

Poremećaj tečnosti govora djece predškolske dobi

Tomičić, Stella

Undergraduate thesis / Završni rad

2018

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, Faculty of Teacher Education / Sveučilište u Zagrebu, Učiteljski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:147:235615>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-07-02**

Repository / Repozitorij:

[University of Zagreb Faculty of Teacher Education - Digital repository](#)



**SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
UČITELJSKI FAKULTET
ODSJEK ZA ODGOJITELJSKI STUDIJ**

**STELLA TOMIČIĆ
ZAVRŠNI RAD**

**POREMEĆAJ TEČNOSTI GOVORA DJECE
PREDŠKOLSKE DOBI**

Petrinja, listopad 2018.

**SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
UČITELJSKI FAKULTET
ODSJEK ZA ODGOJITELJSKI STUDIJ
Petrinja**

INKLUZIVNA PEDAGOGIJA

ZAVRŠNI RAD

STELLA TOMIČIĆ

**POREMEĆAJ TEČNOSTI GOVORA DJECE
PREDŠKOLSKE DOBI**

MENTOR: Izv.prof.dr.sc. JASNA KUDEK MIROŠEVIĆ

SUMENTOR: prof. BOŽICA VUIĆ

Petrinja, listopad 2018.

SADRŽAJ

SAŽETAK.....	2
SUMMARY	3
1. UVOD.....	4
1.1. DEFINICIJA MUCANJA.....	5
1.1.1. Simptomi i karakteristike mucanja	6
1.2. POVIJEST RAZMATRANJA TEŠKOĆE MUCANJA.....	7
1.3. RASPROSTRANJENOST I POJAVA MUCANJA	8
1.4. UZROCI MUCANJA.....	9
1.4.1. Okolinski čimbenici	12
1.4.1.1. Događaji koji pojačavaju netečan govor.....	13
1.4.1.2. Utjecaj medija na djetetov govor	14
1.5. VRSTE MUCANJA	15
1.5.1. Bolesti i stanja uz koja se pojavljuje mucanje	16
1.5.2. Doživljaj osobe koja muca	17
1.6. FAZE RAZVOJA MUCANJA	17
1.7. PODRŠKA DJECI KOJA MUCAJU	19
1.7.1. Terapija početnoga mucanja u djece	22
1.7.2. Jezične razine tečnoga govora	23
1.7.3. Uloga roditelja	24
1.7.4. Uloga odgojitelja.....	25
2. ISTRAŽIVANJE	27
2.1. CILJ ISTRAŽIVANJA	27
2.2. METODE ISTRAŽIVANJA.....	27
2.2.1. Ispitanici	27
2.2.2. Način provođenja istraživanja	28
2.2.3. Mjerni instrument.....	28
2.3. REZULTATI I DISKUSIJA	29
2.4. OSVRT NA ISTRAŽIVANJE	35
ZAKLJUČAK.....	36
LITERATURA	37
Prilozi	39

SAŽETAK

Tema rada odnosi se na razmatranje poremećaja tečnosti govora (mucanje) djece predškolske dobi. Ono je popraćeno čestim ponavljanjima, produljivanjima, napetošću i zastoјima u govoru. Mogu se pojaviti i grčevi te nepravilno disanje za vrijeme govora. Poremećaj prate i tjelesni simptomi koji se pojavljuju u komunikacijskom kontekstu koji je stresan za dijete. Mucanje je rasprostranjeno je u svijetu, a potječe još iz antičkih vremena. Najprije se javlja između druge i treće godine života, kada se govor intenzivno razvija, no može se pojaviti i kasnije. Uzroci mucanja objašnjeni su trima teorijama: konstitucijskom, razvojnom i okolinskom. Na govorno-jezični razvoj djece sve više imaju utjecaj i mediji, koji su postali važan dio svakodnevice. Postoji više podjela mucanja. Prva podjela je na fiziološko, primarno, sekundarno i akutno/abruptno mucanje, dok je druga psihogeno i neurogeno, u kasnijoj životnoj dobi. Pet je faza razvoja mucanja, od kojih su tri faze predškolske dobi (razvojne govorne netečnosti, granično mucanje, početno mucanje), faza školske dobi (prijelazno mucanje) i faza od adolescencije nadalje (uznapredovalo mucanje). S djetetom se trebaju provoditi govorne terapije – neizravna i izravna, prije kojih su potrebni dijagnostički postupci. Dijete, kao posljedicu može imati strah od govora i situacija koje zahtjevaju govor, što utječe na njegovo psihičko stanje i sigurnost u sebe. Stoga je važno pružiti mu podršku i poticati ga u napretku. Kako bi se proširile spoznaje o ovoj temi provedeno je istraživanje čiji je cilj saznati koliko odgojitelji u interakciji s djetetom s poremećajem tečnosti govora provode u suradnji s logopedom govorne vježbe, koliko često surađuju s roditeljima i na koji način te jesu li ta djeca uključena u rad s ostalom djecom i na koji način. Rezultati pokazuju da se odgojitelji ne smatraju kompetentnima za rad s djetetom s poremećajem tečnosti govora, ali su surađivali su s roditeljima na različite načine te su djeca bila svakodnevno uključena u rad skupine, što pridonosi njihovom daljnjem razvoju.

Ključni pojmovi: odgojitelji, dijete s teškoćom govora, suradnja s roditeljima

SUMMARY

The topic of work is the disorder of the fluency speaking of children of preschool age. It is accompanied by frequent repetitions, extensions, tensions and stoppages. Cramps and improper breathing appear during speech. Stuttering is accompanied by physical symptoms that appear in stressful communication with the child. Stuttering is widespread in the world, and it originates from ancient times. First, it occurs between the second and third years of life, when speech develops intensively, but it may occur later. The cause of stuttering is explained by three theories: constitutional, developmental and environmental. The speech-language development of children is increasingly influenced by the media, which have become an important part of everyday life. There are more division of stuttering. The first division is on physiological, primary, secondary and acute / abrupt stuttering, while the other is psychogenic and neurogenic, which appear later in life. There are five stages of stuttering development, of which three stages appear during preschool age (developmental speech failure, border stinging, initial stuttering), stage during school age (transient stuttering) and stage during adolescence and further (advanced stuttering). Speech therapy is performed with the child - indirect and direct, before which diagnostic procedures are required. The child has fear of speaking and situations that require speaking, which affect his psychological state and self-confidence. It is therefore important to provide support and encourage it in progress. A research was carried out to find out how often preschool teachers have interactions with a child who has a speech disorder and in cooperation with a therapist carries out speech exercises, how often do they cooperate with the child's parents and in which way those children included in working with other children. The results show that most preschool teachers do not consider themselves competent to work with children with a speech disorder, but they have cooperated with parents in every possible way. These children were daily involved in the work of the group that contributes to their further growth and development.

Key words: educators, children with speech difficulties, co-operation with parents

1. UVOD

U radu predškolske ustanove sve su češće prisutna djeca s teškoćama. Odgojitelji u skupini uz ostalu djecu, rade s djetetom koje ima teškoću. Kada kod djeteta primijete znakove teškoće, važno je pravovremeno reagirati. Kako bi se upoznali s teškoćom i primijenili odgovarajući pristup djetetu, odgojitelji pohađaju edukativne radionice. Pri radu s djetetom teškoćom potrebno je zainteresirati dijete i prilagoditi mu okruženje. Odgojitelju je ponekad u skupini potreban treći odgojitelj, što često nije moguće ostvariti zbog nedostatka osoblja. Tada je i djetetu s teškoćom i odgojitelju uskraćen adekvatan rad. Ako je dijete uključeno u program predškolske ustanove, važan je pozitivan odnos i prihvaćenost vršnjaka. Najčešće teškoće s kojima se odgojitelji u predškolskoj ustanovi susreću su poremećaj aktivnosti i pažnje, poremećaj iz spektra autizma i teškoće glasovno-govorno-jezične komunikacije. Jedan od poremećaja glasovno-govorno-jezične komunikacije je poremećaj tečnosti govora (mucanje). Ono je najdugotrajniji i najsloženiji govorni poremećaj djece. Normalan govorni tijek je prekinut je ponavljanjima i stankama u govoru koji su praćeni tjelesnim pojavama, poput znojenja, tikova, podrhtavanja usana i drugih ponašanja. Međutim, osobe koja mucaju u situacijama kao što su pjevanje, imitiranje drugih ili razgovor sa samim sobom, mucaju minimalno ili ne mucaju uopće. Dijete kada je svjesno svojega problema može imati osjećaj manje vrijednosti i različitosti od drugih. U svakodnevnom životu, susrećemo se često s predrasudama prema djetetu ili odrasloj osobi s teškoćom. Takvu osobu društvo često odbacuje i smatra ju drugačijom. Takvo ponašanje odraslih prenosi se na djecu koja će dijete s teškoćom također odbacivati. Iako mnogi smatraju da se mucanje pojavljuje „samo od sebe“, ipak nije tako. Simptomi koji se pojave iznenada, samo su vanjski simptomi govornih grčeva. Ono se stvara duže vrijeme, koje je skriveno u dječjoj psihi i dubini tijela. Kako bi djeca prevladala svoju teškoću i počela pravilno govoriti, nužna je podrška okoline i suradnja predškolske ustanove i roditelja.

1.1. DEFINICIJA MUCANJA

„Mucanje je poremećaj i ritma i tempa govora. Očituje se ponavljanjem glasova, slogova, riječi ili fraza, produljivanjem glasova, bezglasnim zastajanjima na početku ili unutar riječi, napetošću i „grčevima“ tijekom govora, ubacivanjem pomoćnog glasa u govoru.“ (Andrešić, 2010: 34). Djeca ponavljaju dijelove riječi (glasove ili slogove) češće nego cijele riječi ili fraze. Prije nego uspiju izgovoriti riječ (ma-ma-ma-mama), ponavljaju glasove više puta. Problem im stvara početak izgovaranja riječi, a zastaju na početnim dijelovima rečenica. Djeca pretjerano naglašavaju ili produljuju neki glas (ma-a-A-Aačka). Često ostanu bez glasa tijekom ili na početku govora te ga doživljavaju kao nelagodu. Pri mucanju se očituje napetost mišića lica, usana i mišića koji sudjeluju u govoru i ukočenost ili brzi trzaji dijelova i cijelog tijela (Andrešić, 2010). Djetinjstvo je najčešće doba kada mucanje započinje, a može biti potaknuto nasljednim sklonostima kada se razvijaju govor i jezik. Javlja se između druge i pete godine života, a postotak djece predškolske dobi koja mucaju je 2,4%. U tom razdoblju, čak 80 posto djece prolazi fazu fiziološkoga mucanja (razvojna netečnost govora).

Mucanje je govorni poremećaj, no odvija se unutar jezika. Najčešće započinje s razdobljem intenzivnoga jezičnog razvoja, kada se usvajaju različite morfološke i sintaktičke strukture. Razvijaju se i fonološke vještine, koje mogu narušiti različite smetnje. To potvrđuje pretpostavku da kada se poremećaji tečnosti pojave s jezičnim teškoćama utječu jedan na drugi. Jezični čimbenici utječu na pojavu i razvoj mucanja, pa se netečnosti u govoru javljaju na: konsonantima u odnosu na vokale, okluzivima, početnim riječima u rečenici, kod duljih i strukturalno složenijih rečenica, kod rijetkih riječi, na funkcionalnim riječima u odnosu na sadržajne. Stoga je moguća pretpostavka da djeca koja mucaju mogu imati teškoće u proizvodnji rečenice (Kutnjak, N. i sur., 2016). Govorno-jezične sposobnosti djece koja mucaju nisu slabije razvijene, ali su drugačije od govornih sposobnosti ostale djece. Često su to kašnjenja u izdvajanju prvog glasa u riječi, tj. kasnije prepoznaju izdvojene glasove neke riječi, što ima utjecaj na sinktaksički razvoj. Djeca koja mucaju koriste funkcijska obilježja riječi jer su usmjereni prema funkcijskim, a ne perceptivnim svojstvima riječi. To dovodi do duljega zadržavanja na etapi leksičkoga razvoja, što utječe na jezično planiranje i govor. Takav se govor posebno očituje u brzom

komunikaciji i jezično-složenim rečenicama (Logokor. Jezični razvoj i pojava mucanja, <http://www.logokor.hr/mucanje.html>).

1.1.1. Simptomi i karakteristike mucanja

Govorni simptomi koji se javljaju pri mucanju su ponavljanja, produljivanja i umetanje glasova, slogova i riječi. Pojavljuju se i stanke u govoru koje prati povećana napetost uz prekide disanja. Ostali simptomi koji prate mucanje su: ubrzan puls, crvenilo, znojenje, širenje zjenica, znojenje, crvenilo, širenje zjenica, treptanje očnih kapaka, tikovi, povećana napetost mišića usana, jezika i lica. Mucanje prate i govorna i negovorna ponašanja, kao što su: ubacivanja ili zamjene glasova, dijelova ili cijelih riječi zbog lakšega izgovora „teških riječi“, napuhavanje obraza, podrhtavanje i bezglasno otvaranje i zatvaranje usana, pokreti očiju, glave i tijela, izbjegavanje riječi i situacija u kojima se može mucati te izbjegavanje kontakta s osobama u čijem se društvu predviđa mucanje. (Galić-Jušić, 2001)

Mucanje se javlja na glasovima p, t, k, b, d i g. Može se javiti i na drugim glasovima, npr. c, č, ć, dž te m, n, nj, f, v, s, z, š, ž, r. Mucanje na samoglasnicima se može javiti kod fiziološkoga mucanja (Škarić, 1988). Ako osoba pojedini glas smatra teškim, tada svi glasovi predstavljaju problem (Babić, Finka, Moguš, 1994). Osoba neki glas nije mogla izgovoriti jer se nalazio na početku riječi. Kada se taj isti glas nađe u sredini ili na kraju riječi, ne stvara problem. Ti glasovi koje osoba ne može izgovoriti, u svijesti se percipiraju kao problem i neugoda, te ih osoba pokušava izbjeći. S vremenom, sve je manje glasova koje može izgovoriti, a sve više onih koje ne može (Škarić, 1988).

Kod mucanja postoje dvije vrste grčeva. To su klonički i tonički. Klonički grčevi su lagana ponavljanja glasova ili slogova. Kratkotrajni su, a osoba lako prelazi preko njih. Nisu praćeni somatskim ili psihičkim reakcijama. Javljaju se kod fiziološkoga i primarnoga mucanja u dječjoj dobi. Tonički grčevi su povišena napetost mišića organa za govor, fonaciju i disanje. Dugi su i intenzivni, a mogu trajati minutu i više. Kod osoba se javljaju obrambeni mehanizmi kako bi prevladali grčeve. Tonički grčevi se pojavljuju kod najrazvijenijih oblika mucanja (Škarić, 1988).

Težinu mucanja ponekad je teško odrediti jer nije uvijek istoga intenziteta, mijenja se ovisno o situaciji i trenutnom raspoloženju osobe. Eisenson je odredio skalu za određivanje intenziteta mucanja: 0.stupanj-nema mucanja; 1.stupanj-blago mucanje,mucanje na 0-5 posto riječi; 2.stupanj-mucanje srednje jačine, mucanje na 5-20 posto riječi; 3.stupanj-teško mucanje, mucanje na više od 20 posto riječi. Intenzitet se određuje na osnovi učestalosti pojave mucanja, napetosti govornih organa, trajanja grča, poremećenog govornog disanja i tjelesnih i psihičkih reakcija. U radu s osobama, mucanje se dijeli na blago, srednje jako i jako. Blago mucanje je mucanje koje osobi ne stvara probleme i ne privlači pažnju pri razgovoru. Srednje jako mucanje obilježava poremećeno govorno disanje, grčeve, emocionalne i vegetativne promjene. Jako mucanje prate jaki i intenzivni grčevi, jako poremećeno disanje, te tikovi i vegetativne promjene. Osoba teško uspostavlja verbalnu komunikaciju.

Uz mucanje, pojavljuje se i poremećaj govornoga disanja. Poremećaj se javlja samo za vrijeme govora, u mirnom stanju osobe normalno dišu. Osobi pri govoru nedostaje zraka, a to se disanje može pojaviti i pri disanju u mirovanju. Često se kod osoba koje tečno govore pojavljuje disanje s povremenim podrhtavanjem nosnica. Takvo se disanje zadržalo kod osoba koje su mucale u djetinjstvu, ali su prestali mucati (Škarić, 1988).

1.2. POVIJEST RAZMATRANJA TEŠKOĆE MUCANJA

Mucanje se najprije spominje u antičkoj Grčkoj, oko 500.godine prije nove ere. Proročica Pitija je Grku imenom Battus predložila da osnuje grad u sjevernoj Africi kako bi se oslobodio mucanja. On je osnovao grad i postao utemeljitelj Kirene u Libiji (današnja Cirenaika), no nije se oslobodio mucanja. Pitagra, Empedoklo, Demokrit i drugi zaslužni su za razvoj govornih vještina oko 400. g.pr.n.e. Hipokrat (460.-377. g.pr.n.e.) je nedostatke u perifernim govornim organima (usnama, jeziku, grkljanu, nepcu) i nepravilnu vezu mišljenja i govora smatrao uzrokom mucanja. Aristotel (384.-322. g.pr.n.e.) smatrao uzrokom mucanja „nepravilno formiran jezik“. Demosten (384.-322. g.pr.n.e.) bio je jedan od najvećih oratora Staroga vijeka, no i on je mucao. Prevladao je mucanje različim vježbama – glasnim govorenjem pred ogledalom suočio se s mucanjem, šetao je uz more te mu je šum mora zaglušivao

vlastiti govor, govorio je s kamenčićem u ustima koji mu je odvrćao pažnju od govora. U starom Rimu također je zabilježeno postojanje mucanja, a Galen (129.-200. g.n.e.) je smatrao da je mucanje posljedica oboljenja jezika i mozga. Državnik Tiberius Claudius je jako mucao, no naučio je kontrolirati svoj govor u javnosti uz pomoć rimskih oratora. No, privatno je nastavio mucati. Arapska medicina kao metodu liječenja predlagala je „ponavljanje govora“ te „slogovni govor“ prije izgovorene riječi (980.-1037. g) dok je rimska medicina predlagala liječenje pomoću „govorenja niskih glasova“ (Etijus, Uels, Azrelijan, Oribazije).

U srednjem vijeku, mucanje se tumačilo kao useljenje zloga duha u ljudsko tijelo. Liječeno je molitvama iz Evanđelja po Mateju, u crkvi, prema volji svećenika. Između 1740. i 1830. mucanju se pristupa na suvremeniji način. Smatralo se rezultatom nepravilne postave govornih organa, osobito jezika. Zbog toga su predlagani zahvati poput rezova na jeziku, paljenje jezika, podrezivanje jezične vezice i sl. Kirurg Difenbach unaprijedio je metodu koja je osobu trebala osloboditi mucanja. Na zapadu su mucanje smatrali općom patološkom promjenom u organizmu ili rezultatom nepravilnoga rada govornih organa, s čim se nije složio ruski autor Hristofor Laguzen. On je smatrao neuropsihički poremećaj uzrokom mucanja. S njim se složio ruski psihijatar I.A. Sikorski koji je mucanje tumačio kao oblik neuroze. Stručnjaci se i danas ne slažu u mišljenju o njegovim uzrocima, što dokazuje da je mucanje složen govorni poremećaj (Škarić, 1988).

1.3. RASPROSTRANJENOST I POJAVA MUCANJA

Podaci o mucanju se razlikuju od sredine do sredine i vremena u kojem su nastajala. U Bugarskoj je otkriveno 1,11 % osoba koje mucanju, dok je u Beču 0,63 %. U SSSR-u zabilježeno je dva posto kod djece i jedan posto kod odraslih, a u SAD-u oko 0,5 % (14 milijuna osoba). Smatra se da je kod djece između 1 i 2 %, dok je 0,5 do 1 % odraslih koji mucaju. Razni su čimbenici povećanja broja osoba koje mucaju: rat, potresi, poplave, požari i dr. Društvena događanja također utječu na mucanje: prezaposlenost roditelja, nedostatak vremena, loši odnosi u obitelji, pojačan tempo života. No, na mucanje utječe i spol. Škarić (1988.) smatra da je mucanje

učestalije kod muške djece, nego kod ženske. Mnogi autori smatraju da je uzrok češćega mucanja kod muške djece kasnije i sporije sazrijevanje nervnoga tkiva, što uzrokuje kasniji govor. Često okolina uzrokuje mucanje zbog zahtjeva koje postavlja pred djecu. Zbog toga se govorni poremećaji, kao i mucanje, češće javljaju kod muške djece.

Mucanje se najučestalije javlja između druge i treće godine. Govor se u tom razdoblju intenzivno razvija. Dijete se susreće s novim riječima i upotrebljava ih, no ne shvaća njihovo pravo značenje. Pojavljuju se i zastajkivanja u govoru, ponavljanje nekih slogova, riječi i rečenica te razvlačenje govora. To nije mucanje, no ako ga okolina počne ispravljati, upozoravati na nepravilnosti ili neprimjereno reagirati, velika je mogućnost da će dijete početi mucati. Drugo razdoblje, u kojem je moguća pojava mucanja je dob između četvrte i pete godine. Tada se razvija mašta i šire se interesi. Roditelji negativno reagiraju na djetetove govorne greške. Tada se povećava djetetova nesigurnost, gdje lako dolazi do mucanja. Sljedeće razdoblje u kojem se javlja mucanje je pri polasku u školu. Strah i loša priprema za školu pospješuju mucanje. Često roditelji imaju prevelike zahtjeve, što kod osjetljivoga djeteta izaziva mucanje kao reakciju na neispunjenje roditeljskih zahtjeva. Zatim se pojavljuje u pubertetu, no to je rijetko. Većinom je posljedica emocionalne nesigurnosti, a može imati i zdravstvenu podlogu. Ako se mucanje pojavi u odrasloj dobi, posljedica je poremećene zdravstvene ravnoteže, simptom živčanih stanja ili složenih društvenoelementarnih stanja (Škarić, 1988).

1.4. UZROCI MUCANJA

Često se postavlja pitanje početka i uzroka mucanja. Kada se radi o mucanju djece, to pitanje najčešće postavljaju roditelji. Zabilježene su mnoge teorije o uzrocima nastanka i razvoja mucanja. Autorica Galić-Jušić vodi se istraživanjem stručnjaka za terapiju mucanja Barryja Guitara, koji je svoje istraživanje iz 2001. godine iznio 2013. godine u knjizi *Stuttering: An Integrated Approach to Its Nature and Treatment*, (Guitar, 2013). On smatra da se pojava mucanja i njen razvoj mogu objasniti trima teorijama: konstitucijskom, razvojnom i okolinskom.

„Riječ konstitucija u širem smislu znači ustrojstvo neke osobe u tjelesnom i fizičkom pogledu.“ (Galić-Jušić, 2001:27). Jedan od mogućih uzroka mucanja je nasljeđe, čiji se udio određuje obiteljskim studijama i studijama blizanaca. Obiteljske

studije pokazuju da muškarci mucaju češće od žena te da žene koje mucaju imaju rodbinu koja muca. Studije su pokazale da su žene otpornije na razvoj mucanja. Djevojčice se češće oporavljaju od mucanja nego dječaci, no genetski im je predodređeno ako ne nestane u školskom razdoblju. Uz nasljeđe, utjecaj ima i obiteljsko okruženje u važnim trenucima djetetova govorno-jezičnoga razvoja. Studije blizanaca proučavale su jednojajčane i dvojajčane blizance. Pokazalo se da je pojava mucanja češća u oba blizanca, što je potvrdilo mucanje kao nasljedno. Istraživanje (Howie, 1982.) pokazalo je da je u 6 od 6 parova jednojajčanih blizanaca mucao jedan. Tako se mucanje ne može svesti samo na nasljeđe. Okolina može utjecati na genetsku predispoziciju za netečan govor. To potvrđuje istraživanje 3810 neselektiranih parova blizanaca (Andrews, Morris-Yates, Howie, 1990.) gdje se procjenjivao omjer genetskih i okolinskih utjecaja na govor. Rezultati su pokazali da veći dio ovisi o utjecaju okoline (71 %), a manji dio o nasljeđu i utjecajima tijekom i nakon rođenja (29 %). Obiteljske studije i studije blizanaca potvrđuju da na pojavu mucanja utječu nasljeđene osobine, što se događalo tijekom trudnoće i nakon rođenja. Uz to, utjecaj ima i okolina djeteta kojoj živi. Utjecaj okoline i utjecaj nasljeđa isprepliću se međusobno, na različite načine i u različitom omjeru. Svako dijete je individua, stoga će jedno dijete razviti mucanje uz okolinske čimbenike, dok će drugom djetetu okolina imati pozitivan učinak na govor (Galić-Jušić, 2001).

Guitar (2013) smatra da integrativni pristup spaja tri razmišljanja temeljena na konstitucijskoj podlozi mucanja. Prvo razmišljanje zasniva se na teoriji o desnostranoj dominaciji, mucanja i ljevorukosti. Poremećaji poput mucanja, disleksije i autizma posljedica su zastoja razvoja u lijevoj moždanoj polutki tijekom fetalnoga razvoja. Teorija objašnjava da živčane stanice koje su preodređene da budu dio struktura lijeve moždane polutke otplutaju do struktura desne polutke, gdje stvaraju veze s ostalim stanicama i strukturama. Do toga dolazi jer strukture lijeve polutke zbog zastoja u razvoju ne mogu prihvatiti živčane stanice. Stoga to dovodi do govorno-jezične teškoće. Razmišljanje o mucanju kao poremećaju vremenske organizacije pokreta govornih organa isto tako smatra da je problem u nerazvijenosti lijeve moždane polutke. Zbog nedovoljne razvijenosti lijeve polutke, nastaje teškoća u vremenskoj regulaciji pokreta jer funkcija odlazi u desnu polutku. Pritom su naglašene emocije tijekom govora. To se prenosi na brze govorne pokrete (nerazvijenu lijevu polutku) i sporije govorne elemente (iz desne polutke). Ako se

pojave i snažnije emocije tijekom govora pojavljuje se netečnost i početak simptoma mucanja (Van Riper, 1982; Kent, 1983 prema Galić-Jušić 2001). Treće razmišljanje je mucanje kao smanjena sposobnost senzomotorne povratne sprege. Autori, Megan i Peter Neilson (1976), smatraju da djeca koja počinju mucati imaju narušenu sposobnost u povezivanju zvuka koji žele proizvesti s pokretom za taj zvuk. Teško im je napraviti promjenu iz senzornoga u motorno područje. Ta se teškoća događa kada je moždana aktivnost proizvodnji govora jače opterećena, npr. kada djeca upotrebljavaju neku novu riječ (Galić-Jušić, 2001).

Razvojni čimbenici mucanja odnose se na razmatranja u kojima govorno jezični razvoj djeteta sadrži mnogo čimbenika, kao što su: bogaćenje rječnika, uporaba višesložnih riječi i složenije jezične strukture. Dijete prestaje biti potpuno ovisno o majci, upoznaje svoje granice. Obiteljske situacije često djetetu izazivaju mnoštvo emocija i ponašanja koja su posljedica emocija, stresne događaje koje osnažuju ili sputavaju osamostaljivanje kod djeteta, što utječe na razdoblje brzog rasta i razvoja djeteta. Često je to razdoblje u kojem okolina zahtjeva da djeca budu uspješna u mnogim područjima, te poslušna i disciplinirana. Tijekom druge i treće godine dijete naglo napreduje u cijeloj motorici, no napreduju i jezični dijelovi. Veliki dio mozga je uposlen za istodobni razvoj sposobnosti. Mozak obavlja nekoliko zadataka odjednom, a ako su ti zadaci slični, mogu jedan drugome oduzimati učinkovitost. Dječji živčani sustav je nezreo za istodobno izvođenje više zadataka (Kinsbourne i Hicks, 1978 prema Galić-Jušić 2001). Caruso je smatrao da su neuromotorni procesi oslabljeni, a odgovorni su za prostorne i vremenske varijable govora. Stoga, djeca koja mucaju trebaju više vremena za organizaciju i izvođenje govora da bi postigli prostorne ciljeve (Brestovci, Hedeber, Sardelić, 2001).

Intenzivan tjelesni rast i razvoj karakterističan je od prve do šeste godine. Zbog istodobnog sazrijevanja mnogih tjelesnih i psihičkih funkcija, mozak je opterećen mnoštvom zadaća. To može imati negativan utjecaj na govor. Tijekom razvoja djeteta govor napreduje, no nailazi na ponavljanja i produljivanja riječi. U razdoblju govorne netečnosti neka djeca ostaju kraće, neka dulje. Za neku djecu je karakterističan usporeniji razvoj fine motorike što može negativno utjecati na govor. Zbog brzog i naglog rasta dolazi do promjene uvjeta za govor zbog kojih djeca

moraju naučiti nove načine senzomotornih reakcija. Djetetova spoznaja je senzomotorička između rođenja i druge godine. U drugoj godini govor počinje slijediti mišljenje. Stoga, govor nakon druge godine spoznajni napredak može ugroziti govor. Dječji jezični razvoj u tom razdoblju je kreativan te se dijete koristi novim riječima. Jezična složenost zahtjeva veliku brzinu, gdje je sve više slogova u riječi, riječi u rečenici. Dijete počinje govoriti brže jer mu se raspoloživo vrijeme čini nedovoljno dugo. Kada se udruže jezična složenost i povećana brzina govora, govor postaje netečan. Kod neke djece, sazrijevanjem središnjega živčanog sustava, problemi nestaju, a kod nekih ostaju prisutni. Razlog tome je sporije sazrijevanje govorno-jezičnih sposobnosti te brz govor okoline. To dovodi do mucanja kod djece (Galić-Jušić, 2001).

Na govornu tečnost utječe i emocionalni i socijalni razvoj. Dijete ima svoj emocionalni stil koji utječe na prerastanje normalne netečnosti u mucanje. Emocionalne smetnje događaju se zbog oštećenja desne strane središnjeg živčanoga sustava, stoga upravo u toj polutki govor dobiva emocionalno značenje. U ranom djetinjstvu prepliću se govor i emocije, a to imaš loš utjecaj na govor. Kada dijete brzo govori, govorni impulsi se uništavaju. Dijete je u razdoblju mnogih promjena, gdje postaje samostalno te se budi njegov interes za događaje oko njega. Ovisno o temperamentu, dijete će reagirati na pokušaje sputavanja okoline u svom istraživanju. Temperament se razlikuje od osobe do osobe. Tako jedna osoba može biti otvorena i neograničena, dok je druga sramežljiva i zakočena. Druga osoba često je obuzeta strahom i tjeskobom (Galić-Jušić, 2001). Neka djeca su rođena osjetljiva i češće reagiraju na nove ljude i situacije, po povećanom mišićnom napetošću i fiziološkim znakovima stresa. Jaki temperament može izazvati kod djeteta povećanu fizičku napetost kada mu govor nije tečan te stvoriti druge netečnosti. To dovodi do kroničnoga mucanja. S druge strane, dijete s blagim temperamentom, pri netečnom govoru, može ostati mirno i ignorirati svoj netečan govor. Na taj se način može razviti rano mucanje (Guitar, 2013).

1.4.1. Okolinski čimbenici

Okolina je važna za dijete kada usvaja jezik. Dijete upija govor koji čuje u svojoj okolini i kasnije ga koristi. Pri obraćanju djeci, odrasli koriste drugačiji govor

od govora s odraslima. Koriste kraće rečenice, više jednostavnih rečenica, manje zavisno složenih rečenica, polaganiji način govora i smirenu intonaciju (Blaži, 1994).

Neke teorije smatrale su pretjerane reakcije roditelja na djetetove netečnosti početkom mucanja. Američka istraživanja pokazala su da su roditelji djece koja mucaju zahtjevniji nego onih koja nemaju govornih teškoća. Međutim, engleska istraživanja smatraju da su roditelji djece koja mucaju nižega obrazovanja i lošijih radnih postignuća. No, rezultati su pokazali da roditeljsko ponašanje neće izazvati potaknuti mucanje, ako ne postoje nasljedni čimbenici. Jedan od najvažnijih čimbenika iz okoline je način na koji roditelji govore i kako se obraćaju djetetu (Galić-Jušić, 2001). Jedna od teorija nastanka mucanja navodi kako djeca počinju mucati zbog roditelja koji su anksiozni i pokazuju veliku brigu za ispravan govor djeteta. Djetetu skreću pozornost na njegov govor, što dovodi do nepravilnosti u djetetovom govoru. U nastojanju da poboljša svoj govor, dijete češće “zapinja” i zastajkuje. Roditeljsko ponašanje dovodi do anksioznosti, kada se razvija mucanje (Brestovci, Sardelić, 2003).

1.4.1.1. Događaji koji pojačavaju netečan govor

Svakodnevni događaji u okruženju djeteta mogu utjecati na njegov govor. Jedna od svakodnevnih događaja je preseljenje obitelji u novi stan ili grad, kada dijete mijenja i školu. Na govor utječe život obitelji u prognostvu i ratni uvjeti, koji često ostavljaju posljedice. Česte svađe u obitelji, a nakon toga i razvod su nešto s čime se djeca često susreću. Na njih utječe i odlazak bliskoga člana obitelji u bolnicu te smrt. Rođenje brata ili sestre ponekad je događaj koji ostavlja posljedicu na dijete. Roditelji su ponekad odsutni iz obitelji zbog posla, što za djecu nije jednostavno. Uzbudjenje ili tjeskobu izazivaju praznici te događaj koji nije svakodnevni. Za djecu je spavanje vrlo važno, stoga nedostatak sna ima negativan utjecaj, kao i nepravilna ishrana. Teškoću može pospješiti i kažnjavanje od strane roditelja kao i odgajatelja/učitelja. Navedene situacije mogu doista izazvati mucanje, pogotovo kod djece koja imaju predispozicije za pojavu mucanja. Događaj koji narušava djetetovu psihološku sigurnost te mijenja svakodnevnu rutinu, pojačava teškoće koje ono ima u

govoru. Govorna netečnost može postati češća, pojaviti se simptomi karakteristični za početno mucanje (Galić-Jušić, 2001).

1.4.1.2. Utjecaj medija na djetetov govor

Uz članove obitelji, rodbinu i vršnjake, na dječji govorno-jezični razvoj utječu i mediji. Jedan od najčešćih medija s kojima se djeca susreću je televizija. Ona nudi različite sadržaje, koji svaki na svoj način utječu na govor djece. Najpogodnije sadržaji za djecu su dječje emisije i serije. U njima se koriste govorno-jezični modeli, poput govora usmjerenoga na dijete. Ono obogaćuje rječnik i potiče razvoj predčitačkih vještina. Glumci se služe jednostavnim rečenicama i sporim, laganim govorom, kako bi se približili govoru djece. Međutim, prekomjerno gledanje može umanjiti dječje jezične sposobnosti jer provode manje vremena u interakciji s okolinom. Uz to, smanjenoj razini jezika pridonosi i gledanje neprikladnih emisija. U njima su prikazani nasilje i sukobi, koje djeca često oponašaju u svojoj okolini. Prikazivanja nasilnoga ponašanja i prirodnih katastrofa mogu potaknuti noćne more kod djece. Na taj se način smanjuje ili potpuno nestaje društveno-jezični razvoj djeteta. Stoga, minimalnim govorom smanjuju se i govorne sposobnosti što može potaknuti zastoje u govoru. Uz televiziju, na govor utječu i računala. Ona nude jezične programe koji potiču kod djece jezični razvoj jer sadrže situacije iz svakodnevnog života. U njima može učiti nove riječi, povezivati misli u rečenice i pričati o budućim situacijama. Takvi programi mogu dovesti do većih bodova na testovima jezičnoga razvoja. Uključuju i multimedijalne programe u kojima djeca povezuju vizualni dio riječi s načinom izgovora. Pri razvijanju početnih vještina čitanja djeca mogu ponovno odslušati riječi i rečenice kako se čitanju naglas. No, kada djeca počnu koristiti računalo, posvećuju mu više vremena nego druženju s obitelji i vršnjacima. Smanjuje se upotreba jezičnih vještina koje su potrebne za razvoj komunikativnosti. Video-igre također pomažu u dječjem govoru. Neke igre zahtijevaju igru u paru, što može pozitivno utjecati na govorno-jezični razvoj. On se potiče razgovorom o igri, povezanosti igre sa svakodnevnim aktivnostima te stvaranjem jezičnoga uzora djetetu. S druge strane, igranje video igrica, kao i uporaba računala, smanjuje provedeno vrijeme s obitelji i vršnjacima. Tada su im uskraćeni govorno-jezični modeli i situacije u kojima izgrađuju jezik. Video-igre

zahtijevaju malo razmišljanja koje je potrebno za vježbanje jezika. Često nude sadržaje poput nasilja i borbi koje djeca pokazuju u interakciji s drugim ljudima. U takvim situacijama nestaju društvene jezične vještine djece (Apel, Masterson, 2004).

1.5. VRSTE MUCANJA

Različite su podjele mucanja. Najuobičajena podjela je na fiziološko, primarno, sekundarno, i akutno ili abruptno mucanje. Fiziološko mucanje javlja se u dobi između druge i treće godine života. U tom razdoblju djeca zastajkuju u govoru, ponavljaju glasove, slogove i riječi, oklijevaju u govoru, ubacuju različite poštapalice te produžuju glasove. Ovakvi simptomi pojavljuju se kod djece koja su sklona mucanju. Dijete najprije ponavlja riječi koje čuje u svojoj okolini. Kasnije, koristi elemente govora kako bi sastavilo svoje cjeline jer svoj govor želi približiti govoru odraslih (Škarić, 1988). Zamuckivanja se pojavljuju kad je dijete uzbuđeno, radosno i žalosno. Dijete želi izgovoriti riječi koje ne razumije, no zamuckuje zbog neučvršćenih riječi u govornom centru gdje govorni organi nisu dovoljno opskrbljeni živcima. Zapinanje prolazi samo od sebe, kada se razvija govorni centar i usklade mišljenje i govor. Ipak, u ovoj fazi može pojaviti mucanje, pa zamuckivanje može postati pravo mucanje. Roditelji upozoravaju dijete na pogreške u govoru i ispravljaju ga što može u djetetu probuditi strah od govora. Dijete počinje obraćati pažnju na svoj govor, svjesno je pogrešaka u govoru, gubi spontanost u izražavanju i gubi samopouzdanje. Misaono-jezični procesi su ometeni i dijete počinje mucati (Logopričaonica, <http://www.logopedloznica.com/mucanje.php>).

Sekundarno mucanje je pojava pravoga mucanja, gdje ga je osoba svjesna. Ono se pojačava u neugodnim situacijama. Neki od simptoma sekundarnog mucanja su: opća mišićna napetost tijela i govornih organa, strah od govora i govornih situacija, svjesnost sebe kao osobe koja muca, pojava tikova i obrambenih pokreta, nesklad između disanja, stvaranja glasa, tvorbe glasa i povezanosti misli i govora. Stanje govora pri sekundarnom mucanju se lako pogoršava te je potrebna pomoć stručnjaka.

Akutno mucanje najčešće se javlja između 2. i 3. godine i u pubertetu, no može se javiti i u drugim životnim dobima. Ono predstavlja naglu pojavu mucanja, tj. povišenu emocionalnu reakciju osobe na fizičku ili psihičku traumu. Uzroci ovoga tipa mucanja su poznati, kao što je prevelik strah djeteta, preveliko uzbuđenja, trauma. Govor je „slaba točka“ djece kod kojih se javlja akutno mucanje. Ono traje

od 7 do 14 dana jer se nije razvilo naučeno ponašanje i drugi simptomi (Škarić, 1988).

Prema Galić-Jušić (2001) postoje još dvije vrste mucanja, koje se pojavljuju u kasnijoj životnoj dobi – psihogeno i neurogeno mucanje. Psihogeno mucanje se pojavljuje u adolescentnoj ili odrasloj dobi. Nastaje nakon stresnog događaja, konflikta ili duljeg pritiska. Početak mucanja je nenadan, a otklanja se kombinacijom govorne terapije i psihoterapije. Neurogeno mucanje je mucanje uzrokovan bolestima i moždanim ozljedama. Pojavljuje se kao ponavljanje i produljivanje slogova i napetih zastoja u govoru. Otklanjanje ove vrste mucanja ovisi o mogućnostima liječenja primarne bolesti jer je posljedica organske promjene u središnjem živčanom sustavu.

1.5.1. Bolesti i stanja uz koja se pojavljuje mucanje

Turretov sindrom je bolest koja je genetski uvjetovana, a osobe imaju specifičan opsesivno-kompulzivni poremećaj zbog kojega dodiruju predmete, hiperaktivni su i imaju poremećaj pažnje. Dio osoba s Turretovim sindromom muca. Neka od razmišljanja su da je poremećaj genetski uvjetovan prevelikom količinom neurotransmitera dopamina u nekim dijelovima mozga. Postoje istraživanja koja potvrđuju veću razinu dopamina kod osoba koje mucaju, dok drugi ne (Galić-Jušić, 2001).

Brzopletost je način govora koji obilježava brzi prijelazi s jedne misli na drugu s ubrzanim tempom govora. Osoba se ne može koncentrirati na bitno, a to se očituje u govoru. Zbog zastoja u govoru, često se brzopletost zamijenjuje mucanjem. Takva djeca govor nauče otprilike jer na njega ne obraćaju pozornost. U školi, uz površno svladan govor, imaju problema s čitanjem i pisanjem. Ovaj poremećaj roditelji rijetko prepoznaju zbog pozitivnih osobina djece. Kada ga ipak prepoznaju, obraćaju se logopedu zbog drugih problema poput problema s neispravnim izgovorom i dugim zadržavanjem u govoru. Rad logopeda s djetetom je složen i dugotrajan i traži mnogo strpljenja (Logopediska terapija. *Brzopletost* <http://www.hld.hr/logopedska-terapija/>).

1.5.2. Doživljaj osobe koja muca

Kod osobe koja muca često je izražen strah od govora i govornih situacija. To dovodi do izbjegavanja govora, te se osoba izražava kratko i sažeto. Komunicira s manjim brojem ljudi i povlači se u sebe. Mucanje utječe na formiranje crta ličnosti, no često negativnih. Osobe postaju nesigurne, upornost je smanjena, nepouzdana su u izvršavanju zadataka, nisu se spremni suočiti sa većim životnim problemima. No, postoje osobe koje čije probleme okolina razumije. Zbog toga steknu samopouzdanje, unutarnja napetost se oslobađa što poboljšava govor. Često se mucanje naziva „društvena bolest“ jer je prisutno u kontaktu s okolinom. Mucanje je kod nekih jače izraženo pred roditeljima, nastavnicima, nepoznatim osobama, dok je spontano pri razgovoru s prijateljima i vršnjacima. Osobe koje mucaju žele govoriti, ali ih je sram. No, kada šute, osjećaju se krivima (Škarić, 1988).

Postoje različiti načini kako osobe umanjuju svoje mucanje, a neki od njih su: obraćanje samom sebi ili kućnim ljubimcima, govorenje uglas s drugom osobom (ne čuju se na uobičajen način i umanjuju kognitivni stres u odabiru riječi), govor i pisanje istodobno (govore na način koji isključuje kognitivni stres), spor govor ili govor uz šum, govor dubljim tonom glasa (glasnije su opuštenije zbog manje brzine titranja), imitiranje tuđeg glasa i govora, korištenje tehnika za postizanje tečnoga govora (Galić-Jušić, 2001).

1.6. FAZE RAZVOJA MUCANJA

Razvojne govorne netečnosti mogu trajati od 1,5 do 6. godine. Dijete ponavlja početni slog, jednosložnu ili višesložnu riječ ili cijelu rečenicu. Najčešće ponavlja cijelu riječ ili cijelu rečenicu. Umeće slogove („uh“) ili izmjenjuje nepotpunu rečenicu („Vidio sam...tamo je jedan pas.“). Dijete u ovoj fazi još nije svjesno da mu govor izaziva bilo kakvu poteškoću.

Granično mucanje se također pojavljuje od 1,5 do 6. godine, najčešće u trećoj godini. Na početku, nestane lakoća govora i potrebno je više vremena za izgovor, no govor je kasnije opet tečan. Dijete produljuje i ponavlja početni slog ili cijelu riječ. Ponekad ponavlja riječi sve više i produljuje neke glasove. Ovdje se javlja povremena svjesnost netečnog govora. Važno je da roditelji reagiraju pri pojavi

graničnoga mucanja, kada će mijenjati negativne dijelove komunikacije u obitelji i tražiti pomoć terapeuta.

Početno mucanje se javlja od 2. do 8.godine. Dijete ponavlja slogove brzo i nepravilno, s naglim prekidima izgovora riječi. Pri tome mijenja i visinu glasa tijekom ponavljanja ili produljivanja slogova. Ton glasa je viši pri kraju riječi, što intonaciju čini pjevnom. Dijete produljuje neke glasove riječi i umeće glasove prije i tijekom izgovora. Napetost u glasu prelazi na mišiće artikulatora i lica, gdje pokreti usana, jezika i vilice mogu postati prilično napeti. Pri govoru, dijete se napreže i osjeća nelagodu. Izgovornoj napetosti pridonose i kretnje poput žmirkanje očima, kimanje glavom, ili umetnuti slog poput "uh". U početnom mucanju dijete je svjesno svojega netečnoga govora. Kada se mucanje pojača, potrebno se obratiti terapeutu na vrijeme, što povećava mogućnost postignuća tečnog govora. No, terapijom će dijete postići kontrolu nad mucanjem i vratit će se potrebno samopouzdanje.

Prijelazno mucanje javlja se od 6. do 13. godine. Ovdje ima najviše zastoja u govoru uz ponavljanja i produljivanja s prekidima govora. Prate ih napeti pokreti (podrhtavanje usana i napuhavanje obraza) i nesmetanog izdisaja. Da bi dijete savladalo napete zastoje u govoru, koristi pokrete glave, očiju i umetnute glasove i riječi. Nakon neuspješnog govora, zastoja i negativnih osjećaja, javlja se osjećaj srama, zbog kojeg osoba skriva svoj govor. Ako se mucanje počne očitovati u pubetetskom razdoblju, može uzrokovati povučenost i ranjivnost. Stoga, u terapiji je važno spojiti elemente govora s psihoterapijom. Osoba će napredovati ako prestane izbjegavati riječi i situacije u kojima je potreban govor. U ovoj fazi je terapija integrativna te prenosi osobi novi govorni model u svakodnevni život i komunikaciju s različitim osobama.

Uznapredovalo mucanje javlja se od 14. godine nadalje. Karakteriziraju ga dugački napeti zastoji tijekom govora. Pojavljuje se i podrhtavanje usana, jezika ili vilice. Osoba u ovoj fazi mucanja izbjegava mnoštvo riječi, situacija i osoba s kojima predviđa mucanje. Često su izbjegavanja brza i sveprisutna te tako postaju navike kojih osoba nije svjesna tijekom govora. Osoba osjeća strah, nelagodu i sram te može imati negativnu sliku o sebi. Mucanje može narušiti osjećaj integriteta, samovažnosti i osobne moći. S godinama postaje dio psihofizičke strukture osobe, zbog toga je smanjen broj ljudi koji se odlučuju na terapiju. Pojedini su prikrivali svoje mucanje izbjegavajući riječi i ljude. Zbog toga, na terapiju odlaze uz nagovor drugih ljudi. Terapija utječe na promjenu govornoga ponašanja i cjelokupnoga

doživljava sebe. Terapeut se mora prilagoditi individualnim potrebama osobe te omogućiti brzo ovladavanje osnovama nove govorne tečnosti. Osobu je potrebno naučiti promatrati svoju komunikaciju s drugima te utvrditi zašto se opire promjenama, kao što je uklanjanje mucanja. Osoba nakon terapije može biti vlastiti terapeut, koji će upotrebljavati govornu tehniku, kada se mucanje pokuša vratiti (Galić-Jušić, 2001).

1.7. PODRŠKA DJECI KOJA MUCAJU

Djeca u sve ranijoj dobi se uključuju u terapiju zbog govorno-jezičnih smetnji. Sve češće logopedi koriste “logopodski” pristup, a sve manje aktivnosti u kojima djeca trebaju sjediti jer su neprimjerene za djecu s dodatnim teškoćama. Ipak, kako bi započeli terapiju s djetetom, potrebni su koraci koji mogu dugo trajati (Rade, 2010). Neka djeca spremna su pristupiti terapiji u dobi od pet ili šest godina, a djeca s drugim teškoćama kasnije. Ako je dijete dovoljno zrelo za oblikovanje tečnoga govora, poučava ga se direktno (Jelčić Jakšić, 2014).

Postoje dvije terapije koje se provode s djecom. To su neizravna i izravna. Neizravna terapija je pristup koji savjetuje roditelje kako promijeniti svoj govor djetetovo okruženje. Koristi se za olakšavanje govora i prilagođavanje komunikacije djetetu (Childhood Fluency Disorders, <https://www.asha.org/PRPSpecificTopic.aspx?folderid=8589935336§ion=Treatment>). Roditelji vode dnevnik kojim prate čimbenike koji utječu na govorne netečnosti djeteta. Roditelju se objašnjavaju nastanak i razvoj teškoća kako bi dobili uvid u prirodu poremećaja, nasljedne sklonosti, razvojnoga stupnja djeteta i utjecaja okoline. To dovodi do prekida ispravljanja djetetova govora, promatranja što dijete misli te omogućuje da se roditelj usredotoči na ono što mu dijete govori. Ovdje se roditelja podučava načinu komunikacije u kojem će potpuno slušati dijete i postavljaju jednostavnih pitanja na koja može odgovor dobiti jednom riječju tzv. *pitanja zatvoreneog tipa* (Galić-Jušić, 2001).

Izravna terapija bavi se promjenom dječjega govora u kojemu bi govor bio tečniji. U njoj se smanjuje razina odstupanja, fizička napetost i ponašanje djeteta (Childhood Fluency Disorders,

<https://www.asha.org/PRPSpecificTopic.aspx?folderid=8589935336§ion=Treatment>). Tada terapeut igrom lutkama i drugim igračkama pokušava razviti drugačiji govorni model. Pokušava pružiti lakši model govora koji je sličan djetetovom, no odsutna je napetost. Početni slogovi se mogu ponavljati, ali bez naprezanja ili prekida disanja. Dijete se prvo uči nenapetom mucanju, a zatim tečnom govoru. Terapeut pokušava pomoći da se dijete oslobodi negativnih osjećaja koji su pratili govor. To radi na način da dijete priča o njima, crta ih, priča o „teškom govoru“ (Galić-Jušić, 2001). Koristi se lutkama i drugim igračkama koje predstavljaju djetetovu okolinu. One pokazuju probleme koje dijete ima prema osobama iz okoline te reakcije koje su inače potisnute. Kroz takvu igru dijete pokazuje svoje potrebe i osjećaje, gdje se otkriva osoba koja ima loš odnos prema djetetu (Prizl, 1998). Drugi tip terapije je modeliranje tečnoga govora. Dijete se poučava drugačijim načinima izgovaranja, npr. meki početak izgovora i produljivanje trajanja izgovora, tj. prve riječi u rečenici. Time se dijete udaljava od produljivanja samo jednoga sloga i povećavanja napetosti izgovora. U ovaj tip terapije ubraja se i relaksirano tzv. *govorno disanje* i učenje kako dobiti blage artikulacijske prijelaze među slogovima u riječima. U radu s djecom se koristi postupni prijelaz od manje složenih jedinica ka složenijim. Prvo su tzv. formula-rečenice, zatim jednostavne rečenice te složene rečenice. Tako se djetetu omogućuje da postupno u svoj govor uključuje i složenije jezične forme. Proces mišljenja, odabira ispravnog odnosa među riječima, brzog pretraživanja rječnika pojačavaju osjećaj pritiska, što dovodi do mišićne napetosti. Ta mišićna napetost dovodi do mucanja (Galić-Jušić, 2001). Terapeut koristi likove životinja i lutke, jer glumeći njihov govor, govore bez mucanja. Koriste se i nijeme pokretne igre, igranje glasovima uz imitiranje pokretima tijela. S vremenom počinju pjevati, recitirati i govoriti u ritmu (Prizl, 1998). Koriste se i igre gibanja govornih organa, najčešće jezika i usana. Takve igre se nazivaju artikulacijska gimnastika, gdje se razvija snaga i pokretljivost govornih organa. Artikulacijsku gimnastiku koriste djeca koja imaju poteškoća s izgovorom pojedinih glasova. Vježbe su strukturirane od jednostavnijih prema složenim. Kada dijete uvježba igru, više se ne ponavlja i uvodi se nova igra. Pri svakom susretu terapeut provjerava djetetovu svladanost igre, a zatim zadaje novu. Vježbe određuje terapeut, koji poučava roditelje kako bi ih mogli izvoditi kod kuće (Posokhova, 2010).

Terapeut određuje ciljeve koje želi postići oslanjajući se na teškoću. U tom procesu ostvaruje razvoj i ispravlja djetetovu govorno-jezičnu komunikaciju (Ivanovsky, Gadasin, 2010). Cilj terapije u početnoj fazi mucanja može biti spontana govorna tečnost djeteta, dok prijelazno i uznapredovalo mucanje mogu imati za cilj kontroliranu govornu tečnost te tečniji način mucanja. Važno je da govorna terapija uzme u obzir situacije, vremena i osobe kada i otkada se mucanje događa. Govorna tečnost se gradi korak po korak, dio je novoga motornog učenja. Promjena načina govora je moguća ako tu promjenu prihvati dio mozga povezan s emocionalnim doživljavanjem, tj. nesvjesni dio. Govor se odvija u svjesnom dijelu uma, no proizvodnja glasa, boja i visina, ton i pokreti izgovornih organa su dio nesvjesnog dijela uma. Ako su ta dva dijela usklađena, doći će do stabilnijih i trajnijih promjena u ponašanju, tako i u mucanju. Da bi tečan govor postao dio svakodnevnoga života osobe koja muca, potrebno je da postane dio nesvjesnoga dijela uma, koji uključuje doživljaj sebe, drugih i komunikaciju. Za to je potrebno vrijeme, koje je za svaku osobu drugačije.

U fazi graničnoga i početnoga mucanja važno je uspostavljanje spontano tečnoga govora. U terapiji te faze mucanja, važno je da roditelj spozna prirodu mucanja, uzroke i način kako se pojačava ili smanjuje. Njome roditelj razumije što se događa u mucanju i time mijenja odnos govornu djeteta. Cilj terapije je da umanjí osjećaj krivice zbog početka mucanja kod roditelja, no da ipak zadrži osjećaj odgovornosti za djetetov govorni razvoj. Drugačiji odnos prema govornoj teškoći djeteta, mijenja osjećaj da se krivi postupak s djetetom ne može popraviti. Nekada krivo učinjeno je mjesto od kojeg se kreće naprijed, što je cilj u radu s roditeljem (Galić-Jušić, 2001).

Terapija mucanja mora poznavati razloge zbog kojih se primjenjuje, mora biti jasno čime se bavi i načina na koji se bavi, te koji su ciljevi terapije. Prije početka terapijskog procesa, potrebni su dijagnostički postupci. To je intervju s roditeljima ili djecom koja mucaju. Nakon intervjua, terapeut na govornom uzorku (petominutno imenovanje i opis igračaka) promatra vrste govornih i negovornih ponašanja te mjeri jakost mucanja kod djeteta. Terapeut intervjuom dobiva podatke u stanje govora, stavove i osjećaje djeteta. Uz to, upoznaje obitelj koja može utjecati na netečan govor. Prvi se susret roditelja i terapeuta odvija bez prisutnosti djeteta. Razgovorom se skupljaju informacije o razvoju govora i jezika djeteta. Prije postavljanja pitanja,

terapeut objašnjava roditelju razlog intervjuja, da postoji više uzroka mucanja te provjerava obiteljsko okruženje djeteta. Neka od prvih pitanja koja se postavljaju roditelju su vezana za razlog posjete logopedu, što ih brine, kako je protekla trudnoća i porod te kakav je bio govorno–jezični i motorički razvoj. Potrebno je postaviti pitanje o problemima s govorom u obitelji, kada se prvi put pojavio netečan govor te je li njegov uzrok poseban događaj u djetetovom životu. Također, roditelj mora objasniti kako su izgledale prve netečnosti kod djeteta te jesu li se mijenjale ili ne otkako su se pojavile. Važno je utvrditi je li dijete svjesno svojih govornih poteškoća, zamijenjuje li „teške“ riječi drugima, postoje li situacije u kojima izbjegava govoriti te koje situacije smanjuju ili pogoršavaju mucanje. Bitno pitanje je i odnos djeteta koje muca s drugom djecom te kakav je temperament i osobine ličnosti djeteta. Na kraju intervjuja roditelj iznosi svoje mišljenje o uzroku mucanja djeteta i način na koji su pokušavali pomoći djetetu. Nakon intervjuja, utvrđuje se jakost mucanja. Pri utvrđivanju, promatraju se tri karakteristike netečnoga govora: učestalost netečnosti, trajanje netečnosti i brzina govora. Slijedi utvrđivanje govornoga uzorka. Koristi se petominutni snimak govora čiji je sadržaj, za mlađu djecu, imenovanje i opis igrački i predmeta koji su djeci zanimljivi. Za djecu stariju od pet godina koriste se sličice za slaganje priča po redosljedu. Ako dijete govori tečno pri ispitivanju, terapeut uvodi više emocionaloga naboja za koji koristi kazalište lutaka. Dijete daje glas lutkama, pa će u jednom liku osjetiti dio svoje emocije uz koju ide i netečan govor. Tada terapeut čuje drugačiji govor, no može se dogoditi da dijete ne progovori ni jednu riječ s terapeutom. Razlog tome je manjak povjerenja u terapeuta te je potrebno naći način i sredstvo za bolju komunikaciju. Prije završetka postupka, važno je utvrditi dječje osjećaje i stavove prema mucanju. Na kraju se utvrđuje dijagnoza. Nakon dijagnoze potrebno je odrediti fazu mucanja i odgovarajući pristup (Galić-Jušić, 2001).

1.7.1. Terapija početnoga mucanja u djece

Pri terapiji mucanja s djecom predškolske dobi, u obzir se uzimaju tjelesni, spoznajni, motorički, emocionalni te socijalni aspekti djeteta. Terapija se usmjerava potrebama djeteta. Sadrži tehnike za oblikovanje tečnosti govora i promjene mucanja. Njima se nastoji ublažiti jačina simptoma. Tehnika oblikovanja tečnosti prvi je postupak koji se koristi u radu s djetetom. Tehnika oblikovanja tehnikom

promjene mucanja koristi se tek nakon nekoliko mjeseci ako ne dođe do smanjenja napetosti, jačine i trajanja netečnosti. Tehnika promjene mucanja koristi se odmah ako dijete pokaže veću razinu negativnih osjećaja i stavova o sebi. Mucanje se pojačava pri djetetovom ponavljanju i produljivanju riječi. Nemogućnost izgovaranja riječi iz prvih pokušaja potaknut će kod djeteta naprezanje, napetost mijenjanja visine i jačine glasa te na kraju i izbjegavanje govora. Dijete tijekom izravnoga pristupa mora steći povjerenje u terapeuta koji ga razumije i slijedi njegove potrebe kako bi terapija bila uspješna. Terapeut mora slijediti svoj cilj, no djetetove potrebe uvijek moraju biti važnije.

Dijete koje duže vrijeme ima teškoće u govoru može početi razmišljati o svojoj teškoći kao mani, ako roditelji šute o tome ili savjetuju o govoru. Može misliti da je njegova teškoća nešto loše ako nitko o tome ne govori, a njega smeta. Ako dijete svoju teškoću opisuje kao posljedicu posjeta Zloćka Brzalice, on će teškoću odmaknuti od sebe i smatrati da nema veze s njegovom slabošću u govoru. Takav je način razmišljanja dobar način da se teškoća ne povezuje sa slikom o sebi, nego nešto što se može otjerati i udaljiti. Tako se dijete oslobađa osjećaja krivnje zbog slabosti u govoru te dobiva moć nad „nečim“ što mu stvara problem. Dijete može shvatiti odustajanje od pristupa kao dokaz da ima veliki problem. Tada se kod djeteta pojačava strah, ljutnja i sram. Počnu razmišljati negativno o sebi i donose ograničavajuće odluke. Iznimno osjetljiva djeca, koja imaju visoka očekivanja i od malena razvijaju perfekcionističku sliku o sebi, od rane dobi mogu imati simptome početnog i prijelaznog mucanja. Tada je potreban izravan pristup i tehnike opuštanja. Ugrađivanjem pozitivnog iskustva i postignuća, moguć je zdrav razvoj i zaobilazanje pojačavanja simptoma mucanja. (Galić-Jušić, 2001)

1.7.2. Jezične razine tečnoga govora

Prva razina jezične složenosti je pojedinačna riječ. Karakterizira ju imenovanje slike, najčešće imenicom i pridjevom. Mogu se koristiti pamtilice u parovima, koje dijete imenuje jednom riječju, imenicom. Druga razina su dvije do tri riječi. Dijete imenici dodaje pridjev (npr. šareni leptir). Ponavlja za terapeutom, a potom imenuju svaku sliku sa dvije do tri riječi. Treća razina je formula rečenica. Započinje s jednostavnim jezičnim oblicima, a prvi dio je često „ja“. S malom djecom se može

igrati *skrivača* uz skrivanje predmeta, gdje djeca traže predmete baterijskom svjetiljkom. Uz igru koriste rečenicu „Ja vidim ____.“. Koriste se i kovčezi sa „skrivenim gusarskim blagom“ s igračkama. Djeca brzo postaju tečna, jer je snižena jezična složenost i adaptacijski efekt. Četvrta razina je proširena formula rečenica. Jednostavnim oblicima rečenica se dodaju neke riječi. To je prva razina gdje djeca neće moći postići tečnost u prvim pokušajima. Na toj razini trebalo bi se zadržati te se može prijeći na sljedeću nakon dvije terapije. Sljedeća razina je rečenica s prijedlogom prostornoga značenja. Djeca odgovaraju na pitanja gdje je netko ili nešto. Ovdje više netečnosti mogu imati djeca koja imaju slabije razvijen jezik. Šesta je razina spajanje formula rečenica. Rečenice su duže, a jezična razina se pojednostavljuje. Dijete izgovara niz riječi u rečenici. Slijedi razina jednostavne rečenice, koje su kraće nego na prethodnoj razini, no dijete uči jednu rečenicu izgovoriti uz jedan izdisaj. Na razini složene rečenice dijete koristi veznike („i“, „ali“), koji spajaju dvije jednostavne rečenice, te prilog „zato“. Sljedeća razina je postavljanje pitanja, koja su većinom zatvorenoga tipa. Koriste se pitanja na koja dijete može odgovoriti jednom riječju. Pitanja zatvorenoga tipa mogu narušiti tečnost govora jer dijete mora uobličiti misao i odgovoriti na pitanje. Slijedi razgovor tijekom neke aktivnosti. Kroz igru s terapeutom, dijete s njim vodi razgovor. razgovara o stvarima koje su mu važne, o osjećajima i razmišljanjima o sebi. Sljedeća razina je spontani razgovor, u kojemu dijete prepričava svoje događaje. Govorna tečnost može se narušiti zbog prisjećaja doživljenih osjećaja. Tada se dijete i terapeut vraćaju na jednostavnu razinu govora i pokušavaju ponovno doseći ovu razinu. Slijedi opis, gdje se koristi igra pogađanja u kojoj se opisuje predmet ili slika, a druga osoba pogađa. Ako u igri djetetov govor postane netečan, i terapeutov govor postaje isti. Stoga, terapeut predlaže djetetu upozoravanje pri netečnom govoru. Posljednja razina je prepričavanje filma, slikovnice, priče u slikama ili dramatizacija lutkama. Dijete na ovoj razini s velikim dijelom govorne tečnosti ima mogućnosti ne razviti mucanje (Galić-Jušić, 2001).

1.7.3. Uloga roditelja

Roditelji traže pomoć terapeuta kako bi smanjili ili uklonili netečan djetetov govor. Pri terapiji, terapeut u nju uključuje i roditelje, što je za djecu izrazito važno (Childhood Fluency Disorders, <https://www.asha.org/PRPSpecificTopic.aspx?folderid=8589935336§ion=Treatment>). Terapija mucanja zahtjeva uključenost roditelja i razumijevanje procesa govorne terapije. Uz to, jedan od najvažnijih preduvjeta je roditeljeva informiranost o uzrocima, čimbenicima koji pridonose bržem razvoju i koji ga narušavaju. Terapeut roditeljima treba dati dovoljno informacija kako bi utjecali na pojavu početnog mucanja. Upute o ignoriranju mucanja ne vrijede, ako se pojave ponavljanja i produljivanja glasova. Važno je zadržati mirno ponašanje i obratiti se terapeutu za stručnu pomoć. Kada je riječ o komunikaciji u obitelji, važno je da roditelji zadrže mir i usmjere se na ono što dijete govori. Ne smiju komentirati način na koji dijete govori. Ako se to dogodi, dijete će negativno shvatiti svoju teškoću i primjedbu protumačiti na negativan način. Stoga, to može narušiti moć terapije. Roditelj djetetu treba pokazati da ga sluša i odgovara na njegova pitanja. Uz riječi, važna su i neverbalna ponašanja, poput zabrinutosti lica, micanja pogleda i prekidanja komunikacije. Takva ponašanja također mogu biti uzrok negativnih osjećaja kod djeteta. No, roditelj ipak mora razumjeti dijete i prihvatiti da su moguće promjene u njegovom govoru.

Roditelj najprije promatra i uči spori govor i druge tehnike oblikovanja tečnosti, a zatim se počinje uključivati u aktivnosti poput pamtilica, slaganja karata po redoslijedu i dr. Nakon toga igre provodi s djetetom kod kuće, deset do petnaest minuta dnevno. Tijekom igre koriste spori način govora. Kasnije, kada dijete može samostalno prepričavati događaje i kad je s roditeljem prošlo jednostavne aktivnosti, početi će tečno govoriti u spontanom govoru. Tada je važno da roditelj dijete podsjeti na sporiji govor (Galić-Jušić, 2001). Djetetu se ne smije naglašavati da vježbu radi pogrešno. To može dovesti do djetetovog odbijanja daljnjeg vježbanja i može postati frustrirano. Važno je uvijek naglašavati njegove uspjehe, posebno male uspjehe (Posokhova, 2010).

1.7.4. Uloga odgojitelja

Odgojitelji su važne osobe u djetetovom životu, zbog vremena koje provode s djetetom i uloge koju imaju. Često ne znaju mnogo o mucanju i imaju pogrešne predodžbe. Terapeut mora ostvariti kontakt s odgojiteljem i objasniti mu djetetovu teškoću i njihov utjecaj na psihički razvoj djeteta. Odgojitelj će shvatiti važnost ispravnoga stava i potpore djetetu. Bit će usredotočen na ono što dijete kaže i na to će odgovarati. Česta su zadirkivanja ostale djece, što se rješava pričom o različitostima. Važan je stav: *Nitko se nikome ne smije rugati, jer se svima događa da teže pričamo i da nas posjeti Zloćko Brzalić*. Terapeut daje neke savjete odgojitelju: gledati dijete dok priča i kratkim potpitanjem dati do znanja da ga se slušalo, ako se teškoća pojača dijete neka radi aktivnosti koje ne zahtijevaju govor, pohvaliti dijete kada koristi tehniku sporog i glatkog govora, reagirati brzo na ruganja druge djece (Galić-Jušić, 2001).

Djetetu u skupini potrebne su kvalitetno organizirane aktivnosti koje je potrebno mijenjati ovisno o djetetovoj pažnji. Mnogo je načina kojima djeca usvajaju jezik i vještine govora. Važan je svakodnevni razgovor u kojem je dijete potaknuto na govor (Šego, 2009). Dijete je potrebno osvijestiti koliko je voljeno i koliko lijepih stvari zna učiniti te ga poticati da bude neovisno i biti mu podrška u ostvarenju ideja. Pri razgovoru pažnju treba usmjeriti na ono što dijete govori, ne kako govori te razgovarati polagano s njim i biti dobar govorni uzor. Jednostavne i sporije rečenice uvelike pomažu pri komunikaciji s djetetom. Pjevanje s djetetom je korisno jer dijete pri pjevanju ne muca i njime se podržava pravilan ritam. Važno ga je ne prekidati dok govori ne upozoravati na pogreške u govoru. Dijete treba samo dovršiti svoje riječi i rečenice, a odrasli ne smije govoriti umjesto djeteta. S djetetom je najlakše razgovarati kroz igru, koja je djetetova najčešća aktivnost. Ne treba ga nagrađivati za tečan govor, ali ni koriti ga kada počne mucati. Okolina mora biti informirana o djetetovom netečnom govoru kako bi ga razumjeli i kako mu se ne bi rugali. Ako je dijete svjesno svoje teškoće, odrasli treba razgovarati s njim o tome i objasniti mu da nije jedina osoba koja muca, već da svi ljudi ponekad mucaju. Odrasli ne trebaju djetetovu govornu teškoću doživljavati kao svoju krivicu, već biti podrška djetetu i pronaći načine kako mu olakšati govor (Andrešić, 2010).

2. ISTRAŽIVANJE

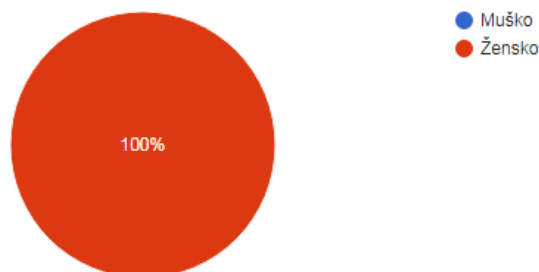
2.1. CILJ ISTRAŽIVANJA

Mucanje je jedan od najčešćih poremećaja u govoru djece, a s njim se suočava sve veći broj djece. Rano primjećivanje simptoma i obraćanje stručnoj osobi na vrijeme može uvelike pomoći pravilnom govorno-jezičnom razvoju djeteta. Uz stručnu osobu, važan je odnos obitelji te odgojitelja prema djetetu. U tu svrhu provedeno je istraživanje o radu odgojitelja s djetetom koje muca. Cilj istraživanja je spoznati koliko odgojitelji u interakciji s djetetom s poremećajem tečnosti govora provode u suradnji s logopedom govorne vježbe, koliko često surađuju s roditeljima i na koji način te jesu li ta djeca uključena u rad s ostalom djecom i na koji način.

2.2. METODE ISTRAŽIVANJA

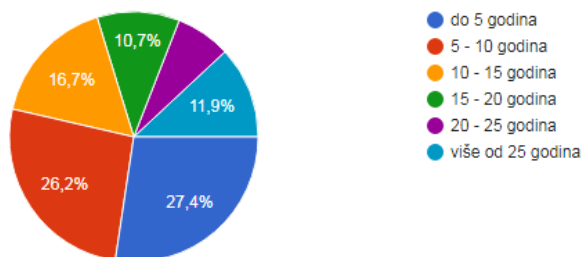
2.2.1. Ispitanici

U istraživanju je sudjelovalo 84 odgojitelja s područja cijele Republike Hrvatske. Navedeni osobni podaci ispitanika su spol i godine radnog iskustva. 100% ispitanika ankete ženskoga je spola, što pokazuje rijetkost muškoga spola u ovom zanimanju. Radno iskustvo ispitanika je različito, od 5 do više od 25 godina.



Rezultati pokazuju (grafikon 1.) da 23 odgojitelja (27,4 %) ima do 5 godina radnoga iskustva u predškolskoj ustanovi. 5-10 godina radnoga iskustva ima 22 (26,2

%) odgojiteljice. 10-15 godina radnoga iskustva ima 14 odgojiteljica (16,7 %). Više od 25 godina radnoga iskustva ima 10 odgojiteljica (11,9 %), a 15-20 godina radnoga iskustva 9 odgojiteljica (10,7 %). Najmanje odgojiteljica, njih 6, ima 20-25 godina radnoga iskustva (7,1 %).



Grafikon 1. Radno iskustvo odgojitelja u predškolskoj ustanovi

2.2.2. Način provođenja istraživanja

Istraživanje se provodilo sedam dana putem mrežnih stranica. Postavljen je *online* anketni upitnik na stranicama namjenjenima odgojiteljima na području Republike Hrvatske.

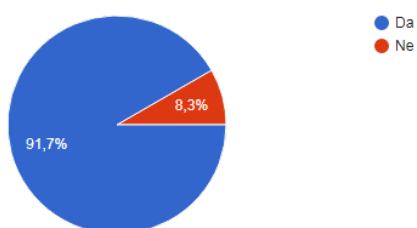
2.2.3. Mjerni instrument

U istraživanju je korišten *online* anketni upitnik na koju su odgovarali anonimno odgojitelji s radnim iskustvom. Odgovaralo se na 12 pitanja, koja su se odnosila na njihov rad. Većina odgovora na pitanja bila je višestrukoga odabira, a na tri pitanja odgojitelji su odgovarali samostalno. Odgovori višestrukoga odabira prikazani su u postocima, samostalni odgovori prikazani su u tablici, od najviše navedenih odgovora do najmanje navedenih.

2.3. REZULTATI I DISKUSIJA

1. Jeste li se tijekom svojega rada susreli s djetetom s poremećajem tečnosti govora (mucanje)?

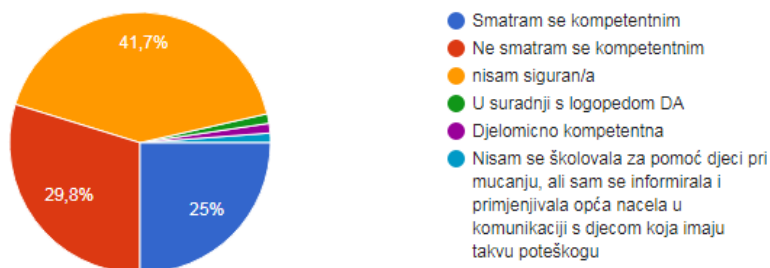
Rezultati pokazuju (grafikon 2.) kako se 77 (91,7 %) odgojiteljica susrelo s djetetom s poremećajem tečnosti govora, dok se njih 7 (8,3 %) nije susrelo. Taj podatak pokazuje da je poremećaj tečnosti govora često prisutan u predškolskoj skupini i radu odgojitelja, što zahtijeva odgojiteljevo poznavanje teškoće.



Grafikon 2. Učestalost poremećaja tečnosti govora u predškolskoj skupini

2. Smatrate li se kompetentnim za rad s djetetom koje ima poremećaj tečnosti govora?

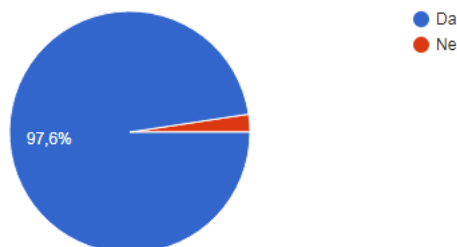
Rezultati pokazuju (grafikon 3.) kako 36 odgojiteljica (41,7 %) nije sigurno u svoje kompetencije za rad s djetetom. 25 odgojiteljica se ne smatra kompetentnima za rad (29,8 %). Samo 21 (25 %) odgojiteljica se smatra kompetentnom za rad. Ostali postotak, 3,5 % podijeljen je na jednu odgojiteljicu po svakom odgovoru: “u suradnji s logopedom” (1,2 %), “djelomično kompetentna” (1,2 %), “nisam se školovala za pomoć djeci pri mucanju, ali sam se informirala i primjenjivala opća načela u komunikaciji s djecom koja imaju takvu teškoću” (1,2 %).



Grafikon 3. Kompetentnost odgojitelja za rad s djetetom koje ima poremećaj tečnosti govora

3. Možete li prepoznati simptome poremećaja tečnosti govora kod djeteta?

Rezultati pokazuju (grafikon 4.) kako 82 odgojiteljice može prepoznati simptome poremećaja (97,6 %), dok dvije ne mogu (2,4 %).



Grafikon 4. Sposobnost odgojitelja za prepoznavanje simptoma poremećaja tečnosti govora

4. Navedite neke simptome djeteta s poremećajem tečnosti govora?

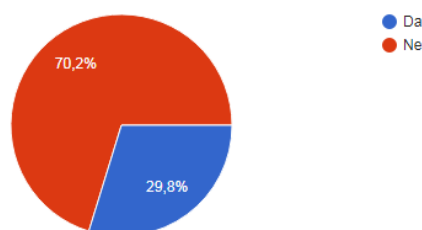
Tablica 1. Prepoznavanje simptoma djeteta s poremećajem tečnosti govora od strane odgojitelja

Navedeni simptomi	Broj odgovora	postotak
Mucanje	20 odgovora	10,4 %
Ponavljjanje glasova i riječi	19 odgovora	9,9 %
Zastajkivanje	11 odgovora	5,7 %
Izbjegavanje govora	9 odgovora	4,7 %
Zamuckivanje	8 odgovora	4,2 %
Teško izgovaranje riječi, geste i mimika, povučenost, poremećaj artikulacije	7 odgovora	3,6 %
Nemogućnost izgovora, nesigurnost, nepravilan izgovor glasova i riječi	6 odgovora	3,1 %
Brzopletost, više vremena za govor	5 odgovora	2,6 %
Gutanje glasova i riječi, nervoza pri govoru, nerazumljiv govor, brzi govor, izostavljanje glasova, zamjena redosljeda u riječi, pauze u govoru, isprekidane riječi	4 odgovora	2,1 %
Tikovi, zapinjanje na početku riječi, problemi u obitelji, slaba motorika	3 odgovora	1,6 %
Tepanje, nepravilno disanje	2 odgovora	1 %
Ukočenost, apraksija govora, traži pogledom potvrdu, strah, frustracija, poremećaj pažnje, nedostatak koncentracije, manjak samopouzdanja, spojena resica ispod jezika, doživljen šok, eholalija, bradilalija, anksioznost, iskrivljena slika o sebi,poštalice,ne čuje dobro, nisu samostalni,ne želi završiti započetu riječ, gledanje u pod	1 odgovor	0,5 %

Tablica 1. prikazuje da su odgojitelji naveli 48 različitih simptoma djeteta s poremećajem tečnosti govora. Svaka odgojiteljica navela je nekoliko simptoma. Rezultati pokazuju da je najčešće navedeni simptom poremećaja tečnosti govora mucanje, koji je navelo 20 odgojiteljica (10,4 %). Mucanje je poremećaj, ne simptom što pokazuje kako pojedine odgojiteljice ne znaju navesti simptome mucanja. Sljedeći najčešće navedeni simptomi mucanja su ponavljanje glasova i riječi s 19 odgovora (9,9 %) i zastajkivanje sa 11 odgovora (5,7 %). Izbjegavanje govora kao simptom navelo je 9 odgojiteljica (4,7 %), a zamuckivanje 8 odgojiteljica (4,2 %). 7 odgojiteljica navelo je teško izgovaranje riječi, geste i mimiku, povučenost te poremećaj artikulacije kao simptome mucanja (3,6 %). Tikove, zapinjanje na početku riječi, probleme u obitelji i slabu motoriku navelo je 3 odgojiteljica (1,6 %). 2 odgojiteljice smatraju tepanje i nepravilno disanje kao simptom mucanja (1 %). Po jedna odgojiteljica navela je kao simptome: ukočenost, apraksija govora, traži pogledom potvrdu, strah, frustracija, poremećaj pažnje, nedostatak koncentracije, manjak samopouzdanja, spojena resica ispod jezika, doživljen šok, eholalija, bradilalija, anksioznost, iskrivljena slika o sebi,poštapalice,ne čuje dobro, nisu samostalni,ne želi završiti započetu riječ, gledanje u pod (0,5 %).

5. Jeste li provodili individualne govorne vježbe s djetetom u suradnji s logopedom?

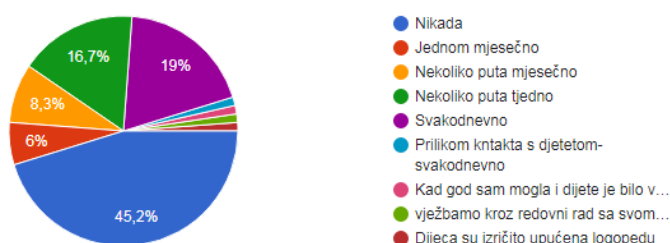
Rezultati pokazuju (grafikon 5.) kako je 59 (70,2 %) odgojiteljica provodilo individualne govorne vježbe s djetetom. 25 (29,8 %) odgojiteljica nije provodilo govorne vježbe, iako se samo njih 7 nije susrelo s djetetom koje muca.



Grafikon 5. Provođenje individualnih vježbi odgojitelja s djetetom

6. Koliko ste često provodili govorne vježbe s djetetom?

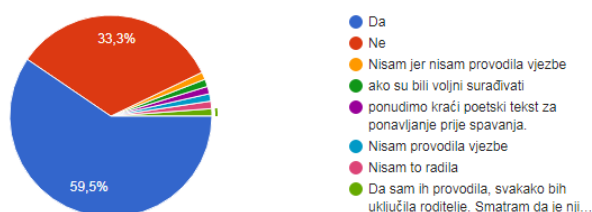
Rezultati pokazuju (grafikon 6.) različite odgovore. 38 (45,2 %) odgojiteljica nikada nije provodilo govorne vježbe s djetetom. 16 (19 %) odgojiteljica je provodilo vježbe svakodnevno, a 14 (16,7 %) odgojiteljica nekoliko puta tjedno. 7 (8,3 %) odgojiteljica je odgovorilo kako su provodile vježbe nekoliko puta mjesečno, a jednom mjesečno je provodilo njih 5 (6 %). Po jedna odgojiteljica dala je odgovor: “prilikom kontakta s djetetom-svakodnevno” (1,2 %), “kad god sam mogla i dijete je bilo voljno” (1,2 %), “vježbamo kroz redovni rad sa svom djecom – bez izdvajanja” (1,2 %), “dijeca su izričito upućena logopedu” (1,2 %).



Grafikon 6. Količina provođenja govornih vježbi s djetetom

7. Jeste li u svoj rad s djetetom uključili roditelje?

Rezultati pokazuju (grafikon 7.) da je 50 (59,5 %) odgojiteljica uključilo roditelje u rad. 28 njih (33,3 %) nije uključilo roditelje u rad. 6 odgojiteljica (7,2 %) dale su odgovore: “nisam jer nisam provodila vježbe” (1,2 %), “ako su bili voljni surađivati” (1,2 %), “ponudimo kraći poetski tekst za ponavljanje prije spavanja” (1,2 %), “nisam provodila vježbe” (1,2 %), “nisam to radila” (1,2 %), “da sam ih provodila, svakako bih uključila roditelje. Smatram da je njihova nazočnost vrlo bitna” (1,2 %).



Grafikon 7. Uključenost roditelja u rad odgojitelja s djetetom

8. Na koji način ste surađivali s roditeljima?

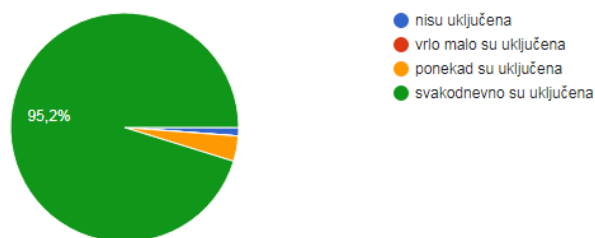
Tablica 2. Suradnja odgojitelja s roditeljima

Načini suradnje s roditeljima	Broj odgovora	postotak
Individualni razgovori	23 odgovora	21,7 %
Uputila sam ih logopedu	22 odgovor	20,8 %
Prenosili govorne vježbe jedni drugima	17 odgovora	16,1 %
Razmjena informacija	13 odgovora	12,3 %
Sugestije za rad kod kuće, nisam surađivala	7 odgovora	6,6 %
Dijeljenje literature	5 odgovora	4,7 %
Nisu htjeli surađivati, podrška, radionice, napredak djeteta	2 odgovora	1,9 %
Edukacija, prihvaćanje savjeta, roditelji su isključeni, viber grupa	1 odgovor	0,9 %

Tablica 2. prikazuje da su odgojiteljice navele 15 različitih načina surađivanja s roditeljima. Svaka odgojiteljica navela je nekoliko načina suradnje. Rezultati pokazuju da su odgojiteljice putem individualnih razgovora najviše surađivale s roditeljima (23 odgovora, 21,7 %). 22 odgojiteljice roditelje su uputile logopedu (20,8 %). Prenosjenje govornih vježbi jedni drugima navelo je 17 odgojiteljica (16,1 %), a 13 odgojiteljica je razmjenjivalo informacije s roditeljima (12,3 %). 7 odgojiteljica nije ni na koji način surađivalo s roditeljima (6,6 %). Isti broj odgojiteljica je davalo sugestije za rad roditelja kod kuće. 5 odgojiteljica je s roditeljima dijelilo literaturu (4,7 %). 2 odgojiteljice su navele da roditelji nisu htjeli surađivati s njima (1,9 %). Isti broj odgojiteljica je surađivalo putem radionica, davali su podršku te objašnjavali roditeljima napredak djeteta. Ostali odgovori odgojiteljica bili su surađivanje putem edukacije, prihvaćali su savjete roditelja te komunikacija putem viber grupe. Jedna odgojiteljica je navela da su roditelji isključeni iz procesa rada s djetetom.

9. Koliko je dijete s poremećajem u govoru uključeno u rad s ostalom djecom u skupini?

Rezultati pokazuju (grafikon 8.) da je 80 odgojiteljica (95,2 %) navelo kako je dijete svakodnevno uključeno u rad s ostalom djecom. 3 odgojiteljice (3,6 %) dijete ponekad uključuje u rad s ostalom djecom. 1 odgojiteljica (1,2 %) ne uključuje dijete u rad uopće. Odgovor “vrlo malo su uključena” nije navela nijedna odgojiteljica.



Grafikon 8. Količina uključenosti djeteta u rad s ostalom djecom u skupini

10. Na koji način je dijete s poremećajem tečnosti govora uključeno u rad s ostalom djecom u skupini?

Tablica 3. Uključivanje djeteta s poremećajem tečnosti govora u rad u skupini

Načini uključenosti djeteta u rad	Broj odgovora	postotak
Sudjeluje u svim aktivnostima	40 odgovora	39 %
Kao i sva ostala djeca	14 odgovora	13,6 %
Igrom	10 odgovora	9,7 %
Govorne igre	7 odgovora	6,8 %
Razne aktivnosti	6 odgovora	5,8 %
Pričanje priča	5 odgovora	4,9 %
Glazbene aktivnosti	4 odgovora	3,9 %
Normalno je uključeno, igre s lutkama (igrokazi)	3 odgovora	2,9 %
Svakodnevna komunikacija, Kada vodi igru, postavlja pravila, Igre prstima	2 odgovora	1,9 %
Ravnopravno, u individualnim razgovorima, uz asistenciju, ovisno o interesu, u aktivnostima gdje nije nužno koristiti govor	1 odgovor	1 %

Tablica 3. Prikazuje da su odgojiteljice su navele 17 načina uključenosti djeteta s poremećajem tečnosti govora u rad s ostalom djecom. Neke odgojitelje su navele jedan način, dok su druge više načina uključenosti. Rezultati pokazuju kako je 40 odgojiteljica dijete uključilo u sve aktivnosti u skupini (39 %). 14 odgojiteljica je navelo da su dijete uključile kao i ostalu djecu (13,6 %). Igru kao način rada s ostalom djecom koristilo je 10 odgojiteljica (9,7 %). 7 odgojiteljica dijete je u rad uključilo putem govornih igri (6,8 %), a u razne aktivnosti dijete je uključilo 6 odgojiteljica (5,8 %). Pričanje priča navelo je 5 odgojiteljica (4,9 %), a uključivanje djeteta u glazbene aktivnosti koristile su 4 odgojiteljice (3,9 %). 3 odgojiteljice

koriste se lutkama kako bi uključile dijete u rad sa skupinom (2,9 %). Ostali navedeni odgovori odgojiteljica su: svakodnevna komunikacija, kada vodi igru, postavlja pravila, igre prstima, ravnopravno, u individualnim razgovorima, uz asistenciju, ovisno o interesu, u aktivnostima gdje nije nužno koristiti govor (1 %).

2.4. OSVRT NA ISTRAŽIVANJE

Na temelju rezultata može se zaključiti da se većina odgojiteljica susrela se s djetetom koje muca, što pokazuje kako je takvo dijete česta pojava u skupini i moraju se znati nositi s adekvatnim pružanjem podrške. Najviše odgojiteljica se ne smatra kompetentima za rad s djetetom koje muca ili nisu sigurne jesu li kompetentne. Mali broj njih se ipak smatra kompetentnima. Pojedine odgojiteljice ne mogu prepoznati i navesti velik broj simptoma mucanja kod djeteta što pokazuje da nisu u dovoljnoj mjeri upoznate s poremećajem. Većina odgojiteljica nije provodila govorne vježbe u suradnji s logopedom, iako su takvo dijete imale u skupini. 20 odgojiteljica je provodilo vježbe u suradnji s logopedom svakodnevno ili nekoliko puta tjedno, dok su ostale provodile rijetko ili nisu provodile uopće. Roditelji su uključeni u rad odgojitelja s djetetom, a najčešće je uključivanje putem individualnih razgovora s roditeljem, gdje ih odgojitelji upućuju logopedu na daljnje tretmane. Za djecu je takav odnos uspješan jer suradnja njemu najbližih osoba uvelike pomaže u govornom napretku. Dijete je svakodnevno uključeno u rad skupine, kao i sva ostala djeca, kroz svakodnevne aktivnosti. Ipak, mali dio odgojitelja ne uključuje dijete u aktivnosti s ostalom djecom, što dijete izolira i može stvoriti dodatne probleme.

ZAKLJUČAK

Okolina u kojoj se dijete nalazi vrlo je važna jer ima utjecaj na djetetov govorno-jezični razvoj. Za djetetov napredak potrebna je međusobna suradnja najvažnijih ljudi za dijete, roditelja i odgojitelja. Uz njih, u procesu poboljšanja djetetova govora, potrebna je stručna osoba, logoped. Važno je poznavanje problema djeteta, čimbenika boljega razvoja i različitih načina pomoći djetetu. Ako se djetetu ne posveti vrijeme i pažnja, napredak neće biti moguć. Odgojitelji uz roditelje provode najviše vremena s djetetom, stoga je njihov doprinos djetetu vrlo važan. Kroz provedeno istraživanje vidljivo je da djeca nisu dovoljno uključena u stručni rad logopeda. Ignorirajući problem kod djeteta neće dovesti do nestajanja problema, već može doprinjeti pogoršanju govora djeteta. Pomoć stručnih osoba i djetetove okoline potrebna je za napredak djetetova govora, stoga je važna njihova ustrajnost i suradnja u tome. Svrha istraživanja bila je ispitati odgojiteljev rad s djetetom s poremećajem tečnosti govora. Rezultati istraživanja pokazali su da još uvijek nedovoljan broj odgojitelja poznaje simptome mucanja. Roditelji su uključeni u rad odgojitelja s djetetom na različite načine, što je izuzetno važno za djetetov napredak. Razmjena ideja, različiti načini rada i svakodnevne obavijesti o djetetovom stanju put su do pozitivnih rezultata rada s djetetom. Djetetu je potrebno pružiti puno ljubavi i podrške i pokazati mu koliko je ono važno. Uz odrasle, djetetu je važna i podrška druge djece iz skupine. Uključenost u svakodnevne aktivnosti i igru kod djeteta neće stvoriti osjećaj da je drugačije i stvoriti osjećaj manje vrijednosti. Važnost u očima odraslih i prijatelja, učinit će dijete sretnim i voljnim te će ono napredovati u svojem govoru.

LITERATURA

1. Andrešić, D. i sur. (2010). *Kako dijete govori?: razvoj govora i jezika, najčešći poremećaji jezično-govorne komunikacije djece predškolske dobi: priručnik za roditelje, odgojitelje, pedijatre i sve koji prate razvoj djece*. Zagreb: Planet Zoe
2. Apel, K., Masterson, J. (2004). *Jezik i govor od rođenja do šeste godine : od glasanja i prvih riječi do početne pismenosti - potpuni vodič za roditelje i odgajatelje*. Lekenik : Ostvarenje
3. Babić, S., Finka, B., Maguš, M. (1994). *Hrvatski pravopis*. Zagreb: Školska knjiga.
4. Blaži, D. (1994). Utjecaj okoline na razvoj govora u djece. *Defektologija*. 30(2), 153-160.
5. Brestovci, B., Hedeveer, M., Sardelić, S. (2001). Karakteristične razlike između mucanja i drugih poremećaja fluentnosti govora. *Govor*. 18(1), 45-60.
6. Brestovci, B., Sardelić S. (2003). Cjeloviti pristup etiologiji mucanja. *Govor*. 20(1-2), 387-404.
7. Childhood Fluency Disorders. <https://www.asha.org/PRPSpecificTopic.aspx?folderid=8589935336§ion=Treatment> (5. listopada 2018.).
8. Galić-Jušić, I. (2001). *Što učiniti s mucanjem: cjelovit pristup govoru i psihi*. Lekenik: Ostvarenje
9. Guitar, B. (2013). *Stuttering: An Integrated Approach to Its Nature and Treatment* (2013). <https://books.google.hr/books?uid=107159797244102056678&hl=hr> (13. rujna 2018.)
10. Hrvatsko logopedsko društvo. Logopedska terapija. *Brzopletost*. <http://www.hld.hr/logopedska-terapija/> (16. rujna 2018.)
11. Ivanovsky, O., Gadasin, L. (2010). *Vesela škola s logopedom. Program poticanja govorno-jezičnog razvoja*. Zagreb: Planet Zoe
12. Jelčić Jakšić, S. (2014). Pomoć u usvajanju tehnika oblikovanja tečnog govora u terapiji mucanja: Pravila pet prstiju (PPP). *Logopedija*. 4(1), 19-22.
13. Kutnjak, N., Mance L., Leko Krhen, A. (2016). Jezične sposobnosti djece koja mucaju. *Logopedija*. 6(2), 69-74.

14. Logokor. Jezični razvoj i pojava mucanja. <http://www.logokor.hr/mucanje.html> (13.rujna 2018.).
15. Logoped ložnica. Logopričaonica. *Mucanje* <http://www.logopedloznica.com/mucanje.php> (12. rujna 2018.).
16. Posokhova, I. (2010): *200 logopedskih igara*. Zagreb: Planet Zoe
17. Prizl, T. (1998). Terapija mucanja kod djece. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*. 34(2), 95-101.
18. Rade, R. (2010). Ritmičke stimulacije i poticanje ranog govorno-jezičnog razvoja. *Logopedija*. 2(1), 7-11.
19. Šego, J. (2009). Utjecaj okoline na govorno-komunikacijsku kompetenciju djece; jezične igre kao poticaj dječjem govornom razvoju. *Govor*. 26(2), 119-149.
20. Škarić, I. (1988). *Govorne poteškoće i njihovo uklanjanje*. Zagreb: Mladost

Prilozi

PITANJA

ODGOVORI

84

Anketa - POREMEĆAJ TEČNOSTI GOVORA DJECE PREDŠKOLSKE DOBI

Opis obrasca

Spol *

Muško

Žensko

Koliko imate radnog iskustva u predškolskoj ustanovi? *

do 5 godina

5 - 10 godina

10 - 15 godina

15 - 20 godina

20 - 25 godina

više od 25 godina

Jeste li se tijekom svog rada susreli s djetetom s poremećajem tečnosti govora (mucanje)? *

Da

Ne

Smatrate li se kompetentnim za rad s djetetom koje ima poremećaj tečnosti govora? *

Smatram se kompetentnim

Ne smatram se kompetentnim

nisam siguran/a

Ostalo...

Možete li prepoznati simptome poremećaja tečnosti govora kod djeteta? *

Da

Ne

Navedite neke simptome djeteta s poremećajem tečnosti govora? *

Tekst dugog odgovora

Jeste li provodili individualne govorne vježbe s djetetom u suradnji s logopedom?

Da

Ne

Koliko ste često provodili govorne vježbe s djetetom? *

Nikada

Jednom mjesečno

Nekoliko puta mjesečno

Nekoliko puta tjedno

Svakodnevno

Ostalo...

Jeste li u svoj rad s djetetom uključili roditelje? *

Da

Ne

Ostalo...

Na koji način ste surađivali s roditeljima? *

Tekst dugog odgovora

Koliko je dijete s poremećajem u govoru uključeno u rad s ostalom djecom u skupini? *

nisu uključena

vrlo malo su uključena

ponekad su uključena

svakodnevno su uključena

Ostalo...

Na koji način je dijete s poremećajem tečnosti govora uključeno u rad s ostalom djecom u skupini? *

Tekst dugog odgovora

IZJAVA O SAMOSTALNOJ IZRADI RADA

Ja, Stella Tomičić, pod punom odgovornošću izjavljujem da sam završni rad pod naslovom „Poremećaj tečnosti govora djece predškolske dobi“ izradila u potpunosti samostalno i da se on temelji na mojim vlastitim istraživanjima i oslanja na objavljenu literaturu. Izjavljujem da ni jedan dio završnoga rada nije napisan na nedozvoljen način niti krši bilo čija autorska prava.

Stella Tomičić
