

Széchenyi István Egyetem
Apáczai Csere János Kar

**A logopédia és a logopédusi tevékenység általános
ismertsége a magyar népesség körében:
*Egy 2022-es felmérés eredményei***

OTDK dolgozat

Készítette: Szijártó Sarolta

Gyógypedagógia szak

Logopédia szakirány

4. évfolyam

Konzulens: Dr. Zajdó Krisztina, PhD. egyetemi docens

Győr

Kézirat lezárása: 2023. január 10.

Absztrakt

A logopédia és a logopédusi tevékenység általános ismertsége a magyar népesség körében: Egy 2022-es felmérés eredményei

Jelen kutatás alapfeltevése, hogy a Magyarországon élő emberek a logopédiáról csupán részleges, hiányos ismeretekkel rendelkeznek, emiatt szükség esetén nem jutnak megfelelő logopédiai ellátáshoz. Az információhiány a potenciálisan hatékony terápiás kezelés elmaradásához vezet, csökkentve ezáltal a kliens gyógyulási esélyeit, életminősége javulását.

A dolgozat célja annak felmérése, hogy a magyar állampolgárok milyen mélységű ismeretekkel rendelkeznek a logopédiáról, mint tudományról és logopédiai szakmai tevékenységről. A vizsgálat fókusza egyrészt a logopédiáról, mint tudományról és mint segítő szakmáról alkotott kép, másrészt a személyes tapasztalatok felmérése a magyar népesség körében. A felmérés a fenti dimenziók mentén vizsgálja a klinikai logopédiát is.

A kutatáshoz alkalmazott kérdőív 7 demográfiai, illetve 21 konkrét adatra kérdező zárt, és 9 nyílt kérdést tartalmaz. Az adatok feldolgozása gyakorisági elemzéssel, illetve szófelhő módszerrel történt. A kutatást a Széchenyi István Egyetem Intézményi Kutatásetikai Bizottságának Humán Kutatásetikai Bizottsága engedélyezte (azonosító: 001/2022). A kutatásban 912 kérdőív került kiértékelésre.

A kapott eredmények szerint a kitöltők több, mint fele került kapcsolatba logopédiai ellátással, alapvetően óvodán keresztül. A kitöltők több, mint fele nem rendelkezik a logopédiáról mélyebb ismeretekkel. A felmérés megállapítja, hogy a válaszadók nagy része gyakorlatilag semmilyen ismerettel nem rendelkezik a klinikai logopédia terén, illetve a stroke utáni beszédproblémákkal küzdők majdnem fele nem kapott megfelelő ellátást (afázia terápia).

Az eredmények alapján világosan körvonalazódnak azok a területek (elsősorban a klinikai logopédia), ahol szükség van a logopédiával és a logopédusi tevékenységgel kapcsolatos felvilágosító munka hatékonyabbá tételére, a potenciális kliensek tudásbázisának növelésére.

Kiemelten fontos, hogy az emberek fejében alkotott kép a logopédiáról, mint összetett, de elsősorban gyógyító tevékenységről a lehető legtisztább legyen, így téve a népesség tagjai számára elérhetővé a megfelelő logopédiai ellátást.

Tartalom

1. Bevezetés	6
2. A beszéd	7
2.1. Az ép beszédfejlődés	7
2.2. A beszéd kórtana	9
2.3. Gyakori logopédiai kórképek	10
2.3.1. Megkészt beszédfejlődés	10
2.3.2. Artikulációs vagy hangképzési zavarok	11
2.3.3. Orrhangzós beszéd vagy rinolália.....	11
2.3.4. Beszédrítmus zavarai (dadogás, hadarás).....	11
2.3.5. Diszlexia-diszgráfia-diszkalkulia	12
3. A logopédia, mint gyógypedagógiai diszciplína.....	13
3.1. A logopédia meghatározása	13
3.2. A logopédus személye és tevékenysége.....	13
3.3. A klinikai logopédia	14
3.4. Jogszabályi háttér	16
4. Módszertan és minta.....	17
4.1. A kutatási célja.....	17
4.2. Hipotézisek	18
4.3. A kutatás során alkalmazott mérőeszköz	18
4.4. Felmérés.....	19
4.5. Adatbevitel, adatfeldolgozás, módszerek.....	19
4.6. A kutatási minta.....	20
4.6.1. Nemek aránya	20
4.6.2. Életkor szerinti megoszlás	20
4.6.3. Legmagasabb iskolai végzettség szerinti megoszlás.....	21
4.6.4. Lakóhely típusa szerinti megoszlás.....	21
4.6.5. Megyék szerint megoszlás.....	22
5. Eredmények.....	22
5.1. A logopédia, mint szakma ismertsége	22
5.1.1. Ismertség és megbecsülés.....	22
5.1.2. Milyen problémákkal küzdőknek tud segíteni egy logopédus?	23
5.1.3. Mi jut eszébe a logopédia és a logopédus szavakról?	25
5.2. Korosztályok – ellátás nélkül – tevékenységek	26
5.2.1. Milyen korosztályt lát el egy logopédus?.....	26
5.2.2. Milyen későbbi problémát okozhat egy nem kezelt logopédiai kórkép?.....	27

5.2.3.	Mivel foglalkozik egy logopédus?	29
5.3.	Kitöltők saját tapasztalatai	30
5.3.1.	Önnek, vagy környezetében élőknek volt-e szüksége logopédiai ellátásra?..	30
5.3.2.	A terápiában érintettek problémái	30
5.3.3.	Terápiával kapcsolatos tájékoztatás és otthoni gyakorlás.....	31
6.	A klinikai logopédiáról kapott eredmények	32
6.1.	Logopédus a kórházban	32
6.2.	Logopédiai ellátásra szoruló betegek a kórházban	34
7.	Hipotézisek értékelése.....	36
8.	Összegzés.....	37
Irodalom		39
Melléklet A. Korrelációs táblázatok		
Melléklet B. Kérdőív		

Táblázatok jegyzéke

1. táblázat: Kérdőívek kidolgozási aránya.....	19
2. táblázat: Stroke-ot túlélő személyek az ismeretségi körben	34
3. táblázat: Stroke-ot túlélő beszédproblémás személyek az ismeretségi körben	35
4. táblázat: Stroke utáni beszédproblémával küzdők terápiás ellátottsága.....	35

Ábrák jegyzéke

1. ábra: Összes kitöltő életkor szerinti megoszlása	20
2. ábra: Összes kitöltő legmagasabb iskolai végzettség szerinti megoszlása.....	21
3. ábra: Összes kitöltő állandó lakóhely szerinti megoszlása	21
4. ábra: A logopédus szakma megbecsültsége a kitöltők szerint.....	22
5. ábra: A logopédia ismertsége: 1 – semennyire, 5 – teljes mértékben	23
6. ábra: A 11. kérdésre adott válaszok csoportosítása	24
7. ábra: A kitöltők tájékozottsága a logopédiáról	24
8. ábra: A logopédia és a logopédus „összehasonlítása”	25
9. ábra: Személy kapcsolása a logopédus szóhoz.....	25
10. ábra: A korosztályra vonatkozó kérdésre kapott válaszok megoszlása.....	26
11. ábra: Hol találkozott logopédiai ellátással?	27
12. ábra: Kezeletlen logopédiai problémák következményei a válaszadók szerint.....	28
13. ábra: Logopédiai kórkép okozhat-e problémát felnőttkorban?	28
14. ábra: Tevékenységek, amelyeket a kitöltők a logopédusokhoz kötnek	29
15. ábra: Terápián résztvevők megoszlása	30
16. ábra: A válaszadók által megtapasztalt logopédiai problémák	31
17. ábra: Kapott-e tájékoztatást a terápiáról?	31
18. ábra: Fontosnak tartja-e az otthoni gyakorlást?	32
19. ábra: Dolgozhat logopédus kórházban?	32
20. ábra: Hallott már a klinikai logopédiáról?	33
21. ábra: A klinikai logopédus munkájának ismertsége.....	33
22. ábra: A klinikai logopédus által kezelt problémákat ismerők megoszlása	34
23. ábra: Stroke-ot túlélő személyek az ismeretségi körben	35
24. ábra: Beszédproblémás stroke túlélők terápiás ellátottsága	36

1. Bevezetés

Kutatási témám személyes érintettségem, illetve tapasztalataim eredményeként fogalmazódott meg bennem. Azt gondolom, hogy a megfelelő logopédiai ellátottság elmaradása hátterében egyrészt a súlyos szakemberhiány, másrészt – a logopédiát középpontba helyezve – az információhiány áll. Amennyiben az emberek nem tudják mélységében azt, hogy mivel is foglalkozik egy logopédus, szükség esetén nem jutnak el megfelelő szakemberhez, vagy későn fordulnak hozzá. Jelenlegi tapasztalataim szerint az emberek logopédiáról való ismeretei igen széles spektrumban oszlanak el, sok esetben hiányosak, mind a logopédiai kórképekről, mind pedig a hozzájuk kapcsolódó kezelési lehetőségekről. Dolgozatom alapfeltevése szintén ebből adódik, hogy ma Magyarországon az emberek csak részleges, hiányos ismeretekkel rendelkeznek a logopédiáról, ezért sok esetben nem részesülnek megfelelő logopédiai ellátásban. Ennek okán az információhiány a potenciálisan hatékony terápiás kezelés elmaradásához vezet, csökkentve ezáltal a kliens javulási, valamint gyógyulási esélyeit, ezzel akadályozva életminősége javulását.

A témában végzett kutatásom célja annak felmérése, hogy a magyar állampolgárok milyen mélységű ismeretekkel rendelkeznek a logopédiáról, mint tudományról és logopédiai szakmai tevékenységről, illetve ismereteik mennyire széleskörűek a logopédiai kórképeket és azok terápiáit tekintve. Kutatásom több nézőpontból közelíti meg a fenti kérdéskört. Egyrészt a vizsgálat fókuszja az általános vélekedés a logopédiáról, mint önálló tudományról és mint segítő szakma alapjáról. Másrészt fókuszba helyezem a konkrét személyes tapasztalatok felmérését a magyar népesség körében. Végül a logopédia egy speciális területének, a klinikai (kórházi/klinikai körülmények fennállása esetén alkalmazott) logopédiának vizsgálatára kerül sor a fent említett dimenziók mentén. A kutatás aktualitása abban mutatkozik meg, hogy a KSH 2021/2022-es összesítése¹ szerint ma Magyarországon több mint 100 ezer sni-s gyermek és tanuló van a nevelésben, valamint az oktatásban. A beszéd fogyatékosok száma eléri a 6 348 főt, a súlyos tanulási zavarral küzdők száma pedig 45 333 főre tehető.

Magyarországon kötelező szűrővizsgálatok² vannak az óvodában hároméves, illetve ötéves korban. Hároméves korban a receptív és expresszív nyelvi fejlettséget vizsgálják, a Macarthur-Bates kommunikatív fejlődési adattár III. (KOFA-3) eszközzel, amelyet a szülőknek kell kitölteni. Ötéves korban pedig a vizsgálat a beszédartikulációra, valamint az írott nyelvi

¹ SNI gyermekek száma, Központi Statisztikai Hivatal. https://www.ksh.hu/stadat_files/okt/hu/okt0006.html

² 15/2013. (II. 26.) EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről, 7. A logopédiai ellátás 25. § (3) bekezdés.

készültségre irányul. Ennek eszköze a SZÓL-E? szűrőeljárás. Bár ezek a szűrések megtörténnek, és valóban számos gyermek „akad fenn” rajtuk, azt tudnunk kell, hogy ezek a vizsgálatok minden egyes kórkép feltárására nem alkalmasak.

Kiemelten fontos, hogy a társadalom megértse ennek fontosságát, illetve, hogy megismerjék a szűrővizsgálat jelentőségét, ezáltal ismereteket kapjanak az ellátási lehetőségekről. Kétségtelen szerephez jut a korai fejlesztés, valamint intervenció, hiszen – mint általában minden terápia esetében – egy kezelés minél előbb megkezdődik, annál hatékonyabb lehet. Ahhoz, hogy az emberek probléma esetén megfelelő szakemberhez tudjanak fordulni, elengedhetetlen, hogy tudják, milyen következményei lehetnek egy-egy kezeletlen logopédiai kórképnek. Ezen kezeletlen kórképek okán olyan problémák jelenhetnek meg, mint a tanulási zavarok, vagy azok súlyosbodása, valamint az agresszió, a szorongás, beilleszkedési nehézségek mellett kommunikációs és nyelvi problémák.

Lényeges megtalálni az utat ahhoz, hogy az emberek fejében alkotott kép a logopédiáról, mint összetett, de elsősorban gyógyító tevékenységről a lehető legtisztább legyen, ezzel téve elérhetőbbé a népesség tagjai számára a megfelelő logopédiai ellátást. Logopédus hallgatóként nemcsak a terápiás kezelésekre, hanem a tájékoztatásra is a jövőbeni munkám szerves részeként tekintek. Kérdőíves kutatásom eredményei alapján egyértelműen láthatóvá válnak azok a területek, amelyeken szükség van a logopédiával és a logopédusi tevékenységgel kapcsolatos felvilágosító munka hatékonyabbá tételére, a potenciális kliensek tudásbázisának bővítésére.

2. A beszéd

2.1. Az ép beszédfejlődés

Ahhoz, hogy megértsük és felismerjük a beszéd patológiás eltéréseit, elengedhetetlen megismernünk az ép beszédfejlődés folyamatát. Első lépésben tisztázzuk mi is a beszéd³, amely a logopédia, mint tudomány alapját képezi. Tulajdonképpen az emberek egyik magasabb rendű pszichés funkciójának, a kommunikációnak verbális változata, amely gyakorlatilag egy direkt módon befolyásolható neurofiziológiai művelet (Subosits, 2002). Létrejöttéhez szükség van anatómiailag ép, zavartalan működésű beszédszervekre, ép hallási- valamint idegrendszeri működésre. Az előbb említett biológiai tényezők mellett társadalmi és pszichológiai feltételek megléte is szükséges, mint a beszélő környezet, vagy az ép érzelmi és

³ Hirschberg–Hacki–Mészáros értelmezésében a beszéd fogalma: A nyelv használatának elsődleges eszköze, amely az ember hangadási, észlelési, valamint mentális képességeire épül (Hirschberg et al., 2013).

gondolati lét. Ezen feltételegyüttes akár egyik elemének hiánya is okozhatja a beszéd kialakulásának elmaradását, valamint alaki, illetve tartalmi sérülését. A hibás beszéd gátolja a sikeres kommunikációt, ezáltal a kapcsolatteremtést, amely hatással van a megfelelő személyiségfejlődésre. Végso soron megjósolhatatlan negatív következményei jelenhetnek meg a társadalmi érvényesülés folyamatában.

Lényeges tudni, hogy a beszéd nem egy velünk született képesség, kialakulásának csupán a feltételei adottak születéskor. A beszéd nem csak egy érési folyamat, hanem egy sokrétű és motivációt igénylő, interperszonális viszonyok között zajló, minőségileg eltérő szakaszokra osztható fejlődés eredménye. (Illyés, 1980). Ezeket a szakaszokat hívjuk a beszédfejlődés szakaszainak, amelyen minden gyermek keresztül megy. Gyorsaság szempontjából lehetnek egyéni különbségek. A fizioiógiás beszéd kialakulásának szakaszait Hirschberg Jenő (2013) nyomán szeretném ismertetni. A fent említett feltételek mellett elengedhetetlen az agyféltekedominancia kialakulása, hiszen a lateralizáció zavara késői beszédkiakuláshoz vezethet, melynek okán korai beszédzavarok alakulhatnak ki. Az élettani beszédfejlődésben két fő szakaszt különböztetünk meg, a születéskor kezdődő és első életév végéig tartó preverbális fázist, illetve a negyedik életévvél záruló verbális fázist. A beszéd teljes kialakulása a pubertás kor végére tehető, a központi idegrendszer érettségének kialakulásával bezárólag. A preverbális fázis öt állomásra osztható. Első állomás a sírás, amely a csecsemő egyetlen hangmegnyilvánulása. Ez kezdetben egy reflextevékenység, melynek segítségével reagál környezeti tényezőkre. A 4-5. hétre tehető a sírási hang differenciálódása, amellyel már közérzetét is kifejezi a csecsemő. A modulált sírás időszakának is nevezzük, ugyanis ekkor már kommunikatív jellegű. A gögicselés a 6-8. héten jelenik meg, 4 hónapos kor körül pedig már megjelennek az artikuláció első formái. Minden csecsemő gögicsél, ép fejlődés és hallás esetén ez a tevékenység egyre gazdagodik, majd hangjai egyre differenciáltabbá válnak.

A 4-6. és 12. hónapos kor között megjelenik a kanonikus gagyogás időszaka, középpontba kerül a kommunikatív funkció. Megjelennek a magánhangzók közül először az alacsony nyelvállásúak, a mássalhangzók közül pedig a bilabiális (p, b, m,), valamint a szájüreg elülső részében képzett zárhangok (t, d, n). Ezt követően a 8-9. hónapban megkezdődik a fizioiógiás echolália, vagyis az akaratlagos utánmondás szakasza. Ekkor hatalmas szerepe van a környezetnek és a helyes beszédpéldának. A 8. hónapban a beszédmegértés is kialakulásnak indul, a csecsemő tudatosan utánoz hangzókat, illetve szótagokat. Ezt követően kezdődik meg a beszédfejlődés verbális szakasza. 12-15 hónapos korban kimondja a gyermek az első értelmes szót, 12-18. hónapos kor pedig már az egyszavas mondatok periódusa. Ezeknek a szavaknak szimbolikus tartalma van, mondatértékűek. Ekkor a szókincs közel 50 szóra tehető.

Ezt követi a kétszavas mondatok periódusa, amely 12-24 hónap között van. Ebben a fázisban a szavaknak több jelentése lehet, megjelennek a „pivot-kifejezések”⁴. Ezután a többszavas mondatok periódusa következik, amely 24 hónapos kortól tart 36 hónapos korig. Fokozatosan kialakulnak a komplex nyelvtani szerkezetek, a diszgrammatizmus fiziológiás, illetve ekkor még a kiejtési hibák sem kórosak. A szókincs rohamos növekedésnek indul, 2 éves gyermek szókinccse 300 szóra, 3 éves korban 1000 szóra, 4 éves korban pedig már 2000 szóra tehető. Végül 36 és 60 hónapos korban elkezdődik a komplex mondatok periódusa. Mellérendelt, majd alárendelt mondatok és feltételes igealakok is megjelennek. Kezdetét veszi a „miért?” korszak, ötéves korra már a grammatika alapjait is elsajátítják, azonban a nehezebb nyelvtani szerkezetek kialakulása csak iskoláskorra tehető (Hirschberg et al., 2013).

2.2. A beszéd kórtana

A beszédpatológián a beszédhibák kórtanát értjük, tulajdonképpen a gyógypedagógiai kórtannak egy ága, amely a beszéd kifejlődését, érthetőségét akadályozó, vagy a már kialakult beszédet károsító kórokokat tanulmányozza és azoknak kezelési lehetőségeire fókuszál. A magyar logopédia történetében a beszédzavarokról alkotott szemléletek visszatükrözik az adott korszak fejlettségét, így a beszéd akadályozottságának – változatos és összetett jelensége révén – számos különböző megnevezésével találkozhatunk a szakirodalmi áttekintés során.

Ennek okán több szempontból lehet osztályozást végezni, de gyakoriak az átfedések is a szakirodalmakban. Torda Ágnes (2000) szerint a beszéd fogyatékoság a beszéd- és nyelvi teljesítmények súlyos zavara, melyeknek a háttérben elsődlegesen biológiai, organikus, és funkcionális okok állnak. A beszédzavar elsősorban a beszédszervi központ fejlődési, illetve működési akadályozottsága okán jön létre, ami érinti a kommunikációs teljesítmények több területét, valamint a hangzó-kifejező beszédet és a nyelvi működést is. A beszédhiba alatt pedig a beszéd valamely tényezőjének enyhébb zavarát nevezi meg, amely a beszédbeli akadályozottság legenyhébb formája. Vértes O. András (1956) megfogalmazása alapján a beszédzavaron a beszédképesség rendellenességét értjük.

A beszédhibákat minden esetben komplex jelenségként szükséges értelmezni. A beszéd egyike a legösszetettebb funkcionális rendszereknek, ezáltal számos különböző sérülés tünetei között is találkozhatunk a beszéd rendellenességével. Elsődleges jellegzetességei a beszédbeli akadályozottságnak a kommunikáció zavara, a hangzó beszéd hiánya vagy annak torzulása. A

⁴ Pivot-kifejezések: egyaránt jelölhetnek hely- vagy tulajdonmeghatározást, tulajdonságot, kérdést, kívánságot, negálást, elhárítást, szituációt (Hirschberg et al., 2013).

beszéd folyamatossága, illetve ritmusa felbomolhat, sérülhet a beszéd érthetősége, továbbá jellegzetes hibákat tapasztalhatunk az írásban is. A beszéd-, hang-, nyelvi zavarok hátterében számos különböző ok állhat. Beszélhetünk öröklött, szerzett vagy veleszületett, valamint organikus és funkcionális okokról. A beszéd akadályozottsága megmutatkozhat a legenyhébb kiejtési eltéréstől a kommunikációt érintő súlyos zavarig. A beszédfejlődés bármely szakaszában felléphet, továbbá érintheti a már kialakult beszédet is.

2.3. Gyakori logopédiai kórképek

A következőkben a leggyakrabban előforduló típusokat szeretném bemutatni, többek között a megkésett beszédfejlődést, a hangképzési (artikulációs) zavarokat, az orrhangzós beszédet, a beszédritmus zavarait, illetve egyéb beszéd-, írás-, olvasászavarokat. Fontos megjegyezni, hogy vannak élettani beszédhibák⁵, melyek az ép gyermekek beszédfejlődésének hároméves kor előtt megjelenő fejlődési jelenségei, az ép beszédfejlődés velejárói lehetnek. Ebben a korban a diszgrammatizmus is fiziológiásnak tekinthető. Ezek nem rendellenesek, általában különösebb kezelés nélkül rendeződnek. A szakirodalomban találkozhatunk élettani pöszeséggel, amely az anyanyelvi hang- és fonémarendszer bizonytalansága miatt alakul ki, illetve élettani dadogással, amely során a beszéd folyamatosságát a szótag, szó, vagy szókapcsolat ismétlései akadályozzák, mert a beszédkészítés, valamint a beszédmozgások nincsenek összhangban.

2.3.1. Megkésett beszédfejlődés

Megkésett beszédfejlődésről abban az esetben beszélünk, ha primer, direkt okai nincsenek a késésnek, ép hallás és központi idegrendszer mellett sem indul meg a beszéd hároméves kor körül. Jellegzetes tünetei eleinte a szegényes gögicselés, illetve gagyogás, csökkent beszédkésztség, szókincs lassú gyarapodása, a beszéd megindulásának késése, beszédfejlődés elhúzódása. Később tapasztalható szócsönkítés, agrammatizmus⁶ vagy makacs pöszeség is. Oka általában idegrendszer éréseinek késésében, valamint kedvezőtlen környezeti vagy öröklött tényezőkben keresendő. Legsúlyosabb foka a hallónémaság⁷. Tulajdonképpen egy mennyiségi lemaradásról beszélünk, amely megfelelő logopédiai segítséggel behozható.

⁵ Vértes O. András szerint fiziológiás beszédhiba a szócsönkítés, hangelhagyás, hanghelyettesítés, hibás hangképzés, hasonulás és a hangátvetés (Hirschberg et al., 2013).

⁶ Agrammatizmus: a ragok, illetve képzők elhagyása vagy helytelen alkalmazása (Illyés, 1980).

⁷ Hallónémaság: ritka kórkép, hangra reagáló ép hallású gyermekek, értelmi lemaradás nem áll fenn, beszédszerveik is épek, ennek ellenére nem beszélnek, sok esetben még hatéves korban sem (Subosits, 2002).

2.3.2. Artikulációs vagy hangképzési zavarok

Az artikulációs zavar – közismertebb nevén a pöszeség – a beszédhangok rendellenes képzése során kialakuló zavar. Az okai sokrétűek lehetnek, a szakirodalomban is többféle csoportosítással találkozhatunk. Mennyiségi szempontból beszélhetünk parciális pöszeségről, mely néhány hangzóra terjed ki és az érthetőséget nem zavarja. Előfordulhat a pöszeség multiplex formában is, ahol a beszédhangok egy csoportja sérül (például az összes sziszegő). Végül van az univerzális (diffúz) pöszeség, melynek során a beszédben csak kevés helyesen kiejtett hang hallható, amely a beszéd érthetőségét is jelentősen rontja. Gordosné (2012) nyomán csoportosíthatjuk a pöszeséget jellege szerint: dyslalia (torzítás), paralalia (felcserélés, helyettesítés), alalia (kihagyás). Szerkezete szerint pedig monomorf vagy polimorf csoportokat különböztetünk meg. Tünetei szerint vagy logopédiai szempontból beszélhetünk a szigmatizmusról, más szóval selypességről⁸, valamint a parasigmatizmusról⁹, a rotacizmusról, illetve pararotacizmusról¹⁰, lambdacizmusról, továbbá paralambdacizmusról¹¹ vagy a kappacizmus-parakappacizmusról, gammacizmus-paragammacizmusról¹² stb. Az artikulációs zavarok korrigálhatók, javíthatók.

2.3.3. Orrhangzós beszéd vagy rinolália

Az orrhangzós beszéd (rhinophonia) vagy rinolália jellemzője, hogy a garat és az orrgaratüreg, valamint a kemény és lágy szájpad kóros működése miatt nazális színezetű beszéd jön létre. Fajtái a nyílt, a zárt és a kevert orrhangzós beszéd különböző módon ronthatják a beszédérthetőséget. Rendellenesnek számít abban az esetben is, ha nem organikus probléma okozza az elváltozást, mint például nem megfelelő beszédpélda vagy rossz szokás. Más esetekben orvosi beavatkozás mellett a prognózis jó lehet, megfelelő terápia mellett a beszédhiba megszüntethető.

2.3.4. Beszédrítmus zavarai (dadogás, hadarás)

A beszédrítmus zavarának két jellegzetes fajtája van: a dadogás és a hadarás. A dadogás egy sokoldalú kórkép, amely a ritmus és ütem felbomlásában és a beszéd görcsös szaggatottságában jelenik meg. Legjellemzőbb tünetei a görcsös megakadások, aritmia (ritmuszavar),

⁸ A selypesség a sziszegő hangok (sz, z, s, zs, c, cs) torz képzését jelenti.

⁹ Az sz, z, s, zs, c, cs hangok helyett más hangok képzése (például: t, d, f, v).

¹⁰ Az r hang torz képzése, illetve az r hang helyett más hang képzése (például: r hang helyett j, l képzése).

¹¹ Az l hang torz képzése, illetve az l hang helyett más hang képzése (például: l hang helyett j, n, t képzése).

¹² Ugyanez k vagy g hanggal.

együttmozgások és pszichés zavarok. A dadogás mellett a beszéd ritmusának és ütemének súlyos zavara a hadarás is.

A hadarás az expresszív folyamatos beszédnek egy súlyos zavara, melynek fő motívuma a fokozott beszédtempó. Kritériumai többek között a változó ritmus, a kapkodó légzés, szaggatott beszéd, szótagok kihagyása, monotónia. Ezek a tünetek az olvasásban és az írásban is megjelenhetnek. Egyik kórkép esetében sem lehet egyetlen egy okra visszavezetni kialakulásukat. Szerepet játszhatnak többek között örökletes tényezők, gyenge idegrendszeri alkat, veleszületett beszédgyengeség, környezet általi elhanyagoltság, vagy akár rossz beszédpélda. Mindkét esetben komplex – orvosi, pszichológiai, logopédiai – beavatkozásra van szükség, mely során a terápia nem csak a beszédre, hanem az egész személyiségre irányul.

2.3.5. Diszlexia-diszgráfia-diszkalkulia

A gyakori logopédiai kórképek között fontos megemlíteni a specifikus tanulási zavarokat is, mint a diszlexia (olvasási zavar), diszgráfia (az írásbeli kifejezés zavara) és a diszkalkulia (számolási zavar). Az olvasás és az írás megtanulása voltaképp az elsajátított hangos beszéd és az új modalitás, a nyelv írott rendszerének megfeleltetése. Ebben az összeillesztési folyamatban jelentkező zavarokat nevezzük fejlődési diszlexiának, diszgrafiának. A nyelv produkciós modalitásában, azaz az írásban, valamint a nyelv grafikus megjelenésének értelmezésében, tehát az olvasásban mutatkozik jelentős elmaradás (Hirschberg et al., 2013). A diszkalkulia esetében általánosságban elmondható, hogy a számolási készség elmaradást mutat a biológiai kortól, valamint a kor szerinti képzettségtől, azonban lényeges tudni, hogy ezen tanulási zavarok nem függenek össze az intelligenciával. Képességfejlesztéssel jól befolyásolhatók.

Ahogy a legtöbb betegség esetében is megállapítható, egy megfelelő terápia minél korábban megkezdődik annál nagyobb lehet a hatékonysága. Ez a fent említett logopédiai kórképek esetén sincs másképp, ezért is meghatározó e kórképek tüneteinek időben való felismerése, és a megfelelő szakemberhez fordulás a probléma észlelésekor. Vannak olyan esetek amikor elengedhetetlen, hogy logopéduson kívül más szakember is lássa a klienst, páciens. A különböző területek szakembereinek együttműködése, a team-munka biztosítja a komplex kezelést, amely megsokszorozhatja a terápiák eredményességét, ezáltal növelve a gyógyulási esélyeket.

3. A logopédia, mint gyógypedagógiai diszciplína

3.1. A logopédia meghatározása

A logopédia egy beszédhibákkal foglalkozó tudomány, melynek elsődleges feladata a beszédzavarok, valamint beszédhibák kezelése, megszüntetése. A beszédelváltozások felsőbb idegrendszeri működéssel hozhatók összefüggésbe. Ennek okán a beszédhibák javítása mindig a felsőbb idegműködésre van hatással, illetve annak irányító és szabályozó tevékenységét befolyásolja azért, hogy az összerendezett és helyes beszédszervi mozgásokat eredményezzen (Kanizsai, 2016). Gordosné Szabó Anna felfogásában a logopédia egy önálló sérülésspecifikus pedagógiai rendszer, amely a szűkebb értelemben vett gyógypedagógia elsődleges és másodlagos kommunikációs zavarokkal foglalkozó ága. Elsődleges kommunikációs zavarok azok, amelyek valamely kóros hatás következtében jönnek létre, kifejezetten a beszéd rendellenességeiben jelentkeznek, például az artikulációban, a beszédritmusban, valamint a beszédmotórium és a beszéd szenzórium területén. A másodlagosoknak nevezzük azokat a kommunikációs zavarokat, amelyek különböző fogyatékoságokkal járnak együtt vagy azok következményeként fellépő beszéd-rendellenességekben nyilvánulnak meg. (Gordosné, 2012).

3.2. A logopédus személye és tevékenysége

Ahogy az fentebb említettem, a logopédiai tevékenység a gyógypedagógia körébe sorolható. „A gyógypedagógia elsődleges és másodlagos kommunikációs zavarokkal foglalkozó ága, amely a hang-, beszéd- és nyelvi zavarok kutatásával, megelőzésével, diagnosztikájával és korrekciójával, terápiájával foglalkozó integratív tudomány”. (Fehérné, 2004, p. 542). A logopédiai tevékenység, maga a logopédiai ellátás is e köré épül.

A 15/2013 EMMI rendelet szerint a logopédiai ellátás feladata a hangképzés, a beszéd, a beszélt és írott nyelvi képesség fejlődési és szerzett zavaraihoz, valamint a specifikus tanulási zavarokhoz – azaz a diszlexia, diszortográfia, diszgráfia, diszkalkulia – kapcsolódó prevenció, állapotmegismerési és terápiás tevékenység.¹³

A logopédiai tevékenység legfőbb célja a beszédhibák megelőzése, továbbá a meglévő beszédhibák és az azokat okozta másodlagos elváltozások javítása, vagyis az ép beszéd létrehozása. A logopédus a beszédben akadályozott gyermekek, illetve felnőttek ellátására

¹³ 15/2013. (II. 26.) EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről, 7. A logopédiai ellátás 25. § (1) bekezdés.

képesített gyógypedagógus. Kompetenciája az emberi kommunikáció, valamint az ahhoz kapcsolódó zavarok megelőzése, feltárása, vizsgálata, diagnosztikája, illetve az egyénre szabott terv alapján a megfelelő terápia megtervezése. Ezt követően kerül sor a kliens szakszerű ellátására, a beszédhibák sérülésspecifikus korrekciójára. A beszédhiba esetleges megszűnése után a logopédus utógondozói feladatot is elláthat, amely főleg a súlyos, beszéd- és nyelvi zavarban szenvedők beszédállapotának bizonyos időközönkénti ellenőrzését, illetve szinten tartását jelenti. Ahogyan korábban is említésre került, fontos megjegyezni, hogy a probléma súlyosságától és természetétől függően a logopédusnak együtt kell működnie más társtudományok szakembereivel, a hatékony terápia és az eredményesség érdekében.

3.3. A klinikai logopédia

Felnőtt korban egy kezeletlen logopédiai kórkép számos hátrányt vonhat maga után, többek között önbizalom hiányt, kommunikációs nehézséget, kapcsolatteremtési problémákat okozhat, amely hatással van az érintett személyiségének kibontakoztatására, társadalmi érvényesülésére. Amennyiben gyermekkor óta fennáll a probléma, már sok esetben a személyiség részévé válik, így egy esetleges későbbi kezelés is nehezített lesz. Az ellátás elmaradásához nagy részben hozzájárulnak a kezeléssel kapcsolatos hiányosságok, illetve, hogy általánosságban azt gondolják, felnőtt korban már nem lehet logopédiai problémákat kezelni – holott számos logopédiai kórkép fordul elő felnőttek körében is. Többek között találkozhatunk a dadogással, hadarással, orrhangzós beszéddel, artikulációs zavarokkal, nyelés zavarokkal, diszfóniával, diszlexiával, de gyakran járulnak beszédproblémák olyan betegség mellé, mint a demencia, Alzheimer-kór, Parkinson-kór vagy stroke. Ezekben az esetekben leggyakrabban a dizartriával, beszédapraxiával, illetve afáziával találkozhatunk.

Fontos megjegyezni, hogy kórházi, klinikai körülmények között gyermekek is kaphatnak logopédiai ellátást például ajak- és szájpadhasadékosok, illetve hangképzési zavarok esetén. A 15/2013 EMMI rendelet¹⁴ gyermekeknek és tanulóknak biztosítja alanyi jogon a logopédiai ellátását. Bár az otthoni szakápolási tevékenységről szóló 20/1996 NM rendelet¹⁵ lehetővé teszi a logopédus által tartott beszédterápiát, gyakorlatban sajnos kevésbé valósul meg. Kórházi, rehabilitációs fekvőbeteg ellátáson kívül, általában térítés ellenében juthatnak logopédiai ellátáshoz a felnőttek. Kizárólag beszédterápia igénybevétele érdekében nem adnak kórházba beutalót a háziorvosok, ellátást a kórházba kerülő csak más betegség okán kialakult

¹⁴ 15/2013. (II. 26.) EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről.

¹⁵ 20/1996. (VII. 26.) NM rendelet az otthoni szakápolási tevékenységről, 2. § (3) bekezdés.

beszédprobléma miatt kap (például stroke utáni afázia). Mivel Magyarországon klinikai felnőttkori logopédiai ellátást leggyakrabban afáziás betegek kapnak, így ezt a kórképet szeretném részletesebben ismertetni, kérdőívemben is ennek okán kapott helyet.

Az agy beszédközpontjai (Wernicke-terület, Broca-terület) nagyon sérülékenyek, sok esetben, ami más központokban átmeneti zavarhoz vezet, az a beszéd területén végleges funkciókiesést eredményezhet. Ez az agyi károsodás érheti felnőtt korban a már kifejlett agyat is, de a fejlődésben lévő agy is szenvedhet kárt. A beszédzavarok jelentős hányadát a központi idegrendszeret érő trauma okozza. Ezek az idegrendszeri sérülések zavart okozhatnak a nyelv struktúrájában, a beszédértés és beszédprodukció területén, valamint az írás, olvasás területén. (Kálmán & Könczei, 2002). A klinikai logopédia területéhez tartoznak többek között a felnőttkori szerzett beszéd-nyelvi, hangképzési és nyelészavarok. Az afázia valamilyen agyi trauma következtében kialakuló, felnőttkorban bekövetkezett beszédképtelenséget jelent. Voltaképpen egy olyan kommunikációs zavar, amely érinti az egész személyiséget, valamint amely a már kialakult beszédprodukciót és beszédértést nehezíti meg vagy teszi lehetetlenné. Az agyban lévő károsodás helyétől és súlyosságától függően számos formáját különböztetjük meg az afáziának. A motoros afázia a beszéd produkciójára van hatással, míg a szenzoros afázia a beszédértés képtelenségét okozza, valamint találkozhatunk olyan esettel is, amikor mind a két terület sérült, egy időben akadályozott. Komplex rehabilitáció szükséges, a logopédus mellett többek között orvos, gyógytornász és pszichológus is fontos szerepet játszik a rehabilitációs folyamatban. Gyermekkorban is találkozhatunk afáziaszerű kórképpel, amely a beszéd kialakulása előtt fellépő agyi történés következtében alakul ki. A logopédia a gyakorlatban a hallónémaság elnevezést használja (Gordosné, 2012).

A stroke¹⁶ után fellépő beszédzavarok arányát nehéz megítélni, forrásonként eltérő számok találhatók. A Magyar Stroke Társaság által közöltek alapján a betegek 70%-a él túl, „a szélütést túlélők ... 12–18 százaléka beszédzavarban szenved”. Ez az összes stroke beteg 8-12%-a. Ugyanakkor egy, az Acta Clinica Croatica tudományos folyóiratban megjelent cikk (2011) alapján a Tuzla University Clinical Center-ben 2007. január 1-e és 2008. december 31-e között vizsgált 936 akut stroke beteg közül 771 lett igazoltan beszédhibás, ami több, mint 82%. A fentiek alapján nem meglepő, hogy miért olvasható a Gondolatok a felnőtt beszédhibások helyzetéről (Demoszthetnéz Egyesület, 2013) című, a tágabb problémakörrel foglalkozó

¹⁶ Az agyműködés vérellátási zavara által okozott globális vagy fokális neurológiai diszfunkcióval járó, gyorsan kialakuló tünetegyüttes, mely több, mint 24 órán keresztül fennáll és amelynek bizonyíthatóan nincs más oka, mint az agy érrendszerében kialakult változás (WHO).

írásban a magyarországi viszonyok vonatkozásában, hogy a terápiás ellátást jelentősen megnehezítik a hiányos beszédhibákra, beszédzavarokra vonatkozó statisztikai adatok.

Az elérhető becslések szerint Magyarországon évente átlagosan 40–50 000 új beteg kerül kórházba stroke miatt. Bizonyos felmérések szerint az akut stroke-esetek kb. 38%-ánál fordul elő afázia (szerzett nyelvi kommunikációs zavar), amely 18%-ban súlyos, maradandó funkcióvesztéshez vezet. Mindez évi mintegy 10 000 új beszéd- és nyelvi zavarban érintett beteget jelent. Ma megközelítőleg kb. 200 000-re tehető a szerzett beszéd-/nyelvi zavart mutató betegek száma (Kas, 2021, p. 182-3). Azonban a post stroke-os afáziás betegek, valamint az egyéb hang-, beszéd- és nyelvi zavarral küzdő felnőttek számáról, friss, illetve pontos hazai adatok nem állnak rendelkezésünkre. Bár régebben azt gondoltuk – és tapasztaltuk –, hogy a stroke az idős korosztály betegsége, fontos megjegyezni, hogy ma már sokkal szélesebb populációt érint az agyi katasztrófa és a következtében kialakuló beszéd- illetve nyelvi zavar.

3.4. Jogsabályi háttér

A logopédiai ellátás kapcsán szükséges kiemelni az Nkt. 18. § (2) bekezdés d) pontját, amely szerint e tevékenység feladata a hangképzés, a beszéd, a beszélt és írott nyelvi képesség fejlődési és szerzett zavaraihoz, a specifikus tanulási zavarokhoz (diszlexia, diszortográfia, diszgráfia, diszkalkulia) kapcsolódó prevenció, állapotmegismerési és terápiás tevékenység. A logopédiai ellátás önkéntes alapon, egyéni foglalkozás keretében zajlik, illetve legfeljebb hat gyermekből álló csoportban szervezhető meg. A 15/2013 EMMI jogszabály rendelkezik a terápia minimális időkeretéről, amelyet heti két alkalomban határoz meg. Hossza legfeljebb negyvenöt perc lehet, ezt a logopédus határozza meg a gyermek életkorára és problémájára tekintettel. Az ellátásban való részvétel bármikor megkezdhető, független a gyermek életkorától, a rendelet kritériumként csupán az ellátás szükségességét megállapító logopédiai vizsgálatot emeli ki.¹⁷

A 63/2021 ITM rendelete¹⁸ a pedagógusképzés egyes szakjainak képzési és kimeneti követelményeit fogalmazza meg, érintve a logopédia szakirányon megszerezhető tudást és képességeket. A logopédus tudásának vonatkozásában említi a korszerű és alapos interdiszciplináris és intradiszciplináris tudást a kommunikáció, a hang, a beszéd, a beszélt és az írott nyelv, valamint a gyermekkori nyelés zavarai területén, valamint ismeri működésének

¹⁷ 15/2013. (II. 26.) EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről, 7. A logopédiai ellátás 25. § (1)–(11) bekezdés.

¹⁸ 63/2021. (XII. 29.) ITM rendelet a pedagógusképzés képzési terület egyes szakjainak képzési és kimeneti követelményeiről, 1. melléklet, 7. pont, 7.1.2.4. alpont.

anatómiáját és fiziológiáját, felismeri azok eltéréseit. Megszerzett szakmai tudását a köznevelés különböző szinterein képes alkalmazni, úgymint a pedagógiai szakszolgálati feladatokat ellátó intézményekben, nevelési és nevelési-oktatási intézményekben a kommunikáció, a hang, a beszéd, a beszélt és írott nyelvi zavarok és a gyermekkori nyelési zavarok ellátásában, továbbá szegregált és integrált keretek között, az alapellátásban és a sajátos nevelési igényű tanulók esetében egyaránt.

Az alábbiakban szeretném összefoglalni a klinikai logopédiával kapcsolatos jogszabályi vonatkozásokat. Az elsők között a 2/2004 EüM rendelet¹⁹ emelném ki, amely a pedagógiai végzettséggel ellátható egészségügyi szakmák között említi a logopédiát. Korábban már említésre került a 20/1996 NM rendelet²⁰, amely lehetséges otthoni szakápolási tevékenységként említi a logopédus által tartott beszédterápiát.

A 60/2003 ESzCsM rendelet²¹ megjelöli a logopédust, mint egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges személyi minimumfeltételt. A teljesség igénye nélkül ide sorolhatjuk az arc-, állcsont- és szájsebészeti, gyermekneurológiai, gyermek- és ifjúságpszichiátriai szakrendelést és szakambulanciát, valamint az audiológia és foniátria járóbeteg ellátást. Az egészségügyi szakellátás társadalombiztosítási finanszírozásának egyes kérdéseiről szóló 9/1993 NM rendeletben²² a járóbeteg-szakellátás tevékenységi kódjai között helyet kap a logopédiai gyakorlat is. Végül, de nem utolsósorban a ma hatályos egészségügyi törvényünk igen szűkszavúan rendelkezik a logopédia jelenlétéről a rehabilitáció területén, azonban megemlíti a rehabilitációs medicina szerves részeként.²³

4. Módszertan és minta

4.1. A kutatási célja

Jelen kutatás célja egyrészt az igény felmérése a logopédiáról való tudás bővítésére, másrészt egy kérdőíves módszer alkalmazásával átfogó kép alkotása arról, hogy a magyar állampolgárok milyen mélységű ismeretekkel rendelkeznek a logopédiáról, mint tudományról és logopédiai szakmai tevékenységről. További cél annak a felmérése, hogy a kitöltők milyen

¹⁹ 2/2004. (XI. 17.) EüM rendelet az egészségügyi szolgáltatók és működési engedélyük nyilvántartásáról, valamint az egészségügyi szakmai jegyzékről, 2. számú melléklet I. rész, 72. pont.

²⁰ 20/1996. (VII. 26.) NM rendelet az otthoni szakápolási tevékenységről, 2. § (3) bekezdés.

²¹ 60/2003. (X. 20.) ESzCsM rendelet az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges szakmai minimumfeltételekről, 2. melléklet.

²² 9/1993. (IV. 2.) NM rendelet az egészségügyi szakellátás társadalombiztosítási finanszírozásának egyes kérdéseiről, 2. számú melléklet a 9/1993. (IV. 2.) NM rendelethez

²³ 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről, 4. cím, 100. § (5) bekezdés.

tapasztalatokkal rendelkeznek a logopédiáról, illetve, hogy milyenek látják a logopédia társadalmi elismertségét.

Végül a logopédia egy speciális területének, a klinikai (kórházi/klinikai körülmények fennállása esetén alkalmazott) logopédiának vizsgálata történik a fent említett dimenziók mentén. A felmérés eredményei alapján pedig kirajzolódnak azok a területek, ahol szükség van a logopédiával és a logopédusi tevékenységgel kapcsolatos felvilágosító munka hatékonyabbá tételére, illetve a potenciális kliensek tudásának bővítésére, növelve ezáltal javulási és gyógyulási esélyeiket, életminőségük javulását.

4.2. Hipotézisek

H1. Feltételezem, hogy a kitöltők legalább fele kapcsolatba került valamilyen formában logopédiai ellátással.

H2. Feltételezem, hogy a kitöltők legalább fele nem rendelkezik mélyebb ismeretekkel a logopédiáról és a logopédusok munkájáról.

H3. Feltételezem, hogy a kitöltők többsége bölcsődében vagy óvodában került kapcsolatba logopédussal.

H4. Feltételezem, hogy az érintettek a terápiáról kaptak tájékoztatást.

H5. Feltételezem, hogy a kitöltők többsége a terápia mellett nem tartja szükségesnek az otthoni gyakorlást.

H6. Feltételezem, hogy a kitöltők többsége alulbecsüli a nem kezelt logopédiai kórképek későbbi hatásait.

H7. Feltételezem, hogy a kitöltők többsége nem rendelkezik ismeretekkel a klinikai logopédiáról és a klinikai logopédusok munkájáról.

H8. Feltételezem, hogy a kitöltők legalább 15%-ának ismeretségi körében van stroke-on átesett személy.

H9. Feltételezem, hogy az érintettek legfeljebb 35%-a ismer stroke után beszédproblémával küzdő személyt.

H10. Feltételezem, hogy a stroke utáni beszédproblémákkal küzdők legfeljebb 25%-a nem részesült terápiában.

4.3. A kutatás során alkalmazott mérőeszköz

A kérdőív kérdéseinek kidolgozására személyes szakmai tapasztalatok és a szakirodalom átvizsgálása vezettek. A kérdőív terjedelme 8 oldal, 37 kérdésből áll, melynek kitöltése 7-10

percet vett igénybe. A kérdőív végső változata demográfiai adatokra, illetve 21 konkrét adatra kérdező zárt és 9 nyílt kérdést tartalmaz. A kutatásban bármely 18 évnél idősebb személy részt vehetett. A kérdőívek elején került megfogalmazásra, hogy aki a kérdőívet kitölti, az hozzájárul az általa közölt adatok kutatásban való felhasználáshoz, továbbá ahhoz, hogy a kapott válaszokat a kutatás lezárását követően 5 évig tároljuk. A belegegyező nyilatkozatot elektronikus formában gyűjtöttük a kitöltött kérdőív beküldésével, illetve papír alapon is a kérdőív része volt. Az online kérdőíveket internet oldalak (online közösségi oldalak) segítségével tettük közzé, a papír alapú kérdőíveket pedig olyan személyek számára igyekeztünk eljuttatni, akik nem rendelkeznek online hozzáféréssel, illetve az idősebb – 70 év feletti – korosztályt képviselik. A papír alapú kérdőívek kitöltésének helyszíne a kitöltő által volt meghatározott.

4.4. Felmérés

A kutatáshoz a kutatásetikai engedélyt a Széchenyi István Egyetem Intézményi Kutatásetikai Bizottságának Humán Kutatásetikai Bizottsága állította ki (azonosító: 001/2022). Az adatok felvétele önkitöltős módszerrel történt, a kitöltéssel kapcsolatos adatokat az 1. táblázat tartalmazza.

1. táblázat: Kérdőívek kidolgozási aránya

Kiadott kérdőívek száma (db)	Visszaküldött kérdőívek száma (db)	Válaszadási arány	Adatfeldolgozásra került
917	912	99.45%	912

Forrás: Saját szerkesztés, saját kérdőív alapján

Összesen 912 fő engedélyezte a kérdőív értékelését. A visszautasítás mértéke – gyakorlatilag elhanyagolható – 0,55%, ez öt főt jelent. Az összes visszakapott kérdőív értékelhető és feldolgozható volt. Voltak nem kötelező kérdések, melyeknek egy része nem volt releváns mindenki számára. (Például a 35. és 36. kérdésekre csak azok válaszoltak, akiknek *van* agyi infarktuson átesett közeli ismerőse.) Minden más kérdésre gyakorlatilag 912 értékelhető válasz érkezett.

4.5. Adatbevitel, adatfeldolgozás, módszerek

Az elektronikusan kitöltött kérdőívekre adott válaszok automatikusan kerültek táblázatban rögzítésre, elektronikus formában. A papír alapú kérdőívekre adott válaszokat első lépésben ebben a táblázatban rögzítettem folytatólagosan, az elektronikus kitöltés lezárása után. A

kérdésekre extrém, feldolgozhatatlan válaszokat nem kaptam. Az adatok gyakorisági elemzését táblázatok, ábrák segítségével végeztem, szöveges válaszokat szófelhő módszerrel elemeztem.

Első lépésben azonosítottam a válaszokban szereplő kulcsszavakat (ami sok esetben elég nehéznek bizonyult, ugyanis nagyon sokféleképpen jelentek meg a szövegben, a helyesírási hibáktól eltekintve is). Második lépésben a kulcsszavakat csoportosítottam aszerint, hogy mennyire relevánsak a kérdés tekintetében, így létrehozva különböző szófelhőket. Harmadik lépésben ezeket már számszerűsíteni tudtam, ami feldolgozható adatokhoz vezetett. A módszert részletesebben a 11. kérdés feldolgozásánál mutatom be. Az egyes kérdések közötti kapcsolatok mérésére Pearson-féle korrelációs együtthatót számoltam, Python programozási nyelvet futtató Spyder környezetben (az alkalmazott kód és a számított együtthatók a mellékletben találhatók).

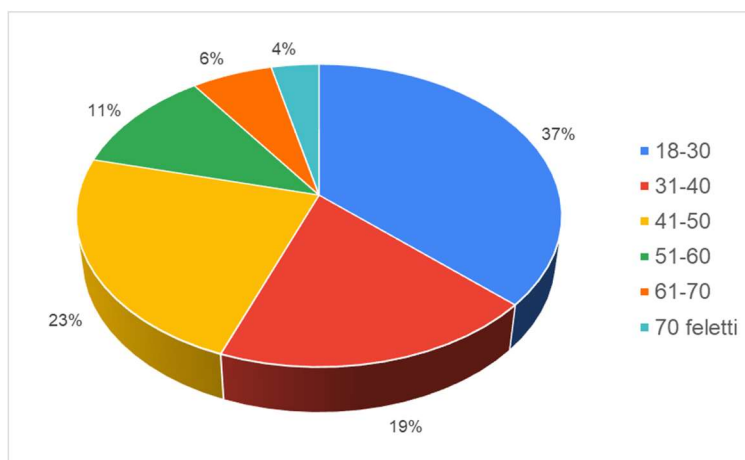
4.6. A kutatási minta

4.6.1. Nemek aránya

A 912 válaszadó nagy része (769 fő, 84,3%) nő, kisebbségben vannak a férfiak (143 fő, 15,7%). A reprezentativitástól való jelentős eltérést indokolhatja, hogy a nők aktívabbak a közösségi médiában, illetve inkább hozzájuk kötődnek a gyermekgondozáshoz szorosan kapcsolódó feladatok (például orvoshoz vagy logopédushoz vinni).

4.6.2. Életkor szerinti megoszlás

A kitöltők között 335 fő tartozik a 18-30 éves korosztályba (36,7%), ők képviseltetik magukat a legnagyobb arányban (1. ábra). A második leggyakoribb kategória a 41-50 éves korosztály (211 fő, 23,1%). A harmadik helyen a 31-40 éves korosztályt találhatók 174 fővel (19,1%). Az első három kategória együtt több, mint a kitöltők háromnegyedét adja ki. Ezt követően korban

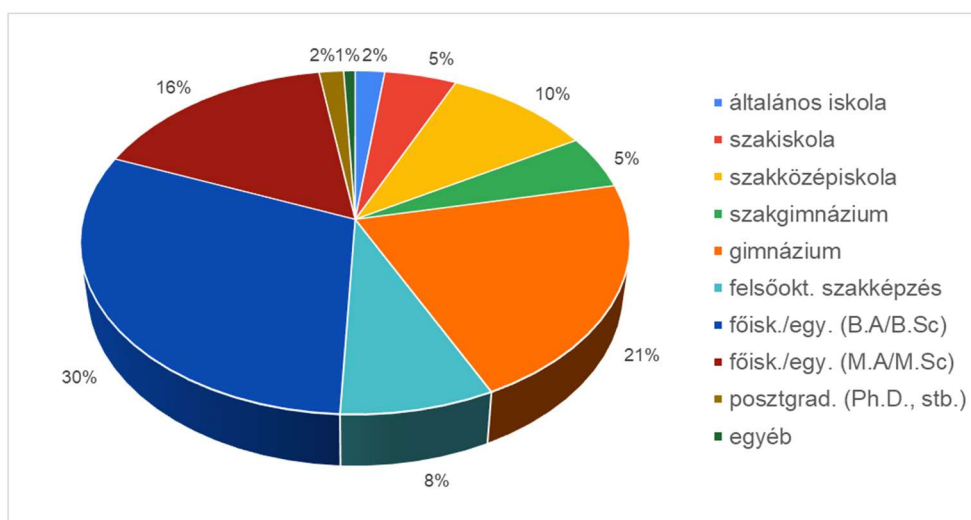


1. ábra: Összes kitöltő életkor szerinti megoszlása

előre haladva csökkennek a gyakoriságok: 51-60 éves korosztály 103 fő (11,3%), majd a 61-70 éves korosztály 56 fő (6,1%), végül a 70 év felettiek 33 fő (3,6%).

4.6.3. Legmagasabb iskolai végzettség szerinti megoszlás

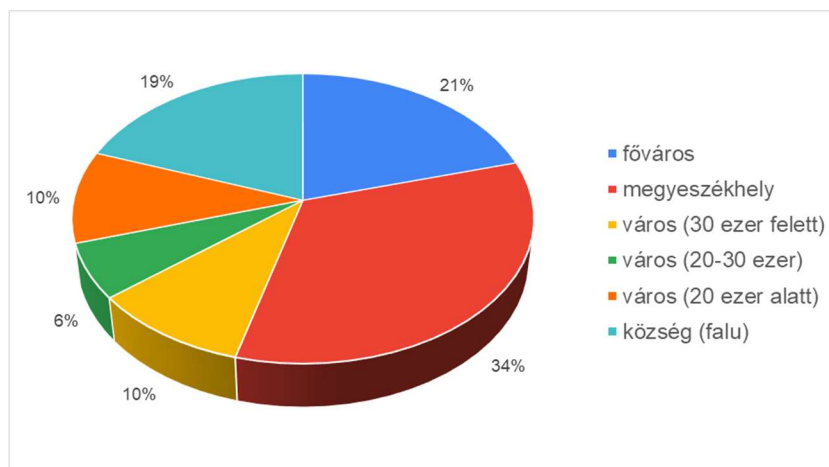
Egyetemi diplomával (B.A./B.Sc., M.A./M.Sc.) a kitöltők 46,8% rendelkezik (427 fő), a második kategóriát a különböző szintű középiskolások alkotják (372 fő, 40,8%). Felsőoktatási szakképzésben 73 fő vett részt (8,0%), ezt követi az általános iskola (18 fő, 1,9%), végül pedig a posztgraduális képzésben részesültek (15 fő, 1,6%). Ezek gyakoriságai láthatók a 2. ábrán.



2. ábra: Összes kitöltő legmagasabb iskolai végzettség szerinti megoszlása

4.6.4. Lakóhely típusa szerinti megoszlás

A megyeszékhelyeken töltötték ki legtöbbször a kérdőívet (306 fő, 33,6%). A fővárosban 188 fő (20,6%). A kérdőívekkel sikerült elérni 177 főt községekben, ők 19,4%-ot tesznek ki. A különböző típusú városokból együtt a válaszadók 26,4%-a kerül ki, ami összesen 241 fő. Ezt a megoszlást mutatja be a 3. ábra.



3. ábra: Összes kitöltő állandó lakóhely szerinti megoszlása

4.6.5. Megyék szerint megoszlás

A leggyakoribb megyék listáját Győr-Moson-Sopron megye vezeti (230 fő, 25,2%). A második a főváros 188 fővel (20,6%), a harmadik pedig Somogy megye (79 fő, 8,7%). A dobogóról éppen lemarad Pest megye (71 fő, 7,8%).

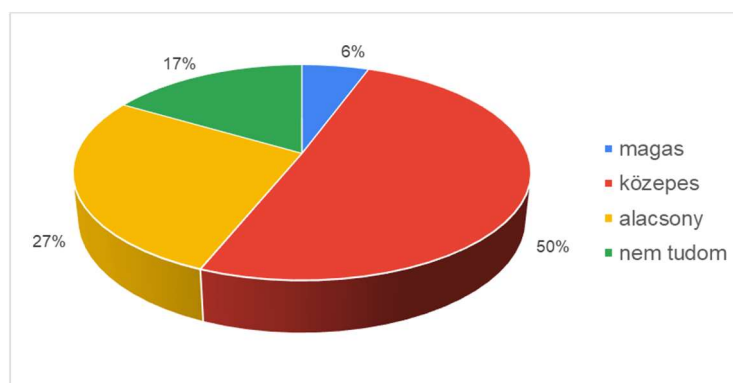
5. Eredmények

A kapott válaszokat nem a feltevésük sorrendjében dolgozom fel. A kötelező kérdésekre minden esetben feldolgozható válaszok érkeztek, vagyis kérdésenként 912 válasszal tudtam dolgozni (az opcionális kérdésekre kapott válaszokról azoknál a kérdéseknél kitérek).

5.1. A logopédia, mint szakma ismertsége

5.1.1. Ismertség és megbecsülés

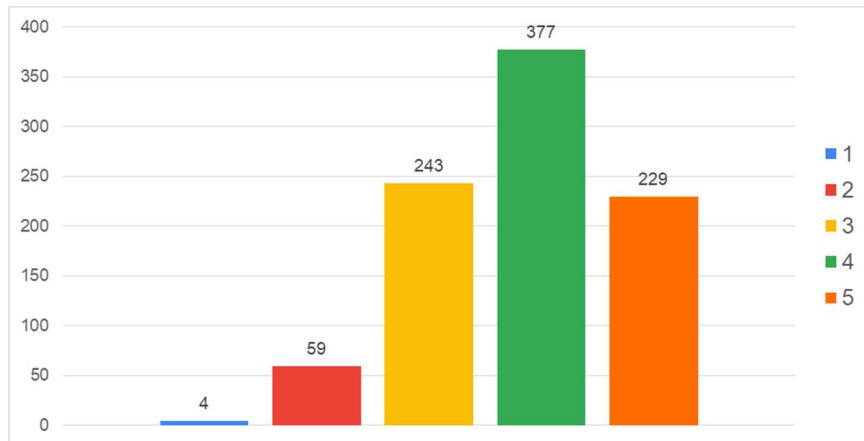
A 9. kérdés a szakma megbecsülttségére kérdezett rá egy három fokú skálán. A kitöltők fele szerint közepes a logopédia megbecsülttsége (461 fő, 50,5%). Körülbelül negyedük (249 fő, 27,3%) gondolja, hogy a logopédus szakma megbecsülttsége alacsony. A *nem tudom* lehetőséget 151 fő választotta (16,6%). Magas megbecsülttséget 5,6% jelölt meg (51). Ezt mutatja a 4. ábra.



4. ábra: A logopédus szakma megbecsülttsége a kitöltők szerint

A válaszadók a 8. kérdésben ötös skálán (*1 – semennyire, 5 – teljes mértékben*) pontozták a szakma ismertségét (5. ábra). Negyedük (25,1%) ma hazánkban a logopédiát teljes mértékben ismertnek jelöli: szerintük az emberek tudják, hogy mivel foglalkozik egy logopédus. 41,3% szerint a magyar lakosok jól ismerik ezt a tevékenységet, míg 26,6% szerint közepesen.

Az 5 (229 fő) és 4 (377 fő) válaszok száma összesen több, mint a válaszolók kétharmada: 606 fő (66,4%) gondolja, hogy általában az emberek jól ismerik a logopédiai tevékenységet.



5. ábra: A logopédia ismertsége: 1 – semennyire, 5 – teljes mértékben

5.1.2. Milyen problémákkal küzdőknek tud segíteni egy logopédus?

A kérdőív két nyílt végű kérdése volt például a 11., illetve a 14. kérdés (a 11. az alcímben említett). A nyílt végű kérdések esetén a kitöltőknek saját szöveges választ kellett megfogalmazni, ezek kiértékelésére az alábbiakban ismertetett módszerrel került sor.

Első lépésben a válaszokban szereplő kulcsszavak lettek azonosítva mindenféle szóalakban, akár nyelvtanilag hibás, de beazonosítható formában is. Második lépésben a kulcsszavak csoportosítása történt, így hozva létre különböző *szófelhőket*. Harmadik lépésben ezek két különböző úton számszerűsítve vezettek feldolgozható adatokhoz.

A 11. kérdés válaszaiban szereplő kifejezések az alábbi csoportokat hozzák létre (pl.):

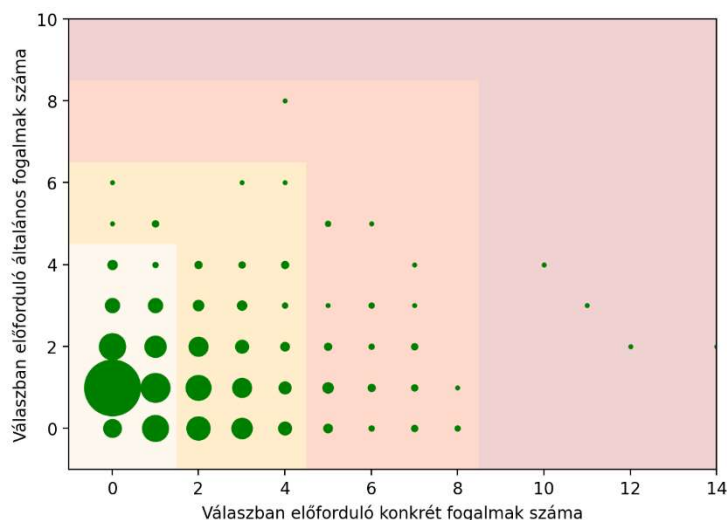
- általános problémát jelöl, aki a „*beszéd, hang, stb.*” kifejezéseket írja,
- jobb, ha jelzi, hogy ez probléma („*hiba, probléma, zavar, stb.*” szavakkal),
- konkrét problémát nevez meg, aki a „*raccsolás, diszlexia, afázia, stb.*” szavakat említi,
- utal a logopédia segítő voltára, ha a „*fejlesztés, korrekció, stb.*” kifejezést használja.

A 14. kérdés válaszáinál hasonló eljárással más szócsoporthoz (felhő) alakulnak ki, pl.:

- klinikai gondot jeleznek az „*afázia, stroke, stb.*” kifejezések,
- diszlexiára utalnak a „*dixlexia, dicszlekszia, stb.*” szavak,
- „nyelvi” problémára a „*letapadva, , nyelvfél, stb.*” szavak.

Az eltérés a két kérdés között, hogy míg a 14. kérdés esetén elegendő az egyes szófelhők gyakoriságainak megállapítása, addig a 11. kérdésnél ki kell választani azokat a szófelhőket, amik alapján csoportosíthatók maguk a válaszadók. A vizsgálat alapján a 11.-hez hasonló kérdések esetén elegendő két szófelhőre támaszkodni: az *általános* és a *konkrét problémákra*. A 6. ábrán minden válaszadó megtalálható. A legnagyobb zöld kör azt jelzi, hogy a legtöbben egy általános problémát jelöltek meg (pl. „*beszédhiba*”), de egyetlen konkrétat sem. A

legrosszabbul a világos területre esők teljesítettek (0 vagy 1 konkrét és maximum 4 általános probléma megnevezése), majd a területek sötétítésével egyre javul a teljesítmény.

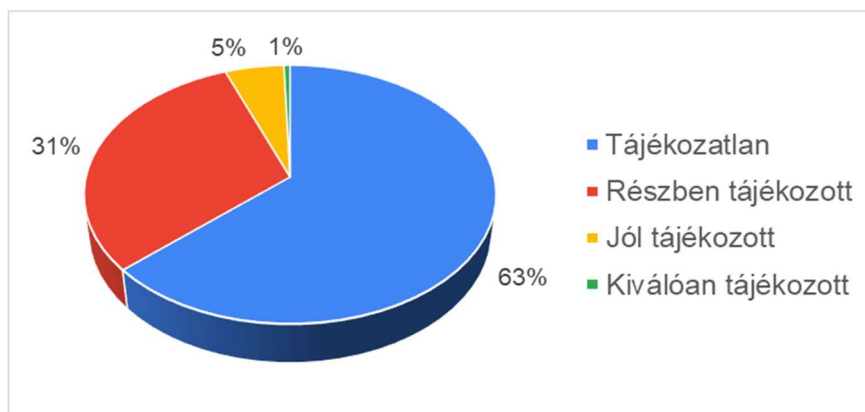


6. ábra: A 11. kérdésre adott válaszok csoportosítása

Az így csoportosított adatok azt mutatják (7. ábra), hogy

- alapvetően *tájékozatlan* a kitöltők közül 578 fő (63,4%): ők *legfeljebb egy* konkrét, a logopédia által érintett fogalmat tudtak megnevezni, általános fogalmakból legfeljebb négyet írtak,
- *részben tájékozott* 281 fő (30,8%): ők egynél több, de legfeljebb 4 konkrét problémát, illetve 5-6 általános problémát jelöltek meg válaszukban,
- *jól tájékozottnak* nevezhető az a 48 fő (5,3%), akik 5-8 konkrét vagy 7-8 általános problémát írtak le maguktól,
- *kiválóan tájékozottnak* tekinthető az az 5 ember (0,6%), aki legalább 9 konkrét vagy ugyanennyi általános problémát írt válaszában.

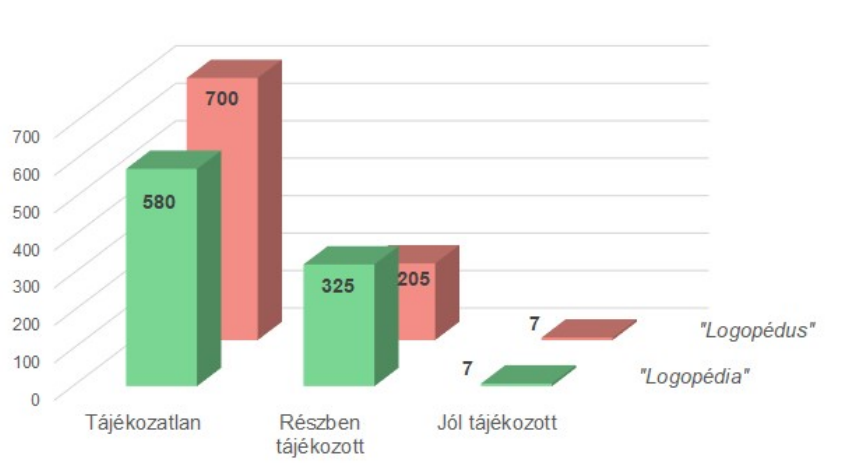
A kapott számok ellentétben állnak a 8. kérdésnél látott 66,4%-os arányú „jól” ismertséggel.



7. ábra: A kitöltők tájékozottsága a logopédiáról

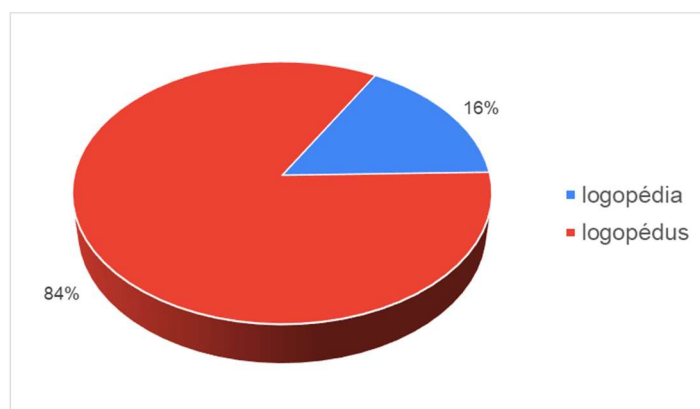
5.1.3. Mi jut eszébe a logopédia és a logopédus szavakról?

A kérdőív 10A. és 10B. kérdésére egyaránt 912 feldolgozható válasz érkezett. Mivel ezek a kérdések is nyílt végűek voltak, a válaszok elemzése is úgy történt, mint a 11. kérdésnél. A kialakított szófelhők is nagy mértékben hasonlítottak az ott alkalmazotthoz, bár kevesebb kifejezést tartalmaztak (a kérdőív kifejezetten kérte a *rövid választ*). Ennek következményében a csoportok határait is lejjebb kellett szállítani: *tájékozatlannak* a 0 konkrét vagy legfeljebb 3 általános, *részben tájékozottnak* a legfeljebb 2 konkrét vagy 5 általános, *jól tájékozottnak* a legfeljebb 5 konkrét vagy 7 általános problémát megjelölők lettek nyilvánítva. Az eredményeket a 8. ábra mutatja be.



8. ábra: A logopédia és a logopédus „összehasonlítása”

Ezúttal is számszerűsítettem, hogy a fenti két fogalom hány alkalommal hív elő olyan képet a válaszadókból, ami közvetlenül személyhez (pl. „gyermek, felnőtt, stb.”) kapcsolódik. Ilyen esemény 534 alkalommal figyelhető meg a 10. kérdésre adott összes válaszból. Ezek közül 447 esetben (83,7%) a *logopédushoz* kapcsolódva jelennek meg. Ez látható a 9. ábrán.



9. ábra: Személy kapcsolása a logopédus szóhoz

5.2. Korosztályok – ellátás nélkül – tevékenységek

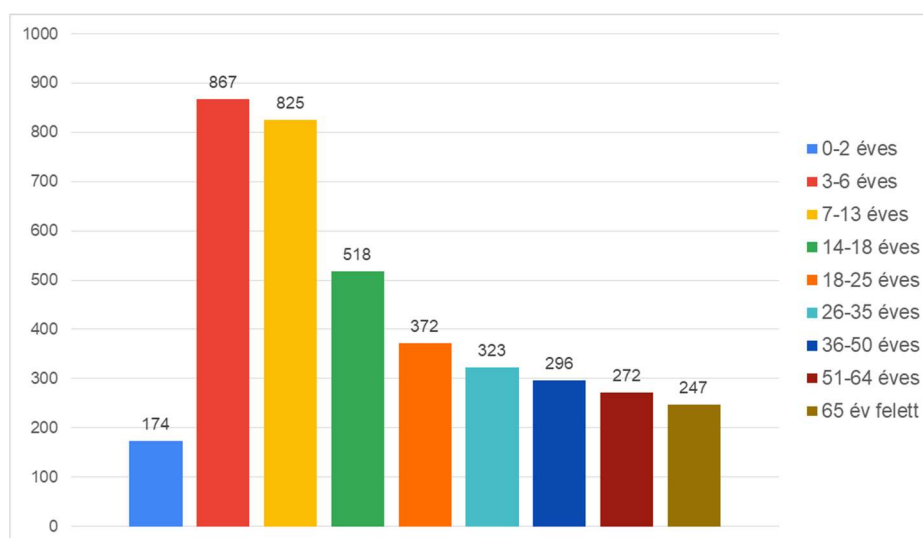
A címben szereplő kifejezések vizsgálata a 12., 26. és 27. kérdésekben történt meg. Mindhárom esetben – 912 értékelhető válasz – a kitöltőnek választani kellett az előre megadottak közül, több válasz is jelölhető volt. A kérdések: *Ön szerint*

- egy logopédus milyen korosztály ellátását végzi? (12.)
- egy logopédiai probléma megfelelő ellátás nélkül okozhat... (26.)
- a felsorolt tevékenységek közül melyiket végzi logopédus? (27.)

A három kérdés egy pontban kerül tárgyalásra, ugyanis a kiértékelés során a válaszaik között erősebb korreláció volt kimutatható (a korreláció-mátrix az 1. Mellékletben, 12.–26. között 0,3486; 12.–27. között 0,4939; 26.–27. között 0,5697).

5.2.1. Milyen korosztályt lát el egy logopédus?

A 12. kérdés eredményei megnyugtatók: van olyan aspektusa a logopédiának, amivel kapcsolatban a magyar lakosság *szinte teljes mértékben* tájékozott. A válaszadók 95,1%-a tudja,

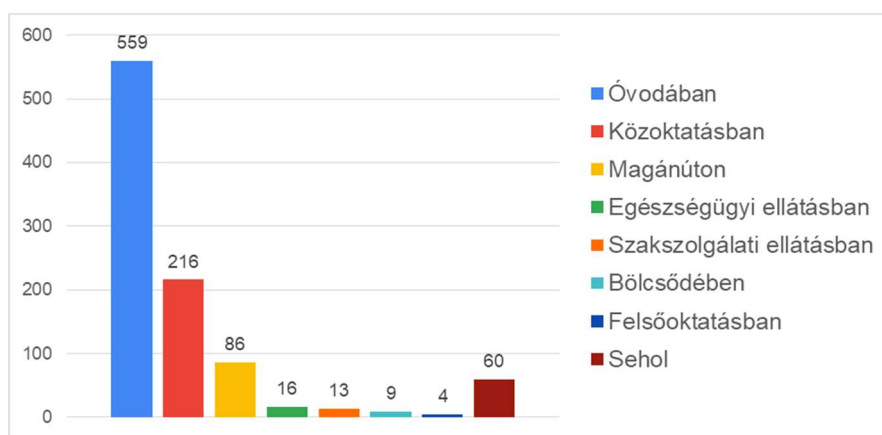


10. ábra: A korosztályra vonatkozó kérdésre kapott válaszok megoszlása

logopédusok dolgoznak *óvodákban* és helyben javítják a beszédhibákat. A kitöltők alig kisebb arányban (90,5%) azt is tudják, hogy a logopédiai szolgáltatást általános iskolában is igénybe vehetik. Több, mint felük (56,8%) előtt ismert, hogy még középiskolában is lehet logopédushoz fordulni. Érdekes, hogy ezen túl egyenletesen kezd csökkenni a kitöltők azon része, akik szerint adott korosztályban fel lehet keresni logopédiai szakembert. Ám még 65 év felett is másfélszer annyian mennének logopédushoz (27,1%), mint vinnék oda bölcsődés korú gyermeküket (19,1%), amint azt a 10. ábra mutatja.

A kérdésnél megadott minden válasz kiválasztható és *helyes* volt. A válaszok megoszlásának magyarázatát megtaláljuk a következő kérdésre adott válaszok gyakoriságaiban.

A 21. kérdésben annak járt utána, hogy „*hol találkozott a kérdőívet kitöltő logopédussal vagy logopédiai ellátással*”. A 21. kérdésre meg lehetett jelölni több, előre megadott választ, de volt lehetőség saját válasz megfogalmazására is. Mivel ezzel sokan (131 fő) éltek is, így a feldolgozása a korábban ismertetett szófelhő módszerrel történt. A válaszolók nagy többsége óvodában (559 fő, 61,3%), iskolában (216 fő, 23,7%), illetve magánúton (86 fő, 9,4%) jutott logopédushoz. Elenyésző kisebbség jelölt meg más helyszínt (kórházat, szakszolgálatot, bölcsődét, felsőoktatást): összesen 42 fő (4,6%). A válaszadók közül 60 fő (6,6%) még sehol sem találkozott logopédiai ellátással. A kapott válaszok megoszlásai a 11. ábrán láthatók.

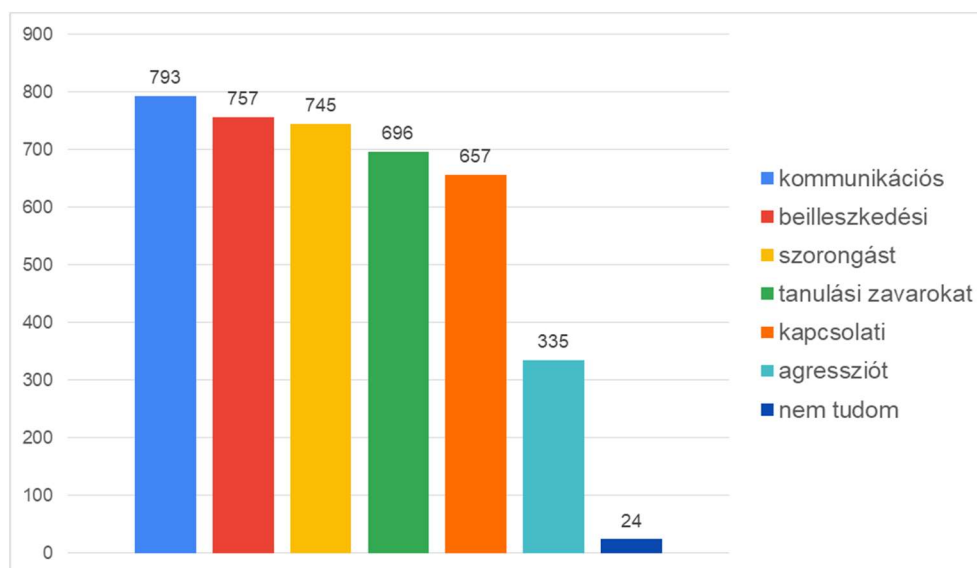


11. ábra: Hol találkozott logopédiai ellátással?

5.2.2. Milyen későbbi problémát okozhat egy nem kezelt logopédiai kórkép?

Bármely terápia esetében nemcsak az elsődleges fontosságú, hogy időben észlelni lehessen magát a problémát és így időben megkezdeni a kezelését, hanem az is, hogy a lehetséges páciensek tisztában legyenek az elmaradó terápia szinte biztosan vagy éppen esetlegesen bekövetkező következményeivel.

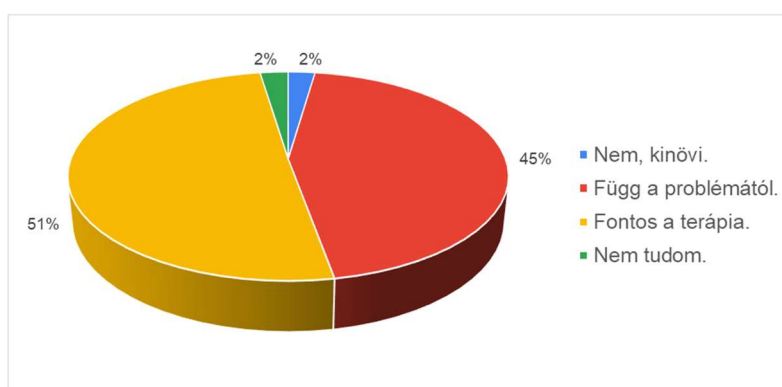
Bizonyos kórképek esetén az elmaradó szűrés és kezelés következményei nem annyira látványosak, nem feltétlenül járnak konkrét fájdalommal, esetleg munkaképtelenséggel. Vannak azonban olyan kórképek, melyek idővel maguktól nem gyógyulnak, nem múlnak el. Ezekhez az idő előrehaladtával a betegek alkalmazkodnak, az életük részévé válik és sem környezetük, sem ők maguk nem fordítanak energiát arra, hogy időben változtassanak azon, amely hosszú távon az életminőséget is nagymértékben ronthatják. Fontos ismerni, hogy milyen mértékben vannak a felnőttek tisztában a várható következményekkel. Sőt, nemcsak fontos, saját személyes felelősségük: a gyermeket vállalók, a gyermek jól létének, lehető legjobb jövőjének biztosítását is vállalják. A 26. kérdés eredményeit a 12. ábra mutatja be.



12. ábra: Kezeletlen logopédiai problémák következményei a válaszadók szerint

A válaszadók több, mint fele (53,6%-a) legfeljebb egy választ hagyott bejelöletlenül. A kommunikációs problémáktól (87,0%-uk jelölte meg) nagyjából egyenletesen csökken a válaszok száma a társas kapcsolati problémákig (72,0%). Az agressziót azonban már csak alig több, mint a kitöltők harmada (36,7%) kapcsolja össze logopédiai kórképpel. Érdekes lenne ezt is fókuszba helyezni: az agressziót sok esetben érthetetlennek vagy gyermekkori traumának tekinti a közvélekedés, pedig akár viszonylag egyszerűen orvosolható probléma is állhat a háttérben.

A 25. kérdés is szorosan kapcsolódik az előbbiekhöz: *a gyermekkori logopédiai kórkép okozhat-e problémát felnőttkorban*. A 912 válasz nagyjából fele-fele (44,9% és 50,6%) jelölte azt, hogy *függ a problémától*, illetve *igen, fontos a megfelelő terápia* (13. ábra).



13. ábra: Logopédiai kórkép okozhat-e problémát felnőttkorban?

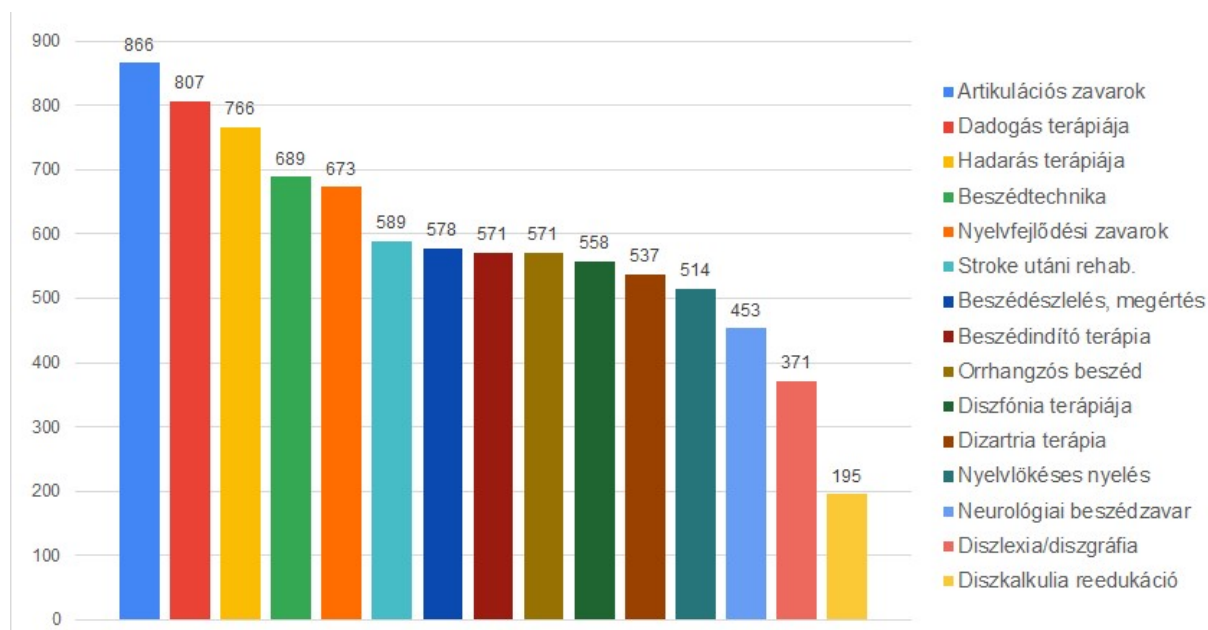
5.2.3. Mivel foglalkozik egy logopédus?

A 27. kérdés előre megadott válaszai szakszerűen, de a nem szakemberek számára is érthetően lettek megfogalmazva (hogymérhető legyen az átlagember logopédiai tudása). A kitűzött célt sikerült elérni, mindössze 5 fő (0,5%) választotta a *nem tudom* lehetőséget.

A terápiákat ismertség alapján négy nagy csoportba sorolhatjuk. Az első a dobogósok: az *artikulációs zavarokat* 95,0% jelölte, második a *dadogás* (88,5%), harmadik a *hadarás* (84,0%) lett. Kissé lemarad a második csoport: a *beszédtechnikát* és a *nyelvfejlődési zavarokat* 75,5% és 73,8% adta meg. A harmadik csoportba sorolhatók azok, amiket még mindig a kitöltők legalább fele megjelölt (határesetként a neurológiai beszédzavar elfogadható 49,7%-kal).

Bár elsőre nem túl nagy, de feltűnő törés következik, ahogy elérünk az utolsó két oszlophoz (negyedik csoport). A *diszlexia/diszgráfia* még 40,7%-on teljesít, de a *diszkalkulia* már ennek is felére esik vissza (21,4%). Ennek okai valószínűleg komplexek, érdemes lenne őket feltárni (utóbbi esetén például feltételezhető, hogy a kitöltők a matematikai készségeket teljesen elkülönítik a logopédiai ellátástól).

Az eredményeket a 14. ábra mutatja be.



14. ábra: Tevékenységek, amelyeket a kitöltők a logopédusokhoz kötnek

A három kérdést összefoglalva kijelenthető, hogy korrelációs kapcsolatuk mögött jól látható trendet találunk: az emberek a logopédiát alapvetően a hangok, a beszéd problémáinak elsősorban kisgyermekkorban történő javításaival azonosítják.

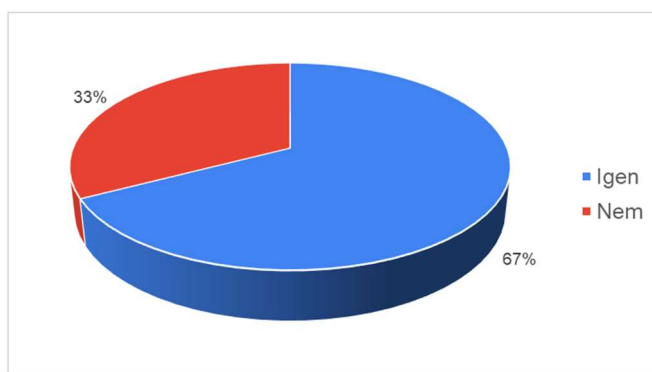
5.3. Kitöltők saját tapasztalatai

A kérdőív egésze a válaszadók benyomásaira, tapasztalataira épít, azonban bizonyos kérdéscsoportok a konkrétan megtörtént eseményekre kérdeznek rá. Ilyen kérdés a 13., ami az után érdeklődik, hogy „*a válaszadónak (vagy közvetlen környezetében élőknek) volt-e szüksége már logopédiai ellátásra*”. Erre a kérdésre „*Igen*”, illetve „*Nem*” válasz volt adható.

Először azt szeretném megállapítani, hogy a kérdőív ezen része is megbízható. Ezt arra alapozom, hogy a 13. kérdést az ezt követő, 14. kérdéssel (milyen problémával fordultak logopédushoz), illetve a 28. kérdéssel („*Volt-e Önnek nagyon negatív vagy nagyon pozitív élménye a logopédiai ellátással kapcsolatban?*”) vetem össze. A 14. nyílt végű, míg a 28.-ra három válaszlehetőséget adtam meg (*pozitív, negatív, nem volt*). A kérdések közötti korrelációk értékeit tartalmazza a mellékletben található 2. táblázat. A 13.–14. kérdés között 0,6716, a 13.–28. között 0,7207, míg a 14.–28. között 0,5470 a korreláció: megállapítható, hogy a kitöltők komolyan vették a feladatot.

5.3.1. Önnek, vagy környezetében élőknek volt-e szüksége logopédiai ellátásra?

A 13. kérdésből kiderült, hogy a válaszadók több, mint kétharmada (614 fő, 67,3%) már vagy járt logopédusnál, vagy rokonának, ismerősének volt szüksége logopédiai ellátásra (15. ábra).

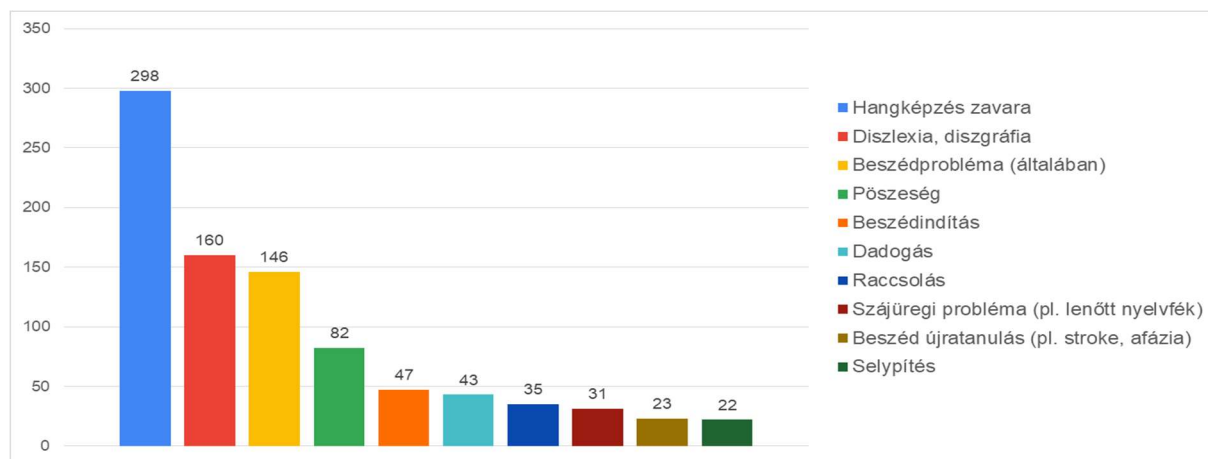


15. ábra: Terápián résztvevők megoszlása

5.3.2. A terápiában érintettek problémái

A 14. kérdés azt igyekezett felmérni, hogy milyen konkrét problémával járt logopédusnál a fenti 614 fő, aki saját bevallása szerint érintett volt valamilyen logopédiai terápiában. Válaszaikat a 16. ábra mutatja be. A válaszokat ebben a kérdésben is szófelhő módszerrel elemeztem. A kitöltők legnagyobb része (de így is kicsit kevesebb, mint felük: 48,5%) az általános *hangképzést* jelölte meg. A 27. kérdéssel összevetve érdekes, hogy ennek nagyjából felével második a *diszlexia / diszgráfia* (26,1%), majd ezt szorosan követi az általános *beszédprobléma*

(23,8%). Ismét egy „feleződés” következik: a pöszeség még 13,4%-kal éppen felette van a 10%-nak, de utána minden alatta: a beszédindítást már csak 7,6% írta (feleződés). Az ábrán nincs jelölve további hét konkrét, illetve egyéb probléma (összesen 76-szor szerepelnek: 12,4%). A problémák többsége fiatal korhoz kapcsolódik, 23 esetben van idősebbeket érintő kórkép.

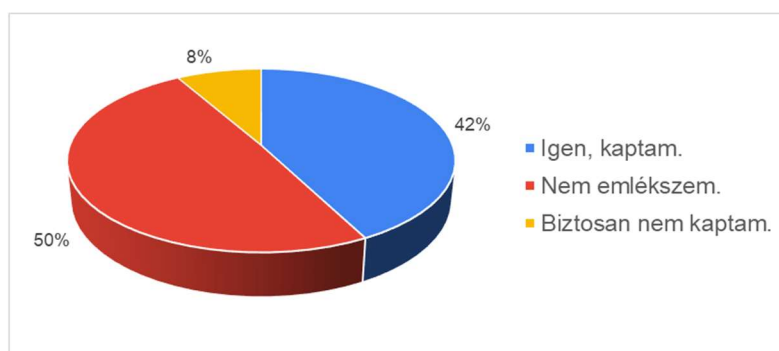


16. ábra: A válaszadók által megtapasztalt logopédiai problémák

5.3.3. Terápiával kapcsolatos tájékoztatás és otthoni gyakorlás

Minden terapeuta egyik legfontosabb feladata a bizalom kiépítése. Ennek elengedhetetlen feltétele, hogy a klienst vagy pácienszt részletesen informálja az előtte álló folyamatról. A 15. kérdés arra kérdezett rá, hogy az ellátottak kaptak-e tájékoztatást a terápiáról. A 614 fő gyakorlatilag fele nem emlékszik (49,4%). Valószínűleg vagy régen volt és/vagy rövid volt a saját terápia, vagy az ismerőssel/rokonokkal erről nem esett szó (17. ábra).

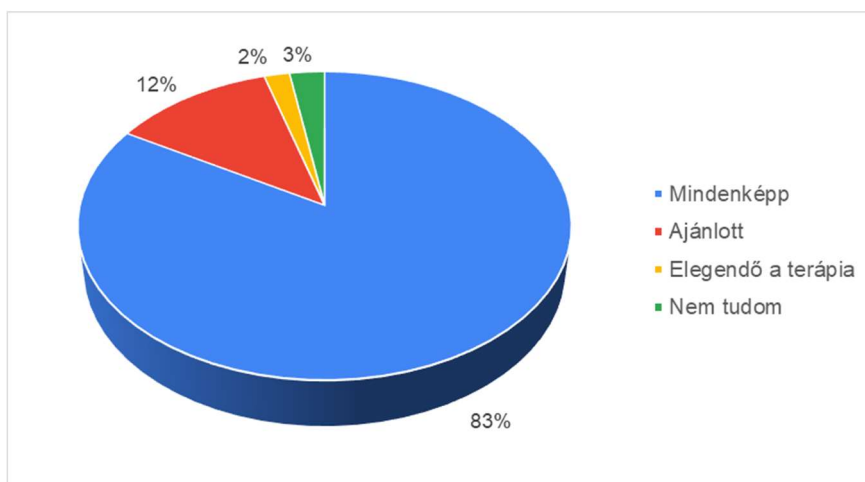
51 fő biztosan állította, hogy nem részesült tájékoztatásban.



17. ábra: Kapott-e tájékoztatást a terápiáról?

A terápiával kapcsolatos kutatás része a 24., négy előre megadott válaszlehetőséget tartalmazó kérdés („Hasznosnak tartja a terápián kívüli otthoni foglalkozást?”, 18. ábra). A kérdésre 912 értékelhető válasz érkezett (csak egy választ lehetett megjelölni). 738 fő (80,9%) azt jelölte meg, hogy „Igen, mindenképp”. A 21. ábra mutatja ezt be.

Hozzávéve a 125 főt (13,7%), aki szerint „csak” *ajánlott* otthon is foglalkozni a terápiás feladatokkal, máris 863 főt kapunk, ami a válaszadók 94,6%-a: szinte mindenki szerint fontos a terápia melletti otthoni gyakorlás is.



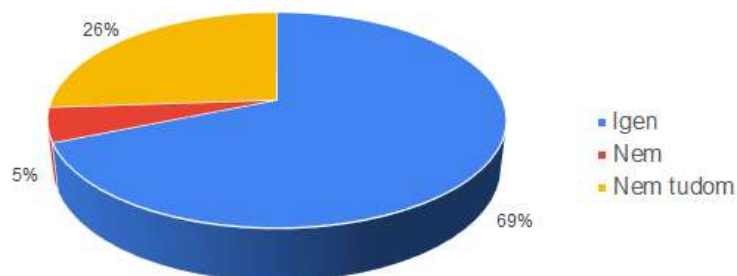
18. ábra: Fontosnak tartja-e az otthoni gyakorlást?

6. A klinikai logopédiáról kapott eredmények

6.1. Logopédus a kórházban

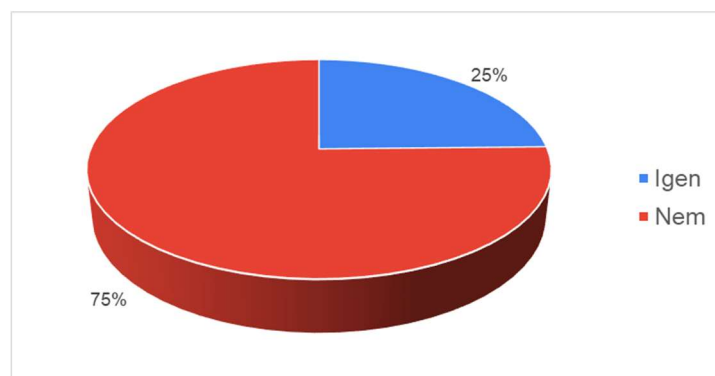
A 30. kérdés nyitotta a kérdőív utolsó részét, amely a címben említett témát vezeti be: „*Ön szerint dolgozhat logopédus kórházban?*”. A kérdés zárt végű, három lehetőséget felajánlva, melyek közül egyet lehetett választani („*Igen*” – „*Nem*” – „*Nem tudom*”).

A kérdésre 912 értékelhető válasz érkezett. Azok vannak többségben (627 fő, 68,7%), akik szerint dolgozhat. Bizonytalanok a kérdésben 238-an (26,1%). Nemet összesen 47 fő (5,2%) válaszolt, amit a 19. ábra adatai szemléletesen mutatnak.



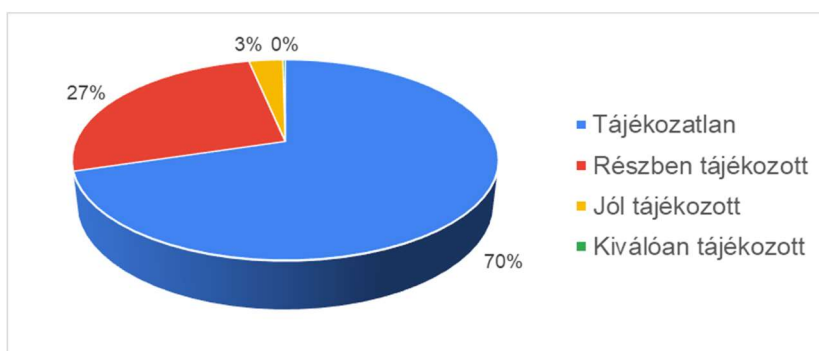
19. ábra. Dolgozhat logopédus kórházban?

Szintén eldöntendő kérdés volt a 32.: „*hallottak-e már a kitöltők a klinikai logopédiáról*” (igen vagy *nem*). Erre a kérdésre is 912 értékelhető válasz érkezett, melyek háromnegyede volt tagadó (687 fő, 75,3%-a). Csak 225 fő (24,7%) válaszolt igennel (20. ábra).



20. ábra: Hallott már a klinikai logopédiáról?

A 31. kérdés arra kérte a válaszadókat, írják le, hogyan képzelik, *milyen tevékenységet végez kórházban a logopédus*. A válaszok alapján létrehozott szófelhők alapvetően kevesebb elemet tartalmaznak, mint a 11. vagy 19. kérdésre kapott válaszok esetén, de maga az eljárás semmi másban nem változott. Az eredményeket a 21. ábra mutatja be.

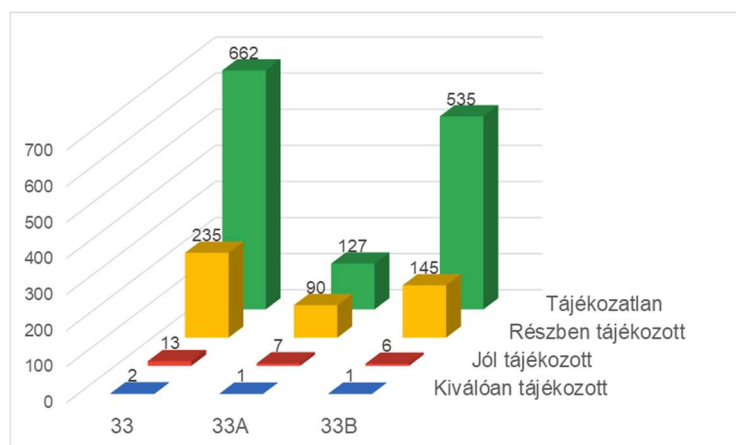


21. ábra: A klinikai logopédus munkájának ismertsége

A kiértékelés alapján összesen 2 fő (0,2%) *tájékozott kiválóan* a kérdésben. A *jól tájékozottak* már 28-an vannak (3,1%), *részben tájékozottnak* tekinthetünk 241 főt (26,4%). Ez a három kategória még mindig nem éri a 30%-ot, vagyis *tájékozatlannak* tekinthető a kitöltők 70,3%-a, összesen 641 fő.

Az eredmény egybeesik azzal, hogy az emberek a logopédiai tevékenységet a kisgyermekkorban felmerülő beszédproblémák ellátásával azonosítják.

A csoport utolsó, 33. kérdése azt firtatta, hogy *milyen típusú problémával foglalkozhat egy klinikai logopédus* (nyílt, 912 értékelhető válasz). Ezt először szófelhő módszerrel elemeztem, majd két részre osztottam a kitöltőket aszerint, hogy a 32. kérdésre mit válaszoltak: a klinikai logopédiáról értesült – tehát igennel válaszolt – 225 fő alkotják a 33A jelű feleleteket, a többi 687 fő – tehát a nemet választók – válasza a 33B jelűek. Az eredmények a 22. ábrán láthatók.



22. ábra: A klinikai logopédus által kezelt problémákat ismerők megoszlása

Az ábráról leolvasható, hogy azok között, akik hallottak már a klinikai logopédiáról, jóval kisebb arányban vannak a tájékozatlanok, mint azok között, akik nem (56,4% a 77,9%-kal szemben). Ennek megfelelően a valamilyen szinten tájékozottak aránya pedig a duplája: 43,6% szemben a 22,1%-kal.

Végül a fejezet zárásaként a kiértékelt eredmények Pearson-féle korrelációit adom meg (3. melléklet). A 30.–31. között 0,3711; a 32.–33A. között 0,5787; a 33.–33A. között 0,5938, a 33.–33B. között pedig 0,7112. (A 32., a 33A. és a 33B. között enyhe, de negatív a kapcsolat.)

6.2. Logopédiai ellátásra szoruló betegek a kórházban

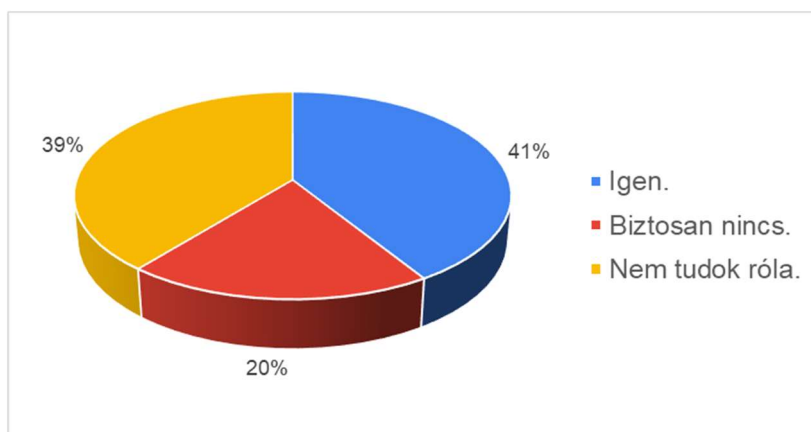
A 34. – 36. kérdések a kitöltők stroke-on átesett, beszédhibás betegek ellátottságára, a kitöltők tapasztalataira kérdeztek rá. Az utolsó három kérdésre kapott válaszok közötti korreláció erős: 34.–35. között 0,8672; 34.–36. között 0,6509 és 35.–36. között 0,8607 (4. melléklet).

A 34. kérdés azt tisztázta, hogy a kitöltők „*családjában, ismeretségi körében van-e agyi érkatasztrófát (stroke-ot) túlélte személy*”. Az előre megadott lehetőségek „*Igen*”, „*Biztosan nincs.*” és „*Nem tudok róla.*” volt. A kitöltők 41,1%-a számolt be arról (375 fő), hogy ismer stroke-on átesett beteget. A válaszok megoszlása a 2. táblázatban és a 23. ábrán látható.

2. táblázat: Stroke-ot túlélte személyek az ismeretségi körben

	Fő	%
Igen.	375	41,1
Biztosan nincs.	180	19,7
Nem tudok róla.	357	39,2
Összesen	912	100

Forrás: Saját szerkesztés, saját kérdőív 34. kérdése alapján



23. ábra: Stroke-ot túléltek az ismeretségi körben

A 35. kérdés eggyel tovább lépett és azt vizsgálta, hogy „*fellépett-e az illetőnél beszédprobléma*”. Ez is zárt végű kérdés volt, három lehetőséggel: „*Igen.*”, „*Nem.*” és „*Nem tudok róla.*”. Az előző kérdésre igennel felelő 375 fő válaszainak gyakoriságát és arányát tartalmazza a 3. táblázat.

3. táblázat: Stroke-ot túléltek beszédproblémás személyek az ismeretségi körben

	Fő	%
Igen.	255	68,0
Nem.	83	22,1
Nem tudok róla.	37	9,9
Összesen	375	100

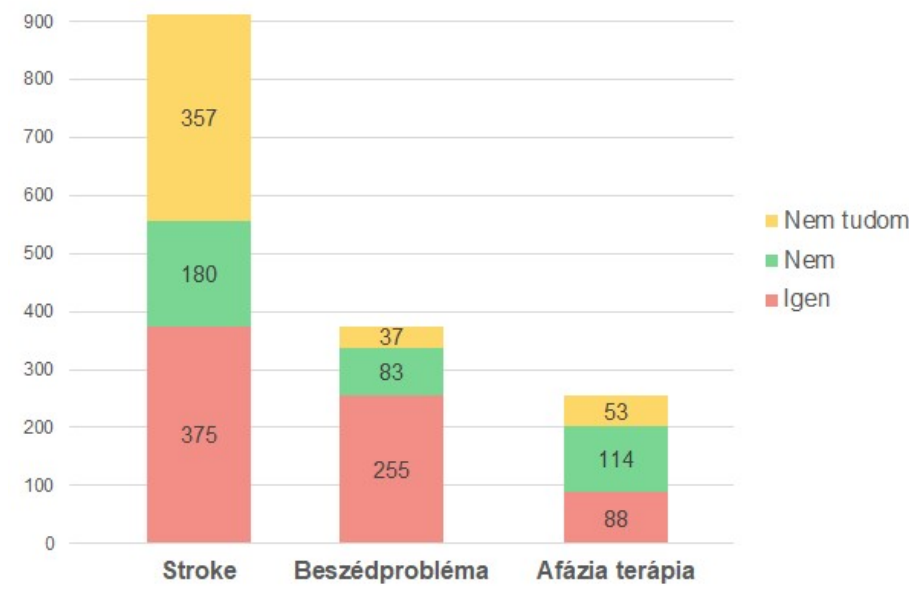
Forrás: Saját szerkesztés, saját kérdőív 35. kérdése alapján

A 36. kérdésnél a 35.-re igennel válaszoló 255 fő felelete került kiértékelésre. A kérdésre érkezett 88 *igen*, 53 *nem tudom* és 114 *nem* válasz. Az eredmények a 24. ábrán és a 4. táblázatban láthatóak.

4. táblázat: Stroke utáni beszédproblémával küzdők terápiás ellátottsága

	Fő	%
Igen.	88	34,5
Nem.	114	44,7
Nem tudom.	53	20,8
Összesen	255	100

Forrás: Saját szerkesztés, saját kérdőív 36. kérdése alapján



24. ábra: Beszédproblémás stroke túlélők terápiás ellátottsága

A terápiát nem kapó 114 fő aránya a stroke-on átesett 375 beteg között 30,4%, az összes 912 kitöltő számához viszonyítva 12,5%. Mindent egybevetve is magas arányszám, szignifikánsan jelen levő réteg. A három kérdésben bizonytalanok – „nem tudom” lehetőséget jelölők – száma 447 fő, az összes kitöltő 49%-a. Ha közöttük is feltételezzük a 12,5%-os arányt, akkor közülük mintegy 56 fő ismer olyat, aki nem kapott terápiát. Ez összesen 170 főt jelentene a 912-ből, ami 18,6%. A 18,6% egy durva becslés arra a kapott adatok alapján, hogy mennyien lehetnek valójában azok, akiknek bár afázia miatt szüksége lenne rá, de nem kapnak segítséget.

7. Hipotézisek értékelése

H1. Az első hipotézis teljesült, ugyanis 614 fő (67,3%) nyilatkozta azt, hogy valamilyen formában kapcsolatba került logopédiai ellátással.

H2. A második hipotézis teljesült, ugyanis a kitöltők 63,4%-a (578 fő) nem rendelkezett mélyebb ismeretekkel. (Mélyebb ismeret: válaszában legalább kettő konkrét vagy legalább öt általános kulcsszót használt.)

H3. A harmadik hipotézis részben teljesült: az óvodát 559 kitöltő jelölte meg (61,3%), míg a bölcsődét csupán 9 fő (1%).

H4. A negyedik hipotézis nem teljesült, mert a terápiában részesülők 42%-a (258 fő) adta azt a választ, hogy kapott tájékoztatást.

H5. Az ötödik hipotézis nem teljesült, mert a kitöltők 94,6%-a (863 fő) szerint ajánlott otthon is foglalkozni a terápiás feladatokkal, csupán 2%-uk mondta, hogy elegendő a kapott terápia.

H6. A hatodik hipotézis nem teljesült, mert a kitöltőknek több mint fele, 460 fő (50,4%) nyilatkozott úgy, hogy fontos a megfelelő terápia.

H7. A hetedik hipotézis teljesült, a kitöltők 70,3%-a (641 fő) nem volt tisztában a klinikai logopédus munkájával. (Válaszában 0 konkrét kulcsszó jelent meg.)

H8. A nyolcadik hipotézis teljesült: a kitöltők 41%-ának (375 fő) ismeretségi körében van stroke-on átesett személy.

H9. A kilencedik hipotézis nem teljesült, az érintettek 68%-a (255 fő) számolt be fellépő beszédproblémáról.

H10. Az utolsó hipotézis nem teljesült, az érintettek 44,7%-a (114 fő) nem kapott ellátást.

8. Összegzés

A kutatásnak vannak korlátai, egyrészt a minta nem tekinthető reprezentatívnak. Másrészt maga az is korlátot jelent, hogy több volt az online kitöltés, mint a papír alapú beadvány: ezek mind torzító hatásúak lehetnek. A jövőben nagyobb hangsúlyt kell fektetni a papír alapú adatgyűjtésre, ezáltal elérni még több internettel nem rendelkezőt, illetve bővíteni az idősebb korosztálybeli kitöltők számát.

Az adatok feldolgozása és a hipotézisek kiértékelése után kijelenthetem, hogy a felmérés elérte a célját. Egy alapos, átfogó képpel rendelkezem a logopédia magyarországi ismertségéről és sokkal többről is: olyan adatok birtokába jutottam, amelyek újabb kérdéseket és azokkal együtt újabb kutatási, fejlődési lehetőségeket vetnek fel. A válaszadók hiányos ismeretekkel rendelkeznek a gyermekeket érintő kórképek kapcsán. Arra a kérdésre, hogy mivel foglalkozik egy logopédus, a specifikus tanulási zavarokat említették, jelölték a legkevesebben, annak ellenére, hogy a diszlexia, diszgráfia és diszkalkulia is viszonylag gyakori kórkép. A diszlexia/diszgráfiát a kitöltők 40,7%-a, a diszkalkuliát 21,4%-a jelölte meg, mint logopédus által kezelt kórképet. A kezeletlen specifikus tanulási zavarok számos problémát okozhatnak akár későbbi tanulmányok során, akár felnőtt korban. Logopédiai ellátást igénybe vehető korosztályok esetében a kitöltők a legfiatalabb (0-2 éves kor) korosztályt jelölték a legkevesebben: 174 fő, ami a kitöltők 19,1%-a. Annak ellenére, hogy a logopédus is nagy szerepet kap a korai intervencióban és prevencióban, valamint a korai fejlesztésben egyaránt. Ezt követte a legidősebb korosztály – 65 év felettiek – 247 fővel (27,1%). Ez is azt mutatja, hogy az emberek nagyrészt az óvodás és iskolás korú gyerekek ellátásával azonosítják a logopédiai tevékenységet.

Fejlesztendő területként kell azonosítani a klinikai logopédiáról való ismeretek bővítését: bár a kitöltők többsége el tudja képzelni, hogy logopédus dolgozhat kórházban, mégis nagyobb részük a munkáját a nevelési intézményben végzett tevékenységgel azonosítja. Szintén fejlesztendő terület a felnőttkori kórképek azonosítása, illetve érdemes mélyebben tanulmányozni a válaszadók által jelölt kórképek eloszlásának okait is. A kitöltők 41,1%-a (375 fő) számolt be arról, hogy ismeretségi körében van stroke-ot túlélő személy, akiknek 68%-ánál alakult ki beszédprobléma. A stroke után beszédproblémával küzdők (255 fő) közül 114 fő biztosan nem kapott megfelelő logopédiai ellátást. Bár stroke után nem garantált a beszéd teljes helyreállítása logopédiai terápiával sem, mégis a terápia segíthet a betegnek érzelmei, akarata, szükségletei kifejezésére, ezáltal segítve őt a kommunikációs nehézségei miatt kialakuló szorongás csökkentésében, így megelőzve az esetleges depressziót – ami gyakori az afáziás betegeknél – és javítva életminőségén.

Az eredmények alapján megállapítható, hogy a jelen kutatás hiánypótló jellegű. Roppant fontos lenne ennek részletesebb vizsgálata, ugyanis az emberek egyes területeken csekély ismeretekkel rendelkeznek úgy az általános, mint a klinikai logopédiával kapcsolatban. Az ismerethiány vezethet a megfelelő és időben elkezdett ellátás elmaradásához mind a gyermekek, mind a felnőttek esetében.

Irodalom

Jogszabályok, rendeletek

15/2013. (II. 26.) EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=a1300015.emm> (2022.11.04)

63/2021. (XII. 29.) ITM rend. a pedagógusképzés képzési terület egyes szakjainak képzési és kimeneti követelményeiről <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=A2100063.ITM> (2022.11.04)

2/2004. (XI. 17.) EüM rendelet az egészségügyi szolgáltatók és működési engedélyük nyilvántartásáról, valamint az egészségügyi szakmai jegyzékről <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=a0400002.eum> (2022.11.04)

60/2003. (X. 20.) ESzCsM rendelet az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges szakmai minimumfeltételekről <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=a0300060.esc> (2022.11.04)

1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=99700154.tv> (2022.11.04)

20/1996. (VII. 26.) NM rendelet az otthoni szakápolási tevékenységről <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=99600020.nm> (2022.11.04)

9/1993. (IV. 2.) NM rendelet az egészségügyi szakellátás társadalombiztosítási finanszírozásának egyes kérdéseiről <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=99300009.nm> (2022.11.04)

Szakirodalom

Barnáné Gedó, E., Szekrényesné Juhász, M., Gárdonyiné Kocsi I., Szabó E. & Nagy O. (2009). *A beszéd fogyatékos felnőttek helyzete Magyarországon*. ÖNkorPress Kiadói Kft.

Berényi, M. & Katona, F. (2014). *Fejlődésneurológia*. Medicina Könyvkiadó Zrt.

Bittera, T. & Juhász, Á. (1991). *A megkésett beszédfejlődés terápiája*. Nemzeti Tankönyvkiadó.

Démosszthenesz Egyesület (2013). Gondolatok a felnőtt beszédhibások helyzetéről. <http://www.mimnet.hu/publikaciok/gondolatok-a-felnott-beszedhibasok-helyzeterol> (2022.11.04)

W. Ellis, A. (2004). *Olvasás, írás és diszlexia*. Tas-11 Kft.

Falus, I. (1996). *Bevezetés a pedagógiai kutatás módszereibe*. Keraban Kiadó.

Fehérné Kovács, Zs. (2004). Fejlesztő diagnosztika a logopédiában. In Gordosné Szabó Anna. *Gyógyító pedagógia*. Medicina Könyvkiadó Zrt.

Frint, T. (1982). *A hangképzés és zavarai, beszédzavarok – Foniátria*. Medicina Könyvkiadó Zrt.

Gárdonyiné Kocsi I. (szerk.) (2020). *Felnőttek logopédiai vizsgálata. Logopédusok diagnosztikai kézikönyve*. NFSZK Nonprofit Kft.

Gordosné Szabó, A. (2012). *Bevezető általános gyógypedagógiai ismeretek*. Nemzeti Tankönyvkiadó.

Gordosné Szabó, A. (2000). A fogyatékos gyermek az óvodában és az iskolában. In Dr. Illyés Sándor, *Gyógypedagógiai Alapismeretek* (pp. 329-356). ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskolai Kar.

Gósy, M. (1995). *A beszédészlelési és beszédmegértési folyamat zavarai és terápiája*. ELTE BGYFK.

Hachinski, V. & Hachinski, L. (2005). *Stroke – Alapvető ismeretek az agyvérzésről és az agyi infarktusról*. Hajja és fiai Könyvkiadó.

Hegyí, Á. (2011). *Afáziaterápiák – Javaslat az afázia kognitív nyelvi terápiájára*. Geobook Hungary Kiadó.

Hirschberg, J., Hacki, T. & Mészáros, K. (2013). *Foniátria és társtudományok I.-II. kötet*. ELTE Eötvös.

Horváth M., Sz. (szerk.) (2011). *A kommunikáció fejlődése és idegi eredetű zavarai*. Animal-Med.

- Illyés, S. (1980). *Gyógypedagógiai alapismeretek*. Tankönyvkiadó.
- Isépy, M. (1996). *Gyógypedagógia*. Comenius Bt.
- Kálmán, Zs. & Könczei, Gy. (2002). *A Taigetosztól az esélyegyenlőségig*. Osiris Kiadó Kft.
- Kanizsai, D. (2016). *A beszédhibák javítása. Útmutató és gyakorlókönyv*. Eötvös József Könyvkiadó.
- Kas, B. (2021). Mesterszinten a logopédia: az új mesterképzési szak háttere és szakmai koncepciója. *Logopédia*, 5. http://mlszsz.hu/files/folyoirat/Logopedia_2021.pdf (2022.11.04)
- Komoly, S. & Palkovits, M. (2018). *Gyakorlati neurológia és neuroanatómia*. Medicina Könyvkiadó.
- Központi Statisztikai Hivatal (2022). 23.1.1.1. Az oktatás főbb, hosszú idősoros adatai [ezer fő]* - Stadat tábla (összefoglaló). https://www.ksh.hu/stadat_files/okt/hu/okt0006.html (2022.11.04)
- Krasznárné Erdős, F. & Feketéné Gacsó, M. (szerk.) (2005). *Tanulmányok az afázia témaköréből*. Eötvös Kiadó.
- Magyar Stroke Társaság (2022). https://www.doki.net/tarsasag/stroke/info.aspx?sp=55&web_id= (2022.11.04)
- Makovicsné Landor, E. (2007). *A stroke betegek rehabilitációja*. Semmelweis ETK.
- Mesterházi, Zs. (szerk.) (1999). *Diszkalkuliáról – pedagógusoknak*, ELTE BGGyFK.
- Mesterházi, Zs. (szerk.) (2001). *Gyógypedagógiai Lexikon*. ELTE BGGyFK.
- Mészáros, A. & Kas, B. (2008). A kognitív funkciók megismerésének szerepe a nyelvfejlődési zavar diagnosztikájában. *Gyógypedagógiai Szemle*, 36 (2)
- Montágh, I. Montághné Riener, N. & Vinczéné Bíró, E. (2018). *Gyakori beszédhibák gyermekkorban*. Holnap Kiadó Kft.
- Nagy, Z. (szerk.) (1994). *Stroke ellátás*. Springer-Verlag Kiadó.
- Nemzeti Erőforrás Minisztérium (2010). A Nemzeti Erőforrás Minisztérium szakmai protokollja a cerebrovaszkuláris betegségek ellátásáról. https://www.hbcs.hu/uploads/jogszabaly/515/fajlok/szakmaiiranyelv_cerebrovaszkularis_betegsegek.pdf (2022.11.04)
- Óváry, Cs. (2014): *A stroke epidemiológiája és a stroke-ellátás szervezésének kérdései az epidemiológiai adatok tükrében Magyarországon*. Doktori értekezés, Semmelweis DI.
- Rosengren, K. E. (2008). *Kommunikáció*. Typotex Kiadó Kft.
- Pléh, Cs. & Lukács, Á. (2014). *Pszicholingvisztika 1-2. kötet*. Akadémiai Kiadó.
- Subosits, I. (2002). *Szép szónak nem szegik szárnyát – A helyes beszéd*. Logopédia Kiadó GMK.
- Szócs, I., Bereczki, D. & Belicza, É. (2016). A stroke-ellátás hazai eredményei a nemzetközi adatok tükrében. *Orvosi Hetilap* 157 (41) 1635–1641.
- Torda, Á. (2000): Beszédhibás gyermekek az óvodában és az iskolában. In Dr. Illyés Sándor, *Gyógypedagógiai alapismeretek* (pp. 573-600). ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskolai Kar.
- Vassné Kovács, E. & Fehérné Kovács, Zs. (2002. 06. 20.). A logopédia jövője [előadás]. *A MFFLT és a MAGYE közös szakmai konferenciája*.
- Vértes O., A. (1956). *A beszédhibákról*. Akadémiai Kiadó.
- Vidović M, Sinanović O, Sabaskić L, Haticić A, & Brkić E. (2011) Incidence and types of speech disorders in stroke patients. *Acta Clin Croat*. 2011 Dec;50(4):491-4. PMID: 22649878.
- Zakariás L. & Kas B. (2016). Zavar a beszéd tervezésében: a szerzett beszédapraxia etiológiai, diagnosztikai és terápiás vonatkozásairól. *Logopédia*, 1 (1) 23–39. http://mlszsz.hu/files/folyoirat/Logopedia_2016-1.pdf (2022.11.04)
- Zászkaliczky, P. & Verdes, T. (2004). *Tágabb értelemben vett gyógypedagógia*. ELTE Eötvös.