

TUDOMÁNYOS KÖZLEMÉNYEK

Eötvös Loránd Tudományegyetem, Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar, Gyógypedagógiai Módszertani és Rehabilitációs Intézet

Az FNO szemléleti keretének alkalmazhatósága beszédhanghiba tüneteit mutató gyermekek logopédiai ellátásában

TAR ÉVA – KULLMANN LAJOS

tar.eva@barczi.elte.hu

kullmlai@caesar.elte.hu

ABSZTRAKT

A közlemény röviden áttekinti a funkcióképesség, fogyatékoság és egészség nemzetközi osztályozásának (FNO) fejlődését, alapelveit és alkalmazásának lehetőségeit, valamint a 'patient reported outcomes' (PRO) fogalmát, azaz a kóros egészségi állapotokkal érintett személyek véleményének figyelembevételét, nemcsak az eredmények értékelésében, hanem már az ellátás tervezése során is. Kisgyermekek esetében a szülői elvárások, illetve értékelés figyelembe vétele ajánlott.

A beszédhanghibák (BHH) fogalmi meghatározása után a tanulmány bemutatja meg-jelenítését a Diagnostic Statistical Manual V. verziójában (DSM-V), valamint a Betegségek Nemzetközi Osztályozása legújabb, (BNO-11) – jelenleg még csak angolul elérhető – változatában. Ezek után a BHH-ban a nemzetközi szakirodalom áttekintése alapján szerepet játszó és az FNO fejezeteiben megtalálható kategóriákkal leírható terápiás szükségleteket veszi sorra. A testi funkciók között 20 második, 15 harmadik és 5 negyedik szintű kategóriát azonosít. A testi struktúrák közül 7 második, 8 harmadik és 4 negyedik szintű kategória kerül kiemelésre. A tevékenység és részvétel dimenzióban 31 második és ugyancsak 31 harmadik szintű kategóriának van jelentősége a BHH-ban. Közülük néhány csak az FNO Gyermek- és Ifjúsági verziójában jelent meg és került be az Egészségügyi Világszervezet honlapjára, angol nyelven elérhető, rendszeresen kiegészített böngészőjébe. A környezeti tényezők között 13 második és 4 harmadik szintű kategória került be a felsorolásba. A személyes tényezők nem képezik részét az osztályozási rendszernek, de közülük is kiemelésre kerül néhány, amelyek megjelennek a szülők elvárásai között.

Az összegzés az alkalmazási lehetőségeket veszi sorba. Ilyenek – a szükségleteik leírásán túl – az egyes BHH alcsoportokba tartozó gyermekek különbségeinek a megragadása, olyan jelenségeké is, amelyekre eddig kevesebb figyelem irányult. Kiemeli, hogy különösen a logopédiai ellátás eredményeinek értékelésében jutott eddig kevés figyelem a testi dimenzió túl, és a kliens szüleinek a preferenciáira is reflektáló eredmények kutatására. A továbblépés lehetősége lenne a bemutatott elvek mentén az óvodáskorú gyermekek funkcióképességének felmérése céljából fejlesztett és validált módszer, a 'Focus on the Outcomes of Communication Under Six (FOCUS)' elnevezésű eszköz hazai adaptálása.

Kulcsszavak: Beszédhanghibák, funkcióképesség, szakmai elvárás/értékelés, szülői elvárás/értékelés

HÁTTÉR ÉS CÉLOK

Elméleti háttér

A funkcióképesség, fogyatékoság és egészség nemzetközi osztályozása (FNO)

A különböző szakemberek és a funkcióképesség zavarával érintett emberek nemzetközi szervezeteinek széleskörű nemzetközi együttműködése nyomán 2001-ben jelent meg az International Classification of

Functioning, Disability and Health (ICF, A funkcióképesség, fogyatékoság és egészség nemzetközi osztályozása FNO), amely még a gyermek- és ifjúkor sajátosságait nem vette figyelembe (World Health Organization, 2001). Utóbbi kiegészítésekkel 2007-ben jelent meg az osztályozási rendszer gyermek- és ifjúsági változata (World Health Organization, 2007). 2012-ben a két korábbi változatot egyesítették. Az így kiegészült FNO folyamatosan frissül, az aktuálisan elfogadott változat böngészője angol nyelven elérhető a WHO honlapján¹.

A magyar nyelvű adaptáció 2004-ben jelent meg könyv formátumban (Egészségügyi Világszervezet, 2004), és a Fogyatékoságtudományi Tanulmányok sorozatban elektronikusan elérhető². Értelemszerűen nem tartalmazza a gyermek- és ifjúkorra jellemző kategóriákat.

Az FNO a fogyatékoság fogalmával kapcsolatban az alábbi alapelveket rögzíti: 1) A fogalmat a megváltozott egészségi állapotú ember és környezete kölcsönhatásaként értelmezi. Ez tehát azt jelenti, hogy két azonos egészségi állapotú személy közül, amennyiben az egyik hátrányos környezetben él, lehet, hogy fogyatékosá válik, míg a másik személy támogató környezetben és kedvező személyes tulajdonságokkal nem. 2) Nincs szoros összefüggésben a diagnózisokkal. Tehát különböző diagnózisok esetében is előfordulnak hasonló funkcióképesség-zavarok, illetve azonos diagnózis mellett viszont különböző zavarok keletkezhetnek. 3) Nem állandó jelenség, azaz élete során bárki, bármikor megtapasztalhatja, mint valamilyen akadályt a tevékenységében, korlátozást a részvételben, átmenetileg is (World Health Organization, 2001).

Az FNO az embert bio-pszicho-szociális lényként értelmezi. Ez azt jelenti, hogy egyrészt biológiai lény, akinek teste van, *testének struktúrái és funkciói*. Másrészt sajátos humán jelenség, jellemző emberi *tevékenységekkel*, aki tanulni, fejlődni képes, még hátrányos helyzetekben is. Harmadszor, az ember társadalmi lény is, aki különböző élethelyzetekben való *részvételének*, különböző társadalmi szerepeinek teljes gazdagságát szeretné megélni. Ezeket tartja a WHO az emberi lét három dimenziójának.

A három dimenzióra egyaránt hatással van a személy egészségi állapota, de nemcsak az, hanem ún. kontextuális (az embereket körülölelő) tényezők is. Ez utóbbiak egyrészt környezeti, beleértve a fizikai és a szociális környezetet is, másrészt személyes tényezők, mint például az életkorunk, neveltetésünk, személyiségjegyeink és megküzdési módszereink. Ezeknek a hatásoknak együttes eredményeként testi funkcióink és struktúráink megtarthatják integritásukat vagy károsodhatnak, megszokott tevékenységünk fennmaradhat vagy akadályozottá válhat, társadalmi részvételünk zavartalanul folyhat vagy korlátozottá válhat. A WHO a zavarmentes állapotot hívja funkcióképességnek, amikor tehát mindhárom dimenziókban szándékaink szerint tudunk működni. Ezzel szemben, ha testi funkcióink vagy struktúráink károsodnak, tevékenységünk akadályozottá válik és/vagy részvételünk korlátozottá, akkor fogyatékosá válunk, amely fogalom tehát a WHO értelmezése szerint az emberi lét három dimenziójában kialakuló problémák, zavarok gyűjtőneve.

Fontos további része a WHO szemléletének, hogy nem egyszerűen arról van szó, hogy egészségi állapotunk, környezeti és személyes tényezőink vannak hatással a három dimenzióra, hanem az azokban bekövetkező változások visszahatnak egészségi állapotunkra, környezeti és személyes tényezőinkre. Tehát kölcsönhatásban vannak egymással. Előfordulhat például, hogy

¹ www.who.int/classifications/icf/en/

² <http://mek.oszk.hu/09700/09756/09756.pdf>

valakinek a testi funkciói vagy struktúrái károsodnak, ami nem teszi lehetővé, hogy kövesse az orvosa által javasolt életmódbeli változtatásokat (pl. sportolást, tréninget), és ez a károsodás az egészségi állapotában további kedvezőtlen hatásokat okozhat. Más ember tevékenységének akadályozottsága és/vagy részvételének korlátozottsága családi környezetének (pl. a családon belüli munkamegosztásnak) a megváltozását kényszerítheti ki, ami egyúttal önbizalmának, mint egyik személyes tényezőjének változásához is hozzájárulhat. A kölcsönhatás nem vezet szükségszerűen további negatív következményhez, kedvező hatás is kialakulhat, amit például a poszttraumás növekedés fogalmával jellemezhetünk. A *poszttraumás növekedés* vagy másnéven *nyerésztalálás* egy olyan pozitív pszichológiai változás, amely azután jöhet létre, hogy a személy valamilyen szerencsétlenséget, traumát élt át, és amely egy magasabb fokú működéshez vezet az életében. A fogalom leginkább az egészségpszichológiában és a pozitív pszichológiában használatos. Richard G. Tedeschi és Lawrence G. Calhoun nevéhez fűződik, akik az 1990-es években kezdték el használni azt a University of North Carolinán végzett kutatásaik alapján (Tedeschi, R.G., & Calhoun, L.G., 2004).

A klinikust a három dimenzió közül leginkább a testi funkciók és struktúrák dimenziója érdekli, saját tevékenységei nagyobb része ezekre irányul. Talán még az érintett személy tevékenységére is koncentrálna. Ez megfelel a képzettsége és szakmai munkája által megszerzett kompetenciáinak. A részvételre, illetve a környezeti és személyes kontextuális tényezőkre – nemcsak hazai, hanem nemzetközi tapasztalatok alapján is – kevesebb figyelmet fordít, azok kívül eshetnek érdeklődési körén. Ezzel szemben az érintett személyeknek elsősorban részvételük, azután tevékenységük, valamint személyes fejlődésük és más személyes tényezők, továbbá környezeti tényezők fontosak, és ezekkel kapcsolatban rehabilitációjuk szempontjából fontos információt tudnak szolgáltatni, ami megkérdésük nélkül nem biztosan kerül felismerésre (Alford, Ewen, Webb, McGinnley, Brookes & Remedios, 2015; Madden & Bounty, 2019; Thomas-Stonell, Oddson, Robertson & Rosenbaum, 2009). A megfelelő kommunikáció és együttműködés a klinikus és a kliens között akkor valósul meg, ha érdeklődési területeik egymáshoz közelebb kerülnek, ha mindkét fél nyitott a másik érdeklődési területeire. A rehabilitációs célok kitűzése során – természetesen – elsődlegesen az érintett személy által fontosnak tartott területekre kell koncentrálnunk.

Az FNO és a WHO más osztályozási rendszerei között van egy fontos további különbség. Az osztályozási rendszerek általában nominális skálák, vagyis a jelenségeket magasabb szintű kategóriák alá, illetve csoportokba sorolják. Ezzel szemben az FNO ordinális (dimenzionális) skála, ami azt jelenti, hogy nemcsak a jelenségek magasabb rendű kategóriákba sorolását, hanem azok becsült (hozzávetőleges) mértékének a leírását is lehetővé teszi egy ötfokozatú skálán. Az ún. minősítővel a kategóriákod után, attól ponttal elválasztva, leírja a probléma mértékét: nincs, enyhe, mérsékelt, súlyos vagy teljes. Ezáltal az FNO alkalmassá válik a funkcióképesség szintjének becsült felmérésére, aminek különösen olyan területeken van jelentősége, amelyeken nem rendelkezünk más felmérő eszközzel, módszerrel. A tevékenységek egy része és a részvétel kategóriák nagy része ilyen. Sőt, a környezeti tényezők esetében az is leírható, hogy azok támogatók vagy akadályozók és milyen mértékben, a már említett (generikus) minősítővel. (Amennyiben támogatók, akkor a minősítőt a kategóriakódtól pont helyett „+” jel választja el.) Amennyiben a felmérés más módszerrel történik, annak eredményei FNO kategóriákhoz illeszthetők, így a különböző területek különböző eszközökkel történt felmérése megjeleníthető egy egységes rendszerben, az FNO-ban.

Az illesztés vagy társítás megbízható módszerét kidolgozták (Cieza, Fayed, Bickenbach & Prodingler, 2019).

Végül, az FNO-val kapcsolatban kiemelésre kíváncsok, hogy nyelvezete semleges és általában jól értelmezhető laikus személyek részére is. Ez javíthatja a kommunikációt a funkcióképesség-zavarral élő személyek és a szakemberek között. Miért fontos ez? Azért, mert így alkalmassá válhat az érintett személy megélt problémáinak megismerésére, helyzetének önmaga általi értékelésére. Szükség esetén a kommunikációt tovább javítandó, a kategóriák mentén még inkább közérthető, jobban magyarázott kérdéseket, állításokat alkothatunk, amelyek a már többször emlegetett minősítők használatával lehetővé teszik, hogy problémáik súlyosságát is leírják. E célból a rehabilitációs FNO kategóriakészletek könnyebben megérthető változatát dolgozták ki például Olaszországban (Selb et al., 2017). Fogyatékossgal élő emberek megélt tapasztalatainak felméréséről, önértékelés alkalmazásáról és annak megbízhatóságáról fokozódó gyakorisággal számol be a szakirodalom (Alford et al., 2015; Lénárt, Szabó-Szemenyei, Arday & Kullmann, 2018).

Patient-Reported Outcomes (PRO)

Tanulmányunk bevezető részében az FNO mellett egy másik, a közelmúltban keletkezett fogalomról is szólnunk kell. Ez a 'Patient-Reported Outcomes' (PRO) fogalma, illetve az ennek felmérésére alkalmas módszerek gyűjtőneve, a 'Patient-Reported Outcome Measures' (PROM). Skandináv és angolszász országokban olykor a 'Persons-Reported Outcomes' fogalmat használják, rövidítése szintén PRO.

A fogalom és elnevezése orvostudományi eredetű. Húsz évvel ezelőtt az egészségügyi technológiák értékelésébe kezdtek bevezetni a páciensektől származó információ elemzését (Fitzpatrick, Davey, Buxton & Jones DR, 1998). A páciensek véleménye többek között életminőség-felmérő módszerekkel vizsgálható. A medicinában az életminőségi szempontok megjelenését az Egészségügyi Világszervezet 1946-os 'egészség'-definíciója alapozta meg, amely a biológiai tényezők mellett az egészség pszichoszociális dimenzióira is nagy hangsúlyt helyezett (World Health Organization, 1946). A WHO az életminőség fogalmát a következők szerint határozta meg: „az egyén észlelete az életben elfoglalt helyzetéről, ahogyan azt életterének kultúrája, értékrendszerei, valamint saját céljai, elvárásai, mintái és kapcsolatai befolyásolják. Szélesen értelmezett fogalom, amely bonyolult módon magába foglalja az egyén fizikai egészségét, lelki állapotát, függetlenségének fokát, társadalmi kapcsolatait, személyes hitét, valamint a környezet lényeges jelenségeihez fűződő viszonyát.” (WHOQOL Group, 1993, id. Kullmann és Harangozó, 1999, p. 1947).

A PRO a közvetlenül a kliensektől/páciensektől származó információt jelenti saját funkcióképességükkel, egészségi állapotukkal vagy azok kezelésével kapcsolatos érzéseikről, *válaszaiknak a klinikus, vagy bárki más értelmezésétől mentesen*. Beletartozik minden, közvetlenül a klientsől származó értékelés a kezelésről vagy az eredményről, akár interjú, önkitaltós kérdőív, napló vagy más adatgyűjtő eszköz a forrása. A fogalomba az egészségi állapot mellett az ellátással kapcsolatos elégedettség, valamint az általános életminőség is beletartozik, ide értve a kezelés mellékhatásainak és az ellátás során tapasztalt, nem várt eseményeknek a jelzését is. Ez a kibővített értelmezés jelent meg Johnston, Patrick, Busse, Schünemann, Agarwal és Guyatt (2013) közleményében. A szélesebb körű kitekintés figyelembe veszi az egészségügyi kutatások

sokféleségét, azt is, hogy a kliensek elégedettsége befolyással lehet a kezelésben való együttműködésre, ami végső soron annak az eredményességére is visszahat.

A fogalom elnevezésében az „outcome” (kimenet) szó nem szerencsés, arra utal, hogy csak az eredmények felmérésére használható eszközökről van szó. Ez koránt sincs így. Az érintett személyektől származó információ fontos az ellátás tervezése és a rehabilitációs célok együttes kitűzése szempontjából is. A közösen állított célok elősegíthetik a rehabilitációban résztvevő emberek tevéleges együttműködését a részükre sok munkával, olykor kellemetlenségekkel is járó folyamatokban. A kliensek életminőségcéljainak megismerése is felhasználható a rehabilitációs célok meghatározásában és jövőjük tervezésében (Tóth, Putz & Kullmann, 2013). Gyermekek, illetve súlyos kommunikációs problémákkal élő személyek esetében a szülő, a legközelebbi hozzátartozó vagy a gondozó segítheti a célok meghatározását.

A megfelelő módszerek kiválasztása alapos megfontolást tesz szükségessé. Először is eldöntendő, hogy mások által fejlesztett módszert használunk-e, vagy saját fejlesztést választunk. Utóbbi pontos célmeghatározást, irodalomkutatást, a fejlesztés módszerének megválasztását és a leendő potenciális résztvevők véleményének a megismerését is feltételezi, majd az elkészült eszköz tartalmi hitelességének és megbízhatóságának felmérését megfelelő elemszámú mintán. Többéves folyamat. A saját eredményeket ilyen esetben nem, illetve nehezen tudjuk másokéval összehasonlítani, és kérdés, hogy a jövőben lesz-e érdeklődő, aki fel szeretné használni saját vizsgálatai céljára. Amennyiben létezik külföldi módszer, de hazai nyelvi adaptációja nincs, az a módszergazda jóváhagyásával és elvárásainak megfelelően szintén hosszabb, esetenként akár több éves adaptációs és hitelesítési időszakot tételez fel. Az előzővel szemben előnye a nemzetközi összevetés lehetősége, és ennek megfelelően valószínűleg könnyebb lesz saját eredményeink publikálása. Legszerencsésebb helyzetben akkor vagyunk, ha hazai nyelvi adaptáción átesett módszert tudunk alkalmazni. Érdemes megemlíteni, hogy az FNO-kategóriák, vagy ismert FNO kategória-készletek alkalmazhatók a funkcióképesség és a környezeti tényezők felmérésére, hiszen az FNO magyar változata rendelkezésre áll, fordítása a WHO elvárásainak megfelelően és a WHO által ellenőrzött, jóváhagyottan történt. A fentiek és a különböző változatokhoz szükséges erőforrások alapos megfontolása is szükséges ahhoz, hogy munkánkat valóban végre tudjuk hajtani.

A módszer választása során érdemes még további szempontokat is figyelembe venni. El kell dönteni, hogy állapotspecifikus, vagy generikus felmérést szándékozunk-e végezni. Az állapotspecifikus módszerek előnye, hogy a fő problémára vonatkozóan részletes adatokat tudunk gyűjteni. Ezzel szemben a generikus eszközökkel felismerhetők olyan, nem a vizsgált állapottal kapcsolatos problémák is, amelyekre ezek nélkül esetleg nem derülne fény, ugyanakkor tevékenységünk eredményességét befolyásolhatják. Ezért megfontolásra ajánljuk a specifikus és a generikus módszerek együttes használatát. Jó, ha ismerjük az egyes eszközök fejlesztésének a módszertanát. Így azt is, hogy valóban az érintett populáció bevonásával és nem kizárólag szakemberek véleménye alapján történt-e a fejlesztés. Ez nagyban hozzájárul a vizsgált személyek általi elfogadáshoz. Ismernünk kell a megbízhatóságot, a pontosságot, az érzékenységet a beavatkozás következtében az érintettek részére fontos változások kimutatásában, valamint az értelmezhetőségét is a munkánk iránt érdeklődő olvasók részére.

Az FNO szemléletének megjelenése a beszédhanghiba tüneteit mutató gyermekek logopédiai ellátásában

A beszédhangszintű kommunikációs zavarok logopédiai ellátásának kezdete óta eltelt több mint száz év során számos, a vizsgálatot és a terápiát alapjaiban megváltoztató paradigmaváltás is lezajlott. E változások egy része a logopédián belül, a társtudományok hatására, a beszédről való mind bővebb tudás eredményeképp következett be (lásd a 70-es, majd a 90-es évek törekvéseit, amikortól a döntéshozás fókuszra a kiejtésről a fonológiai tudásra, majd pedig a beszéd mögötti nyelvi-kognitív folyamatokra, illetőleg a motoros szabályozás sajátosságaira helyeződött). A szemléletbeli változások egy további köre 2001 után, a WHO egészségfelfogásának változásával következett be, amikor is a funkcióképesség megítéléséhez a világszervezet megjelentette az FNO-t. E paradigmaváltás eredménye a károsodásalapú modellről egy holisztikusabb megközelítésre áttérés volt, amely a zavart a kliens életére való kihatásával együtt szemléli, egy olyan elméleti keretben, amely mind a zavar létrejöttében, mind a prognózisban figyelembe veszi az egyén és környezete tulajdonságait és preferenciáit. Ahogy McLeod és Bleile (2004) tanulmányukban kifejtik, a logopédus ezt megelőzően is alapvetően két modell – a károsodásalapú, illetve a szociális modell – egyikére támaszkodva hozta meg döntéseit. A mindennapi gyakorlatban ez úgy valósult meg, hogy míg a felnőttek logopédiai megsegítésében gyakran fellelhető volt a szociális modell egy-egy eleme, a gyermekkori kommunikációs zavarok ellátása döntően a károsodásalapú modell szerint zajlott. Az FNO e két megközelítés egységes keretben alkalmazására kínál lehetőséget.

A károsodásalapú modell a kommunikációs nehézséget az egyén problémájaként vizsgálja, és feltételezi, hogy a hiányzó tudás/képesség kialakításával a probléma megszüntethető. A beszéd sajátosságait vizsgálja, és az itt feltárt hiányosságok megszüntetésére jelöli ki a logopédiai terápia célját. A modell a logopédus szakmai tudására alapoz, a szülőknek, pedagógusoknak kevés szerep jut a célmeghatározásban (Duchan, 2001). A szociális modell az egészségügyben is az orvosi modell alternatívájaként jelenik meg (Egészségügyi Világszervezet, 2004). Sajátossága, hogy a funkciózavart, ami a társadalmi beilleszkedés gátja lehet, nem az egyén, hanem az egyén és a társadalom kölcsönhatásának problémájaként írja le. A logopédia terén a károsodásalapú modellhez képest a fő eltérés, hogy a kommunikáció szociális hatását hangsúlyozza és nem magát a kommunikációs nehézséget (Duchan, 2001). Azt vizsgálja, hogy hogyan kommunikál az egyén a különböző kommunikációs helyzetekben, sztenderdizált tesztek vagy normatív adatok helyett például checklist (ellenőrzőlista) használatával. A vizsgálat célja ebben a szemléleti keretben, hogy feltárja, vajon a kliens elég jól kommunikálja-e szükségleteit ahhoz, hogy a mindennapi kommunikációban céljait elérje (ellentétben a károsodásalapú szemlélettel, ahol a vizsgálat célja a képességbeli elmaradás feltárása). Életcél jelölnek meg a terápia céljaként, és azokat a lépéseket, melyek e célok eléréséhez vezetnek. Ebben a szemléleti keretben tehát a terápiás célok kijelölése a kliens életszükségeire válaszként fogalmazódik meg. A logopédus szerepe, hogy elősegítse ezt változást, de a célmeghatározásban jelentős szerep jut a gyermeknek és a környezete jelentős személyeinek.

Az FNO szemléleti keretének alkalmazása a logopédiai vizsgálat és a terápia céljainak kijelölésében, illetve a terápia eredményességének megítélésében angol nyelvterületen a 2000-es évek elejétől egyre növekvő számú cikkben fogalmazódott meg ajánlásként. A tanulmányok sorra veszik e többszintű modellnek a kommunikációs zavarok ellátásában való fontosságát, alkalmazásának területeit, illetve azt, hogy miként módosul a vizsgálandó területek köre, a terápiás célok meghatározása és ezzel összefüggésben a terápia eredményességének megítélése e holisztikus

szemléletmód figyelembe vételével (pl. McLeod, 2004; McLeod & Bleile, 2004; Washington, 2007). A publikált tanulmányok egy köre azokról a konkrét kutatásokról is beszámol, amelyek célja volt, hogy az FNO elméleti keretét alapul véve megalkossanak egy olyan releváns és valid mérőeljárást, amely a logopédiai terápia eredményességét vizsgálja a kommunikációs zavarral küzdő személyek mindennapi életére. Ilyen eljárás az elsősorban a rehabilitáció területén fellelhető, különböző kommunikációs zavarok körében alkalmazható Communicative Participation Item Bank (pl. afázia: Baylor et al., 2017; hallásvesztés: Miller, Baylor, Birch & Yorkston, 2017; Parkinson-kór: McAuliffe, Baylor & Yorkston, 2017), illetve a gyermekkori kommunikációs zavarokra irányuló logopédiai ellátás 'outcome' mérésére szolgáló Focus on the Outcomes of Communication Under Six (FOCUS) módszer (Thomas-Stonell, Oddson, Robertson & Rosenbaum, 2010).

Magyar nyelven nem jelent még meg az FNO-nak a gyermekkori kommunikációs zavarok logopédiai alkalmazhatóságával kapcsolatos írás, ezt a hiányt szeretnénk pótolni tanulmányunkkal. Célunk, hogy bevezesse az olvasót az FNO szemléleti keretébe, és a beszédhanghibák (BHH) szempontjából releváns elemeit röviden bemutassa, nem célunk a kódolási lépések részletes leírása.

AZ FNO-KOMPONENSEK ÉS VIZSGÁLATRA JAVASOLT RÉSZTERÜLETEIK BHH-BAN

A **beszédhanghibák** elnevezés – mint a 'speech sound disorders' terminus (Shriberg, 2010) magyar megfelelője, bővebben I. Tar, 2017 – egy ernyőterminus a beszédhangok produkciójának nehézségeiből adódó, különböző természetű és oki hátterű kommunikációs zavarok jelölésére. A beszédhangok produkciója elmaradhat az életkori elvárásoktól azért, mert különböző veleszületett vagy szerzett orvosi biológiai elváltozások (károsodások) akadályozzák a fonológiai fejlődés egy-egy aspektusának kibontakozását, másrésztük esetében ilyen oki hátteret nem lehet kimutatni. Előbbit organikus eredetű BHH-ként tartja számon a logopédiai szakirodalom, míg az utóbbi az ismeretlen eredetű BHH (Shriberg, 1980), amelyen belül legáltalánosabban három alcsoportot különítenek el a szakmai osztályozási rendszerek (artikulációs zavar, fonológiai zavar, gyermekkori beszédapraxia).

A beszédhang-produkció nehézsége a beszéd érthetőségét különböző mértékben befolyásolja. A BHH azon köre, ami nem valamely súlyosabb organikus károsodás talaján jött létre, azonban a beszédbeli nehézség oly mértékű, hogy az jelentősen kihat a beszéd érthetőségére, korlátozva ezzel a kommunikációt és megnehezítve a különböző társas helyzetekben való részvételt, a nemzetközi klasszifikációs rendszerekben is helyet kapott. A DSM-V (American Psychiatric Association, 2013) a '*speech sound disorders*' elnevezéssel illeti, az ICD-11 (World Health Organization, 2018) a '*developmental speech sound disorder*' terminust (és az F.80.0 kódot) használja.

A BHH vizsgálatát és terápiáját a csoporton belüli heterogenitáson túl befolyásoló tényező, hogy viszonylag gyakran együtt jár a neurális fejlődés egyéb zavarával, példának okáért fejlődési nyelvi zavarral (pl. Shriberg, Tomblin & McSweeney, 1999), az írott nyelv elsajátításának zavarával (pl. Raitano, Pennington, Tunick, Boada & Shriberg, 2004), a beszéd fluenciázavaraival (Wolk, Edwards & Conture, 1993), valamint a figyelemhiányos hiperaktivitás-zavarral (Lewis et al., 2012).

Az FNO az egészség és az egészséghez kapcsolódó résztartományok művelési meghatározásait adja (FNO-kódok). A továbbiakban bemutatjuk az FNO alkotóelemeit, illetőleg azokat a

részterületeket, kategóriákat, amelyek a BHH szempontjából relevánsak. A téma kifejtése során főként az FNO magyar változatára támaszkodtunk (Egészségügyi Világszervezet, 2004), ennek kiegészítésül pedig a WHO honlapján elérhető angol nyelvű böngészőt használtuk, amely a gyermekváltozatból átvett kódokat is tartalmazza, ezért a BHH szempontjából különösen hasznos a tevékenység és részvétel leírásához.

A funkcióképesség osztályozása

Az FNO első része két alkotóelemet foglal magában, úgy mint a 1) testi funkciók és struktúrák, valamint a 2) tevékenység és részvétel résztartományait, amelyek mindegyike a funkcióképesség leírásához kínál kategóriákat.

1) Testi funkciók és struktúrák

A BHH testi funkciók és struktúrák szerinti kódolásához elsőként a funkciókat mutatjuk be, majd pedig azokat a struktúrákat, amelyeknek károsodása a funkciózavart magyarázza.

Testi funkciók. A testrészek működését leíró komponensek közül elsőként a BHH-ra mint kommunikációs zavarcsoportra specifikus funkciót említjük. A **hangadás és beszéd (b3) résztartományon** belül az **artikulációs funkció (b320)** károsodása a BHH definíciójából levezethető, e funkciózavar megjelenése tekintetében nincs különbség a BHH egyes alcsoportjai közt. Ugyanezen résztartomány további kategóriái/alkategóriái azonban már a BHH alcsoportjai szerint változó funkciókiesések megragadására alkalmasak. Így például a beszéd ritmusa (b3301) a gyermekkori beszédapraxiát jellemző monoton beszéd esetén, a hangminőség funkciója (b3101) pedig az organikus eredetű BHH egyes alcsoportjaiban károsodhat.

A mentális funkciók (b1) résztartománya, illetve annak különböző alkategóriái a BHH egyes alcsoportjaiban károsodhatnak. Organikus eredetű BHH esetén vizsgálandók például az intellektuális (b117) vagy a hallási (b230) funkciók. Az ismeretlen eredetű BHH-nak a DSM-V-ben is megjelenő csoportját (tehát azt, amelynél az érthetőség jelentősen károsodik) a neurális fejlődés zavaraként tartja számon a szakirodalom. Esetében a funkciózavar a nyelvi-kognitív műveleti szinteken, illetőleg a beszédszervi mozgás szabályozásában jelenhet meg. Példaként hozzuk itt a specifikus mentális funkciókat (pl. észlelési, b156, nyelvi mentális b167), a hangmegkülönböztetést (b2301), összetett mozdulatok sorbarendezésének mentális funkcióit (b176), amelyek károsodása a beszédhangok produkciójának különböző típusú elmaradásait eredményezik. Szintén a BHH-on belüli differenciálást segíti az ideg-, csont- és izomrendszeri, valamint a mozgáshoz kapcsolódó funkciók (b7) résztartományán belüli funkciók vizsgálata, legfőképpen az akaratlagos mozgási funkciók kontrolljáé (b760). Ez utóbbi funkciónak a beszédhangokat felépítő, valamint az artikulációs szervekkel végzett nem beszéd célú mozgásokban történő felmérése nemcsak a BHH-n belüli alcsoportok szerinti differenciálást segíti (azaz, hogy a beszédapraxia gyanúja fennáll-e), de egyéb nem beszédspecifikus mozgás probléma (pl. oralmotoros apraxia) feltárását is.

A BHH szempontjából releváns testi funkciók még azok is, amelyek a BHH-kal gyakorta együtt járó kommunikációs zavarok, illetőleg a neurális fejlődés egyéb zavarai esetén károsodhatnak. Például a beszédfluencia zavarait jelzően a beszéd gördülékenysége (b3300), az írott nyelv elsajátítási zavara esetén az írás útján történő nyelvi kifejezés (b16711), illetve a figyelemzavaros hiperaktivitás diagnosztikai tüneteként a figyelmi vagy az energia- és indítékfunkciók (pl. a figyelemmegtartás b1400 vagy az ösztönvezérlés b1304).

Az 1. táblázat a BHH-ra legrelevánsabb kódokat tünteti fel, adott esetben azonban más kód is használható. Így például együttműködőképesség (b1261), érzelemszabályozás (b1321) vagy az elhúzódo BHH következményeként alacsony motiváció (b1301) vagy önbizalomhiány (önbizalom b1266). Felmérésük egyebek mellett a logopédiai terápiákat kiegészítő, valamint az alternatív (pl. zenei) terápiák alkalmazása céljából lehet indokolt. Megjegyezzük azonban, hogy az ebben a bekezdésben felsorolt funkciók vizsgálata más szakember kompetenciakörébe tartozó feladat, a logopédus szerepe itt a probléma érzékelése és a megfelelő szakemberhez irányítás lehet. Az adott gyermek esetében vizsgálandók között kiemeljük még a jelnyelv felfogása és a nyelvi kifejezés jelnyelv útján funkciókat (b16702 és b16712); nagyon súlyos fokú BHH esetén ugyanis, amikor a beszédhangok produkciójának képessége a beszéd útján történő gondolat- és érzelmkifejezést gyakorlatilag lehetetlenné teszi, az augmentatív vagy alternatív kommunikációs rendszerek eszközeinek (leginkább a jelnyelvnek) terápiába vonása jelentheti a megsegítés egyetlen módját.

A funkciózavar súlyosságának kódolása ötpontos skálával történik (nincs, enyhe, mérsékelt, súlyos vagy teljes). Az artikuláció károsodásának mértéke például objektíven megragadható a beszédmintából számolt Pontos Mássalhangzók Százaléka mutató alapján (Shriberg & Kwiatkowski, 1982; magyarul: Tar, 2017).

Résztartomány	Kategória
b1 Mentális funkciók általános mentális specifikus mentális	b117 intellektuális funkciók b130 energia és indíték funkciók b1304 ösztönvezérlés b140 figyelmi funkciók b1400 figyelemmegtartás b144 emlékezésfunkciók b1443 munkamemória b156 észlelési funkciók b1560 hallási b1564 tapintási (szájtér) b167 nyelvi mentális funkciók b16700 beszélt nyelv felfogása b16701 írott nyelv felfogása b16710 nyelvi kifejezés beszéd útján b16711 nyelvi kifejezés írás útján b1642 integratív nyelvi funkciók b176 összetett mozdulatok sorba rendezésének mentális funkciói
b2 Érzékelési funkciók és fájdalomérzékelés hallási és vesztibuláris egyéb érzékelési	b230 hallási funkciók b2301 hangmegkülönböztetés b2302 hangforrás lokalizációja b2304 a beszéd megkülönböztetése b235 vesztibuláris funkciók b260 proprioceptív funkció b 265 tapintási (szájtér)

b3 Hangadás és beszéd	b310 hangadás b 3101 hangminőség b320 artikulációs b330 beszéd gördülékenységét, ritmusát biztosító funkciók b3300 a beszéd gördülékenysége b3301 a beszéd ritmusa b3302 a beszéd gyorsasága b3303 a beszéd dallamossága b340 alternatív hangadási funkciók b3401 különféle hangok létrehozása
b4 Cardiovascularis, a vérképző, az immun és a légzőrendszer a légzőrendszer funkciói	b440 légzési funkciók
b5 Az emésztőrendszer, az anyagcsere és az endokrin rendszer funkciói az emésztőrendszerhez kapcsolódó funkciók	b510 a táplálékfelvétel funkciói b51050 az orális nyelési szakasz
b7 Ideg-, csont- és izomrendszeri, valamint mozgáshoz kapcsolódó funkciók izomfunkciók mozgási funkciók	b730 izomerő-funkciók b735 izomtónus-funkciók b760 az akaratlagos mozgási funkciók kontrollja

1. táblázat. BHH esetén vizsgálatra javasolt testi funkciók

Testi struktúrák. A test különböző mértékű anatómiai károsodása (illetőleg strukturális épsége) ragadható meg e komponens segítségével. Az organikus eredetű és ismeretlen eredetű BHH e tekintetben jelentősen különbözik, előbbi esetében a résztartományok köre kiterjedtebb. Ismeretlen eredetűnél a genetikai kutatások hozhatnak változást, mivel a genetikai eltérést a testi struktúrák anomáliájához sorolják. A 2. táblázat azokat a résztartományokat (és alkategóriákat) tartalmazza, amelyek a fentebb érintett funkciózavarokat magyarázzák. A testi struktúrák vizsgálata részben logopédiai feladat. A beszédszervek enyhébb strukturális eltéréseinek (pl. rövid nyelvfelek, fogsorzáródási anomáliák) feltárása (és az artikuláció funkciózavarával való kapcsolatának vizsgálata) a BHH minimális vizsgálati protokolljának része. A súlyosabb mértékű organikus elváltozások azonosítása azonban már más szakemberek kompetenciakörébe tartozik. Intellektuális képességzavar, különböző genetikai szindrómák, a hallószerv átmeneti (pl. koragyermekkorban gyakorta visszatérő középfülgyulladás következtében fellépő) vagy tartós károsodása, neuromotoros zavarok (pl. cerebrális parézis), illetve az artikulációs szervek súlyosabb károsodásai (pl. részleges vagy teljes nyelveltávolítás, ajak- és szájpadhasadék) következményeként fellépő beszédbeli elmaradás esetén az idegrendszeri, a perifériás beszédszervek épsége vizsgálható. Adott esetben további résztartományok is számításba jöhetnek, például a mozgáshoz kapcsolódó struktúrák (s7), amikor a cerebrálpárézis esetében a mozgászavart az izom rövidülése tartja fenn.

Résztartomány	Kategória
s1 Idegrendszeri struktúrák	s110 agy
s2 A szem, a fül és a hozzá kapcsolódó struktúrák	s250 középfül - s2500 a dobhártya s260 belső fül
s3 A hangadásban és a beszédben részt vevő beszéd és hangadás szervei	s310 orr - s3100 orr külső része s320 szájüreg - s3200 fogak - s3202 szájpadlás - (s31020 kemény, s31021 lágy) - s3203 nyelv - s3204 ajkak - (s32040 felső, - s32041 alsó) s330 garat - s3300 orrgarat s340 gége - s3400 hangszalagok

2. táblázat. BHH esetén figyelembe veendő testi struktúrák

Tevékenység és részvétel

Az FNO funkcióképességet leíró második alkotóelemén belül az osztályozás a különböző életterületekhez kapcsolódó **tevékenységek**, illetve a társas helyzetekben való **részvétel** kategóriáin keresztül történik. A tevékenység és részvétel vizsgálata és minősítése nemcsak azért fontos, mert a beszédhang produkciójának nehézségei (a BHH altípusától és súlyosságától függően különböző mértékben) befolyásolhatják az egyén életének különböző aspektusait, hanem mert a kliens (és gyermekek esetén a közvetlen hozzátartozó) szempontjából a károsodás mindennapi életre kihatása hangsúlyosabb, mint maga a károsodás (Thomas-Stonell et al., 2009). Azt pedig a mindennapi tapasztalat, de kutatások is (pl. Pappas, McAllister & Mcleod, 2015) igazolják, hogy annak mértéke, hogy mennyire érzi zavaró tényezőnek a beszédbeli tüneteket az ellátott és környezete, kihatással van a logopédiai intervenció típusára és eredményességére is.

A tevékenység és részvétel alkotóelem BHH szempontjából releváns résztartományait és kategóriáit a 3. táblázat összegzi. Annak eldöntésében, hogy az egyes részterületek a tevékenység vagy a részvétel szempontjából vizsgálándók-e, irányadó, hogy az FNO a tevékenységet a funkcióképesség egyéni vetületeként, a részvételt pedig társadalmi szerepek szempontból vizsgálja.

Mind a képesség, mind a teljesítmény minősítése lehet pozitív és negatív; a probléma mértékének kifejezése ebben az esetben is a 'nincs, enyhe, mérsékelt, súlyos, teljes' minősítőkkel történik.

A BHH szempontjából a legfőbb tevékenység, amelyet a beszédbeli elmaradás érinthet, a **kommunikáció**, a részvétel területei pedig azok a társas helyzetek, amelyekben kommunikáció zajlik. A kommunikáció nehezítetté válik, ha a beszédfunkció károsodása az érthetőséget akadályozza. A beszéd érthetőségét számos beszédbeli és azon kívül álló tényező befolyásolja (pl. Kent, Miolo & Bloedel, 1994). Az előbbieik közé tartozik egyebek közt a beszéd pontossága vagy konzisztenciája, illetve, hogy a hibázás fonológiai kontrasztot érint-e vagy sem (azaz, hogy a hibázás típusa hangcsere vagy torzítás). E sajátosságok vizsgálatával a kommunikáció akadályozottsága (illetve annak mértéke) megjósolható, de a kommunikációs korlát súlyosságának megítéléséhez közvetlenül e célból fejlesztett objektív eljárások is rendelkezésre állnak. Az érthetőséget a beszéd sajátosságain kívül különböző beszéden kívüli tényezők is befolyásolják, mint például az, hogy a hallgató mennyire ismeri a gyermek beszédét. E tényezőknek a kommunikáció hatékonyságát befolyásoló szerepét az érthetőség objektív mérési eljárásai is figyelembe veszik. Példaként hozzuk a McLeod és munkatársai (McLeod, Harrison & McCormack, 2012) által fejlesztett, szülői kikérdezésen alapuló vizsgálóeljárást, amelynek magyarra fordított változata is elérhető (Érthetőség Kontextusban Skála elnevezéssel). A kérdőív 7 kérdést tartalmaz, amelyek (a környezeti diverzitás jegyében) arra kérdeznék rá, hogy a gyermek beszédét különböző mértékben ismerő (a szűkebb, illetve tágabb környezetében élő) személyek, illetve az idegenek számára mennyire érthető a gyermek beszéde. A válaszok jelölése 5-fokú skálán (1: soha – 5: mindig) történik.

A kommunikáció akadályozottsága a speciális ellátásra jogosultság megítélése szempontjából is fontos. A DSM-V meghatározása szerint ugyanis a beszédbeli probléma abban az esetben sorolható a BHH körébe, ha az elmaradás a beszéd érthetőségét negatívan befolyásolja, mégpedig oly mértékben, hogy az már az eredményes kommunikációt akadályozza, a társas helyzetekben való részvételt korlátozza. Bár, amint azt fentebb tárgyaltuk, az érthetőség mérése több módon is történhet, a hagyományos logopédiai vizsgálatoknak a beszéd e tekintetben történő elemzése nem része, illetve, ha rá is terelődik a figyelem, a logopédus szubjektív benyomása a megítélés alapja.

A súlyosabb esetekben a beszéd érthetősége oly mértékben nehezített, hogy az már az egyén jóllétére is kihat, kapcsolatépítési nehézséget, negatív iskolai attitűdöt eredményezhet, illetve ezek a gyermekek nagyobb mértékben eshetnek áldozatául az iskolai bántalmazásnak is (McAllister, McCormack, McLeod & Harrison, 2011). Ebből következően a beszédbeli elmaradás (a kommunikáció mellett) a személyközi viszonyokhoz és kapcsolatokhoz (d7), a fő életterületekhez (d8), valamint a közösségi, társadalmi és magánélethez (d9) kapcsolódó tevékenységekre, élethelyzetekre is kihatással lehet; még inkább igaz lehet ez akkor, amikor a beszédhanghibához egyéb kommunikációs tünet is társul – például: dadogás, rezonanciazavar.

Számos esetben azonban másként működik ez a dinamika, például, ha a beszédhanghibához hadarás társul, a személynek nincs feltétlen betegségtudata, nem éli meg beszédhibáját oly mértékben, hogy ez pszichés következményekhez vezessen, bár a beszédérthetősége nem megfelelő szintű.

A beszédbeli elmaradás azonban nem minden esetben eredményez nehezen érthető beszédet. Az artikuláció zavara altípusra jellemző beszédtünet a beszédhangok torz ejtése, ami furcsa hangzású ugyan (de mivel a kimondott szóban a várt fonéma realizálódik), a szándékolt üzenet azonosítása nem jelent problémát. Későbbi életkorban azonban a beszédfunkciónak még e

kismértékű károsodásai is kihathatnak az egyén felsőoktatási, szakmaválasztási lehetőségeire (azon szakmákéra, amelyek a beszélőközösség artikulációs normáitól való kismértékű, de észlelhető eltérést már nem tolerálják, pl. logopédus, színész).

A tevékenység és részvétel szintjén elemezhető tényezők egy további csoportjára azok a kutatások hívják fel a figyelmet, amelyek az óvodáskorban fennálló BHH és a későbbi iskolai teljesítmény kapcsolatát kívánták feltárni. E vizsgálatok egyik fő tanulsága, hogy a BHH tüneteit mutató gyermekek egy részének (különösen azoknak, akik a beszéd mellett nyelvi elmaradást is mutatnak) az olvasás, írás és számolás (valamint mindezek tanulása) terén is nehézségei lesznek (lásd pl. Lewis, Freebairn & Taylor, 2000; Nathan, Stackhouse, Goulandris & Snowling, 2004), azaz esetükben a tanulás és ismeretek alkalmazása (d1) résztartományába sorolt funkciók akadályozottságával is számolni lehet.

Végezetül, a tevékenység és részvétel releváns résztartományai közt feltüntettük még a mobilitást (d4) is, ugyanis a mindennapi klinikai tapasztalat, de kutatások (Newmeyer, Grether & Grasha, 2007; Tar, Lénárt, Berencsi, előkészületben) is igazolják, hogy a tárgyakkal kapcsolatos manipuláció, különösen az, amely finom kézmozdulatokat igényel, a gyermekek egy részénél akadályozott.

Résztartomány	Kategória
d1 Tanulás és ismeretek alkalmazása céltudatos érzékelési tapasztalatok alapszintű tanulás ismeretek alkalmazása	d115 meghallgatás d120 egyéb akaratlagos érzékelés - d1200 szájtéri érzékelés/oralstereognosis (mouthing) d130 utánzás d132 nyelvelsajátítás - d1320 szavak vagy jelentéssel bíró szimbólumok elsajátítása - d1321 szavak szó szerkezetbe kombinálása - d1322 a szintaxis elsajátítása d133 további nyelv elsajátítása d135 ismétlés d140 olvasástanulás - d1400 szimbólumfelismerés készségeinek elsajátítása - d1401 írott szavak kimondásához szükséges készségek elsajátítása - d1402 írott szavak és szó szerkezetek megértéséhez szüksége készségek elsajátítása d145 írástanulás d150 számolástanulás d160 figyelem-összpontosítás d166 olvasás d170 írás d172 számolás
d3 Kommunikáció megértés	d310 beszélt üzenetek megértése - d3100 egyszerű beszélt üzenetek megértése - d3101 összetett beszélt üzenetek megértése d325 írott üzenetek megértése

létrehozás	d330 beszéd <ul style="list-style-type: none"> - d3300 beszédhangok kiejtése - d3301 egyszerű beszélt üzenet produkciója - d3302 összetett beszélt üzenetek produkciója d331 nem-verbális vokális jelek kifejezése
társalgás, kommunikációs eszközök, technikák használata	d350 társalgás <ul style="list-style-type: none"> - d3500 társalgás kezdeményezése - d3501 társalgás fenntartása - d3502 társalgás lezárása - d3503 társalgás egy személlyel - d3504 társalgás több személlyel d355 vita d360 kommunikációs eszközök, technikák használata <ul style="list-style-type: none"> - d3600 távközlési eszközök használata
d4 Mobilitás tárgyak hordozása, mozgatása és kezelése	d440 finom kézmozdulatok <ul style="list-style-type: none"> - d4400 felszedés - d4401 megfogás - d4402 manipulálás - d4403 elengedés
d7 Személyközi viszonyok és kapcsolatok általános személyközi interakciók meghatározott személyközi kapcsolatok	d720 összetett személyközi interakciók <ul style="list-style-type: none"> - d7202 magatartás szabályozása az interakciók során d730 viszonyulás idegenekhez d740 hivatalos kapcsolatok <ul style="list-style-type: none"> - d7400 kapcsolat a feljebbvalókkal d750 nem hivatalos társadalmi kapcsolatok <ul style="list-style-type: none"> - d7500 nem hivatalos kapcsolatok barátokkal d760 családi kapcsolatok <ul style="list-style-type: none"> - d7601 gyermek–szülő kapcsolat - d7602 testvéri kapcsolat - d7603 tágabb családi kapcsolatok
d8 Fő életterületek oktatás	d815 iskola előtti oktatás d820 iskolai oktatás d830 felsőoktatás
d9 Közösségi, társadalmi és magánélet	d910 közösségi élet <ul style="list-style-type: none"> - d9102 szertartások, ünnepek d920 rekreáció és pihenés <ul style="list-style-type: none"> - d9200 játék - d9205 szocializáció

3. táblázat. A tevékenység és részvétel BHH esetén vizsgálандó résztartományai, kategóriái

Teljesítmény és képesség. Az FNO lehetővé teszi, hogy mind a feladat végrehajtását, mind az élethelyzetekben közreműködést a környezeti tényezők megléte vagy kontrollálása/kizárása mellett is vizsgáljuk. Az előbbi, a természetes élethelyzetekben (pl. osztályteremben, óvodai csoportban) mutatott tevékenységet **teljesítmény**ként, az utóbbi, egységesített körülmények (pl. beszédvizsgálat) között zajlót pedig **képesség**ként nevezi meg az osztályozási rendszer. A két besorolás közül az elsőként említett, azaz a teljesítmény a funkcióképesség várható legmagasabb szintje. Az intervenció megtervezése szempontjából mindkét minősítőnek jelentősége van. BHH

esetén a képesség azokat a tudáselemeket jelenti, amelyek a magyar nyelv fonológiáját képezik (fonémaállomány, fonotaktikai szabályok, prozódiai sajátosságok), illetve azt a motoros alapot, amely ennek a tudásnak a beszédben való kivitelezését lehetővé teszi (azaz, ne csak tudja, hogy a *róka* szó első szegmentuma a *r* és nem a *l*, de tudja a pergőhangot kiejteni is). A terápia célja azonban nem csupán az, hogy ezeket a tudáselemeket (képességet) kialakítsa, hanem hogy mindezt a tudását a gyermek a mindennapjaiban használja is (teljesítmény).

A képesség és teljesítmény tovább elemezhető a tevékenységet támogató kontextuális tényezők (segédeszközök, személyi segítség) igénybevétele mentén. E tekintetben négy értékelési szempontot különít el az FNO: 1) teljesítmény az aktuális környezetben, beleértve a támogató kontextuális tényezőket is, 2) képesség támogatás nélkül, 3) képesség támogatással, és 4) teljesítmény az aktuális környezetben támogatás nélkül. BHH esetén a támogatás nélküli képességvizsgálatra példa a spontán beszéd vizsgálata, a segítséggel történő mérésre pedig az utánmondással történő beszédvizsgálat. Szintén a támogatás melletti képesség vizsgálatára példa a dinamikus mérés (Glaspey & Stoel-Gammon, 2007), amely során a logopédus a képességnek (pl. egy fonéma kiejtésének) nem az aktuális, hanem a potenciális fejlődési szintjét méri, vagyis például az adott beszédhangot izoláltan (és nem hangkapcsolatban vagy szavakban) ejteti oly módon, hogy minden lehetséges ejtési sajátosságra felhívja a gyermek figyelmét. A teljesítmény felmérése egy támogatást nélkülöző aktuális környezetben történhet oly módon, hogy megfigyeljük a gyermeknek a különböző kommunikációs partnerekkel folytatott beszélgetését. A megfigyelés szempontja lehet például a beszéd érthetősége, vagy, hogy az egyszavas válaszok és a folyamatos beszéd közt tapasztalható-e pontosságbeli eltérés.

Kontextuális tényezők

Az FNO második része a környezeti és személyes tényezőket veszi számba, felismerve, hogy a körülmények, amelyek között, vagy amelyekkel felruházva az egyén éli életét, befolyásolják a funkcióképesség vetületeit. E külső és belső tényezők hatása lehet a teljesítményt/képességet támogató vagy hátráltató. Míg a környezeti tényezőket az előző részhez hasonlóan résztartományokra bontva tárgyalja az FNO, a személyes tényezők nem kerülnek részletesebb kifejtésre.

Környezeti tényezők

A környezeti tényezők fizikai, társadalmi és attitűdjellegű kategóriákat tartalmaznak. A BHH szempontjából ezek közül a legnagyobb hatású, minden gyermeket érintő, a **támaszok és kapcsolatok** (e3), **attitűdök** (e4), valamint a **szolgáltatások, rendszerek és szabályozások** (e5) résztartományai és azok kategóriái. A szűk vagy tágabb család (szülő, ill. nagyszülők) elköteleződése, a terápiás folyamatba bevonódása, illetve más területek szakembereinek (pl. mozgás-, zeneterapeuta, pszichológus, audiológus) elérhetősége a terápia sikerének záloga. Az ellátórendszer sajátosságai (ambuláns keretek, BHH tünetei mutató gyermekek számára létrehozott osztály, iskola) és a politikai intézkedések (logopédiai szolgáltatás, mint az alapellátás része, kötelező szűrések) az ellátás színvonaláról gondoskodnak. A 4. *táblázat* e két részterületen belüli ajánlott kategóriákat tünteti fel, a résztartományok köre azonban adott esetben ezúttal is bővíthető. Például a termékek és technológiák részterületével (e1) az auditoros feldolgozási zavar eredetű, illetve a fogsorzáródási, fogállományi eltérésekből adódó BHH esetén (előbbinél a gyermekek számára az

oktatáshoz biztosított – az auditoros feldolgozást segítő – készülék, utóbbinál a fogszabályzó használatának kódolásához). E részterületen belül vizsgálható még a terápiát segítő szoftverek elérhetősége is. Emellett, szintén az auditoros eredetű BHHH-hoz kapcsolódóan, a fizikai környezet egy további vetületét is érdemes figyelembe venni, nevezetesen a természetes környezet és emberi beavatkozással létrehozott változások a környezetben (e2) részterületének egyes kategóriáit/alkategóriáit (például hangerő és hangminőség).

A szülők szerepe a gyermekkori kommunikációs zavarok logopédiai ellátásában kulcsfontosságú. (Különösen igaz ez a korai logopédiai intervenció területein!) Mivel a hagyományos logopédiai gyakorlat csekély figyelmet fordít e tényezőre, három szempontot említünk, amelyek figyelembevétele eredményesebbé teheti a szülő-logopédus együttes munkáját.

Amint azt az előzményekben írtuk, az FNO logopédiai ellátásra adaptálási folyamatában fejlesztésre kerültek a terápia eredményességét e holisztikus modell szerint elemző eljárások. Ezek egyike a Thomas-Stonell és kollégái (2010) által létrehozott FOCUS módszer. A módszeralkotók célja egy olyan eljárás kidolgozása volt, amely képes megragadni az óvodás gyermekek kommunikációjában a terápia hatására bekövetkező, a mindennapi életük szempontjából jelentős kommunikációs változásokat. A tesztfejlesztés egyik legfőbb tanulása az volt, hogy a logopédus és a szülő által adott válaszok eltértek abban, mi miatt aggódnak leginkább, illetve **milyen elvárásaik vannak a terápiát illetően**. Míg a logopédust jobban nyugtalanították a károsodásból adódó (a testi funkciók körébe sorolható) részterületek, a szülőket a társas helyzetekben való részvétel korlátozottsága és a negatív személyes tényezők aggasztották jobban. E különbségből is adódik, hogy a logopédus a terápiától a testi struktúra és funkció terén várt javulást, és a terápia céljait is ennek eléréséhez igazította, míg a szülő azt remélte, hogy a terápia olyan képességeket alakít ki a gyermekben, melyek az otthoni és más élethelyzetekben való kommunikációs részvételt segítik elő, valamint, hogy az így előállt változás pozitívan befolyásolja majd a gyermek érzelmi életét és viselkedését.

A hagyományos szemlélet szerinti logopédiai ellátásban a szülő a logopédus szemléletétől függően részt vehet a terápiában, az előírt feladatok otthoni kivitelezésében, gyakorlásában tölt be szerepet. Ahogy Bowen és Cupples (2004) fogalmaz, a logopédus az, aki motivált a szülő bevonására, nem a szülő a részvételre. Léteznek azonban olyan **intervenciók stratégiák, melyek jelentőségtelesebb szerepet szánnak a szülőknek**. Ilyen egyebek közt Bowen (1996) szülő és gyermek kollaborációján alapuló fonológiai terápiája, valamint az inkonzisztens fonológiai zavar esetén javasolt magzókincs terápia (Dodd & Bradford, 2000; magyarul: Tar, 2017), amelynél a terápiába bevont szavak készletét a logopédus a gyermekkel és szülővel közösen határozza meg.

A kommunikációs nehézségek gyakran másodlagos pszichés tünetekhez vezetnek. Azzal, hogy **miként reagál a gyermek nehezen érthető beszédére**, a szülőnek (de a szűkebb és tágabb környezet más személyeinek is) döntő szerep jut e tünetek megjelenésének, leépítésének folyamatában. A vizsgálatot megelőző adatgyűjtés során (mint megfigyelés, anamnézis) érdemes sort keríteni a kommunikáció és sajátosságának feltérképezésére, és szükség esetén a terápiába a támogató szülői hozzáállás (azaz a megfelelő kommunikációs stratégiák) kialakítására irányuló célokat is belefoglalni.

Mind a támogató, mind az akadályozó tényezők megítéléséhez további, az egyén szintjén mérlegelendő szempontokat ajánl az FNO. Egy támogató tényező minősítése függ annak elérhetőségétől, tartósságától és minőségétől. Példának okáért, bár a beszédbeli elmaradás javítása

a törvényileg előírt logopédiai alapszolgáltatás része, az ellátáshoz való hozzáférés településenként eltérő lehet. Az akadályozó tényezők úgyszintén további szempontok (gyakoriság, mérték, elkerülhetőség) mentén elemezhetők. A logopédiai terápia célja a hátráltató kontextuális tényezők csökkentése, a támogatók körének bővítése az egyén különböző élethelyzetekben való jobb boldogulása érdekében.

Résztartomány	Kategória
e3 Támaszok és kapcsolatok	e310 szűk család e320 barátok e315 tágabb család e355 egészségügyi szakemberek e360 más szakemberek
e4 Attitűdök	e410 a közvetlen családtagok egyéni attitűdjei e415 a tágabb család tagjainak egyéni attitűdjei e420 barátok egyéni attitűdjei e445 idegenek egyéni attitűdjei e450 az egészségügyi szakszemélyzet egyéni attitűdjei e455 más szakmát képviselők egyéni attitűdjei
e5 Szolgáltatások, rendszerek és szabályozások	e535 kommunikációs szolgáltatások, rendszerek és szabályozások - e5350 kommunikációs szolgáltatások e585 oktatási és képzési szolgáltatások, rendszerek, szabályozások - e5850 oktatási és képzési szolgáltatások - e5851 oktatási és képzési rendszerek - e5852 oktatási és képzési szabályozások

4. táblázat. Vizsgálatra javasolt környezeti tényezők BHH esetén

Személyes tényezők

A személyes tényezők felmérése során olyan belső sajátosságok figyelembevételét javasolja az FNO, mint nem, életkor, megküzdési módszerek, jellemvonás, általános viselkedési minta, személyiségtípus, múltbéli tapasztalatok, életmód, szokások. Bár e tényezők a fenti alkotóelemek kategóriáitól eltérően kóddal nem rendelkeznek, a funkcióképességet nagy valószínűséggel befolyásolják, ezért az FNO szemléleti keretének fontos összetevői.

A BHH szempontjából releváns személyes tényezők egyrészt azok lehetnek, amelyeket a zavar megjelenésében rizikótényezőként jelöl meg a szakirodalom, ilyenek például a biológiai **nem** (a fiúk körében nagyobb arányban fordul elő BHH, mint a lányokéban, pl. Lewis, Ekelman & Aram, 1989). A belső tényezők egy további csoportját azok alkotják, amelyek a károsodásalapú (azaz a képességkialakításra irányuló) terápiák célkitűzésében szerepet játszanak. Például a fentebb már említett magiszókinés terápiáiban, amelynek alapját egy olyan szóképzlet képezi, amelynek elemei a gyermek számára funkcióval bírnak, tehát olyan szavak, amelyeket a mindennapjai során kommunikációs céllal használ. A szóképzlet összeállítása így egyénre szabva zajlik, ehhez pedig ismerni kell az adott gyermek **életmódját, szokásait**. Bizonyos személyes tulajdonságok egy

terápia sikerét általában is befolyásolhatják. A képesség fókuszú terápiás modellel kapcsolatban például Kwiatkowski és Shriberg (1998) azt írják, hogy beszédbeli elmaradás (azaz a károsodás) alapján meghatározott terápiás cél generalizálódása nem kizárólag a beszédtünetek alapján helyesen megválasztott intervenciók stratégiától függ, hanem olyan egyéni tényezőktől is, mint a **figyelem**, a **motiváció**, valamint a gyermek által a terápiába fektetett **erőfeszítés** mértéke. A terápiás helyzetben való együttműködést (de még a társas helyzetben boldogulást is) alapvetően meghatározza, hogy miként reagál az egyén az őt ért kritikára. Kutatások tanúsága szerint a BHH tüneteit mutató gyermekek jelentős része túl érzékeny, könnyen megsértődik, **nehezen viseli a kritikát** (Shriberg & Kwiatkowski, 1994). Végezetül, a BHH tüneteit mutató gyermekek személyes tulajdonságai között olyanok is előfordulhatnak, amelyek a gyermeket ért (a kommunikációs nehézségből következő) negatív hatások következményei. Az olyan érzéseknek, illetve a viselkedés jellemzőinek a figyelembevétele, mint például a féltékenység, szégyenlősség vagy a frusztráció, illetve a dühkitörések, azért is javasolt, mert a szülők terápiával kapcsolatos elvárásai közt (a kommunikációs helyzetekben való jobb boldogulás mellett) első helyen fogalmazódik meg a remény arra nézve, hogy a gyermek megszabadul majd a **negatív tulajdonságoktól** (Thomas & Stonell, 2009).

Éz utóbbi személyes tulajdonságok felmérhetők akár a vizsgálatot megelőző megfigyelés során is, illetve az anamnézis kérdései közé is beépíthetők olyan kérdések, mint: miként reagál a gyermek arra, ha nem értik meg? Hogyan fogadja a környezet javító célú reakcióját?

ÖSSZEGZÉS

Tanulmányunk célja az volt, hogy bemutassuk az FNO szemléleti keretét és annak a BHH tüneteit mutató gyermekek terápiás szükségletei feltárására való alkalmazhatóságát. Az áttekintésből látható, hogy ez az átfogó, jól strukturált klasszifikációs rendszer teljeskörűen alkalmazható, hasznos eszköz lehet a BHH-hoz kapcsolódó funkciózavarok, -kiesések megragadására. A testi funkciók és struktúrák részterületei nem csupán a BHH diagnózisához alapvető (minden gyermeket érintő) funkciók felmérését teszik lehetővé, hanem az alcsoportok közti differenciálást is. A BHH-val gyakorta együttjáró idegrendszeri fejlődési zavarok funkciókiesései szintén vizsgálhatók, az ezekre való odafigyelés csökkentheti az iskoláskori tanulmányi nehézségek mértékét, illetve bekövetkezésének lehetőségét. Az eljárás alkalmazásának legfőbb előnye a hagyományos vizsgálatokkal szemben azonban az, hogy a klinikai gyakorlatban célzott területek árnyalt feltérképezése mellett olyan területek felmérésére is alkalmas, amelyekre eddig kevés figyelem irányult.

Annak érdekében, hogy logopédusként éljünk is az FNO szemlélete (holisztikus, többszintű) és eszköztára (kódok) által kínált lehetőséggel, azaz, hogy az adott (BHH tüneteit mutató) egyén (gyermek) esetében a funkcióképességnek egy, a kliens preferenciáit is magában foglaló, átfogó profilját megrajzoljuk, jelenlegi gyakorlatunk részbeni módosítására van szükség. A logopédiai tevékenység három fő területét – a vizsgálatot, a terápiát és az eredményesség-vizsgálatot – tekintve az utóbbi az, amely az FNO többszintű modelljéhez képest a legszűkebb hatókörű. Míg a vizsgálat és a terápia, ideális esetben, a jelenlegi gyakorlat szerint is magába foglal a tevékenység és részvétel,

illetve a kontextuális tényezők részterületei közül néhányat, a terápia hatásának vizsgálata napjainkban kizárólag a károsodás (testi funkciók és struktúrák) mértékében bekövetkező változásra terjed ki.

Az ismertetés során azt is érzékeltetni szeretnénk volna, hogy az FNO kategóriák jelentős része a jelenleg is rendelkezésre álló eszközök, módszerek tudatos alkalmazásával, illetve az adatgyűjtési módszerek tartalmának kiegészítésével, bővítésével felmérhető. A funkcióképességben bekövetkező változás méréséhez, illetve ezzel összefüggésben a terápiás célok kijelöléséhez azonban új eljárás kidolgozására lenne szükség. Ahogy azt tanulmányunk első részében kifejtettük, egy új eljárás bevezetésére több mód is kínálkozik. Ezek egyike a mások által fejlesztett eljárás használata. A gyermekkori kommunikációzavarokra irányuló terápia eredményességének vizsgálatára léteznek eljárások, ilyen például a fentiekben már említett, az óvodáskorú gyermekek kommunikációja változásának mérésére fejlesztett FOCUS módszer. Az óvodás gyermekek, mint életkori célcsoport hasznos a logopédiai ellátás szempontjából, hisz az ellátásba kerülő gyermekek nagy része ebből a korosztályból kerül ki. A több tesztelési szakasz végeredményeképp előállt kérdőív (amely 50 ítemet tartalmaz) a szülők és logopédusok terápiás változásokról szóló beszámolóinak tartalomelemzése eredményeként jött létre. A kérdéskészletet a fejlesztők különböző pszichometriai kritériumnak (pl. megbízhatóságnak, konstrukciós érvényességnek) való megfelelés szempontjából is vizsgálták (Washington, Oddson, Roberston, Rosenbaum & Thomas-Stonell, 2013, Washington et al., 2013). A kutatási beszámolók alapján úgy gondoljuk, hogy ennek a módszernek az adaptálása utáni bevezetése hasznos lehetne a hazai logopédiai gyakorlat számára is.

Irodalomjegyzék

- Alford, V. M, Ewen, S., Webb, G. R., McGinnley, J., Brookes, A., & Remedios, L. J. (2015). The use of the International Classification of Functioning, Disability and Health to understand the health and functioning experiences of people with chronic conditions from the person perspective: a systematic review. *Disability and Rehabilitation*, 37(8), 655–666.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th Edition)*. American Psychiatric Association, Arlington, VA.
- Baylor, C., Oelke, M., Bamer, A., Hunsaker, E., Off, C., Wallace, S. E. et al. (2017). Validating the Communicative Participation Item Bank (CPIB) for use with people with aphasia: an analysis of Differential Item Function (DIF). *Aphasiology*, 31(8), 861–878.
- Bowen, C. (1996). *Evaluation of a phonological therapy with treated and untreated groups of young children*. Ph.D. dissertation, Macquarie University.
- Bowen, C., & Cupples, L. (1999). Parents and children together (PACT): a collaborative approach to phonological therapy. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 34(1), 35–55.
- Cieza, A., Fayed, N., Bickenbach, J., & Prodinger, B. (2019). Refinement of the ICF linking rules to strengthen their potential for establishing comparability of health information. *Disability and Rehabilitation*, 41(5), 574–583.
- Dodd, B., & Bradford, A. (2000). A comparison of three therapy methods for children with different types of developmental phonological disorder. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 35(2), 189–209.

- Duchan, J. E. (2001). Impairment and social views of speech-language pathology: clinical practices re-examined. *Advances in Speech-Language Pathology*, 3(1), 37–46.
- Egészségügyi Világszervezet. (2004). *A funkcióképesség, fogvatékoság és egészség nemzetközi osztályozása (FNO)*. Medicina, Budapest.
- Fitzpatrick, R., Davey, C., Buxton, M. J., & Jones, D. R. (1998). Evaluating patient-based outcome measures for use in clinical trials. *Health Technology Assessment*, 2(14), 1–74.
- Glaspey, A. M., & Stoel-Gammon, C. (2007). A dynamic approach to phonological assessment. *Advances in Speech Language*, 9(4), 286–294.
- Johnston, B. C., Patrick, D. L., Busse, J. W., Schünemann, H. J., Agarwal, A., & Guyatt, G. H. (2013). Patient-reported outcomes in meta-analyses – Part1: assessing risk of bias and combining outcomes. *Health and Quality of Life Outcomes*, 11(1), 109. Letöltve: <http://www.hqlo.com/content/11/1/109>
- Kent, R. D., Miolo, G., & Bloedel, S. (1994). The intelligibility of children's speech: A review of evaluation procedures. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 3(2), 81–95.
- Kullmann L. & Harangozó J. (1999). Az Egészségügyi Világszervezet életminőség-vizsgáló módszerének hazai adaptációja. *Orvosi Hetilap*, 140(35), 1947-1952.
- Lewis, B. A., Ekelman, B. L., & Aram, D. M. (1989). A familial study of severe phonological disorders. *Journal of Speech Hearing Research*, 32(4), 713–724.
- Lewis, B. A., Freebairn, L. A., & Taylor, H. G. (2000). Follow-up of children with early expressive phonology disorders. *Journal of Learning Disabilities*, 33(5), 433–44.
- Lewis, B. A., Short, E. J., Iyengar, S. K., Taylor, H. G., Freebairn, L., Tag, J. et al. (2012). Speech-Sound Disorders and Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Symptoms. *Topics in language disorders*, 32(3), 247–263.
- Lénárt Z., Szabó-Szemenyei E., Tóth A. A., & Kullmann L. (2018). Self-reported upper limb functioning of pupils with cerebral palsy by the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). *International Journal of Rehabilitation Research*, 41(3), 262–266.
- Madden, R. H., & Bundy, A. (2019). The ICF has made a difference to functioning and disability measurement and statistics. *Disability and Rehabilitation*, 41(12), 1450–1462.
- McCormack, J., Harrison, L. J., McLeod, S., & McAllister, L. (2011). A nationally representative study of the association between communication impairment at 4–5 years and children's life activities at 7–9 years. *Journal of Speech, Language and Hearing Research*, 54(5), 1328–1348.
- McAuliffe, M. J., Baylor, C., & Yorkston, K. (2017). Variables associated with communicative participation in Parkinson's disease and its relationship to measures of health-related quality of life. *International Journal of Speech Language Pathology*, 19(4): 407–417.
- McLeod, S. (2004). Speech pathologists' application of the ICF to children with speech impairment. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 6(1), 75–81.
- McLeod, S., & Bleile, K. (2004). The ICF: A proposed framework for setting goals for children with speech impairment. *Child Language Teaching and Therapy*, 20(3), 199–219.
- McLeod, S., Harrison, L. J., & McCormack, J. (2012). The Intelligibility in Context Scale: Validity and reliability of a subjective rating measure. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 55(2), 648–656. Magyarra fordított változatának (Érthetőség Kontextusban Skála ford. Zajdó K., 2012) elérhetősége https://cdn.csu.edu.au/data/assets/pdf_file/0005/399983/ICS-Hungarian.pdf
- Miller, C. W., Baylor, C. R., Birch, K., & Yorkston, K. M. (2017). Exploring the Relevance of Items in the Communicative Participation Item Bank (CPIB) for Individuals with Hearing Loss. *American Journal of Audiology*, 26(1), 27–37.

- Nathan, L., Stackhouse, J., Goulandris, N., & Snowling, M. J. (2004). Educational consequences of developmental speech disorder. Key Stage 1 National Curriculum assessment results in English and mathematics. *British Journal of Educational Psychology*, 74(2), 173–186.
- Newmeyer, A., Grether, S., & Grasha, C. (2007). Fine motor function and oral-motor skills in preschool-age children with speech sound disorders. *Clinical Pediatrics*, 46(7), 604–611.
- Raitano, N. A., Pennington, B. F., Tunick, R. A., Boada, R., & Shriberg, L. D. (2004). Pre-literacy skills of subgroups of children with speech sound disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45(4), 821–835.
- Selb, M., Gimigliano, F., Prodinger, B., Stucki, G., Pestelli, G., Iocco, M. et al. (2017). Toward an International Classification of Functioning Disability and Health clinical data collection tool: The Italian experience of developing simple, intuitive description of the Rehabilitation Set categories. *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*, 53(2), 290–298.
- Shriberg, L. D. (1980). Developmental phonological disorders. In Hixon, T. J., Shriberg, L. D., & Saxman, J. S. (Eds.), *Introduction to Communicative Disorders*. (pp. 262–309) Prentice Hall, Englewood Cliffs, NJ.
- Shriberg, L. D. (2010). Childhood speech sound disorders: From post-behaviorism to the post-genomic era. In Paul, R., & Flipsen, P. (Eds.): *Speech Sound Disorders in Children*. Plural Publishing, San Diego, CA, 1–34.
- Shriberg, L. D., & Kwiatkowski, J. (1982). Phonological disorders III: A procedure for assessing severity of involvement. *Journal of Speech and Hearing Disorders* 47(3), 256–270.
- Shriberg, L. D., & Kwiatkowski, J. (1994) Developmental phonological disorders I: A clinical profile. *Journal of Speech Language and Hearing Research*, 37(5), 1100–1126.
- Shriberg, L. D., Tomblin, B. J., & McSweeney, J. L. (1999). Prevalence of speech delay in 6-year-old children and comorbidity with language impairment. *Journal of Speech, Language and Hearing Research*, 42(6), 1461–1481.
- Tar É. (2017). *Fonológiai fejlődés, variabilitás, beszédhanghibák*. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest.
- Tar É., Lénárt Z., & Berencsi A. (előkészületben). Tartósan fennmaradó beszédhanghiba tüneteit mutató gyermekek beszédállapotának és rajzoló mozgásának jellemzői.
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004). Posttraumatic Growth: Conceptual Foundations and Empirical Evidence. *Psychological Inquiry*, 15(1), 1–18.
- Thomas-Stonell, N., Oddson, B., Roberston, B., & Rosenbaum P. (2009). Predicted and observed outcomes in preschool children following speech and language treatment: parent and clinician perspectives. *Journal of Communication Disorders*, 42(1), 29–42.
- Thomas-Stonell, N., Oddson, B., Robertson, B., & Rosenbaum, P. (2010). Development of the FOCUS© (Focus on the Outcomes of Communication Under Six). *Developmental Medicine and Child Neurology*, 52(1), 47–53.
- Tóth K., Putz M., & Kullmann L. (2013). Életminőség célok feltárása gerincvelősérült személyek primer rehabilitációjában. *Ideggyógyászati Szemle*, 66(7-8), 242–250.
- Washington, K. N. (2007). Using the ICF within speech-language pathology: Application to developmental language impairment. *Advances in Speech-Language Pathology*, 9(3), 242–255.
- Washington, K., Oddson, B., Roberston, B., Rosenbaum, P., & Thomas-Stonell, N. (2013). Reliability of the Focus on the outcomes of communication under six (FOCUS©). *Journal of Clinical Practice in Speech-Language Pathology*, 15(1), 7–12.

- Washington, K., Thomas-Stonell, N., Oddson, B., McLeod, S., Warr-Leeper, G., Robertson, B. et al. (2013). Construct validity of the FOCUS (Focus on the Outcomes of Communication Under Six) a communicative participation outcome measure for preschool children. *Child Care, Health and Development*, 39(4), 481–489.
- WHOQOL Group. (1993). Study protocol for the World Health Organization project to develop a quality of life assessment instrument (WHOQOL). *Quality of Life Research*, 2(2), 153–159.
- Wolk, L., Edwards, M. L., & Conture, E. G. (1993). Coexistence of Stuttering and Disordered Phonology in Young Children. *Journal of Speech Language and Hearing Research*, 36(5), 906–917.
- World Health Organization. (1946) *Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June, 1946*; (Official Records of the World Health Organization, No. 2, 100.) Letöltve: https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf
- World Health Organization. (2001). *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*. WHO, Geneva.
- World Health Organization. (2007). *International Classification of Functioning, Disability and Health Children & Youth version (ICF-CY)*. WHO, Geneva.
- World Health Organization. (2018). *International classification of diseases for mortality and morbidity statistics (11th Revision)*. Letöltve: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>