

# Samopoštovanje u osoba koje mučaju

---

**Maduna, Marija**

**Master's thesis / Diplomski rad**

**2020**

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

*Permanent link / Trajna poveznica:* <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:158:104454>

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

*Download date / Datum preuzimanja:* **2024-07-04**



*Repository / Repozitorij:*

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



Sveučilište u Zagrebu  
Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet

Diplomski rad

# **Samopoštovanje u osoba koje mučaju**

Marija Maduna

Zagreb, lipanj 2020.

Sveučilište u Zagrebu  
Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet

Diplomski rad

## **Samopoštovanje u osoba koje mučaju**

Marija Maduna

doc.dr.sc. Ana Leko Krhen

Zagreb, lipanj 2020.

## Zahvala

Zahvaljujem se mentorici doc.dr.sc. Ani Leko Krhen na svim pruženim savjetima, pomoći i podršci tijekom ove posebno izazovne 2020. godine.

Zatim, zahvaljujem se psihologici Irini Turini na konzultiranju u vezi mjernog instrumenta istraživanja.

Zahvaljujem se i cijenim dobru volju svakog ispitanika koji je sudjelovao u istraživanju i odvojio svoje vrijeme za doprinos znanosti.

Zahvaljujem se svima koji su na bilo koji način doprinijeli ovom diplomskom radu.

Posebno se zahvaljujem svojoj sestri Kristini koja je bila razlog moga upisa studija logopedije i inspiracija tokom studiranja. Zahvala i ostalim članovima moje obitelji na podršci i ljubavi.

## Izjava o autorstvu rada

Potvrđujem da sam osobno napisala rad *Samopoštovanje u osoba koje mučaju* i da sam njegova autorica.

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

Ime i prezime: Marija Maduna

Mjesto i datum: Zagreb, lipanj 2020.

## **Samopoštovanje u osoba koje mucaju**

Ime i prezime studentice: Marija Maduna

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

Studijski program na kojem se polaže diplomski ispit: Logopedija

### **Sažetak rada**

Mucanje je poremećaj tečnosti govora čija je manifestacija vrlo kompleksna. Manifestirati se može u psihosocijalnom području života osobe koja muca pa zbog poremećaja može stradati i samopoštovanje osobe. Neistraženost povezanosti mucanja i samopoštovanja u osoba koje mucaju u Republici Hrvatskoj glavni je interes za provođenje ovog istraživanja, s ciljem utvrđivanja razine samopoštovanja u osoba koje mucaju. Ispitat će se razlike u razini samopoštovanja između osoba koje mucaju i osoba koje ne mucaju, u razini samopoštovanja između muškog i ženskog spola u osoba koje mucaju te povezanost jakosti mucanja i razine samopoštovanja.

U svrhu ovog istraživanja kreirane su dvije verzije on-line upitnika, zasebno za osobe koje mucaju i osobe koje ne mucaju. Upitnici su kreirani i provedeni putem Google platforme. Oba upitnika sadrže Rosenbergovu skalu za samoprocjenu samopoštovanja. U istraživanju su sudjelovale 22 osobe koje mucaju, 14 muških i 8 ženskih osoba, te 98 osoba koje ne mucaju. Podatci su obrađeni kvantitativnom i kvalitativnom statističkom analizom.

Rezultati istraživanja ukazuju na nepostojanje statistički značajne razlike između osoba koje mucaju i osoba koje ne mucaju u razini samopoštovanja. Osobe koje ne mucaju imaju nešto više samopoštovanje od osoba koje mucaju, no ne radi se o statistički značajnoj razlici. Također, nije pronađena statistički značajna razlika između muškog i ženskog spola osoba koje mucaju u razini samopoštovanja. Što se tiče povezanosti između jakosti mucanja i razine samopoštovanja uočena je laka povezanost, no ona nije statistički značajna.

**Ključne riječi:** mucanje, osobe koje mucaju, jakost mucanja, samopoštovanje

## **Self-esteem of people who stutter**

Student's name and surname: Marija Maduna

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

Field of study: Speech-language pathology

### **Abstract**

Stuttering is a disorder of speech fluency which manifestation is very complex. It can be manifested in the psychosocial area of the person's life, and person's self-esteem may suffer as a result of the disorder. The unexplored relationship between stuttering and self-esteem in people who stutter in the Republic of Croatia is a major interest in conducting this research, in order to determine the level of self-esteem in people who stutter. Differences in the level of self-esteem between people who stutter and people who don't stutter, the level of self-esteem between male and female gender in people who stutter, and the correlation between stuttering severity and the level of self-esteem will be examined.

For the purpose of this research, two versions of the online questionnaire were created, separately for people who stutter and people who don't stutter. Questionnaires were created and conducted through the Google platform. Both questionnaires contain the Rosenberg Self-Esteem Scale. The study involved 22 people who stutter, 14 male and 8 female, and 98 were people who don't stutter. The data were processed by quantitative and qualitative statistical analysis.

The results of the study indicate that there is no statistically significant difference between people who stutter and people who don't stutter in the level of self-esteem. People who don't stutter have slightly higher self-esteem than people who stutter, but there is no statistically significant difference. Also, no statistically significant difference was found between male and female gender in people who stutter in the level of self-esteem. With regard to the correlation between stuttering severity and the level of self-esteem, a slight correlation was observed, but it was not statistically significant.

**Key words:** stuttering, people who stutter, stuttering severity, self-esteem

## Sadržaj:

<b>1. UVOD</b> .....	1
1.1. MUCANJE .....	2
1.1.1. Definicije .....	2
1.1.2. Prevalencija i incidencija.....	5
1.1.3. Etiologija.....	6
1.1.4. Vrste.....	8
1.1.5. Procjena .....	11
1.1.6. Terapija .....	15
1.2. SAMOPOŠTOVANJE .....	17
1.2.1. Definicije .....	17
1.2.2. Razine .....	18
1.2.3. Razvoj kroz adolescenciju i odraslu dob .....	20
1.2.4. Utjecaj govora na samopoštovanje .....	21
<b>2. PROBLEM ISTRAŽIVANJA</b> .....	23
2.1. CILJ I PROBLEM ISTRAŽIVANJA .....	23
2.2. HIPOTEZE.....	23
<b>3. METODE ISTRAŽIVANJA</b> .....	24
3.1. UZORAK ISPITANIKA.....	24
3.2. ISTRAŽIVAČKI INSTRUMENT .....	25
3.3. NAČIN PROVOĐENJA ISTRAŽIVANJA .....	26
3.4. METODE OBRADE PODATAKA .....	27
<b>4. REZULTATI ISTRAŽIVANJA I RASPRAVA</b> .....	28
4.1. Razlika između OKM i OKNM u razini samopoštovanja .....	28
4.2. Razlika između žena i muškaraca koji mucaju u razini samopoštovanja.....	29
4.3. Povezanost između jakosti mucanja i razine samopoštovanja .....	31
4.4. Uključenost u terapiju OKM.....	31
4.5. Rasprava.....	33
<b>5. VERIFIKACIJA HIPOTEZA</b> .....	39
<b>6. OGRANIČENJA ISTRAŽIVANJA</b> .....	40
<b>7. ZAKLJUČAK</b> .....	41
<b>8. LITERATURA</b> .....	43
<b>PRILOG</b> .....	48



## 1. UVOD

Kada spomenemo poremećaje tečnosti govora, upravo je mucanje poremećaj koji se ističe. Povijesno gledajući mnoge su definicije iznjedrile proučavajući ovaj poremećaj, no nijedna nije potpuno zadovoljavajuća niti globalno prihvaćena. Što se tiče univerzalnosti samog poremećaja, neki od znanstvenika poput Johnsona tvrde da se u nekim kulturama ne pojavljuje mucanje, dok drugi znanstvenici poput Van Ripera jednako uvjereni tvrde da je mucanje univerzalan poremećaj (Perkins, 1990). Razlog pojave različitih stajališta, kao i mnogih definicija jest potpuno razumljiv jer je mucanje na prvi pogled vrlo misteriozan i kompleksan poremećaj (Guitar, 2014). Ako zavirimo dublje u poremećaj mucanja, možemo uočiti da postoje mnogi udruženi faktori koji utječu na mucanje. Stoga, u osoba koje mucaju osim govornih teškoća koje se nazivaju i motoričke poteškoće mucanja, javljaju se razne psihosocijalne i emocionalne teškoće koje utječu na mentalno zdravlje osoba koje mucaju. Primjeri nekih od njih su anksioznost, socijalna fobija, socijalna izolacija, strah, depresija, sram, manjak samopouzdanja i samopoštovanja. Malo je strane literature koja se bavi istraživanjem odnosa između samopoštovanja i mucanja. S druge strane, nijedno istraživanje dosad na tu temu nije provedeno na osobama koje mucaju u Republici Hrvatskoj. Oslanjajući se na strana istraživanja kao neizostavno teorijsko uporište, provedeno je ovo istraživanje u Republici Hrvatskoj s ciljem utvrđivanja razine samopoštovanja u osoba koje mucaju te uspoređujući rezultate s osobama koje ne mucaju, također iz Republike Hrvatske. Pristup ovom istraživanju bit će predstavljen iz logopedске perspektive te će se zaključci dobivenih rezultata indicirati prvenstveno za logopedsku struku.

## 1.1.MUCANJE

### 1.1.1. Definicije

Mucanje je pojava prisutna već stotinama godina u čovječanstvu. Postoje dokazi postojanja mucanja u mezopotamskoj, egipćanskoj i kineskoj kulturi (Guitar, 2014). Stoga ne čudi činjenica da je mucanje budilo interes kod raznih istraživača i znanstvenika tijekom godina. Intenzivnija su istraživanja započela početkom osamdesetih godina prošlog stoljeća te su urodila mnogim definicijama mucanja od kojih nijedna u potpunosti ne zadovoljava kriterije definicije (Onslow, 2018). Niti jedna dosad predstavljena definicija mucanja ne obuhvaća sve aspekte i karakteristike mucanja, uz nedostatak generalizacije pojma na svu populaciju koja muca. Prema tomu, mucanje se često naziva „fenomenom“ u literaturi što najbolje opravdava samu prirodu mucanja kao poteškoće. Osim znanstvenog interesa, mucanjem se zanimaju i laici koji bi mucanje opisali navjerojatnije kao teškoće u govoru koje se manifestiraju čestim ponavljanima i prekidima, pritom uzimajući u obzir samo govorni produkt. Mucanje je daleko više od samih poteškoća u govoru. Nikako se ne smiju zanemariti svi simptomi među kojima su neurološki, psihički i drugi mogući popratni simptomi koji su ukomponirani u sindrom mucanja o čemu će više biti riječi u nadolazećim odlomcima.

Znanstvenici su oblikovali definicije mucanja najčešće promatrajući mucanje iz svoje znanstvene domene djelovanja. Tako danas imamo mnoštvo definicija koje je najbolje razvrstati u tri skupine: rječničke, unutarnje i perceptualne definicije (Onslow, 2018). Svaka od njih ima svoje nedostatke, ali i prednosti na koje se treba usmjeriti.

Među rječničke definicije se ubraja definicija Svjetske zdravstvene organizacije koja ističe fizički aspekt mucanja prema kojoj mucanje podrazumijeva „poremećaje u ritmu govora pri kojima pojedinac točno zna što želi reći, ali istodobno nije u mogućnosti to reći zbog nehotičnog, ponavljajućeg produžavanja ili prekida zvuka“ (WHO, 1992; prema Ward, 2017). Također možemo uočiti da ova definicija smatra da mucanje nije jedan poremećaj već proizvod skupine poremećaja koja utječe na govorni ritam. S druge strane, definicija pokazuje jedan veliki nedostatak, a to je nerazlikovanje normalnih netečnosti u govoru koje mogu biti prisutne kod svih govornika i mucajućih netečnosti. Još jednu definiciju ubrajamo u rječničke, a to je „definicija nad definicijama“ u području mucanja. Riječ je o Wingateovoj definiciji koja najšire obuhvaća sindrom mucanja te je najpreglednija, stoga joj je i dodijeljena spomenuta sintagma (Brestovci, 1970). Wingate (1964; prema Brestovci, 1970) obuhvaća tri aspekta mucanja među

kojima su 1. govorni, 2. etiološki i 3. emocionalni aspekt. Prema njemu, mucanje podrazumijeva:

1. a) Poremećaj u tečnosti govorne ekspresije, koji je (b) karakteriziran nehotećnim, zvučnim ili nijemim ponavljanjima ili produženjima u izgovaranju kratkih govornih elemenata (zvukova, slogova i riječi jednog sloga). Ovi poremećaji (c) se obično događaju često ili su vrlo izraženi (d) i ne mogu se lako kontrolirati.

2. Ponekad su prekidni praćeni (e) popratnim aktivnostima koje uključuju govorni aparat, povezane ili nepovezane strukture tijela ili stereotipnim govornim izričajima. Te aktivnosti pokazuju napor prilikom pokušaja proizvodnje govora.

3. Također, nisu rijetke (f) indikacije ili izvještaji o prisutnosti emocionalnih stanja, u rasponu od općeg stanja "uzbuđenja" ili "napetosti". (g) Neposredni izvor mucanja je neka koordinacija izražena u perifernom govornom mehanizmu; krajnji uzrok trenutno nije poznat i može biti složen.

Može se zaključiti da Wingate podrobnije opisuje mucanje i uklapa opis u definiciju. Trodijelna definicija opisuje u prvom dijelu karakteristike mucanja koje su univerzalne, drugim dijelom pristupa uzroku, tj. spominje popratne tjelesne aktivnosti koje rezultiraju naporom u govornoj produkciji te posljednjim dijelom naglašava psihološki utjecaj na govor osobe koja muca te koji je neizostavan, ali složenog uzroka. Kao i svaka definicija, i ova ima svoje nedostatke o kojim izvještava Gerold Woolf. Woolf (1965; prema Brestovci, 1970) uočava da Wingateova definicija ne razlikuje normalne netečnosti u mucanju od napinjanja te smatra neprikladnim Wingateovo stavljanje fokusa samo na prekide u govoru, isključujući druge govorne karakteristike u mucanju kao što su umetanje i nepotpune forme. Navedeni nedostaci su gotovo zanemarivi u usporedbi cjelokupno iznesene definicije koja donosi više prednosti i koristi u radu sa osobama koje mucaju.

Druga skupina definicija su tzv. unutarnje definicije. Tu se ubraja Perkinsonova definicija koji tvrdi da je mucanje privremeni očiti ili prikriveni gubitak kontrole sposobnosti tečnog kretanja prema naprijed u izvođenju jezično formuliranog govora (Perkins, 1984; prema Onslow 2018). Ova je definicija stvorila kontroverze, čime ju Perkins opravdava iznoseći činjenicu da definicija mucanja ne bi trebala biti samo izričit odraz pretpostavki o ovom poremećaju, već bi trebala definirati nečije razumijevanje njegove osnovne prirode (Perkins, 1990). Time naglašava unutarnji aspekt koji djeluje na mucajuće ponašanje. No, to može biti nedostatak jer ne nudi bazu za razlikovanje normalnih od mucajućih netečnosti. S druge strane, prednost unutarnje

definicije je fokusiranje na privatna iskustva doživljena mucanjem kod svakog pojedinca koji muca (Onslow, 2018).

Treća skupina definicija su perceptualne definicije. U ovu kategoriju ulazi Bloodsteinova definicija mucanja koji tvrdi da se mucanjem smatra sve što može opaziti pouzdani promatrač koji se relativno dobro slaže s drugima u opažanju (Bloodstein i Ratner, 2008). Ili klinički rečeno, slaganje među kliničarima na temelju iskustva jezično-govorne patologije određuje prisutnost ili odsutnost mucanja (Onslow, 2018). Dakle, od svih navedenih skupina definicija upravo je perceptualna definicija primjenjiva u kliničkom smislu. Unatoč tomu, i ona ima svoje nedostatke zbog upitnog značenja „pouzdanog promatrača“ kao i „relativnosti“ u slaganju između ostalih promatrača.

Osim navedenih definicija postoje još mnogobrojne koje se kreću od raznih pokušaja definiranja mucanja pa do danas ustaljenih i prihvaćenih definicija. Neke od njih, kao što je spomenuto, psihološki pristupaju problematici mucanja. Prema Wardu (2017) jedna je od ekstremno kontroverznih definicija Coriatova freudovska definicija mucanja kao "apsikoneuroza uzrokovana ustrajnom prisutnošću u kasnijem životu rane pregenitaloralne njege, oralnih sadističkih i analno sadističkih komponenata". U ovom pristupu se ističu još Johnson, Brutton i Shoemaker te Sheehan (Ward, 2017). Ward opisuje Sheehanov pristup mucanju kao vrlo utjecajnim u području kognicije čiji se pristup bazira na primjeni izbjegavajućih konflikata. Ovi navedeni znanstvenici ne zanemaruju psihološku komponentu koja je jedna od uzroka pojave mucanja, za razliku od drugih znanstvenika. Ovakvo se stajalište danas čini potpuno razumnim i neizostavnim kako u procjeni tako i terapiji osobe koja muca.

Neizostavno je spomenuti novije definicije mucanja među kojima Yairi i Seery (2015) daju definiciju sa šest dimenzija mucanja čime opravdavaju multidimenzionalnost ovog poremećaja, a uključuje; govorne (ponavljanja, produljivanja i prekidi), fizičke, fiziološke, afektivne, kognitivne i socijalne karakteristike koje utječu na mucanje. Zatim, definicija International Classification of Diseases- 10 , tj. Međunarodne klasifikacije bolesti- 10 koja mucanje tumači kao govor koji je karakteriziran čestim ponavljanjem ili produljenjem zvukova/slogova/riječi/čestim oklijevanjem ili stankama koje narušavaju ritmički tok govora. Uz napomenu da bi govor trebalo klasificirati kao poremećaj samo ako je njegova ozbiljnost takva da značajno narušava tečnost govora.

### *1.1.2. Prevalencija i incidencija*

Svaki se poremećaj može izraziti brojčano, na temelju svoje pojavnosti u populaciji. Što se tiče mucanja, većina istraživača daje sličan postotak njegove prevalencije, a on varira oko 1%. To znači da 1% od ukupne svjetske populacije muca. Craig, Hancock, Tran, Craig i Peters (2002) u svom istraživanju na cijeloj populaciji države New South Wales (Australia) iznose nešto niži rezultat od 1%, točnije 0.72%. Craig i sur. pritom ističu da je prevalencija mucanja veća kod mlađe djece (1.4-1.44%) za razliku od adolescenata (0.53%). Najnovije istraživanje pokazuje nešto veću prevalenciju, od čak 1.6% (Boyle, Boulet, Schieve, Cohen, Blumberg, Yeargin-Allsopp, Visser i Kogan, 2011). Ovo je istraživanje provedeno na ispitanicima u Sjedinjenim Američkim državama na uzorku ispitanika od 3 do 17 godina. S obzirom da ovo istraživanje nije obuhvatilo i odrasle koji mucaju, nešto veća prevalencija je opravdana. Valja spomenuti i mlađu odraslu populaciju u kojoj prevalencija mucanja iznosi 0.7% (Young, 1975).

Brojke incidencije su nešto veće, što je razumno jer uključuje procjenu rizika od mucanja. Craig i sur. (2002) daju pregled cijele populacije i njene incidencije za koju je utvrđeno da se kreće od 2,1% u odraslih (21–50 godina) do 2,8% u mlađe djece (2–5 godina) i 3,4 % u starije djece (6-10 godina). Najnovije istraživanje na predškolskoj djeci u Australiji pokazuje incidenciju od čak 8.5% (Reilly, Onslow, Packman, Wake, Bavin, Prior, Eadie, Cini, Bolzonello i Ukoumunne, 2009).

Može se zaključiti da ne postoje potpuna preklapanja u rezultatima istraživanja u cilju utvrđivanja prevalencije i incidencije osoba koje mucaju. Uz tu činjenicu, nikako se ne smije zanemariti utjecaj kulture u konačnim brojkama. Proctor, Yairi, Duff i Zhang (2008.) su proveli istraživanje na afroameričkoj (AA) i europskoameričkoj (EA) djeci u dobi od 2 do 5 godina. Utvrdili su da ne postoji statistički značajna razlika u mucanju između AA i EA djece. Prevalencija mucanja je bila 2.52% za cijeli uzorak. Ni dob, ni rasa nisu se pokazali kao značajni prediktori za učestalost mucanja, dok spol jest. Dječaci su pokazali veću učestalost mucanja od djevojčica.

### 1.1.3. Etiologija

Premda je etiologija mucanja bila istraživana iz perspektiva različitih znanstvenih disciplina kao što su psihologija, fiziologija, psihijatrija, logopedija i druge, ona i dalje ostaje znanstveno nerazriješena (Brestovci i Krznar, 1985). Smith i Kelly (1997; prema Ward 2017) vide mucanje kao multifaktorski poremećaj. Multifaktornost je upravo razlog nepostojanja jednog, izoliranog uzroka mucanja. Drugim riječima, u pozadini samog mucanja nalaze se brojni čimbenici koji zajedno djeluju uzročno na pojavu mucanja. Važan je, dakle, cjeloviti, integrativni i multidimenzionalni pristup etiologiji mucanja i razumijevanja njegovih složenih, nelinearnih interakcija i procesa tijekom vremena. Ti su procesi motorička kontrola, slušna integracija, obrada jezika i emocionalni aspekti. Različite osobe koje mucaju imaju jedinstvene kombinacije navedenih procesa, koje zahtijevaju strogo individualni pristup u terapiji (Smith i Weber, 2017). Još jedno važno obilježje mucanja kao poremećaja jest dinamičnost. Dinamičke teorije pokušavaju objasniti složeno ljudsko ponašanje. One su se popularizirale 90-tih godina prošlog stoljeća te su nastale kao matematički modeli fizičkih pojava. Teorije zastupaju ideju da svi sastavni procesi nekog ponašanja djeluju na odgovarajući način jedan u odnosu na drugo te je posljedica toga ponašanje sustava koje je predvidljivo. No, ukoliko se dogodi da jedan od sastavnih procesa ne radi, pojavljuju se pogreške u produktu (Bechtel i Richardson, 1993; prema Smith i Weber, 2017). Šezdesetih godina prošlog stoljeća je bila aktualna organska teorija o mucanju. Brestovci i Krznar (1985) iznose zaključke znanstvenika koji su zastupali organsku ideju u sklopu etiologije mucanja. Na primjer, Kopp koji je uočio da osobe koje mucaju imaju više šećera u krvi, Travis i Knott koji su kod takvih osoba pronašli poremećenu električnu aktivnost mozga te Berry koji je ustanovio da mucanje može biti posljedica encefalitisa i epilepsije. Travis zajedno s Ortonom zastupaju i teoriju cerebralne dominantnosti prema kojoj je mucanje rezultat „konflikta“ između dvije cerebralne hemisfere, uz nedostatak cerebralne dominantnosti. Postoje i razne druge teorije koje su proizlazile iz pokušaja objašnjavanja ovog „govornog fenomena“ kroz povijest kao što su teorija defekta percepcije, teorije perseveracija, teorija iščekivanja, dijagnozogenička teorija, konfliktna teorija, psihosomatska teorija, fiziološke teorije, teorija uvjetovanih refleksa i dvofaktorska teorija mucanja (Brestovci i Krznar, 1985). Ukratko, zbog nepostojanja jednog konkretnog uzroka mucanja, ono predstavlja složeniji pristup te posljedično dobro promišljenu terapiju.

Bez obzira što ne postoji nijedan konkretan uzrok mucanja, svakako postoje mogući uzroci koji djeluju zajedno s nekim drugim čimbenicima koji dovode do mucanja. American Speech-Language-Hearing Association, tj. Američko govorno-jezično-slušno udruženje (ASHA)

navodi dva potencijala vodeća uzroka, a to su obiteljska povijest i razlike u mozgovnom funkcioniranju. Što se tiče obiteljske povijesti, postoje mnogi ljudi koji mucaju i imaju člana obitelji koji također muca. Neminovno postoji poveznica. Različito mozgovno funkcioniranje tijekom govornih aktivnosti je uočeno kod osoba koje mucaju. ASHA daje i nekoliko rizičnih faktora za mucanje:

1. spol – dječaci su podložniji mucanju od djevojčica
2. obrasci oporavka obitelji - djeca s članovima obitelji koja su prestala mucati vjerojatnije će također prestati mucati
3. raspoloženje i temperament - frustracija, napetost, uzbuđenje mogu utjecati na pojavu mucanja
4. okidači ili „trigeri“ - neki životni događaji mogu "pokrenuti" mucanje, na primjer, malo dijete može početi mucati kad brzo nauči mnogo novih riječi.

Možemo zaključiti i još jednom istaknuti potrebu za multidimenzionalnim pristupom etiologiji mucanja. Upravo ovim pristupom se najbolje razumije složenost mucanja kao i njegove prirode te ujedno dubinski prodire u misterij mucanja. Sardelić i Brestovci (2003) navode tri glavne kategorije ponašanja koja zahtijevaju promatranja i praćenje radi otkrivanja uzroka, a to su:

- a) vidljiva ponašanja koja uključuju govornu netečnost, različita govorno-glasovna ponašanja, popratni pokreti i tikovi, vrijeme reakcije na podražaje i sl.
- b) socijalno-psihološka ponašanja koja uključuju ponašanja izbjegavanja, karakteristike ličnosti, strah, socijalno opterećenje diskursom, interakcije govornik - slušatelj i dr.
- c) kognitivne varijable koje uključuju psiholingvistička ponašanja (fonologija, prozodija, sintaksa, semantika, pragmatika) što opet može voditi lakšoj identifikaciji uzroka mucanja.

#### 1.1.4. Vrste

Osobe koje mucaju imaju narušenu tečnost govora. Ona može varirati od blago narušene sve do vrlo narušene tečnosti govora, odnosno prisutan je netečan govor. Kako bi mogli prepoznati netečan govor, treba razumjeti značenje tečnog govora. Normalna tečnost prepoznaje se lakoćom i neprekidnim kretanjem govornog mišićnog pokreta i rezultirajućim govornim zvukovima (Yairi i Seery, 2015). No, svaka osoba koja ne muca u svom govoru može imati netečne elemente poput oklijevanja, revizija fraza i umetanja (Ward, 2017). Stoga, potrebno je napraviti granicu između tečnog i netečnog govora te zaključiti kada će biti riječ o prisutnosti ili odsutnosti mucanja. Kad je riječ o netečnostima, postoji nekoliko vrsta grešaka koje narušavaju govorni tok. Campbell i Hill (1987; prema Ward, 2017) navode deset vrsta netečnosti:

1. oklijevanje
2. ubacivanje
3. revizija izraza / rečenice
4. nedovršena riječ
5. ponavljanje fraza / rečenica
6. ponavljanje riječi
7. ponavljanje dijela riječi
8. produljenja
9. blokiranje
10. ostalo (npr. neprimjereno disanje).

Yairi i Seery (2015) objašnjavaju razliku između "običnih" i "mucajućih" netečnosti koja se može sagledati iz dvije perspektive; proizvodnje i percepcije govora. Što se tiče perspektive proizvodnje, istraživanje je pokazalo da se određene vrste netečnosti javljaju mnogo češće u govoru osoba za koje se smatra da mucaju. Isto vrijedi za perspektivu percepcije govora jer procjenjivači iste vrste netečnosti uočavaju češće prisutnima kod osoba koje se procjenjuju da mucaju. Uz vrste netečnosti važan je broj ponavljanja koji se tolerira kod osoba te je nit vodilja u odluci o postojanju mucajućih netečnosti. Konkretnije brojke na istu temu daje Sander (1963; prema Yairi i sur., 2015) : jedno ili dva ponavljanja sloga na 100 riječi tijekom tečnoga govora



svrstavaju se pod „normalno“, no pet ponavljanja sloga na 100 riječi vjerojatno će se shvatiti kao mucanje.

Mucanje se može javiti kako kod djece, tako i kod odraslih. Uvriježeno je mišljenje među ljudima da ima više djece koja mucaju od odraslih, što je statistički točan podatak. No, nikako se ne smiju zanemariti odrasli koji mucaju.

Andrijolić i Leko Krhen (2016) razlikuju u dječjoj dobi tri vrste mucanja: normalnu netečnost, razvojno mucanje i neurogeno mucanje. Neurogeno je mucanje češće kod odraslih te se svrstava u stečeno mucanje (Theys, van Wieringen i De Nil, 2008). Više riječi o njemu će biti u idućem odlomku. Mucanje kod djece se najčešće javlja posljedično razvijanju jezika i govora. To je doba napretka izgovora s dvije riječi ka izgovoru složenijih iskaza koje je tipično između 2 i 5 godina, no može se javiti i ranije. Kao posljedica dječjeg truda prilikom jezično-govornog razvoja ka što točnijem izgovoru novih riječi, javljaju se oklijevanja, ponavljanja koja su kratkog trajanja i produljenja. Upravo ovi znakovi mogu biti normalna pojava kod djece koja će nestati te se zovu normalne netečnosti ili često zvanih u praksi „fiziološko mucanje“. S druge strane, spomenute netečnosti mogu perzistirati i razviti se u pravo mucanje koje se naziva razvojno mucanje te se nastavlja nakon automatizacije govornog razvoja (Guitar i Conture, 2013).

Mucanje se može steći tijekom života te se takvo svrstava u drugu veliku kategoriju mucanja: stečeno mucanje ili mucanje u odrasloj dobi. Prema uzroku mucanja, stečena se dijele na, također, tri vrste: neurogeno, psihogeno i mucanje uzrokovano lijekovima (Van Borsel, 2014). Neurogeno se mucanje javlja kao posljedica oštećenja u središnjem živčanom sustavu (Canter, 1071; prema Van Borsel, 2014) . Theys i sur. (2008) izvještavaju da je većina ispitanika iz njihovog istraživanja, vezanog za proučavanje neurogenog mucanja kod pacijenata, kao uzrok mucanja imala moždani udar. Što se tiče psihogenog mucanja, Mahr (1992) daje kriterije za postavljanje dijagnoze psihogenog mucanja: a) promjena u govornom obrascu koja sugerira mucanje, b) odnos prema psihološkim čimbenicima, o čemu svjedoči pojava simptoma povezanih s emocionalnim sukobom, c) odsutnost organskog uzoka. Dakle, psihološko mucanje je povezano s nekim psihološkim problemom ili emocionalnom traumom koje rezultiraju netečnostima (Van Borsel, 2014). Te posljednja vrsta mucanja jest uzrokovano lijekovima. Određeni lijekovi mogu pogoršati mucanje kod osoba koje mucaju te mogu uzrokovati pojavu mucanja kod osoba koje ne mucaju, što je rjeđi slučaj (Kehoe, 2013). Najpoznatiji je lijek s navedenim kontraefektom Metilfenidat. Dokazano je istraživanjem na djeci s dijagnozom ADHD-a da je nakon tretiranja s Metilfenidatom došlo do iznenadne pojave mucanja. Naime,

ovaj lijek povećava razinu dopamina i norepinefrina u mozgu kroz inhibiciju ponovnog preuzimanja transportera monoamina (Kehoe, 2013).

Mucanje se može kategorizirati s obzirom na simptome. Van Riper (1963) dijeli mucanje na primarno i sekundarno. Primarni su simptomi ponavljanja, produživanja i oklijevanja koja su češće uočena kod djece u odnosu na odrasle. Autor naglašava da se navedene govorne teškoće mogu pripisati simptomima mucanja ukoliko uvelike utječu na komunikaciju. Sekundarni su simptomi ponašanja koja su se razvila kao reakcija na mucanje. Oni su strah, izbjegavanja ili ponašanja kao što su primjerice žmirkanje, kretanje raznih dijelova tijela i sl. Podjelu ponašanja koja se javljaju prilikom mucanja objašnjava „dvo faktorska teorija mucanja“ koja uzima u obzir etiološke čimbenike mucanja (Brestovci, 1977). Ponašanja se dijele na voljna i nevoljna koja su slična Van Riperovom opisu simptoma. Voljna ponašanja su na svjesnoj razini i u njih se ubrajaju razna izbjegavanja od mucanja što se povezuje sa sekundarnim Van Riperovim simptomima mucanja. Nevoljna su na nesvjesnoj razini klasično uvjetovana negativnim emocijama i u njih se ubrajaju ponavljanja i produžavanja što se povezuje sa primarnim Van Riperovim simptomima mucanja.

### 1.1.5. Procjena

Nakon upoznavanja s postojećim definicijama mucanja, etiologijom i vrstama, možemo nastaviti sa procjenom. Procjena mucanja može biti subjektivna ili objektivna, kao što je slučaj s većinom jezično-govornih teškoća. Subjektivna procjena podrazumijeva upotrebu instrumenata za (samo)procjenu, dok objektivna podrazumijeva upotrebu standardiziranih testova. Najpoznatiji standardizirani test koji se primjenjuje u procjeni poremećaja tečnosti govora jest „The Stuttering Severity Instrument“ (SSI). On je idealan primjer multidimenzionalnog pristupa jer uključuje procjenu lingvističkih i nelingvističkih aspekata govora (Ward, 2017). Primjer subjektivne procjene jest „9 bodovna skala“ koju mogu primjenjivati logopedi na klijentima i/ili klijenti mogu samostalno procjenjivati jakost svoga mucanja (O'Brian, Packman i Onslow, 2004). Ovaj način procjene, dakako, nije dovoljan jer ne uzima u obzir cjelokupnu sliku osobe koja muca te na taj način izostaje mogućnost kategoriziranja mucanja s obzirom na vrstu. Što se tiče pouzdanosti „9 bodovne skale“, istraživanjem se pokazala visoka podudarnost (9/10) između rezultata procjene stručnjaka, logopeda, i rezultata samoprocjene (O'Brian i sur., 2004). Time zaključujemo da je pouzdanost visoka. No, bez obzira na rezultate, pristup mora biti multidimenzionalan zbog same prirode mucanja, kao što je spomenuto u poglavlju „*Etiologija*“.

Nužnost sveobuhvatne procjene naglašava i ASHA. Sveobuhvatna i temeljita procjena znači usmjeravanje na komponente za koje se zna da prate poremećaje tečnosti kao što su emocionalne, bihevioralne, kognitivne i druge teškoće. Još jedan bitan aspekt procjene je potreba za individualiziranim pristupom svakoj osobi koja dolazi na procjenu i uzimanje u obzir njene komunikacijske okoline. Jedan od većih izazova prilikom procjene mucanja je, dakako, njegovo neprepoznavanje iako postoji zabrinutost za njegovu prisutnost. Naime, osobe koja su suspektne na mucanje mogu razviti sekundarna ponašanja koja im omogućavaju prikrivanje mucajućih netečnosti, primjerice izostavljanje ili zamjena riječi koje bi mogle biti problematične (Murphy i sur., 2007; prema Amster i Klein, 2018).

ASHA iznosi nekoliko bitnih točaka koje treba uzeti u obzir prilikom sveobuhvatne procjene mucanja kod djece:

1. Povijest osobe, uključujući:

- a) povijest bolesti
- b) opći razvoj
- c) govor i jezični razvoj, uključujući učestalost izlaganja svim jezicima koje dijete koristi i djetetovo znanje u razumijevanju i izražavanju sebe na svim govornim jezicima
- d) obiteljska povijest mucanja ili teškoća
- e) vrsta netečnosti i težina
- f) dob pojavljivanja i varijabilnost (npr. kontinuirano ili promjenjivo)
- g) prethodna iskustva s liječenjem i ishodi liječenja
- h) informacije o obiteljskoj, osobnoj i kulturnoj percepciji tečnosti

2. Savjetovanje s članovima obitelji, odgojiteljima i drugim profesionalcima:

- a) zapažanja kada se netečnosti primjećuju najviše i najmanje

3. Analiza u stvarnom vremenu ili analiza zasnovana na pregledu snimljenog uzorka govora

4. Pregled prethodnih evaluacija i obrazovnih evidencija

5. Procjena tečnosti govora:

- a) učestalost, vrsta i trajanje poremećaja
- b) prisutnost sekundarnog ponašanja
- c) brzina govora i razumljivost u različitim govornim zadacima (npr. razgovorni i narativni konteksti)

6. Testiranje stimulativnosti u kojem se od djeteta traži da smanji brzinu govora na neki drugi način - smanjenje ukupne brzine govora obično pomaže smanjenju netečnosti

7. Procjena utjecaja mucanja, uključujući procjenu emocionalnog, kognitivnog i ponašajnog utjecaja netečnosti - za informacije koje se tiču učestalosti govora i socijalizacije

8. Procjena drugih komunikacijskih dimenzija, uključujući:

- a) fonologiju
- b) razvoj receptivnog i ekspresivnog jezika
- c) pragmatiku
- d) glas
- e) sluh
- f) oralno-motoričke funkcije / strukture

9. Određivanje individualnih prednosti, strategija suočavanja i raspoloživih sredstava koji mogu olakšati terapiju.

Procjena može i ne mora završiti dijagnozom, pogotovo ukoliko je potrebno dodatno mišljenje drugih stručnjaka koji su dio multidisciplinarnog tima. Postoje različiti ishodi procjene. Prema ASHA-i procjena može rezultirati:

- I. dijagnozom poremećaja tečnosti, uključujući diferencijalnu dijagnozu
- II. opisom karakteristika i težine poremećaja tečnosti
- III. prosudbom o stupnju utjecaja poremećaja tečnosti na verbalnu komunikaciju i kvalitetu života
- IV. utvrđivanjem koristi liječenja/terapije
- V. utvrđivanjem negativnog obrazovnog, socijalnog i profesionalnog utjecaja
- VI. preporukama za liječenje/terapiju
- VII. savjetovanjem i upućivanjem drugim profesionalcima prema potrebi
- VIII. stalnom edukacijom o mucanju ili utjecaju obitelji, školskog osoblja i drugih značajnih ljudi u djetetovom okruženju.

Ward (2017) smatra da je procjena namijenjena adolescentima i odraslim osobama vrlo slična onoj namijenjenoj dječjoj populaciji, no s naglaskom na moguće postojanje mucanja u djetinjstvu. Kod odraslih se, također, veća pozornost pridaje socijalnom aspektu, odnosno utjecaju okoline na govorna ponašanja osobe koja muca. Adolescencija je samo po sebi vrlo osjetljivo razdoblje te mucanje može doprinijeti narušavanju socijalnih odnosa kao i „slike o sebi“, o čemu će više biti riječi u idućem poglavlju.

Procjena adolescenata i odraslih se može sumirati u nekoliko bitnih točaka:

1. Intervju s osobom (i roditeljima) u svrhu prikupljanja anamneze  
(npr. početak mucanja, jezično-govorne teškoće u obitelji, prijašnje terapije i ishodi, pitanja vezana za socijalni aspekt)
2. Stopa učestalosti (ne)tečnosti  
(određivanje vrste i jačine mucanja; ispituje se čitanjem teksta i monolozima koje kliničar može snimati)
3. Ispitivanje stava prema mucanju  
(klijentova percepcija i reakcija na mucanje, utjecaj straha)
4. Sumiranje svih prikupljenih informacija  
(planiranje terapije u dogovoru sa klijentom).

Prilikom ispitivanja mucanja neizostavna je i diferencijalna dijagnostika. Mucanje se lako može zamijeniti s nekim drugim poremećajem zbog sličnih simptoma i kriterija oštećenosti, stoga treba biti oprezan. Andrijolić i Leko Krhen (2016) navode sindrom brzopletosti, stečene poremećaje komunikacije, neurogeno mucanje, psihogeno mucanje, razvojno mucanje, genetske sindrome (Down sindrom, Fragilni X sindrom, Prader-Wilijev sindrom, Turnerov sindrom i Neurofibromatozu tip I) i Parkinsonovu bolest kao poremećaje bitne u diferencijalnoj dijagnostici mucanja. Konkretniji opis diferencijalne dijagnostike iznijet će se na primjeru mucanja i brzopletosti prema smjernicama spomenutih Andrijolić i Leko Krhen. Brzopletost je, kao i mucanje, sindrom što predstavlja dodatni izazov zbog prisutnosti raznih teškoća koje se mogu poklapati. Glavna razlika između ova dva poremećaja tečnosti su u vrsti govornih netečnosti. Naime, u mucanju prevladavaju mucajuće netečnosti, dok u brzopletosti normalne netečnosti, poput ispravljanja, ubacivanja i ponavljanja fraza. Druga glavna razlika je u pragmatici koja je uredna kod mucanja, no narušena kod brzopletosti. Još neke moguće razlike su artikulacijske i prozodijske teškoće kod brzopletosti kao i izostanak svjesnosti o poremećaju.

### 1.1.6. Terapija

Nakon procjene slijedi terapija. Kao i u slučaju svakog poremećaja, pravovremena terapija je iznimno važna. Općenito, terapija za osobe koje mucaju je od velikog značaja, pritom ne samo logopedska, već tretman svih relevantnih stručnjaka. Što se tiče logopedske terapije, postoje razne tehnike i pristupi osobama koje mucaju kao pomoć u smanjenju mucanja. Uz to, terapije su usmjerene dobi osobe koja muca pa se na taj način mogu ugrubo podijeliti na terapije mucanja za predškolsku, školsku i odraslu dob. S obzirom na široke mogućnosti terapije, u ovom će se ulomku objasniti samo temelji, odnosno srž svake logopedske terapije mucanja. Prema ASHA-i terapija mucanja ovisi o: učestalosti mucanja, reagiranju same osobe na njezino mucanje, reagiranju drugih osoba na mucanje, utjecaju mucanja na svakodnevni život osobe i o dobi osobe koja muca. Nakon ovih inicijalnih pitanja i pomnog planiranja terapije, slijedi i provedba. Onslow (2018) navodi tri vrste terapije za djecu predškolske dobi: the Lidcombe Program, tretmani bazirani na Multifaktorijskim modelima i the Westmead Program. Svaka od navedenih načina terapije ima svoje prednosti i nedostatke. Predškolsko je doba prilika za roditeljsko sudjelovanje u terapiji kao i za primjenu direktnih i nedirektnih strategija u terapiji. ASHA vidi direktne strategije kao pomoć pri oblikovanju djetetova govora, dok indirektno strategije vidi kao usporavanje govora logopeda kao model za dijete. Za stariju djecu i odrasle osobe terapija je usredotočena na kontroli i upravljanju mucanjem. Upravo je uloga logopeda od iznimne važnosti kod ovih populacija tijekom terapije. ASHA smatra da logoped, osim u svom primarnom cilju korekcije netečnog govora, mora imati u cilju i pomoć osobama da se osjećaju manje napeto, preplašeno i/ili anksiozno. Također, mora im pomoći u razvijanju strategija kako bi se lakše „uklopili“ u socijalne zahtjeve kao što su komunikacija u školi, na poslu i u različitim društvenim okruženjima, razgovor preko telefona ili naručivanje hrane u restoranu. Logoped može ponuditi i opciju sudjelovanja u grupama podrške osoba koje mucaju, no ovakva je praksa puno češća u SAD-u i u zemljama u kojima postoje mnoge grupe podrške. Konačno, logoped mora biti konstanta podrška tijekom terapije. Nikako se ne smiju zanemariti bliske osobe s kojima je osoba koja muca u kontaktu te njih imati na umu prilikom planiranja i provođenja terapije.

Terapija mucanja se sastoji od faza. Što se tiče okvirnih faza terapije, ona se sastoji od : identifikacije, desenzibilizacije, modifikacije i stabilizacije (Ward, 2017). Ove se faze mogu preklapati. Faza identifikacije ima za cilj da klijent postane svjestan primarnih i sekundarnih karakteristika mucanja. Slijedi faza desenzitizacije u kojoj klijent radi na smanjenju povišene

razine emocionalnog uzbuđenja. Povećano je uzbuđenje ustaljena pojava uz primarne karakteristike mucanja. U fazu modifikacije se ubrajaju tehnike koje za cilj imaju smanjenje mucanja, a to su preparacijski set („*preparatory set*“), poništenje („*cancellation*“) i izvlačenje („*pull out*“). Svaka od tehnika ima isti cilj, no primjenjuju se u različitim vremenskim točkama: prije, tijekom i nakon blokade govora, odnosno netečnog govora. Te faza stabilizacije naučenih kliničkih ponašanja i prijenos u izvanklinički kontekst.

Važnost logopedске terapije bit će dodatno interpretirana dobivenim rezultatima ovog hrvatskog istraživanja u poglavlju „*Rasprava*“.



## 1.2.SAMOPOŠTOVANJE

### 1.2.1. Definicije

Samopoštovanje je psihološki termin, drugim riječima konstrukt. Svojom nazivom aludira na značenje termina koje bi razumjela gotovo svaka osoba koja nema poveznice sa psihologijom. No, termin ima mnogo dublje značenje i utječe na mnogobrojne svakodnevne aspekte života. Kao što je slučaj s definicijama mucanja i samopoštovanje ima mnoge definicije. Mnogobrojni psiholozi preferiraju iznositi svoje vizije definicije, no sve su u svojoj suštini jednake. Tu leži razlika između mucanja i samopoštovanja jer je mucanje nepoznatog uzroka. Pitanja poput: „*Želite li dati vrijedan doprinos svojoj profesiji?*“, „*Želite li se brinuti o svom prijatelju/partneru/roditelju?*“, „*Želite li se ponašati moralno i kompetentno u domenama svog života?*“ su problemi koji proizlaze iz potrebe za samopoštovanjem (Greenberg, 2008). U nastavku će se izložiti neke od definicija samopoštovanja definirane od raznih autora kako bi se dobila šira i dublja slika ovog psihološkog konstrukta.

Prvi su koraci ka samopoštovanju napravljeni već u Staroj Grčkoj. Aristotel je uvidio važnost „ljubavi prema sebi“ koja se danas povezuje sa samopoštovanjem i tzv. „*self*“ konceptom o kojem će kasnije biti nešto više riječi. Aristotel ne radi razliku između „ljubavi prema sebi“ i odnosa između nas kao osoba i drugih osoba na prijateljskoj razini. Njegova etika naglašava da je ljubav prema sebi i prijateljima osnova dobrog života (Annas, 1989). Zadovoljstvo svojim životom je, također bitna karika samopoštovanja. Vasconcellos (1990) nudi definiciju da je samopoštovanje cijenjenje vlastite vrijednosti i važnosti te posjedovanje svojstva osobne odgovornosti za sebe i odgovorno ponašanje prema drugima. Dakle, ova se definicija usmjerava na naš unutarnji odnos kao pojedinca te na odnos pojedinca i drugih ljudi. Odnos prema samome sebi uključuje prihvaćanje sebe, postavljanje realističnih ciljeva te osjećaj povjerenja i opraštanja samome sebi. Odnos prema drugim ljudima uključuje prihvaćanje vrijednosti svakog čovjeka i pokazivanje poštovanja, prihvaćanja i potpore. Kernis (2003) definira samopoštovanje kao psihološki konstrukt koji se odnosi na način na koji se ljudi osjećaju prema sebi što odražava i utječe na njihove trenutne odnose s okolinom i ljudima s kojima se susreću u njoj. On vidi samopoštovanje dvodimenzionalno s obzirom na emocije koje budi, a to su osjećaj dobrog čovjeka te osjećaj lošeg čovjeka ili osobe. Jhangiani i Tarry (2014) smatraju da se samopoštovanje odnosi na pozitivne (visoko samopoštovanje) ili negativne

(nisko samopoštovanje) osjećaje koje imamo prema sebi. To znači da samopouzdanje raste s osjećajem vrijednosti i pozitivnih emocija te obrnuto.

### *1.2.2. Razine*

Samopoštovanje se generalno može podijeliti u dvije glavne kategorije prema jačini; na visoko i nisko te optimalno samopoštovanje (Kernis, 2003). Samopoštovanje se procjenjuje raznim implicitnim i eksplicitnim ljestvicama od kojih je najpoznatija eksplicitna ljestvica za samoprocjenu globalnog samopoštovanja, Rosenbergova skala samopoštovanja (Jhangiani i sur., 2014). O njoj će biti više riječi u samom istraživanju ovog rada jer je upravo ona korištena kao mjerni instrument. Od velike je važnosti reći da se percepcija samoga sebe može pokazati i nerealnom s obzirom na stvarnu sliku. Drugim riječima, osoba samu sebe može procijeniti kao osobu s višim samopoštovanjem, iako zapravo ima niže samopoštovanje. To je normalno jer čovjek ima tendenciju sebe prikazati u ljepšoj verziji od one stvarne. Nikako se ne smiju zanemariti i kulturalne razlike u globalnoj razini samopoštovanja prilikom procjene.

Zdravorazumski je za zaključiti da visoko samopoštovanje povlači sa sobom osjećaj uspjeha, sreće i zadovoljstva. Takvi su ljudi prihvaćeniji u društvu i ostavljaju bolji dojam na druge za razliku od osoba s niskim samopoštovanjem. No, visoko samopoštovanje se pokazalo da ne mora stvarati samo pozitivne osjećaje u pojedincu. Prema Jordan, Spencer, Zanna, Hoshino-Browne, Correll, (2003) takve osobe mogu razviti obrambena ponašanja zbog maskiranja nesvjesne sumnje u sebe i osjećaje neprikladnosti. Harder (1984) dijeli visoko samopoštovanje na četiri potkategorije: kompulzivno samopouzdanje, hvalisanje, agresivno i obrambeno samopoštovanje. On uočava u svom istraživanju da je od velike važnosti napraviti razliku između obrambenog visokog samopoštovanja i tzv. „ambicioznog-narcizma“ prilikom procjene ličnosti. Ambiciozni-narcizam definira bahati način samohvalisanja, te je označen hrabrošću, snagom, dominacijom, uspjehom i stjecanjem divljenja drugih. Jordan i sur. (2003) također povezuju narcisizam s obrambenim ponašanjem s objašnjenjem da narcisoidne osobe posjeduju pretjerano povoljne samo-stavove i prilično defenzivno reagiraju kada im je ugroženo samopoštovanje. Iste su godine proveli istraživanje na temu visokog samopoštovanja Baumeister, Campbell, Krueger, Vohs (2003) pokušavajući pronaći poveznicu visokog

samopoštovanja i osjećaja sreće, međuljudskih odnosa te zdravijeg životnog stila. Primjenom terapijskih programa u svrhu povišenja samopoštovanja, nije se pokazalo korisno. Autori preporučuju primjenu pohvala kod djece radi postizanja društveno prihvatljivih ponašanja te samopoboljšanja.

S druge strane, nisko samopoštovanje se povezuje s osjećajem nesreće te nezadovoljstva sobom i svojim životom. Istraživanja su pokazala razna objašnjenja niskog samopoštovanja. Neke studije pokazuju podatke koje sugeriraju da pojedinci s niskim samopoštovanjem obično daju prosječne odgovore na listama za provjeru samopoštovanja te kod njih prevladavaju neutralni „samo-osjećaji“. Nekoliko je ispitanika dalo podatke koji se mogu izravno povezati s nezadovoljstvom samim sobom (Kernis, 2003). Dakle, ni kod niskog samopoštovanja nije prikladno generaliziranje. Kernis uočava poveznicu između niskog samopoštovanja i niskog samopoimanja. Samopoimanje ili „*self-concept*“ je shema koja sadrži znanje o nama. Sastoji se od fizičkih karakteristika, pripadnosti grupi i osobina te je prilično stabilno tokom vremena (Jhangiani i sur., 2014). Postoji i ustaljeno mišljenje u društvu da su osobe sklone agresivnom ponašanju i kriminalu. No, Baumeister, Smart i Boden (1996) pobijaju ovu tvrdnju konstatirajući da osobe s ugroženim egotizmom najčešće pribjegavaju nepoželjnim ponašanjima. U strahu od ugroze vlastitog samopoimanja, osobe sa višim samopoštovanjem upadaju u kriminalne aktove. Autori ovu pojavu nazivaju „tamnom stranom visokog samopoštovanja“ te razbijaju ustaljenu sliku osoba s niskim samopoštovanjem kao kriminalaca i negativaca.

Optimalno samopoštovanje možemo uzeti kao „idealnu“ razinu samopoštovanja. Njega karakteriziraju povoljni osjećaji vlastite vrijednosti koji proizlaze iz pozitivnih iskustava koja uključuju nečije djelovanje, kontekstualne faktore i međuljudske odnose te je stabilno. Također, optimalno je jer poprilično je odsutno obrambeno ponašanje te želja za sviđanjem i prihvaćanjem od strane drugih ljudi (Kernis, 2003). Optimalno se samopoštovanje praktično može interpretirati kao *srednja* razina samopoštovanja.

### *1.2.3. Razvoj kroz adolescenciju i odraslu dob*

Samopoštovanje nije konstante visine tijekom života zbog raznih socijalnih situacija koje utječu na čovjekovo poimanje samoga sebe. S druge strane, nije ni vrlo varijabilno. Longitudinalnim istraživanjem Orth i Robins (2014) ustanovljene su tri činjenice o razvoju samopoštovanja kroz životne dobi. Prvo, samopoštovanje raste od razdoblja adolescencije do srednje odrasle dobi te se ubrzano snižava prema starijoj životnoj dobi. Pritom valja naglasiti da postoje druga istraživanja koja ne izvještavaju o ubrzanom padu samopoštovanja u starosti, već je pad usporen. Točka najvišeg samopoštovanja je u dobi od 51 godinu, odnosno između 50 i 60 godina. Poznato je da žene pokazuju nešto niže samopoštovanje od muškaraca, no zanimljivo je da spol nema statistički značajan utjecaj na razvojnu putanju samopoštovanja. Drugo, samopoštovanje nije vrlo varijabilnog intenziteta, ali nije nepromjenljivo. Drugim riječima, osobe s relativno visokim samopoštovanjem u jednoj će životnoj fazi vjerojatno imati relativno visoko samopoštovanje godinama kasnije i obrnuto. Na nepromjenjivost samopoštovanja utječe životno iskustvo koje se sastoji od mnogih uspona i padova koji ostavljaju trag na samopoštovanje pojedinca. Treće, visoko samopoštovanje predviđa uspjeh u životnim područjima kao što su odnosi, posao i zdravlje. Dakle, samopoštovanje je prediktor uspješnosti u određenim socijalnim sferama, a ne posljedica. Neovisno o iznesenim činjenicama, potrebno je još istraživanja koja detaljnije ispituju razvoj samopoštovanja u dječjoj dobi.

Činjenicu da je ženski spol nešto nižeg samopoštovanja od muškog potvrdilo je istraživanje na adolescentima između 14 i 16 godina. Naime, Harper i Marshall (1991) istraživanjem indiciraju na ženski spol kao ranjiviji što se tiče nižeg samopoštovanja te prijavljivanja životnih problema. Problemi o kojim izvještava ženski spol su međuljudski odnosi, zdravlje, osobno prilagođavanje i obiteljski problemi. Statistički značajna razlika između spolova nije ustanovljena u području obrazovanja i poslovne budućnosti. Obrazovna uspješnost adolescenata bila je predmet istraživanja Marsha (1990) koji zaključuje da na uspjeh utječe samopoimanje, drugim riječima koncept o sebi koji je konstituent samopoštovanja. Pretpostavka je da poboljšanje samopoimanja dovodi do većeg obrazovnog uspjeha. Rezultati su pokazali povećan prosjek ocjena u 11. i 12. razredu srednje škole, čime je pretpostavka potvrđena. Bitan utjecaj na samopoštovanje adolescenata ima njihova izravna okolina, roditelji. Isberg, Hauser, Jacobson, Powers, Noam, Weiss-Perry i Follansbee, (1989) su ispitali povezanost roditeljskog ponašanja i samopoštovanja adolescenata. Rezultati su pokazali da roditelji nemaju toliko velik utjecaj na adolescentne kao druga okolina u kojoj se često kreću

poput škole, prijatelja i drugog okruženja izvan obitelji koji se širi porastom godina. Roditelji imaju utjecaj na samopoštovanje u dječjoj dobi, no dolaskom u adolescenciju sve više slabi.

Nakon adolescencije, dolazi mlađa odrasla doba te starija odrasla doba. Glavna socijalna uloga u odrasloj je dobi poslovna uloga. Utječe li visina samopoštovanja na poslovnu uspješnost i zadovoljstvo prikazali su u svom preglednom radu Bono i Judge (2003). Isti su autori dvije godine ranije proveli istraživanje na navedenu temu. Uz samopoštovanje, ispitan je utjecaj i neuroticizam, lokus kontrole te samoefikasnost. Upravo je samopoštovanje najviše utjecalo na samoevaluaciju osobe koja je posljedično utjecala na poslovnu izvedbenu uspješnost i zadovoljstvo. Ova su četiri psihološka područja neodvojivog utjecaja na ispitivanje poslovnog aspekta djelovanja. Ona imaju veći utjecaj na zadovoljstvo poslom, nego na poslovnu izvedbu, no valja naglasiti da je jačina povezanosti ovih četiriju parametara i zadovoljstva bila slabe jakosti.

#### *1.2.4. Utjecaj govora na samopoštovanje*

Mucanje je poremećaj tečnosti govora čiji simptomi obuhvaćaju i psihički aspekt života osobe koja muca, kako je već ranije spomenuto. Upravo će psihički plan biti u fokusu u ovom poglavlju te njegova povezanost s netečnim govorom, kao što bolja baza za razumijevanje cilja istraživanja ovog diplomskog rada. Kao što je ranije rečeno, mucanje je sindrom i samim time ima utjecaja na višestruke sfere čovjekova života. Ono negativno utječe na socijalno, mentalno i emocionalno funkcioniranje. Saznanja o utjecaju mucanja na kvalitetu života je uvelike bitna za dobro promišljenu terapiju koja će uključivati multidisciplinarni tim. Multidisciplinarni pristup kreće od postavke da je mucanje multidimenzionalni poremećaj i da postoje podskupine koje imaju različite potrebe i različito reagiraju na liječenje (Blaesing, 1982).

Osobe koje mucaju iskazuju anksioznost u govornim situacijama. Prema Onslow (2018) strah, sram, panika i nesigurnost su komponente anksioznosti. Odnos govor-anksioznost kod osoba koje mucaju iznimno je bitan te se odvija prije samog akta govora u očekivanju neugodnih i/ili opasnih situacija temeljenih iskustvom. Na kraju krajeva, uobičajeno i za osobe koje ne mucaju da iskuse socijalnu anksioznost prilikom govora većem broju ljudi. Anksioznost, dakle, može utjecati na govor. U idućem odlomku razmotrit će se kako govor utječe na samopoštovanje.

Kalanzadeh, Mahnegar, Hassannejad, i Hassannejad (2013) su proveli istraživanje na studentima koji ne mucaju u cilju provjere poveznice između samopoštovanja i govornih sposobnosti. Ustanovljena je povezanost samopoštovanja i govora. Studenti, prethodno selektirani kao osobe s višim samopoštovanjem, pokazali su bolje govorne sposobnosti te su češće sudjelovali u razrednim raspravama u odnosu na studente s niskim samopoštovanjem. Dakle, samopoštovanje utječe na govor u osoba koje ne mucaju, no što je s osobama koje mucaju? Yovetich i Leschied (2000) su proveli istraživanje na školskoj djeci i došli do rezultata koji ne sugerira statistički značajnu razliku u samopoštovanju u odnosu na školsku djecu koja ne mucaju. Ovakve podatke autori objašnjavaju činjenicom da školska djeca koja mucaju nisu skupila dovoljno individualnog iskustva kao osobe koje mucaju u situacijama koje bi mogle ugroziti njihovo samopoštovanje zbog prisutnosti njihovih roditelja. Također navode da je njihovo istraživanje u kontrastu s većinom drugih dosadašnjih istraživanja na ovoj populaciji. Adriaensens, Beyers, i Struyf, (2015) proveli su istraživanje na adolescentima koji mucaju. Ustanovljeno je sniženo generalno samopoštovanje i samopoštovanje specifično za domene socijalnog prihvaćanja, školske sposobnosti te iskustva bliskog prijateljstva. Uz to, pokazalo se da negativni stav adolescenata prema komunikaciji negativno utječe na samopoštovanje. Autori su potvrdili već iznesene činjenice prijašnjih istraživanja vezanih za adolescente, čime je usuglašenje u ovoj populaciji veće nego u školskoj. Posljednja, no jednako bitna, jest odrasla dob. Boyle (2013) provodi istraživanje na odrasloj populaciji koja muca te ih kategorizira u dvije grupe s obzirom na (ne)sudjelovanje u grupama podrške. Istraživanje je rezultiralo izvještavanjem o višem samopoštovanju u osoba koje su sudjelovale u grupama podrške za mucanje, kao i višim zadovoljstvom životom i boljom „stigmom o sebi“. Navedena su istraživanja provedena izvan granica Republike Hrvatske i nude teorijsko uporište istraživanju u Republici Hrvatskoj u sklopu ovog diplomskog rada. Istraživanje je izneseno u nadolazećim poglavljima „*Problem*“, „*Metode*“, „*Rezultati i rasprava*“ te *Verifikacija hipoteza istraživanja*.

## 2. PROBLEM ISTRAŽIVANJA

### 2.1. CILJ I PROBLEM ISTRAŽIVANJA

S obzirom da nijedno istraživanje dosad nije provedeno na temu samopoštovanja na osobama koje mucaju u Republici Hrvatskoj, otvorio se put za ispitivanje navedenog odnosa koji će ponuditi podatke lišene potrebe za pozivanje na strana istraživanja. Prema tomu, ovo će se istraživanje provesti na osobama koje mucaju i koje žive u Republici Hrvatskoj kako bismo razriješili sljedeća tri problema:

1. Hoće li postojati statistički značajna razlika između osoba koje mucaju i osoba koje ne mucaju u razini samopoštovanja?
2. Hoće li postojati statistički značajna razlika u spolu?
3. Hoće li postojati statistički značajna povezanost između samoprocijenjene jakosti mucanja i samopoštovanja?

Ukratko, cilj će ovog istraživanja biti utvrđivanje razine samopoštovanja kod osoba koje mucaju.

### 2.2. HIPOTEZE

Temeljem postavljenih problema i cilja istraživanja proizlaze sljedeće tri hipoteze:

H1: Postojat će statistički značajna razlika između osoba koje mucaju i osoba koje ne mucaju u razini samopoštovanja.

H2: Postojat će statistički značajna razlika između žena i muškaraca koji mucaju u razini samopoštovanja.

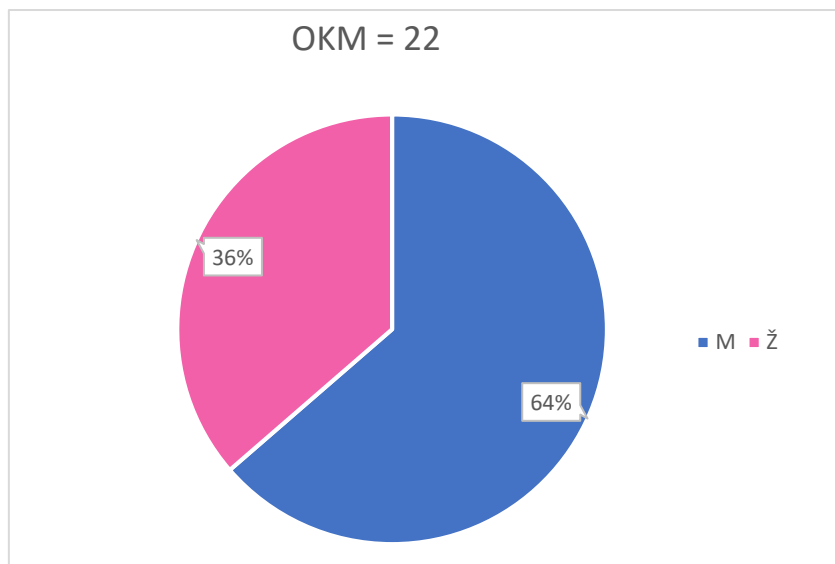
H3: Postojat će statistički značajna povezanost između jakosti mucanja i samopoštovanja.

### 3. METODE ISTRAŽIVANJA

#### 3.1.UZORAK ISPITANIKA

U istraživanju su sudjelovale dvije skupine ispitanika, odnosno osobe koje mucaju i osobe koje ne mucaju. Ukupan broj ispitanika koji mucaju iznosi 22, a ispitanika koji ne mucaju iznosi 105. Valja naglasiti da u drugom navedenom uzorku ispitanika (kontrolnom) od ukupnog broja 105 je izostavljeno 7 ispitanika iz istraživanja zbog nezadovoljavanja kriterija *Mjesta stanovanja u Republici Hrvatskoj*, što daje konačan broj od 98 ispitanika. Donja dobna granica za prisustvovanje upitnicima je 13 godina starosti radi izbjegavanja mogućih pogrešnih interpretacija tvrdnji iz upitnika djece mlađe od 13 godina i time poboljšanja pouzdanosti istraživanja. Najmlađi ispitanik u uzorku osoba koje mucaju star je 14 godina, a u kontrolnom uzorku 17 godina. Najstariji ispitanik u uzorku osoba koje mucaju star je 44 godine, a u kontrolnom 66 godina. Prosječna dob uzorka osoba koje mucaju iznosi 24.9 godina (18% adolescenti, 82% odrasli), a uzorka osoba koje ne mucaju iznosi 24.2 godine (5.1% adolescenti, 94.9%). S obzirom na varijablu *Spol* ženskih osoba koje mucaju sudjelovalo je 8 (36.4%), a muških nešto više – 14 (63.6%), što je najbolje slikovno predočiti (Slika 1).

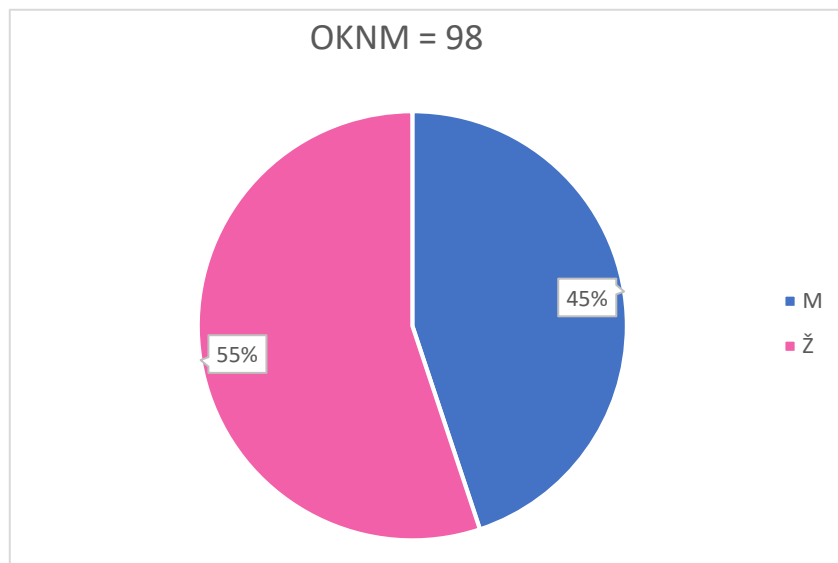
Slika 1. Omjer muškog i ženskog spola kod osoba koje mucaju (OKM).



Skupina ispitanika koji ne mucaju se sastoji od 54 (55.1%) ženske osobe i 44 (44.9%) muške osobe (Slika 2).



Slika 2. Omjer muškog i ženskog spola u soba koje ne mucaju (OKNM)



### 3.2. ISTRAŽIVAČKI INSTRUMENT

Za potrebe ovog diplomskog rada osmišljene su dvije verzije upitnika koji su oblikovani u Google Obrascima te provedeni on-line načinom. Oba upitnika imaju dva dijela. Prvi dio za cilj ima prikupljanje općih podataka kao što su dob, spol i mjesto stanovanja te Upitnik namijenjen ispitivanju osoba koje mucaju (OKM) ima pitanja vezana za logopedsku terapiju mucanja (vidi *Prilog*). Drugi dio je zajednički obama upitnicima. To su tvrdnje preuzete i prevedene s Rosenbergove ljestvice samopoštovanja (Stamać, 2003). Ljestvica sadrži tvrdnje koje se odnose na stav o individualnim osjećajima sebe kao osobe te mjere globalnu razinu samopoštovanja. Tvrdnje se mogu podijeliti na one koje su obilježene pozitivnim riječima i one s negativnim riječima. Ljestvica se sastoji od 10 tvrdnji na Likertovoj skali od 1 do 4, pri čemu broj 1 označava potpuno slaganje s tvrdnjom, a broj 4 potpuno neslaganje. The Shirley Ryan AbilityLab kao rehabilitacijski institut na svojoj internetskoj stranici daje mogućnost adaptacije Likertove skale do čak 7 točaka slaganja. Ukupno je moguće postići 40 bodova, pri čemu se bodovanje kreće od 1 do 4. Također se i bodovanje može adaptirati. Kriteriji korišteni u ovom istraživanju rangiraju samopoštovanje u tri skupine: nisko, srednje i visoko (Tablica 1).

Tablica 1. Razine samopoštovanja i broj bodova na Rosenbergovoj skali samopoštovanja

<b>RAZINA SAMOPOŠTOVANJA</b>	<b>UKUPAN BROJ BODOVA</b>
nisko	10-25
srednje	26-29
visoko	30-40

Dodatno pitanje, tj. tvrdnja (11.) sadrži Upitnik namijenjen osobama koje mucaju. Ono zahtijeva navođenje situacija i/ili aktivnosti u kojima dolazi do narušavanja samopoštovanja, npr. stres, uzbuđenje, zahtjev za brzim odgovorom, zanemarivanje u društvu OKM, razgovor preko telefona, itd. Ispitanici su imali mogućnost odabira već ponuđenih primjera situacija i/ili odabira neke situacije koja nije ponuđena, a za njih je bitna jer uzrokuje narušavanje samopoštovanja.

### 3.3.NAČIN PROVOĐENJA ISTRAŽIVANJA

Podaci su prikupljeni online kreiranim upitnicima, što nije zahtijevalo terenski rad i neposredni kontakt s ispitanicima. Upitnici su elektroničkim putem bili postavljeni na društvene mreže (Facebook, Instragram, Whatsapp) što je uključivalo i grupe podrške za mucanje među kojima je „Udruga za pomoć osobama koje mucaju Hinko Freund“ te su prosljeđivani (društvenim mrežama, elektroničkom poštom). Dakle, jedan je upitnik bio namijenjen ispitanicima koji mucaju, a drugi ispitanicima koji ne mucaju čiji je uzorak uzet kao kontrolni. U opisu upitnika, koji se nalazi na naslovnom odjeljku, nalaze se cilj i uvjeti ispitivanja, kao što su dobrovoljnost, anonimnost, vrijeme potrebno za rješavanje upitnika i donja dobna granica za ispitanike. Pošto je sudjelovanje u ispitivanju bilo dobrovoljno i anonimno, nije se moglo utjecati na mjesto stanovanja osobe (3.pitanje- vidi *Prilog*), stoga neki ispitanici koji su sudjelovali nisu bili iz Republike Hrvatske te su prije obrade podataka uklonjeni iz uzorka. Vrijeme potrebno za rješavanje upitnika za osobe koje mucaju iznosilo je oko 5 minuta, a za osobe koje ne mucaju

oko 3 minute. Što se tiče vremenskog provođenja upitnika, oba su započeta u ožujku 2020. i bila otvorena do sredine travnja 2020. godine.

### 3.4.METODE OBRADE PODATAKA

Obrada podataka prikupljenih ovim istraživanjem napravljena je u statističkom programu IBM SPSS 19. Statistička, kvantitativna obrada podataka poslužila je pri testiranju triju postavljenih hipoteza. Nadalje, s obzirom na činjenicu da su sve varijable ili nominalne ili ordinalne te s obzirom na mali broj ispitanika u uzorku osoba koje mucaju, primijenjena je neparametrijska statistika. Najprije je obavljena provjera normalnosti distribucija za oba uzorka ispitanika, zasebno. Testiranje normalnosti distribucije uzorka osoba koje mucaju provedeno je Shapiro-Wilk testom, a testiranje normalnosti distribucije uzorka osoba koje ne mucaju provedeno je Kolmogorov-Smirnov testom. Za postupak testiranja prve i druge hipoteze korišten je Hi-kvadrat test, a za testiranje treće hipoteze Spearmanov koeficijent korelacije. Posljednje je obrađeno i 11. pitanje u uzorku OKM, deskriptivnom statistikom, odnosno kvalitativnom analizom podataka. Prikaz analiziranih podataka predstavljen je tablicama i slikovnim prikazima (grafovima).

#### 4. REZULTATI ISTRAŽIVANJA I RASPRAVA

U ovom će se poglavlju koristiti sljedeće skraćenice koje se referiraju na ispitanike:

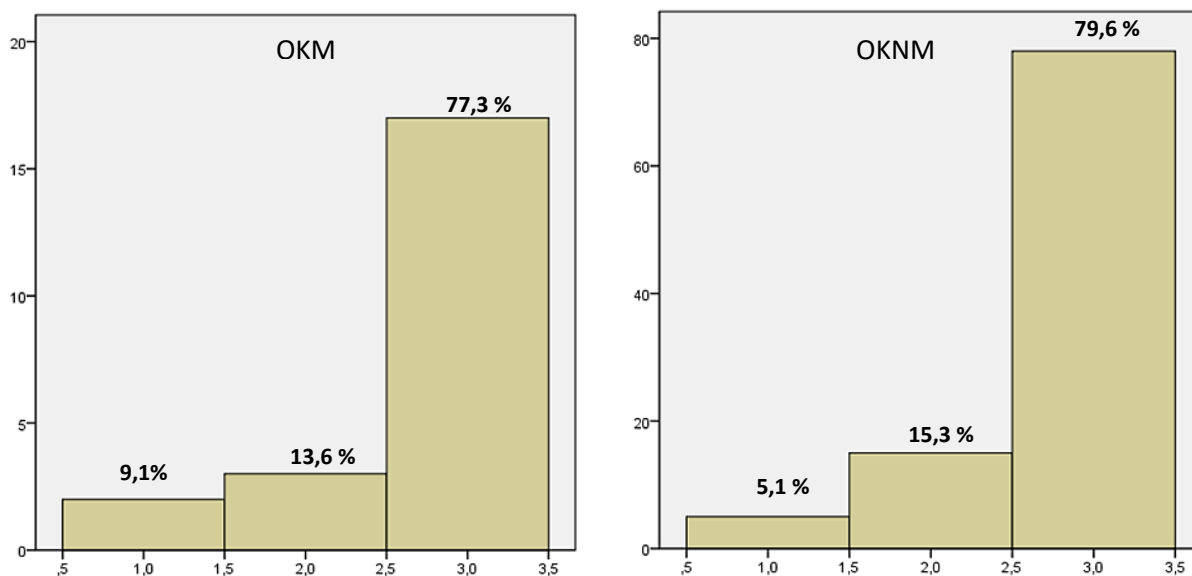
OKM = „osobe koje mucaju“, OKNM= „osobe koje ne mucaju“; kontrolna skupina ispitanika.

Varijable koje će se statistički obraditi su: *Razina samopoštovanja OKM*, *Razina samopoštovanja OKNM*, *Spol OKM*, *Spol OKNM*, *Jačina mucanja*.

##### 4.1. Razlika između OKM i OKNM u razini samopoštovanja

Prije statističkog postupka testiranja razlike između varijabli, provedeno je testiranje normalnosti distribucija obiju skupina ispitanika. Valja napomenuti da je razina samopoštovanja kategorizirana u tri razine (1= „nisko“, 2= „srednje“ i 3= „visoko“ samopoštovanje) i time definirana kao ordinalna skala. Normalnost distribucija testirana je Shapiro-Wilk testom za OKM i Kolmogorov-Smirnov testom za OKNM. Distribucija uzorka OKM nije normalna ( $p < 0.01$ ) kao ni distribucija OKNM ( $p < 0.01$ ) što se može predočiti grafovima u kojima se jasno uočava neravnomjerna preraspodjela rezultata s obzirom na varijablu *Razina samopoštovanja* u obje skupine ispitanika (Slika 3).

Slika 3. Prikaz histograma odstupanja od normalnosti distribucija u OKM (lijevo) i OKNM (desno)



X os označava rezultate na varijabli *Razina samopoštovanja*, a y os frekvenciju ispitanika. Sa histograma je vidljivo da su oba histograma naizgled vrlo slična te da nema zvonolike

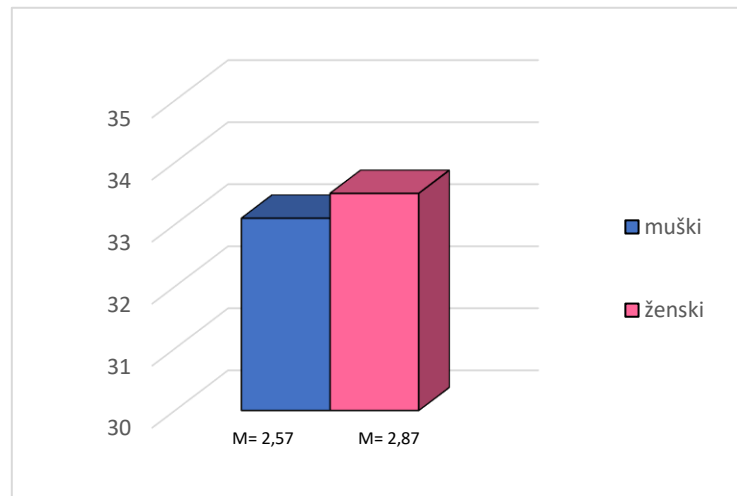
raspodjele, drugim riječima Gaussove krivulje koja je uvjet normalne distribucije. Što se tiče varijable *Razina samopoštovanja*, aritmetička sredina za OKM iznosi 2.68 i standardna devijacija 0.65 (M=2.68, SD= 0.65). U OKNM aritmetička sredina rezultata na varijabli *Razina samopoštovanja* iznosi 2.74 i standardna devijacija 0.54 (M=2.74, SD=0.54). Većina rezultata tendira prema trećem stupcu koji spada u 3. razinu samopoštovanja koje je definirano kao „visoko“. U „visoko“ samopoštovanja spada 77.3% od ukupnog broja ispitanika osoba koje mucaju i 79.6% ispitanika koji ne mucaju. Najmanje rezultata je smješteno u prvi stupac, odnosno prvu razinu samopoštovanja, „nisko“ samopoštovanja. U „nisko“ samopoštovanje spada 9.1% ispitanika koji mucaju i 5.1% ispitanika koji ne mucaju. Nešto više rezultata se nalazi u drugom stupcu, odnosno pripada drugoj razini samopoštovanja, „srednja“ razina samopoštovanja. U ovu skupinu spada 13.6% ispitanika koji mucaju i 15.3% ispitanika koji ne mucaju. Postupak analize frekvencija i pripadajućih postotaka sa Slike 3 učinjeno je primjenom Hi-kvadrat testa te primjenom deskriptivne analize pripadajuće tablice *Crosstabulation*.

Nakon testiranja normalnosti distribucija, možemo preći na rezultate testa za utvrđivanje razlika između varijabla. Primjenom Hi-kvadrat testa utvrđeno je da ne postoji statistički značajna razlika između osoba koje mucaju i osoba koje ne mucaju u razini samopoštovanja, na razini značajnosti od 76.5% ( $\chi^2 = 0.536$ ,  $df=2$ ,  $p > 0.05$ ). Cramerov V iznosi 0.067 i statistički je značajan na razini prosječne značajnosti od 76.5%.

## **4.2. Razlika između žena i muškaraca koji mucaju u razini samopoštovanja**

Najprije treba podsjetiti da omjer žena (36%) i muškaraca (64%) obuhvaćenih ovim istraživanjem nije ravnomjeran: približno 4 žene : 6 muškaraca. Ukoliko proučimo zasebno rezultate po spolu, možemo vidjeti da aritmetička sredina razine samopoštovanja kod žena iznosi 2.87 (M= 2.87, SD= 0.35) a kod muškaraca 2.57 (M=2.57 , SD= 0.76). Ako razine pretvorimo u stvarne bodove postignute na upitniku samopoštovanja, onda žene postižu prosječno 33.5 bodova a muškarci 33.1 bodova od maksimalnih 40. Oba rezultata spadaju u „visoko“ samopoštovanje, no bliže granici sa „srednjim“ negoli sa izrazito visokim samopoštovanjem (Slika 4).

Slika 4. Prosječan broj postignutih bodova na Rosenbergovoj skali samopoštovanja kod oba spola OKM



X os označava varijablu *Spol OKM*, a Y os *broj bodova na Rosenbergovoj skali samopoštovanja*. U uzorku OKNM muški spol prosječno postiže 33.9 bodova, a ženski 33.2 boda. Gledajući pojedinačno po razinama samopoštovanja po svakom spolu, 14.3% (N=2) muškog spola i 0% (N=0) ženskog spola spada u „nisko“ samopoštovanje. U „srednju“ razinu spada 14.3% (N=2) muškog spola i 12.5% (N=1) ženskog spola. Te u „visoko“ samopoštovanja spada 71.4% (N=10) muškog spola i 87.5% (N=7) ženskog spola (Tablica 2).

Tablica 2. Broj muških i ženskih ispitanika koji mučaju rangirani po razinama samopoštovanja

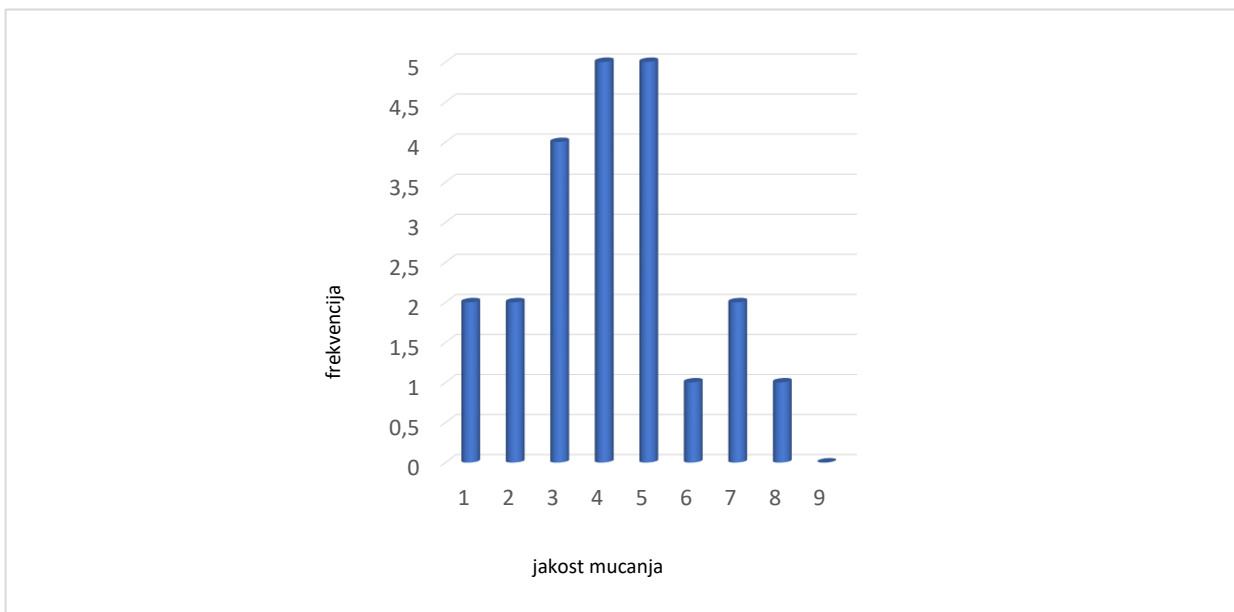
		Spol		Total
		muški	ženski	
Razinasamopoštovanja	Nisko	2	0	2
	Srednje	2	1	3
	Visoko	10	7	17
Total		14	8	22

Primjenom Hi-kvadrat testa utvrđeno je da ne postoji statistički značajna razlika između žena i muškaraca koji mučaju u razini samopoštovanja, na razini značajnosti od 51.6 % ( $\chi^2= 0.516$ ,  $df=2$ ,  $p> 0.05$ ). Cramerov V iznosi 0.245 i statistički je značajan na razini prosječne značajnosti od 51.6%.

### 4.3. Povezanost između jakosti mucanja i razine samopoštovanja

Jakost mucanja definirana je Likertovom skalom od 1 do 9. Ova se „9 bodovna skala“ kreće od 1 boda koji je definiran kao „vrlo malo izraženo mucanje“ do 9 bodova definiranih kao „vrlo jako izraženo mucanje“ te je primijenjena u svrhu samoprocjene jakosti mucanja. Slika 5 prikazuje frekvenciju odabira na varijabli *Jakost mucanja*. Učestalost odabira na ovoj varijabli glasi: broj 1 = 9.1%, broj 2 = 9.1 %, broj 3 = 18.2%, broj 4 = 22.7%, broj 5 = 22.7 %, broj 6 = 4.5 %, broj 7 = 9.1 %, broj 8 = 4.5 %, broj 9 = 0%.

Slika 5. Frekvencija odgovora OKM na varijabli *Jakost mucanja*



Primjenom Spearmanovog testa za korelaciju utvrđeno je da postoji statistički laka povezanost između jakosti mucanja i razine samopoštovanja u osoba koje mucaju, na razini značajnosti od 14,5% ( $\rho = -0.32$ ).

### 4.4. Uključenost u terapiju OKM

Od ukupno 22 ispitanika njih 11 (50%) je trenutno uključeno u logopedsku terapiju mucanja te druga polovica (50%) nije uključena. Tri ispitanika izvještavaju o najkraćem trajanju terapije

od 1 mjesec, a najduže trajanje terapije je 46 mjeseci. Ovi i ostali podaci nalaze se rangirani u Tablici 3 i 4.

Tablica 3. Vremensko trajanje logopedске terapije koje trenutno pohađaju OKM i broj odgovora ispitanika (LJEVO); Tablica 4. Vremensko trajanje logopedске terapije koju su u prošlosti pohađale OKM i broj odgovora ispitanika (DESNO)

Trenutno trajanje terapije u mjesecima	Broj ispitanika
1	3
5	1
6	1
12	1
15	1
18	1
36	1
40	1
46	1
<b>N=</b>	<b>11</b>

Prošlo trajanje terapije u mjesecima	Broj ispitanika
<1	1
1	1
2	1
5	1
6	1
12	2
14	1
30	1
36	4
40	1
74	1
„davno, ne sjećam se“	1
<b>N=</b>	<b>16</b>

Broj ispitanika od ukupno 22 koji je bio je uključen nekad u prošlosti u logopedsku terapiju mucanja iznosi 72.7% (N= 16), a 27.3% (N= 6) onih koji nisu bili uključeni. Najkraće vremensko trajanje je od manje od 1 mjesec (ispitanik ne iznosi podatak o broju tjedana), a najduže je u trajanju od 74 mjeseca. Jedan ispitanik nije iznio točan podatak, zbog nemogućnosti prisjećanja ni točnog ni okvirnog broja mjeseci terapije uz komentar „*Davno je*



*to bilo, ne sjećam se*“. Bez obzira na izostanak podatka u mjesecima, ispitanik je pribrojan kao osoba koja je pohađala terapiju mucanja (Tablica 3). Ukoliko se objedini pohađanje trenutne i/ili terapije nekad u prošlosti, dolazimo do broja 20 (90.1%), odnosno samo 2 ispitanika koji nisu pohađali ni u jednoj vremenskoj točki logopedsku terapiju zbog mucanja.

## 4.5. Rasprava

U ovom su istraživanju sudjelovale uglavnom odrasle osobe uz manji postotak adolescenata. Referirajući se na poglavlje *Utjecaj govora na samopoštovanje* koje iznosi istraživanje Boylea (2013) prema kojem odrasle osobe nakon pohađanja grupa podrške mucanja imaju veće samopoštovanje za razliku od osoba koje nisu prisustvovala grupama podrške, možemo primijetiti sličnosti s ovim istraživanjem. Grupe podrške kao i logopedska terapija imaju poveznicu, a to je podrška osobama koje mucaju. Naime, u ovom je istraživanju velika većina ispitanika koji mucaju (90.1%) pohađala logopedsku terapiju mucanja tijekom života i/ili ju trenutno pohađa te imaju visoko generalno samopoštovanje prema bodovima postignutim na Rosenbergovoj skali samopoštovanja. Što se tiče logopedske terapije, ona je od velikog značaja za samu osobu koja muca. American Institute for Stuttering objašnjava koje su koristi od logopedske terapije naglašavajući pritom individualni pristup svakoj osobi koja muca. Individualno znači usmjeravanje na pojedinačne potrebe i zahtjeve svakog pacijenta unutar komunikacijskog konteksta koji se reflektira na privatan, akademski i poslovni dio života. Logoped se mora nositi, ne samo s govorom osobe koja muca, već i s mnogim drugim popratnim pojavama (Van Riper, 1971; prema Daly i sur. 1995). Daly (1995) se nadovezuje na Van Riperovu konstataciju te navodi da logoped mora djelovati i mentalno na osobu koja muca te raditi na ustrajnosti u sudjelovanju u terapiji čak i kada se neuspjesi osobe koja muca zaredaju tijekom logopedskih terapija. ASHA vidi logopeda uz svoju primarnu ulogu u terapiji govora kao svojevrsnog psihologa osobi koja muca. Razlog tomu je logopedska pomoć prilikom suočavanja s govornim situacijama koje su za osobe koje mucaju anksiozne i predstavljaju strah, što je već objašnjeno u poglavlju „*Terapija*“. Kad podvučemo crtu nakon ovih nekoliko činjenica o logopedskoj terapiji, možemo zaključiti da ona omogućava pozitivan utjecaj na osobu koja muca. Zanimljivo bi bilo govoriti o konkretnim brojkama i nalazima vezanih za

samopoštovanje u osoba koje mucaju i koje pritom nisu pohađale logopedsku terapiju, što otvara put daljnjim istraživanjima.

No, bez obzira na pretpostavku da terapija utječe na samopoštovanje, rezultati ovog istraživanja pokazuju da ne postoji statistički značajna razlika u razini mucanja između osoba koje mucaju i osoba koje ne mucaju, odnosno kontrolne skupine. Dakle, početna pretpostavka o postojanju statističke razlike između ove dvije skupine ispitanika jest oborena. No, nepostojanje statistički značajne razlike ne znači da razlika ne postoji u potpunosti. Statičkom analizom utvrđeno je da osobe koje ne mucaju imaju malo veću razinu samopoštovanja od osoba koje mucaju, iako ta razlika nije statistički značajna. Ranije spomenuto prosječno niže samopoštovanje adolescenata koji mucaju i koje je poslužilo kao teorijsko uporište ovom istraživanju, također, nije potvrđeno. Krivulje s rezultatima razine samopoštovanja jasno pokazuju na prevladavajuću treću razinu, tj. na dominantno „visoko“ samopoštovanje i kod osoba koje mucaju i kod kontrolne skupine. Značajno niži rezultati se nalaze u druge dvije razine samopoštovanja, „srednjem“ i „niskom“. Ovakvi su rezultati zaista ohrabrujući za osobe koje mucaju, iako ih pritom treba tumačiti s mjerom opreza radi upitne generalizacije na sve osobe koje mucaju u Republici Hrvatskoj s obzirom na mali broj ispitanika i na neravnomjernu raspodjelu po spolu. Također, još jedan razlog ovakvim rezultatima može biti i ispitivanje generalnog samopoštovanja. Ukoliko bi se ispitalo specifično samopoštovanje, tj. isključivo povezano sa svakodnevnom međuljudskom komunikacijom, možda bi rezultati bili nešto drugačiji. Upravo se iz tog razloga, i radi logopedski usmjerenog pristupa istraživanju oblikovalo 11. pitanje, tj. tvrdnja u Upitniku namijenjenom osobama koje mucaju, a glasi: „*Osjećam da mi se NARUŠAVA samopoštovanje u komunikaciji kada: (npr. „Kada me sugovornik prekida i dovršava rečenice umjesto mene, kada mi govori da usporim pa ću „manje mucati“, kada razgovaram s nepoznatom osobom, kada se u društvu nitko meni ne obraća, kada moram brzo odgovoriti na pitanje, stres, uzbuđenje i sl.)* Dakle, cilj je bio dobiti podatke koji su usmjereni na samopoštovanje uzrokovanim mucanjem tijekom komunikacije. Ispitanici su imali mogućnost proširenog odgovora kojim su odabirali jedan ili više ponuđenih odgovora u zagradi ili su dodavali još neke svoje odgovore tj. situacije u kontekstu komunikacije. Zanimljivo je da od ukupno dvadeset i dva ispitanika čak troje njih smatra da kod njih ne dolazi do narušavanja samopoštovanja tijekom navedenih situacija usko povezanih s potrebama komunikacije. Štoviše, svo troje ovih ispitanika imaju visoko samopoštovanje temeljem Rosenbergove skale, a dvoje od njih troje postiže maksimalan broj bodova na ovoj skali samopoštovanja. Također, svo troje ispitanika je bilo uključeno ili je sad uključeno u logopedsku terapiju mucanja i

procjenjuju jakost svoga mucanja ne više od 5 na skali od 1 do 9. Što se tiče preostalih ispitanika koji izvještavaju o narušavanju samopoštovanja, većina njih navodi više od jedne situacije u kojima dolazi do narušavanja. Sve situacije su navedene u Tablici 5.

Tablica 5. Situacije koje narušavaju komunikaciju i samopoštovanje u OKM

SITUACIJE U KOJIMA SE NARUŠAVA SAMOPOŠTOVANJE	FREKVENCIJA ODGOVORA	UČESTALOST ODGOVORA (%)
stres	3	13,6
uzbuđenje	2	9,1
zanemarivanje OKM u društvu	5	22,7
prekidanje u razgovoru i dovršavanje misli OKM	2	9,1
situacije koje zahtijevaju brz odgovor	2	9,1
razgovor s nepoznatom osobom	6	27,3
razgovor s osobom u nadređenom položaju	3	13,6
započinjanje razgovora	6	27,3
odlazak u trgovinu	1	4,5
govor pred cijelim razredom	1	4,5
razgovor preko telefona	2	9,1
nemogućnost zaposlenja	1	4,5
<b>Ukupno:</b>	<b>19</b>	<b>86,4</b>
<b>NE OSJEĆAM</b> narušavanje samopoštovanja	3	13,6

U tablici su crveno istaknute dvije najčešće situacije u kojima dolazi do narušavanja samopoštovanja, a to su razgovor s *nepoznatom osobom* i *započinjanje razgovora*. Upravo je *razgovor s nepoznatom osobom* dio sveobuhvatnog programa u terapiji mucanja koji spada u fazu „prijenosa“ koja uključuje i razgovor telefonom, grupna izlaganja i dogovor pri kupovanju, „šoping“ (Onslow, 2018). Poteškoće pri *započinjanju razgovora* mogu se definirati u raznim kontekstima, a najjednostavnije je za definirati kao „misli pojedinca da neće uspjeti tečno izgovoriti riječ i da će slušatelji misliti da je glup jer muca“ (Guitar, 2014). Drugim riječima,

strah od negativnih reakcija slušatelja koje može izazvati mucanje je razlog teškoća pri započinjanju govora. Ove se teškoće javljaju pogotovo u prisutnosti većeg broja ljudi te je već pojašnjeno u sklopu anksioznosti što se naziva „socijalna fobija“ te se često pripisuje osobama koje mucaju prilikom straha radi javnog nastupa (Stein i sur. 1996). *Zanemarivanje OKM u društvu* je sljedeća situacija po učestalosti odgovora ispitanika. Odbijanje u društvu je česta pojava kod djece koja mucaju (Ward, 2017). Posljedično, djeca razvijaju razne tehnike za prikrivanje mucanja što se može negativno odraziti na njihovo cjelokupno zdravlje. Očito je da se zanemarivanje u društvu može prolongirati i na odraslu dob, kako izvještava ovo istraživanje. Zatim slijede *stres i razgovor s osobom u nadređenom položaju*. Stres je vrlo poznat i čest pojam u svakodnevnici skoro svakog čovjeka, pogotovo odrasle osobe. No, on je još izraženiji kod osoba koje mucaju koji se manifestira u govoru. Naime, kognitivni je stres uzrok pojave većeg broja netočnosti u govoru kod osoba koje mucaju u odnosu osoba koje ne mucaju (Caruso, Chodzko-Zajko, Bidinger i Sommers, 1994). Kada je riječ o razgovoru s osobom u nadređenom položaju, Onslow (2018) daje primjer djeteta koje muca i razgovor s učiteljem/supervizorom te povezuje ovu situaciju s razvijanjem negativnih emocija u djeteta te konačno i neuspjeh u govoru. Slijede četiri situacije koje odabiru po dva ispitanika za svaku, a to su *uzbuđenje, prekidanje u razgovoru i dovršavanje misli umjesto OKM, situacije koje zahtijevaju brz odgovor i razgovor preko telefona*. ASHA povezuje osjećaj uzbuđenja i osjećaj žurbe s mucanjem. Osjećaj žurbe možemo interpretirati kao situacije koje zahtijevaju brz odgovor stvarajući dodatan pritisak na OKM vremenskim ograničavanjem. Također, uzbuđenje i osjećaj žurbe su povezane s već spomenutim stresom. Što se tiče dovršavanja misli i rečenica umjesto osobe koja muca, savjetuje se da se omogući dovoljno vremena djetetu, odnosno osobi koja muca da dovrši svoj iskaz te da uspori cjelokupni tempo govora (Guitar, 2014). Razgovor telefonom je vrlo poznata situacija koja izaziva stres i veću pojavnost netočnosti kod osoba koje mucaju. The Stuttering Foundation of Amerika daje savjete suočavanja sa strahom od razgovora telefonom, pri čemu naglašava prihvaćanje sebe kao osobe koja muca te mnogo truda i vježbe telefoniranja. I posljednje po broju odabira ispitanika su situacije *odlazak u trgovinu, govor pred cijelim razredom i nemogućnost zaposlenja*. Prve dvije situacije se mogu definirati kao razgovor s nepoznatom osobom i govor pred grupom ljudi. Nemogućnost zaposlenja je vrlo ozbiljna situacija za osobe s poremećajem tečnosti govora. Razgovor za posao je prva prepreka i izazov prilikom zaposlenja osobe koja muca. Canadian Stuttering Association nudi savjete osobama koje mucaju za pripremu razgovora za posao. Savjetuju da se osoba koja muca fokusira na svoje sposobnosti i pozitivne ponašajne strane, a ne na svoj način govora. Primjeri pozitivnih ponašanja jesu pružanje pomoći klijentima u

dosadašnjim poslovnim iskustvima i sposobnosti izlaganja prezentacija/prezentiranja. Također, još jedan od savjeta je da osobe koje mucaju ne trebaju isticati da su one osobe koje mucaju ukoliko njihov budući posao ne zahtjeva govornu komunikaciju. Iznenađujuća je činjenica da je samo jedan ispitanik odabrao nemogućnost zaposlenja kao situaciju u kojoj dolazi do narušavanja samopoštovanja. No, to se može protumačiti s više strana; drugi odrasli ispitanici su već zaposlene osobe ili se nisu prisjetili ove opcije kao mogućeg odgovora ili uistinu ne osjećaju narušavanje samopoštovanja u navedenoj situaciji. Dakle, zaključujemo da osobe koje mucaju navode razne situacije u kojima dolazi do narušavanja samopoštovanja i upravo sve se navedene situacije često pojavljuju u teoriji. Razne socijalne situacije aktiviraju razne pretpostavke u osobama koje mucaju i posljedično one percipiraju socijalnu opasnost te naposljetku stvaraju negativnu sliku o sebi kao osobi koja muca (Onslow, 2018).

Razlika u samopoštovanju između dva spola intenzivnije se počela istraživati tek u zadnjih par desetljeća. Bleidorn i sur. (2016) proveli su veliko kroskulturalno istraživanje na ovu temu, kako bi se izbjegao utjecaj jedne kulture što se često zanemaruje prilikom provedbe istraživanja. Rezultati su pokazali veće samopoštovanje kod muškog spola te niže samopoštovanje kod ženskog spola. Ispitana populacija nije mucala. Uspoređujući ove rezultate i rezultate ovog hrvatskog istraživanja možemo zaključiti da muški spol, također, pokazuje više samopoštovanje u odnosu na ženski. Drugačije rezultate iznosi već spomenuto istraživanje Orth i Robins (2014) u kojem je ustanovljeno da ne postoje statistički značajne razlike u samopoštovanju među spolovima. No, nećemo zadirati u dubinu ove populacije pošto nije ciljna u ovom istraživanju. Ukoliko se fokusiramo na osobe koje mucaju i njihove rezultate ovog istraživanja s obzirom na spol, vidimo da muški spol postiže prosječno niže rezultate na Rosenbergovoj skali samopoštovanja, drugim riječima imaju nešto niže samopoštovanje od ženskog spola. Ponovo valja naglasiti da ta razlika nije statistički značajna, ali postoji. Prateći logiku rezultata populacije koja ne muca, možemo zaključiti da bi i muški spol u osoba koje mucaju trebao biti superiorniji u samopoštovanju od ženskog. No, strana istraživanja ne podupiru ovu logiku. Silverman i Zimmer (1979) u svome istraživanju na odrasloj populaciji koja muca izvještavaju da ženski spol pokazuje više samopoštovanje u odnosu na muški. Štoviše, ženske se osobe ne smatraju hendikepiranima. U ovom, hrvatskom istraživanju već postojeća slaba razlika možda bi došla do statističke značajnosti, ukoliko bi bio već broj ispitanika koji mucaju. Stoga, ovu proizašlu pretpostavku bi bilo korisno ispitati u budućim istraživanjima.

(Samo)procjena jakosti mucanja pomoću mjernih skala je dio svakodnevne procjene jakosti mucanja kako za logopede tako i za klijente koji mucaju (O'Brian i sur., 2004). Skala od devet točaka je primijenjena u ovom istraživanju jer ima dovoljni raspon točaka za što precizniju samoprocjenu između vrlo slabog i vrlo jakog mucanja. Cilj ispitivanja postojanja ove povezanosti jest provjera znači li uistinu jače mucanje više samopoštovanje ili možda jače mucanje znači niže samopoštovanje i obrnuto. Naravno, ne možemo konstatirati uzrok i posljedicu, no možemo dobiti odgovor na povezanost te smjer povezanosti tih dviju varijabla. Govoreći o skali za samoprocjenu jakosti mucanja, najviše se ispitanika opredijelilo za točke 4 i 5, što odgovara blago umjerenom do umjerenom mucanju. Nijedan od ispitanika nije odabrao najteži stupanj mucanja (9), a dvoje je izabralo najslabiji stupanj mucanja (1). Statističkom provjerom povezanosti između odabrane jakosti mucanja i razine samopoštovanja od moguće tri razine, ustanovljeno je da postoji laka povezanost ( $\rho = -0.32$ ). Ta povezanost nije statistički značajna, iako je vrlo blizu granice za značajnost. Također, ona je negativnog smjera što znači da linearni rast jedne varijable prati linearni pad druge varijable, pritom lagane jakosti u ovom slučaju. U ovom se istraživanju negativni smjer može protumačiti padom samopoštovanja prilikom rasta jačine mucanja ili obrnuto. Adriaenssens i sur. (2015) su u svom istraživanju našli poveznicu između jakosti mucanja i samopoštovanja. Naime, oni povezuju jače mucanje sa nižim globalnim samopoštovanjem, konkretnije, s koeficijentom korelacije od -0.20 što također odgovara lakoj povezanosti. Da zaključimo, ne možemo točno definirati uzročno-posljedičnu vezu između jakosti mucanja i samopoštovanja jer testiranje korelacija to ne omogućava, no možemo konstatirati da postoji povezanost između ove dvije varijable i to laka. Također, možemo zaključiti da je smjer kretanja povezanosti negativan, drugim riječima porast jakosti mucanja prati pad samopoštovanja ili obrnuto.

## 5. VERIFIKACIJA HIPOTEZA

Ovo se istraživanje temeljilo na trima hipotezama:

1. „Postojat će statistički značajna razlika između osoba koje mucaju i osoba koje ne mucaju u razini samopoštovanja“. Statističkom analizom utvrđeno je da ne postoji statistički značajna razlika između osoba koje mucaju i koje ne mucaju. Utvrđeno je također da osobe koje ne mucaju imaju nešto više samopoštovanje od onih koji mucaju, no pošto ta razlika nije značajna, hipoteza se **ne prihvaća**.

2. „Postojat će statistički značajna razlika između žena i muškaraca koji mucaju u razini samopoštovanja“. Statističkom analizom utvrđeno je da ne postoji statistički značajna razlika u razini samopoštovanja s obzirom na spol u osoba koje mucaju. Ženski spol postiže prosječno bolje rezultate od muškog na ljestvici samopoštovanja, no ta razlika nije značajna, stoga se hipoteza **ne prihvaća**.

3. „Postojat će statistički značajna povezanost između jakosti mucanja i samopoštovanja“. Statističkom analizom utvrđeno je da postoji laka povezanost između jakosti mucanja i razine samopoštovanja, no ta razlika nije statistički značajna, stoga se hipoteza **ne prihvaća**.

## 6. OGRANIČENJA ISTRAŽIVANJA

Kao i gotovo svako istraživanje i ovo ima svoja ograničenja. Stoga, od važnosti je za naglasiti interpretaciju dobivenih podataka s dozom opreza.

Uzevši u obzir činjenicu da je u ovom istraživanju sudjelovao mali broj ispitanika (N=22) te zbog toga bila primijenjena neparametrijska statistika (N<30), nije moguće generalizirati dobivene rezultate na cijelu populaciju koja muca u Republici Hrvatskoj kao ni zaključivati na temelju rezultata za sve osobe koje mucaju i koje ne mucaju.

Zatim, iskrenost pri popunjavanju upitnika od strane ispitanika jest upitna. Uz to, upitan je doživljaj sebe kao osobe koji je nerijetko drugačiji od stvarne slike osobe. Drugim riječima, u ljudskoj je prirodi da se osoba predstavlja boljom verzijom sebe, što je već spomenuto u poglavlju *Samopoštovanje*.

Nadalje, Upitnik namijenjen osobama koje mucaju sadrži skalu za procjenu jakosti mucanja koja također podliježe subjektivnom dojmu svog mucanja, čime se izostavlja objektivnost nužna za poopćavanje konačnih rezultata na ukupnu populaciju Republike Hrvatske.

Većina ispitanika koji mucaju (N=20) su već sudjelovali ili trenutno sudjeluju u logopedskoj terapiji mucanja koja ima utjecaja na konačne rezultate, zaključujući temeljem dosadašnjih činjenica na tu povezanost, koji su bolji od očekivanih gledajući prosječnu razinu samopoštovanja.

I naposljetku, istraživanjem nisu obuhvaćena djeca školske dobi (<13, radi pouzdanosti podataka) kao ni ispitanici starije životne dobi (>60) u uzorku osoba koje mucaju.

Iz navedenih ograničenja proizlaze preporuke za daljnja istraživanja kao što su istraživanje razine samopoštovanja u osoba koje mucaju i ne pohađanju terapiju mucanja, istraživanjem na većem broju ispitanika na istu temu, i sl.



## 7. ZAKLJUČAK

Mucanje nije samo poremećaj koji narušava tečnost govora, već je mnogo dubljeg značenja. On zadire u mnoge aspekte života što se otkrivalo postupno zanimanjima mnogih znanstvenika s raznih stručnih područja djelovanja za ovaj „fenomen“. Vremenom su proizašle mnoge definicije koje je najbolje sumirati u jednu generalnu koja bi bila opširna opisna definicija mucanja, baš kakav je i sam poremećaj. Po svojoj etiološkoj multifaktorijalnosti zahtjeva i multidimenzionalni pristup u terapiji, čime se mora stručno raditi na poboljšanjima osim u govornom i u školskom/akademsom/poslovnom, kognitivnom, socijalnom, emocionalnom i psihološkom aspektu. Ovo je stajalište sve više zastupljeno u stručnim krugovima unatrag nekoliko desetaka godina. S logopedskoga stajališta to znači suradnja mnogih stručnjaka i osoba bliskih osobi koja muca, među kojima su najistaknutiji psiholog i obitelj osobe koja muca, te naravno suradnja same osobe koja muca. Motivacija osobe koja muca za sudjelovanjem i konstantnim trudom u terapiji je neizostavna karika u napretku i smanjenju mucanja, kao i u svakoj terapiji. Smanjenje mucanja je moguće, no potpuno uklanjanje nije. Iako se može čuti da se mucanje liječi te da može nestati, to nažalost nije istina. Moguće je da mucanje nestane, no sigurno će se javiti u nekom budućem životnom trenutku jer je mucanje kao poremećaj vrlo varijabilan.

Djeca koja mucaju prva su na meti zadirkivanja, izrugivanja i ponižavanja u društvu druge djece. Posljedično postupnim razvijanjem svijesti o sebi i o svome načinu govora, djeca počinju osjećati negativne emocije koje povezuju sa svojim govorom. Roditelji su glavni saveznici u suzbijanju razvijanja negativnih osjećaja o sebi kao osobi koja muca i pritom samopoštovanje ne nastradava jako. Adolescencijom trend negativne slike o sebi i svoga govora nastavlja rasti zbog samog obilježja adolescencije kao vrlo osjetljivog životnog razdoblja. Dolazi do popratnih psiholoških, emocionalnih i socijalnih posljedica mucanja. Posljedično dolazi do pada u samopoštovanju. Adolescenti koji mucaju pribjegavaju raznim ponašanjima kojima žele prikriti svoje mucanje. Odrasla je dob sama po sebi izazovna zbog potpunog osamostavljanja kao osobe te zbog poslovnog ostvarenja. Upravo je taj korak zahtjevan za osobe koje mucaju zbog postojanja raznih stereotipa vezanih za njih. Ne znači da je osoba koja muca manje inteligentna od drugih te da ima niže kvalifikacije za bilo koji posao što je bitno osvijestiti poslodavcu pri razgovoru za posao. Osobu koja muca prvenstveno treba gledati kao osobu i njene sposobnosti, a ne njen govor. U ovom su se hrvatskom istraživanju adolescencija i odrasla dob pokazale kao nebitna stavka u eventualnom padu samopoštovanja, ukoliko su osobe koje mucaju u prošlosti

pohađale logopedsku terapiju mucanja ili ju trenutno polaze. Ovom se konstatacijom može uvidjeti još jedan dokaz terapije kao idealnog saveznika u smanjenju mucanja i njegovih popratnih utjecaja. Nepronalaskom značajnih razlika u razini samopoštovanja između muškaraca i žena koji mucaju je ohrabrujuća za sve osobe koje mucaju jer su rezultati terapije mucanja kao i psihološki utjecaj poremećaja lišeni spolne premoći i time se daje svima jednaka početna prilika i motiv za napretkom. Još jedna ohrabrujuća činjenica je isplovila ovim istraživanjem, a to je da jačina mucanja nije značajno povezana s razinom samopoštovanja u osoba koje mucaju. Dakle, osoba koja ima teži stupanj poremećaja mucanja ne mora automatski odustati i pribjegavati negativnim mislima i stavovima o svom životu i sebi kao osobi. Jer rezultati ovog istraživanja pokazuju da nije tomu tako, kao i navedeno Adriaensensovo istraživanje koje je izvan Republike Hrvatske. Kad se podvuče crta ovim rezultatima istraživanja, uviđa se neprihvatanje postavljenih hipoteza što otvara put do novih, neočekivanih znanstvenih spoznaja. Upravo su takve spoznaje od iznimnog značaja za buduća istraživanja koje mogu zadirati dublje u postavljenu problematiku te konkretnije i detaljnije objasniti uzročno-posljedični odnos među pojavama u području samopoštovanja i mucanja.

Zaključno, mucanje je sveobuhvatni, ali i individualni poremećaj koji može utjecati na samopoštovanje osobe. Pravovremenom i kvalitetnom procjenom i terapijom, kao i u svakom drugom poremećaju, i u mucanju može doći do blažih simptoma i posljedica. U posljedice se ubraja i razina samopoštovanja kojoj logoped kao stručnjak treba pridavati pozornost i integrirati svoje logopedsko znanje i stručnost u vođenju samopoštovanja tokom terapije. Uz to, individualni pristup osobi koja muca daje na važnosti samu osobu i time ju razlikuje od svih drugih osoba koje mucaju i koje ne mucaju. Dakle, logoped je tu kao podrška osobi koja muca koja ju konstantno motivira i naglašava njene sposobnosti i posebnosti. Time samopoštovanje ne stradava, iako pritom možda nema mogućnosti za direktnom psihološkom terapijom. U osoba s nižim samopoštovanjem koje mucaju i dalje treba gledati prvenstveno na osobu kao osobu koja vrijedi i koja je posebna na individualni način, a ne biti dosljedan stereotipnim razmišljanjima.

## 8. LITERATURA

1. Adriaenssens, S., Beyers, W. i Struyf, E. (2015). Impact of stuttering severity on adolescents' domain -specific and general self-esteem through cognitive and emotional mediating processes. *Journal of Communication Disorders*, 58,43–57.
2. American Institute for Stuttering. *Teens and Adults*. Preuzeto 27.4.2020. s: <https://stutteringtreatment.org/teens-and-adults/>
3. Amster, J.B. i Klein, R.E. (2018). More Than Fluency: the Social, Emotional, and Cognitive Dimensions of Stuttering. U: Beilby, J.M. i Yaruss, J.S. (ur.) *Acceptance and Commitment Therapy for Stuttering Disorders* (str. 117.). San Diego, CA: Plural Publishing.
4. Andrijolić, A. i Leko Krhen, A. (2016): Diferencijalna dijagnostika poremećaja tečnosti govora. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, 52(2), 60-72.
5. Annas, J. (1989). SELF-LOVE IN ARISTOTLE. *The Southern Journal of Philosophy*, 27, 1–18. DOI:10.1111/j.2041-6962.1989.tb00514.x
6. American Speech-Language-Hearing Association. *Childhood disfluency disorders; Causes*. Preuzeto 1.4.2020. s: <https://www.asha.org/PRPSpecificTopic.aspx?folderid=8589935336&section=Causes>
7. American Speech-Language-Hearing Association. *Stuttering*. Preuzeto 27.4.2020. s: <https://www.asha.org/public/speech/disorders/stuttering/>
8. American Speech-Language-Hearing Association. *Childhood Fluency Disorders; Assessment*. Preuzeto 11.4.2020. <https://www.asha.org/PRPSpecificTopic.aspx?folderid=8589935336&section=Assessment>
9. Baumeister, R.F., Campbell, J.D., Krueger, J.I., Vohs, K.D. (2003). Does high self-esteem cause better performance, interpersonal success, happiness, or healthier lifestyles? *American Psychological Society*, 4 (1), 1-44.
10. Baumeister, R.F., Smart, L., Boden, J.M. (1996). Relation of Threatened Egotism to Violence and Aggression: The Dark Side of High Self-Esteem. *Psychological Review S, No. 1*, 5-33.
11. Blaesing, L. (1982). A multidisciplinary approach to individualized treatment of stuttering. *Journal of Fluency Disorders*, 7(1), 203–218. DOI:10.1016/s0094-730x(82)80011-9

12. Bleidorn, W., Arslan, R. C., Denissen, J. J. A., Rentfrow, P. J., Gebauer, J. E., Potter, J., i Gosling, S. D. (2016). Age and gender differences in self-esteem—A cross-cultural window. *Journal of Personality and Social Psychology*, *111*(3), 396–410. DOI:10.1037/pspp0000078
13. Bloodstein O. i Ratner N. B. (2008). *A handbook on stuttering, 6th Edition*. Clifton Park NY: Thomson Delmar Learning. Preuzeto 28.3.2020. s: [https://books.google.hr/books/about/A\\_Handbook\\_on\\_Stuttering.html?id=aZUhAQAAAMAAJ&redir\\_esc=y](https://books.google.hr/books/about/A_Handbook_on_Stuttering.html?id=aZUhAQAAAMAAJ&redir_esc=y)
14. Bono, J.E. i Judge, T.A. (2003). Core Self-Evaluations: A Review of the Trait and its Role in Job Satisfaction and Job Performance. *European Journal of Personality*, *17*, S5-S18. DOI: 10.1002/per.48
15. Boyle, C. A., Boulet, S., Schieve, L. A., Cohen, R. A., Blumberg, S. J., Yeargin-Allsopp, M. Visser, S., Kogan, M. D. (2011). Trends in the Prevalence of Developmental Disabilities in US Children, 1997-2008 *PEDIATRICS*. *127*(6), 1034–1042. DOI:10.1542/peds.2010-2989
16. Boyle, M.P. (2013). Psychological characteristics and perceptions of stuttering of adults who stutter with and without support group experience. *Journal of Fluency Disorders*, *38*(4), 368-381.
17. Brestovci B. i Krznar, I. (1985). Multidimenzionalni pristup etiologiji mucanja. *Defektologija*, *21* (1), 51-70. Hrčak ID: 108243
18. Brestovci, B. (1970). Definicija mucanja. *Defektologija*, *6*(2). Hrčak ID: 107699.
19. Brestovci, B. (1977). Klasifikacija pogrešaka u govoru osoba koje mucaju. *Defektologija*, *13*, 3-10. Hrčak ID: 107939
20. Canadian Stuttering Association. *Surviving a job search when you stutter*. Preuzeto 29.4.2020. s : <https://www.stutter.ca/articles/personal-commentary/452-surviving-job-searching-when-you-stutter.html>
21. Caruso, A. J., Chodzko-Zajko, W. J., Bidinger, D. A. i Sommers, R. K. (1994). Adults Who Stutter. *Journal of Speech Language and Hearing Research*, *37*(4), 746. DOI:10.1044/jshr.3704.746
22. Craig, A., Hancock, K., Tran, Y., Craig, M., & Peters, K. (2002). Epidemiology of Stuttering in the Community Across the Entire Life Span. *Journal of Speech Language and Hearing Research*, *45*(6), 1097. DOI:10.1044/1092-4388(2002/088)

23. Daly, D. A., Simon, C. A., & Burnett-Stolnack, M. (1995). Helping Adolescents Who Stutter Focus on Fluency. *Language Speech and Hearing Services in Schools*, 26(2), 162-168. DOI:10.1044/0161-1461.2602.162
24. Greenberg, J. (2008). Understanding the Vital Human Quest for Self-Esteem. *Perspectives on Psychological Science*, 3, 48-55.
25. Guitar, B. (2014): *Stuttering: An Integrated Approach to Its Nature and Treatment, 4th Edition*. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins.
26. Guitar, B. i Conture, E. G. (2013): *The Child who Stutters: to the Pediatrician, 5th Edition*. Memphis: Stuttering Foundation of America
27. Harder, D. W. (1984). Character style of the defensively high self-esteem man. *Journal of Clinical Psychology*, 40(1), 26–35. DOI:10.1002/1097-4679(198401)40:1<26::aid-jclp2270400105>3.0.co;2-9
28. Harper, J.F. i Marshall, F. (1991). Adolescents' problems and their relationship to self-esteem. *Adolescence*, 26(104), 799-808.
29. International Classification of Diseases-10 (2019). *Behavioural and emotional disorders with onset usually occurring in childhood and adolescence*. Preuzeto 28.3.2020. s: <https://icd.who.int/browse10/2019/en#/F90-F98>
30. Isberg, R.S., Hauser, S.T., Jacobson, A.M., Powers, S.I., Noam, G., Weiss-Perry, B., Follansbee, D. (1988). Parental Contexts of Adolescent Self-Esteem: A Developmental Perspective. *Journal of Youth and Adolescence*, 18(1), 1-23. DOI: doi: 10.1007/BF02139243.
31. Jhangiani, R. and H. Tarry. (2014). *Principles of Social Psychology – 1st International Edition*. Victoria, B.C.: BCcampus.
32. Jordan, C.H., Spencer, S.J., Zanna, M.P., Hoshino-Browne, E., Correll, J. (2003). Secure and Defensive High Self-Esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85(5), 969–978. DOI: 10.1037/0022-3514.85.5.969
33. Kalanzadeh, G.A., Mahnegar, F., Hassannejad, E. i Hassannejad M. (2013). The influence of efl students' self-esteem on their speaking skills. *The International Journal of Language Learning and Applied Linguistics World*, 2 (2), 76-83.
34. Kehoe, T.D. (2013). *Medications for stuttering. E-book*. Preuzeto 9.4.2020. s: <http://casafuturetech.com/medications-for-stuttering/>
35. Kernis, M. H. (2003). Toward a Conceptualization of Optimal Self-Esteem. *Psychological Inquiry*, 14, 1–26.

36. Mahr, G., i Leith, W. (1992). Psychogenic Stuttering of Adult Onset. *Journal of Speech Language and Hearing Research*, 35(2), 283. DOI:10.1044/jshr.3502.283
37. Marsh, H.W. (1990). Causal Ordering of Academic Self-Concept and Academic Achievement: A Multiwave, Longitudinal Panel Analysis. *Journal of Educational Psychology*, 82(4), 646-656.
38. O'Brian, S., Packman, A., Onslow, M. (2004). Self-Rating of Stuttering Severity as a Clinical Tool. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 13, 219-226.
39. Onslow M. (2018). *Stuttering and its treatment: Eleven lectures*. The University of Sydney. Preuzeto 25.3.2020. s: [https://www.uts.edu.au/sites/default/files/2018-10/Stuttering%20and%20its%20Treatment%20-%20Eleven%20Lectures%20April%202018\\_0.pdf](https://www.uts.edu.au/sites/default/files/2018-10/Stuttering%20and%20its%20Treatment%20-%20Eleven%20Lectures%20April%202018_0.pdf)
40. Orth U. i Robins, R.W. (2014). The Development of Self-Esteem. *Associacion for Psychological Science*, 23(5), 381-387. DOI: 10.1177/0963721414547414
41. Pekrkins W. (1990). What is stuttering? *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 55, 370-382.
42. Proctor, A., Yairi, E., Duff, M. C., & Zhang, J. (2008). Prevalence of Stuttering in African American Preschoolers. *Journal of Speech Language and Hearing Research*, 51(6), 1465. DOI:10.1044/1092-4388(2008/07-0057)
43. Reilly, S., Onslow, M., Packman, A., Wake, M., Bavin, E. L., Prior, M., Eadie P, Cini E, Bolzonello C, Ukoumunne, O. C. (2009). Predicting Stuttering Onset by the Age of 3 Years: A Prospective, Community Cohort Study. *PEDIATRICS*, 123(1), 270–277. DOI:10.1542/peds.2007-3219
44. Sardelić S. i Brestovci B. (2003). Cjeloviti pristup etiologiji mucanja. *Govor*, 20, 387-404. Hrčak ID: 179389
45. Silverman E.M. i Zimmer, C. (1979). Woman who stutter: Personality and speech characteristics. *Journal of Speech and Hearing Research*, 22, 553-564.
46. Smith, A. i Weber, C. (2017). How Stuttering Develops: The Multifactorial Dynamic Pathways Theory. *Journal of Speech Language and Hearing Research*, 60(9), 2483. DOI:10.1044/2017\_jslhr-s-16-0343
47. Stamać, Z.K. (2003). *Provjera točnosti stereotipa fizičke atraktivnosti. (Diplomski rad)*. Filozofski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Zagreb.
48. Stein. M, Baird, A., M.A. i Walker, J. (1996). Social Phobia in Adults With Stuttering. *Psychiatry*, 153(2), 278-280.

49. The Shirley Ryan AbilityLab. *Rosenberg Self-Esteem Scale*. Preuzeto 20.4.2020. s: <https://www.sralab.org/rehabilitation-measures/rosenberg-self-esteem-scale>
50. The Stuttering Foundation of Amerika. *Using The Telephone*. Preuzeto 29.4.2020. s: <https://www.stutteringhelp.org/using-telephone>
51. 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. DOI:10.1016/j.jfludis.2007.09.001
52. Van Borsel, J. (2014). Acquired stuttering: A note on terminology. *Journal of Neurolinguistics*, 27(1), 41–49. DOI:10.1016/j.jneuroling.2013.09.003
53. Van Riper, C. (1963). *Speech corection: Principles and methods*. Englewood Cliffs, N. J.: Prentice-Hal.
54. Vasconcellos, J. (1990). *Toward a State of Esteem*. California: California State Department of Education.
55. Ward, D. (2017). *Stuttering and Cluttering: Frameworks for Understanding and Treatment, 2nd Edition*. Hove: Psychology Press.
56. Yairi, E. i Seery, C. H. (2015). *Stuttering: Foundations and Clinical Applications, 2nd Edition*. Harlow: Pearson Education Limited.
57. Young, M. A. (1975). Onset, Prevalence, and Recovery from Stuttering. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 40(1), 49. DOI:10.1044/jshd.4001.49
58. Yovetich WM. S. i Leschied A.W. (2000). Self-esteem of school-age children who stutter, *J. Fluency Disord.*, 25, 143–153.

## PRILOG

### UPITNIK SAMOPOŠTOVANJE U OSOBA KOJE MUCAJU (Google obrasci)

#### OPĆI PODACI

DOB (godine)

---

SPOL

- M
- Ž

DRŽAVA STANOVANJA

- Republika Hrvatska
- Ostalo

TRENTNO sam uključen/a u logopedsku terapiju mucanja:

- DA
- NE

Ukoliko ste na prethodnu tvrdnju odgovorili pozitivno („DA“), napišite koliko ste dugo uključeni u logopedsku terapiju mucanja (U MJESECIMA):

---

BIO/LA sam uključen/a u logopedsku terapiju mucanja:

- DA
- NE

Ukoliko ste na prethodnu tvrdnju odgovorili pozitivno („DA“), napišite koliko ste dugo bili uključeni u logopedsku terapiju mucanja (U MJESECIMA):

---



Procijenite jakost svoga mucanja na skali od 1-9:

1 2 3 4 5 6 7 8 9  
VRLO MALO izraženo mucanje VRLO JAKO izraženo mucanje

**PAŽLJIVO PROČITAJTE SLJEDEĆE TVRDNJE I OZNAČITE KOLIKO SE SLAŽETE S NJIMA OD 1-4:**

1= „U potpunosti se slažem“

2= „Uglavnom se slažem“

3= „Uglavnom se NE slažem“

4= „U potpunosti se NE slažem“

- |  |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|
| 1. Općenito gledajući zadovoljan/a sam sobom.  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Sposoban/a sam raditi i izvršavati zadatke podjednako uspješno kao i većina drugih ljudi. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Osjećam da sam isto sposoban/a kao i većina ljudi.  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Osjećam da posjedujem niz vrijednih osobina.  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Mislim da vrijedim, barem koliko i drugi ljudi.   | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. Želio/la bih da imam više poštovanja prema samome/samoj sebi.                             | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. Osjećam da nemam puno toga čime bih se mogao/la ponositi.                                 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. Ponekad se osjećam potpuno beskorisno.  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. S vremena na vrijeme osjećam da ništa ne vrijedim.  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. Sve više dolazim do spoznaje da jako malo vrijedim.                                      | 1 | 2 | 3 | 4 |

11. Osjećam da mi se NARUŠAVA samopoštovanje u komunikaciji kada: (npr. „Kada me sugovornik prekida i dovršava rečenice umjesto mene, kada mi govori da usporim pa ću „manje mucati“, kada razgovaram s nepoznatom osobom, kada se u društvu nitko meni ne obraća, kada moram brzo odgovoriti na pitanje, stres, uzbuđenje i sl.)

Molim opišite situaciju u nekoliko rečenica.

---

---

**UPITNIK**  
**SAMOPOŠTOVANJE U OSOBA KOJE NE MUCAJU**  
**(Google obrasci)**

**OPĆI PODACI**

DOB (godine)

---

SPOL

- M  
 Ž

DRŽAVA STANOVANJA

- Republika Hrvatska  
 Ostalo

**PAŽLJIVO PROČITAJTE SLJEDEĆE TVRDNJE I OZNAČITE KOLIKO SE SLAŽETE S NJIMA OD 1-4:**

*1= „U potpunosti se slažem“*

*2= „Uglavnom se slažem“*

*3= „Uglavnom se NE slažem“*

*4= „U potpunosti se NE slažem“*

- |  |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|
| 1. Općenito gledajući zadovoljan/a sam sobom.  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Sposoban/a sam raditi i izvršavati zadatke podjednako uspješno kao i većina drugih ljudi. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Osjećam da sam isto sposoban/a kao i većina ljudi.  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Osjećam da posjedujem niz vrijednih osobina.  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Mislim da vrijedim, barem koliko i drugi ljudi.   | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. Želio/la bih da imam više poštovanja prema samome/samoj sebi.                             | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. Osjećam da nemam puno toga čime bih se mogao/la ponositi.                                 | 1 | 2 | 3 | 4 |

- |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| 8. Ponekad se osjećam potpuno beskorisno.               | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. S vremena na vrijeme osjećam da ništa ne vrijedim.   | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. Sve više dolazim do spoznaje da jako malo vrijedim. | 1 | 2 | 3 | 4 |