

Postawy komunikacyjne dzieci w wieku wczesnoszkolnym z jąkaniem w samoocenie i ocenie rodziców*

Communication attitudes of early school-age children who stutter:
Self-assessment and parental evaluation

Abstract: The primary aim of the study was to determine whether the communication attitudes of early school-age children who stutter differ from those of their fluent-speaking peers, and whether parental assessment of their children's attitudes toward speaking align with the children's own self-assessment. A quasi-experimental research design was used, comparing an experimental group with a control group. Two independent variables were determined: speech fluency and the presence of a speech defect, and one dependent variable – the evaluation of communication attitudes. The analysis also examined the average scores of the children from both groups, divided by gender, age, articulation, and – for children who stutter – also by type and severity of stuttering. The findings confirmed that children who stutter hold more negative attitudes toward their own speech compared to their fluent-speaking peers. The study also showed that parental assessments of communication attitudes of children who stutter differ from the children's self-assessment.

Key words: communication attitudes, stuttering, speech fluency, children's self-assessment, parental assessment

Abstrakt: Nadrzędnym celem badań było ustalenie, czy postawy komunikacyjne dzieci w wieku wczesnoszkolnym z jąkaniem różnią się od reakcji prezentowanych przez ich płynnie mówiących rówieśników oraz czy rodzicielska ocena nastawienia dzieci do mówienia jest zgodna z ich samooceną. Wykorzystano schemat quasi-eksperymentalny – porównano grupę eksperymentalną z grupą kontrolną. Określone zostały dwie zmienne niezależne – płynność mowy i występowanie wady wymowy, oraz jedna zmienna zależna – ocena postaw komunikacyjnych. Analizie poddano także średnie wyniki badanych dzieci z obu grup podzielonych ze względu na płeć, wiek, artykulację, a w przypadku osób z jąkaniem także ze względu na typ oraz nasilenie jąkania. Analiza zebranego materiału badawczego potwierdziła, że dzieci z jąkaniem prezentują bardziej negatywne nastawienie do własnego mówienia

* Artykuł powstał na podstawie mojej pracy magisterskiej pt. *Postawy komunikacyjne dzieci z jąkaniem w wieku wczesnoszkolnym w samoocenie i ocenie rodziców*, obronionej w Akademii Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej w Warszawie w 2023 r. (Instytut Wspomagania Rozwoju Człowieka i Edukacji, Zakład Logopedii i Lingwistyki Edukacyjnej. Promotor: dr Danuta Emiluta-Rożyca. <https://apd.aps.edu.pl/diplomas/30897/>).

niż ich płynnie mówiący rówieśnicy. Badania ujawniły również, iż rodzicielska ocena postaw komunikacyjnych dzieci z jękaniami różni się od ich samooceny.

Słowa kluczowe: postawy komunikacyjne, jękanie, płynność mowy, samoocena dzieci, ocena rodzicielska

Wprowadzenie

W niniejszym artykule podjęto tematykę postaw komunikacyjnych dzieci w wieku wczesnoszkolnym, które doświadczają jękania. Tekst powstał jako rozwinięcie autorskiego posteru zaprezentowanego na Międzynarodowej Konferencji „Wielogłos o jękanii i gielkocie”, zorganizowanej 15 września 2024 r. w Katowicach przez Uniwersytet Śląski. Służy zaprezentowaniu wyników badań przeprowadzonych w ramach pisanego magisterskiego.

Istnieją mocne dowody wskazujące na to, iż negatywne nastawienie dzieci z jękaniami do komunikacji jest ściśle powiązane z występującymi u nich zaburzeniami płynności mówienia (Kawai et al., 2012). Dowiedzono też, że negatywne reakcje związane z własną mową wywierają ogromny wpływ na utrzymywanie się jękania (Bloodstein i Bernstein Ratner, 2007). Ponadto rozwijająca się u dziecka świadomość własnych trudności w płynnym komunikowaniu się wpływa bezpośrednio na jakość kontaktów społecznych i interakcji z innymi osobami (Packman et al., 2003). Dlatego też niewątpliwie ważna jest odpowiednia, indywidualna diagnoza i dostosowanie działań terapeutycznych do potrzeb dziecka doświadczającego jękania oraz potrzeb jego rodziny. Celem podjętych badań było porównanie samooceny postaw komunikacyjnych dzieci z jękaniami z postawami ich płynnie mówiących rówieśników, a także zestawienie i zanalizowanie reakcji dzieci na ich własne mówienie z rodzicielską oceną postaw komunikacyjnych dzieci. Pozwoliło to określić stopień świadomości własnych trudności uczniów w wieku wczesnoszkolnym z jękaniami oraz poznać przyczyny ich ewentualnego negatywnego nastawienia do własnego mówienia.

Doświadczanie jękania

Perspektywa dziecka w wieku szkolnym

Jękanie jest zaburzeniem o wieloczynnikowej etiologii, które wpływa bezpośrednio na komunikację interpersonalną, niepłynności w mowie towarzyszą bowiem czynniki lingwistyczne, fizjologiczne, socjologiczne oraz psychologiczne. Jękanie przejawia się najczęściej skurczami mięśni trzech aparatów – oddechowego, fonacyjnego oraz artykulacyjnego; skurcze te wywołują bloki o charakterze tonicznym bądź klonicznym. Dodatkowo często odnotowuje się występowanie dysfunkcji w zakresie objawów pozajęzykowych, np. stany logofobii, a także współtruchy mięśniowe (Chęciek, 2012).

Dodatkowo wiele dzieci z jękaniami postrzega siebie jako nieskutecznych mówców, ma również negatywne myśli o sobie i sposobie swojego mówienia. W miarę dorastania dzieci doświadczają coraz to nowszych sytuacji, którym muszą stawić czoła. Wyzwania te zwiększają dziecięcą świadomość jękania i wpływają na perspektywę doświadczania niepłynności (Rocha et al., 2020).

Z biegiem czasu u dzieci z jękaniem, które przechodzą przez kolejne lata nauki szkolnej, często rozwijają się coraz bardziej negatywne poglądy na temat siebie jako uczestników aktu komunikacyjnego. Niektóre dzieci doświadczają podwyższonego poziomu niepokoju w porównaniu do poziomu niepokoju płynnie mówiących rówieśników. Postępujące oczekiwania oraz wymagania językowe, edukacyjne oraz komunikacyjne, w tym dotyczące płynności, a także reakcja społeczna na dysfluencję wpływają na dziecko. Niepłynność mówienia występująca w latach szkolnych ma różne skutki – niektóre dzieci z jękaniem doświadczają negatywnych stereotypów ze strony np. rówieśników, nauczycieli, a inne nie spotykają się z negatywnymi reakcjami. Wielu dorosłych z niepłynnością mówienia zgłasza jednak, że jękanie przez lata szkolne miało ogromny wpływ na wyniki tych osób w nauce (utrudniało np. głośne czytanie, ustny udział w lekcjach) oraz na ich relacje z rówieśnikami i nauczycielami, powodowało obniżenie samooceny, co wywarło wpływ na jakość życia tych dorosłych (Millard, 2019).

Niejednokrotnie w momencie, gdy dziecko z jękaniem dostrzega swoją odmienność, zaczyna rezygnować z kontaktów społecznych, unika ich na rzecz działania w samotności. Bywa, że ignorowane przez innych uczniów stopniowo zaczyna przyjmować pozycję odrzucenia oraz izolacji od społeczności klasowej. W obawie przed ośmieszeniem oraz byciem przedmiotem drwin uczeń z jękaniem nie inicjuje rozmów z rówieśnikami. Warto dodać, że zdarzają się sytuacje, w których dziecko z jękaniem doświadcza przemocy rówieśniczej – tzw. bullyingu (Dziukiewicz, 2020).

Perspektywa społeczna oraz rodzicielska

Przez lata w opinii społecznej utrwały się niewłaściwe poglądy na temat osób z jękaniem, dokładnie ich kompetencji, intelektu oraz osobowości. Spowodowało to, że osoby te wciąż doświadczają na co dzień dyskryminacji i stygmatyzacji w różnych obszarach swojego życia, takich jak: praca, szkoła, związki. Przekłada się to na jakość życia tych dorosłych. Podkreślić należy, że negatywne postawy wobec osób z niepłynnością mowy obserwowane są na całym świecie, dodatkowo kształtują się już u dzieci we wczesnym wieku. Dlatego też konieczne jest ciągłe rozwijanie systemu wsparcia dla osób z jękaniem i budowanie coraz bardziej tolerancyjnego środowiska, w tym rodzinnego. Zmiana negatywnych postaw społecznych w odniesieniu do jękania jest jednak niezwykle trudna i wymaga czasu (Weidner i St. Louis, 2021).

Na złe funkcjonowanie osób z dysfluencją mowy ogromny wpływ mają negatywne stereotypy, czyli postawy wobec osób z jękaniem oraz ich ocenianie. Zatem płynność mowy osoby z jękaniem, która wie o tym, że jest negatywnie odbierana przez innych, może się pogarszać. Z kolei w odniesieniu do rozmówców osób z jękaniem można stwierdzić, że brak podstawowej wiedzy na temat niepłynności mówienia, a także brak kontaktu z osobami jękającymi się może budzić lęk, a także być przyczyną pejoratywnych ocen. Postronne osoby zazwyczaj nie wiedzą, jak powinny się zachowywać w stosunku do osób z jękaniem. Otoczenie nie rozumie tego, co odczuwa m.in. niepłynnie mówiące dziecko (Błachnio et al., 2015).

Występowanie niepłynności mówienia w procesie komunikacji bywa traktowane jako pewnego rodzaju stresor, czyli bodziec powodujący reakcję o charakterze stresowym

zarówno u osoby z jękaniem, jak i u jej rozmówcy. Objawami typowymi dla rozmówcy osoby z jękaniem są m.in.: zakłopotanie, tendencja do szybkiego kończenia dialogu, dezorientacja, odczuwanie zmęczenia, nienaturalne zachowania, okazywanie chęci do udzielenia pomocy (Bijak i Kamińska, 2013).

Otoczenie często odbiera osoby z niepełnością mowy przez pryzmat ich zaburzenia. Często stają się one obiektem przemocy, żartów w środowisku zarówno szkolnym, jak i zawodowym. Społeczeństwo postrzega osoby z jękaniem jako mniej pożądane na pewnych stanowiskach – osoby te są bowiem osądzane przez pryzmat płynności mówienia. Badania ukazują, że jękający się stereotypowo są oceniani często jako nieufni oraz lękliwi (Grzybowska et al., 1991, za: Błachnio et al., 2015). Przypisuje się im również występowanie negatywnych emocji w większym natężeniu niż to, które rzeczywiście odczuwają (Błachnio, 2013, za: Błachnio et al., 2015). Wobec tego można stwierdzić, że społeczna perspektywa doświadczania jękania często wynika z braku wiedzy na temat zaburzeń płynności mowy i nie ma realnego usprawiedliwienia. Istotne jest jednak to, że postrzeganie społeczne osoby doświadczającej jękania ma ogromny wpływ na jej codzienne funkcjonowanie i dalsze życie (Błachnio et al., 2015).

Rodzice zazwyczaj postrzegają jękanie dziecka jako coś, co negatywnie na nie wpływa. Badania prowadzone na przestrzeni lat ukazują, że zdaniem większości opiekunów niepełność mowy powoduje frustrację u ich dzieci, jest przyczyną smutku i gniewu w codziennym życiu (Guttormsen et al., 2021).

Często rodzice dzieci z jękaniem uważają się za winnych występowania tego zaburzenia u ich podopiecznych. Badania naukowe wyraźnie dowodzą jednak, że opiekunowie nie odpowiadają za wystąpienie jękania u dzieci. Wręcz przeciwnie, rodzice są w stanie najskuteczniej wspomóc swoje pociechy w procesie ustępowania objawów. Pomimo że zmiany w sposobie komunikacji rodziców z ich dziećmi nie są podłożem niepełności w mowie, to mogą wpływać na częstotliwość występowania objawów. Badania potwierdzają, że rodzice doświadczają większego niepokoju w trakcie aktu komunikacyjnego z osobą z jękaniem niż z płynnie mówiącą (Zenner et al., 1978, za: Kowalczyk, 2020). Dzieci mogą wtedy odczuwać niepokój lub dyskomfort występujący u rodzica, który z kolei nie wie, jak ma reagować na dyskomfort dziecka. Często zaskoczeni opiekunowie starają się zrozumieć swoje dzieci, szukają więc m.in. w Internecie informacji na temat jękania. Niekiedy zdarza się, szczególnie w okresie intensywnego rozwoju mowy dziecka, że rodzice oczekują, iż trudności z płynnością mowy samoistnie ustąpią. Wpływa to bezpośrednio na utrzymywanie się niepokoju opiekunów, który odczuwa również dziecko. Niewątpliwie potrzebna w tej sytuacji jest pomoc specjalisty zajmującego się diagnozą i terapią dzieci z jękaniem. Pozwoli on wdrożyć w rodzinie specjalne strategie działań terapeutycznych, które pomogą rodzicom m.in. zrozumieć istotę niepełności mowy, wspomóc płynność mówienia poprzez np. okazywanie cierpliwości, unikanie presji czasu oraz kończenia zdań w komunikacji (Kowalczyk, 2020).

Problem badawczy i cel badań

Celami ogólnymi przedstawionych w artykule badań są: **porównanie samooceny postaw komunikacyjnych dzieci w wieku wczesnoszkolnym z jękaniem oraz płynnie mówiących oraz porównanie samooceny własnej mowy dzieci jękających się oraz płynnie mówiących z rodzicielską oceną ich postaw komunikacyjnych.**

Hipotezy badawcze

Na podstawie własnych doświadczeń oraz obserwacji, w tym bezpośrednich kontaktów z osobami z jękaniem, sformułowano następujące hipotezy badawcze:

1. Dzieci z jękaniem prezentują postawy typowe dla środowiska osób doświadczających niepełności mówienia. Ujawniają negatywne nastawienie do własnej mowy. Natomiast dzieci mówiące płynnie prezentują jedynie pojedyncze negatywne postawy związane z komunikowaniem się. Oznacza to, że dzieci z jękaniem są bardziej krytyczne względem swojej mowy niż dzieci płynnie mówiące.
2. Zaburzona płynność mówienia bezpośrednio wpływa na zmianę postaw komunikacyjnych. Dzieci z wysokim procentem niepełności oraz dominacją skurczy mięśni o charakterze tonicznym są bardziej negatywnie nastawione do własnego mówienia niż dzieci z małym nasileniem objawów. Natomiast współwystępowanie wady wymowy i jękania nie wpływa na zwiększenie ilości negatywnych postaw komunikacyjnych u dzieci doświadczających jękania.
3. Obecność nienormatywnej artykulacji nie wpływa na zmianę postaw komunikacyjnych dzieci w wieku wczesnoszkolnym mówiących płynnie.
4. Rodzicielska ocena postaw komunikacyjnych dzieci różni się od ich samooceny postaw. Rodzice wykazują więcej negatywnego nastawienia do sposobu wypowiadania się ich dziecka niż ono samo.

Metoda badań, narzędzia badawcze i charakterystyka próby

Badanie miało charakter quasi-eksperymentalny, analizie poddano pięć zmiennych niezależnych: płeć, wiek, stan artykulacji oraz typ jękania, procent niepełności (w przypadku dzieci z jękaniem). Natomiast zmienną zależną była ocena postaw komunikacyjnych dziecka.

Do realizacji konkretnych technik badań stosowane są narzędzia badawcze. Do badania dzieci z jękaniem oraz dzieci płynnie mówiących posłużyły:

- próba sylabowa do oceny niepełności mówienia autorstwa Zdzisława Marka Kurkowskiego (2003);
- test do badania postaw związanych z komunikowaniem się (CAT) autorstwa Martine Vanryckeghem i Gene'a J. Bruttena (2021);
- kwestionariusz obrazkowy do badania artykulacji autorstwa Iwony Michalak-Widery (2009);
- autorska *Karta do badań przesiewowych*.

W części skupionej na rodzicielskiej ocenie postaw komunikacyjnych dzieci wykorzystany został *Kwestionariusz ankiety dla rodziców dzieci z jękaniem oraz dla rodziców dzieci płynnie*

mówiących, który opracowano na potrzeby badania. Powstał na podstawie *Testu do badania postaw związanych z komunikowaniem się (CAT)*, który jest jednym z testów autoewaluacyjnych wchodzących w skład *Baterii testów do oceny zachowań dla dzieci w wieku szkolnym, które się jęka* (BAB) autorstwa Martine Vanryckeghem i Gene’a J. Bruttena (2021).

Badania miały miejsce na terenie Warszawy. Spośród badanych wyłoniono następujące grupy: grupa I (eksperymentalna) – dzieci w wieku wczesnoszkolnym z jękaniem oraz ich rodzice, grupa II (kontrolna) – dzieci z klas 1–3 szkoły podstawowej płynnie mówiące oraz ich rodzice. Obydwie badane grupy były jednorodne pod względem ilościowym. Udział w badaniu wzięło łącznie 42 dzieci, po 21 z każdej grupy, oraz ich rodzice (łącznie przebadano 84 osoby).

Badania dzieci

Charakterystykę grupy eksperymentalnej, czyli badanej grupy dzieci z jękaniem, zaprezentowano w tabeli 1. Każdemu dziecku przypisano indywidualny kod.

Tabela 1
Charakterystyka badanej grupy dzieci z jękaniem wraz z opisem objawów zaburzeń artykulacyjnych oraz ewentualnych nieprawidłowości w zakresie budowy i/lub funkcjonowania narządów aparatu mowy i/lub przebiegu funkcji fizjologicznych

Kod dziecka z jękaniem	Wiek w latach	Płeć	Procent niepełności	Typ jękania	Stan artykulacji
dj1	8	M	2	j.k.	NP – sygmatyzm właściwy interdentalny [s z c 3], [š ž č 3] oraz [ś ź ć 3]; niestała artykulacja głoski [r]: jednouderzeniowa i/lub z retrofleksem; wysoko wysklepione podniebienie twarde; protruzja zębów oraz zgryz głęboki; połykanie niemowlęce
dj2	10	Ż	16,7	j.t.k.	P – zgryz krzyżowy
dj3	8	M	11,3	j.k.	NP – pararotacyzm [r] jako [l]; protruzja zębów oraz zgryz głęboki; obniżona sprawność mięśni języka
dj4	8	M	8	j.k.t.	P
dj5	7	Ż	7,7	j.k.	NP – sygmatyzm właściwy addentalny [s z c 3]; pararotacyzm [r] jako [l]
dj6	9	M	5	j.k.t.	NP – sygmatyzm właściwy interdentalny boczny [s z c 3]; skrócone wędzidełko podjęzykowe, protruzja zębów
dj7	7	M	18	j.t.k.	NP – rynolalia aperta samogłosek; rotacyzm właściwy jednouderzeniowy; wąskie podniebienie twarde; zgryz głęboki; napięty mięsień bródkowy; osłabiona sprawność podniebienia miękkiego

Kod dziecka z jąkaniem	Wiek w latach	Płeć	Procent niepełności	Typ jąkania	Stan artykulacji
dj8	8	M	5,3	j.k.t.	P – wąskie, wysoko wysklepione podniebienie twarde; protruzja zębów; osłabiona sprawność podniebienia miękkiego
dj9	8	Ż	4,3	j.k.	P – skrócone wężdzidełko podjęzykowe; tyłozgrzyz; wąskie i wysoko wysklepione podniebienie twarde; obniżona sprawność mięśni języka; połykanie niemowlęce; parafunkcja – gryzienie dolnej wargi górnymi siekaczami
dj10	8	M	6	j.k.	NP – sygmatyzm właściwy interdentalny [s z c ʒ]; rynolalia aperta samogłosek; zgryz głęboki i przesunięta linia pośrodkowa zębów; osłabiona sprawność podniebienia miękkiego
dj11	7	M	3,3	j.k.	P – wysoko wysklepione podniebienie twarde, zgryz głęboki, osłabiona sprawność warg
dj12	7	Ż	3,6	j.k.t.	NP – rotacyzm właściwy jednoudzeniowy; obniżona sprawność narządów aparatu artykulacyjnego
dj13	8	M	5	j.k.t.	NP – obniżona palatalność głosek [ś ż ć ʒ];
dj14	8	M	10,3	j.t.k.	NP – sygmatyzm właściwy interdentalny [s z c ʒ], [ś ż ć ʒ] oraz [ś ż ć ʒ]
dj15	7	M	1,3	j.k.	P
dj16	8	M	9	j.k.t.	NP – rotacyzm właściwy uwularny
dj17	7	Ż	6	j.k.t.	NP – sygmatyzm właściwy dorsalny [ś ż ć ʒ]
dj18	8	Ż	7	j.k.t.	P
dj19	8	M	4,6	j.k.t.	NP – deformacja głosek [v], [f] – dwuwargowa realizacja; obniżona sprawność i napięcie warg
dj20	7	M	40,6	j.t.	P
dj21	9	M	3	j.k.t.	P

Adnotacja. Ż – płeć żeńska; M – płeć męska; typ jąkania: j.k. – jąkanie kloniczne; j.t. – jąkanie toniczne; j.k.t. – jąkanie kloniczno-toniczne; j.t.k. – jąkanie toniczno-kloniczne; stan artykulacji: **P** – prawidłowy (ewentualne nieprawidłowości w zakresie budowy i/lub funkcjonowania narządów aparatu artykulacyjnego i/lub w przebiegu funkcji fizjologicznych, które bezpośrednio nie wpływają na wymowę); **NP** – nieprawidłowy (w przypadku nienormalnej wymowy objawy, a także ewentualne nieprawidłowości w zakresie budowy i/lub funkcjonowania narządów aparatu mowy i/lub w przebiegu funkcji fizjologicznych zostały dokładnie opisane).

Grupa eksperymentalna liczyła 21 dzieci, w tym 6 dziewczynek (29%) oraz 15 chłopców (71%). Większość stanowiły dzieci w młodszym wieku szkolnym – 7-letnie ($n = 7$; 33%) oraz 8-letnie ($n = 11$; 52%). Zaledwie dwoje dzieci miało 9 lat (10%), a tylko jedno 10 lat (5%). Wskaźniki niepełności trojga uczniów (dj1, dj15, dj21), którzy stanowią 14% grupy, nie przekroczyły 3%. Zatem ich wyniki mieszczą się w powszechnie podawanej normie. Uczniowie ci jednak nie zostali wyłączeni z badania, a zaliczeni do grupy dzieci z jękaniem, gdyż uczęszczają na zajęcia logopedyczne dla dzieci z jękaniem, a w mowie osób z grupy kontrolnej nie pojawiały się żadne epizody niepełności. Ponadto jękanie jest zmienne i niejednorodne. Oznacza to, że jego nasilenie oraz objawy mogą się różnić w czasie i w różnych sytuacjach.

Należy w tym miejscu podkreślić, że ocena dokonana jedynie za pomocą narzędzia badawczego *Próba sylabowa do oceny niepełności mówienia* autorstwa Zdzisława Marka Kurkowskiego (2003) jest niewystarczająca, nie uwzględnia bowiem pełnego zakresu objawów oraz kontekstu ich występowania. Najwięcej dzieci ($n = 9$; 42,86%) uzyskało wynik niepełności w mówieniu mieszczący się w granicach 3,1–6%. Wyniki czworga dzieci, które stanowią ok. 19% grupy, znalazły się w przedziale wynoszącym od 6,1% do 9% zająknięć w czasie mówienia. Natomiast zarówno w granicach od 9,1% do 12% niepełności w mowie, jak i w przedziale od 15,1% do 18% znalazło się odpowiednio po dwoje uczniów; w zaokrągleniu to ok. 10% grupy. Warto podkreślenia jest to, że tylko u jednej osoby badanej (dj20) procent nasilenia jękania wynosił powyżej 21%, a dokładnie 40,6%. Wynik ten z pewnością zawyżył średnią całej grupy, która jest równa 8,5%.

Jeżeli chodzi o typ jękania, to najczęściej u dzieci z jękaniem ($n = 10$; 48%) zaobserwowano jękanie kloniczno-toniczne. Drugim z kolei typem było jękanie kloniczne, które wystąpiło u siedmiorga dzieci (33%). Natomiast jękanie toniczno-kloniczne zdiagnozowano u trojga uczniów, którzy stanowią 14% grupy eksperymentalnej. Zaledwie u jednego dziecka (dj20), którego procent nasilenia niepełności w grupie był najwyższy, odnotowano występowanie jękania tonicznego (5%).

Badania pozwoliły także na ocenę artykulacji dzieci z jękaniem. U 12 dzieci (57%) zauważono nieprawidłowości w wymowie. Najczęściej pojawiającymi się objawami były różnego rodzaju sygmatyzmy, obejmujące trzy szeregi, oraz rotacyzmy/pararotacyzmy. Z kolei artykulacja dziewięciorga uczniów (43%) okazała się prawidłowa. U czworga z nich zauważono jednak pewne nieprawidłowości w obrębie budowy i/lub funkcjonowania narządów aparatu artykulacyjnego i/lub przebiegu funkcji fizjologicznych; choć nieprawidłowości te bezpośrednio nie wpływają na wymowę, zostały skrupulatnie odnotowane w tabeli 1.

Charakterystykę grupy kontrolnej, czyli badanej grupy dzieci płynnie mówiących, przedstawiono w tabeli 2. Podobnie jak w przypadku dzieci z niepełnością w mowie każdemu dziecku przypisano indywidualny kod.

Tabela 2

Charakterystyka badanej grupy dzieci płynnie mówiących wraz z opisem ewentualnych nieprawidłowości w zakresie artykulacji

Kod dziecka płynnie mówiącego	Wiek w latach	Płeć	Stan artykulacji
d1	8	M	NP – sygmatyzm właściwy interdentalny [s z c ʒ]; skrócone wędzidełko podjęzykowe; nieprawidłowa pozycja spoczynkowa języka
d2	7	M	NP – sygmatyzm właściwy interdentalny [s z c ʒ]; wąskie podniebienie twarde; powiększone migdałki podniebienne; zrotowane górne siekacze; przesunięta linia pośrodkowa zębów; połykanie niemowlęce
d3	8	Ż	NP – rotacyzm właściwy jednoudzerzeniowy; wąskie podniebienie twarde; powiększone migdałki podniebienne; tyłozgryz; obniżona sprawność mięśni języka – połykanie niemowlęce i nieprawidłowa pozycja spoczynkowa języka
d4	9	Ż	NP – rotacyzm właściwy wokaliczny; przesunięta linia pośrodkowa zębów
d5	7	Ż	NP – sygmatyzm właściwy interdentalny [s z c ʒ], [ʃ ʒ ċ ʒ] oraz tendencja do wymowy interdentalnej głosek [ʃ ʒ ċ ʒ]; skrócone wędzidełko podjęzykowe; wąskie podniebienie twarde; zgryz krzyżowy; połykanie niemowlęce
d6	7	M	P – połykanie niemowlęce
d7	7	M	NP – rotacyzm właściwy wokaliczny; połykanie niemowlęce; wąskie podniebienie twarde
d8	9	M	NP – sygmatyzm złożony: dźwięki pośrednie w przypadku głosek: [s z c ʒ], [ʃ ʒ ċ ʒ]; tetacyzm właściwy interdentalny; lambdacyzm właściwy interdentalny; głoska [n] artykułowana interdentalnie; rotacyzm właściwy jednoudzerzeniowy; skrócone wędzidełko podjęzykowe; zgryz otwarty; obniżona sprawność narządów aparatu artykulacyjnego; nieprawidłowe ruchy zuchwy (nawykowe przemieszczanie boczne lewostronne oraz doprzednie podczas artykulacji) – kompensujące ruchy innych narządów aparatu żucia; połykanie na etapie przejściowym; nieprawidłowa pozycja spoczynkowa języka
d9	8	M	P
d10	9	M	P
d11	8	M	NP – sygmatyzm właściwy interdentalny [s z c ʒ], [ʃ ʒ ċ ʒ]
d12	7	M	NP – sygmatyzm właściwy interdentalny [ʃ ʒ ċ ʒ]
d13	9	Ż	P
d14	7	Ż	P – mięsiste wędzidełko wargi górnej
d15	7	Ż	P – zgryz krzyżowy

Kod dziecka płynn timer mówiącego	Wiek w latach	Płeć	Stan artykulacji
d16	8	M	NP – sygmatyzm właściwy interdentalny [s z c 3]; tetacyzm właściwy interdentalny; lambdacyzm właściwy interdentalny; głoska [n] wymawiana interdentalnie; obniżona sprawność mięśni aparatu artykulacyjnego
d17	7	Ż	NP – rotacyzm właściwy uvularny
d18	7	Ż	P
d19	8	Ż	P
d20	9	M	P – skrócone wędzidełko podjęzykowe tylne
d21	9	Ż	NP – parasygmatyzm [š ž č ž] jako [s z c 3]; wąskie i wysoko wysklepione podniebienie twarde; protruzja zębów; obniżona sprawność mięśni języka

Adnotacja. Ż – płeć żeńska; M – płeć męska; typ jąkania: j.k. – jąkanie kloniczne; j.t. – jąkanie toniczne; j.k.t. – jąkanie kloniczno-toniczne; j.t.k. – jąkanie toniczno-kloniczne; stan artykulacji: P – prawidłowy (ewentualne nieprawidłowości w zakresie budowy i/lub funkcjonowania narządów aparatu artykulacyjnego i/lub w przebiegu funkcji fizjologicznych, które bezpośrednio nie wpływają na wymowę); NP – nieprawidłowy (w przypadku nienormalnej wymowy objawy, a także ewentualne nieprawidłowości w zakresie budowy i/lub funkcjonowania narządów aparatu mowy i/lub w przebiegu funkcji fizjologicznych zostały dokładnie opisane).

Grupa kontrolna, podobnie jak eksperymentalna, liczyła 21 dzieci, w tym 10 dziewczynek (48%) oraz 11 chłopców (52%). Zatem pod względem płci nie była tak zróżnicowana, jak grupa dzieci z jąkaniem. Również w tej grupie większość dzieci była w młodszym wieku szkolnym, tj. 7 lat miało dziewięć uczniów (ok. 43%), natomiast 8 lat miało sześć osób badanych (ok. 29%). Dzieci 9-letnie, których było także sześć, stanowią ok. 29% całej grupy. W grupie płynnie mówiących nie było osób w wieku 10 lat. Warto podkreślić, że w grupie kontrolnej, identycznie jak w eksperymentalnej, artykulacja 12 uczniów była nieprawidłowa (57%). Dominowały również różne typy sygmatyzmów, natomiast drugie miejsce pod względem częstości występowania zajmowały objawy dotyczące paralalii lub deformacji głoski [r], czyli rotacyzmy i pararotacyzmy. Z kolei prawidłową wymowę odnotowano u dziewięćorga dzieci, które stanowiły 43% całej grupy. U czwórki z nich zdiagnozowano nieprawidłowości w zakresie budowy aparatu artykulacyjnego oraz w przebiegu funkcji fizjologicznych, takich jak połykanie. Jednak trudności te nie miały wpływu na artykulację.

Uzyskane wyniki testu CAT (Vanryckeghem i Brutten, 2021) dzieci z jąkaniem oraz płynnie mówiących zaprezentowane są w tabeli 3 i 4. Ostatnia kolumna: *Negatywna postawa komunikacyjna do własnej mowy*, wskazuje na obecność bądź brak negatywnego nastawienia do własnej mowy. Zgodnie ze znajdującymi się w narzędziu CAT (Vanryckeghem i Brutten, 2021) zaleceniami wyniki testu równe 12 punktom i wyższe liczone są jako te, które wskazują na występowanie negatywnych reakcji związanych z własną mową.

Tabela 3

Wyniki tekstu CAT dzieci z jąkaniem

Kod badanego dziecka	Wynik [pkt]	Negatywna postawa komunikacyjna do własnej mowy
dj1	14	+
dj2	13	+
dj3	2	–
dj4	13	+
dj5	3	–
dj6	7	–
dj7	21	+
dj8	16	+
dj9	15	+
dj10	17	+
dj11	4	–
dj12	4	–
dj13	23	+
dj14	20	+
dj15	3	–
dj16	14	+
dj17	21	+
dj18	7	–
dj19	7	–
dj20	24	+
dj21	3	–

Adnotacja. „+” – wyniki punktowe wskazujące na występowanie negatywnych postaw wobec własnego mówienia; „–” – wyniki niewskazujące na występowanie pejoratywnych postaw komunikacyjnych.

W grupie dzieci z jąkaniem negatywne postawy komunikacyjne prezentuje 12 dzieci, które stanowią 57% całej grupy. Natomiast 43%, czyli 9 uczniów, ujawnia pozytywne nastawienie do własnego mówienia.

Tabela 4
Wyniki tekstu CAT dzieci płynnie mówiących

Kod badanego dziecka	Wynik [pkt]	Negatywna postawa komunikacyjna do własnej mowy
d1	6	–
d2	10	–
d3	2	–
d4	4	–
d5	2	–
d6	1	–
d7	3	–
d8	2	–
d9	1	–
d10	2	–
d11	7	–
d12	0	–
d13	0	–
d14	5	–
d15	6	–
d16	3	–
d17	3	–
d18	1	–
d19	7	–
d20	4	–
d21	8	–

Adnotacja. „–” – wyniki niewskazujące na występowanie pejoratywnych postaw komunikacyjnych.

Wyrażone w punktach wyniki testu CAT (Vanryckeghem i Brutten, 2021) wskazują, że w grupie kontrolnej żadne dziecko nie przejawia negatywnych postaw komunikacyjnych, wszystkie prezentują pozytywne reakcje związane z własnym mówieniem. Najwyższym uzyskanym wynikiem w grupie kontrolnej jest 10 punktów (d2).

W teście CAT w grupie dzieci z jękaniem 100% osób ($n = 21$) zaznaczyło „fałsz” w odniesieniu do stwierdzenia nr 17, które brzmi: „Inne dzieci chciałyby mówić tak jak ja”, co wskazuje na obecność negatywnych reakcji wobec własnej mowy. Pozycją testową badającą negatywne postawy komunikacyjne, która uzyskała drugą największą frekwencyjność, jest

pozycja nr 3. Siedemnaście osób (81%) zaznaczyło bowiem „prawda” przy zdaniu: „Zdarza się, że słowa utkną mi w ustach, kiedy się wypowiadam”. Aż 76% dzieci ($n = 16$) uznało także za prawdziwe stwierdzenie nr 13: „Nie mówię tak jak inne dzieci”. Jak dowodzą wyniki w zakresie pierwszej pozycji testowej, 62% dzieci z jękaniami ($n = 13$) uważa, że mówi niepoprawnie. Względnie wysokie wyniki (57%; $n = 12$) pod względem obecności negatywnych reakcji na własny sposób mówienia uzyskały stwierdzenia nr 7, 8, 9 i 26 informujące o tym, że: dzieciom nie podoba się to, jak mówią; ludzie kończą czasami za nie wypowiedzi; rodzicom dzieci nie podoba się sposób, w jaki one mówią; oraz dzieci z jękaniami chciałyby mówić tak jak inne dzieci. Najniższe wyniki odnotowano w zakresie odpowiedzi na pozycje testowe nr 20, 23 i 18. Tylko dla jednego dziecka (dj2) powiedzenie komuś swojego imienia jest trudne (zdanie nr 20). Również tylko jeden uczeń z jękaniami (dj4) stwierdził, że woli pisanie niż mówienie (zdanie nr 23). Z kolei dwoje dzieci (dj1, dj9), czyli ok. 10% całej grupy, uznało za prawdziwe stwierdzenie nr 18: „Dzieci naśmiewają się ze sposobu, w jaki mówię”. Wyniki badania tych trzech pozycji testowych pokazują, że opisywane reakcje nie są negatywne dla zdecydowanej większości dzieci z grupy eksperymentalnej.

W grupie dzieci płynnie mówiących 76% osób ($n = 16$) w stwierdzeniu nr 17: „Inne dzieci chciałyby mówić tak jak ja”, prezentuje negatywne nastawienie do mówienia. Co interesujące, 33% dzieci ($n = 7$) wskazało, że inni czasami kończą za nie wypowiedzi (stwierdzenie nr 8). Z kolei ponad 20% uczestników badania stwierdziło, że nie mówi tak jak inne dzieci – zdanie nr 13 (24%; $n = 5$) oraz że ich mowa pogarsza się w momencie rozmowy z osobą nieznaną – pozycja nr 16 (29%; $n = 6$). Warte podkreślenia jest to, że aż w sześciu pozycjach testowych nikt nie wykazał oznak obecności negatywnych postaw komunikacyjnych (stwierdzenia nr 2, 10, 19, 20, 25 oraz 27). Natomiast w dziewięciu zdaniach jedynie 5% całej grupy ($n = 1$) ujawniło swoje sceptyczne nastawienie do mowy.

W tabeli 5 zaprezentowano zestawienie uzyskanych wyników w obu grupach przebadanych testem CAT. Najniższy uzyskany wynik (minimum) w grupie kontrolnej wynosi 0 punktów, natomiast najwyższy (maksimum) – 10 punktów. Z kolei w grupie eksperymentalnej wynik minimalny to 2, a maksymalny – 24. Zatem rozstęp, czyli różnica pomiędzy najniższym a najwyższym uzyskanym wynikiem w grupie dzieci z jękaniami, wynosi 22, natomiast wśród dzieci mówiących płynnie – 10. Wynik testu dzieci w grupie kontrolnej najczęściej wynosił 2 punkty (to moda), podczas gdy w grupie głównej były dwie wartości o najwyższej frekwencji – 3 oraz 7 punktów. Średnia arytmetyczna wyników uzyskanych wśród dzieci z jękaniami wynosi 11,95 ($SD = 7,406$). Z kolei w grupie kontrolnej średnia zdobytych w toku badania wyników jest równa 3,67 ($SD = 2,781$). Analiza testem *t*-studenta dla prób niezależnych wykazała – co warto dodać – że różnica między średnimi wynikami grup jest istotna statystycznie ($t = 4,800$; $p \leq 0,001$) dla założonego poziomu istotności równego 0,05.

Tabela 5
Wyniki analizy statystycznej rezultatów badania tekstem CAT w obu grupach: kontrolnej (n = 21) i eksperymentalnej (n = 21)

Miary statystyczne	Grupa eksperymentalna	Grupa kontrolna
Średnia arytmetyczna	11,95	3,67
Odchylenie standardowe	7,406	2,781
Mediana	13	3
Moda	3 i 7	2
Minimum	2	0
Maksimum	24	10

Zdobyte w toku badań testem CAT wyniki poddano także analizie ze względu na płeć osób badanych. Różnice istotne statystycznie zauważyć można, porównując wyniki uzyskane przez dziewczynki z grupy eksperymentalnej z wynikami uczennic z grupy kontrolnej ($t = 2,239$; $p = 0,034$). Podobnie sytuacja wygląda w przypadku chłopców z obu grup ($t = 4,109$; $p \leq 0,001$). Z kolei wynik porównania punktów zdobytych przez chłopców i dziewczęta z grupy eksperymentalnej nie jest istotny statystycznie ($t = -0,559$; $p = 0,292$). Podobnie jest w grupie kontrolnej – wyniki dziewczynek i chłopców są bardzo zbliżone do siebie ($t = 0,204$; $p = 0,420$) (tabela 6).

Tabela 6
Wyniki badania średnich arytmetycznych i odchyłeń standardowych uzyskane w grupach dziewczynek i chłopców

Miary statystyczne	Dziewczynki (n = 16)		Chłopcy (n = 26)	
	grupa eksperymentalna (n = 6)	grupa kontrolna (n = 10)	grupa eksperymentalna (n = 15)	grupa kontrolna (n = 11)
Średnia arytmetyczna	10,50	3,80	12,53	3,55
Odchylenie standardowe	7,036	2,658	7,708	3,012

Zestawienie wyników dzieci z obu grup z podziałem ze względu na wiek prezentuje tabela 7. Chciano sprawdzić, czy wyniki testu CAT są zależne od wieku osób badanych. Porównując obie grupy, zauważyć można, że różnice statystycznie istotne występują pomiędzy dziećmi 7-letnimi ($t = 2,046$; $p = 0,04$) oraz 8-letnimi ($t = 3,454$; $p = 0,002$) z grupy eksperymentalnej a ich rówieśnikami z grupy kontrolnej. W przypadku dzieci mających 9 lat różnice średnich wyników osób z grupy głównej porównywane z wynikami dzieci płynnie mówiących nie są statystycznie znaczące ($t = 0,743$; $p = 0,243$). Porównanie wyników obliczeń statystycznych dzieci w wieku 10 lat było niemożliwe, ponieważ w grupie kontrolnej nie znalazły się osoby w tym wieku.

Tabela 7
Wyniki badania średnich arytmetycznych i odchyłeń standardowych w grupach dzieci podzielonych ze względu na wiek

Miary statystyczne	7-latki (n = 16)		8-latki (n = 17)		9-latki (n = 8)		10-latki (n = 1)	
	GE (n = 7)	GK (n = 9)	GE (n = 11)	GK (n = 6)	GE (n = 2)	GK (n = 6)	GE (n = 1)	GK (n = 0)
Średnia arytmetyczna	11,43	3,44	13,45	4,33	5,00	3,33	13,00	–
Odchylenie standardowe	9,947	3,127	6,089	2,658	2,828	2,733	–	–

Adnotacja. GE – grupa eksperymentalna; GK – grupa kontrolna.

Wyniki dzieci z obydwu grup poddano również interpretacji wewnątrzgrupowej ze względu na wiek. Wyniki dzieci 7-letnich statystycznie znacząco nie różnią się od wyników dzieci w wieku 8, 9 oraz 10 lat. Z kolei wyniki dzieci 8-letnich oraz 9-letnich nieznacznie różnią się statystycznie ($t = 1,874$; $p = 0,044$), grupa dzieci z jękaniami w wieku 9 lat uzyskała bowiem średni najniższy wynik w całej grupie eksperymentalnej podzielonej ze względu na wiek. Również między grupami uczniów 9-letnich i dzieckiem 10-letnim nie zauważono różnic istotnych statystycznie. Interesujące jest to, że żadna grupa wiekowa nie uzyskała wyników równych 14 lub wyższych. Jedynie średnie wyniki dzieci 8-letnich oraz 10-letniego wynosiły więcej niż 12 punktów. Z kolei w grupie kontrolnej nie odnotowano znaczących statystycznie różnic w wynikach punktowych podgrup podzielonych ze względu na wiek osób badanych. W grupie płynnie mówiących średnie wyniki nieznacznie wyższe od wyników reszty grupy uzyskały dzieci 8-letnie.

Kolejnej analizy wyników testu CAT dokonano ze względu na artykulację badanych osób (tabela 8). Pomiędzy grupą eksperymentalną a kontrolną wystąpiły różnice statystycznie istotne zarówno w przypadku prawidłowego stanu wymowy ($t = 3,111$; $p = 0,006$), jak i nieprawidłowego ($t = 3,568$; $p = 0,002$). Warto podkreślić, że analiza wyników wewnątrz grup nie wykazała różnic statystycznie istotnych. W grupie dzieci z jękaniami osoby badane z nienormalną artykulacją uzyskały nieznacznie wyższy wynik średni niż dzieci z prawidłową wymową ($t = 0,560$; $p = 0,291$). Podobną tendencję można zauważyć w grupie dzieci płynnie mówiących ($t = 0,949$; $p = 0,177$).

Tabela 8
Wyniki badania średnich arytmetycznych i odchyłeń standardowych uzyskane w grupach dzieci podzielonych ze względu na stan artykulacji

Miary statystyczne	Stan artykulacji prawidłowy (n = 18)		Stan artykulacji nieprawidłowy (n = 24)	
	GE (n = 9)	GK (n = 9)	GE (n = 12)	GK (n = 12)
Średnia arytmetyczna	10,89	3,00	12,75	4,17
Odchylenie standardowe	7,167	2,550	7,794	2,949

Adnotacja. **GE** – grupa eksperymentalna; **GK** – grupa kontrolna.

Tabela 9 przedstawia wyniki badania średnich arytmetycznych wraz z odchyleniami standardowymi uzyskane wśród dzieci z niepełnością mowy z podziałem na występujący u nich typ jąkania. Najwyższe średnie wyniki odnotowano w przypadku jąkania tonicznego oraz toniczno-klonicznego. Wskazuje to niewątpliwie na obecność u tych osób badanych negatywnych postaw komunikacyjnych. Najniższe wyniki zauważono u dzieci z jąkaniem klonicznym. Również w przypadku uczniów z niepełnością mowy o typie kloniczno-tonicznym średnie wyniki nie przekraczają niepokojącej granicy 12 punktów. Warto podkreślenia jest to, że różnice, które zachodzą pomiędzy jąkaniem klonicznym a jąkaniem tonicznym ($t = -2,202$; $p = 0,35$) oraz toniczno-klonicznym ($t = -2,726$; $p = 0,017$), są statystycznie istotne.

Tabela 9
Wyniki badania średnich arytmetycznych i odchyłeń standardowych uzyskane w grupie dzieci z jąkaniem podzielonej ze względu na typ jąkania

Miary statystyczne	Typ jąkania			
	kloniczne (n = 7)	toniczne (n = 1)	kloniczno-toniczne (n = 10)	toniczno-kloniczne (n = 3)
Średnia arytmetyczna	8,29	24,00	11,50	18,00
Odchylenie standardowe	6,676	–	6,996	4,359

Ostatnią analizą, jakiej dokonano wśród dzieci z grupy eksperymentalnej, była ocena ich średnich wyników z podziałem na procent występującej u nich niepełności. Niewątpliwie najwyższe wyniki uzyskał uczeń mający powyżej 21% niepełności oraz dzieci mieszczące się w przedziale od 15,1% do 18% jąkania. Z kolei najniższe wyniki odnotowano w przypadku dzieci mieszczących się w przedziale od 0% do 3% zająknięć w czasie mówienia. Niepokojącą średnią wynoszącą ponad 12 punktów uzyskali również dzieci z najliczniejszej podgrupy ($n = 9$), charakteryzujące się niepełnością mowy w granicach od 3,1% do 6%. Z kolei w przypadku uczniów z procentem jąkania w przedziale 9,1–12% zauważyć można było bardzo wysokie odchylenie standardowe. Wskazuje ono na dużą różnicę pomiędzy

wynikami wskazującymi na negatywne postawy w tej podgrupie badanych. Jeden z respondentów (dj3) uzyskał zaledwie 2 punkty, natomiast inny (dj14) aż 20 punktów.

Tabela 10

Wyniki badania średnich arytmetycznych i odchyłeń standardowych uzyskane w grupie dzieci z jąkaniem podzielonej ze względu na procent niepełności

Miary statystyczne	Procent niepełności							
	0–3 (n = 3)	3,1–6 (n = 9)	6,1–9 (n = 4)	9,1–12 (n = 2)	12,1–15 (n = 0)	15,1–18 (n = 2)	18,1–21 (n = 0)	> 21 (n = 1)
Średnia arytmetyczna	6,67	12,67	9,25	11,00	–	17,00	–	24,00
Odchylenie standardowe	6,351	7,297	5,188	12,728	–	5,657	–	–

Badania rodziców

Kolejną częścią badań było przeprowadzenie stworzonej na podstawie testu CAT (Van-ryckeghem i Brutten, 2021) ankiety wśród rodziców dzieci w wieku wczesnoszkolnym zarówno z jąkaniem, jak i płynnie mówiących.

W tabeli 11 zestawiono wyniki uzyskane w grupach rodziców dzieci z jąkaniem oraz dzieci płynnie mówiących. Najniższy wynik (minimum) w grupie kontrolnej wynosił 0 punktów, natomiast najwyższy (maksimum) – 13 punktów. Natomiast w grupie eksperymentalnej wynik minimalny to 7, a maksymalny – 27 (różnica pomiędzy minimalnym uzyskanym wynikiem a maksymalnym w grupie rodziców dzieci z jąkaniem wynosi więc 20 punktów, natomiast w grupie rodziców dzieci mówiących płynnie – 13 punktów). Zarówno w grupie eksperymentalnej, jak i kontrolnej występowały dwie wartości o najwyższej frekwencji (moda). Najczęściej pojawiającymi się liczbami punktów w grupie eksperymentalnej były 15 oraz 24, podczas gdy w grupie kontrolnej wyniki te wynosiły odpowiednio 0 punktów oraz 2 punkty. Średnia arytmetyczna wyników uzyskanych wśród rodziców dzieci doświadczających jąkania wynosi 18 ($SD = 6,245$). Natomiast w grupie kontrolnej średnia zdobytych w toku badania wyników jest równa 3,10 ($SD = 3,330$).

Tabela 11

Wyniki statystyczne badania rodziców dzieci z grup kontrolnej i eksperymentalnej za pomocą ankiety stworzonej na podstawie testu CAT

Miary statystyczne	Rodzice dzieci z grupy eksperymentalnej (n = 21)	Rodzice dzieci z grupy kontrolnej (n = 21)
Średnia arytmetyczna	18,00	3,10
Odchylenie standardowe	6,245	3,330
Mediana	17,00	2,00
Moda	15 i 24	0 i 2
Minimum	7	0
Maksimum	27	13

Wykonano również analizę uzyskanych w grupie rodziców wyników testem *t*-studenta dla prób niezależnych, która wykazała, że różnica średnich wyników pomiędzy dwiema grupami jest statystycznie istotna ($t = 9,651$; $p \leq 0,001$) dla założonego poziomu istotności równego $\alpha = 0,05$. Ukazuje to, że grupy te różnią się znacząco od siebie.

Porównanie wyników dzieci z wynikami ich rodziców

Na koniec badań dokonano porównania zdobytych przez dzieci z obu grup punktów świadczących o obecności negatywnych postaw komunikacyjnych z punktami osiągniętymi przez rodziców dzieci w ankiecie dla opiekunów. W tabelach 12 i 13 zaprezentowano zestawienia pejoratywnych reakcji wobec mówienia w samoocenie dzieci oraz w ocenie ich rodziców.

Tabela 12
Postawy komunikacyjne – porównanie wyników badania testem CAT dzieci z jękaniem z wynikami kwestionariusza ankiety ich rodziców

Kod dziecka	Wyniki dzieci z jękaniem	Kod rodzica	Wyniki rodziców dzieci z jękaniem
dj1	14	rdj1	17
dj2	13	rdj2	15
dj3	2	rdj3	16
dj4	13	rdj4	15
dj5	3	rdj5	9
dj6	7	rdj6	17
dj7	21	rdj7	22
dj8	16	rdj8	24
dj9	15	rdj9	26
dj10	17	rdj10	24
dj11	4	rdj11	14
dj12	4	rdj12	15
dj13	23	rdj13	24
dj14	20	rdj14	25
dj15	3	rdj15	11
dj16	14	rdj16	22
dj17	21	rdj17	25
dj18	7	rdj18	14
dj19	7	rdj19	7
dj20	24	rdj20	27
dj21	3	rdj21	9

Rodzice dzieci z jękaniem mają bardziej negatywne zdanie na temat postaw komunikacyjnych ich dzieci niż sami uczniowie doświadczający niepełności w mowie. Różnice, które zachodzą pomiędzy tymi grupami, są istotne statystycznie ($t = -2,861$; $p = 0,003$).

Tabela 13

Postawy komunikacyjne – porównanie wyników badania testem CAT dzieci płynnie mówiących z wynikami kwestionariusza ankiety ich rodziców

Kod dziecka	Wyniki dzieci płynnie mówiących	Kod rodzica	Wyniki rodziców dzieci płynnie mówiących
d1	6	rd1	0
d2	10	rd2	13
d3	2	rd3	2
d4	4	rd4	2
d5	2	rd5	2
d6	1	rd6	0
d7	3	rd7	4
d8	2	rd8	4
d9	1	rd9	5
d10	2	rd10	0
d11	7	rd11	1
d12	0	rd12	0
d13	0	rd13	1
d14	5	rd14	5
d15	6	rd15	2
d16	3	rd16	6
d17	3	rd17	8
d18	1	rd18	1
d19	7	rd19	0
d20	4	rd20	2
d21	8	rd21	7

Różnice, które można zauważyć pomiędzy odpowiedziami dzieci płynnie mówiących i ich rodziców, nie są znaczące statystycznie ($t = 0,604$; $p = 0,275$) dla ustalonego poziomu istotności, który we wszystkich badaniach w niniejszym artykule wynosi $\alpha = 0,05$.

Weryfikacja hipotez

Przeprowadzone badania i analiza ich wyników pozwalają na weryfikację postawionych hipotez. Hipotezy pierwsza: „Dzieci z jąkaniem prezentują postawy typowe dla środowiska osób doświadczających niepełności mówienia. Ujawniają negatywne nastawienie do własnej mowy. Natomiast dzieci mówiące płynnie prezentują jedynie pojedyncze negatywne postawy związane z komunikowaniem się. Oznacza to, że dzieci z jąkaniem są bardziej krytyczne względem swojej mowy niż dzieci płynnie mówiące”, oraz trzecia: „Obecność nie-normatywnej artykulacji nie wpływa na zmianę postaw komunikacyjnych dzieci w wieku wczesnoszkolnym mówiących płynnie”, są w pełni prawdziwe, natomiast hipotezy druga: „Zaburzona płynność mówienia bezpośrednio wpływa na zmianę postaw komunikacyjnych. Dzieci z wysokim procentem niepełności oraz dominacją skurczy mięśni o charakterze tonicznym są bardziej negatywnie nastawione do własnego mówienia niż dzieci z małym nasileniem objawów. Natomiast współwystępowanie wady wymowy i jąkania nie wpływa na zwiększenie ilości negatywnych postaw komunikacyjnych u dzieci doświadczających jąkania”, i czwarta: „Rodzicielska ocena postaw komunikacyjnych dzieci różni się od ich samooceny postaw. Rodzice wykazują więcej negatywnego nastawienia do sposobu wypowiedziania się ich dziecka niż ono samo”, zostały potwierdzone tylko częściowo.

W drugiej hipotezie prawdziwe okazało się zdanie, że skurcze o charakterze tonicznym wpływają na zwiększenie negatywnych postaw komunikacyjnych. Z kolei wyniki analizy zmiany nastawienia do własnego mówienia ze względu na nasilenie jąkania zdają się sugerować, że należałoby przeprowadzić badanie ponownie na większej próbie, aby zweryfikować hipotezę o tym, że czym wyższy procent niepełności, tym silniejsze negatywne postawy wobec własnej komunikacji ujawnia dana osoba. Wyniki badań dzieci testem CAT wykazały także, że dzieci doświadczające jąkania i mające jednocześnie nieprawidłową wymowę ujawniły nieznacznie bardziej negatywne reakcje niż ich rówieśnicy z normatywną artykulacją. Wobec czego hipoteza o tym, że obecność wady wymowy nie wpływa na nasilenie negatywnych postaw komunikacyjnych u uczniów z jąkaniem, nie może zostać całkowicie odrzucona. Ostatnia, czwarta hipoteza nawiązywała do rodzicielskiej oceny postaw dzieci. Przeprowadzone badania ujawniły, że rodzicielska ocena różni się od samooceny dzieci doświadczających niepełności w mowie. Rodzice mieli bowiem bardziej pejoratywne nastawienie do sposobu wypowiedziania się ich dziecka z jąkaniem niż ono samo. Natomiast między samoocenami uczniów mówiących płynnie oraz rodzicielskimi ocenami nie odnotowano statystycznie istotnych różnic. Interesujące jest to, że uczniowie mówiący płynnie zaprezentowali nieznacznie bardziej negatywne postawy wobec swojego mówienia niż ich opiekunowie.

Podsumowanie

Samoocena postaw komunikacyjnych dzieci z jąkaniem różni się od samooceny postaw ich płynnie mówiących rówieśników. Dzieci doświadczające niepełności ujawniają negatywne nastawienie do własnej mowy. Natomiast dzieci mówiące płynnie prezentują jedynie pojedyncze negatywne postawy związane z komunikowaniem się. Rodzicielska

ocena postaw wykazała, że rodzice dzieci z jękanieniem prezentują bardziej negatywne zdanie na temat postaw komunikacyjnych ich dzieci niż sami uczniowie z jękanieniem. Różnice, które zachodzą pomiędzy tymi grupami, są istotne statystycznie ($t = -2,861$; $p = 0,003$). Natomiast różnice pomiędzy postawami dzieci płynnie mówiących a rodzicielskimi ocenami ich postaw nie są znaczące statystycznie ($t = 0,604$; $p = 0,275$).

Wyniki badań pozwalają wysnuć wniosek, iż istotna w terapii logopedycznej dzieci z jękanieniem jest współpraca z rodziną. Często zdarzają się sytuacje, w których opiekunowie prezentują większe trudności z akceptacją jękania niż samo dziecko. Mali uczniowie doświadczający jękania często nie są świadomi własnych trudności, więc nie wpływają one na pogorszenie się samooceny dziecięcych postaw komunikacyjnych.

Literatura

- Bijak, E., Kamińska, D. (2013). Społeczny aspekt jękania – wskazówki dla jękających się i ich rodziców/opiekunów oraz nauczycieli i logopedów. *Logopedia Silesiana*, 2, 168–180.
- Bloodstein, O., Bernstein Ratner, N. (2007). *A handbook on stuttering*. Thomson/Cengage.
- Błachnio, A., Przepiórka, A., St. Louis, K.O., Węsierska, K., Węsierska, M. (2015). Postawy społeczne wobec jękania w Polsce – przegląd badań z użyciem POSHA-S. W: K. Węsierska (red.), *Zaburzenia płynności mowy – teoria i praktyka* (t. 1, s. 89–99). Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Chęć, M. (2012). *Jękanie. Diagnoza – terapia – program* (wyd. 3). Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Dziukiewicz, J. (2020). Jakość życia dziecka jękającego się – analiza przypadku w kontekście funkcjonowania psychospołecznego. W: K. Węsierska i M. Witkowski (red.), *Zaburzenia płynności mowy – teoria i praktyka* (t. 2, s. 153–176). Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Guttormsen, L.S., Yaruss, J.S., Bottegård Næss, K.A. (2021). Parents’ perceptions of the overall impact of stuttering on young children. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 30 (5), 2130–2142. https://doi.org/10.1044/2021_AJSLP-20-00113.
- Kawai, N., Healey, E.Ch., Nagasawa, T., Vanryckeghem, M. (2012). Communication attitudes of Japanese school-age children who stutter. *Journal of Communication Disorders*, 45, 348–354. <https://doi.org/10.1016/j.jcomdis.2012.05.004>.
- Kowalczyk, Ł. (2020). Parental level of anxiety over stuttering symptoms in their preschool children. *Konteksty Pedagogiczne*, 1 (14), 141–154. <https://doi.org/10.19265/kp.2020.1.14.248>.
- Kurkowski, Z.M. (2003). *Próba sylabowa do oceny niepełności mówienia*. Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu.
- Michalak-Widera, I. (2009). *Logopedyczny test dla dzieci i młodzieży*. Wydawnictwo Unikat.
- Millard, S.K. (2019). Therapy with school-aged children who stutter. W: D. Tomaiuolo (ed.), *Proceedings of the 3rd International Conference on Stuttering* (s. 143–153). Edizioni Centro Studi Erickson.
- Packman, A., Onslow, M., Attanasio, J. (2003). The timing of early intervention in the Lidcombe Program. W: M. Onslow, A. Packman i E. Harrison (eds.), *The Lidcombe Program of early stuttering intervention* (s. 41–55). Pro-Ed.
- Rocha, M., Yaruss, J.S., Rato, J.R. (2020). Stuttering impact: A shared perception for parents and children? *Folia Phoniatrica et Logopaedica*, 72 (6), 478–486. <https://doi.org/10.1159/000504221>.
- Vanryckeghem, M., Brutten, G.J. (2021). Test do badania postaw związanych z komunikowaniem się. W: M. Vanryckeghem i G.J. Brutten, *BAB – Bateria testów do oceny zachowań dla dzieci w wieku szkolnym, które się jęka* (s. 33–38). Centrum Logopedyczne.

Weidner, M., St. Louis, K.O. (2021). Zmiana społecznych postaw wobec jąkania. W: K. Węsierska i H. Sønsterud (red.), *Dialog bez barier – kompleksowa interwencja logopedyczna w jąkaniu* (s. 117–157). Wydawnictwo Agere Aude. Pobrano z: <https://www.logolab.edu.pl/wp-content/uploads/2021/12/Dialog-bez-barier-%E2%80%93-kompleksowa-interwencja-w-jakaniu.-Wydanie-polskie-rozszerzone-Rozdzial-IV.pdf>.