

ПЛАНИРАНЕ НА ЛОГОПЕДИЧНАТА ТЕРАПИЯ В УСЛОВИЯТА НА ТЕЛЕПРАКТИКА

Елена Бояджиева-Делева

Резюме: Телепрактиката е предоставяне на интервенции (диагностика, терапия, консултиране и менторство) от разстояние, при което телекомуникационните средства поддържат връзката между логопеда, пациента, неговите близки и други специалисти. Преминването от директна към дистанционна форма на логопедична работа изисква преформулиране на терапевтичните цели и адаптиране на задачите и средствата за постигането им така, че да се осигури максимална ефективност на терапията. Целта на настоящото изследване е да установи как се оценява влиянието на телепрактиката върху компонентите на терапевтичното планиране в случаите, когато интервенция и каква дистанционната работа е единствената възможна форма на логопедична е субективната оценка за предимствата и недостатъците ѝ от специалистите на базата на собствения им опит. Анкетирани са 23 логопеди, реализиращи се във всички сфери: образование, здравеопазване, социално подпомагане и изцяло с частна практика. Получените резултати могат да послужат за отправна точка при планирането на логопедични терапевтични стратегии в условията на телепрактика и осмисляне на основните им компоненти: времеви, технически и технологичен, съдържателен и методически.

Ключови думи: телепрактика, логопедична терапия, планиране, адаптиране, ограничения на дейността

SPEECH AND LANGUAGE THERAPY PLANNING IN TELEPRACTICE

Elena Boyadzhieva-Deleva

Abstract: Telepractice is the provision of interventions (diagnosis, therapy, counseling and mentoring) from a distance, in which telecommunications provide the medium for the interactions between the speech therapist, the patient, the latter's relatives and other professionals. The transition from direct to remote form of speech therapy work requires a reformulation of therapeutic goals and an adaptation of the tasks and the means to

achieve them, so as to ensure maximum effectiveness of therapy. The aim of the present study is to establish how the impact of telepractice on the components of therapeutic planning is assessed in cases where remote work is the only possible form of speech therapy intervention as well as what is the professionals' subjective assessment of its advantages and disadvantages based on their own experience. Twenty-three speech therapists from all kinds of spheres were interviewed: education, healthcare, social assistance and private practice. The obtained results can serve as a starting point in the planning of speech therapy strategies in the conditions of telepractice and in the understanding of their main components: temporal, technical and technological, content-related and methodological.

Keywords: telepractice, speech and language therapy, planning, adaptations, activity limitations

Телепрактиката (още дефинирана като телерехабилитация и телездраве) е форма на предоставяне на логопедични услуги от разстояние, когато има различни пречки пред реализирането на пряка интервенция (ASHA, 2019; Krikheli et al., 2017; Overby, 2018). При телепрактиката се използват различни технологии, които опосредстват прекия контакт между логопеда, пациента и неговото семейство или между двама специалисти, с което се цели да се осигури продължаваща терапия, текуща диагностика, консултиране и/или супервизия. Средствата на телекомуникацията са основни при телепрактиката, но не я изчерпват – важно е да се помни, че ефективната терапия или подпомагаща стратегия се изгражда около съдържанието, а не около технологиите (Curtiss et al., 2016). Установено е, че изграждането на сигурна доверителна връзка между логопеда като терапевт и неговия пациент не зависи от това дали терапията се провежда лице в лице или дистанционно (Freckmann, Hines, Lincoln, 2017). Основната цел на телепрактиката е да осигури непрекъснатост на логопедичната терапия в случаите, когато посещенията в кабинета и/или домашните посещения от логопеда са невъзможни поради затруднено придвижване, липса на транспорт, големи разстояния и отдалеченост, продължителен отпуск, неочаквани ангажименти или други непредвидени обстоятелства. Освен с мястото, телепрактиката решава и редица проблеми с времето на терапията, тъй като модерните технологии дават възможност за отложена подкрепа чрез работа със записи, а не в реално време.

Телепрактиката е форма на работа, използвана от логопедите по целия свят от повече от 20 години. Приложението ѝ традиционно е най-засилено в райони с ниска гъстота на населението, където

териториалният фактор е основна пречка пред директния достъп и пряката работа. Първите системни проучвания за прилагането на телепрактиката са свързани с терапия на заекване при деца и възрастни (Goranova, 2020). С течение на времето телепрактика в различна форма започва да се прилага към целия спектър комуникативни нарушения, дори и към такива, които обичайно се определят като подходящи само за директна, пряка интервенция – нарушения на храненето и гълтането при деца и възрастни, миофункционални нарушения, дизартрии, спастична дисфония и афазия след инсулт (Grillo, 2017; Macoir et al., 2017; Raatz, Ward, Marshall, 2020; Rangarathnam et al., 2015). С това започват да се натрупват и все повече доказателства за ефективността на логопедичната терапия от разстояние. Телепрактиката се възприема широко при ранната интервенция и превенция при бебета и малки деца до 3-годишна възраст под формата на непряка интервенция – обучение на родителите и други грижещи се и консултиране на изпълнението на задачите чрез директен видео или телефонен контрол (Bachmeyer-Lee et al., 2020; Snodgrass et al., 2017). Добри резултати се съобщават и при работата с възрастни пациенти (предимно с афазия), при които основната цел е възстановяването на функционалната комуникация, а употребата на устройства и технологии за допълваща и алтернативна комуникация е търсен резултат (Hall, Boisvert, Steele, 2013; Macoir, et al., 2017; Weidner, Lowman, 2020). Някои изследователи остават скептични към резултатността на телепрактиката под формата на терапия за деца в начална училищна възраст, като посочват, че голяма част от специфичните терапевтични задачи се трансформират в учебни и се редуцират значително (Wales, Skinner, Nauman, 2017).

Въпреки че телепрактиката не е напълно непозната за българските логопеди, до началото на 2020 година тя е възприемана по-скоро като нова и нетрадиционна форма на работа и рядко се прилага. Избухналата пандемична криза принуди голяма част от логопедите у нас да приемат предизвикателството на телепрактиката. Това постави редица въпроси относно начина на организация на сесиите, приложимостта към различни нарушения, реализацията на терапевтичните цели и осигуряването им чрез подходящи задачи, както и за ефикасността и ефективността на подобна форма на логопедични интервенции в родни условия. Резултати от сходно на настоящото изследване показват, че броят лица, подпомогани чрез телепрактика към началото на извънредното положение през март 2020 г. е с 54,5% по-малък спрямо броя лица, включени в група за логопедична подкрепа по кабинетите към началото на учебната 2019/2020 г. Сред причините за това са както технически и технологични ограничения, така и отказът на родители и логопеди от прилагане на дистанционна терапия поради субективното ѝ оценяване като неприложима. Показателно за готовността и нагласите към телепрактиката у нас е и това, че

редуцирането засяга подпомаганите лица от логопеди, работещи във всички сфери: образование, здравеопазване, социална работа и частно практикуващи (Boyadzhieva-Deleva, 2020).

Преминаването към нова форма на предоставяне на интервенция изисква преустройство и адаптация на терапевтичната стратегия към новите условия. Това налага да се потърсят отговори на основните К-въпроси, стоящи в основата на терапевтичното планиране:

- *кога* ще се провежда терапията спрямо учебната заетост на детето, работното време на неговите родители или на възрастния пациент и работното време на логопеда;
- *колко* време може да продължи една терапевтична сесия, като се вземат под внимание хигиенните изисквания към работата с екрани и устройства и зависимостта на активното внимание и работоспособността от съсредоточаването в екран;
- *колко* на брой сесии могат да се планират в условията на дистанционна работа така, че да се удовлетворят очакванията на родителите/възрастните пациенти и същевременно да се постигнат реални резултати;
- *къде* и *как* ще се провежда терапията, какво средство на телепрактиката ще се предложи и избере, така че да се отговори на техническата и технологичната компетентност както на детето/възрастния и близките му, така и на логопеда;
- *как* могат да се преформулират водещите терапевтични цели и дали това е постижимо при някои нарушения;
- *какво* трябва да се осигури като ресурс и материали, така че адаптираните цели да могат да се реализират и какви са подходящите за това задачи;
- *кой* от близките може да сътрудничи с техническа поддръжка и кой може да бъде привлечен като ко-терапевт, респективно – обучен така, че телепрактиката да послужи и като средство за непряка интервенция;
- *какви* други съпътстващи терапии са необходими на детето/възрастния и възможно ли е в рамките на телепрактиката ефективното екипно сътрудничество между логопеда и другия специалист (психолог, ерготерапевт, ресурсен учител) при всички гореизборени условия.

ПОСТАНОВКА НА ИЗСЛЕДВАНЕТО

Целта на настоящото изследване е да установи как се оценява влиянието на телепрактиката върху компонентите на терапевтичното планиране в случаите, когато дистанционната работа е единствената възможна форма на логопедична интервенция и каква е субективната

оценка за предимствата и недостатъците ѝ от специалистите на базата на собствения им опит.

За целта е разработена анкета в онлайн формат за логопеди, които предоставят услуги изцяло дистанционно за поне едно лице, за период от най-малко 5 седмици. На този критерий отговарят 23-ма респонденти от общо 40 първоначално запитани.

Анкетата е анонимна и съдържа 11 въпроса (4 демографски и 7 съдържателни) със затворен избор, с отворено свободно попълване и 5-степенна Ликертова скала. Демографските въпроси събират данни за: пол, възраст; години професионален опит (в интервали с долна граница под 5 г. и горна над 30 г.) и месторабота (столица, голям град, малък град, село). Съдържателните въпроси са насочени към сферата на реализация (образователна, социална, здравеопазване или изцяло частна практика); броя лица (деца и възрастни), с които се работи само чрез телепрактика от 13.03.2020 г. и след това, но за не по-малко от 5 седмици; вида нарушения, включени в телепрактиката; използваните средства за телепрактика; определяне на степента на влияние на дистанционната форма на работа над компонентите на терапевтичното планиране: време и място на осъществяване; честота и продължителност на сесиите; очертаване на приоритетни области за терапия; планиране на дългосрочни и краткосрочни цели; подбор на задачи и средства; въвличане на родители и/или други специалисти като партньори в терапията. Последните два съдържателни въпроса са насочени към субективна оценка на телепрактиката като ефективна или неефективна чрез изброяване на предимства и недостатъци, отнесени към конкретните случаи, с които се работи и на базата на личния професионален анализ на казусите, включени в практиката на всеки един логопед.

РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ

В групата на анкетираните има 22 жени и 1 мъж. Средната им възраст от 36,6 г. и натрупаният им в интервала между 10 и 15 г. опит показва, че повечето са специалисти в средата на професионалния си път, което поражда очаквания за рутина и изградени работни навици, от една страна, а от друга – гъвкавост и творчество в решаването на проблеми. Повече от половината анкетирани работят в столицата (13 души), а останалите в провинцията (8 в голям град и 2 в малък град). Най-голяма е групата на частно практикуващите (16 логопеди), а останалите групи са с равномерно разпределение (сфера образование – 3; сфера здравеопазване – 2; сфера социално подпомагане – 2).

Общият брой лица, подпомагани изключително чрез телепрактика за период от поне 5 седмици, е 175 или средно по 7-8 души на логопед. Отнесено към сферата на професионална реализация на логопедите,

разпределението на подпомаганите лица има следния вид (табл. 1):

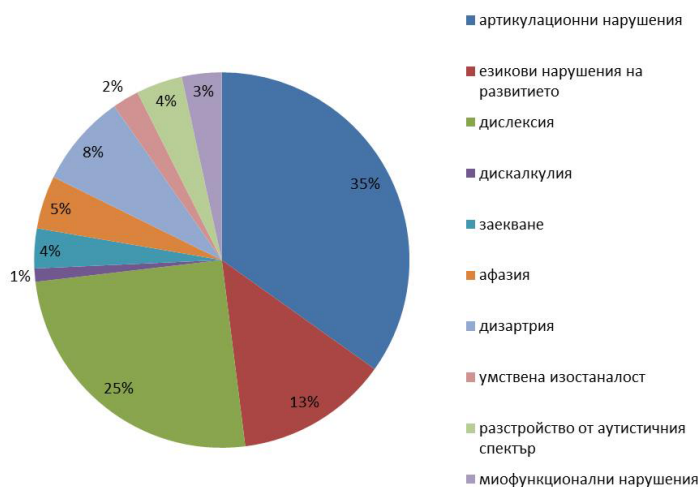
Таблица 1. Разпределение на подпомаганите чрез телепрактика лица спрямо сферата на реализация на логопеда

Сфера на реализация	Брой логопеди (N=23)	Брой подпомагани лица (N1=175)
Частна практика	16	[2]*, [1], [3], [1], [4], [6], [5], [3], [4], [3], [1], [5], [2], [1], [9], [1] (Общо 51)
Образование	3	[26]; [27]; [34] (Общо 87)
Здравеопазване	2	[8]; [2] (Общо 10)
Социално подпомагане	2	[15]; [12] (Общо 27)

* в квадратни скоби е посочен броят лица, за които съобщава всеки логопед

Данните в таблица 1 показват, че броят подпомагани лица от логопедите, работещи в сферата на образованието, значително надвишава броя подпомогнати в частната практика както на база сравнение на броя лица, подпомагани от един логопед, така и на база общ брой лица към сфера на реализация. Това може да се обясни на първо място с факта, че след обявяването на извънредното положение през март 2020 г. логопедите, работещи в училища, детски градини и центрове за подкрепа на личностното развитие, бяха заставени да изпълняват служебните си задължения онлайн, подобно на колегите си учители. Формулирането на въпроса в анкетата допуска да се дава информация за отминал период на телепрактика и вероятно анкетираниите логопеди от сфера образование са имали предвид именно времето от втория срок на учебната 2019/2020 г, като са посочили пълняемостта на групите си. Аналогична е ситуацията и с логопедите в социалната сфера, макар че голяма част от центрoвете за социална рехабилитация и интеграция не преустановиха директната си работа. По неофициални данни, получени в неформални разговори с частно практикуващи логопеди, самите родители не винаги са склонни да продължат терапия онлайн, предвид спецификата на работата и цената на услугата.

Вероятно последното твърдение има връзка и с вида нарушения, с които логопедите работят чрез телепрактика. Броят подпомагани лица (N1=175), разпределени според вида комуникативно нарушение, е представен във фигура 1.



Фиг. 1. Вид комуникативни нарушения, подпомагани чрез телепрактика (N1=175)

В диаграмата присъстват почти всички комуникативни нарушения. Изключение правят гласовите нарушения, които все по-рядко присъстват в практиката на логопедите у нас, детската говорна апраксия и децата със сензорни нарушения. Спецификата на работата при говорна апраксия изисква изключително присъствие на мултисензорни подходи и силна застъпеност на тактилно-кинестетичната обратна връзка, което може да обясни и отсъствието на деца с това нарушение от групите за телепрактика. Колкото до деца със сензорни нарушения, дори и в пряката работа те не рядко са приоритет на слухово-речев рехабилитатор, учител на деца с нарушено зрение или ресурсен учител, като обяснение за липсата на тези деца в групата подпомагани лица отново може да се търси в спецификата на подходите в логопедичната работа с тях. Най-големи са дяловете на артикулационните нарушения и дислексите (съответно 35% и 25% от подпомаганите лица). Те са включени в групите на логопеди от всички сфери. Характерът на нарушенията позволява оптимално използване на технологиите за работа от разстояние, като това се подкрепя и от многобройните приложения и адаптирани материали, които са достъпни свободно в интернет и социалните мрежи. Останалите нарушения са по-малко застъпени, с по 2 до 7 случая, подпомагани отново от логопеди от всички сфери. Макар и не висок, процентът на обхванатите възрастни пациенти с афазия (5%) и дизартрия (8%) надвишава този на останалите нарушения. При отговорите не става ясно дали става дума за придобита или развитийна дизартрия. Разпределението на нарушенията спрямо сферата на реализация показва съответно: за афазия – 1 пациент в частен кабинет, 6 в кабинети към центрове за социална рехабилитация

и интеграция и 1 пациент в логопедичен кабинет към здравен център; за дизартрия – 1 пациент в частен кабинет, 12 в социален и 1 в кабинет към здравен център.

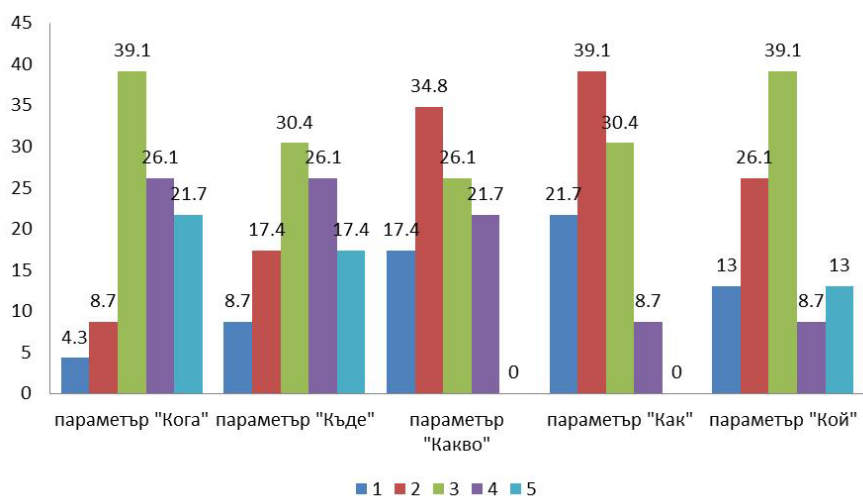
Следващият въпрос в анкетата е насочен към установяване на средствата, чрез които се предоставя телепрактика (в свободен отговор). Резултатите показват следното: повече от половината логопеди (13 ИЛ) са избрали само едно средство; двама използват по две различни; двама – по три средства; шестима анкетирани използват 4 и повече средства за предоставяне на терапия дистанционно. Предпочитани за телепрактика са следните платформи, приложения и телекомуникации (табл. 2):

Таблица 2. Предпочитани телекомуникационни средства при телепрактика

Средство	Брой логопеди (N=23)	Брой прилагани средства	Брой логопеди (N=23)
Зуум (Zoom)	14	По 1	13
Електронна поща (e-mail)	10		
Месинджър на фейсбук (FBMessenger)	7	По 2	2
Вайбър (Viber)	7		
Мобилен телефон	6	По 3	2
Тиймс (MS Teams)	3		
Школо БГ (SchkoloBG)	1	По 4 и повече	6
Джимси (Jitsi Meet)	1		

Съществената част на проучването са отговорите на последните три въпроса, насочени към субективна оценка на ефекта от телепрактиката върху планирането на терапията и изброяване на до 5 предимства и до 5 недостатъка от нея, отнесени към личния опит и преките професионални наблюдения. Деветият въпрос е формулиран по следния начин: „Как определяте влиянието на работата в дистанционна форма над различните аспекти на планирането на логопедичната терапия?“. Той се разделя на 5 подвъпроса, които конкретизират всеки от петте основни параметъра на терапевтичното планиране, зададени като К-въпроси и отнасящи се до следните аспекти: време на провеждане на сесията, брой сесии за седмица, продължителност на сесията (Параметър „Кога“); място на провеждане и избор телекомуникационно средство (Параметър „Къде“); планиране на дългосрочни и краткосрочни цели, съответни на приоритетните за терапията области на развитие (Параметър „Какво“); планиране на задачи и подходящи средства за постигане на целта (Параметър „Как“); осигуряване сътрудничество от близките и други специалисти при необходимост от

съпътстващи терапии (Параметър „Кой“). Отговорите се дават като оценка на влиянието чрез избор в 5-степенна Ликертова скала със следните оценки: 1 – изцяло негативно; 2 – по-скоро негативно; 3 – и позитивно, и негативно, според разликите в гледната точка на логопеда и лицето/родителя/специалиста; 4 – по-скоро позитивно; 5 – изцяло позитивно. Обобщените оценки на анкетираните са представени във фигура 2:



Фиг. 2. Оценки на логопедите за влиянието на телепрактиката върху основните параметри на терапевтичното планиране

В параметър „Кога“ най-голям процент анкетирани (39,1%) определят влиянието на телепрактиката като едновременно позитивно и негативно според промените в гледната точка на логопеда, лицето и привлечените други възрастни. Интерпретацията на този резултат се подпомага от анализа на последните два въпроса в анкетата, които търсят изброяване на предимства и недостатъци при личния професионален опит с дистанционната терапия. В отговорите на респондентите присъстват следните позитивни твърдения: „удобно време за сесиите“; „спестява време за придвижване до кабинета“; „лесно съчетаване с работното време на родителите“. Сред твърденията, описващи недостатъците, са: „занятията трябва да се провеждат извън работното време на логопеда, за да може да се осигури помощ за детето от работещия родител след приключването на неговия работен ден“; „злоупотребява се с личното време на логопеда“; „съобразяването с работното време на родителите, които трябва да помагат в онлайн занятията, и увеличеното време за подготовка ми създаде усещане за безкраен работен ден и осемдневна работна седмица“; „сесиите са с по-голяма продължителност от обичайното, защото често има технически проблеми“; „отнема много време за организация и подготовка на материали, които иначе са налични в кабинета“ и др.

Като количествено обобщение все пак повечето анкетирани (47,8%) определят влиянието на телепрактиката върху времевия параметър като положително, а едва 13% го приемат като отрицателно.

Аналогични са отговорите за влиянието върху параметъра място и подбора на телекомуникационните средства. Около 1/3 от логопедите посочват двоякото влияние на телепрактиката, зависещо от гледната точка и определяно за положително за едната страна и отрицателно за другата страна в триадата логопед – пациент – подпомагащи близки. Позитивните твърдения, извлечени чрез десетия въпрос, включват: „има голямо разнообразие от приложения, които мога да предложа на детето“; „мога да работя по пижама в хола и не е нужно да пътувам до кабинета“; „платформата, с която работя, позволява запис и така мога да анализирам какво съм постигнала във времето“; „мога да предам материалите за работа наведнъж“; „интерактивните приложения мотивират и ангажират децата повече, по-интересно им е“; „имам трудно подвижни пациенти, които не идваха редовно в кабинета... онлайн занятията им позволяват да работят редовно“. Като недостатъци на телепрактиката по отношение на параметър „Къде“ и използваните средства се посочват: „детето не може да се справи само с устройството и онлайн часа винаги ангажира родител“; „качеството на интернет връзката понякога е много лошо“; „пациентът много лесно се уморява пред компютъра и се налага да говорим по телефона или да изпращам материали по имейл. Така не можем да постигнем реални резултати!“; „приложенията, които предлагам за работа, не винаги са достъпни на родителите“ и др.

Най-негативни оценки получава влиянието на телепрактиката върху съдържателните параметри на терапевтичното планиране, свързани с определянето на приоритетните сфери и поставянето на цели (параметър „Какво“), формулирането на терапевтични задачи и подбора на средства за терапия в дистанционна форма (параметър „Как“). Ефектите на телепрактиката върху целеполагането се определят като изцяло негативни и ограничаващи дейността от 17,4% и като по-скоро негативни от 34,8%, като процентът отговорили аналогично за подбора на задачите е дори по-висок: 21,7% за изцяло негативни и 39,1% за по-скоро негативни. Процентът анкетирани, които приемат ефекта на телепрактиката върху тези компоненти като двояк, остава почти непроменен спрямо предишните два параметъра – 26,1% за „Какво“ и 30,4% за „Как“ – идентично число с това при параметър „Къде“. Това може да се обясни с мнението на част от анкетираниите, че използването на устройства и интерактивни приложения е лесно, достъпно и мотивира повече децата. Някои от анкетираниите посочват като предимства на телепрактиката, че „...използването на интерактивни игри и онлайн задачи ми позволи да постигна резултати, които не съм

очаквала“; „дистанционната терапия извади от детето умения, за които не подозирах, то е много по-мотивирано да участва активно в упражненията“; „на децата им е по-интересно“; „говорим на езика на съвременните деца“. Сред твърденията, очертаващи недостатъците на двата съдържателни компонента на планирането, са: „загуби се усещането за реален контакт“; „няма възможност за пряк контрол над изпълнението на задачите“; „не мога да осигуря качествена демонстрация и подкрепа на изпълнението на упражненията, дори и да дам ясна инструкция“; „откъснахме се от живия контакт и мотивацията на детето за работа намаля, моята също“; „не е възможно да се дават някои упражнения, като например масажи и артикулационна гимнастика“; „има материали, които не могат да се използват и да се адаптират (игрочки, сензорни игри, предмети и др.)“; „нямат контрол над часа, когато детето се разсея и в стаята няма възрастен“. Въпреки многообразието от негативни оценки, все пак параметър „Какво“ и параметър „Как“ се определят като по-скоро позитивни съответно от 21,7% и 8,7% от анкетираниите. Очевидно при телепрактика по-лесно остава да се очертаят приоритетните за терапия области и да се определят целите ѝ, отколкото да се предвидят конкретни задачи за решаването им. Всъщност, преминаването към нова форма на предоставяне на логопедична терапия не би трябвало да изисква преформулиране или поставяне на нови цели – основните адаптации следва да засегнат задачите и средствата за реализирането им. Именно това положение се потвърждава от получените мнения.

Влиянието на телепрактиката върху включването и участието на родителите или други близки и сътрудничеството с други специалисти се оценява от 39,1% като двойко и зависещо от гледната точка на логопеда или пациента/семейството. Тук броят отговорили е идентичен с този при параметър „Кога“ и това е обяснимо, предвид дадените мнения, че времето за терапия трябва да се съобрази с времето на родителите/близките. Същият брой анкетирани (39,1%) приемат влиянието на телепрактиката върху този параметър за изцяло негативно или по-скоро негативно, а 21% го смятат за по-скоро позитивно или изцяло позитивно. Интересен факт е напълно равният брой анкетирани, разположени в двата крайни полюса на скалата при „изцяло негативно/позитивно“ – по 13% в подкрепа и на двете твърдения. Ролята и мястото на родителите в логопедичната терапия е предмет на множество дискусии и извън ситуацията на дистанционна терапия. В условия, които категорично изискват присъствие и участие (макар и в различна степен) на родителя в рамките на самата сесия (а не пред кабинета), мненията на логопедите се разделят още по-категорично. Сред твърденията, посочващи повишеното участие на родителя като едно от преимуществата на телепрактиката, са: „родителите разбраха същността на работата на логопеда“; „родителите разбраха какво

точно се изисква от детето, защо му е толкова трудно и какво трябва наистина да направят“; „родителите се включват много по-активно“; „има условия за по-качествено упражняване на придобитите в кабинета умения в различни ситуации навън“; „по-бързо се затвърждават новите умения“. От друга страна негативните ефекти на телепрактиката върху родителското участие в терапията се оценяват чрез коментари като: „много се увеличават ситуациите на намеса на родителя“; „родителят изземва ролята ми на терапевт“; „родителят редовно отговаря вместо детето“; „без да искам ставам свидетел на конфликти с детето или с партньора по време на часа“. Връзката между „Кой“ и „Кога“ си проличава в твърдения като „занятието се провежда по всяко време, няма нужда от пътуване до логопеда и детето по-рядко пропуска часове, родителите намират време по-лесно“.

Респондентите изброяват и предимства и недостатъци, които засягат планирането и ресурсите за терапия като цяло. Един от тях е финансовият ресурс, който е до голяма степен определящ за частно практикуващите. По този параметър влиянието на телепрактиката се оценява като двояко чрез следното твърдение на един от анкетираните: „Работата дистанционно се предлага на по-ниски цени, което е добре за родителите, но се отразява на приходите на практиката.“ Друг параметър е личностният, който по-скоро очертава индивидуални качества на логопеда като терапевт, отколкото ефектите на телепрактиката и си проличава в твърдения като „трудно се постига съгласие с родителите“, „имам вътрешни съпротиви спрямо дистанционната логопедия“.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Планирането на логопедичната терапия е процес, който до известна степен зависи от формата на предоставяне на услуги. Въпреки това, независимо дали се планира в пряка или дистанционна форма, логопедичната терапия трябва да си поставя реалистични, изпълними, обозрими и измерими цели, които да се реализират в адаптирани задачи и чрез адекватни средства. Разнообразието от комуникативни нарушения, за които у нас се предлага дистанционна подкрепа, следва тенденцията на нарастващото приложение на тази форма на логопедична интервенция в световен план, независимо от внезапно възникналите обстоятелства около Ковид-кризата. Същевременно натрупването на емпирични доказателства за ефикасността и ефективността на телепрактиката при различна комуникативна патология тепърва предстои да се осигури. Резултатите от проведеното проучване могат да се използват като основа за подобряване на терапевтичното планиране за различни нарушения в условията на телепрактика, както и като отправна точка за бъдещи изследвания в областта.

БИБЛИОГРАФИЯ

- American Speech-Language-Hearing Association, ASHA. (2019). *Telepractice: An Overview* Available from: https://www.asha.org/practice-portal/professional-issues/telepractice/#collapse_2.html.
- Bachmeyer-Lee, M.H., Kirkwood, C.A., Sheehan, C.M., Gibson, A.L., Shuler, N.J., & Keane, J.A. (2020). Utilizing in-vivo feedback for caregivers training of pediatric feeding protocols, *Journal of Applied Behavioral Analysis*, DOI: 10.1002/jaba.693.
- Boyadzhieva-Deleva, E. (2020): Бояджиева-Делева, Е. (2020). Лозопедична терапия в условията на извънредно положение: предимства и недостатъци на мелепратиката *Knowledge International Journal*, vol. 40, No.4, 681-686, ISSN 2545-4439 (for printed version), ISSN 1857-923X (for e-version) <http://ikm.mk/ojs/index.php/KIJ/article/view/3940> [Boyadzhieva-Deleva, E. (2020). Speech and language therapy in state of emergency: advantages and disadvantages of telepractice, *Knowledge International Journal*, vol. 40, No.4, 681-686, ISSN 2545-4439 (for printed version), ISSN 1857-923X (for e-version), <http://ikm.mk/ojs/index.php/KIJ/article/view/3940>].
- Curtiss, S., Pearson, J., Akamoglu, Y., Fisher, K.W., Snodgrass, M., Meyer, L., Meadan, H., & Halle, J. (2016). Bringing instructional strategies home: reaching families online, *Teaching Exceptional Children*, 48(3), pp.159-167. DOI: 10.1177/0040059915605816.
- Freckmann, A., Hines, M., & Lincoln, M. (2017). Clinicians' perspectives of therapeutic alliance in face-to-face and telepractice speech-language pathology sessions. *International Journal of Speech and Language Pathology*, Jun; 19(3): 287-296, DOI: 10.1080/17549507.2017.1292547.
- Goranova, E. (2020): Горанова, Е. (2020). Телепратиката и биофийдбек методът в помощ на лице, което заеква. Описание на случай, *Специална педагогика и лозопедия*, том 1, ISSN 2683-1384, 91-104. [Goranova, E. (2020). Telepractice and the biofeedback methodology in assistance to an individual who stutters. A case study, *Special Education and Speech & Language Therapy*, vol.1, ISSN 2683-1384, 91-104].
- Grillo, E. (2017). Results of a survey offering clinical insights into speech-language pathology Telepractice methods, *International Journal of Telerehabilitation*, 9(2), 25-30, DOI: 10.5195/ijt.2017.6230.
- Hall, N., Boisvert, M., & Steele, R. (2013). Telepractice in the assessment and treatment of individuals with aphasia: a systematic review, *International Journal of Telerehabilitation*, 5(1), 27-38, DOI: 10.5195/ijt.2013.6119.
- Krikheli, L., Carey, L.B., McDonald, C.E., & Malik, N. (2017). Telehealth use in Speech-Language Pathology: An exploratory scoping review (prepared for Cabrini Health, Victoria). Melbourne: La Trobe University, Participatory Field Placement Report, pp. 1-52. Retrieved from <http://hdl.handle.net/1959.9/563260>.
- Macoir, J., Sauvageau, V.M., Boissy, P., Tousignant, M., & Tousignant, M. (2017). In-home synchronous telespeech therapy to improve functional communication in chronic poststroke aphasia: Results from a quasi-experimental study. *Telemedicine*

- Journal and E-Health*, 23, 630–639. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28112589>.
- Overby, M. (2018). Stakeholders' qualitative perspectives of effective telepractice pedagogy in speech-language pathology, *International Journal of Language and Communication Disorders*, January–February, 53(1), 101–112. DOI: 10.1111/1460-6984.12329.
- Raatz, M., Ward, E., & Marshall, J. (2020). Telepractice for the delivery of pediatric feeding services: a survey of practice investigating clinician perceptions and current service models in Australia, *Dysphagia*, vol. 35, 378–388. DOI: 10.1007/s00455-019-10042-9.
- Rangarathnam, B., McCullough, G., Pickett, H., Zraick, R.I., Tulunay-Ugur, O., & McCullough, K. (2015). Telepractice versus in-person delivery of voice therapy for primary muscle tension dysphonia, *American Journal of Speech-Language Pathology*, vol. 24, pp. 386–399. DOI:10.1044/2015_AJSLP-14-0017.
- Snodgrass, M.R., Chung, M.Y., Biller, M.F., Appel, K.E., Meadan, H., & Halle, J.W. (2017). Telepractice in speech-language therapy: the use of online technologies for parent training and coaching, *Communication Disorders Quarterly*, 38(4), 242–254, DOI: 10.1177/1525740116680424.
- Wales, D., Skinner, L., & Hayman, M. (2017). The efficacy of telehealth-delivered speech and language intervention for primary school-age children: A systematic review. *International Journal of Telerehabilitation*, 9(1), 55–70. DOI: 10.5195/ijt.2017.6219.
- Weidner, K., & Lowman, J. (2020). Telepractice for adult speech-language pathology services: a systematic review, *Perspectives of the ASHA Special 326 Interest Groups*, Vol. 5, 326–338. DOI: 10.1044/2019_PERSP-19-00146.

За автора:

Гл. ас. г-р Елена Бояджиева-Делева
Факултет по науки за образованието и изкуствата
Катедра „Специална педагогика и логопедия“
Контакт: адрес: София 1574, бул. „Шипченски проход“ № 69А
E-mail: e.deleva@fppse.uni-sofia.bg

Научни интереси: Развийни и придобити говорни нарушения, езикови нарушения на развитието, ранна интервенция и превенция на комуникативни нарушения, логопедична оромоторна терапия, диагностика при говорни нарушения
Брой публикации: 50 публикации, от които 4 книги (1 монография, 3 учебни помагала).

About the author:

Head Assist. Prof. Elena Boyadzhieva-Deleva, PhD
Sofia University “St. Kliment Ohridski”
Faculty of Educational Studies and the Arts
Department of Special Education and Speech Therapy
Contact: Bulgaria, Sofia, 69A, Shipchenski prohod Blvd
E-mail: e.deleva@fppse.uni-sofia.bg

Science interests: Developmental and acquired speech disorders, developmental language disorders, early intervention and prevention of communication disorders, oral motor speech therapy, diagnostics in speech disorders

Number of Publications: 50 (1 monography, 3 student books and science articles)

КЛИНИЧНИ КОМПЕТЕНЦИИ НА ЛОГОПЕДА ПРИ ДИАГНОСТИЦИРАНЕТО И ТЕРАПЕВТИРАНЕТО НА ДИСФАГИЯ

Миглена Симонска

Резюме: дисфагията е нарушение, което отскоро е заложено в обучението на студентите по логопедия у нас и за което практикуващите логопеди имат малко познания и умения. Настоящата статия разглежда изискванията за клиничните компетенции на логопедите, посочени в редица литературни източници, и насоки на професионални организации в чужбина. Представени са специфичните методи за диагностика и терапия, които следва да бъдат овладени като знания и умения при третирането на дисфагия. Обобщението е насочено към факта, че в България трябва ясно да се дефинират критериите за придобиване на професионални компетенции за работа с нарушенията на гъвченето и гълтането.

Ключови думи: дисфагия, клинични компетенции, гълтане, гъвчене, диагностика, терапия

CLINICAL COMPETENCES OF SPEECH AND LANGUAGE THERAPISTS IN ASSESSEMENT AND TREATMENT OF DYSPHAGIA

Miglena Simonska

Abstract: Dysphagia is a disorder that has recently been included in the education of speech and language therapy students in our country. Practicing speech therapists also have little knowledge and skills in this field. The present article discusses the requirements for clinical competencies of speech and language therapists, listed in a number of literature sources and guidelines of professional organizations abroad. Specific methods for assessment and treatment are presented that need to be translated into particular knowledge and skills and implemented in dysphagia treatment. The summary is aimed at the fact that in Bulgaria the criteria for acquiring professional competencies for working with chewing and swallowing disorders should be clearly defined.

Keywords: dysphagia, clinical competences, swallowing, chewing, assessment, treatment

ВЪВЕДЕНИЕ

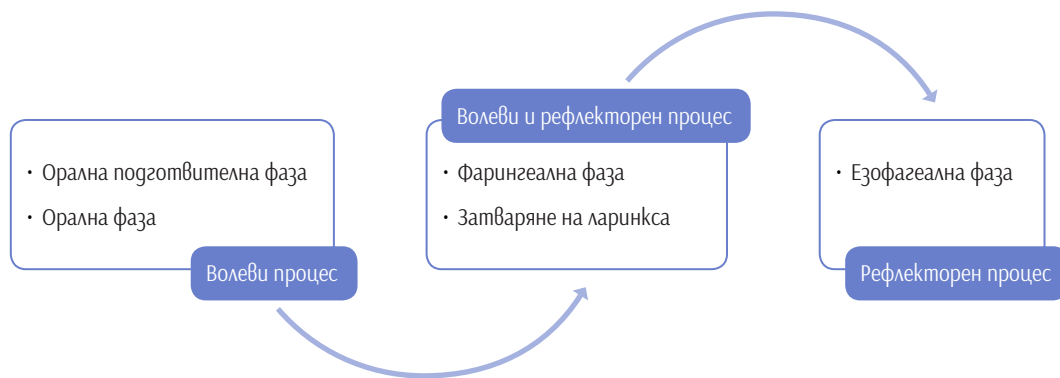
Нарушенията на гълвченето и гълтането у нас все още не са ясно определени като клинични компетенции в областта на логопедията. Една от причините, водещи до този факт, е, че все още в болничните и санаториалните заведения, както и в рехабилитационните центрове, където предимно следва да се прилагат процедури за диагностика и въздействие на дисфагия, не се назначават логопеди. От друга страна, обучението по тази нозологична единица е заложена отскоро в учебните планове в българските университети, които подготвят логопеди. Третирането на нарушението изисква: специфични знания и умения относно нормалното протичане на акта на гълвчене и гълтане; специфични методи за инструментална и неинструментална диагностика; методи за терапия при различните форми на дисфагия при всички възрастови групи, както и умения за работа в диагностичен и терапевтичен екип. В Образователните насоки за обучение на логопеди на Международната асоциация по логопедия и фониятрия (IALP) категорично се посочва, че една от петте задължителни групи от нарушения, по които логопедите следва да имат практически опит, е дисфагията, въпреки че в Приложение 2 е допълнено, че през четвъртата година на обучение не се очаква от студентите да имат пълни компетенции по някои от нарушенията, в т.ч. дисфагия и неонатално хранене (IALP, 2009). За разлика от IALP, в изискванията за практическо обучение в образователните програми по логопедия на Постоянния комитет за връзка с логопедите в Европейския съюз (CPEOL) категорично се посочва, че клиничната практика на студентите трябва да осигурява придобиване на опит и в нарушенията на гълвченето на гълтането и гълвченето (CPEOL, 2007). Настоящата публикация цели да представи компетенциите, които трябва да имат логопедите относно дисфагията при всички възрастови групи в зависимост от заболяванията и състоянията, които причиняват нарушението.

ФАЗИ НА ХРАНЕНОТО

Храненето е процес на обработване и доставяне на храната от устната кухина до стомаха с цел физиологично оцеляване на индивида. Реализира се посредством активното участие и координацията на редица мускули на лицето, устната кухина, фаринкса, шията, ларинкса и др. В литературните източници са описани няколко класификации на фазите на храненето. Те най-вече са насочени към разграничаването на фазите на оформянето на хапката, на акта на преглъщане и на преминаването на хапката през езофагуса с цел достигане до стомаха.

На Фигура 1 е представена една от най-популярните класификации на фазите на храненето – четирифазната. Стандартите за клинични компетенции на логопедите изискват те да бъдат запознати с динамиката

и функционирането на процеса на хранене (Croger, 2010; Hardy & Robinson; Kipping & Ross-Swan, 2003; Shipley & McAfee, 2016).



Фиг. 1. Фази на процеса на хранене

Първа фаза – орална подготвителна фаза

Това е фазата на поставяне на храната в устната кухина посредством отхапването ѝ със зъби или поставянето ѝ с прибори за хранене. Манипулирането на храната/течността е под формата на дъвчене посредством комбинираните движения на устните, бузите, езика и долната челюст. Продължителността на тази фаза зависи от възрастта и хранителната консистенция. Оформянето на хапката е подчинено на сместването на храната със слюнката и виталната роля на езика, защитните функции на мекото небце и увулата за предпазване от попадане на храната във фаринкса преди акта на гълтане, както и на устните за предпазване на изтичане на храната. Определя се като волеви процес.

Втора фаза – орална фаза

Започва, когато езикът прехвърля храната или течността назад в устната кухина, за да се задейства гълтателният рефлекс. Езикът се повдига нагоре и се придвижва назад, като осъществява контакт с твърдото небце и приема форма на вдлъбнатина, за да насочи храната към фаринкса. Мекото небце и увулата продължават да изпълняват предпазната си функция, а мандибулата подпомага витално процеса чрез своето повдигане нагоре. Тази фаза приключва, когато храната доближи небните дъги. Нейната продължителност е 1-1,5 секунди. Определя се като волеви процес.

Трета фаза – фарингеална фаза

Започва със задействането на гълтателния рефлекс. Едновременно се включват няколко движения:

- мекото небце се повдига с предпазна цел;
- основата на езика се изтегля към фарингеалната стена с предпазна цел;
- задействието се перисталтиката на задната фарингеална стена, за да се придвижи храната към фаринкса;
- епиглотисът се наклонява с предпазна цел;
- затваряне на гласните и венстрикулярните връзки;
- пръстеновидно-фарингеалният сфинктер се отпуска, за да позволи на храната/течността да премине от фаринкса към езофаринкса.

Продължава не повече от една секунда от задействането на гълтателния рефлекс до достигането на храната в езофагуса. Времетраенето се увеличава с напредване на възрастта. Определя се като частично волеви и частично рефлекторен процес.

Четвърта фаза – езофагеална фаза

През тази фаза посредством перисталтиката на езофагуса храната се придвижва към стомаха. Горният езофагеален сфинктер позволява на храната да премине към езофагуса и предпазва от връщане, а долният езофагеален сфинктер позволява на храната да премине към стомаха. Времето за реализиране на тази фаза варира от 6 до 20 секунди. Определя се като рефлекторен процес (Croger, 2010; Hardy & Robinson; Kipping & Ross-Swan, 2003; Shipley & McAfee, 2016).

ДИСФАГИЯ – СЪЩНОСТ И ЕТИОЛОГИЧНИ ФАКТОРИ

Отклоненията от нормалното функциониране на процеса на хранене се определя с термина „дисфагия“. Логопедите трябва да познават етиологичните фактори за появата ѝ, за да могат да се насочат към специфичните методи за диагностика, да определят методите за терапия и прогнозата за изхода от терапията. Познанията за произхода на нарушението също определят кои специалисти следва да бъдат включени в диагностичния и терапевтичния екипи.

Причините за появата на дисфагия се обуславят от разнообразни заболявания, състояния и травми и др. Консенсусът между изследователите е насочен към групирането на етиологичните фактори при деца и възрастни. Groher (2010) групира причинните фактори в детска възраст на:

- състояния по време на бременността – диабет и гестационен диабет, лекарствени и наркотични, прееклампсия;
- недоносеност – некротизиращ ентероколит, гастроезофагеален рефлукс, трахеоезофагеална фистула и атрезия;
- респираторни заболявания – Синдром на респираторния дистрес, апнея, преходна тахипнея на новороденото, бронхопулмонаторна

дисплазия, персистираща пулмонаторна хипертензия на новороденото;

- неврологични заболявания – микроцефалия, хидроцефалия, травми при раждане, Цезарово сечение, интракраниални кръвоизливи и др.;
- кардиоваскуларни нарушения, структурни аномалии на лицево – челюстната област, церебрална парализа, травми на мозъка, синдром на Даун, аутизъм, алергии, нарушения на шията и врата, респираторни състояния и др.

Етиологичните фактори, предизвикващи появата на дисфагия, се делят на:

- неврогенни – мозъчни травми, мозъчни инсулти, деменция, мозъчни тумори, невродегенеративни заболявания, медикаменти, радиотерапия и др.;
- злокачествени заболявания на главата и гърлото;
- езофагеални заболявания – гастроезофагеален рефлукс, дивертикул, езофагеална мрежа, ахалазия, тумори на езофагуса, езофагеално стесняване и др.
- респираторни и латрогенни заболявания и нарушения – трахеостомични тръби, дентални травми, изгаряния, премахване на тироидната жлеза или езофагуса, отстраняване на ларинкса и др. (Croher, 2010; Hardy & Robinson; Kipping & Ross-Swan, 2003; Marik & Kaplan, 2003).

ДИАГНОСТИЧНИ КОМПЕТЕНЦИИ НА ЛОГОПЕДА

Диагностичният процес и поставянето на диагноза при дисфагия изисква работа в диагностичен екип. Един специалист или една диагностична процедура не са в състояние да осигурят необходимата информация. Всеки един професионалист участва с различна перспектива при диагностиката и планирането на процеса, свързан с нарушенията на храненето (Pinder & Faherty, 1999: 301). Логопедът има водеща роля в менажирането на пациентите с дисфагия, обусловена от слабости на оралния и фарингеалния механизъм. В повечето центрове той координира дейностите на екипа и често е първият, който осигурява анамнезната информация и физическото оценяване на орофарингеалната дисфункция (Croher, 2010). В зависимост от вида дисфагия членове на диагностичните и терапевтичните екипи са невролози, оториноларинголози, гастроентеролози, диетолози, рентгенолози, пулмолози, физиотерапевти, фармацевти, медицински сестри, стоматолози и др. (Croher, 2010; Hardy & Robinson; Kipping & Ross-Swan, 2003; Logemann, 2007; Pinder & Faherty, 1999; Pokieser & Scharitzer, 2012). В процеса на диагностика на дисфагия освен общоприетите и за други комуникативни нарушения диагностични методи, включващи анамнеза, определяне на анатомичен статус на оралните органи, оценка

на подвижността на оралните органи, се включват и специфични методи, в това число и инструментални.

В англоезичната литература посочените като задължителни в компетенциите на логопедите инструментални диагностични методи са:

- видеофлуороскопия – провежда се заедно с рентгенолог, но анализът се прави от логопеда;
- рентгеново изследване с модифицирана бариева каша – провежда се заедно с рентгенолог, но анализът се прави от логопеда;
- фибероскопска ендоскопия – провежда се от логопеда или оториноларинголога;
- електромиография – провежда се от логопеда;
- респираторна манометрия, фарингеална манометрия и др. (ASHA, 2007-2020; Croher, 2010; Hardy & Robinson; Kipping & Ross-Swan, 2003; Leonard & Kendal, 2019; Logemann, 2007; Murry et al., 2018; Perlman, 2004; Pinder & Faherty, 1999; Pokieser & Scharitzer, 2012).

Важно е да се отбележи, че посочените компетенции се придобиват със специализирано обучение, част от продължаващото обучение на логопеда. Логопедите, които придобиват правото на практикуване на професията, следва да участват в курсове за повишаване на квалификацията си и да получат специален сертификат, доказващ правото им да прилагат специализирани методи за инструментална диагностика при дисфагия.

КЛИНИЧНИ КОМПЕТЕНЦИИ ПРИ ТЕРАПИЯ НА ДИСФАГИЯ

Терапията на дисфагия, така както и диагностиката, изисква мултидисциплинарен подход в зависимост от спецификата на нейната проява и възрастта на пациента.



Фиг. 2. Членове на мултидисциплинарния екип

Спрямо конкретните случаи в терапевтичните екипи се включват невролози, оториноланголози, гастроентеролози, диетолози, медицински сестри, физиотерапевт, близки или лични асистенти на лицето и др. Посочените специфични методи и техники за терапия са следните:

- модифициране на диетата;
- електрическа стимулация;
- маневри – засилен контрол над гъвченето и гълтането, Менделсон, супраглотисно гълтане, супер-супраглотисно гълтане;
- орално-моторна терапия – ларингеално повдигане, маневра на Масако и др.;
- биофийдбек;
- сензорна стимулация;
- техники за контрол на саливацията;
- компенсаторни техники – смяна на позицията;
- промяна на консистенцията и др. (ASHA, 2007-2020; Croher, 2010; Hardy & Robinson; Leonard & Kendal, 2019; Logemann, 2007; Murry et al., 2018; Pinder & Faherty, 1999; Pokieser & Scharitzer, 2012).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Независимо че в обучението на студентите по логопедия в бакалавърските програми е заложено изучаване на дисфагия, спецификата на нарушението изисква множество специфични умения. Поради тази причина практикуването на професията при това нарушение следва да се прилага първоначално под супервизията на опитен специалист или след допълващо специализирано обучение. Това се налага от особеностите на рисковете, свързани с прилагането на част от диагностичните и терапевтичните техники, които могат да доведат до задавяне или аспирация. В уеб-страницата на ASHA (2007-2020) категорично се посочва, че след 2014 г. стандартите на асоциацията за сертифициране изискват компетенции за дисфагия и ясно са разписани горепосочените диагностични и терапевтични процедури, методи и техники. Заложено е и изискването за поддържане на компетентни умения чрез проучване на научно базирани нововъведения и продължаващо обучение. Следователно в България при обучението на студентите трябва да се заложи не само на усвояването на теоретични познания за дисфагия, но и на придобиването на специфични практически умения за диагностика и терапия. Усвояването на компетенциите следва да бъде в две посоки: (1) специализирането в дадена възрастова група или патология да включва продължаващо обучение, придружено със сертификати за компетентност и (2) ясно да се определят нивата на компетенции и да се посочат какви умения за диагностика и терапия на дисфагия трябва да е придобил логопедът, за да има право да работи с тази нозологична единица.

БИБЛИОГРАФИЯ

- American Speech-Language-Hearing Association (1997-2020). Feeding and swallowing disorders in children. from: <https://www.asha.org/public/speech/swallowing/Feeding-and-Swallowing-Disorders-in-Children/>
- American Speech-Language-Hearing Association (1997-2020). Swallowing disorders in adults. from: <https://www.asha.org/public/speech/swallowing/Swallowing-Disorders-in-Adults/>
- Groher, M. (2010). Dysphagia: Clinical Management in Adults and Children. Missouri: Elsevier, pp. 18-42.
- Hardy, E., & Robinson, N. (1999). Swallowing Disorders. Treatment Manual, 2 nd ed. Austin, Texas: Proed.
- Kipping, P., & Ross-Swain, D. (2003). Swallowing Ability and Function Evaluation. Austin, Texas: Proed.
- Leonard, R., & Kendal, K. (2019). Dysphagia. Assessment and Treatment Planning. A Team Approach, 4 th ed., San Diego: Plural Publishing, Inc.
- Leslie, P., Drinnan, M. J., Ford, G. A. & Wilson, J. A. (2005). Swallow respiratory patterns and aging: presbyphagia or dysphagia? *Journals of Gerontology. Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, March, 60(3), 391-395.
- Logemann, J. (2007). Dysphagia: Basic Assessment and Management. In: Medical Speech-Language Pathology. A Practitioner's Guide, 2 nd ed., ed by Hiscock, T., New York: Thieme Medical Publishers, Inc, 131-147.
- Marik, P.E. & Kaplan, D. (2003). Aspiration pneumonia and dysphagia in the elderly. *Chest*, Jul, 124 (1), 328- 336.
- Murry, T., Carrau, R., & Chan, K. (2018). Clinical Management of Swallowing Disorders, 4th ed., San Diego: Plural Publishing, Inc.
- Perlman, A. (2004). Dysphagia, Oral and Pharyngeal. In: *The MIT Encyclopedia of Communication Disorders*, ed. by R. Kent, Cambridge, Massachusetts: The MIT Press, 132-134.
- Pinder, G., & Faherty, A. (1999). Issues in Pediatric Feeding and Swallowing. In *Clinical Management of Motor Speech Disorders in Children*, Caruso, A., & Strand, E., eds. New York: Thieme, pp. 281-318.
- Pokieser, P., & Scharitzer, M. (2012). The Clinical and Radiological Approach to Dysphagia. In: *Dysphagia. Diagnosis and Treatment*, ed by Ekberg, O., Springer, 201-236.
- Position Statement on Practice Education during Initial Speech and Language Therapy Education Programmes, from: https://cplol.eu/images/practice-educ_pos_stat.pdf
- Shipley, K., & McAfee, J. (2016). Assessment of Neurologically Based Communicative Disorders, 5th ed, Boston, MA: Cengage learning, 525-582.
- Revised IALP EDUCATION GUIDELINES (Jan 26, 2009). Guidelines for Initial Education in Speech Language Pathology IALP. from: <https://ialpasoc.info/wp-content/uploads/2017/10/Revised-IALP-Guidelines-for-Initial-Education-of-SLT.pdf>

За автора:

Доц. г-р Миглена Симонска

Югозападен университет „Неофит Рилски“

Факултет „Обществено здраве, здравни грижи и спорт“

Катедра „Логопедия“

Контакт: Адрес: гр. Благоевград 2700, ул. „Иван Михайлов“ № 66

E-mail: miglena_simonska@swu.bg

Научни интереси: неврогенни комуникативни нарушения (говорна апраксия, дизартрия, афазия), дисфагия, заекване, приложение на ICF модела при комуникативни нарушения

About the author:

Assoc. Prof. Miglena Simonska

South-West University “Neofit Rilski”

Faculty of Public Health, Health Care and Sport

Department of Logopedics

Contact: Bulgaria, Blagoevgrad 2700, 66 Ivan Mihailov str.

E-mail: miglena_simonska@swu.bg

Scientific interests: Neurogenic communication disorders (speech apraxia, dysarthria, aphasia), Dysphagia, Stuttering, Implementation of ICF in communication disorders