

VISOKA ŠKOLA SOCIJALNOG RADA

**ZASTUPLJENOST POREMEĆAJA ARTIKULACIJE KOD DECE
U OŠ “12 DECEMBAR” U SJENICI**

-Master rad-

Mentor:

Doc. dr Dragan Čauševac

Student:

Amila Vrcić 3040/2020

Beograd, 2023.

Sadržaj:

UVOD.....	5
1. GOVOR.....	6
1.1. POREMEĆAJI GOVORA.....	8
2. RAZVOJNO ARTIKULACIONI POREMEĆAJI	11
2.1. OMISIJA, SUPSTITUCIJA, DISTORZIJA	13
2.2. DISLALIJA	17
3. POREMEĆAJI FLUENTNOSTI GOVORA	20
4. PREVENCIJA DISLALIJE	27
5. ISTRAŽIVAČKI DEO.....	30
5.1. FORMULACIJA PROBLEMA	30
5.2. PREDMET ISTRAŽIVANJA.....	32
5.3. CILJ ISTRAŽIVANJA	32
5.4. HIPOTEZE ISTRAŽIVANJA	32
5.5. UZORAK ISTRAŽIVANJA.....	33
5.6. METODE, TEHNIKE I INSTRUMENTI ISTRAŽIVANJA	33
5.7. OPERATIVNI PLAN ISTRAŽIVANJA.....	34
6. REZULTATI ISTRAŽIVANJA.....	35
7. ZAKLJUČAK.....	39
LITERATURA.....	41

Članovi komisije:

1. _____
2. _____
3. _____

Datum odbrane rada: _____

Ocena: _____

SAŽETAK

Artikulacija se realizuje pokretima govornih organa koji regulišu protok vazdušne struje za svaki glas ponaosob, i na taj način daje specifičan akustički utisak svakom glasu. Izmenjen protok vazdušne struje je posledica promenjene funkcije govornih organa, a što za posledicu ima artikulacioni poremećaj. Patološka artikulacija daje izmenjenu akustičku sliku glasa, kao i govora. (Dobrota, 2003).

Istraživanje predstavljeno u ovom radu je provedeno s ciljem da se utvrdi učestalost i vrsta artikulacionih poremećaja kod dece od prvog do četvrtog razreda osnovne škole. Uzorak ispitanika činilo je 203 učenika hronološke dobi od 7 do 10 godina. Dislalija, kao poremećaj artikulacije postoji u najdominantnijem obliku. Razlike u odnosu na pol postoje, ali nisu značajne. U istraživanju su od instrumenata korišteni Globalni artikulacioni test (Kostić, Vladislavljević i Popović, 1983), Test oralne praksije (Radičević i Stevanković, 1992) i Test za procjenu i dijagnosticiranje artikulacijskih poremećaja (Salihović i Junuzović-Žunić, 2005).

Ključne reči: poremećaj artikulacije, dislalija, deca mlađih razreda.

ABSTRACT

Articulation is realized by movements of the speech organs the regulate the flow of air current for each voice separately, and in this way gives a specific acoustic imprerssion to each voice. Altered airflow is a consequence of the altered function of the speech organs, which results in an articulatory disorder. Pathological articulation gives a changed acoustic image of the voice as well as speech. (Dobrota, 2003).

The research presented in this paper was conducted with the aim of determining the frequency and type of articulation disorders in children from the first to the fourth grade of elementary school. The sample of respondents consisted of 203 students with a chronological age of 7 to 10 years. Dyslalia, as an articulation disorder, exists in its most dominant form. Differences in relation to gender exist, but they are not significant.

The instruments used in the research were the Global Articulation Test (Kostić, Vladislavljević and Popović, 1983), the Oral Practice Test (Radičević and Stevanković, 1992) and the Test For Assessment and Diagnosis of Articulation Disorders (Salihović and Junzović-Žunić, 2005).

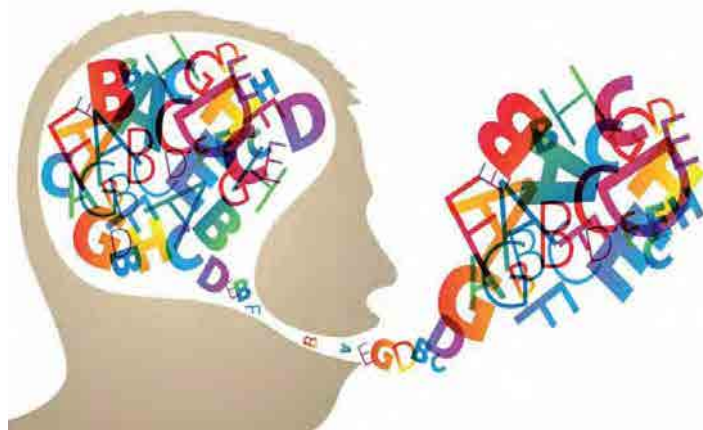
Key words: articulation disorder, dyslalia, children of younger grades.

UVOD

Govor je moždana funkcija vezana za strukture koje su specifične i jedinstvene za ljudsku vrstu. Neurološka osnova je nosilac i lingvističkih aspekta govora i jezika. Govor i jezičke funkcije su predominantno funkcija leve hemisfere. Desna hemisfera ima ulogu u razumevanju prozodije (boje i tonaliteta verbalnog iskaza). Strukture nervnog sistema koje učestvuju u govornim i jezičkim funkcijama su jezičke oblasti kore velikog mozga, supkortikalne oblasti (ekstrapiramidalni sistem), mali mozak, kranijalni živci i govorna muskulatura. Brokina zona koju čini zadnji deo donje frontalne vijuge, leve hemisfere ima ulogu u stvaranju motornog programa govorne produkcije i sintaksičkim aspektima jezika. Vernikeova zona nalazi se u zadnjem delu gornje temporalne vijuge leve hemisfere i ima ulogu u razumevanju govora i fonološkim aspektima jezika. Lučni snop (fasciculus arcuatus) čine asocijativna vlakna koja prenose simbole od receptivne do motorne zone. Govorni razvoj je složen proces u kome se prepliću i objedinjuju mnogobrojni modaliteti fizioloških, govornih i jezičkih procesa. Elementi govora su fonacija, artikulacija i suprasegmenta struktura, a elementi jezika su leksika, sematika, morfologija, sintaksa i gramatika. Značajni modaliteti govornog razvoja u prelingvalnom periodu su : razvoj auditivne percepcije, razvoj artikulacione osnove i razvoj razumevanja reči i početnog stadijuma unutrašnjeg govora. Prelingvalni period obuhvata razdoblje od prvog krika novorođenčeta do progovaranja tj. svesne upotrebe prve reči sa značenjem, što se u proseku dešava oko 12. meseca života.

1. GOVOR

Ljudski govor zauzima veoma značajno mesto u svetu zvukova koji nas okružuju. On je sredstvo komunikacije među ljudima i predstavlja najsvеobuhvatniju ljudsku aktivnost. Uopšteno, možemo reći da je komunikacija razmena ideja između oдаšiljaoca i primaoca. To podrazumeva prenos poruke i odgovor ili fidbek. Savremen čovek provede oko 70% vremena u komuniciranju, a oko 50% od toga komunicira glasom i govorom. Zato se proces komunikacije smatra elementarnim među ljudima, a način na koji se ona ostvaruje smatra se ključnim u razvijanju civilizacijske vrste. Čovek najveći deo svog vremena provodi u komunikaciji s drugim ljudima. Međutim, pri verbalnom komuniciranju, svaku poruku, osim samih reči, čine još dve komponente: korišćenje glasa (ton glasa, njegova boja, brzina govora, glasnoća, izgovor, pauze u govoru) i korišćenje tela (mimika i gestikulacija). Danas se može samo nagađati i pretpostavljati šta i kako se odigravalo u evoluciji čoveka kada su u pitanju glas, govor i jezik. U svakom slučaju, čovek je morao od ranih početaka da poseduje određene sisteme komunikacije, jer mu je efikasnost tih sistema omogućavala preživljavanje u borbi za opstanak. Sigurno je da je čovek u toku evolucije morao sistem gestikulacije dopuniti i zameniti efikasnijim sistemom, kao što je upotreba govora (Petrović Lazić & Kulić, 2014).



Slika 1. Govor (preuzeto sa <https://krenizdravo.dnevnik.hr/zdravlje/logopedске-vjezbe-za-maludjecu-predskolce-i-odrasle-kako-se-izvode>)

Govor se definiše kao jezik u akciji, kao realizacija verbalnog simboličkog sistema. Posmatramo ga kao integraciju kognitivnih, psiholoških i socijalnih faktora koji sinhronizovano deluju. Imamo u vidu da je govor sredstvo ljudske komunikacije, a istovremeno mehanizam intelektualne delatnosti u realizaciji i izvršavanju operacije apstrakcije koji stvara osnovu za kategorijalno pojmovno mišljenje (Dobrota, 2003). Brajović (1981) opisuje govor kao svesni namerni

dinamizam neprekidnog harmoničnog i ritmičnog talasanja zvuka raznih frekvencija i inteziteta koji odražava psihofizičko jedinstvo ljudskog bića tokom adaptacije. Verbalni iskazi vezani su za razne oblasti ljudske delatnosti i odražavaju posebne uslove i ciljeve svake takve oblasti i to tematski (sadržajem), jezičkim stilom (izbor reči, fraza, gramatičkih sredstava jezika), a najviše kompozicijskom strukturom (Bakhtin, 1979). Svaki pojedinačni iskaz je naravno, individualan, ali svaka sfera upotrebe jezika razrađuje svoj relativno ustaljen tip iskaza.

Te tipove Bakhtin naziva govornim žanrovima. U svakoj ljudskoj aktivnosti postoji čitav repertoar govornih žanrova, koji se razvijaju paralelno sa razvojem delatnosti za koju su vezani. Postoje dva osnovna govorna žanra, usmeni i pisani. Bakhtin navodi da su govorni žanrovi veoma raznorodni, u rasponu od svakodnevnih dijaloga (koji variraju u zavisnosti od teme, situacije i učesnika), vojne komande, lirske pesme do naučne studije i da su se do sada izučavali uglavnom samo literarni žanrovi, uz sudske i političke govore, kojima se bavila uglavnom stara retorika. Lingvisti su proučavali uglavnom replike životnih dijaloga, ne ulazeći u problematiku složenijih iskaza. Jezik je izrastao kao organizacija govora, a govor se razvio na bazi jezika- u stalnom uzajamnom dejstvu i prožimanju usled kojeg se menjaju i jedno i drugo. Jezik je sistem znakova koji čoveku omogućuje razvijen društveni i duševni život i koji se ostvaruje u opštenju među ljudima. Počiva na principima simbolizacije. Jezik je višeslojna, hijerarhijski uslovljena struktura, u kojoj jedinice nižeg reda svojim kombinovanjem obrazuju jedinice višeg reda (Bugarski, 2003). Za verbalno opštenje očigledno je neophodno da se jezik materijalizuje, tj. učini dostupnim čulima. Bugarski ističe da se jezički sistem u svim situacijama komuniciranja stavlja u pokret i realizuje, a ta konkretna realizacija jezika jeste govor. Jezik i govor stoje u odnosu koda i poruke, sistema i procesa. Govor je jezik u akciji. Naime, ženevski lingvista sa jedne strane tvrdi da odvajanjem jezika od govora, razdvajamo društveno od individualnog, a sa druge strane smatra da se taj način odvaja ono što je bitno, inherentno samom sistemu, od onog što je nebitno i akcidentalno (Škiljan, 1986). Škiljan navodi da je reč o „sosirovskom paradoksu”. Pretpostavlja kako je govor samo individualan, zanemaruje činjenicu da se baš taj aspekt jezičke delatnosti pojavljuje u konkretnim komunikativnim procesima, te da on eminentno predstavlja ljudsku socijalnu interakciju, pomoću koje se društvene grupe podržavaju i održavaju. Isto tako, kada se kaže da je jezik jedino kolektivan i socijalan, negira se činjenica da je apstrakcija jezičkog sistema psihološka realnost u svakom individualnom govorniku. Prema tome, ispravnije je reći da su jezik i govor istovremeno i društveni i individualni fenomeni, ali da se ne sme zaboraviti da je govor čin pojedinačnog govornika, ukoliko se realizacija jezičkog sistema, javlja uvek samo kao ostvarenje pojedinog ljudskog organizma i njegovih organa. (Škiljn, 1986).

1.1. POREMEĆAJI GOVORA

U govorne poremećaje svrstavaju se poremećaji artikulacije, poremećaji fluentnosti govora i motorički govorni poremećaji. Njihova zajednička karakteristika je izolovano oštećenje govorne produkcije, dok su formalne lingvističke oblasti očuvane. Step en oštećenja je različit i kreće se od nultog nivoa (alalija), do izrazitih leksičkih i gramatičkih teškoća (razvojna disfazija), do normalnog izražavanja ali sa teškoćama u čitanju (disleksija), pisanju (disgrafija), poremećaju ritma i tempa govora (mucanje). Alalija može biti senzorna (potpun nedostatak govora) i motorna (teškoće u ekspresivnom govoru). Senzorna alalija je kada dete ne razume govornu poruku, plačljivo je, sa povremenim napadima vrištanja i bacanja na zemlju, ima kratkotrajnu pažnju. Dobro čuju, ali imaju perceptivne smetnje na nivou auditivnih centara u mozgu (Blaži, 2003).

Motorna alalija se javlja kada dete razume, izvršava naloge, komunicira gestovima, ima nekoliko dvosložnih reči. Neka deca se povlače i ćutljiva su, a neka ispoljavaju nemir, agresivnost i lošu pažnju. Ovakav nerazvijen govor ne može da se sam po sebi razvije bez logopedskog tretmana sa detetom i edukacije roditelja (Kostić, 1983).

Razvojna disfazija je poremećaj govora i jezika kod kojeg je sposobnost deteta da govori ili razume govor ispod očekivanog za uzrast. Razvojni jezički poremećaji su svrstani u: poremećaje ekspresivnog govora (razumevanje govora u granicama normale, kratka verbalna ekspresija, nezrele rečeničke strukture, pogrešna upotreba gramatičkih oblika, upotreba neverbalnih poruka) i poremećaje receptivnog govora (razumevanje je ispod očekivanog za uzrast deteta, ne odaziva se na ime, nemogućnost da izvršava naloge, slaba pažnja, osetljivost). Artikulacioni problemi nisu glavni i na to treba obratiti pažnju da se ne bi zanemarila izgradnja jezičkog sistema koja je bitna (Puškarić, 2009).



Slika 3. Razvojna disfazija (Preuzeto sa <https://www.lingualogos.com/govorno-jezicki-poremecaji/razvojna-disfazija/>)

Jezički razvoj ima i svoje etape: razumevanje govora, prepoznavanje reči i povezivanje sa predmetima i slikama, sluša stimulse, a tek onda razvija aktivan rečnik. Ovo je složen govorno-jezički problem i moguće ga je rešiti samo uz intenzivan rad sa detetom (dete-roditelj-logoped-vaspitač-okolina). Dislalija je nemogućnost ili nepravilnost izgovora pojedinih glasova, rečnik je zadovoljavajući, a rečenica je gramatički ispravna. To je najčešći govorni poremećaj predškolske i školske dece. Ispoljava se u vidu nedostatka glasa (omisija), zamene nerazvijenog glasa drugim (supstitucija) i oštećenje pojedinih glasova (distorzija). Kreće se od lakih artikulacionih smetnji, do nemogućnosti praćenja razumevanja verbalne poruke, te se stvara i negativan stav prema govoru. Najčešći artikulacioni poremećaji su:

- sigmatizam - poremećaj glasova C, S, Z, Ž, Č, Ć, DŽ
- rotacizam - poremećaj glasa R
- lambdacizam - poremećaj glasa L, LJ
- kapacizam i gamacizam-poremećaj glasova K i G
- tetacizam i deltacizam-poremećaj glasova T i D
- tetizam -kada se glasovi S, C, Š, Č, Ć i K zamenjuju glasom T, dok se glasovi Z, Ž, DŽ, Đ i G zamenjuju glasom D (Brendel, 2008).

Mucanje se najčešće javlja između 2 - 4 godine života. Češće je kod dečaka nego kod devojčica. Između 2 - 3 godine života sa govorom napreduje i cela motorika, nervni sistem se mnogo angažuje i mozak treba da obavi mnogo zadataka odjednom. Zbog nezrelosti nervnog sistema, ovaj problem je izražen kod dece koja imaju nešto sporiji govorno - jezički razvoj. Mucanje je vezano za povećana interesovanja deteta za svet koji ga okružuje, a može da bude uzrok i stresni događaj. Roditelji u svojoj dinamici života nemaju uvek dovoljno vremena da saslušaju svoje dete, a naročito se nema razumevanja za njegova oklevanja u govoru. Počinju da ga ispravljaju, požuruju, a samim tim samo produbljuju govorni problem: "Roditelji ne govorite brzo, gledajte dete u oči dok razgovarate s njim", jer je govor odraz i našeg psihičkog stanja. Konverzaciju treba voditi strpljivo, lagano i kroz kraće dijaloge.

Disgrafija je poremećaj u pisanju, rukopis je nečitak, loše postavljen u prostoru stranice, ne prati vodoravan pravac. Reči su međusobno stisnute ili je prostor između njih neujednačen. Slova izgledaju nedovršeno, tanka su, dok ponekad toliko pritiska po papiru da ga iscepa.

Disleksija je poremećaj čitanja. Simptomi su: premeštanje redosleda slova u reči (od-do), zamena slova (b-d), izostavljanje slova, dodavanje slova. Javljaju se i problemi sa pamćenjem slova, dovodjenjem u vezu pisanih i štampanih slova, povezivanje slova u kontinuirani niz. Dete odvojeno čita slovo po slovo, odvojeno čita reč, preskače redove, pogrešno razume tekst. Disleksično dete je često dezorjentisano u prostoru i vremenu. U osnovi poremećaja čitanja i pisanja gotovo se uvek nalazi poremećaj u razvoju govora i jezika. Važno je da se na vreme prepozna govorno - jezički problem deteta. Cilj je da se što pre, dok je dete malo, razvije govorni i jezički sistem. Najviše se može postići između druge i pete godine života, jer je plastičnost moždanih funkcija tada najveća (Blaži, 2003).

2. RAZVOJNO ARTIKULACIONI POREMEĆAJI

Artikulacija se realizuje pokretima govornih organa koji regulišu protok vazdušne struje za svaki glas ponaosob, i na taj način daje specifičan akustički utisak svakom glasu. Izmenjen protok vazdušne struje je posledica promenjene funkcije govornih organa, a što za posledicu ima artikulacioni poremećaj. Patološka artikulacija daje izmenjenu akustičku sliku glasa, kao i govora. (Dobrota, 2003). Prema Međunarodnoj klasifikaciji bolesti (World Health Organization, 2008) specifični poremećaj artikulacije je specifičan razvojni poremećaj u kome je upotreba govornih glasova kod deteta ispod očekivanog nivoa za njegov umni uzrast, uz normalan nivo jezičkih sposobnosti. Učestalost poremećaja artikulacije najčešće se razmatra u odnosu na pol, uzrast, pojedine glasove ili grupe glasova.

Većina istraživanja je pokazala da je razvoj artikulacije nešto brži kod devojčica (Heđever, 1991). Heđever navodi da je ta razlika značajna između tri i pet i po godina. Dmitrić i saradnici (Dmitrić i sar., 2015) navode da je artikulacioni poremećaji češći kod dečaka (54%), nego kod devojčica (46%). Broj grešaka u artikulaciji opada kod oba pola sa povećanjem uzrasne dobi. Razlike između dečaka i devojčica, koje postoje u ranim fazama razvoja govora i učenja jezika, uzrastom postupno nestaju (Wallentin, 2009). U literaturi postoje različiti podaci o prevalenci artikulacionih poremećaja. Prema Vuletiću (Vuletić, 1987), na predškolskom uzrastu učestalost javljanja je oko 30%, početkom školovanja iznosi oko 15%, oko desete godine je 8%, dok kod odraslih osoba 4% ima poremećaje izgovora glasova (Heđever, 1991). Posokhova (Posokhova, 1999), navodi da na predškolskom uzrastu, 20-30% dece pokazuje odstupanja u izgovoru glasova, a kasnije tokom prvog i drugog razreda opada na 17-20%. Najčešće poremećeni glasovi su laterali, frikativi, afrikati i vibrant R. Činjenica da su govorni poremećaji kod dece u porastu dokazana je dosad u brojnim istraživanjima. Šimić (Šimić, 2015) navodi da 30% dece predškolskog uzrasta i oko 12-16% osnovnoškolaca ima poremećaj izgovora određenih glasova. Prema Dobroti i saradnicima (Dobrota i sar., 2006), na uzrastu od četiri i pet godina, dobru artikulaciju ima samo 14% dece, na uzrastu od pet i šest godina 24% dece, dok na uzrastu od šest i sedam godina 39% dece ima dobru artikulaciju. Dmitrić i saradnici (Dmitrić i sar., 2015) sproveli su retrospektivno-prospektivnu studiju u kojoj su ispitivali učestalost artikulacionih poremećaja u grupi dece sa govornim i jezičkim poremećajima. Kod 54% dece dijagnostifikovana je dislalija, kod 25% disfazija, a kod 21% mucanje. Omisija i distorzija ploziva nije postojala ni kod jednog od njih, dok se supstitucija ploziva javila kod 12% ispitanika. Omisija afrikata nije postojala ni kod jednog ispitanika, supstitucija kod 29%, a distorzija kod 76% ispitanika. Omisiju frikativa imalo je 29% ispitanika,

kod 52% je postojala supstitucija, a kod 82% postojala je distorzija. Omisija i distorzija nazala nije postojala ni kod jednog ispitanika, a supstitucija se javila kod 6% ispitanika. Omisija laterala je postojala kod 6% ispitanika, supstitucija kod 46%, a 52% ispitanika sa poremećajem artikulacije imalo je distorziju laterala. Međutim, u ovom istraživanju poremećaj artikulacije, osim dece sa dijagnozom dislalije, imalo je i 9% dece sa dijagnozom disfazije i 7 % dece sa dijagnozom mucanja.

Najoštrije rečeno, uzroci dislalije se mogu svrstati u četiri kategorije: uzroci sredine, psihološki, organski i nasledni (Golubović, 2012). Usled stalnog uticaja porodice i sredine u kojoj raste, dete prihvata njen način izgovora i jezički model ponašanja. Ako neko u porodici „vrska“, zamenjuje glasove, govori nosnim prizvukom i dete će imitirajući taj govor, naučiti tako da govori. Ono je i kasnije podložno uticaju različitih govornih uzora, drugova, učitelja, omiljenih glumaca, pevača, sportista, pa svoj govor može, svesno ili nesvesno, da poboljša ili pokvari, zavisno od toga kakav je govor osobe ili osoba pod čijim je uticajem bio. Organski uzroci su pretežno dvojaki: anatomski i neurološki. Anatomski ili anatomsko-strukturalni podrazumevaju anatomske nepravilnosti perifernih govornih organa, (zadebljali ili nespretni jezik, jednostrana pareza jezika, srastao podjezični frenulum i ortodontske anomalije). U ortodontske anomalije koje najčešće uzrokuju artikulacione poremećaje mogu se svrstati: urođeni rascepi usana i nepca, visoko (gotsko) nepce, progenija, protruzija, otvoreni, lateralni otvoreni i ukršteni zagriz, dijastema, retki zubi, gubitak sekutića usled traume. Anatomsko-strukturalne promene na govornim organima otežavaju smer vazdušne struje potrebne pri izgovoru, onemogućavaju stvaranje odgovarajućeg rezonatornog prostora, potrebnu kopresiju vazduha, kao i adekvatno funkcionisanje jezika i ostalih mekih delova govornih organa. Istraživanje u centru SUVAG u Zagrebu, na uzorku dece uzrasta od šesto do osam godina, koja su bila na tretmanu dislalije, pokazalo je da od ukupnog broja ispitanika njih 64,44% ima ortodontske anomalije (Vranić & Hunski, 1990). Neurološki uzroci podrazumevaju oboljenja kortikalnih regija značajnih za percepciju i produkciju govora, subkortikalnih delova kao i inervacionih puteva, pod čijim se neposrednim dejstvom odvija funkcija govora i primanje govorne poruke. Uzrok nedostataka finih pokreta pri izgovoru glasa r je oštećenje hipoglosusa ili njegovih jedara, premda je jezik sposoban da izvodi grube pokrete: plaženje jezika, oblizivanje usana, dodirivanje alveola jezikom, horizontalne pokrete desno-levo jezikom (Ivičević Desnica, 1993). Psihološki uzroci se najčešće ogledaju u situaciji kada ne postoji ni jedan od prethodno navedenih uzročnika, a da dete od sedam ili osam godina govori kao malo dete.

Najčešće je zaostajanje ili vraćanje na pređašnje izgovorne faze. Infantilni govor je posledica emotivnih sukoba. Smatra se da takva deca ne žele da odrastu da bi im se ukazalo više ljubavi i pažnje. Kada govorimo o naslednim uzrocima, znamo da se govor ne nasleđuje, ali se nasleđuje

konstitucija govornog mehanizma. Uticaj pogrešnog govora na dečiji govor može biti naročito jak ako dete ima sličnu konstituciju govornih organa kao i njegovi roditelji. Na ovo može još da se nadoveže i psihološki faktor identifikacije sa voljenom osobom. Tada se prepliće nasleđe, uticaj sredine i psihološki faktori. S obzirom na uzrok i mehanizam poremećaja, dislalije se dele na organske i funkcionalne. Organska dislalija je uslovljena anatomskim promenama u perifernim govornim organima kao i bolestima i povredama centralnog nervnog sistema, dok su funkcionalne dislalije uslovljene slabošću neurodinamičnih moždanih procesa, pri čemu su fiziološki sluh i periferni govorni organi normalni. Funkcionalna dislalija je dijagnoza u koju su se često svrstavali artikulacioni poremećaji nepoznatog porekla. Međutim, razvojem neuroloških i psiholoških dijagnostičkih metoda uočeno je da veliki broj te dece ima neka druga, dodatna oštećenja. Postoje autori koji predlažu da se termin funkcionalne artikulacione greške zamene nekim drugim, prikladnijim, npr. razvojne greške ili razvojno zaostajanje (Ivičević Desnica, 1993).

2.1. OMISIJA, SUPSTITUCIJA, DISTORZIJA

Artikulacioni poremećaji se ispoljavaju u vidu omisije, supstitucije i distorzije. Pod omisijom se podrazumeva nedostatak glasa u reči. U ranom razvojnom periodu nastaje jer dete ne poznaje strukturu reči, ni auditivno ni izgovorno, a na starijem uzrastu predstavljaju nemogućnost realizacije izgovora nekog glasa pomoću perifernih organa, ali je auditivna struktura reči formirana i osoba zna koji je glas koji ne može da formira i koje mesto on zauzima u datim rečima. Omisija glasova na starijem uzrastu posledica je izvršne disfunkcije perifernih govornih organa (artikulatornog mehanizma efektoronog sistema), a ne predstave o strukturi reči.

Supstitucija je zamena jednoga glasa, drugim glasom. Supstituišu se svi glasovi koji ne mogu da se izgovaraju, a glas koji služi za zamenu predstavlja drugu fonemu i to fonemu koja je već formirana i koja se pravilno izgovara. Supstitucije pokazuju da između glasa koji se zamenjuje i onoga koji ga zamenjuju postoje neke fonetske sličnosti. Te sličnosti su izražene nekim fonetskim elementima kao što su: pregradnost, zvučnost, strujnost, ili približan položaj govornih organa za izgovor (Golubović, 2012).

Distorzije glasova podrazumevaju artikulaciono-akustičko odstupanje prilikom izgovora nekog glasa ili većeg broja glasova od standardnih izgovornih normi. Glasovi postoje i izgovaraju se, ali su neodgovarajućeg kvaliteta. U tipične distorzije izgovornih glasova svrstavaju se: sigmatizam, rotacizam, lambdacizam, kapacizam, gamacizam, deltacizam, etacizam, hiticizam i jotacizam.

Sigmatizam predstavlja poremećaj izgovora glasova s, z, c, š, ž, č, ć, đ i dž. Poremećaj izgovora glasova s, z, c spada u užu grupu sigmatizma, dok poremećaj izgovora glasova š, ž, č, ć, đ i dž spada u širu grupu sigmatizma. Sigmatizam se ispoljava kao omisija, supstitucija ili distorzija. Zavisno od mesta gde se pri izgovoru nalazi vrh jezika deli se na nekoliko tipova: interdentalni (vrskanje), adentalni, lateralni, stridentni (piskavi), palatalni, okluzivni i nazalni. U pogledu identifikacije i diferencijacije sigmatizma, kao i socijalne integracije, najneprihvatljiviji oblik sigmatizma je lateralni, interdentalni sigmatizam je manje uočljiv, dok je stridentni sigmatizam najmanje uočljiv za slušaoce, koji ga smatraju samo oštrijom varijantom izgovora (Kovacs Vass, 1987).

Rotacizam je poremećaj izgovora glasa r. Glas r više od ostalih glasova zahteva veliku pokretljivost jezika, složene i koordinirane pokrete jezičkih mišića i naročito pravilnu proporciju jezika u odnosu na ostale govorne organe. Omisija glasa r se javlja često kod dece od dve i po do tri godine (vrata-vata, ruka-uka, park.pak). Dete je auditivno svesno glasa r i zna mu mesto u rečima, ali ga svojim govornim organima još ne može ostvariti. Ubrzo ta omisija prelazi u neku supstituciju ili distorziju, a iz njih se u većini slučajeva, razvije glas r. Supstitucija (pararotacizam) javlja se samo kod mlađe dece (Vedić, 2011).



Slika 2. Rotacizam (Preuzeto sa <https://www.adiva.hr/zdravlje/djecje-zdravlje/iz-logopedске-ordinacije-rotacizam-ili-nepravilan-izgovor-glasa-r/>)

Najčešće se zamenjuje glasovima j, v, l. U distorzije glasa r ubrajaju se bilabijalni (dvousnjeni) rotacizam, nevibranti bilabijalni rotacizam, nedovoljno vibrantno r, lateralni, dorzalni (leđni), uvaularni (resični), gutularni (grleni) rotacizam. Lambdacizam je naziv za poremećaj izgovora glasova l i lj. Ispoljava se kada dete usmerava vazдушnu struju sredinom, umesto bokovima jezika, kada jezik ne podiže ili ga izbacuje pri formiranju ovih glasova, pokretanjem donje vilice nadole i u stranu. Postoji lateralni i interdentalni lambdacizam. Najčešća distorzija je ovih glasova je u obliku poluvokala w. Omisije ovih glasova su dosta retke, umesto njih ostaje napetost ili vremensko produženje (plavo-pavo, sa produženim vokalom a). Kao supstitucije javljaju se

zamene glasa l sa j, a lj sa l ili j (Ljiljana-Jijana-Lilana). Kapacizam je poremećaj izgovora glasa k. Distorzija se ispoljava kao nedovoljna okluzivnost i kao pomeranje mesta artikulacije unazad (tačka dodira na mekom nepcu i jeziku se pomera unazad), tako da glas k postaje grlen. Omisija, kada se glas k ne izgovara (kapa – apa). Supstitucija nastaje kada se glas k zamenjuje glasom g ili t (kamen – gamen; konj – tonj). Uz kapacizam se najčešće javlja i gamacizam (poremećaj izgovora glasa g). Hiticizam predstavlja poremećaj izgovora glasa h. Velarni frikativ h može biti suviše okluzivan, pa se tako približava okluzivu k. Retko se javlja. Omisija je prisutna kod rascepa usana i nepca, i supstitucija glasovima t, d, i k. Tetacizam i deltacizam označavaju poremećaj izgovora glasova t i d. Ispoljava se kao interdentalni tetacizam i deltacizam, pomeranje artikulacije unazad i kao nedovoljna okluzija, pa se može čuti jača ili slabija frikativnost. Omisije se javljaju izuzetno retko. Veoma retko se zamenjuju glasovima k i g i to kod disfazične dece i dece oštećenog sluha (otogene dislalije). Tetizam prelaženje bezvučnih dentalnih i palatalnih frikativa i afrikata i bezvučnog velarnog okluziva k u bezvučni dentalni okluziv t i prelaženje zvučnih dentalnih i palatalnih afrikata i frikativa i zvučnog velarnog okluziva g u zvučni dentalni okluziv d. Ovim zamenama glasovni sistem se osiromašuje za 11 glasova. Tetizam je karakterističan za zaostali govorni razvoj, a dete supstituiše i glasove r, l ,lj i nj, pa nedostaje još 4 glasa. Dete tada ima samo 15 glasova, njegov govor je nerazumljiv i može biti praćen gestovima i mimikom, koji detetu pomažu u sporazumevanju. Relativno je redak poremećaj, javlja se uglavnom kod dece do 4.godine, a u kasnijem razvoju vezan je za oštećenja centralnog nervnog sistema i metalnu retardaciju (Vedić, 2011).

Dobra dijagnostika je prvi korak ka uspešnoj rehabilitaciji. Logopedsko ispitivanje poremećaja artikulacije glasova obuhvata (Kostić, 1983):

- uzimanje anamnestičkih podataka,
- spontani razgovor sa detetom u svrhu određivanja opšteg stanja govora (ekspresije i razumevanja),
- ispitivanje fine motorike i pokretljivosti artikulatora, • ispitivanje fonemskog sluha i fonemske percepcije,
- ispitivanje govornog disanja i glasa,
- ispitivanje kvaliteta izgovora,
- ispitivanje razvijenosti rečnika i gramatike,
- postavljanje diferencijalne dijagnoze.

Za ispitivanje artikulacije na našem govornom području najčešće je u primeni Trijažni artikulacioni test (Vladisavljević, 1983) i Globalni artikulacioni test (Kostić & Vladisavljevic,

1983). U dijagnostici se koristi i Semantički test (Vladisavljević, 1983), Test oralne praksije (Radičević & Stevanković, 1994). Primenom Testa oralne praksije tačno se definiše stanje orofacijalne regije i na osnovu konstatovanog stanja uzrok artikulacionog poremećaja. Fonemski sluh ispituje se Testom fonemske diskriminacije (Kostić, Vladisavljević & Popović, 1983). U cilju diferencijalne dijagnostike artikulacionih poremećaja koji imaju indikacija na organicitet neophodno je obaviti i dodatna ispitivanja kao što su psihološko, neurološko (EMG i EEG), ORL i stomatološka ispitivanja. Posle dijagnostičke obrade i dobijenih rezultata, pravi se odgovarajući terapijski program. Multidisciplinarni pristup je bitan kako u dijagnostičkom, tako i u terapijskom postupku, pa se logopedski tretman često kombinuje sa ortodonskim, hirurškim, audiološkim, fonopedskim i neurološkim tretmanom. Logopedski tretman je dominantan, sprovodi se postupno kroz vežbe logomotorike, vežbe artikulacije, vežbe za razvoj kognitivnih funkcija i rad sa roditeljima. Vežbe logomotorike realizuju se kroz vežbe za donju vilicu, usne, obraze, jezik i meko nepce. Imaju primarni i sekundarni cilj. Primarni cilj je poboljšanje motorne funkcije mišića orofacijalne regije, naročito onog dela govornog aparata koji ima izrazit deficit (Evans, 2009).

Sekundarni cilj je pravilno usmeravanje vazušne struje, kako bi se glas u potpunosti, pravilno artikulisao (Dobrota, 2010). Vežbe artikulacije podrazumevaju izazivanje glasa, nakon usvajanja zadatog motornog modela. Sa stanovišta fiziologije formiranje pravilne artikulacije znači stvaranje novog uslovnog refleksa. Formiranje pravilne artikulacije glasova odvija se kroz oponašanje, pri čemu dete koristeći sluh, vid, taktilno-kinestetske i mišićne osete, percipira zvuk i artikulaciju fonema i pokušava svesno da ih oponaša i kroz mehaničko delovanje na govorne organe putem različitih sredstava kao što su špatule, sonde ili prsti (Posokhova, 2000). Na taj način stvara se odgovarajući položaj govornih organa, koje dete nije u stanju da samostalno postigne. Logoped od deteta zahteva da izgovori određeni glas, da ga ponovi nekoliko puta i tada menja položaj govornih organa. Na taj način se u mozgu stvaraju novi engrami (nove neuronske veze), koje su kasnije preduslov za aktivno i voljno izvođenje artikulacije.

Za uspostavljanje pravilnog izgovora glasova važno je raditi na automatizaciji, diferencijaciji i uvođenju glasa u spontani govor. Faza automatizacije glasa podrazumeva stabilizovanje glasa u slogovima, rečima i rečenicama putem vežbi sa posebno odabranim primerima u kojima se glas pojavljuje u inicijalnoj, medijalnoj i finalnoj poziciji. U fazi diferencijacije glasova radi se na opoziciji dotičnog glasa sa drugim artikulaciono i akustički bliskim glasovima (pre svega supstitutom), da bi se sprečilo i uklonilo moguće mešanje sličnih glasova i njihove generalizacije. Cilj faze uvođenja glasa u spontani govor je da se detetu formiraju sposobnosti i navike pravilnog izgovora glasova u svim komunikativnim situacijama (Blaži, 2003).

2.2. DISLALIJA

Dislalija je poremećaj artikulacije koji se ogleda u nepravilnosti ili nemogućnosti izgovora pojedinih glasova. Uzroci nastanka artikulacionih poremećaja nisu još uvek dovoljno poznati, mada ih uopšteno možemo podeliti na psihološke, nasledne, organske i spoljašnje. U najvećem broju slučajeva etiologija dislalija je multifaktorijalna, pa je vrlo teško naći primaran uzrok poremećaja (Vedić, 2011).

Uzrok dislalijama može biti poremećaj u anatomiji artikulatora govora, kao npr. kratak jezik, slabije pokretan jezik, velik i zadebljan jezik, poremećaj vilice i zuba, rascepi usne i nepca, druge malformacije vilica i jezika. Kod takozvanih otogenih dislalija, najčešće je poremećaj uzrokovan oštećenjem sluha. Gubitak sluha negativno utiče na usvajanje govora. Blaži gubici sluha mogu uzrokovati samo oštećenje izgovora, dok jači oštećuju i govor i jezik, a ne samo artikulaciju. Kod njih može biti poremećen glas, ritam, intonacija i gramatika.

Sekundarni uzroci su oni u koje spadaju psihološki i socijalni faktori, kao što su npr. loš govorni uzor (gde dete uči govor od svoje okoline, poprima njegove loše i dobre strane što se tiče izgovora), infantilni govor (dete naprosto odbija odrastanje, usled emocionalnih sukoba ili porodičnih konflikata, pa se i dalje služi govorom neprimerenim za njegov uzrast), socijalna zapuštenost ili nedovoljna stimulacija deteta, roditeljski perfekcionizam, bilingvizam, zaostajanje u intelektualnom razvoju (Lončarić i dr, 1995).

Dislalija je poremećaj izgovora i označava nepreciznu ili pogrešnu artikulaciju (pogrešan izgovor pojedinih glasova), a može se ispoljiti kao izostavljanje nekog glasa (omissio: dete će reći „oda” umesto „voda”), zamena nerazvijenog glasa nekim drugim, već postojećim (supstitutio: „tuća” umesto „kuća”) i distorzija tj. "pogrešan, iskrivljen" izgovor određenih glasova (glasovi postoje i izgovaraju se, ali njihov kvalitet ne zadovoljava, npr. grleno „r”).



Slika 4. Dislalija (Preuzeto sa <https://mojdoktor.ba/vijesti/oznake/dislalija>)

U našem glasovnom sistemu imamo predilekzione glasove na kojima se najčešće javljaju artikulacioni poremećaji. To su sledeći glasovi: s, c, z, č, š, ž, dž, r itd. Većina ovih glasova su slični po zvučnosti, pa ih dete zbog toga teže razlikuje i usvaja, a i njihova artikulacija zahteva finu motoriku jezika, što je još jedan razlog za pojavu poremećaja baš na ovim glasovima.

Sigmatizam (sigmatismus) je naziv za neispravan izgovor glasova s, z, c, š, č, dž, đ. Kod male dece najčešće se radi o ispuštanju (omisiji) i zameni (supstituciji) tih glasova, a kod odraslih o iskrivljenom izgovoru (distorziji). Lateralni sigmatizam je za slušaoca najneprijatnija vrsta sigmatizma. Nastaje u toku razvoja zuba kada dete zbog gubitka sekutića postavlja jezik sa strane (lateralno), tražeći oslonac na prekutnjacima. Ako i posle izrastanja sekutića ostane isti mehanizam stvaranja glasova, rezultat je lateralni sigmatizam koji treba rešavati govornom terapijom.

Rotacizam (rotacismus) je naziv za poremećen izgovor glasa r. Ovaj poremećaj je najčešći posle sigmatizma, a karakteriše se izostavljanjem, zamenom i iskrivljenim izgovorom. Ako izostavljanje i zamena glasa r potraju i nakon treće godine potrebno je potražiti pomoć otorinolaringologa - fonijatra ili logopeda.

Lambdacizam (lambdacismus) je poremećaj izgovora glasa l i lj. Kapacizam (kapacismus) je poremećaj izgovora glasa k. Gamacizam (gamacismus) je poremećaj izgovora glasa g. Tetacizam (thetacismus) je poremećaj izgovora glasa t. Deltacizam (deltacismus) je poremećaj izgovora glasa d. Tetizam (thetismus) je govorni poremećaj kod kog veći broj suglasnika prelazi u d ili t i predstavlja znatno ozbiljniji poremećaj od dosad nabrojanih. Tu se može raditi o ozbiljnim poremećajima u centralnom nervnom sistemu.

Na kraju, ovde bi svakako trebalo podvući razliku između tepanja i dislalija. Pod tepanjem podrazumevamo fiziološku pojavu neadekvatne artikulacije u ranom detinjstvu (do pete godine života), dok pod dislalijom podrazumevamo patološki poremećaj artikulacije u razvojnom dobu i odraslih ljudskih jedinki (Vuletić, 1990).

Lečenje dislalije sprovodi se odstranjenjem uzroka poremećaja govora, ako je to moguće (npr. hirurška korekcija rascepa nepca, vilice, i dr). Ako se uzrok ne može odstraniti ili nije poznat, lečenje se sastoji prvenstveno od govornih vežbi. Potrebno je naglasiti, da neusmeravanje pažnje na postojanje problema, u ovom slučaju poteškoća u izgovoru, i pravovremeno ne uključivanje u terapiju, može se kasnije negativno odraziti na sposobnost usvajanja i savladavanja veština čitanja i pisanja deteta (Vedić, 2011).

3. POREMEĆAJI FLUENTNOSTI GOVORA

Disfluentnost govora podrazumeva nepravilan izgovor, gde je upadljivo poremećen ritam i tempo govora, kao jedni od osnovnih suprasegmentnih elemenata govora. Poremećaji fluentnosti primarno se ispoljavaju u poremećajima organizacije sekvencijskih i vremenskih aspekata govora koja se mogu javiti na svim nivoima govornog iskaza: tokom ideacije, neurolingvističkog programiranja, centralnog usklađivanja govorno-motornih procesa (respiracije, rezonancije, fonacije, artikulacije i prozodije), miodinamskih aktivnosti govornih organa i autokontrole govora (Golubović, 2012). Disfluentan govor se može podeliti na dva tipa i to na disfluentnost koje se dijagnostikuje kao mucanje i na normalnu ili fiziološku disfluentnost. Mucanje odlikuju blokovi (govornik ima teškoću da započne reč, pokušaji proizvodnje glasa mogu biti čujni ili nečujni, prisutne su prolongacije i repeticije dela reči ili celih reči uz napetost). Fiziološka disfluentnost se može javiti kod svakog čoveka u specifičnim stanjima i situacijama (Brendel, 2008).

Prema Međunarodnoj klasifikaciji bolesti (World Health Organization, 2008) mucanje je govorni poremećaj koji karakterišu česte repeticije i prolongacije glasova, slogova ili reči, kao i česte hezitacije i pauze, koje narušavaju ritam govora. Dobrota (Dobrota, 2011) definiše mucanje kao stanje koje se ispoljava u poremećaju svih oblika fluentnosti, sa izraženim promenama na somatskom, psihološkom i socijalnom planu. Najupadljiviji simptom je otežana i prekinuta verbalna komunikacija sa narušenim fidbekom.

Procenjuje se da mucanje pogađa 1-2% cele populacije, a da je incidenca veća kod dece uzrasta od dve do šest godina i iznosi preko 15%. Stopa prevalence najveća je kod dece predškolskog uzrasta, kada mucanje najčešće i počinje (Andrews & Harris, 1964). Mucanje znatno češće pogađa dečake nego devojčice, i učestalost je veća tri puta (Dobrota, 2011; Golubović, 2012). U Americi, podaci ukazuju na stopu prevalence od 2,52% u populaciji dece predškolskog uzrasta, i značajno se češće javlja kod dečaka (Proctor, 2008). Kod dece koja nisu išla na tretman, u prve dve godine od početka mucanja, spontano „izlečenje” se javlja kod 65% predškolske dece (Yairi & Ambrose, 1999), dok se uz tretman ta stopa povećava do 85%, u prvih pet godina (Mannson, 2000). Podaci iz studija novijeg datuma ukazuju da je prevalenca mucanja kod dece školskog uzrasta malo niža od 1% (Yairi & Ambrose, 2013).

Istraživanja blizanaca pokazuju da hereditet ima umeren do visok uticaj na nastanak mucanja (Drayna, 2011). Ukoliko jedan monozigotni blizanac muca, postoji 90% šanse da će i drugi mucati, dok kod dizigotnih blizanaca, ta verovatnoća pada na 20%. Neke studije ukazuju na hromozomske

abnormalnosti kao eventualne uzročnike pojave mucanja. Naime, Koks i Jairo (Cox & Yairo, 2000) smatraju da su potencijalni uzročnici pojave mucanja genetske promene na 1., 13., i 16. hromozomu. Sa druge strane, Dreina i Felsenfeld (Drayina & Felsenfeld, 2001) su našli abnormalnosti na 18. hromozomu povezane sa pojavom mucanja. Najnovim metodama biološke genetike utvrđeno je da je za nastanak mucanja može biti odgovorno više gena, koji interaguju na složen način (Yairo & Ambrose, 2013). Podaci iz studija sa početka 21. veka ukazuju na moguću povezanost razlika u lateralizaciji moždanih hemisfera kod odraslih osoba koje mucaju (De Nil et al., 2003). Međutim, istraživanja novijeg datuma, bazirana na primeni sofisticiranih neuroimidžing tehnika, nisu ukazala na razlike u lateralizaciji moždanih hemisfera kod dece koje mucaju u odnosu na decu tipičnog razvoja (Chang et al, 2008). Dodatno, moguće je i da su ranije uočene abnormalnosti u moždanoj lateralizaciji starijih osoba koje mucaju povezane pre sa stilom života ovih osoba, nego da su uzročnik mucanja per se.

Postoje i neke neurofiziološke studije koje ukazuju na određene specifičnosti kod osoba koje mucaju. Prema Almu (Alm, 2004), mucanje može biti uzrokovano disbalansom u količini dopamina koja može uzrokovati teškoće i nekoordinisanu aktivaciju bazalnih ganglija i suplementarnog motornog područja, struktura koje imaju značajnu ulogu u tečnoj govornoj produkciji. Studije stečenog mucanja pokazuju da lezije i druge abnormalnosti svih oblasti mozga, osim okcipitalne, mogu uzrokovati pojavu mucanja (Sardelić i sar., 2001). Neke od psiholingvističkih teorija ističu ulogu poremećaja enkodiranja govora u nastanku mucanja. Teškoće enkodiranja govora i jezika mogu biti na fonološkom (Wingate, 1988), leksičkom (Karniol, 1995), sintaksičkom (Bloodstein, 2006) ili suprasegmentnom nivou (Packman et al., 1996).

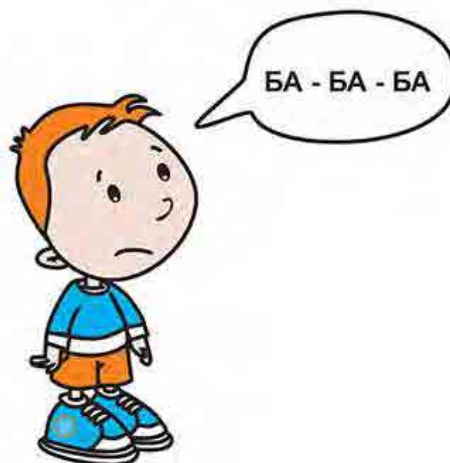
U poremećaje tečnosti govora kod dece ubrajaju se fiziološko, razvojno i neurogeno mucanje, a kod odraslih razvojno perzistentno, neurogeno i psihogeno mucanje (Dobrota, 2011). Fiziološko mucanje se javlja u periodu usajanja govora, između 2 i 4 godine, kada dete još uvek uči veštinu govora i ima pravo na nefluentan govor. Ukoliko roditelji negativno reaguju na takav detetov govor, ovo mucanje može poprimiti teži oblik, ali najčešće je to samo prolazni period i dolazi do spontanog oporavka. Razvojno mucanje se najčešće javlja kod dece predškolskog uzrasta, a pojačava se kad je dete pod stresom, kada je umorno ili kada mu se spava. Razvojno perzistentno mucanje je karakteristično samo za starije osobe koje su već imale problem u govoru po tipu mucanja. Najčešće su to osobe koje su bile podvrgnute tretmanu, imale period dobrog govora, ali im se govor pogoršao u manjoj ili većoj meri. Ovaj oblik mucanja se može javiti izolovano ali i udruženo sa govornim, jezičkim i kognitivnim poremećajima (HelmEastbrooks, 1999). Neurogeno mucanje je najteži oblik mucanja, nastaje usled povreda i oštećenja mozga. Može biti posledica

lezije u frontalnom, temporalnom, parijetalnom režnju, gornjim i donjim delovima moždanog stabla, bazalnim ganglijama i cerebelumu. Oboljenja koja dovode do ovakvog poremećaja fluentnosti su tumori, ciste, meningitis, cerebrovaskularni insult, AIDS.

Psihogeno mucanje nastaje kao posledica nekog stresnog događaja ili niza događaja, emocionalne traume, a može nastati i kao psihološka reakcija na fizičke traume. Poseban oblik ovog mucanja je histerično mucanje, čiji je uzrok u inhibiciji, a samo mucanje je histerična reakcija na konzervaciju (Škarić, 1988).

U momentu bloka, kod osobe koja muca prisutne su fizičke konkominante: vidljiva napetost lica, artikulatora i drugih delova tela, treperenje očima, tikovi, grimace na licu, stezanje pesnica., kao i pojačano znojenje, ubrzani rad srca, crvenilo lica i nepravilno disanje. Važno je spomenuti afektivnu i kognitivnu komponentu mucanja (Yaruss & Quesal, 2006). Afektivnu komponentu čine osećanja osobe koja muca, a to su krivica, tuga, stid, sramota, osećaj manje vrednosti, anksioznost i frustracija. Kognitivna komponenta se odnosi na tumačenje i doživljaj govornog poremećaja od strane same osobe koja muca. Ukoliko su ove dve komponente izrazito negativne, uticaće loše na osobu koja muca, bez obzira na to koliki je stepen disfluentnosti govora (Yaruss & Quesal, 2004).

Mucanje karakteriše pojava grča pri izgovoru određene reči ili iskaza. Grčevi mogu biti klonični, tonični i klono-tonični. - Klonični grčevi se ispoljavaju kao ponavljanje glasova, slogova i nisu mnogo upadljivi. Slušalac relativno dobro prihvata ovaj tip grča, zato što kratko traje, a osoba lako prelazi preko njega, jer nije praćen uočljivim promenama ni na somatskom ni na psihološkom planu. - Tonični grčevi se ispoljavaju kao povišena napetost mišića orofacijalne regije, fonacije i disanja. Po pravilu je dugotrajan i intezivan. Ako se javi pre početka govora vide se bezglasni pokušaji progovaranja (otvaranje i zatvaranje usana). Ako se javi u toku govora ispoljava se tako što prekida tok govora, a grč traje duže od 1 minuta. - Klono – tonični grč se pojavljuje kod pravog mucanja (teškog stepena) ili kod akutnog, odnosno abruptnog mucanja koje se naglo javlja kao rezultat patološke emocionalne reakcije osobe na psihičku ili fizičku traumu i u dijagnozi se konstatuje koji tip preovladava.



Slika 5. Poremećaj tečnosti govora (Preuzeto sa https://lopsi.rs/mucanje_problem_koji_je_resiv.html)

U literaturi postoje podaci i o specifičnostima u razvoju jezičkih sposobnosti kod dece koja mucaju. Naime, Paden i saradnici (Paden et al., 1999) navode da deca koja mucaju i ispoljavaju kašnjenje u fonološkom razvoju, imaju povećan rizik za pojavu perzistentnog mucanje. Takođe, deca koja mucaju mogu imati disproporcionalan razvoj pojedinih aspekata jezičkog razvoja. Ova deca ispoljavaju veću razliku između ekspresivnih i receptivnih jezičkih sposobnosti u poređenju sa decom tipičnog razvoja (Anderson & Conture, 2000). Pored toga, Anderson i saradnici (Anderson et al., 2005) navode da, kao posledica poremećaja fluentnosti, razvoj semantičkih sposobnosti može biti sporiji u poređenju sa razvojem sintaksičkih sposobnosti kod ove dece. U istraživanju Hartfilda i Kontura (Hartfield & Conture, 2006), deca koja mucaju nisu imala značajno veći broj grešaka na testovima imenovanja, međutim, imala su značajno veću latencu odgovora u poređenju sa decom tipičnog razvoja, čak i kad nisu ispoljavala zastajkivanja pri odgovorima. Međutim, studije leksičke raznovrsnosti nisu pokazale značajne razlike u opsegu i raznolikosti vokabulara između dece koja mucaju i dece tipičnog razvoja (Silverman & Bernstein Ratner, 2002). Sa druge strane, podaci iz nekih istraživanja ukazuju na čestu pojavu poremećaja fluentnosti kod dece sa jezičkim poremećajima. Rezultati studije Boskola i saradnika (Boscolo et al., 2002) pokazali su da se disfluentnost značajno češće javlja kod dece sa specifičnim jezičkim poremećajem ekspresivnog tipa nego kod dece tipičnog razvoja. Istraživanja ovakvog tipa pokazuju da disfluentnost u govoru može biti indikator budućeg jezičkog razvoja.

Dobro postavljena dijagnoza daje informacije o stanju govora, kao i prognozi koja je cilj svake terapije. Postavljanje dijagnoze obuhvata višemodalno posmatranje i multidisciplinarni pristup. Cilj dijagnostike je analiza govora i sredine u kojoj osoba koja muca živi. Govorni status se uzima radi analize govora na početku, tokom i na kraju tretmana. Obuhvata kvanitativnu i kvalitativnu

analizu govora. Kvantitativna analiza govora radi se primenom Riley testa, koji se sastoji iz tri dela: frekvencije ponavljanja i produžavanja glasova i slogova, uočljivih fizičkih konkominanti, dužine trajanja najdužeg bloka (Blaži, 2003).

Kvalitativnu analizu govora podrazumeva uzimanje statusa za pet različitih elemenata verbalne komunikacije. Obuhvata stereotipe (brojanje, nabranje, recitovanje poznatih stihova), ponavljanje rečenica, čitanje, prepričavanje i spontani govor. U procesu postavljanja dijagnoze kod dece koja mucaju mogu se koristiti strip priče, Test nedovršenih priča, Test nedovršenih rečenica, Chek lista tečnosti deteta, Chek lista tečnosti roditelja, CAT-C (Gene J. Brutton) – procena stavova dece o govoru. U proceni mucanja kod adolescenata i odraslih koriste se Upitnik o anamnezi govornog poremećaja, Test samoprocene na govorne situacije, Iowa skala procene stavova prema mucanju, Willoughby upitnik, Analiza ponašanja i govora u određenim situacijama, Određivanje hijerarhije situacija prema stepenu govorne anksioznosti i Upitnik o socijalnoj fobiji. Pored već poznatih klasičnih metoda, danas se u svetu koriste savremene dijagnostičke metode koje spadaju u dodatne metode u dijagnostici mucanja, kao što su elektroencefalografija, kompjuterizovana tomografija, magnetna rezonanca, pozitronska emisiona tomografija, evocirani potencijali i akustička analiza glasa.

Tretman osoba koje mucaju je višesložni proces koji prvenstveno zavisi od uzrasta osobe koja muca, pa tek onda od uzroka koji je doveo do mucanja. Za razliku od dece kod koje se u tretmanu koriste jedinstvene tehnike i metode, kod odraslih se primenjuju složenije metode i tehnike, jer se, shodno uzrastu, tehnike i metode usložnjavaju, što zahteva i aktivno učešće uže i šire socijalne sredine. U jednostavne metode ubrajaju se: metoda zajedničkog govora, metoda čitanja, metoda spavanja, metoda žvakanja, metoda pevanja, metoda ubacivanja neutralnog glasa, primena šuma, vežbe opuštanja uz vođenje fantazije, vežbe disanja, Matičev pristup i Lidcombe program. U složene metode i tehnike u tretmanu mucanja spadaju Harisonov tretman, Van Rajperova metoda, Mekgvajerov tretman, Kamperdaun program, Šihanov pristup u tretmanu mucanja, tretman mucanja kod odraslih prema Mikiću itd (Golubović, 2012).

Pored ovih metoda i tehnika, u tretmanu odraslih osoba koje mucaju se koristi i bihevioralno-kognitivni pristup, s obzirom na to da stres značajno utiče na nastanak mucanja. Bihevioralne tehnike koriste se u tretmanu anksioznosti, koja je prisutna u velikoj meri kod adolescenata koji mucaju (Menzies et al., 2009). Metode i tehnike koje se primenjuju u bihevioralno-kognitivnom pristupu su: - Sistematska desenzitizacija - Metoda autogenog treninga - Metoda relaksacije - Metoda psihoanalize - Metoda asocijacionih odgovora - Metoda psihodrame - Svesna sinteza razvoja.

Brzopletost je verbalna disfluentost koju kao poremećaj centralnog nervnog sistema karakterišu preterana brzina govora (tahilalija), ponavljanje prvih slogova i kratkih reči, produžavanje vokala na kraju i početku reči (hezitacije), embolofrazije, kratko i isprekidano disanje, monoton glas, kratkotrajna pažnja, nedostatak ritma, poremećaj čitanja i pisanja (Golubović, 2012). Iako su slučajevi tahifemije poznati od ranije, prvi detaljan opis ovog poremećaja dao je Vejs (Weiss, 1964). Ovaj autor definiše brzopletost kao govorni poremećaj koga osoba nije svesna i koji karakteriše poremećaj percepcije, formulacije, artikulacije i preterana brzina govora. Ističe da je to poremećaj misaono-jezičkih procesa koji prethode govoru. Predstavlja verbalnu manifestaciju centralne govorne nestabilnosti, pogađa govor, čitanje, pisanje, muzikalnost, ritam, pa i ponašanje uopšte. Takođe, navodi da su ove osobe motorički nespretni, nerazumljivi slušaocima, često nepristojni u razgovoru (prekidaju druge i menjaju temu razgovora). Prema Veisu svako mucanje ima korena u tahifemiji, a tahifemija postepeno prerasta u mucanje.

Brzopletost je poremećaj fluentnosti govora, koji utiče na sposobnost osobe da drugima prenese poruku na jasan i koncizan način (Scaler Scott et al., 2007). Slušaoci imaju teškoće da ih razumeju. Često se u praksi pogrešno dijagnostikuju kao osobe koje mucaju i „anksiozni govornici” (Scaler Scott et al., 2007). Tokom komunikacije, od sagovornika dobijaju primedbe vezane za njihov govor, koje ovim osobama predstavljaju nejasan fidbek. Shvataju da imaju problem u komunikaciji, ali ne znaju kako da to promene (Dewey, 2005). U literaturi starijeg datuma, kao glavni simptom tahifemije navodio se nedostatak svesnosti o govornom poremećaju, tako da osoba sa tahifemijom ne doživljava negativne misli i osećanja, za razliku od osobe koja muca. Međutim, podaci iz literature novijeg datuma koji su primenjivali kvalitativne intervjue sa ovim osobama, pokazali su da su pojedinci svesni svog poremećaja i negativnih reakcija drugih na njihov govor (Scaler Scott & St. Louis, 2011). Brzopletost se može podeliti na dva tipa, fonološku i sintaksičku brzopletost (Van Zaalen et al., 2011). Prema ovim autorima, fonološku brzopletost odlikuju motoričke teškoće, a sintaksičku jezičke teškoće. U jednom istraživanju, odraslim osobama sa tahifemijom bilo je potrebno više vremena za odgovore na leksičkim zadacima (Bretherton-Furness & Ward, 2012). Ovi autori ističu mogućnost postojanja podgrupa u okviru ove dijagnoze, ali je potrebno uraditi veći broj istraživanja na većem broju ispitanika kako bi se potvrdile ove indicije.

Rezultati sprovedenih istraživanja pokazuju da je ovaj poremećaj češći kod osoba muškog, nego ženskog pola, a raspon tog odnosa kreće se od 3:1 do 6:1 (St. Louis & Hinzman, 1986; St. Louis & Rustin, 1996). Brzopletost se može javiti kao simptom kod neke dece sa autizmom (Scaler Scott, 2011), Daunovim sidromom (Van Borsel, 2011) i kod dece sa teškoćama u učenju (Wiig & Semel,

1984). Takođe, procenjeno je da su simptomi brzopletosti prisutni kod jedne od tri osobe koje mucaju (Ward, 2006).

Postoji malo sistemskih istraživanja o etiologiji brzopletosti. Navode se brojni faktori koji imaju ulogu u nastanku ovog govornog poremećaja. Buduća istraživanja bi trebalo da ih jasno definišu i utvrde način njihove interakcije.

Vuletić (Vuletić, 1981) smatra da je nered u govoru, posledica nereda u mislima. Nered u mislima je izvesna haotičnost, brz prelaz sa jedne misli na drugu, čudne asocijacije, nemogućnost koncentracije na bitno i nemogućnost ograničavanja osnovne ideje, a sve se to prenosi putem usmenog izraza. Ovaj autor navodi takođe da se brzopletost može javiti i kod intelektualno ometenih osoba, kao i kod osoba sa oštećenjem mozga. U tom slučaju radi se o sekundarnoj tahifemiji, dok je u slučaju nasledne predispozicija tahifemija primarna. Pretpostavlja se da brzopletost nastaje kada brzina govora prevazilazi mogućnosti govornikovog artikulatornog mehanizma (Bakker et al., 2011). Na osnovu postojeće literature vezane za farmakološku terapiju brzopletosti, neuroimaging studija i studija koje uključuju osobe sa lezijama mozga, kao mogući uzroci brzopletosti navode se disregulacija prednjeg dela cingularnog korteksa i suplementarnog motornog područja (Alm, 2011). Kod nekih osoba, brzopletost je nastala kao posledica cerebrovaskularnog insulta, ali najveći broj slučajeva brzopletosti je idiopatskog porekla i nije vezan za specifične bolesti, traume ili oštećenja mozga. Poremećaj egzekutivnih sposobnosti se, takođe, navodi kao mogući uzročnik brzopletosti. Jedna od odlika osoba sa hiperkinetičkim poremećajem je prisustvo dezinhibicije na verbalnim zadacima, to jest, govorni output se javlja pre nego što je lingvistički plan spreman, što je utvrđeno i kod osoba sa tahifemijom (Scaler Scott & St. Louis, 2011). Majers (Myers, 1982) ističe da se u osnovi brzopletosti nalazi sinergičko dejstvo više faktora. Navodi da postoji dishronija između pažnje, govora, jezika i neefikasnog feedback sistema, a simptomi se ispoljavaju kroz četiri kategorije bihevioralnih karakteristika kao što su jezik, fluentnost, prozodija i artikulacija.

Tretman zavisi od toga koji je simptom najviše izražen. Ovaj tip disfluentnosti nije praćen anksioznošću i neurotskom nadgradnjom, pa se tretmanom može poboljšati percepcija, organizacija mišljenja, govora i ponašanja kroz individualni i grupni rad. Principi korekcije tahifemije obuhvataju: uspostavljanje dnevnog ritma i discipline ponašanja (tačnost, urednost, doslednost), usmeravanje pažnje na elemente sopstvenog govora (snimanje govora), vežbe za koncentraciju auditivne i vizuelne pažnje, koordinaciju pokreta i govora radi uspostavljanja pravilnog ritma (pokreti ruke, takt, hodom), vežbe pravilnog artikulisanja reči, istovremeno izgovaranje i pisanje, kontrolisano čitanje, pisanje preko šeme, dikatat (Lončarić i dr, 1995).

4. PREVENCIJA DISLALIJE

Danas se rehabilitacija osoba s poremećajem izgovora provodi u logopedskim ambulantomama bilo da je reč o zdravstvenim ustanovama, školama ili vrtićima. No osim rada s logopedom, detetu je potrebna podrška okoline, posebno roditelja i odgajatelja s kojima dete provodi veći deo dana ako pohađa predškolsku ustanovu. Odgajatelji bi, savetujući se s logopedom, trebali provoditi razne vežbe kako bi učvrstili ono što je dete usvojilo kod logopeda i potaknuli govorno-jezični razvoj. Naime, roditelji često prisustvuju logopedskoj seansi s detetom pri čemu imaju priliku videti način i metodu rada s detetom, a i logopedi im daju savete šta činiti kod kuće. Te savete roditelj može podeliti s odgajateljem kako bi ih on primenio u odgojno-obrazovnom radu bez obzira ima li samo to dete u grupi izgovorni poremećaj ili ih ima više. Naime, uloga odgajatelja u otkrivanju poremećaja izgovora vrlo je važna. Oni veliki deo dana provode s decom i imaju priliku uporediti govorno-jezični razvoj među decom u odgojnoj skupini posebno ako se radi o homogenim grupama u odnosu na dob. No i kada uoče određeni problem, često se nemaju kome obratiti. Još je veliki problem što u svim dečijim vrtićima nema stručnjaka koji bi se bavili problemima govora i izgovora kod dece vrtićke i predškolske dobi. Upravo iz tog razloga bitna je uloga odgajatelja koji bi uz dodatno obrazovanje, usavršavanje i učenje mogli, ako ne pomoći u terapiji, barem preventivno delovati na nastanak poremećaja izgovora (Puškarić, 2009).

Poticanje govora jedna je od bitnih tema kojom se znanstvenici i stručnjaci poslednjih desetak godina pojačano bave. Razlog tome vidljivo je opadanje jezičnih kompetencija mladih, kao i porast govorno-jezičnih teškoća zabeležen u brojnim istraživanjima (Velički, 2009). Današnje društvo, paralelno s razvojem tehnike, a s time u vezi s prenošenjem govora na daljinu bez direktnog kontakta govornika i slušača, odnosno s oslabljenim mogućnostima za doživljavanje govora u određenoj situaciji, zahteva što precizniji govor što manje izvan granica norme (Orlandi, 1967), a kod dece se sve više javljaju govorno-jezični poremećaji. Uzrok tome treba tražiti u manjku komunikacije, nedostatak interakcije, uticaju medija te neadekvatnom zadovoljavanju stvarnih dečijih potreba u predškolskom razdoblju, kao temelja za razvoj govora (Velički, 2009). Da bi dete razvilo govor, moraju pre svega postojati biofiziološki preduslovi, mora se govoriti detetu i mora postojati interakcija jer se inače ni govor ni jezik neće razviti, a pri tome vrlo važnu ulogu igraju odgajatelji.

Prethodno navedeni podaci o učestalosti govornih poremećaja otvaraju nam iznova pitanje o načinima i oblicima rada u dečijim vrtićima, o većoj ili manjoj primerenosti određenih oblika rada i o njihovom uticaju na razvoj govora, te o odgojno-obrazovnim sadržajima koji, osim poticajnog

okruženja i bogatstva materijala, itekako utiču na dečiji razvoj, a poslednjih su godina u pedagoškoj praksi stavljeni u drugi plan (Velički, 2009). Često se govori da dete uči čineći, puzati puzajući, hodati hodajući, a govoriti govoreći. No, potrebno se zapitati uči li dete zaista govoriti samo govoreći ili su mu potrebni poticaji poput dobrog govornog uzora i kvalitetne govorne okoline, prostora za govor koji se odlikuje različitim aspektima i interakcijama (Velički, 2009). Teškoće u govoru nije moguće sasvim sprečiti, ali je moguće mnogo toga poduzeti kako bi se smanjio rizik od nastanka teških izgovornih poremećaja. Da bi dete ispravno izgovaralo glasove mora ih znati prepoznati i ne mešati ih međusobno, odnosno mora prepoznati glas prema akustičkim osobinama, razlikovati ispravan izgovor od neispravnog, ostvarivati slušnu kontrolu vlastitog izgovora te ga procenjivati i upoređivati s govorima drugih (Posokhova, 2005). Prema tome, u usvajanju govora u dečijoj dobi izuzetno je važna socijalna povratna sprega. Dete izgovara rečenice i gleda kako će na njih okolina reagovati, hoće li ih vratiti „na popravak“ ili će ih prihvatiti. Dakle, deca uče govoriti govoreći, ali i slušajući, odnosno vanjska povratna sprega znatno je jača od unutarnje u celom predškolskom razdoblju. Dakle, za zdrav i uredan razvoj govora komunikacija s decom je neophodno potrebna.

U predškolskom razdoblju dete je posebno otvoreno za oponašanje uzora. Uzor deluje na dete više od svog odgajanja, stoga mu moramo omogućiti da bude u blizini svoga uzora (Prekop, 2008; prema Velički, 2009). Isto tako, dete uči govor na temelju sadržaja i materijala koje odgajatelj pripremi i prezentuje te za koje smatra da su poticajni za dete, o kojima razgovara s decom i na temelju čega stvara nove aktivnosti. To je deo socijalnog učenja, sticanja i deljenja zajedničkih iskustava (Velički, 2009). Odgajatelj bi trebao propitivati svoje ponašanje, postupke te vlastiti govor, govor koji nudi deci te u kojoj meri upotrebljava govorno-jezične i književno-umetničke sadržaje vodeći računa o njihovoj primerenosti i adekvatnosti kao i o kvalitetu okruženja za slušanje i primanje takvih sadržaja. Kada odgajatelj analizira vlastiti govor, može doći do osnovnih zaključaka o govoru dece u određenoj skupini jer dete u usvajanju govora osim što uvežbava govor govoreći, treba i uzor, sadržaje i nove reči koje će od nekoga čuti. Ispravan izgovor odgajatelja posebno je bitan jer slušanjem ispravnog izgovora i svog neispravnog dete će učiti prepoznavati standardni izgovor i razlikovati ga od neispravnog, ovladati slušnom kontrolom te će učiti međusobno razlikovati glasove u slučaju supstitucija (Posokhova, 2005). Osim toga, odgajateljev govorni izraz u svim aktivnostima trebao bi biti izražajan i pun afektivnosti, bogat varijacijama govornih vrednota jezika (intenzitet, intonacija, tempo, podulacija, pauza, ritam), zanimljiv i poticajan za dete, ispravan u lingvističkoj i fonetskoj strukturi te ostvaren u obliku dijaloga (Dulčić i Pavičić Dokoza, 2014). Teško je odvojiti učenje govora od drugih stvari zato što govor koristimo kao instrument komunikacije. Prilikom sticanja govora, dete treba biti u kontaktu s govorom, puno

slušati govor kako bi otkrilo pravila njegove strukturiranosti, a tako i pravilan izgovor (Popović, 1982). Ne možemo dete podučavati pravilnom izgovoru, ono to naprosto mora samo usvojiti uz slušanje govora, gledanje osobe koje govore te slušnu kontrolu i upoređivanje vlastitog govora s govorom drugih. Da bi se potakla želja za komunikacijom kod dece, potrebno je u predškolsku ustanovu uključiti njihovo životno iskustvo, pozivajući se na to i stvarajući situacije u kojima će se deca ponašati prirodno. Ono što ponajviše utiče na odnos deteta prema govoru jeste način uvođenja deteta u aktivnosti, stavovi odgajatelja, njihov način intervencije te organizacija same odgojne skupine. Aktivnosti u velikoj grupi, u malim grupama pa i individualne aktivnosti prilike su za razgovor (Popović, 1982).

5. ISTRAŽIVAČKI DEO

5.1. FORMULACIJA PROBLEMA

Problem ovog istraživanja može se iskazati pitanjem:

- Kolika je zastupljenost poremećaja artikulacije kod dece od prvog do četvrtog razreda osnovne škole?

U svakodnevnoj komunikaciji među ljudima, veoma često možemo čuti greške u izgovoru određenih glasova. Razlika u stepenu oštećenja izgovora glasova može varirati od minimalnih, koji su jedva uočljivi, do onih koji mogu potpuno poremetiti komunikaciju i izobličiti govor do stepena nerazumevanja. Ove greške najčešće nastaju u periodu usvajanja glasova i ukoliko se logopedskim tretmanom na vreme ne koriguju, vremenom one se učvršćuju i postaju deo njihovog govora.

Poremećaje izgovora možemo uočiti kod dece i odraslih, kod poznatih ličnosti, nastavnika, voditelja, javnih govornika. Ovi poremećaji osim ometanja razumljivosti govora, mogu negativno uticati i na sam misaoni proces stvaranja poruke, a to zavisi od odnosa osobe sa poremećajem izgovora prema vlastitom poremećaju.

Kod dece i odraslih koji su svesni svog poremećaja i imaju problem sa tim, često može doći do toga da izbegavaju reči koje sadrže određeni glas, ili da pokušavaju da drugim aspektima izgovora glasova (prozodijom, visinom, bojom, melodičnošću) prikriju nedostatak. Pravilan izgovor glasova može uticati i na samopouzdanje deteta u verbalnoj komunikaciji sa drugima. Takođe kod mlađe dece, ovo može dovesti i do teškoća u savladavanju pisanja i čitanja.

Kada želimo govoriti o razrednoj nastavi, prva pomisao na nju su nam sedmogodišnjaci koji sa velikim iščekivanjem polaze u školu sa željom ili potrebom za sticanjem znanja. Upravo se početak obrazovanja dešava u tom prvom razredu, odnosno u razrednoj nastavi od prvog do četvrtog razreda.

Obrazovanje kao jedna od osnovnih pedagoških kategorija prvobitno obuhvata znanje i sposobnosti koja deca stiču kako bi stekla određene sposobnosti i daljim školovanjem usavršavala svoja znanja. Institucije poput škola u kojima se obrazovanje odvija nikada ne gube svoju važnost,

a obrazovanje zajedno sa nastavom i vaspitanjem predstavlja kategoriju koja je slobodno možemo reći uvek opšteprisutna u svim društvima i okolnostima.

Sticanje znanja u školama i obrazovanje kao jedan proces koji zahvata svakog čoveka nisu jednostavni i oni zahtevaju mnogo aktivnosti i pozitivnih okolnosti da bi se odvijali onako kako treba. Svakako da znanja koja učenici stiču u toku predmetne nastave nisu ništa manje značajna, ali je razredna nastava specifična po tome što ona predstavlja polazište u obrazovanju, temelj u daljem školovanju.

Obrazovanje i rad u razrednoj nastavi može postati mnogo složeniji proces ukoliko dete poseduje određene poremećaje artikulacije koji otežavaju uključivanje u školsku sredinu i nastavni proces na samom početku školovanja, odnosno od prvog razreda.

Danas deca sa poremećajima artikulacije ne predstavljaju nešto neobično i retko, već je to poremećaj sa kojim se susreće ceo svet. Uostalom, svaka zemlja, svaki čovek najmanje nekoliko puta ima kontakt sa poremećajima artikulacije. Širom sveta u proseku jedno od desetoro dece se susreće sa ometenošću. Međutim ponašanje prema njima dovodi do toga da su često ovakva deca oštećena i drugim važnim prioritetima kao što su druženje sa svojim vršnjacima, igranje, a kao najvažniji je proces obrazovanja.

Danas, za razliku od istorijskog stanja koje deci sa poremećajima artikulacije nije išlo u prilog i nije doprinosilo boljem ophođenju prema njima, poslednjih godina, ne samo na našim prostorima, već u gotovo čitavom svetu, kao krajnji oblik integracije, dolazi do potpunog prihvatanja poremećaja artikulacije u vaspitno-obrazovni proces bez obzira o stepenu poremećaja artikulacije govorili.

Sama reč artikulacija potiče od latinske reči articulatio-articulus i znači izgovor, odnosno obrazovanje i izgovaranje glasova određenog jezika, gde najvažniju ulogu imaju govorni organi. Nasuprot normalnom funkcionisanju artikulacije, mogu nastati njeni poremećaji.

Artikulacija se iskazuje pokretima govornih organa, a oni su zaduženi za regulaciju protoka vazdušne struje, posebno za svaki glas. Funkcionisanje artikulacije tako predstavlja i daje poseban akustički utisak svakom glasu.

U poslednje vreme u svetu i kod nas, sve je više dece koja imaju poremećaje u artikulaciji glasova. Kao uzroci istog se navode pasivnost, premalo fizičke aktivnosti, kasno uvođenje čvrste hrane kod dece, predugo korišćenje cucle, preterano korišćenje mobilnih telefona, tableta,

laptopova, kao i boravak kraj TV ekrana, a neki od organskih uzroka mogu biti kratak frenulum, deformitet vilice, zuba, slaba pokretljivost artikulatornih mišića.

5.2. PREDMET ISTRAŽIVANJA

Predmet istraživanja je ispitivanje zastupljenosti poremećaja artikulacije kod dece od prvog do četvrtog razreda. Uzorak ovog istraživanja je prigodan i obuhvata decu uzrasta od 7 do 10 godina. Istraživanje je realizovano u toku školske 2020/21.godine u OŠ „12. decembar“ u Sjenici. Ključni pojmovi istraživanja su: artikulacija, poremećaji, zastupljenost, kategorizacija, uzrast.

5.3. CILJ ISTRAŽIVANJA

Osnovni cilj istraživanja je utvrđivanje zastupljenosti poremećaja artikulacije kod dece od prvog do četvrtog razreda, kao i kategorizacija artikulacionih poremećaja koji se javljaju u tom dobu.

Pojedinačni ciljevi su:

- koliko poremećaj artikulacije može da utiče na razvoj deteta,
- koliko procentualno deca imaju neki poremećaj artikulacije,
- utvrditi procenat dece sa poremećajima artikulacije;
- utvrditi zastupljenost poremećaja artikulacije kod dečaka i devojčica;
- utvrditi konkretno koji su stepeni poremećaja artikulacije zastupljeni kod dece od prvog do četvrtog razreda.
- utvrditi da li postoji saradnja vaspitača i roditelja deteta sa poremećajima artikulacije.

5.4. HIPOTEZE ISTRAŽIVANJA

Prva hipoteza glasi: Postoji značajna učestalost poremećaja artikulacionih sposobnosti kod dece školskog uzrasta.

Druga hipoteza glasi: Kod dece školskog uzrasta, prema tipu artikulacionih poremećaja najzastupljenije su distorzije glasova.

Treća hipoteza glasi: Očekuje se da će zastupljenost poremećaja artikulacije biti veća kod dečaka nego kod devojčica.

Četvrta hipoteza glasi: Pretpostavlja se da su deca sa poremećajima artikulacije u većini slučajeva nepovoljno prihvaćena od strane vršnjaka. Peta hipoteza glasi: Kod dece predškolskog uzrasta najučestaliji su poremećaji artikulacije glasova iz grupe afrikata i laterala.

5.5 UZORAK ISTRAŽIVANJA

Istraživanjem je obuhvaćeno 203 ispitanika, oba pola. Uzorak je ujednačen prema parametru uzrasta, svi ispitanici su deca od prvog do četvrtog razreda, kalendarskog uzrasta 7 do 10 godina sa teritorije opštine Sjenica. Ovaj uzrast odabran je jer se šesta godina smatra granicom kada bi dete trebalo usvojiti i ispravno artikulirati sve glasove maternjeg jezika, pa se tako već u narednim godinama kao što su sedma, osma, itd. može istraživati da li postoji određeni artikulacioni poremećaj. Što se tiče parametra pola, struktura ispitivanog uzorka pokazuje da je u ukupnom uzorku istraživanja bilo 112 dečaka i 91 devojčica.

Deca koja čine uzorak ovog istraživanja imaju uredan anatomskofunkcionalni status govornih organa, prosečnih su intelektualnih sposobnosti i bez prisustva senzornih, motoričkih i emocionalnih poremećaja.

5.6. METODE, TEHNIKE I INSTRUMENTI ISTRAŽIVANJA

U istraživanju je korišćen

1. Globalni artikulacioni test
2. Test oralne praksije
3. Test za procenu i dijagnostifikovanje artikulacionih poremećaja

Globalni artikulacioni test- ovim testom se mogu izraziti broj i vrsta oštećenih glasova, kao i stepen oštećenja glasova. Sastoji se od 30 reči i daje se ocena za svaki izgovoreni glas. Ispitivanje se vrši tako što logoped izgovara jednu po jednu reč iz testa, a dete ima zadatak da ih ponavlja. Reč se može ponoviti dva do tri puta, a beleži se najadekvatniji odgovor. Ukoliko se u reči nađu dva ista glasa, procenjuje se samo izgovor prvog glasa. Kvalitet izgovora glasova se vrednuje ocenom (+) za korektno izgovorene glasove, (+/-) za delimično korektno izgovorene glasove i (-) za nekorektno izgovorene glasove.

Test oralne praksije- ovim testom utvrđuje se stanje orofacijalne regije. Test se sastoji od 21og zadatka. Logoped izvodi određeni zadatak, a dete treba da ga ponovi. Korektno izveden zadatak od strane deteta označava se sa (+), delimično izveden pokret sa (+/-), a nemogućnost da se pokret izvede korektno označava se sa (-). Dobijeni rezultati se beleže i na osnovu njih se donosi mišljenje o stanju orofacijalne muskulature deteta.

Test za procjenu i dijagnosticiranje artikulacijskih poremećaja- Ovaj test se sastoji od 50 slika u kojima su zastupljeni svi gasovi našeg jezika u inicijalnoj, medijalnoj i finalnoj poziciji. Ispod svake slike ispisana je ciljane reč koju dete treba reći prilikom imenovanja slike. U svakoj od ciljanih reči podvučena su slova koja predstavljaju glas/ove koji se ispituju. Glasovi koji se ispituju u ciljanim rečima su označeni brojevima ispisanim ispod reči, kako bi logopedu bilo lakše zabeležiti odgovore u Formular za ispitivanje artikulacije.

Prilikom testiranja logoped pokazuje detetu sliku i traži od njega da imenuje ono što je na slici. Ukoliko dete ne prepozna predmet/osobu na slici, ili umesto ciljane reči upotrebi neku drugu reč koja ne sadrži ciljane glasove koje bi trebalo ispitati, logoped se može poslužiti tehnikom „ponovi za mnom“. Logoped zatim beleži u poseban Formular za ispitivanje artikulacije da li je glas izgovoren pravilno, ili se radi o distorziji, supstituciji ili omisiji.

5.7. OPERATIVNI PLAN ISTRAŽIVANJA

Istraživanje je sprovedeno u školskoj 2020/21.godini u OŠ „12. decembar“ u Sjenici, sa decom uzrasta od 7 do 10 godina. Istraživanje je realizovano u toku školske 2020/21.godine u OŠ „12. decembar“ u Sjenici. Istraživanje je trajalo od oktobra 2020. godine, do maja 2021.godine. Za to vreme sam posećivala školu, koja je matična, a postoje u okviru nje i terenska odeljenja. Kontakt sam imala sa nastavnicima, gde sam razmenjivala informacije o učenicima i odeljenjima.

6. REZULTATI ISTRAŽIVANJA

Govorno-jezički razvoj od presudnog je značaja za razvoj ličnosti deteta, i to razvoja svih njenih aspekata – kognicije, socijalizacije, emocionalnog razvoja. Sa druge strane, problemi u govorno-jezičkom izražavanju remete kvalitet života i imaju negativan uticaj delovanja na organizaciju i način funkcionisanja kako individue, tako i njegove porodice. Razvoj jezika ima svoje uzrasne norme i svoje unutrašnje standarde izgovora i upotrebe jezičkih elemenata. Prema mišljenju većine autora, sistem automatizovanih artikulacionih navika u maternjem jeziku uspostavlja se u proseku do sedme godine života, što znači da bi dete na tom uzrastu trebalo da ima automatizovan izgovor svih glasova u sistemu, u svim tipovima fonetskih pozicija (inicijalno, medijalno, finalno, u koartikulaciji i konsonantskim skupovima) u jednosložnim i višesložnim rečima. Međutim, praksa nekada pokazuje drugačije.

U odnosu na ukupan broj ispitanika dece uzrasta od prvog do četvrtog razreda, prikazana je učestalost pravilnog izgovora i dislalija (Grafikon 1) kao jedan od najučestalijih poremećaja artikulacije na ovom uzrastu.



Grafikon 1. Broj ispitanika

Ispitano je 203 učenika, gde je kod 176 učenika registrovan pravilan izgovor, dok je kod 27 učenika prisutna dislalija što pokazuje da određeni broj dece ispitivane grupe ima poremećaj govora tipa dislalije. Dakle, 27 učenika od prvog do četvrtog razreda nepravilno izgovara određen broj glasova.

Dakle, uočavamo da dislalija kao poremećaj artikulacije postoji u najdominantnijem obliku. Razlike u odnosu na pol postoje, ali nisu sa znatno velikom razlikom u odnosu na dečake ili devojčice.



Grafikon 2. Dislalija – razlika u odnosu na pol

U grupi od 112 dečaka, pokazalo se da 16 dečaka ima dislaliju. Dakle, 96 je dečaka sa pravilnim izgovorom ili nekim drugim artikulacionim poremećajem, a 16 sa dislalijom. Kod devojčica su dobijeni sledeći rezultati: od ukupno 91 testiranu devojčicu, 80 ima pravilan izgovor ili neki drugi artikulacioni poremećaj, dok 11 ima dislaliju. Vidimo da su razlike u odnosu na pol slične i neprimetne.

Takođe, rezultati istraživanja pokazuju da se kod učenika od prvog do četvrtog razreda mogu registrovati i artikulacioni poremećaji tipa omissije, supstitucije i distorzije. Dominirao je glasovni poremećaj tipa distorzija koji je evidentiran kod 36 ispitanika slede supstitucije 12 ispitanika i omissija 8 ispitanika (Grafikon 3).

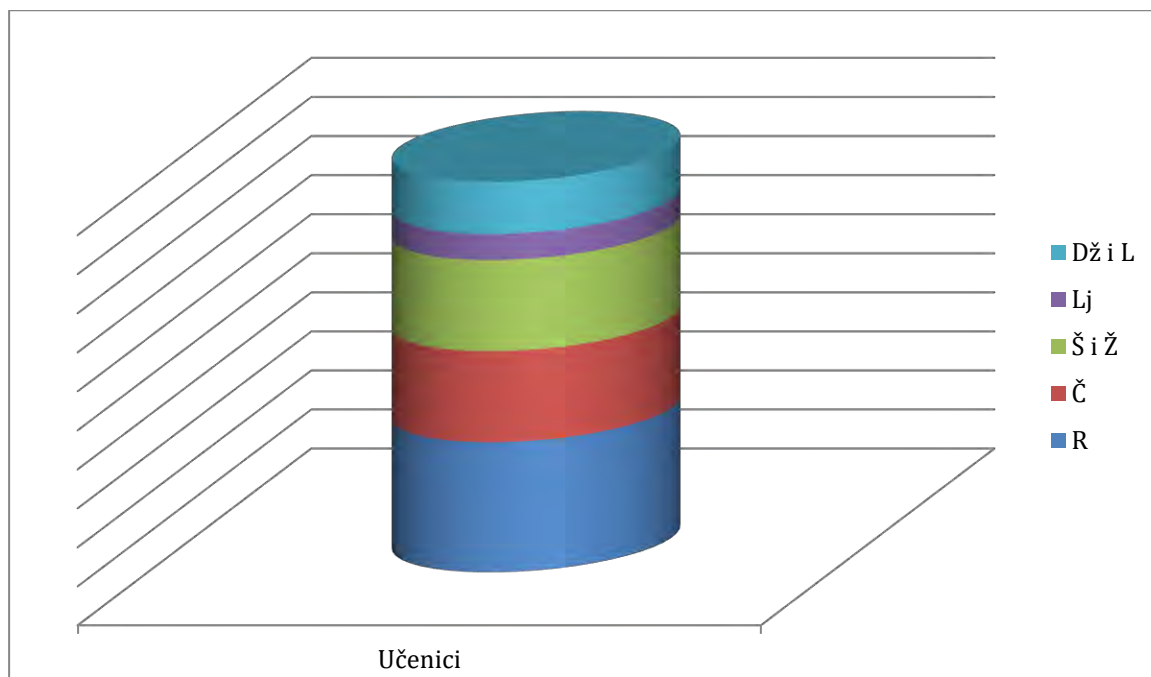
S obzirom na to da razvoj artikulacije glasova teče kroz pet faza: faza racionalizacije (delimično objedinjavanje artikulacionih elemenata u određene glasove), faza omissije (izostavljanje jednog ili više glasova u reči), faza supstitucije (korišćenje sličnih fonema u jednoj reči), faza distorzije (približavanje pravilnom izgovoru glasa uz mala odstupanja) i na kraju normalan izgovor glasova.



Grafikon 3. Omisije, supstitucije, distorzije

Možemo reći da procentualno najveća zastupljenost distorzija predstavlja očekivani rezultat, jer one predstavljaju poslednju fazu u razvoju glasova ka pravilnom izgovoru, koji bi dete u ovom uzrastu trebalo da poseduje.

Pored toga, dalja analiza podataka pokazuje nam učestalost ispada u izgovoru svakog glasa pojedinačno u odnosu na ukupan broj ispitanika. U ukupnoj populaciji ispitivanog uzorka dominirao je poremećaj izgovora glasa R koji je neadekvatno izgovaralo 10 ispitanika, potom glasa Č (7 ispitanika), glasa Š i Ž (7 ispitanika) glasa LJ (2 ispitanika) glasa K i G (2 ispitanika), a zatim sledi Dž, L (4 ispitanika), S i Z (2 ispitanika), C (3 ispitanika), Ć i Đ (2 ispitanika).



Grafikon 4. Izgovori glasova

Navedeni rezultati pokazuju da glasovi koji imaju najveću učestalost pogrešne artikulacije pripadaju grupama laterala frikativa i afrikata što je u skladu sa razvojnim redosledom usvajanja glasova jer se ove grupe glasova razvijaju kasnije za razliku od vokala, ploziva i nazala (Vuletić, 1987).

Glasove a, e, i, o, u, p, b, t, d, f, v, h, j, m, n, nj, su svi ispitanici izgovarali pravilno, zbog toga učestalost njihove pogrešne artikulacije iznosi 0.

Dakle, sva ispitana deca imaju pravilan izgovor svih vokala, svih ploziva, nazala, što je i očekivano s obzirom na to da su ovo glasovi koji se najranije razvijaju u glasovnom sistemu našeg jezika.

7. ZAKLJUČAK

Činjenica da su govorni poremećaji kod dece u porastu dokazana je dosad u brojnim istraživanjima. Šimić (Šimić, 2015) navodi da 30% dece predškolskog uzrasta i oko 12-16% osnovnoškolaca ima poremećaj izgovora određenih glasova. Prema Dobroti i saradnicima (Dobrota i sar., 2006), na uzrastu od četiri i pet godina, dobru artikulaciju ima samo 14% dece, na uzrastu od pet i šest godina 24% dece, dok na uzrastu od šest i sedam godina 39% dece ima dobru artikulaciju. Dmitrić i saradnici (Dmitrić i sar., 2015) sproveli su retrospektivno-prospektivnu studiju u kojoj su ispitali učestalost artikulacionih poremećaja u grupi dece sa govornim i jezičkim poremećajima. Kod 54% dece dijagnostifikovana je dislalija, kod 25% disfazija, a kod 21% mucanje. Omisija i distorzija ploziva nije postojala ni kod jednog od njih, dok se supstitucija ploziva javila kod 12% ispitanika. Omisija afrikata nije postojala ni kod jednog ispitanika, supstitucija kod 29%, a distorzija kod 76% ispitanika. Omisiju frikativa imalo je 29% ispitanika, kod 52% je postojala supstitucija, a kod 82% postojala je distorzija. Omisija i distorzija nazala nije postojala ni kod jednog ispitanika, a supstitucija se javila kod 6% ispitanika. Omisija laterala je postojala kod 6% ispitanika, supstitucija kod 46%, a 52% ispitanika sa poremećajem artikulacije imalo je distorziju laterala. Međutim, u ovom istraživanju poremećaj artikulacije, osim dece sa dijagnozom dislalije, imalo je i 9% dece sa dijagnozom disfazije i 7% dece sa dijagnozom mucanja. Najostnije rečeno, uzroci dislalije se mogu svrstati u četiri kategorije: uzroci sredine, psihološki, organski i nasledni (Golubović, 2012). Usled stalnog uticaja porodice i sredine u kojoj raste, dete prihvata njen način izgovora i jezički model ponašanja. Ako neko u porodici „vrška“, zamenjuje glasove, govori nosnim prizvukom i dete će imitirajući taj govor, naučiti tako da govori. Ono je i kasnije podložno uticaju različitih govornih uzora, drugova, učitelja, omiljenih glumaca, pevača, sportista, pa svoj govor može, svesno ili nesvesno, da poboljša ili pokvari, zavisno od toga kakav je govor osobe ili osoba pod čijim je uticajem bio.

Organski uzroci su pretežno dvojaki: anatomski i neurološki. Anatomski ili anatomsko-strukturalni podrazumevaju anatomske nepravilnosti perifernih govornih organa, (zadebljali ili nespretan jezik, jednostrana pareza jezika, srastao podjezični frenulum i ortodontske anomalije). U ortodontske anomalije koje najčešće uzrokuju artikulacione poremećaje mogu se svrstati: urođeni rascepi usana i nepca, visoko (gotsko) nepce, progenija, protruzija, otvoreni, lateralni otvoreni i ukršteni zagriz, dijastema, retki zubi, gubitak sekutića usled traume. Anatomsko-strukturalne promene na govornim organima otežavaju smer vazdušne struje potrebne pri izgovoru, onemogućavaju stvaranje odgovarajućeg rezonatornog prostora, potrebnu kopresiju

vazduha, kao i adekvatno funkcionisanje jezika i ostalih mekih delova govornih organa. S obzirom na uzrok i mehanizam poremećaja, dislalije se dele na organske i funkcionalne. Organska dislalija je uslovljena anatomskim promenama u perifernim govornim organima kao i bolestima i povredama centralnog nevrvnog sistema, dok su funkcionalne dislalije uslovljene slabošću neurodinamičnih moždanih procesa, pri čemu su fiziološki sluh i periferni govorni organi normalni. Funkcionalna dislalija je dijagnoza u koju su se često svrstavali artikulacioni poremećaji nepoznatog porekla. Međutim, razvojem neuroloških i psiholoških dijagnostičkih metoda uočeno je da veliki broj te dece ima neka druga, dodatna oštećenja. Postoje autori koji predlažu da se termin funkcionalne artikulacione greške zamene nekim drugim, prikladnijim, npr. razvojne greške ili razvojno zaostajanje (Ivičević Desnica, 1993).

LITERATURA

1. Blaži, D. (2003). Artikulacijski nasuprot fonološkom poremećaju. *Govor: časopis za fonetiku*, Vol.1, 27–38.
2. Škarić, I. (1988). *Govorne poteškoće i njihovo uklanjanje*. Zagreb: Mladost.
3. Vuletić, D. (1990). *Test artikulacije*. Zagreb: Fakultet za defektologiju Sveučilišta u Zagrebu.
4. Dobrota, N. (2003). *Poremećaji artikulacije*. Beograd: Zavod za psihofiziološke poremećaje i govornu patologiju.
5. Dmitrić, T., Veselinović, M., Mitrović, S. (2015). „Poremećaji artikulacije u srpskom jeziku kod dece sa patologijom govora“. Medicinski fakultet, Novi Sad.
6. *Govorno jezički poremećaji*, dostupno na: <https://www.lingualogos.com/govorno-jezicki-poremecaji/poremecaji-glasa/>, posećeno 15.09.2022.godine.
7. *Poremećaji artikulacije*, dostupno na: <https://www.logopedtorbica.com/2021/09/08/poremecaji-artikulacije/>, posećeno 15.09.2022.godine.
8. Vedić, D. (2011). *Artikulacioni poremećaji*, Filološki fakultet, Beograd.
9. Salihović, N., Junuzović-Žunić, L. (2005). *Procjena i dijagnosticiranje artikulacijskih poremećaja*. Tuzla
10. Brendel, B. (2008). Effectiveness of metrical pacing in the treatment of apraxia of speech. *Aphasiology*, 22(1), 77-102.
11. Golubović, S. (2012). *Poremećaji fluentnosti govora*. Beograd: Društvo defektologa Srbije
12. Evans, N. (2009). The Myth of Language Universals: Language diversity and its importance for cognitive science. *Behavioral and Brain Sciences*, Vol.32, 448–494.
13. Lončarić, M., Horga, D., Škarić, I. (1995). *Croatian. Jurnal of the International Phonetic Association*, Vol.25, 83–86.
14. Kostić, Đ., (1983). *Globalni artikulacioni test*. U S. Vladislavljević, D. Kostić, & M. Popović (Ur.), *Testovi za ispitivanje govora i jezika*. Beograd: Zavod za udžbenike i nastavna sredstva.
15. Puškarić, K. (2009). *Kad glasovi zapinju*. Zagreb: Foto marketing.

PRILOZI:

Globalni artikulacioni test

reči	+	±	-	primedba
i – vidi				
e – bebe				
a – mama				
o – voda				
u – buba				
p – pada				
b – baba				
t – tata				
d – deda				
k – koka				
g – guma				
c – cica				
ć – ćebe				
đ – đak				
č – čelo				
dž– džep				
f – fes				
v – voz				
s – seka				
z – zima				
š – šuma				
ž – žaba				
h – hodi				
j – jaje				
r – riba				
m – moj				
n – noga				
nj – njiva				
l – lice				
lj – ljudi				

reči	+			±	-			primedba
	1	2	3	4	5	6	7	
	dobri glasovi			granični glasovi	Distorzovani	van konteksta se teško mogu razumeti	dete ne može da ga izgovori	

Test za procjenu i dijagnosticiranje artikulacijskih poremećaja

Formular za ispitivanje artikulacije

Ime i prezime _____
 Datum rođenja _____
 Ustanova _____
 Datum ispitivanja _____

1. <u>Puž</u> 1a, 18c _____	24. <u>Konj</u> 9c _____	47. <u>Ekran</u> 27a _____
2. <u>Cipela</u> 1b, 21a _____	25. <u>Šal</u> 10c, 17a _____	48. <u>Indijanac</u> 28a _____
3. <u>Džip</u> 1c, 24a _____	26. <u>Ljulja</u> 11a _____	49. <u>Avion</u> 28b, 29b _____
4. <u>Banane</u> 2a, 8b _____	27. <u>Haljina</u> 11b, 20a _____	50. <u>Kanu</u> 30c _____
5. <u>Žaba</u> 2b, 18a, 26c _____	28. <u>Češalj</u> 11c, 17b _____	
6. <u>Golub</u> 2c _____	29. <u>Voz</u> 12a, 16c _____	
7. <u>Tepih</u> 3a, 20c _____	30. <u>Lav</u> 12c, 26b _____	
8. <u>Gitara</u> 3b, 6a, 14b _____	31. <u>Jaja</u> 13b _____	
9. <u>Sat</u> 3c, 15a _____	32. <u>Ruža</u> 14a, 18b _____	
10. <u>Drvo</u> 4a, 14b _____	33. <u>Motor</u> 14c _____	
11. <u>Jagode</u> 4b, 13a, 27c _____	34. <u>Pas</u> 15c _____	
12. <u>Labud</u> 4c _____	35. <u>Zec</u> 16a, 21c _____	
13. <u>Kuća</u> 5a, 23b, 30b _____	36. <u>Fotelja</u> 19a, 27b _____	
14. <u>Makaze</u> 5b, 16b _____	37. <u>Šaraf</u> 19c _____	
15. <u>Đak</u> 5c, 25a _____	38. <u>Uho</u> 20b, 30a _____	
16. <u>Papagaj</u> 6b, 13c _____	39. <u>Lubenica</u> 10a, 21b _____	
17. <u>Nosorog</u> 6c, 8a, 15b _____	40. <u>Čekić</u> 22a, 23c _____	
18. <u>Miš</u> 7a, 17c _____	41. <u>Oči</u> 22b, 28c, 29a _____	
19. <u>Pidžama</u> 7b, 24b _____	42. <u>Kolač</u> 22c _____	
20. <u>Čilim</u> 7c, 23a _____	43. <u>Bedž</u> 24c _____	
21. <u>Telefon</u> 8c, 10b, 19b _____	44. <u>Sude</u> 25b _____	
22. <u>Njiva</u> 9a, 12b _____	45. <u>Čad</u> 22c _____	
23. <u>Konji</u> 9b _____	46. <u>Auto</u> 26a, 29c _____	

Ispitivanje izgovora konsonantskih klastera u riječima

1. <u>Sladoled</u> _____	Na početku	U sredini	Na kraju
2. <u>Cvijeće</u> _____			
3. <u>Leptir</u> _____			
4. <u>Viljuška</u> _____			
5. <u>Ključ</u> _____			
6. <u>Biciklo</u> _____			
7. <u>Knjige</u> _____			
8. <u>Olovka</u> _____			
9. <u>Mačka</u> _____			
10. <u>Brod</u> _____			

Napomena: _____

1 P			
2 B			
3 T			
4 D			
5 K			
6 G			
7 M			
8 N			
9 NJ			
10 L			
11 LJ			
12 V			
13 J			
14 R			
15 S			
16 Z			
17 Š			
18 Ž			
19 F			
20 H			
21 C			
22 Č			
23 Ć			
24 DŽ			
25 Đ			



PUŽ
1a, 18c



CIPELA
1b, 21a



DŽIP
1c, 24a



BANANE
2a, 8b



ŽABA
2b, 18a, 26c



GOLUB
2c



TEPIH
3a, 20c



SAT
3c, 15a



LABUD
4c



KUĆA
5a, 23b, 30b



MAKAZE
5b, 16b



NOSOROG
6c, 8a, 15b



MIŠ
7a, 17c



PIDŽAMA
7b, 24b



NJIVA
9a, 12b



KONJI
9b



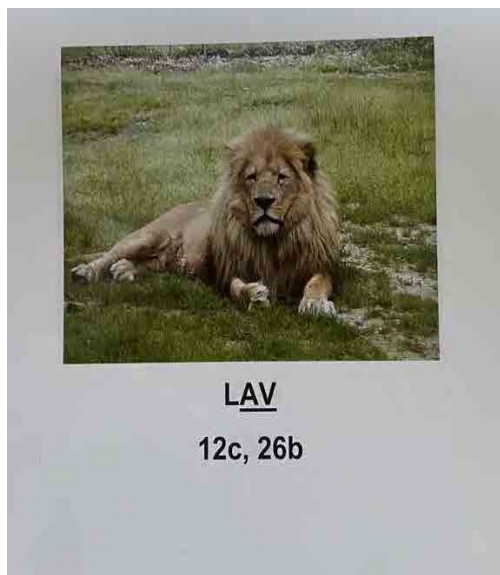
KONJ
9c



HALJINA
11b, 20a



ČEŠALJ
11c, 17b



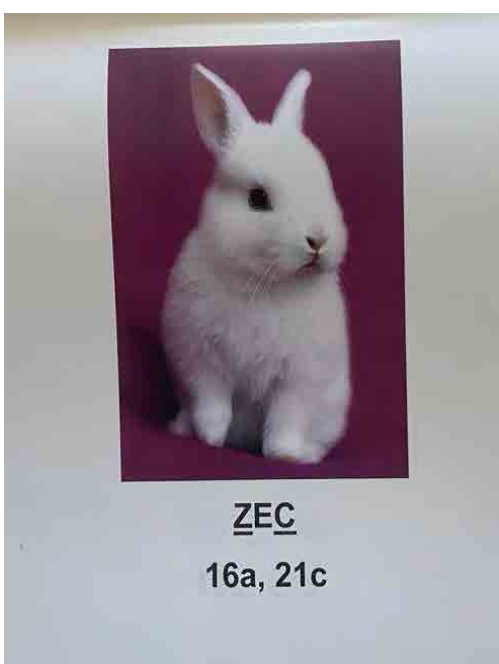
LAV
12c, 26b



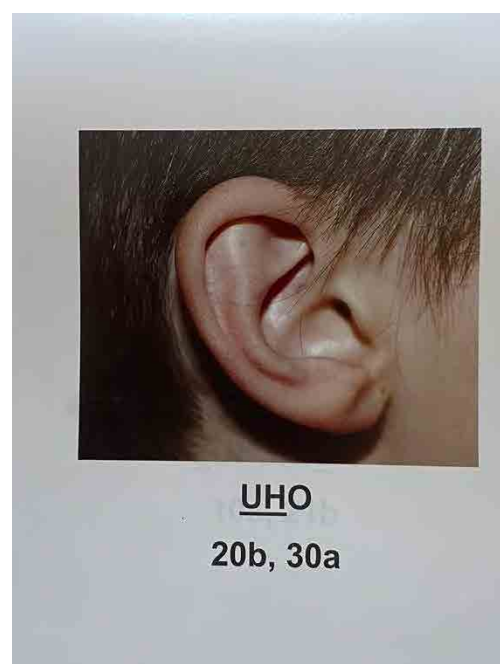
MOTOR
14c



PAS
15c



ZEC
16a, 21c



UHO
20b, 30a



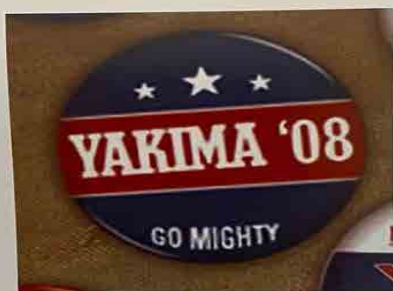
LUBENICA

10a, 21b



ČEKIĆ

22a, 23c



BEDŽ

24c



SUĐE

25b



ČAĐ

25c



INDIJANAC

28a



AVION
28b, 29b



KANU
30c



LEPTIR



VILJUŠKA



KLJUČ



OLOVKA



MAČKA



DRVO

4a, 14b



JAGODE

4b, 13a, 27c



ĐAK

5c, 25a



PAPAGAJ

6b, 13c



ĆILIM

7c, 23a



TELEFON
8c, 10b, 19b



ŠAL
10c, 17a



LJULJA
11a



JAJA
13b



RUŽA
14a, 18b



FOTELJA
19a, 27b



ŠARAF
19c



OČI
22b, 28c, 29a



KOLAČ
22c



AUTO
26a, 29c



EKRAN
27a



SLADOLED



CVIJEĆE



BICIKLO



KNJIGE