjelovali u istraživanjima određeno vrijeme išla ili idu na logopedsku terapiju. Costelloe i sur. (2015) navode da se većina roditelja izjasnila da su zadovoljni terapijom i da vide pozitivne promjene u govornoj tečnosti svoje djece. Naglašava se pozitivan roditeljski stav na vlastitu uključenost u terapiju, te autori navode kako je logopedska terapija korisna roditeljima, čak i ako dijete ne napreduje u njoj. S obzirom na već spomenute argumente o važnosti roditeljske uključenosti u procese terapije, ovi autori zaključuju da bi terapija trebala biti podrška kako djetetu, tako i njihovim roditeljima. Mallard (1998., prema Hughes i sur., 2011) navodi da 82% obitelji koje su bile uključene u program terapije mucanja (eng. stuttering management program) nisu trebale daljnju terapiju za mucanje, te Hughes i sur. (2011) zaključuju da je uključivanje roditelja u terapiju mucanja korisno kako djeci, tako i samim roditeljima.

S obzirom na sve navedene dobrobiti uključenosti roditelja u proces terapije, te na količinu i širinu komponenti koje mogu utjecati na njihovu kvalitetu života, u budućnosti bi logopedska terapija svakako više trebala prihvatiti značaj roditeljske uloge, a uputno je terapiju provoditi timski, pri čemu bi uz logopeda, obavezan član trebao biti i psiholog.

2. PROBLEM ISTRAŽIVANJA

2.1. CILJ I PROBLEM ISTRAŽIVANJA

Cilj ovog diplomskog rada je ispitati kakva je kvaliteta života roditelja djece predškolske i školske dobi koja mucaju, te utvrditi postoje li razlike u samoprocijenjenoj kvaliteti života između roditelja djece predškolske i roditelja djece školske dobi, razlikuje li se ona ovisno o jakosti mucanja, te naposljetku postoje li razlike između očeva i majki. Obilježje problema ovog istraživanja je relativno mala i klinički nedovoljna istraženost područja kvalitete života roditelja čije dijete ima poremećaj tečnosti govora - mucanje, zbog čega se ovim istraživanjem žele utvrditi dosadašnje spoznaje o ovoj temi i ispitati potencijalne relevantne implikacije na klinički rad logopeda s osobama koje mucaju i njihovim roditeljima.

2.2. HIPOTEZE

S obzirom na navedene ciljeve ovog istraživanja, hipoteze su sljedeće:

H1: Postojat će statistički značajna razlika u kvaliteti života između roditelja predškolske i roditelja školske djece koja mucaju.

H2: Kvaliteta života roditelja statistički će se značajno razlikovati ovisno o jakosti mucanja njihove djece.

H3: Postojat će statistički značajna razlika u kvaliteti života između majki i očeva.

3. METODE ISTRAŽIVANJA

3.1. UZORAK ISPITANIKA

U ovom istraživanju sudjelovalo je 24 roditelja predškolske i školske djece koja mucaju, koji su u istraživanje uključeni metodom neprobabilističkog namjernog uzorkovanja. No, budući da je dvoje roditelja kao dob djeteta navelo 17 i 21 godinu, njihovi odgovori nisu uzeti u obzir jer su se istraživanjem htjeli prikupiti podaci o kvaliteti života roditelja djece isključivo predškolske i osnovnoškolske dobi.

Ispitivani uzorak na kraju uključuje 22 roditelja, 15 ženskih (68,2%), te 7 muških ispitanika (31,8%). Raspon dobi majki iznosi od 32 do 43 godine ($M=36,67$; $SD=3,15$), a očeva od 37 do 58 godina ($M=41,43$; $SD=7,591$). Što se tiče obrazovanja, 40% majki je završilo srednju školu, 40% ih ima visoku stručnu spremu, a u ostalih 20% su majke sa završenim osnovnoškolskim obrazovanjem, majke s višom stručnom spremom, te majke koje su magistricе, odnosno doktorice znanosti. Očevi su svrstani u 3 kategorije završenog obrazovanja - 42,8% očeva ima srednju stručnu spremu, 28,6% višu stručnu spremu, te su 28,6% očeva magistri ili doktori znanosti. Što se tiče partnerskog statusa roditelja, svi očeви su oženjeni, 14 majki (93,3%) je udano, te je jedna majka (6,7%) udovica. Nadalje, 6 od 7 očeva je zaposleno (85,7%), dok jedan otac nije (14,3%). Zaposleno je 80% ($N=12$), a nije zaposleno 20% ($N=3$) majki.

Ispitanici su roditelji 22 djece, 13 dječaka (59,1%) i 9 djevojčica (40,9%) koje mucaju. Djece vrtićke dobi je 10 (45,5%), od čega su 3 djevojčice (30%) i 7 dječaka (70%), a školske 12 (54,5%), od kojih je 6 dječaka (50%) i 6 djevojčica (50%). Kronološka dob djece vrtićke dobi u rasponu je od 3;03 do 5;08 godina ($M=4,06$; $SD=0,67$), a školske dobi u rasponu od 6;10 do 13 godina ($M=9,05$; $SD=2,31$). Što se tiče redoslijeda rođenja djece, 27,3% djece je prvorođeno ($N=6$), 31,8% djece je drugo rođeno ($N=7$), 18,2% djece je trećerođeno ($N=4$), dok je 22,7% djece jedino dijete u obitelji ($N=5$). Raspon dobi početka mucanja se kreće u rasponu od 2,03 godine do 8,03 godine, pri čemu je većina djece počela mucati u predškolskoj dobi ($N=20$; 90,9%), a samo 2 djece u školskoj dobi (9,1%).

Nadalje, prema navodima roditelja, najviše djece nema i koegzistirajuće teškoće s glasom, govorom, jezikom i komunikacijom ($N=14$; 63,5%), dok 5 roditelja (22,7%) navodi da su te

teškoće uz mucanje također prisutne kod njihove djece. Kao nesigurnima oko tog pitanja izjasnilo se 3 roditelja (13,5%). Sedmero djece (31,8%) išlo je na logopedsku terapiju, a 15 djece (68,2%) ju trenutno polazi. Za većinu djece, njih 14 (63,6%) roditelji navode da nemaju osobe u užoj ili široj okolini koje također mucaju, dok to je slučaj za 7 djece (31,8%). Roditelj jednog djeteta (4,5%) se izjasnio da nije siguran. Roditelji su također odredili jakost mucanja svojeg djeteta, jer literatura govori da roditelji u velikom postotku zapravo postavljaju odgovarajuću "dijagnozu" djetetu koje muca (Manning, 2010). Jedan roditelj (4,5%) ima dijete čije je mucanje procijenjeno kao vrlo blago. Kod djece 10 roditelja (45,5%) radi se o blagom mucanju. Mucanje umjerene jakosti prisutno je kod 8 djece (36,4%), a kod troje djece se radi o teškom mucanju (13,6%). Nijedan roditelj mucanje svojeg djeteta nije okarakterizirao vrlo teškim. Također, roditelje se pitalo o svjesnosti mucanja kod njihove djece, pa se tako 17 roditelja (77,3%) izjasnilo da je njihovo dijete svjesno svojeg mucanja, dvoje roditelja da je njihovo dijete nesvjesno mucanja (9,1%), dok troje roditelja (13,6%) nije sigurno je li njihovo dijete svjesno svojeg mucanja ili nije. Naposljetku se od roditelja tražilo da procijene predstavlja li njihovom djetetu mucanje problem, odnosno prepreku u životu, te se 4 roditelja (18,2%) izjasnilo da je tome tako, 13 roditelja (59,1%) smatra da djetetu mucanje nije problem, a 5 roditelja (22,7%) nije sigurno.

3.2. MJERNI INSTRUMENT

Za potrebe ovog diplomskog rada, u konzultaciji s dostupnom literaturom (Millard i Davis, 2016; Plexico i Burrus, 2012; Langevin i sur., 2010; Costelloe i sur., 2015; Humeniuk i Tarkowski, 2016) kreiran je *Upitnik za samoprocjenu kvalitete života roditelja djece koja mucaju* (Prilog). Upitnik je sačinjen od nekoliko dijelova. Prvi dio upitnika odnosi se na pitanja kojima su se prikupile informacije o socio-demografskim obilježjima ispitanika i njihove djece, te sadrži 16 pitanja. Drugi dio upitnika predstavljen je popisom 20 emocionalnih stanja u kojem se od roditelja tražilo da označe koja se od navedenih odnose na njih, s obzirom na činjenicu da njihovo dijete muca. Sljedeći, treći dio upitnika sadrži 18 pitanja o zadovoljstvu, odnosno opterećenosti u životu u odnosu na djetetovo mucanje, a na koja je bilo potrebno na Likertovoj skali označiti odgovor od 1 do 5, pri čemu je 1 predstavljao odgovor *nimalo*, 2 - *malo*, 3 - *umjereno*, 4 - *jako*, te 5 - *vrlo jako*. U četvrtom dijelu upitnika od roditelja se tražilo da odrede stupanj vlastite kvalitete života u odnosu na

činjenicu da njihovo dijete muca, a odgovori su na Likertovoj skali značili sljedeće: 1 - *vrlo loša*, 2 - *loša*, 3 - *prihvatljiva*, 4 - *dobra*, 5 - *odlična*. Peti dio upitnika tvorile su tvrdnje o utjecaju mucanja njihova djeteta na njihov život (pri čemu je većina pitanja iz kognitivne perspektive, te nešto iz bihevioralne), na kojoj se roditelji s tvrdnjom: 1 - *uopće ne slažu*, 2 - *djelomično ne slažu*, 3 - *niti slažu niti ne slažu*, 4 - *djelomično slažu* i 5 - *u potpunosti slažu*. Posljednji dio upitnika bio je neobavezan, a u njemu su roditelji bili potaknuti da napišu bilo kakav komentar ili životno iskustvo, ukoliko su nakon odgovaranja na pitanja to željeli učiniti.

3.3. NAČIN PROVOĐENJA ISTRAŽIVANJA

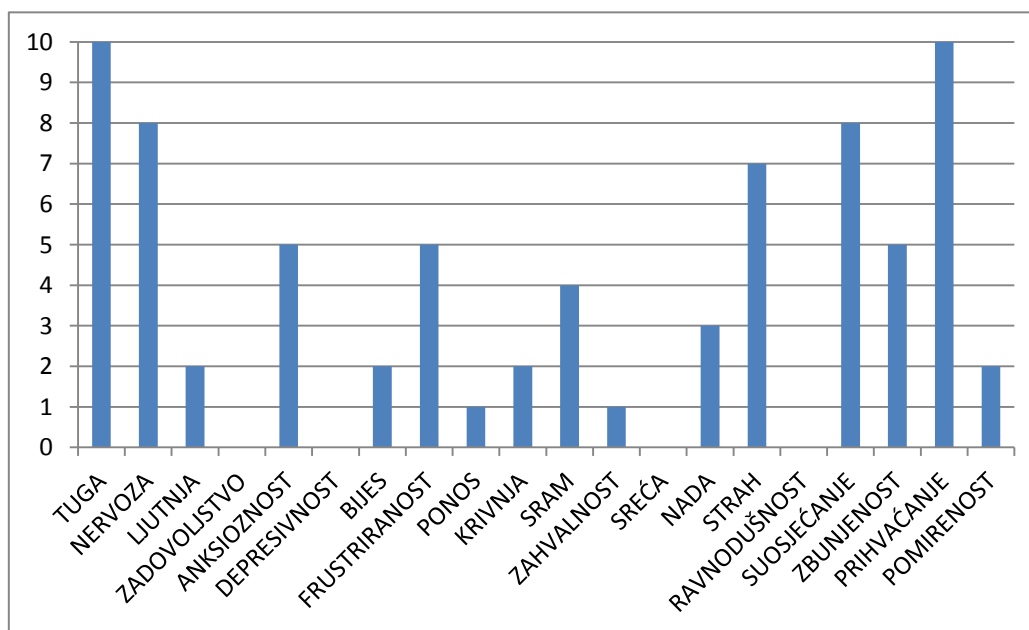
Ovo istraživanje provedeno je ispunjavanjem "online" *Upitnika za samoprocjenu kvalitete života roditelja djece koja mucaju*. Upitnik je poslan roditeljima djece koja mucaju, te ukoliko su ga, nakon čitanja informiranog pristanka u kojem im je objašnjen cilj istraživanja i zajamčena anonimnost i dobrovoljnost sudjelovanja, odlučili ispuniti, za to im je bilo potrebno oko 10 minuta. Upitnici su prosljeđeni roditeljima iz raznih dijelova Hrvatske, a u dijeljenju upitnika pomogli su logopedi zaposleni u različitim ustanovama, koji su radili ili rade logopedsku terapiju s djecom koja mucaju.

3.4. METODE OBRADE PODATAKA

Kako bi se ustanovile razlike u roditeljskoj kvaliteti života, ovisno o spolu, jakosti mucanja i dobi njihovog djeteta, korištena je kvantitativna obrada podataka. Budući da je u istraživanju sudjelovao relativno mali broj ispitanika (N=22), te su ispitivane varijable bile nominalne i ordinalne, korišteni su testovi neparametrijske statistike: Mann-Whitney U test (za razliku ovisno o spolu roditelja i dobi njihovog djeteta) i Kruskal-Wallis test (za razliku ovisno o jakosti mucanja djeteta). Također, izračunata je deskriptivna analiza podataka. Prikupljeni rezultati upitnika obrađeni su programom za statističku obradu IBM SPSS Statistics 21. Podaci su organizirani unutar grafičkih prikaza i tablica, a bit će prikazani prema redosljedu, odnosno dijelovima *Upitnika za samoprocjenu kvalitete života roditelja djece koja mucaju*.

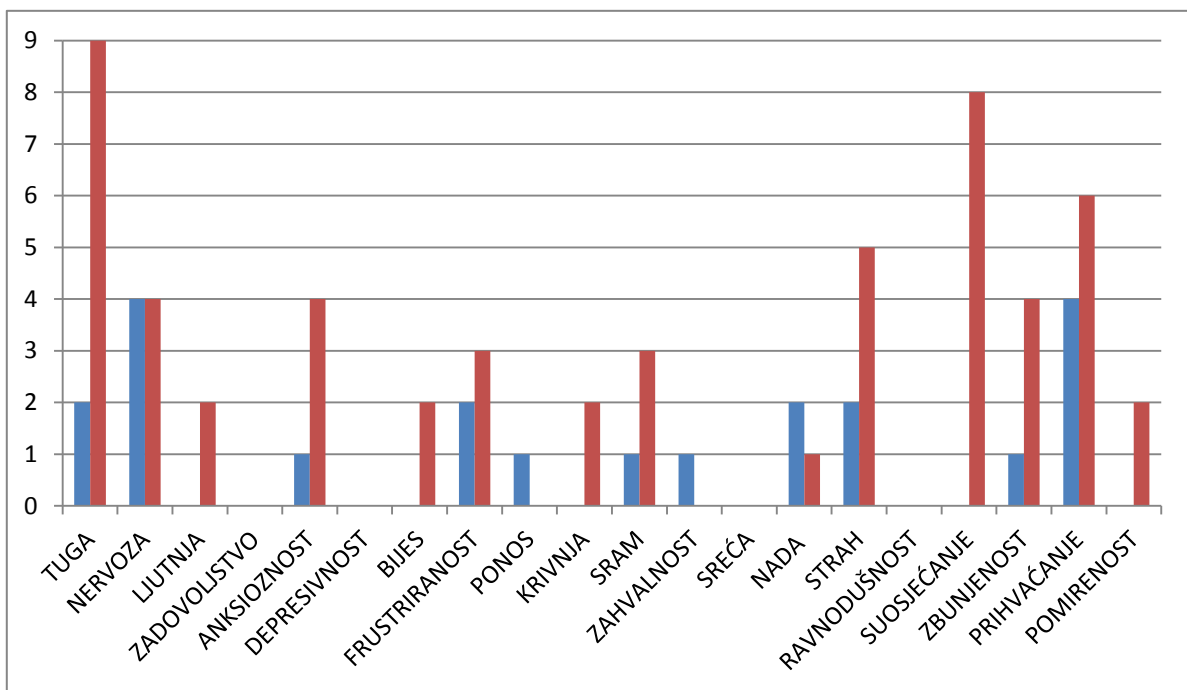
4. REZULTATI ISTRAŽIVANJA I RASPRAVA

U prvom dijelu upitnika nakon pitanja o socio-demografskim podacima roditelja ispituju se emocionalna stanja, odnosno reakcije na djetetovo mucanje. Svaki roditelj označio je koja se emocionalna stanja odnose na njega, pa je tako na Slici 1. vidljivo da je najčešće označena *tuga*, koju osjeća 11 roditelja (50%). Nadalje, u spektru negativnih afektivnih stanja najveću čestotnost uz tugu imaju *nervoza* (36,36%), *strah* (31,8%), te *anksioznost*, *frustriranost* i *zbunjenost* (22,7%). Malo roditelja prema ili unatoč djetetovu mucanju osjeća *zahvalnost*, *ponos* i *pomirenost*, ali ističu se *prihvaćanje*, koje osjeća 45,45% roditelja, te *suosjećanje*, koje je označilo 36,36% roditelja. S obzirom na isticanje samo potonja dva pozitivna odgovora, nekolicina roditelja koji osjećaju *nadu* (13,6%), vrlo male vrijednosti na emocijama kao što su *ponos*, *zahvalnost* i *pomirenost*, te niti jedna označena *zahvalnost* i *sreća* - vidljivo je da su kod roditelja izraženije negativne, nego pozitivne emocije. Iako su negativne emocije češće, također je bitno nadodati da niti jedan roditelj nije označio *depresivnost* i *ravnodušnost*, odnosno da "najniža" negativna stanja ne osjeća nitko. Istraživanje koje su proveli Humeniuk i Tarkowski (2016) pokazalo je slične nalaze s ovim istraživanjem po pitanju najrjeđih negativnih emocionalnih stanja, a to su u oba slučaja *ljutnja*, *krivnja* i *sram*, uz dodatak *bijesa* u ovom istraživanju.



Slika 1. Prikaz učestalosti emocionalnih stanja kod svih roditelja.

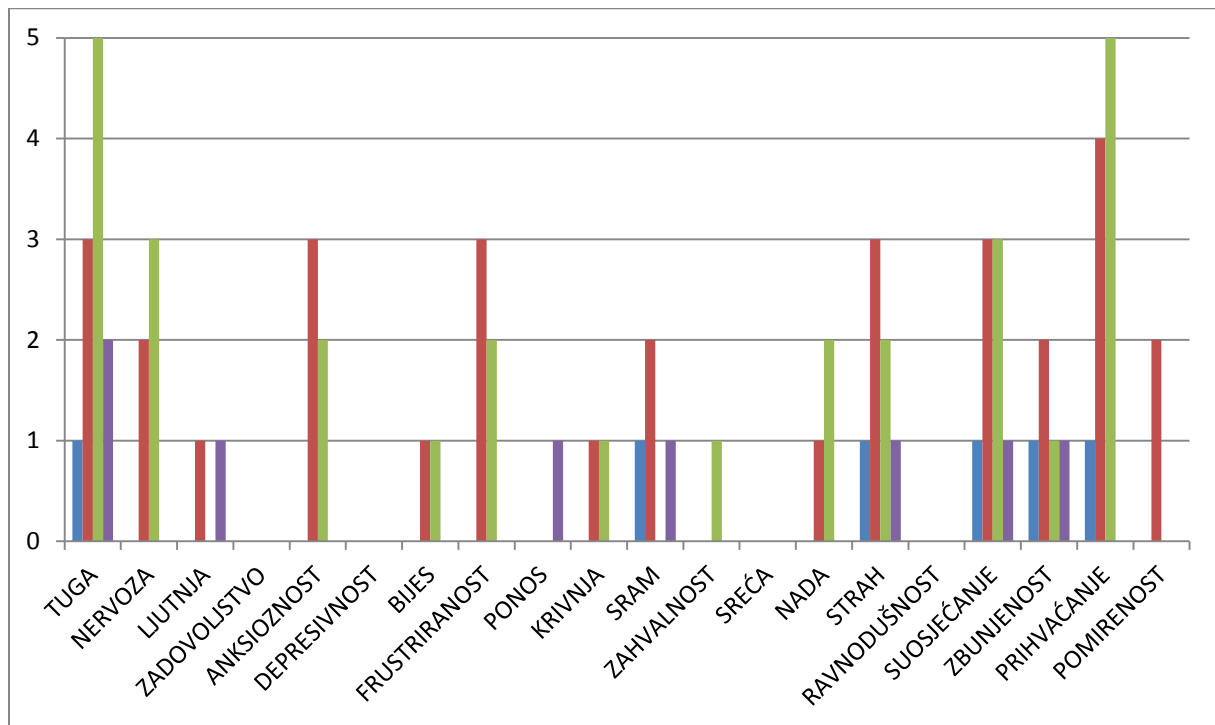
Što se tiče rezultata prema spolu (Slika 2), vidljivo je da majke osjećaju širi spektar emocija od očeva. Također, njihove su emocije jače izražene. Takav nalaz konzistentan je s onim u istraživanju Humeniuk i Tarkowski (2016) koji su zaključili da majke jače emocionalno reagiraju na djetetovo mucanje. Majke najčešće osjećaju *tugu*, čak njih 60%, ali visoko je i *suosjećanje*, koje je označilo 53,3% majki. Odmah zatim dolaze *prihvaćanje* (40%), *strah* (33,3%), te *anksioznost*, *nervoza* i *zbunjenost*, koje osjeća 26,6% majki. Većina očeva (57,1%) se izjasnila da najčešće osjeća *nervozu*, ali i *prihvaćanje*. Dvoje od 7 očeva (ili 28,6%) osjeća *tugu*, *frustriranost*, *nadu* i *strah*.



Slika 2. Prikaz učestalosti emocija kod očeva (plavo) i majki (crveno).

Emocionalna komponenta također je različita ovisno o jakosti mucanja, kako je prikazano na Slici 3. Samo jedan roditelj naveo je da njegovo dijete vrlo blago muca, no unatoč tomu, on doživljava pretežno negativne emocije (*tuga*, *sram*, *strah*), uz *suosjećanje* i *prihvaćanje*, koje je navela većina roditelja. Od 10 roditelja čije dijete blago muca, 30% njih se osjeća *tužno*, *anksiozno*, *frustrirano*, te osjećaju *strah*, dok većina, baš suprotno, (70%) nije označila te odgovore. U nešto većem postotku (40%) roditelji su naveli *prihvaćanje*. Zanimljivo je da su roditelji djece koja umjereno mucaju *prihvaćanje* označili u većem postotku - 62,5%. No, u isti postotak roditelja označio je i *tugu*. Također, 30% roditelja iz ove skupine osjeća *nervozu*,

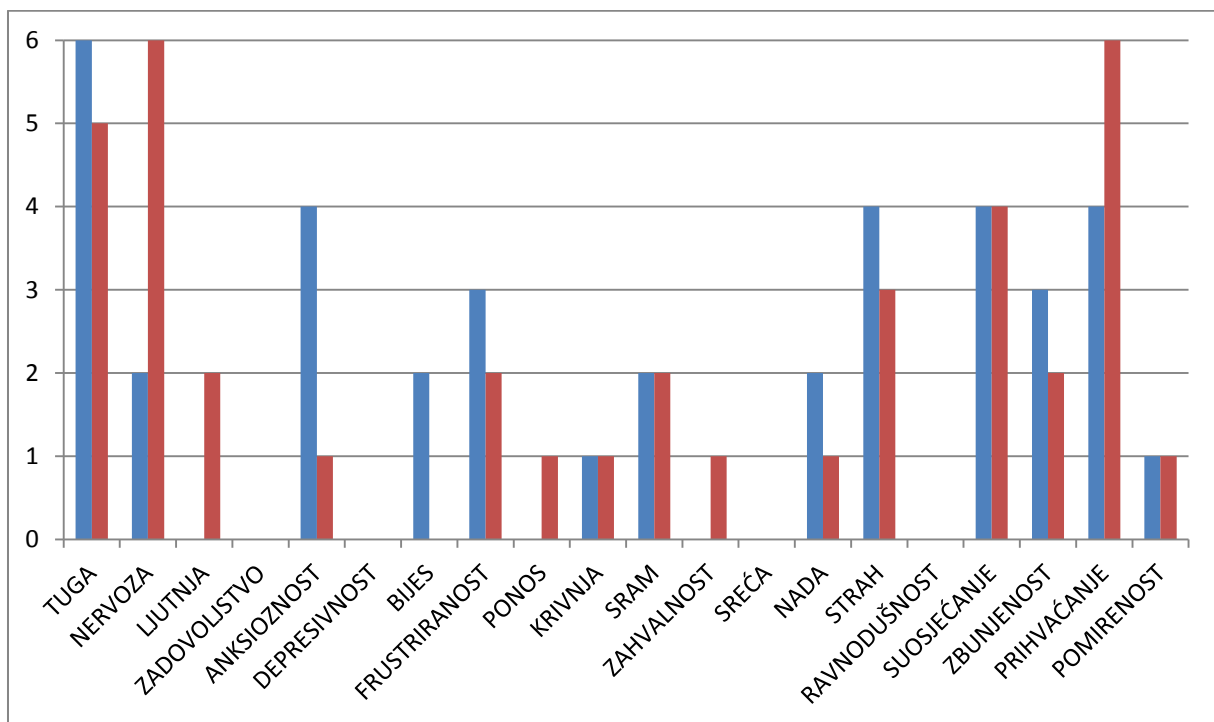
ali isto toliko i *suosjećanje*. Naposljetku, roditelji djece čije je mucanje teško, označili su mali broj različitih emocionalnih stanja, no ističe se tuga (66,6%). Zanimljivo je također, da je samo jedan od svih roditelja označio *ponos*, a upravo je roditelj djeteta čije je mucanje teško.



Slika 3. Učestalost emocija ovisno o jakosti mucanja djeteta. (vrlo blago - plava, blago - crvena, umjereno - zelena, teško - ljubičasta)

Rezultati roditelja djece predškolske i školske dobi prikazani su na Slici 4. Na prvi pogled distribucija odgovora čini se vrlo "šarolikom", no postoji mnogo zajedničkih točaka između roditelja prve i druge skupine. Roditelji djece predškolske dobi u najvećoj mjeri osjećaju *tugu* (60%), te *anksioznost* i *strah* (40%). U istoj mjeri (40%) osjećaju *suosjećanje* i *prihvaćanje*. Za razliku od ovih nalaza, istraživanje Langevin i sur. (2010) pokazalo je da su roditelji predškolske djece najčešće *frustrirani* i *ljuti*, a rjeđe *tužni*, što je suprotno nalazu ovog istraživanja. Slični nalazi su po pitanju osjećaja *srama* i *krivnje*, koje u citiranom istraživanju spominje manjina roditelja, a u ovom istraživanju se po pitanju *srama* radi o broju od 20%, a po pitanju *krivnje* o 10% roditelja. Nadalje, ostala negativna emocionalna stanja manje su izražena kod roditelja predškolske djece u ovom istraživanju. Na čak 7 emocija, pri čemu je 4 pozitivnih, roditelji predškolske djece nisu ostavili potvrđan odgovor, dok to nije slučaj s

roditeljima školske djece, koji su označili širi spektar emocija. Roditelji djece školske dobi prvenstveno su *nervozni* (50%), a potom *tužni* (41,66%). Pedeset posto roditelja *prihvća* mucanje svoje djece, a 33,33% roditelja *suosjeća* s njima. Ono što je djelomično zajedničko roditeljima obje skupine, jest da je snažnije negativne emocije, poput *bijesa*, *depresivnosti*, odnosno *ravnodušnosti* označilo vrlo malo ili nimalo roditelja. No, isti je slučaj s pozitivnim emocionalnim stanjima, kao što su *zadovoljstvo*, *ponos*, *zahvalnost*, *sreća*, *nada* i *pomirenost*. Također, primjećuje se da je samo jedan roditelj iz svake grupe pomiren s mucanjem vlastitog djeteta. Može se zaključiti da roditelji predškolske i školske djece više osjećaju negativne nego pozitivne emocije, uz nekoliko različitih emocija koje su u jednoj skupini zastupljenije nego u drugoj.



Slika 4. Učestalost emocija s obzirom na dob djeteta. (predškolska dob - plava, školska dob - crvena)

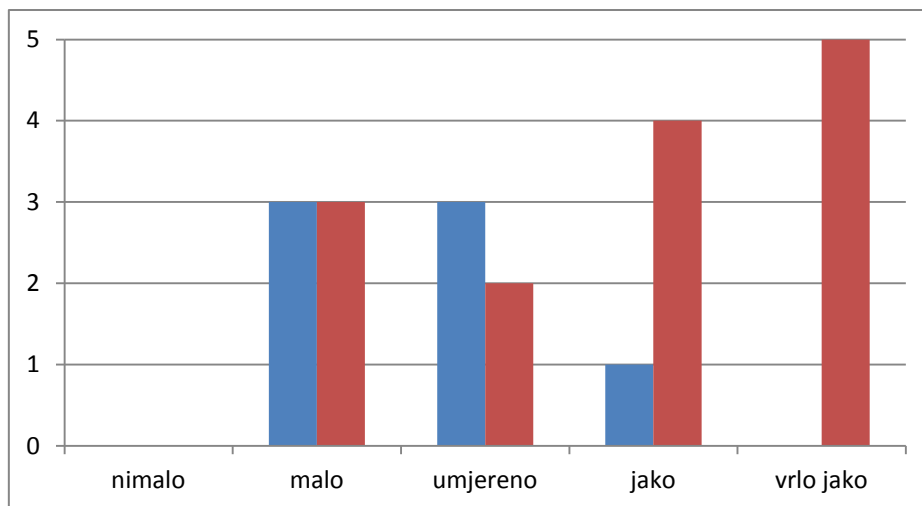
Iako su evidentne razlike između majki i očeva u učestalosti i izraženosti onoga što osjećaju zbog djetetova mucanja, Mann-Whitney U testom utvrđeno je da nema statistički značajne razlike između majki i očeva u broju emocionalnih stanja ($Z = 0,75$; $p > 0,05$). Kruskal-Wallisovim testom nastojala se ispitati razlika u broju emocionalnih stanja ovisno o jakosti

mucanja djeteta, no također, ispostavilo se da statistički značajke razlike nema ($H_i = 3,28$; $df = 3$; $p > 0,05$). Što se tiče djetetove dobi, Mann-Whitney U test je pokazao da, kao i u prethodna dva slučaja, nema statistički značajne razlike ovisno o tome je li dijete koje muca predškolske ili školske dobi ($Z = - 0,84$; $p > 0,05$).

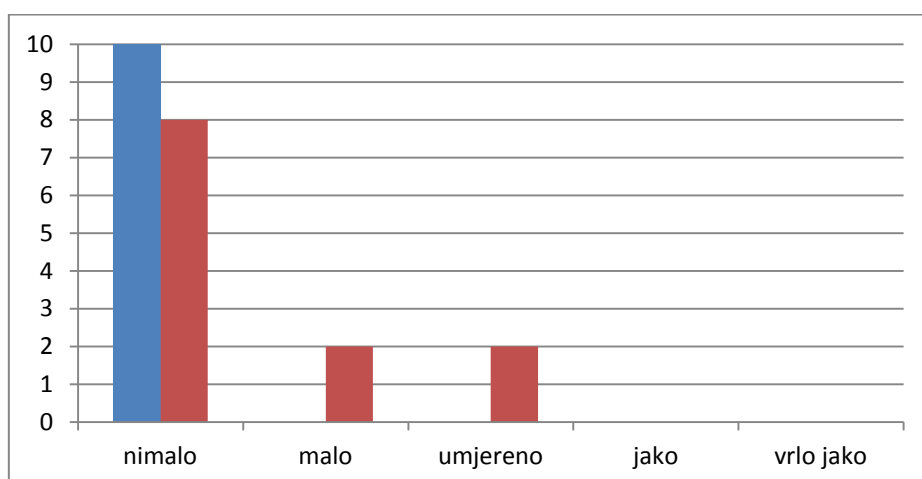
Sljedeći dio upitnika ispitivao je koliko su roditelji opterećeni djetetovim mucanjem, u odnosu na neke emocije koje su se u literaturi pokazale kao relevantan utjecaj na opterećenost, te u odnosu na poslovnu i financijsku komponentu života. Također, u ovom dijelu ispitano je koliko su roditelji zadovoljni određenim aspektima vlastitog života, koji mogu biti pogođeni, odnosno narušeni, s obzirom na to da njihovo dijete muca. Bit će prikazani samo najrelevantniji, odnosno oni nalazi koji doprinose slici pretpostavljene narušene kvalitete života.

S obzirom na spol roditelja, sva pitanja testiranjem Mann-Whitney U testom pokazala su nepostojanje statistički značajne razlike između majki i očeva, no jedno pitanje (*Koliko je, onda kada ste shvatili da Vaše dijete muca, ta spoznaja bila uznemirujuća za Vas?*), ima graničnu vrijednost $p = 0,05$ ($Z = - 1,96$). Naime, većina majki je na to pitanje odgovorila s *jakim*, odnosno *vrlo jakim* slaganjem, dok je većina očeva dala odgovor *malo* i *umjereno* (Slika 5). I ovaj nalaz se može objasniti izraženijim reakcijama majke nego oca na djetetovo mucanje koje su pronašli Humeniuk i Tarkowski (2016). S obzirom na slične nalaze u prijašnjim istraživanjima, te broj i vrstu određenih odgovora majki u odnosu na očeve, ova razlika može govoriti u prilog statistički značajnoj razlici između spolova ispitanika.

S obzirom na dob djeteta (predškolska, školska), kao i u prethodnom slučaju, ne postoje statistički značajne razlike (Mann-Whitney U test). No, odgovori na pitanje *Koliko mucanje Vašeg djeteta ima utjecaja na Vaš posao?* rezultirali su još jednom graničnom vrijednošću, $p = 0,05$ ($Z = - 1,96$). Svi roditelji predškolske djece na ovo pitanje odgovorili su *nimalo*, dok to nije slučaj kod roditelja školske djece. Distribucija odgovora na ovo pitanje prikazana je na Slici 6. Dok je 100% roditelja djece predškolske dobi odgovorilo *nimalo*, trećina roditelja djece školske dobi odgovorilo je *malo* i *umjereno*. S obzirom na mali broj odgovora druge skupine roditelja, te s obzirom na raspon odgovora, na njihovu sličnost, te na nepostojanje odgovora *jako* i *vrlo jako*, ta je razlika više statistički neznačajna nego značajna.



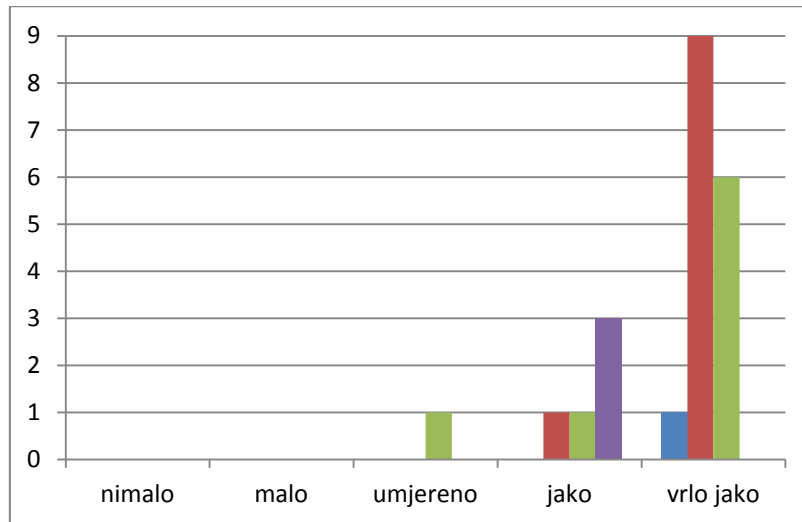
Slika 5. Distribucija odgovora na pitanje *Koliko je, onda kada ste shvatili da Vaše dijete muca, ta spoznaja bila uznemirujuća za Vas?* (očevi - plava, majke - crvena)
*jedna majka nije dala odgovor na ovo pitanje, zbog čega je zbroj odgovora na ovo pitanje 14



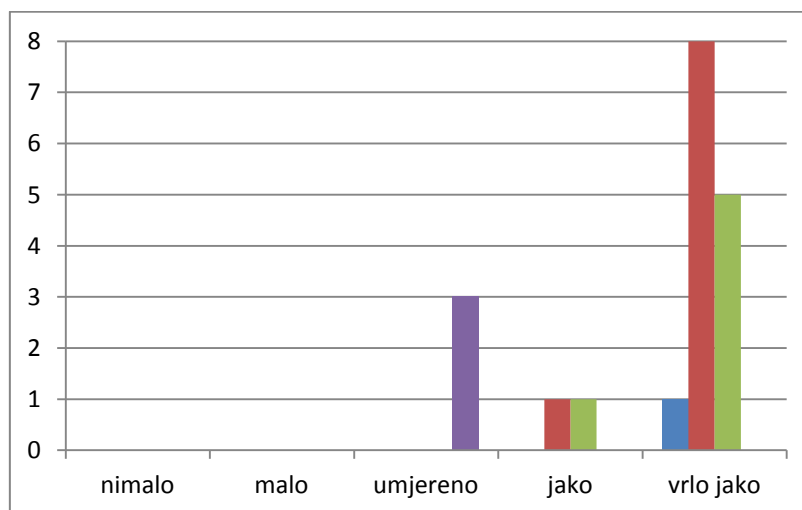
Slika 6. Distribucija odgovora na pitanje *Koliko mucanje Vašeg djeteta ima utjecaja na Vaš posao?* s obzirom na dob djeteta koje muca. (predškolska dob - plava, školska dob - crvena)

Kruskal-Wallisovim testom ispitano je postojanje statistički značajne razlike s obzirom na jakost mucanja djeteta. Odgovori na dva pitanja iz ovog dijela upitnika pokazali su da postoji statistički značajna razlika ovisno o jačini mucanja. Radi se o sljedećim pitanjima: *Koliko ste zadovoljni odnosom između Vas i Vašeg djeteta koje muca?* ($H_i = 8,46$; $df = 3$; $p < 0,05$) i *Koliko ste zadovoljni odnosom s Vašom ostalom djecom?* ($H_i = 8,52$; $df = 3$; $p < 0,05$). Distribucija odgovora za prvo pitanje prikazana je na Slici 7., a za drugo na Slici 8. Budući da

je većina svih odgovora na navedena dva pitanja, te da se radi o malom uzorku ispitanika, odgovori na ta pitanja više ne idu u smjeru statistički značajne razlike među roditeljima ovisno o jakosti mucanja njihova djeteta, nego što idu.



Slika 7. Distribucija odgovora na pitanje *Koliko ste zadovoljni odnosom između Vas i Vašeg djeteta koje muca?* s obzirom na jakost mucanja djeteta. (odgovori: vrlo blaga - plava, blaga - crvena, umjerena - zelena, teška - ljubičasta).



Slika 8. Distribucija odgovora na pitanje *Koliko ste zadovoljni odnosom s Vašom ostalom djecom?* s obzirom na jakost mucanja djeteta. (odgovori: vrlo blaga - plava, blaga - crvena, umjerena - zelena, teška - ljubičasta)

Na sva ostala pitanja, kao što je rečeno, roditelji su odgovarali bez statistički značajne razlike ovisno o spolu, jakosti mucanja i kronološkoj dobi djeteta, no navest će se istaknuti, zanimljivi rezultati.

U dijelu upitnika koji ispituje koliko su roditelji zadovoljni raznim aspektima svojeg života i podrškom okoline, pokazalo se da su doista zadovoljni svojim životom, bez obzira na mucanje svog djeteta. Prikazat će se rezultati koji odgovaraju odgovorima *jako* i *vrlo jako zadovoljan*. Naime, 73,33% majki izjasnilo se da su zadovoljne obiteljskim odnosima i obiteljskom podrškom, a isto tako se izjasnilo i 85,71% očeva. Da su zadovoljni odnosom sa supružnikom izjasnilo se 73,33% ispitanica i 71,73% ispitanika. Podrškom supružnika zadovoljno je 85,71% ispitanika i 73,33% ispitanica. Ništa manje nisu zadovoljni prijateljskim odnosima - 86,66% ispitanica i 83,33% ispitanika se izjasnilo s visokim slaganjem oko tog pitanja, ali puno ih se složilo na isti način i oko pitanja podrške prijatelja - 73,33% ispitanica i 71,43% ispitanika. Ono što je također zanimljivo je razina zadovoljstva logopedom koji radi s njihovim djetetom koje muca. Čak 93,33% ispitanica je jako ili vrlo jako zadovoljno po tom pitanju, dok je postotak ispitanika još zanimljiviji - 100%.

Roditelji koji su procijenili da je mucanje njihova djeteta blago, u postotku od 70% se izjašnjavaju da ih mucanje *umjereno* i *jako* opterećuje, međutim, zanimljivo je da 80% njih navodi *nimalo* i *malo* kao odgovor na pitanje *Koliko Vam je trenutno zbog mucanja Vašeg djeteta teško u životu?*. Roditelji djece čije mucanje je blago također u visokim postocima izražavaju slaganje s *jakim* ili *vrlo jakim* zadovoljstvom obiteljskim i prijateljskim odnosima i podrškom. Svi roditelji djeteta s blagim mucanjem *vrlo jako* su zadovoljni podrškom logopeda koji radi ili je radio s njihovim djetetom. Vrlo visok odgovor daju i roditelji djece čija je jakost mucanja umjerena, 80% njih je *jako* i *vrlo jako* zadovoljno radom logopeda. I oni navode da su zadovoljni obiteljskim i prijateljskim aspektom života, no zanimljiv odgovor daju na pitanju *Koliko Vam je trenutno zbog mucanja Vašeg djeteta teško u životu?*, čak 75% roditelja daje odgovor od *nimalo* do *umjereno*. Roditelji djece čije mucanje je teško podijeljeni su na pitanju *Koliko je, onda kad ste shvatili da Vaše dijete muca, ta spoznaja bila uznemirujuća za Vas?*; pružaju samo dva odgovora - jedna trećina njih *malo*, a dvije trećine *jako*. Unatoč tome, svi navode kako su jako i vrlo jako zadovoljni podrškom logopeda.

Dok 30% roditelja predškolske dobi navodi kako je prva spoznaja o djetetovu mucanju bila *vrlo jako* uznemirujuća za njih, više - 40% roditelja na to pitanje navodi odgovor *malo*. Čak

80% roditelja djece ove dobne skupine navodi da su *vrlo jako* zadovoljni logopedom, dok je taj broj nešto manji kod roditelja školske djece (75%), no i dalje je preostalih 25% *jako* zadovoljno radom logopeda. Naposljetku, pola roditelja djece školske dobi navode kako ih *jako* i *vrlo jako* opterećuje mucanje njihova djeteta.

Sljedeći dio upitnika sadrži samo jedno pitanje - *S obzirom na to da Vaše dijete muca, kako biste ocijenili svoju kvalitetu života?*. U Tablici 2. prikazana je deskriptivna statistika odgovora na to pitanje (uz napomenu da je dominantna vrijednost, tj. odgovor koji je najčešće odabran - *odlična*), s obzirom na nezavisne varijable postavljene u hipotezama.

Tablica 2. Prikaz deskriptivne statistike za pitanje *S obzirom na to da Vaše dijete muca, kako biste ocijenili svoju kvalitetu života?*

	N	Min	Max	M	SD
Sveukupno	22	1	5	4,23	1,07
Spol: M	7	3	5	4,43	0,97
Ž	15	1	5	4,13	1,12
Jakost mucanja: vrlo blaga	1	5	5	5,00	/
blaga	10	1	5	4,20	1,39
umjerena	8	3	5	4,25	0,70
teška	3	3	5	4,00	1,00
Dob djeteta: predškolska	10	4	5	4,70	0,48
školska	12	1	5	3,83	1,26

Za ovo pitanje provedeni su testovi neparametrijske statistike. Mann-Whitney U testom ispitano je postojanje razlike između roditelja prema njihovom spolu i s obzirom na dob njihove djece, te je pronađeno da ne postoji statistički značajna razlika u odgovorima na ovo pitanje između roditelja predškolske i roditelja školske djece koja mucaju ($Z = - 1,782$; $p > 0,05$), niti između očeva i majki ($Z = - 0,700$; $p > 0,05$). Kruskal-Wallisovim testom je utvrđeno da također nema statistički značajne razlike na ovom pitanju među roditeljima djece s različitom jakosti mucanja ($H_i = 1,51$; $df = 3$, $p > 0,05$).

Posljednji dio upitnika sastoji se od 22 tvrdnje, za koje su ispitanici označavali stupnjeve slaganja (*uopće se ne slažem, djelomično se ne slažem, niti se slažem niti se ne slažem, djelomično se slažem, u potpunosti se slažem*). Tvrdnje ocrtavaju bihevioralne i kognitivne komponente kvalitete života roditelja djece koja mucaju. Za svaku tvrdnju provedena su do sad spomenuta dva neparametrijska testa, ovisno o nezavisnoj varijabli.

Mann-Whitney U testom ispitana je značajnost razlika između spolova ispitanika, te ovisno o dobi njihove djece. Pokazalo se da niti za jednu tvrdnju ne postoji statistički značajna razlika, niti između spolova ispitanika, niti ovisno o dobi njihove djece. Kruskal-Wallisovim testom ispitana je statistička značajnost razlika s obzirom na jakost mucanja djece, no pokazalo se da je statistički značajna razlika nepostojeća i u ovom slučaju. Budući da je tako, bit će prikazana učestalost odgovora, tj. slaganja i neslaganja s navedenim tvrdnjama, koja ide u prilog narušenosti ispitivanih aspekata kvalitete života roditelja djece koja mucaju.

S obzirom na spol, i majke i očevi većinski navode kako se *uopće i djelomično ne slažu* s time da mucanje negativno utječe na odnose u obitelji (86,66% majke i 85,7% očevi) i odnos s partnerom (očevi 100%, majke 86,66%). Dok 85,7% očeva navodi da se ne posvećuju više svojem djetetu koje muca nego svojoj ostaloj djeci (tj. iskazuju da se *uopće i djelomično ne slažu* s time), odgovor majki je malo raspršeniji po tom pitanju - 20% majki (za razliku od 0 očeva) navodi da se djelomično i u potpunosti slaže s tvrdnjom *Zbog veće posvećenosti djetetu koje muca, ispašta odnos između moje ostale djece i mene*. No, većina majki (53,3%) se s time ipak (*uopće i djelomično*) ne slaže. Nadalje, velika većina očeva (85,71%) i većina majki (60%) izražava neslaganje s tvrdnjom *Mislim da će moje dijete teže/gore proći u životu nego njegovi vršnjaci koji ne mucaju.*, no 20% majki s tim se ipak u određenoj mjeri (*djelomično i potpuno*) slaže. Nadalje, iako se većina očeva i većina majki ne slaže s tvrdnjom *Brinem se za emocionalnu stabilnost svog djeteta.*, dio njih, 28,57% očeva i 40% majki, ipak izražava *djelomično i potpuno* slaganje. Majke također u 20% slučajeva izražavaju *djelomično i potpuno* slaganje s tvrdnjom *Mislim da sam mogao/mogla nešto učiniti u ranom djetinjstvu svog djeteta, pa do mucanja ne bi došlo.*, dok niti jedan otac ne razmišlja na taj način. Što se tiče tvrdnje *Mucanje je izazov koji ćemo prebroditi.*, 86,66% majki se izjasnilo da se *djelomično i potpuno* slaže s time, dok je takav slučaj kod 100% očeva. Nešto malo više očeva (42,86%) se izjasnilo kako se *djelomično i potpuno* slaže da se brine u vezi sa zadirkivanjem ili maltretiranjem u vrtiću/školi, nego što je to slučaj kod majki djece koja mucaju (40% za zadirkivanje i 33,33% za maltretiranje).

Što se tiče roditelja djece školske dobi, svi se *djelomično* i *potpuno* slažu s tvrdnjom *Svi (roditelji, dijete, braća, sestre) otvoreno razgovaramo o mucanju kod kuće.*, no to nije slučaj i za 40% roditelja predškolske djece, koji se s time *potpuno*, odnosno *djelomično* ne slažu. Budući da djeca školske dobi imaju "dulje iskustvo" mucanja, imaju ga i njihovi roditelji, zbog čega je vjerojatno da su do školske dobi maknuli većinu tabu-tema o mucanju, te o njemu otvoreno razgovaraju. To je dakako i poželjno. Objašnjenje za navedeni postotak roditelja predškolske djece koji o mucanju kod kuće ne razgovara može biti da je to savjet logopeda, ukoliko se radi o normalnih netečnostima kod djeteta, odnosno ukoliko je dijete u indirektnoj terapiji mucanja. Nadalje, postotak roditelja školske djece koji se (djelomično i potpuno) slaže s tvrdnjom *Brinem se za emocionalnu stabilnost svog djeteta.* nešto je veći (41,66%) od postotka roditelja djece predškolske dobi (30%) koji isto misle. Moguće je da je tome tako iz razloga što je mucanje u školskoj dobi obilježeno i emocionalnom dimenzijom kod djeteta, s obzirom na povećanu mogućnost za ruganje i ismijavanje vršnjaka, te naposljetku maltretiranje i socijalnu izolaciju zbog mucanja. S obzirom na to, 60% roditelja djece školske dobi se izjasnilo *djelomičnim* i *potpunim* slaganjem s time da se brine oko zadirkivanja, te 41,66% oko maltretiranja svojeg djeteta. S druge strane, Plexico i Burrus (2012) izvještavaju o 91,66% roditelja koji su izrazili brigu oko maltretiranja njihova djeteta školske dobi. Također, Costelloe i sur. (2015) izvještavaju da je najčešće odabrano područje zabrinutosti roditelja upravo zadirkivanje i maltretiranje djeteta zbog mucanja (>70% roditelja). Postotak roditelja (60%) djece predškolske dobi u ovom istraživanju koji oko toga dvoje (*djelomično* i *potpuno*) ne brinu logičan je s obzirom na navedene specifičnosti mucanja u školskoj dobi, a koje nisu prisutne ili toliko izražene u predškolskoj dobi. No, u istraživanju Langevin i sur. (2010) se roditelji djece predškolske dobi izjašnjavaju da su zabrinuti za djetetovu budućnost u kontekstu zadirkivanja i ismijavanja, budući da je 27,3% roditelja navelo je da je njihovo dijete (bilo) zadirkivano zbog mucanja.

Rezultati roditelja s obzirom na jakost mucanja njihova djeteta većinski se slažu s već utvrđenim za prethodne dvije grupe - zadovoljni su odnosima unutar obitelji, odnosom sa supružnikom i prijateljskim odnosima, odnosno društvenim životom, neovisno o jakosti mucanja njihova djeteta. Svi roditelji navode kako se *djelomično* i *uopće ne slažu* s tvrdnjom *Komunikacija i odnos između mene i mog djeteta narušeni su zbog njegovog mucanja.* Langevin i sur. (2010) navode slične rezultate; tek nekolicina roditelja se izjasnila da je mucanje utjecalo na odnos između njih i djeteta i samo je jedan roditelj naveo da je mucanje negativno utjecalo na vezu između njega i djeteta. Zanimljivi su nadalje odgovori na tvrdnju

Mislim da će moje dijete teže/gore proći u životu nego njegovi vršnjaci koji ne mucaju.; naime, većina roditelja djece s vrlo blagim (100%) i blagim (90%) mucanjem s time se u potpunosti ne slaže, dok se s time djelomično slaže jedna trećina roditelja djece čije mucanje je teško, te nešto malo više - 37,5% roditelja djece čija je jakost mucanja umjerena. Nadalje, polovica roditelja djece s umjerenim mucanjem i trećina roditelja djece čije mucanje je teško se izjasnila kako se u potpunosti slaže s tvrdnjom *Brinem se za emocionalnu stabilnost svog djeteta*. Također je zanimljiv dobiveni podatak da se većina roditelja ne krivi za mucanje svog djeteta, te se većina njih ne slaže s tvrdnjom *Mislim da sam mogao/mogla nešto učiniti u ranom razvoju svog djeteta, pa do mucanja ne bi došlo.*, neovisno o jakosti mucanja njihova djeteta. Za razliku od njih, istraživanje Langevin i sur. (2010) pokazalo je da se roditelji često okrivljuju za mucanje svog djeteta, tj. da misle da su oni tome uzrok. Na tvrdnju *Mucanje je izazov koji ćemo prebroditi*. 100% roditelja djece s vrlo blagim mucanjem odgovara u potpunosti se slažem, dok je to slučaj s 90% roditelja djece s blagim i 75% roditelja s umjerenim mucanjem. U potpunosti je uvjerena u to trećina roditelja djece čije je mucanje teško, no preostale dvije trećine se s time djelomično slažu. Dakle nijedan roditelj nije izrazio neslaganje s ovom tvrdnjom, neovisno o jakosti mucanja njegova djeteta. Nadalje, roditelji djece s vrlo blagim mucanjem ne brinu se oko zadirkivanja njihova djeteta, no djelomično i potpuno se brine 30% roditelja djeteta s blagim, 50% s umjerenim i 60% s teškim oblikom mucanja. Po pitanju maltretiranja rezultati su nešto drukčiji; roditelji su dali sljedeće odgovore s obzirom na jakost mucanja: vrlo blaga - 100% se djelomično ne slaže, blaga - 20% se u potpunosti slaže, umjerena - 62,5% se djelomično i u potpunosti slaže, te teška - jedna trećina roditelja se slaže s tvrdnjom *Brinem se da djeca u školi/vrtiću maltretiraju moje dijete zbog mucanja*. Također, svi roditelji, neovisno o jakosti njihova djeteta, se djelomično i u potpunosti slažu s tvrdnjom *Mislim da je logopedska podrška od velike važnosti*. Costelloe i sur. (2015) navode da je 50% roditelja u njihovu istraživanju navelo da je jako zadovoljno terapijom.

Većina roditelji je u ovom dijelu upitnika odgovarala da se ne slaže s tvrdnjama "negativnog predznaka", tj. onim tvrdnjama koje pretpostavljeno ostavljaju negativan utjecaj na njihov život. Isto tako, mnogo roditelja izražava visoko slaganje s tvrdnjama koje se odnose na proaktivan stav prema mucanju, zbog čega se zaključuje da jakost mucanja nema preveliki utjecaj na samopercipiranu kvalitetu života roditelja čija djeca mucaju.

Dodatni dio upitnika sadrži sljedeću stavku: *Na kraju, ako Vas je ovaj upitnik potaknuo ili podsjetio na neko životno iskustvo, potičem Vas da ga slobodno napišete, kao i bilo koji komentar koji želite podijeliti s autoricom upitnika. Hvala na izdvojenom vremenu i ispunjavanju upitnika!*

Tri majke napisale su svoje odgovore:

Na pitanja sam odgovarala u fazi kada je F. u terapiji. Njezina terapija je pomogla i meni, opuštenija sam, pogotovo zato što terapija ima učinka. Prije terapije sam ipak bila malo uplašena. Da ste mi onda poslali upitnik, odgovori bi bili vjerojatno malo drukčiji.

Kada smo primijetili da nam je dijete počelo mucati, osjećali smo se tužno i nepomično, pa smo je na početku ispravljali dok nismo shvatili da stvarno muca i da ima problema s izgovaranjem riječi, pa smo istraživali po internetu i među prijateljima kako da se ponašamo i kako da joj pomognemo. Tražili smo razlog zbog čega se samo od jednom to dogodilo, pa smo si vratili "filmove" gdje smo bili, što smo radili, s kime se družili, te došli do rješenja da se uplašila koke, a koka ju je "kvočnula" i od tada se boji kokoši i životinja. Kada bi se približila neka životinja do nje, ona bi se uspaničila i ako ju ne primim, plakala bi i kasnije u govoru bismo primijetili da muca ili ponavlja prve slogove. Nakon nekog vremena počelo nas je to brinuti jer je mucanje "kao" prošlo, pa se ponovno pojavilo, ali u težem izdanju, na način da je imala blokade u izgovaranju, jedino je tiho mogla izgovoriti riječ, pa smo počeli tražiti prave savjete od stručnih osoba logopeda i sretni smo i zadovoljni radom logopeda jer se vidi napredak i poboljšanje uz dobre savjete logopeda.

Moje je dijete dugo išlo na logopedске vježbe, ali nije bilo puno pomaka jer se one većinom temelje na smirivanju, a moja L. je drugačija po tom pitanju, tako da sam ja našla drugačiji pristup koji funkcionira. Idemo na izbacivanje energije i nakupljene nervoze s trčanjem, vrištanjem i skakanjem, i stvari su krenule nabolje. Mislim da svakom djetetu treba naći drugačiji pristup.

5. VERIFIKACIJA HIPOTEZA

U istraživanju su postavljene tri hipoteze, te se prema nalazima istraživanja zaključuje:

da se prva hipoteza (H1: *Postojat će statistički značajna razlika u kvaliteti života između roditelja predškolske i roditelja školske djece koja mucaju.*) **ne prihvaća**, jer se u rezultatima pokazalo da nema određenog faktora koji narušava kvalitetu života roditelja ovisno o dobi (predškolska, školska) njihove djece, te je također proglašeno da jedna pronađena čestica s граниčnom p vrijednošću ($p = 0,05$) ne pokazuje statistički značajnu razliku između roditelja djece školske i roditelja djece predškolske dobi;

da se druga hipoteza (H2: *Kvaliteta života roditelja statistički će se značajno razlikovati ovisno o jakosti mucanja njihove djece.*) **ne prihvaća**, iz razloga što su dvije čestice čija je značajnost na granici ($p = 0,05$), s obzirom na faktore koji utječu na njih, proglašene statistički neznačajnima, te zato što nisu pronađena odstupanja u distribuciji rezultata u odnosu na jakost mucanja djeteta koja bi ukazivala na narušenost kvalitete života roditelja djece s određenom jakosti mucanja;

da se treća hipoteza (H3: *Postojat će statistički značajna razlika u kvaliteti života između majki i očeva.*) **djelomično prihvaća**, budući da postoji čestica u upitniku koja je ukazala na razliku između očeva i majki, koja je na granici između statistički značajne i neznačajne ($p = 0,05$), no s obzirom na određene čimbenike odgovora roditelja koji na nju utječu, proglašena je statistički značajnom, te se hipoteza djelomično prihvaća i iz razloga što se iz distribucije rezultata pokazalo da mucanje djeteta kod majke ostavlja veći negativni utjecaj na kvalitetu života nego kod očeva.

6. OGRANIČENJA ISTRAŽIVANJA

U ovom istraživanju sudjelovao je relativno mali broj ispitanika (N=22) zbog čega su podaci obrađeni neparametrijskim testovima, pa se iz tih razloga rezultati ne mogu generalizirati na populaciju roditelja djece koja mucaju, što bi zahtijevalo puno veći uzorak i testiranje parametrijskim statističkim postupcima.

Također, ispitanici su bili samo stanovnici Hrvatske, pa je nepreporučljivo poopćavati rezultate na roditelje djece koja mucaju iz drugih dijelova svijeta zbog kulturoloških razlika, no i s obzirom na kontradikorne zaključke drugih istraživanja, kojih je također jako malo, što govori u prilog i vrlo maloj istraženosti područja.

Budući da je upitnik kojim je ispitivana kvaliteta života roditelja djece koja mucaju izrađen vlastoručno uz konzultiranje literature, koja je također ograničena količinom i sadržajem, rezultate ovog istraživanja treba promatrati imajući na umu da upitnik nije provjeren, odnosno da su nepoznate njegove psihometrijske karakteristike, kao što su valjanost (ne može se sa sigurnošću reći da ovaj upitnik mjeri kvalitetu života) i pouzdanost (nepoznato je bi li u sljedećim mjerenjima rezultati na ovom testu bili isti).

Na nezavisnu varijablu *jakost mucanja* ispitanici su odgovarali prema vlastitoj percepciji jakosti mucanja, a budući da su podaci sakupljeni anonimno, nemoguće je provjeriti kliničku sliku, odnosno logopedski nalaz djece koja mucaju, stoga se ne može sa sigurnošću reći odražavaju li odgovori roditelja pravu sliku jakosti mucanja.

Naposljetku, ne može se sa sigurnošću tvrditi da odgovori koje su roditelji davali na pitanja ovog upitnika nisu bili pod utjecajem dodatnih nezavisnih varijabli, koje su autorici upitnika i istraživanja nepoznate, te se također ne može jamčiti za iskrenost ispitanika u ispunjavanju upitnika.

Zbog svega navedenog, na rezultate i zaključke ovog istraživanja treba gledati s dozom opreza i nije ih uputno generalizirati. Da bi tome bilo tako, potrebna su dodatna i detaljnija istraživanja na ovu temu.

7. ZAKLJUČAK

Kao što je rečeno na početku, mucanje je sindrom velikog broja manifestacija (Yairy i Seery, 2015). Nešto što se opisuje na takav način, na način da je u nekoliko riječi moguće obuhvatiti i veličinu i posljedice onoga što se definira, zasigurno nije bezazlena pojava u društvu. Mucanje svakako nije nešto najgore što se čovjeku može događati i što čovjek može imati, no među "logopedskim dijagnozama" ova je jedna od onih za koje je poznato da mogu trajati cijeli život. A to je ono što će, ukoliko se o takvom slučaju radi, utjecati i ostaviti posljedice na osobi koja muca, te najčešće i na njenoj neposrednoj društvenoj okolini, obitelji, roditeljima.

Poznato je da mucanje znači više od govornih teškoća za samu osobu koja muca - tu su sekundarne karakteristike, izbjegavanje, emocionalna opterećenost itd., koje osobi koja muca mogu svaki dan učiniti izazovom. S obzirom na to da kroz život većina ljudi uglavnom ne ide sama, ovakve teškoće mogu postati breme i onih koji od malena stoje ili koračaju uz njih, njihovih roditelja. Sve će učiniti za svoju djecu, no razlog zbog kojega čine to "sve" često ostavi tragove i na njima. Rijetko se logopedska struka osvrne na njih, a rijetko to učine i oni sami.

Naime, malo je saznanja o tome kako se oni nose s mucanjem svog djeteta, koliki i kakav utjecaj mucanje djeteta ima na njih, te koliko se to sve odražava na njihovu kvalitetu života. S obzirom na prevalenciju djece koja mucaju, nije lako ni doći do tih podataka. U nekoliko dostupnih istraživanja navedeno je da roditelji djece koja mucaju doživljavaju negativan utjecaj na vlastiti život zbog te činjenice. Nerijetko su emocionalno pogođeni, a narušene su i kognitivne i bihevioralne komponente kvalitete života. Iako nema puno provedenih istraživanja o navedenim temama, postoji istraživačka želja. Upravo zato je provedeno i ovo istraživanje.

U ovom diplomskom radu istražena je kvaliteta života roditelja djece koja mucaju. Ispitano je postojanje statistički značajne razlike između roditelja ovisno o njihovu spolu, jakosti mucanja, te predškolskoj, odnosno školskoj dobi njihova djeteta koje muca. Obradom dobivenih podataka došlo se do zaključka da statistički značajne razlike između roditelja ne postoje, odnosno da se roditelji na navedenim varijablama ne razlikuju po percipiranoj

kvaliteti života. No, distribucija rezultata ukazala je na nešto jači negativni doživljaj mucanja djeteta kod majki nego kod očeva.

Nalazi ovog istraživanja dakako ne govore da kvaliteta života roditelja koji su sudjelovali u istraživanju nije narušena. Kvaliteta života je nešto što određuje pojedinac sam za sebe, jer ista varijabla ne mora jednako utjecati na dvije različite osobe. Kvaliteta života stvar je subjektivne procjene i perspektive, a ispitivanje služi tome da se nađu neke zajedničke karakteristike doživljavanja mucanja, koje bi kliničarima olakšale uvid u to kakve posljedice ostavlja mucanje na roditelje djece koja mucaju.

Takve informacije bi, s obzirom na poznati značaj roditelja u terapijskom procesu, kliničaru trebale biti od velike važnosti. Roditelji su i treća perspektiva, uz dijete i kliničara, a mogu i sami postati terapeuti za djetetovo mucanje, ovisno o pristupima u terapiji. Kako se oni nose s mucanjem, važno je zbog spomenutih uloga koje imaju. Da postoji više informacija o tome, zasigurno bi terapija koju kao kliničari pružamo djeci koja mucaju bila bolja. S obzirom na to da je krajnji cilj terapije poboljšati komunikacijske mogućnosti i sposobnosti djece koja mucaju, terapija koju pružamo nužno mora ići smjeru da se svi preduvjeti za to ostvare, a često taj smjer podrazumijeva i rad s roditeljima. Nakon što je navedeni cilj postignut, u pravilu se povećava djetetova kvaliteta života, što je i svrha našeg djelovanja naposljetku, ali se povećava kvaliteta života i njihovih roditelja.

Iz tog razloga je potrebna utvrđena "baza" informacija o ovom predmetu, a bit će dostupna kada kao struka uvidimo potencijal koji roditelji imaju da nam pomognu kako bismo mi pomogli njihovoj djeci.

8. LITERATURA

1. American Psychiatric Association. (2013): Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th Edition. Arlington: American Psychiatric Association.
2. Andrijolić, A. i Leko Krhen, A. (2016): Diferencijalna dijagnostika poremećaja tečnosti govora. Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja, 52(2), 60-72.
3. Ashurst, J. V. i Wasson, M. N. (2011): Developmental and Persistent Developmental Stuttering: An Overview for Primary Care Physicians. The Journal of American Osteopathic Association, 111(10), 576-580.
4. Beilby, J. (2014): Psychosocial Impact of Living with a Stuttering Disorder: Knowing is Not Enough. Seminars in Speech and Language, 35(2), 132-143.
5. Costelloe, S., Davis, S. i Cavenagh, P. (2015): Parental Beliefs about Stammering and Experiences of the Therapy Process: An On-line Survey in Conjunction with the British Stammering Association. Procedia - Social and Behavioral Sciences, 193, 82-91.
6. Culatta, R. i Goldberg, S. (1995): Stuttering Therapy: An Integrated Approach to Theory and Practice. Boston: Allyn & Bacon.
7. Cummins, R. A. (2010): Fluency Disorders and Life Quality: Subjective Wellbeing vs. Health-related Quality of Life. Journal of Fluency Disorders, 35, 161-172.
8. Guitar, B. (2014): Stuttering: An Integrated Approach to Its Nature and Treatment, 4th Edition. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins.
9. Guitar, B. i Conture, E. G. (2013): The Child who Stutters: to the Pediatrician, 5th Edition. Memphis: Stuttering Foundation of America.

10. Howell, P. (2007): Signs of Developmental stuttering up to age eight and at 12 plus. *Clinical Psychology Review*, 27, 287-306.
11. Hrvatski zavod za javno zdravstvo. (2012): Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema, 10. revizija. Zagreb: Medicinska naklada.
12. Health related Quality of Life (HRQOL): Posjećeno 18.8.2019. na mrežnim stranicama Centra za kontrolu i prevenciju bolesti (Centers for Disease Control and Prevention): <https://www.cdc.gov/hrqol/index.htm>.
13. Hughes, C. D., Gabel, R. M., Gobermal, A. M. i Hughes, S. (2011): Family Experiences of People who Stutter. *Revue canadienne d'orthophonie et d'audiologie*, 35, 45-55.
14. Humeniuk, E. i Tarkowski, Z. (2016): Parents' Reactions to Children's Stuttering and Style of Coping With Stress. *Journal of Fluency Disorders*, 49, 51-60.
15. Kaliterna Lipovčan, Lj., Burušić, J. i Tadić, M. (2012): Indikatori kvalitete življenja. U: Božičević, V., Brlas, S., i Gulin, M.: *Psihologija u zaštiti mentalnog zdravlja* (str.437-444). Virovitica: Zavod za javno zdravstvo "Sveti Rok" Virovitičko-podravske županije.
16. Langevin, M., Packman, A. i Onslow, M. (2010): Parent Perceptions of the Impact of Stuttering on Their Preschoolers and Themselves. *Journal of Communication Disorders*, 43, 407-423.
17. Manning, G. H. (2010): *Clinical Decision Making in Fluency Disorders*, 3rd edition. Clifton Park: Delmar Cengage Learning.
18. McKinnon, D. H. i McLeod, S. (2007): The Prevalence of Stuttering, Voice and Speech-Sound Disorders in Primary School Students in Australia. *Language, Speech and Hearing Services in Schools*, 38, 5-15.

19. Millard, S. K. i Davis, S. (2016): The Palin Parent Rating Scales: Parents' Perspectives of Childhood Stuttering and Its Impact. *Journal of Speech, Language and Hearing Research*, 59(5), 1-14.
20. Peters, H. M., Hulstijn, W. i van Lieshout, P. H. H. M. (2000): Recent Developments in Speech Motor Research into Stuttering. *Folia Phoniatica et Logopaedica*, 52(1-3), 103-119.
21. Plexico, L. W. i Burrus, E. (2012): Coping with a Child Who Stutters: A Phenomenological Analysis. *Journal of Fluency Disorders*, 37, 275-288.
22. Prasse, J. E. i Kikano, G. E. (2008): Stuttering: An Overview. *American Family Physician*, 77(9), 1271-1276.
23. Riley, G. D. (1972): A stuttering Severity Instrument for Children and Adults. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 37(3), 314-322.
24. Sheehan, J. G. (1970): *Stuttering; Research and Therapy*. New York: Harper and Row.
25. Stuttering. Posjećeno 8. 7. 2019. na mrežnim stranicama ASHA-e: <https://www.asha.org/public/speech/disorders/stuttering/>.
26. Theofilou, P. (2013): Quality of Life: Definition and Measurement. *Europe's Journal of Psychology*, 9(1), 150-162.
27. Theys, C., van Wieringen, A. i De Nil, L. F. (2008): A Clinician Survey of Speech and Non-speech Characteristics of Neurogenic Stuttering. *Journal of Fluency Disorders*, 33(1), 1-23.
28. Vanryckeghem, M. i Brutten, J. (1992): The Communication Attitude Test: A test-retest reliability investigation. *Journal of Fluency Disorders*, 17, 177-190.
29. Vuletić, G. i Misajon, R. (2011): Subjektivna kvaliteta života. U: Vuletić, F. (ur.): *Kvaliteta života i zdravlje* (str.9-16). Osijek: Filozofski fakultet Sveučilišta u Osijeku.

30. Ward, D. (2013): Risk Factors and Stuttering: Evaluating the Evidence for Clinicians. *Journal of Fluency Disorders*, 38, 134-140.
31. Ward, D. (2017): *Stuttering and Cluttering: Frameworks for Understanding and Treatment*, 2nd Edition. Hove: Psychology Press.
32. Ware, J. E. i Sherbourne, C. D. (1992): The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): Conceptual Framework and Item Selection *Medical Care*, 30(6), 473-483.
33. WHOQOL: Measuring Quality of Life. Posjećeno 6. 8. 2019. na mrežnoj stranici Svjetske zdravstvene organizacije: <https://www.who.int/healthinfo/survey/whoqol-qualityoflife/en/>.
34. WHOQOL: The World Health Organisation Quality of Life (WHOQOL). Posjećeno 18. 8. 2019. na mrežnoj stranici Svjetske zdravstvene organizacije: https://www.who.int/mental_health/publications/whoqol/en/.
35. Wingate, M. E. (1964): A standard definition of stuttering. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 29, 484–489.
36. Yairi, E. i Seery, C. H. (2015): *Stuttering: Foundations and Clinical Applications*, 2nd Edition. Harlow: Pearson Education Limited.
37. Yaruss, J. S. i Quesal, R. W. (2006): Overall Assessment of the Speaker's Experience of Stuttering (OASES): Documenting Multiple Outcomes in Stuttering Treatment. *Journal of Fluency Disorders*, 31(2), 90-115.

PRILOG

UPITNIK ZA SAMOPROCJENU KVALITETE ŽIVOTA RODITELJA DJECE KOJA MUCAJU

1. Označite Vaš spol:

- M
- Ž

2. Koliko imate godina?

3. Koja je najviša završena razina Vašeg obrazovanja?

- niža stručna sprema (osnovna škola)
- srednja stručna sprema
- viša stručna sprema
- visoka stručna sprema
- magistar znanosti ili doktor znanosti

4. Jeste li trenutno zaposleni?

- Da
- Ne

5. Koji je Vaš partnerski status?

- oženjen/udana
- izvanbračna zajednica/veza
- nisam u vezi
- razveden/razvedena
- udovac/udovica

6. Koliko imate djece?

7. Koji je spol Vašeg djeteta koje muca?

- M
- Ž

8. Koliko godina ima Vaše dijete koje muca? (Molim Vas, odgovorite u godinama i mjesecima, npr. 7 god. i 4 mj.)

9. Koji je redoslijed rođenja Vašeg djeteta koje muca?

- jedino dijete
- prvorođeno
- drugorođeno
- trećerođeno
- ostalo:

10. U kojoj dobi je Vaše dijete počelo mucati? (Ako se možete sjetiti, bilo bi dobro da apišete što točniju dob, npr. 3 god. i 6 mj.)

11. Vaše dijete:

- je išlo na logopedsku terapiju
- ide na logopedsku terapiju
- nije išlo/ne ide na logopedsku terapiju

12. Kakva je, prema Vašoj procjeni, jakost mucanja kod Vašeg djeteta?

- vrlo blaga
- blaga
- umjerena
- teška
- jako teška

13. Ima li Vaše dijete drugih teškoća s govorom, glasom, jezikom ili komunikacijom?

- Da
- Ne
- Nisam siguran/sigurna

14. Postoje li osobe u djetetovoj užoj ili široj obitelji koje također mucaju?

- Da
- Ne
- Nisam siguran/sigurna

15. Je li Vaše dijete svjesno da muca?

- Da
- Ne
- Nisam siguran/sigurna

16. Predstavlja li Vašem djetetu mucanje problem/prepreku u životu?

- Da
 - Ne
 - Nisam siguran/sigurna
-

1. Odaberite što od sljedećeg osjećate s obzirom na to da Vaše dijete muca. (Moguće je označiti više odgovora.)

- tuga
- nervoza
- ljutnja
- zadovoljstvo
- anksioznost
- depresivnost
- bijes
- frustriranost
- ponos
- krivnja
- sram
- zahvalnost
- sreća
- nada
- strah
- ravnodušnost
- suosjećanje
- zbunjenost
- prihvaćanje
- pomirenost

Na sljedeća pitanja kao odgovor označite broj s kojim se najviše slažete, a njihova značenja su:

- 1 - nimalo*
- 2 - malo*
- 3 - umjereno*
- 4 - jako*
- 5 - vrlo jako*

1. Koliko je, onda kada ste shvatili da Vaše dijete muca, ta spoznaja bila uznemirujuća za Vas?
2. Koliko se osjećate posramljeno kada Vaše dijete muca pred drugima?
3. Koliko se osjećate frustrirano kada Vaše dijete muca?
4. Koliko Vas činjenica da Vaše dijete muca opterećuje?
5. Koliko Vam je trenutno zbog mucanja Vašeg djeteta teško u životu?
6. Koliko Vas mucanje Vašeg djeteta financijski opterećuje?
7. Koliko mucanje Vašeg djeteta ima utjecaja na Vaš posao?
8. Koliko ste zadovoljni obiteljskim odnosima?
9. Koliko ste zadovoljni podrškom svoje obitelji?
10. Koliko ste zadovoljni odnosom s vašim supružnikom/partnerom?
11. Koliko ste zadovoljni podrškom svog supružnika/partnera?
12. Koliko ste zadovoljni prijateljskim odnosima?
13. Koliko ste zadovoljni podrškom svojih prijatelja?
14. Koliko ste zadovoljni odnosom između Vas i Vašeg djeteta koje muca?
15. Koliko ste zadovoljni odnosom s Vašom ostalom djecom?
16. Koliko ste zadovoljni podrškom logopeda koji radi s Vašim djetetom?
17. Koliko uživate u svom životu?
18. Koliko ste zadovoljni svojim životom?

1. S obzirom na to da Vaše dijete muca, kako biste ocijenili svoju kvalitetu života?

- vrlo loša
 - loša
 - prihvatljiva
 - dobra
 - odlična
-

Označite stupanj slaganja sa sljedećim tvrdnjama:

- 1 - uopće se ne slažem*
- 2 - djelomično se ne slažem*
- 3 - niti se slažem niti se ne slažem*
- 4 - djelomično se slažem*
- 5 - u potpunosti se slažem*

1. Mucanje mog djeteta negativno utječe na odnose unutar moje obitelji.
2. Mucanje mog djeteta negativno utječe na odnos s mojim supružnikom/partnerom.
3. Često se svađam sa supružnikom/partnerom zbog našeg djeteta koje muca.
4. Više se posvećujem svom djetetu koje muca nego svojoj ostaloj djeci.
5. Zbog veće posvećenosti djetetu koje muca, ispašta odnos između moje ostale djece i mene.
6. Svi (roditelji, dijete, braća, sestre) otvoreno razgovaramo o mucanju kod kuće.
7. Moje dijete ima moju podršku.
8. Moje dijete također ima podršku svojeg oca/svoje majke.
9. Komunikacija i odnos između mene i mog djeteta narušeni su zbog njegovog mucanja.
10. Mislim da će moje dijete teže/gore proći u životu nego njegovi vršnjaci koji ne mucaju.
11. Krivim sebe za mucanje mog djeteta.
11. Mislim da sam mogao/mogla nešto učiniti u ranom razvoju svog djeteta, pa do mucanja ne bi došlo.
12. Brinem se za emocionalnu stabilnost svog djeteta.
13. Nemam s kime razgovarati o problemima koje imam zbog mucanja mog djeteta.

14. Moj društveni život je siromašan/narušen zbog posvećenosti djetetu koje muca.
 15. Ne znam kako reagirati na mucanje svog djeteta.
 16. Zadovoljan/zadovoljna sam govorom svog djeteta, iako je netečan.
 17. Mucanje je izazov koji ćemo prebroditi.
 18. Ne mogu prihvatiti da moje dijete muca.
 19. Brinem se da djeca u školi/vrtiću zadirkuju moje dijete zbog mucanja.
 20. Brinem se da djeca u školi/vrtiću maltretiraju moje dijete zbog mucanja.
 21. Moje dijete ima podršku odgojitelja u vrtiću, odnosno učitelja u školi.
 22. Mislim da je logopedska podrška od velike važnosti.
-

1. Na kraju, ako Vas je ovaj upitnik potaknuo ili podsjetio na neko životno iskustvo, potičem Vas da ga slobodno napišete, kao i bilo koji komentar koji želite podijeliti s autoricom upitnika. Hvala na izdvojenom vremenu i ispunjavanju upitnika!