

Csányi Yvonne–Perlusz Andrea–Zsoldos Márta

**Hallássérült (hallásfogyatékos) gyermekek,
tanulók komplex vizsgálatának
diagnosztikus protokollja**

Készült a „Koncepció kialakítása a diagnosztikus ellátórendszer intézményi struktúrájának megújítására és koncepció kidolgozása diagnosztikus módszertani protokollok egységes, átfogó alkalmazására, valamint Diagnosztikai kézikönyv elkészítése” c. kutatási program keretében, az Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft. megbízásából a „21. századi közoktatás – fejlesztés, koordináció” (TÁMOP-3.1.1-08/1-2008-0002) kiemelt projekt keretében.

Szakmai vezető
Kapcsáné Németi Júlia

A Diagnosztikai kézikönyv „Hallássérült (hallásfogyatékos) gyermekek, tanulók komplex vizsgálatának diagnosztikus protokollja” c. fejezetét írták
Csányi Yvonne PhD, gyógypedagógus, pszichológus
Perlusz Andrea PhD, gyógypedagógus
Zsoldos Márta PhD, gyógypedagógus, pszichológus

Szakmai lektor:
Lányiné dr. Engelmayer Ágnes PhD, gyógypedagógus, klinikai gyermek-szakpszichológus

Kutatásvezető, alkotószerkesztő
dr. Torda Ágnes gyógypedagógus, klinikai gyermek-szakpszichológus

Olvasószerkesztő
Szerencsés Hajnalka

© Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft, 2012

TARTALOM

| | |
|---|----|
| 1. A hallássérülés meghatározása, jellemzői és diagnosztizálása a nemzetközi gyakorlatban – hazai kitekintéssel | 5 |
| 1.1. A hallássérülés meghatározása, kategorizációja | 5 |
| 1.2. Előfordulási gyakoriság | 6 |
| 1.3. Hallásszűrés újszülöttkorban, szűrőeszközök | 7 |
| 1.4. A diagnosztikus intézményrendszer, a diagnosztikában közreműködő szakemberek, a diagnosztikus folyamat lépései és eszköztára a nemzetközi gyakorlatban | 13 |
| 1.4.1. Anglia | 13 |
| 1.4.2. Skócia | 15 |
| 1.4.3. Németország | 16 |
| 1.4.4. Dánia | 18 |
| 1.4.5. Svájc | 18 |
| 1.4.6. Ausztria | 19 |
| 1.4.7. Japán | 19 |
| 1.4.8. Franciaország | 20 |
| 1.4.9. A hallássérült gyermekekről adott szakvélemények súlyponti kérdései a nemzetközi gyakorlatban | 21 |
| 1.5. Hazánkban aktuálisan megvalósuló diagnosztikus gyakorlat | 22 |
| 2. Szempontrendszer a hallássérült gyermekek, tanulók diagnosztikus protokolljához | 23 |
| 2.1. Életciklus alapján | 23 |
| 2.2. A vizsgálat oka szerint | 23 |
| 2.3. A vizsgálat típusa szerint | 23 |
| 3. Diagnosztikus protokoll hallássérült gyermekek, tanulók vizsgálatához | 24 |
| 3.1. A tevékenységek, módszerek, eszközök és személyek szükséges köre | 24 |
| 3.2. Hazai bevezetésre, illetve szélesebb körű alkalmazásra javasolt vizsgálóeljárások | 29 |
| 3.2.1. Hallásvizsgálat | 29 |
| 3.2.2. Intelligenciatesztek | 29 |
| 3.2.3. Nyelvi skálák | 31 |
| 3.2.4. Egyéb eljárások | 32 |

| | | |
|-----------|---|----|
| 3.3. | A komplex diagnosztikus folyamat továbbfejlesztéséhez javasolt szempontok | 32 |
| | Függelék | 37 |
| 4. | Irodalom | 39 |
| 4.1. | Felhasznált irodalom | 39 |
| 4.2. | Webográfia | 40 |
| 4.3. | Tesztek, vizsgálóeljárások adatai, tesztekkel kapcsolatos publikációk | 40 |

1. A hallássérülés meghatározása, jellemzői és diagnosztizálása a nemzetközi gyakorlatban – hazai kitekintéssel

1.1. A hallássérülés meghatározása, kategorizációja

Hallássérülésnek nevezzük a hallószerv valamely részének veleszületett vagy szerzett sérülését, illetve fejlődési rendellenességét, amelynek az éptől eltérő hallásteljesítmény lesz a következménye. Hallássérülés esetén a hallásküszöb megemelkedik, a személy csak az erősebb hangokat hallja meg – vagy még azokat sem hallja. Ezt nevezzük hallásvesztésnek. *A hallássérülés gyűjtőfogalom.* Hallássérült személyek a nagyothallók, a siketek és a cochleáris implantátumot (CI)¹ viselők. A beszéd felfogása szempontjából a legfontosabb szerepet a 250 és 4000 Hz közötti hangok érzékelése tölti be (FRERICHS, 1998).

A hallássérülés **orvosi** szempontú meghatározása a gyógypedagógiai megközelítésnél jóval tágabb. Orvosi értelemben hallássérültnek tekinthetők mindazok, akiknek hallásteljesítménye az ép hallástól eltérést mutat. Az egyoldali enyhe fokú hallásvesztés, a kétoldali kismértékű hallásvesztés, a csak az igen magas frekvenciákat érintő hallássérülés, az átmeneti hallásromlás, illetve az időskori halláscsökkenés orvosi értelemben igen, azonban gyógypedagógiai értelemben nem tartoznak a hallási fogyatékoság körébe, mivel nem vagy csak kevésbé érinti a beszédértés, beszédelsajátítás területét.

„A hallássérülés **gyógypedagógiai** fogalma (hallási fogyatékoság) elsősorban a beszédértéshez szükséges hallásterületen közepes vagy annál súlyosabb fokú nagyothallást, siketséggel határos vagy siketségnek diagnosztizált hallásvesztésget jelent. Más megközelítésben a hallássérültek pedagógiája a hallássérült kifejezést olyan halláscsökkenésre alkalmazza, amelynek következményeként a beszédfejlődés nem indul meg, vagy a beszéd oly mértékben sérült, hogy a beszéd megindításához, korrekciójához speciális beszédfejlesztő módszerek alkalmazására van szükség.” (FARKAS és PERLUSZ, 2000)

A hangerő csökkent érzékelése szempontjából a következő kategóriák állíthatók fel a job-bik fülön főbb beszédfrekvenciákon mért átlagos hallásvesztésget alapul véve:

- enyhe fokú nagyothallás: 25–40 dB,
- közepes fokú nagyothallás: 40–60,
- súlyos fokú nagyothallás: 60–90 dB,
- átmeneti sáv a súlyos nagyothallás és a siketség között: 90–110 dB,
- siketség: 110 dB felett. (PYTEL, 1996)

1 Cochleáris implantátum (CI): a belső fülbe beültethető, külső és belső egységekből álló műszeres segédeszköz súlyos halláscsökkenés és siketség esetén. Lényeges eleme a belső fül hanghullámokat érzékelő szőrsejtjeire műtéti úton helyezett elektródákból álló protézis. Az implantátum alternatívát jelent azoknak, akiknél a hagyományos hallásjavító eszközökkel (pl. nagyteljesítményű hallókészülékek) nem lehet megfelelő eredményt elérni.

Az egyes szerzők definícióiban finom, de a lényegesen alig változtató különbségek érzékelhetők a dB-értékben kifejezett szintek tekintetében. A mérvado minden esetben a jobbik fülön a főbb beszédfrekvenciákon mért átlagos hallásveszteség. Megjegyzendő, hogy a technikailag egyre nagyobb teljesítményű hallókészülékeknek köszönhetően mind feljebb tolódnak a dB-ben kifejezett értékek.

Leonhardt kategorizációja szerint (LEONHARDT, 1999):

- enyhe fokú nagyothallás: 20–40 dB,
- közepes fokú nagyothallás: 40–60 dB,
- súlyos fokú nagyothallás: 60–80 dB,
- határterület a nagyothallás és a siketség között: 80–100 dB,
- siketség: 100 dB felett

Elzouki kategorizációja szerint (ELZOUKI, 2012):

- enyhe fokú hallásveszteség: 20–40 dB,
- közepes fokú hallásveszteség: 41–54 dB,
- súlyos közepes fokú hallásveszteség: 55–70 dB,
- súlyos fokú hallásveszteség: 71–90 dB,
- igen súlyos fokú hallásveszteség: 91 dB felett,
- teljes hallásveszteség: nincs értékelhető hallás

1.2. Előfordulási gyakoriság

A 2001-es magyarországi népszámlálás adatai szerint – mely adatfelvétel személyes kikérdezésen alapult, a megkérdezettek fogyatékoságukat maguk minősítették – a hazánkban élő 53 565 fő hallássérült ember közül 44 679 a nagyothallók és 8 886 a siketek száma (LAKATOS és TAUSZ, 2003). Egybecsengenek ezzel a nemzetközi statisztikák, melyek szerint a súlyos fokú hallássérülés előfordulási gyakorisága születéskor 1 ezrelék. Ez a hazai népességre vetítve körülbelül 10 000 főt jelent. Tartós hallássérülés a gyermekek kb. 1-1,5%-ánál áll fenn (CSÁNYI, 1995). A nagyothallók előfordulása a siketekhez képest körülbelül tízszeres. A fogyatékosokkal foglalkozó német statisztika idevágó, 1999-ben megjelent adatai szerint a magyar lakosságnál nyolcszorta több lakossal rendelkező Németországban a siketek száma 25 493 fő, a halmozottan sérült siketeké pedig 23 252 fő. A magukat nagyothallónak vallók száma (beleértve a halmozott sérülteket is) jelentősen több: 201 368 fő (LEONHARDT, 1999).

Bár a népszámlálási adatok nem tekinthetők abszolút pontosnak (nem érnek el teljes kört, a válaszadók válaszaiban torzítások fordulhatnak elő, illetve fennálló fogyatékoságáról minden személy maga nyilatkozhatott), ugyanakkor az egyedüli forrást jelentik a viszonylag teljes körű adatgyűjtésnek. Az 2001. évi népszámlálási adatok fényében a magukat hallássérültnek valló személyek életkori megoszlása az alábbi mintázatot mutatja:

1. táblázat. A hallássérült személyek életkori megoszlása hazánkban a 2001-es népszámlálási adatok szerint
(Forrás: KSH)

| Életkor | Fő | % |
|-----------------|---------------|------------|
| 0–14 éves | 2254 | 4 |
| 15–39 éves | 6875 | 13 |
| 40–59 éves | 11 845 | 22 |
| 60–X éves | 32 591 | 61 |
| Összesen | 53 565 | 100 |

A táblázatból világosan látszik, hogy az életkor előrehaladtával nő a hallássérültek száma, a hallássérült emberek több, mint fele (60%-a) 60 éves vagy idősebb.

A 2001. évi népszámlálási adatok szerint a magukat hallássérültnek vallók közel 15%-nak a hallássérülése veleszületett, 12% esetében a kórok ismeretlen, illetve 73%-nál a hallássérülés szerzett, valamely betegsége, balesetre vezethető vissza. Jelentős eltérés mutatkozik azonban az egyes életkori sávokban a hallássérülés kórokának előfordulási arányai tekintetében. Míg a 0–14 éves korosztályban közel 63% a veleszületett és 37% a szerzett hallássérülés (baleset, betegség, egyéb ok) aránya, addig a 15–39 évesek között az arány már megfordul, 47% a veleszületett és 54% a szerzett hallássérülések előfordulása. Az életkor előrehaladtával megfigyelhető a veleszületett hallássérülések arányának csökkenése a szerzett hallássérülések egyidejű emelkedésével.

1.3. Hallásszűrés újszülöttkorban, szűrőeszközök

Számtalan kutatás alátámasztja: ha a veleszületett hallássérülés felfedezése és a hallókészülékkel történő ellátás az első életévben megtörténik, akkor a hallás-beszéd fejlődésben ez csökkentheti vagy akár meg is szüntetheti a kommunikációs problémát.

Az elmúlt két évtizedben a technikai fejlődés óriási méreteket öltött: ugrásszerű változás történt a diagnosztikai eszközök és a hallásjavító eszközök területén is. Az 1990-es években számos országban bevezetett újszülöttkori hallásszűrési program elterjedésével pedig lehetőség nyílt a veleszületett hallássérülés korai felismerésére.

A széles körű, mindenkit érintő és államilag kötelezővé tett rendszerű szűrővizsgálati eljárások biztosítják – illetve biztosíthatják – a hallássérülés korai felismerésének lehetőségét. *A hallássérülés újszülött- és kisgyermekkorban sokáig észrevétlen marad, ha kiszűrésére nem megfelelő módszert alkalmaznak.* A hallássérülés rizikója más rizikófaktor megjelenése nélkül 1-3%, perinatális intenzív centrumokban pedig ez az arány 4-5%. (BEKE és mtsai, 1998)

A universal newborn hearing screening (UNHS – univerzális neonatális hallásszűrés) eljárást a teljes körű újszülöttkori szűréssel foglalkozó nemzetközi bizottság, a Joint Committee on Infant Hearing (JCIH) kezdeményezte 1993-ban. Ennek értelmében az intézményben született gyermekeknek *objektív hallásszűrésen* kell átesniük az intézményből való távozásuk előtt. Az újszülötteket a születést követő első napokban objektív, tehát a gyermek együttműködését nem igénylő, alvásban végzett eljárásokkal szűrik. Az egyik eljárás az ú. n. otoakusztikus emisszió (OAE), melynek lényege, hogy a műszeresen kibocsátott hanghullámokat nemcsak az agy felé továbbítják a belső fül szőrsejtjei, hanem a külső hallójárat felé is, ahol regisztrálhatóak. A másik gyakori eljárás a hangimpulzusokra adott agytörzsi kiváltott elektromos potenciálokat mérő Auditory Brainstem Response (ABR) vagy Brainstem Evoked Response Audiometry (BERA).

Az UNHS alkalmazása lehetőséget ad a korai diagnosztizálásra és a rehabilitáció megfelelő időben történő elkezdésére is. A módszer célja az, hogy minden újszülöttnél megtörténjen az objektív hallásszűrés a gyermek életének első hónapjáig. Ez univerzalitási kritérium az eljárás esetében – azaz 100%-os szűrési rátára kell törekedni; 96%-os arány alatt a szűrés hatástalannak tekinthető. Törekedni kell arra, hogy a fals pozitív esetek száma csekély legyen, fals negatív eredmény pedig egyáltalán ne szülessen. Az első szűrésen fennakadt eseteket és a szűrésből valamilyen okból kimaradtakat pedig vissza kell rendelni az intézménybe.

A megszürt pozitív eseteket legkésőbb 3 hónapos korig diagnosztizálják, ezután elkezdődik a gyermekek korai hallókészülékes ellátása és a rehabilitációs folyamat. Így megvalósulhat az, hogy az eljárásba bevont gyerekek mindegyike audiológiailag már 6 hónapos kora előtt megfelelően ellátott.

Ha minden így történik, akkor a hallássérült gyermeknek is lehetősége nyílik az auditív ingerek észlelésére, melyek biztosítják, hogy a hallás- és beszédfejlődése természetes úton haladjon, hasonlóan a halló gyermekekéhez. Ennek révén csökken, illetve megszűnik a különbség a halló és hallássérült gyermek között. A hallássérült gyermek később normál halló közösségbe kerül, és képessé válik a társadalomba való teljes beilleszkedésre.

Az OAE használata egyszerű, nem igényel nagy szaktudást, így az újszülött osztályokon könnyen és gyorsan elvégezhető a mérés. Abban az esetben, ha a műszer emissziót észlel, az esetek többségében nincs hallássérülés. Ellenkező esetben további vizsgálatokra van szükség.

A BERA vizsgálatot klinikákon, kórházakban használják, értékelését pedig audiológusok végzik el. Sok esetben ma már a két hallásszűrési módszer kombinációját használják könnyen kezelhető és automatizált eszközök segítségével, így biztosítható a minél pontosabb eredmény elérése.

E szűrések célja nem a sérülés helyének és mértékének pontos meghatározása, hanem a beszédhallás szempontjából megfelelő hallóképesség egyszerű és gyors megállapítása (SEEWALD, 2005 idézi KERESZTESSY, 2012).

A kisgyermekek hallásszűrése és hallásgondozása a nemzetközi gyakorlatban az alábbi protokoll szerint történik (2. táblázat). (KERESZTESSY, 2012)

2. táblázat. A hallásszűrés és a hallásgondozás protokollja a nemzetközi gyakorlatban

| 0–1 hónap hallásszűrés objektív eszközökkel | |
|--|--|
| negatív eredmény esetén | pozitív eredmény esetén |
| 6 hó: szubjektív szűrővizsgálat eltereléses vizsgálat, az orientációs reflex vizsgálata (védőnő) | 0–3 hó: átfogó audiológiai és fülészeti vizsgálat (multidiszciplináris team) |
| 18 hó: szubjektív szűrővizsgálat kooperatív teszt (védőnő) | 3–6 hó: hallókészülék-illesztés és -kiválasztás, tanácsadás a szülőknek (multidiszciplináris team) |
| 36 hó: szubjektív szűrővizsgálat beszéd-diszkriminációs vizsgálat (védőnő) | 3–6 hó: korai hallás-, beszédfejlesztés (gyógypedagógus) |
| Folyamatos szűrés a protokollnak megfelelő életkorokban | 6 hó felett: folyamatdiagnózis (multidiszciplináris team) |

Magyarországon 1983 óta minisztériumi rendelet szabályozza a teljes körű hallásszűrést. Az ehhez használt módszer szubjektív: a vizsgálat az újszülöttnél a hangra adott magatartásváltozását figyeli, és ebből következtet a hallásállapotára. A módszer azonban újszülötteknél nem megbízható. Ebben az életkorban ugyanis szubjektív eljárással még a súlyos fokú hallássérülést sem lehet megbízhatóan kiszűrni: a vizsgálat körülményei és a gyermek életkori sajátosságai – a domináns ingerekre való rövid felfigyelés; az igen rövid ébrenléti idő; a hallási érzékenység csak a 70-90 dB-es hangokra és sok más tényező – miatt a módszer alkalmatlan erre. (CSÁNYI, 1995)

1997-től Baján, a következő évben pedig Pécsen bevezették az UNHS-t, majd öröndetes módon a módszer bevezetésre került az ország több intézményében is. E módszer szerint – ahogyan azt fentebb bemutattuk – az újszülöttkori hallásszűrésnek meg kell történnie az élet első hónapjában OAE és/vagy szűrőmódban használt BERA módszerrel. A negatív esetekben a későbbiekben a családorvos és a védőnő kíséri figyelemmel a gyermeket, és végzi el a meghatározott életkori szakaszokban a további szűrővizsgálatokat.

Akik a szűrésen fennakadtak, azokat a kórház visszarendeli és kontrollálja, majd ha szükséges, diagnosztikai vizsgálatra irányítja őket. (KERESZTESSY, 2012)

A módszer alkalmazása érdekében 2009-ben a Fül-orr-gégészeti Szakmai Kollégium elkészítette a hallásszűrésről szóló szakmai irányelvet (BEKE és mtsai, 2009, webográfia 1.), ez azonban egyelőre nem kötelező érvényű, csupán irányadó. Elterjedését gátolja, hogy az UNHS tárgyi minimumfeltétele a normál újszülött osztályon egy szűrésre alkalmas OAE készülék, az intenzív újszülött osztályokon pedig szűrő BERA eszköz. Ezekkel a berendezésekkel a kórházak többsége nem rendelkezik, így számukra csupán a bizonytalan határfokú szubjektív módszer alkalmazása marad. (BEKE és mtsai, 1998)

A csecsemők komplex objektív vizsgálatát meg kell előznie a fül-orr-gégész szakorvos fizikai fülészeti vizsgálatának, ezt követően pedig a tympanometriának. Az alacsony életkor miatt a hallásküszöb meghatározására a legelterjedtebb megoldás az, hogy objektív frekvencia-specifikus (ABR, BERA, MLR, ASSR) módszereket használnak, melyeket életkor-specifikus szubjektív vizsgálatokkal (0–6 hó: magatartás-megfigyelés; 6–30 hó: vizuális megerősítő audiometria; 30 hótól: játékaudiometria) egészítenek ki. Általában mindezen vizsgálatok egyetlen – ugyanazon – napon elvégezhetőek, hogy lehetővé tegyék a hallókészülék-kiválasztási folyamat minél gyorsabb elindítását. Ha a szakorvos hallókészüléket javasol a gyermeknek, akkor azonnal szükséges az egyéni fülilleszték lenyomatvétele, aminek legyártása körülbelül egy hetet vesz igénybe, s csak azután indulhat a tényleges illesztés (KERESZTESSY, 2012)

A hallássérült gyermek hallókészülékekkel történő ellátását követően megkezdődik a korai fejlesztő gyógypedagógus és a szülők együttműködése.

Amennyiben a hallókészülék nem nyújt megfelelő segítséget a gyermek számára, 1 éves kortól (adott esetekben már előbb) megkezdik a cochleáris implantációs műtéteket a súlyos fokban hallássérült kisgyermekeknél, melyek eredményeként ezeknek a gyermekeknek a nagy többségénél teljes körű a rehabilitáció: meghallják az emberi beszédet, beindul a spontán beszédfejlődés.

Jól működő ellátórendszerben az érintettek egy szabályozott folyamat részévé válnak, amely folyamatba – szerencsés esetben – minden szakellátó a megfelelő időben és helyen kapcsolódik be.

Ettől azonban különbözik a hazai gyakorlat. A gyermekeknek közel fele nem kerül be a szűrőrendszerbe, vagy csak formálisan kapcsolódik a folyamatba, az esetek túlnyomó többségében nem is tudva a procedúra megtörténtéről. Magyarországon a hallássérülés felfedezésének időpontja messze elmarad a nemzetközi adatoktól (KERESZTESSY, 2012). Egy 2009–2011 között, hallássérültek korai fejlesztési programjaiban részt vevő családok (385 válaszadó) körében lebonyolított, többnyire kérdőíves kikérdezés alapján történt adatgyűjtésből kiderült, hogy az újszülöttkori hallásszűrés még a kötelező szubjektív vizsgálatokkal sem

valószínűleg hiánytalanul, bár valóban jelentősek a törekvések erre. Amennyiben a hallásszűrés már újszülött korban megtörténik és eredménye pozitív – azaz ha a hallássérülés gyanúja már néhány napon belül felmerül –, sajnos a diagnózis felállításáig a vizsgált gyermekek fele ebben az esetben is csak 6-12 hónap után jut el. Egyetlen adat biztató: azok a gyermekek, akiket későbbi életkorban szűrtek először, és ekkor akadtak fenn a hálón, minél idősebbek voltak, annál hamarabb került sor a részletes egyéni diagnosztizálásra. A diagnózis felállításának színterei elsősorban az állami szférához kapcsolódó egészségügyi ellátó intézmények – kórházak, klinikák –, amelyek általában nem rendelkeznek elkülönített, kisgyermek számára berendezett és felszerelt vizsgálóhelyiséggel. A felnőtteket és a gyermekeket azonos helyen és azonos eszközökkel vizsgálják. Abban a kisszámú klinikai rendszerű diagnosztikai központban, ahol csak gyermekeket vizsgálnak, az intézmények országos vonzásköre miatt rendkívül hosszú az előjegyzés, és a vizsgálati napokon is többórás várakozásra kell számítani, ami a kisgyermeket és a családját egyaránt megviseli. Az utóbbi években több magánintézmény is csatlakozott az ellátóhelyek köréhez. A kétféle típusú – állami illetve magán – ellátóhely között jól érzékelhető a különbség; az eltérés azonban elsősorban anyagi természetű. (KERESZTESSY, 2012)

Ugyanakkor pozitív példaként említhető a Peter Cerny Alapítvány fülmentő akciója, melynek keretében a szűrésre kiképzett munkatársak a SOTE Fül-Orr-Gégészeti és Fej-Nyaksebészeti Klinika audiológiai munkacsoportjával együttműködve biztosítják az újszülöttek telemetriás kiegészítéssel működtetett objektív hallásszűrését. 3104 vizsgálatból 685 esetben küldték tovább vizsgálatra az újszülöttet, mert hallássérülésre utaló gyanújeleket észleltek. Az alapítvány által üzemeltetett rendszerben ezidáig a közel 4000 vizsgálatból 8 teljesen halláskárosodott újszülött kiszűrése történt meg (Peter Cerny Alapítvány honlapja, webográfia 3.).

A diagnosztizálás folyamatában az alkalmazott módszerek megválasztása a vizsgálatot elvégző intézmény típusa szerint változik. A klinikai háttérű intézményekben elsősorban az objektív vizsgálati metodika érvényesül. A diagnózis alapját az esetek túlnyomó részében a BERA vizsgálat adja, aminek kiegészítéseként az OAE vizsgálatokat is elvégzik. Az utóbbi években fokozatosan alkalmazásra kerül az ASSR vizsgálat is, de ez egyelőre csak kevés helyen rutinszerű. Az audiológiákon dolgozó szakemberek zömükben csak a felnőtt hallássérültek ellátásához szükséges tudással és gyakorlattal rendelkeznek mind a vizsgálatok, mind a hallókészülék illesztése területén – így az ott bevált gyakorlatot követik. Ez pedig többnyire nem szolgálja hatékonyan a gyermekek ellátását. Ezért tapasztalható az, hogy a kisgyermek nagy hányada sajnos nem megfelelő beállítással indul a hallás-, beszédfejlődés útján. Az audiológus szakorvosok az érintett családokat akkor irányítják a gyógypedagógiai ellátó hálózatba, amikor a gyermekben van már a kiválasztott, felírt

hallókészülék. A hallássérültek pedagógiája szakos gyógypedagógus ugyanakkor óriási segítséget jelent(hetne) a hallókészülék kiválasztásában és az illesztési folyamatban is (KERESZTESSY, 2012).

A fentiekben leírtak megerősítésére idézünk A. Leonhardtnak, a müncheni Ludvig Maximilian Egyetem tanszékvezető professzorának (Hallássérültek Pedagógiája Tanszék) 2012. február 2-án küldött e-mail-jéből:

„A hallássérült gyermekek számára az évek során nagyon szoros háló alakult ki. Az újszülöttek szűrését kötelezően és az ország teljes területén bevezették. Valamennyi klinikán és otthon született gyermeknél megtörténik a vizsgálat. Ha felmerül a hallássérülés gyanúja, a további tisztázás érdekében szakorvosi intézménybe küldik a gyermeket. Most éppen azon munkálkodnak, hogy a szülőket »megtartsák« abban az esetben, ha nem jelennek meg a kivizsgálásra (be kell tartani az adatvédelmi előírásokat stb.-t, a címek továbbításakor). Az a cél, hogy a gyermekeket 3-4 hónapos korukra ellássák hallókészülékekkel. Párhuzamosan evvel megkezdődik a korai fejlesztés, amely helyileg többnyire a hallássérültek iskoláihoz kötődik. Az ottani korai fejlesztés felettesei azonban a pedagógiai-audiológiai tanácsadó központok, úgyhogy rendszeresen biztosítottak a mérések. A korai fejlesztés során folyamatosan zajlik a gyermekek értékelése, megfigyelése. Miután a súlyos fokban hallássérült gyermekeket kb. 1 éves koruk körül implantálják, és majdnem minden gyermek kétoldali CI-t kap, a fentiekben leírtakkal párhuzamosan folyik a rehabilitáció a CI-központokban is. A pedagógiai-audiológiai központokban a hallássérültek szakképzett pedagógusai dolgoznak. Magát a korai fejlesztést (sajnos) gyakran gyógypedagógiai asszisztensek, szociálpedagógusok stb. végzik, akik nem diplomáltak főiskolán, így anyagilag nem jelentenek olyan nagy megterhelést (ami nekünk a hiányos felkészültség miatt nem tetszik). Állandó szakértői bizottságokról nem tudok, de nincs is rájuk szükség, mivel adva van az intenzív hálózat.”

1.4. *A diagnosztikus intézményrendszer, a diagnosztikában közreműködő szakemberek, a diagnosztikus folyamat lépései és eszköztára a nemzetközi gyakorlatban²*

1.4.1. Anglia

Az eljárás szervezése, lebonyolítása nagyvonalakban *megegyezik bármilyen fogyatékosági típusról van is szó*, a különbséget az adja, hogy mely szakterületet képviselik a bevont szakemberek. A hallássérült gyermekek közül csak a kiemelt támogatás szükségessége esetén kérnek szakvéleményt (pl. járulékos problémák is vannak), meghatározó az audiológiai szakvélemény.

Nincs kialakított protokoll arra vonatkozóan, hogy mely tesztekkel kell használni a vizsgálat során, a szakemberekre bízzák, hogy – szakmai megítélésük alapján és a gyermeket ismerve – mely területeken vizsgálódnak, és a kapott eredményekből következtetve vázolják fel, mi vonható le mindebből a gyakorlatra.

- Az audiológiai vélemény lényegét a hallásküszöbök (készülékes mérés is) adják, de individuális igények szerint egyéb adatokat is (pl. tympanometria, impedancia, beszédaudiometria) tartalmaz.
- Rutin jelleggel végzi a hallássérültek utazó pedagógusa a nyelvi szint értékelését, mindig az életkorhoz és az adott gyermekhez igazodva. Vizsgálati lehetőségek:
 - Clinical Evaluation of Language Fundamentals (CELF–4 – A nyelvi alapok klinikai értékelése 6 év alatt)
 - Expresszív nyelv, szókinccs
 - Reynell Developmental Language Scale (Reynell-féle nyelvi fejlődés skála)
 - Addenbrooke’s Cognitive Examination (ACE – A beszédmegértés és az expresszív beszéd értékelése)
 - British Picture Vocabulary Scale (BPVS – Brit Képes Szókinccsteszt)
 - Test of Word Knowledge (TOWK – A szóismeret tesztje)
- A rutin jellegű vizsgálatok eredményeit gyakran összehangolják a beszéd-nyelv terapeuta véleményével.

2 A nemzetközi diagnosztikai gyakorlat leírásához az e-mailben történő megkeresésre válaszoló szakemberek információi szolgáltak alapul:

Anglia: STATSHAM, C. (hallássérültekre szakosodott önkormányzati szakértő, Hereford, Anglia);

Skócia: O’NEILL, R. (egyetemi tanár, University of Edinburgh);

Németország: BATLINER, G. (szurdopedagógus, fejlesztő központ, München), PETERS, S. (szurdopedagógus, Schule für Hörgeschädigte St. Josef, Schwäbisch Gmünd);

Dánia: WILLUMSEN, J. (főiskolai tanár, Tanárképző Főiskola, Koppenhága);

Svájc: HELDSTAB, C. (audiológus, gyógypedagógus, Gyermekeklinika Zürich);

Ausztria: STROHMAYER, K. (igazgató, Bildungsinstitut für Hörgeschädigte, Bécs);

Japán: TÓTH G. (egyetemi tanár, Sagami Women’s University, Sagamihara City);

Franciaország: RIEBERT, G. [ARPADA (hallássérült gyermekek szüleinek érdekvédelmi szervezete), képviselő, Párizs].

- A beszéd-nyelv terapeuta a beszéd érthetőségét és a beszédfejlettségi szintet figyeli meg.
- Az iskolapszichológus is vizsgálhat pl. nonverbális készségeket.
- Az egyéni fejlesztési tervet az iskolában (tantermi megfigyelések is) készítik el, de a célokat gyakran egyeztetik a visszatérő éves ellenőrzések során.

Példaként rövid leírással bemutatunk egy *felülvizsgálati szakvéleményt*³ (az eredeti, teljes vélemény 13 oldalas, az első szakvélemény 9 éve készült).

I. Személyi adatok

1. A korábbi terápiás jelentések megnevezése, időpontja, az évenkénti felülvizsgálatok megnevezése és időpontjai.

II. A sajátos nevelési igények

1. A testi, szenzoros, egészségügyi problémák összefoglalása [a hallássérülés mellett rövidlátás, strabizmus, nisztagnus, hemiplégia, koordinációs gondok (finommotorika), szenzoros integráció, tanulási nehézségek],

2. A jelen helyzet szükségleteinek részletes kifejtése (CI, gyógytorna, merevítő a jobb lábon, a nemrég kapott szemüveg, érzelmi labilitás stb.)

3. A kommunikációs szint leírása (egyszerű kérdésekre jól válaszol, önálló gondolatok kifejtése gyenge, a felszínes kommunikáció jó, olykor megtévesztő stb.)

4. A magatartás, emocionális szint, szociabilitás jellemzése (jó a kapcsolata a társaival, de nagyobb csoportok esetén magányos, inkább a fiatalabbakkal barátkozik, szociális helyzeteket olykor félreért, önbizalma változó stb.)

5. A gondolkodás, tanulás jellemzői (a tartós koncentrálás nehezebbre esik, a feladatok teljesítésénél lassú, egyszerű mondatok önálló leírása megy, az absztrakt nyelv problémát okoz, tanulmányi eredmények felsorolása stb.)

III. A speciális pedagógiai támogatás

1. Pedagógiai célok (11 pontban)

2. A támogatás (3 oldalon részletezve)

3. Az ellenőrzés, monitorozás: a szülők jelenlétében készül az egyéni fejlesztési terv, ennek bevalását legalább kétszer ellenőrzik a tanévben, a szülők és a tanárok szoros kapcsolata, a tanuló bevonása saját fejlődésének megítélésébe

IV. Az iskolai elhelyezés (jelen esetben, ahová eddig is járt)

V. Nem pedagógiai igények (orvosi ellátás részletezve)

3 Mary Hare School (Anglia, Arlington Manor Snelsmore Common Newbury Berkshire RG14 3BQ) 12 évfolyamos iskola

1.4.2. Skócia

A hallásvesztés szokásos kategóriáin⁴ túl önálló kategóriát képeznek a cochleáris implantáltak. Náluk a műtét előtti és utáni hallásmérés eredményét is mellékelik.

2005-ben vezették be az újszülöttek általános szűrését az 5 évesek korábbi kötelező szűrését leállítva (anyagi okok miatt), így most nagyobb a házi orvosok, szülők, pedagógusok felelőssége. A hallássérült csecsemőt pedagógiai audiológus (hallássérültek pedagógusa audiológus végzettséggel) is látja. Megtörténik a hallókészülékes, majd ha szükséges, a CI-ellátás. A korai fejlesztésre hálózat áll rendelkezésre.

A hallássérültek utazó gyógypedagógusai – hasonlóan, mint Angliában – különböző nyelvi felméréseket is végeznek az iskolákban. Eltérő, hogy mennyit, mert ez mindig az önkormányzattól függ. Vannak régiók, amelyekben ezeket a felméréseket az egészségügyi szolgálathoz tartozó logopédusok végzik (őket egyébként a szurdopedagógusoknál jobban képzik ki a nyelvi fejlődés értékelésére), akik aztán megbeszélik az eredményeket a hallássérültek pedagógusaival. Az utazó tanárok a többségi osztályokban hospitálva rendszeresen megfigyelik, értékelik a gyermekek beszédét. Az iskola pszichológusa alkalmanként, ha szükségesnek látja, elvégez egy gyors Raven-tesztet. A többségi iskolák pedagógusai folyamatosan mérik a tanulók olvasási és matematikai készségeit, olykor standardizált tesztek is használnak (pl. az Edinburgh olvasási teszt), ha az önkormányzat előírja.

Skóciában is betartják az egyéni fejlesztési terv különtámogatási fokozatait, amelyeket már jellemeztünk (lásd a 13. oldalon az 1.4.1. pont alatt). Hallássérültek esetében ez úgy alakul, hogy minden többségi iskolában működik egy fejlesztő (a tanulást külön támogató) pedagógus, aki az első szinten beszél a szülőkkel, és kidolgoz egy egyéni fejlesztési tervet a tanuló számára. Amennyiben nem diagnosztizálták korábban a hallássérülést, de felmerül a gyanú, elküldi az önkormányzati szolgálat illetékeseihez. Az utazótanár is kiszáll, akinél gyakran audiométer is van. Ha ő vagy az önkormányzat pedagógiai audiológusa szükségesnek tartja, a gyermeket elküldi a körzet audiológiai klinikájára. Amennyiben a gyermeket most vagy már korábban diagnosztizálták, felméréseket is végez, és rendszeresen konzultál a többségi pedagógusokkal.

Van, ahol kis csoportban foglalkozik tanulókkal bevonva a hallássérült gyermeket is. Ha két vagy több szolgáltatás intenzív bevonása is szükséges, úgy a gyermek fejlesztéséhez egy úgynevezett koordinált támogató tervet (Co-ordinated Support Plan, CPS) készítenek, de hallássérült gyermek szinte alig szorul rá erre (az összes skót gyermek 6%-a kapja). A hallássérülteknek ettől függetlenül jár az évenkénti audiológiai felülvizsgálat, és az egészségügy fizeti igény esetén a külön nyelvi és beszédfejlesztést is.

4 Lásd a „A hallássérülés meghatározása, kategorizációja” c. fejezetben

Minden hallássérült gyermek számára készül az iskolában egyéni fejlesztési terv. Ha csak lehet, elkészítésébe az érintett tanulót is bevonják. A tervben azokat a területeket kell kiemelni, amelyeken támogatásra szorul a gyermek. A tervet évente felülvizsgálják egy részletes megbeszélés keretében a bevont szakemberek közreműködésével.

Angliától eltérően Skóciában *nem adnak ki szakértői véleményt* (a skót parlament úgy véli, hogy nem kívánja követni az angol példát, ahol szerintük a jobban informált angol szülők több pénzhez juttathatják gyermeküket, és sok per is van emiatt). Problémák így is adódnak, mivel Skóciában esetenként nem tudják azokat az anyagi forrásokat biztosítani, amelyekre szükség volna. Például a jelnyelvi tolmácsolást igénylő integrált tanulók közül csak kevésnek biztosítják ezt többek között azért, mert a jelnyelvi tolmácsokat nem vonzza az iskolai munka, alacsonyabb a fizetés is.

1.4.3. Németország

Bajorországban a hallássérült gyermeket szakvélemény nélkül is felveheti egy többségi bölcsőde, óvoda vagy iskola, de óvodások esetében általában a korai fejlesztő szolgálat ad javaslatot az integrációra. Célszerű, de nem kötelező az iskola esetében is beszerezni egy véleményt a korai hallás-beszéd fejlesztésről és a nonverbális területek fejlődésének alakulásáról. Az iskolában a gyermeket automatikusan megvizsgálja az iskolaorvos, és részt vesz egy beiskolázási teszthez hasonló vizsgálaton, amit „iskolajátéknak” neveznek. Amennyiben több fogyatékos gyermeket felvevő integrált csoport vagy osztály tagja lesz a gyermek, akkor szüksége van a szakvéleményre, amely igazolja, hogy fogyatékos vagy a fogyatékoság szempontjából veszélyeztetett. Ennek oka, hogy az ellátás ott drágább (alacsonyabb osztálylétszám, kevesebb tanuló, több felnőtt, több eszköz). Ezt a szakvéleményt vagy a helyi vagy a körzeten kívüli szociális segélyező (Sozialhilfe) állítja ki. A szülőnek kell hozzájuk fordulnia, csatolni kell az igazolást a lakóhelyről, az orvosi diagnózist és az ajánlást az integrációra, valamint a betegbiztosítónak a költségek átvállalására vonatkozó elutasító nyilatkozatát. A vélemény tartalmazza pl. óvoda esetében, hogy mennyi időt tölt ott a gyerek, hány óra fejlesztést kap, ki végezheti ezt, mekkora lesz a költség.

Baden Württemberg tartományban (ugyanígy Bajorországban is, s feltehetőleg a többi német tartományban ugyancsak) a speciális iskolák maguk végzik a felmérést, a tantestület egyik évvel megbízott vezető tagja (Studienrat) külön órakedvezményt kap a feladathoz. A felvételt a szülő vagy egy másik iskola közvetlenül kéri. A vizsgálati jegyzőkönyv kb. 8-10 oldalas. Olyannak kell lennie, hogy a szülő is megértse pl. a szakkifejezéseket.

Vizsgálatok:

- Az iskola pedagógiai audiológiáján (tympanometria, tisztahang-audiometria, készülékes mérés, beszédaudiometria)
- Göttingen Aktiver Wortschatztest (Göttingeni aktívszókincs-teszt)
- Hannoveri beszédteszt
- Szükség esetén további vizsgálatok:
 - IQ: Snijders–Oomen nemverbális intelligenciateszt revideált változat (Snijders–Oomen Nonverbal Intelligence Test – SON-R)
 - Kaufman-Assessment Battery for Children (K-ABC – Kaufman-féle gyermekintelligencia- és teljesítményvizsgáló teszt)
 - Heidelberger Sprachentwicklungs Test (HSET – Heidelbergi beszédfejlettségi teszt)
 - Életkortól függő kérdőívek a szülőknek
- A szülők jelen vannak a vizsgálatnál, az elkészült véleményt is részletesen megbeszélik velük. A szülő véleménye már a jelentkezéskor fontos: részletesen kikérdezik elvárásairól, az elhelyezéssel kapcsolatos kívánságairól.

Példaként rövid leírással bemutatunk egy *szakvéleményt*⁵. Elkészítése során a régió protokollját használják.

1. Személyi adatok
2. A kérés indoka (szülő, iskola vagy mindkettő)
3. Anamnézis
4. A szülői elvárások, nevelési elképzelések
5. Korábbi vizsgálatok, leletek
6. Eddigi iskolai pályafutás (ha van), pedagógusok véleménye stb.
7. Lehetséges vizsgálatok
 - Audiológiai kivizsgálás
 - A magatartás megfigyelése
 - Formális (standardizált) tesztek
 - Informális vizsgálatok (beszéd, gondolkodás, kérdőív a szociális-emocionális fejlődésről)
 - Motorika stb.
8. Összefoglalás
 - Az eredmények részletes értelmezése, személyes benyomások
 - A sajátos nevelési szükségletek részletes kifejtése a súlypontok kiemelésével
 - Javaslat a speciális pedagógiai tanácsadásra, különtámogatásra vagy oktatásra
 - A szükséges személyi, dologi támogatás
 - A szülők kívánságai, nevelési elképzelései

5 Schule für Hörgeschädigte St. Josef, Schwäbisch Gmünd (Németország, Baden Württemberg)

1.4.4. Dánia

2005 óta kötelező az újszülöttek otoakusztikus emissziós (OAE) vagy agytörzsi reakciókat mérő (ABR) szűrése⁶. Az 5 régióban a hallássérült gyermekek további audiológiai vizsgálatát, ellátását kijelölt kórházak végzik. Egyes régiók (pl. Aalborg, Koppenhága) speciális fejlesztő központtal is rendelkeznek. Az önkormányzati bizottságok 6-8 tagúak (pszichológiai, szaktanácsadói, szurdopedagógiai háttér). Nincsenek pontos előírások, így eltérhetnek egymástól a bizottságok. Vizsgálati protokoll sem létezik, a szakképzettségük a biztosíték. További vizsgálatok igény szerint magukban az iskolákban történnek (iskolapszichológus).

1.4.5. Svájc

Nincs egységes rendszer az ország 24 kantonjában. 2008 óta a finanszírozás decentralizált, a kantonokra hárul. A hallássérülés fogalmát három alcsoportra tagolják: nagyothallók, siketek, később (a beszéd elsajátítása után) megsiketültek. Siketnek azokat a gyermekeket nevezik, akiknél prelingválisan lépett fel a hallásvesztés, mely olyan mértékű, hogy akadályozza a beszéd természetes, a hallásra alapozott kialakulását. A legtöbb esetben ilyenkor is rendelkezik a gyermek hallásmaradvánnyal, mely teljes mértékben hasznosítható. A nagyothallók (enyhe, közepes, súlyos) esetében – legalábbis hallókészülékes erősítéssel – megindul a spontán beszédfejlődés. Korai fejlesztő szolgálatok országszerte működnek.

A zürichi kantonban például két klinikán vizsgálják a hallássérült gyermekeket audiológiai szempontból, s ezt követi az ún. audiopedagógiai felmérés, melyet audiológiai kiegészítő képzettséggel rendelkező logopédusok végeznek. A korai fejlesztésre innen utalják be a gyermekeket. Az iskola kiválasztásánál a végső döntés a szülőé. A többségi iskolákba utazó tanárok járnak. A kantonban egy speciális iskola működik hallássérültek számára. Amennyiben az óvodai vagy az iskolai ellátás mellett kiegészítő egyéni terápiára volna szükség, ezt is az audiopedagógus határozza meg (pl. diszfázia esetén). Magánrendelést is igénybe vehet a szülő. A költségeket az Amt für Jugend und Berufsberatung (AJB – Ifjúsági és Pályaválasztási Tanácsadó Hivatal) állja. Az iskolapszichológiai szolgálatok a felelősek a gyermekek véleményezéséért. (webográfia 4.)

⁶ A szűrési eljárásokat lásd részletesen a „Hallásszűrés újszülöttkorban, szűrőeszközök” c. alfejezetben.

1.4.6. Ausztria

Minden hallássérült tanulóról *szakvéleményt állítanak ki akár integráltan, akár speciális iskolában tanul*, csak így juthat speciális különtámogatáshoz. A szakértői bizottság tagjai: a hallássérültek intézményének (többfunkciósak, hasonlóan a magyar EGYMI-khez) igazgatója, az adott iskola pszichológusa, a körzeti szakfelügyelő, akik egyeztetnek a tartomány gyógypedagógiai szakfelügyelőjével. A szakvéleményben audiológiai diagnózis és pszichológiai vélemény kap helyet, intelligenciavizsgálatot is végeznek. Egyéb fogyatékoság (pl.autizmus) gyanúja esetében más szakértőt is bevonnak.

1.4.7. Japán

Japánban *nincsenek szakértői bizottságok*. A vizsgálatot elsődlegesen orvos végzi kórházban, egyéb intézetben, ő adja ki a hivatalos diagnózist. Ezután kérhet a szülő ugyanott vagy máshol pszichológiai vizsgálatot ún. klinikai szakpszichológustól. Ez lehet 1. csak konzultációs szintű, vagy 2. (1-2 teszt, többnyire intelligencia- és még egy választott teszt), vagy 3. komplex vizsgálat, amire igen ritkán kerül sor (pszichológus, beszéd-nyelv-hallás terapeutának – ez Japánban egyetlen szak! – nevezett logopédus, gyógytornász, pedagógus végzi). Az intelligencia vizsgálatát Binet- (Tanaka-Binet) vagy Wechsler-teszttel (jelenleg WISC–IV) végzik, a nonverbális vizsgálatokat nem ismerik. A hallásvizsgálatokat a legkorszerűbb eszközökkel szakorvos vagy a logopédus végzi (tympanometria, impedancia-mérés stb. is). Nagyon megnőtt a CI-k száma az elmúlt években.

A gyógypedagógiai ellátás színvonala általában erősen megkérdőjelezhető.

A siketek speciális iskoláiban tanító pedagógusok vagy tanítói, tanári képesítésűek vagy gyógypedagógia szakon végzetek ún. hallási szakiránnyal (nem igazan felel ez meg a hazai színvonalnak, annál sokkal kevesebb szaktantárgyat tanulnak) vagy diploma nélküli szakértők, akik munkába állás után tanfolyamon, továbbképzéseken szereztek „szakképesítést”. Korai fejlesztést egyes kórházakban a logopédusok végeznek, de ez közel sem általános.

Intézményi ellátás: az integráció elterjedt lehetőség, ez kizárólag a szülő és az óvoda vagy iskola megegyezésén múlik. A fogyatékos gyermekek közül a hallássérülteket integrálják leggyakrabban (a tanulásban és a beszédben akadályozottak nem számítanak fogyatékosnak). Az integrált tanulók semmiféle különtámogatásban, gyógypedagógiai segítségben stb. nem részesülnek, mert „egyenlők” a többivel. Korrepetálás egyénileg vagy kiscsoportban lehetséges, ahogy ez bármelyik tanulónak járhat. Emelt normatív fejkvóta létezik, de viszonylag alacsony, személyi kiadásra nem elegendő, csak bizonyos

eszközökre. Nagyothallók számára több száz iskolában működik lokális integráció (8 tanuló egy osztályban) is. A hallássérültek speciális intézményeibe 60 dB hallásveszteségtől vesznek fel, tehát nagyothallókat és siketeket vegyesen. Itt jelyelven oktatnak, csak az írás-olvasásnál alkalmazzák a japán nyelvet.

1.4.8. Franciaország

16 éves kor alatt a hallássérülést gyermek fül-orr-gégész állapítja meg. A következő vizsgálatokat végzik el: impedanciamérés, otoakusztikus emisszió, tisztahang- és beszédaudiometria – utóbbit, ha a gyerek életkora és állapota megengedi. Az újszülöttkori szűrés (OAE és/vagy ABR/BERA) csak a rizikóeseteknél kötelező, de mivel ezt most kiemelten támogatja az egészségbiztosító egy program keretében, így két év alatt 150 000 babát szűrtek. Jelenleg azon fáradoznak, hogy a szűrés általánosan kötelező legyen. A kiszűrt gyermekek szüleit további szakemberekhez irányítják. A hallókészüléket audiológus (l'audioprothésiste) választja ki, és ő segít a szülőknek a megfelelő kommunikációs mód megválasztásában, amiben elsőbbséget élvez a beszéd.

Vizsgálatokat egy multidiszciplináris team végez (orvos, pszichológus, pedagógus stb.) Felméri a hallásveszteség mértékét, a beszédfejlődés jellemzőit és az esetleg társuló problémákat. Speciális, területileg illetékes bizottság (Comission des droits et de l'autonomiedes personnes handicapées) jogosult a fogyatékos és a súlyossági fok megállapítására 20 éves korig. A döntést meghozó bizottság tagjai: a finanszírozó részéről egy fő (ez a gyermek életkorától függően vagy a családi biztosító vagy iskoláskortól a szociális szolgáltatások biztosítója), egy fő az állami szektorból (vagy az oktatás vagy az egészségügy képviselője), egy szakszervezeti képviselő, egy szülői képviselő, két fő a fogyatékos gyermekek és szüleik szervezetétől, egy fő a fogyatékos személyek nemzeti tanácsadó szervezetétől. A kialakított vélemény alapján jut a gyermek családjá támogatáshoz. Az érintett családnak olyan anyagi forrást biztosítanak, aminél nincs meghatározva, hogy mire kell fordítani, pl. extra költségek, ne dolgozzék a család egyik vagy mindkét tagja, a gyerek mellé asszisztenst, segítő személyt kell fogadni. A bizottság döntése 1-5 éves időtartamra szól, amit meg lehet újítani újabb kérelem alapján. Négy hónappal a lejárát előtt kell kérelmezni, és újabb vizsgálat szükséges hozzá.

Szintén ez a bizottság tesz javaslatot az oktatásra, az intézménytípusra, ami lehet egyéni integráció, speciális osztály a többségi intézményben és speciális intézmény is.

2005-ben jelent meg a törvény az integrált oktatásról, azóta ezt tartják az elsősorban ajánlott oktatási formának. Amennyiben a fent említett bizottság a szülőkkel egyetértésben (egyébként a szülő fellebbezhet) az integrált formáról dönt, úgy a többségi iskola nem utasíthatja el a gyermeket. A tanuló szükségleteit az egyéni fejlesztési tervben határozzák meg. Ezt a törvény szerint minimum kétszer egy évben, de a gyakorlatban minden negyedévben felülvizsgálják, mégpedig egy speciális szakértői csoport, amelynek tagjai a szülők, a pedagógus, az iskola igazgatója és a fogyatékos gyermekekért felelős szakember (l'enseignant référent). Az utóbbi személy nem az iskola alkalmazottja, több iskola speciális szükségletű gyermekéért felel. A felülvizsgálati bizottság dönt a gyermek számára nyújtott támogatásokról (kell-e több, kevesebb, miből).

1.4.9. A hallássérült gyermekekről adott szakvélemények súlyponti kérdései a nemzetközi gyakorlatban

Az újszülöttkori szűrés általánossá válása átalakította a korai felismerés, a korai hallókészülékes és CI-ellátás és a korai fejlesztés teljes korábbi rendszerét, valamint a gyermekek rehabilitációjának minőségét.

- A hallássérülteket vizsgáló bizottságok valamennyi országban decentralizáltak.
- Az óvodáskor alatt ritkán szükséges szakvélemény, ekkor a korai fejlesztő hálózat feladata a gyermekek ellátása (kivéve a halmozott sérülteket).
- A részletes és megbízható *audiológiai szakvélemény kulcsszerepet játszik* (tiszthangaudiometriai mérés az életkorhoz igazított módszerekkel, hallókészülékes mérés szabad hangtérben, gyermek-beszédaudiometria, egyéb kiegészítő vizsgálatok).
- A *pedagógiai-pszichológiai vélemény jellemzi a beszédfejlettség szintjét* (a gyermekek életkorához igazítható jól kidolgozott beszédmegértési és szókincsfelmérés, magasabb szinten a grammatikai szint és az alapvető iskolai készségek is). A kiejtés csak globális jellemzést kap (beszédérthetőség). A szociabilitás, emocionális szint is szerephez jut.
- A *szakvéleményekben dominál a megállapított szükségleteknek megfelelő támogatási formák* (ideértve az egészségügy bevonását is) részletes kifejtése. Cél, hogy a gyermekkel foglalkozó pedagógusok fel tudják használni a tanácsokat. (A szakvélemények terjedelme legalább 7-8 oldal.)
- A szakvélemények előállításakor jelentősen *bevonják a gyermeket ismerő iskolapszichológust, (gyógy)pedagógust és a szülőket is*. Több országban is szerepel a gyermekek megfigyelése iskolai csoportjukban (hospitálás).

- A szakvélemények *felülvizsgálata sűrűn*, félévenként, évenként történik, mivel ezen mérik le a javasolt támogatási formák beválását, a módosítások szükségességét. Ilyenkor röviden összefoglalják a korábbi felmérések adatait, leírva a különböző területeken tapasztalt fejlődés, stagnálás ívét, továbbá részletesen a gyermekkel foglalkozó gyógypedagógusok, pedagógusok, szülők véleményét, a korábbi szakvéleménnyel kapcsolatos visszajelzéseket és a felülvizsgálók újabb javaslatait.
- A *diagnózis* szó csak az *orvos véleményeként* fordul elő.

1.5. Hazánkban aktuálisan megvalósuló diagnosztikus gyakorlat

A hazai gyakorlatnak és jogszabályoknak megfelelően a hallássérülés területén nem megyei, hanem országos szakértői bizottság működik: Hallásvizsgáló Országos Szakértői és Rehabilitációs Bizottság és Gyógypedagógiai Szolgáltató Központ (HOSZRB). A diagnosztikus munka a tradicionális hazai komplex diagnosztikai eljárás rendszerét követi.

2. Szempontrendszer a hallássérült gyermekek, tanulók diagnosztikus protokolljához

2.1. Életciklus alapján

- Korai életkor (0–3 év): audiológiai vizsgálat, nyelvi-kommunikációs szint, pszichomotoros fejlettség, magatartás-szociabilitás
- Óvodáskor (3–6 év): audiológiai vizsgálat, nyelvi-kommunikációs szint, átfogó mentális képességek, magatartás-szociabilitás
- Iskoláskor (6 éves kortól): audiológiai vizsgálat, nyelvi-kommunikációs szint, átfogó mentális képességek, magatartás-szociabilitás

Hangsúlyos vizsgálatok:

- iskolaérettség-beiskolázás,
- továbbtanulás/közép-, felsőfokú iskolaválasztás,
- az integrált nevelés lehetőségének megítélése.

2.2. A vizsgálat oka szerint

- A korai diagnózis kibővítése gyógypedagógiai pszichológiai szempontokkal, a korai fejlesztés kezdeményezése.
- A probléma jelzője: pl. javaslat integrált vagy gyógypedagógiai intézményben történő nevelésre, illetve oktatásra, iskolai tantárgyi mentesítések.
- A probléma jellege: hallássérülés, a hallássérüléshez társuló/járulékos tanulási zavar, halmozott sérülés fennállása.

2.3. A vizsgálat típusa szerint

A vizsgálati típusok többségében megegyeznek az általános bevezető fejezetben leírt típusokkal:

- első/alapvizsgálat,
- részvizsgálatok (egyes készség-/képességterületekre, részképességekre irányulóan),
- a hallássérüléshez társuló tanulási zavarok specifikus vizsgálata,
- nyomon követő kontrollvizsgálat,
- kötelező kontrollvizsgálat/felülvizsgálat.

3. Diagnosztikus protokoll hallássérült gyermekek, tanulók vizsgálatához

Az alábbi, életkori ciklus szerint rendszerezett diagnosztikus protokoll a lehetséges eljárások és eszközök körülírt, behatárolt tára, mely a hazai adaptálás, a megvalósult és tervezett standardizálás, a megbízhatóság és érvényesség szempontjának figyelembevételével készült. Az összeállítás célja a diagnosztikus gyakorlat módszertani kibővítése, illetve részleges megújítása, mely a hallás-, a nyelvi és nem nyelvi kommunikációs képesség/készség, a pszichikus fejlődés (elsősorban az átfogó mentális képesség, kognitív architektúra) és a viselkedés/magatartás, valamint a szociális kapcsolatok és az emocionalitás területére terjed ki. Értelemszerűen nem tartalmazza az egészségügyi szakellátás körébe tartozó különböző hallásvizsgálati diagnosztikai eljárásokat.

3.1. A tevékenységek, módszerek, eszközök és személyek szükséges köre

| TEVÉKENYSÉGEK (A VIZSGÁLAT TARTALMA) | MÓDSZEREK | VIZSGÁLATI ESZKÖZÖK ⁷ | SZEMÉLYI FELTÉTELEK |
|--|--|---|---|
| Vizsgálatok korai életkorban (0–3 év) | | | |
| A vizsgálat előzményeinek feltárása | | | |
| Panaszfeltárás/ Problématörténet | Kikérdezés | Részben kötött, strukturált interjú | <ul style="list-style-type: none"> Gyógypedagógus hallássérültek pedagógiája szakirányú végzettséggel (továbbiakban: gyógypedagógus) Pszichológus |
| Jelen állapot | Kikérdezés | Részben kötött, strukturált interjú | <ul style="list-style-type: none"> Gyógypedagógus Pszichológus |
| Anamnézis/élettörténet | <ul style="list-style-type: none"> Kikérdezés Dokumentumelemzés | Részben kötött, strukturált interjú; zárójelentések, leletek, hallásvizsgálati eredmények kronológiai sorrendje | <ul style="list-style-type: none"> Gyógypedagógus Pszichológus |
| A személyes vizsgálat részei | | | |
| Hallásvizsgálat | <ul style="list-style-type: none"> Vizuális megerősítéssel Játékaudiometriás eljárással Elsősorban CI-s gyermekek-nél egy- és többszótagú szavak felismerése hallás útján Szülői kérdőív a hallókészülék viseléséről | <ul style="list-style-type: none"> 2 falra erősített fényjelzéses játék Audiométer, játékok Evaluation of Auditory Responses to Speech (EARS) teszt képanyag EARS-teszt kérdőív | <ul style="list-style-type: none"> Gyógypedagógus Audiológiai asszisztens Kívánatos volna: pedoaudiológus |

⁷ A hazánkban jelenleg nem elérhető, hiánypótló eljárásokat kézzel jelöltük. Az eszközök részletes leírása a 3.2 fejezetben („Hazai bevezetésre, illetve szélesebb körű alkalmazásra javasolt vizsgálatjelölések”) található.

3. Diagnosztikus protokoll hallássérült gyermekek, tanulók vizsgálatához

| TEVÉKENYSÉGEK (A VIZSGÁLAT TARTALMA) | MÓDSZEREK | VIZSGÁLATI ESZKÖZÖK | SZEMÉLYI FELTÉTELEK |
|--|---|--|---|
| Nyelvi-kommunikációs képesség/készség Nem verbális kommunikáció | <ul style="list-style-type: none"> Megfigyelés, kikérdezés A receptív és expresszív kommunikáció nyelvi tesztel/ skálával való vizsgálata Beszédértés: egyszerű utasítások Szülői kérdőív az expresszív megnyilatkozásról Megfigyelés, interaktív játékhelyzetek | <ul style="list-style-type: none"> Preschool Language Scale (PLS–3) Játékok, tárgyak EARS-teszt kérdőív | Gyógypedagógus |
| Pszichomotoros fejlettség, egyéni állapotmegismerés | <ul style="list-style-type: none"> Megfigyelés, kikérdezés Fejlődési skálák (mozgás, szenzomotorium, beszéd/kommunikáció, szociabilitás összehasonlító elemzése) | <ul style="list-style-type: none"> Brunet–Lèzine-féle pszichomotoros fejlődési skála Kiphard-féle szenzomotoros, pszichoszociális fejlődési táblázat (kiegészítő eszközként) | <ul style="list-style-type: none"> Gyógypedagógus Pszichológus |
| Adaptív magatartás, szociális érettség | <ul style="list-style-type: none"> Megfigyelés, kikérdezés | <ul style="list-style-type: none"> Doll-féle Vineland Szociális Érettségi Skála | <ul style="list-style-type: none"> Gyógypedagógus Pszichológus |
| Vizsgálatok óvodáskorban (3–6 év) | | | |
| A vizsgálat előzményeinek feltárása | | | |
| Panaszfeltárás/ Problématörténet | Kikérdezés | Részben kötött, strukturált interjú | <ul style="list-style-type: none"> Gyógypedagógus hallássérültek pedagógiája szakirányú végzettséggel (továbbiakban: gyógypedagógus) Pszichológus |
| Jelen állapot | Kikérdezés | Részben kötött, strukturált interjú | <ul style="list-style-type: none"> Gyógypedagógus Pszichológus |
| Anamnézis/élettörténet | <ul style="list-style-type: none"> Kikérdezés, dokumentumelemzés | Részben kötött, strukturált interjú; zárójelentések, leletek, hallásvizsgálati eredmények kronológiai sorrendje | <ul style="list-style-type: none"> Gyógypedagógus Pszichológus |
| A személyes vizsgálat részei | | | |
| Hallásvizsgálat | <ul style="list-style-type: none"> Játékaudiometriás eljárás Játékaudiometria szabad hangtérben is (készülékes görbe) Jól beszélő gyermeknél beszédaudiometria Elsősorban CI-s gyermekeknél egytagú szavak felismerése hallás útján Szülői kérdőív a hallókészülék viseléséről | <ul style="list-style-type: none"> Audiométer, játékok Audiométer Evaluation of Auditory Responses to Speech (EARS) EARS-teszt kérdőív | <ul style="list-style-type: none"> Gyógypedagógus Audiológiai asszisztens Kívánatos volna: pedoaudiológus |

05. rész – Hallássérült gyermekek és tanulók komplex vizsgálatának diagnosztikus protokollja

| TEVÉKENYSÉGEK (A VIZSGÁLAT TARTALMA) | MÓDSZEREK | VIZSGÁLATI ESZKÖZÖK | SZEMÉLYI FELTÉTELEK |
|--|--|--|---|
| Nyelvi-kommunikációs képesség/készség | <ul style="list-style-type: none"> Megfigyelés, kikérdezés A receptív és expresszív kommunikáció nyelvi tesztel/skálával való vizsgálata Informális társalgás Beszédértés: egyszerű utasítások Szókincsvizsgálat Tájékozódó grammatikai felmérés már jól beszélő gyermekeknél: a grammatikai elemek, szabályok alkalmazása beszédértési és aktív használati helyzetben | <ul style="list-style-type: none"> Preschool Language Scale (PLS–3) Játékok, tárgyak <p>A rendelkezésre álló tesztekből vagy a kidolgozás alatt állókból választható Az eljárás kidolgozás alatt (ELTE BGGYK Hallássérültek Pedagógiája Tanszék)</p> | Gyógypedagógus |
| Átfogó mentális képes- ség (intelligencia) | <ul style="list-style-type: none"> Nemverbális intelligencia- struktúra vizsgálata (reasoning típusú gondolkodás, téri-vizuális észlelési képességek) | <ul style="list-style-type: none"> Snijders-Oomen Non-Verbal Intelligence Test-R (SON–R) 2,5-7 év | Pszichológus |
| Adaptív magatartás, szociális érettség Viselkedési problémák | <ul style="list-style-type: none"> Megfigyelés, kikérdezés Szülői és pedagógusi megfigyelés kérdőíves elemzése (emotionális, szociabilitási, figyelmi, végrehajtási problémák) | <ul style="list-style-type: none"> Doll-féle Vineland Szociális Érettségi Skála Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) | <ul style="list-style-type: none"> Gyógypedagógus Pszichológus |
| Vizsgálatok tanköteles és iskoláskorban (6–18 év) | | | |
| A vizsgálat előzményeinek feltárása | | | |
| Panaszfeltárás/ Problématörténet | Kikérdezés | Részben kötött, strukturált interjú | <ul style="list-style-type: none"> Gyógypedagógus hallássérültek pedagógiája szakirányú végzettséggel (továbbiakban: gyógypedagógus) Pszichológus |
| Jelen állapot | Kikérdezés | Részben kötött, strukturált interjú | <ul style="list-style-type: none"> Gyógypedagógus Pszichológus |
| Anamnézis/élettörténet | <ul style="list-style-type: none"> Kikérdezés, dokumentum- elemzés | Részben kötött, strukturált interjú; zárójelentések, leletek, hallásvizsgálati eredmények kronológiai sorrendje | <ul style="list-style-type: none"> Gyógypedagógus Pszichológus |
| A személyes vizsgálat részei | | | |
| Hallásvizsgálat | <ul style="list-style-type: none"> Hallásküszöb-vizsgálat tiszta hanggal, illetve szabad hangtérben készülékes mérés | <ul style="list-style-type: none"> Audiométer | <ul style="list-style-type: none"> Gyógypedagógus Audiológiai asszisztens |

3. Diagnosztikus protokoll hallássérült gyermekek, tanulók vizsgálatához

| TEVÉKENYSÉGEK (A VIZSGÁLAT TARTALMA) | MÓDSZEREK | VIZSGÁLATI ESZKÖZÖK ⁷ | SZEMÉLYI FELTÉTELEK |
|---|--|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> Beszédaudiometriás eljárás (gyermek- vagy felnőtt-változat) Beszédfelismerés elsősorban CI-s gyerekeknél: egytagú szavak (zárt szószorozat), mondatok (zárt sorozat), kérdések | <ul style="list-style-type: none"> Audiométer Evaluation of Auditory Responses to Speech (EARS) tesztanyagok | <ul style="list-style-type: none"> Kívánatos volna: pedoaudiológus |
| Nyelvi-kommunikációs képesség/készség | <ul style="list-style-type: none"> Megfigyelés, kikérdezés A receptív és expresszív kommunikáció nyelvi tesztel/ skálával való vizsgálata Informális társalgás Egyszerű utasítások Szókincsvizsgálat Tájékozódó grammatikai felmérés már jól beszélő gyermekeknél: a grammatikai elemek, szabályok alkalmazása beszédértési és aktív használati helyzetben Szövegértési vizsgálat: a strukturális és vokabuláris szövegértési szint tesztel történő felmérése | <ul style="list-style-type: none"> Preschool Language Scale (PLS-3) Tárgyak A rendelkezésre álló tesztek közül vagy a kidolgozás alatt állókból választható Az eljárás kidolgozás alatt (ELTE BGGYK Hallássérültek Pedagógiája Tanszék) Wechsler Objective Reading Dimensions (WORD) szövegértési altesztje | Gyógypedagógus |
| Átfogó mentális képesség (intelligencia), kognitív struktúra/ architektúra | <ul style="list-style-type: none"> Nemverbális intelligencia- struktúra vizsgálata (reasoning típusú gondolkodás, tér- vizuális észlelési képességek) A kognitív, intellektuális képességek struktúrájának neuropszichológiai szemléletű vizsgálata Az átfogó mentális képesség részvizsgálata a nemverbális szubtesztek két csoportjával Jól beszélő, integráltan tanuló, illetve CI-s gyermekeknél a verbális feladatok megkísérelhetőek | <ul style="list-style-type: none"> Snijders-Oomen Non-Verbal Intelligence Test-R (SON-R) 5,5–17 év Woodcock-Johnson International Edition Test of Cognitive Abilities WISC-IV: Feldolgozási sebesség index (vizuális információk feldolgozása), Perceptuális következtetés index (nem verbális problémamegoldó képesség) | Pszichológus |
| Adaptív magatartás, szociális érettség, Viselkedési problémák | <ul style="list-style-type: none"> Megfigyelés, kikérdezés Szülői és pedagógusi megfigyelés kérdőíves elemzése (emotionális, szociabilitási, figyelmi, végrehajtási problémák) Szülői és pedagógusi megfigyelések problémaskálák rendszerében | <ul style="list-style-type: none"> Doll-féle Vineland Szociális Érettségi Skála Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) Child Behavior Checklist (CBCL) | <ul style="list-style-type: none"> Gyógypedagógus Pszichológus |

05. rész – Hallássérült gyermekek és tanulók komplex vizsgálatának diagnosztikus protokollja

| TEVÉKENYSÉGEK (A VIZSGÁLAT TARTALMA) | MÓDSZEREK | VIZSGÁLATI ESZKÖZÖK | SZEMÉLYI FELTÉTELEK |
|--|---|---|--|
| Diszfáziás hallássérült gyermekek vizsgálata óvodás- és iskoláskorban Diagnostic testing of deaf children (Van Uden-féle tesztbattéria, Van Uden, 1983) | | | |
| A vizsgálat előzményeinek feltárása | | | |
| Panaszfeltárás/ Problématörténet | Kikérdezés | Részben kötött, strukturált interjú | <ul style="list-style-type: none"> Gyógypedagógus Pszichológus |
| Jelen állapot | Kikérdezés | Részben kötött, strukturált interjú, részletes pedagógiai vélemény | <ul style="list-style-type: none"> Gyógypedagógus Pszichológus |
| Anamnézis/életétörténet | <ul style="list-style-type: none"> Kikérdezés Dokumentum- elemzés | Részben kötött, strukturált interjú; zárójelentések, leletek, hallásvizsgál- ati eredmények kronológiai sorrendje | <ul style="list-style-type: none"> Gyógypedagógus Pszichológus |
| A személyes vizsgálat részei | | | |
| Hallásvizsgálat | Az óvodás- és iskoláskornál leírtakon kívül: hallási diszkrimináció célzott felmérése | <ul style="list-style-type: none"> Van Uden-féle hallási diszkriminációvizsgálat | <ul style="list-style-type: none"> Gyógypedagógus Audiológiai asszisztens Kívánatos volna: pedoaudiológus |
| Nyelvi-kommunikációs képeség/készség | <ul style="list-style-type: none"> Megfigyelés: expresszív és receptív beszéd szint elemzése | <ul style="list-style-type: none"> Kötetlen társalgás (megfigyelési szempontok: beszédértés, közlési igény, szókincs, grammatika, kiejtés, intonáció) | Gyógypedagógus |
| Nem verbális kommunikáció | <ul style="list-style-type: none"> Megfigyelés, szituatív játékok, jelmegértési képesség | | |
| Átfogó mentális képeség (intelligencia), tanulási képesség | A nem verbális intelligencia- és a tanulási képesség-struktúra összehasonlító szubtesztanalí- zise (emlékezeti profil, vizuális percepció, képi asszociáció) | <ul style="list-style-type: none"> SON Hiskey–Nebraska Tanulási Alkalmassági Teszt | Pszichológus |
| Motoros készségek | <ul style="list-style-type: none"> Diszpraxiás tünetek vizsgálata, megfigyelése Megfigyelés Kikérdezés (szülő vagy peda- gógus) | <ul style="list-style-type: none"> Van Uden-féle nyelvi teszt (periorális mozgás) Berges–Lézine-féle teszt (kéz- és ujjmozgás-utánzás, testséma) Van Uden-féle ujjmozgás- ügyesség teszt Beszédritmus-próba Eupraxia kérdőívek | <ul style="list-style-type: none"> Gyógypedagógus Pszichológus |
| Szenzomotoros integ- ráció | <ul style="list-style-type: none"> A szenzomotoros integráció zavarának vizsgálata Megfigyelés Kikérdezés (szülő vagy peda- gógus) | <ul style="list-style-type: none"> Van Uden-féle taktilis ujjgnózis teszt Beszédritmus próba bevezető Van Uden-féle fordító teszt (olvasás-, írástechnika) Szenzomotoros integráció kérdőívek | <ul style="list-style-type: none"> Gyógypedagógus Pszichológus |
| Magatartás, személyiség- jellemzők | A vizsgálatvezető és a szülő vagy a pedagógus megfigyelése | <ul style="list-style-type: none"> Van Uden-féle tesztmagatartás kér- dőív (vizsgálat alatti magatartás) Van Uden-féle elhagyatottsági szindróma kérdőív (nevelési elha- nyagoltság személyiségjellemzői) | <ul style="list-style-type: none"> Gyógypedagógus Pszichológus |

3.2. Hazai bevezetésre, illetve szélesebb körű alkalmazásra javasolt vizsgálóeljárások

3.2.1. Hallásvizsgálat

Evaluation of Auditory Responses to Speech (EARS)

A beszédre adott auditív reakciók értékelése

Az Európában elterjedt eljárás a cochleáris implantáció (CI) után bekövetkező hallás- és beszédfejlődés nyomonkövető mérőeszköze. A hét tesztből és szülői, illetve gyógypedagógusi kérdőívekből álló tesztbatteria a zörejek észlelésétől elindulva halad a szavak és mondatok mind magasabb szintű meghallásának, illetve megértésének ellenőrzése felé. Széles életkori sávban használható (pl. a zörejekre felfigyelés csecsemőkortól, az egy szótagú szavak felismerése 3-4 éves kortól, a mondatok felismerése, illetve kérdésekre válasz 4-6 éves kortól stb.). A tesztet a CI-műtét előtt, majd utána adott időrendben végzik el. A hazai adaptálás és bevezetés az ELTE BGGYK Hallássérültek Pedagógiája Tanszék szervezésében történt (CSÁNYI, 2002).

3.2.2. Intelligenciatesztek

Snijders-Oomen Non-Verbal Intelligence Test Revised 2,5-7 years (SON-R 2,5-7 év)

Snijders–Oomen Nonverbális Intelligenciateszt, revideált változat 2,5–7 éves korú gyermekek számára

Az óvodás korosztálynak szóló teszt legutolsó, 1998-as átdolgozása a nem verbális kognitív képességek széles spektrumát méri fel. A hat részpróbából álló vizsgálatot a nyelvi zavart mutató, a hallássérült, az autista, a szociális fejlődésben elmaradott, illetve a bevándorló, anyanyelvi problémákkal küzdő gyermekeknek ajánlják. A szubtesztek elsősorban az oki összefüggések felismeréséhez, megértéséhez szükséges gondolkodást és a téri észlelési képességek szintjét mérik fel érdekes, cselekvéses feladatok sorával. Nagyon hasznos kiegészítő eszköz a más tesztekkel mért, diagnosztikai dilemmákat okozó teljesítmények megítélésénél is A nemzetközi vizsgálati gyakorlatban ismert eljárás standardizálása több országban megtörtént, illetve folyamatban van, pl. Németország, Cseh Köztársaság, Anglia, Brazília (TELLEGEN és mtsai, 1998).

Hazai adaptálása, bevezetése mérlegelendő.

Snijders-Oomen Non-Verbal Intelligence Test Revised 5,5-17 years (SON-R 5,5–17 év)

Snijders–Oomen Nonverbális Intelligenciateszt, revideált változat 5,5–17 éves korú gyermekek/fiatalok számára

Az 1998-ban átdolgozott, 7 részpróbából álló teszt a nem nyelvi kognitív képességek számos fő területét vizsgálja, így pl. absztrakt és konkrét oki összefüggések megértése, téri észlelés, vizuális analízis-szintézis, tér-idő kapcsolatok felismerése, kategorizálás, analógias gondolkodás. A konkrét oki összefüggések megértésének képességét vizsgáló szubtesztek fokozott érzékenységet mutatnak a szociális intelligencia irányába. A korábbi eljárással ellentétben a részpróbák között nem szerepel rövid távú emlékezeti feladatsor. A tradicionális intelligenciavizsgálatok és tanulási-képesség-vizsgálatok hasznos kiegészítő eszköze. Vizsgálati célcsoportot lásd SON-R 2,5–7 év információnál. A teszt Európán kívüli országokban is ismert eljárás (SNIJDERS és mtsai, 1989).

A teszt legújabb revíziója SON-R 6–40 címmel elkészült, melyről egyelőre holland nyelvű információ érhető el (átdolgozók: TELLEGEN és LAROS, 2010).

A hazai adaptálása, bevezetése mérlegelendő.

Woodcock-Johnson International Edition Test of Cognitive Abilities (WJ IE)

Woodcock–Johnson Kognitív Képességek Tesztje Nemzetközi Kiadás (WJNK)

A teszt az eredeti amerikai eljárás nemzetközi kiadásának magyar nyelvű standardizált változata. A kognitív, intellektuális képességek struktúrájának neuropszichológiai szemléletű vizsgálatára alkalmas a verbális, a gondolkodási képességek és a kognitív hatékonyság tesztek kombinációjában a tanulási teljesítménnyel összefüggésben. Így a teszttel számos szűk sávú képesség mellett a következő széles sávú képességek mérése végezhető: megértés-tudás, hosszútávú előhívás, vizuális-téri gondolkodás, auditív feldolgozás, fluid gondolkodás, rövidtávú emlékezet, feldolgozási sebesség.

Életkori övezete: 5,6 év–felnőttkor. A WJNK a hazai differenciáldiagnosztikai repertoár egyre ismertebb eljárása a (RUFF és mtsai, 2003, magyar adaptáció: KATONA N., 2009). Az ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar Gyógypedagógiai Pszichológiai Intézetében végzett szakterületi vizsgálati tapasztalatok szerint a nem verbális próbák megfelelően alkalmazhatóak hallássérült személyeknél, de a verbális próbák csak a középiskolás kortól ajánlottak.

3.2.3. Nyelvi skálák

Preschool Language Scale (PLS-3)

Kisgyermekkorai nyelvi skála

A 3. átdolgozott kiadású, standardizált amerikai eljárás 2 hetes–6;11 éves gyermekek expresszív és receptív nyelvi készségének, illetve kommunikációjának vizsgálati eszköze. A megfigyelési, illetve az aktív cselekvéses helyzetek, feladatok két alskálába rendeződnek. A beszédmegértés alskála elemei: auditív megértés – figyelem; szemantika (kontextus) – szókincs és fogalmak; szerkezet (forma) – morfológia és szintaxis, integratív gondolkodási képesség. Az expresszív kommunikáció alskála elemei: kifejező nyelv területén a vokális fejlődés, társadalmi kommunikáció, szemantika (tartalom) – szókincs és fogalmak, szerkezet (forma) – morfológia és szintaxis, az integratív gondolkodás képességei. Kiegészítő, opcionális mérési területek: artikuláció, nyelvi minta, családdal kapcsolatos információ (ZIMMERMANN és mtsai, 1969, 1979, 1992). A PLS-3 magyar fordítása az ELTE Bárczi Gusztáv Gyógynevelési Kar Hallássérültek Pedagógiája Tanszék gondozásában készült, jelenleg folyik az adaptálási, illetve standardizálási munka. A csecsemőkorai hazai alkalmazás kutatása doktori program keretében zajlik az ELTE Bárczi Gusztáv Gyógynevelési Kar Fonetikai és Logopédiai Tanszékén.

Wechsler Objective Reading Dimensions (WORD)

Wechsler objektív olvasási dimenziók

Rövid leírás

A Wechsler-teszt kiegészítésének szánt, angol és amerikai tanulók nagy mintáján standardizált eljárás célja a helyesírás, a szóképolvasás és a szövegértés felmérése, illetve nyomon követése, egyúttal a pedagógiai munka hatékonyságának ellenőrzése (RUST és mtsai, 1993, idézi CSÁNYI, 2007). Magyarországon csak a szövegértési alteszt alkalmazására került sor. Ez fokozatosan nehezedő szövegek elolvasásából, majd a szöveggel kapcsolatos kérdés megválaszolásából áll. Az eljárás alkalmas a strukturális és vokabuláris szövegértési szintek tesztel történő felmérésére és elemzésére (konkrét visszakerdezés, szó szerinti megértés igénye, rejtett mondanivaló megtalálása, következtetések levonásának képessége).

A hazai adaptáció elkészült, általános iskolás mintán és hallássérült tanulók csoportjain történt a kipróbálás az ELTE Bárczi Gusztáv Gyógynevelési Kar Hallássérültek Pedagógiája Tanszékén.

Standardizálása javasolt.

3.2.4. Egyéb eljárások

Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)

Erősségek és gyengeségek (más fordításban: Képességek és nehézségek) kérdőív (SDQ-Magy)

A 25 tételből álló kérdőív a 3–16 éves korú gyermek viselkedésének jó oldalait és problémákat okozó tulajdonságait térképezi fel a szülő és/vagy a pedagógus válaszai alapján. Az egyes kérdések a következő öt elemzési szempont mentén rendszerezhetők: emocionális tünetek, kapcsolati problémák, végrehajtó funkciók, figyelemzavar-hiperaktivitás, proszociális viselkedés.

A szülő és a pedagógus számára összeállított kérdőív alkalmas a viselkedési problémák viszonylag gyors szűrésére.

Az eredeti angol eljárás standardizált (GOODMAN és mtsai, 1998). Magyar norma még nem készült, de a hazai kipróbálásról és alkalmazásról több kutatás is beszámol. Németországban hallássérült tanulóknál is használták, és informatív eszköznek tartják a viselkedési problémák kiszűrésénél (PISKORA és mtsai, 2010).

Gyermekviselkedési kérdőív (Child Behavior Checklist, CBCL)

A 6-18 éves korban használható, standardizált amerikai eljárás a viselkedési és szociális kompetencia problémák feltérképezésének sok szempontú kérdőíves eszköze. Több mint 100 tételből áll a szülő és a pedagógus számára külön-külön összeállított kérdéssor, mely a tartós megfigyelésen alapuló válaszokat nyolc problémakála mentén rendszerezi. Ezek a következők: visszahúzódság, szomatikus tünetek, szorongás-depresszió, szociális problémák, gondolkodási és figyelmi problémák, deviancia, agresszió. A vélemény kialakításának szerves része a szülői és pedagógusi válaszok súlyozása, összehasonlítása, illetve esetleges egybevetése az érintett gyermek/fiatal önértékelésével. A magyar változat az OS Hungary gondozásában készült (ACHENBACH, 1991, RÓZSA és mtsai, 1999).

Van Uden-féle tesztbattéria

Részletes ismertetését lásd: NAGYNÉ RÉZ, 2004.

Újabb vizsgálati lehetőségekről lásd ZSOLDOS, 2007

3.3. *A komplex diagnosztikus folyamat továbbfejlesztéséhez javasolt szempontok*

1. A nemzetközi gyakorlatban a *hallássérülés megállapítása elsősorban orvosi feladat*, a hallássérült gyermek pedagógiai igényeinek feltárását pedig pedagógiai végzett-

ségű és gyakorlottságú szakember(ek) végzi(k). Mivel a Hallásvizsgáló Országos Szakértői és Rehabilitációs Bizottság véleményének és javaslatának kialakításakor nem végez hallásvizsgálatot, legfeljebb megkísérli a tájékozódó jellegű vizsgálatot, így tulajdonképpen elfogadja a gyermek által hozott szakorvosi eredményt. Ugyanis a szakértői bizottságnak nem feladata a korszerű audiológiai vizsgálat elvégzése, ehhez sem az eszközbeli, sem a humán erőforrása nincs meg. Bár az audiológiai vizsgálatnak alapvető szerepet kellene játszania a diagnózis felállításában, ez azért sem teljesülhet minden esetben, mert az orvosi diagnózis sok esetben nem a valós állapotot tükrözi. Ennek oka, hogy a gyermekaudiológiai ellátás országosan – kevés kivételtől eltekintve – gyengének mondható. A rendelők túlszűfoltak, hiányzik az „audiológus” szakma, ezért asszisztensek mérnek, hiányos vagy nincsenek a gyermekek méréséhez szükséges feltételek: felszereltség, eszköztár, módszerek (vizuális megerősítés, készülékes szabad hangtéri mérés, játékaudiometria).

Az ellátóhelyek nem rendelkeznek a komplexebb esetek vizsgálatához szükséges kompetenciákkal (pl. társuló fogyatékossgot mutató gyermekek vizsgálata) sem. Gyermekek (főleg csecsemők) esetében a nem megfelelő vizsgálati módszerek alkalmazása a hallókészülék bizonytalan, megbízhatatlan beállításához vezet, nem biztosítja a gyermek nyelvi és kognitív fejlődéséhez a megfelelő alapot. Ugyanakkor a nemzetközi gyakorlat ismeretében az látszik, hogy nem a szakértői bizottságokhoz telepítik a hallásdiagnosztikai tevékenységet, hanem éppen ellenkezőleg: a tankötelezettség megkezdése előtt a szakértői bizottságot nem is terheli a hallássérült gyermekek vizsgálata, mivel igen jó a korai hallásdiagnosztika, a hallókészülékkel történő ellátás és a korai fejlesztés.

Ez a helyzet hazánkban megoldásra vár, mert jelenleg a vizsgálat legfontosabb eleme kérdőjelezhető meg. Megoldásként kínálkozik, hogy korszerű audiológiát csatolnának a szakértői bizottsághoz (mely esetleg máshonnan is fogadhatna klienseket), a nagyobb távolságról érkező gyermekek és szüleik számára hotelszerű 1-2 napos bennlakást is biztosítva. Erre szükség volna a kisebb gyermekek reális orvosi és gyógypedagógiai-pszichológiai kivizsgálása szempontjából.

Megoldás lehetne még a külföldihez hasonló „audiopedagógus-képzés”, amit a hallássérültek pedagógiája vagy logopédus szakirányos gyógypedagógusok audiológiai tanfolyama jelenthetne. Az ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Karának Hallássérültek Pedagógiája Tanszéke biztosítani tudná ehhez a személyi és tárgyi feltételeket és vállalná ezt a továbbképzést.

2. A hallássérült gyermekek ellátását javítaná, ha *a gyermekaudiológiai rendeléseknek jelentési kötelezettsége lenne a Hallássérültek Országos Szakértői és Rehabilitációs Bizottsága felé*, mert a hallássérült gyermekek egészségügyi és pedagógiai ellátása

elkülönül. Esetenként hosszabb idő telik el a diagnózis felállításától a pedagógiai ellátásig, így a gyermek hallás- és beszédfejlődése szempontjából értékes idő vész el. Az egészségügyi ellátórendszerben nincs továbbküldési kötelezettség a szakértői bizottság, illetve a pedagógiai ellátást biztosítók felé, így megvan az esélye annak, hogy a gyermek a diagnózis felállítását követően nem kerül be rögtön a pedagógiai ellátó rendszerbe, nem részesül korai fejlesztésben, ellátatlanul vesz részt későbbiekben a közoktatásban.

3. A szülők véleménye és az utazótanárok tapasztalata szerint esetenként számukra *hosszúnak tűnő várakozási idő* után kerül sor a korai fejlesztésben való részvételi jogosultság megállapítására. A vizsgálathoz és az ügymenethez szükséges várakozási idő a bizottság protokollja szerint kb. 3-6 hét, a szülői vélemények és utazótanári tapasztalatok szerint – a bizottság túlterheltsége miatt – átlag 2 hónap, ami ebben az időszakban súlyosan érinti a hallássérült gyermeket. A korai tanácsadást végző intézmények elvileg nem kötelesek elkezdni a munkát a HOSZRB szakértői véleménye nélkül, és ha elkezdik, akkor sem kapnak a munka után normatívát. Azoknál a gyermekeknél, akiknél a hallássérülésre korán fény derül, nem kellene a HOSZRB szakértői javaslatára várni, ezeknek a gyermekeknek ugyanis már az orvosi diagnózis alapján biztosítható lenne a korai fejlesztés a minimális óraszámban. Vagy elegendő lehetne egy rövid, a fejlesztő gyógypedagógus kérésére kiadott igazolás a HOSZRB részéről az orvos diagnózisa alapján. Ezzel a módosítással a nemzetközi trendhez közelítene az ellátás, amiben általában más-más szerep jut az orvosi vagy pedagógiai javaslatnak.
4. A sokszor hosszas utazás, az idegen környezet és a vizsgálatra szánható idő korlátozottsága miatt a gyerekek feszültek és kimerültek lehetnek, ez befolyásolhatja a vizsgálat eredményét, annak ellenére, hogy a bizottságban felkészült és tapasztalt szakemberek végzik a gyermekek vizsgálatát. Ugyancsak igényként merül fel a szakértői véleményekben (vizsgálati és felülvizsgálati) *a pedagógiai tennivalók még részletesebb kidolgozása* és a felülvizsgálati időpontok sűrítése (lásd nemzetközi gyakorlat). A részletesebb kidolgozásban hangsúlyosan kell szerepelnie a gyermekkel foglalkozó (gyógy) pedagógusok véleményének.

Felvetődhet az országos bizottság funkciójának megosztása is, pl. egy-egy Budapesttől keletre és ettől nyugatra eső megyében, több megyét ellátó illetékességgel létesítendő bizottság létrehozásával, hiszen a felmerülő igények messze meghaladják a bizottság jelenlegi teljesítőképességét. A feladatmegosztás lehetővé tenné a gyermekkel foglalkozó gyógypedagógus, pedagógus (óvodapedagógus, tanító, tanár stb.) intenzívebb bevonását, illetve a helyszínen, a gyermek eredeti környezetében történő hospitálást,

megfigyelést. A jelenlegi helyzetben érthető okoknál fogva (az erőforrások és a finanszírozás hiányosságai miatt) nincs lehetőség erre.

Egyértelmű, hogy számos fontos információ adódik a többségi vagy speciális iskolákkal való intenzívebb kapcsolatból (pl. a gyermek viselkedése csoportos helyzetben, az integráció feltételei, a törvény által odaítélhető többlettámogatások, habilitatív-rehabilitatív órák számának bizonyos határokon belüli odaítélése, időnkénti megváltoztatása).

Ugyancsak kívánatos elsősorban a felülvizsgálatoknál *a szülői megítélés fokozottabb bevonása* a szakértői tevékenységbe és az ennek eredményeként előálló javaslatba. A szakértői bizottság protokollja alapján a bizottság alkalmazkodni próbál a szülői igényekhez a vizsgálati időpont kiválasztásában, a szülő – lehetőleg mindkettő – jelen van a vizsgálat során, az anamnézis felvétele során illetve a vizsgálati eredmények közlésekor lehetősége is van véleményének megfogalmazására, illetve kérdései feltételére. Ugyanakkor a szülők ezt sokszor kevésnek érzik. Több vizsgálat utal rá – pl. Magyar Cochleáris Implantáltak Egyesülete (MACIE) felmérése – hogy a szülők a szakértői bizottság még részletesebb véleményére tartanának igényt⁸. Jobban ki kellene emelni a korán elkezdett fejlesztés fontosságát, az elmaradás káros következményeit, és még több konkrét javaslatot adni arról, hogy a szülő honnan vehet igénybe szolgáltatásokat (esetleg több szolgáltatót is felkínálva, akik közül a szülő választhatna) stb.

5. A szakértői bizottság, mint egyetlen az országban – *ahogy ezt már a fentiekben is érintettük* – túlterhelt. Amennyiben lehetőség adódik a szakértői *bizottságban dolgozók számának növelésére* vagy létrejönnének a regionális hallásvizsgáló decentrumok, akkor javasoljuk a *tevékenység tartalmában a hangsúlyváltást*. A szakértői vélemények, illetve az ezt megalapozó vizsgálatok – a bizottság jelenlegi szerepével és eddigi feladataival összhangban – elsősorban orvosi, pszichodiagnosztikai tartalmúak. Tartalmazzák a képességek – általában nem nagyon részletezett feltárását, de kevés az új felismeréseken alapuló, a pedagógus számára is újabb szempontot adó konkrét fejlesztési javaslat. Talán kérni kellene a pedagógust, hogy beküldött jelentésében feltétlenül térjen ki az adott gyermeknél követett utakra és azok nehézségeire. Gondolni kellene az adott intézményen kívüli segítségnyújtásra is (pl. gyengénlátónál a folyamatos szemészeti ellenőrzés, és indokolt lehet a kapcsolatfelvétel a gyengénlátók iskolájával további gyógypedagógiai segítség igénye miatt). Ajánlatos volna rámutatni a gyermeknél a vizsgálat során feltárt erősségekre vagy viszonylag erős vonásokra, hiszen ezekre alapozva is kialakulhat egy újabb javaslat.

8 Lásd a felmérésből származó adatokat a Függelékben, valamint a szülők megnövekedett, szinte „partneri” szerepének fontosságát a nemzetközi gyakorlatot bemutató fejezetben.

6. A szakértői bizottság túlterhelésének csökkentése esetlegesen *felszabadíthatná az erőforrásokat arra is, hogy a szakértői tevékenységben növekedjen a társszakemberekkel való személyes konzultáció és a lakóhelyen történő megfigyelés súlya*, illetve hogy a bizottság – mivel erre kompetens – megfelelő részletettségű javaslatokat és támpontokat fogalmazzon meg a gyermek fejlesztésével kapcsolatban, ami hozzájárul a gyermekek optimális pedagógiai ellátásához. Ennek azért is lenne különös jelentősége, mivel a gyermekek fejlesztése többségében helyi, nem speciális intézményekben valósul meg (a nemzetközi gyakorlatban a tanulók több mint fele az ún. 1. szintű segítségben részesül (azaz az iskola saját erejéből, a tanórákon több odafigyeléssel, hatékony differenciálással, felzárkóztató oktatással gondoskodik a lemaradások kiegyenlítéséről), és a többségi intézmények pedagógusainak szerepvállalása csak akkor képzelhető el a jelenleginél nagyobb mértékben, ha ehhez megfelelő támpontokat kapnak. Külön kérdést jelent a *társuló vagy halmozott fogyatékossgot mutató hallássérült gyermekek vizsgálatának optimálisabbá tétele*. A nemzetközi gyakorlatban társuló problémák esetén a gyermek nem folytatja a diagnosztizálás útját másik és esetleg harmadik bizottságnál, hanem az állandó vagy időszakos bizottságok tagjait egészítik ki olyan kompetenciájú szakemberekkel, akik az adott problémához értenek. Ez a jelenleginél komplexebb megközelítés lerövidítheti a vizsgálati utat, kényelmesebbé teheti a gyermek és szülője számára a folyamatot, és valószínűsíti, hogy a gyermek többféle problémáját holisztikus megközelítésben lehet megítélni.
7. Hazánkban a hallássérült gyermekek integrált oktatás-nevelésének nagy arányú előfordulása (64%) indokoltá teszi *az integráció feltételeinek ellenőrzését* „különleges gondozáshoz szükséges feltételek megléte”. Ez a szakértői bizottságok tevékenységei között is szerepel. Jellemzően – elsősorban a bizottságok személyi feltételeinek hiányában – ez az ellenőrzés csak a dokumentumok szintjén valósulhat meg (pl. benne van-e az alapító okiratban a hallássérült gyermekek oktatás-nevelése stb).
8. A szakértői bizottságok szakmai célú *adatközlő funkciójának* kialakítása (statisztikai szintű adatgyűjtés és adatközlés a bizottságnál nyilvántartásba vett gyermekekről pl. életkor, hallásállapot, ellátási forma stb. szerint) különösen indokolt lenne. Az egyetlen viszonylag teljes körű adatbázis a hallássérült gyermekekről jelenleg csak itt áll rendelkezésre. Ugyanakkor az adatvédelmi előírások és a számítógépes adatnyilvántartás hiányosságai miatt ez a funkció nem valósulhat meg, mely megnehezíti a területen lévő kutatások mintaválasztását, kutatások lefolytatását.

Függelék⁹

Jelenleg a szűrést „A kötelező egészségbiztosítás keretében igénybe vehető betegségek megelőzését és korai felismerését szolgáló egészségügyi szolgáltatásokról és a szűrővizsgálatok igazolásáról szóló 51/ 1997. (XII. 18.) NM rendelet” szabályozza. **A rendelet kizárólag a hallásszűrés tényét és idejét adja meg (0-4 napos korban/érzékszervek működésének vizsgálata/a hallás vizsgálata).** Nem szól az elvégzés objektivitásáról, módszeréről, és nem határozza meg az eszközöket. Ennek következtében a szülésetek változó és nem a leg-hatékonyabb módszerrel (magatartás-megfigyelésre alapozva) vizsgálják az újszülötteket. Olykor a vizsgálat – általunk nem megállapítható okok miatt – elmarad. Ez a gyakorlat főként a bababarátság kórházakban érhető tetten, ahol az újszülött a nap 24 órájában az édesanya mellett van, tehát ő tudna arról, ha hallásszűrés elvégzésre kerülne.

További problémát jelentenek a védőnői szűrések [„A területi védőnői ellátásról szóló 9/2004. (V. 21.) ESzCsM rendelet”], az elavult eszközök, valamint védőnők és a gyermekorvosok sok esetben tapasztalható fizikai távolsága egymástól (a védőnő körzetes, a gyermekorvos szabadon választható), ami megnehezíti a konzultációjukat. Kedvező változás, hogy a védőnők is elkezdtek a *0–18 éves gyermekek teljeskörű, életkorhoz kötött hallásszűréséről* szóló 2009-es EüM szakmai irányelve (megjelent: a 2009. évi 21. számú Egészségügyi Közlönyben) alapján dolgozni, legalábbis tudomásuk van az Irányelvről. Kötelező szűrő-, illetve státuszvizsgálatokat végeznek 1 hónapos, 3 hónapos, 6 hónapos, 1 éves, 2 éves, 3 éves, 4 éves, 5 éves és 6 éves korban az alábbi területeken: testi fejlődés, pszichés, motoros, mentális, szociális fejlődés, magatartásproblémák, látás-, hallás-, beszéd-, mozgásszervek vizsgálata. ... A védőnői tájékoztató lapon – amelyből 1 példányt elvileg az édesanyának is meg kell kapnia – probléma esetén jelezni lehet a soron kívüli orvosi vizsgálatra szóló javaslatot. Az egyik budapesti kerület védőnői szakszolgálatnál tett látogatás során a védőnők arról tájékoztattak, hogy az EüM irányelv nem hozott különösebb változást a munkájukban, új eszközt nem kaptak, védőnői továbbképzésekről nincs tudomásuk, kizárólag a vizsgálati helyszínben van változás. Máshol lényegesen tájékozottabbak, tehát nagy különbség tapasztalható országosan a védőnői hálózat felkészültségében.

A védőnőknek szóló tájékoztatók tanulmányozása alapján elmondható, hogy a hallás vizsgálata 3 éves kor előtt természetes helyzetben, magatartás-megfigyeléses módszerrel, 3 éves kortól hallásvizsgáló eszközzel történik. Az audiometriás vizsgálati módszer nincs megnevezve, ezt a védőnőknek kell beírnia.

⁹ Forrás: BULÁTKÓ és mtsai, 2011, webográfia 2.

Ez is oka annak, hogy a KSH adatai alapján a házi orvosokhoz bejelentkezett 14 éves kor alatti hallásvesztéses betegeknek csupán 3%-a tartozik a 0–11 hónapos korcsoportba, az 1–4 év közöttiek 17%-ot tesznek ki.

| Korcsoportok létszáma (fő) | 1999 | 2001 | 2003 | 2005 | 2007 | % |
|----------------------------|------|------|------|------|------|-----|
| 0-11 hónapos | 36 | 56 | 38 | 40 | 101 | 3 |
| 12 hónapos - 4 éves | 548 | 544 | 468 | 464 | 649 | 17 |
| 5 - 14 éves | 2421 | 2562 | 2537 | 2579 | 3048 | 80 |
| Összesen | 3005 | 3162 | 3043 | 3083 | 3798 | 100 |

A házi orvosokhoz bejelentkezett vezetésszerű, idegi eredetű és egyéb hallásvesztés (H90, H91) betegek száma

A Magyar Cochleáris Implantáltak Egyesülete (MACIE) nem reprezentatív felmérése alapján (31 hallássérült gyermeket nevelő szülő válaszája alapján) a gyerekek hallássérülését túlnyomó többségben nem a szülészetén diagnosztizálják, holott többségük hallássérülése már a születéskor fennállt.

Mikor kezdett el gyanakodni, hogy gyermeke fejlődése eltér az átlagtól?

| | |
|------------------------|-----|
| 0–6 hónapos kora közt | 38% |
| 6–12 hónapos kora közt | 31% |
| 1–2 éves kora közt | 24% |
| 2 éves kora után | 7% |

Ki vette észre a hallássérülést?

| | |
|----------------------|-----|
| anya vagy apa | 79% |
| pedagógus/utazótanár | 0% |
| gondozó/védőnő | 4% |
| házi orvos | 4% |
| más | 13% |

Összességében megállapítható, hogy a hallásszűrés rossz hatékonysága miatt a gyermekek hallássérülése a lehetségesnél később kerül diagnosztizálásra és emiatt nem kapják meg időben a szükséges ellátást.

4. Irodalom

4.1. Felhasznált irodalom

- BEKE ZS., DEUTSCH O., TURI K., PYTEL J. (1998) Teljes körű objektív újszülöttkori hallás-
szűrés megvalósítása Baján. *Fül-Orr-Gégegyógyászat*, 44, 2, 86–91.
- CSÁNYI Y. (szerk.) (1995) *Pedoaudiológia*. Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Tanárképző Fő-
iskola, Budapest
- CSÁNYI Y. (2002) A cochleáris implantáción átesett gyermekek hallásfejlődését
nyomonkövető pedagógiai diagnosztika. In CSÁNYI Y. (szerk.) *Cochleáris implantáción
átesett gyermekek terápiája és fejlődése*. 83–87. ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai
Főiskolai Kar, Budapest
- CSÁNYI Y. (2007) Nagyothalló tanulók szövegértése. *Gyógypedagógiai Szemle*, 35, 2,
81–91.
- ELZOUKI, A. J. (szerk.) (2012) *Textbook of Clinical Pediatrics*. Springer Verlag, Berlin
- FARKAS M., PERLUSZ A. (2000) A hallássérült gyermekek óvodai és iskolai nevelése és okta-
tása. In. ILLYÉS S. (szerk.) *Gyógypedagógiai alapismeretek*. 505–535. ELTE Bárczi Gusztáv
Gyógypedagógiai Főiskola, Budapest
- FRERICHS, H. (1998) *Audiopädagogik*. Neckar-Verlag GmbH, Villingen-Scheweningen
- KERESZTESSY É. (2012) A hallássérülés felfedezése, diagnosztizálása és ellátásának folya-
mata. Ahogyan történnie kellene – és ahogyan az valójában történik. In PERLUSZ A. (szerk.)
„...Aki olvassza, értse meg...” 49–63. ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar, Budapest
- LAKATOS M., TAUSZ K. (2003) *Népszámlálás 2001/12. A fogyatékos emberek helyzete*.
Központi Statisztikai Hivatal, Budapest
- LEONHARDT, A. (1999) *Einführung in die Hörgeschädigtenpädagogik*. Ernst Reinhardt
Verlag, München-Basel
- PYTEL J. (1996) *Audiológia*. Victoria Kft., Budapest
- NAGYNÉ RÉZ I. (2004) Hallássérült fejlődési diszfáziás gyermekek kognitív képességei.
In LÁNYINÉ ENGELMAYER Á. (szerk.) *Képességzavarok diagnosztikája és terápiája*.
125–154. Pszichológia Szemle Könyvtár 7. Akadémiai Kiadó, Budapest
- PISKORA, J., SARIMSKI, K., HINTERMAIR, M. (2010) Exekutive Funktionen und psy-
chische Auffälligkeiten bei hörgeschädigten Vorschulkindern. *HÖRPÄD*, 4, 166–175.
- ZSOLDOS M. (2007) Tanulási zavart mutató, diszfáziás hallássérült tanulók intelligencia-
profiljának újabb vizsgálati lehetősége. *Fejlesztő Pedagógia*, 5, 36–41.

4.2. Webográfia¹⁰

1. BEKE ZS., KATONA G., PYTEL J., SZABÓ ZS., TAMÁS L., ZSILINSZKY ZS. (2009) *Szakmai irányelv a 0-18 éves gyermekek teljeskörű, életkorhoz kötött hallásszűréséről*. <http://www.iranyelvek.hu/iranyelvek/old/18hallasszures2009-klns.pdf>
2. BULÁTKÓ E., JUHÁSZ P., KÜSTEL M., PERLUSZ A., FEJES G., FODOR-GÁL V., HORVÁTH P., LOVÁNYI E., NAGYNÉ TÓTH I., PÁLFI Z., PÁSZTOR É., SZŐLLŐSINÉ SIPOS V. (2011) *Hallásra alapozó, hangzó beszédet előtérbe helyező, hallássérült személyek számára szóló szolgáltatási rendszer fejlesztésére irányuló Cselekvési terv – Zárójelentés*. Microva, Budapest. http://www.macie.hu/images/documents/hallasserultekellatasa_cselekvesiterv.pdf
3. Peter Cerny Alapítvány a Beteg Koraszülöttek Gyógyításáért. <http://www.cerny.hu/>
4. Zürich tartomány Ifjúsági és Pályaválasztási Tanácsadó Hivatala (Das Amt für Jugend und Berufsberatung) honlapja: www.lotse.zh.ch/spf

4.3. Tesztek, vizsgálóeljárások adatai, tesztekkel kapcsolatos publikációk

- ACHENBACH, T. (1991) *Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and Profil*. University of Vermont, Burlington
- BASS L., KŐ N., KUNCZ E., LÁNYINÉ ENGELMAYER Á. MÉSZÁROS A., MLINKÓ R., NAGYNÉ RÉZ I. (2008) *WISC-IV. Tesztfelvételi és pontozási kézikönyv*. OS Hungary Tesztfelkészítő Kft., Budapest
- DUNN, L. M., DUNN, L. M., WHETTON, C. (2012) *British Picture Vocabulary Scale: Third Edition (BPVS3)*. GL Assessment, London
- FARKAS M., CSIKY E. (1980) *A Brunet-Lèzine-féle vizsgálati módszer alkalmazása a gyermekkori pszichomotoros fejlődés zavarainak felismerésében*. Művelődési Minisztérium, Budapest
- GOODMAN, R., MELTZER, H., BAILEY, V. (1998) Strengths and Difficulties Questionnaire: A pilot study on validity of self-report version. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 7, 125–130.
- GRIMM H., SCHÖLER H. (1978, 1991) *Heidelberger Sprachentwicklungstest (HSET)*. Hogrefe Verlag, Göttingen
- KAUFMAN, A. S., KAUFMAN, N. L. (1983) *Kaufman-Assessment Battery for Children (K-ABC)* (német változat, 1991) Pearson Education, San Antonio, Texas

¹⁰ Az internetes hivatkozások a kézirat lezártakor elérhetőek voltak.

- KIPHARD, E. J. (1977) *Mennyire fejlett a gyermek? Útmutató az érzékszervi és mozgásfunkciók vizsgálatához*. Verlag Modernes Lernen. Dortmund. 3. javított kiadás. Kézirat. Ford.: Kedl M. Bárczi Gusztáv Gyógyypedagógiai Tanárképző Főiskola
- RÓZSA S., GÁDOROS J., KŐ N. (1999) A gyermekpszichiátriai zavarok kérdőíves mérése: A gyermekviselkedési kérdőív diagnosztikai megbízhatósága és a több információforráson alapuló jellemzések egyezése. *Psychiatria Hungarica*, 4, 14, 375–392.
- RUEF, M., FURMAN, A., MUÑOZ-SANDOVAL, A. (szerk.) (2003) *Woodcock–Johnson Kognitív Képességek Tesztje, Nemzetközi Kiadás. Vizsgálatvezetői kézikönyv magyar kiadás.* (magyar adaptáció: Katona N., 2009) The Woodcock Muñoz Foundation, Nashville
- RUST J., GOLOMBOK S., TRICKEY, G. (1993) *WORD, Wechsler Objective Reading Dimensions Manual*. Psychological Corporation
- SEMEL E., WIIG, E. H., SECORD W. A. (2003) *Clinical Evaluation of Language Fundamentals® - Fourth Edition (CELF®-4)*. Pearson Education, San Antonio, Texas
- SNIJDERS, J., Th., TELLEGEN, P. J., LAROS, J. A. (1989) *Snijders-Oomen Nonverbal Intelligence Test. SON-R 5,5-17. Manual and research report*. Wolters-Noordhoff, Groningen
- TELLEGEN, P. J., WINKEL, M., WIJNBERG-WILLIAMS, B., LAROS, J. A. (1998) *Snijders-Oomen Nonverbal Intelligence Test. SON-R 2,5-7. Manual and research report*. Swets Test Publishers, Lisse
- TELLEGEN, J., LAROS, J. A., PETERMANN F. (2012) *Non-verbaler Intelligenztest für Kinder und Erwachsene im Alter von 6;0 bis 40;11 Jahren*. Hogrefe Verlag, Göttingen
- VAN UDEN, A. M. J. (1983) *Diagnostic testing of deaf children. The syndrome of dyspraxia*. Swets–Zeitlinger, Lisse
- WOODCOCK, R. W., MCGREW, K. S., MATHER, N. (2001) *Woodcock-Johnson III Tests of Cognitive Abilities*. Riverside Publishing, Itasca, IL
- ZIMMERMANN, I. L., STEINER, V. G., POND, R. E. (1969, 1979, 1992) *PLS-3 – Examiner’s Manual. The Psychological Corporation*. Harcourt Brace Jovanovich, Inc., San Antonio, San Diego, Orlando, NY
- WIIG, E. H., SECORD W. A. (1992) *Test of Word Knowledge (TOWK)*. Harcourt Assessment, San Antonio, Texas



Nemzeti Fejlesztési Ügynökség
www.ujszachenyterv.gov.hu
06 40 638 638



A projekt az Európai Unió támogatásával, az Európai Szociális Alap társfinanszírozásával valósul meg.