

# GYÓGYPEDAGÓGIAI SZEMLE

A MAGYAR GYÓGYPEDAGÓGUSOK  
EGYESÜLETÉNEK FOLYÓIRATA

2023 – LI. évfolyam

1

# GYÓGYPEDAGÓGIAI SZEMLE

*A Magyar Gyógypedagógusok Egyesületének folyóirata*

**Alapító-főszerkesztő:** Gordosné dr. Szabó Anna  
**Főszerkesztő:** Virányi Anita  
**Tervezőszerkesztő:** FORENO Nonprofit Kft.  
**Szerkesztőbizottság:** Csányi Yvonne  
Farkasné Gönczi Rita  
Gereben Ferencné  
Lénárt Zoltán  
Mohai Katalin  
Stefanik Krisztina  
Szekeres Ágota

**Digitális megjelenés:** [www.gyogypedszemle.hu](http://www.gyogypedszemle.hu)  
**Szerkesztőségi titkár:** Szekeres Szabolcs ([gyogypedszemle@gmail.com](mailto:gyogypedszemle@gmail.com))

**A szerkesztőség elérhetősége:** [gyogypedszemle@gmail.com](mailto:gyogypedszemle@gmail.com)  
**Megvásárolható:** Krasznár és Társa Könyvkereskedelmi Bt.  
1098 Budapest, Dési Huber u. 7.

HUISSN0133-1108

2023. január–március

Felelős kiadó:

Reményi Tamás – Magyar Gyógypedagógusok Egyesülete  
1071 Budapest, Damjanich u. 41-43. ([remenyi.tamas@barczy.elte.hu](mailto:remenyi.tamas@barczy.elte.hu))  
Postacím: 1476 Budapest, Pf. 78.  
Web: [www.magye-1972.hu](http://www.magye-1972.hu)

Előfizetésben terjeszti a Magyar Posta Zrt. Hírlap Üzletága  
1089 Budapest, Orczy tér 1.  
Előfizethető valamennyi postán, kézbesítőnél,  
e-mailen: [hirlapelofizetes@posta.hu](mailto:hirlapelofizetes@posta.hu), faxon: 06-1/303-3440  
További információ: 06 80/444-444

Egy szám ára: 2200,-Ft

Minden jog fenntartva. A folyóiratban megjelent képeket, ábrákat és szövegeket a kiadó engedélye nélkül tilos közzétenni, reprodukálni, számítástechnikai rendszerben tárolni és továbbadni. A szerkesztőség képeket é kéziratosokat nem őriz meg és nem küld vissza.

## NYOMDA:

FORENO Nonprofit Kft. • 9400 Sopron, Fraknói u. 22.  
Felelős vezető: Major Lajos ügyvezető igazgató

HALLÁSSÉRÜLT GYERMEKEK ÉS FELNŐTTEK  
GYÓGYPEDAGÓGIÁJA:  
IN MEMORIAM DR. CSÁNYI YVONNE

# SZERKESZTŐI ELŐSZÓ

## Mire inspirál minket dr. Csányi Yvonne szakmai öröksége?

2022. augusztus 19-én, 85 éves korában elhunyt dr. Csányi Yvonne, az ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar professor emeritusa, a hallássérült gyermekek és felnőttek gyógypedagógiájának meghatározó személyisége, aki a Magyar Gyógypedagógusok Egyesülete alapító elnökségének és a Gyógypedagógiai Szemle szerkesztőségi bizottságának is tagja volt.

Hatalmas úrt hagyott maga után kollegáiban, tanítványaiban mind szakmailag, mind emberileg. A mögöttünk lévő hónapokban már számos méltatás jelent meg róla, leírva, hogy milyen jelentős hatása volt az elmúlt évtizedekben a gyógypedagógiai szakma egészére, és azon belül különösen a hallássérült személyek pedagógiája és rehabilitációja területére. A tematikus szám előszavának szűk terjedelmi korlátai között még a szakmai örökség legfontosabb elemeinek pusztá felsorolása sem lenne lehetséges, ezért úgy döntöttem, hogy az életmű előtt tisztelgő írások sorát én inkább egy gyerekkori személyes történettel nyitom meg. Már első találkozásom professzor asszonnyal családi legendává vált, amiről Szüleim azóta is sokszor megemlékeztek...

Édesanyám háromhónapos koromban vette észre, hogy nem hallok jól, végül – hosszú procedúra után – egyévesen kaptam súlyos hallássérülesemről (siketség) diagnózist, illetve hallókészüléket. Háromévesen már túl voltam rengeteg hallás- és beszédfejlesztő foglalkozáson, több gyógypedagógusnál. Mégis elmaradt a várva várt siker, nem kezdtem el beszélni, és a környezetemet sem értettem jól. Ekkortájt az egyik szakember azt javasolta Szüleimnek, hogy el kellene még jutniuk velem dr. Csányi Yvonne-hoz, hátha ő tud tanácsot adni, hogy hogyan lépjenek tovább, hiszen ezen a területen ő az egyik legnagyobb szaktekintély Magyarországon. Szüleim néhány nap alatt kiderítették a hivatalos telefonszámát, felhívták, és kaptak is tőle időpontot. Több hét volt hátra a személyes konzultációig, amire édesanyám izgulva, de lelkesen és optimistán készült. Én akkor még nem tudhattam, hogy olyan elismert szakemberhez megyünk, akinek a szigorú, ugyanakkor őszinte és következetes véleményétől, maximalizmusától sokan tartanak. Így a kisujjamat se mozdítottam azért, hogy jó benyomást keltssek. Vagány kisgyermek voltam, de aznap önmagam is meghaladtam. Belépve Csányi Yvonne tanszéki szobájába, kitéptem magam édesanyám kezéből, odarohantam a könyvespolcához és lesöpörtem, amit csak elértem – állítólag kitüntetések is voltak köztük. A találkozó hátralévő részében édesanyám és Csányi Yvonne felváltva próbált engem „megfékezni”. Professzor Asszony egyszer csak így szólt kifulladásra:

- *Anyuka! Mit csinált ebből a gyerekből?! Mi lesz így belőle?*

- *Tanárnő, pont azért vagyunk itt, hogy legyen belőle „valaki”* – válaszolta édesanyám egy könnyecseptet eltörölve. Egy kis csend következett.

- *Értem. Kezdjük előlről!* - mondta Professzor Asszony.

Innentől kezdve – kisebb-nagyobb megszakításokkal – dr. Csányi Yvonne életem szinte minden szakaszában jelen volt. Többször meglátogattam abban az integrált-inkluzív nevelésen-oktatáson alapuló iskolában, ahova jártam. Nem csak a Szüleimnek, hanem a pedagógusaimnak is adott tanácsot, sőt néhány alkalommal velem külön foglalkozott. Oktatott főiskolai hallgatóként is, ugyanis – talán nem véletlenül – a gyógypedagógiai pályát választottam. Nem szakadtunk el egymástól akkor sem, amikor másik egyetemre mentem szociológia mesterképzésre: ő lett az ottani szakdolgozati

konzulensem. Amikor, egy kis kitérő után, az ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Karra jöttem dolgozni, örömmel üdvözölt. A doktori védésemre – a járványügyi óvintézkedések miatt – sajnos már nem jöhetett el. Sose felejttem el, mennyire boldog volt, amikor a védelem után segítséggel „felhívtam” telefonon, és elújságotam a „hírt”. Személyesen sohasem tudtam Professzor Asszonynak eléggé megköszönni mindazt, amit értem (és sok sorstársamért) tett egész életében.

E tematikus szám célja, a megemlékezésen túl, hogy elismeréssel adózzon azért a fáradhatatlan, kitartó és iskolateremtő tevékenységért, amit dr. Csányi Yvonne a hallássérült gyermekek és felnőttek gyógypedagógiájáért végzett.

A kiadvány felépítése jól tükrözi, hogy szakmája minden területén mennyire alapvető szerepet játszott, gyógypedagógus-generációk tanultak tőle. A *Tudományos közlemények* rovatban eltérő témájú publikációkat találhatunk Csányi Yvonne volt tanítványaitól és munkatársaitól, ami azt mutatja, hogy magasszínvonalú, korát megelőző munkássága mennyire szerteágazó volt. A rovatban olvashatunk írásokat a korai fejlesztéstől kezdve (*Lukács Szandra, Détár Andrea*), a hallássérült tanulók írásbeli szövegalkotásának vizsgálatán keresztül (*Bodorné dr. Németh Tünde*) a hangos zenehallgatás okozta zajártalomig (*Sós Ilka*) és a társadalmi szemléletformálás jelentőségéig (*Dukic Monika, dr. habil. Perlusz Andrea*). Nem maradhatott ki az integrált-inkluzív nevelés-oktatás témája sem, amely szintén Csányi Yvonne szívügye volt: egy publikáció a hallássérült személyek pragmatikai képességfejlesztésének lehetőségeiről szól az együttnevelés során (*Báder Melinda, Sós Ilka*). Professzor Asszony nagyban hozzájárult a pedoaudiológia hazai megalapozásához, majd a továbblépéshez másoknak is minden szakmai támogatást megadott. A *Gyakorlat műhelyéből* rovatot a hallássérülés időben és megfelelő módon történő diagnosztikáját, illetve a hallókészülékes ellátás fontosságát hangsúlyozó, esetleírásokat bemutató tanulmány reprezentálja (*Keresztesy Éva*). A következő, *In Memoriam* című részben szereplő szakmai, ugyanakkor személyesebb hangvételű visszaemlékezésekből (*Vértesyné Agárdi Anikó, Gyurina Éva, Kókayné Lányi Marietta*) hamar kiderül, hogy Csányi Yvonne nem csak (gyógy)pedagógusok pályájára, hanem vidéki és budapesti intézmények életére is hatott. A rovat utolsó cikkében olyan szerző (*Mikesy György*) emlékszik vissza, aki Professzor Asszony legelső osztályába járt a nagyothalló gyermekek iskolájában, közel 60 éve. Dr. Csányi Yvonne az „utolsó pillanatig” a szakmájának élt, az ő fordításában jelent meg 2021-ben Magyarországon Gisela Batliner Hallássérült gyermekek játékos fejlesztése című kötete. A *Könyvismertetések, újdonságok* rovatban egy recenzióan (*Détár Andrea*) köszönhetően ebbe a kiadványba nyerhetnek betekintést az érdeklődők. Professzor Asszony mindig törekedett tudásának megosztására, a látókörében lévő hallgatók tanítására, a már végzett gyógypedagógusok továbbképzésére. Neves külföldi szakemberekkel kiépített partneri kapcsolatát is felhasználta erre. A *Figyelő* rovatban szereplő beszámolóból (*dr. habil. Perlusz Andrea*) egy kenyai projektet ismerhetünk meg, amely során egy magyar munkacsoport az inkluzív iskolafejlesztés, módszertani támogatás céljából utazott oda – az együttműködés első lépéseként.

E megemlékező számot szerkesztve tapasztaltuk, hogy az elmúlt hat évtizedben, tehát dr. Csányi Yvonne munkássága alatt, még a gyógypedagógiai terminológia is jócskán átalakult. Szerkesztés közben próbáltuk ezt szem előtt tartani, ugyanakkor az utólagos korrekció nem mindig volt lehetséges. Például napjaink emberjogi mozgalmi szellemiségének megfelelően a fogyatékossgal kapcsolatos kifejezéseknél ma már javasolt jelölni a személyi státuszt (pl. „hallássérültek” szófordulat helyett: „hallássérült emberek/gyermekek/felnőttek”), ugyanakkor a régebben megalakult szervezetek, intézmények nevében gyakran olvashatjuk még a „hallássérültek/siketek/nagyothallók” kifejezéseket. Dilemmát okozott a „szurdopedagógus”, illetve a „szurdopedagógia” elnevezés is. De Professzor Asszony általában így használta és tanította, régi

kollégái, tanítványai is ezt szokták meg. Az elmúlt években azonban megfigyelhető, hogy a gyógypedagógus-képzésben inkább már a „hallássérült személyekkel foglalkozó gyógypedagógus”, illetve a „hallássérült személyeket érintő pedagógiai tevékenységek” forma kezd elfogadottá válni. Maximálisan tiszteletben tartva, hogy dr. Csányi Yvonne és egyes szerzők még ezeket a megfogalmazásokat (pl. „szurdopedagógus”, „szurdopedagógia”) használták pályafutásuk alatt, a cikkeket kiegészítő lábjegyzetekbe tettünk egy-egy „szómagyarázatot” a jelenlegi gyógypedagógus hallgatók, vagy az újonnan végzett szakemberek számára.

Azoknak az olvasóknak, akiknek nem volt lehetőségük személyesen megismerni Professzor Asszony karizmatikus személyiségét, szívből ajánlom a 2017. november 24-én készült videófelvételen látható interjúbeszélgetést, melyben az életútjáról számol be.<sup>1</sup> Ugyancsak nagyon érdekes és tanulságos a Gyógypedagógiai Szemlében 2018-ban megjelent írás, amelyben ő maga emlékszik vissza szakmai pályájára.<sup>2</sup> Dr. Csányi Yvonne szakmai útmutatása, dinamikus, energikus egyénisége hiányozni fog az utána következő gyógypedagógus nemzedékeknek. A tudományos pálya iránt érdeklődő tanítványait és kollégáit mindig új kutatásokra, a gyakorlati szakembereket pedig a tanultak mindennapi munkájukban történő alkalmazására buzdította. Tudományszervező és ismeretterjesztő tevékenységével vitára és együttműködésre serkentette a különböző érdekelteket, érintette feleket. Az általa lefektetett alapokon való továbbépítés az utókor kötelessége. A tematikus különszám ezen új kutatási-oktatási-alkalmazási törekvésekből kíván néhány hazai példát felvillantani – a teljesség igénye nélkül.

Ezúton köszönöm mindenki közreműködését, aki szerepet vállalt a szám létrejöttében.

Yvonne, köszönünk mindent, emlékedet megőrizzük!

Budapest, 2023. február 15.

**dr. Loványi Eszter**

ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar

Gyógypedagógiai Módszertani és Rehabilitációs Intézet

Hallássérült Személyek Pedagógiája és Rehabilitációja Szakcsoport

## HIVATKOZOTT FORRÁSOK

<sup>1</sup>Beszélgetés dr. Csányi Yvonne-nal egy szakmai életút hat évtizedes emlékeiről (ELTE BGGYK, 2017.11.24.).

Letöltés ideje: 2023.01.21. URL: <https://www.youtube.com/watch?v=R33hRryhhQQ>

<sup>2</sup>Csányi Y. (2018). Egy szakmai életút hat évtizedes emlékei. *Gyógypedagógiai Szemle*, 46(1), 33–54.

# TUDOMÁNYOS KÖZLEMÉNYEK

<sup>1</sup>Dr. Török Béla Óvoda, Általános Iskola, Szakiskola, Készségfejlesztő Iskola, Egységes Gyógypedagógiai Módszertani Intézmény és Kollégium

<sup>2</sup>ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar Gyógypedagógiai Módszertani és Rehabilitációs Intézet

## Hallássérült kisgyermekek családközpontú korai intervenciójának hazai alakulása

LUKÁCS SZANDRA<sup>1,2</sup> – DÉTÁR ANDREA<sup>2</sup>

lukacs.szandra@barczi.elte.hu

detar.andrea@barczi.elte.hu

---

### ABSZTRAKT

**Háttér és célok:** A hallássérült gyermekek korai intervenciója a több évtizedes múlttal rendelkező, evidenciaalapú, természetes auditív-verbális terápia mentén történik. Ennek kialakulását és gyakorlati megvalósulását a tudomány és technika fejlődése tette lehetővé.

**Módszer:** Ez a narratív áttekintés a hallássérült gyermekek korai intervenciója kapcsán kíván egy képet adni, hogy milyen fejlődési út vezetett a jelenlegi szakmai elvek, konszenzusok kialakulásához.

**Következtetések:** Kutatások bizonyították, hogy a hallássérült gyermekek nyelvi fejlődése szignifikáns összefüggésben áll a szülők terápiába való bevonódásával, aktív szerepvállalásával, valamint az idői tényezővel, a hallássérülés minél korábbi felismerésével (Moeller, 2000; Sharma et al., 2002). A hallássérült gyermekek heterogén csoportot alkotnak. Azonban mindannyiuk számára elérhető az egyéni igényeket figyelembe vevő terápia, optimális halláskorrekció, mely által új perspektívák nyíltak az élet számos területén.

**Kulcsszavak:** korai intervenció, természetes auditív-verbális terápia, szülői bevonódás, nyelvsajátítást támogató stratégiák

DOI: 10.52092/gyosze.2023.1.1

---

### HÁTTÉR ÉS CÉLOK

A hallássérült személyek pedagógiája szakterületén a kisgyermekek korai intervenciójára<sup>1</sup> irányuló szakmai elvek, módszertanok és jó gyakorlatok kidolgozása, meghonosítása, szakmai anyagok és tesztek adaptálása, valamint a gyakorlati munka elindítása, az országos szakmai hálózat kialakítása is mind dr. Csányi Yvonne professzor asszony nevéhez és munkásságához fűződik.

---

<sup>1</sup> korai intervenció fogalmát a hallássérült kisgyermekek fejlesztésénél Czeizel (2009) alapján használjuk: „A koragyermekkorai intervenció a 0-5(6) éves eltérő fejlődésű gyermekek tervszerűen felépített programja; a család segítése, mely szűrést, komplex diagnosztikai vizsgálatot, gyógypedagógiai fejlesztést, tanácsadást és különböző terápiás szolgáltatásokat foglal magában a gyermek állapotát és a család körülményeit, valamint egyedi igényeit figyelembe véve. Korai intervencióban, fejlesztésben – a rehabilitáció részeként – részesülhetnek a 0-(5)6 éves korú, értelmi, érzékszervi, mozgás- és halmozottan sérült, valamint viselkedészavarral küzdő gyermekek. A korai intervenciók, fejlesztő programok célja a sérült, fogyatékos kisgyermekeket nevelő családok segítése, a gyermek sérült vagy lassabban kialakuló készségeinek fejlesztése, a jobb életminőség és a szociális kapcsolatok támogatása.” (Czeizel, 2009, p. 153-154).

Követve a nemzetközi trendeket, kiterjedt szakmai kapcsolatai révén mindig a legkorszerűbb tudást hozta el a szakterület számára. Több alkalommal tartott workshopot vendégelőadóként a szakirányon például Morag Clark<sup>2</sup> vagy a Heldstab házaspár.<sup>3</sup>

Prioritásként tekintett a hallássérülés minél korábbi felismerésére, a kisgyermek optimális segédeszköz-ellátására, a szülők terápiába történő bevonására, aktivizálására. Kulcsfontosságúnak gondolta a szülők megnyerését, a velük való partneri kapcsolat kialakítását, hiszen „ők a legfőbb informátoraink”, – mondta Csányi Yvonne.

Hazánkban a hallássérült kisgyermek fejlesztése a természetes auditív-verbális terápia elvei mentén történik. A terápia a halló gyermekek természetes beszédfejlődésének mérföldköveit veszi alapul, és a hangos beszéd elsajátítását tűzi ki célul. Ezt az elmúlt évtizedekben végbement jelentős technikai fejlődés, mely a hallásjavító eszközöket és műtéti eljárásokat érinti (például: cochleáris implantáció), nagy mértékben támogatta. Ma már elmondható, hogy az időben felfedezett és diagnosztizált, majd megfelelő segédeszközzel ellátott hallássérült gyermekek többsége – ha nincsen társuló fogyatékoság –, a terápia hatására képes megtanulni hangzó beszéddel kommunikálni, a korai éveket követően integrált óvodai és iskolai keretek között folytatni tanulmányait (Bodorné & Perlusz, 2012).

## MÓDSZER

Jelen tanulmány a narratív áttekintés módszerével (Kamarási & Mogyorósy, 2015) mutatja be a hallássérült gyermekek korai intervenciójának elméleti és gyakorlati alapjait. Áttekintésünk az elmúlt 40-50 év releváns szakirodalmát öleli fel. A széleskörű merítésből azokat az irodalmakat választottuk ki, melyek az auditív-verbális, illetve természetes auditív-verbális terápiával kapcsolatosak, emellett azt a technikai és tudományos fejlődést mutatják be, mely napjainkig meghatározó és segítette a hallássérült gyermekek minél hatékonyabb fejlesztését, támogatta társadalmi integrációjukat. A hallássérült gyermekek rendkívül eltérő igényekkel és szükségletekkel bírnak. Jelen tanulmányban azon hallássérült gyermekek fejlesztésére fókuszáltunk, akiknél a család elkötelezett a hangos beszéd elsajátítása és a rendszeres hallásjavító eszköz használata mellett (például: cochlearis implantátum, hallókészülék, vagy ezek kombinációja).

---

<sup>2</sup> Morag Clark (1929-2019) brit pedagógus, az auditív-verbális terápia úttörője, „nemzetközi nagykövete”. Az észak-angliai Birkdale School for Hearing Impaired Children tanára, majd intézményének vezetője volt. Nyugdíjba vonulását követően tanácsadóként a világ számos országában tartott workshopokat és konzultációkat szakemberek és családok számára az auditív-verbális terápiáról, a hallássérült gyermekek természetes nyelvelsajátításának módszeréről. Elhivatott szakmai munkájáért több elismerést kapott (MBE, Alexander Graham Bell Egyesület, Anadolu Egyetem díszdoktori címe) (Moreau, 2019).

<sup>3</sup> Heidi Heldstab neves pszichológus, Piaget és Affolter tanítványa volt. Affolter módszerével több évtizeden át, eredményesen fejlesztett súlyos tanulási és viselkedés zavart mutató, autizmus spektrum zavarral diagnosztizált és társuló zavarokat mutató, hallássérült gyermekeket. A taktilis-kinesztetikus észlelés fontosságára és terápiás jelentőségére hívja fel a figyelmet. Szakmai, gyakorlati tapasztalatairól szóló, esettanulmányokat bemutató könyve itthon is elérhető (Csányi, 2013).



## EREDMÉNYEK

### Hallássérült gyermekek korai fejlesztését támogató kutatási eredmények, felismerések

#### *Módszertani irányzatok, a hallásnevelés történeti aspektusai*

A következőkben azokat a főbb szakmai, módszertani elveket és azok változásait tekintjük át röviden, melyek jelentős mértékben befolyásolták és meghatározták a hallássérült kisgyermek fejlesztését. A hallássérülés jellegéből adódóan a történeti áttekintés során már a legkorábbi időszakoktól kezdődően az orvosi (fül-orr-gégészet) és a pedagógiai, gyógypedagógiai szakmák együttműködése, összefonódása figyelhető meg.

Az a nézet, hogy a hallássérült gyermekeket megfelelő módszerekkel, auditív úton, a meglévő hallásmaradványuk felhasználásával lehet és kell fejleszteni, évszázados múltra tekint vissza. A hallásnevelés kezdeti módszertanának a kidolgozása fül-orr-gégész szakorvosok nevéhez kötődik (Pereira, Ernaud, Dechamps, Itard, Urbanschtsch) (Csányi, 1998).

Karunk névadója, Bárczi Gusztáv szakmai munkássága úttörőnek számított a XX. század első felében. Ugyan feltevése, hogy a siketség az akusztikus agnózia egy sajátos típusa lenne, nem igazolódott be, azonban több olyan módszertani elemmel dolgozott a „hallásbresztés-hallásnevelés” néven ismertté vált módszere során, melyeket napjainkban is alkalmazunk (például értelmes szavakkal, szócsoportokkal végzett hallásnevelés, a terápia során a beszédritmus és a -dinamika fejlesztése (Csányi, 1998)).

Az angol Ewing házaspár nevéhez köthető a múlt század első felében az a korszakalkotó felismerés, hogy a gyermekek hatékony fejlesztése érdekében szükséges a hallókészülékek rendszeres használata a hallásnevelés során, fontos a minél korábbi fejlesztés megkezdésének a hangsúlyozása, valamint a korai diagnosztikai protokoll kidolgozása (Csányi, 1998).

A szervezett korai hallás-beszédnevelés az 1950-es évektől terjedt el Európában. Ebben nagy szerepet töltött be az első nemzetközi pedoaudiológiai tanfolyam megrendezése. A korszakból Löwe és Tracy nevét kell kiemelnünk, akik a korai hallás-beszéd nevelés fejlesztő eljárások kidolgozásában játszottak meghatározó szerepet (Csányi, 1998).

A hatvanas-hetvenes évek technikai fejlődésének köszönhetően a hallókészülékek mérete egyre kisebbé vált, megjelentek az első fül mögötti készülékek, valamint külföldön elérhetővé váltak a cochleáris implantációs műtétek<sup>4</sup> is. Ezáltal a hallássérült gyermekek fejlesztése során a tisztán auditív utat (uniszenzoros hallásnevelést) alkalmazó irányzatok terjedtek el. Pollack, Clark, Schmidt-Giovannini az irányzat főbb képviselői, akik a hallásra alapozott, minél korábbi fejlesztés megkezdését vallják (Csányi, 1998). A korai fejlesztés hazai gyakorlata is ezen elvek mentén, a természetes auditív-verbális terápia kereteiben zajlik (Csányi, 1998; Baranyi & Fejes, 2012; Baranyi, 2019).

A magyarországi szakemberek közül Götze főorvos nevét azért kell megemlíteni, mert felismerte a szülők bevonásának jelentőségét a gyermekek egyéni, korai hallókészülékes ellátásába.

---

<sup>4</sup> A cochleáris implantátumokat (CI) olyan súlyos, szenzorineurális hallássérült személyeknek tervezték, akiknél a belsőfül szőrsejtjei sérültek, nem képesek megfelelően észlelni a hangokat. A cochleáris implantátumok elektródái átveszik a sérült szőrsejtek funkcióit. Az elektronikus jeleket az agyba küldik, amely hangként értelmezi őket. Az implantátumot műtéti eljárással ültetik be a belső fülbe.

Erre alapozva megalapította az első pedoaudiológiai tanácsadót (Csányi, 1998). Ez egy fontos mérföldkő volt a tanácsadás tekintetében, hiszen tudjuk, hogy a szülői hozzáállásnak meghatározó szerepe van abban is, hogy a gyermek elfogadja-e a hallókészülékét (Tucker & Nolan, 1995).

A nemzetközi tendenciákat követve a hetvenes-nyolcvanas évektől több kezdeményezés is indult az óvodáskor alatti, eltérő fejlődést mutató gyermekek fejlesztésére (például: a svábhgyei fejlődésneurológiai osztály megalakulásával neurotréning és szülői tanácsadás válik elérhetővé, elindul a koraszülött csecsemők szűrése és fejlődésének nyomonkövetése, korai fejlesztése a Péterffy Sándor utcai kórházban). A kezdeti időszakban a gyermekek korai fejlesztése egyrészt az egészségügyi rendszerhez kötődően indult el, másrészt, mint szakmai műhely és diagnosztikai központ (akkori nevén) a Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskola játszott meghatározó szerepet. A hallássérült gyermekek korai fejlesztéséről szóló kurzusát Csányi Yvonne az 1981/1982-es tanévtől indította el. A kilencvenes évektől vált egyre differenciáltabbá az ellátórendszer, teremtődött meg a korai fejlesztés jogi alapja. Reflektálva a tendenciákra és igényekre, specializálódott a gyógypedagógus-képzés is (Fehér és Vályi, 2022).

## **A korai évek jelentősége a neurofiziológiai kutatások tükrében**

A neurofiziológiai kutatások eredményeinek hatására napjainkban a korai intervenció fontossága evidenciaalapú gyakorlattá vált a gyógypedagógia valamennyi területén. Hallássérült gyermekek esetében a szenzitív időszak kihasználásának jelentősége a kommunikáció fejlődése, a hangzó nyelv elsajátítása szempontjából még hangsúlyosabb.

A kutatások rávilágítottak arra, hogy a korai időszakban az agy fejlődése során bizonyos kapcsolatok csak meghatározott ingerek hatására jönnek létre. A nyelvelsajátítás szempontjából lényeges a hallórendszer épsége, az auditív ingerek hatása (Batliner, 2021).

A nyelvelsajátítás biológiai felfogását képviselő Lenneberg (1967) a gyermekek nyelvi fejlődését az élettani érési folyamatokhoz hasonlítja. Úgy véli, a tipikus fejlődés esetén is van a nyelvelsajátításnak egy kritikus periódusa, vagy szenzitív időszaka (Pléh et al., 2002).

Sharma és munkatársai (2002) felhívják a figyelmet arra, hogy az agyi plaszticitásból eredő lehetőségek teljes mértékben csak az élet első 3-4 évében használhatók ki, ezt követően fokozatosan, majd 7 éves kortól jelentős mértékben csökken a hallókéreg plaszticitása. Tehát hallássérült gyermekek esetén a megfelelő segédeszközös ellátásnak, cochleáris implantációs műtétek elvégzésének is van egy érzékeny időszaka, ami a neurológiai folyamatok által meghatározott (Sharma et al., 2002). A fejlesztések sikere azonban több tényezőtől függ (például: hallássérülés fellépésének ideje, hallássérülés időtartama, beavatkozás módszere, az alkalmazott kommunikációs stratégiák, család társadalmi státusza). Sharma és munkatársai a keresztmodális neuroplaszticitás jelenségét is kiemelik, mely szerint megfelelő auditív ingerek hiányában a hallókéreg szerveződését, területeit, más típusú modalítások (pl. vizuális és szomatoszenzoros) területek vehetik át. Azonban a hallókéreg plaszticitása és reorganizációs képessége folytán az időben elvégzett CI műtét hatására a folyamat visszafordítható (Campell & Sharma 2016; Sharma & Kyong, 2020).

## A korai felismerés, szűrés és intervenció jelentősége

A súlyos, veleszületett hallássérülés minden 1000 újszülöttből körülbelül 2 gyermeket érint (Boons et al., 2013; Batliner, 2021). Az újszülöttkori objektív hallásszűrés bevezetésének (UNHS)<sup>5</sup> célja a hallássérülés minél korábbi felismerése, a korai diagnózis felállítása és a terápiás beavatkozások megkezdése. Hazánkban 1983-tól vezették be az újszülöttek hallásszűrését, azonban az életkorokhoz kötött, teljes körű objektív szűréseket csak 2010-től tették kötelezővé (2015. EüK 9. szám EMMI szakmai irányelv).

A hallássérülés leginkább szembetűnő következménye a hangzó beszéd és nyelv fejlődésének az eltérése, mely a mindennapi kommunikációs helyzetekben érhető tetten. A gyermekek 95%-a halló családba születik, ahol a szülők anyanyelve a hangos beszéd. Ezért a hallássérülés diagnosztizálása ebben a korai életszakaszban nem pusztán a hallás hiányáról, hanem egy sérült családi kommunikációs rendszerről is szól (Boons et al., 2013; Batliner, 2021).

Az UNHS bevezetését követően számos tanulmány igazolja a korai felfedezés és intervenció jelentőségét a nyelv- és beszédfejlődésben, mely maga után vonja az élet egyéb területein (például: szociális készségek, olvasás, kognitív készségek) is a pozitív irányú fejlődést (Lim & Simser, 2005; Irányelv, 2010; Boons et al., 2013; Raeve, 2014).

Longitudinális vizsgálatok tapasztalatai azt mutatják, hogy azok a hallássérült gyermekek értek el jobb eredményeket az expresszív és receptív nyelvi tesztekben, az auditív észlelést vizsgáló eljárásokban, valamint a szövegértés terén, akiket korán, 6 hónapos koruk előtt kiszűrtek, és megfelelő hallókészülékkel, vagy CI-vel láttak el. Ezenfelül a gyermekek kevesebb szociális-emocionális problémát mutattak, a szülőkkel való kapcsolatuk, egymásra hangolódásuk könnyebb volt és nagyobb arányban kerültek integrált nevelés-oktatásba (Lim & Simser 2005; Boons et al., 2013; Raeve, 2014).

Az UNHS bevezetésével pozitív irányú tendenciák indultak el. Azonban több területen nehézségek tapasztalhatók (például: hallássérült személyek pedagógiája szakirányon végzett gyógypedagógus hiánya, még több evidenciaalapú kutatási eredmény kellene az egy- és kétoldali CI-t viselő gyermekek terápiájának eredményességéről) (Raeve, 2014; Baranyi, 2019).

## Ajánlások, alapelvek a hallássérült kisgyermekek korai intervenciója során

Az elmúlt évtizedekben a hallássérült kisgyermekek iskoláskor előtti terápiája mind elméleti, mind gyakorlati téren jelentős változáson ment keresztül.

A korai fejlesztés és az integrált oktatás-nevelés területén elterjedt és bevált módszer az auditív-verbális, vagy naturális auditív-verbális terápia. A módszer alapvetően a hallásra, az auditív

---

<sup>5</sup> UNHS (univerzális neonatális hallásszűrés): a teljeskörű, újszülöttkori hallásszűrést a Joint Committee on Infant Hearing (JCIH) bizottsága kezdeményezte 1993-ban. Az ajánlás lényege és célja, hogy minden gyermek objektív vizsgálmódszerekkel történő hallásszűrése legkésőbb a gyermek 1 hónapos koráig történjen meg függetlenül attól, hogy intézményben, vagy otthon született. A vizsgálat sikertelensége vagy a hallássérülés gyanúja esetén a gyermeket 3 hónapos koráig egy ismételt vizsgálatra hívják vissza. Így szükség esetén a gyermek 6 hónapos kora előtt megkezdődhet a korai intervenció (2015. EüK 9. szám EMMI szakmai irányelv).

csatornán keresztül érkező információkra alapoz, a természetes beszéd- és nyelvfejlődést követi (Csányi, 2004; Lim & Simser, 2005; Batliner, 2021).

Jelenleg az alábbi alapelvek mentén történik a hallássérült kisgyermek fejlesztése, auditív-verbális korai fejlesztése:

1. az újszülöttkori szűrés támogatása, mely a minél korábbi felismerést és diagnózist, szükség esetén a gyermekek nyomonkövetését és fejlesztését teszi lehetővé
2. modern orvosi és technikai eszközök használata a hallássérült gyermekek nyelv- és beszédfejlesztésének támogatására a lehető legjobb eredmények elérése érdekében
3. a szülők bevonása kiemelt szerepet játszik, ő is a gyermekkel foglalkozó team tagja, a tervezett célok és fejlődési lépcsőfokok elérése a család aktív részvételét feltételezi
4. partneri kapcsolat kialakítására való törekvés a szakember-szülők viszonyában
5. fontos a családok érzelmi és szociális támogatása (például: annak elfogadása, hogy a családok más és más dinamikával működnek, a család erősségeire való építés, a szülők önbizalmának, kompetenciaérzésének erősítése)
6. a terápiás alkalmak fókuszja a gyermek direkt fejlesztéséről áttevődik a család-gyermek közötti interakcióra; középpontban a családi prioritások és szükségletek, célok állnak (kooperációs modell)
7. információadás, döntéshozatal támogatása (például: készülékes ellátás, CI műtéti eljárás, elérhető terápiák)
8. fejlődés nyomonkövetése, folyamat diagnosztika alkalmazása
9. a hallássérült gyermek számára auditív ingerekben gazdag környezet biztosítása
10. a természetes beszéd- és nyelvfejlődés mérföldköveinek az alapul vétele (Lim & Simser, 2005; Baranyi & Fejes, 2012; Moeller et al., 2013; Baranyi, 2019).

A hazai gyakorlatban a Morag Clark nevével fémjelzett naturális auditív-verbális terápia honosodott meg. Az auditív-verbális irányzat evidencián alapuló módszer. Kézzelfogható, hasznosítható bázistudást, könnyen a gyakorlatba ültethető segítséget ad a hallássérült gyermekekkel és szüleikkel dolgozó gyógypedagógusoknak. Ami megkülönbözteti a korábbi megközelítésektől a Morag Clark által kidolgozott módszert, az az, hogy a hallássérült gyermekeknek nem valami speciálisra van szükségük, csupán többre a természetes társalgási helyzetekből. Ez a szemléletmód az alapja a terápiának.

Mit takar a naturális auditív-verbális terápia elnevezés? A naturalitás a terápia kontextusában a természetes módon történő hallásfejlesztést, a hétköznapi nyelvi és akusztikai környezetet reprezentálja. Az auditív jelző azokat a természetes hangingereket, reakciókat és a beszédet jelöli, amelyek a hallássérült gyermeket a hétköznapiak során körbeveszik, az életének mindennapi, szerves részét képezik. Ennek elengedhetetlen feltétele a korábban már hangsúlyozott jó audiológiai feltételek és a hallókészülék, illetve a CI folyamatos viselése, ami által a hallássérült gyermek is „fülelővé”, a hangokra kíváncsivá válhat és az akusztikus ingerek lesznek számára az elsődleges információforrások. A módszer a verbalitást, a hangzó nyelvet, a természetes, mindennapi szituációkat helyezi előtérbe. Az egész, kerek mondatok, a normál beszédtempó, a dallamos beszéd használata az, ami az ismétlések révén biztosítja a hallássérült gyermekek számára a folyamatos nyelvi mintát. Ezt a természetes mintát mind a szakemberek, mind a szülők anyanyelvükön tudják kellő minőségben és hitelesen biztosítani (Clark, 2007; Baranyi, 2019). A naturális auditív-verbális irányzat többek között a fentebb említett szempontok alapján javasolja a

korai időszakban a jelnyelv használatának kerülését elsődlegesen hangos beszéddel kommunikáló szülőknél. A jelnyelv a halló szülő számára egy idegen nyelv, aminek az elsajátítása időt és energiát igényel. A terápia lényege, hogy rámutasson és rávegye a szülőket arra, hogy képesek a hallássérült gyermekükkel eredményesen és intenzíven kommunikálni a saját nyelvi eszközeikkel is (Batliner, 2021). Ezek az eszközök minden szülő számára hozzáférhetőek, hiszen az anyanyelv emocionális tartalmai, a beszédet kiegészítő metakommunikációs technikák a szülők sajátjai, az anyanyelvük részei (Clark, 2007; Baranyi, 2019).

## Fejlesztés a korai időszakban

Hazánkban a hallássérült kisgyermek korai intervenciója 2013 óta egységesen a pedagógiai szakszolgálatokhoz tartozik (15/2013. (II. 26.) EMMI rendelet). A szakszolgálatokon túl például a fővárosban a Budapesti Korai Fejlesztő Központban, illetve az ELTE Gyakorló Óvoda és Egységes Gyógypedagógiai Módszertani Intézményben is elérhető hallássérült személyek pedagógiája szakirányon végzett gyógypedagógus<sup>6</sup> által nyújtott fejlesztés. Az adott intézmény kijelöléséhez a Fővárosi Pedagógiai Szakszolgálat, Székhely Szakértői Bizottság (Fővárosi Pedagógiai Szakszolgálat Hallásvizsgáló Gyógypedagógiai Tanácsadó, Korai Fejlesztő, Oktató És Gondozó Tagintézménye) javaslata szükséges. Alapesetben a lakóhelyhez legközelebbi szakszolgálathoz kerül a feladat.

Az ellátás többségében ambuláns formában történik, a szakértői véleményben kijelölt illetékes szakszolgálatban zajlik. Előfordul az utazótanári forma is, amikor a gyógypedagógus utazik a családhoz. Mindkét formának megvannak az előnyei, illetve a hátrányai. A családdal való hosszú távú együttműködést és eredményes fejlesztést nézve szerencsés, ha ez a két ellátási forma felváltva valósul meg. A szakszolgálatban történő fejlesztés a sorstársközösség megtalálásához, a keretek tartásához segíthet hozzá. Kimozdítja a szülőt és gyermeket. A család otthonában végzett fejlesztő munka a szülőt konkrét példamutatással segíti, hogy hogyan használhatja ki az otthoni helyzeteket a gyermekkel való kommunikációra. Ezért, ha megoldható, 3 hetente, havonta érdemes beiktatni a kiutazást a családhoz, annak érdekében is, hogy akár az édesapa vagy a nagyszülők is be tudjanak kapcsolódni egy-egy ilyen alkalommal. Adódhatnak olyan élethelyzetek is (például: kistestvér születése), amikor nem tudják a szülők megoldani a szakszolgálatba történő bejárást.

A Covid-19 járvány hozta magával az online foglalkozások (telepractice) szélesebb körű elterjedését. A járványhelyzet előtt az online rehabilitáció gyakorlata főként olyan országokban terjedt el, ahol a gyógypedagógusok az óriási területi ellátási kötelezettség miatt más formában nem tudták volna biztosítani a fejlesztéseket. Ma már számos tanulmány igazolja a családközpontú, korai intervenció elvek mentén végzett, online formában megvalósuló fejlesztések hatékonyságát (Brown, 2015; Behl et al., 2017; McCharthy et al., 2019).

---

<sup>6</sup> A tanulmány további részében az olvasmányos nyelvhasználat érdekében a gyógypedagógus alatt a hallássérült személyek pedagógiája szakirányon végzett gyógypedagógust fogjuk érteni.

## A terápiás foglalkozások menete

A továbbiakban a foglalkozás egy lehetséges felépítését mutatjuk be. Természetesen a szülők élethelyzete, a terápiás foglalkozások helyszíne, a gyermek életkora és szükségletei is befolyásolhatják az adott alkalom menetét.

A foglalkozásnak a hallókészülék vagy cochleáris implantátum (CI) ellenőrzésével kell kezdődniük. Ez kezdetben több időt vesz igénybe, hiszen a szülőknek meg kell tanulniuk a hallókészülék esetében a sztetoklip használatát, a mindennapos ellenőrzés szükségességét. Lényeges, hogy ez ne merüljön ki a technikai ellenőrzésben (az elemek nem merültek-e le). A funkcionális ellenőrzésre kiválóan alkalmasak a Ling teszt<sup>7</sup> hangjai, de lehetnek a hét napjai is. Az a fontos, hogy mindig ugyanazokkal a hangokkal vagy szavakkal ellenőrizzék a szülők is a hallókészülék működését, mivel így könnyebben és gyorsabban felfedezhető bizonyos problémák (Hamman & Krüger, 2022; Baranyi 2019).

A Ling tesztnek a későbbi életkorban a játékaudiometriára való felkészítésében is nagy szerepe van, illetve információt nyújt az optimális hallókészülék-beállításához is. Ha ezen hangokat a hallássérült gyermek készülék segítségével képes meghallani, majd ezeket tudja differenciálni, akkor azt jelenti, hogy képes a hangzó nyelvet akusztikusan felfogni, értelmezni. Optimális feltételekkel rendelkezik a hangzó nyelv elsajátításához (Baranyi, 2019).

A hallókészülék vagy CI ellenőrzése után a foglalkozás következő részében a szülő és a gyermeke egy otthonról hozott tárggyal vagy játékkal tevékenykedik. Itt a szülő és a gyermek közös tevékenységére irányul a figyelem. A gyógypedagógus megfigyelőként van jelen és később reflektál a látottakra, ad tanácsot. Ahhoz, hogy a szülő készen álljon egy ilyen bemutatásra, elengedhetetlen az oldott légkör megteremtése. Nem várhatjuk el rögtön minden szülőtől, hogy a második foglalkozás alkalmával már hozzon valamilyen játékot, amivel közösen játszik hallássérült gyermekével. Bátoríthatjuk, de ne erőltessük (Baranyi, 2019). Javasoljuk, hogy hozzon olyan játékot, könyvet, amit maga is szeret. A tanácsokat mindig kellő tapintattal és odafigyeléssel adjuk, hogy abból a szülő profitálni tudjon (Baranyi, 2019). Eleinte az is megvalósítható, hogy közösen (a gyógypedagógus – a szülő(k) – a gyermek) foglalatoskodnak valamivel, míg a szülő kellő önbizalomra tesz szert. A kezdeti intenzív időszakban ez meghatározó, sarkalatos pontja a fejlesztésnek. A szülők vannak egész nap a gyermekkel, így olyan, korábban említett stratégiákat és eszközöket kell a kezükbe adni, amivel képesek megfelelő nyelvi inputot biztosítani.

A szülő és gyermek közös játék után következik a gyógypedagógus-gyermek együttes tevékenysége. Ennek fő célja, hogy mintát és támpontokat adjon a szülőnek. Lényeges, hogy a gyógypedagógus olyan tevékenységeket hozzon, amiket a szülő otthon is meg tud valósítani, a gyermek hallás- és beszédfejlődését szolgálják, valamint nem szükségesek hozzá drága fejlesztő játékok. Sokszor nem is gondolják a szülők, hogy a mindennapi rutinhelyzetek kihasználása (például: a fürdetés, az öltöztetés, az etetés, a játszószőnyegen a csörgőkkel való játék, a labdázás vagy mondókázás) mennyi lehetőséget rejtenek magukban. Szinte minden otthoni helyzetre lehet építeni. Ezek nagy előnye, hogy sokszor ismétlődnek. Ide tartozik – a teljesség igénye nélkül – a mosás, a teregetés, az egyszerű ételek és italok készítése. Ezek közül egyet, a mosást fejtjük ki részletesebben, megfigyelve a naturális auditív-verbális módszertan elveinek.

---

<sup>7</sup> Ling teszt hangjai: m, sz, s, á, ú, i, melyek lefedik a beszédartományt.

8-9 hónapos kortól kezdenek a gyermekek mászni. Ekkortól szeretnek pakolni, például a szennyeskosárból kiszedni, kiborítani a ruhákat. A szülő a gyermeket is bevonva, a gyermek által adogatott ruhákkal pakolhatja be a mosógépet. Közben meg lehet beszélni, hogy melyik ruhadarab kié. Később, mikor már a színeket is tudja a gyermek, akkor a szülők színenként is kérhetik az egyes ruhadarabokat (például: „Kérem a piros pólót!”, „Add ide a kék zoknit!”). Szétválogathatják közösen a ruhadarabokat színek szerint. A modern mosógépek mindegyike már hangot ad, amikor befejeződik a mosás. Ez kiválóan kihasználható hallásnevelésre, illetve maga a centrifuga hangja is. Megszagolhatják az öblítőt, együtt önthetik bele a tartályba (Baranyi, 2019). Ahogy a példa is mutatja, egy-egy házimunka rengeteg lehetőséget kínál a társalgásra. A tevékenységek nyelvi formába öntése, megfogalmazása pozitívan hat a gyermek beszédfejlődésére. A társalgás során fontos a következetesség, azonos kifejezések használata (például: nadrág vagy naci), valamint az igék kiemelése.

A fent megnevezett tevékenységek időigényesebbek lehetnek, ha azokat a gyermekkel együtt végzi a szülő. Ezt tehernek érezheti, más tevékenységekre néha kevesebb ideje jut. Ilyenkor érdemes kiemelni, hogy ez hosszú távon a hallássérült gyermek érdekét szolgálja. Ebből tud a legtöbbet profitálni gyermeke.

A foglalkozás további tevékenysége az úgynevezett „hallásnevelés”. Ebbe beletartozik a zenélés, éneklés, mondókázás és tánc is. A hallásnevelésre szánt feladatok az egész foglalkozás során folyamatosan jelen vannak rövid időintervallumokban, spontán és tervezett módon is. Ezeknek a tevékenységeknek az egész foglalkozás szempontjából nagy jelentősége van. Az ellazulást, a ráhangolódást, az összeszokást is segíthetik, vagy éppen lezárást, keretet adhatnak a foglalkozásnak. Egyfajta örömforrás, ami a szülőknek, gyermeknek és a gyógypedagógusnak is önfeledt perceket biztosít (Baranyi & Fejes, 2012; Baranyi, 2019).

Általában a foglalkozás végén kerülnek megbeszélésre a szülőt foglalkoztató kérdések, aggodalmak, problémák, illetve itt kap helyet az ötletadás és tanácsadás is. A foglalkozás menetéből kirajzolódik, hogy hogyan képes igazodni az egyéni helyzetekhez, és elég rugalmasan lehet kezelni az egyes részeket is.

A gyógypedagógusnak a foglalkozást követően nem ér véget a feladata. Az intézményi dokumentáción túl (audiogram, vizsgálati leletek, gyógypedagógiai jellemzés, szakértői vizsgálat eredménye) a gyermekről célszerű saját feljegyzéseket vezetnie minden foglalkozás után. Felírni, hogy milyen tanácsot adott, milyen cél valósult meg, vagy épp nem valósult meg, mire szeretné helyezni a hangsúlyt a továbbiakban (Baranyi, 2019; Baranyi & Fejes, 2012).

## **Hallássérült kisgyermek beszédelsajátítását támogató technikák, a társalgás alapjai**

A következőkben a beszédelsajátítás, a társalgás azon alapjait tárjuk fel, melyek kihasználásának a hétköznapiak során a hallássérült kisgyermek esetében hangsúlyosan kell megjeleníteniük.

A beszéd-nyelvelsajátítás egyik alappillére a közös figyelem, a gyermek készenléte a kapcsolatfelvételre. Figyelmesnek kell lennünk a csecsemő, a kisgyermek reakcióira, hogy szeretne-e most kapcsolódni, mire van igénye, mennyire aktív éppen, és ehhez igazítsuk a beszédünk minőségét és mennyiségét is. A szülők szeretnék biztosítani a hallássérült gyermek számára a

folyamatos hangzó nyelvi környezetet. Ez, főleg a kezdeti időszakban, számos buktatót rejt. A gyermeket eláraszthatja a sok beszéd, ugyanakkor nem figyelnek kellően a gyermek jelzéseire, szünet iránti igényére. Ebben az esetben a társalgás egyoldalúvá válik: a szülő beszél és nem érkezik semmilyen „válasz” a gyermek részéről. A gyermek számára nem lesz érdekes maga a beszéd, csökken a hallási figyelme és egy időre ignorálhatja azt. Ahogy a halló gyermektől sem várható el a nap 24 órájában, hogy folyamatos készenlétben legyen, ebből kiindulva a hallássérült gyermektől is irreális elvárás ez.

A beszédelsajátítás kezdeti szakaszában, a kommunikációs alapok lefektetésében jelentős szerep jut a beszédet kiegészítő, ösztönösen megjelenő testbeszédnek, gesztusoknak és mimikának. A szemmagasságban történő beszélgetés, társalgás során a gyermek ezen eszközök segítségével kiegészítő információkhoz jut. A szemkontaktus felvétele a kapcsolatfelvétel szempontjából igen lényeges. Különösen nagy hangsúlyt kap a csecsemőknél és kisgyermekeknél a gondozási műveleteknél, vagy akár a kedvelt közös játékhelyzetek (például: kukucsjáték) során, vagy a mondókázás alkalmával. A szemkontaktus segíti hozzá a gyermeket a kapcsolat fenntartásához. Azonban a naturalitást ezekben a helyzetekben is tartsuk szem előtt. Ne erőltessük a szemkontaktus felvételét olyankor, amikor az adott situációban az nem természetes! Nélkülözhetetlen része a csecsemőkhöz, kisgyermekekhez intézett beszédnek a dallamosság, a hangsúly, a hangmagasság váltások, a lassabb tempó. Ezek a gyermek számára kiegészítő információkkal bírnak. A dajkanyelv nagymértékben megkönnyíti a gyermek számára a hallottak befogadását és értelmezését (Lukács és Kas, 2011; Batliner, 2021).

Ezek az elemek túl a kommunikáció alapját a közös téma, a kontextus, a közös figyelem képezi. Enélkül nem tud kialakulni a nyelvelsajátításhoz szükséges situáció. A szünetek szerepe sem mellőzhető, mivel ezek teret és időt adnak a gyermeknek a megszólalásra, illetve ösztönzik a beszédre.

Az ismétlés és utánzás is kulcsfontosságú, ami szintén gyakorta megfigyelhető a szülők és halló kisgyermekük társalgása során. Már igen korán, a gagyogás megjelenésekor utánzott hangzósorokat is megragadják a szülők, utánozzák, ami által a gyermek motivált lesz az újbóli hangadásokra. A gyermek számára a sokszor használt, ismételt mondatfrázisok a hétköznapi helyzetekben jelentést kapnak, megtanulják a kifejezésnek, a szavaknak a jelentését (Batliner, 2021).

Amire a hétköznapi szülő-gyermek interakciók közben érdemes odafigyelni, hogy ne erőltessük a gyermeket a társalgásra, mert az rengeteg konfliktust és feszültséget, frusztrációt szülhet a gyermekben. Bízunk a gyermekben, hogy amikor „gyűjtögetett” annyit, amennyi számára szükséges a beszédinduláshoz, akkor meg fog szólalni.

## A fejlődés nyomonkövetése

A fejlesztések során a célok megfogalmazása és a hallássérült gyermek fejlődésének monitorozása, nyomonkövetése érdekében szubjektív és objektív módszerekkel nyert adatok szükségesek. A fent említettek mellett ajánlott, hogy a gyógypedagógus megfelelő tesztek, kérdőíveket vegyen fel, illetve továbbítsa a szülőnek. Jelen tanulmányban hármat említünk:

1. A LittleEARS a hallási figyelem fejlődésének detektálására szolgál. Ez egy könnyen felvehető kérdőív, amit kéthavonta célszerű megismételni.



2. A PLS-3-mal a csecsemők és kisgyermekek nyelvi fejlődése követhető nyomon. Az auditív megértés és az expresszív kommunikáció területére terjed ki (Csányi, 2015; Baranyi, 2019).

3. A MacArtur-Bathes kommunikatív fejlődési adattár (röviden KOFA) egy kifejezetten szülők részére összeállított vizsgálóeszköz. A kérdőívnek 3 verziója létezik. A kisKOFA, ami az ajánlás szerint 8 hónapos kortól 16 hónapos korig vizsgálja a csecsemők beszédértésének nyelvi jeleit és a korai szavakat. A KOFA-2, amit 12 hónapos kortól 30 hónapos korig célszerű felvenni, és végül a KOFA-3, ami a 3 éves kor körüli gyermekek nyelvi-kommunikációs fejlettségét nézi (Kas, Lőrík, Szabóné Vékony & Komárominé Kasziba, 2010; Kas, Jakab & Lőrík 2022). A hallássérült csecsemők és kisgyermekek esetében ennek használatakor inkább hallási kort érdemes figyelembe venni. Ezt a már a jól beállított hallókészüléktől számítjuk, cochleáris implantátum esetén pedig az első beállítás időpontját vesszük figyelembe.

Kiemelünk egy, a hallássérült kisgyermekek korai fejlesztésében alkalmazott, módszertanilag megalapozott eszközt, az úgynevezett élményfüzetet, személyes élménymappát vagy naplót. Ennek a nagyrésztben szülő által gyártott „eszköznek” hatása igen meghatározó és jelentős a hallássérült gyermek nyelvi fejlődésére. Ennek az eszköznek a megalkotója Antonius van Uden volt, de később Susanne Schmid-Giovannini alakította át és tette ismertté. Az élményfüzet legfőbb célja, hogy a gyermek élményeit rögzíti, ezáltal lehetőséget teremt a folyamatos társalgásra és ismétlésre. Akár egy helyszín képe (például: orvosi rendelő, játszótér), felkészíti a gyermeket a bekövetkező eseményekre, módja lesz ráhangolódni a rá váró történésekre. A kezdeti időszakban a képek segítik a beszédmegértést, számos alkalmat teremtenek arra, hogy megszólaljon a gyermek és kiejtse az első szavait (Batliner, 2021).

A napló kialakítása lehet fényképes vagy rajzos, vagy a két technika ötvözete is. Ha nagyobb életkorú már a gyermek, akkor akár ő is rajzolhat, ragaszthat bele, segíthet a képek kiválasztásában. Ami elsődleges szempont a képek kiválogatásánál vagy rajzolásánál, az az, hogy a gyermek számára érdekes dolgokat jelenítsük meg. Ez sokszor nem vág egybe a szülő számára fontos eseményekkel. Leginkább a teljesen hétköznapi dolgok keltik fel a gyermekek figyelmét (például: lyukas lett a zokni vagy kilocsolta a vizet a kádból). Ajánlatos az élménymappába egy olyan részt elkülöníteni, ahol a közeli családtagokról, a gyógypedagógusról, a hallókészülék, illetve cochleáris implantátum beállítását végző szakemberről is megtalálható egy-egy fotó. A gyakorta látogatott helyszínek szintén belekerülhetnek a naplóba. Az írott magyarázatok és szövegbuborékok az írás utáni kíváncsiságot keltik fel. Továbbá a párbeszéd szövegbuborékok formájában történő megjelenítése a gyermekkel közös társalgást rögzíti, ami a későbbiekben segíti őt, hogy maga is alkalmazza a leírt és sokszor elhangzott nyelvi formákat. Az írott magyarázatok azt a célt is szolgálják, hogy a többi családtag is kellő biztonsággal tudjon az adott képről társalgást folytatni a gyermekkel (Schmid-Giovannini, 1988; Batliner, 2021). Nem utolsósorban a bölcsőde vagy az óvoda megkezdésekor is megkönnyíti a gyermek kapcsolódását az óvodapedagógushoz vagy a kisgyermeknevelőhöz. Lehetőséget teremt a közös beszélgetésre akkor is, ha az adott pedagógusnak csak pár perce van a gyermekre.

Amire ügyelni kell az elkészítésnél, az a tartósság. Egy-egy naplót a családok feltehetően évekig fognak használni. Naplónak egy lefűzhető, kemény borítású mappa is alkalmas. Vastagabb papírlapra kerülhetnek a képek, amiket lehet akár laminálni, ragasztófóliával befedni, vagy műanyag tasakokba helyezni. A lényeg, hogy könnyen lapozható legyen a gyermek számára (Batliner, 2021).

A napló igazi értéke többek között abban rejlik, hogy rendkívül motiváló a gyermek számára, hiszen a vele való történések kerültek rögzítésre benne. Éppen ezért gyakran előfordulhat, hogy a gyermek több alkalommal kéri a nap folyamán a közös naplónézegetést, vagy minden lefekvéskor beszéljék át a képeket. A napló iránti érdeklődés a gyermek beszédértésének fejlődésével párhuzamosan csökken. Amint a gyermek beszédértése olyan mértékű lesz, hogy a hétköznapi helyzeteket megérti és képes lesz nyelvi is kifejezni igényeit, kéréseit, akkor már kevesebb szerepet kap az élményfüzet. Ettől függetlenül az emlékek felelevenítése maguk a történések miatt is fontos, így gyakorta előkerülhet a napló a későbbiekben is (Batliner, 2021).

A gyógypedagógusnak szerepe van a képek kiválasztásában, az írott magyarázatok és szó- és szövegbuborékok megírásának segítésében. A napló elkészítésének erőltetése nem célravezető. A szülő figyelmét fel lehet hívni a napló írásának rövid-, illetve hosszútávú előnyeire, de akkor lesz igazán hatékony eszköz, ha a szülő vagy nagyszülő is örömmel készíti, nézegeti azt. Fontos, hogy a napló készítésekor a szülő ötleteire építsen a szakember. Bátorítsa a szülőt az események megosztásában, mert így tud megszületni egy egyedi élményfüzet (Batliner, 2021). A szülőben ellenérzések fogalmazódhatnak meg a napló elkészítésével kapcsolatban. Egyrészt a tevékenység időigényessége miatt. Kezdetben sok időt igényelhet a naplóban az élmények rögzítése. Viszont minél rutinosabbá válik a szülő, annál gördülékenyebb, gyorsabb lesz a naplóbejegyzések készítése. Másrészt, ha a rajzolást nem preferálja a szülő, mert nem érzi ebben ügyesnek magát, akkor a nyomtatásnak és fényképek előhívásának vannak anyagi vonzatai. Azonban a gyermek számára fejlesztést biztosító intézményben megoldható lehet a heti egy-két kép kinyomtatása, tehermentesítve ezzel a családot.

## Szülő-szakember kapcsolata

Kutatások kimutatták, hogy a szülői bevonódásnak<sup>8</sup>, aktív részvételnek a gyermek oktatásába, illetve már a korai fejlesztés időszakában is, pozitív hatása van a gyermek fejlődésére, előrehaladására halló és hallássérült gyermekeknél egyaránt (Moeller, 2000; DesJardin, 2003).

Az UNHS-nek és a diagnosztikai protokollnak megfelelően már egészen hamar – még a gyermekágyas időszakban – kiszűrhető, hogy a gyermek hallássérült. Ilyenkor azonban a család még nincs felkészülve a diagnózis (be)fogadására, a szakemberekkel való hatékony együttműködésre. A hallássérült gyermekek szülei veszteséget élnek át a diagnózis közlését követően, mely a várt egészséges gyermek és a vele együtt elképzelt élet gyászát jelenti. A családok egy rendkívül intenzív, érzelmgazdag kezdeti időszakon mennek keresztül, reakciójuk, megélésük nagyon eltérő és egyedi. Számos tényezőtől függ, mennyire válik kritikussá, krízissé ez az időszak (például: van-e hallássérülés a családban, mennyire éri váratlanul a családot a diagnózis, hogyan kezelik a gyermeket, milyen elvárásokat támasztanak a gyermek fejlődésével kapcsolatban, van-e társuló fogyatékosága, egyéb betegsége a gyermeknek, milyen a szülők személyisége, élethelyzete, mennyire támogató a család környezete) (Tucker & Nolan, 1995; Mészáros és Müller, 2014). Természetes módon kérdések sora merülhet fel a családtagok részéről, mely a praktikus, gyakorlati

---

<sup>8</sup> A szülői bevonódásnak számos meghatározása létezik. Mi a cikkben a korai intervenció alatti aktív szülői részvételt értjük (Moeller, 2000).

teendőket, illetve a gyermek későbbi életútját is befolyásolja (például: Hogyan tovább?, Milyen lesz így a család élete?, Hogyan fogadja a hallássérülés tényét a tágabb család?, Lesznek-e segítők, vagy magára marad a szülőpár/anya ezen az úton?, Milyen terápiás irány mellett tudnak elköteleződni?) (Mészáros & Müller, 2014).

A hallássérült gyermekek korai intervenciója során ezért – ideális esetben – már a diagnózist követően együtt dolgozik a gyógypedagógus a családdal. Ebben a korai szakaszban a terápia fókusza túlmutat az információ nyújtásánál és a tanácsadásnál. Lényeges, hogy stratégiákat kapjon a szülő (például: hogyan kezeljék a hallókészüléket, hogyan és mennyit beszéljen a gyermekéhez, milyen tevékenységeket tudnak már a legkorábbi időkben együtt végezni úgy, hogy az a gyermek hallás- és beszédfejlődése szempontjából fejlesztő hatású legyen (Batliner, 2021).

A szakember és a családok kapcsolatának alakulása több tényező által meghatározott. Eltérő elvárásokkal, tudásokkal, más megközelítésből kezdik el az együttműködést. A közös munka során a szakmai tudás és a szülők által megélt valóság, élethelyzetek, érzelmek összehangolása szükséges (Baranyi, 2019).

Kutatások bizonyítják, hogy szignifikáns összefüggés van a szülői én-hatékonyság, a szülői bevonódás és a gyermek nyelvi fejlődése között. Minél erősebb egy szülő énhatékonysága, annál jobb a gyermek nyelvi fejlődése. A jobb énhatékonyságú szülők a terápia során aktívabbak, jobban bevonódnak. Különösen az édesanyák szerepe meghatározó a gyermeki nyelv fejlődése szempontjából (Moeller, 2000). Lényeges, ha a szülő úgy érzi, hogy a szakemberekkel való együttműködés nem elég hatékony, merjen változtatni, új szakember bevonását kezdeményezni a gyermek fejlődése érdekében (Baranyi, 2019).

Ebben a rendkívül érzékeny, korai időszakban a hallássérült gyermekeket nevelő családokat ideális esetben több szakember veszi körül, akik teammunkában, a szülőket is partnerként bevonva, együtt dolgoznak a gyermek optimális fejlődése érdekében (Báder, Lukács & Perlusz, 2022). A teammunkában ilyenkor szakemberként a gyógypedagógus mellett gyermek fül-orr-gégész szakorvos, audiológus, audiológiai asszisztens, CI használata esetén az azt állító szakember, pszichológus, szükség esetén a család és gyermekjóléti szolgálat munkatársa is részt vesz. A teammunkában a szakemberek különböző kompetenciákkal és tudással vannak jelen. Olykor nehéz megoldani a rendszeres személyes konzultációkat, minden teamtag egyidejű informálását, a feladatok kiosztásánál az egyenlő mértékű terhelést. Segítheti a teamek hatékonyabb működését, ha van egy ún. esetgazda, vagy kulcsember, aki felöleli a főbb szervezési feladatokat, vállalja az összekötő szerepet a szakemberek és a család között (Mészéna, 2019). Ezt a szerepet gyakran a gyógypedagógus szokta felvállalni. Napjainkban a hatékony kommunikációt, az információkhoz való könnyebb hozzáférést szolgálhatja a teamtagok között létrehozott online levelezőrendszer is. Azonban a jól működő teammunka ellenére is egy-egy hallássérült gyermeket nevelő család támogatása, kísérése a szakemberek számára igen intenzív, olykor erőt próbáló lehet. Szakemberként fontos az önreflektivitás. Ha a teamtagok úgy érzik, túlságosan megterheli őket egy szituáció, vagy szakmai kompetenciáikon túlmutat az adott helyzet megoldása, érdemes szupervíziót kérniük (akár a teamtagoknak egyénileg, vagy csoportos formában is). A kollégák mindig bátran fordulhatnak az ELTE BGGYK Hallássérült Személyek Pedagógiája és Rehabilitációja Szakcsoport munkatársaihoz. A Kar oktatói igyekeznek a beérkező igényekre reflektálni és teret adni, szakmailag támogatni a tapasztalatok megosztását, az esetmegbeszélő csoportok tartását.

## **Megváltozott szerep hallássérült személyek pedagógiája szakirányon végzett gyógypedagógusként**

Azt gondolhatnánk, hogy hallássérült csecsemők és kisgyermekek ellátása az UNHS bevezetése révén évről évre egyre hatékonyabbá, elérhetőbbé válik. Egyrészt igaz, hogy a hallássérülés felismerése korábban megtörténik, de ez sokszor nem feltétlenül jár együtt a diagnózisfelállítással, a minőségi támogatással és az optimális hallókészülék-illesztéssel, beállítással. Jelen cikkben nem térünk ki a korai hallókészülékes ellátás nehézségeire, anomáliáira, ugyanakkor a szakemberhez jutás, a kezdeti megtámogatás nehézségeit körvonalazzuk.

A korai szűrés bevezetése, a csecsemőkorban megkapott diagnózis a hallássérült gyermekekkel foglalkozó szakemberek számára újfajta szerepeket és kihívásokat hozott magával. Számos korábbi cikk (például Baranyi & Fejes, 2012; Baranyi, 2019) taglalja, hogy a diagnózisközlésnél ideális lenne az orvos és az audiológus jelenléte mellett egy hallássérült személyek pedagógiája szakirányon végzett gyógypedagógus részvétele a folyamatban. Ezt követően ideális esetben – már az első hallókészülék-próbák idején – a család elkezdhetné a közös munkát a gyermek gyógypedagógusával. Sajnos a legtöbb esetben a családok még mindig úgy kerülnek be a korai fejlesztő ellátórendszerbe, hogy már megvan a gyermek végleges hallókészüléke. Ez, ha a készülék nem megfelelő, akkor hátráltathatja a gyermek hallás- és beszédfejlődését (Baranyi & Fejes, 2012; Baranyi 2019). Többek között a gyógypedagógus szerepe a próbahordás, a hallókészülék-beállítás folyamata során azért is elengedhetetlen, mert a gyermek hallásáról, hallásfigyeléről feljegyzett információk segítik az optimális beállítás megtalálását, vagy éppen annak megállapítását, hogy a készülék egyáltalán nem lesz jó a gyermeknek.

## **Hallássérült személyek pedagógiája szakirányon tanuló hallgatók felkészítése a Karon**

A korai szűrés miatt a gyógypedagógus hallgatóknak olyan új, releváns ismeretekre van szükségük, amelyek az egészen fiatal csecsemők egyéni sajátosságainak, igényeinek és reakcióinak a felismerését segítik, valamint kellő magabiztosságot adnak az ilyen életkorú gyermekek és családjaik támogatására. Az elhelyezkedés kapcsán történő beszélgetések során a hallgatói visszajelzésekben mindig megjelenik, hogy nem mernek a korai intervenció területén munkát vállalni, mert félnek a korosztálytól, a nagy felelősségtől, ami egy család úton való elindítását jelenti. Tény, hogy a hallgatók többségének még egyáltalán nincsen tapasztalata újszülöttekkel és csecsemőkkel. Nehezen átadható csak elmélet és esetelemzések útján az a csecsemőkkel kapcsolatos tudás, amire szükségük lesz a hallgatóknak, ha kikerülnek az egyetemről. Milyen megoldási módok jöhetnek számításba? Egyfelől a videóelemzés, a tükrös szoba használatával ezek a tudástartalmak kiegészíthetők. Másrészt betekintés a fejlesztő munka gyakorlatába, valamint nagyobb gyermekek esetében alkalmanként foglalkozásrészek megtartása a gyakorlatvezető tanár segítségével.

Azonban felvet bizonyos etikai kérdéseket, hogy a gyakorlatok alkalmával egy külső személy (a hallgató) is bekapcsolódhasson a kezdeti, nagyon érzékeny terápiás folyamatba. A tapasztalatok gyűjtésére remek lehetőséget nyújt az ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Karon működő

audiológiai állomás, ahol már pár hetes csecsemőkkel is találkozhatnak a hallgatók egy strukturált vizsgálati helyzetben. Többek között ezáltal a multidiszciplináris teammunkába is betekintést nyernek, aminek napjainkban még kifejezettebben kell megjelennie a kisgyermekkel és családjaikkal való munkában. Ezáltal nagyon komplex tapasztalatot szereznek.

A korai diagnosztika megkívánja a terápiás folyamatban a gyógypedagógus szerepének a megváltozását is. A hangsúly a gyermekkel végzett fejlesztő tevékenységről áttevődik a tanácsadásra, a szülői vezetésre, támogatásra, a szülő-gyermek interakció összehangolására. A gyógypedagógus ezen korai időszakban még a beszéd megjelenése előtt, a kommunikáció alapjainak a lefektetésében, a közös figyelemre és a szerepcserére alapozva támogatja a nyelvfejlődést és nyújt beszédmintát a szülőnek. A „dajkanyelv”, mint szeretetbeszéd fontosságának hangsúlyozását és megerősítését teszi, mely a kezdeti időszakban a hangokra és a beszédre, az anyanyelvre való felfigyelést és ráhangolódást segíti (Baranyi, 2019).

## **A szakember-ellátottság nehezítettsége**

A korai intervenció területén dolgozó kollégák száma nem tud lépést tartani az igények növekedésével. Véleményünk szerint ez nem magyarázható kizárólag csak a fentebb említett tapasztalatlanságból adódó félelemmel. Ahogy már korábban írtuk, a 15/2013 EMMI rendelet a korai fejlesztés ellátását áthelyezte az EGYMI-k illetékességi köréből a pedagógiai szakszolgálatokhoz. Az intézmények még nem voltak megfelelően felkészülve erre a feladatellátásra. Napjainkban is előfordul, hogy egy-egy családnak hosszú ideig (például: fél vagy akár egy évig is) kell a megfelelő szakemberre várakoznia. A továbbiakban a budapesti ellátottságról mutatunk helyzetképet.

A Fővárosi Pedagógiai Szakszolgálat telephelyein túl a korai fejlesztésben részesülő hallássérült gyermekek egy részét továbbra is a gyógypedagógiai módszertani központban<sup>9</sup> dolgozó kollégák látják el megbízási szerződéssel. Természetesen Budapesten van lehetőség a Budapesti Korai Fejlesztő Központban vagy az ELTE Gyakorló Óvoda és Egységes Gyógypedagógiai Módszertani Központban is igénybe venni a fejlesztést, azonban a telítettség és a komplexebb esetek miatt csekély azok száma, akik ténylegesen itt kapják meg az ellátást. A túlterheltség miatt azonban a gyógypedagógiai módszertani központban dolgozó gyógypedagógusok sem tudnak mindig új családot vállalni (Baranyi, 2019). Ez még mindig a megoldandó feladatok közé tartozik.

A helyzetet tovább nehezíti, hogy napjainkban a szülőknek vissza kell menniük dolgozni, akár a gyermek egy vagy másfél éves korában, így a hallássérült gyermek bölcsődébe kerül. A legtöbb bölcsőde még nincs felkészülve a hallássérült kisgyermek fogadására. Ha fogékonyságot mutatnak és szívesen felveszik a gyermeket, a gyógypedagógus szerep szintén kibővül. A bölcsőde kiválasztása, a bölcsődei dolgozók és kisgyermeknevelők felkészítése, folyamatos támogatása is beletartozik ebbe az új szerepkörbe, ezért a konfliktuskezelésre, a más szakemberekkel történő egyeztetésre, a teammunkában való együttműködésre még nagyobb figyelmet kell fordítanunk.

A hallássérült gyermekek életútját tovább nehezíti, hogy gyakran nem jutnak kellő információhoz a szülők. Nem tudják, hogy a fejlesztés elindításához az illetékes szakértői bizottság

---

<sup>9</sup> Dr. Török Béla Óvoda, Általános Iskola, Szakiskola, Készségfejlesztő Iskola, EGYMI és Kollégium

kijelölése szükséges. Azonban a 2022. január 1-től hatályba lépett rendelet szerint a 3 éves kor alatti gyermek szakértői véleményének kiállítása a gyermek külön vizsgálata nélkül is megtörténhet. Elegendő hozzá a szakorvos diagnosztikai véleménye és terápiás javaslata. Ez az új rendelkezés további kérdéseket vet fel. Gondolunk itt arra, hogy ez kevésbé szolgálja és segíti elő a hallássérült gyermekek fejlődésének nyomonkövetését, a számukra leginkább megfelelő terápiás eljárások kijelölését.

## **KÖVETKEZTETÉSEK**

A hallássérült gyermekek rendkívül heterogén csoportot alkotnak. Az utóbbi évtizedek tudományos és technikai változásai, az újszülöttkori hallásszűrés kötelezővé tétele olyan folyamatokat indított el, olyan új perspektívákat nyitott a hallássérült gyermekek és családjaik számára, melyek az életminőségük számos dimenziójában pozitív irányú változást jelentenek:

- széleskörűvé és hozzáférhetővé váltak a modern technikai eszközök és műtéti eljárások
- a szurdopedagógiai<sup>10</sup> terápiák során egyre inkább az egyéni és a családi igényekre fókuszálnak, evidenciaalapú beavatkozásokat alkalmaznak (individualizált terápia, egyéni fejlesztési terv szerinti haladás)
- az egyéni életutak különbözősége elfogadottá vált, a hallássérült gyermekek és családjaik számos helyzetben döntési joggal és szabadsággal rendelkeznek (például: kommunikációs mód választása, hallókészülék vagy cochleáris implantátum viselése, intézményválasztás stb.).

Mind ezek új kihívás elé állítják és közös gondolkodásra sarkalják a velük foglalkozó szakembereket.

Nem győzzük hangsúlyozni, hogy hallássérült gyermekek korai intervenciója, szűkebben értelmezve korai fejlesztése kritikus fontosságú. Az utóbbi évek kutatásai rámutattak arra, hogy az emberi tőkében való megtérülési ráta rohamosan csökken az iskoláskorra és az azt követő évekre. A kora gyermekkori beavatkozások bizonyítottan megtérülnek a gyermek társadalmi sikerében és karrierútjában, valamint csökkentik a szociális és ellátórendszerekre rótt terheket. Bár a legnagyobb hatást a közvetlen családi környezet tudja elérni, az intézményi háttér, a társadalom és a kultúra is hatást gyakorolnak a szülők döntéseire és ezáltal közvetetten a korai intervenció sikerére (Danis, 2020; Carneiro és Heckman 2003; Doyle, Harmon, Heckman &, Tremblay, 2009; Danis, 2015; Danis, 2012). Ebből kiindulva a szülőket „kell” megnyernünk, és elengedhetetlen a szülő-szakember partneri kapcsolatára még nagyobb hangsúlyt helyezni.

## **Limitációk**

A cikk elkészítésénél a tanulmányok, szakirodalmak kiválasztása – a narratív áttekintés módszeréből adódóan – szubjektív szempontok alapján történtek, a tanulmány felépítése a szerzők által felállított logikai rendet követi.

---

<sup>10</sup> Szurdopedagógia: hallássérült személyeket érintő pedagógiai tevékenységek (a szerk.).

## IRODALOMJEGYZÉK

- Báder, M., Lukács, S., & Perlusz, A. (2022). How can special teachers aid successful kindergarten inclusion? Good practices in a district of Budapest. *Gyermeknevelés Tudományos Folyóirat*, 10(2–3), 10–22. <https://doi.org/10.31074/gyntf.2022.3.10.22>
- Baranyi I. (2019). Hallássérült gyermekek korai fejlesztése. In Aradi M., Baranyi I., Bertók Cs., Borbély S., Földi R. F., Kiss E., Meszéná T., Futó G., Ónodi Sz. K., & Szelényi M. (szerk.) *Kaleidoszkóp – Rendszerszemléletben a korai terápiás háromszög*. (pp. 191–243). Családbarát Ország Nonprofit Közhasznú Kft., Budapest.
- Baranyi I., & Fejes G. (2012). Hallássérült kisgyermek korai fejlesztése. In Perlusz A. (szerk.). *„...Aki olvassa, értse meg...” Csányi Yvonne köszöntése*. (pp. 64–83). ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar, Budapest.
- Batliner, G. (2021). *Hallássérült gyermekek játékos fejlesztése*. ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar, Budapest.
- Behl, D., Blaiser, K., Cook, G., Barrett, T., Callow-Heusser, C., Brooks M. et al. (2017). A multisite study evaluating the benefits of early intervention via telepractice. *Infants & Young Children*, 30(2), 147–161. <https://doi.org/10.1097/IYC.000000000000090>
- Bodorné Németh T. & Perlusz A. (2012). Csökkenés és/vagy növekedés? A hallássérült gyermekeket ellátó intézményekben zajló változások nyomonkövetéses vizsgálata, In Perlusz A. (szerk.). *„...Aki olvassa, értse meg...” Csányi Yvonne köszöntése*. (pp. 106–115). ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar, Budapest.
- Boons, T., Broxk, J., Frijns, J., Phopips, B., Vermeulen, A., Wouters, J. et al. (2013). Newborn hearing screening and cochlear implantation: impact on spoken language development. *B-ENT, Suppl 21*, 91–98.
- Brown, A. S (2015). *Examination of Early Intervention Delivered Via Telepractice with Families of Children Who are Deaf or Hard of Hearing*. Dissertations. Paper 9. University of Northern Colorado.
- Campbell J. & Sharma A. (2016). Visual Cross-Modal Re-Organization in Children with Cochlear Implants. *PLoS ONE 11(1)*, e0147793. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0147793>
- Heckman, J., & Carneiro, P. (2003). *Human Capital Policy* (Working Paper Sz. 9495). National Bureau of Economic Research. <https://doi.org/10.3386/w9495>
- Clark, M. (1989). *Language through living for hearing impaired children*. Hodder and Stoughton, London.
- Clark, M. (2007). *A practical guide to quality interaction with children who have a hearing loss*. Plural Publishing, Inc, San Diego.
- Csányi Y. (1998). *A hallás-beszéd nevelés*. Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskola, Budapest.
- Csányi Y. (2004). Súlyos fokban hallássérült gyermekek hallásának és nyelvének fejlődése, fejlesztése. In Gordosné Szabó A. (szerk.). *Gyógyító pedagógia. Nevelés és terápia*. (pp.171–188). Medicina, Budapest.
- Csányi Y. (2015). A csecsemők és kisgyermek nyelvi fejlődésének felmérése – A PSL–3 nyelvi skála. *Gyógypedagógiai Szemle*, 43(2), 89–99.
- Csányi Y. (2013). Heidi Heldstab: Miért nem beszél a gyermekem? *Gyógypedagógiai Szemle*, 41(1), 73–74.
- Csányi Y., Perlusz, A. & Zsoldos, M. (2012). *Hallássérült (hallásfogyatékos) gyermekek, tanulók komplex vizsgálatának diagnosztikus protokollja*. Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft., Budapest.
- Czeizel B. (2009). A koragyermekkorai intervenció múltja, jelene és remélt jövője. *Gyógypedagógiai Szemle*, 37(2–3), 153–160.
- Danis I. (2012). *Célok, kimenetek és indikátorok a kora gyermekkorai intervencióban*. Nemzetközi kitekintés. Kézirat. Educatio, Budapest.

- Danis I. (2015). A csecsemő- és kisgyermekkorai lelki egészség támogatásának helye a kora gyermekkorai intervencióban. *Gyógypedagógiai Szemle*, 43(2), 100–116.
- Danis I. (2020). A csecsemő-és kisgyermekkorai lelki egészség támogatásának indokoltsága – egy új fókusz a kora gyermekkorai intervencióban. In Danis, I., Németh, T., Prónay, B., Góczán- Szabó, I., & Hédevári-Heller, É. (szerk.). *A kora gyermekkorai lelki egészség támogatásának elmélete és gyakorlata. Fejlődésméletek és empirikus eredmények I. kötet.* (pp.19–44). Semmelweis Egyetem Egészségügyi Közszolgálati Kar Mentálhigiéné Intézet, Budapest.
- DesJardin, J. L. (2003). Assessing parental perceptions of self-efficacy and involvement in families of young children with hearing loss. *Volta Review*, 103(4), 391–409.
- Doyle, O., Harmon, C. P., Heckman, J. J., & Tremblay, R. E. (2009). Investing in early human development: timing and economic efficiency. *Economics and human biology*, 7(1), 1–6. <https://doi.org/10.1016/j.ehb.2009.01.002>
- Fehér B. & Vályi R. (2022). A Budapesti Korai Fejlesztő Központ a hazai kora gyermekkorai intervenció szintjén. In Fehér B. & Vályi R. (szerk.). *Innen és túl, A 30 éves Budapesti Korai Fejlesztő Központ hatása a családok életére és a szakmára.* (pp.10–42). Budapesti Korai Fejlesztő Központ, Budapest.
- Hamman E. & Krüger B. (2022). *Hallani-ballgatni-megérteni-kommunikálni. Együtt sikeresek lehetünk.* [előadás]. Magyar Tudomány Ünnepe Konferencia, 2021. november 25., ELTE BGGYK, Budapest.
- Kamarási V. & Mogyorósy G. (2015). Szisztematikus irodalmi áttekintések módszertana és jelentősége. Segítség a diagnosztikus és terápiás döntésekhez. *Orvosi Hetilap*, 156(38), 1523–1531. <https://doi.org/10.1556/650.2015.30255>
- Kas, B., Jakab, Z., & Lőrík, J. (2022). Development and norming of the Hungarian CDI-III: A screening tool for language delay. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 57(2), 252–273. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.12686>
- Kas B., Lőrík J. & Bertalan R. (2017). A korai nyelvi-kommunikációs fejlettség új mérőeszköze, a MacArthur-Bates Kommunikatív Fejlődési Adattár 3. (KOF3) alapjai és gyakorlati alkalmazási lehetőségei. *Logopédia* 2(1), 41–56.
- Kas B., Lőrík J., Szabóné Vékony A. & Komárominé Kasziba H. (2010). A korai nyelvi fejlődés új vizsgálóeszköze, a MacArthur-Bates Kommunikatív Fejlődési Adattár (KOF3) bemutatása és validitási vizsgálata. *Gyógypedagógiai Szemle*, 35(2), 114–125.
- Lenneberg, E. (1967). *Biological foundations of language.* Wiley, New York.
- Lim, S. & Simser, J. (2005). Auditory-Verbal Therapy for Children with Hearing Impairment. *Annals of the Academy of Medicine, Singapore*, 34(4), 307–12.
- Lukács Á. & Kas B. (2011). Érts és értesd meg magad! – A nyelvi fejlődés folyamata és elmaradásai. In Danis I., Farkas, M., Herczog, M. & Szilvási, L. (szerk.). *Biztos Kezdet Kötetek II. A koragyermekkorai fejlődés természete: fejlődési lépések és kibívások.* (pp. 180–221). Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet, Budapest.
- McCarthy, M., Leigh, G., & Arthur-Kelly, M. (2019). Telepractice delivery of family-centred early intervention for children who are deaf or hard of hearing: a scoping review. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 25(4), 249–260. <https://doi.org/10.1177/1357633x18755883>
- Mészáros J. & Müller Zs. (2014). Amikor kiderült. In Mészáros J. (szerk.). *Együtt-értük. Kézükönny a nagyothalló gyermekeket nevelő családok számára.* (pp. 7–28). Alfa Rehabilitációs Nonprofit Közhasznú Kft, Budapest.
- Meszéna T.-né (2019). A családközpontú kora gyermekkorai intervenció működése, alapelvei és szereplői. In Aradi M., Baranyi I., Bertók Cs., Borbély S., Földi R. F., Kiss E., Meszéna T., Futó G., Ónodi Sz. K., & Szelényi M. (szerk.). *Kaleidoszkóp – Rendszerszemléletben a korai terápiás háromszög.* (pp. 19–36). Családbarát Ország Nonprofit Közhasznú Kft., Budapest.



- Miklósi M. & Perczel F. D. (2014). Az észlelt szülői kompetencia vizsgálata hospitalizált gyermekek szüleinek körében. *Nővér*, 27(5), 1–40.
- Moeller, M. P. (2000). Early intervention and language development in children who are deaf and hard of hearing. *Pediatrics*, 106(3), E43. <https://doi.org/10.1542/peds.106.3.e43>
- Moeller et al. (2013). Best practices in family-centered early intervention for children who are deaf or hard of hearing: an international consensus statement. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*. 18(4), 429–45. <https://doi.org/10.1093/deafed/ent034>
- Moreau, C. (2019). Tribute paid to globetrotting teacher of the deaf and pioneer of her field. *Hereford Times*, 2019.05.13., <https://www.herefordtimes.com/news/17635921.tributes-paid-globetrotting-teacher-deaf-pioneer-field/> Letöltés ideje: 2022.12.22.
- Pléh Cs., Palotás G., & Lőrincz J. (2002). *Nyehfejlődési szűrővizsgálat (PPL)*. Akadémiai Kiadó, Budapest.
- Raeve, L. (2014). *Paediatric Cochlear Implantation: outcomes and current trends in education and rehabilitation*. UB Nijmegen.
- Schmid-Giovannini S. (1988). *A születéstől az iskolába lépésig. Tanácsok és útmutató hallássérült gyermekek szüleinek és nevelőinek*. Országos Pedagógiai Intézet. Budapest.
- Tucker I. & Nolan M. (1995). A szülőknél szóló tanácsadás és irányítás. In Csányi Y. (szerk.). *A hallássérült gyermekek korai fejlesztése*. (pp. 49–71). Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskolai Kar, Budapest.

## Jogszabályok, dokumentumok

- 15/2013. (II. 26.) EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről. Letöltés ideje: 2022.12.20. URL: <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=a1300015.emm>
- Emberi Erőforrások Minisztériuma (2015). Emberi Erőforrások Minisztériuma Szakmai irányelve a 0–18 éves korú gyermekek teljes körű, életkorhoz kötött hallásszűréséről és a kiszűrt gyermekek gondozásba, rehabilitációba vételéről 2015. EüK 9. szám Letöltés ideje: 2022.12.20. URL: [https://www.hbcs.hu/uploads/jogszabaly/2203/fajlok/0\\_18\\_eves\\_koru\\_gyermekek.pdf](https://www.hbcs.hu/uploads/jogszabaly/2203/fajlok/0_18_eves_koru_gyermekek.pdf)

# Overview of Family-Centered Early Intervention for Children Who Are Deaf or Hard of Hearing in Hungary

---

### ABSTRACT

*Background and goals.* Early intervention for deaf children is done with an evidence-based, decades old approach, natural auditory verbal therapy. Its development and practical application were enabled by scientific and technological progress.

*Method:* We provide a narrative overview about early intervention for deaf and hard of hearing children, to illustrate the development the discipline's best practices, professional principles and methodologies took to reach their current state.

*Results:* Research proved that the linguistic development of deaf children correlates significantly with the parents' involvement in the therapeutic process, their active participation, and the aspect of timely intervention, i.e., identifying hearing impairment as early as possible (Moeller, 2000; Sharma et al., 2002). Deaf and hard of hearing children form a heterogeneous group, but a therapeutic approach which considers their unique needs, provides optimal hearing correction and opens new perspectives in several aspects of their lives is available for all of them.

**Keywords:** early intervention, natural auditory verbal therapy, parents' involvement, strategies supporting linguistic development

---

# Hallásérült tanulók írásbeli szövegalkotás vizsgálatának első lépései

– dr. Csányi Yvonne emlékére –

BODORNÉ NÉMETH TÜNDE

[nemeth.tunde@barczy.elte.hu](mailto:nemeth.tunde@barczy.elte.hu)

---

## Absztrakt

*Háttér és célok:* Gondolataink, érzelmeink megfogalmazására nem csak szóban van lehetőségünk, hanem megtehetjük mindezt írásban is. A tanulmány a mondanivaló írásban történő kifejtésére, rögzítésére fókuszál.

*Módszer:* A hallássérült tanulók írásbeli szövegalkotási szintjének megismerésére a Csányi-féle, írásbeli kifejezés felmérésére szolgáló, újszerű eljárást alkalmaztuk. A hallássérült tanulók írásban lejegyzett szövegalkotó produktumai kerültek elemzésre és értékelésre meghatározott szempontok mentén. Az eljárás hiánypótlónak mondható hazánkban.

*Eredmények:* A teszt standardizálásának hiányában nem áll még rendelkezésünkre kellő mennyiségű adat az összehasonlításhoz, ugyanakkor az eredmények érdekes aspektusokat mutatnak be a hallássérült tanulók nyelvhasználatára, illetve képzeleti tevékenységére vonatkozóan anélkül, hogy esetleges összehasonlításokat végeznénk halló tanulók írásbeli szövegalkotási tevékenységeivel. A vizsgálat során a kipuróbalása során az eredmények azt mutatták, hogy az alkalmas a hallássérült tanulók írásbeli szövegalkotásának megfigyelésére, nyomonkövetésére, a további fejlesztő munka tervezésére.

*Következtetések:* Hallássérült tanulók esetében a fogalmazás tanításának megkezdését minél korábban, a korszerű módszertani nézetek alkalmazásával meg kell kezdeni a minél sikeresebb teljesítmény érdekében.

**Kulcsszavak:** hallássérült személy, nagyothalló tanuló, Csányi-féle írásbeli kifejezés teszt, írásbeli szövegalkotás

DOI: [10.52092/gyosze.2023.1.2](https://doi.org/10.52092/gyosze.2023.1.2)

---

## HÁTTÉR ÉS CÉLOK

### Írásbeli szövegalkotás

Az írásbeli kifejezés, ami az iskolai oktatásban részben fogalmazás néven jelenik meg, a legmagasabb szintű nyelvi tevékenység (Csányi, 1998). Az írás kialakulásának több szakaszát tudjuk megkülönböztetni. Első az írásmozgás előtti szint (firák), ezt követi az elemi írásmozgás időszaka, végül pedig az egyszerű és összetett írásmozgás szintje. Az íráshoz szükséges feltételek közé tartozik a kézdominancia kialakulása, a kézcsont fejlettsége és az életkornak megfelelő nyelvi tudatosság (Rádi, 2020). Ugyanakkor az írás nem csupán a beszéd mechanikus lejegyzésének kurzív folyamata, sokkal több annál. Komplex folyamat, mely nagyon sok tényező, technika figyelembevételét és jó megválasztását követeli meg ahhoz, hogy egy automatikus írástechnika kialakulhasson. Mindez akár 3 évnél is több időt vehet igénybe. Az írást a tanulási folyamat szerves részének tekintik. Az írott nyelv mint akadémikus képesség a legbonyolultabb, számos komplex

kognitív folyamat játszik szerepet a megvalósulás folyamatában (figyelem, finommozgás-koordináció, emlékezet, vizuális feldolgozás, nyelv, gondolkodás). Míg a beszélt nyelv megfelelő biológiai, pszichés és szociális feltételek mellett könnyen fejlődik, az írás elsajátítása általában hosszabb és nehezebb folyamat. Ennek a vizuális kommunikációs módnak a kialakulásában jelentős szerepe van az oktatásnak, alapjai pedig a beszédprodukción és az olvasás; ez utóbbival elválaszthatatlan kapcsolatban áll (Tóth, 2008). A gyermekeknek meg kell ismerniük az írás különböző funkcióit (érzelmeik kifejezése, elbeszélés, adatlap kitöltés stb.) ahhoz, hogy a funkcionális különbségekhez kapcsolódó nyelvhasználatot kialakítsák, elsajátítsák. A Crystal (2003) által bemutatott kutatások szerint a diákok legtöbb esetben a tanáruknak írnak, ezért az iskolai írástanításnak alapvető célja a „közönségérzék” kialakítása kellene legyen. Így az írás valódi célját és az alkotás örömeit ismerhetik meg a diákok, nem pedig az írásbeli szövegalkotásra kapott osztályzatot. A jelenlegi elgondolások szerint nagyobb figyelmet kell fordítani az írások egyéni és csoportos elemzésére, melyet a gyermekek igényelnek is. Az írott nyelv elsajátítása feltételezi a gazdag nyelvi környezetet, a beszédpercepciót, a fluens beszédet, a fonológiai tudatosságot és az olvasás képességét (Crystal, 2003; Tóth, 2008; Tóth, 2015).

Az írás mint nyelvi készség fejlődése folyamán négy szakaszt különböztet meg a szakirodalom.

*Az előkészületi szakaszban* kialakulnak a motoros készségek, a gyermekek elsajátítják a helyesírási rendszert. *A megszilárdulás szakaszában*, általában a 7. életév körül, a gyermekek már le tudják írni azt, amit beszédben elmondanak. Ezeknek az írásoknak a jellemzői, hogy a beszélt gyermeknyelvre, társalgásokra hasonlítanak. *A harmadik szakaszban*, kb. a 9. életévtől kerül sor a differenciálódásra, melyben az írás elkülönül a beszédtől, kialakul sajátos alakzata és szerkezete. Az írások tartalmasabbak és változatosabbak. Az olvasás folyamán megismert szerkezetekkel kísérleteznek. Pedagógusként a gyermekekkel ebben a szakaszban kell megértetnünk a beszéd és az írás közti különbséget, nevezetesen azt, hogy az írásos munka folyamán van idő és lehetőség a megfogalmazottak át- és újragondolására. *A negyedik szakasz*, az integráció folyamata, az a szakasz, amikor a gyermek már jól bánik a nyelvvel, képes a stílusok váltogatására, saját „hangjára,” stílusára. Ezt a szakaszt általában a kamaszkor után éri el a gyermekek, de az íráskészség fejlődése, ugyanúgy mint a beszéd- és kommunikációkészség, egész életükben folytatódik (Crystal, 2003).

Ma az írásbeli kifejezés létkérdés, a modern kor egyik kommunikációs eszköze. SMS-t, e-mailt használunk, közösségi médiák üzenőfalain értesülhetünk minket érintő információkról és oszthatjuk meg gondolatainkat mi is. A gondolatok önálló kifejezése a cél minden tanuló számára, hiszen ennek a kommunikációs eszköznek az alkalmazása a tanulók jövője is. Ebben a folyamatban nem csak az egyértelmű gondolat kifejezés megtanítása fontos, hanem a kifejezés módjának megválasztása is.

A Nemzeti Alaptanterv (NAT) műveltségi területeinek egyike a magyar nyelv és irodalom, az anyanyelvi kommunikációt pedig kulcskompetenciaként jelöli meg. Kiemelt célokként határozza meg az olvasás iránti pozitív attitűd kialakítását, a szövegértő olvasás stratégiáinak megismerését és azok használatát és azt, hogy a tanulók képessé váljanak arra, hogy íróként olvassanak, olvasóként írjanak. Ehhez kapcsolódóan kiemelt feladatként jelöli meg az interperszonális kapcsolatok alakítása képességének fejlesztését. Közműveltségi tartalmak című fejezetében, az anyanyelvi-elsajátítás genetikailag kódolt lépésein keresztül halad az 1.-4. évfolyamok során a beszéd-készség (értés és alkotás), a szövegértő olvasás, az írás elsajátításán át a szövegalkotás folyamatáig, az általános kompetenciák fejlesztéséig (Gerebenné, 2009). Hangsúlyt helyez a tantárgyközi

ismeretekre, aminek része az írás is (H. Tóth, 2015). A nyelvi kommunikációs kompetencia fogalma magában foglalja a szóbeliséget, az írásbeliséget, a képi információfeldolgozást, a kommunikációs helyzetek felismerését és az információk kezelését (Gerebenné, 2009). Az anyanyelvi kompetencia fejlesztésének célja, hogy a tanulók szóbeli és írásbeli kommunikációs eszköztára folyamatosan bővüljön, finomodjon. Tóth Beatrix (2008) vizsgálatának tükrében Magyarországon a fogalmazástanításról elmondható, hogy későn kezdődik, önálló tantárgyként a 3. osztályban jelenik meg. Kevés időt fordítanak rá és tradicionális, tehát eredményközpontú, a helyesírás, stilisztikai hibákra koncentrálnak, melynek eredményeként az értékes, egyedi gondolatok háttérbe szorulnak. Pedig az írás, az olvasással egyetemben alkotó folyamat (Tóth, 2008).

## **Hallássérült tanulók írásbeli szövegalkotása, fogalmazástanítás a hallássérült személyek hangzó nyelv oktatásának módszertanában**

Az írásbeli kifejezés a nyelv elsajátításának legmagasabb és legkomplexebb foka, a már kialakult nyelvi készségekre a beszédértésre, a párbeszédre, a monologikus közlésekre, az önálló szövegértő olvasásra épül. Ezért a hallássérült tanulók nevelésével foglalkozó szakembereknek a szóbeli fogalmazás készségét kell elsőként kialakítani a hallássérült növendékekben. De, mint azt Crystal (2003), Csányi (1998) és Tóth (2008) is kiemelték, soha nem szabad elszakadnia e két készség gyakoroltatásának egymástól. Tudatosítani kell a hallássérült gyermekekben is azt, hogy a szóbeli közlés és az írás kapcsolatban állnak. A szóbeli megnyilvánulások fejlesztésére hosszabb időt biztosítanak a speciális intézményben tanuló hallássérült diákok, illetve a specifikus fejlesztési foglalkozásokon a többségi intézményekben tanuló gyermekek számára, annak érdekében, hogy a hallásvesztés talaján gyökerező hiányos képességeket biztosan megalapozzák. A hallássérült tanulók hangzónyelvi nevelésében az első pillanattól érvényesül és jelen van az az elv, amely folyamatosan biztosítja annak tudatosítását a kisgyermek számára, hogy a nyelv két változatának megjelenése, a szóbeli és az írásbeli, nem különül el egymástól, sőt szoros kapcsolatban állnak. Ehhez már a korai életszakaszban, illetve az óvodás korban a napi oktatási-nevelési helyzetekben és a megfelelő szülői háttér jelenlétében az otthoni környezetben is megjelennek a címkék, a feliratok. Ezek kezdetben csak a tárgyak, a tárgykép megnevezését tartalmazzák, később viszont a kiterjesztés elve szerint bővülnek. Ezt az elvet a mindennapi munkában folyamatosan alkalmazzák a hallássérült gyermekekkel és diákokkal foglalkozó gyógypedagógusok: naptár, napló vezetése, használati tárgyak megnevezése, képtörténetek egyszavas, majd kétszavas leírása, a saját élmények, mindennapi tevékenységek lerajzolása, majd megfogalmazása, a gyermekek közléseinek megragadása és kiterjesztése az adott életkor és gyermek fejlődési állapotának függvényében. Ezek természetesen nem a klasszikus fogalmazástanítási eljárások, hiszen részben a nyelvi képességek elmaradása, részben a korai életkor miatt, ezek a gyermekek még nem képesek az írásbeli szövegalkotásra. Viszont jó átmenetet jelentenek, a szóbeli és az írásbeli közlés és kommunikáció fejlesztését szolgálják. Iskolás korban már olyan eljárások jelennek meg egyre bővülő számban, melyek a munkamemória és a verbális memória bővítését, a szavak hangalakjának rögzítését szolgálják. Az olvasás órák keretein belül a szövegértő olvasás a logikai összefüggések felfedezésével valósul meg, majd az írást gyakoroltató feladatok és a vázlatírás egyre nagyobb önállóságot és támpontot nyújtanak a tanulóknak. A szerepjátékok, a pantomimjátékok a szókincs bővítését, az önálló mondatalkotást és írást célozzák meg az életkori és képességbeli sajátosságokhoz igazodva. A speciális intézmények foglalkozásai számos lehetőséget biztosítanak a szókincs bővítésére és elmélyítésére, a beszédértés fejlesztésére, a párbeszéd kialakítására, a

szóbeli és írásbeli kifejezés fejlesztésére, a grammatikai elemek alkalmazására és transzformálására, és a gondolkodás több területének fejlesztésére. Negyedik osztályfoktól várható el a hallássérült tanulók esetében, hogy a fogalmazások egy-egy hosszabb-rövidebb részletét önállóan vessék papírra, de a vázlat összeállítása az általános iskola végéig a gyógypedagógussal közösen történik. A fogalmazások megalkotásának általános menete: anyaggyűjtés a kijelölt témával kapcsolatban, címválasztás, a vázlat közös elkészítése, egyes vázlatpontokhoz kapcsolódó szóbeli megfogalmazás és végül a fogalmazás elkészítése, ami önálló munka. Ezt követi a fogalmazások javítása és a tipikus hibák megbeszélése, a fogalmazása újraírása a hibák javításával. Fontos szempont a tanári irányítás és a tanulói önállóság helyes arányának kialakítása. Elbeszélő és leíró, szabad és kötött fogalmazások készülhetnek cselekvéssorokról, képsorokról, egy képről, tárgyak, személyek jellemzéséről és az irodalmi olvasmányokhoz, emlékezetből és elképzelt helyzetekhez kötődően.

## **MÓDSZER**

### **A vizsgálati eszköz bemutatása**

Helmer R. Myklebust amerikai pszichológus a tanulási zavarok kutatásának úttörője volt. PSL – Pictures Story Language Test-je 1965-ben jelent meg a *Development and Disorders of Written Language* című könyvében. Az eredeti teszthez a szerző egy korabeli fekete-fehér képet választott, melyről a vizsgálati személyeknek egy történetet kellett írniuk. A tesztet amerikai, tipikus fejlődésű, 7-17 év közötti tanulókon sztenderdizálta. Elgondolása mögött az állt, hogy az írás a legmagasabb és legkomplexebb nyelvi tevékenység. A teszt megjelenése után pár évvel, 1971-ben Magyarországon Csányi Yvonne kezdte meg annak alkalmazását tipikus fejlődésű és súlyos fokban hallássérült tanulókkal. Ezek eredményeit 1973-74-ben publikálta folytatólágosan. Hallássérült személyek szövegalkotásának vizsgálata témakörben sajnos azóta a hazai szakirodalomban csak néhány vizsgálat készült, pedig ez a teszt jó fokmérő lehetne az alkalmazott modern technikai eszközök és az oktatási módszerek hatékonyságának felmérésére, a hallássérült gyermekek és fiatalok nyelvi fejlettségi szintjének tanulmányozására és a tapasztalatok összegzésére annak érdekében, hogy módszereinket a hallássérült gyermekek igényeinek megfelelően optimalizálhassuk (Csányi, 1973, 1974). Az eredeti „papír-ceruza” alapú Myklebust-PSL teszt Csányi Yvonne által javasolt módosításaival új teszt került a magyar gyógypedagógiai diagnosztika repertoárjába. Változott a kép, egy modernebb és színes fotóra, de a módosítás fontos szempontja volt, hogy az eredetihez hasonlóan ne legyen túl mozgalmas, részletgazdag. (1. kép)



1. kép – Az ÍK teszt képe (Csányi, 2016).

Az értékelési szempontok is bővültek, részletesebbek lettek (szókapcsolatok száma, torzított szavak). Bővült a tartalmi szintek besorolása, öt színtről hatra, a szintek újradefiniálása is megtörtént. Szűkült a vizsgálati személyek köre, hiszen a teszt feltétele a stabil íráskészség és fogalmazás, így 3. osztálytól használható. A továbbiakban ennek az új tesztváltozatnak a jelölésére az „Írásbeli Kifejezés tesztje” (ÍK) cím került használatra. A vizsgálat egyetlen kép leírásán alapul, amely képzeletszerű gondolkodásra ösztönzi a vizsgálati személyeket, alkalmas arra, hogy a képről – a képtől akár elvonatkoztatva – alkothassák meg írásbeli munkájukat.

Az írásbeli munkákat az ÍK teszt útmutatója szerinti kategóriák szempontjából kell elemezni. Az instrukció életkor szerint differenciált, egyszerű, ebben a korosztályban így hangzik: „Írj egy nagyon jó történetet erről a képről!” vagy „Találj ki egy jó kis történetet!” Lehetőség van az instrukció ismétlésére, de egyéb információt nem közlünk a vizsgálati személyekkel (Csányi, 2017). Kritikus pontja ez a tesztfelvételnek, hiszen a vizsgálati személyeknek maradéktalanul tisztában kell lenniük a történet szó jelentésével. Hangsúlyozni kell az egységiséget: „találd ki, gondolkozz, írd le”, amit megerősíthetünk az egyéni cselekvések eljátszásával. Előfordulhat, hogy a történet szinonimájaként a mese szót kell használunk, és amennyiben a történet szó megértése problémás, jelnyelvhasználatot preferáló hallássérült tanulók esetében az instrukció jelnyelven is kommunikálható. Fontos kiemelni, hogy a teszt felvétele során nem egy hagyományos értelemben vett iskolai fogalmazást várunk el a gyermekektől. Nem kell címet adni a történetnek, nem kell bevezetésekre, bevezetésre, tárgyalásra és befejezésre tagolni, erre érdemes felhívni a tanulók figyelmét már a tesztfelvétel elején.

Az ÍK tesztjének részletes leírását és elemzési szempontjait Csányi Yvonne 2016-ban foglalta össze és adta használatra (Csányi, 2016), 2017-ben pedig publikálta (Csányi, 2017).

## A tesztek elemzésének módszertana

A tesztek elemzésének és értékelésének rögzítése az ÍK leírásában megtalálható, előre szerkesztett vizsgálati űrlapon történik. Minden írásbeli munkához egy űrlap tartozik, melyen a szükséges adatok rögzítése után az írásbeli közlés komplex és részletes elemzése több kategória mentén történik. A feltűnő és extrém hibákat az űrlap alján külön lehet jelezni.

### *Értékelési szempontok*

*Szószáma, szótipusok, frázisok, mondatok száma, szó/mondat szám*

Ezeken a kategóriákon belül a vizsgálati személy írásos munkájában szereplő szavakat (szószáma) és mondatokat (mondatszám) számoljuk össze. A megismételt és a szótövekben azonos, de más-más toldalékolású szavakat csak egynek számoljuk (szótipusok). Külön jelöljük a szótipusokat főnév, ige, melléknév és egyéb szófajok kategóriákban és a frázisok, szókapcsolatok előfordulását. A mondatokat összeszámoljuk, az előforduló összetett mondatokat külön, zárójelben tüntetjük fel. A feldolgozás során előfordulhat, hogy az elemzést végzőnek kell a mondatokat tagolnia, mert a vizsgálati személy ezt nem tette meg. A mondatok és szavak számából egy értéket számolunk ki, mely érték az átlagosan egy mondatra eső szavak száma (szó/mondat szám) (Csányi, 2016). Ez Myklebust PSL tesztjéhez képest egy bővebb szempontsor az elemzéshez, a produktivitás szintjének felel meg (Csányi, 1973).

*Hibák száma*

Az előforduló grammatikai és morfológiai hibák vizsgálata. Ezeken a kategóriákon belül külön számoljuk a szóhibákat, a grammatikai hibákat és a helyesírási hibákat. Ez utóbbit nem kategorizáljuk, csak feltüntetjük a számadatot és az összszószámhoz képest a százalékos arányát. Ugyanezt a százalékos arányt kiszámoljuk a szóhibák és grammatikai hibák esetén. A szóhibákat és grammatikai hibákat három csoportba soroljuk: inadekvát hibák (I), felesleg (F) és hiány (H). Mindkét esetben inadekvát hibának számít az, amikor a vizsgálati személy rosszul választja meg a szavakat, toldalékokat a mondat szintaxisához képest. Feleslegnek tekintjük azokat a szavakat és toldalékokat, amelyek többletet jelentenek, szerepeltetésük, alkalmazásuk felesleges. Hiánynak tekintjük azokat a szavakat és grammatikai elemeket, amelyek elengedhetetlenül szükségesek a mondat jelentésének kibontakozásához és hiányoznak abból. Ezen a szinten számoljuk meg a torzított szavak számát is. Torzított szavaknak tekintjük azokat a szavakat, amelyeket a vizsgálati személy rendszeresen és következetesen helytelenül ír le hallássérüléséből, artikulációs hibáiból kifolyólag, hibás az auditív észlelés vagy számára nem hallható az auditív inger (Csányi, 2016). Ez az eredeti PSL teszt elgondolása szerint a szintaxis szintje (Csányi, 1973).

*Tartalmi szintek*

Ebben a kategóriában központi kérdés a szövegek szintjeinek megállapításakor, hogy a vizsgálati személy mennyire képes elszakadni a képtől. Ez egy igen széles skála, melynek megítélése alapos mérlegelést kíván meg. Az ÍK teszt leírásából idézve: „Egy hasonlattal élve, amennyiben a vizsgálati személy megmarad a képnél, annak részleteinél, ez egy képzeletbeli filmnek csak egyetlen kockája. Ha azonban egy mozgófilmre gondolunk, akkor a kép csak egyetlen filmkocka, amely

beilleszkedik a történetbe. Egyes fiataloknál végzett felmérésünk mutatja, hogy mennyire lehetséges ez, a kép náluk már egyáltalán nem dominál, csak beillesztik az események közé, hiszen az instrukció őket egy történet megírására szólította fel.” (Csányi, 2016). Ezek alapján – az eredeti Myklebust féle PSL teszttel szemben – öt helyett hat szintet különböztetünk meg:

1. Inadekvát szint (I) – szavak, mondatok, melyek nincsenek összefüggésben a képpel.
2. Konkrét leíró szint (K-L) – egyszerű, összefüggéstelen felsorolás szavakban, frázisokban, analóg mondatokban. Ide soroljuk az 1-2 mondatos írásokat is tartalmi szintjükéntől függetlenül.
3. Konkrét képzeleti szint (K-K) – mondatokban jelennek meg a képen látottak, esetleg valamilyen cselekvés, mozgás leírása által megelevenedik a kép, de a történetjelleg még hiányzik. A képtől való kisebb eltávolodás megjelenhet.
4. Absztrakt leíró alacsonyabb szint (A-L1) – kialakul egy egyszerű, képhez kötött történet. A mondatok logikusan egymásra épülnek. Röviden megjelenhet olyan elem, ami a képen nem szerepel.
5. Absztrakt leíró magasabb szint (A-L2) – Ezen a szinten már kerek, összefüggő egész a történet. Még dominálnak a képen látottak, de az írás egy részében megjelenik a képtől való gondolati elszakadás. Gyakori az új szereplő megjelenése, az érzelmek kifejezése.
6. Absztrakt képzeleti szint (A-K) – Összefüggő gondolatsor, melyben maga a kép csak egy mozzanata a történetnek. Időben, térben elvonatkoztat a vizsgálati személy a képtől (Csányi, 2016).

## Vizsgálati minta

A vizsgálatokat hallássérült személyek pedagógiája és rehabilitációja szakirányos hallgatók segítségével vettük fel a hallássérült tanulók változatos csoportjaiban (siket tanulók, nagyothalló diákok, speciális intézményben oktatott, illetve többségi iskolában tanuló gyermekekkel) 2019-től.

Jelen munkában csak az egyik csoport adatainak elemzése, értékelése kerül bemutatásra, a speciális intézményben tanuló, nagyothalló diákok írásbeli szövegeinek vizsgálatával. A vizsgálatba budapesti és vidéki (Debrecen, Kaposvár, Eger) speciális iskolákba járó nagyothalló tanulókat vontuk be, 2021-ben. Bizonyos esetekben a járványhelyzet miatt bonyolulttá vált a személyes, objektív tesztfelvétel, így előfordult, hogy a vidéki iskolákban a gyógypedagógusok segítettek a tesztfelvételben. Ebben az esetben fennállhat(na) az esélye a tanár pozitív beavatkozásának, azonban a befolyásolás lehetősége ezen teszt felvétele esetén igen csekély. A vizsgálatok során biztosítottuk a tájékozott beleegyezés és az anonimitás követelményeit. Vizsgálatainkban 3., 4., 6. és 8. osztályos nagyothalló gyermekek vettek részt.

A szókinccs 8 éves kor körül ugrik hatalmasat, amikor is csaknem a duplájára nő a benne foglalt szavak száma, majd 10-11 éves korra eléri körülbelül a 40 000 szót is (Cole & Cole, 2006). Így egy 4. osztályos gyermek, és nem utolsósorban egy 8. osztályos, már sokkal bonyolultabb eseményekről is képes hatékonyan gondolkodni, beszámolni (Cole & Cole, 2006), mint egy harmadikos tanuló. Az írásbeli közlés fejlődésében természetesen nem csak a szókinccs játszik szerepet. A nyelvhasználat gazdagságát meghatározza a tanuló élőbeszédének fejlettsége és a szövegelemzésben való jártassága. Mindezekeken felül egy 8. osztályos tanuló már a serdülőkorban jár, teljesen más gondolkodás jellemzi, átlép a formális műveleti szakaszba (Cole & Cole, 2006). Képes a gondolkodásról való gondolkodásra is, azonban egyénenként nagyon eltérő lehet a



fejlődésmenetük, gondolkodásmódjuk (Cole & Cole, 2006). Mindezek mellett érdekesnek találtuk a korábbi (3.osztály) és köztes (6.osztály) osztályokban tanuló diákok eredményeinek megfigyelését. Feltételeztük, hogy az életkor/osztályfok növekedésével az írásbeli szövegalkotás szintje is fejlődik.

Összesen 97 nagyothalló tanulóval vettük fel az Írásbeli Kifejezés tesztjét. Nemek eloszlása szerint 53 lány és 44 fiú vett részt a vizsgálatban. Osztályfok szerint ez 22 harmadik, 24 negyedik, 26 hatodik és 25 nyolcadik osztályos gyermeket jelent (1. táblázat).

Osztályfok	<i>n</i>
3. osztály	22
4. osztály	24
6. osztály	26
8. osztály	25

1. táblázat. Osztályfok szerinti eloszlás.

## Vizsgálati körülmények

A vizsgálatba bevont személyek számára kivetítettük a képet; amennyiben nem állt rendelkezésre ez a lehetőség, a képet minden tanuló megkapta. Fontos feltétele volt a vizsgálatnak, hogy a diákok annyiszor tekinthessenek a képre, ahányszor csak igényelték. A teszt felvételét illetően eltérőnek mutatkoztak a tapasztalatok. Bizonyos esetekben a tanulók az előkészületeket követően maximálisan kihasználták a 45 perces tanóra kereteit az írásra, bizonyos esetekben volt, hogy negyedórát, vagy egyes tanulóknál még kevesebb időt vett csak igénybe az írás. Általánosságban elmondható, hogy pár perces előkészület és az instrukció elhangzása után a gyermekek átlagosan 15-20 percet foglalkoztak az írással. Természetesen voltak kivételek: volt, hogy egy diák 5 perc után beadta, egy másik pedig 25 percig írta. Nagyon sikeresnek bizonyult, hogy nem adtunk meg időkeretet, mindenki akkor hagyhatta abba a feladatot, amikor úgy érezte, hogy teljesen készen van. Így nem nehezedett rájuk nyomás a feladat időben való teljesítése miatt. A gyermekeknek volt idejük átgondolni az írásukat, javíthattak, radírozhattak.

## Kutatási kérdések

A kutatás során egyrészt arra kerestük a választ, hogy a vizsgáló eljárás alkalmas-e a hallássérült tanulók írásbeli szövegalkotásának vizsgálatára. Másrészt arra voltunk kíváncsiak, hogy az életkor és osztályfok előrehaladtával a produktívitás és a tartalmi szint is egyre magasabb lesz-e speciális iskolában tanuló hallássérült diákok esetében, vagy ez független az életkortól/osztályfoktól.

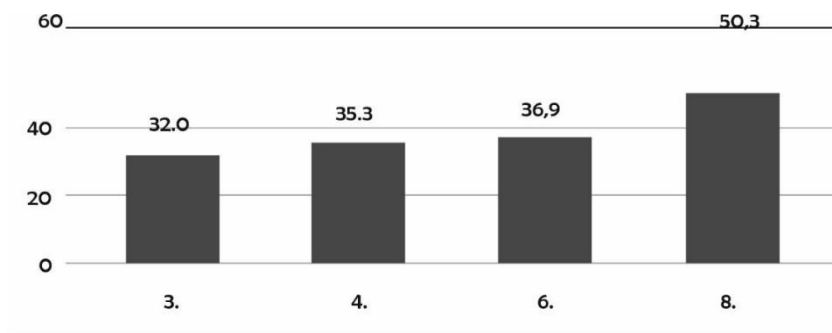
## EREDMÉNYEK

### Vizsgálati eredmények

#### *A produktivitás elemzése - Szavak száma*

Az 1. diagramon is látható, hogy nagy fejlődési ugrás nem figyelhető meg a bevont vizsgálati személyek teljesítményében, azonban fokozatosan, évfolyamonként egyre nőtt a szavak száma a leírt történetekben. Míg a harmadik osztályosok átlagosan 32 szót írtak, addig a nyolcadik osztályosoknál ez a szám már 50,3 volt.

A 3. és 6. osztályos tanulók teljesítménye között nincsen igazán jelentős emelkedés, a szószám 32-ről 36,9-re emelkedett. Ennek oka lehet, hogy a harmadikos tanulók még nehezebben vonatkoztattak el a képtől, sokkal jobban meghatározta az írásukat az, hogy mit látnak a képen. Ezáltal kevesebb szót használtak fel a történethez. A 4. és 8. osztályosok eredményei között már nagyobb emelkedés figyelhető meg. Míg az alsóbb évfolyamon átlagosan 35,3 szót írtak a tanulók, addig a felsőbb évfolyamon ez a szám már 50,3. Ennek az ugrásnak a háttérében különböző okok állhatnak, mint például az életkor növekedése, a tapasztalatok bővülése, nagyobb szókincs, emelkedő nyelvi szint. Azonban fontos megemlíteni, hogy volt néhány nagyon magas szószámot produkáló nyolcadik osztályos tanuló (legmagasabb 149 szó), és nagy valószínűséggel a szavak számának átlagolásakor az ő értékeik emelték az átlagot.



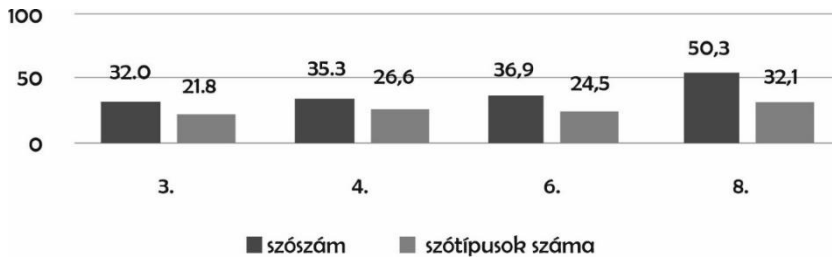
1. diagram. Szavak száma osztályonként.

#### *Szótípusok száma*

A „szótípusok” értékelési szempont arról ad képet, hogy milyen szófajokat részesítenek előnyben a tanulók az írásbeli szövegalkotás során, illetve mennyire használják ugyanazokat a szavakat a gyermekek a történeten belül, mekkora a szóismétlés. Vizsgálatainkból kiderül, hogy a szótípusok száma nem növekszik arányosan a szavak számával, és osztályfokonként eltérően változik.

A 3. osztályban a szavak számának 68%-át jelentette ez az adat, ami az osztályfokot tekintve teljesen megfelelő. Ennek háttérében az állhat, hogy ezek a tanulók még kevés szóval dolgoztak, sokkal inkább a képen látottakat írták le (néha felsorolásszerűen), így nem állt fent nagy veszélye a szóismétlésnek. A 4. osztályban ehhez képest már egy nagyobb ugrás figyelhető meg, a szótípusok száma az összes szó 75%-át teszi már ki. Ők sokkal inkább a mesélésre fókuszáltak, így új szavak jelentek meg, kevesebb volt a szóismétlés, változatos igék, főnevek, esetenként melléknevek jelentek meg. A 6. osztályban visszaesés volt tapasztalható, ezen az osztályfokon a vizsgálatba bevont

tanulóknál a teljes szószám mindössze 66%-át tették ki a különböző szótípusok. Hasonló tendencia figyelhető meg a 8. osztályban is, itt még alacsonyabb szám, 63% lett az eredmény, ezekben az osztályokban használtak legtöbbször szóismétlést a tanulók.



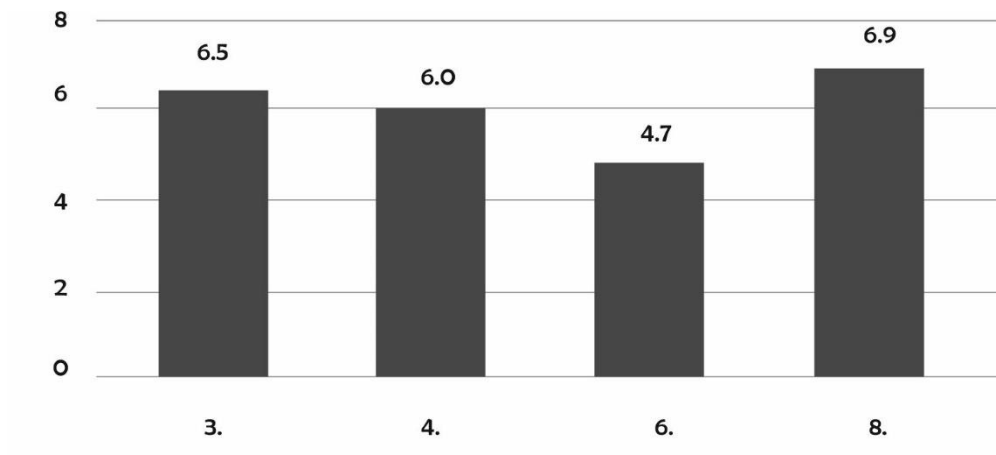
2. diagram. A szótípusok száma viszonyítva a szavak számához.

Összehasonlításképpen, a 3. és 6. osztály eredményei között nem figyelhető meg igazán különbség. A 4. és 8. osztály között azonban igen, és az előzetes elképzelés szerint nem növekvő, hanem csökkenő ez a különbség. Ennek háttérében rengeteg dolog állhat, úgy, mint a tény, hogy a negyedikesek éppen ezt a készséget gyakorolták a bevezetésre kerülő fogalmazásórákon is, elképzelhető, hogy ők még a frissen tanultak miatt jobban odafigyeltek arra, hogy ne legyen nagy a szóismétlés aránya (lásd 2. diagram). Természetesen bizonyos mértékű szóismétlés várható volt, hiszen ugyanazokat a névelőket sokszor használták a történeteken belül a tanulók, illetve a tárgyak (tej, pohár) neveit is. A leggyakoribb szóismétlés minden esetben a két szereplő (fiú, kisfiú, maci) említésénél volt megfigyelhető, kiemelten azoknál a vizsgálatoknál, ahol a tanuló párbeszédet jelenített meg, minden egyes mondat elé odairva a szereplők nevét. A történetek elemzése során szembeütköző volt, hogy a melléknevek száma a legalacsonyabb, pedig elég sok lehetőség van a kép kapcsán ennek a lexikailag és szemantikailag gazdag szófajnak a használatára. Minősítő, viszonyító és mennyiségjelölő melléknevek is előfordulhatnak. A vizsgálati személyek ezzel szemben leggyakrabban a „szomorú”-t használják, de előfordulnak a „bánatos”, „magányos”, „szomjas” szavak is. A szókapcsolatok, frázisok előfordulása szintén nagyon alacsony.

### *Mondatok száma*

Két tanuló kivételével minden gyermek képes volt mondatokat alkotni, és ez a két személy is mondatként jelölte az amúgy csak felsorolásból álló írását. Az összetett mondatok aránya nagyon elenyésző volt a teljes elemszámhoz képest, kevés gyermeknél volt megfigyelhető.

A mondatok számának alakulásában nagy különbség nem figyelhető meg. Átlagosan 5-6 mondatból álló történetek születtek, a legmagasabb értéket egy 18 mondatból álló történet kapta. Sem arányos növekvés, sem csökkenés nem volt megfigyelhető az átlagos mondatok számok vizsgálatakor. A 3. és 4. osztályosok teljesítményei között nem volt tapasztalható nagy különbség, egy enyhe csökkenés észrevehető, de ennek nem tulajdonítottunk nagy jelentőséget. Azonban a 6. osztályfokon már egy nagyobb csökkenés történt, az átlagosan 6 mondat 4,7-re fogyatkozott. Ennek oka talán az lehet, hogy hatodik osztályos tanulók nagy része keveset írt, és gyorsan be is fejezte a feladatot. Náluk volt a legalacsonyabb a mondatok száma az összes teszt közül. Ezután 8. osztályban egy ugrás következik be és megnőtt a mondatok száma (3. diagram).



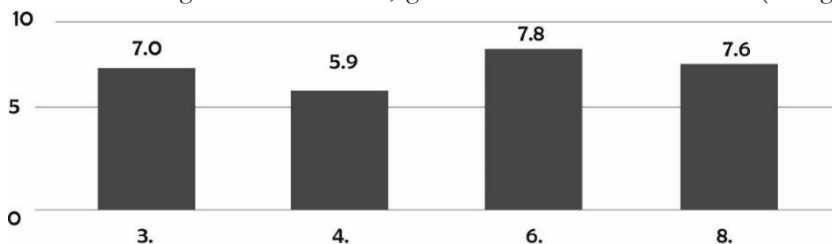
3. diagram. Mondatszám alakulása osztályonként.

### *Szószám/mondat (átlagos mondathossz)*

Az „átlagos mondatösszehasonlítás” értékelési szempont arra világít rá, milyen hosszúságú mondatokat írtak a tanulók, átlagosan hány szóból állt össze egy mondat. Az átlagosan egy mondatra jutó szavak száma Myklebust szerint (1965) halló gyermekek esetében egyenletesen növekszik évről évre, tehát az életkorral arányosan nő (Csányi, 1973). Vizsgálati csoportjaink teljesítményében sajnos nem tapasztalhatjuk egyértelműen ezt a növekvő tendenciát. A növekedés mértéke ugyanis nem volt egyenletes, de osztályfokonként változó volt. A legrövidebb mondatokat a 4. osztályosok produkálták, azonban az átlagosan 5,9 szó/mondat arány nem túl alacsony eredmény. Az osztályfokon belül is nagy eltérések voltak tapasztalhatóak, volt olyan diák, aki inkább kevés hosszú mondatot írt, volt, aki pedig szívesebben fogalmazott több rövid mondat leírásával.

A 4. és 8. osztályfok között megfigyelhető egy növekedés, átlagosan 1-2 szóval többet írtak mondatonként a nyolcadikos tanulók. Ezen növekedés oka lehet az életkor, a nagyobb szókincs, illetve az, hogy 8. osztályban már előfordultak összetett mondatok is, amelyek természetesen több szót tartalmaztak, mint az egyszerű mondatok.

A 3. és 6. osztályfok adatai között jelentős eltérés nincsen, az utóbbi évfolyam produkálta a leghosszabb mondatokat. Ezt okozhatta az, hogy több olyan hatodik osztályos diák is volt, akinek a szó/mondatösszehasonlítása meghaladta a tízet is, így ők az összesítésben egyfajta húzóerőként jelentek meg. A fejlődés ütemét nézve összességében tehát nem vonható le egyértelmű következtetés, nincsen jól megfigyelhető növekedés az osztályfok előrehaladtával. Azonban az az eredmény, hogy a 3. osztályosok mondatai átlagosan 7 szóból álltak, igencsak kiemelkedőnek tekinthető (4. diagram).



4. diagram. Szó/mondatösszehasonlítás alakulása osztályonként.

## Hibák aránya

### A). Szóhibák aránya

A „szóhibák” értékelési szemponton belül is három különböző hibatípust különböztetünk meg.

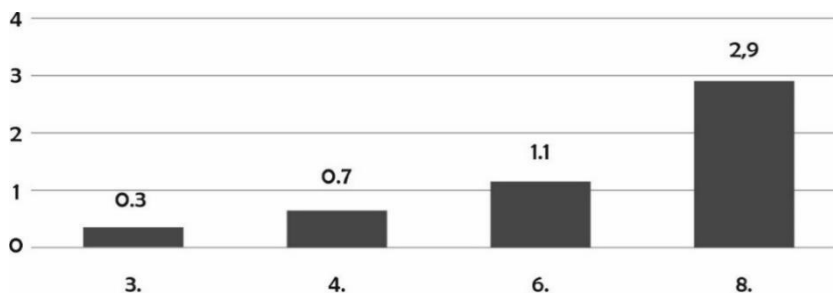
- A hiba inadekvát (I), ha a tanuló rosszul választotta meg a szót, nem a helyes formáját alkalmazta: „nem akar eszik” a „nem akar enni” helyett, vagy „óriás teje van” a „sok teje van” helyett.
- Felesleges (F) volt a többletet jelentő szó: „Marci miért van nehez?”
- Hiányzó (H) szóra is sok példa volt, ilyenkor a gyermekek egy-egy szót kihagytak a mondatból. Így is érthető volt, de észrevehető volt a hiány: „szomorú nem kap ajándékot” a „szomorú mert/ha nem kap ajándékot” helyett. Leggyakoribb hiányzó elemek a „hogy”, „mert”, „de” kötőszavak voltak.

A 3. osztályosok nagyon kevés szóhibát vétettek, ennek legvalószínűbb oka, hogy a szavak száma is alacsony volt ezen az osztályfokon, így nem állt fent annyi hibázási lehetőség. A 4. osztályban már megfigyelhető egy emelkedés.

6. osztályban szintén emelkedik a hibaszám, arányosan a szavak számának emelkedésével, 8. osztályban pedig egy nagyobb ugrás figyelhető meg, a hibák átlagos száma már megközelíti a három egészset. Ugyanúgy kapcsolatban állhat ez a magas hibaszám a magas szószámmal, mint ahogy az alsóbb évfolyamon az alacsony érték.

A 3. és 6. osztály teljesítménye között észrevehető egy nagyobb különbség. Bár a szavak számának tekintetében ekkora változást nem tapasztaltunk, de tény, hogy magasabb szószám jellemző a magasabb évfolyamra, így ez magyarázatot ad a magasabb hibázási adatokra. Ezenfelül a már említett hatodik osztálynál, akik sietve végezték el a tesztet, elképzelhető a magasabb hibaszám előfordulása, hiszen nem olvasták át, amit írtak, nem történt javítás.

A 4. és 8. osztály között is észrevehető a nagy különbség, ennél a két osztályfoknál ez az ugrás már arányosabb a szavak számával (35,3-50,3). A nyolcadikosok több szóval dolgoztak, nagyobb volt az esély arra, hogy hibákat vétenek, nagy valószínűséggel pusztá figyelmetlenség miatt (kötőszavak elhagyása erre is utalhat).



5. diagram. Szóhibák számának alakulása osztályonként.

Sok komoly, a szöveg kohézióját és a mondat megértését nehezítő hibát fedezhettünk fel, melyek nem hibatípusonként elkülönülve jelennek meg a tanulók munkáiban, hanem sok esetben több típusú hiba együttes jelenléte rontja egyszerre a mondatok, a szöveg érthetőségét. Megfigyelhető volt az, hogy minden tanuló vétett hibákat, bizonyos tanulók azonban kevésbé

halmozták azokat. Visszaköszönnek ezekben a hibákban az auditív percepció, a szájról olvasás zavarai, a szavak jelentésének kisebb-nagyobb fokú zavarai, a leírt mondatstruktúrák ellenőrzésének hiánya is.

## B). Grammatikai hibák aránya

Ennek a hibatípusnak a kapcsán is három különböző altípusról beszélhetünk: inadekvát, felesleges, hiányzó.

*Inadekvát* grammatikai hiba az, amikor a tanuló nem a megfelelő toldalékokat alkalmazza, pl: „Macinézi a kisfiúnak” a „Maci nézi a kisfiút” helyett, vagy „valamit gondolkodik” a „valamin gondolkodik” helyett.

*Felesleges* grammatikai hibáról akkor beszélhetünk, mikor a tanuló az adott szóhoz felesleges grammatikai elemet társít. Ilyenkor a szótó megfelelő és adekvát az adott mondatban, azonban a hozzá kapcsolt toldalék felesleges. Erre jó példa a következő: „Rosszak vagyok.” a „Rossz vagyok.” helyett. Ez egy nagyon gyakori hiba volt.

A névelők kapcsán beszélhetünk a *Hiányzó* grammatikai hibákról is, amikor a tanulók lehagyták azokat. Ezen felül ebbe a hibatípusba tartozott minden olyan grammatikai elem, amely hiányzott ahhoz, hogy a szó illeszkedjen a mondatba: „anyukája mindig mérges, kisfiú mindig kiabált” az „anyukája mindig mérges, a kisfiúval mindig kiabált” helyett. Illetve jó példa erre a következő: „igyl már a tej.” az „igyl már a tejből” helyett.

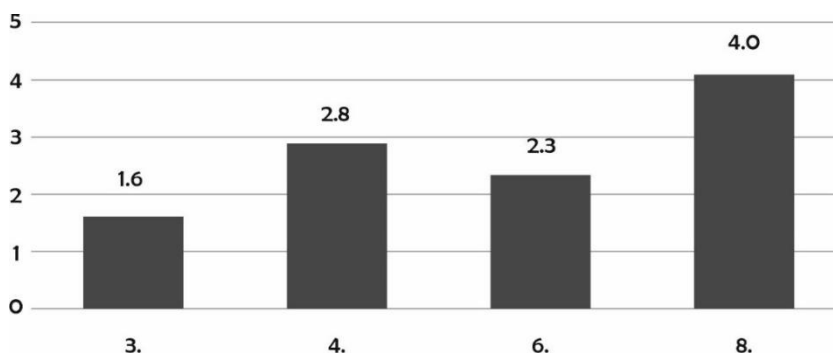
A mondatok szintaktikájáról általában elmondható, hogy a tanulók már tisztában vannak azzal, hogy a jelentés értelmezéséhez szükséges a toldalékok és ragok használata, de ezek megválasztása és alkalmazása az esetek többségében hiányos, hibás és/vagy inadekvát. A természetes nyelvi fejlődésnek azon a sajátos szintjén állnak, amit természetesen hallási állapotuk és az esetleges társuló zavarok is erősen befolyásolnak, ahol már közlendőjük és grammatikai ismereteik között igen nagy diszkrépancia tapasztalható.

A vizsgalati anyagokban ez a hibaszám gyakoribb volt, mint a szóhiba. Sokszor leginkább a névelők elhagyása vagy felesleges beillesztése miatt lett ilyen magas az érték. Az osztályfokonkénti előrehaladás vizsgálata során nem volt megfigyelhető arányos növekedés, inkább egyfajta „hullám” látszódik a diagramon.

A 3. osztályban (mint ahogy a szóhibáknál is) még kisebb a hibázási arány, köszönhetően annak, hogy ezekben az osztályokban a gyermekek még kevesebb szót használtak fel. A 4. osztályban már magasabb a hibaszám, leggyakoribb volt ezen az osztályfokon a többszám (-k) hibás alkalmazása („szüleik” a „szülei” helyett, „kérdszik” a „kérdzi” helyett). A 6. osztályban meglepő módon egy visszaesés tapasztalható a hibázások számában. Egyértelmű magyarázatot nem találtunk erre, valószínűleg ezen az osztályfokon már komplexebb nyelvtani, grammatikai ismeretekkel rendelkeznek a tanulók, mint az alsóbb évfolyamokon. A nyolcadikosoknál egy újabb emelkedés következett, nagyon gyakoriak voltak a grammatikai hibák. Ennek hátterében a már említett, társuló tanulási zavar, sok esetben pedig a társuló diszfázia is állhat.

A 3. és 6. osztály között nincsen lényeges különbség, bár egy bizonyos emelkedés tapasztalható. Ez az emelkedés azonban nem éri el az egy egészet sem, valószínűleg ugyanúgy a növekedő szószámmal hozható összefüggésbe, mint a szóhibák. A 3. és 8. osztály között már sokkal szembetűnőbb ez a különbség, bár még itt is magyarázható aszavak számának nagy változásával, illetve a társuló zavarokkal (lásd 6. diagram).

Érdekes tapasztalat, hogy az egyre bővülő szókincs stabilabbá válik (szemantikai fejlődés), viszont az egyre komplexebb, kifinomultabb gondolatok kifejezéséhez szükséges grammatikai elemek és szabályok (morfológia és szintaxis) ismerete és adekvát alkalmazása még bizonytalan a más-más nyelvi fejlettségi szinten álló nagyothalló vizsgálati személyek körében.



6. diagram. Grammatikai hibák számának alakulása.

A grammatikai hibák mindhárom típusát megvizsgálva tehát az tapasztalható, hogy a vizsgált nagyothalló tanulóknak ezek adekvát alkalmazása a legbonyolultabb és legnehezebb feladat. Látszik, hogy vannak ismereteik a magyar nyelv grammatikájából és tisztában vannak azzal, hogy ezek a toldalékok, ragok a jelentést módosítják, de arról nincs, hogy egy mondaton belül ezek hogyan építkeznek egymásra, hogyan befolyásolhatják egymást és a mondat jelentését.

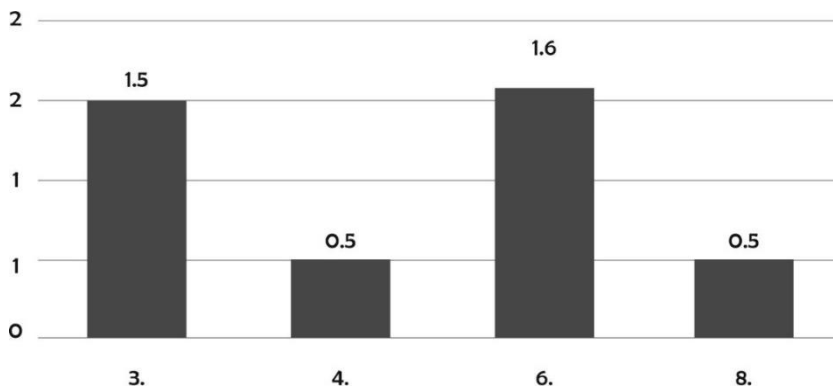
### C). Helyesírási hibák aránya

A helyesírási hibák leggyakoribb fajtái az ékezetek nem megfelelő használata és a szavak egybe-,vagy különírása. Az ékezeti hibákra pár példa a gyermekek írásaiból: „hat/hát”, „kisfiu”, „azert”, „szolal”. Az egybe- és különírás nagyon gyakran előforduló hiba volt: „egy szer”, „miköszben” „gyerek szobába”, „holnem”. Mindezek háttérben a nem megfelelő kiejtés, belső beszéd állhat. A gyermek úgy írta le az adott szót, ahogyan ő hangosan vagy magában kimondta, azonban mivel ezekre külön szabály van, így nem tekinthetőek torzított szavaknak.

Helyesírási hibának számított minden olyan hibázás, amikre található nyelvtani szabály, és attól eltérő módon került leírásra a szó: „megíták” a „megitták” helyett (múlt idő szabálya), „tejvel” a „tejjel” helyett (betűkettőzés). Egy másik nagyon gyakori hibázás a szórend felcserélése volt, mely szintén nem tartozik egyik hibakategóriába sem: „iszik tejet”. Vizsgálataink alapján a helyesírási hibák száma nem csökkent, és nem növekedett arányosan az osztályfokkal, sokkal inkább újra egy hullám figyelhető meg.

A 3. évfolyamon kicsit magasabb az előfordulás aránya (1,5 hiba átlagosan), azonban ez egyáltalán nem tekinthető rossz eredménynek. 4. osztályra lecsökken a hibaszám, alig vétettek helyesírási hibát ezek az osztályok, és ha igen, az leggyakrabban ékezeti típusú volt. A 6. osztályok magasabb hibaszámot értek el, átlagosan 1,6 helyesírási hibát vétettek, míg a nyolcadikosoknál ez a szám visszacsökkent 0,5-re.

A 3. és 6. osztályok hibaszáma szinte teljesen megegyezik, éppen úgy, mint a 4. és 8. osztályoké. Azt azonban fontos megemlíteni, hogy a 3. osztályosoknál 7 személy is 12 helyesírási hibát vétett, és ez nagyon felfelé húzta az átlagszámot (7. diagram).



7. diagram. Helyesírási hibák számának alakulása osztályonként.

Jellemző mintázat – az adatokat vizsgálva –, hogy azoknál a vizsgálati személyeknél is megfigyelhetőek helyesírási hibák, akik kevesebb grammatikai hibát vétettek. Valószínűsíthetően magasabb nyelvi kompetenciával rendelkezhetnek ezek a tanulók, így jobban tudják, hogy milyen toldalékok társulnak az egyes szavakhoz, írásaikban viszont hibákat vétenek a helyesírás szempontjából.

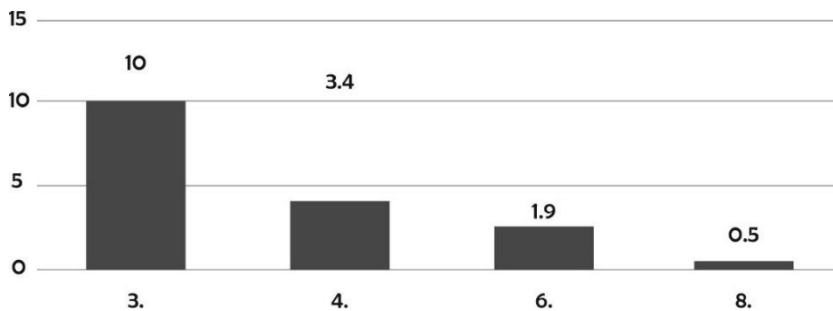
#### D). Torzított szavak

A torzított szavak voltak talán a leggyakrabban előforduló hibák, ami egyáltalán nem volt meglepő. Az osztályfok előrehaladtával a torzított szavak száma csökkent. Ez nagy valószínűséggel köszönhető a megfelelő hallásnevelésnek, és a jobb beszédprodukciónak, amit az évek során rengeteget gyakorolnak a gyermekek. Egy harmadikos hallássérült gyermek valószínűleg kevesebb fejlesztést kapott élete során, mint egy nyolcadikos, akinek öt évnyi előnye lehet. Természetesen lehetnek kivételek, például egy olyan harmadikos, aki kiskora óta korai fejlesztésben részesült és egy olyan nyolcadikos között, aki csak az óvodában (vagy csak az általános iskolában) kapta meg a megfelelő ellátást.

Néhány, a 3. osztályokban előfordult hiba: „*monta*”, „*itbon*”, „*meg bocskáta*”, „*legköszteleb*”, „*szőtáka*”. A 4. osztályokban már kevesebb hibát vétettek a gyermekek, átlagosan 3-4 szót írtak le helytelenül: „*honap/holnap*”, „*sőmuró*”, „*isolába*”, „*aludi*”. A 6. osztályosok még ennél is kevesebb, átlagosan 2 hibát vétettek: „*kobanyba*”, „*eljárásajá*”, „*mosolymás*”. 8. osztályra szinte teljesen lecsökken a torzított szavak száma.

A 3. és 6. osztály között hatalmasat csökken az érték, több mint ötször annyi torzított szót írtak le az alsósok, mint a felsősök. 4. és 8. osztály között a visszaesés már nem olyan észrevehető, de az is elmondható, hogy több, mint hatszor annyi torzított szó jelent meg az alsóbb osztályok írásaiban, mint a felsősökében (lásd 8. diagram).





8. diagram Torzított szavak számának alakulása osztályonként

#### E). Tartalmi szintek elemzése

Az ÍK teszt, Myklebust eredeti PSL tesztjének szintjeit kiegészítve és újragondolva, 6 szintet különböztet meg. A tesztelemzés során ennél a pontnál kaphatunk visszajelzést arról, hogy a vizsgálati személyek gondolatai mennyire kötődnek a képhez, illetve mennyire távolodnak el a képtől. Ezt jelölik az egyes tartalmi szintek.

- *A 0. Inadekvát szint* 10 tanulónál jelent meg: „*A kisfiú nagyon szomorú van.*” és „*Szomorú gondolkodik tej iszik ottban anya apa hol van.*” „*Nagyon álmos vagyok. nagyon sokat tanultam. Mindig fáradt vagyok.*” Ezen a szinten egyaránt megtalálhatóak 3., 4., 6. osztályos tanulók írásai is. Előfordult, hogy bár kezdetben a képpel kapcsolatos szavak kerültek a tesztlapra (baba, tej, asztal, pohár, üveg, fiú medve), később a történet szempontjából nem releváns szavakkal folytatták munkájukat (számítógép, tévé, xbox, pulóver, fül, haj, alszik).
- *Az 1. Konkrét-leíró szint* már 20 tanulónál fordult elő, legnagyobb arányban a harmadik évfolyamon. A gyermekek megértették a feladatot, de még kevésbé tudtak elvonatkoztatni a képtől, inkább leíró jellegű írások születtek. Elvértve megjelent egy új szereplő (legtöbbször anya), de a történethez nem kapcsolódott semmilyen formában. Sem időben, sem térben nem vonatkoztattak el a képen látottaktól, szinte csak és kizárólag a kisfiúról, a maciról és a tejről írtak, akik/amik a konyhában vannak. Ezekre a fogalmazásokra jellemző, hogy terjedelmük 1-5 mondat. Tartalmilag megoszlanak, nincs egy sem, amelyik hasonlítana a másikra. Akad olyan, amely a teszt módszertanában leírtaknak megfelelően a képen látottak felsorolása szavakban, egyszerű mondatokban, de van olyan grammatikailag, szintaktikailag szinte hibátlan munka is, ami a rövid terjedelem miatt tartozik ehhez a szinthez. Pl.: „*Tej van asz. Maci vár. Fiú tej pohárz. Fiú szomú. Anyaszerelek nagyon. A fiú egy együtt.*” „*A széken ül a fiú és fáradt. Asztalon nagy kancsó, négy pohár van.*” „*A maci előtt az asztalon pohár tej van. Asztalnál együtt a macival konyhában, kicsi tejet isznak. Fáj a feje a szegény kisfiúnak.*”
- *A 2. Konkrét-képzéleti szint* volt a leggyakoribb a tanulók körében, összesen 27 gyermeknek sikerült elérnie. Ők már nem annyira ragadtak le a leírásnál, felsorolásnál. „*A kisfiú magányos van egyedül van. A kisfiú tejet iszik Micimackóval. A kisfiú gondolkodik: lennének testvéreim!*” Megjelennek már az érzelmek, gondolatok, de még a konyhai situációhoz kapcsolódnak. A gyermekek közül néhányan adtak csak nevet a plüssmackónak, ezek: *Micimackó, Brumi, Marci, Teddy*, illetve egy tanuló a kisfiút is elnevezte, *Tominak*. Már cselekvéseket is találhatunk („*iszik*”), de történet még nem igazán alakult ki, nem igazán van a képek között összefüggés. Itt is feltűnnek a képen nem látható tárgyak, szereplők

(leggyakrabban még mindig anya). Osztályfoki eloszlás szerint ez a szint mindenhol megjelent, de a 3. évfolyamon kevésbé, mint a többin.

- A 3. *Absztrakt-leíró alacsonyabb szintet* érték el második legtöbben, összesen 23 gyermek. Ennél a szintnél az arányok már fordultak, 3. osztályos gyermekek közül csak ketten érték el ezt a szintet. A 3. szintre jellemző volt, hogy a képhez köthetően kialakul egy egyszerű történet, melyben a mondatok logikusan egymásra épülnek, az esetek többségében a családi és az iskolai élet jelenik meg egy-egy rövid szegmensben. Itt már történetjellegűek az írások, de még nagyon szorosan kapcsolódnak a képhez és gyakoriak a szóismétlések.
  - *„A kisfiú kitalálta, hogy mit akar játszani. Elővette néhány kis poharakat, tejet, terítőt és mackót. A poharak és a tejet letette az asztalra és a mackót, pedig székre. És eljátszaja, mintha kocsmában lenne.” „Alex nagyon gondolkodik, mert összeveszett Ted-del. ... Reggel sokat beszélgetnek. ... Alex nagyon szeretne csajt keresni ... Reggel tejet isznak, kibékülnek.”* A kocsmá, mint új helyszín többször is megjelent, leggyakrabban a kisfiú eljátszotta, hogy éppen ott van. Volt, aki beleírta, hogy azért tettei, hogy a kocsmában van, mert az apukája is mindig oda jár. Itt ezen a szinten is megjelentek az új szereplők, sokszor már nem csak anya, hanem apa is. A képtől még nem igazán szakadt el a mesélés, kevés olyan elemet lehetett találni (pl. kocsmá), ami a képen nem látható. Ezt a szintet nagyjából egyenlő arányban érték el a negyedik, hatodik és nyolcadikos tanulók (6, 7, 8 fő).
- A 4. *Absztrakt-leíró magasabb szint* már ritkábban jelent meg, mindössze 10 gyermeknél. 3. osztályos tanulóknál egyáltalán nem jelent meg ez a szint, azonban nem mondhatjuk, hogy a 3. szint volt náluk a plafon, volt ugyanis olyan harmadik osztályos tanuló, aki teljesítette ezt a szintet. A negyedik szint leginkább a 6. osztályosokra volt jellemző. Megfigyelhető még a képen látottak dominanciája az írásokban, de már jól körvonalazódik a gondolati elszakadás, megjelenik új fordulat, új szereplő(k) és az érzelmek fokozott kifejezése. A gondolati elszakadás az írásos munkák többségében csak az iskolai életre és a családi élet más színtereire viszi az olvasót. *„Mackó ül egy széken, isznak tejet. Kisfiú untakozik. Maci egy pincér, kintte egy tejet a kisfiúnak. Nyár van, süt a nap. Kisfiú kérdezik a Macitól: Hogy van? Jól vagyok – mondta Maci.”* Ebben a történetben már megjelent egy párbeszéd, időjárás, elszakadás a képtől. *„A marci odaadta a tej. A Peti meg is szomorú baj. Marci mi a baj és segít neked! Peti hat jólván azért össze veszték apjának. Marci Istenem Hm igyál már a tej. Peti jó meg iszok hm finom tej. Marci na szuper kérlek mosolymás. Peti hát kicsi nehéz vagyok. Marci miért van nehéz? Peti mert nem bírom apja kiabál. mert rosszak vagyok. Marci jaja de jó vagy és jó lenne okos.”* Szerepelnek a képen látott elemek (maci, fiú, tej) azonban több új dolog is. Erősen megjelennek a kisfiú érzelmei, mindkét szereplőnek már neve van. Nem csak egy leírás az egész, hanem megelevenedik a kép, beszélgetnek a szereplők. Volt egy olyan írás is a hatodik osztályosoké között, ami szinte csak párbeszédből állt. Az absztrakt szinteken új helyszíneként megjelent az iskola, de legtöbbször csak olyan kontextusban, hogy a képen látható kisfiú nem szeretne iskolába menni. Illetve egy írásban a következő kontextusban jelent meg az intézmény: *„A kisfiú szomorú. Lehet, hogy az iskolábanvalaki piszkálja vagy kicsit erőszakolta meg a kisfiút.”* Ebből lehet esetleg következtetni arra, hogy az adott gyermeket valaki piszkálja, rosszabb esetben pedig ténylegesen bántja az iskolában eltöltött idő alatt.

- Az utolsó és legmagasabb, 5. *Absztrakt-képzelti szintet* 11 tanuló érte el, legnagyobb arányban 6. és 8. osztályosok, de 4. osztályos tanulónak is sikerült.
  - „A fiú ébredés után szólt a macinak, hogy tejet kíván. De nincs tej. A mackó elment a szomszédhoz és ellopta a tejet. A mackó hozta a tejet, a fiú boldog volt, mert van tej. Mentek a konyhába, sok tejet ittak. Később félóra múlva már fáj a hasa és rosszul volt. Nem volt friss a tej, aludt tej volt. Anyu megérkezett, annyira megijedt, amikor meglátta a fiút ájultan. A maci mentőt hívott és azonnal elvitték a fiút a kórházba. A mackó visszament a szomszédhoz, visszavitte a tejet.”
  - „Apukám mindig kocsmába ment, és elmondta ott sörözik. Jó lenne vele menni, de apukám nem engedi. Kitaláltam eljátszom magamban (...) Eljátszottam azt is, hogy berúgok. Egyszer csak hazajött a kocsmából az apukám és meglátta, hogy a macival tejjel sörözök. Kinevetett és beszállt a játékba.”
  - „Egy kisfiú szerelmes akart lenni egy lányba. Úgy hívták Zsófi. A kisfiú megkérdezte Zsófit: Akarsz eljönni randira? A lány azt mondta: Igen, persze, dehol találkozunk? A Centrál parkban délután 4-kor – mondta a kisfiú. A kisfiú ott volt de Zsófinem volt ott. Ott várta éjjel, de akkor sem jött. Na mindegy, hagyjuk, hazamegyek – mondta magában a kisfiú. A kisfiú szülei aludtak, ő pedig a konyhában volt. Nem tudott aludni. Inkább tejet ivott és gondolkodott. Vége.”
  - „Egy gyönyörű konyhában az asztalon ül egy kisfiú. Az asztal másik oldalán pedig egy mackó, akét Tednek hívnak. A kistrác szülei munkamániások, avagy állandóan dolgoznak, így nem marad idejük a gyermekeire. A kisgyerekek töpreng, miért van mindig egyedül? Nem tudnak a szülei vele foglalkozni? Itt jön képbe Ted a mackó. Erre szolgálja maci, hogy a kölyök ne érezze magát egyedül. De sajnos a gyerek továbbra is szomorú, kétségbeesett és magányos. Ekkor a mackó életre kel, megfogja azt asztalon csüngő tejet és önt maga és a pajtásának egy-egy pohár tejet. – Ne szomorkodj cibora! Igyál egyet velem! – nyújtotta Ted a fiúnak a pohár tejet. De a kisfiút így sem tudta vigasztalni. Csak bámulta a tejet, míg a mackó újra plüss nem lett. Egyszer csak megmarkolta a poharat és az ajkába emelte. – Finom ez a tej. -és végre, hosszú idő után, a kisfiú, akét addig semmivel sem lehetett felvidítani, elmosolyodott.” Ez a történet volt az egyetlen, ahol a maci plüssből élővé változott, (egy másik írásban volt rá utalás, hogy a „maci hamis volt”), illetve kiemelkedő nyelvi kompetenciájú, kitűnő tanulmányi eredményű tanuló produktumaként született.

A vizsgálat során összegzett adatok tehát azt mutatják, hogy a vizsgált nagyothalló tanulók többsége írásos munkája során az absztrakt leíró szintet éri el (második és harmadik szint). Gyakran volt érezhető, hogy a tanulók a tervezést mint az írás első szakaszát kihagyják, azt írják, ami éppen eszükbe jut. Ez a szövegek koherenciájában nagyon jól tükröződik. Ezt a hangzó nyelvi ismeretek bizonytalanságának, a szövegalkotásban való járatlanságuknak, önállótlanáguknak lehet tulajdonítani.

Természetesen nem volt két egyforma történet, minden tanuló valami sajátosságot vitt bele az írásába, különbözően gondolkodtak, hiszen más-más tudással, tapasztalattal, nyelvi szinttel rendelkeztek a diákok, ez is megjelent az írásaikban. Az értékelés során bebizonyosodott, hogy egy rövid szöveg lehet, hogy a legmagasabb szintet is eléri, míg egy több mint 100 szavas írás elképzelhető, hogy csak a 2. Konkrét-képzelti szinten van. Az egy osztályfokon belül tapasztalható

teljesítményszórást a hallássérült tanulók oktatását, nevelését ellátó speciális intézményekben zajló populációváltozásnak, a tanulócsoportok heterogenitásának (életkor, nyelvi szint, hallási állapot, szociokulturális háttér, fejlesztési előzmények stb) lehet tulajdonítani.

## KÖVETKEZTETÉSEK

Az alkalmazott vizsgálo eljárás (ÍK) alkalmasnak bizonyult hallássérült tanulók írásbeli közléseinek elemzésére, értékelésére, az ezen keresztül szerzett tapasztalatok alapján pedig az írott nyelv fejlesztésére. Ugyanakkor a teljesítmény javítását a rendszerszinten működő tanulási, tanítási technikák és módszerek alkalmazása jelenti, amely a diákok számára tágítja a gondolkodás horizontját a kreatív, a kritikus, a problémamegoldó és a logikai gondolkodás szemszögéből. Hallássérült tanulók esetében ezt az alapoknál, a hangzó nyelv elsajátításának kezdeti fokán kezdjük, a beszédfejlődés természetes vonalát végigjárva, azt fejlesztve és támogatva már a korai életkortól, olyan szintaktikailag igényes mondatokat állítva példaként eléjük, melyeknek szerkezetét megértve majd fejlődik olvasásuk és írásteljesítményük. Ehhez feltétlenül szükséges a hallássérülés korai felfedezése, az időben történő hallókészülékes ellátás, esetleg a cochleáris implantátum beültetése, ami a legtöbb esetben leírhatatlan hatású a hallássérült gyermek/személy nyelvi fejlődésére, és mindezek mellett a szülő támogatása, az intenzív korai fejlesztés.

Az írásbeli közlés, a fogalmazás tanításának megkezdését minél korábban, a korszerű módszertani nézetek alkalmazásával kell elindítani. Ennek is a természetes nyelvsajátítás folyamatát kell követnie, hiszen már az óvodás kisgyermek is érdeklődnek a betűk iránt. Ezt a természetes kíváncsiságot megragadva a gyermekek lehetőséget kapnak arra, hogy csupán a formai, helyesírási és stilisztikai elemekre való összpontosítás helyett képzeleti funkciójukat is fejlesszék, hogy gondolataikat szabadon leírva, az előforduló hibáikat konstruktív módon, az újrafeldolgozás lehetősége által javítsák, korrigálják. Ezáltal az írás folyamatát és a produkcióhoz kapcsolódó sikereket fel tudják fedezni. Ez a felfedezés többet ér bármilyen tanítási folyamatnál, az írásbeli közlés formai elemeinek hibátlan ismereténél.

## IRODALOMJEGYZÉK

- Crystal, D. (2003). *A nyelv enciklopédiája*. Osiris, Budapest.
- Csányi Y. (1973). Siketek írásbeli kifejezőképességének vizsgálata formai és tartalmi szempontból a Myklebust-féle PSL teszt felhasználásával I. *Gyógypedagógia*, 18(4-5), p. 149–155.
- Csányi Y. (1973). Siketek írásbeli kifejezőképességének vizsgálata formai és tartalmi szempontból a Myklebust-féle PSL teszt felhasználásával II. *Gyógypedagógia*, 18(6) p. 161–166.
- Csányi Y. (1974). Siketek írásbeli kifejezőképességének vizsgálata formai és tartalmi szempontból a Myklebust-féle PSL teszt felhasználásával III. *Gyógypedagógia*, 19(1), p. 10–17.
- Csányi Y. (1998). A siketek jelnyelvéről. In Csányi Y. (szerk.). *Bevezetés a hallássérültek pedagógiájába*. (pp. 80–86). Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest.
- Csányi Y. (1998). A szóbeli és írásbeli fogalmazási készség fejlesztése. In Csányi Y. (szerk.). *A hallás-beszéd nevelése*. (pp. 164–166). BGGYTF, Budapest.

- Csányi Y. (2004). Súlyos fokban hallássérült gyermekek hallásának és nyelvének fejlődése, fejlesztése. In Gordosné Szabó A. (szerk.). *Gyógyító pedagógia*. (pp. 171–189). Medicina Könyvkiadó Rt., Budapest.
- Csányi Y. (2016). *Az írásbeli kifejezés (ÍK) tesztje*. Kézirat. K.n.
- Csányi Y. (2017). Három új nyelvi teszt. *Gyógypedagógiai Szemle*, 45(1), p. 74–79.)
- Gereben F.-né (2009). Tanulási sikeresség – (anya)nyelvi kompetencia. *Gyógypedagógiai Szemle*, 36(2-3), p. 89–95.
- H. Tóth I. (2015). A fogalmazástanítás és a nyelvhasználat fejlesztése tágabb kitekintésben. *Tanító Online*. (o.n.). Letöltés ideje: 2023.01.26. URL: [http://tanitonline.hu/uploads/600/fogalmazas\\_tanitas\\_tto\\_2015.pdf](http://tanitonline.hu/uploads/600/fogalmazas_tanitas_tto_2015.pdf)
- Rádi O. (2017). *Az írásbeli szövegalkotás jellemzői alsó tagozatos tanulóknál – a kreatív írás, mint a nyelvi-verbális tevékenység azonosításának eszköze*. Géniusz Műhely. Magyar Tehetségsegítő Szervezetek Szövetsége, Budapest.
- Tóth B. (2008). Fogalmazástanítás – miért és hogyan másképpen? *Anyanyelv-pedagógia*, 1(1).(o.n.). Letöltés ideje: 2023.01.26. URL: <https://www.anyanyelv-pedagogia.hu/cikkek.php?id=15>

## First steps in testing the writing composition of hearing impaired students

---

### ABSTRACT

*Background and goals:* We have the opportunity to express our thoughts and emotions not only orally, but we can also do all this in writing. The study focuses on explaining and recording what is said in writing.

*Method:* To find out the level of writing composition of hearing-impaired students, we used Csányi's novel procedure for assessing written expression. The writing composition products of the hearing-impaired students were analyzed and evaluated according to specific criteria. The procedure can be said to fill a gap in our country.

*Results:* Due to the lack of standardization of the test, we do not yet have a sufficient amount of data for comparison, but at the same time, the results show interesting aspects regarding the language use and imaginative activities of hearing-impaired students, without making possible comparisons with the writing composition activities of hearing students. During the testing of the testing procedure, the results showed that it is suitable for observing and monitoring the writing composition of hearing-impaired students, and for planning further development work.

*Conclusions:* In the case of hearing-impaired students, the teaching of writing should be started as early as possible, using modern methodological views, in order to achieve the most successful performance.

**Keywords:** hearing-impaired person, hard-of-hearing student, Csányi's written expression test, written language

---

# Hallássérült gyermekek és tanulók pragmatikai képességfejlesztésének lehetőségei az együttnevelés során<sup>1</sup>

BÁDER MELINDA<sup>1,2</sup> – SÓS ILKA<sup>2</sup>

[bader.melinda@barczy.elte.hu](mailto:bader.melinda@barczy.elte.hu)

[sos.ilka@barczy.elte.hu](mailto:sos.ilka@barczy.elte.hu)

DOI: [10.52092/gyosze.2023.1.3](https://doi.org/10.52092/gyosze.2023.1.3)

---

## ABSZTRAKT

*Háttér és célok:* A hallássérült gyermekek és tanulók nehézséget élhetnek meg a társas nyelvhasználat során (Yoshinaga-Itano et al., 2020; Paul et al., 2020; Paasch & Toe, 2020; Zaidman-Zait & Most, 2020). A pragmatikai képesség eltérése sokszor még felnőttkorban is fennállhat (Matthews, 2014, id. Crowe & Dammayer, 2021), befolyásolva ezzel az egyén tényleges társadalmi beilleszkedését (Paul et al., 2020; Paatsch & Toe, 2020; Szarkowski et al., 2020). A hallássérült gyermekek és tanulók pragmatikai fejlődésével kapcsolatos nemzetközi kutatások tendenciái alapján fogalmazódott meg az a társalgási keretrendszer (Paatsch & Toe, 2020), ami lehetőséget adhat a nyelv holisztikus fejlesztésére (Paul et al., 2020; Crowe & Dammayer, 2020; Szarkowski et al., 2020) az együttnevelés során. Jelen tanulmány a társalgási keretrendszer (Paatsch & Toe, 2020) figyelembevételével a beavatkozás hazai lehetőségeire kíván rámutatni.

*Módszer:* Ez a narratív áttekintés a nemzetközi törekvések rövid összefoglalására építve a (natúrális) auditív-verbális terápia módszertanveti össze a pragmatikai képesség fejlesztésére alkotott társalgási keretrendszer (Paatsch & Toe, 2020) ajánlásával.

*Következtetések:* A hallássérült gyermekek esetében Magyarországon is alkalmazott (natúrális) auditív-verbális koncepció alkalmas lehet a pragmatikai képesség tudatos fejlesztésére a formális és informális interakciók során, együttműködve a többségi pedagógusokkal és a kortársakkal.

*Kulcsszavak:* pragmatikai képesség, natúrális auditív-verbális terápia, együttnevelés

---

## HÁTTÉR ÉS CÉLOK

A hallássérült tanulók pragmatikai képességeivel kapcsolatos kutatások csak az utóbbi két évtizedre tekintenek vissza. A nemzetközi vizsgálatok felhívják a figyelmet a korai beavatkozás jelentőségére (Goberis et al., 2012; Yoshinaga-Itano et al., 2020; Szarkowski et al., 2020). A hallássérült kisgyermek pragmatikai képességeinek megismerésére és támogatására kidolgozott, széleskörben hozzáférhető mérőeszközök és ajánlások állnak rendelkezésre (Goberis et al., 2012; Yoshinaga-

---

<sup>1</sup> A magyar szaknyelvben az együttnevelés és az inklúzió nem szinonimái egymásnak, ugyanakkor elfogadva, hogy az angol szakirodalom az inclusion/inclusive education kifejezéseket preferálja, az angol címben és absztraktban így használjuk.

Itano et al., 2020) a nemzetközi térben. Az iskoláskorú populáció kutatásai jelenleg tendenciákra mutatnak rá (Crowe & Dammayer, 2021; Paul et al., 2021), vizsgálóeljárásai és protokolljai kevésbé kidolgozottak, egységesek, miközben a vizsgálatok jelentős része arról számol be, hogy a hallássérült fiatalok esetében a pragmatikai képesség nehézsége továbbra is fennállhat (Dammayer, 2012; Paatsch & Toe, 2020; Zaidman-Zait & Most, 2020). A hazai kutatások elindítása, az ajánlások kialakítása a következő évek feladatai lesznek. Azonban elméleti-gyakorlati szakemberként is érzékeljük, hogy mind az érintetteknek, mind pedig a terepen dolgozó szakembereknek is igényük van a pragmatikai képesség tudatos fejlesztésére az auditív-verbális terápia során. Az együttnevelésben rejlő lehetőségek jó alapot biztosíthatnak a társas kommunikáció, ezen belül a kortárs kommunikáció fejlesztéséhez (Paatsch & Toe, 2020). Jelen tanulmány a hazai kutatásokat és az ajánlások megfogalmazását előkészítendő az elméleti keret bemutatása után az együttnevelés kínálta hazai lehetőségekre kíván rámutatni.

## Együttnevelés

A hallássérült gyermekek és tanulók többségének oktatása és nevelése integrált keretek között valósul meg (Bodorné & Perlusz, 2012; Paatsch & Toe, 2020), akiknek fejlesztését többnyire utazótanári hálózatban dolgozó, hallássérült személyek pedagógiája szakirányos végzettségű gyógypedagógusok biztosítják; ennél jóval ritkább esetben az integráló intézmények foglalkoztatnak szurdopedagógust<sup>2</sup>. A hallássérült gyermekek és tanulók csoportját a különböző befolyásoló tényezők miatt nagy diverzitás jellemzi (Szarkowski et al., 2020; Crowe & Dammayer, 2021). Erre a sokszínűsége a többségi intézmények pedagógusainak és a gyógypedagógusoknak közösen kell reagálniuk, kibontakoztatva az adott gyermek/tanuló személyiségét (Paatsch & Toe, 2020; Szarkowski et al., 2020; Crowe & Dammayer, 2021).

Szarkowski és munkatársai (2020) a hallássérült gyermekek és tanulók nyelvfejlesztésének esetében is a globális szemléletet képviselik. Ez a fajta megközelítés a nyelvfejlesztés koherens részeként tekint a pragmatikai képességekre, ami alapvető, hiszen azok összefüggést mutatnak az iskolai és a foglalkoztatási bevilást megalapozó képességrendszerekkel (Zaidman-Zait & Most, 2020; Paatsch et al., 2017, Szarkowski et al., 2020; Crowe & Danmayer, 2021), valamint kihatnak a gyermek vagy a tanuló pszichoszociális működésére, életminőségére is (Dammayer, 2012; Szarkowszi et al., 2020).

Az együttnevelés olyan társas, kortárs, formális és informális kommunikációs helyzeteket kínál, melyek tudatos kihasználása a pedagógusok, a gyógypedagógusok közös feladata (Paatsch & Toe, 2020, Crowe & Dammayer, 2021).

---

<sup>2</sup> Szurdopedagógus: hallássérült személyekkel foglalkozó gyógypedagógus (szerk.)

## MÓDSZER

Jelen tanulmány a továbbiakban a terület releváns szakirodalmát a narratív áttekintés módszere (Green et al., 2006) alapján mutatja be<sup>3</sup>.

A tanulmány ismerteti a hangzó nyelven kommunikáló, segédeszközt használó, együttnevelésben oktatót és nevelt hallássérült gyermekekkel és tanulókkal végzett, beavatkozással is fókuszáló legfontosabb kutatásokat. Megvizsgálja, hogy a társalgási keretrendszer alapelvei (Paatsch & Toe, 2020) hogyan illeszthetők az auditív-verbális terápia koncepciójába (Clark, 2006) a mindennapi társalgások során. Áttekinti, hogy a társalgási képességek hogyan valósulnak meg az életkori csoportokhoz kapcsolódóan az intézményes nevelés során (habilitációs, rehabilitációs órák, kortársközösség).

### A (naturális) auditív-verbális terápia módszertana

Magyarországon a hallássérült gyermekek és tanulók nevelésében-oktatásában kiemelt szerepet játszik a naturális auditív-verbális módszer alkalmazása. Csányi (2017) visszaemlékezéséből kiderül, hogy már a hetvenes évek végén fontos szakmai kapcsolatot ápolott Morag Clarkkal; mindketten elkötelezett hívei voltak a hallássérült gyermekek fejlesztésében az orális módszert felváltó auditív-verbális, majd naturális auditív-verbális irányzat elterjesztésének<sup>4</sup>. Simser (2005) és Clark (2006) szerint e megközelítés alkalmazhatóságának feltételei:

- a hallásmaradvány maximális kihasználása a legkorábbi életkortól;
- a minél korábbi, az adott gyermek hallásállapotának megfelelő hallásjavító eszközzel való ellátás;
- a természetes hangzó nyelvi környezet;
- valamint a szülők és a szakemberek részéről az a meggyőződés, hogy a hallássérült gyermek a halló gyermekhez hasonlóan képes elsajátítani a hangzó nyelvet, és bár speciális nevelési igényei vannak, kommunikációs csatornájának nem szükséges annak lennie.

Az auditív-verbális fejlesztés végső célja az, hogy a hallássérült gyermekek természetes és többségi tanítási és életkörülményekben felnőve, független, aktív, cselekvő tagjaivá válhassanak a társadalomnak (Simser, 2005). A hallásnevelésen alapuló irányzat eredményeképpen a hallás integrálódik a hallássérült gyermek személyiségfejlődésébe, a beszéd és a hangminőség képes a normális menetet követve fejlődni, a közösség tagjaival való kapcsolat támogatja a jelentések elsajátítását, kitágulnak a tanulmányi, pályaválasztási és integrációs lehetőségek és fejlődik az én-kép (Pollack, 2005).

A korai beavatkozást az agy fejlődésének, a hallópályák érésének meghatározó időszaka, a szenzitív periódus kihasználása teszi szükségessé, mely döntő befolyással bír a későbbi beszéd- és

---

<sup>3</sup> A narratív áttekintés célja a témában jelentős korábbi tanulmányok összevetése, értékelése, a hiányosságok bemutatása, a beavatkozással kapcsolatos feltevések megfogalmazása (Green et al., 2006).

<sup>4</sup> A hallássérült populáció heterogenitása miatt egyes tanulócsoportok esetében szükségessé válik az orális-auditív módszer alkalmazása, valamint a jelnyelv használata.



nyelvfejlődésre (Csányi, 1990). A 2015-től hatályos hallásszűréségi protokoll<sup>5</sup>, valamint a hatékony hallókészülék-ellátás napjainkban már jól bejártott. A dilleri elvek (Diller, 2005) nyomán a hallássérült kisgyermek számára kidolgozott és Csányi nevéhez fűződő korai intervenció és tanácsadás mára már kiterjedt hálózattal működik hazánkban, ami jó alapokat teremt a hallássérült gyermekek további fejlődéséhez.

A hallássérült gyermekek speciális intézményeiben és az integráltan nevelkedő gyermekek fejlesztésében egyaránt kiemelt szerepet kapnak a Csányi (1990) által leírt és oktatott módszerek és órátípusok, amelyek középpontjában mindig a hangzó nyelvi fejlesztés áll. A különböző szurdopedagógiai eljárások (pl. kivárás, megragadás, kiterjesztés, visszakérés, provokálás, tanári kettős szerep, szerepcsere, anticipáció), valamint a társalgás előtérbe helyezése az összes órátípusban (cselekvéses helyzet, beszédfejlesztő ábrázolás és kézimunka – korábbi nevén anyanyelvi gyakorlati foglalkozás –, meseképsor, szerepjáték, társalgás stb.) hangsúlyos szerepet játszanak. A tevékenységek a közös figyelemre, a gyermekek érdeklődésére építenek, állandó motivációt biztosítva a gyermek számára az interakcióban való részvételre.

A hangzó nyelvi fejlesztés a Myklebust-féle hierarchiát követve hangsúlyt helyez a nyelvnek mind a receptív, mind az expresszív részére, a beszédmegértés és a hangos beszéd, az olvasás és az írásbeli kifejezés rétegeire, a szemantikai, a grammatikai és a szintaktikai oldalt is szem előtt tartva (Csányi, 1990). Ám kérdés, hogy a pragmatikai képességek, amik mondhatjuk, hogy a kommunikáció csúcspontját jelentik, milyen módon jelennek meg a nyelvi fejlesztésben, valóban átszövik-e az egész tanítási-tanulási folyamatot, ahogy arra feltétlenül szükség lenne a valódi integrációhoz.

Az auditív-verbális koncepció szerint a nyelvi fejlesztés nemcsak a gyógypedagógussal közös foglalkozáson valósul meg, hanem fontos, hogy a hangzó beszédet preferáló szemlélet megjelenjen a gyermek mindennapjaiban is, amihez a pedagógus kollégák és a szülők bevonódására és aktivitására is szükség van (Szarkowski et al., 2020; Paatsch and Toe, 2020). Ideális esetben a hallássérült személyek pedagógiája szakirányos gyógypedagógus, különösen az integrációban, az egyéni fejlesztések mellett koordinátori szerepet is ellát, ahol teamként fogja össze a szükséges szakembereket és a családot (Báder et al., 2022).

Míndezek együttes megléte biztosítja tehát a gyermek optimális fejlődését, ami végsősoron a magasszintű társadalmi integrációhoz vezet.

## **Pragmatika**

### ***A pragmatikai képesség – funkcionális nyelvhasználat kérdése***

Mindennapi munkánk során a hallássérült gyermekek és tanulók strukturális nyelvi szintjeinek fejlesztése mellett (Paul et al., 2020; Szarkowski et al., 2020) kiemelt figyelmet kell fordítanunk a funkcionális nyelvhasználat (Ching et al., 2021) alakulására is. A legújabb kutatási trendek a strukturális nyelvi szint mellett ma már ennek a háromkomponensű tudásnak (funkcionális hallás,

---

<sup>5</sup> Az Emberi Erőforrások Minisztériuma szakmai irányelve a 0-18 éves korú gyermekek teljes körű, életkorhoz kötött hallásszűréséről és a kiszűrt gyermekek gondozásba, rehabilitációba vételéről (2015. EüK. 9. szám EMMI szakmai irányelv), hatályos: 2015.05.27.

beszédérthetőség, pragmatikai képesség) is jelentőséget tulajdonítanak abban, hogyan alakul egy gyermek vagy tanuló pszichoszociális működése, életminősége (Ching et al., 2021).

A pragmatikai képességek a természetes beszéd- és nyelvfejlődés részét képezik (Yoshinaga-Itano et al., 2020; Szarkowski et al., 2020). Az új elméletek szerint ennek az összetett képességnek (Soher et al., 2019; Paul et al., 2020; Crowe & Dammayer, 2021) a dinamikus változásában jelentős szerepe van a társas környezetnek, fejlődése egészen a munkavállalásig is eltarthat (Matthews, 2014, id. Crowe & Dammayer, 2021; Paul et al., 2020). Így a korai intervenció (Goberis et al., 2012; Yoshinaga-Itano et al., 2020) mellett fontos kiemelni a későbbi implikációk (Szarkowski et al., 2020; Paatsch & Toe, 2020; Crowe & Dammayer, 2021) jelentőségét is. Ezek a beavatkozások támogatják a hallássérült gyermek vagy tanuló szociális beilleszkedését (Crowe & Dammayer, 2021; Dammayer, 2018, Szarkowski et al., 2020), melynek hiánya veszélyezteti a tényleges társas kapcsolatok alakulását, a munkaerőpiacon való helytállást (Szarkowski et al., 2020), a társadalmi hasznosságot, az „elég jó élet” lehetőségét (Paul et al., 2020).

A funkcionális hallás és a beszédérthetőség tudatos fejlesztése evidencia, azonban a pragmatikai képességek mérése és támogatása nem egységes, többnyire esetlegesen alakul a gyakorlatban (Paatsch & Toe, 2020; Paul et al., 2020; Zaidman-Zait & Most, 2020), annak ellenére, hogy a naturális auditív-verbális koncepció távlati célja megegyezik a pragmatikai képesség egyes meghatározásaival. A nyelv tényleges, legmagasabb szintű alkalmazása (Szarkowski & Toe, 2020) esélyt teremt az interakciókban való proaktív részvételhez (Zaidman-Zait & Most, 2018), a társalgás sikeres irányításához (Soher et al., 2019), és így az „igaz barátságok” kialakulásához (Toe & Paatsch, 2013; Paul et al., 2020).

Soher és munkatársai (2019), valamint Crowe és Dammayer (2021) szerint a pragmatikai képesség egy olyan verbális és nonverbális területeket (téma fenntartása, váltása, új releváns téma felvetése; interakció helyreállításának igénye és képessége; harmonikus szerepcseré<sup>6</sup> stb.) tartalmazó képességrendszer, ami garantálja, hogy a társalgásban hatékonyan és proaktívan vegyünk részt. Hámori (2022) halló gyermekek esetében a pragmatikai kompetencián belül az előbbi interakciókban való részvételt biztosító készségeket társalgási készségnek<sup>7</sup> nevezi.

## ***Hallássérülés és pragmatika***

A hallássérült gyermekek és tanulók pragmatikai képességeit vizsgáló kutatások csak az utóbbi évtizedekben indultak el (Yoshinaga-Itano, 2020; Paul et al., 2020). A vizsgálatok többsége úttörő kezdeményezés; inkább tendenciákra mutatnak rá, nem általánosíthatók, hiszen a hallássérült populáció számos szempontból (audiológiai, kognitív, egyéb tényezők) heterogenitást mutat (Crowe & Dammayer, 2021).

A tanulmányok többsége azonban a siket vagy nagyothalló gyermekeknél a pragmatikai területen késésről vagy eltérő fejlődésről számol be, melynek hátterében a hétköznapi társalgáshoz való elégtelen minőségi és mennyiségi hozzáférés állhat (Niparko et al., 2010; Yoshinaga-Itano et al., 2020; Paul et al., 2020; Most et al., 2010; Crowe & Dammayer, 2021). Más vélekedések szerint

---

<sup>6</sup> Ebben a tanulmányban a szerepcseré fogalma alatt a nemzetközi és hazai szakirodalomban gyakran használatos fordulóváltást értjük.

<sup>7</sup> A képesség-készség fogalmait illetően tanulmányunkban követjük a szerzők szóhasználatát.

a hallássérült gyermekek nehézségei a kommunikációs rugalmasság és a halló közösség által használt társalgási stratégiák hiányának tulajdoníthatók (Paul et al., 2020).

A szakterület kutatói, saját profiljuk szerint, különböző aspektusokból és indíttatásból vizsgálták a hallássérült gyermekek és tanulók pragmatikai képességeit. A kutatások egy része az eltérés lehetséges okait és következményeit (jelentős elmaradás az írásbeli kifejezőkészség területén, viselkedési problémák) igyekezett feltárni, felhívva a figyelmet a korai intervenció szükségességére (Goberis et al., 2012; Yoshinaga-Itano et al., 2020). A fiatalabb korosztályra fókuszáló vizsgálatok (Goberis et al., 2012; Yoshinaga-Itano et al., 2020) erőssége abban rejlett, hogy a feltárt nehézségek megoldására mindenki számára hozzáférhető ajánlást biztosítottak.

Az iskoláskorú populációra fókuszáló kutatások az utóbbi időszakban indultak el (Yoshinaga-Itano et al., 2020).

A komplex nyelvi képességeket felmérő kutatások is arra mutattak rá, hogy a hangzó nyelvet használó hallássérült gyermekek jelentős kihívásokkal néznek szembe a nyelv bonyolultabb és árnyaltabb elemeinek elsajátításában, beleértve a pragmatikát is (Goberis et al., 2012; Paul et al., 2020; Paatsch & Toe, 2020; Crowe & Dammayer, 2020; Szarkowski et al., 2020). Folyamatos frusztrációt élnek meg a mindennapi társalgás során (Yoshinaga-Itano et al., 2020; Ibertsson, 2009; Paul et al., 2020; Paatsch & Toe, 2020), miközben a standard nyelvi vizsgálatokban jól teljesítenek (Most et al., 2010; Paatsch et al., 2017; Ching et al., 2018). Ezek a nehézségek az intenzíven fejlesztett, optimális segédeszközzel ellátott hallássérült tanulókra is igazak lehetnek (Paul et al., 2020). Egyrészt a hangzó nyelv nem minden szituációban hozzáférhető számukra, másrészt lehetséges, hogy kevesebb lehetőségük van a halló kortársakkal való interakcióra (Szarkowski et al., 2020; Paul et al., 2020). A hallássérült gyermekek és fiatalok sikeresebbek a nyelv társas használatában a szüleikkel, a közeli barátokkal vagy ismerős felnőttekkel való interakcióik során, ennek hátterében egyes szakemberek szerint az állhat, hogy halló társaik sokszor nem tudnak adekvátan reagálni a hallássérült tanulók kezdeményezéseire (Paul et al., 2020). Azonban felmerül a kérdés, hogy mennyiben határozza meg a családdal és a gyógypedagógusokkal folytatott interakciókat a felnőtt beszélgetőpartnerek előzetes ismerete az adott gyermekről vagy fiatalról (Szarkowski et al., 2020; Crowe & Dammayer, 2021).

Ibertsson (2009, id. Paul et al., 2020) szerint a hangzó nyelven kommunikáló hallássérült tanulókra jellemző, hogy ragaszkodnak a társalgás forgatókönyvéhez, többször tesznek fel konkrét értelmező kérdéseket, válaszáruk során jellemzőbbek a rövid válaszok, valamint az ismétlések használata. Paatsch és Toe (2014, id. Paul et al., 2020) szerint a hangzó beszédet preferáló hallássérült tanulók pragmatikai képességei (üdvözlés, szerepcseré, témakezdeményezés, kérdésfeltevés) alkalmasak lehetnek a mindennapi társalgásokban való részvételhez. A felsorolt stratégiák a beszélgetés kontrollálására és az interakciók megakadásának csökkentésére koncentrálnak (Paul et al., 2020).

Az iskolás populációval folytatott felmérések másik vonala (Zaidman-Zait & Most, 2020) kiemeli a hallássérült tanulók nehézségeit a kortársakkal folytatott kommunikáció során. Paatsch és Toe (2014, id. Paul et al., 2020) hallássérült és halló tanulókkal folytatott felméréséből Paul és munkatársai (2020) azt a következtetést vonják le, hogy a siket és a nagyothalló tanulók feltehetőleg bizonytalanabbak a kortárs interakciós helyzetekben. Eltérő kommunikációs stratégiájuk jellemzője, hogy sokkal dominánsabbak, kevésbé törekszenek az interakció egyensúlyára az informális társalgások során (Paul et al., 2020). Arra a halló és a hallássérült fiatalokkal végzett

kutatások (Zaidman-Zait & Most, 2020) is rámutatnak, hogy a hangzó nyelv használatának, a jól működő pragmatikai képességnek nagy szerepük van a tanulók iskolai sikerességében, proszociális viselkedésük, valamint társas kapcsolataik (Toe & Paatsch, 2013; Zaidman-Zait & Most, 2020) alakulásában. A beavatkozás tekintetében több kutató (Zaidman-Zait & Most, 2020; Toe et al., 2013; Paul et al., 2020; Crowe & Dammayer, 2022) is hangsúlyozza, hogy hallássérült gyermekek és serdülők hatékony fejlődéséhez kiemelten fontos az optimális feltételek megteremtése, a környezet (a tanuló kortársainak, szüleinek, tanárainak) bevonása, de a keretrendszer (Paatsch & Toe, 2020) megfogalmazásán túl egységes program jelenleg nem áll rendelkezésre (Paatsch & Toe, 2020).

## **A társalgási képességek fejlesztésének beavatkozási lehetőségei az együttnevelés során**

Az univerzális neonatális hallásszűrés gyakorlata, a korai felfedezés és fejlesztés, valamint a hallókészülék-technológia és a cochleáris implantáció robbanásszerű fejlődése, illetve a naturális auditív-verbális terápia (Clark, 2006) lehetőséget biztosít (Szarkowszi et al., 2020; Paatsch & Toe, 2020) arra, hogy a lehető legkorábbi időszaktól elinduljon a családcentrikus terápia (Moeller et al., 2013), biztosítva a nyelvi szintek optimális fejlődését (Paatsch & Toe, 2020; Crowe & Dammayer, 2021). A gyakorlat során azt tapasztaljuk, hogy sok esetben eltolódhat a hangsúly a markánsabban észlelhető és mérhető strukturális nyelvi területek felé (Westby, 2016, id. Paul et al., 2020; Crowe & Dammayer, 2021), míg a társas nyelvhasználat fejlesztése esetlegesen, kevésbé tudatosan alakul (Paatsch & Toe, 2020). Ennek egyik oka, hogy a magyar gyakorlatban alig ismertek a hallássérült gyermekek és fiatalok pragmatikai képességét vizsgáló mérőeszközök, amelyek feltárnák a fejlesztendő területeket, kijelölve a beavatkozás lehetséges irányát. Ezek adaptálása, a hazai protokoll kialakítása a következő évek feladata.

A másik nehézség vélhetően abból ered, hogy a korai évektől kezdve fontos szempont, hogy az adott gyermek/tanuló sikeres legyen iskolai pályafutása során. Az óvodai évek alatt kevesebb az elvárás a pedagógusok, a család és a kortársak részéről, illetve a pragmatikai képességek még kialakulóban vannak a halló gyermekek esetében is, ezért az eltérő képességek kevésbé tűnnek fel (Crowe & Dammayer, 2021). Az iskolai szinten elsősorban inkább a tudáselsajátítás dominál, így a hallássérült tanulók esetében a többnyire tantárgyspecifikus nyelvi fejlesztés mellett inkább a formális kommunikációs helyzetek (tanár-diák, diák-diák) kerülnek előtérbe.

Ezen tényezőket, valamint a gyógypedagógiai támogatás korlátozott lehetőségeit (egyéni, osztályon kívüli segítség, rehabilitációs óraszám) figyelembe véve ritkán marad idő a hallássérült gyermek és tanuló kortárs kommunikációjának támogatására. A szabadidős helyzetek (délutáni szabadjáték/szabadidő, óráközi szünetek, tanítás nélküli munkanapok, kirándulás, erdei iskola) adhatnak teret a kortárs kapcsolatok szempontjából fontos pragmatikai képességek fejlesztésére intézményes keretek között. Ezekben az informális helyzetekben hatékonyabban alakul ez az összetett képesség (Soher et al., 2019; Paul et al., 2020; Crowe & Dammayer, 2021), ami lehetőséget ad arra, hogy a gyermekek megtanulják, hogyan vegyenek részt egy interakcióban, hogyan kapcsolódjanak másokhoz.

A (natúrális) auditív-verbális módszer óratípusai biztosíthatják az együttnevelés során is, hogy a kortárs szociális kommunikáció terén feltételezett vagy észlelt nehézségekre kétszemélyes helyzetben (felnőtt – gyermek/ fiatal) találjunk megoldást. Ezek alkalmazása azonban valós, kortárs szituációkban ritkán valósul meg. Az elméleti és a gyakorlati szakemberek szerint is a pragmatikai képesség fejlesztése összehangolt munkával valós társas helyzetben az ideálshoz közeli lehet (Paatsch & Toe, 2020; Crowe & Dammayer, 2021, Paul et al., 2020; Yoshinaga-Itano, 2020). Érdemes ennek érdekében is átgondolni az adott gyermek/ fiatal fejlesztését. Törekedni kell a rehabilitációs-rehabilitációs órakeret rugalmas szervezésére, építeni kell a széleskörű teammunkára (Kullman, 2015; Báder et al., 2022), bevonva a pedagógusokat és a családot (Paatsch & Toe, 2020; Szarkowski et al., 2020). Az együttműködés alapja az egyéni fejlesztési terv, ami biztos alapot nyújthat a nyelv holisztikus fejlesztésének (Paul et al., 2020; Szarkowski et al., 2020; Crowe & Dammayer, 2021).

A team tagjai egymással kooperálva a különböző szintereken (egyéni fejlesztés, tanóra, szabadidős helyzet) különféle (beszélgető)partnerek (kortársak, pedagógusok, család) bevonásával támogathatják (Paatsch & Toe, 2020) a szociális kommunikáció alakulását. Egyrészt az iskolai és családi társalgások remek lehetőséget biztosíthatnak a nyelvi és a pragmatikai képesség spontán, életszerű fejlesztésére (Paatsch & Toe, 2020; Rinaldi et al., 2013, id. Crowe & Denmayer, 2021; Szarkowski et al., 2020). Másrészt ezekben a formális (Ibertsson et al., 2009; Most et al. 2010; Crowe & Dammayer, 2021) és informális helyzetekben mutatkozik meg a hallássérült gyermek/ tanuló nehézsége, amivel minden nap szembesül (Crowe & Dammayer, 2021; Zaidman-Zait & Most, 2020; Paatsch & Toe, 2020; Paul et al., 2020). Ezekben a kontrollált szabadidős szituációkban a pedagógusok nemcsak az interakciókat figyelhetik meg, de azonnali támogatást is nyújthatnak a hallássérült gyermeknek/ tanulóknak, illetve halló kortársaiknak (Paatsch & Toe, 2020; Paul et al., 2020; Crowe & Dammayer, 2021). Alacsonyabb nyelvi szintű tanulók esetében előfordulhat, hogy az egyéni fejlesztés által kínált, konkrét témához és szituációhoz kötött társalgási modellek, panelek begyakorlása hosszabb időt vehet igénybe (Sandgren et al., 2010, id. Crowe & Dammayer, 2021). Esetükben idővel a nyelv globális támogatása (Szarkowski et al., 2020) mellett a társas helyzetekben való gyakorlás is egyre nagyobb szerepet kaphat (Paul et al., 2020; Paatsch & Toe, 2020; Crowe & Dammayer, 2021).

A beavatkozás tartalmának (strukturális nyelvi szintek; interakciós képességek; a beszélgetőpartner igényeinek felismerése és figyelembevétele) minden esetben összhangban kell állnia az adott gyermek/ tanuló igényeivel (Most et al., 2010; Toe & Paatsch, 2013; Church et al., 2017; Crowe & Dammayer, 2021).

Paatsch és Toe (2020) egy olyan beavatkozási modellt dolgozott ki a hallássérült tanulók számára, ami kijelölheti a szakemberek számára a pragmatikai képességfejlesztés lehetséges területeit (a beszélgetőpartnerek felelőssége és együttműködése; változatos kommunikációs helyzetek biztosítása; a nonverbális és verbális kommunikáció megértése és használata; a szerepcsere egyensúlya, a téma kezdeményezése és fenntartása, szemkontaktus felvétele és megtartása, dialógusok menedzselése, valamint az interakció helyreállítása a társalgások során. A későbbi fejlesztőprogramok kidolgozása során érdemes figyelembe venni a hallássérült személyek csoportjának heterogenitását (Paul et al., 2020; Paatsch & Toe, 2020; Crowe & Dammayer, 2022), illetve megvizsgálni, hogyan illeszkedhetnek az adott ország által preferált módszertanba, gyakorlatba (Paatsch & Toe, 2020). Az életkorhoz és a vizsgált pragmatikai képességekhez illeszkedő mérésekkel tudatosan kell támogatni a pragmatikai képesség optimális fejlődését (Connor, 2006).

A következőkben a Paatsch és Toe (2020) által kidolgozott beavatkozási modell figyelembevételével azokat a lehetőségeket igyekszünk áttekinteni, amelyek tapasztalataink alapján az együttnevelésben tanuló gyermekek pragmatikai képességét támogathatják a mindennapokban.

A tanulmányunk a pragmatikai képesség területén belül a *társalgási képességek* (téma kezdeményezése és fenntartása; szerepcseré; az interakciós zavar felismerése, helyreállításának igénye) *tudatos fejlesztésére fókuszál*, ami elengedhetetlen a mindennapi társas interakciók lebonyolításához (Soher et al., 2019; Hámori, 2022). A lehetőségek összegyűjtésének elsődleges rendezőelve a gyógypedagógus által vezetett kétszemélyes foglalkozásokon túl az intézményes (tanórai és a tanórán túli) társas helyzetekben/tevékenységekben rejlő lehetőségek megtalálása az oktatás-nevelés egyes színterein.

## **A pragmatikai képességterület fejlesztése a habilitációs és rehabilitációs órák során**

A természetes auditív-verbális terápia módszertana lehetőséget biztosít a hangzó nyelv tudatos globális támogatására (Szarkowski et al., 2020). A hallássérült gyermekek és tanulók esetében alkalmazott óratípusok teremtik meg a közös figyelemre, a gyermek/tanuló érdeklődésre épülő társalgási helyzeteket. A cselekvéses helyzet és a beszédfejlesztő ábrázolás és kézimunka egyik lényegi eleme a párbeszédhelyzetek rendszeres biztosítása; az élményközpontú társalgások során természetes módon épülnek be a hangzó nyelvi kommunikációs jellemzők; a mindennapos élethelyzeteket feldolgozó szerepjátékok, meseképsorok, képsorozatok, bábjelenetek szintén jó lehetőséget adnak a gyakorlásra (Csányi, 1990). A hallássérült személyek pedagógiája és rehabilitációja szakirányos gyógypedagógusok a szurdopedagógiai eljárások (pl. megragadás, kiterjesztés, visszakerés, provokálás, tanári kettős szerep, szerepcseré) célzott alkalmazásával párhuzamosan fejlesztik a nyelv alacsonyabb struktúráit, valamint a funkcionális nyelvhasználatot (Crowe & Dammayer, 2021; Ching et al., 2021). A gyakorlati szakemberek az együttnevelés során többnyire a kombinált óratípusokat (pl. olvasás és szerepjáték) preferálják. Ez a rugalmas szemlélet lehetőséget adhat egyrészt a téma által kínált kommunikációs helyzetek gyakorlására, valamint a gyermek/fiatal által hozott interakciós helyzetek nehézségeinek célzott fejlesztésére (értelmezés, modellezés) is (Paatsch & Toe, 2020).

Az óratípusok egységesen jól alkalmazhatók már a korai életkortól a hallássérült gyermekek és tanulók pragmatikai nehézségeinek formális helyzetben (gyermek/fiatal-felnőtt) történő fejlesztésére is. Az így kínált társalgási helyzetek természetes teret adhatnak a szerepcseré egyensúlyának gyakorlására alacsony nyelvi szintű kisgyermekek esetében is. A gyógypedagógus a kivárás vagy provokálás alapelveinek alkalmazásával ösztönözheti leginkább a gyermeket a dialógusban való részvételre. A habilitációs-rehabilitációs órákon a témátartás gyakorlására a szituációs helyzeteket, képtörténetet feldolgozó óratípus adhat leginkább lehetőséget. Az auditív-verbális terápia célja a nyelv komplex fejlesztése, ami a gyógypedagógus által felkínált témára épülő társalgás során valósul meg. A terápiában a szakember épít a gyermek/tanuló érdeklődésére, véleményére, így a kommunikáció témája sokszor más irányt vehet, mely módot adhat a témaváltás gyakorlására. A gyógypedagógus által biztosított oldott, partneri légkör rászoktatja a gyermeket, hogy megossza spontán gondolatait, adott témával kapcsolatos véleményét, illetve kérdést fogalmazzon meg (témakezdeményezés), mely kommunikációs aktusok gyakorlása nagyban hozzájárulhat a másokkal folytatott beszélgetések gördülékenységéhez.

A természetes beszédhelyzetek folyamatosságát többek között az interakciós nehézségek felismerésének és helyreállításának képessége biztosítja (Soher et al., 2019; Toe et al., 2016). A társalgások során ezzel a nehézséggel többnyire az alacsonyabb nyelvi szintű és kevésbé fejlett beszédérthetőségű és/vagy funkcionális hallású gyermekek/tanulók szembesülhetnek (Paatsch & Toe, 2020; Paul et al., 2020). Ennek a társalgási képességnek a fejlesztése már óvodás gyermekek esetében elkezdődhet, felhívva a gyermek figyelmét arra, hogy a beszélgetőpartner (gyógypedagógus) számára fontos, hogy megértse mondanivalóját, folytatódjon az interakció. A gyógypedagógus kommunikációs modellt nyújt, stratégiákat (pl. fogalommagyarázat lehetőségei, szülők bevonása) kínál, amit a hallássérült gyermek/tanuló egyéni szükségletei szerint megfigyelhet és gyakorolhat (Paatsch & Toe, 2020; Szarkowski et al., 2020).

Az auditív-verbális terápia alapját a hallássérült gyermek/tanuló által elsajátított társalgásban való aktivitás és együttműködés biztosítja, ennek kialakítása a gyógypedagógus és a család közös feladata. Az életkorhoz illeszkedő kommunikációs etikett, valamint a strukturális nyelvi szintek elsajátítása (Paatsch & Toe, 2020) is illeszkedik a rehabilitációs-rehabilitációs órák tartalmához. A kétszemélyes helyzetekben a nonverbális visszajelzések, illetve a kommunikációs stílusok értelmezésének, használatának pontosítása és árnyalása (Paatsch & Toe, 2020) történhet a társalgások során spontán, illetve a téma alaposabb, tudatosabb feldolgozásával is. Egyes tanulók esetében érdemes lehet a nézőpontváltással, a beszélgetőpartner igényeinek figyelembevételével (Paatsch & Toe, 2020; Crowe & Dammayer, 2021) is foglalkozni az órák során, hiszen ez a hallássérülés tényéből adódóan a mindennapok során problémát okozhat számukra (Szarkowski et al., 2020; Paatsch & Toe, 2020). A szóban vagy akár írásban (pl. chatelés vagy e-mailezés során) megmutatkozó pragmatikai nehézség fejlesztése a tanuló igényeihez illeszkedve történhet videó vagy képtörténet segítségével, illetve szituációs játékokban is.

Az auditív-verbális terápia, összevetve a pragmatikai képességek fejlesztésének beavatkozási modelljével (Paatsch & Toe, 2020), feltehetőleg alkalmas ennek a komplex képességnek (Szarkowski et al., 2020; Paul et al., 2020; Crowe & Dammayer, 2021), különösen a társalgási képességeknek a fejlesztésére. A pragmatikai képességek fókuszba helyezésére, hangsúlyos és céltudatos fejlesztésére még több figyelmet kell fordítanunk a jövőben (Paatsch & Toe, 2020; Crowe & Dammayer, 2021; Paul et al., 2020; Szarkowski et al., 2020; Zaidman-Zait & Most, 2020).

## **Oktatási-nevelési szinterek a pragmatikai képességek fejlesztése során**

Alapvető, hogy a pragmatikai képesség fejlesztése az egyéni helyzeteken túl azokban a társas helyzetekben is megjelenjen és általánosítható legyen, ahol a nehézség kialakult. Ennek érdekében kiemelten fontos a hallássérült gyermek/tanuló, a gyógypedagógus, a pedagógus és a család együttműködése (Szarkowski et al., 2020; Paatsch & Toe, 2020).

A társalgási képességek fejlődése elválaszthatatlan a mindennapi formális és informális szituációktól (Lengyel, 1985, id. Hámori, 2022), így azok vizsgálata és fejlesztése is ezekben a helyzetekben indokolt (Crowe & Dammayer, 2021). Az alapvető társalgási képességek biztos használata halló gyermekek esetében az óvodáskor végére tehető, ami későbbi intézményes és családi helyzetekben differenciálódik (Lengyel, 1985, id. Hámori, 2022). A hallássérült gyermekek esetében a nyelv társas használatának kezdete a populáció sokszínűsége, a különböző befolyásoló

tényezők (nyelvi szint, beszédérthetőség, audiológiai tényezők, kognitív tényezők) miatt egyedileg alakulhat (Paul et al., 2020; Paatsch & Toe, 2020; Crowe & Dammayer, 2021). A pragmatikai képességek korai intervenciója mellett érvelő szakemberek (Goberis et al., 2012; Yoshinaga-Itano et al., 2020; Toe et al., 2020) a minél korábbi, tudatos beavatkozást hangsúlyozzák. A család és a pedagógusok (óvodapedagógusok, gyógypedagógus) közötti együttműködés képezheti az alapját a pragmatikai képesség fejlesztésének is (Szarkowszki et al., 2020; Paatsch & Toe, 2020). Az egyéni fejlesztési terv közös értelmezése, közösségi helyzetekben lehetséges alkalmazásának megvitatása közös érdek. Az együttműködés megvalósulásai (teammegbeszélések, a gyógypedagógus jelenléte a csoportban/szabadidős helyzetekben stb.) széles skálán mozoghatnak, ideális, ha ezek a hallássérült gyermek és a csoport igényeihez illeszkednek.

## **Óvodai szintér**

### ***Foglalkozások során***

Az óvodai foglalkozások jó lehetőséget adhatnak a társas interakciókban való részvételre. A felnőtt által támogatott és kontrollált helyzetek egy részében a gyermekek kisebb csoportja tevékenykedhet és társaloghat. Ezekben a szituációkban jól megfigyelhető és gyakorolható a gyermekek számára a szerepcseré. A (gyógy)pedagógus a mintaadáson túl kiterjesztheti a hallássérült gyermek gondolatait és érzéseit, támogathatja a szerepcseré egyensúlyát.

A körjátékok és a mesefeldolgozások párbeszédessé helyzeteti további lehetőséget teremtenek a beszélgetőpartnerek közötti váltások megfigyelésére és elsajátítására. Az óvodai strukturált beszélgetések (pl. reggeli kör) szinte az összes társalgási képesség tanulmányozására és gyakorlására alkalmasak lehet. A hallássérült kisgyermek számára különböző okokból (funkcionális hallás, beszédértés, nehezített audiológiai körülmények, nyelvi szint stb., vagy ezek kombinációja miatt) kihívást jelenthet a csoportban a beszélő követése (Paatsch & Toe, 2020). Ennek tudatában a pedagógus direkt és indirekt támogatással is segítheti a csoportot. Az egyes gyermekek történetéhez kapcsolódó kortárs kommentárok alapján kibontakozó párbeszédhez a hallássérült gyermek is kapcsolódhat a pedagógus segítségével (gondolatok kiterjesztése, mintaadás), gyakorolva ezzel a szerepcseré, témataratás és témaváltás képességét. Az óvodai formális párbeszédekben való részvételt és így a pragmatikai képességek gyakorlását a családdal való együttműködés is támogathatja (Szarkowski et al., 2020). A hallássérült gyermek számára fontos eseményt a szülő megoszthatja a pedagógussal, így segítséget nyújthat a felnőtt-gyermek, gyermek-gyermek interakció kezdeményezésére a csoporton belül. A párbeszéd alapját képezhetik az eseményeket feldolgozó napló, témakönyvek, fényképek, emlékek; támogathatják a közös értést, a téma tartását, még gyengébb beszédértésű és/vagy alacsonyabb nyelvi szintű gyermek esetében is.

Az óvodáskorú hallássérült gyermekek az interakciós zavarok felismerésében és helyreállításában többnyire segítséget igényelhetnek a formális társas kommunikáció során is. A pedagógus és a gyógypedagógus a félreértések tisztázásában, a párbeszéd visszaállításában, folytatásában támogathatja a résztvevő gyermekeket. Az óvoda napi rutinja további diskurzushelyzeteket kínálhat a pragmatikai képességek tudatos vagy spontán fejlesztésére.



## *Foglalkozáson kívüli társas helyzetek*

A foglalkozáson kívüli társas együttlétek alapot adhatnak a kortárs párbeszéd kialakulásához (Zaidman-Zait & Most, 2020; Paatsch & Toe, 2020; Crowe & Dammayer, 2021). Érdemes lehet a gyógypedagógus és a pedagógus együttműködése során ezeket a helyzeteket megfigyelni és az észlelt nehézségre közös beavatkozási protokollt kidolgozni (Paul et al., 2020). A nehézséget okozó kommunikációs helyzettel a gyógypedagógus kétszemélyes helyzetben dolgozhat a hallássérült gyermekekkel. A tanult képesség gyakorlása első lépésben a kortársak bevonásával is történhet a rehabilitációs és rehabilitációs órák keretében. Közös cél lehet az adott képesség általánosítása, minél szélesebb körben való alkalmazása a gyermekközösségben (Paul et al., 2020; Crowe & Dammayer, 2021). A rugalmas óraszervezés keretében előfordulhat, hogy a gyógypedagógus a gyermekcsoporton belül teremt spontán kommunikációs lehetőséget a hallássérült gyermek számára. Ezekben a helyzetekben a gyógypedagógus tudatosan kínálhat olyan játékhelyzeteket, tevékenységeket, amik felkeltik a gyermekek érdeklődését és társalgási késztetését, lehetőséget biztosítva az interakciós képességek (szerepcsere, téma tartása, téma kezdeményezése, interakció helyreállítása) természetes gyakorlására. Kommunikációs minta adásával, stratégiáival támogathatja a kortársakat és a pedagógust (Paul et al., 2020; Paatsch & Toe, 2020; Crowe & Dammayer, 2021).

## **Iskolai szintér**

### *Tanórai helyzetben*

A legalapvetőbb társalgási képességek stabilizálódása a halló gyermekek esetében az iskolába lépés időszakára tehető (Lengyel, 1985, id. Hámori, 2022), miközben a hasonló életkorú hallássérült tanulók esetében késés tapasztalható (Goberis et al., 2012; Yoshinaga-Itano et al., 2020; Toe et al., 2020). Továbbá különbözőek lehetnek az elvárások, preferenciák az egyéni fejlesztés fókuszával, az együttneveléssel kapcsolatosan a család, a pedagógusok és a maga a hallássérült tanuló részéről is. Az iskolai követelmények folyamatos növekedése az akadémiai tudáshoz való hozzáférést, a tanulásához fűződő kommunikációs helyzetek gyakorlását igényli a hallássérült tanuló részéről. A team tagjai ennek megfelelően az egyéni fejlesztési terv alapján dolgoznak a hallássérült tanulóval. A kooperatív technikák (Kagan & Kagan, 2009) különböző munkaformái (pármunka, csoportmunka) olyan tanulási helyzeteket teremtenek, amik többek között lehetővé teszik a pragmatikai képességek osztálytermen belüli fejlesztését minden tanuló számára. A fenti munkaformák alapelvei (Kagan & Kagan, 2009) biztosíthatják a szerepcsere egyensúlyának gyakorlását a tanulók között. Egyes hallássérült tanulók esetében a különböző módszerek értelmezését, elsajátítását érdemes lehet a gyógypedagógiai foglalkozások keretében előkészíteni. Bizonyos kooperatív felelős posztok (mérleg) (Kagan & Kagan, 2009) tudatos választása segítheti a hallássérült fiataalt a társalgási egyensúly megfigyelésében, befolyásolásában. A témataartás tanórai fejlesztése szintén történhet az előző munkaformák során, ezen felül a tanórák felépítése és a pedagógus személye is jól segítheti azt.

Az interakció megszakadásának érzékelése bár iskoláskorban már nem okoz problémát a hallássérült tanulók számára, a gyermekek annak helyreállításában (Church et al., 2017) továbbra is segítséget igényelhetnek a pedagógusok részéről.

A pragmatikai képességek tanórai gyakorlását támogathatja a gyógypedagógus jelenléte a tanulók formális társalgása során, az azonnali visszajelzésekkel, mintaadásokkal biztosítva a társalgás menetét.

A szemkontaktus tartása, a beszélő követése továbbra is nehézséget jelenthet a hallássérült tanuló számára (Paatsch & Toe, 2020) a tanórai együttműködések, szimultán tevékenységek (pl. írás közbeni társalgás) során. A nagyothalló vagy siket tanulón kívül mások számára is hasznos lehet olyan osztályszabályok alkotása (pl. arra figyelünk, aki beszél), amelyek ezt a területet támogatják.

A pedagógus és gyógypedagógus közötti együttműködés is széles skálán mozoghat a pragmatikai képességek támogatása során a formális helyzetekben. Az osztálytársak bevonását, pragmatikai szempontú személetformálását a siker érdekében érdemes a legkorábbi időszaktól elkezdni.

### *Tanórán túli társas helyzetek*

A hallássérült fiatalok informális kortárs kommunikációban való részvételéről, a pragmatikai képességek használatáról keveset tudunk (életkori sajátosság, a természetes beszédhelyzet megfigyelésének nehézségei stb.). A témával kapcsolatos kutatások új irányvonala a különböző adatközlőktől gyűjtött adatok összevetésének fontosságára hívja fel a figyelmet (Crowe & Dammeyer, 2021; Zaidman-Zait & Most, 2020; Paul et al., 2020).

A tanórán túli társas helyzetek kortárs interakciói még nagyobb kihívást jelenthetnek a nagyothalló és siket tanulók számára (Paatsch & Toe, 2020; Paul et al., 2020). Ezek kezelése a gyermek/tanuló számára egyrészt bonyolultabb, más területekkel is kapcsolatban lévő képességrendszer feltételez (Paul et al., 2020; Crowe & Dammeyer, 2021), másrészt az egyéni fejlesztési terv többnyire az iskolai készségekre fókuszál. A szakirodalmi adatok (Church et al., 2017; Ibertsson et al., 2009; Paatsch & Toe, 2013; Zaidman-Zait & Most, 2020; Paatsch & Toe, 2020; Paul et al., 2020; Crowe & Dammeyer, 2021) és a gyakorlati tapasztalatok (többszemélyes társalgások, illetve témaváltások követése, témakezdeményezés stb.) is alátámasztják, hogy ezekre a helyzetekre sokkal tudatosabban kell készülnünk a gyógypedagógiai-pedagógiai munka során. Az iskolás évek elejétől érdemes felhívni a családok figyelmét is az informális szabad társalgások jelentőségére, minél változatosabb kontrollált gyakorlási helyzetet nyújtva a hallássérült gyermeknek (Paatsch & Toe, 2020; Paul et al., 2020; Crowe & Dammeyer, 2021). Ezekben a beszédhelyzetekben érdemes azonnal visszacsatolást adni, alternatívát kínálni, a halló és a hallássérült tanulóknak egyaránt (Crowe & Dammeyer, 2021). Szükség esetén a nehézséget jelentő szituáció és pragmatikai képesség a gyógypedagógiai foglalkozás keretében is elemezhető, támogatható.

## KÖVETKEZTETÉSEK

A hallássérült gyermekek és tanulók pragmatikai nehézségei egészen a felnőttkorig fennállhatnak és többnyire még utána is tapasztalhatók (Paul et al., 2020; Matthews, 2014, id. Crowe & Dammayer; 2021). Ez érintheti a személyes kapcsolatokat és a munkahelyi boldogulást is (Szarkowski et al., 2020; Paul et al., 2020). Az auditív-verbális koncepció módszertanából adódóan alkalmas lehet a pragmatikai képesség, azon belül is a társalgási képesség fejlesztésére. Ehhez azonban szükséges a szabad társalgási helyzetek tudatos kiaknázása, egészen a legkorábbi időszaktól kezdve. Fontos a nyelv holisztikus fejlesztése (Zaidman-Zait & Most, 2020; Crowe & Dammayer, 2021) során a széleskörű teammunka (Kullmann, 2015; Báder et al., 2021), a tanuló, a család, a pedagógus és a kortársak részvétele és bevonása (Paatsch & Toe, 2020; Szarkowski et al., 2020; Paul et al., 2020).

Ahhoz, hogy az auditív-verbális terápiát tudatosan alkalmazhassuk a pragmatikai képességek fejlesztésére, szükséges feltárni az egyes hallássérült tanulók képességeinek szintjét, összevetve egyrészt a halló kortársak teljesítményével, másrészt az önmagukhoz mért fejlődés követésével. A következőkben a kutatások fókuszában a hazai vizsgálóeljárások adaptálása (Crowe & Dammayer, 2022; Paul et al., 2020), a beavatkozási keretrendszer (Paatsch & Toe, 2021) hazai viszonyaltban való értelmezése, és hatásvizsgálatok elvégzése állnak.

## Limitációk

- A módszer sajátosságaiból adódóan korlátokkal (egyéni szempontrendszer a szakirodalom kiválasztása során, logikai rendezőelv) rendelkezik.
- Jelen áttekintés a populáció sokszínűségére nem reflektál.
- Jelenleg kevés elérhető kutatás áll rendelkezésre a témában.
- A feldolgozott tanulmányok kutatási designjai jelentősen eltérhetnek egymástól.
- Viszonylag új kutatási terület, ezért a beavatkozással kapcsolatos hatásokról keveset tudunk.

## IRODALOMJEGYZÉK

- Báder M., Lukács Sz., & Perlusz A. (2022). How can special teachers aid successful kindergarten inclusion? Good practices in a district of Budapest. In Márkus, É., Trentinné Benkő, É., Árvai, V. & Svarka, B. (Eds.), *Languages, Inclusion, Cultures and Pedagogy? Research and Good Practices. Volume 2.* (pp. 10–23). ELTE, Faculty of Primary and Preschool Education. <https://doi.org/10.31074/gyntf.2022.3.10.22>
- Bodorné Németh T., & Perlusz A. (2012). Csökkenés és/vagy növekedés? A hallássérült gyermekeket ellátó intézményekben zajló változások nyomonkövetéses vizsgálata. In Perlusz A. (szerk.), *„...Aki olvassa, értse meg...” Csányi Yvonne köszöntése* (pp. 106–116). ELTE BGGYK.
- Ching, T. Y. C., Dillon, H., Leigh, G., & Cupples, L. (2018). Learning from the longitudinal outcomes of children with hearing impairment (LOCHI) study: Summary of 5-year findings and implications.

- Ching, T. Y. C., Cupples, L., Leigh, G., Hou, S., & Wong, A. (2021). Predicting Quality of Life and Behavior and Emotion from Functional Auditory and Pragmatic Language Abilities in 9-Year-Old Deaf and Hard-of-Hearing Children. *Journal of Clinical Medicine*, 10(22), 5357. <https://doi.org/10.3390/jcm10225357>
- Church, A., Paatsch, L. E., & Toe, D. M. (2017). Some trouble with repair: Conversations between children with cochlear implants and hearing peers. *Discourse Studies*, 19(1), 49–68. <https://doi.org/10.1177/1461445616683592>
- Clark, M. (2006). *A Practical Guide to Quality Interaction with Children who Have a Hearing Loss*. Plural Publishing, Inc.
- Connor, C.M. (2006). Examining the communication skills of a young cochlear implant pioneer. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 11(4), 449–460 <https://doi.org/10.1093/deafed/enl001>
- Crowe, K., & Dammayer, J. (2021). A Review of the Conversational Pragmatic Skills of Children With Cochlear Implants. *The Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 26(2), 171–186. <https://doi.org/10.1093/deafed/enab001>
- Csányi Y. (1990). *Hallás-beszéd nevelés*. Tankönyvkiadó, Budapest.
- Dammeyer, J. (2018). Mental health and psychosocial well-being in deaf and hard-of-hearing students. In Knoors, H., & Marschark, M. (Eds.), *Evidence-based practices in deaf education* (pp. 477–494). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oso/9780190880545.003.0021>
- Diller, G. (2005). A korai fejlesztés módszertani-didaktikus kérdései. In Csányi Y. (szerk.), *A hallássérült gyermekek korai fejlesztése* (javított második kiadás, pp. 287–304). Bárcki Gusztáv Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskola, Budapest.
- Green, B. N., Johnson, C. D., & Adams, A. (2006.) Writing narrative literature reviews for peer-reviewed journals: secrets of the trade. *J Chiropr Med*, 5(3), 101–117. [https://doi.org/10.1016/S0899-3467\(07\)60142-6](https://doi.org/10.1016/S0899-3467(07)60142-6)
- Hámori Á. (2022). Hogyan beszélgetnek a gyerekek? A társalgási készségek 5–7 éves kor között. *Gyermeknevelés Tudományos Folyóirat*, 10(1), 39–62. <https://doi.org/10.31074/gyntf.2022.1.39.62>
- Ibertsson, T., Hansson, K., Mäki-Torkko, E., Willstedt-Svensson, U., & Sahlén, B. (2009). Deaf teenagers with cochlear implants in conversation with hearing peers. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 44(3), 319–337. <https://doi.org/10.1080/13682820802052067>
- Kagan, S., & Kagan, M. (2009). *Kagan kooperatív tanulás*. Önkonet Szolgáltató és Tanácsadó Kft., Budapest.
- Kullmann L. (2015). A teamunkára felkészítés lehetőségei a gyógypedagógus-képzésben. *Gyógypedagógiai Szemle*, 43(3), 178–192. Letöltés helye: [https://epa.oszk.hu/03000/03047/00069/pdf/EPA03047\\_gyosze\\_2015\\_3\\_178-192.pdf](https://epa.oszk.hu/03000/03047/00069/pdf/EPA03047_gyosze_2015_3_178-192.pdf) Letöltés ideje: 2022.12.16.
- Moeller, M. P., Carr, G., Seaver, L., Stredler-Brown, A., & Holzinger, D. (2013). Best practices in family-centered early intervention for children who are deaf or hard of hearing: An international consensus statement. *The Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 18(4), 429–445. <https://doi.org/10.1093/deafed/ent034>
- Most, T., Shina-August, E., & Meilijson, S. (2010). Pragmatic abilities of children with hearing loss using cochlear implants or hearing aids compared to hearing children. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 15(4), 422–437. <https://doi.org/10.1093/deafed/enq032>

- Niparko, J. K., Tobey, E. A., Thal, D. J., Eisenberg, L. S., Wang, N.-Y., Quittner, A. L., & Fink, N. E. (2010). Spoken language development in children following cochlear implantation. *Journal of the American Medical Association*, 303(15), 1498–1506. <https://doi.org/10.1001/jama.2010.451>
- Paatsch, L. E., & Toe, D. M. (2013). The conversational skills of school-aged children with cochlear implants. *Cochlear Implants International*, 14(2), 67–79. <https://doi.org/10.1179/1754762812Y.0000000002>
- Paatsch, L. E., Toe, D. M., & Church, A. (2017). Hearing loss and cochlear implantation. In Cummings, L. (Ed.), *Research in Clinical Pragmatics* (pp. 411–439). Springer International. [https://doi.org/10.1007/978-3-319-47489-2\\_16](https://doi.org/10.1007/978-3-319-47489-2_16)
- Paatsch, L. E., & Toe, D. M. (2020). The Impact of Pragmatic Delays for Deaf and Hard of Hearing Students in Mainstream Classrooms. *Pediatrics*, 146(Suppl 3), 292–297. <https://doi.org/10.1542/peds.2020-0242I>
- Paul, R., Paatsch, L., Caselli, N., Garberoglio, C. L., Goldin-Meadow, S., & Lederberg, A. (2020). Current research in pragmatic language use among deaf and hard of hearing children. *Pediatrics*, 146(Suppl 3), 237–245. <https://doi.org/10.1542/peds.2020-0242C>
- Pollack D. (2005). Az akupédiai (hallásnevelésen alapuló) irányzat. In Csányi Y. (szerk.), *A hallássérült gyermekek korai fejlesztése* (javított második kiadás, pp. 158–177). Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskola.
- Simsler, J. (2005). Auditív verbális fejlesztés: csecsemők és kisgyermek. In Csányi Y. (szerk.), *A hallássérült gyermekek korai fejlesztése* (javított második kiadás, pp. 206–222). Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskola, Budapest.
- Socher, M., Lyxell, B., Ellis, R., Gärskog, M., Hedström, I., & Wass, M. (2019). Pragmatic language skills: A comparison of children with cochlear implants and children without hearing loss. *Frontiers in Psychology*, 10, 2243. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.02243>
- Szarkowski, A., Young, A., Matthews, D., & Meinzen-Derr, J. (2020). Pragmatics development in deaf and hard of hearing children: A call to action. *Pediatrics*, 146(Suppl 3), 310–315. <https://doi.org/10.1542/peds.2020-0242I>
- Toe, D. M., & Paatsch, L. E. (2013). The conversational skills of school-aged children with cochlear implants. *Cochlear Implants International*, 14(2), 67–79. <https://doi.org/10.1179/1754762812Y.0000000002>
- Toe, D. M., Rinaldi, P., Caselli, M. C., Paatsch, L. E., & Church, A. (2016). The development of pragmatic skills in children and young people who are deaf and hard of hearing. In Marschark, M., Lampropoulou, V., & Skordilis, E. K. (Eds.), *Diversity in deaf education* (pp. 247–269). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780190493073.003.0009>
- Toe, D. M., Paatsch, L. E., & Szarkowski, A. (2020). It is more than language: The role of cognition in the pragmatic skills of children who are deaf and hard of hearing. In Marschark, M., & Knoors, H. (Eds.), *Oxford Handbook of Deaf Studies in Cognition and Learning* (pp. 81–98). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780190054045.013.1>
- Yoshinaga-Itano, C., Sedey, A. L., Mason, C. A., Wiggin, M., & Chung, W. (2020). Early intervention, parent talk, and pragmatic language in children with hearing loss. *Pediatrics*, 146(Suppl 3), 270–277. <https://doi.org/10.1542/peds.2020-0242F>
- Zaidman-Zait, A., & Most, T. (2018). Assessment of pragmatic abilities in deaf and hard-of-hearing learners in relation to social skills. In Knoors, H., & Marschark, M. (Eds.), *Evidence-Based Practices in Deaf Education* (pp. 495–520). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oso/9780190880545.003.0022>
- Zaidman-Zait, A., Most, T. (2020). Pragmatics and Peer Relationships Among Deaf, Hard of Hearing, and Hearing Adolescents. *Pediatrics*, 146(Suppl 3), 298-303. <https://doi.org/10.1542/peds.2020-0242J>

## Elektronikus hivatkozások

Beszélgetés dr. Csányi Yvonne professzorasszonnyal. (2017).

<https://www.youtube.com/watch?v=R33hRryhhQQ&t=1406s> Letöltés ideje: 2022. 12. 16.

Az Emberi Erőforrások Minisztériuma szakmai irányelve a 0–18 éves korú gyermekek teljes körű, életkorhoz kötött hallásszűréséről és a kiszűrt gyermekek gondozásba, rehabilitációba vételéről (2015. EüK 9. szám EMMI szakmai irányelv)

[https://www.hbcs.hu/uploads/jogszabaly/2203/fajlok/0\\_18\\_eves\\_koru\\_gyermekek.pdf](https://www.hbcs.hu/uploads/jogszabaly/2203/fajlok/0_18_eves_koru_gyermekek.pdf) Letöltés ideje: 2022. 12. 16.

# Opportunities for the development of pragmatic skills of hearing-impaired children and students in inclusion

---

## ABSTRACT

*Background and aims:* Hearing impaired children and students may experience difficulties in pragmatic language use (Yoshinaga-Itano et al., 2020; Paul et al., 2020; Paasch & Toe, 2020; Zaidman-Zait & Most, 2020). Challenges with pragmatic skills can often persist into adulthood (Matthews, 2014, as cited in Crowe & Dammayer, 2021), affecting the individual's effective social inclusion (Paul et al., 2020; Paatsch & Toe, 2020; Szarkowski et al., 2020). Based on trends in international research on the pragmatic development of children and students with hearing impairment, a conversational framework (Paatsch & Toe, 2020) has been formulated, which may provide an opportunity for holistic language development (Paul et al., Crowe & Dammayer, 2020; Szarkowski et al., 2020) in inclusive education<sup>8</sup>. This article intends to emphasize the national potential of this intervention by considering the conversational model (Paatsch & Toe, 2020).

*Method:* This narrative review expands on a brief summary of international efforts and compares the methodology of (natural) auditory-verbal therapy with the conversational framework for the development of pragmatic skills recommendations (Paatsch & Toe, 2020).

*Conclusion:* The (natural) auditory-verbal concept for hearing-impaired children used in Hungary may be appropriate for the conscious development of pragmatic competence in formal and informal interactions in collaboration with mainstream teachers and peers.

**Keywords:** pragmatical skills, natural auditory-verbal therapy, inclusion

---

---

<sup>8</sup> In the Hungarian language, co-education and inclusion are not synonymous with each other, but at the same time, accepting that the English literature prefers the terms inclusion/inclusive education, we use it that way in the English title and abstract.

# Hangos zenehallgatás okozta zajártalom és füldugóhasználati hajlandóság a fiatalok körében Magyarországon

SÓS ILKA

[sos.ilka@barczi.elte.hu](mailto:sos.ilka@barczi.elte.hu)

---

## ABSZTRAKT

*Háttér és célok:* Az Egészségügyi Világszervezet és más kutatók 1,1-1,35 milliárd főre becsülik azon fiatalok számát a világon, akik nem biztonságos zenehallgatási szokásaik miatt ki vannak téve a halláscsökkenés veszélyének (Krug et al., 2015a; Dillard et al., 2022).

*Módszer:* 15-30 éves magyar fiatalok körében online kérdőíves felmérést végeztem, melynek zárt és nyitott kérdései, értékelőskálái zenehallgatási szokásaikra, hallásvédelemmel kapcsolatos ismereteikre és attitűdjükre irányultak.

*Eredmények:* A 335 fős felmérésből kiderül, hogy a megkérdezettek a fiatalokra leselkedő veszélyek közül a halláskárosodást nem érzékelik valódi veszélyforrásnak, annak ellenére, hogy 42%-uknak volt már zajártalomra jellemző tünete. Többnyire elfogadhatónak tartják, ha mások füldugót hordanak hangos zenei eseményen, de csak 9-10%-uk használt, vagy tervez használni füldugót olyan zenei helyszíneken, ahol nagymértékben ki vannak téve az egészségügyi határértéknél jóval nagyobb hangerő károsító hatásának. A vizsgálat eredményei arra mutatnak rá, hogy a fiatalok ismeretei hiányosak (pl. az átmenetinek tűnő tünetek hosszútávú hatásairól, a füldugó szerepéről és beszerzési lehetőségeiről), és a válaszadóknak csupán egynegyede találkozott konkrét füldugóajánlással.

*Következtetések:* Annak érdekében, hogy hazánkban jobban elterjedjen a tudatos hallásvédelem, mind a primer, mind a szekunder prevenció szinten – széles körű együttműködésben – lépéseket szükséges tenni. Az ismeretterjesztésnek már igen kis kortól jelen kell lennie a köznevelési intézményekben, az egészségügyi hálózatban (a fiatalok által referenciaszemélyeknek tekintett orvosos és védőnők részéről), a célcsoporthoz illeszkedő médiában, valamint az esetleges állapotromlás megelőzésére szükséges lenne kiterjeszteni a hallásszűrést a 18 éven felüliekre is.

**Kulcsszavak:** zajártalom, zene, füldugóhasználat, hallássérülés, küszöbemelódás, tinnitus

DOI: [10.52092/gyosze.2023.1.4](https://doi.org/10.52092/gyosze.2023.1.4)

---

## HÁTTÉR ÉS CÉLOK

Az Egészségügyi Világszervezet egy 2015-ös összefoglalóban 1,1 milliárd főre becsüli azon fiatalok számát a világon, akik nem biztonságos zenehallgatási szokásaik miatt ki vannak téve a halláscsökkenés veszélyének. A közepes és magas jövedelmű országokban a 12-35 éves tinédzserek és fiatal felnőttek közel fele sorolható ide, akiknek 40%-a hallást kifejezetten károsító hangerősségű helyeken is megfordul (Krug et al., 2015a). Egy 2022-es becslés, mely 2021-ig 33 nemzetközi publikáció metaelemzését tartalmazza, még magasabb számokra utal: a 12-34 éves fiatalok hangos zenének való kitéttőségét jelző prevalenciaérték személyes audioeszközökön 23,81%, hangos szórakozóhelyen 48,20%, így világszerte akár 1,35 milliárdra is tehető a hangos zenehallgatási szokások miatt veszélyeztetett fiatalok száma (Dillard et al., 2022). A hangos zenehallgatás elterjedését erősítő okostelefonok és egyéb személyes audioeszközök egyre magasabb számáról, valamint a káros

hangerősségű helyek látogatásáról beszámoló adatok azt mutatják, hogy a rekreációs, azon belül a hangos zenével összefüggő zajártalom valós fenyegetést jelent (Krug et al., 2015a).

Egyes magyarországi kutatások (Balázs & Götze, 1976) már viszonylag korán elkezdtek foglalkozni a hangos zenehallgatás okozta ártalmakkal (zenészek és diszkóba járók körében végeztek audiológiai méréseket), valamint a 2000-es években születtek hordozható zenelejátszók használatával kapcsolatos vizsgálatok (Wersényi, 2009; Révész & Gerlinger, 2011), amelyek szintén felhívták a figyelmet a témára. Ám kérdés, hogy napjainkban a magyarországi fiatalokhoz eljut-e kellő mennyiségű és számukra is „fogyasztható” információ a lehetséges veszélyekről, és működik-e a szemléletformálás, ami oda vezet, hogy a fiatalok tudatosabbak legyenek hallásuk védelmében. A „fiatalok és a hallásvédelem” kérdése számos oldalról megközelíthető, azonban jelen tanulmányban nem kívánok teljeskörűen foglalkozni ezzel az igen komplex témával.

Vizsgálatom fókuszában az áll, hogy a magyarországi 15-30 éves fiatalok (tehát a leginkább zenét hallgató, szórakozóhelyekre járó, kockázati magatartást mutató serdülőkorúak és a kibontakozó felnőttkorban lévők) hogyan viszonyulnak a primer prevenció egyik lehetőségéhez, a füldugó használatához koncerteken, fesztiválokon, egyéb olyan helyszíneken, ahol szabad hangtérben vannak kitéve erős hanghatásnak. Előzetes tájékozódásom során nem találtam olyan tudományos kutatást, ami Magyarországon vizsgálta a fiatalok hajlandóságát a hallásvédelemre a hangos szórakozóhelyeken, helyszíneken, így kérdőíves kutatásom újszerűnek tekinthető a területen.

Arra kerestem a választ, hogy a fiatalok gondolkodásában hol helyezkedik el az esetleges halláskárosodástól való félelem és a tudatos hallásvédelem; milyen körülményekben a füldugóviselési hajlandóság, illetve milyen okokkal hártják el azt; valamint milyen eszközökkel lehet hatást gyakorolni arra, hogy a kipróbálás és használat tekintetében pozitív hozzáállást tanúsítsanak.

## Zajártalom

### *A zaj hatása az emberre*

Az embereket érő zajterhelések különböző forrásokból származhatnak; Hochenburger (2003) nyomán ezek a következő kategóriákba sorolhatók: *foglalkozás, munkahely* (üzemi zaj, gépek, eszközök, berendezések, munkatársak által keltett zajok, a szórakoztatóiparban dolgozók számára a zene); *közlekedés* (forgalom, sebességhatár átlépése, útburkolati hibák, nem megfelelően rögzített szállítmány); *lakókörnyezet* (háztartási, kerti és barkácsgépek, épületgépészeti zajok [pl. vizesblokkok, liftek], zajosabb családi élet, állatok hangjai); *rekreáció* (személyes audioeszközök, szórakozóhelyek [diszkók, éttermek, bárók, koncertek], hangos játékok, fitnesstermek<sup>1</sup>, sportlövészet).

A zaj *fizikai értelemben* időben, magasságban és erősségben hangok rendszertelen keveréke, *biológiailag* pedig zajnak tekinthető minden olyan hangjelenség, ami kellemetlen vagy zavaró, és aminek különböző hatásai vannak az emberre. Az, hogy egy zaj milyen mértékben „zavaró”, erősen szubjektív; függ többek között a zajforráshoz való viszonytól (a zajkeltő vagy a zajt elviselni kénytelen személy motivációjától, ld. fűnyírás, diszkó), a végzett tevékenység kognitív kapacitást

---

<sup>1</sup> A „fitnesstermek” nem szerepelt az eredeti felsorolásban, de számos saját tapasztalat alapján és a később tárgyalt prevenció szempontjából is fontosnak tartom a rekreációs zajok között megemlíteni.



igénylő jellegétől (pl. tanulás közbeni háttérzaj). Általánosságban elmondható, hogy a 30-65 dBA<sup>2</sup> erősségű zajnak a beszédmegértést, koncentrációt, pihenést befolyásoló *pszichés* hatása van, a 65-85 dBA erősségű zajnak *vegetatív* hatásai vannak (többek között pl. megemelkedett szívverés, magas vérnyomás, légzés- és anyagcsereváltozás, emésztőrendszeri funkciózavar, motoros nyugtalanság, balesetveszély), 85 dBA fölött pedig a zaj stresszhatásként érvényesül, belsőfül *szőrsejt-károsodást* okozhat<sup>3</sup>. Azonban fontos kiemelni, hogy egy adott egyénre nem adható meg biztos ok-okozati összefüggés, illetve a károsodás mértéke is csak statisztikai valószínűséggel jelezhető előre. A zaj biológiai hatása, valamint a lehetséges halláscsökkenés mértéke sok körülménytől függ: befolyásolja a napi zajterhelés szintje és ideje, a zaj jellege, váratlansága, stresszhatása, a zajos periódusok közötti csendesebb időszakok, amik regenerálódásra adnak lehetőséget, a megszokás, zavarás, pszichés állapot, az egyén szervezetének egyedi reakciói, az életkor, az esetleges alapbetegségek, a szedett gyógyszerek és a táplálkozás, valamint a már korábban esetlegesen kialakult halláscsökkenés (Hochenbuger, 2003).

### *A zaj hatása a hallószervre*

A *stapedius (kengyel) reflexnek*, mely túl erős (80-85 dB-es) hangbehatás esetén reflexesen védi a belső fület, hosszú a latenciaideje, ezért *hirtelen* eseményeknél (pl. váratlanul megszólaló, nagy hangerejű zene esetén) nem véd. Ám ha van lehetőség felkészülni az intenzívebb hangra, akkor az izom kontrakciója már a hangadás előtt megkezdődik (Fonyó, 2011). A stapedius reflex az impulzusjellegű zajoknál (pl. erős dobütések esetén) minden zajcsúcsonál kiváltódik, de ha nagyon sűrűn követik egymást az impulzusok, akkor az izomnak nincs ideje a teljes elernyedésre, nem tér vissza az alapállapotba. A reflex csak kb. 0,1 másodperces késéssel lép fel, ezért az impulzus zajoknál a zajcsúcson eleje még védelem nélkül jut a csigába, károsító hatása igen nagy (Hochenbuger, 2003). Fontos jellemzője a reflexnek, illetve az izomnak, a kifáradás: ép viszonyok mellett 10 másodperc után 2000 és 4000 Hz-es frekvenciákon is reflexfáradás tapasztalható, tehát csökken a reflex védőfunkciója (Répássy, 2011). (Ha tehát a zenehallgatás során a hangosabb és lágyabb részek váltakoznak, akkor az kevésbé megterhelő.)

Hirtelen, nagyerejű hangbehatásra (pl. puskalövés, kamion durrdefektje) *akusztikus zajtrauma* következhet be. Ilyen esetben a szőrsejtek a túlzott mechanikai hatás eredményeként károsodnak, és akár egyetlen esemény alkalmas arra, hogy tartós halláskárosodást okozzon. Ha az egyszeri, nagy erősségű zajbehatás légnyomásváltozással is párosul (pl. robbanás, fülön csapás), akkor a kombinált hatás egyszerre károsíthatja a középfület és a belső fület. Ez a *dőrejáratalom*. Hirtelen erős hangbehatás akár *dobhártyaszakadással* is járhat. A heveny zajártalom a fej árnyékoló hatásának

---

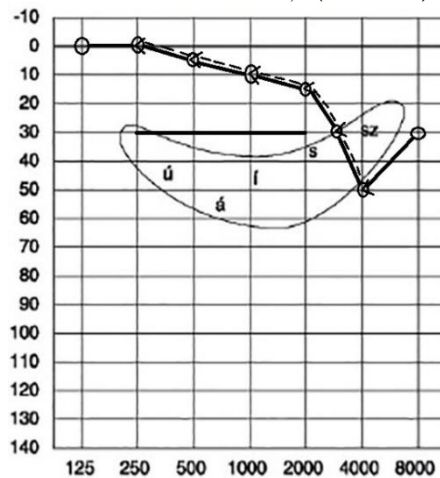
<sup>2</sup> A dB (decibel) relatív mennyiség, két teljesítményérték kapcsolatát fejezi ki. A hallásküszöb 0 dB, a tízszer nagyobb teljesítményű hang 10 dB, a százszor nagyobb 20 dB, az ezerszer nagyobb 30 dB. A dBA (az ún. A-súlyozott hangnyomás szint) egy súlyozott frekvenciaskálán mért hangnyomásszint, ahol a súlyozás hozzávetőlegesen tükrözi a fül érzékenységét, ennél fogva a hangok emberi fülre gyakorolt hatását adja meg (Volanthen & Arndt, 2008). A szakirodalomban mind a dB, mind a dBA elterjedt; jelen tanulmányban mindig a forrásokhoz igazodva használok a két mértékegységet.

<sup>3</sup> Példák: hűtőszekrény morajlása 40 dB, porszívó 75 dB, erős városi fogalom autóban 85 dB, motorkerékpár 95 dB, sziréna 120 dB (Krug et al., 2015a, p. 7).

köszönhetően rendszerint egyoldali (Hochenburger, 2003; Foglalkozás-orvostani Szakmai Kollégium, 2008).

Az akusztikus traumától meg kell különböztetni a zajártalomnak azt a formáját, amikor a zajnak való kitettség (pl. egy hangos koncert) ideiglenes hallásvesztéshez vezet. Ez az ún. *ideiglenes hallásküszöb-eltolódás* (temporary threshold shift, TTS), ami rendszerint átmeneti fülzúgással, fülszűréssel jár együtt (*tinnitus*). A hallás általában néhány órán belül, vagy egy nap alatt helyreáll. A rendszeres vagy hosszan tartó zajhatás fokozatos, visszafordíthatatlan károkat okozhat a szőrsejtekben és más struktúrákban: *állandó küszöb-eltolódást* (permanent threshold shift, PTS), jellemzően kétoldali maradandó hallásvesztést eredményezhet, ami szintén párosulhat tinnitusszal. (A fülzúgás lehet krónikus, tehát több hónapig vagy évekig is fennállhat, állandósulhat, de zajártalom esetén ez ritkább.) (Krug et al., 2015a). A tünetek közé tartozhat a *recruitment*, vagyis a kóros hangosságfokozódás is, ami a beszédmegértés zavarában nyilvánul meg (Foglalkozás-orvostani Szakmai Kollégium, 2008).

A Békésy-elvből<sup>4</sup>, a csiga elhelyezkedéséből<sup>5</sup>, valamint a stapédius reflex 2000 és 4000 Hz-en történő fáradásából adódóan nem véletlen, hogy a zajártalom először a 4000 Hz-nek megfelelő frekvencián kezdődik, ott a legkifejezettebb (ún. *zajcsipke* az audiogramon). A zajártalom alig észrevehetően, gyakorlatilag tünetmentesen kezdődik, tekintve, hogy először a magas frekvenciák meghallása csökken, ami a beszédhallást kevésbé zavarja (ld. 1. ábra).

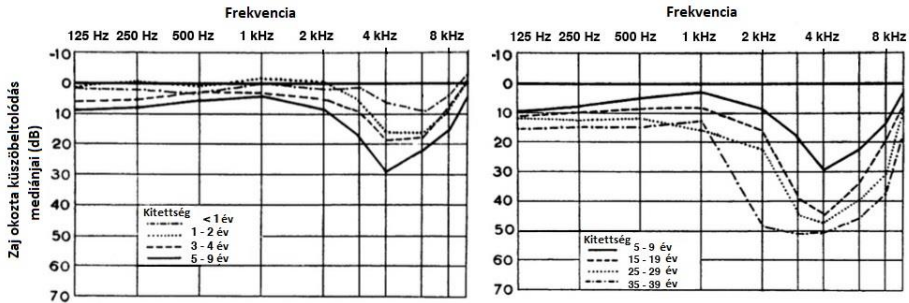


1. ábra. Zajcsipke a „beszédbanán” (beszédfrekvenciák) tükrében (Pytel, 1996, p. 116. és Ép Hallásért Alapítvány, id. Auditus Halláspontok, d.n., o.n alapján szerkesztve).

<sup>4</sup> Békésy-elv: a mély (alacsony rezgésszámú) hangok a csiga csúcsánál, a magas (nagy frekvenciájú) hangok a csiga bázisa közelében lévő érzékszerveket ingerlik leginkább (Szentágothai & Réthelyi, 2006).

<sup>5</sup> A csiga basisa van közelebb a külvilághoz, ahonnan a hangingerek érkeznek.

Ha a zajexpozíció továbbra is fennáll, a zajártalom fokozódik, a halláscsökkenés más frekvenciákon is kimutatható (Ribári, 1979). Az audiogramon a kezdeti zajcsipke több frekvenciára kiterjedő, „zajkú” formájú lesz (ld. 2. ábra).



2. ábra. A zajártalom kialakulását és progresszióját bemutató audiogramok női jutaszövőknel (34 fő), akik 1-40 éven keresztül átlagosan 100 dB zajszintnek voltak kitéve, hallásvédelem nélkül. (Taylor et al., 1965, id. Truax, 2020, o.n.).

Az ideiglenes küszöbemelődés jó előjelzője a visszafordíthatatlan hallásvesztés korai kialakulásának, ugyanakkor a rosszabbodás megállítható, ha elkerüljük a további zajnak való kitétséget. A progresszió megelőzésére léteznek terápiák és gyógyszeres kezelések, amik hatásosnak bizonyulnak, de a szőrsejtek károsodása irreverzibilis. A közeljövőben várható, hogy a megelőzés terén is elérhetővé válik gyógyszeres kezelés, illetve gén- és őssejtterápiára összpontosító kutatások is zajlanak a témában (Krug et al., 2015a).

A *presbycusis* a 60-65 éves vagy idősebb személyek körében gyakori ún. időskori hallásromlás, ami progresszív és szintén visszafordíthatatlan. A zaj hatása az élet során összedődik, és felgyorsíthatja a hallás romlását az életkor előrehaladtával, még az expozíció megszűnése után is. A belső fület érő korai zajhatás pedig érzékenyebbé teheti a fület az öregedés hatásaira (Krug et al., 2015a).

## Hallásvédelem

Az egészségnevelés folyamata a prevenció különböző szintjein nyilvánul meg. A primer prevenció a károsító tényezővel való találkozást előzi meg, célja, hogy csökkenjen az új esetek (esetünkben a zajártalom, tinnitus stb.) előfordulási aránya (Holczinger, 2010). Ide sorolható az ismeretterjesztés és nevelés, a biztonságos zajterhelésre vonatkozó ajánlások, az előírások (vagyis a törvényi szabályozás) és az egyéni zajvédelem. Az egyéni zajvédő eszközök tárháza széles; hangos szórakozóhelyen alkalmazhatók: zajvédő (nem közönséges) vatta, szivacszerű zajvédők, különböző anyagú egyéb zajvédő dugók, egyéni lenyomat alapján készült dugók, speciális szűrővel ellátott zajvédő dugók (Hochenburger, 2010).

A többek között a kockázati csoportokra és a korai stádiumban lévő betegekre irányuló szekunder prevenció arra próbál hatékony megoldást adni, amikor még nem rögzült az állapot (Holczinger, 2010). Ezen a szinten a rendszeres hallásvizetésnek van kiemelt jelentősége, azt megelőzendő, hogy a károsodás egyre több frekvenciát érintsen.

## A serdülőkorúak és a kibontakozó felnőttkorban lévők kockázati magatartása

Erikson (id. Carver & Scheier, 2006) szerint a serdülőkor szakítást jelent a múlttal, hiszen nemcsak a test nyer új formát, de a serdülő tudatosan kezd gondolkodni önmagáról és arról, hogy miképpen kapcsolódjon a felnőttek világához. Ehhez a válaszhoz az identitáskeresés vezet.

Gyakran emlegetett jellemzője a serdülőeknek a kockázati magatartás (pl. gyakori szexuális partnerváltás, túlzott alkoholfogyasztás és egyéb szerhasználat, antiszociális viselkedés), melyet a különböző szerzők különböző tényezőkre vezetnek vissza. Arnett (1999, id. Cole & Cole, 2006) szerint az élménykeresés áll a háttérben, Zuckerman (1990, id. Cole & Cole, 2006) kutatása biológiai alapokra, valamint az egyes társadalmakban a jelenséget ellensúlyozni képes felnőttekkel töltött idő különbözőségére utal, Lightfoot (1997, id. Cole & Cole, 2006) pedig természetesnek, a normális fejlődés feltételének tekinti azt.

Az identitáskeresési folyamat serdülőkorban indul, de Arnett (2000) szerint 18-25 éves korban, az ún. *kibontakozó felnőttkorban* zajlik leginkább. Ebben a szubjektíve is átmenetinek megélt időszakban a fiatalok *már* nincsenek függő helyzetben, mint a gyermekek és a serdülők, de *még* nem vállalják a hosszú távú felnőtt szerepeket, a tartós felelősséget. Az élet számos területén dinamikusan kísérleteznek, útkeresők a párkapcsolatokban, a munkában és világnézeteik tekintetében. A kockázati magatartás is itt éri el csúcát, mely arra a vágyra vezethető vissza, hogy még számos dolgot ki szeretnének próbálni, mielőtt elmerülnek a felnőtt élet szerepeiben és felelősségeiben. Mindezt szabadabban megtehetik, mint a serdülők, hiszen *már* nem állnak a szülők kontrollja alatt, és szabadabban, mint a felnőttek, hiszen *még* nem korlátozzák őket a felnőtt szerepek.

## Fiatalok zenehallgatási szokásai és a hallásvédelem a nemzetközi kutatások tükrében

Krug és munkatársai (2015) különböző kutatások méréseit összegezve azt találták, hogy a szabad hangterés, rekreációs célú zenehallgatásnál jellemzően nagy a hangerő, és összevetve az adott hangerősségű zajexpozíció napi megengedett mértékével<sup>6</sup>, azok messze meghaladják a biztonságosnak tekinthető intervallumot; a zajártalom kockázata tehát igen nagy. Vogel és munkatársai (2010) 68 holland középiskola 1512 (12-19 éves) serdülőjét vizsgálták. A veszélyes hangszintnek (>90 dBA) kitett serdülők csoportjában szignifikánsan magasabb volt a hangos zenével összefüggő halláspanaszok előfordulási gyakorisága, mint azoknál, akik nem hallgatnak ilyen hangerőn zenét. Egy 1988-1994 időszakra vonatkozó USA-beli átfogó egészségügyi felmérésből (n=5942) Niskar és munkatársai (2001) azt becsülték, hogy a vizsgált 6-19 éves korosztály 12,5%-ának (kb. 5,2 millió gyermeknek) volt zaj okozta hallásküszöb-eltolódása, legalább az egyik fülén.

---

<sup>6</sup> 80 dB-es zajszint még egész nap károsodás nélkül hallgatható, azonban 5 dB-enként növelve a hangerőt kb. harmadolódik a megengedett napi idő. Pl. 90 dB esetén 2,5 óra, 100 dB-nél már csak 15 perc. Részletesebben ld. Krug et al., 2015a, p. 8.

Az Európai Unió újfajta egészségügyi kockázatokkal foglalkozó bizottsága 2008-as tanulmányában a „szociális zajnak” kitett fiatalok számának jelentős növekedéséről számolt be, és kijelentette, hogy minden olyan zaj, ami megfelel 8 órányi 80 dB-es munkahelyi zajnak (MP3 lejátszó esetében 95 dB-es hangintenzitás mellett 15 perc, éjszakai klubban előforduló 104 dBA mellett 2 perc), beavatkozást tenne szükségessé. A bizottság azt is megállapította, hogy a szabad hangtérben elviselt zaj és a személyes audioeszközökön hallgatott zene azonos hatásúnak tekintendő (Hacki, 2014).

Reiness és munkatársai (2013) 1800 dán tinédzser MP3-hallgatási szokásait vizsgálták. A megkérdezettek meglehetősen hosszú ideig hallgatnak zenét, akár olvasás, alvás vagy számítógépezés közben; a hangos zenehallgatás motivációjaként leginkább a fizikai élvezetet és az energiát említették. A kockázatokról TV-ből, reklámokból szereznek információt, valamint ápolóktól és orvosoktól. A megelőzésben leghatékonyabb tényezőnek a megtörtént esetek, az orvosi érvek és a halláskárosodás tüneteinek megismerése látszott. Florentine és munkatársai (id. Reiness et al., 2013) egy 90 fős felmérésből megállapították, hogy a megkérdezettek 9%-a „zenealkoholistának” tekinthető, akik az alkoholistákhoz hasonló viselkedésmintát mutatnak: a hangos zenét a feszültségoldás egy módjaként alkalmazzák, ignorálják a negatív következményeket, és megvonási tüneteket is mutatnak, ha megfosztják őket a hangos zenétől.

Chung és munkatársai (2005) 9693 fős felmérést végeztek amerikai fiatalok körében hangos zenehallgatási szokásaikkal kapcsolatban. A válaszadóknak csak 8%-a tekintette nagy problémának a hallássérülést, annak ellenére, hogy többségüknek volt már halláspanasza (tinnitus vagy halláscsökkenése) hangos zenehallgatást követően: 61%-nak koncertek után, 43%-nak klubokban. Bár 39%-uknak ajánlották már, csak 14%-uk használt füldugót. Többen meggyőződhetők lennének, ha tudatában lennének az állandó hallásromlásnak (66%), vagy ha valamilyen egészségügyi szakember ajánlaná számukra a füldugó viselését (59%). 41%-uk negatív, 59%-uk pozitív vagy nem egyértelmű véleménnyel volt azokról, akik hordanak füldugót.

Kraaijenga és munkatársai (2018) egy 51 résztvevős, randomizált klinikai kísérlet másodlagos elemzésével kimutatták, hogy egy holland szabadtéri fesztiválon történő szórakozás után tapasztalt ideiglenes hallásküszöb-eltolódás mértéke együttjárást mutatott a következő tényezőkkel: füldugó nem viselése, alkoholfogyasztás és/vagy kábítószerhasználat, férfi nem. A fülvédelem nélkül szórakozó résztvevők szignifikánsan rosszabb szubjektív hallásról és tinnitusról számoltak be a fesztiválon tett látogatás után, mint azok, akik használtak füldugót. A füldugót viselők csoportjában a beszéd és a zene hangosságérzésének aránya korrelált a füldugó használatának időtartamával, tehát minél „gyakorlottabb” füldugóhasználó volt valaki, annál jobban tudta értékelni annak hasznát, például a zajban való beszéd- és dalszövegértést. A kutatók felhívták a figyelmet, hogy a tájékoztatásnak ki kell térnie nemcsak a füldugóhasználat fontosságára, hanem arra is, hogy az alkohol- és drogfogyasztás növeli az ártalom kockázatát.

Vogel és munkatársai (2012) 944 holland tanulóét érintő vizsgálatokban kimutatták, hogy a kockázatos zenehallgatás nagymértékben együtt jár a hagyományos egészségkárosító magatartással. Becsléseik szerint az MP3-hallgatók 30,4%-a, a diszkókba és pop koncertekre járók 48,1%-a lépte

át a biztonságos hangerőértéket<sup>7</sup>, a kockázatos MP3-hallgatók gyakrabban használtak cannabist, a zenés szórakozóhelyek látogatói gyakran fogyasztottak nagy mennyiségű alkoholt és éltek óvszer nélkül szexuális életet.

Ami a kockázati magatartás konzekvenciáinak figyelembevételét illeti, Widén (2015, id. Portnuff, 2016) elmélete szerint a saját tapasztalat megváltoztathatja az egyén percepcióját saját sebezhetőségéről. Ezt több kutatása is igazolja. Azok, akiknek voltak halláscsökkenési tüneteik, inkább mutattak zajjellenes attitűdöt, mint azok, akiknek nem voltak. Úgy tűnik, hogy a saját tapasztalatokon alapuló tünetek képesek előhívni a sérüléseket megelőző viselkedést is. Ezek közül a múlt tüneteket (pl. tinnitus) hajlamosabbak az emberek általában is átmenetinek tekinteni, nem pedig a hallórendszer károsodására utaló jeleknek, vagyis a sebezhetőségről alkotott kép megváltozását a zenehallgatás tartósabban érzékelhető hatása tudja kiváltani. Jelentősebb sérülést elszenvedett egyének sebezhetőbbnek tartják magukat és hajlandóbbak lépéseket tenni a megelőzés érdekében (Portnuff, 2016).

## MÓDSZER

A serdülőkorhoz és a kibontakozó felnőttkorhoz sokaknál hozzátartozik a rendszeres zenehallgatás, hangos szórakozóhelyekre járás, valamint a kockázati magatartás, ezért a kérdőíves felmérésem célcsoportját a 15-30 éves magyar fiatalok képezték. Leginkább ezt a korosztályt tartom veszélyeztetettnek, az ő szokásaikról, hallásvédelemmel kapcsolatos ismereteikről és attitűdjükről kívántam elsősorban képet kapni.

Kutatásom alapját egy csaknem 10000 fős amerikai online kutatásról szóló cikkben publikált kérdőív képezte (Chung et al., 2005), melynek felhasználására az egyik szerzőtől engedélyt kaptam. A kérdőívet mind tartalmilag, mind formailag adaptáltam a *mai* és *hazai* viszonyokhoz, és néhány, egy esetleges prevenció program tervezésénél hasznos kérdéssel kiegészítettem.

A 32 kérdésből álló kérdőív bevezető kérdéseiben különböző egészségügyi problémákról, többek között a hallás elvesztéséről kellett megállapítani, hogy azok, megítélésük szerint, mennyire érintik *általában* a fiatalokat és *konkrétan* a kitöltőt. A további kérdések a halláskárosodással kapcsolatos tájékozottságot vizsgálták, majd egy blokk a saját tapasztalatokra vonatkozott: hallásprobléma előfordulása, gyakorisága, okai.

A fülugóhasználatot több aspektusból érintették a kérdések: mások megítélése, múlt- és jelenbéli használat vagy elutasítás és annak okai, fülugóra vonatkozó ajánlások előfordulása, jövőbeli kipróbálás esélye, a kipróbálás valószínűségét növelő tényezők értékelése, beszerzési lehetőségekről való tájékozottság. Néhány kérdés a hangos zenehallgatásnak való kitettségre kérdezett rá, valamint azon számítógépes és internetezési szokásokra, amik segíthetnek beazonosítani a célcsoport által gyakran látogatott és az információterjesztés szempontjából releváns zenei és egészségügyi weboldalakat. A kérdőív a kitöltők személyére vonatkozó adatokat is gyűjtött (demográfiai adatok, szocioökonómiai státusz).

---

<sup>7</sup> Az extrém hangos zenehallgatás és szubkultúra világába a következő oldalak nyújtanak betekintést: [http://en.wikipedia.org/wiki/Loudest\\_band](http://en.wikipedia.org/wiki/Loudest_band), <http://louderthanwar.com/top-10-loudest-bands-who-is-the-high-decibel-king/>, [https://www.metalenciklopedia.hu/mufaj\\_doom](https://www.metalenciklopedia.hu/mufaj_doom).

Az eredeti kérdőívet követve a kérdéstípusok a következők voltak: egyszeres választás (alkalmanként „egyéb, éspedig” kategóriával), többszörös választás, nyitott szöveges kérdés, értékelőskála. Helyenként a válaszadásra mátrixos formában volt lehetőség. Az értékelőskálák a megszokott 5 fokozat helyett 4 fokozatúak voltak, kiküszöbölendő a középső „bizonytalan” válaszokat.

Az anonim és önkéntes kérdőívet Google Forms űrlapon, online tettem közzé<sup>8</sup>. A próbakérdésezést követő elektronikus úton való terjesztés során törekedtem a korosztályi, földrajzi és iskolai végzettségbeli változatosságra: különböző iskolatípusokból megyénkénti adatbázist hoztam létre, és e-mailben megkerestem az intézmények vezetőit; a felhívást közzétettem országos pedagógus és zenei Facebook-csoportokban, egy ismerős nagynevű zenekar és több nyári zenei fesztivál oldalán; valamint személyes kapcsolataimat használva juttattam el a kérdőívet a potenciális kitöltőkhöz.

A kb. féléves kitöltési időszakban (2019. április-szeptember) 352 válasz érkezett, melyből az adattisztítás után 335 fő került a mintába: 138 férfi és 197 nő. A kitöltők átlagéletkora<sup>9</sup> 19,7 év, módusza 16 év (a mintának kb. egyötöde 16 éves). A minta mediánja 18 év, vagyis az életszakaszokat tekintve éppen fele-fele arányban találhatók benne 15-18 éves serdülőkorúak (168 fő) és 19-30 éves kibontakozó felnőttkorba sorolható fiatalok (167 fő). Bár sok a budapesti (41%) és az átlagos jövedelmi helyzetű (42%) kitöltő, a mintában vegyesen jelennek meg különböző típusú lakóhelyen és különböző anyagi körülmények között élő fiatalok. A válaszadók 87%-a (292 fő) tanul valamilyen intézményben, 13% (43 fő) nem tanul. A tanulók közül 269 fő elsődlegesen diák, 23 fő elsődlegesen dolgozik vagy GYED-en van vagy háztartásbeli, és mellette tanul. A magyar oktatási rendszerben a szakgimnáziumnál (régii nevén szakközépiskolánál) alacsonyabb szintű iskolatípus jelentősen alulreprezentált (12 fő, 4%), és csak 1 fő van rajtuk kívül, aki nem jár iskolába és 8 általános végzettségű.

Az adatfeldolgozás és kódolás során a 335 adatsort tartalmazó táblázatban a szöveges válaszokat kategóriákba rendeztem. Ezeket, valamint más kérdésekre adott válaszokat a könnyebb feldolgozhatóság érdekében sok helyen igen-nem típusú változókká alakítottam.

## EREDMÉNYEK

### Fiatalokat érintő potenciális veszélyek megítélése

A kitöltők egy 4 fokozatú skálán minden, a fiatalokat potenciálisan érintő problémát (Depresszió, Drog vagy alkohol, Cigaretta, dohányzás, Táplálkozás és testsúllyal kapcsolatos problémák, Szexualitással kapcsolatos problémák és szexuális úton terjedő betegségek, Hallás elvesztése vagy halláskárosodás, Akné/Pattanásos bőr, Sportsérülések) *általánosságban* súlyosabbra értékelték, mint azokat konkrétan *magukra nézve*, vagyis vagy olyanok kerültek a mintába, akik kevésbé érintettek, vagy nem érzik magukat annyira érintettnek. Ez utóbbi távolítási tendencia valószínűleg a fiatalok

---

<sup>8</sup> A kérdőív PDF formátumban az alábbi linken megtekinthető:  
<https://drive.google.com/file/d/1LjT39i9R5Bz07n3n9qMDNdLr3pB7AAB/view?usp=sharing>

<sup>9</sup> A kérdőívet eredetileg a 12-30 éves korosztályban kívántam kitöltetni, mert egy szakértővel folytatott beszélgetés meggyőzött arról, hogy egyre fiatalabb korban jelentkeznek a zajártalommal összefüggő panaszok. Azonban a beérkező adatokból látszott, hogy érdemben inkább a 15 éves és idősebb korosztály képviseltette magát, így a mintát utólag szűkítettem.

kockázatképes magatartásával, illetve a sebezhetetlenség („velem ez nem fordulhat elő”) érzésével magyarázható.

A halláskárosodást összességében nem túl súlyos problémának ítélik (*általában és magukra nézve* is 6. helyen áll az összesített rangsorban), és inkább el tudják képzelni, hogy velük is megtörténhet. A megkérdezettek a hallás lehetséges elvesztésétől kevésbé tartanak, ahhoz képest, hogy hány megkérdezettnek volt már átmeneti hallásromlása (ideiglenes hallásküszöb-eltolódása) vagy fülszűrése/fülszűrése (összesen 142 fő, 42%). A szöveges válaszokból kiderül, hogy a 142 főből 39-en kötik a tüneteket ténylegesen a nagy hangerőhöz (hangszóró közelsége, buli, túl sok és túl hangos zene), tehát 39 fő (12%, N=335) számára tudatosodott, hogy zajártalomról van szó. 30 fő azt válaszolta, hogy „nem tudom, mi okozta”, továbbá egy másik kérdésben a zenelejátszón, koncerten, szórakozóhelyen és egyéb helyszíneken (pl. fesztiválon, rave party-n, fitneszteremben) tapasztalt, hallással kapcsolatos probléma előfordulására 53 fő (16%), 110 fő (33%), 85 fő (25%) és 65 fő (19%) adott igen választ, tehát a zajártalom többször megmutatkozik, nemcsak 39 (tudatos) esetben.

Bár a sok tapasztalt panasz ellenére összességében alacsony a halláskárosodás mint veszély érzékelése, az, hogy valakinek volt bármilyen füllel vagy hallással kapcsolatos panasa, kis mértékben növeli a valószínűségét annak, hogy *általában* problémának ítélje meg a hallás elvesztését. (A problémának tartja/nem tartja problémának egyszerűsítés után a próba eredménye:  $\chi^2=5,625$ ,  $p<.05$ ,  $df=1$ ,  $OR=1,689$ , Cramér  $V=0,130$ .) Ugyanakkor érdekes módon a *magára nézve* veszélyesnek tartja-e kérdésre adott válaszok nem mutatnak szignifikáns kapcsolatot a tapasztalt panasszal. Még meglepőbb, hogy nem volt kimutatható összefüggés a *tudatosodott* zajártalom és sem az *általános*, sem a *konkrét* megítélés között. A megítélés mértéke továbbá sem a nemmel, sem az életszakasszal (serdülő vs. kibontakozó felnőttkor) nem mutatott összefüggést.

Az, hogy a kitöltő olvasott, látott, hallott-e valamit a halláskárosodással kapcsolatban (44% igen), nem mutatott összefüggést a hallás elvesztése mint veszély prioritásával, holott azt gondolhatnánk, hogy az ilyen nevelésnek van hatása arra, hogy mennyire tartják problémának az adott kérdést.

## Mások füldugóhasználatának megítélése

Arra a kérdésre, hogy a fiatalok hogyan ítélik meg másokat, mit gondolnak azokról, akiket füldugóval a fülkben látnak szórakozni egy koncerten vagy hangos szórakozóhelyen, a szöveges válaszokból négy csoport képezhető. A válaszok többségükben (72%) pozitív attitűdről árulkodnak (megértő vagy támogató hozzáállás, vagy egyet nem értés ellenére elfogadás), 11% negatív hozzáállást tükröz (furcsálló, nem megértő vélemények), 12% semleges, 2% nem egyértelmű véleményt ír le (pozitív és negatív egyben, vagy irreleváns a válasz). Ennek hátterében állhat a minta torzítása (a viszonylag nagy arányban képviselt gyógypedagógus-hallgatók<sup>10</sup> elfogadó, megértő attitűdje), de nem kizárt az utóbbi évek szokás-, szemlélet-, attitűdformáló hatása sem.

---

<sup>10</sup> A Google Forms-ból exportált adattáblát folyamatosan frissítve nagyjából látható volt, ha valamelyik terjesztési aktivitás (pl. gyógypedagógus-hallgatói Facebook-csoportban megjelentetett poszt) több új kitöltőt eredményezett.



Az adatok azt mutatják, hogy ha valaki maga is használt már fül dugót, az nagyobb eséllyel gondolkozik pozitívan másokról, amiben olyan szociálpszichológiai hatások érvényesülhetnek, mint a kognitív disszonancia redukció (Festinger, 2000), a pozitív gondolkodás a hozzánk hasonlókról (Smith & Mackie, 2004), vagy a viselkedés attitűdformáló hatása (Smith & Mackie, 2004). Azonban figyelembe véve, hogy egyébként is a pozitív attitűdöt mutató személyek vannak többen a fül dugót már kipróbálók és a nempróbálók között, jelen esetben a használat önmagában csak kis mértékben befolyásol ( $\chi^2=5,324$ ,  $p<.01$ ,  $df=1$ ,  $OR=3,827$ , Cramér  $V=0,126$ ).

Kicsivel nagyobb valószínűséggel mutatnak pozitív attitűdöt azok, akiknek ajánlottak már fül dugót. Ez esetben a fiatalok vélelmezhetően megértőbbek lesznek, feltételezik, hogy másnak is ajánlhatták a használatot, így elfogadóbbakká válnak irányukban, különösen, ha már megfordult a fejükben, hogy érdemes lenne megfogadni a fül dugóhasználatra vonatkozó tanácsot (ismét kognitív disszonancia redukció (Festinger, 2000)). Az összefüggés itt is kimutatható, de gyenge ( $\chi^2=7,578$ ,  $p<.01$ ,  $df=1$ ,  $OR=2,387$ , Cramér  $V=0,150$ ).

## Fül dugóhasználat ajánlása

Úgy tűnik, a (szabad hangterés) hangos zenehallgatással összefüggő zajártalom megelőzésére a fül dugóhasználat ajánlása hazánkban nem elterjedt: a 19-30 éves megkérdezettek 29%-át (49 fő), a serdülő korosztályban csak minden ötödik válaszadót (36 fő, 21%) ért ilyen jellegű hatás<sup>11</sup>.

Az adatok azt mutatják, hogy a barátoktól mint referenciacsoporttól származó javaslatok inkább a kibontakozó felnőttkorra jellemzők (59% említette azok közül, akiknek ajánlottak). A serdülőkorúaknál inkább a szülői ajánlás dominál (56% említés), ami természetesen nem jelent hatékonyságot is egyben. A kibontakozó felnőttkorban egyre kevésbé jellemző a szülői ajánlás, erre utal a szülők említésének alacsonyabb hányada, ami a válaszadók 24%-ánál jelent meg. Jelen kutatás adatai arra engednek következtetni, hogy sem a szülők talán nem elég tájékozottak ahhoz, hogy javasolják a fül dugót a gyermekeiknek (38% említette a szülőket), sem az orvosok (7% említés) és a védőnők (6% említés) nem érzik magukénak a feladatot, hogy tájékoztassák a fiatalokat a fül dugó használatáról. Koncerten, szórakozóhelyen, fesztiválon stb. a megkérdezettek 26%-a találkozott ajánlással.

Külön-külön vizsgálva a kategóriákat, nem találtam összefüggést arra vonatkozóan, hogy egyik vagy másik esetben hatékonyabb-e a javaslatétel, vagyis, hogy van-e szignifikáns kapcsolat az egyes ajánlók és a tényleges használat között. Ez részben a sajnálatosan kicsi elemszámnak köszönhető, akiknek a mintában egyáltalán ajánlottak fül dugót.

## Fül dugóhasználat és hajlandóság

A 335 kitöltő közül pusztán 30 fő (9%) jelezte, hogy vett már úgy részt hangos zenei eseményen, hogy fül dugót tett a fülébe. Arra a kérdésre, hogy miért kezdtek fül dugót használni a válaszadók, 19 fő válaszolt úgy, hogy az a hallás védelmével kapcsolatos tudatosságot tükröz<sup>12</sup>, 11 fő válaszában ez nem ennyire artikulált.

<sup>11</sup>  $N=335$ ,  $n_{ajánlás}=85$  (25%) /  $n_{kibont.felnöttek}=167$ ,  $n_{kibont.felnöttek\_ajánlás}=49$  (29%) /  $n_{serdülők}=168$ ,  $n_{serdülők\_ajánlás}=36$  (21%)

<sup>12</sup> Többszörös választással lehetett válaszolni a kérdésre, az eredeti kérdőívvel megegyező módon. Számomra az „Aggódom a hallásom miatt” válasz jelenti a tudatosságot, a többi („Halláskárosodásom van/hallásérvült vagyok”, „Túl hangos a zene”, „A zenétől csöng a fülem”) kevésbé. Egy valaki az „Egyéb” kategóriában is azt írta, hogy „Vigyázok a hallásomra”.

A megkérdezettek 10%-a, 34 fő válaszolta, hogy valószínűleg fog használni fül dugót a legközelebbi hangos zenei eseményen. Közülük az eszközt korábban használó/kipróbáló személyek fele (14 fő) nem fog használni a jövőben, 18 fő viszont valószínűleg fog, aki eddig nem próbálta. Nincs kizárva, hogy a fül dugóhasználatával kapcsolatos pozitív irányú elmozdulást a korábban nem próbálók esetében a kérdőív maga idézte elő, mert most hallottak először a fül dugó hallásvédelmi jelentőségéről, vagy mert megerősítette őket korábbi elképzeléseikben, vagy mert igyekeztek megfelelni az elvárt válasznak.

Van néhány olyan tényező, amelyekről azt sejtethetjük, hogy hatással vannak a fül dugó kipróbálására. Laikusként gondolhatjuk például, hogy esetleg a nők óvatosabbak, mint a férfiak, de sem a kipróbálást, sem a hajlandóságot tekintve nem találtam összefüggést a nemmel. Érdekes módon jelen adatok alapján azt sem állíthatjuk, hogy azok, akik pozitív (elfogadó, támogató) véleménnyel vannak mások fül dugó használatáról, azok maguk is nagyobb eséllyel használnának a jövőben fül dugót, tehát az attitűd itt nincs hatással a viselkedésre. Ugyanakkor, ha valakinek ajánlanak fül dugót, akkor nagyobb eséllyel lesz legalább kipróbáló, a kimutatható közepes erősségű összefüggés szerint ( $c^2=34,657$ ,  $p<.001$ ,  $df=1$ ,  $OR=8,786$ ,  $Cramér V=0,322$ ).

Ahhoz, hogy a fiatalok tudják, hogy az átmeneti tünetek akár utalhatnak maradandó (bár sokáig észrevétlen) sérülésre, információra van szükségük. Az adatok azt mutatják, hogy a hallással, halláskárosodással kapcsolatos tájékozódás („olvasott, látott, hallott valamit”) gyenge-közepes mértékben szignifikánsan összefügg a fül dugóhasználattal ( $c^2=24,495$ ,  $p<.001$ ,  $df=1$ ,  $OR=9,884$ ,  $Cramér V=0,270$ ). (Azonban hozzá kell tenni, hogy az adatokat torzíthatják a felülreprezentált gyógypedagógus kitöltők, akik részben tájékozottabbak, vagy akár általánosan is egészség tudatosabb magatartást tanúsíthatnak. Továbbá az sem kizárt, hogy az okság iránya fordított<sup>13</sup>: a fül dugóhasználók esetleg eleve aggódóbbak, ezért utánaolvasnak a témának (megerősítés iránti igény); illetve egyszerre is érvényesülhet a két irány).

Függetlenül attól, hogy használnának vagy nem, fül dugó beszerzési forrásként a válaszadók 34%-a gyógyszerértárt, 25%-a drogériát jelölte, többen az internetet is jelezték (13%). Azonban az akár párhuzamosan is jelölt „nem tudom” válaszok relatíve magas száma bizonytalanságot jelez, ami a „billegő” fül dugóhasználók szempontjából nem kedvező.

## A fül dugó használatának elutasítása és a hajlandóság növelése

Azok, akik még nem próbálták fül dugót (305 fő), szöveges válaszban írhatták le, hogy miért nem. Ezeket elemezve 9 különböző kategóriát tudtam létrehozni, amik egyben arra is választ adnak, hogy a fiatalok jellemzően miért nem tervezik a használatot a jövőben:

- *Nincs rá szüksége, nem zavarja a hangos zene, zaj* (182 említés, 60%). A 182 említésből 66 válaszadónak volt zajártalommal összefüggésbe hozható panasz (átmeneti hallásromlás, tinnitus), ebből 13 nevesítette is a zajártalmat (ezeket tekintem tudatosnak). 69 főnek legalább egy helyen volt már ilyen panasz (lejátsszó, koncert, szórakozóhely, egyéb – pl. fesztivál, rave party, fitnessterem). Ez a 69 fő az 1-4 értékelőskálán átlagosan 1,78-as értékkel jellemezte, hogy milyen gyakran voltak ilyen panaszai, és a kétharmaduk ennél

<sup>13</sup> A Khí-négyszet próba szimmetrikus, az okság irányáról nem ad információt.

is alacsonyabb értéket adott meg. Ezek az adatok valóban arra utalnak, hogy ezt a csoportot szubjektíven nem zavarja a hangos zene; érdekes lenne ezt összevetni audiológiai vizsgálatokkal.

- *Információhiány* (19 említés). 19 fő számára, úgy tűnik, most vált világossá, hogy lehetne füldugóval védekezni. Közülük 5 fő azt írta, hogy legközelebb használna füldugót, itt tehát tetten érhető a kérdőív hatása.
- *Kényelmetlen (fizikailag és/vagy akadályozza a kommunikációt)* (18 említés).
- *Szereti a hangos zenét* (13 említés).
- *Fél az élményvesztéstől* (12 említés).
- *Kellett volna* (12 említés). Ebben a kategóriában elképzelhető az elvárt válasznak való megfelelés, ugyanakkor mindenki, aki azt írta, hogy kellett volna használnia, azt jelölte, hogy nem valószínű, hogy használni fog legközelebb. Tehát a válaszok hiába tükröznek egyfajta belátást, ez még nem jelent elszántságot, a gondolati szinten megfogalmazott szándék nem fordul cselekvésbe.
- *Kínos, zavarba ejtő* (7 említés). Az alacsony említésszámból úgy tűnik, hogy ilyen jellegű kortárs nyomás viszonylag kevésbé nehezíti a válaszadókra.
- *Értelmetlen* (6 említés).
- *Egyéb* (3 említés).

A kérdőívben szerepelt néhány állítás, amiről a fiataloknak egy 4 fokozatú skálán meg kellett ítélniük, hogy mennyire növelnék annak valószínűségét, hogy hangos zenei eseményeken füldugót használjanak<sup>14</sup>. A válaszokból képzett rangsorszámok egybevágóan az amerikai kutatás (Chung et al., 2005) eredményeivel: a megkérdezettek legnagyobb hányadára hatna az állandó hallásvesztésről szóló ismeret és egészségügyi szakember ajánlása; valamint a dán tinédzsereket vizsgáló kutatásban (Reiness et al., 2013) leírtakkal: információszerezés leginkább ápolóktól, orvosoktól, a megtörtént esetek, az orvosi érvek és a halláskárosodás tüneteinek hangsúlyozásával. Az adatokból úgy tűnik, hogy a válaszadók szkeptikusan fogadnának olyan cikket, ami azt írta, hogy füldugóval nem veszítünk az élvezeti értékből, az csak a káros hangokat szűri ki; de az adatok alapján a nőkre kicsivel nagyobb valószínűséggel hatna ez a lehetőség, mint a férfiakra ( $\chi^2=4,807$ ,  $p<.05$ ,  $df=1$ ,  $OR=0,575$ , Cramér  $V=0,12$ ). Meg kell említeni, hogy 38 fő mindegyik állításra azt válaszolta, hogy egyáltalán nem hatna rá; ezeket az eseteket külön kutatásban tovább lehetne vizsgálni<sup>15</sup>.

## KÖVETKEZTETÉSEK

335 fős, a 15-30 éves korosztályt vizsgáló kérdőíves kutatásomból kiderül, hogy a megkérdezettek a fiatalokra leselkedő veszélyek közül a halláskárosodást nem érzékelik valódi veszélyforrásnak, annak ellenére, hogy 42%-uknak volt már zajártalomra jellemző tünete (ideiglenes hallásküszöb-

---

<sup>14</sup> A kérdésekben keverednek a referenciacsoportok (orvos, védőnő, barátok, zenészek), az információtartalom (hallásvédelem, hangos zene károsító hatása, füldugóhasználat, füldugóval kapcsolatos tények) és a kommunikációs eszközök (személyes közlés, cikk, műsor, videó), így nehéz megállapítani, hogy amikor egy összetett állítást pontosztak, minek a hatását értékelték valójában. Pl. a „Látnék valamilyen füldugóról szóló TV-műsort/netes videót.” állítást hátra sorolták a kitöltők, tehát ez kevésbé növelné a füldugóhasználat valószínűségét, azonban sejthető, hogy a *téma* miatt, nem pedig a fiatalok között egyébként népszerű kommunikációs *csatorna* (videó) miatt.

<sup>15</sup> Javasolt szempontok: nem és életkor szerint milyen csoportot alkotnak, milyen sűrűn járnak ilyen eseményekre, milyen gyakran vannak panaszaik, kaptak-e egyáltalán ajánlást a füldugóhasználatra stb., ez alapján lehetne becslést adni arra, hogy mennyire veszélyeztettek.

eltolódása vagy fülcsengése/fülzúgása). A válaszadóknak csak 9-10%-a használt, vagy tervez használni fül dugót olyan zenei helyszíneken, ahol nagymértékben ki vannak téve az egészségügyi határértéknél jóval nagyobb hangerő károsító hatásának.

A fiatalok többnyire elfogadhatónak tartják, ha mások fül dugót hordanak hangos zenei eseményen, de ismereteik hiányosnak tűnnek, és csupán egynegyedük találkozott fül dugó ajánlással. Ez többek között az egészségügyi hálózat információterjesztésben (mint primer prevencióban) való alacsony szintű felelősségvállalására vezethető vissza, pedig a fiatalok a kérdésben az orvosokat, védőnőket tekintik leginkább referenciaszemélyeknek, akik az őket leginkább meggyőzni képes, a zaj károsító hatásaival kapcsolatos információk birtokosai.

Az itthoni primer prevenció helyzetét jól mutatja, hogy (2019-2020-ban végzett) megfigyeléseim szerint sem tankönyvek, sem az iskolai prevenció programok nem hangsúlyozzák a hangos zenehallgatás káros hatásait, és bár a magyar bulvársajtóban, valamint hallássérüléssel foglalkozó honlapokon, blogokon, fórumokon található figyelemfelhívó cikkek, akár a fül dugó használatára is, ezek nem feltétlenül illeszkednek a célpopuláció médiafogyasztási szokásaihoz és preferenciáihoz. Csupán egy szervezet egy képviselője jár fül dugót osztani koncertekre; illetve rendkívül előremutató és hiánypótló a néhány éve indult társadalmi tájékoztatási, oktatási célból létrehozott „Óvd a füled!” kezdeményezés<sup>16</sup>.

Mint a vizsgálatból kiderül, a fiatalok tájékoztatása egyrésztől önmagában növelheti a fül dugóhasználatot, másrésztől a tudás, hogy az átmenetinek vélt tünetek valójában maradandó lenyomatokat képeznek a hallórendszeren, hozzásegíthet a sebezhetőség érzésének kialakításához, ezen keresztül a hallásvédelemhez. Így nagyon fontosnak tartom az egészségnevelésben, azon belül is a primer prevencióban az információközlést, hiszen ha csak a kiszűrt esetek (másodlagos prevenció szinten) szembesülnek ezekkel az információkkal, akkor az sokak számára már késő.

A kutatási eredmények alapján a fül dugó – minél többszöri – ajánlása mindenképpen kulcsszerepet játszik, illetve hogy a lehetséges beszerzési forrásokról is szükséges tájékoztatni a fiatalokat, többek között megerősítő azokat is, akik bizonytalanok a kipróbálást illetően. A hangos szórakozóhelyeken az egymás közti kommunikáció nehezítettségére vonatkozó aggályokat ismeretterjesztéssel, kipróbálással lehetne eloszlatni, bizonyítva, hogy a fül dugó (különösen az esetleges fizikai kényelmetlenséget részben kiküszöbölni képes egyéni zajvédő eszköz) bizonyos zajok, frekvenciák kiszűrésével inkább javítja a beszédértést (ld. a már idézett holland kísérletet – Kraaijenga et al., 2018 – is, amiből kiderül, hogy a „gyakorlottabb” fül dugóhasználók számára ezek az előnyök jobban érezhetők.) Szintén hivatkozva a fenti kísérletre, a fiatalok egy részét esetleg meggyőzheti, hogy a jel-zaj viszony javulása következtében fül dugóval például a zene szövege jobban érthető, mint anélkül.

A témában nemcsak a fiatalokat, de a szülőket, a gyermekek és serdülők elsődleges referenciasoportját is szükséges informálni. Az átfogó egészségnevelésbe már igen kis kortól érdemes beépíteni a hallásvédelem tudatosításával kapcsolatos ismereteket, hogy az intelmek internalizálódjának, a hallásvédelem természetes szokássá formálódhasson.

A fül dugót nem próbálók legnagyobb arányban (60%) arra hivatkoznak, hogy nincs szükségük rá, mivel nem zavarja őket a hangos zene, így ők kiemelten veszélyeztetettek, hiszen a minél hosszabb ideig tartó zajnak való kitettség még inkább károsíthatja a hallószervet. Esetükben

---

<sup>16</sup> További információ a <http://www.ovdafuled.hu/> és <https://www.facebook.com/ovdafuled> oldalakon.

különösen fontos lenne audiológiai vizsgálatokkal ellenőrizni aktuális hallásállapotukat. Bár a 18 év alattiak hallásszűrésére már van protokoll, fontos lenne ezt kiterjeszteni a magasabb életkorra is, illetve addig is beépíteni a fiatal felnőttek gondolkodásába, hogy más javasolt egészségügyi szűrésekhez hasonlóan törődjenek hallószervükkel is. A szűréssel időben felfedezhető a kezdődő károsodás (hiszen az először a magasabb frekvenciákon történt halláscsökkenés a mindennapokban nem szembetűnő), és megelőzhető egy esetleges állapotromlás.

A nevelő-oktató-szűrő munka tehát széles körű együttműködést kíván: a szülők, a pedagógusok (iskolában pl. osztályfőnökök, biológiatanárok), a témában elkötelezett gyógypedagógusok és az egészségügyi dolgozók (orvosok, védőnők) részéről, bevonva akár prevenciók szervezeteket, egészségfejlesztési irodákat, orvostanhallgatókat.

Tartalmilag a tájékoztatás kiterhet a hangos zenehallgatás közvetlen következményeire, a kialakuló hallássérülés következményeire, a védekezési lehetőségekre, a kockázatot növelő faktorokra (pl. alkohol-, drogfogyasztás), illetve, hogy baj esetén hova lehet fordulni. Ezeknek a formája változatos: cikk, előadás, film, tájékoztató füzet, beszélgetés stb. Az ismeretterjesztés szorítkozhat tényszerű információk közlésére, támaszkodhat kutatási adatokra, alkalmazhatjuk a meggyőzést szakértők bevonásával vagy károsultak megszólaltatásával, és igen fontos a példamutatás is. Egy-egy prevenció program lehet szűken értelmezett, kizárólag a hallásvédelemre fókuszáló, de illeszkedhet egy több kockázati magatartást érintő tematikába, esetleg egészen általános egészségfejlesztési kontextusba is. Mindezek alapján különböző tartalmú és hosszúságú (egy órás, több órás, több alkalmas) programok kidolgozására van szükség, más-más módon felkészítve az egyes szereplőket, különböző típusú információs anyagokkal és/vagy tréningekkel. A nemzetközi jó gyakorlatok (pl. a WHO *Make Listening Safe* című brosúrája (Krug et al., 2015b), a The HEARing Cooperative Research Centre *HEARnet Online* portál zajártalommal foglalkozó oldala és ajánlott linkjei<sup>17</sup>, valamint a Dangerous Decibels nevű információs portál és iskolai program<sup>18</sup>) tanulmányozásán túl akár marketing szakemberek segítségét is igénybe lehet venni annak érdekében, hogy a célcsoporthoz leginkább illeszkedő csatornákon, a nekik legmegfelelőbb tartalommal tudjuk megszólítani a fiatalokat, minél vonzóbbá téve számukra a hallásvédelmet.

## IRODALOMJEGYZÉK

- Amett, J. J. (2000). Emerging Adulthood. A Theory of Development From the Late Teens Through the Twenties. *American Psychologist*, 55(5), 469–480. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.5.469>
- Auditus Halláspontok. (d.n.) Banán, de nem eheto. Mi az? – ismerd meg a beszédbanánt! Letöltés helye: <https://auditus.hu/blog/banan-de-nem-eheto-mi-az-ismerd-meg-a-beszedbanant/> Letöltés ideje: 2022. 12. 17.
- Balázs B. & Götzte Á. (1976). Összehasonlító vizsgálatok hagyományos és elektromos erősítésű hangszereken játszó zenészek hallása között. *Fül-orr-gégegyógyászat*, 22, 116–118.
- Carver, Ch. S., & Scheier, M. F. (2006). *Személyiségpszichológia*. Osiris Kiadó, Budapest.

---

<sup>17</sup> Részletes információk: <https://hear.net.org.au/hearing-problems/noise-induced-hearing-loss>, <https://hearsmart.org/>, <https://knowyournoise.nal.gov.au/>

<sup>18</sup> Részletes információk: <http://dangerousdecibels.org/>, <http://dangerousdecibels.org/education/>

- Chung, J., Des Roches, C., Meunier, J., & Eavey, R. (2005). Evaluation of Noise-Induced Hearing Loss in Young People Using a Web-Based Survey Technique. *Pediatrics*, *115*, 861–867. <https://doi.org/10.1542/peds.2004-0173>
- Cole, M., & Cole, S. R. (2006). *Fejlesztélektan*. Osiris Kiadó, Budapest.
- Dillard, L. K., Arunda, M. O., Lopez-Perez, L., Martinez, R. X., Jiménez, L., & Chadha, S. (2022). Prevalence and global estimates of unsafe listening practices in adolescents and young adults: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Global Health*, *7*(11). <http://dx.doi.org/10.1136/bmjgh-2022-010501>
- Festinger, L. (2000). *A kognitív disszonzancia elmélete*. Osiris Kiadó, Budapest.
- Foglalkozás-órvostani Szakmai Kollégium. (2008). Az Egészségügyi Minisztérium szakmai protokollja a zaj okozta halláskárosodás megelőzéséről. *Egészségügyi Közlöny*, *58*(10), 2889–2893.
- Fonyó A. (2011). *Az orvosi éleltan tankönyve*. Medicina Könyvkiadó Zrt., Budapest.
- Hacki T. (2014). Gondolatok és adatok a "Gyermekek hallásvédelmének stratégiája" projekthez. (Kutatási összefoglalás). Letöltés helye: [http://akb.mta.hu/ghs/szakmai\\_csoportok\\_beszamoloi/2014/kutatasi\\_osszefoglalas\\_november-Hacki\\_Tamas.doc](http://akb.mta.hu/ghs/szakmai_csoportok_beszamoloi/2014/kutatasi_osszefoglalas_november-Hacki_Tamas.doc) Letöltés ideje: 2020. 01. 29.
- Hochenburger E. (2003). *A gyakorlati audiológia kézikönyve*. Kossuth Kiadó, Budapest.
- Holczinger I. (2010). *Egészséges életmód, életvitel*. Centroszet Szakképzés-szervezési Nonprofit Kft. Letöltés helye: <http://centroszet.hu/tananyag/egeszsegudatos/index.html> Letöltés ideje: 2022. 12. 17.
- Kraaijenga, V. J. C., van Munster, J., J. C. M., & van Zanten, G. A. (2018). Association of Behavior With Noise-Induced Hearing Loss Among Attendees of an Outdoor Music Festival: A Secondary Analysis of a Randomized Clinical Trial. *JAMA Otolaryngol Head Neck Surgery*, *144*(6), 490–497. <https://doi.org/10.1001/jamaoto.2018.0272>
- Krug, E., Cieza, M. A., Chadha, S., Sminkey, L., Morata, T., Swanepoel, D., Fuente, A., Williams, W., Cerquone J., Martinez, R., Stevens, G., Peden, M., Rao, S., Agarwal, P., Zeeck, E., Bladey, A., Arunda, M., & Ncube, A. (contributors). (2015). *Hearing loss due to recreational exposure to loud sounds: a review*. WHO Press. Letöltés helye: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/154589/9789241508513\\_eng.pdf?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/154589/9789241508513_eng.pdf?sequence=1) Letöltés ideje: 2022. 12. 17.
- Krug, E., Cieza, M. A., Chadha, S., Sminkey, L., Morata, T., Swanepoel, D., Fuente, A., Williams, W., Cerquone J., Martinez, R., Stevens, G., Peden, M., Rao, S., Agarwal, P., Zeeck, E., Bladey, A., Arunda, M., & Ncube, A. (contributors). (2015). *Make listening safe*. WHO Press. Letöltés helye: [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/health-topics/deafness-and-hearing-loss/mls-brochure-english-2021.pdf?sfvrsn=bf19b448\\_5](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/health-topics/deafness-and-hearing-loss/mls-brochure-english-2021.pdf?sfvrsn=bf19b448_5) Letöltés ideje: 2022. 12. 17.
- Niskar, A. S., Kieszak, S. M., Holmes, A. E., Esteban, E., Rubin, C., & Brody, D. J. (2001). Estimated prevalence of noise-induced hearing threshold shifts among children 6 to 19 years of age: the Third National Health and Nutrition Examination Survey, 1988–1994, United States. *Pediatrics*, *108*(1), 40–43. <https://doi.org/10.1542/peds.108.1.40>
- Pytel J. (1996). *Audiológia*. Victoria Kft., Budapest.
- Portnuff, C. D. F. (2016). Reducing the risk of music-induced hearing loss from overuse of portable listening devices: understanding the problems and establishing strategies for improving awareness in adolescents. *Adolescent Health, Medicine and Therapeutics*, *7*, 27–35. <https://doi.org/10.2147/AHMT.S74103>
- Reiness, M., Daugaard, C., & Nielsen, P. (2013): Attitudes, rewards and listening-habits in Danish youth. In: Board of the Danavox Jubilee Foundation: *Auditory Plasticity – Listening with the Brain*. (pp. 453–460). Centertryk A/S. Letöltés helye: <https://proceedings.isaar.eu/index.php/isaarproc/issue/view/2013/5> Letöltés ideje: 2022. 12. 17.
- Répássy G. (2011). *Fül-orr-gégészet*. Semmelweis Egyetem Fül-Orr-Gégészeti és Fej-, Nyaksebészeti Klinika. Letöltés helye: [https://regi.tankonyvtar.hu/hu/tartalom/tamop425/0019\\_2A\\_Fulorrgeszetz/ adatok.html](https://regi.tankonyvtar.hu/hu/tartalom/tamop425/0019_2A_Fulorrgeszetz/ adatok.html) Letöltés ideje: 2020. 01. 27.
- Révész P., & Gerlinger I. (2011). A fiatalság és az mp3 lejátszók – fokozott kockázat, kevés óvintézkedés. *Fül-orr-gégészeti és nyaksebészeti szemle*, *57*(4), 182–185.
- Ribári O. (1979). *Fül-orr-gégészet*. Medicina Könyvkiadó, Budapest.
- Smith, E. R., & Mackie, D. M. (2004). *Szociálpszichológia*. Osiris Kiadó, Budapest.

- Szentágothai J., & Réthelyi M. (2006). *Funkcionális anatómia III.* (8., átdolgozott és bővített kiadás). Medicina Könyvkiadó Rt., Budapest.
- Truax, B. (2020.) *Tutorial For The Handbook For Acoustic Ecology.* Cambridge Street Publishing. Letöltés helye: <https://www.sfu.ca/sonic-studio-webdav/cmns/Handbook%20Tutorial/index.html#0> Letöltés ideje: 2023. 02. 09.
- Vogel, I., van de Looij-Jansen, P. M., Mieloo, C., L., Burdorf A., & de Waart, F. (2012). Risky Music-Listening Behaviors and Associated Health-Risk Behaviors. *Pediatrics*, 129(6), 1097–1103. <https://doi.org/10.1542/peds.2011-1948>
- Vogel, I., Verschuure, H., van der Ploeg, C. P. B., Brug, J., & Raat, H. (2010). Estimating Adolescent Risk for Hearing Loss Based on Data From a Large School-Based Survey. *American Journal of Public Health*, 100(6), 1095–1100. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2009.168690>
- Volanthen, A., & Arndt, H. (2008). *Hallókészülék technológia.* Alexandra Kiadó, Budapest.
- Wersényi Gy. (2009). Zajártalom vizsgálatok a közlekedésben és mobil zenekészülékek alkalmazásában. *Híradástechnika*, 64(7-8), 2–12.

## Noise pollution caused by listening to loud music and willingness to use earplugs among young people in Hungary

---

### ABSTRACT

*Background and aims:* WHO and other researchers estimate that 1.1-1.35 billion young people could be at risk of hearing loss due to their unsafe listening habits (Krug et al., 2015a; Dillard et al., 2022).

*Method:* I conducted an online questionnaire survey among young Hungarians aged 15-30. The closed and open questions and rating scales focused on their music listening habits, knowledge and attitudes about hearing protection.

*Results:* My survey of 335 young Hungarians revealed that young people do not define hearing loss as a real risk factor among general health issues although 42% have already experienced typical symptoms of noise-induced hearing damage. Generally, they consider others who wear earplugs at loud entertainment venues acceptable but only 9-10% have used or plan to use earplugs at places where they are highly exposed to the harmful effects of sound levels well above the health limit. The results of the study show that young people's knowledge is incomplete (e.g., about the long-term effects of seemingly temporary symptoms, the role of earplugs and their purchase options), and only a quarter of the respondents have come across a specific recommendation for earplugs.

*Conclusions:* For conscious hearing protection to spread more widely in our country it is necessary to take steps – in broad cooperation – at both primary and secondary prevention levels. Knowledge dissemination must be present from very young age in public education institutions, in the health network (referred to doctors and nurses who are considered as reference persons by young people), and in media appropriate to the target group. To prevent possible deterioration, it would be necessary to extend hearing screening to those over 18 years of age.

**Keywords:** noise-induced hearing damage, music, earplug use, hearing loss, threshold shift, tinnitus

---

# Fogyatékos személyekkel kapcsolatos szemléletformálás az inkluzív társadalom kialakításának jegyében – egy pilótavizsgálat tapasztalatai

DUKIC MONIKA<sup>1,2</sup> – PERLUSZ ANDREA<sup>2</sup>

[monika.dukic93@gmail.com](mailto:monika.dukic93@gmail.com)

[perlusz.andrea@barczy.elte.hu](mailto:perlusz.andrea@barczy.elte.hu)

---

## ABSZTRAKT

*Háttér és célok:* A foglalkoztatás társadalmunk alapvető fontosságú elemének tekinthető, mivel a fogyatékossgal élő személyeknek nemcsak személyes fejlődésükhöz járul hozzá, hanem lehetővé teszi számukra az önálló életvitelt és a társadalmi integrációt is. Az, hogy mennyire nyitott egy társadalom a fogyatékos munkavállalók foglalkoztatására, nem csak individuális, hanem politikai, társadalmi, gazdasági és jogi kérdések összessége is. Az összefüggő tényezőket figyelembe véve egyértelmű, hogy minden szervezetnek foglalkoznia kell a fogyatékossgal jelenségével, hiszen ezek egymással kölcsönhatásban jelentősen befolyásolják a fogyatékossgal élő emberekkel kapcsolatos attitűdök kifejeződését.

*Módszer:* Kvantitatív kutatásunk alapja egy participatív szemléletformáló program, mely kifejezetten a piaci szférát célzó, diverzitást előmozdító beavatkozás. Pilótavizsgálatunk során célunk volt a programmal és a kutatással kapcsolatos sajátosságok felmérése. Összesen 29 ember került bevonásra a kutatásba, melynek során többek között a Multidimensional Attitude Scale (MAS) hallássérült és mozgáskorlátozott emberekre adaptált változatának kipróbálása, valamint a Solomon-féle négycsoportos kísérleti elrendezés szerinti csoportbesorolás kipróbálása valósult meg.

*Eredmények:* A Solomon-féle négycsoportos kísérleti elrendezés szerint a kutatás során lehetséges volt kialakítani mind a kísérleti, mind a kontrollcsoportokat. A skálán elért pontszámok a kísérleti csoport esetében a bemeneti kérdőívben magasabbak voltak, mint a kimeneti kérdőívben, s az alacsonyabb pontszám pozitívabb attitűdöt feltételez.

*Következtetések:* A minta nagysága és a kutatás jellege nem enged messzemenő következtetéseket levonni. A pilótavizsgálat tapasztalatai alapján kijelenthető, hogy a kutatás és a program személyi és tárgyi feltételek függvényében megvalósítható.

**Kulcsszavak:** szemléletformáló program, attitűdkutatás, hatásvizsgálat

DOI: [10.52092/gyosze.2023.1.5](https://doi.org/10.52092/gyosze.2023.1.5)

---

## HÁTTÉR ÉS CÉLOK

Az elmúlt évtizedek fogyatékossgal kapcsolatos kutatásai és az érintett személyek, csoportok aktivizmusa jelentős hatást gyakoroltak a fogyatékossgal élő embereket érintő politikák alakulására és a mindennapi helyzetekben megjelenő inklúziós folyamatokra (Shakespeare, 2006; Meekosha & Shuttleworth, 2017; Chennat, 2019). Az inklúzió történetiségének vizsgálatokor szembetűnik, hogy ez a fogalom először nemzetközi kontextusban, politikai tartalommal jelent meg, és elsősorban a szociálpolitikai megközelítést szem előtt tartva a fogyatékossgal élő gyermekek, tanulók intézményes nevelésére korlátozódott (Papp & Perlusz, 2012; Varga, 2015). A



nemzetközi szinten erősödő emberi jogi mozgalmak első fontos dokumentuma az *1948-as Emberi Jogok Egyetemes Nyilatkozata*, mely megállapította, hogy mindenkinek joga van az oktatáshoz. *1989-ben az ENSZ Gyermekjogi Egyezménye* emelte ki a fogyatékos gyermekek különleges gondozáshoz való jogát, annak figyelembevételével, hogy az biztosítsa az emberi méltóságot, előmozdítsa az önfenntartást és a közösségi életben való tevékeny részvételt (UN UDHR, 1948; UN CRC, 1989). Nem sokkal később, *1993-ban az ENSZ A fogyatékos személyek esélyegyenlőségéről tett állásfoglalásában* kimondta, hogy fontos a gyermekek sajátosságainak, igényeinek figyelembevétele és az integráció kiépítése az alap-, közép- és felsőoktatásban (UN SREOPD, 1993). Magyarországon az 1993-as közoktatási törvény zöld utat adott az integrált nevelésnek, s később e törvény 2003-as módosítása meghatározta a sajátos nevelési igény fogalmát (2003. évi LXI. törvény). Az *1994-es Salamancái nyilatkozat* és cselekvési terv elsősorban a sajátos nevelési igényű tanulókra fókuszált, de már megnevezett más – a kirekesztés által veszélyeztetett – tanulói csoportokat is. A nyilatkozat kimondta, hogy a befogadó szemléletű többségi iskolák a leghatékonyabb eszközök a diszkriminatív attitűdök elleni harcban, megteremtik a mindenki számára hozzáférhető oktatás és a befogadó társadalom lehetőségét (UNESCO, 1994). Az inkluzív iskolai koncepció, a *befogadás* (Csányi, 1993) irányába történő elmozdulás érdekében arra van szükség, hogy elfogadjuk: a tanulók közötti különbségek természetesek, a tanulási nehézség a tanulási folyamat velejárója, mindenkinek szüksége lehet rövidebb vagy hosszabb ideig támogatásra, melyet a többségi pedagógusok és a gyógypedagógusok biztosítanak. Emellett minden gyermeknek joga van a saját közösségében, a lakóhelyén történő oktatáshoz. Magyarországon az *1998-as, A fogyatékos személyek jogairól és esélyegyenlőségük biztosításáról szóló törvény* meghatározta, kik tartoznak a fogyatékos személyek csoportjába, milyen jogok illetik meg őket, s kiemelte az esélyegyenlőség biztosításának fontosságát (1998. évi XXVI. törvény). *2003-ban a Madridban* megrendezett Európai Fogyatékosügyi Kongresszuson nyilatkozatban fogalmazták meg, hogy a befogadó társadalom alapja a diszkriminációmentességgel társuló pozitív cselekvés, más néven a méltányosság biztosítása (EUCDA, 2003). *A 2006-os, A fogyatékossgal élő személyek jogairól szóló ENSZ-egyezmény* több tekintetben is paradigmaváltást jelentett, elsősorban a fogyatékossg társadalmi modelljének legmagasabb szinten való elismerése terén (UN CRPD, 2006). Az Egyezmény elismeri a fogyatékos emberek életének minden területét érintő, alapvető emberi jogaikat és a társadalomban való teljes és egyenlő részvételüket. Magyarország 2007-ben ratifikálta az Egyezményt és annak Fakultatív Jegyzőkönyvét, ezzel magára nézve is kötelezőnek ismerve el a benne foglaltakat. A fogyatékos személyek esélyegyenlőségének megteremtéséhez szükséges intézkedések megalapozása érdekében 2006-ban létrejött a Fogyatékosügyi Tanács, s megalkották az Országos Fogyatékosügyi Programot (10/2006. II. 16. OGY határozat). *Magyarország 2011. évi Alaptörvénye* kimondta, hogy az alapvető emberi jogokat bármilyen megkülönböztetés nélkül biztosítja. E szerint az esélyegyenlőséget és a társadalmi felzárkózást külön intézkedésekkel segíti, védi a kirekesztődés által veszélyeztetett csoportokat. Az 1998-as törvény *2013-as módosítása* alapvetően újradefiniálta a fogyatékos személyek fogalmát, s lefedte a közszolgáltatásokhoz való egyenlő esélyű hozzáférés biztosításának szükségességét, valamint szorgalmazta a munkához való jog biztosítását (2013. évi LXII. törvény). Az *Európai Bizottság The Social Business Initiative (2011)* című dokumentuma szerint az egységes piacnak új, inkluzív növekedésre van szüksége, aminek a középpontjában a mindenki számára elérhető munkavállalás áll. A nemzetközi és hazai dokumentumok szemlélete és elvárásai azonban nem automatikusan kerülnek megvalósításra a mindennapi gyakorlatban.

A fogyatékos személyek általános tapasztalatai is sokfélék lehetnek, mivel egy érintett személy társadalmi részvételét egyéni képességei és annak a környezetnek a jellemzői határozzák meg, ahol él. Ezek csökkenthetik vagy növelhetik az egyén képességét, hogy részt vegyen a társadalmi folyamatokban (Könczei, 2009; Hadi, 2013; Kozma, Petri & Bernát, 2020). Az emberek másokkal szembeni megkülönböztetése helyett sokkal jelentősebb aspektus, hogy a társadalom, illetve annak egyes tagjai miként kezelik a heterogenitást, hogyan tekintenek ezekre a különbségekre, és milyen viszonyulások, attitűdök jelennek meg irányukban. A társadalom sokszínűséggel kapcsolatos nézeti összefüggének a fogyatékosággal kapcsolatos viszonyulásokkal, s miközben egyetértünk azzal, hogy a környezetet és a szolgáltatásokat (ahol csak lehetséges) úgy kell átalakítani vagy kialakítani, hogy a fogyatékos személyek szükségleteihez is igazodjanak, el kell fogadnunk azt a tényt, hogy a fogyatékosággal járó sajátosságok továbbra is fennmaradnak, amelyeket semmilyen szintű környezeti átalakítás nem képes megváltoztatni (Chennat, 2019; Wilson, Campaign, Murfitt & Hagiliassis, 2019; Lotz, 2021). A szolgáltatásokat tehát úgy kell megtervezni, hogy azok minden felhasználó számára alkalmasak legyenek, s ha ez teljesül, akkor nyerhet teret a teljes inklúzió, hiszen az a diverzitás minden aspektusának felismerésével, méltányolásával és felértékelésével jár (Varga, 2015).

A fogyatékos személyek inklúziójának lényege, hogy megértsük a kapcsolatot az emberek működése és a társadalomban való részvételük között, elősegítve ezzel annak biztosítását, hogy minden egyén a képességei és vágyai szerint az élet minden területén a lehető legteljesebben részt vehessen. A kirekesztés elleni küzdelem egyik módja, ha a fogyatékos személyeket bevonjuk a gazdasági folyamatokba (Nishii, 2013; Geisen, Hassler, Wagner, Buys, Randall & Harder, 2019), hiszen a nem fogyatékos személyekhez képest ennél a csoportnál magasabb a munkanélküliség és a gazdasági inaktivitás aránya (Barak, 2017; Dunás-Varga, 2021). Magyarországon is jelentős energiákat fordítottak a megváltozott munkaképességű emberek, azon belül is a fogyatékos személyek munkaerőpiacra történő be- és visszahelyezésére, a fogyatékosággal élő személyek teljes társadalmi inklúziójának egyik elemeként. A hazai foglalkoztatáspolitikai fontos része a hátrányos helyzetű munkavállalói csoportok foglalkoztathatóságának elősegítése, a munkaerőpiactól tartósan távol lévő személyek integrációja és versenyképességük kiegyenlítése (Mecséri, 2021). Mindez azonban elképzelhetetlen a társadalom és a vállalati szféra szemléletformálása nélkül, amelyhez az esélyegyenlőség, az egyenlő bánásmód követelménye és a diszkrimináció tilalmának törvényi szabályozása jó alapot ad. Ugyan az állam a jogi környezet fejlesztésével is törekszik az érintett személyek foglalkoztatásának javítására, ez önmagában nem elegendő a társadalomban uralkodó, túlnyomóan negatív attitűdök megváltoztatására, a fogyatékos emberekkel való találkozást jellemző kellemetlen érzések kiküszöbölésére (Tan et al. 2019; Polo Sánchez, Chacón-López, Caurcel & Valenzuela, 2020).

A munkáltatók a fogyatékosággal kapcsolatos tudatosság előmozdításával segíthetik a befogadó munkahelyek kialakulását, jó alapot adva a fogyatékos személyekről alkotott előítéletek megváltoztatásához. Kutatásfejlesztési tevékenységünk alkalmával azt a célt tartottuk szem előtt, hogy hogyan tudjuk támogatni a fogyatékosággal élő személyek befogadását a nyílt munkaerőpiacra. Ez adta az alapot egy participatív szemléletformáló program megalkotásának, melynek célcsoportjai elsősorban olyan vállalatok és szervezetek, akik nyitottak és aktívan szeretnének tenni a fogyatékos munkavállalók inklúziója érdekében. A fogyatékosággal élő személyek elfogadását támogató szemléletformáló programunk (DAT – Disability Awareness

Training) moduláris rendszerben épül fel, a modulokat az igényeknek és a nemzetközi szakirodalmi ajánlásoknak (Murfit, 2006; Kleeman & Wilson, 2007; Padden & Ellis, 2015; Fisher & Purcal, 2017; Park & Kim, 2018; Roth, Pure, Rabinowitz & Kaufman-Scarborough, 2018; Heyman, Pillay, Andrade, Roos & Sekome, 2020) megfelelően alakítottuk ki, fogyatékos személyek participatív közreműködésével. Ez biztosítja a „Semmit rólunk, nélkülünk” elv érvényesülését, és megfelel a co-design, co-creation elveknek, melyek szerint a program megalkotása és megvalósítása során is aktív szerepet kapnak a fogyatékos személyek. A hosszútávú és mélyreható attitűdváltozás elérése érdekében a szemléletformáló program három alkalomból áll, egyenként 3-3,5 óra időtartammal. A DAT programot a kezdetektől hatékonyságméréssel kísértük. A pilótavizsgálat megvalósítása a 2021. októbere és decembere között zajlott egy magyarországi nagyvállalat bevonásával.

## MÓDSZER

Hassan és munkatársai (2006) úgy definiálják a pilótavizsgálatot (pilot study), mint egy kisebb volumenű vizsgáldást a kutatási protokollok, adatgyűjtési eszközök, mintavételi stratégiák és egyéb kutatási technikák tesztelésére egy nagymintás vizsgálat előkészítéseként. Egyszerűbben fogalmazva, a pilótavizsgálat azokra a kérdésekre igyekszik választ adni, hogy van-e értelme egy kutatás lefolytatásának, és ha igen, akkor hogyan. A fő kutatás minőségének és hatékonyságának javítása érdekében ennek elvégzése döntő jelentőségű, továbbá segítséget nyújt abban is, hogy a kutatást végző személyek tájékozottabbak és felkészültebbek legyenek a nagymintás vizsgálat problémáival kapcsolatban, és hatékonyabban tudják majd alkalmazni az adatgyűjtéshez használt eszközöket.

Saját pilótavizsgálatunk során elsődleges célunk volt felmérni a mintavételezés és a kontrollcsoport illesztésének megvalósíthatóságát, a programok és a kutatás időtartamát, költségeit, valamint vizsgáltuk a mérőeszközt, hogy mennyire alkalmas a hallássérült és a mozgáskorlátozott személyekkel kapcsolatos attitűdök feltérképezésére, különbségek kimutatására, illetve a változások detektálására. A kvantitatív vizsgálatához a Findler, Vilchinsky & Werner (2007) által megalkotott – hazánkban Lendvai (2019) által magyar nyelven használt – szituatív Multidimensional Attitude Scale (MAS) attitűdskála kutatásra adaptált változatát alkalmaztuk, ami a kutatásban résztvevő személyek hallássérült és mozgáskorlátozott emberekkel kapcsolatos vélekedését térképezte fel a beavatkozás előtt, valamint a programot követő  $30 \pm 5$  nap elteltével. Továbbá az Erős, Fábíán, Enyedi és Fleck (1996) ötfokú rokonszenv-ellenszenv skála alapján a Lendvai (2019) által készített skálát használtuk, hogy felmérjük, mennyire tartják rokonszenvesnek a fogyatékos személyeket válaszadóink. Ez kiegészült a Diószegi és Fehér (2005) alapján összeállított Bogardus társadalmi távolságot mérő skála egy itemével (Lendvai, 2019). Végül a demográfiai adatok megadásán túl néhány előzetes tapasztalatra, kontaktusra kérdeztünk rá fogyatékos személyekkel kapcsolatban. A kutatás során felvett adatok anonim módon kerültek rögzítésre, és egy általunk alkotott kódrendszer alapján (1. táblázat) biztosítottuk a bemeneti és kimeneti kérdőívek összerendelhetőségét.

1. Édesanyja keresztnévének első és utolsó betűje. (Pl. Az <b>édesanyja neve Szabó Zsanett</b> , akkor <b>ZS és T</b> )	első:	utolsó:
2. Az Ön saját, <b>idősebb</b> testvércinek száma.	0	1 2 3 4 5 Több
3. Az <b>Ön születési helyének</b> (település) kezdőbetűje (Pl. ha <b>Szegeden</b> született, akkor <b>SZ</b> )	első betű:	
4. Az <b>Ön születési évének</b> utolsó két számjegye (pl. <b>1993</b> -ban született, akkor <b>93</b> )	utolsó két számjegy:	
5. Az ön neme (nő = N; férfi = F)	N	F

1. táblázat. Az anonimitást biztosító kódrendszer, mely segít az elő- és utótesztek összerendelésében.

A minél megbízhatóbb és érvényesebb vizsgálódás érdekében a Solomon-féle négycsoportos kísérleti módszert tervezzük alkalmazni (2. táblázat) a nagymintás vizsgálat során, így a pilótavizsgálatot is már ebben a rendszerben építettük fel.

<i>Solomon-féle négycsoportos kísérlet</i>	<i>IDŐ -----&gt;30±5 nap</i>		
	<i>ELŐTESZT</i>	<i>HATÁS</i>	<i>UTÓTESZT</i>
<i>A - kísérleti csoport I.</i>	<i>O<sub>1</sub></i>	<i>X</i>	<i>O<sub>2</sub></i>
<i>B - kontrollcsoport I.</i>	<i>O<sub>3</sub></i>		<i>O<sub>4</sub></i>
<i>C - kísérleti csoport II.</i>		<i>X</i>	<i>O<sub>5</sub></i>
<i>D - kontrollcsoport II.</i>			<i>O<sub>6</sub></i>

2. táblázat. Solomon-féle négycsoportos kísérlet elrendezése, Navarro, Mario, Siegel & Jason T. (2018) nyomán.

Ez képes kontrollálni az interakciós teszthatásokat, s figyelembe venni a többi külső változót is, túllépve az elő- és utótesztes kontrollcsoportos, valamint az utótesztes kontrollcsoportos módszerek korlátain (Kontra, 2011; Sági & Széll, 2015). A vizsgálati mintát a kutatásra és programra jelentkező személyek alkották egyazon vállalatból, egyenlő arányban a kísérleti és kontrollcsoportba vonva. A kontrollcsoportba olyan személyek kerültek, akik nem vettek részt a strukturált szemléletformáló programban, de számukra is felajánlottuk egy későbbi időpontban a részvétel lehetőségét, hogy egyenlő eséllyel juthassanak hozzá az általunk nyújtott szolgáltatáshoz, ne érje őket hátrány a programból való kimaradás miatt a kísérleti csoporthoz képest. Mivel a kísérleti mintába csak olyan személyek kerülhettek, akik jelentkeztek a DAT programba, ezáltal nem beszélhetünk valószínűségi mintavételről (önkiválasztásos), így az eredmények is csak bizonyos korlátok között értelmezhetők.

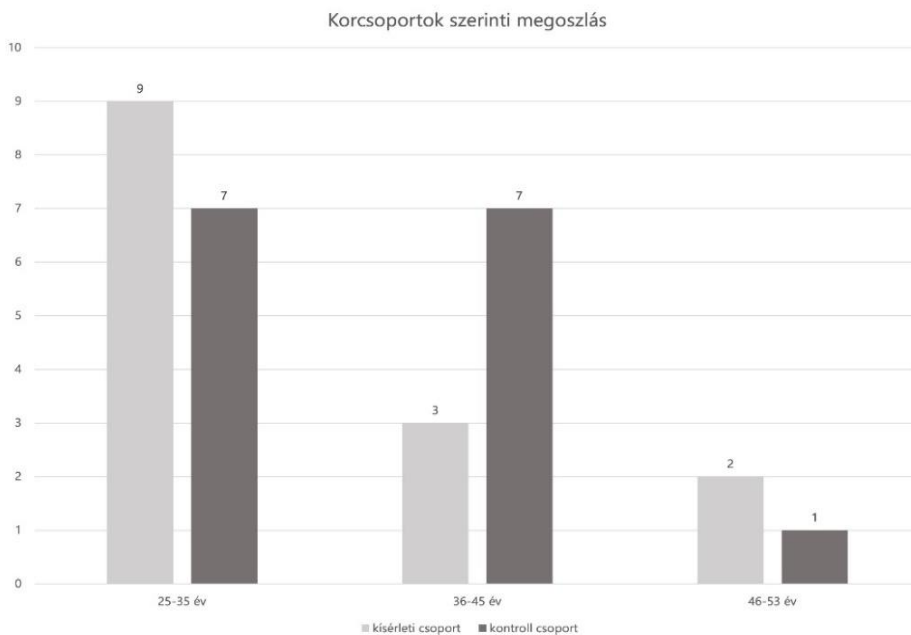
## Minta

A programra és a hozzá kapcsolódó kutatásra összesen 36 fő jelentkezett, az 1. ábra jelöli a mintába bevont, kérdőívet kitöltő egyének számát. Az  $n_{be}$  adatok megadják, hogy az egyes csoportokból hányan töltötték ki a bemeneti kérdőíveket, az  $n_{ki}$  adatok pedig a kimeneti kitöltések számát jelölik. A végső mintába minden csoportból – nemek szerinti felosztásban –  $n_{össz}$  számú résztvevő került be, azaz összesen 29 fő.



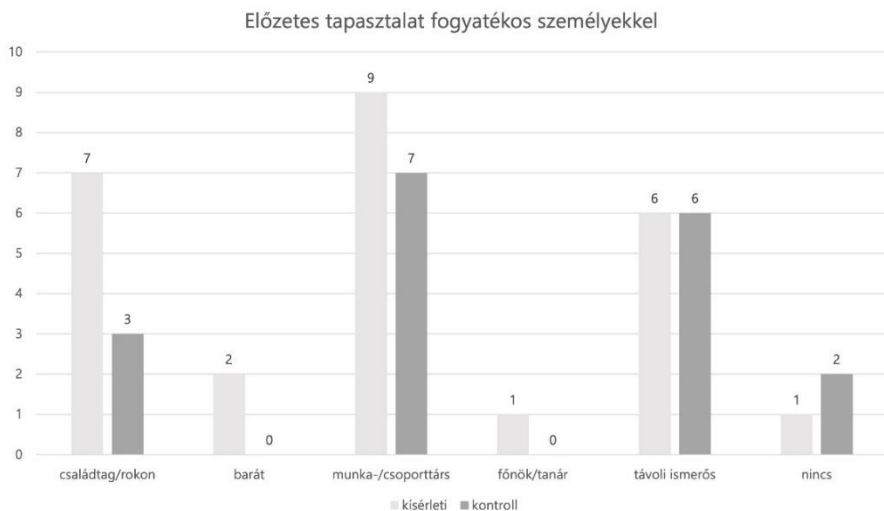
3. ábra. A kutatási minta a Solomon-féle négycsoportos elrendezés alapján kísérleti és kontrollcsoportra bontva.

Az adatok tisztítása során eltávolítottuk a mintából azokat a kérdőíveket, ahol nem volt meg ugyanahhoz a bemeneti kérdőív kódhoz a kimeneti párja, vagy fordítva. A *B csoport* esetén több kérdőívet azért kellett kizárnunk, mert az attitűdskála nem volt maradéktalanul kitöltve, így kaptuk végül a 29 főt. A *C kísérleti csoportnál* bemeneti kérdőívnek minősült a demográfiai adatok megadása, valamint a Bogardus- és a rokonszenv-ellenszenv skála kitöltése. Ez a csoport a kísérleti elrendezésbe bevont attitűdskálát csak a kimeneti kérdőív során töltötte ki. A nemek arányát tekintve elmondható, hogy a szemléletformáló program résztvevői között felülreprezentáltak volt a nők, ezzel szemben a nemek aránya a kontrollcsoportba bevont mintán egyenlőbb volt. Bizonyos kutatások szerint a nők hajlamosabbak a proszociális, altruista viselkedésre (Einolf, 2010; Eckel & Grossman, 2008; Mesch, Brown, Moore & Hayat, 2011; Christov-Moore et al., 2014), talán ezzel is magyarázható egy fogyatékos személyekkel kapcsolatos szemléletformáló program iránti fokozott érdeklődés a részükről. Az életkort vizsgálva 25 és 53 éves kor volt a határérték, ahogyan az 1. diagramon is látszik. Elmondható, hogy a programban való részvétel a fiatal felnőtteknél és középkorúaknál gyakoribb volt, mint az idősebb korosztályban.



1. diagram. A válaszadók korcsoportok szerinti megoszlása.

A 29 főből 5 fő él városban, míg 24-en Budapestet jelölték lakhelyüknek. A legmagasabb iskolai végzettség tekintetében felülreprezentáltak voltak a diplomások, hiszen csak 2 fő jelölte az érettségit, 27 fő pedig a felsőfokú végzettséget. A családi állapotra vonatkozóan 5 fő egyedülálló, 1 elvált, és 23 személy pedig házastársi/élettársi/párkapcsolati státuszú. A fogyatékos személyekkel kapcsolatos előzetes tapasztalatokra is rákérdeztünk a válaszadóknál, a kapcsolat minőségére vonatkozóan egyelőre nem volt célunk feltárásokat végezni, csak a kapcsolat meglétét és annak státuszát mértük fel többszörös választás kérdéssel. A 2. diagramon látszódik, hogy mind a kísérleti, mind a kontrollcsoportban hasonló arányban volt már tapasztalatuk a résztvevőknek, igen kevesen – 3 fő – jelezték, hogy nem volt még tapasztalatuk fogyatékos személyekkel. A programra való jelentkezés szempontjából ez egy érdekes mutató, hiszen az előzetes kapcsolat ilyen magas arányú meglétéből akár következtethetni lehet arra is, hogy azon személyek, akiknek már volt előzetes tapasztalatuk fogyatékos személlyel, inkább jelentkeznek egy azonos témájú szemléletformáló programra/kutatásra, mint azon személyek, akiktől távolabb áll ez a kérdéskör. Itt akár egyéni indíttatás is lehet a háttérben, olyan tudás megszerzése, ami az illető számára konkrétan is hasznosítható korábbi kapcsolataiban fogyatékos személyekkel.



2. diagram. Fogyatékos személyekkel való előzetes tapasztalat megléte.

A munkatársi/csoporttársi kapcsolatot mindkét csoportnál sokan jelölték, vélhetően azért, mert az egyik kollégájuk kerekesszékkal közlekedik. Közzelebbi kapcsolatot – család/rokon és barát – leginkább a kísérleti csoport tagjai jelölték. Az előzetes kapcsolatot jelölők magas száma elgondolkodtató, egyfelől inklúziós szempontból, hiszen ebből arra következtethetünk, hogy a fogyatékos emberek társadalmi részvétele egyre szélesebb körű, másfelől feltételezhető körükben a téma iránti fokozott érdeklődés, felmerülhet, hogy az előzetes ismeret a programra való jelentkezés indikátora. Végül a kereset tekintetében a legtöbb válaszadó mind a kísérleti, mind a kontrollcsoportban átlagosnak ítélte saját anyagi helyzetét.



3. diagram. Az anyagi helyzet saját megítélése a csoportokban.

Az eddig felsorolt mutatókon összehasonlító elemzések végzésére nem volt lehetőség a csoportok között, mivel ezen változók mentén a minta túlságosan homogén és a kis elemszámmal együtt ez nem engedi a számítások elvégzését.

## EREDMÉNYEK

### Skálák kiértékelése

A társadalmi távolságot mérő skála két végpontja az 1: *Elfogadnám családtagnak* és a 6: *Egy országban sem laknék vele értékek*, amelyek azt hivatottak megmutatni, hogy a válaszadó milyen mértékű intimitást fogadna el maga és a fogyatékos személyek csoportjának egyes tagjai között. A bemeneti és a kimeneti kérdőívben mutatkozó különbségeket az első táblázat mutatja. Több magyarországi kutatással ellentétben (pl. Laki, 2011; Balázs-Földi, 2018) a vizsgálatban résztvevők a három legkritikusabb távoli dimenziót szinte alig jelölték.

csoport	BE (fő)				KI (fő)		
	A	B	C	D	A	B	C
családtagnak	3	2	6	5	6	0	5
lakótársnak	1	0	0	1	1	1	1
munkatársnak	3	4	1	2	1	3	1
szomszédnak	0	0	0	0	0	2	0
település lakójának	1	0	0	0	0	0	0
egy országban se lakna	0	0	0	0	0	0	0

3. táblázat. Társadalmi távolság a fogyatékos személyekkel kapcsolatban a program előtt és után.

A bemeneti kérdőívekben (A, B, C) összesen 11 fő, a kimeneti (A, B, C) kérdőívekben szintén 11 fő, azaz a válaszadók több, mint fele a legközelebbi opciót választotta, csak úgy, mint a kérdőívet egyszer kitöltő D csoport esetén, tehát a legtöbben akár családtagjukként is el tudnának képzelni fogyatékos személyt. Ez az eredmény azonban mégsem olyan meglepő, hiszen a mintába került személyek közül 10 fő jelölte, hogy van a családjában érintett ember. Csoportokra lebontva már jobban szór az eredmény, az *A csoportnál* a bemeneti kérdőívben előfordult az 5. távolság, mint a település egy lakója, és többen jelölték a munkatársi elfogadást is. Ez a kimeneti kérdőívben megváltozott, ott már a csoport nagy része (6 fő) jelölte, hogy elfogadná családtagnak a fogyatékos személyt. A *B kontrollcsoport* esetén a bemeneti skálán elfogadóbbnak bizonyultak a válaszadók, esetükben a kimeneti skálán már senki nem jelölte a családtagnak való elfogadást, ellenben szomszédnak már ketten is elfogadnák, ami a skálának egy távolabbi pontja. A *C kísérleti csoportnál* egy minimális változás következett be, de tulajdonképpen a bemeneti eredmény nagyon hasonló a kimenetihez, egy esetben történt a családtagról lakótársra való jelölés. Az 3. táblázat eredményei alapján összességében elmondhatjuk, hogy a program után a kísérleti csoportból többen jelölték a közelebbi szintű elfogadást, mint korábban, míg a *B csoport* esetén az elfogadás mértéke távolodott.



A kísérleti és kontrollcsoport közötti különbségnek nem tudhatjuk biztosan az okát, szignifikanciát vizsgálni ilyen kis elemszám mellett nem érdemes.

A társadalmi távolság mérésén túl kíváncsiak voltunk az egyes fogyatékosági típusokba tartozó emberekkel kapcsolatos rokonszenvre, ebben az esetben az 5 fokú Likert skála két végpontja *1: Nagyon ellenszenves, 5: Nagyon rokonszenves* és középpontja *3: Közömbös*. Több hazai vizsgálat (Laki, 2011; Balázs-Földi, 2018; Lendvai, 2019) is készült a témakörben, ám ezek a legtöbbször önállóan vizsgálják a fogyatékos személyek csoportját, nem fogyatékosági típusokra lebontva, sokkal inkább a különböző kisebbségi csoportokhoz való hozzáállást veszik górcső alá, és ezen belül helyezik el a fogyatékos személyeket. Ezen vizsgálatok alapján a fogyatékos személyek csoportjával a többi marginalizált csoporttal szemben (pl. kábítószerhasználók, zsidók, romák stb.) nagyobb arányban viseltetnek rokonszenvvel. A 4. táblázatban látható, hogy az egyes vizsgálati csoportok a különböző fogyatékosági típusokkal élő személyekkel milyen mértékben rokonszenveznek. Abban az esetben, ha az érték 3,00 inkább közömbös a csoport vélekedése, 3,00 alatt inkább ellenszenv, afölött pedig rokonszenv tapasztalható. A szemléletformáló program célja, hogy a program megvalósítását követően minden fogyatékosági típusba tartozó emberrel szemben rokonszenvesebb vélekedés alakuljon ki, mint a program előtt. A 4. táblázatban kiemelt A (ki) és C (ki) csoportok részt vettek a programban és a kimeneti kérdőívekben egyik fogyatékosági típusnál sem jelöltek átlagosan 3,00-nál alacsonyabb értéket, míg ez a B (ki) csoportnál nem mondható el. A D (egy) csoport, aki csak egy alkalommal töltött ki kérdőívet, szintén inkább rokonszenvesnek találta a legtöbb fogyatékosági típusba tartozó személyeket, azonban az átlagos értékei alacsonyabbak, mint az A (ki) és C (ki) csoportoknál.

CSOPORT	ÉA	LÁ	HA	MO	BESZ	HALM	AU	TELJ	PSZ
A (BE)	3,38	3,75	3,75	3,88	3,50	3,25	3,50	3,13	3,25
A (KI)	3,63	3,88	3,88	3,88	3,88	3,50	3,75	3,38	3,38
B (BE)	3,00	3,33	3,17	3,50	3,33	2,50	3,00	2,67	2,83
B (KI)	2,83	3,00	3,67	3,33	2,83	2,83	2,67	2,83	2,50
C (BE)	3,29	3,43	3,43	3,43	3,57	2,86	3,14	2,86	2,57
C (KI)	3,79	3,93	4,05	3,93	3,80	3,53	3,80	3,59	3,34
D (EGY)	3,43	3,48	3,41	3,29	3,18	3,13	3,17	3,13	3,13

4. táblázat. A rokonszenv alakulása különböző fogyatékoságú személyekkel kapcsolatban.

A bemeneti kérdőívekben a halmozott fogyatékosággal (HALM) élő, a teljesítmény- és viselkedésvizsgálatban érintett (TELJ), valamint a pszichoszociális fogyatékoságban érintett (PSZ) személyek csoportjával inkább ellenszenv mutatkozott a B és C csoport szerint, de az A és D csoport esetén is kevesebb pontszámot kaptak, mint a többi fogyatékosági csoport. A legmagasabb pontszámokat a látássérült (LÁ), hallássérült (HA) és mozgáskorlátozott (MO) személyek csoportjai kapták, ami megegyezik a legtöbb szakirodalmi adattal abban a tekintetben, hogy a többségi társadalom mely típusú fogyatékoságokkal kapcsolatban mutat magasabb szintű elfogadást, hangsúlyozva, hogy az intellektuális képességszavarban érintett személyek, valamint a halmozott

fogyatékoságban érintett emberek elfogadása mind közül a legalacsonyabb szintű, és újabban a pszichoszociális fogyatékoságban érintett emberek is erre a pólusra sodródtak (Kegye, Megyeri, Németh, Szarvas, Pánczél, Szabados & Wéber, 2013; Ujfalussy, 2014; Barr & Bracchitta, 2015; Gulya, 2019; Kármán, Szekeres & Papp, 2021; NFSZK, 2021; Wang, Z., Xu, X., Han et al., 2021)

A kimeneti kérdőívekben az *A és a C csoport* esetén minden egyes fogyatékosági típusnál kapcsolatban nőtt a pontszám, a Mann-Whitney-próba szerint a  $p < 0,05$  értéknél a TELJ ( $p = 0,027$ ) csoportnál láthatunk szignifikáns különbséget, itt ugyanis 0,73 pontos növekedés történt. Ez a próba is érzékeny az elemszámmra, ezért viszonylag nagy eltérésre van szükség ahhoz, hogy szignifikáns különbség kimutatható legyen, ám az eredmények így is bizakodásra adnak okot. A közvetlen hatások miatt elsősorban a hallássérült és mozgáskorlátozott emberek kapcsán számítható változás, hiszen a program során a két fő előadó ebbe a két csoportba tartozik. Ugyanakkor az Élő Könyvtár programelemében volt látássérült, intellektuális képességzavarban érintett, valamint autizmus spektrum zavarban érintett szereplő is, ezért ezeknél a csoportoknál is várható volt pontszámbeli eltérés.

A MAS attitűdskála az attitűd három dimenziója mentén tárja fel a kitöltő személyek vélekedését a fogyatékos személyekkel kapcsolatban. A három dimenzió összesen 34 itemet tartalmaz, 16 affektív, 10 ismereti és 8 viselkedéses item eloszlásban. A válaszokat egy 5 fokú Likert típusú skálán lehet jelölni, mely 1 (egyáltalán nem) és az 5 (teljes mértékben) között mér, maximálisan elérhető 170-es pontszámmal. Minél magasabb egy személy pontszáma, annál negatívabb attitűdöt feltételezhetünk. Az eredeti skálához képest a legtöbb mérőeszközt használó kutatás mégsem ajánlja az eredeti háromdimenziós felosztást, hiszen több nyelvre lefordítva és faktoranalízissel vizsgálva, az eredmények több dimenzió meglétét támasztották alá (pl. Vilchinsky, Findler & Werner 2010; Dachez, Ndofo & Ameline, 2015; Shpigelman, Zlotnick & Brand, 2016; Wöhrle, Franke & Kisgen, 2018).

Jelen kutatás nem tűzte ki célul a kérdőív revideálását, ezért a részeredmények felsorolásánál bemutatjuk az egyes alskálákra kapott adatokat is tájékoztató jelleggel. Továbbá nem volt cél a Solomon-féle négycsoportos kísérleti elrendezésnek megfelelő statisztikai próbák elvégzése, ezért az adatokat nem vetettük alá összehasonlító elemzéseknek. Az előtesztelés folyamán megvizsgáltuk a minta eloszlását, és az adatsorunk egyik skála esetében sem követte a normál eloszlást, abban az esetben, ha komplexebb statisztikai próbák végrehajtására kerül sor, ügyelni kell a nem parametrikus próbák használatára. Skáláinkon külön vizsgáltuk az előteszt és az utóteszt kérdőívek konzisztenciáját, nem csak a teljes kérdőív tekintetében, hanem a három dimenzió mentén is. Ahogyan a 5. táblázatban is látszik, mindegyik esetén megfelelő Cronbach-alfa mutatók jellemezték a dimenziókat. Azonban fontos megemlíteni, hogy önmagában véve a Cronbach-mutató értéke nem egyenlő a megbízható eredményekkel, a skálát nagymintás vizsgálaton faktorelemzésnek szükséges alávetni, és a KMO értékekkel együtt vizsgálni.

Cronbach $\alpha$				
	érzelmi	kognitív	viselkedéses	teljes
hallás_be	0,886	0,889	0,752	0,899
mozgás_be	0,91	0,87	0,837	0,905
hallás_ki	0,924	0,798	0,773	0,933
mozgás_ki	0,842	0,759	0,844	0,894

5. táblázat. Megbízhatósági koefficiens alakulása kérdőívenként, alskálánként.

A 6. táblázat értékei bemutatják a két skálán (hallás és mozgás) elért skálaértékek átlagát. Az eredmények összehasonlíthatósága érdekében nem az átlagos összpontszámokban fejeztük ki az értékeket, hiszen a legtöbb nemzetközi szakirodalommal így összevethető. Amennyiben a skála revidálásra kerül, az eredmények akkor is összehasonlíthatók maradnak, ha a skála dimenziói, illetve itemszáma változik.

	BE				KI			
	HA_ÉR	HA_KOG	HA_VIS	HA_ÁTL	HA_ÉR	HA_KOG	HA_VIS	HA_ÁTL
<b>A</b>	2,82	2,61	2,47	2,69 (91,6)	2,16	2,55	2,52	2,4 (81,5)
<b>B</b>	3,01	2,68	2,38	2,77 (94,2)	2,78	2,73	2,69	2,76 (94)
<b>C</b>	x	x	x	x	2,43	2,56	2,63	2,53 (86)
<b>D</b>	x	x	x	x	2,45	2,55	2,61	2,54 (86,4)

	BE				KI			
	MO_ÉR	MO_KOG	MO_VIS	MO_ÁTL	MO_ÉR	MO_KOG	MO_VIS	MO_ÁTL
<b>A</b>	2,35	2,49	2,09	2,33 (79,3)	2,07	2,51	2,52	2,23 (75,9)
<b>B</b>	2,11	2,55	1,69	2,14 (72,8)	2,09	2,6	1,83	2,18 (74,2)
<b>C</b>	x	x	x	x	1,79	2,5	2,2	2,1 (71,3)
<b>D</b>	x	x	x	x	2,08	2,3	2,22	2,18 (74)

6. táblázat. A MAS skála hallássérült (HA) és mozgáskorlátozott (MO) személyekkel kapcsolatos verzióinak átlagolt eredményei.

A táblázatban olvashatók továbbá az egyes dimenziókra kapott eredmények, valamint az átlagos összérték (ÁTL) oszlopban az adott csoport által elért átlagos összpontszám is. Az attitűdskála érzelmi dimenziójának (ÉR) 16 iteme, kognitív dimenziójának (KOG) 10 iteme, a viselkedéses dimenziójának pedig (VIS) 8 iteme van. Egy skála maximuma 170 pont, és minél magasabb a pontszám, annál negatívabb attitűd feltételezhető. A bemeneti értékeket vizsgálva érdekes megfigyelni, hogy az *A kísérleti* és *B kontrollcsoport* is igen jelentős különbség látható a hallássérült személyekkel kapcsolatos skála (HA) és a mozgáskorlátozott személyekkel kapcsolatos eredmények között (MO). Páros Wilcoxon próbával összehasonlítottuk először az *A csoport* (BE  $p=0,036$  és KI  $p=0,035$ ) és *B csoport* (BE  $p=0,031$  és KI  $p=0,036$ ) bemeneti skálájának értékeit, majd ugyanígy a kimeneti skálákét, s ezek alapján elmondható, hogy még ilyen kis elemszám mellett is szignifikáns különbség mutatkozott  $p<0,05$  értéknél, tehát valóban pozitívabban vélekedtek a válaszadók a mozgáskorlátozott személyekről, mint a hallássérült emberekről, mind a bemeneti, mind a kimeneti skálán. Ez megegyezik a rokonszenv-ellenszenv vizsgálatban kapott adatokkal, hiszen ott is mindkét csoport a hallássérült embereket jelölte a mozgáskorlátozott személyeknél kevésbé rokonszenvesnek. A *C csoport* kimeneti skáláit összehasonlítva szintén szignifikáns különbséget találtunk ( $p=0,036$ ) a

hallássérült és mozgáskorlátozott emberek megítélése között. Csak a pontértékek vizsgálatából látható, hogy az *A kísérleti csoportban* egy 10 pontos csökkenés volt tapasztalható a bemeneti és kimeneti hallásos skála között, a mozgásos skálán ugyan nem ennyire szembetűnő a különbség, de ott is egy közel 4 pontos csökkenés látható. A *B csoportnál* a hallás skálát tekintve nem lett különbség, míg a mozgás skálán egy minimális pontszámbeli növekedés látható. A *C kísérleti csoport* esetén nem volt előtesztelés, a *D kontroll csoport* pedig csak egy tesztet töltött ki. Ezen végpontszámok igen hasonlóak a kimeneti értékekkel, de messzemenő következtetéseket ebből nem lehet levonni, hiszen a kísérleti elrendezés szerint különböző módokon kell összehasonlítani az értékeket, ezért sem szabad pusztán a számok alapján konkludálni.

## KONKLÚZIÓK

Pilotavizsgálatunk célkitűzése elsősorban egy nagymintás vizsgálat előkészítése volt, azon belül is a mintavételezés kérdéseinek, a kérdőív sajátosságainak, a program megvalósíthatóságának és a költségek felmérésének meghatározása. A MAS hallássérült emberekre és mozgáskorlátozott emberekre vonatkoztatott skálái alkalmasak a résztvevők attitűdjeinek feltérképezésére és a változás detektálására, a skálák Cronbach-alfa értékei minden esetben 0,7-es magasabb értéket mutattak, így megbízhatóan használhatók a későbbi kutatások során (a nemzetközi eredmények figyelembevételével), azonban fontos az adatok körültekintő elemzése és a megfelelő statisztikai próbáknak való alávetése.

Az előzetes vizsgálatok arra mutattak rá, hogy mindkét MAS skálán az elért pontszámok a programban résztvevő egyénekénél csökkentek, azaz egy pozitív irányú változás feltételezhető, azonban e tekintetben további vizsgálódás szükséges. Ezért is fontos, hogy a Solomon-féle négycsoportos kísérleti elrendezés alkalmazásra kerüljön, ami kutatási szempontból komplexnek és körülményesebbnek tekinthető, azonban a megbízhatósága az előteszt, utóteszt és kontrollcsoportos vizsgálatokkal szemben megkérdőjelezhetetlen.

A kérdőív reprezentatív mintán való bemérése jelenleg a további kutatásokkal párhuzamosan zajlik, így az ebből fakadó korlátok feloldásra kerülhetnek. A szemléletformáló program megvalósítása és a kutatás lebonyolítása személyi és tárgyi feltételek szempontjából igen költségigényes, ezért hosszútávú cél egy önmagát finanszírozni képes program létrehozása, ami a vállalatok számára jó alternatívát biztosít a diverzitást elősegítő programok, beavatkozások terén.

Továbbá fontos megemlíteni a kutatási eredmények elemzésének *limitációját*, miszerint a következtetéseket elsősorban a szemléletformáló programban résztvevő személyekre irányultan lehet csak megfogalmazni, ezért is fontos, hogy a további nagymintás vizsgálat során is kritikus szemlélettel vizsgáljuk a kapott adatokat. Kutatásunk végcélja, hogy a vállalati szemléletformáló program hatására a benne résztvevő munkavállalók attitűdje szignifikánsan pozitívabb irányba változzon a fogyatékosággal élő személyekkel kapcsolatban. Az attitűd pozitív irányú változása nyitottságot eredményezhet, és ösztönözhet egy vállalatot a megváltozott munkaképességű emberek, azon belül is a fogyatékos személyek foglalkoztatására, a befogadás személyi és tárgyi feltételeinek megteremtésére. Fontosnak tartjuk olyan jó gyakorlatok kialakítását és bemutatását, ahol a vállalati környezetben a fogyatékos személyek, munkavállalók a pozitív attitűd talaján nyernek befogadást, ugyanakkor képességeikhez mértén teljesíthetnek, további fejlődési lehetőségekhez juthatnak.

## KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

Jelen publikáció és az alapjául szolgáló kutatás a Miniszterelnökség – Nemzeti Hatóság – képviselőjében a Nemzeti Kutatási Fejlesztési és Innovációs Hivatal által támogatott RRF-2.3.1-21-2022-00013 azonosító számú „Társadalmi Innovációs Nemzeti Laboratórium” című projekt keretében jött létre.

## IRODALOMJEGYZÉK

- Balázs-Földi E. (2018). *Fogyatékos és megváltozott munkaképességű munkavállalókkal kapcsolatos attitűdök*. Doktori (PhD) értekezés. Debreceni Egyetem Gazdálkodástudományi Kar, Debrecen.
- Barak, M. (2017). *Managing Diversity toward a Globally Inclusive Workplace*. (4th ed.). SAGE Publications Ltd., London.
- Barr, J. J. & Bracchitta, K. (2015). Attitudes toward individuals with disabilities: The effects of contact with different disability types. *Current Psychology: A Journal for Diverse Perspectives on Diverse Psychological Issues*, 34(2), 223–238. <https://doi.org/10.1007/s12144-014-9253-2>
- Chennat, S. (Ed.). (2019). *Disability, Inclusion and Inclusive Education*. Springer, Singapore.
- Christov-Moore, L., Simpson, E. A., Coudé, G., Grigaityte, K., Iacoboni, M., & Ferrari, P. F. (2014). Empathy: gender effects in brain and behavior. *Neuroscience and biobehavioral reviews*, 46 Pt 4(Pt4), 604–627. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2014.09.001>
- Csányi Y. (1993). Integrált nevelés a kutatás szintjén. In Csányi Y. (Ed.), *Együttnevelés Speciális igényű tanulók az iskolában*. (pp. 22–33). Iskolafejlesztési Alapítvány OKI, Budapest.
- Dachez, J., Ndobo, A. & Ameline, A. (2015). French validation of the Multidimensional Attitude Scale toward persons with disabilities (MAS): The case of attitudes toward autism and their moderating factors. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 45(8), 2508–2518. <https://doi.org/10.1007/s10803-015-2417-6>
- Diószegi B., & Fehér B. (2005). A deliberációs csoportok társadalmi távolságérzetének változása és ennek okai. In Örkény A. & Székely M. (szerk.), *Magyar Agora*, 159–171.
- Dunás-Varga I. (2021). Az oktatásban való részvétel, a végzettség és a foglalkoztatás összefüggései, különös tekintettel a fogyatékossgal élő személyek helyzetére. In Perlusz A., Cserti-Szauer Cs. & Sándor A. (szerk.), *Fogyatékos emberek a 21. századi magyar társadalomban: Tanulmánykötet Bánfalvy Csaba tiszteletére*. (pp. 21–31). ELTE BGGYK, Budapest.
- Eckel, C. C., & Grossman, P. J. (2008). Chapter 113 Men, Women and Risk Aversion: Experimental Evidence. In C. R. Plott & V. L. Smith (Szerk.), *Handbook of Experimental Economics Results* (Köt. 1, o. 1061–1073). Elsevier. [https://doi.org/10.1016/S1574-0722\(07\)00113-8](https://doi.org/10.1016/S1574-0722(07)00113-8)
- Einolf, C. J. (2010). Gender Differences in the Correlates of Volunteering and Charitable Giving. *Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly*, 40(6), 1092–1112. <https://doi.org/10.1177/0899764010385949>
- Erős F., Fábrián Z., Enyedi Z., & Fleck Z. (1996). *Előítéletek, autoritarizmus, és politikai ítéletek, autoritarizmus és politikai attitűdök a posztkommunista átalakulás idején: Magyarország, 1994 (Kérdőíves vizsgálat)*. MTA Pszichológiai Intézete, Budapest.
- Fisher, K. R. & Purcal, C. (2017). Policies to change attitudes to people with disabilities. *Scandinavian Journal of Disability Research*, 19(2), 161–174. <http://doi.org/10.1080/15017419.2016.1222303>
- Geisen, T., Hassler, B., Wagner, S., Buys, N., Randall, C., Harder, H., Fraess-Phillips, A., Yu, I. T., Howe, C., & Scott, L. (2019). Raising awareness and appreciation: Employee perspectives on disability management in Swiss companies. *International Journal of Disability Management*, 14, Article e1. <https://doi.org/10.1017/idm.2019.1>

- Gulya N. (2019). Egy fogyatékossgal élő emberekkel kapcsolatos komplex szemléletformáló program hatásvizsgálata. In Karlovitz T., & Torgyik J. (eds.), *Szakmódszertani és más emberközpontú tanulmányok*. (pp. 227–238) International Research Institute sro, Komárno.
- Hadi N. (2013). A fogyatékossgal élő személyek alapjogai. PhD értekezés. Pécsi Tudományegyetem Állam- és Jogtudományi Kar Doktori Iskola, Kaposvár.
- Hassan, Z. A., Schattner, P., & Mazza, D. (2006). Doing A Pilot Study: Why Is It Essential? *Malaysian family physician: the official journal of the Academy of Family Physicians of Malaysia*, 1(2-3), 70–73.
- Heymani, S., Pillay, D., Andrade, V., Roos, R. & Sekome, K. (2020). A transformative approach to disability awareness, driven by persons with disability. *South African Health Review*, 2020(1), 1–9. <https://doi.org/10520/ejc-health-rv2020-n1-a4>
- Kármán B., Szekeres Á., & Papp G. (2021). Szemléletformáló foglalkozás kidolgozásának módszertani háttere. Az értelmileg akadályozott személyek elfogadása középiskolás fiatalok körében. In Perlusz A., Cserti-Szauer Cs., & Sándor A. (szerk.), *Fogyatékos Emberek a 21. századi magyar társadalomban*. (pp. 101–110). ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar, Budapest.
- Kegyve A., Megyeri K., Németh Sz., Szarvas H., Pánczél M., Szabados T. & Wéber A. (2013). *Védett tulajdonságú csoportok hozzájárulásának akadályai a közgazdasági döntéshozatalban*. Egyenlő Bánásmód Hatóság, Budapest.
- Kim, E., & Park, H. (2018). Perceived gender discrimination, belief in a just world, self-esteem, and depression in Korean working women: A moderated mediation model. *Women's Studies International Forum*, 69, 143–150. <https://doi.org/10.1016/j.wsif.2018.06.006>
- Kleeman, J; Wilson, Erin (2007): Seeing is believing: changing attitudes to disability : a review of disability awareness programs in Victoria and ways to progress outcome measurement for attitude change. Deakin University. Report. <https://hdl.handle.net/10536/DRO/DU:30025097>
- Kontra J. (2011). *A pedagógiai kutatások módszertana - egyetemi jegyzet*. Kaposvári Egyetem, Kaposvár.
- Kozma Á., Petri G., & Bernat A. (2020). Kiszolgáltatottság és stagnálás: fogyatékos emberek társadalmi helyzete a 2010-es években. In Szelényi I., & Tóth I. (szerk), *Társadalmi Ríport 2020*. (pp. 381–403). TÁRKI, Budapest.
- Könczei Gy. (szerk.) (2009). *A fogyatékossgal definíciói Európában – összehasonlító elemzés*. Eötvös Loránd Tudományegyetem, Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar, Budapest.
- Laki I. (szerk.). (2011). *A fogyatékossgal élő fiatal felnőttek társadalmi integrálódásának esélyei és lehetőségei a mai Magyarországon*. L'Harmattan Kiadó, Budapest.
- Lendvai L. (2019). *A látásérintett személyekkel kapcsolatos többségi attitűdök és azok percepciója*. PhD értekezés. Eötvös Loránd Tudományegyetem Pedagógiai és Pszichológiai Kar, Budapest.
- Lotz, M. J. (2021). *The Threat Of Ableist Attitudes On The Performance And Well-Being Of Individuals With Disabilities*. Thesis. Purdue University Graduate School. <https://doi.org/10.25394/PGS.17145767.v1>
- Mecséri J. (2021). Mit tehet egy nagyvállalat a fogyatékossgal élő személyek integrációja érdekében? In Perlusz A., Cserti-Szauer Cs., & Sándor A. (szerk.) *Fogyatékos emberek a 21. századi magyar társadalomban: Tanulmánykötet Bánfalvy Csaba tiszteletére*. (pp. 73–82). ELTE BGGYK, Budapest.
- Mesch, D. J., Brown, M. S., Moore, Z. I., & Hayat, A. D. (2011). Gender differences in charitable giving. *International Journal of Nonprofit and Voluntary Sector Marketing*, 16(4), 342–355. <https://doi.org/10.1002/nvsm.432>
- Murfitt, K. F. (2006). *Attitude Change in Employment of People Who Have a Disability*. Ph.D. Thesis. Deakin University, School of Psychology. McCambridge, Melbourne.
- Nishii, L. H. (2013). The benefits of climate for inclusion for gender-diverse groups. *Academy of Management Journal*, 56(6), 1754–1774. <https://doi.org/10.5465/amj.2009.0823>
- Padden, L., & Ellis, C. (2015). Disability awareness and university staff training in Ireland (Practice Brief). *Journal of Postsecondary Education and Disability*, 28(4), 433–445.
- Papp G. & Perlusz A. (2012). „...mindenképpen figyelni kell a folyamatokat és reagálni kell...” Kooperáció és konkurenciafolyamatok a sajátos nevelési igényű tanulókat ellátó intézményekben. In Zászkaliczky

- P. (szerk.), *A társadalmi és iskolai integráció feltételrendszere és korlátai*. (pp. 179–200). Eötvös Loránd Tudományegyetem, Budapest.
- Polo Sánchez, M. T., Chacón-López, H., Caurcel Cara, M. J., & Valenzuela Zambrano, B. (2020). Attitudes towards Persons with Disabilities by Educational Science Students: Importance of Contact, Its Frequency and the Type of Disability. *International Journal of Disability, Development and Education*, 68(5), 617–626. <https://doi.org/10.1080/1034912X.2020.1716960>
- Roth, D., Pure, T., Rabinowitz, S. & Kaufman-Scarborough, C. (2018). Disability Awareness, Training, and Empowerment: A New Paradigm for Raising Disability Awareness on a University Campus for Faculty, Staff, and Students. *Cogitatio – Social Inclusion* 6(4), 116–124. <https://doi.org/10.17645/si.v6i4.1636>
- Sági M. & Széll K. (2015). *Hatásvizsgálatok alapszintű kézikönyve*. Budapest, Oktatókutatató és Fejlesztő Intézet, Budapest.
- Shakespeare, T. (2006). *Disability Rights and Wrongs* (1st ed.). Routledge, London.
- Shpigelman, C.-N., Zlotnick, C., & Brand, R. (2016). Attitudes Toward Nursing Students With Disabilities: Promoting Social Inclusion. *Journal of Nursing Education*, 55(8), 441–449. <https://doi.org/10.3928/01484834-20160715-04>
- Shuttleworth, R., & Meekosha, H. (2017). Accommodating Critical Disability Studies in Bioarchaeology. In Byrnes, J., Muller, J. (eds) *Bioarchaeology of Impairment and Disability. Bioarchaeology and Social Theory*. (pp. 19–38). Springer, Cham. [https://doi.org/10.1007/978-3-319-56949-9\\_2](https://doi.org/10.1007/978-3-319-56949-9_2)
- Tan, B. S., Wilson, E., Campain, R., Murfitt, K., Hagiliassis, N. (2019). Understanding negative attitudes toward disability to foster social inclusion: An Australian case study. In Halder, S. & Argyropoulos, V. (eds) *Inclusion, Equity and Access for Individuals with Disabilities. Insights from educators across the world*. (pp. 41-65). Palgrave Macmillan, Singapore. [https://doi.org/10.1007/978-981-13-5962-0\\_3](https://doi.org/10.1007/978-981-13-5962-0_3)
- Ujfalussy R. (2014). A felnövekvő értelmiség sérült emberekhez való viszonya. *Gyógypedagógiai Szemle*, 42(1), 48–62.
- Varga A. (2015). *Az inklúzió szemlélete és gyakorlata*. Pécsi Tudományegyetem Bölcsészettudományi Kar Neveléstudományi Intézet, Pécs.
- Vilchinsky, N., Findler, L., & Werner, S. (2010). Attitudes toward people with disabilities: The perspective of attachment theory. *Rehabilitation Psychology*, 55(3), 298–306. <https://doi.org/10.1037/a0020491>
- Wang, Z., Xu, X., Han, Q., Chen, Y., Jiang, J., & Ni, G. X. (2021). Factors associated with public attitudes towards persons with disabilities: a systematic review. *BMC Public Health*, 21(1), 1058. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11139-3>
- Wöhrle, J., Franke, S., & Kissgen, R. (2018). The German Multidimensional Attitude Scale Toward Persons With Disabilities (G-MAS): A factor analytical study among high-school students. *Rehabil Psychol*. 63(1), 83–91. <https://doi.org/10.1037/rep0000170>

## Hivatkozott jogszabályok, dokumentumok

- 10/2006. (II. 16.) OGY határozat az új Országos Fogyatékosügyi Programról.
1998. évi XXXVI. törvény a fogyatékos személyek jogairól és esélyegyenlőségük biztosításáról.
2003. évi LXI. törvény a közoktatásról szóló 1993. évi LXXIX. törvény módosításáról
2013. évi LXII. törvény a fogyatékos személyek jogairól és esélyegyenlőségük biztosításáról szóló 1998. évi XXVI. törvény módosításáról.
- European Commission (2011). Social Business Initiative SBI. Letöltés ideje: 2023.01.10. URL:<https://ec.europa.eu/docsroom/documents/14583/attachments/3/translations/en/renditions/pdf>
- European Congress of Disability Affairs (2003). The Madrid Declaration - Non Discrimination Plus Positive Action Results in Social Inclusion. Letöltés ideje: 2023.01.10. URL:

[https://democracy.islington.gov.uk/Data/Annual%20Council/200305131930/Agenda/\\$THE%20MADRID%20DECLARATION%20REPORT.doc.pdf](https://democracy.islington.gov.uk/Data/Annual%20Council/200305131930/Agenda/$THE%20MADRID%20DECLARATION%20REPORT.doc.pdf)

- Magyarország Alaptörvénye (2011. április 25.). Letöltés ideje: 2023.01.10. URL: <https://mkogy.jogtar.hu/jogszabaly?docid=a1100425.ATV>
- United Nations (1989). Conventions on the Rights of a Child. Letöltés ideje: 2023.01.10. URL: <https://www.unicef.org/child-rights-convention/convention-text>
- United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (1994). The Salamanca Statement and Framework for Action on Special Needs Education. Letöltés ideje: 2023.01.10. URL: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000098427>
- United Nations General Assembly (1948). Universal Declaration of Human Rights. Letöltés ideje: 2023.01.10. URL: <https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/2021/03/udhr.pdf>
- United Nations General Assembly (1993). Standard Rules on the Equalization of Opportunities for Persons with Disabilities (resolution 48/96 annex). Letöltés ideje: 2023.01.10. URL: <https://www.un.org/disabilities/documents/gadocs/standardrules.pdf>
- United Nations General Assembly (2006). The Convention on the Rights of Persons with Disabilities and its Optional Protocol (A/RES/61/106). Letöltés ideje: 2023.01.10. URL: <https://www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities.html>

## Shaping attitudes towards people with disabilities to promote an inclusive society – a pilot study

---

### ABSTRACT

*Background and aims:* Employment can be seen as an essential element of our society, as it not only contributes to the personal development of people with disabilities, but also enables them to lead independent lives and to integrate into society. The degree to which a society is open to the employment of disabled workers is not only an individual issue, but also a combination of political, social, economic, and legal issues. Taking all these interrelated factors into account, it is clear that all organisations need to address disability because they have a significant impact on the expression of negative attitudes towards people with disabilities.

*Method:* Our quantitative research is based on a participatory disability awareness program specifically targeted at the market sector to promote diversity. In our pilot study, we implemented a three-session disability awareness program at a Hungarian company based in Budapest, Hungary, with the aim of assessing the specificities of the program and research. A total of 29 people participated in a research-based program that included testing a version of the Multidimensional Attitude Scale (MAS) adapted to people with hearing and physical impairments, as well as testing the Solomon four-group experimental design.

*Results:* During the study, both experimental and control groups could be structured using Solomon's four-group experimental design. The experimental group had higher scale scores in the input questionnaire than in the output questionnaire, and a lower score indicates a more positive attitude.

*Conclusions:* The small sample size and nature of the research preclude drawing broad conclusions. The pilot study results indicate that the research and program are feasible, but liable to human and material resources.

**Keywords:** disability awareness program, attitude research, impact assessment

---



# A GYAKORLAT MŰHELYÉBŐL

*ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar Gyógypedagógiai Módszertani és Rehabilitációs Intézet*

## Tendenciák a hallássérült gyermekek ellátásában az újszülöttkori hallásszűrés nyomán

### Az UNHS (Univerzális Neonatális HallásSzűrés) hatása a hallássérülés diagnosztikájára és a hallókészülékes ellátásra

KERESZTESSY ÉVA

[keresztessy.eva@barczi.elte.hu](mailto:keresztessy.eva@barczi.elte.hu)

---

#### ABSZTRAKT

Magyarországon 2015 óta kidolgozottan működik a hallásszűrés protokollja. A hallássérült kisgyermek életútjának alakulását döntően befolyásolja, hogy a hallásszűrést követően haladéktalanul megtörténik-e a diagnózis felállítása, és meghatározó, hogy a kisgyermek ezután milyen ellátórendszerbe kerül, hiszen a vizsgálatok nem zárulnak le a diagnózis felállításával, hanem a fókusz áthelyeződik a technikai ellátásra. Jól működő ellátórendszerben az érintettek egy szabályozott folyamat részeseseivé válnak, amely folyamatba – szerencsés esetben – minden szakellátó a megfelelő időben és helyen kapcsolódik be. Hazánkban azonban nincs egységes rendszere a diagnosztikai és rehabilitációs folyamatnak, nincs meghatározva a megfelelő beavatkozás tartalma és hatóköre.

Vizsgálatainkat az ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar Hallássérült Személyek Pedagógiája és Rehabilitációja Szakcsoport és a Hangzoona Kft. közösen működtetett audiológiai vizsgálóállomásán végeztük.

Jelen tanulmányban 281 gyermek vizsgálatáról, ellátásáról számolunk be. A gyermekek mindegyike a 2015-ben kötelezően bevezetett újszülöttkori objektív hallásszűrés program hivatalos kezdetét követően született. Közülük a legidősebb 2015. novemberében, a legfiatalabb 2022. októberében született. A vizsgálatokra 2017. november 30. és 2022. november 30. közötti időszakban jelentkeztek ellátásra intézményünkbe. Ezen esetek ismertetésével mutatjuk be azt a módszertant, amit a hallássérült kisgyermekek hatékony megsegítésére alkalmazunk. Ezzel kívánjuk megalapozni egy egységes protokoll kialakítását.

**Kulcsszavak:** hallásszűrés, folyamatdiagnózis, hallás-beszédfejlesztés, családközpontú beavatkozás, funkcionális hallásvizsgálat, multidiszciplináris team, protokoll

DOI: [10.52092/gyosze.2023.1.6](https://doi.org/10.52092/gyosze.2023.1.6)

---

#### HÁTTÉR

Az ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar Gyógypedagógiai Módszertani és Rehabilitációs Intézet Hallássérült Személyek Pedagógiája és Rehabilitációja Szakcsoport évtizedek óta elkötelezett a hallássérült személyek audiológiai ellátásának multidiszciplináris megvalósításában. A Szakcsoport folyamatosan fejlődő módszertani tudással és eszközparkkal létrehozott egy

audiológiai állomást, amelynek fő fókusza a csecsemők és kisgyermekek ellátása – elsősorban azért, hogy a szakirányon tanuló hallgatók számára terepet biztosítson a gyakorlati ismeretek elsajátításához. Jelentős hangsúlyt kap a családközpontú korai segítségnyújtás, a tájékoztatás, a multidiszciplináris team, a szülői-szakmai partnerség, a család felhatalmazása és tájékoztatása az ellátás lehetőségeiről.

Célunk a hallásérült kisgyermekek technikai megsegítési folyamatának magas szintű biztosítása és protokolljának kidolgozása, amely tartalmazza a gyógypedagógiai és a társszakmákat is érintő feladatok tételes ajánlásait. Ehhez segítséget nyújt a 2021 közepétől hivatalosan működő Hangzoona Kft., amely tevékenységét a Kar támogatásával végzi.

## Újszülöttkori Neonatális HallásSzűrés (UNHS) a gyakorlatban

Az újszülöttkori objektív hallásszűrés bevezetése egyedülálló lehetőséget biztosít a hallássérüléssel született csecsemők számára, hogy halló társaikkal egyező módon és időben tanulják a környezet hangjait, ami a beszédfejlődés alapja.

Ennek érdekében a komplex diagnosztikai vizsgálatokat késlekedés nélkül el kell kezdeni, erről az „*Emberi Erőforrások Minisztériuma szakmai irányelve a 0–18 éves korú gyermekek teljes körű, életkorhoz kötött hallásszűréséről és a kiszűrt gyermekek gondozásba, rehabilitációjába vételéről*” szóló, 2015. EüK 9. szám EMMI szakmai irányelv rendelkezik (EMMI, 2015).

A hallásszűrésen kiszűrt csecsemőket haladéktalanul diagnosztikai programba kell irányítani. Optimális esetben ez már az élet első három hónapjában megtörténik, amikor különböző diagnosztikai eljárásokkal vizsgálják a perifériális hallást. *A nemzetközi gyakorlat alapján ekkor már szükségtelen újabb szűrővizsgálatok elvégzése, mert ezek – sokszor egymásnak ellentmondó – eredményei fokozzák a bizonytalanságot és jelentősen elhúzzák a szükséges megoldási folyamatok elindítását.*

A kiszűrt gyermekeknél minél korábban szükséges elkülöníteni a fals pozitív eseteket és a tényleges hallássérüléssel születetteket, valamint el kell különíteni a vezetéssel, kevert és szenzorineurális jellegű problémákat. Az ellátóhelyeken rendszerint megismétlik a szűrővizsgálatokat, feltételezhetően költséghatékonyság érdekében, a fals pozitív esetek gyors kiszűrése érdekében, de ezzel a tényleges problémát mutató gyermekek diagnózisának felállítása is halasztódik. A csecsemők sokszor szenvednek felső légúti megbetegedésben, ami a hallásukat kedvezőtlenül befolyásolja. Emiatt a diagnosztikai vizsgálatokat további hónapokkal eltolják, vagy téves adatok alapján kezdődik meg a készülékes ellátás.

Az UNHS algoritmus alapján (EMMI, 2015) Magyarországon legkésőbb 6 hónapos korig kell a diagnózist felállítani, majd a diagnózis után legkésőbb 10 nappal a segédeszközzel történő ellátásnak is meg kell kezdődnie.

A verifikáló helyeken alkalmazható vizsgálati eljárások a diagnózis felállításához:

- fizikális fül-orr-gégészeti vizsgálatok – otoszkópos vizsgálatok
- a középfül működésének vizsgálata 1kHz-es stimulálóhanggal – tympanometria
- stapedius reflex vizsgálata
- a belsőfül működésének vizsgálatára – otoakusztikus emisszió mérés
- az objektív hallásküszöb megállapítására kiváltott válasz audiometriai vizsgálati lég- és csontvezetéssel – BERA/ABR, ASSR (Gáborján és mtsai, 2019).

Az UNHS protokollja már néhány éve kidolgozottan működik. A diagnosztikai és rehabilitációs folyamatnak azonban nincs egységes rendszere, a megfelelő beavatkozás tartalma és hatóköre nincs meghatározva.

*„A hazai gyakorlatban nincs jelen a multidiszciplinaritás. A diagnosztizálás folyamatának szereplői szakorvosok, audiológusok, neonatológusok, szakápolók, audiológus-szakasszisztensek, akusztikusok, gyógypedagógusok, pszichológusok, akiknek a diagnózis gyors és pontos felállítása érdekében együtt kellene működniük. E szakemberek azonban jelenleg más és más helyszíneken érhetőek el, csak a családokon keresztül kerülnek kapcsolatba egymással. Ráadásul csak nagy időeltolódással tudnak találkozni a szakemberekkel az érintett családok. Egy-egy szakember önállóan csak a saját szakmai kompetenciájának megfelelő információt képes a családoknak átadni, és nincs ideje a család speciális, személyes problémáival foglalkozni. Ez gátolja a bizalmi viszony kialakulását. A gyermek eközben hosszú beteket, hónapokat veszít, hallókészülékének kiválasztása mindinkább balasztódik.” (Perlusz & Keresztessy, 2018, p. 122).*

## **A PEDOAUDIOLOGIAI ELLÁTÁS TAPASZTALATAI**

A Hallássérült Személyek Pedagógiája és Rehabilitációja Szakcsoportnak több évtizede célja egy olyan módszertani centrum létrehozása, ami a szükséges multidiszciplinaritásra törekszik az ellátásban. Karunk jelentős támogatásával több, mint 10 éve megépült egy helyiség, amely alkalmas gyermekek hallásvizsgálatára, és amelyhez mára már felszerelt orvosi szoba is tartozik. Audiológiai állomásunk 2021. júliusától hivatalosan engedélyezett audiológiaiaként működik.

### **Komplex pedoaudiológiai feladatok**

Fő tevékenységünk a hallássérült gyermekek komplex ellátása az első lépésektől. Komplex tevékenységet végzünk, teamünk széleskörű tudással és tapasztalatokkal rendelkező szakmai csoport. Kiterjedt szakmai kapcsolatokkal rendelkezünk, ezzel is biztosítva, hogy a gyermekek útja a leggyorsabban a lehető legjobb irányt vegye.

A következőkben részletesebben bemutatunk néhány esetet a különböző csoportokból. A csoportok:

- hallásszűrésre jelentkezők
- hallásjavító eszközzel máshol már ellátottak
- cochleáris implantált esetek – és előzményeik:
  - hallókészülék használatának tapasztalt hatásai a későbbi cochleáris implantációra
- intézményünknel kaptak gyorsan ellátást
- fals pozitív hallásszűrés következményei, a téves diagnózisok hatásai.

## A vizsgálati minta

Jelen tanulmányban 281 gyermek vizsgálatáról, ellátásáról számolunk be. A gyermekek mindegyike az 2015-ben kötelezően bevezetett újszülöttkori objektív hallásszűrési program hivatalos kezdetét követően született. A tanulmányban az intézményünkben megjelent gyermekek adatait vettük figyelembe. Közülük a legidősebb 2015 novemberében, a legfiatalabb 2022 októberében született. A vizsgálatokra 2017. november 30. és 2022. november 30. közötti időszakban került sor intézményünkben.

## Hallásszűrési tevékenység audiológiánkon

A védőnői hálózat feladata a rendszeres hallásszűrés végzése. Ezek a szűrések helyenként kiválóan működnek. Előfordulnak azonban olyan esetek, amikor a társuló problémák miatt (megkészt beszédfejlődés, autizmus spektrumzavar és a hallássérülés el nem különítése, komorbiditások) nem zárható ki kisebbfajta hallásprobléma, amelyet már a védőnői eszközökkel és módszertannal nem lehet kiszűrni. Ezekben az esetekben a szűrésen túlmenően szükségessé válik a szakszerű audiológiai vizsgálat. A gyermekeknél különösen lényeges a mentális kor figyelembevétele a vizsgálat eredményes lebonyolításához. Az audiológiai állomásokon többnyire felnőttek vizsgálatát végzik, sem módszertanilag, sem ergonómiailag nincsenek felkészülve a különböző életkorú gyermekek vizsgálatára. 6 éves kor alatt általában nem is vállalnak vizsgálatot, objektív vizsgálatok elvégzését javasolják. Ezeket azonban nagyobb életkorban már csak altatásban tudják elvégezni, erre pedig az egészségügyi szolgáltatók kevésbé felkészültek. Audiológiánkon minden életkorú és mentális állapotú gyermek vizsgálatát szakértelemmel tudjuk elvégezni.

281 gyermek közül 167 gyermek újszülöttkori objektív hallásszűrésének eredménye megfelelt státuszú volt, a protokoll szerint a továbbiakban is rendszeresen szűrték őket a védőnői hálózatban. E 167 gyermek szűrővizsgálatát logopédusok, gyógypedagógiai diagnosztikai vizsgálatot végző intézmények, szülők, védőnők kezdeményezték. 124 esetben (74%) teljesen ép hallást mértünk. 43 esetben (26%) vezetési jellegű hallásprobléma igazolódott, a családokat a területileg illetékes szakrendelőhöz irányítottuk, és kontrollvizsgálatukat a felső légúti megbetegedés rendeződése után ajánlottuk (WHO, 2021). Az esetek nagy százalékában vissza is tértek a gyermekekkel, hallásproblémájuk rendeződött.

A vizsgálatok során – komplex megfigyelések alapján – további javaslatokat is tudunk tenni a gyermek további megsegítése érdekében, gyógypedagógiai diagnosztikai és szükség esetén terápiás feladatokat végző szakemberekhez irányítjuk a családokat.

## Hallásjavító eszköz optimalizálásához segítséget kérők vizsgálati csoportja

A vizsgált időszakban 90 olyan gyermek családjá keresett fel minket, akiknél az újszülöttkori hallásszűrés eredménye miatt diagnosztikai vizsgálatokra irányították a családokat, illetve több esetben volt bizonytalan és egymásnak ellentmondó eredmény, aminek különböző kimenetelét a továbbiakba ismertetjük.

Audiológiánkon 64 olyan gyermek részére kért segítséget a család, akik közül 6 gyermek már cochleáris implantátummal érkezett, a többiek esetben pedig megtörtént hallókészülékek felírása.

Ők részben a korai fejlesztő biztatására, részben informális úton kerültek velünk kapcsolatba. Közülük a legfiatalabb 6 hónapos, a legidősebb 5 éves volt jelentkezésük idején.

Vizsgálati protokollunk a következőket tartalmazza:

- fülészeti státuszvizsgálat – fül-orr-gégészeti vizsgálat – otoszkópos, videotoszkópos vizsgálatok
- impedanciamérések (tympánometria az életkornak megfelelő referenciaértékekkel, stapédius reflex vizsgálat)
- perifériás hallásvizsgálatok – objektív vizsgálóeljárások (OAE, BERA, ASSR) lég- és csontvezetésméréssel, csak természetes alvásban. (Altatásban végzett vizsgálatokat partnerklinikánkon előre egyeztetetten kérhetjük, és további képalkotó vizsgálatok kivitelezésére is javaslatot tehetünk, valamint genetikai vizsgálatok elvégzésére is irányítjuk a családokat.)
- funkcionális hallásvizsgálatok végzése életkorhoz igazodó módszerek alkalmazásával (Csányi, 1995) – fejhallgatóval, insert fejhallgatóval, szabadhangtérben hallókészülékkel és anélkül, beszédhanggal történő hallásvizsgálatokkal, fonéma differenciálást mérő eljárásokkal
- valósfülmérések (Madell, Flexer, Wolfe & Schafer, 2019).

A folyamat kezdetén 1-2 hetes időszakokban végezzük a vizsgálatokat, együttműködve a családokkal és az összes szakemberrel, aki a gyermekkel kapcsolatba kerül. A hallókészülék optimális beállítását követően is rendszeresen maradnak a találkozások: maximum 3 havonta rendeljük vissza a gyermeket kontrollmérésekre. Minél kisebb egy gyermek, a hallójárat növekedése annál gyakrabban teszi szükségessé a fülilleszték cseréjét, így előfordul, hogy emiatt még sűrűbbek a találkozások. Minden elkészült illesztéket összehangolunk a hallókészülékkel, ezután pedig kontrolláljuk a hallókészülékes hallást. Ezt lehetőség szerint mindkét oldalon egyszerre bekapcsolt készülékkel, valamint csak az egyik oldalon bekapcsolt készülékkel is elvégezzük az esetleges eltérések kimutatására, így a hallókészülékek finombeállítása valós mérési adatokon alapul. Törekszünk a gyermekek valósfülmérését is időszakosan elvégezni, hogy még pontosabb beállítást tudjunk elérni.

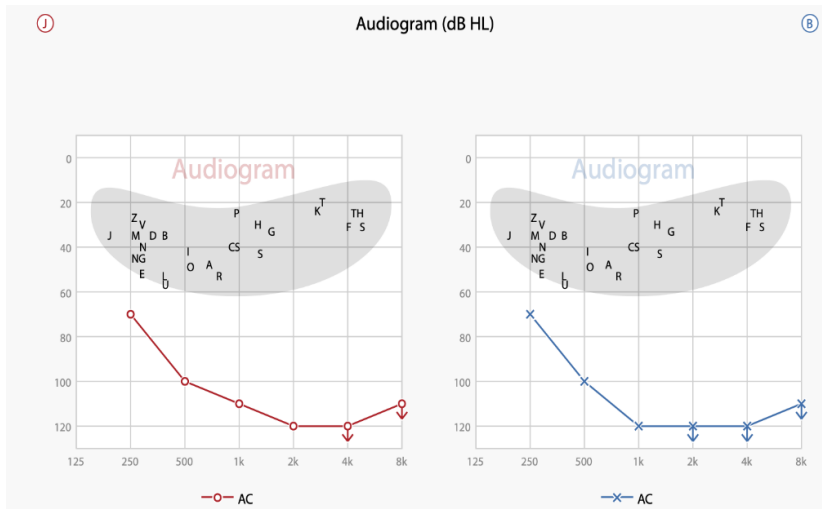
### ***Néhány jellemző eset ebben a csoportban***

Az alábbiakban három figyelemre méltó esetet mutatunk be ebből a csoportból.

*M. J. 5 éves lány gyermek. siketséggel határos szenzorineurális hallássérüléssel*

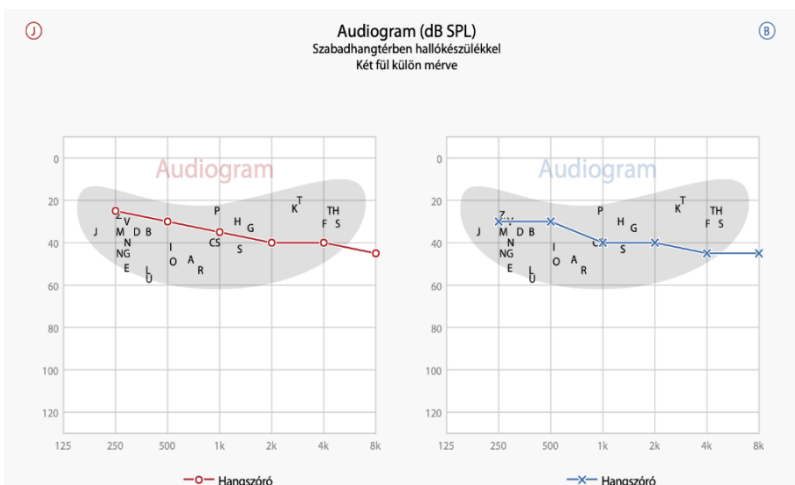
UNHS-sel kiszűrt lánygyermek gyors diagnózishoz jutott. Hallókészülékes ellátása is időben megkezdődött egy egészségügyi intézményben, a gyermek fejlődését a hallássérült gyermekek korai fejlesztésében jártas szakember is segítette. A hallókészüléket folyamatosan viselte, de a hallókészülékkel történő kontrollvizsgálatok elmaradása miatt a hallókészülékes hallása nem volt kielégítő, a készülék nem biztosított megfelelő erősítést az optimális beszédhallás eléréséhez. A hallás-beszédfejlődés elmaradása miatt az egészségügyi intézmény szakemberei genetikai vizsgálatot és képalkotó vizsgálatokat is kezdeményeztek. Ezek révén megállapításra került a genetikai érintettség és egy fejlődési rendellenesség is. Bár a gyermek hallása hallókészülékkel nem biztosította megfelelően az optimális hallás-beszédfejlődést, de a vizsgálati eredmények miatt a cochleáris implantációs műtetre nem mert vállalkozni a család. Emiatt nagyobb figyelemmel

fordultak a hallókészülék optimalizálásának lehetősége felé. Ezért keresték meg audiológiánkat. A hallókészülék közepes-nagyfokú hallássérülésre optimalizálható, a teljes erősítés kihasználása mellett sem érhető el a teljes beszédspéktrum erősítése (1. ábra).



1. ábra. M. J. hallásküszöbe (fejhallgatóval mért hallásküszöb; jobb fül -o-; bal fül -x-).

Szükséges volt a hallásmaradvány kihasználása érdekében a készülék cseréje egy nagyobb teljesítményű hallókészülékre. Ezzel az új készülékkel elérhető a 30-35 dB a beszédfrekvenciákon, ami lehetővé teszi a beszédhangok teljes spektrumának meghallását (2. ábra).



2. ábra. M. J. szabadhangtérben hallókészülékes mérése, mindkét oldal külön mérve (jobb fül -o-; bal fül -x-).

Mire azonban ez megtörtént, a gyermek betöltötte a 6. életévét, így a szenzitív időszak kihasználatlansága miatt már nem várható el az auditív csatorna teljes kihasználása a beszédhallás területén. A hangzók közti finom különbségek meghallása is erősen nehezített.

*T. N. 4,5 éves, közepes-súlyos fokú szenzorineurális hallássérüléssel*

4,5 éves korában kapott először szurdopedagógiai<sup>1</sup> fejlesztőt, intézményünkben az ő kezdeményezésére jelentek meg. A kislány csak 2 éves kora óta visel hallókészüléket, annak ellenére, hogy UNHS programban kiszűrtek. Agglomerációban élnek, tanyán, rossz szociális körülmények között. Sok testvére van, közöttük két gyermek tartós beteg. A különböző vizsgálatokra nehezen jutnak el. Gyógypedagógusa szerint nem reagál a hangokra, nem figyel a zajokra, nincs kivethető aktív szava. A hallás teljes hiánya miatt nehéz megítélni mentális állapotát. Szájról olvasással pótolja a hallás hiányát, de ezzel passzív szókincese meglehetősen alulmaradt az életkorához képest.

Az első vizsgálat során azt tapasztaltuk, hogy a gyermeknek semmilyen hallási élménye nincs, hallásfigyelme teljesen kialakulatlan. Hallókészüléket folyamatosan viselt, de azzal nem hallott hangokat. A hallókészülék beállítása a gyermek 2 éves korában végzett BERA vizsgálat alapján történt. Ennek eredménye: mindkét oldalon 2-3 kHz-en, 80 dB-en nem találtak hallást.

A hallókészülék kiválasztásához egyetlen adat nem elegendő. A készülék beállított teljesítménye nem érte el az optimális beszédmezőt. A beállításra a hallókészülék véglegesítését követően csak évente rendelték vissza a gyermeket, elemek és új illeszték felírására. Hallókészülékes kontrollmérések nem voltak, a gyermek beszédfejlődését nem segítette a szakirányú fejlesztésben jártas szakember. A szurdopedagógussal és a családdal közösen 2-4 hetenként találkoztunk. Az együttműködés eredményeként a gyermek kezdett figyelmesebb lenni a hangokra, a hallásvizsgálatokon egyre finomabb jelzésekre figyelt. A hallókészülékét megfelelően összehangoltuk az illesztéssel és a megfelelő tartományba állítottuk, az életkori sajátosságok figyelembevételével.

A gyermek hallási figyelme gyorsan fejlődött, az akusztikus információkra nyitott lett és megindult a hangos beszéd is. Az idei tanévben kezdte meg általános iskolai tanulmányait a lakóhelyéhez legközelebbi többségi iskolában, ahol testvérei is tanulnak.

*S. T. 2 éves, súlyos fokú szenzorineurális hallássérüléssel*

2 éves fiúgyermek ellátását kérték intézményünkben, szurdopedagógus javaslatára. A hallássérülés diagnózisa 3 hónapos kora előtt megtörtént. Mindkét oldalon súlyos-nagyfokú szenzorineurális hallássérülést állapítottak meg, az első hallókészüléket véglegesítették is 6 hónapos kora előtt. Családtagjai nem kaptak felvilágosítást a hallókészülék használatáról. A kontrollvizsgálatok szükségességéről sem hallottak, a készülék sípólását természetesnek vélték. Lakóhelyük régiójában csak a gyermek másfél éves korában találtak a hallássérült gyermekek korai fejlesztésében jártas szakembert. A gyermek a hallókészüléket viselte, de az az illeszték és a beállítások miatt nem volt alkalmas a beszédhangok erősítésére. Környezete semmilyen akusztikus jelre nem tapasztalt hallási reakciót. Szubjektív és objektív hallásvizsgálatot végeztünk – vizuális megerősítő audiometria, BERA és ASSR vizsgálat –, ami alátámasztotta az előzetes vizsgálati eredményeket. A kisfiú illesztéke még az első volt, amit 6 hónapos kora előtt kapott, és már egyáltalán nem zárta el a hallójáratot. A készüléket a hangerő szabályozóval halkították, hogy csökkentsék a sípólást. A régi illesztéssel összehangoltuk a készüléket és a beállítást a hallássérüléshez igazítottuk. Már ekkor látható volt hallási reakció a gyermeknél. Új illesztéket készítettünk, majd annak elkészülte után

---

<sup>1</sup> Szurdopedagógia: hallássérült személyeket érintő pedagógiai tevékenységek (szerk.)

optimalizáltuk a beállításokat. Már az első alkalommal pozitív reakciókat láttunk. Ezt követően intenzív hallásfejlesztés és a rendszeres kontrollvizsgálatok során pontosítottuk a két fül közötti halláskülönbséget is.

A gyermek életkora miatt fejhallgatóval történő vizsgálata nem volt kivitelezhető. A saját illesztékkel végzett insert hallásvizsgálat alapján tudtunk tisztahang audiometriai vizsgálatokat végezni, amellyel jól elkülöníthetőek a két fül közötti eltérések, illetve szabadhangterez hallókészülékes vizsgálatok során is mérhetőek a különbségek.

Jelenleg a hallási figyelme határozottan fejlődik, passzív szókincese növekedésnek indult. Támogató környezet veszi körül.

## **Hallókészülék használatának tapasztalt hatásai a későbbi cochleáris implantációra**

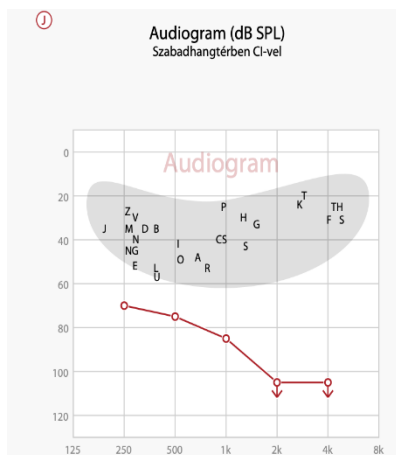
58 gyermek már rendelkezett hallókészülékkel, amelyet különböző klinikán vagy magánintézményben véglegesítettek a hivatalos próbahordás után. Ebből 7 esetben CI centrumba irányítottuk a gyermekeket. A műtét minden esetben megtörtént. A hallásgondozást, kontrollvizsgálatokat a továbbiakban is ellátjuk, rendszeresen történik processzor-beállítással egy időben halláskontroll. 5 gyermek kétoldali, 1 gyermek pedig egyoldali cochleáris implantációs műtét után érkezett ellátóhelyünkre. A legfiatalabb gyermek másfél éves, a legidősebb 4 éves volt az első találkozás idején.

### ***Néhány jellemző eset ebben a csoportban***

*P. B. 3 éves, súlyos-siketséggel határos szenzorineurális hallássérülés bimodális ellátással*

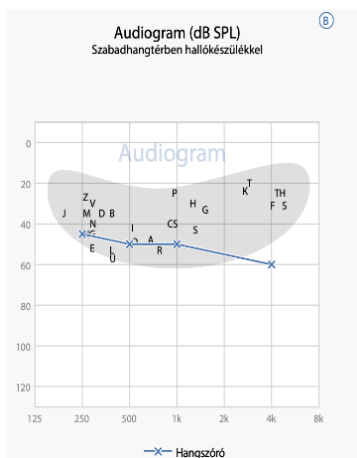
A kislány 2 évesen kapott az egyik fülére cochleáris implantátumot, a másik fülére pedig egy nagyteljesítményű, hallásmaradványra is adható hallókészüléket. A Covid-időszak nehezítette ellátását. Szakirányú végzettséggel vagy más gyógypedagógiai végzettséggel rendelkező szakember sem segítette a családot, a készülék elfogadását, illetve a hallási figyelem kialakítását. 3 éves volt, amikor először találkoztak hallássérült személyek pedagógiájában jártas szakemberrel, aki audiológiánkra irányította őket. Jobb oldalon CI-t, bal oldalon hallásmaradvány ellátására alkalmas hallókészüléket viselt. A CI kizárólag 500Hz-ig erősítette a környezet hangjait (3. ábra).





3. ábra P.B. CI vel mért hallásküszöb szabadhangtérben.

A hallókészülék működése a felnőttek algoritmusának megfelelő erősítési protokollt használt, és az illesztéssel történő összehangolás is elmaradt. A gyermeknek nem volt hallási figyelme, a készülékek viselése is nehezen ment. A napi viselési idő maximum 2 óra volt. Kezdetben a fejlesztések és a hallásvizsgálatok is csak kis mértékben voltak sikeresek. A család nem fogadta el az eszközök viselését, a gyermek viselkedése és a család megengedő magatartása is fokozta az ellenállást. Teamünk csak a hallókészülék optimalizálását tudta elvégezni, a CI beállítását végző szakembernek az audiogramot tudtuk elküldeni, aminek alapján a beállításokat módosította (4. ábra).



4. ábra P.B. Hallókészülékes hallási reakciók.

Hallása hosszú, nehéz időszak után elérte az optimális beszéd tartományt, a viselési idő pedig növekedett. A fejlődés nagyon lassan, de határozottan elindult. E család esetében erősebb és intenzívebb kezdeti segítség növelte volna az ellátás hatékonyságát. Jelenleg szegregált nevelést

biztosító intézményben kap fejlesztést – sajnos, az intenzív korai fejlesztés hiánya miatt kicsi az esélye a többségi intézményben való haladásra.

#### *V. M. 4 hónapos, mindkét oldali súlyos fokú szenzorineurális hallássérülés*

A 4 hónapos kisfiú szülei kerestek fel minket, korai fejlesztő szurdopedagógusuk javaslatára. Az audiológiai ellátást végző intézményben a gyermek elkezdte a hallókészülék próbahordását. A készüléket próbahordásra adták ki, az első illesztést követő 3. hónapra irányozták elő az első kontrollvizsgálatot. A szülők és a fejlesztő bizonytalanok voltak a megfelelő erősítésben. Audiológiánkra irányították a gyermeket. Nagyfokú, a magas tartományban hallásmaradványos szenzorineurális hallássérülés diagnózisával érkezett. Az általunk végzett folyamatos hallásvizsgálatok és készülékbeállítások segítségével a gyermek hallási figyelme egyre gyorsabban fejlődött. Az intézmény, amely próbahordásra adta a készüléket, véglegesítette is 6 hónap elteltével. Ezután a kisfiú végleg a mi gondozásunkba került.

Beszédfejlődése biztatóan indult, a legkisebb hangokra is figyelt, de 2 éves korára a fejlődése elért egy platót, így elindítottuk a cochleáris implantációs programba. 2 éves kora után hamar bilaterális implantációs műtéttel korrigálták a hallássérülését, és azóta is folyamatosan és gyorsan fejlődik. Semmilyen területen nem tér el az életkorával megegyező korú gyermekek nyelvi fejlettségi szintjétől. Többségi bölcsődébe, majd ezt követően óvodába jár. A problémamentes, gyors fejlődést a CI-vel megfelelően előkészítette a korábbi hallókészülékes szakasz: a szenzitív életkorban kapott akusztikus ingerlés segítette a hallóidegpálya fejlődését, így a CI viselése és megszokása nehézségek nélkül lezajlott.

## **Akik audiológiánkon kaptak leggyorsabban ellátást**

22 esetben már a hallókészülék kipróbálásának vagy a diagnózis felállításának (állami intézményben történő) késlekedése miatt keresték fel audiológiánkat. Közülük 5 gyermek testvére már az előző csoportok egyikébe tartozott, és a kedvező tapasztalatok okán nem kerestek fel más intézményt, az ellátást velünk együttműködve kívánták megoldani. A legfiatalabb gyermek 4 hetes, a legidősebb 24 hónapos volt az első találkozáskor. 4 gyermek esetében az újszülöttkori hallásszűrés utáni diagnosztikai vizsgálatok egyoldali hallássérülést állapítottak meg, a klinikai gyakorlat alapján BAHA vagy CI műtetet irányoztak elő náluk. Jelentkezésük intézményünkbe a további megoldási lehetőségek megismerését célozta.

### ***Néhány jellemző eset ebben a csoportban***

#### *Sz. J. 2 éves, közepes fokú szenzorineurális hallássérülés*

Újszülöttkori hallásszűrés eredménye több vizsgálat alapján is bizonytalan volt a kislánynál, akinek szülei a gyermek 2 éves korában keresték fel intézményünket. Megfigyeléseik szerint gyermeküknél fennáll a hallássérülés, akít több helyen vizsgáltak, és az egymásnak ellentmondó eredmények tisztázása érdekében kerestek fel minket. Objektív és szubjektív vizsgálatokat is tudtunk végezni első alkalommal. A gyermek kiválóan együttműködött a vizsgálati helyzetekben. A vizsgálatok

során megállapítottuk, hogy kis-közepes fokú szenzorineurális hallássérülése van, ami a beszédfejlődését hallókészülék viselése nélkül nehezíti, akadályozza. A családdal először a lakóhelyükhöz közeli ellátóhelyen kezdték meg a hallókészülék kiválasztását. A kapott hallókészüléket az objektív vizsgálati eredmények alapján az ASSR-rel mért becsült audiogram alapján állították be, az illesztéket a készülékkel nem hangolták össze. A próbahordás kezdeti szakaszában hallókészülékkel történő kontroll nem volt, a gyermek a hallókészüléket teljes mértékben elutasította. Ekkor ismét jelentkeztek ellátóhelyünkön, és megkezdtük a készülékpróba folyamatát. Mivel a gyermek hallókészülék nélkül is hall a beszédből meghatározó tartományokat, a készülék viselésének, megszokásának ez jelentette a kezdetekben akadályát.

Elsősorban a 250-1000 Hz-es tartományban hall, amely a beszédmegértéshez igen lényeges, hiszen alapinformációk a magánhangzók, a beszédritmus és a hanglejtés ebben a frekvenciatartományban található. 2 éves kori kommunikációban még nem észrevehető a többi hiánya. A folyamatos kontroll és a család kitartó munkája eredményeként a gyermek viszonylag hamar elfogadta a készüléket.

Jelenleg ébrenléti időszakában folyamatosan viseli, a délutáni alvások esetében is többször magán felejt. A beszédhangjai megfelelő tónusúakká váltak, már mások számára is érthető a mondanivalója, akusztikus figyelme és differenciáló képessége dinamikusan fejlődik. Még nem ért véget a kiválasztás folyamata.

#### *J. B. 4 hetes lány, közepes fokú szenzorineurális hallássérüléssel*

A család nem várta meg az ismételt hallásszűrést. Jelentkeztek intézményünkben, mert a lakóhelyükhöz közeli verifikáló intézmény a Covid-járvány miatt nem tudott időpontot adni a diagnosztikai vizsgálatokra. Elvégeztük az összes objektív vizsgálatot, melynek során közepes fokú szenzorineurális hallássérülést diagnosztizáltunk.

A klinikai hátteret biztosító partnerintézményünkben további vizsgálatokat végeztek, melyek megerősítették a mi eredményeinket. Megkezdtük a hallókészülék kiválasztási folyamatát. A gyermek fülén 5 hetesen már ott volt a hallókészülék. Születéskor jelentkező, nem a hallással összefüggő egyéb problémák nehezítették kezdetben a készülék elfogadását, de ez mára rendeződött. A család szerette volna, ha lakóhelyükhöz közel kapnának audiológiai támogatást, ezért jelentkeztek a közelükben lévő klinikai ellátóhelyen. Az ottani protokoll szerint elvégezték a szükségesnek tartott vizsgálatokat. Ennek eredménye teljesen ellentmondott az általunk felállított diagnózisnak, ezért egy harmadik intézményt is felkerestek, ahol egy harmadik eredmény született. (Nehézzé teszi a családok életét, hogy az ellátóhelyek szakmai együttműködése nem gördülékeny.) Intézményünkben egy-négy hetente kontrolláltuk a kislány hallását. Hallási figyelemfejlődése megindult. A fogyatékos gyermek elfogadása azonban nem egyszerű, hiszen ehhez szükséges egy megértő és támogató szakmai csapat, aki érti a szülői vágyakat, reményeket. Fontos a folyamatos kontroll és a bizalom, amit egy máshol kapott, nem megfelelő vélemény megrendíthet.

A gyermek 1 éves, és már adekvátan reagál ismert kifejezésekre, egy-két felismerhető szótöredéket is kimond. Fejlődése mindenki számára megnyugtató. Folyamatosan találkozunk, kontrolláljuk a hallásállapotát. Ehhez optimalizáljuk a hallókészülék beállításait, és konzultálunk a fejlesztést végző szakemberekkel.

### *B. L. 6 hónapos, közepes-súlyos fokú szenzorineurális hallássérülés*

A 6 hónapos kort elért fiúgyermeknél időben megtörtént a diagnózis felállítása, ám az ellátóhely bizonytalan volt a gyermek hallókészülék-ellátásának megkezdésével kapcsolatban. A család késlekedés nélkül szeretne volna megkezdeni a próbahordást, ezért a mi intézményünköt választották a folyamat elindításához. A családtagok a hallássérülés tényét – bár a környezetükben senki sem hallássérült – könnyen és gyorsan elfogadták. Intézményünkben az előzetesen kapott eredmények alapján kezdtük meg a hallókészülék illesztését, de a saját protokollunknak megfelelően mi is elvégeztük a szükséges méréseket. Objektív hallásvizsgálatokat végeztünk – BERA és ASSR, illetve impedancia méréseket –, amelyeket kiegészítettünk az életkorhoz igazodó szubjektív mérésekkel.

Ezáltal mind a perifériális, mind a funkcionális hallás vizsgálatát elvégeztük. Ennek alapján megállapítottuk, hogy a jobb fülön mért hallási küszöb 20 dB-lel jobb a bal fül hallási küszöbéénél. A hallókészüléket eszerint állítottuk be.

Gyorsan találtunk a család lakóhelyéhez közel a hallássérült gyermekek korai fejlesztésében jártas kiváló szakembert, aki a kezdetektől küldi megfigyeléseit a gyermek hallásával kapcsolatban. A gyermek és családja esetében tökéletesen megvalósul az együttműködés, ami segíti a gyors és hatásos rehabilitációs folyamatot.

## **Fals pozitív hallásszűrés következményei, a téves diagnózisok hatásai**

A harmadik csoportba 22 gyermeket soroltunk. Közülük 13 esetben az újszülöttkori hallásszűrés eredménye alapján nem volt szükséges további vizsgálat, hallásállapotuk ép hallásnak bizonyult. 4 esetben a diagnózis felállítása után hallókészülékkel látták el a gyermekeket, amely a további vizsgálatok alapján szükségtelennek bizonyult: a gyermekeket idegrendszeri éretlenség, vagy vezetési hallássérülés miatt tévesen diagnosztizálták. 3 esetben a diagnózis enyhe fokú hallássérülést mutatott, intenzív fejlesztést követően a szenzitív időszakban a megfelelő idegrendszeri érés következtében hamis pozitív esetnek számítanak. Az ő esetükben fontosnak tartjuk a 3, majd későbbekben 6 hónapos rendszerességgel kontrollvizsgálat végzését. Két esetben pedig – az eredeti diagnózistól eltérően – mindkét gyermek hallása jobb volt, de már végleges készülékkel érkeztek. A csoportba tartozó gyermeknél nem volt egyértelmű az újszülöttkori hallásszűrés eredménye, és különböző okok miatt nem történt meg a diagnózis felállítását végző intézmények felé irányítás.

### ***Néhány jellemző eset ebben a csoportban***

*B. M. 5 éves, halmozott egészségügyi problémák mellett későn diagnosztizált súlyos fokú szenzorineurális hallássérülés*

Halmozott egészségügyi problémák miatt a fiúgyermek soha nem részesült hallásszűrésben, és hallásvizsgálatát sem végezték el sehol. Az édesanya számára lett nyilvánvaló a gyermek 5 éves korában, hogy gyermeke nem hall. Több helyen kért vizsgálatot, de a halmozott problémák miatt sehol sem fogadták. Egy internetes fórumon javasolták számukra az audiológiánkat. Már az első

találkozás során megállapítottuk, hogy a gyermeknek súlyos fokú szenzorineurális hallássérülése van, amit elsősorban hallókészülékkel kell megpróbálni korrigálni.

A gyermek jelenlegi egészségi állapota miatt kizárható bármilyen hallásjavító műtét. Elsőként nagyteljesítményű hallókészüléket illesztettünk, amelynek viselését a gyermek az egészségügyben szerzett kedvezőtlen tapasztalatok miatt hátrította. A család nagy erőfeszítésébe került, hogy a gyermek akár rövid időre is a fülén hagyja a készüléket.

A kitartás eredményes volt, ma már az ébrenléti időszakban folyamatosan viseli a készüléket, hangokra, a nevére figyel. Sajnos elmaradása jelentős, a hangos beszéd elsajátítása még bizonytalan, de a szülői hozzáállás pozitív, ami az eredményesség kulcsa.

*Sz. B. 1,5 éves, beszédhallást akadályozó hallásprobléma nélkül*

A veszélyeztetett terhességből született lánygyermek halmozott problémákat mutat (látás, mozgásfejlődési rendellenességek). A születéskor végzett UNHS szűrés eredménye alapján további hallásvizsgálatokat javasoltak. A család a Covid-járvány miatt kialakult egészségügyi ellátás nehézségei miatt magánintézményben végeztette el az objektív hallásvizsgálatot, aminek alapján enyhe-kisfokú hallássérülést diagnosztizáltak. Hallókészüléket javasoltak, amit hamarosan véglegesítettek is – magas térítési díj megfizetésével. A szülők találtak megfelelő, a hallássérült gyermekek korai fejlesztésében jártas szakembert, aki megkezdte a hallásfigyelem fejlesztését. A kislány szinte állandóan felsőlégtűi megbetegedésben szenved, ez mérhetően akadályozza a középfül megfelelő működését, ami hatással van a hallására. A szülők erőltették a készülék viselését, de javulást nem tapasztaltak a használatával. Intézményünkben sok kontrollvizsgálatot végeztünk, mind objektív, mind szubjektív eszközökkel. Ezek sajnos sokszor a kislány betegsége miatt nem voltak megfelelően értékelhetőek. Ám mindenki azt tapasztalta, hogy hallókészülék nélkül élénkebb, a hangadása is színesebb. Az első jelentkeztéstől számított fél éven belül ép hallást igazoltunk, a hallókészülék viselését szüneteltetjük.

Ennek ellenére hallás-beszédfejlesztő gyógypedagógus figyeli folyamatosan a hallásfejlődését, és 3 havonta intézményünkben is megjelenik kontrollvizsgálaton.

*Sz. L. 4 éves, közepes-súlyos fokú szenzorineurális hallássérüléssel*

A 4 éves fiúgyermek beszédfejlődése nem a kívánt tempóban és módon valósul meg. Az UNHS eredménye nem volt megfelelő, de ismétlését és verifikálását nem írták elő. 2 éves kora óta járnak különféle vizsgálatokra, hogy feltárják fejlődési eltérésének hátterét. Rengeteg helyen jártak hallásvizsgálatokon is, ahol egymásnak ellentmondó eredményeket kaptak. A gyermek artikulációja alapján egyértelműen nem eldönthető, hogy beszédakadályozottságának hátterében hallásprobléma áll-e. Szinte minden beszédhangja megfelelő, a beszéde azonban sokszor halandzsa. Feltűnő volt viszont az erős szájrairányultság. Intézményünkben a fülészeti vizsgálatok után funkcionális hallásvizsgálatot végeztünk.

A gyermek a vizsgálati helyzetben nehezen működött együtt, úgy tűnt, mintha nem értette volna a feladatot. Hosszas próbálkozás után sikerült együttműködésre bírni. Ezután pontosan jelezte, ha hallotta a hangokat. Ennek alapján közepesen súlyos szenzorineurális hallásproblémát állapítottunk meg, aminek haladéktalanul megkezdtuk a készülékes ellátását. A kisfiú a hallókészüléket azonnal elfogadta, közösségben is szívesen viseli, és napról napra gyarapszik a szókincse.

### *B. A. 5 éves, kis-közepes fokú szenzorineurális hallássérülés*

A jelenleg 5 éves lánygyermek az újszülöttkori hallásszűrésen és a további hallásszűréseken rendre átmert. Beszéde elmosódott, csak a közeli családtagok értik, szókincese viszonylag életkorának megfelelő. Minden hangzója hibás ejtésű, énekelni ellenben szépen, tisztán tud. A lakóhelyéhez közeli magánellátásban vizsgálták és „túhallást” diagnosztizáltak, amire 10 alkalmas terápiás foglalkozást ajánlottak. Ezen a gyermek részt vett, de változást nem tapasztaltak. Ezután logopédusuk ajánlására kérték fel intézményünket, ahol kis-közepesfokú szenzorineurális hallássérülést állapítottunk meg.

Haladéktalanul megkezdjük a hallókészülék kiválasztásának folyamatát. A kislány a készüléket ébrenléti időben szívesen, örömmel viseli, beszéde tisztult, már mindenki számára érthető.

Néhány makacs beszédhibája még maradt a rossz automatizmus miatt, de a következő tanévben kezdi meg általános iskolai tanulmányait többségi iskolában, a problémája intenzív fejlesztéssel meg fog oldódni. A gyermek az újszülöttkori hallásszűrésen alkalmazott BERA vizsgálaton átmert, mivel a szűrést 2-3 kHz-en 35-40dB hangerősségen méri, az eredmény nem mutatott hallásproblémát. A védőnői szűrések is kezdetben átlag 40dB hangerősséggel vizsgálnak, a gyermek minden vizsgált frekvencián épp azon az értéken teljesített, így nem akadt fenn a rostán. A beszédproblémája pedig könnyen tulajdonítható más területek érintettségének. Sajnos becsülni sem lehet, hogy hány gyermeknek lehetnek hasonló hallási problémái, amelyek egyszerűen és hatékonyan megoldhatók lennének. Mindebből következik, hogy a védőnői szűrési protokollok folyamatos felülvizsgálatára is szükség volna – úgy az alkalmazott eszközök, mint a módszertan tekintetében.

## **KÖVETKEZTETÉSEK**

A 64 gyermek többsége – akik előzetesen készülékes ellátásban részesültek – kapcsolatba kerültek szurdopedagógussal, korai fejlesztővel, más szakirányos végzettséggel rendelkező gyógypedagógussal. A gyermekek az ország legkülönbözőbb pontjain élnek, két esetben határon túl, de magyarországi ellátással. Általánosságban elmondható, hogy a hallásszűrést követően az első 3-6 hónapban újabb szűrővizsgálatokon estek át, a diagnózis felállítása pedig még több időt vett igénybe. Tendencia, hogy a verifikáló helyeken először megismétlik a szűrővizsgálatot (Gáborján és mtsai. 2019) – aminek vélhető oka, hogy költséghatékony a fals pozitív esetek gyors detektálása, így több idő juthatna a tényleges problémát mutató csecsemők felismerésére. Ezt tapasztaltuk az intézményünkbe jelentkező gyermekeknél 64 gyermekből 35 esetben (55%). Náluk az első diagnózis csak 8 hónapos kor körül történt meg. Ez ellentmond minden szakmai irányelvnek. A szenzitív időszak kihasználatlansága miatt a hallókészülék kiválasztása is sokkal körülményesebb. Már a diagnózis felállítása is nehezebb, hiszen a gyermekek ebben az életkorban spontán alvásban csak nagyon ritkán mérhetőek objektív eszközökkel, a szubjektív vizsgálatok alkalmazása pedig nem elterjedt az ellátóhelyek többségében. Így főleg altatásban történik a vizsgálat, ami feszültségekkel teli vizsgálati szituáció. A családok számára a diagnózisig való eljutás hosszúsága indokolatlanul nyújtja meg a reménykedést, és a szakirányú végzettséggel rendelkező fejlesztő pedagógussal való találkozást is hátráltatja. (Addig, amíg nincs hivatalos diagnózis, nem kap a

gyermek gyógypedagógiai ellátást.) A hallókészülék kiválasztása a várva várt objektív vizsgálati eredmények alapján történik meg, amely sok esetben nem pontos. Sokszor nehezíti középfüli funkciózavar és egyéb okok, amelyek ebben az életkorban igen gyakoriak.

Tapasztalatunk szerint a hallókészülék véglegesítését követően az ellátóhelyek sokszor befejezettek tekintik a munkát. A hallókészülék kiválasztását többnyire saját ismereteik alapján végzik, a szülők, a fejlesztők, pedagógusok megfigyeléseire nem támaszkodnak. A gyermekek több, mint 90%-ánál előfordult, hogy a hallókészülék nem volt összehangolva az illesztéssel, a beállítások nem az életkornak megfelelő algoritmusokat alkalmazták – így bocsátották útjukra a családokat. A kontrollvizsgálatot leghamarabb 6, esetleg 12 hónap időtartamra irányozták elő.

A hallókészülékkel történő ellátás azonban nem zárulhat le a készülék megvásárlásával, hiszen – különösen kisgyermekeknél – a hallási érzékenység, a hallójárat anatómiája, a gyakori illesztékcseré, a hallási figyelem fejlődése és még sok más tényező szükségessé teszi a folyamatos kontrollt. A találkozások során a szakember egyre több információt kaphat a gyermek hallásáról, illetve hallási szokásairól, és a hallókészülék beállítását e változások figyelembevételével pontosíthatja (Keresztessy, 2012.).

A gyermekek hallássérülésének mértéke nem állapítható meg teljes pontossággal az objektív vizsgálatok elvégzésével. A hangokra adott viselkedési reakciók változásai a mentális korhoz igazodó szubjektív diagnosztikus vizsgálatok alapján követhetők. Ezek összesített eredményei alapján végezhető el a hallókészülékek beállításának finomítása. Ez ad kellő alapot a kisgyermek számára a nyelv elsajátításához, és ez segíti elő, hogy minden helyzetben komfortos legyen. (CWGCH, 2005; Valente et al. 2007)

Ennek minden súlyossági fokú hallássérülésnél meg kellene valósulnia. A gyermekek esetében ez azt jelenti, hogy a beszéd- és nyelvfejlődés korai szakaszában a hallókészülékben az erősített beszédnek kellően hallhatónak kell lennie ahhoz, hogy érthető legyen. Ezért a hallókészülékek beállításakor minden szakembernek figyelnie kell az alábbi tényezőkre:

- a beszédhangoknak megfelelően hallhatónak kell lenniük, úgy, hogy az a személy számára ne okozzon kellemetlenséget;
- a beszéd elsajátításához fontos beszédakusztikai jellemzőket is hallhatóvá kell tenni;
- a hallókészülék működésének maximális kimeneti teljesítménye nem haladhatja meg a kellemetlenségi küszöbszintet, viszont nem korlátozhatja a beszédhangok teljes skálájának meghallását;
- figyelembe kell venni a hallássérült személyek eltérő igényeit (pre- vagy posztlingvális hallássérülés);
- a készülék beállítása a viselő igényei szerinti különböző hallási környezetet is figyelembe tudja venni (Bagatto et al. 2010).

A fent felsoroltak fogják biztosítani a hallókészüléket viselő gyermekek megfelelő fejlődését.

A gyermekek egy részénél a hallássérülésük súlyossága miatt nem megfelelő a fonémák közötti finom különbségek érzékelése, ezért késlekedés nélkül implantációs eljárások indikációja merül fel, amit feltétlenül támogatnunk kell.

## JAVASLATOK

A szakmai szervezeteknek közösen kell lépéseket tenniük a hallássérülés korai diagnosztizálása és az ezzel egyidejű hallókészülékes ellátás protokolljának kidolgozása érdekében. Ez megoldaná a jelenlegi súlyos problémákat a diagnosztika és főként a gyermekek hallókészülékes ellátása területén.

E protokollnak tartalmaznia kell a különböző szintéren dolgozó szakemberek együttműködésének szabályait (orvos, audiológus, hallásakusztikus, korai fejlesztő gyógypedagógus stb.), a folyamatdiagnózis szakaszait és az arra épülő hallókészülékbeállítás törvényszerűségeit.

Több, mint 30 éve folyamatos fejlődés, tanulás, fejlesztés mellett segítjük a látókörünkbe került hallássérült személyeket, különös figyelemmel a legfiatalabb életkorúak optimális ellátására. Hatalmas tapasztalattal rendelkezünk, melyet szívesen megosztunk másokkal. Ezzel többek között szeretnénk a hallókészülékes ellátás protokolljának kialakításához is hozzájárulni.

## Köszönetnyilvánítás

**Dr. Csányi Yvonne** munkásságának állandó motívuma volt a korszerűsítés, a legújabb nemzetközi tapasztalatok beemelése a hazai gyakorlatba. Frissen végzett szurdopedagógusként meglátta bennem a szikrát a pedoaudiológia hazai megalapozásához, amihez minden támogatást megkaptam tőle. Végtelen hálával gondolok rá. Hosszú és nehéz előkészületek után még életében sikerült megvalósítani közös álmunkat, egy hivatalosan működő pedoaudiológiai centrumot, a Hangzoona audiológiát.

*A tanulmányban ismertetett vizsgálatok elvégzésében a következő munkatársak közreműködtek – amit ezúton is nagyon köszönök nekik:*

Várszegi Zoltán - audiológus, hallásakusztikus, a Hangzoona Kft. ügyvezetője

Buzogány Borbála korai fejlesztő szurdopedagógus

Szendrőy Vivien szurdopedagógus



# IRODALOMJEGYZÉK

- Bagatto, M., Scollie, S. D., Hyde, M., & Seewald, R. (2010). Protocol for the provision of amplification within the Ontario infant hearing program. *International journal of audiology*, 49 Suppl 1, S70–S79. <https://doi.org/10.3109/14992020903080751>
- Canadian Working Group on Childhood Hearing (2005). *Early Hearing and Communication Development: Canadian Working Group on Childhood Hearing (CWGCH) Resource Document*. Minister of Public Works and Government Services Canada, Ottawa. Letöltés ideje: 2023.02.15. URL: <https://publications.gc.ca/collections/Collection/H124-10-2005E.pdf>
- Csányi Y. (szerk.) (1995). *Pedoaudiológia*. Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskola, Budapest.
- Gáborján A., Götze J., Küstel M., Kecskeméti N., Baranyi I., Csontos F. & Tamás L. (2019). Az újszülöttkori objektív hallásszűrés utánvizsgálatának eredményei. *Orvosi Hetilap*, 160(47), 1850–1855. <https://doi.org/10.1556/650.2019.31604>
- Emberi Erőforrások Minisztériuma (2015). *Egészségügyi szakmai irányelv – A 0-18 éves korú gyermekek teljes körű, életkorhoz kötött hallásszűréséről és a készfűrt gyermekek gondozásba, rehabilitációjába vételéről*. Letöltés ideje: 2023.01.29. URL: [http://www.neak.gov.hu/data/cms1008398/SZIE\\_000613\\_0\\_18\\_eves\\_gyermekek\\_hallasszures.pdf?query=hall%C3%A1ssz%C5%B1r%C3%A9s](http://www.neak.gov.hu/data/cms1008398/SZIE_000613_0_18_eves_gyermekek_hallasszures.pdf?query=hall%C3%A1ssz%C5%B1r%C3%A9s)
- Keresztessy É. (2012). A hallássérülés felfedezése, diagnosztizálása és ellátásának folyamata. Ahogyan történnie kellene – és hogyan az valójában történik. In Perlusz A. (szerk.). „...Aki olvassa, értse meg...” (pp. 49–63). ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar, Budapest.
- Madell, J., Flexer, C., Wolfe J. & Schafer, E. (eds.). (2019). *Pediatric Audiology Casebook*. 2nd Edition. Thieme, New York.
- Perlusz A. & Keresztessy É. (2018). Hallás. In Vekerdy-Nagy Z. (szerk.). *A gyermekrehabilitáció sajátosságai*. (pp. 118–127). Medicina Könyvkiadó, Budapest.
- Valente, M., Hosford, D. H. & Roeser, R. J. (2007). *Audiology – Treatment; Current strategies for treating patients with hearing loss*. Thieme Medical Publishers, New York. <http://doi.org/10.1055/b-006-161033>
- World Health Organization (2021). Hearing screening: considerations for implementation. World Health Organization. Letöltés ideje: 2023.01.29. URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/344797>.

# Trends in the care of hearing-impaired children following newborn hearing screening

## The impact of the UNHS (Universal Neonatal Hearing Screening) on the diagnosis of hearing loss and hearing aid care

---

### *ABSTRACT*

In Hungary, a hearing screening protocol has been in place since 2015. It is crucial for the life of a hearing-impaired child that a diagnosis is made immediately after the hearing screening, and it is crucial to determine the care system afterwards, as the tests are not completed with the diagnosis, but the focus shifts to technical care. In a well-functioning care system, the person concerned becomes part of a regulated process in which, fortunately, all the professionals are involved at the right time and place. However, there is no uniform system of diagnosis and rehabilitation in our country, and the content and scope of appropriate intervention are not defined.

Our tests were carried out at the audiological testing station of the Specialist Group for the Pedagogy and Rehabilitation of Hearing-Impaired Persons, Faculty of Special Education, ELTE Bárczi Gusztáv and Hangzoona Kft.

In this study, we report on the assessment and care of 281 children. All children were born after the official start of the mandatory newborn objective hearing screening program in 2015. The oldest was born in November 2015 and the youngest in October 2022 and presented for care at our institution between 30 November 2017 and 30 November 2022. By presenting their cases, we wish to illustrate our methodology for effectively helping young children with hearing impairment, thus providing a basis for the development of a standard protocol.

**Keywords:** hearing screening, process diagnosis, auditory-speech development, family-centred intervention, functional hearing test, multidisciplinary team

---

# IN MEMORIAM

*Hallássérültek Egységes Gyógypedagógiai Módszertani Intézménye*

## **Az első kimondott szó öröme**

VÉRTESSYNÉ AGÁRDI ANIKÓ

[aniko.agardi54@gmail.com](mailto:aniko.agardi54@gmail.com)

DOI: [10.52092/gyosze.2023.1.7](https://doi.org/10.52092/gyosze.2023.1.7)

## **YVONNE**

Keveseknek adatik meg, hogy az utónevük fogalommá váljon. Dr. Csányi Yvonne professzor ilyen volt. Nem a név különlegessége okán, hanem a viselője személyisége, szellemi nagysága, sok évtizedes elkötelezettsége a hallássérült gyermekekért, az ő fejlesztésüket választó hallgatókért, a pályán aktívan működő szurdopedagógusokért<sup>1</sup>. A szurdopedagógiát teljességében átfogó tudományelméleti és módszertani innovációja eredményeként. A fogalom legteljesebb értelmében altruista volt.

Szurdopedagógiai pályakezdésem a dr. Csányi Yvonne nevéhez fűződő tantervi és módszertani reformmal egy időben, 1979-ben kezdődött. A pályán eltöltött négy évtized alatt intenzív szakmai kapcsolatban voltunk. Tudása, munkabírása példaértékű volt számomra. Elvárásokat megfogalmazó, fejlődésre, tudásmegújításra lehetőséget adó mentorom volt. A cikkben a hallássérült gyermekeket nevelő-oktató debreceni intézmény gyakorlatát mutatom be a korai fejlesztésre fókuszálva, nagyrabecsüléssel emlékezve a Professor Asszony munkásságára a korai fejlesztés szemléleti, módszertani gyakorlatának hazai megújításáért.

---

<sup>1</sup> Szurdopedagógus: hallássérült személyekkel foglalkozó gyógypedagógus (szerk.)

## KORAI FEJLESZTÉS, MENTORÁLÁS A HALLÁSSÉRÜLT GYERMEKEK DEBRECENI INTÉZMÉNYÉBEN

### Visszatekintés

A múlt század ötvenes éveinek közepén megéltekről szóló Kincses Gyula nyugalmazott gyógypedagógus az intézményünk egy évszázados múltját bemutató kiadványunk lapjain.

„...a SINOSZ helyi titkára kért meg, kinek családjában unoka született, hogy nézzem meg a picit. Szeretné tudni, hogy halló-e, vagy siket a gyermek. A dr. Bárczi Gusztáv úrtól tanult eljárással a babát megvizsgáltam. Mivel az erős légvezetési zörejre nem reagált, siketnek véltem. (...) idővel otthonában kerestem fel. Szobájába lépve megdöbbenéssel láttam, hogy a nagypapa tükör előtt az ülőben ülő két éves babát hangos beszédre tanítja. Én ettől óva intettem. Fejhangos lesz a gyermek. Nem baj – válaszolta és tovább foglalkozott unokájával. Évek múlva a kis unoka tanítványom lett az 1. osztályban. Szókincsgazdagságával, társalgóbeszéd szintjével messze kiemelkedett társai közül. (...) Nagypját megkövettem. Mert rádöbbenem nagyszerű felismerésének, tettének igazára. A siket gyermek beszéd- és hallásnevelését már nulla éves korban el lehet kezdeni.” (V. Agárdi, 2003, p. 37).

### Korai fejlesztés az iskolánkban a 80-as évektől

Az 1979/80-as tanévben bevezetésre került tanterv eredményessége nagyban függött az iskolába lépést megelőző óvodai nevelés, valamint az azt megelőző irányított családi nevelés eredményeitől. Intézményünkben az 1979/80-as tanévtől túlórakeret terhére látták el a korai gondozást. A gyermek fejlesztésére koncentrálo szemlélettel, minden esetben a szülő jelenlétében, biztatást és lehetőséget adva a bekapcsolódásra a szülő és a gyermek igényének megfelelően. Ekkor már a jobb hangátvitelt biztosító, egyéni, fülmögötti hallókészüléket viselt a gyermek.

Sulyok Ivánné néhai igazgató-helyettes szavait idézve: „Dr. Csányi Yvonne főiskolai tanár jóvoltából megismerhettük a szakterület nemzetközi reprezentánsainak munkáját és csodálatos eredményeiket. A gyakorlati műhelymunka megismerésén túl hitet, elszántságot és erőt meríthettünk ezekből a továbbképzésekből” (V. Agárdi, 2003, p. 102).

A törvényalkotás 1993-ban követte a szakterület ez irányú elkötelezett munkáját. A közoktatásról szóló törvény a korai fejlesztést a közoktatás részévé emelte (1993. évi LXXIX. törvény). A feladatellátás tartalmát ugyanezen törvény 30.§-a tartalmazta. A szolgáltatás biztosítására a pedagógiai szakszolgálatot – mint új szervezeti formát – határozta meg. A hallássérült gyermekeket nevelő-oktató hazai intézmények mindegyikében elkezdődött a korai fejlesztés addigi gyakorlatának újragondolása a fejlesztőmunka kiteljesedése érdekében. A szemléleti és módszertani alapok azonosak voltak, a rendszeres továbbképzéseknek és az egyre sokasodó szakirodalomnak köszönhetően. A tárgyi és személyi feltételek már nem mutattak ilyen egységességet. Intézményünkben már a törvénytervezet olvasva egyértelmű volt, hogy meg kell ragadnunk a lehetőséget. A törvény megjelenését követő napon nyújtottuk be az iskolafenntartó önkormányzatnak a részletes szakmai-pénzügyi tervezetet, kérve, hogy pedagógiai szakszolgálat keretein belül a gyermekek számára ideális tárgyi és személyi feltételek biztosításával végezhesünk

a korai fejlesztést, tanácsadást. Az Oktatási Bizottság a részletes szóbeli indoklást követően támogatta a beadványt. A Közgyűlés jóváhagyó határozatának birtokában elkezdődhetett az építkezés. Az intézmény második emeletén egy szeparálható épületrészben alakítottunk ki három fejlesztőszobát, egy többfunkciós váróhelyiséget, valamint egy pedagógiai szempontú hallásmérésre alkalmas külön helyiségben csendes kamrát, hitelesített audiométerrel. A korosztály igényeivel harmonizáló berendezés és a gyermekek játékos fejlesztését segítő eszközök, továbbá, mint alapfelszereltség, az egyéni hallókészülékek ellenőrzésére szolgáló szerviztáska része lett minden fejlesztő helyiségnek.

A tárgyi feltételek megteremtésének pénzügyi biztosítása mellett egy álláshelybővítést is igényeltünk. Erre a státuszra pszichológust alkalmaztunk. Feladatukra intézményi szintű volt, a szakszolgálat mindenkorai igényének megfelelő feladatellátással. 1994. szeptember 1-jén megtörtént az ünnepélyes átadás. Intézményünk ellátási körzete az akkori felosztás szerint Hajdú-Bihar, Szabolcs-Szatmár-Bereg, Jász-Nagykun-Szolnok megyékre terjedt ki. Elsődleges feladat volt hírünket vinni, hogy tudjanak intézményünk új szolgáltatásáról. Az elérhetőségünket és a tevékenységünk tartalmát röviden bemutató szórólapot széles körben terjesztettük. A debreceni Fül-Orr-Gége és Fej-Nyaksebészeti Klinika audiológiájának vezetőjét személyes találkozón is kértük, hogy irányítsák hozzánk a diagnosztizált gyermekek szüleit, hogy mielőbb tudjunk segítséget adni a rászoruló családoknak. Találkozót kezdeményeztünk a debreceni védőnői szolgálat vezetőjével, tájékoztatást adva a korai ellátás lehetőségéről, szükségességéről. Támogatásukat kértük, hogy szakmai kapcsolataik révén tágabb kör – más települések védőnői, gyermekorvosok – figyelmét hívják fel arra, hogy a családok már a gyanúbredéstől fordulhatnak hozzánk. Működési rendünket, munkaprogramunkat, dokumentációs teendőinket, helyünket az iskola szakmai életében kollégáimmal együtt dolgoztuk ki, nagy körültekintéssel, távlatokba tekintő szemlélettel.

## **A pedagógiai szakszolgálat feladatköre**

Szakszolgáltatás keretében szükséges: biztosítani a hallássérült kisgyermek korai gondozását, az irányított családi nevelést; ellátni a többségi nevelési/oktatási intézménybe integrált gyermekek szurdopedagógiai fejlesztését, nyomon követésüket utazó gyógypedagógusi ellátással; a (be)fogadó intézmények pedagógusainak szakmai szolgáltatást nyújtani.

A szakszolgálatok működtetésére biztosított normatív támogatásból beszerzett új gépkocsi utazó pedagógusi feladatunk ellátásához biztosította a mobilitást. Tapasztalatszerzésre, tudás megújításra, tanulmányutakra dr. Csányi Yvonne szervezésében és részvételével évtizedeken át kaptunk lehetőséget.

*Korai gondozás – irányított családi nevelésben együttműködők.* A hangsúly az együttműködésen van, prioritást élvez a hallássérült gyermek és szülei egysége. A szülőknek útmutatásra van szükségük ahhoz, hogy segíteni tudják gyermekük nyelvi fejlődését. Támogatást a szurdopedagógia szakos gyógypedagógustól kapnak. A korai intervencióban dolgozó pedagógus jelentős attitűdváltozást él meg. A szülő-gyermek-szakember teamben önmagunkat a fejlesztésért szakmailag felelős szurdopedagógusként definiáltuk; a nevelőtestülethez tartozva, de eltérő munkarendünk miatt némileg marginalizálódva. A családokhoz alkalmazkodva, a gyermek napirendjére tekintettel egyéni

órarendünk is eltérően alakult, a hét egy-egy napján utazó gyógypedagógusi feladatokat is ellátva. A heti egy alkalommal tartott teamegbeszéléseken volt módunk megosztani egymással a munkaörömeit és a problémák okozta kihívások gondjait, alkalmanként a pszichológust is bevonva a szupervízióba. A családok egyéni élethelyzetük sokszínűsége mellett mindannyian azonos vágyat, akaratot képviseltek: gyermekük tanuljon meg hallani, beszélni. A szurdopedagógusnak nincs hatásköre és nem is feladata a családi problémák megoldása, ugyanakkor a szülő mindenkor fizikai-lelki terhelhetőségére tekintettel kell lennie. Időlegesen, vagy tartósan fennálló, az anya és gyermeke kapcsolatának harmóniáját veszélyeztető nevelési problémák megoldásához intézményünk pszichológusától kérhettek és kaptak is segítséget. A gyermekek vezető tünete a prenatalis korra visszavezethető hallássérülés volt. A diagnosztizált, hallókészülékkel ellátott gyermekek hathónapos koruktól legkésőbb negyedik életévük betöltéséig voltak korai gondozásban. Többségük egyéves életkoruk betöltése után érkezett.

## **Első találkozás a családdal**

A szülők gyermekükkel és a hallássérülést egyértelműsítő orvosi diagnózist dokumentáló irattal léptek be a fejlesztő helyiségbe, tekintetükben és szavaikban a korábbi hónapok nyomasztó gyanúját megerősítő állapot bizonyosságában és a megváltoztathatatlansága miatt érzett bánattal. A szurdopedagógus a legitimebb egység, a család életének részesévé lesz. Megértéssel kell meghallgatni azokat a kérdéseket, amik gyakran elhangzanak – Miért lett ilyen? Melyikünk a hibás? – de tapintattal terelni a beszélgetést a jelenre. Megerősítjük a szülőket abban, hogy helyes és felelős döntést hoztak, tudatosítva azt is, hogy gyermekük hallásra épülő beszédfejlődésének segítésére ők, a szülei a legalkalmasabbak. Nem kell egyedül megküzdeniük a kihívással, a szurdopedagógus támogató, megerősítő, előre vivő javaslatokkal segítő partnerük lesz. A fejlesztési folyamat egy magasba vezető hosszú lépcsősor. A lépcsőn a gyermeknek a szüleiével együtt kell felmenni. A védőkorlát a szurdopedagógus, amiben megkapaszkodhatnak. Egy hallássérült gyermeke fejlesztése során a gyermeke minden rezdülését ismerő anya szülői kompetenciája megkérdőjelezhetetlen. A gyermeke fejlesztéséért szakmailag felelős szurdopedagógussal egyenrangú félként együttműködve anyai szerepében megerősödve képes lesz segíteni gyermekét az anyanyelve elsajátításában. A szülő-szurdopedagógus kommunikációban a természetes köznapi társalgás jellemző a szakmai nomenklatúrát mellőzve.

## **Gondozásba vétel**

A szülőknek a Fővárosi Pedagógiai Szakszolgálat Hallásvizsgáló Gyógypedagógiai Tanácsadó, Korai fejlesztő, Oktató és Gondozó Tagintézménye vezetőjéhez kell fordulni, hogy az alanyi jogon járó szolgáltatást térítésmentesen tudják igénybe venni. A gyermekek ellátása hetente egy alkalommal ambulánsan történik. A fejlesztés a természetes gyermeki beszédfejlődés modelljét követő naturális auditív-verbális módszerrel a hallókészülékkel korrigált hallásra épít. A tevékenységhez kapcsolódó természetes társalgásban gazdag nyelvi mintát kap a hallássérült gyermek. A korai gondozás tartalmát az elérni kívánt fejlettségi szintet, az anyai feladatokat – a

gyermek életkorára, hallási korára (amikortól állandósul a hallókészülék viselése) tekintettel – a szülővel egyeztetett egyéni fejlesztési terv tartalmazza, három hónapos időtartamokra tervezve, belátható időkeretet adva a hosszú hónapokban, években mérhető közös munkának.

## **A szülő és a szurdopedagógus együttműködése a fejlesztő foglalkozáson**

A fejlesztő foglalkozásokat a szurdopedagógusnak úgy kell megtervezni és irányítani, hogy a gyermek számára változatos, élményt adó kellemes elfoglaltság legyen. Ha a gyermek jól érzi magát, a szülő is felszabadultabb, oldottabb lesz. A kölcsönös bizalom alapján alakulhat ki a kooperáció a szülő és a szakember között, egyenrangú partnerekként segítve a gyermeket. A fejlődési folyamat családonként eltérő és függ a gyermek, illetve a szülő és a szakember személyiségétől is. A hallássérült gyermek és családja megbonthatatlan egység. A gyermek nyelviileg is a családjában szocializálódik. A szurdopedagógusnak szüksége van a szülők tapasztalataira, megfigyeléseire. Bátorítania, ötletekkel segítenie kell őket abban, hogy a mindennapok családi kommunikációjában a lehető legtöbb hangzó nyelvi tapasztaláshoz juttassák hallássérült gyermeküket:

- A fejlesztésen minden aktivitást megelőz a hallókészülék technikai működésének ellenőrzése. Előbb a szülő, majd a másik oldali fülön sztetoklippel a szurdopedagógus végzi el. A hallókészülék funkcionális működéséről ad visszajelzést a gyermek a hangra adott játékos tevékenységgel.
- Ezt követően az anya kezdeményez tevékenységet, otthonról hozott játékkal/eszközzel motiválva gyermekét a közös játékra. A szurdopedagógus érdeklődő figyelemmel követi – a szülő és gyermeke intimitását tiszteletben tartó távolságból –, hasznos információt nyerve az anya és gyermeke közötti kapcsolatról, az anyai beszéd tartalmi/formai jellemzőiről. A gyermek viselkedése, reakciói alapján következtethet az auditív észlelése mindenkori szintjére. A szakember nem értékeli, főleg nem minősít. Válaszol a szülő kérdéseire. A pozitívumokat kiemelve, a szülő önbizalmát megerősítő gondolatok után fogalmazza meg a továbblépést segítő útmutatást, javaslatot.
- A szurdopedagógus-gyermek aktivitásban a szakember mintaadó modellező szerepet tölt be, fejlesztési szituációban sem öncélúan, hanem a gyermek mindenkori fejlettségi állapotának megfelelően játéktevékenységbe illesztve, percekben mérhető időtartamban. A gyermek mellett elhelyezkedve együtt játszanak, a tevékenység tartalmának megfelelő nyelvi tartalommal. Folyamatos auditív-verbális interakcióban, minden lehetőséget megragadva a hallásnevelésre. A szülő a gyermeke mellett maradva figyel. Indirekt módon gyűjt tapasztalatot az otthoni tevékenységhez.
- Közös tevékenykedés hármásban a hallás-ritmus-mozgás-beszéd egységét megélt örömmel.

## **A hallássérült/siket gyermekek rehabilitációjának technikai háttere**

A korábbi évtizedekben nem tapasztalt mértékű technikai fejlődésnek köszönhetően csúcsmínőségű fülmögötti hallókészülékek nagy választéka érhető el a hallássérült gyermekek számára. A cochleáris implantáció a legkorszerűbb hallásjavító műtéti eljárás. Pár hónapos

hallássérült gyermekek is elvégezhető. Technikailag biztosított a hallásra építő természetes nyelvi fejlődés lehetősége. A korai fejlesztés optimális esetben a diagnózist igazoló szakorvosi vélemény birtokában elkezdődik. A korai intervenció első fél éve alatt a gyermek magatartásának megfigyelése otthonában és a fejlesztésen értékes szubjektív információ az audiológus számára is a hallókészülék beállításának módosításában. A hang megtapasztalásának természetes közege a gyermek mindennapi élettere. Legkellemesebb hangforrás az anya hangja. Időt kell adni a gyermeknek, hogy felfedezze a hangot. Beszéddel megerősítve megmutatni a hang forrását is. „Jól hallottad. A vízforraló volt.” A hang nem pusztán akusztikus inger, hanem információforrás is. Az ismételt tapasztalásra a mindennapokban számtalan lehetőség van. Hagyni kell a gyermeket, hogy a saját tempójában fedezze fel a hangokat. Kétéves kortól a játékos audiometria módszerrel kondicionálható a tudatos hangra figyelésre, a hang észlelését cselekvéssel jelezve. A gyermektől elvárt viselkedést a szülő modellezi. A gyermek a szeretett személyt utánozva lelkesen vesz részt a játékban. A hang uniszenzorosán érkezik a teljes beszédfrekvenciát lefedő hangsorral, a mély és magas hangokig (M/Á/Ú/Í/S/SZ). A gyermek az eszközt kezében tartva a fülére mutatva várja a hangot, majd cselekszik. Fontos, hogy a gyermek számára könnyen kivitelezhető, az érdeklődését felkeltő tevékenység legyen. A készülék ellenőrzésekor otthon is játszanak így, sokféle hangmintát adva. Amikor a gyermek megfelelő jártasságot szerzett, az audiológiai szobában hangsúlyozottan pedagógiai célú szabadhangterez mérés történik. Előbb készülék nélkül, majd kis szünetet követően készülékkel. Az audiogram elemzésénél a készülékes görbe mutatja, hogy képes-e a gyermek a beszéd meghallására a hallókészülékével. A mérési eredmény és a fejlesztési tapasztalatok alapján kérhetik a szülők a hallókészülék felülvizsgálatát. Amennyiben nem következik be érdemi előrelépés, a szurdopedagógus prognosztizálja a gyermek nyelvi fejlődésének kilátásait. Beszélget a szülőkkel a cochleáris implantáció kedvező tapasztalatairól. Minden kérdésükre elfogulatlanul válaszol. Segít kapcsolatba lépni sorstárs szülővel. Indítványozza, hogy tájékozódjanak az audiológián. Nagyon fontos, hogy több nézőpontot megismerve tudjanak dönteni. Lelkileg megterhelő beszélgetés ez mindkét fél számára. A szurdopedagógus szavainak nagy súlya van a közös munka alatt kialakult bizalom okán is. Felelősséggel tartozik a gyermek fejlődéséért, azonban a döntés joga és felelőssége a szülő kezében van.

A hallássérülés a beszédfejlődés természetes folyamatát gátló, mértékétől függően azt súlyosan megzavaró érzékszervi károsodás. Az anyanyelvi fejlődést megalapozó korai időszak egyben az anya és gyermeke közötti érzelmi kötődés kialakulásának ideje is. A csecsemőjével szoros testi kapcsolatban létező anya szeretetnyelve ösztönös. A dédelgető, becéző dajkanyelv, a hallássérült gyermeket gondozó felnőtt hangja kellemes megnyugtató érzést vált ki a gyermekből. A gondozási tevékenység közben az érintés, a tevékenység beszéddel kísérése minden anya számára természetes. A hallássérült gyermek szülője is így viselkedik. Kezdetben. A gyanúébredés aggodalma, az orvostól orvosig tartó kanossza a bizonytalanság gyötrelme bénító. Az anyai szeretetnyelv elhalkul. A szülő felé megértéssel, türelemmel, biztonságot nyújtó nyugalommal fordulva kell a szakembernek átsegíteni őt ezen az állapoton. A legtöbbet a gyermek segít a hallókészülék fülbe helyezése utáni viselkedésével. A szurdopedagógus ezekre reagálva beszél a gyermekhez. A reakciót beszédre fordítva a gyermek nyelvén megfogalmazva, válaszol is rá (kettős szerep). Az anya megfigyelheti a szakember beszédének stílusát. A csend ösztönözheti a kisgyermeket saját hangjának próbálgatására. Gógicsél, vokalizál, gagyog, Ez nagy örömet jelent a szülőnek. Visszatalálva régi önmagához, spontán kezd beszélgetni a hallássérült gyermekével. Mondókával, énekkel kísért



simogató, hőkögtető anya-gyermek játék időszaka ez. A dackorszak komoly erőpróba a kisgyermekes családoknak. Nem kevésbé a gyermeknek. A kétéves az önálló tevékenység, az önálló döntés jogáért küzd. Az érzelmi biztonság, a történések kiszámíthatósága nagyon fontos a számára. A hallássérült kisgyermeket fokozottan kell segíteni, hogy a napi rutinon túli eseményekről értesüljön. A szülőt segíteni kell ebben. Az egyéni rajzos naptár a tevékenységre utaló, egyszerű piktogrammal jeleníti meg az állandó és a változó napi eseményeket. „Vásárolni megyünk” – mondja az anya, és már rajzol is egy kosarat a lapra, anticipálva a várható eseményt. A fejlesztésre is elhozzák. Együtt mesélik el, mi történt a legutóbbi találkozás óta. Csak arról beszélnek, amit a gyermek közölni akar. Kifejezésekben gazdag társalgás alakul ki anya és gyermeke között, sok új fogalommal gyarapítva a gyermek passzív szókincsét. Az egyéni rajzos naptár alkalmazását lehetőségként ajánlja a szurdopedagógus, a szülőre bízva, hogy él-e vele.

## A családokat támogató tevékenység

A hallássérült kisgyermek fejlődésében elsődleges szerepet betöltő anyának, miközben egész napját a gyermekével tölti, koordinálnia kell a család mindennapjait. Nem izolálódhat a szűkebb-tágabb környezetétől. Az anyákat lelkileg megviseli, ha arra utaló megjegyzések hangzanak el, hogy meddig játszadoznak még, mikor tanítják már beszélni a gyermeket. Általában jó szándékú segíteni akarással érdeklődnek. A szurdopedagógus mindig szívesen invitálja a foglalkozásra a nagyszülőt, keresztmamát, bármi legyen is a motivációjuk. A közös munka a megszokottak szerint zajlik annak tudatában, hogy erős kontroll alatt van a szülő és a szakember is. Az elköszönést megelőző beszélgetést a szurdopedagógus úgy moderálja, hogy az érdeklődő családtagok felismerjék, milyen fontos szerepet tölthet be a tágabb család a szülők megértő támogatásával, közvetve segítve a hallássérült gyermek fejlődését.

*Rendezvények-hagyományok:* A családi találkozót azzal a szándékkal szerveztük, hogy a orstárs szülők megismerkedjenek egymással, olyan kérdéseket megbeszélve, döntés előtt állva, amit mások már megélték. Egymástól tapasztalatot szerezhetnek, erőt meríthetnek, látva más hallássérült gyermekeket is, nem egészségügyi környezetben. A találkozókra eljönnek a többségi óvodába járó gyermekek is a szüleikkel. Mikulás- hívogató, farsang, apák napja, cochleáris implantált gyermekek találkozója, baba-mama évzáró. Mindenkor az aktuális eseményhez igazodó tevékenységet felkínálva a szülő-gyermek tevékenységhez. A játékos hallás-ritmus-mozgás állandó eleme a találkozóknak. A mosolygó, gyermekükkel együtt éneklő, táncoló családoknak erőt adó pillanatok a következő lépcsőfokra lépéshez.

*Játék- és könyvkölcsönzés:* A korosztálynak megfelelő szempontok alapján állítottuk össze a kínálatot. Előfordult, hogy a fejlesztésen látott játékot haza akarták vinni a gyermekek. Keserves sírást tudtunk kivédeni azzal, hogy a váróban elhelyezett szekrény kincseiből választhattak egyet. *Az enyém, nem enyém, visszaboxtam* fogalom is beépült idővel a tudatukba. Az anyák népszerű szerzők, többek között Vekerdy Tamás műveiből válogathattak.

A szakszolgálatunk tájékoztató kiadványa a Szélcseggő baba-mama magazin évente két alkalommal jelent meg tíz évig, intézményi kiadásban. Kereskedelmi forgalomba nem került. Megjelenésében igazi újság volt. Tájékoztatás, kapcsolattartás, még több segítség nyújtása a hallássérült gyermeket nevelő szülőknek. Ez volt a cél. A „pszichológus válaszol” rovatban olvashattak az anya-gyermek kapcsolatról, dackorszakról, az iskolaválasztás nehézségeiről.

Veleszületett genetikai eredetű nagyothallásról írt a Debreceni Egyetem Klinikai Központ Fül-Orr-Gége és Fej-Nyaksebészeti Klinika orvosa. Az ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar Gyógypedagógiai Módszertani és Rehabilitációs Intézet oktatója az ellenoldali fülön a hallókészüléket viselő cochlea implantált gyermekek fejlődésének tapasztalatait írta meg. Az integrált nevelésről, oktatásról mindenre kiterjedő írást olvashattak a témában, autentikus szerző tollából. Szerepeltek még mesék, képtörténetek, versek, rejtvények, eseményleírások a szakszolgálat munkatársaitól, szülők írásai a gyermekekkel megélt megpróbáltatásokról, örömeikről, többségi óvodák, iskolák partnerpedagógusainak cikkei az együttnevelésben szerzett tapasztalatokról. A képek a gyermekekről, a közösen megélt eseményekről az otthoni társalgásokhoz is témát adtak. A betűt már ismerők a Szélcsengő lelkes olvasói, a nagyobbak társszerzőink lettek.

*Támogatás az óvodaválasztásban:* Két lehetőség van. A kis létszámú, magas színvonalú szurdopedagógiai fejlesztést biztosító speciális óvoda vagy a lakóhelyi többségi óvoda. A szülők igénylik a szurdopedagógus tanácsát, azt is kérve, legyen mellettük a bemutatkozó látogatáson. A korai fejlesztésben részesülő gyermekek szülei a többségi óvodát preferálják. Az illetékes szakértői bizottság a gyermek teljeskörű vizsgálata után dönt arról, hogy a választott többségi intézményben biztosítottnak látja-e szakmailag a hallássérült gyermek integrált nevelését. Amennyiben a választott óvoda nevelési programja tartalmazza a sajátos nevelési igényű hallássérült gyermekek együttnevelését, a szakvéleményben három évre kijelöli az intézményt, azzal a kötelezettséggel, hogy a szurdopedagógiai ellátást biztosítani kell. A korai fejlesztés az óvodába lépéssel lezárul.

Intézményünk működésében változást eredményezett a 2011. évi CXC. törvény a nemzeti köznevelésről. A pedagógiai szakszolgálat, mint önálló intézményi egység megszűnt. A korai fejlesztésben és a többségi óvodai nevelésben, iskolai oktatásban részesülő hallássérült gyermekek szurdopedagógiai ellátását utazó gyógypedagógusi szolgáltatással biztosítja a debreceni Hallássérültek Egységes Gyógypedagógiai Módszertani Intézménye (2011. évi CXC. törvény).

A gyermekekkel és családjaikkal eltöltött évek szakmai életem kiemelkedő időszaka volt. Köszönöm Yvonne.

Kosztolányi Dezső:

Halottak

(részlet)

„Volt emberek.

Ha nincsenek is, vannak még. Csodák.

Nem téve semmit, nem akarva semmit,

hatnak tovább. (...)”

## IRODALOMJEGYZÉK

1993. évi LXXIX. törvény a közoktatásról

2011. évi CXC. törvény a nemzeti köznevelésről

V. Agárdi Anikó (szerk.) (2003). Emlékkönyv: *Egy évszázados a hallássérültek debreceni oktatása*. Széchenyi utcai Általános Iskola, Diákotthon, Óvoda és Pedagógiai Szakszolgálat, Debrecen.

## **Kaposvári emlékek, gondolatok**

GYURINA ÉVA

[gyurina.eva@liveedu.duraczky.hu](mailto:gyurina.eva@liveedu.duraczky.hu)

[DOI: 10.52092/gyosze.2023.1.8](https://doi.org/10.52092/gyosze.2023.1.8)

### **Emlékek**

Megrendülten értesültünk a hírről: elment Yvonne... Csak így emlegettük őt magunk között, mert neve, személye a hallássérült gyermeket tanító gyógypedagógusok, pedagógusok, tanárok között nem csak hogy ismert volt, hanem fogalom. A hazai hallássérült gyermekek oktatásának szíve, lelke, motorja, koordinátora, működtetője volt egy személyben. Számunkra szakmai példakép, egyben folyamatos kontroll is. Aki csak a hallássérült gyermekekkel foglalkozik, pályája során valamilyen módon egészen biztosan kapcsolatba került vele: tanította személyesen, tanította a könyvein, tanulmányain, cikkein keresztül, vagy részt vett olyan képzésen, konferencián, workshopon, amit ő szervezett, vezetett. Mert mindegyikből van, volt bőséggel.

Amikor ott álltunk a Fiumei úti sírkertben, elgondolkodtam, hogy mi is az első emlékem Yvonne-nal kapcsolatban. Emlékszem, amikor sok-sok évvel ezelőtt az intézményünkbe jöttem dolgozni, és első alkalommal utaztam gyógypedagógus kollégáimmal Budapestre a szokásos éves találkozóra, nem értettem, miért izgulnak olyan nagyon a gyakorlott, tapasztalt kollégáim. Aztán láttam, hogy az ország sok városából érkeznek szakemberek, papírokkal, táblázatokkal. (Én meg csak néztem, hogy mi lesz itt?) Aztán jött egy magas, nagyon határozott hölgy, akit akkor még nem ismerhettem, aki szépen sorban kikérdezte a kollégákat a tanévvégi felmérések eredményeiről, mi lett a szókincs felmérésének eredménye, miért ennyit tudnak a gyermekek, hogyan történtek a foglalkozások, fejlesztések, és a többi. Záporoztak a kérdések, az adatok, a válaszok. Ki lehet ez a szigorú hölgy, akinek a szavára így figyelnek a Budapestről, Szegedről, Sopronból, Egerből, Budapestről, Kaposvárról, Debrecenből érkezett szakemberek, és akinek a véleménye, gondolatai láthatóan mindenkire erőteljes hatást gyakoroltak? 23 éves voltam, tapasztalatlan, és semmit sem tudtam a hallássérült gyermekek oktatásáról.

Néhány év múlva aztán, amikor gyógypedagógus hallgató lettem a Bárczin, újra találkoztam a „szigorú hölgygel”, és akkor megtanultam, ki is ő. Az órák és a vizsgák során megértettem, miért tartottak tőle a kollégák. De azt is megtapasztaltam, hogy a szigorú külső, és az esetenként érdekesebb stílus mögött hatalmas tudás, óriási elköteleződés, jobbító szándék, tenni és segíteni akarás, szilárd hit áll. Maximalista volt magával szemben is, és ezt várta el a hallgatóitól, munkatársaitól is. Csak a legjobb lehetett jó, és az elég jó kevés volt.

Csekne Kudomrak Gyongyi szurdopedagógus<sup>1</sup> kollegám így emlékszik egyik tanítási gyakorlatára:

„Yvonne lendületes, érdekes órákat tartott. Kérdezett és gondolkodtatott. Esélyem sem volt arra, hogy egy-egy pillanatra elkalandozzak, mással foglalkozzak. Szigorú volt és következetes. Az óraelemzéseknél határozottan, mindenféle „csomagolás” nélkül elmondta a hibákat. Türelmesen adott tanácsot ezek javításához. Sajátos humorát nagyon kedveltem. Szeretettel és hálával gondolok rá! Büszke vagyok arra, hogy a tanítványa lehettem.”

## **A kezdetek**

A hallássérült gyermekek oktatása Yvonne fáradhatatlan munkájának eredményeként vált egységessé az ország valamennyi intézményében. Az elvárásokat ismertük, a rendszeres találkozók és beszámolók pedig mindenkit arra sarkalltak, hogy folyamatosan az elvárásoknak megfelelően és a beszámolási szempontok alapján dolgozzon. Ezek a találkozók azt is biztosították, hogy a szurdopedagógusok ismerjék, megismerjék egymást. Azt is, hogy az ország hallássérült gyermekeket oktató, fejlesztő intézményei között szoros szakmai kapcsolat alakuljon ki és működjön. Abban az időben (önkormányzati fenntartás) még volt lehetőség rendszeres intézménylátogatásokra, meg tudtuk oldani, hogy a munkaközösségek tagjai, vagy azok egy része el tudjon utazni akár két napos tapasztalatcserére is. Voltak járműveink, 8-10 személyes kisbuszok, melyekkel utazni lehetett. Ismertük azokat a kollegákat, akik bemutató órákat tartottak, melyeket követően komoly szakmai beszélgetések zajlottak a saját tapasztalatok bevonásával. Előfordult, hogy ezeken a találkozókön Yvonne is részt vett. Ilyenkor a bemutató órát tartó, tapasztalt gyógypedagógus ugyanúgy izgult, mintha gyakorlaton lett volna. Ha az óra után Yvonne-tól dicséret hangzott el, az felért egy kitüntetéssel. Ezekből a rendszeres találkozókból aztán egy szakmai szerveződés lett, és megalakult a Hallássérültek Iskoláinak Országos Egyesülete, mely egy újabb keretet biztosított az együttműködésre az intézmények között. Sajnos pár évvel ezelőtt ez a szervezet megszűnt, pedig jó lehetőséget adott az intézmények közötti kapcsolattartásra, szakmai együttműködésre, érdekképviseletre.

## **A fejlesztések megalapozása**

A színvonalas szakmai munka természetesen nem csak napjaink igénye. Nagyon élénk fejlesztések történtek már a '70-es években is. A technika fejlődése lehetővé tette a „Bárczi-módszer” bővítését. A hallásmaradvány kihasználása, a hallásnevelés hangsúlyossá tétele, az igény ennek beemelésére az oktatásba, felvetette egy új tanterv kidolgozását. 1973-ban készült el a Módosított Tanterv és Utasítás a Siketek Általános Iskolája Számára. Ennek kidolgozásában több akkori kaposvári gyógypedagógus is részt vett. A tantervhez természetesen megfelelő tankönyvekre is szükség volt, melyek elkészítésében szintén komoly feladatot vállaltak a kaposvári tantestület akkori tagjai. A korábbi tanterv megújítása 1976-ban kezdődött és 1979-ben jelent meg, immár Yvonne

---

<sup>1</sup> Szurdopedagógus: hallássérült személyekkel foglalkozó gyógypedagógus (szerk.)

szerkesztésében. Ebben a szakmai munkában szoros együttműködésben dolgoztak a tantervkészítők, a tankönyvírók és a szerkesztő (Mihalovics, 2002; Gordosné Szabó, 2010).

## Korai fejlesztés

Időközben felvetődött a hallássérült kisgyermek korai fejlesztésének igénye is a speciális óvodai nevelés megkezdése után. A korai fejlesztés szükségességének felismerése, népszerűsítése szintén Yvonne nevéhez fűződik, ez a munka Kaposváron eleinte az óvodához kapcsoltan, heti két óra tanácsadás formájában valósult meg.

A későbbi korai fejlesztéssel kapcsolatban ezt meséli Nagyné Heidenwolf Erzsébet szurdopedagógus kollégám:

„Számomra, s azt hiszem sokunk számára nevezetesek voltak Morag Clark workshopjai. Nekem a lehető legjobbkor jött, 1996-ban, ekkor volt itt először Clark asszony, ekkor kezdtem koraihoz. Az első alkalommal tartott képzés kemény volt. Yvonne állt az előadó mellett és fordította, tanította az elhangzottakat. Nem tudom, már akkor tudta-e, hogy ez a képzés milyen hatással lesz a hallássérült gyermekek korai fejlesztésére. Az biztos, hogy teljes megújuláshoz vezetett. Még mindig megvannak a jegyzeteim, amit akkor készítettem, s most, hogy ezeket a sorokat írom, elővettem a füzetemet, s hol nyílt ki? *Korszerű audiológiai ellátás nélkül nem működik a hallássérült gyermekek korai fejlesztése.* – olvasom.”

## További terápia, technikai feltételek

Az emlékek között felbukkan a tanulási zavarokkal foglalkozó svájci gyógypedagógus, Félicie Affolter által kidolgozott terápia, ami a korai fejlődés során elmaradt taktilis-kinesztetikus észlelés fejlesztésére összpontosít. Yvonne kapcsolatainak és nemzetközi ismertségének köszönhetően a terápiát ismertető svájci előadó, Heidi Heldstab több alkalommal is járt Magyarországon. A kaposvári intézményből néhányan részt vehettünk egy-egy képzésen, ahol Yvonne tolmácsolt és magyarázott fáradhatatlanul. A terápiát nem véletlenül népszerűsítette, hiszen úgy vélte, ez a hallássérült gyermekek korai fejlesztésében is eredményesen alkalmazható, természetesen a szülők hatékony közreműködésével.

És most ismét a kolleganőmmel folytatott beszélgetésből idézek pár mondatot Yvonne-nal kapcsolatban:

„Mindig a változásokat, a haladást képviselte, s egész élete a hallássérült gyermekek beszédtanításáról szólt. Ezt a szemléletet már főiskolás korunkban belénk oltotta.”

Yvonne egyszerre figyelt a módszertani megújulásra, fordította a legújabb, témában megjelent tanulmányokat, cikkeket, könyveket, hogy a legújabb szakmai ismeretekhez mindenki hozzájuthasson, és figyelt a technikai megújulásra is. Ismerte a legújabb hallókészülékeket, tudta, hogy eredményes hallásnevelés csak a jól beállított hallókészülékkel lehetséges.

## Cochleáris implantáció

Újabb mérföldkövet jelentett a hallássérült személyek ellátásában és fejlesztésében a cochleáris implantáció lehetősége.

„Azt hiszem valamennyi szuripedagógus szakmai életében új fordulatot, új szemléletet hozott a CI megjelenése. Mint mindig, Yvonne tudása, helyzetfelismerése, tudományos előrelátása hozta meg az egész szakma számára a sikert.” – említi ezzel kapcsolatban kolleganóm. És ez valóban így is történt. Az intézmények kapcsolatba kerültek a műtéteket végző klinikákkal: Budapesttel, Szegeddel, Péccsel. Az intézményünk audiológiáján dolgozó szakemberek elkezdtek szerepet vállalni a CI műtétek előkészítésében, az utógondozásban, fejlesztésben. Aztán pályázati források támogatásával olyan nemzetközi képzésekben vettek részt, ahol elsajátították az implantátumok állításának ismereteit is, így a szülőknek a továbbiakban nem kellett a lakóhelyüktől – esetleg – távoli klinikákra utazni probléma esetén. Az akkoriban kialakított szakmai kapcsolatok szerencsére a mai napig működnek, ahogy a készülékeket forgalmazó cégekkel is így van. Ezek a kapcsolatok nagyban megkönnyítik a gyermekek ellátását, és megkönnyítik a családok életét is az utazások megszervezése szempontjából.

## Hallgatói gyakorlatok

A hallássérült gyermekek oktatásával, nevelésével foglalkozó intézmények színteret adtak és – bár kisebb létszámban, de – adnak jelenleg is az ELTE BGGYK hallássérült személyek pedagógiája szakirányos gyógypedagógus hallgatóinak gyakorlati képzéséhez. A képzés természetesen jelentősen átalakult az elmúlt időben, annak megfelelően, ahogy változott a speciális gyógypedagógiai ellátásba bekerülő hallássérült gyermekek létszáma és problémáik összetétele. Az a módszertan, amit mi még Yvonne-tól, Farkas Miklós tanár úrtól és a többi nagynevű oktatóunktól annak idején megtanultunk, a mai gyermekeknél sajnos kevésbé vezet eredményre. Ahogy terjedt az együttnevelés és emelkedett a többségi intézményekben integráltan tanuló hallássérült gyermekek létszáma, úgy változott – csökkent – a speciális gyógypedagógiai nevelésben tanulók aránya. Akik a speciális intézményekben maradtak vagy oda érkeztek, szinte valamennyien súlyosabb, vagy társuló nehézségekkel küzdenek. Hamarosan valamennyi, hagyományosan hallássérült gyermekekkel, tanulókkal foglalkozó intézményben végbement egy profilbővítés (más fogyatékosági területek ellátásának felvállalása), illetve egy szinte teljes profilváltás. A folyamat az ezredforduló környékén kezdődött és nagyon hamar lezajlott. Természetesen az intézmények nem hagyták magukra az integrációba került hallássérült gyermekeket, mert egy új ellátási forma megszervezésével „utánanyúltak” a gyermekeknek, megkezdődött az utazótanári ellátás. Ehhez egy újabb módszertan kidolgozása vált szükségessé, melyben Yvonne ismét előrelátóan mutatott utat. A tanszék munkatársaival segítették, támogatták ezt az új ellátási formát, ami nem csak a hallássérült gyermekeknek, de a befogadó intézmények tanítóinak, tanárainak, vezetőinek és nem utolsósorban a szülőknek is segítséget, támogatást nyújtott és nyújt jelenleg is. A hallgatók, akik a speciális intézményekbe érkeznek, gyakorlatuk alatt találkozhatnak a „benti”, súlyosabb, összetettebb

problémákkal küzdő siket, nagyothalló gyermekekkel, és az utazó gyógypedagógusok munkájában való részvétellel megtapasztalják az integrált ellátási forma létjogosultságát, nehézségeit, eredményeit és szépségét is.

## Búcsú

Yvonne 80. születésnapjára sokan gyűltünk össze az ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Karán. Ülve fogadta a köszöntéseket, kicsit talán zavarta is a neki szóló figyelem, ünneplés, de mosolyogva mesélte a történeteit mindannyiunk okulására. És dolgozott otthon tovább, fordított, írt – ahogy mindig is tette. Néhányszor beszéltünk még telefonon, aztán már csak a hírek maradtak, most pedig az emlékek egy nagyszerű tanárról, előrelátó tudósról, fáradhatatlan pedagógusról.

*Búcsúszunk, Yvonne. Mindent köszönünk!*

## IRODALOMJEGYZÉK

Gordosné Szabó A. (2010). Arcképcsarnok. Bárczi Gusztáv 1890-1964. Az ELTE BGGYK névadója születésének 120. évfordulójára. *Gyógypedagógiai Szemle*, 38(3), 244–253.

Mihalovics J. (szerk.) (2002). *A Kaposvári Siketnéma Intézettől a széleskörű gyógypedagógiai ellátó központig. Fogyatékos Gyermekek, Tanulók Felzárkóztatásáért Országos Közalapítvány*, Budapest.

# Mit kapott a Gyermekek Háza Csányi Yvonne-tól?

KÓKAYNÉ LÁNYI MARIETTA

[marietta@gyermekekhaza.hu](mailto:marietta@gyermekekhaza.hu)

DOI: [10.52092/gyosze.2023.1.9](https://doi.org/10.52092/gyosze.2023.1.9)

## Pillanatkép

2022. október 28. A 30 éves Gyermekek Háza születésnap konferenciáján vagyunk. A konferenciát komoly szakmai érdeklődés jellemzi, érkeztek pedagógusok, gyógypedagógusok az ország minden tájáról, határontúli magyar iskolákból. Több előadás témája az inkluzív nevelés, oktatás volt. Nem véletlenül, hiszen a Gyermekek Háza az az iskola, amely Magyarországon elsők között vállalta az integrált nevelés, oktatás bevezetését. Dr. Perlusz Andrea, dr. Loványi Eszter és jómagam osztottuk meg tapasztalatainkat, tudásunkat az inkluzív neveléssel, oktatással kapcsolatban. Előadásaink során mindhárman megemlékeztünk dr. Csányi Yvonne-ról. Tisztelegtünk emléke előtt. Perlusz Andrea, mint közvetlen munkatársa, Loványi Eszter, hallássérült előadónk, mint tanítványa, én, mint a Gyermekek Háza vezetője, aki nagyon sokat tanult inkluzióról, befogadó iskolai környezetről Yvonne-tól. Mind elcsendesedtünk. Yvonne-ra gondoltunk és tisztelegtünk emléke előtt.

*Mit kapott a Gyermekek Háza Csányi Yvonne-tól? Megpróbálok néhány szóban összefoglalni.*

## Gyermekek Háza

Gyermekek Háza az 1991/92 tanévben mint alternatív program kezdte meg működését. Ezekben az időkben indultak a reformpedagógiákra építő alternatív iskolák. Mi, a Gyermekek Háza kidolgozói is új utakat kerestünk. Olyan iskolát álmodtunk, amely minden diák számára hatékony, elfogadást nyújtó iskolai környezetet biztosít, a tanulók egyéni sajátosságaihoz, szükségleteihez igazítja a nevelési, tanulási környezetet.

A kitűzött cél jelentősen megváltoztatta az iskoláról, tanításról, tanulásról vallott gyakorlatunkat. Az egységes tananyag helyett a sokszínű gyermekekre fókuszáló szemlélet merőben új megközelítést jelentett az addigi oktatási gyakorlatunkhoz képest. Szakmai lelkesedésünk határtalan volt, kerestük az új utakat, módszereket. Nagy figyelmet szenteltünk a tanulók megismerésének lehetőségeire, a személyes kapcsolatok kiépítésére, működtetésére. Törekedtünk a tanulói aktivitásra, kezdeményezésre építő tanulási helyzetek alkalmazására. Kipróbáltuk és tanítási gyakorlatunkba beépítettük a személyre szabott tanítást biztosító differenciált rétegmunkát, a diákok együttműködésére építő kooperatív tanulást, a projekteket, témaheteket. Osztályzat helyett szöveges értékelést alkalmaztunk, nagy súlyt fektetve az árnyalt, támogató értékelés megvalósítására. Nagyon szép, izgalmas évek voltak ezek.

Úgy gondolom, azzal, hogy értéként kezeltük a gyermekek közti különbségeket, megtanultuk és alkalmaztuk a differenciált támogatást nyújtó tanulásszervezési módszereket, gyakorlatilag „megágyaztunk” az inkluzív nevelésnek.



## **Integrált nevelés**

Az integrált nevelés elméletével és gyakorlatával 1993-ban ismerkedtünk meg. Ekkor történt, hogy az akkori Budapesti Tanítóképző Főiskola és a Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskola (jelenleg ELTE Tanító- és Óvóképző Kar, valamint ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar) oktatóival és hallgatóival együtt részt vettünk egy integrált nevelés, oktatás témájú Tempus projektben. A projekt vezetője a gyógypedagógiai képzés részéről dr. Csányi Yvonne, a tanítóképzés részéről Kereszty Zsuzsa volt. Ahogy megfogalmazták, híd szeretnének képezni a gyógypedagógia és a többségi pedagógia között.

A Tempus program keretén belül három éven keresztül volt lehetőségünk Manchester, Cambridge és Saarbrücken körzetében az integrált nevelés, oktatás rendszerét, tanítási gyakorlatát, tantervfelkészítést, valamint az integrált nevelésre felkészítő pedagógusképzés és továbbképzés kereteit, tartalmát és módszereit tanulmányozni. Iskolákat látogattunk, műhelyfoglalkozásokon, továbbképzéseken vettünk részt, sokat tanultunk. A projekt nemzetközi tapasztalatokra építve azt kívánta elérni, hogy közelebb kerüljenek egymáshoz a többségi és a speciális pedagógiában felhalmozódott tudások, tapasztalatok és Magyarország intézményrendszere is elinduljon – az akkor még fogyatékosnak nevezett – sajátos nevelési igényű tanulók integrált nevelése útján.

A Gyermek Ház modelliskolaként került a projektbe, vállalva, hogy felkészül az integrált nevelésre és fogad osztályaiba fogyatékos tanulókat. Az integráció gondolata számunkra teljesen új volt. Hiszen eddig külön intézményekben tanultak a fogyatékos gyermekek. Magunk sem hittük, hogy ez lehet másként. Azonban a minden tanuló számára hatékony iskola koncepciója teljesen összhangban volt az elvárt szemlélettel, módszertannal. Dr. Csányi Yvonne, Kereszty Zsuzsa és munkatársai ezt látták meg, így a sajátos nevelési igényű tanulók integrációját célként megfogalmazó kezdeményezés és a Gyermek Ház pedagógiai koncepciója szerencsésen találkozott.

Bár az elfogadás, az egyéni sajátosságokhoz igazodó tanulásszervezés napi szinten jelent meg iskolai gyakorlatunkban, a Tempus program, a nemzetközi tapasztalatok megismerése nyitottabbá, tudatosabbá tette gondolkodásunkat. Elfogadtuk az előadók, köztük Wendy Lynas, Mel Ainscow és Csányi Yvonne gondolatait, miszerint mindenki fogyatékos és mindenki ép, mindannyian hordozunk értékeket és vannak hiányosságaink.

A megismert iskolák pedagógusainak szemlélete, amely a fogyatékossgot nem hiányként, hanem egyéni, sajátos szükségletként értelmezte, egy új világot nyitott meg előttünk. Yvonne elkötelezett jelenléte, a látottakra, hallottakra való ráerősítése meghatározó szakmai élményt jelentett számunkra. Yvonne-nak köszönhetően lett széleskörű rálátásunk a nemzetközi tapasztalatokra, eredményekre. Munkássága, szemlélete mai napig meghatározza a Gyermek Ház pedagógiai kultúráját, arculatát.

## **Inklúzió**

A nemzetközi tapasztalatszerzés, az integrált nevelés gyakorlatban történő megfigyelése, a téma elismert szakértőivel való konzultáció nagymértékben segítette a Gyermek Ház fejlődését.

Ráeszméltunk, hogy az elfogadó szemlélet azt jelenti, hogy hisszük, hogy minden tanuló értékek hordozója, az egyéni sajátosságokhoz igazodó nevelési, tanulási környezet nem csak a sajátos nevelési igényű tanuló, hanem minden tanuló érdekét szolgálja. Ez komoly szemléletváltást jelentett

mindannyiunk számára. Továbbfejlesztettük pedagógiai módszereinket, nagy súlyt fektettünk az elfogadó légkör, szemlélet megteremtésére. Árnyalt, fejlesztő szöveges értékelési rendszert dolgoztunk ki. Megtanultunk együttműködni a segítő szakemberekkel, gyógypedagógusokkal. Meghatároztuk az inklúzió fogalmát, elfogadtuk, hogy az inkluzív iskola a gyermekek egyéni – társadalmi, biológiai, kulturális – különbségeit teljes mértékben figyelembe veszi, és azokból kiindulva, azokra építve alakít ki befogadó környezetet személyi, tárgyi és pedagógiai vonatkozásban. Az inklúziót valójában iskolai átalakulási folyamatként értelmeztük, melynek eredményeként iskolánk alkalmassá vált minden tanuló nevelési, tanulási szükségleteinek kielégítésére. *Úgy gondolom, a Gyermek Házunk inkluzív iskola.* Törekszünk arra, hogy minden tanulóinkban lássuk az értéket, ismerjük egyéni szükségleteit és azokhoz igazítsuk tanítási gyakorlatunkat.

Az indulás első éveiben Yvonne gyakran eljött a Gyermek Házába, segítette módszertani lépéseinket, fejlesztéseinket, tanácsot, útmutatást nyújtott. Figyelte, támogatta az iskolánkban tanuló hallássérült gyermekek fejlődését. Gyakorlatilag utazó gyógypedagógusként segítette a Gyermek Házában tanuló sajátos nevelési igényű tanulókat.

## Tudásmegosztás

Még egy nagyon fontos dolgot tanultunk Yvonne-tól. Valahogy úgy fogalmazott, *„a tudást aprópénzre kell váltani”*. Yvonne mindig is fontosnak tartotta, hogy tudását, tapasztalatait megossza másokkal. Mi is sokat tanultunk tőle. Feladatunknak érezzük a mai napig, hogy – mint az integrált nevelést elsőként megvalósító iskola – tapasztalatainkat, tudásunkat megosszuk másokkal.

*A Gyermek Házunk nyitott iskola.* Minden héten szervezünk szakmai napokat, ahol előadást, bemutató órákat, konzultációt tartunk. Pedagógus-továbbképző programot akkreditáltattunk az inkluzív nevelés témakörében. Kollégáimmal gyakran tartunk előadásokat. Fogadjuk pedagógusképző intézmények hallgatóit. Több nemzetközi programban vettünk, veszünk részt.

És természetes volt számunkra, hogy a Gyermek Házunk születésnap konferenciájának kiemelt témája volt az inklúzió, a befogadó iskolai környezet.

## Összegzés

Nagy utat jártunk be, és ennek az útnak részese volt Csányi Yvonne. Ma már a világ legtermészetesebb dolga a Gyermek Házában, hogy Down-szindrómás gyermek párban tanul társával, hallássérült tanuló csoportmunkában dolgozik, társai magabiztosan használják az adóvevő készüléket, természetes, hogy kerekesszékes tanítványunk részt vesz a fogócskában, mindig van, aki tolja a székét.

Az iskolai élet minden pillanatában figyelünk arra, hogy minden gyermek különleges, joga van elfogadó, támogató iskolai környezetben tanulni.

*Ezt kaptuk dr. Csányi Yvonne-tól. Köszönjük.*

## **MIT TANULTAM CSÁNYI YVONNE-TÓL?**

MIKESY GYÖRGY

[mikesy.gyorgy.ig@gmail.com](mailto:mikesy.gyorgy.ig@gmail.com)

DOI: [10.52092/gvosze.2023.1.10](https://doi.org/10.52092/gvosze.2023.1.10)

Úgy alakult, hogy egyfajta számvetésre kell készülnöm, amikor utolsó útjára kísérjük. Azon a napon, amikor tanítványként elbúcsúzunk „Yvon nénitől”, többedmagunkkal az ő gyógypedagógusi életének első általános iskolai osztályából. Tőle, aki átvezetett minket az akkor felépült zuglói nagyothalló gyermekek iskolájába (mai dr. Török Béla Óvoda, Általános Iskola, Szakiskola, Készségfejlesztő Iskola, EGYMI és Kollégium). De nemcsak mint tanítvány búcsúzom, hiszen nála lehettem főiskolai hallgató, óraadó és kolléga.

Így szembesültem azzal, hogy a párhuzam(os)ok a végtelenben mégis találkoznak, azaz nekem megadott, hogy több életrészekomban több oldalról is megismerhettem Csányi Yvonne-t mint embert, mintegy 61 éven át. Az emberről fogok írni, akitől tanulhattam és azóta is folyamatosan tanulhatunk, és akinek emberi oldalát közelről csak kevesen ismerhetik.

### **Mit tanultam tőle, kezdő gyógypedagógiai tanártól?**

Bár 61 éve történt, de mintha tegnap lett volna, élénken él bennem az emlék, ahogyan fogadott engem, amikor még csak öt éves múltam. Rádöbent, hogy a több százaz szókinccsel rendelkező nagyothalló gyermekek között a maximum 8-9 szóval bíró, siketiséggel megáldott gyermekként eléggé kilógtam a sorból. Dr. Götze Árpád fülorvos jóvoltából kerülhettem hozzá, mert a nonverbális vizsgálatok során elért eredményeim erre predesztináltak engem. Már akkor megtörténhetett egyfajta (belső) integráció, amelyre nyitott volt, amikor a szakirodalom szerint ez még ismeretlen volt. Akkor először találkoztam Yvonne pozitív hozzáállásával, elszántságával, lelkesedésével, maximalizmusával, állhatatosságával, nyitottságával, minden szakmai változás iránti rugalmasságával, és a szakma iránti szeretetével és elkötelezettségével. Ezek együttese nála óhatatlanul meghozta a folyamatos alkotást mint lehetőséget, sikert, eredményt és innovációt. Aztán mintegy 60 év után utolsó személyes találkozásunk alkalmával is ugyanazokat láthattam, ezúttal hallgatók előtt. Gyakorlatilag ez a szellemi nyitottság volt az, ami életben tartotta, és úgy távozott el, hogy azzal az utolsó pillanatban is köztünk tudott maradni. Így nekünk ez már az emberi és tudományos öröksége.

Tanulság: a gyógypedagógiát, mint tudományt kezdettől fogva alázattal kell szolgálni és hivatásnak tekinteni, avégett, hogy minden fogyatékos (nála adott esetben hallássérült) gyermekből, tanulóból, majd felnőttből maximumot kell és lehet kihozni, ki-ki képessége, készsége és családi környezete szerint megvalósuljon a társadalmi integráció különféle szinteken. Ebben a kérdésben ő, mint ember és mint szakember nem ismert pardont. Ne keverjük össze ezt a kérlelhetetlenséggel, mert tisztában volt az emberi korlátokkal is.

## Mit tanultam tőle, a gyakorlott gyógypedagógiai tanártól?

Mi a titka a jó szakmai munkának? Annyiféle szakemberek vagyunk, de valahogyan közös nevezőre kell jutnunk, hogy a szakmai eredmény következetesen sikerüljön. Yvonne következetes munkája volt az, amivel kiemelkedett és amivel hozzáfogott a módszerek folyamatos megújításához. Ezt elérni csakis alapos mindennapi felkészültséggel, a tanítás és tanulás, illetve egyéni és közösségi fejlesztés közötti összhanggal lehetett, és soha nem vetette el a sulykot egyik javára vagy kárára sem. Már kezdettől fogva tudatosan próbálkozott a hallássérült tanulók társas kommunikációjával, az azt segítő segédeszközök fejlesztésével, hogy az egyéni fejlesztéseken keresztül a következő szintre emelhesse a kommunikációt, majd a társas kommunikáció is visszahasson az egyéni fejlesztésre, kinek-kinek állapota szerint. Nála ez indirekt felismerés volt, miszerint fogyatékoság önmagában is állapotyszerű „szegregátum”, amit mindenképpen meg kell törni, és társadalmi kirekesztést meg kell előzni, illetve ki kell küszöbölni.

Ezt elérni csak úgy lehet, hogy az egyéni és társas kommunikáció akadálymentesítésén át megmutatja a tudás megszerzésének útját annak érdekében, hogy a közösségi összetartásban mindenki megtalálja az egyéni és közösségi identitását. Az sem volt véletlen, hogy az ő általános iskolai osztálya kezdettől fogva egyszer sem mulasztotta el az ötéves és jubileumi osztálytalálkozókat. Ez valami nagy dologról árulkodik.

Tanulság: mindenkor következetesen kell törekedni a közösségen belüli kommunikációt a társadalmi kommunikáció magasabb szintjére emelni, önmagunkhoz képest, a hallássérülés állapotához igazítva. Ennek érdekében minden feltételt koncentráltan kell biztosítani.

## Mit tanultam tőle, a főiskolai tanártól?

Yvonne nem ismert pardont, ha és amikor tudományt kellett művelni. Ez rám, mint egyik volt kedvenc tanítványára is vonatkozott. Emlékezetes volt számomra, hogy életemben először buktam meg az egyik vizsgán, amit meg is köszöntem, hogy nem kivételeztem velem, ez inspirált és tart azóta is, a mai napig. Hiszen a gyógypedagógia elsősorban nem önmagáért a tudományért van, hanem a tudomány művelésén át a fogyatékosággal élő gyermekekért, tanulókért, akik a családban és a társadalomban élnek és növekednek. Valósággal kiteljesedett a munkája szakmai tudományos tevékenysége révén, amivel minden szakmai és társadalmi korlátot áttörhetett, új meg új szakmai felismerésekkel és eredményekkel gazdagítva a szakterületet. Szigorúságával valósággal féltette a gyógypedagógiát, nem engedte „felvizezni”, és ezt elvárta a hallgatóitól is. Ezért volt neki nehéz, amikor jelentkeztem a főiskolára, de aztán megnyugodott, hogy főiskolai hallgatóként sem kértem kivételezést, ahogyan egész életemben sem. Korábban egy másik sorstárs főiskolai hallgató kérte a kivételezést, ettől félt ő. Tudás alól nincs felmentés, ehhez a hozzáállásomhoz ő korábbi tanári tevékenységével is hozzájárult, egyéni törekvésemen felül.

Sorstársi, társadalmi és tudományos kérdés a participativitás kérdése. Yvonne mindenkit megelőzve, óraadónak kért fel engem, hogy mondjam el, személyes tapasztalataim alapján miként kellene művelni magát a tudományt. Ez 1981-ben történt és azóta tart. Vagyis évtizedekkel megelőzte a mára már közsismertté vált participatív módszereket. Jó szervezőkészségével és munkájával számos szakmai tevékenységét közkinccsá tette.

Tanulság: nem középiskolás fokon kell művelni a gyógypedagógiát, és általában magát a tudományt. Ennek érdekében megkövetelte tőlünk a maximálisan pozitív hozzáállást. Nála a minden szinten történő integráció volt a hajtóerő, amivel a társadalom minden rétegét megérintette, és senkit nem hagyott figyelmen kívül. Felsőoktatási tevékenységétől kezdve a gyógypedagógia gyakorlásán át a jogszabályalkotásig mindenkit meg tudott mozgatni.

## **Mit tanultam tőle, mint hallássérült igazgató?**

Yvonne-t egyszerűen meglepte az életem ilyen fordulata. Időbe került, hogy feldolgozza azt a tényt, hogy az ő következetes társadalmi (benne szakmai) integrációs tevékenységének eredményeként az egyik első tanítványából az első hazai gyógypedagógiai intézmény, a nagymúltú váci Cházár András Iskola igazgatója lett.

Akit ő ötéves korában befogadott, annak szakmai eredményei között egy olyan EGYMI létrehozása szerepelt, amely két-három szomszéd megyét lefedve, négy gyógypedagógiai intézmény összevonásával biztosította a különféle fogyatékosági típusokkal élő sajátos nevelési igényű gyermekek, tanulók ellátását, mintegy ezer tanulónak és 330 dolgozónak helyt adva.

Akkor tudatosodott benne, hogy kiváló szakmai tevékenységének, eredményeinek köszönhetően az érintett hallássérült személyek többre is képesek lehetnek, mint amiről álmodni mernének. Ez sokban függ az önálló életviteltől, a kommunikációs készségek fejlesztésétől és gyakorlásától, hogy ki-ki érdeklődésének és személyiségének megfelelően milyen karrierutat járhat be.

Tanulság: Yvonne nemcsak pozitív szakmai, hanem emberi hozzáállásával is „láthatatlanul” segített a hallássérült embereknek, úgy, hogy inspirálóan hasson rájuk.

## **Mit tanultam tőle, mint édesapa, akinek három gyermeke közül ketten súlyosan hallássérültek?**

Amikor kiderült a gyermekeim fogyatékosága, természetes volt az, hogy első utunk hozzá vezetett. Akkor még kezdetleges lábakon állt a korai nevelés és fejlesztés módszertani bevezetése, de ő már teljes egészében birtokában volt az ilyen jellegű tudományos eredményeknek. Első pillanattól kezdve határozottan vezetett bennünket, főleg gyógypedagógiai végzettséggel rendelkező feleségemet. Nála sem ismert pardont. Így következetességével, majd főiskolai kollégájával együtt lehetett látványos eredményt elérni. Ő örült, hogy egyik hallássérült gyermekünkől praktizáló állatorvos lett, másik a jogi diploma megszerzése előtt áll.

Tanulság: Yvonne kiválóan tudott együttműködni a szülőkkel, nemcsak szakemberekkel, függetlenül attól, kik honnan és milyen állapottal érkezett. Maximálisan felhasználta és gyakorolta a megszerzett tudást, és az érintettek szűkebb és tágabb környezetét pozitív irányba változtatta meg.

## **Mit tanultam tőle, mint beszélő hallássérült személy, aki öt évesen még csak 8-9 szavas szókincs birtokában volt és siket?**

Bármilyen furcsának tűnik a kérdésfeltevés, de mára előtérbe került mind a közbeszédben, mind a kormányzati, mind a jogszabályi törekvésekben az esélyegyenlőségi politika. Ebből a szempontból hangsúlyos szerepet kap a kommunikációhoz és információhoz való hozzáférés. Ezt a társadalmi és szakpolitikai elvárást Yvonne már mint kezdő gyógypedagógiai tanár felismerte és következetesen alkalmazta, anélkül, hogy megfogalmazták volna. Következetes munkájával olyan beszélő lettem, aki érthető beszéde és jó beszédmegértése birtokában a legmagasabb társadalmi integrációs szintet elérhette (megjegyzem: 2005-ig nem is volt jelnyelvi tolmácsszolgáltatás, aminek létrehozásában volt szerencsém közreműködni, mint a SINOSZ országos elnökségi tagja.)

Tanulság: a gyógypedagógiát, mint tudományágat nem elég megtanulni, érteni és alkalmazni, hanem művelni is kell. Így az életemben is meghatározóvá vált a tudomány művelése, interdiszciplináris területen.

## **Mit tanultam tőle, mint jelnyelvhasználó hallássérült személy?**

Jelnyelvhasználóként jelen voltam és vagyok adott sorstársi közösségben, siket és súlyosan nagyothalló személyek között. Ott örökzöld téma: Yvonne kontra jelnyelv. Őt ismerve nála sosem volt kontra. Hiszen kezdettől fogva tisztában volt a jelnyelv helyzetével, de nála markánsan jelen volt az a szakmai célkitűzés, ami egyben társadalmi elvárás is, hogy a hallássérült emberek, különösen a súlyosan hallássérült személyek tudjanak önállóan kommunikálni és önálló életvitelt folytatni. Azaz a kommunikációhoz való hozzáférés érdekében ki-ki kommunikációs képességeinek megfelelően tudjon önállóan élni. Soha nem próbálkozott azzal, hogy a sorstársi közösségben megmátsa a jelnyelvi kommunikációt. De elérte, hogy a jelnyelv használata mellett a hangos beszédet is alkalmazzák, amely nagyban elősegítette a jelnyelv használatának minőségét. Elérte, hogy a jelnyelvhasználó siket személyek is fejlesszék a hangzó magyar beszéd szókincsét.

Tanulság: tudni kell, hogy adott esetben mi a legfontosabb célkitűzés. Nála a társadalmi integráció és az önálló életvitel egyre magasabb szintű elérése volt a cél, illetve, hogy kommunikáló közösségi és adófizető állampolgárok legyenek a hallássérült személyek, koruknak, egyéni és közösségi állapotuknak megfelelően, még a legsúlyosabban hallássérült emberek is. Ez a törekvés messze nem hozza magával a jelnyelv tiltását, amit tévesen neki tulajdonítanak, csupán hangsúlyeltolódásról van szó a szakmai és társadalmi elvárások közepe.

## **Mit tanultam tőle, mint integráltan tanuló hallássérült ember?**

Küzdést, küzdést és küzdést! (Ez hasonló ahhoz, hogy mi kell a háborúhoz.) Egészen az inkluzív társadalom felépítéséig, ahol az első lépcső az inkluzív pedagógia, amely a gyógypedagógia célkitűzéseinek meghatározó összefoglalója. Nála a szellemi, társadalmi, szakmai és tudományos küzdelem olyan küzdelem, amely teljes egészében az ő emberi lényéhez tartozott. Ez önmagában csak

akkor lehet eredményes, ha nemcsak szellemileg vagyunk nyitottak és az összes tudást főleg interdiszciplináris szinten koncentrálnak, hanem tisztában vagyunk azzal, hogy van, amit meg lehet változtatni és van, amit nem, vagyis korlátokkal kell tudni élni. Erre nála kiváló példa volt a korai nevelés és fejlesztés, mint az inkluzivitás kezdetének erőteljes szakmai és emberi támogatása. Nem csoda, hogy így tudott eljutni az emeritusig, a legmagasabb egyetemi tevékenységig, a „kifulladásig”, egy francia film címére asszociálva.

Tanulság: „tessék küzdeni”, ő maga mondta nem egyszer, hogy nem tud mindenütt ott lenni, ahol segítségre van szükség, meg kell tanulni segítséget kérni. Ezt tette az első általános iskolai osztálya, amikor már nem ő volt az osztályfőnökünk, vagyis megtanultunk küzdeni és segítséget kérni. Ezért kitartóan dolgozott az egész életében.

Végül, de nem utolsósorban, a búcsúzás idején megismétlem azt, amit akkor mondtunk, amikor legutóbb felköszöntöttük őt. Yvonne minden körülmények között az „egész embert” látta bennünk, a hallássérült emberekben, a velük élőknél, kollégákban és azokban is, akik együttműködtek vele.

Őt, Csányi Yvonne-t a búcsúzás idején elengedni valahogyan könnyű! Egy „egész ember” úgy ment el, hogy maximalista volt magával szemben és velünk is. Így nyomot hagyott bennünk, munkáiban és eredményeiben.

Utolsó tanulság: nekünk is „egész embernek” kell lennünk utolsó pillanatig, halálunkig, ezt kell kialakítani, legfőképpen a hallássérült emberekben.





# FIGYELŐ

*ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar, Gyógypedagógiai Módszertani és Rehabilitációs Intézet*

## **Az inkluzív iskolafejlesztés első lépései Migori megyében, Tagache, Senya, Kumoni, Tiani és Kanga települések iskoláiban**

PERLUSZ ANDREA

[perlusz.andrea@barczy.elte.hu](mailto:perlusz.andrea@barczy.elte.hu)

DOI: [10.52092/gyosze.2023.1.11](https://doi.org/10.52092/gyosze.2023.1.11)

Magyarország Kormánya a *Hungary Helps program* keretében támogatta az ADRA Adventista Fejlesztési és Segély Alapítvány és az Eötvös Loránd Tudományegyetem Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar közös pályázatát, melynek címe: „SUNCEP Iskolafejlesztési program és módszertani támogatás Kenyában fogyatékkal élő diákok részére”.



A program keretében – a főként gyógypedagógusokból, pedagógusokból és pszichológusból álló – 9 fős csoportunk 10 napot töltött Kenyában, Migori megyében, ahol települési iskolák pedagógusaival, tanulóival és a szülőkkkel, valamint a helyi közösség képviselőivel dolgoztunk együtt.

Iskolafejlesztési programunk partnerintézményei a következők voltak:

*Tagache Primary School*, ahol 533 tanulóval összesen 9 fő pedagógus dolgozik, valamint további 2 fő a szülők anyagi támogatásával. A *Senye Primary School*-ban 898 gyermek tanul, az iskolában összesen 14 fő pedagógus dolgozik, *Kumoni Primary School* 529 tanulóval és 10 fő pedagógussal, valamint a *Tiany Godjope Primary School* 354 tanulóval és 15 pedagógussal. Mindössze egy intézmény, a *Kanga Onditi Primary School* rendelkezik egy éppen kiépülőben lévő speciális részleggel fogyatékossgal élő gyermekek számára. Az iskolában összesen 9 pedagógus dolgozik, akik közül egy főnek van győgypedagógiai végzettsége, és 380 tanuló jár az iskolába.

Ezek az iskolák még soha nem vettek részt a fogyatékossgal élő tanulókat érintő támogató programban, nagyon nyitottak voltak minden támogatásra, ami a tanulók számára megfelelő adaptált oktatási módszerek megismerését, a fogyatékossgal élő gyermekek számára megfelelő tanulási támogatási formák biztosítását, a tanulók számára megfelelő oktatási infrastruktúrát, az oktatási eszközök és tananyagok biztosítását célozták.

A programra való felkészülés első lépéseként 22 kérdésből álló kérdéssort juttattunk el az ADRA Kenya közreműködésével a kenyai oktatási hatósághoz, amelyből tájékozódunk a sajátos nevelési igényű gyermekek helyi diagnosztikai és terápiás lehetőségeiről, a többségi és speciális oktatás kínálatáról, valamint a tanév rendjéről és az oktatást meghatározó jogszabályi háttérrel és tartalmi szabályozókról (tanterv).

Ezt követően az iskolákról kapott videófelvételeket elemeztük, amelyből láthatóvá vált, hogy a kiválasztott intézmények infrastrukturális ellátottsága meglehetősen alacsony szintű, a tantermek



vagy nem rendelkeznek tetővel, bútorzattal (pl. padok, asztalok és székek a tanulók számára), vagy amennyiben van tető, a tantermek sötétek és a padlóburkolat hiánya miatt porosak. Egy iskola kivételével az osztályterekben nem található sem tanulást támogató eszközök, sem tankönyvek, munkafüzetek. Nincs áramellátás és folyó víz. Az oktatás szervezését nehezíti a rettenetesen magas osztálylétszám, illetve az alacsony pedagóguslétszám.

Világossá vált számunkra, hogy a jogi szabályozókban leírt, az iskolák számára a fogyatékossgal élő tanulók ellátásához biztosítandó feltételek a valóságban nem elérhetők, a fogyatékossgal élő gyermekek vagy nem tudnak iskolába járni, vagy diagnózis híján ún. spontán integrációban vesznek részt, ahol a tanárok jószándéka mellett sem kapják meg az állapotuknak megfelelő ellátást. Az iskolában dolgozó pedagógusok számos kihívással találkoznak a mindennapi gyakorlatban. Ugyanakkor a súlyosabb fogyatékossgal élő gyermekek nem járnak iskolába, illetve a szociális ellátórendszer hiánya miatt otthoni támogatást sem kapnak, gyakran a helyi közösség általi megbélyegzés és zaklatás miatt otthonukban, a család gondoskodására szorulnak.

A kiutazást követően először a tanórákon vagy szabad tevékenység közben végeztünk megfigyeléseket, majd a fejlesztő csoport két részre, egy szűrő teamre és egy pedagógusokat támogató teamre oszlott.

A program során az 5 általános iskolában 291 gyermek vett részt hallás-, látás-, mozgás- és tanulási képesség szűrésben. A vizsgált gyermekek több mint 50%-ánál derült fény valamilyen rendelleneségre, 103 gyermek esetében fogyatékoságra. A szűrések eredménye rámutatott arra, hogy a különféle környezeti ártalmak (pl. por, tanterem gyenge megvilágítása), valamint a korai szűrések és tanácsadás hiánya vezet számos esetben egy alapvetően jól kezelhető állapotból a súlyosabb felé.

A pedagógusoknak tartott workshopokon 59 pedagógus vett részt; a résztvevők tisztában vannak az inkluzív oktatás elméleti alapjaival, a differenciált oktatás kialakítására készségekkel és alapvető tudással rendelkeznek, ám a körülmények és a magas osztálylétszám, valamint az ehhez szükséges pedagógusok hiánya a gyakorlati megvalósítást gátolják. Ugyanakkor minden iskolában vannak elkötelezett pedagógusok a fogyatékosokkal élő gyermekek oktatására. A workshopok célja SWOT-diagram összeállításával a pedagógusok által vélt erősségek, gyengeségek, lehetőségek és korlátok azonosítása volt, valamint olyan pedagógiai beavatkozások megtervezése, melyek anyagi eszközök hiányában is megvalósíthatók.

A résztvevő pedagógusok csoportmunkában vitatták meg és állították össze a diagramot, majd az ún. csoportszóvivő mutatta be a csoportmunka eredményét.

Az azonosított legfontosabb erősségek: elköteleződés a tanulók haladása iránt, igény az új ismeretek elsajátítására, képzettség, nyitottság új módszerek megismerésére és kipróbálására.

Az azonosított legfontosabb nehézségek: nagy tanulólétszám, infrastrukturális feltételek hiánya, kompetenciahiány a sajátos nevelési igényű gyermekek nevelés-oktatása terén, speciális tanulás támogató és segédeszközök hiánya.

Az azonosított legfontosabb lehetőségek: a fejlesztő magyarországi csoporttal való együttműködés, hit, a helyi közösségek támogatása.

Az azonosított legfontosabb korlátok: a helyi közösségek tudáshiánya, anyagi erőforrások hiánya, a fogyatékosokkal élő gyermekekkel szembeni negatív attitűdök.



A szülőknek szervezett tanácsadáson 37 fő vett részt. A szülői beszámolókból kiderült, hogy sem a szociális ellátórendszer, sem az egészségügyi rendszer felől nem érkeznek hozzájuk olyan információk, melyek alapján megfelelő gyakorlat alakulna ki akár a súlyosabb problémák

kialakulásának megelőzése, akár egy adott fogyatékoság kezelése, illetve az ezzel kapcsolatos attitűd kialakítása vonatkozásában.

A program által biztosított összegből tanulást támogató eszközöket és szakkönyveket is vásároltunk, amelyeket helyi civil szereplők segítségével juttatunk el az intézményekhez.

Minden iskolában játékprogramot is megvalósítottunk a tanulókkal, amelyhez Magyarországról vittünk fejlesztő játékokat, amiket az iskoláknak ajándékoztunk. A közösségi aktivitások során a gyermekek megtapasztalhatták fogyatékosággal élő társaik értékeit és erősségeit, valamint lehetőségük nyílt azok segítésére is.

A projekthelyszínről visszatérve online képzésekkel, oktatási segédanyagok helyszínre juttatásával támogatjuk az elért eredmények megerősítését és fenntartását. Amennyiben a projekt további támogatást kap, a helyi szakemberek/erőforrások bevonásával négy

év alatt sikerülhet elindítani egy folyamatot, ami lehetővé teszi a fogyatékos tanulók magasabb szintű támogatását, oktatásuk színvonalának emelését és életminőségük, perspektíváik javulását.

A projekt hatására reményeink szerint a következő évekre tervezett folytatás nyomán a fejlesztés egyre erőteljesebbé válik, melynek során az 5 intézményből egy módszertani központtá alakul és horizontális tudásátadás, valamint hálózatosodás révén valósul meg az inkluzív oktatás elemeinek beépítése a helyi szintű oktatásba.



Fotók: Erdős Attila (ELTE BGGYK)

# KÖNYVISMERTETÉSEK, ÚJDONSÁGOK

GISELA BATLINER

## Hallássérült gyermekek játékos fejlesztése

Szülőknek szóló könyv a hallás és a beszéd korai elsajátításáról (*Fordította: dr. Csányi Yvonne, 4. kiadás alapján*)

Ötvös Loránd Tudományegyetem Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar, Budapest, 2021.

DOI: [10.52092/gyosze.2023.1.12](https://doi.org/10.52092/gyosze.2023.1.12)

*A hallássérült gyermekek játékos fejlesztése* 2021. novemberében jelent meg hazánkban. A könyv alapvetően szülőknek íródott, dióhéjban a hallás és beszéd korai elsajátításáról szól. A Gisela Batliner nevével fémjelzett kiadvány már a 4. kiadást élte meg Németországban, ami népszerűségére utal.

Batliner neve a szakma berkeiben igen ismert. Végzettségeit tekintve klinikai nyelvész, hallássérült személyek pedagógiája szakon végzett gyógypedagógus, Montessori-pedagógus. A müncheni egyetemen oktat, valamint főállású beszédterapeutaként és szupervizorként is dolgozik hallássérült gyermekek korai fejlesztésének területén, több évtizedes gyakorlati munkával a háta mögött. A sokéves szakmai tapasztalat, a családokkal közös munka ihlette a könyvet.

Régóta vártunk már a könyv magyar megjelenésére. Külön öröm, hogy képviseli és megtestesíti mindazt a szemléletet, amire a Hallássérült Személyek Pedagógiája és Rehabilitációja Szakcsoport évtizedek óta törekszik, azt az örökséget, amit Csányi Yvonne ránk hagyományozott. Ez nem más, mint a természetes beszéd- és hallásfejlesztésen alapuló, természetes auditív-verbális irányzat, mely szorosan összekapcsolódik Morag Clark nevével. Az irányzat talán egyik legfontosabb elve, hogy a hallássérült gyermekeknek még többre van szükségük mindabból, amit jól halló gyermekek szülei ösztönösen alkalmaznak a beszédelsajátítás során. Gondolunk itt például a közös figyelemre, az érzékenyebb reakciók megragadására, a színesebb párbeszédre, több mondókára, több társalgásra.

Rendkívül könnyen forgatható, praktikusan tematizált, szakmailag korszerű tanácsadó könyv. Ez a tanácsadói jelleg az egész kiadványt vezérli. Nagyban épít az aktív szülői bevonódásra, olyan



fogódzót nyújt a szülőknek, amivel kellő magabiztosságra tehetnek szert a hallássérült gyermekükkel való foglalkozás során. Számos praktikus ismeretet gyűjtött össze a szerző, ami jelentősen segítheti a szülőket és szakembereket a mindennapokban. Alapvetően a csecsemőkortól egészen iskoláskorig jól használható a könyv. Nem határoz meg életkori sávokat az egyes ötletekhez, tanácsokhoz. Mindig a gyermek hallás- és beszédkora, valamint nyelvi szintje a meghatározó. A könyv soraiban végig tükröződik a gyermekekbe vetett hit és tisztelet, valamint a szakmai alázat.

A legtöbb fejezet (pl. a fejlődés lépcsőfokai) példákkal alátámasztott, ezzel is lehetővé téve, hogy a szülők számára könnyen hozzáférhető és befogadható legyen. A szülői véleményekkel gazdagított, *Korai fejlesztő foglalkozások* című fejezet szintén ezt a célt szolgálja.

Nyelvezete teljes mértékben igazodik a szülők igényeihez. Közérthető, de mégis tudományos. A szakkifejezések magyarázatát a függelékben megtaláljuk.

A fejezetek jól követhetők, de nem állnak szoros összefüggésben egymással, így könnyebben tudunk egy adott témában keresgélni is.

*Az első fejezet* a hallássérülés diagnózisával és a készülékes ellátással foglalkozik. Többek között a hallókészülékkel, a cochleáris implantátumokkal, az illesztékekkel kapcsolatban nyújt tájékoztatást, melyek ismerete a hallássérülés felfedezésének kezdeti szakaszában elengedhetetlen. Szakmailag korrekt és hiteles információkat ad át szerző, ezzel is támogatva a szülők kompetenciaérzetét.

*Ezt követi egy hosszabb fejezet*, mely a beszédelsajátítás lényeges elemeit, a párbeszéd kulcsfontosságú szerepét mutatja be, gyakorlati javaslatokkal tűzdelve. Utal az esetleges buktatókra, hibákra is, amelyek mindenképp kerülendők a hallássérült gyermekkel való foglalkozásokon.

A korai fejlesztő foglalkozások során a fókusz a szülő és a fejlesztő szakember közötti partneri kapcsolatra irányul. A szülő képet kap arról, hogy milyennek kellene lennie az ideális fejlesztésnek, mit várhat el a fejlesztéstől, mi a saját szerepe ebben a folyamatban.

*A fejlődés lépcsőfokai* című fejezet támpontokat nyújt abban, hogy hogyan ismerjük fel a gyermek fejlődésének kis és nagy mérföldköveit. Példákon keresztül mutatja be, hogy az egyes fejlődési szakaszokból hogyan vezethetjük és segíthetjük át a gyermeket egy másikba.

A manapság problematikus (tévé, monitor) eszközhasználatra is kitér a szerző a *Fejlesztés a hétköznapokban* című blokkban. Érveket és ellenérveket fogalmaz meg, alternatívákat is kínál ezekre az esetekre. Továbbá magyarázatot és újabb ötleteket ad olyan hétköznapi tevékenységre, mint például a fürdetés, séta, főzés; kiemeli, hogy ezek milyen beszéd- és nyelvfejlesztő lehetőségeket rejtnek magukban, ezzel is támogatva a szülőket, hogy a gyermek nyelvi szükségleteit felismerjék.

*A leghosszabb fejezet* a különböző játékok beszédfejlesztő hatásait taglalja. Külön-külön boncolgatja például a rakodós-pakolás, kereső és kitalálós játékok sokszínű kihasználásának lehetőségeit. Mozgásos játékokat is említ, valamint olyan játékötleket is felsorakoztat, amihez az eszközök a legtöbb családnál fellelhetők, gondolok itt a gyurmára, a homokra, a festékre és a papírra. A kicsit nagyobbaknál alkalmazható szerepjátékokat is megtalálhatjuk ebben a részben.

Szintén helyet kaptak a könyvben az egész személyiségre kiterjedő, a hallás, beszéd, a ritmus fejlődése szempontjából hangsúlyos dalok, versek és ujj-játékok. Külön rész foglalkozik a képeskönyvek helyes kiválasztásának szempontjaival, a mesélés hallás- és beszédfejlesztő funkciójával, ami nem utolsó sorban magával hozhatja a későbbiekben az olvasás iránti kedv növekedését, a könyvek szeretetét, ami a hallássérült gyermekek későbbi fejlődésére nagy hatást

gyakorolhat. Ugyancsak ebben a részben szerepel a közösen elkészíthető élmény-füzet. Legvégül pedig szó esik az írás, a betűk iránti érdeklődés hasznosságáról a korai fejlesztés során.

A könyvnek felbecsülhetetlen jelentőségük van abban az esetben, ha az érintett család nem jutott még el hallássérült személyek pedagógiája szakirányon végzett gyógypedagógushoz. Ez a kiadvány a kezdeti útvesztőben irányítúként szolgálhat a szülők számára. Azonban nemcsak a szülők profitálhatnak ebből a kötetből. A hallássérült gyermekek korai fejlesztésével foglalkozó gyógypedagógusok is inspirációt meríthetnek a könyvben ismertetett ötlettárból, illetve bővíthetik saját játékrepertoárjukat, felfrissíthetik a tudásukat. Ajánljuk továbbá a könyvet olyan korai fejlesztő szakembereknek, akiket érdekel a játék fejlesztő célú felhasználása, az egyszerű, de nagyszerű tevékenységek kipróbálása a gyermekek sajátos igényeinek figyelembevételével.

**Détár Andrea**

hallássérült személyek pedagógiája szakon végzett gyógypedagógus tanársegéd

# Tartalom/Table of Contents

## SZERKESZTŐI ELŐSZÓ

Loványi Eszter: Tematikus szerkesztői előszó	1
--	---

## TUDOMÁNYOS KÖZLEMÉNYEK

Lukács Szandra – Détár Andrea: Hallássérült kisgyermekek családközpontú korai intervenciójának hazai alakulása	5
Bodorné Németh Tünde: Hallássérült tanulók írásbeli szövegalkotás vizsgálatának első lépései	24
Báder Melinda – Sós Ilka: Hallássérült gyermekek és tanulók pragmatikai képességfejlesztésének lehetőségei az együttnevelés során	44
Sós Ilka: Hangos zenehallgatás okozta zajártalom és füldugóhasználati hajlandóság a fiatalok körében Magyarországon	61
Dukic Monika – Perlusz Andrea: Fogyatékos személyekkel kapcsolatos szemléletformálás az inkluzív társadalom kialakításának jegyében – egy pilótavizsgálat tapasztalatai	78

## A GYAKORLAT MŰHELYÉBŐL

Keresztessy Éva: Tendenciák a hallássérült gyermekek ellátásában az újszülöttkori hallásszűrés nyomán Az UNHS (Univerzális Neonatális HallásSzűrés) hatása a hallássérülés diagnosztikájára és a hallókészülékes ellátásra	95
--	----

## IN MEMORIAM

Vértessyné Agárdi Anikó: Az első kimondott szó öröme	113
Gyurina Éva: Kaposvári emlékek, gondolatok	121
Kókayné Lányi Marietta: Mit kapott a Gyermekek Háza Csányi Yvonne-tól?	126
Mikesy György: Mit tanultam Csányi Yvonne-tól?	129

## FIGYELŐ

Perlusz Andrea: Az inkluzív iskolafejlesztés első lépései Migori megyében, Tagache, Senya, Kumoni, Tiani és Kangatelepülések iskoláiban	135
---	-----

## KÖNYVISMERTETÉSEK, ÚJDONSÁGOK

Détár Andrea: Gisela Batliner Hallássérült gyermekek játékos fejlesztése. Szülőknek szóló könyv a hallás és a beszéd korai elsajátításáról (Fordította: dr. Csányi Yvonne, 4. kiadás alapján)	139
---	-----

## EDITORIAL PREFACE

Eszter Loványi: Thematic Editor's Preface	1
---	---

## ORIGINAL PUBLICATIONS

Szandra Lukács – Andrea Détár: Overview of Family-Centered Early Intervention for Children Who Are Deaf or Hard of Hearing in Hungary	5
Tünde Németh Bodor: First steps in testing the written language of hearing impaired students	24
Melinda Báder – Ilka Sós: Opportunities for the development of pragmatic skills of hearing-impaired children and students in inclusion	44
Ilka Sós: Noise-induced hearing loss caused by loud music and willingness to use earplugs among young people in Hungary	61
Monika Dukic – Andrea Perlusz: Shaping attitudes towards people with disabilities to promote an inclusive society – a pilot study	78

## FROM WORKSHOPS OF PRACTICE

Éva Keresztessy: Trends in the care of hearing-impaired children following newborn hearing screening The impact of the UNHS (Universal Neonatal Hearing Screening) on the diagnosis of hearing loss and hearing aid care	95
--	----

## IN MEMORIAM

Anikó Agárdi Vértessy: The happiness of the first word spoken	113
Éva Gyurina: Memories and thoughts from Kaposvár	121
Marietta Lányi Kókay: What did Gyermekek Háza receive from Csányi Yvonne?	126
György Mikesy: What did I get to know from Yvonne Csányi?	129

## OBSERVER

Andrea Perlusz: The first steps of inclusive school development in Migori County, in the schools of Tagache, Senya, Kumoni, Tiani and Kanga	135
---	-----

## BOOKS AND NOVELTY

Détár Andrea: Playful development of hearing impaired children. A book for parents about the early acquisition of listening and speaking (translated by Yvonne Csányi, 4th Edition)	139
---	-----





[www.gyogyped szemle.hu](http://www.gyogyped szemle.hu)