

Logopedška obravnava jecljanja in kompetence v luči preteklosti in sedanjosti

Mateja Gačnik

*Univerza na Primorskem in Center za komunikacijo, sluh in govor Portorož
mateja.gacnik@pef.upr.si*

Andreja Istenič

*Univerza na Primorskem
andreja.istenic@pef.upr.si*

Jecljanje se najpogosteje pojavi v obdobju otroštva in povzroči ovire v govorno-jezikovni komunikaciji, ki se odražajo tudi na drugih področjih posameznikovega funkcioniranja. Skozi zgodovino sta se razumevanje ter posledično tudi način pomoči osebam z jecljanjem spreminjala. Danes jecljanje obravnavajo logopedi. Strokovne prakse se med slednjimi razlikujejo. Namen pričujoče raziskave je bil dobiti vpogled v razumevanje jecljanja skozi čas, v strokovne prakse slovenskih logopedov in njihovo samooceno kompetentnosti pri delu z otroki, ki jecljajo. V Sloveniji obravnave potekajo v šolskem in zdravstvenem okolju, zato so nas zanimale morebitne razlike med praksami logopedov glede na delovno okolje in delovno dobo. Ugotovitve so pokazale nizko samooceno kompetentnosti slovenskih logopedov za obravnavo jecljanja ter pomembne razlike med pomenom, ki ga logopedi pripisujejo postopkom začetne obravnave jecljanja v otroštvu, in njihovim dejanskim izvajanjem v praksi. Rezultati nakazujejo potrebo po okrepitvi kompetenc logopedov na tem področju dela.

Ključne besede: jecljanje v otroštvu, razumevanje jecljanja skozi čas, logopedska praksa danes, kompetence

Uvod

»Spreminjajoče se perspektive v terapevtski praksi jecljanja so posledica sprememb v znanju, družbenih vrednotah in sistemih prepričanj družbe« (Leahy 2005, 274). Trenutna praksa pomoči osebam z jecljanjem izhaja iz preteklih praks in tlakuje pot prihodnjim. Čeprav je pojav jecljanja verjetno star toliko kot govor sam in je prisoten v vseh socialnih skupinah, je objav o njegovih zgodovinskih vidikih izjemno malo (Brosch in Pirsig 2001).

Razumevanje in obravnava jecljanja skozi čas

Od prvih ohranjenih navedb jecljanja v kitajskih zapisih, nastalih 4.000 let pr. n. št., do danes je bilo razumevanje le-tega podvrženo številnim teorijam in

terapevtskim pristopom, večinoma temelječim na nižnih filozofskih, psiholoških ali tehnoloških inovacijah določenega časovnega obdobja (Hudock in Altieri 2013a).

V antiki so v določenih delih sveta zanj verjetno obstajala ljudska zdravila. Tedaj so imeli jecljanje za posledico organskih malformacij jezika (Hudock in Altieri 2013a; Brosch in Pirsig 2001). Na kitajskem in Srednjem vzhodu so verjeli, da ga lahko pozdravi samo božanski poseg. V stari Grčiji, kjer so jecljanje prav tako povezovali s težavami na področju jezika, se je, poleg verjetja v božje posredovanje (Hudock in Altieri 2013a), z oddaljčitvijo medicine od božjega in mističnega pojavila zgodnja praksa obravnave jecljanja, ki je bila v domeni zdravnikov (Leahy 2005).

Kliniki so več kot tisočletje z različnimi pristopi nadaljevali z zdravljenjem jezika. V srednjem veku, karakteriziranem predvsem z neaktivnostjo znano, se je predhodno razumevanje jecljanja v glavnem ohranilo in se v novem veku, s ponovnim porastom znanstvene aktivnosti, razširilo na številne teorije, ki so jecljanje povezovala z različnimi dejavniki – čustvenimi, socialnimi, psihološkimi, anatomskimi itn. (Hudock in Altieri 2013a; Hudock in Altieri 2013b; Leahy 2005). Vsaka teorija je vplivala na spremembe v praksi obravnave oseb z jecljanjem (Leahy 2005).

Na prelomu 20. stoletja se je začela razvijati logopedska stroka, kot jo poznamo danes in ki se ukvarja s področjem komunikacije ljudi skozi vso njihovo življenjsko dobo. Jecljanje je, glede na osnovno značilnost – disfluentni govor – prešlo pod njeno okrilje.

Kljub vplivom nekaterih strokovnjakov, ki so jecljanje tedaj obravnavali v okviru šolskega sistema, so tedanje avtoritete na logopedskem področju medicinski model sprejele kot vodilnega, po njem so razvili logopedsko prakso ocenjevanja in intervencije (Leahy 2005). Zdravstvena paradigma, ki v središče postavlja motnjo oz. prizadetost, pri čemer kulturni, družbeni ali okoljski kontekst upošteva malo ali nič, se je kot osnova za pomoč osebam z jecljanjem nadaljevala v 20. stoletju (Leahy 2005).

V drugi polovici 20. stoletja je bila splošno sprejeta opredelitev jecljanja kot kompleksne, večfaktorske in večdimenzionalne motnje (Mallick idr. 2021; Yairi 2007). V uporabi sta bila dva temeljna pristopa obravnave – oblikovanje fluentnosti (angl. *fluency shaping*), ki temelji na behaviorizmu in operantnem pogojevanju, ter modifikacija jecljanja (angl. *stuttering modification*), kjer je poudarek na motnji manjši in se uči obvladovanja čustev ter spreminjanja načina jecljanja (Leahy 2005). Programi, ki so temeljili na operantnem pogojevanju, so se uvajali v poznih 60. in zgodnjih 70. letih prejšnjega stoletja, a je kljub njihovi učinkovitosti večina logopedov v 80. in zgodnjih 90. letih

menila, da jih je za povečanje učinkovitosti treba kombinirati s samoevalvacijo terapijo (Cooper in Cooper 1996). Od 60.–70. let proti zgodnjim 90. je stereotipizacija jecljanja nekoliko oslabela, a so določeni stereotipi, navkljub znanstvenim dokazom, še vztrajali tudi v strokovni javnosti (Cooper in Cooper 1996). Skladno s prevladujočo paradigmo je v uporabo stopila Mednarodna klasifikacija okvar, prizadetosti in oviranosti (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps – ICDH) (World Health Organization 1980).

Odmik od pristopov, ki so temeljili na motnji oz. prizadetosti, je prinesla konstruktivistična terapija, ki se osredotoča na učinkovito komunikacijo in vsakodnevno življenje (Leahy 2005). ICDH je nadgradila Mednarodna klasifikacija funkcioniranja, zmanjšane zmožnosti in zdravja (The International Classification of Functioning, Disability and Health – ICF) (World Health Organization 2001).

Logopedska obravnava jecljanja danes

Sodobno razumevanje jecljanja poudarja njegovo večdimenzionalnost, ki presega najočitnejšo manifestacijo (disfluenten govor) in se odraža na socialnem, čustvenem ter kognitivnem področju (Briley 2018).

Način pomoči osebam z jecljanjem je v veliki meri odvisen od stališč logopedov o jecljanju in njihovega razumevanja motnje, kar domnevno vpliva tudi na izid terapije (Cooper in Cooper 1996; Mallick idr. 2021). Logoped, kot glavni strokovnjak za obravnavo jecljanja, nudi pomoč osebam z jecljanjem ter z informacijami in nasveti vpliva na način podpore, ki ga osebam nudi okolje. Posledično je zelo pomembno preučiti prakse logopedov in morebitne spremembe, pogojene z novimi strokovnimi spoznanji in usmeritvami. Glede na to, da se jecljanje običajno pojavi v otroštvu in v tem obdobju doseže najvišjo stopnjo incidence – 5 % – (Guitar 2013) ter glede na porast števila raziskav, usmerjenih v to obdobje, je preučevanje logopedске prakse obravnave otrok v predšolskem oz. zgodnjem šolskem obdobju posebej pomembno.

Skladno z razumevanjem večdimenzionalnosti jecljanja strokovnjaki večinoma zagovarjajo celostno obravnavo, ki naj upošteva vse vidike motnje in ne zgolj fluentnosti (Maguire idr. 2012). Vključuje naj tako opazna kot prikrita vedenja ter njihov vpliv na posameznikovo vsakodnevno komunikacijo in kvaliteto življenja (Yaruss 2010). Tudi osebe z jecljanjem izražajo mnenje, da je v obravnavo jecljanja treba vključevati socialne, čustvene in kognitivne dejavnike (Johnson idr. 2016). Raziskovalci sodobnih logopedskih praks ugotavljajo, da praktiki opaznih in prikritih vedenj kljub temu ne tehtajo ena-

kovredno in pri odločanju o upravičenosti do pomoči večjo težo pripisujejo opaznim znakom jecljanja (Briley 2018).

Sodobne raziskave oseb z jecljanjem odkrivajo različne želje glede želenih rezultatov terapije (Venkatagiri 2009) ter izjemen pomen odnosa med obravnavano osebo in logopedom (Johnson idr. 2016; Plexico, Manning in DiLollo 2010), kar kaže na pomen individualizirane terapije. Za tovrstno terapijo sta znanje logopeda in suverenost pri njenem izvajanju ključnega pomena. Podatki raziskav odkrivajo slabšo samooceno logopedov glede strokovne usposobljenosti za obravnavo jecljanja (Briley 2018), ki se v zadnjih letih izboljšuje, a še ni dosegla želene stopnje (Beita-Ell in Boyle 2020). Raziskovalci to povezujejo s pomanjkanjem znanja (Boyle 2014; Maviš idr. 2013; Tellis, Bressler in Emerick 2008) ter delovnih izkušenj kot posledico relativno majhnega števila obravnavanih primerov jecljanja (Tellis, Bressler in Emerick 2008) in ne z delovno dobo (Briley 2018).

Pomen celostne obravnave in večdimenzionalnega koncepta se poudarja tudi pri logopedski obravnavi jecljanja v otroštvu. Raziskave, usmerjene v to obdobje, zaznavajo vrzel med tem znanjem in sposobnostjo dokumentiranja rezultatov obravnave jecljanja na socialnem, čustvenem in kognitivnem področju (Beita-Ell in Boyle 2020). Logopedi med izjemno pomembne komponente pri ocenjevanju zgodnjega jecljanja umeščajo ocenjevanje jecljajočih disfluentnosti, razlago zgodnjega zatikanja skrbnikom, pogovor o nasvetih za izboljšanje govora otroka, o terapevtskih možnostih, o načinu pogovora z otrokom o jecljanju in ocenjevanje otrokovih reakcij na jecljanje. Med delno pomembne pa umeščajo ocenjevanje tveganja za razvoj persistentne oblike jecljanja, razlago tveganja za razvoj persistentne oblike skrbnikom ter pogovor z otrokom glede jecljanja (Singer in Kelly 2021).

Trenutna praksa obravnave jecljanja v Sloveniji

V slovenskem prostoru se logopedi zaposlujejo v različnih ustanovah na področju šolstva in zdravstva ter socialnega varstva. Po zadnjih podatkih Društva logopedov Slovenije (2020) je v Sloveniji aktivnih 219 logopedov.

Logopedska obravnava jecljanja običajno poteka v vzgojno-izobraževalnem okolju ali v zdravstvenih ustanovah. Logopedi, zaposleni v različnih delovnih okoljih, uporabljajo različne sisteme klasifikacij, kot so Mednarodna klasifikacija bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene (Nacionalni inštitut za javno zdravje b. l.) in Kriteriji za opredeljevanje vrste in stopnje primanjkljajev, ovir oziroma motenj otrok s posebnimi potrebami (Zavod Republike Slovenije za šolstvo 2015). Slednji veljajo za otroke, ki po Zakonu za usmerjanje otrok s posebnimi potrebami pridobijo pravico do

prilagoditev in/ali dodatne strokovne pomoči, ki je odvisna od izraženosti jecljanja in morebitnih drugih težav ali motenj otroka. Ne glede na sistem klasifikacije logopedska stroka zagovarja celostno obravnavo, ki upošteva tako opazna kot prikrita vedenja (Gačnik 2012).

Namen prispevka je raziskati prevladujočo prakso in občutek kompetentnosti slovenskih logopedov pri obravnavi jecljanja. Tradicije, ki so v preteklosti vplivale na logopedsko obravnavo jecljanja, odražajo predvsem dvojje, medicinski pogled in pogled, ki izhaja iz socialnih kontekstualnih dejavnikov in ga zagovarja konstruktivistična teorija. S pričujočo raziskavo želimo preučiti vpliv obeh modelov na način dela logopedov, ki izvajajo obravnavo v šolskem okolju, in logopedov, ki le-to izvajajo v okviru zdravstvenih ambulant. Zaradi največje pojavnosti jecljanja v predšolskem in zgodnjem šolskem obdobju smo temu obdobju namenili večji poudarek. Zanimalo nas je tudi, ali se prakse logopedov, ki delo opravljajo v različnih okoljih, razlikujejo ter ali obstajajo razlike med praksami logopedov z manj in tistih z več delovne dobe. V ta namen smo si postavili raziskovalni vprašnji:

1. Kakšna je strokovna praksa slovenskih logopedov na področju obravnave jecljanja v otroštvu in kako ocenjujejo lastno kompetentnost za obravnavo jecljanja?
2. Ali med praksami logopedov obstajajo razlike glede na delovno okolje in glede na delovno dobo?

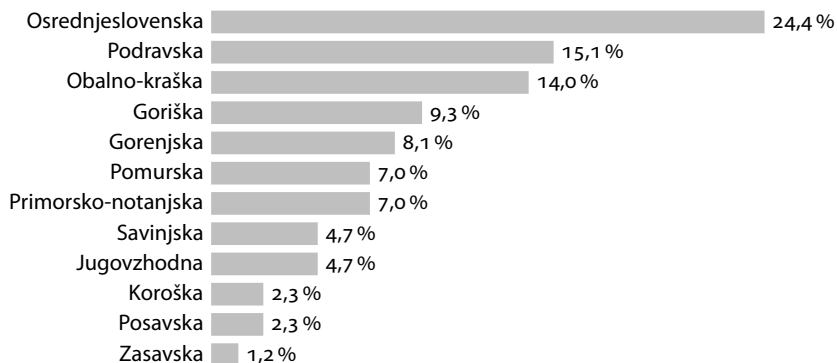
Metode

Da bi pridobili vpogled v prevladujoče prakse slovenskih logopedov na področju obravnave jecljanja v otroštvu in zbrali podatke o samooceni kompetentnosti na obravnavanem področju, je bila izvedena kvantitativna neeksperimentalna raziskava. Za namen raziskave glede na to, da je v Sloveniji 219 aktivnih logopedov, nismo oblikovali vzorca. Vse slovenske logopede smo povabili k izpolnjevanju spletne ankete.

Populacija in vzorec

V anketiranju, ki je potekalo od 2. 7. do 17. 8. 2022, smo pridobili odgovore 88 logopedov, kar po podatkih Društva logopedov Slovenije (2020) predstavlja 40,18 % aktivnih logopedov v Sloveniji. Delež logopedov, ki je podal odgovore na različna vprašanja, variira med 46 in 88 (52,27 % vzorca oz. 21,00 % populacije in 100 % vzorca oz. 40,18 % populacije), saj so se tisti, ki niso imeli izkušenj z obravnavami jecljanja, vzdržali odgovorov na določene postavke.

Delovna doba sodelujočih logopedov se je gibala med enim in 42 leti, v



Slika 1 Regijska pripadnost logopedov iz vzorca

povprečju so imeli 13,97 leta delovne dobe. Zaposleni so bili v različnih ustanovah in svoje delo opravljali v različnih okoljih – 33 logopedov (37,5 %) v šolskem okolju (šolah in vrtcih), 53 (60,2 %) v zdravstvenem, dva (2,3 %) pa v drugem (izobraževanje logopedov ali študentsko delo). V vzorcu so bile zastopane vse statistične regije v Sloveniji (največ logopedov iz vzorca je prihajalo iz osrednjeslovenske regije – 21, iz obalno-kraške in podravske jih je bilo po 13, iz goriške in gorenjske po osem, iz primorsko-notranjske in pomurske po šest, iz savinjske in jugovzhodne Slovenije po štiri, iz koroške in posavske regije po dva ter iz zasavske eden). Glede na pridobljene podatke lahko rečemo, da so delovne izkušnje logopedov zelo različne. Največ jih obravnava manjše število ljudi z jecljanjem letno, sledijo logopedi, ki jecljanja ne obravnavajo. Podatki kažejo, da jih 25 jecljanja ne obravnava, 33 jih ima po nekaj (1–3) primerov letno, 15 jih ima med štiri in deset primerov obravnave jecljanja na letni ravni, več kot deset primerov pa ima le deset logopedov. Za pet udeležencev nimamo podatka o številu letnih obravnav. Tudi podatki tujih raziskav ugotavljajo relativno nizko število obravnav jecljanja na logopeda (Tellis, Bressler in Emerick 2008).

Uporabljeni inštrumenti, zbiranje in obdelava podatkov

Spletna anketa je bila sestavljena iz demografskih vprašanj, vprašanj o lastni praksi obravnave jecljanja ter o samooceni kompetentnosti. Z namenom podrobnejše analize dejanskih praks slovenskih logopedov ter primerjave s praksami v tujini smo postavke povzeli po literaturi (Tellis, Bressler in Emerick 2008; Briley 2018; Beita-Ell in Boyle 2020; Singer in Kelly 2021). Postavke o vključevanju postopkov v lastno prakso (preglednica 1) so bile oblikovane na podlagi sorodnih raziskav (Beita-Ell in Boyle 2020; Singer in

Kelly 2021). Anketiranci so izbirali na dvostopenjski lestvici med »da« ali »ne«.

Ocena pomembnosti in ocena dejanske uporabe postopkov v začetni pomoči otroka z jecljanjem je potekala na lestvici Care M. Singer in Ellen M. Kelly (2021). Avtorici sta lestvico uporabili za oceno pomembnosti vključevanja parametrov v logopedsko prakso, kar smo dopolnili z oceno o dejanski rabi. Skladno z originalno lestvico smo uporabili skalo: 1 – nepomemben, 2 – delno pomemben, 3 – zelo pomemben.

Na področju praks svetovanja staršem je bila izvedena podrobnejša analiza najpogostejših tem, ki jih logopedi obravnavajo v okviru svetovanja staršem. Seznam postavk je bil oblikovan po literaturi (Cooper in Cooper 1996; Johnson idr. 2016; Maviš idr. 2013) in slovenski logopedski praksi. Poleg tega so imeli logopedi možnost dopolnjevanja seznama. Anketiranci so pogostost uporabe označili na petstopenjski lestvici od 1 – nikoli do 5 – vedno.

Lestvica za samooceno kompetentnosti je vključevala štiri postavke: ocenjevanje jecljanja v predšolskem obdobju; pomoč/terapija predšolskega otroka z jecljanjem; ocenjevanje jecljanja v šolskem obdobju; pomoč/terapija šolskega otroka z jecljanjem. Oblikovana je bila na podlagi dveh lestvic. Po Brileyu (2018) so bile skladno z namenom raziskave razširjene postavke, skala pa je bila razširjena na pet stopenj po modelu Care M. Singer in Ellen M. Kelly (2021). Anketiranci so lastno kompetentnost ocenili na petstopenjski lestvici (1 – zelo slaba do 5 – zelo dobra).

Spletno anketo je na elektronske naslove logopedov posredovalo Društvo logopedov Slovenije. Podatki so se zbirali od 2. 7. do 17. 8. 2022. Obdelali smo jih s statističnim programom SPSS. Predstavljamo deskriptivne podatke (odstotne frekvence, aritmetična sredina in standardni odklon). Za analizo razlik glede na delovno okolje in delovno dobo je bil uporabljen Wilcoxonov test predznačenih rangov.

Rezultati

V nadaljevanju predstavljamo podatke, povezane s trenutno prakso obravnave otrok z jecljanjem v Sloveniji. Sledi predstavitev samoocene kompetentnosti pri delu z otroki, ki jecljajo.

Logopedska pomoč otroku z jecljanjem

Da bi dobili vpogled v trenutno stanje logopedske obravnave otrok z jecljanjem v Sloveniji, smo logopedom zastavili vprašanja glede njihovih običajnih praks pri prvih srečanjih z otrokom. Rezultati so prikazani v preglednici 1. Logopedi poročajo, da v največji meri svetujejo staršem in/ali otroka napotijo k drugemu logopedu z več izkušnjami na tem področju. O tovrstni praksi

Preglednica 1 Vključevanje postopkov pri oblikovanju začetnega mnenja

Parametri	Delovno okolje				Delovna doba			
	Šola		Ambulanta		Pod 10 let		10 let in več	
	Da	Ne	Da	Ne	Da	Ne	Da	Ne
Uporaba dejavnikov tveganja	28,57	71,43	45,10	54,90	22,22	77,78	53,49	46,51
Ocenjevanje vrste disfluentnosti	50,00	50,00	45,10	54,90	38,89	61,11	53,49	46,51
Ocen. otrokovih stališč do govora	39,29	60,71	29,41	70,59	36,11	63,89	30,23	69,77
Napotitev k drugemu logopedu	64,29	35,71	76,47	23,53	72,22	27,78	72,09	27,91
Svetovanje staršem	71,43	28,57	72,55	27,45	69,44	30,56	74,42	25,58

Opombe Šola: $N = 28$, ambulanta: $N = 51$, pod 10 let: $N = 36$, 10 let in več: $N = 43$. V odstotkih.

poroča nekoliko več logopedov iz zdravstvenih ambulant (76,47 %) kot iz šolskega okolja (64,47 %). Delovna doba se pri tem ni izkazala za pomembno, saj se velik delež logopedov iz obeh skupin (čez 72 %) odloča za napotitev drugam. Večina logopedov (dobrih 70 %) se odloča za svetovanje staršem, ne glede na delovno okolje ali delovno dobo. Na tretjem mestu po pogostosti vključevanja v prva srečanja je ocenjevanje vrste disfluentnosti, ki ga opravi 46,87 % logopedov. Slednjo oceno izvede podobno število logopedov iz zdravstva kot tistih iz šolstva, je pa značilnejša za logopede z več delovnimi izkušnjami. Najmanj logopedov v začetno obravnavo jecljanja otrok vključi uporabo dejavnikov tveganja (37,35 %) in ocenjevanje otrokovih stališč do govora (33,76 %). Pri obeh postavkah ni večjih razlik med logopedi iz različnih delovnih okolij in z različno delovno dobo. Manjše razlike kažejo, da je ocenjevanje otrokovih stališč v nekoliko večji rabi pri logopedih iz šolskega okolja ter z manj delovne dobe. Primerjava med skupinami je pokazala največje razlike pri koriščenju dejavnikov tveganja. Uporablja jih večji odstotek logopedov iz zdravstva (45,20) kot tistih iz šolstva (28,57) in večji odstotek logopedov z več delovne dobe (53,49) kot tistih z manj (22,22).

Rezultati (prikazani v preglednici 2) so pokazali, da so logopedi iz vzorca vse navedene postavke, povzete po lestvici Care M. Singer in Ellen M. Kelly (2021), ocenili kot izjemno pomembne, z izjemo pogovora z otrokom o jecljanju, ki se je znašel med ocenama »izjemno pomemben« in »delno pomemben«. V ocenah logopedov iz različnih delovnih okolij in z različno delovno dobo ni bilo najdenih pomembnih razlik. Sodelujoči logopedi so najvišji pomen dodelili pogovoru s starši glede nasvetov, ki jih dajejo otroku v zvezi z govorom, nato razlaga jecljanja staršem ter ocenjevanju s pomočjo dejavnikov tveganja. Sledile so postavke »Razlaga dejavnikov tveganja ter nadaljnjih postopkov obravnave staršem«, »Ocenjevanje reakcij in emocij otroka«

Preglednica 2 Primerjava med oceno pomembnosti in dejansko prakso vključevanja postopkov v začetno pomoč otroku z jecljanjem

(A)			(B)			Wilcoxonov Rank Test				
(1)	(2)	(3)	(1)	(2)	(3)	(1)	(4)	(5)	(6)	(7)
Ocenjevanje disfluentnosti										
59	2,797	0,446	49	2,347	0,879	48	39,000	29,873	-2,929	0,003
Ocenjevanje s pomočjo dejavnikov tveganja										
59	2,881	0,375	49	2,551	0,738	48	26,000	22,071	-2,696	0,007
Pogovor z otrokom glede jecljanja										
59	2,458	0,597	51	1,980	0,860	50	62,500	40,494	-3,470	<0,001
Ocena reakcij in emocij otroka										
60	2,867	0,343	51	2,588	0,698	51	18,000	18,547	-2,696	0,007
Razlaga jecljanja staršem										
60	2,900	0,302	51	2,961	0,196	51	14,000	4,287	0,816	0,414
Pogovor s starši glede nasvetov, ki jih dajejo otroku v zvezi z govorom										
60	2,950	0,220	51	3,000	0,000	51	0,000	0,000	0,000	1,000
Pogovor s starši o načinu odprtega pogovora z otrokom o jecljanju										
60	2,733	0,446	50	2,720	0,573	50	24,000	9,950	-0,950	0,366
Pogovor o različnih možnostih pomoči										
60	2,767	0,426	52	2,692	0,643	52	56,000	19,987	-1,026	0,305
Razlaga dejavnikov tveganja ter nadaljnjih postopkov obravnave										
60	2,833	0,418	51	2,373	0,824	51	16,500	26,005	-3,403	<0,001

Opombe Naslovi stolpcev: (A) ocena pomembnosti vključevanja parametra, (B) dejansko vključevanje parametra v praksi, (1) število, (2) povprečna vrednost, (3) standardni odklon (4), testna statistika, (5) standardna napaka, (6) standardna testna statistika, (7) stopnja značilnosti.

in »Ocenjevanje disfluentnosti«. Na predzadnjem mestu je bila postavka »Pogovor s starši o načinu odprtega govora z otrokom o jecljanju« in na zadnjem »Pogovor z otrokom o jecljanju«. Podatki dejanskega izvajanja istih postopkov pri začetni obravnavi jecljanja dosegajo nižje vrednosti. Edina postavka, za katero so logopedi poročali o rednem izvajanju, je pogovor s starši glede nasvetov, ki jih dajejo otroku v zvezi z govorom. Sledijo razlaga jecljanja staršem, pogovor s starši o načinu odprtega govora z otrokom o jecljanju, pogovor o različnih možnostih pomoči, ocena reakcij in emocij otroka, razlaga dejavnikov tveganja ter nadaljnjih postopkov obravnave staršem in ocenjevanje s pomočjo dejavnikov tveganja. Najmanj pogosto se z otrokom pogovarjajo o jecljanju. Predzadnje mesto po pogostosti rabe v praksi je pripadlo ocenjevanju disfluentnosti. Pomembnih razlik med logopedi v različnih delovnih okoljih in z različno delovno dobo nismo našli.

Primerjava ocene pomembnosti vključevanja postopkov z dejanskim izvajanjem je pokazala pomembne razlike pri petih izmed devetih spremenljivk (glej preglednico 2). Logopedi menijo, da je v začetna srečanja treba vključiti razlago jecljanja staršem ter se pogovoriti glede nasvetov, ki jih v domačem okolju dajejo otroku, o načinu odprtega pogovarjanja o jecljanju ter o različnih možnostih pomoči oz. obravnave. Navedeno v večini primerov tudi opravijo. Najvišja skladnost med ocenjeno pomembnostjo in dejanskim izvajanjem je bila pri pogovoru s starši o nasvetih, ki jih je otrok deležen iz njihove strani glede govora. Analiza pa je pokazala razlike med zaznanim pomenom in dejanskim izvajanjem postopkov, opisanih v preostalih petih postavkah, kjer smo z Wilcoxonovim testom predznačenih rangov odkrili statistično pomembne razlike. Le-te kažejo, da se logopedi zavedajo velikega pomena vključevanja ocene disfluentnosti, dejavnikov tveganja, reakcij otroka ter razlage dejavnikov tveganja in nadaljnjih postopkov obravnave staršem, a tega v svoji praksi ne izvajajo pogosto. Manj kot polovica logopedov v praksi opravi razgovor z otrokom o jecljanju. Razlika med ocenjeno pomembnostjo in dejanskim izvajanjem v praksi je bila najvišja ($W = 62,500, p < 0,001$), sledili so razlaga dejavnikov tveganja in nadaljnjih postopkov obravnave staršem ($W = 16,500, p < 0,001$), ocenjevanje disfluentnosti ($W = 39,000, p = 0,003$), ocenjevanje s pomočjo dejavnikov tveganja ($W = 0,007$) ter ocena reakcij in emocij otroka ($W = 18,547, p = 0,007$).

Podatki, prikazani v preglednici 3, nudijo podrobnejši vpogled v najpogostejše teme, ki jih logopedi obravnavajo v sklopu svetovanja. Seznam postavk je bil oblikovan po literaturi in slovenski logopedski praksi. Logopedi so na petstopenjski lestvici poročali o pogostosti vključevanja nasvetov s seznama, ki so ga lahko dodatno dopolnili z lastnimi primeri. Podatki so pokazali, da logopedi staršem najpogosteje svetujejo prilagajanje okolja (4,43), sledita svetovanje glede spremljanja načina zatikanja otroka (4,00) in obisk drugega logopeda (3,82). Občasno svetujejo odprt pogovor z otrokom o jecljanju (3,19), strategije prilagajanja govora otroka (2,89), spremembo dnevnega ritma (2,83) in ignoriranje zatikanja (2,57). Zelo redko pa svetujejo spremembo prehrane (1,67). Štirje logopedi so dodali primere iz lastne prakse. Eden izmed teh je izpostavil, da staršem vedno svetuje, naj se izogibajo opozarjanju, prekinjanju in dopolnjevanju govora, zmanjševanju števila vprašanj oz. poenostavljanju vprašanj ter naj na pojav jecljanja opozorijo v vrtcu in otroka ne izpostavljajo situacijam, ki mu predstavljajo večji komunikacijski izziv. Drugi v večini primerov svetuje sproščeno vzdušje v domačem okolju ter dnevno rutino, vedno pa izogibanje opozarjanju, prekinjanju in dopolnjevanju otrokovega govora. Tretji je izpostavil, da občasno svetuje pogovor z vzgojiteljico ali učiteljico. Četrty pa v večini primerov svetuje dihalne vaje in

Preglednica 3 Prakse svetovanja staršem oziroma skrbnikom

Parametri	Delovno okolje				Delovna doba			
	Šola		Ambulanta		Pod 10 let		10 let in več	
	$\bar{x}$	σ	$\bar{x}$	σ	$\bar{x}$	σ	$\bar{x}$	σ
Svetovanje staršem, naj ignorirajo jecljanje	2,850	1,348	2,412	1,234	2,800	1,323	2,379	1,237
Svetovanje staršem, naj se o jec. odkrito pogovarjajo z otrokom	2,412	1,234	3,061	1,321	3,292	1,268	3,103	1,291
Svet. staršem glede nasvetov, ki naj jih dajo otroku glede nač. pril. govora	3,300	1,490	2,636	1,432	2,833	1,523	2,931	1,462
Svetovanje staršem o pril. okolja v smer komunik. enostavnejšega	4,450	0,686	4,424	0,830	4,500	0,780	4,379	0,775
Svetovanje staršem, naj obiščejo drugega logopeda	3,857	1,153	3,800	1,232	4,000	1,080	3,677	1,275
Svetovanje staršem, naj spremljajo način zatikanja	3,800	0,951	4,121	0,927	4,125	0,900	3,897	0,976
Svetovanje staršem, naj spremenijo otrokovo prehrano	1,800	1,196	1,606	0,933	1,333	0,565	1,966	1,239
Svetovanje staršem, naj spremenijo dnevni ritem/rutino	2,800	1,322	2,848	1,064	2,708	0,908	2,931	1,334

Opombe Šola: $N = 20$, ambulanta: $N = 34$, pod 10 let: $N = 25$, 10 let in več: $N = 29$.

šale. Primerjava odgovorov na postavke glede na delovno okolje in delovno dobo logopedov je prikazana v preglednici 3. Analiza morebitnih razlik v praksi logopedov iz različnih delovnih okoljih ni pokazala statistično pomembnih razlik. Največje, a nesignifikantne razlike so se pokazale pri svetovanju glede nasvetov, ki jih naj jih starši dajo otroku v zvezi z govorom, česar se pogosteje poslužujejo logopedi iz šolskega okolja. Sledita svetovanje staršem o odkritem pogovoru z otrokom glede jecljanja, česar se pogosteje poslužujejo logopedi v zdravstvu, ter svetovanje staršem, naj jecljanje ignorirajo, kar pogosteje uporabljajo logopedi v šolskem okolju. Tudi analiza odgovorov glede na delovno dobo ni pokazala statistično pomembnih razlik. Postavka, ki je pokazala največjo razliko v praksi logopedov z manj delovne dobe v primerjavi s tistimi z več delovne dobe, je bila svetovanje staršem glede spremembe otrokove prehrane ($U = 440,500$, $p = 0,059$). Sledil je nasvet glede ignoriranja jecljanja, ki ga staršem poda več logopedov z manj leti delovne dobe.

Samoocena kompetentnosti

Za vpogled v občutek kompetentnosti pri obravnavi jecljanja smo pridobili podatke o samooceni strokovne usposobljenosti logopedov na področju ocenjevanja jecljanja v predšolskem in šolskem obdobju ter izvajanja pomoči

Preglednica 4 Samoocena kompetentnosti na področjih dela z otroki, ki jecljajo

Parametri	Delovno okolje				Delovna doba				Skupaj	
	Šola		Ambulanta		Pod 10 let		10 let in več		$\bar{x}$	σ
	$\bar{x}$	σ	$\bar{x}$	σ	$\bar{x}$	σ	$\bar{x}$	σ		
Ocenjevanje jecljanja v predšolskem obdobju	2,522	0,947	2,824	1,114	2,885	0,952	2,548	1,121	2,702	1,052
Pomoč/terapija za predš. otroka z jecljanjem	2,000	0,798	2,294	1,115	1,923	0,891	2,387	1,054	2,175	1,002
Ocenjevanje jecljanja govora v šolskem obd.	2,478	0,947	2,177	1,167	2,269	1,151	2,323	1,045	2,298	1,085
Pomoč/terapija za šol. otroka z jecljanjem	2,087	0,949	1,912	1,055	1,692	0,928	2,226	1,023	1,983	1,009

Opombe Šola: $N = 23$, ambulanta: $N = 34$, pod 10 let: $N = 26$, 10 let in več: $N = 31$.

oz. obravnave predšolskih in šolskih otrok z jecljanjem. Logopedi so lastno kompetentnost ocenili na petstopenjski lestvici. Ocene sodelujočih logopedov (preglednica 4) so bile v splošnem nizke in so dosegale vrednost nižje strokovne usposobljenosti. Najbolje so se ocenili na področju ocenjevanja jecljanja v predšolskem obdobju, ko se je skupna ocena nagibala proti srednje dobri. Rezultati so pokazali nekoliko višjo strokovno usposobljenost pri izvajanju postopkov ocenjevanja v primerjavi s postopki v sklopu pomoči oz. terapije. Najnižje samoocene strokovne usposobljenosti so bile na področju pomoči oz. terapije s šolarji z jecljanjem. Primerjava med logopedi glede na delovno okolje ni pokazala pomembnih razlik. Logopedi v zdravstvu so se ocenili z nekoliko višjo oceno pri obravnavi (tako ocenjevanju kot terapiji) v predšolskem obdobju, logopedi iz šolskega okolja pa pri obravnavi (tako ocenjevanju kot terapiji) šolskih otrok. Večje razlike so se pokazale pri primerjanju logopedov glede na njihovo delovno dobo. Logopedi z več delovne dobe so se pri izvajanju terapije tako za predšolske kot šolske otrok ocenili bolje kot njihovi kolegi z manj delovne dobe. Razlika med samoocenama izvajanja terapije v šolskem obdobju se je izkazala za statistično pomembno ($U = 529,000$, $p = 0,033$).

Diskusija in zaključek

Pri opisu jecljanja logopedi pogosto uporabljajo pridevnik »spreminjajoče se«. To je ena izmed njegovih značilnosti, ki je morda nosilka marsikaterega nesporazuma, napačnega razumevanja, morebiti tudi podlaga mitom in stereotipom, ki se še vedno zasledijo v praksi. Ko otrok govori sam s sabo, jecljanja ni, ko govori v šoli ali v drugi socialni situaciji, pa se pojavi, pa še tedaj

ne vedno in ne vedno enako intenzivno. Jecljanje namreč niha v izraženosti.

Spreminja se tudi razumevanje jecljanja – skozi čas, glede na družbo in posameznike, ki v istem časovnem obdobju nanj gledajo z različnih perspektiv. V Sloveniji in večini ostalih predelov sveta jecljanje že približno stoletje preučuje logopedska stroka, logopedsko prakso pa v veliki meri opredeljujejo mnenja in stališča logopedov, ki jo izvajajo. V zadnjih letih so raziskave v tujini pridobile pomembne informacije o logopedskih praksah jecljanja. Pričujoča raziskava je prva, ki preučuje logopedsko prakso obravnave otrok z jecljanjem v Sloveniji. V njej smo ugotavljali, kakšna je strokovna praksa slovenskih logopedov na področju obravnave jecljanja v otroštvu in kako slovenski logopedi ocenjujejo lastno kompetentnost za obravnavo jecljanja. V Sloveniji se logopedska praksa izvaja v šolskem in zdravstvenem okolju, zato smo ugotavljali morebitne razlike glede na delovno okolje. Sama praksa in leta delovnih izkušenj prispevajo k pristopom ter lastni oceni kompetentnosti, zato smo analizirali morebitne razlike glede na delovno dobo.

Na področju strokovne prakse ugotovitve kažejo, da ima večina logopedov v Sloveniji le nekaj tovrstnih obravnav letno in da gre zato za pomanjkanje delovnih izkušenj – večina logopedov iz vzorca je poročala o enem do treh primerih tovrstnih obravnav na letni ravni. Podobno so v svoji raziskavi ugotovili Tellis, Lisa Bressler in Katrina Emerick (2008). Kot prevladujoči praksi so logopedi navedli napotitev otroka k drugemu logopedu, ki ima več izkušenj, in svetovanje staršem. Morda je slednje povezano tudi z omejenimi izkušnjami.

Podrobnejša analiza ocene logopedov glede pomembnosti vključevanja postopkov v začetno oceno je pokazala, da med izjemno pomembne komponente pri ocenjevanju zgodnjega jecljanja umeščajo več postopkov kot logopedi iz sorodne raziskave v tujini. Slovenski logopedi kot zelo pomembne ocenjujejo razlago zgodnjega zatikanja staršem, pogovor o nasvetih za izboljšanje govora otroka, ocenjevanje tveganja za razvoj persistentne oblike, ocenjevanje otrokovih reakcij/emocij glede jecljanja, razlago tveganja za razvoj persistentne oblike staršem, ocenjevanje disfluentnosti, pogovor o terapevtskih možnostih in o načinu pogovora z otrokom o jecljanju. Med delno pomembne pa umeščajo pogovor z otrokom glede jecljanja. Tuji logopedi (Singer in Kelly 2021) so v kategorijo izjemno pomembnih postavk umestili iste postopke kot slovenski, z izjemo dveh – ocenjevanje tveganja za razvoj persistentne oblike ter razlaga tveganja za razvoj persistentne oblike skrbnikom, ki sta se v tuji raziskavi znašli v skupini delno pomembnih. Najnižje ocenjena postavka, tako v naši kot v sorodni raziskavi Care M. Singer in Ellen M. Kelly (2021), je bila pogovor z otrokom glede jecljanja.

Primerjava ocenjenega pomena in dejanskega vključevanja postopka v prakso pa je pokazala velike razlike, ki kažejo na vrzel med razumevanjem obravnave ter njenim dejanskim izvajanjem v praksi, na katero so opozarjali tudi nekateri drugi raziskovalci (Beita-Ell in Boyle 2020). Skladno z zaznanim pomenom v svoje prakse večina logopedov vključuje razlago jecljanja staršem, pogovor o nasvetih glede otrokovega govora, o načinu odprtega pogovaranja o jecljanju ter o različnih možnostih pomoči oz. obravnave. Nasprotno pa, kljub zavedanju velikega pomena vključevanja ocene disfluentnosti, dejavnikov tveganja, reakcij otroka ter razlage dejavnikov tveganja in nadaljnjih postopkov obravnave staršem, tega v svoji praksi pogosto ne izvajajo. Prav tako manj kot polovica logopedov v praksi opravi razgovor z otrokom o jecljanju. Primerjava med praksami logopedov iz različnih delovnih okolij in z različno delovno dobo ni pokazala pomembnih razlik.

Logopedi so kot pogosto aktivnost izpostavili svetovanje. Najpogosteje staršem svetujejo prilagajanje okolja v komunikacijsko enostavnejše ter spremljanje zatikanja pri otroku. Občasno jim svetujejo, da se o jecljanju z otrokom pogovarjajo na odprt način, se s starši pogovorijo o nasvetih, ki jih dajejo otroku glede govora, in svetujejo glede sprememb dnevnega ritma. Redko pa svetujejo ignoriranje jecljanja in spremembo prehrane. V načinu svetovanja logopedi niso bili enotni, med njimi so se pokazale razlike.

Ugotovitve, povezane s samooceno strokovne usposobljenosti za obravnavo jecljanja, so zaskrbljujoče. Samoocena sodelujočih logopedov je bila v splošnem nizka in je dosegala nizko vrednost strokovne kompetentnosti, kar je nižje od trenda, ki ga opažajo raziskovalci praks v tujini (Briley 2018; Beita-Ell in Boyle 2020). Rezultati so pokazali nekoliko višjo strokovno usposobljenost pri izvajanju postopkov ocenjevanja v primerjavi s postopki v sklopu pomoči oz. terapije. Na kompetentnosti pri izvajanju terapije je pozitivno vplivala delovna doba, kar ni skladno z izsledki Brileya (2018), ki ugotavlja nasprotno. Glede na delovno okolje šole oz. ambulate ni bilo ugotovljenih pomembnih razlik.

Pričujoča razprava pomembno opozarja na vidike obravnave jecljanja, kot jih izpostavljajo slovenski logopedi, ki delujejo v šolskem in zdravstvenem okolju. Logopedi imajo kritičen odnos do lastne usposobljenosti na tem področju in s tem odpirajo pomembno vprašanje, ki ga bo treba nasloviti na sistemski ravni in na ravni izobraževanja ter usposabljanja logopedov.

Literatura

Beita-Ell, C., in M. P. Boyle. 2020. »School-Based Speech-Language Pathologists' Perceived Self-Efficacy in Conducting Multidimensional Treatment with

- Children Who Stutter.« *Language, Speech, and Hearing Services in Schools* 51 (4): 1172–1186.
- Boyle, M. P. 2014. »Understanding Perceptions of Stuttering among School-Based Speech-Language Pathologists: An Application of Attribution Theory.« *Journal of Communication Disorders* 52:143–155.
- Briley, P. M. 2018. »Issues in Assessment of Children Who Stutter: A Survey of Speech-Language Pathologists in the State of North Carolina.« *Clinical Archives of Communication Disorders* 3 (2): 95–103.
- Brosch, S., in W. Pirsig. 2001. »Stuttering in History and Culture.« *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology* 59 (2): 81–87.
- Cooper, E. B., in C. S. Cooper. 1996. »Clinician Attitudes Towards Stuttering: Two Decades of Change.« *Journal of Fluency Disorders* 21 (2): 119–135.
- Društvo logopedov Slovenije. 2020. »Mreža logopedov v Sloveniji.« <http://dlogs.si/wp-content/uploads/2020/12/mre%C5%BEa-logopedov.pdf>.
- Hudock, D., in N. Altieri. 2013a. *Foundations to Theories and Perspectives on Stuttering from a Historical Perspective of Societal Influences (Part 1)*. <https://isad.live/isad-2013/papers-presented-by-2013/foundations-to-theories-and-perspectives-on-stuttering-from-a-historical-perspective-of-societal-influences-part-1>.
- . 2013b. *Foundations to Theories and Perspectives on Stuttering from a Historical Perspective of Societal Influences (Part 2)*. <https://isad.live/isad-2013/papers-presented-by-2013/foundations-to-theories-and-perspectives-on-stuttering-from-a-historical-perspective-of-societal-influences-part-2/>.
- Gačnik, M. 2012. »Število netekočih trenutkov + trajanje trenutkov netekočnosti # težavnost motnje jecljanja.« *Komunikacija: bilten Društva logopedov Slovenije* 1 (1): 12–14.
- Guitar, B. 2013. *Stuttering: An Integrated Approach to its Nature and Treatment*. Filadelfija, PA: Lippincott.
- Johnson, M., S. Baxter, L. Blank, A. Cantrell, S. Brumfitt, P. Enderby in E. Goyder. 2016. »The State of the Art in Non-Pharmacological Interventions for Developmental Stuttering: Part 2: Qualitative Evidence Synthesis of Views and Experiences.« *International Journal of Language & Communication Disorders* 51 (1): 3–17.
- Leahy, M. M. 2005. »Changing Perspectives for Practice in Stuttering: Echoes from a Celtic Past, When Wordlessness Was Entitled to Time.« *American Journal of Speech-Language Pathology* 14 (4): 274–283.
- Maguire, G. A., C. Y. Yeh in B. S. Ito. 2012. »Overview of the Diagnosis and Treatment of Stuttering.« *Journal of Experimental & Clinical Medicine* 4 (2): 92–97.
- Mallick, R., H. Kathard, L. Thabane in M. Pillay. 2021. »A Scoping Review of the School-Aged Stuttering Intervention Literature.« *Evidence-Based Communication Assessment and Intervention* 15 (4): 194–206.

- Maviš, I., K. O. S. Louis, S. Özdemir in B. Toğram. 2013. »Attitudes of Turkish Speech and Language Therapists Toward Stuttering.« *Journal of Fluency Disorders* 38 (2): 157–170.
- Nacionalni inštitut za javno zdravje. B. I. *Mednarodna klasifikacija bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene: avstralska modifikacija, verzija 11*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje. https://nizj.si/wp-content/uploads/2022/12/MKB-10-AM_v11_slo.pdf.
- Plexico, L. W., Manning, W. H. in DiLollo, A. 2010. »Client Perceptions of Effective and Ineffective Therapeutic Alliances during Treatment for Stuttering.« *Journal of Fluency Disorders* 35 (4): 333–354.
- Singer, C. M., in E. M. Kelly. 2021. »Speech-Language Pathologists' Practices Related to Evaluating Persistence Prognosis for Children Who Stutter: A Survey Study.« *Perspectives of the ASHA Special Interest Groups* 6 (6): 1493–1503.
- Tellis, G. M., L. Bressler in K. Emerick. 2008. »An Exploration of Clinician's Views About Assessment and Treatment of Stuttering.« *Perspectives on Fluency and Fluency Disorders* 18 (1): 16–23.
- Venkatagiri, H. S. 2009. »What do People Who Stutter Want: Fluency or Freedom?« *Journal of Speech, Language, and Hearing Research* 52 (2): 500–515.
- World Health Organization. 1980. *International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps: A Manual of Classification Relating to the Consequences of Disease*. Ženeva: World Health Organization.
- . 2001. *ICF: International Classification of Functioning, Disability, and Health*. Ženeva: World Health Organization.
- Yairi, E. 2007. »Subtyping Stuttering I: A Review.« *Journal of Fluency Disorders* 32 (3): 165–196.
- Yaruss, J. S. 2010. »Assessing Quality of Life in Stuttering Treatment Outcomes Research.« *Journal of Fluency Disorders* 35 (3): 190–202.
- Zavod Republike Slovenije za šolstvo. 2015. *Kriteriji za opredelitev vrste in stopnje primanjkljajev, ovir oz. motenj otrok s posebnimi potrebami*. Uredila N. Vovk-Ornik. Ljubljana: Zavod Republike Slovenije za šolstvo.

Speech Therapy for Stuttering: Exploring the Past and the Present

Stuttering usually occurs in childhood and causes problems in verbal communication, affecting all areas of the child's functioning. The change in understanding stuttering that has occurred throughout history has led to changes in support and help for people with stutters. Today's speech-language therapy professional practice is diverse. The purpose of the present study was to investigate the understanding of stuttering over time and to gain insight into the professional practices of speech-language therapists (SLTs) as well as their self-assessment of competencies in stuttering management. In Slovenia, therapy takes place in school and health care settings, so we were interested in possible

differences between the practices of speech therapists in terms of work environment and length of service. Findings indicate a low confidence of Slovenian SLTs in managing stuttering. The main differences were found between the importance SLTs attribute to procedures for initial treatment of childhood stuttering and their actual implementation in practice. The results indicate the need to strengthen the competencies of SLTs in this area.

Keywords: stuttering in childhood, understanding of stuttering over time, speech therapy practice today, competencies