

ŠIAULIŲ UNIVERSITETAS
UGDYMO MOKSLŲ IR SOCIALINĖS GEROVĖS FAKULTETAS
SPECIALIOSIOS PEDAGOGIKOS KATEDRA

Nuolatinių studijų programa *Specialioji pedagogika*
(specializacija *Logopedija*)
IV kursas

Julija Grigėnaitė

LOGOPEDINĖ PAGALBA AFAZIJOS IŠTIKTIEMS ASMENIMS

Bakalauro darbas

*Bakalauro darbo vadovė –
lekt. dr. D. Kairienė*

Turinys

Bakalauro darbo santrauka	3
Įvadas.....	4
1.Skyrius. TEORINIAI LOGOPEDINĖS PAGALBOS AFAZIJOS IŠTIKTIEMS ASMENIMS ASPEKTAI.....	6
1.1. Afazijos apibrėžtis, priežastys, požymiai ir rūšys	6
1.2. Afazijos įtaka asmenų socialiniam dalyvavimui	8
1.3. Pagalbos afazijos ištiktiems asmenimis modeliai.....	10
1.3.1. Medicininis – korekcinis, į asmens kalbos atkūrimą orientuotas modelis	10
1.3.2. Socialinis, į asmens socialinio dalyvavimo skatinimą orientuotas, modelis	11
1.3.3. Bio-psicho-socialinis pagalbos modelis	14
2.Skyrius. LOGOPEDINĖ PAGALBA ASMENIMS, IŠTIKTIEMS AFAZIJOS: LOGOPEDŲ, ARTIMŲJŲ IR ASMENŲ, IŠTIKTŲ AFAZIJOS PATIRTYS	15
2.1. Tyrimo metodologija ir metodai.....	15
2.2. Tyrimų imtis ir dalyviai.....	16
2.3. Logopedų, teikiančių logopedinę pagalbą afazijos ištiktiems asmenims, patirtys	17
2.4. Asmenų, ištiktų afazijos, artimųjų patirtys	21
2.5. Afazijos ištiktų asmenų patirtys	27
2.6. Tyrimo dalyvių: logopedų, afazijos ištiktų asmenų, jų artimųjų patirčių apibendrinimas	31
Išvados.....	34
Literatūros sąrašas	36
Summary.....	41
Priedai.....	42

Bakalauro darbo santrauka

Bakalauro darbe siekiama atskleisti afazijos ištiktų asmenų socialinio dalyvavimo galimybes ir ribotumus.

Tyrimas atliktas laikantis kokybinės tyrimų metodologijos. Tyrimui atlikti taikytas pusiau struktūruoto interviu metodas, turinio analizė, mokslinė šaltinių analizė. Interviu dalyvavo trys tiriamųjų grupės: logopedai, dirbantys Lietuvos sveikatos įstaigose, afazijos ištikti asmenys ir jų artimieji. Klausimai buvo formuluojami remiantis angl. International Classification of Functioning, Disability (toliau ICF) modeliu. Visiems tyrimo dalyviams klausimai pateikiami, atsižvelgiant į šias struktūrines klausimyno dalis: 1) pagalba, orientuota į kūno funkcijų atkūrimą; 2) pagalba, orientuota į afazijos ištikto asmens veiklos ir dalyvavimo skatinimą; 3) reikšmingi kontekstiniai (asmeniniai ir aplinkos) faktoriai.

Išsiaiškinta afazijos apibrėžtis, požymiai, sutrikimo įtaka asmenų socialiniam dalyvavimui bei išskirti logopedinės pagalbos modeliai. Nustatyta, kad logopedai, vertindami kalbą ir keldami logopedinių pratybų tikslus, remiasi į sutrikimą orientuotu požiūriu, o veddami logopedines pratybas taiko socialinio modelio elementus. Logopedų nuomone, sėkmingą kalbos sutrikimo įveikimą lemia pacientų amžius, sveikatos būklė, motyvacija, gaunama specialistų pagalba. Apibendrinant afazijos ištiktų asmenų ir jų artimųjų patirtis, galima teigti, kad jie susiduria su daugybe keblių situacijų: sutrinka minėtų asmenų kalbos išraiška ir supratimas, kūno valdymas ir mobilumas, siaurėja draugų ratas, pasyvėja kasdienė veikla. Iš kitos pusės, sustiprėja šeimos tarpusavio ryšiai, išmokstama pakankčiau bendrauti ir atidžiau įsiklausyti į artimųjų poreikius. Lyginant visų trijų grupių patirtis, galima teigti, kad afazijos ištikti asmenys ir jų artimieji panašiai vertina ir apibūdina socialinio dalyvavimo galimybes ir ribotumus, o gaunama logopedinė pagalba ne visada atitinka šių asmenų poreikius.

Esminiai žodžiai: afazija, socialinis dalyvavimas, medicininis – korekcinis modelis, socialinis pagalbos modelis.

Ivadas

Temos aktualumas ir problema. Insultas yra viena pagrindinių afazijos atsiradimo priežasčių. Pasak Burbienės (2012), galvos smegenų ir jų apdangalų uždegimai, augliai: kraujagyslių ir galvos smegenų kraujotakos ligos – pagrindinės priežastys, kurios nulemia afazijos atsiradimą. Lietuvos Insulto asociacijos (2016) ataskaitos duomenimis, Lietuvoje pacientų, patyrusių insultą, daugėja. 2012 metais užfiksuota 160 insultų atvejų, 2013 metais – 197, 2014 metais – 503, o 2015 metais – 681. Taigi, remiantis statistika, galima daryti prielaidą, kad didėjant insultų skaičiui – didėja ir afazijų atvejų.

Logopedinės pagalbos afazijos ištiktiems asmenims kryptys yra įvairios. Teigiama, kad socialinio modelio nuostatų taikymas afazijai įveikti yra veiksmingesnis nei medicininis modelis. Pastarasis – tikslingai orientuotas į pažeistų funkcijų atstatymą (Rautakoski, 2015), tuo tarpu socialinis modelis suteikia visapusiškesnę pagalbą: padeda mažinti socialinę atskirtį, suteikia galimybę plėtoti tarpasmeninius ir tarpinstitucinius ryšius (Rautakoski, 2015; Ruškus, Mažeikis, 2007).

Kaip rodo atlikti tyrimai, logopedai savo praktikoje labiau orientuojasi į kalbos sutrikimų įveikimą (Laliberte, Gauvreau, Le Dorze, 2015) nei į socialinį dalyvavimą (Andersen, 2016). Jis, dažnu atveju, logopedinėse pratybose yra užslėptas, numanomas, bet ne pagrindinis tikslas (Laliberte ir kt., 2015). Be to, Andersen (2016) pažymi, kad logopedai, dirbantys Lietuvos sveikatos įstaigose, savo darbo praktikoje retai taiko socialinio modelio elementus.

Po insulto pacientai susiduria su socialinio dalyvavimo sunkumais – kinta žmonių gyvenimo būdas, vaidmuo šeimoje bei visuomenėje (Latonaitė, Liumienė, Tripeldaitė, 2014), tačiau Lietuvoje nėra atliktų tyrimų, kuriose būtų analizuojamos afazijos ištiktų asmenų, juos slaugančių artimųjų patirtys.

Probleminiai klausimai: *kokios yra logopedinės pagalbos, asmenims, ištiktiems afazijos, tikslai, kryptys ir modelis? Kokios logopedų patirtys teikiant pagalbą šiems asmenims? Kokios minėtų asmenų bei jų artimųjų patirtys, susijusios su jiems teikiama pagalba?*

Tyrimo objektas – logopedinė pagalba asmenims, ištiktiems afazijos.

Tyrimo tikslas – atskleisti afazijos ištiktų asmenų socialinio dalyvavimo galimybes ir ribotumus.

Tyrimo uždaviniai:

1. Remiantis teorinių šaltinių analize, atskleisti afazijos apibrėžtį, požymius, sutrikimo įtaką asmenų socialiniam dalyvavimui bei išskirti logopedinės pagalbos asmenims, ištiktiems afazijos, modelius.

2. Atskleisti logopedų, teikiančių pagalbą asmenims, ištiktiems afazijos, patirtis (atkuriant minėtų asmenų kūno funkcijas; skatinant jų veiklą ir dalyvavimą; išskiriant reikšmingus pagalbos kontekstinius faktorius).

3. Atskleisti asmenų, ištiktų afazijos, artimųjų patirtis (atkuriant minėtų asmenų kūno funkcijas; skatinant jų veiklą ir dalyvavimą; išskiriant reikšmingus pagalbos kontekstinius faktorius).

4. Atskleisti asmenų, ištiktų afazijos, patirtis (atkuriant minėtų asmenų kūno funkcijas; skatinant jų veiklą ir dalyvavimą; išskiriant reikšmingus pagalbos kontekstinius faktorius).

5. Palyginti skirtingų tyrimo dalyvių (logopedų, afazijos ištiktų asmenų ir jų artimųjų) patirtis.

Tyrimo metodai – mokslinės literatūros analizė, pusiau struktūruotas interviu, turinio analizė.

Tyrimo dalyviai – 5 afazijos ištikti asmenys, 3 šeimos nariai, slaugantys minėtus asmenis, 3 logopedai, dirbantys Lietuvos sveikatos įstaigose. Tyrimas atliktas 2017 04 06 – 2017 04 12.

Esminės sąvokos:

Afazija – visiškas arba dalinis gebėjimo suprasti kalbą ar kalbėti netekimas dėl galvos smegenų žievės kalbos zonų pažeidimo (Varžgalienė, Ivoškuvienė, 2015).

Socialinis dalyvavimas – turėti galimybę pačiam priimti sprendimus, gyventi kiek įmanoma labiau savarankišką gyvenimą, dalyvauti savo bendruomenės, miesto, miestelio įvykiuose (Ruškus, Mažeikis, 2007).

Medicininis – korekcinis modelis – traktuoja negalę, kaip asmens savybę, nulemtą sutrikimo, ligos ar kt. sveikatos būklės, kuri reikalauja medicininės ar kitokios individualios specialistų pagalbos. Logopedinė pagalba laikoma tiesiogine intervencija, siekiant „koreguoti“ sutrikimą, t.y. asmens problemą (ICF, 2013).

Socialinis pagalbos modelis – negalė traktuojama, kaip socialiai sukonstruota situacija, o ne asmens savybė. Negalė laikoma kompleksiniu reiškiniu, kurio raiška siejama su: 1) asmens kūnu; 2) socialiniais aspektais; 3) šių aspektų sąveika ir (arba) interakcija. Negalė reikalauja fizinės aplinkos keitimo bei kitokio požiūrio iš socialinės aplinkos (ICF, 2013).

Baigiamojo darbo struktūra – bakalauro darbą sudaro: santrauka lietuvių ir anglų kalbomis, įvadas, du skyriai, išvados, cituotos literatūros sąrašas, priedai.

1. Skyrius. TEORINIAI LOGOPEDINĖS PAGALBOS AFAZIJOS IŠTIKTIEMS ASMENIMS ASPEKTAI

1.1. Afazijos apibrėžtis, priežastys, požymiai ir rūšys

Apibrėžtis ir priežastys. Mokslininkai afaziją vadina įgytu (Neubauer, 2016) kalbos sutrikimu, kai prarandamas gebėjimas kalbėti ir (arba) gebėjimas suprasti kalbą (Budrys, 2009). Kalbos netekimas gali būti visiškas arba dalinis (Ivoškuvienė, 1993). Kartais mokslininkai afaziją įvardija kognityvinės kilmės komunikacijos sutrikimu (Drummond, Sakina, 2006; Budrys, 2009). Afazijos priežastis – galvos smegenų pusrutulių kalbos zonų sutrikdymas (Budrys, 2009): centrinės nervų sistemos (toliau – CNS) pažeidimas, kraujagyslių apopleksija (paralyžius), būklė po smegenų auglio (Neubauer, 2016), išeminis arba hemoraginis insultas (Essots, 2016).

Afazijos požymių grupės. Afazijai būdingi kognityviniai-komunikaciniai, kalbos ir (arba) lingvistiniai, sensoriniai ir perceptiniai, elgesio, motoriniai bei kiti požymiai (Drummond, Sakina, 2006). Anot Drummond, Sakina (2006), *kognityvinis-komunikacinis* sutrikimo terminas yra vartojamas pažymėti tiesioginį ryšį tarp pažinimo funkcijų sutrikimo ir pastebimų komunikacijos nesėkmių. Sutrikimą lemia keletas priežasčių. Jis atsiranda pažeidimo vietoje ir išimtinai apima tik dominuojantį pusrutulį. Taip pat gali atsirasti pažeidus nedominuojantį (dešinįjį) pusrutulį. Be to, kognityvinis-komunikacinis sutrikimas gali pasireikšti dėl išplitusios galvos traumos ar netgi dėl daugialypio infarkto. Bendras ryšys tarp įvairių formų pažinimo ir komunikavimo sutrikimų atsiranda dėl prefrontalinės žievės sutrikusių ryšių su limbine sistema. Pažymėtina, kad afazijos ištiktam asmeniui klaidingai gali būti nustatytas intelekto sutrikimas. Taip nutinka todėl, kad žmogus turi kalbos sutrikimą (Holland, Nelson, 2014).

Kalbos lingvistiniai požymiai pasireiškia įvairiais sutrikimais ir trūkumais. Afazija paliečia visus kalbos komponentus (fonologiją, morfologiją, sintaksę, semantiką, pragmatiką), modalumus (kalbėjimą, skaitymą, rašymą, dainavimą), ekspresyviąją ir impresyviąją kalbą (Papathanasiou, Coppens, Potagas, 2013). Budrys (2009) pažymi, kad afazijos ištiktiems asmenims gali būti būdinga aleksija arba disleksija, agrafija arba disgrafija, akalkulija arba diskalkulija, mutizmas, kuris gali būti organinės arba psichogeninės kilmės, logoklonija, palilalija, echolalija – ką tik išgirstų žodžių pakartojimas. Taip pat gali nustatyta afemija. Afemija – tai grynoji motorinė afazija (kalbos apraksija, žievinė anartrijs), pasireiškia sunkumu kalbėti, lėta kalba, sutrikusia artikuliacija.

Sensoriniai ir perceptiniai požymiai pasireiškia įvairiais atvejais. Giedrienės (2012) teigimu, girdimojo suvokimo trūkumų atveju sutrinka kalbinės informacijos interpretacija ir

integracija, suprastėja garsinės informacijos suvokimas, sutrinka fonologiniai procesai: negebama identifikuoti kalbos garso, palyginti jį su kitais garsais pagal įvairius akustinius požymius. Vizualinio suvokimo sutrikimas pasireiškia sunkumu atpažinti raides, žodžius, rašytinę kalbą (Drummond, Sakina, 2006).

Taip pat Drummond, Sakina (2006) išskiria *parafraziją*. Gali būti kelios parafrazijos rūšys: foneminė, neologistinė ir semantinė. Foneminės parafrazijos atveju klaidingai ištariama žodžio dalis, gali pasitaikyti garsų, priebalsių ar skiemenų pridėjimų, arba jų sukeitimų vietomis. Semantinei parafrazijai būdingos žodžių sukeitimo klaidos. Neologistinės parafrazijos atveju būdingi reikšmės neturintys žodžiai. Anot mokslininkų Seckin ir kt. (2016), šis sutrikimas ypatingas tuo, kad tai sisteminis, iškreiptas žodžio supratimas. Pavyzdžiui, žodžiai „šuo“ ir „katė“ atpažįstami kaip gyvūnai, tačiau neišskiriami kaip reiškiantys skirtingus objektus dėl lydimų žodžio – objekto sąsajų neatitikimų. Afazijos ištiktiems asmenims gali būti būdinga: diplopija, nistagmos, akustinė agnozija, akustinė verbalinė agnozija, verbalinė agnozija, autopagnozija, prosopagnozija, anosognozija, astereognozija (Drummond, Sakina, 2006).

Lydintys požymiai. Drummond, Sakina, (2006) išskiria ir ne su kalba susijusius požymius. Mokslininkai teigia, kad afazijos ištiktiems asmenims gali būti būdinga hemiplegija, hemiparezė, ataksija, kontraktūros, priepuoliai, apraksija, dizartija, cerebrinė edema, tikslinės manipuliacijos. Budrys (2009) taip pat teigia, kad gali pasitaikyti ir disfonijos atvejų, kada žmogus negali normaliai kalbėti, esant pažeistoms balso stygomis ar jų intervencijai.

Afazijos rūšys. Kalbos išraiškos sutrikimams priskiriamos motorinės afazijos (Ivoškuvienė, 1993). Kalbos supratimo sutrikimams priskiriamos sensorinės, akustinės mneminės, amnezinės, semantinės afazijos (Varžgalienė, Ivoškuvienė, 2015).

Sensorinė afazija arba *Wernicke* afazija pasireiškia nesugebėjimu suprasti girdimosios kalbos, bet galėjimu kalbėti (Labreche, Szilva, Plotkin, 2016). Šios afazijos atveju taip pat gali būti sunku įvardyti daiktus, kartoti žodžius. Sutrinka skaitymas, rašymas ir rašytinės kalbos supratimas (Budrys, 2009; Labreche, Szilva, Plotkin, 2016).

Varžgalienė, Ivoškuvienė (2015) išskiria pagrindinius akustinės mneminės afazijos požymius: girdimasis suvokimas išlieka, žmogus suvokia kalbos garsus, supranta nesudėtingą kalbą, gerai kartoja, išlaiko nesudėtingą žodžių eiliškumą, tačiau yra *sutrikusi girdimosios atminties apimtis*, prisimenama nuo 1 iki 3 žodžių, sutrinka kalbos, žodžių reikšmių, supratimas, skurdus žodynas, sutrikęs skaitymas, rašymas, skaičiavimas. Varžgalienė, Ivoškuvienė (2015) apibendrindamos mokslininkų pastebėjimus, išskiria ir **semantinę afaziją**, kurios esminis bruožas – sudėtingų loginių gramatinių konstrukcijų supratimo sutrikimas.

Be to, Varžgalienė, Ivoškvienė (2015) nurodo, kad gali pasitaikyti praktikoje retai aptinkama **izoliuota amneminės (mneminės) afazijos rūšis**, tai liekamas kitų afazijų reiškinys, kurio pagrindinis bruožas – nesugebėjimas įvardyti daiktų (Budrys, 2009).

Taip pat gali pasitaikyti ir **motorinio pobūdžio afazijų**. Ivoškvienė, Varžgalienė (2015) išskiria motorines – aferentinę ir eferentinę afazijas, kurių abiejų rūšių požymiai pasitaiko kartu, dėl to praktikoje jie bendrai įvardijami kaip Motorinė (Broca) afazija, kuri pasireiškia nesugebėjimu sąvokų paversti žodžiais, sutrinka artikuliacija, kalbos tempas, bei gebėjimas rašyti, įvardyti daiktus, kartoti žodžius, tačiau išlieka gebėjimas suvokti kalbą ir skaityti (Budrys, 2009). Pažymėtinas dar vienas dažniausiai paplitęs motorinės afazijos simptomas pažeidus smegenis yra anomija – negalėjimas įvardinti tinkamo žodžio (Sandars, Cloutman, Woollams, 2015; Spielmann, Durand ir kt., 2016).

Budrys (2009) išskiria **transkortikinę afaziją**, kurių gali būti įvairių rūšių: motorinė transkortikinė – primena Broca afaziją, bet išlieka žodžių kartojimas; sensorinė transkortikinė – primena Wernicke afaziją, bet išlikusi geba pakartoti žodžius; mišri transkortikinė afazija – primena globalinę afaziją, bet išlikusi geba kartoti žodžius.

Totalinė arba globalinė afazija yra sunkiausias (Labreche ir kt., 2016) retai pasitaikantis insulto sindromas (Pai, Krishnan ir kt., 2011). Sutrikimas pasireiškia tuo, kad yra pažeistos visos kalbos funkcijos (Budrys, 2009), impresyvioji ir ekspresyvioji kalba (Pai, Krishnan ir kt., 2011).

1.2. Afazijos įtaka asmenų socialiniam dalyvavimui

Socialinio dalyvavimo apibrėžtis. Dalemans ir kt. (2008), atlikę mokslinės literatūros analizę, teigia, kad vieningo „socialinio dalyvavimo“ sąvokos apibrėžimo nėra. Dėl to gali susidaryti įspūdis, kad pati koncepcija pateikiama skirtingai. Socialinis dalyvavimas siejamas su asmens prasminga ir asmeninį pasitenkinimą teikiančia veikla (Hinckley, Holland, 2015). Mokslininkų teigimu, socialinis dalyvavimas apima visus gyvenimo aspektus nuo paprastų dalykų iki kompleksinių socialinio dalyvavimo situacijų (ICF, 2013). Mokslininkai išskiria tokius aspektus: judėjimą, mobilumą, interakciją su kitais (ICF, 2013, Howe, 2017), pavyzdžiui, įsitraukimą į pokalbį ar bendravimo stilių (Rautakoski, 2014), dalyvavimą šeimos ar bendruomenės gyvenime (ICF, 2013, Simmons – Mackie, Damico, 2007), visuomeninėje veikloje (Howe, 2017), kasdienių veiklų atlikimą (Natterlund, 2010), asmens savarankišką sprendimų priėmimą (Ruškus, Mažeikis, 2007).

Afazijos įtaka asmens socialiniam dalyvavimui. Afazija turi neigiamos įtakos asmens socialiniam dalyvavimui (Dalemans, de Witte ir kt., 2010). Dėl afazijos žmonės praranda savarankiškumą, pavyzdžiui, reikia artimųjų, kurie talkintų susikalbėti su kitais ar padėtų

perskaityti užrašytą informaciją, (Garcia, Connor, 2011), patiria bendravimo sunkumų (*Nätterlund, 2010*), jaučia socialinę atskirtį (Simmons – Mackie, Damico, 2007).

Afazija turi įtakos **bendravimo kokybei**. Dėl kalbos problemų afazijos ištiktiems asmenims sunku suprasti pašnekovą triukšmingoje aplinkoje, susiorientuoti keičiantis temomis pokalbio metu, įsitraukti į dialogą, kai vienu metu kalba keli žmonės ar klausyti greitai kalbančių žmonių (Garcia, Connor, 2011). Bendravimo nesėkmės lemia situacijos, kai pokalbio partneris nepadedą suprasti, palaikyti pokalbio. Šios pasekmės neigiamai veikia afazijos ištikto asmens įsitraukimą į pokalbį bei suvaržo tokio asmens galimybę užmegzti socialinius ryšius. Jos turi tiesioginės įtakos paversti afazijos ištiktus asmenis lingvistiškai nekompetetingais pašnekovais (Barnes, Ferguson, 2015). Be to, tokie asmenys vengia bendravimo, užsisiklėdžia savyje (Byng, Duchan, Pound, 2007).

Socialinį dalyvavimą gali paveikti su afazija susijusios ne vien kalbos problemos, bet ir kiti sutrikimai. Afazija gali sukelti *emocijų ir elgesio problemų*: disorganizaciją, kompromitavimą, „apsileidimą“ ir anosognoziją. Tokie pacientai gali neigti savo diagnozę (Holland, Nelson, 2014), gali jausti euforiją, egocentiškumą, emocinį nepastovumą, socialinį uždarumą taip pat gali pasižymėti pernelyg nervingu (arba automatiniu) elgesiu, priklausomybe nuo kitų, perseveracija, amnezija, perdėta reakcija (Drummond, Sakina, 2006) ar abulija. Abulija vadinamas bendras veiklos ir elgesio sulėtėjimas, kurio metu kartais nesugebama ar atsisakoma kalbėti (Budrys, 2009).

Pastebėta, kad afazijos ištikti asmenys yra linkę į depresiją (Holland, Nelson, 2014; Dijk, Man-van ir kt. 2016), o dėl afazijos patirtos *socialinės izoliacijos* ar sirgimas depresija iki afazijos šį psichologinį sutrikimą dar labiau sustiprina (Holland, Nelson, 2014).

Be psichologinių problemų, tokiems asmenims taip pat būdingi *mobilumo sutrikimai*, apribojantys kūno valdymą ir mobilumą: hemiplegija, hemiparezė, ataksija, kontraktūros, priepuoliai, apraksija, dizartija (Drummond, Sakina, 2006).

Afazija paveikia *žmonių tarpusavio santykius*. Tokie asmenys pažymi, kad jiems svarbus šeimos, draugų ir kitų afazijos ištiktų asmenų palaikymas, (Brown, Worrall ir kt., 2010), tačiau pastebėta, kad dėl kalbos sutrikimo sumažėja bendravimas tarp afazijos ištiktų asmenų ir artimos ar kitos aplinkos žmonių, dažnai jie praranda draugus, kolegas (Rautakoski, 2014), todėl tokie asmenys, *paprastai, jaučiasi vieniši* (Natterlund, 2010, Garcia, Connor, 2011),

Iš kitos pusės, rūpinimasis ir atsakomybė gali paveikti *afazijos ištiktų asmenų artimųjų savijautą* (Davidson, Howe, ir kt., 2008). Nystro (2011) teigia, kad gyvenimas su tokiu asmeniu gali reikšti slaugančiojo asmens laisvės praradimą, besąlygišką rūpinimusi pacientu, naujas draugystės formas arba mokymąsi kartu įveikti iškilusias problemas. Taip pat afazija paveikia ir darbinius santykius. Dažnu atveju minėti asmenys pasigenda supratimo iš darbdavių – pacientai

būna priversti išeiti iš darbo (atleidžiami), keisti darbą, pakeisti darbo statusą ir dirbti pagal pritaikytą kompetenciją (Garcia, Connor, 2011; Dalemans ir kt., 2010). Apskritai, afazijos ištikti asmenys pasigenda socialinės pagalbos, jaučiasi praradę socialinius ryšius (Vickers, 2010).

Be to, remiantis atliktų tyrimų duomenimis, patys afazijos ištikti asmenys socialinį dalyvavimą supranta kaip grįžimą į priešinsultinę būseną: gebėjimą reikšti ne vien savo pagrindinius poreikius, bet ir nuomonę, taip pat jie nori jaustis oriai, būti savarankiški, gerbiami, įtraukti į bendruomenės veiklą, nori padėti kitiems, turi lūkesčių grįžti į darbą tiek, kiek leidžia jų (Worrall ir kt., 2011).

1.3. Pagalbos afazijos ištiktiems asmenimis modeliai

Afazijai įveikti taikomi trys pagalbos modeliai: medicininis – korekcinis, socialinis, bio–psicho–socialinis. Išvardinti modeliai yra lygiaverčiai (nėra nei „gero“, nei „blogo“) ir vienas kitą papildantys.

1.3.1. Medicininis – korekcinis, į asmens kalbos atkūrimą orientuotas modelis

Medicininis – korekcinis pagalbos modelis – traktuoja negalę, kaip asmens savybę, nulemtą sutrikimo, ligos ar kt. sveikatos būklės ir reikalaujančią medicininės ar kitokios individualios specialistų pagalbos. Logopedinė pagalba laikoma, tiesiogine intervencija, siekiant „koreguoti“ sutrikimą, t.y. asmens problemą (ICF, 2013). Į kalbos sutrikimą orientuota logopedinė pagalba pagrindinį dėmesį skiria pažeistoms funkcijoms atkurti, bet ne asmens komunikacijai ar socialiniam dalyvavimui užtikrinti (ASHA¹). Sėkmingas kalbos atkūrimas priklauso nuo to, kuri smegenų dalis pažeista, paciento asmeninių savybių, kaip žmogus gali atlikti užduotis ir kuriuo metu po insulto buvo taikomos logopedinės pratybos (Samson ir kt., 2013), todėl svarbu jau pačioje ankstyvojoje afazijos stadijoje su pacientu užmegzti pokalbį ir bendrauti su juo tiek, kiek leidžia jo galimybės (Holland, Nelson, 2014). Ivoškuvienė (1993) teigia, kad logopedas, norėdamas kokybiško kalbos grąžinimo, turi vadovautis šiais esminiais principais: naudojantis išlikusiais analizatoriais sudaryti galvos smegenų žievėje naujas funkcinės sistemas, kurios pakeistų pažeistasias; remtis žemesnio lygio išlikusiomis veiklos rūšimis; analizuoti kalbos sutrikimą; logopedinis darbas turi būti preventyvus; atstatyti automatizuotą kalbą; užmegzti grįžtamąjį ryšį.

Kalbos išraiškos gebėjimų atkūrimas. *Priverstinė indukcinė kalbos terapija* (angl. *constraint-induced aphasia / language therapy / CIAT*) orientuota į verbalinę išraišką, neskaitina

¹ Prieiga internete;

http://www.asha.org/PRPSpecificTopic.aspx?folderid=8589934663§ion=Treatment#Language_Impairment-Based_Treatment [žiūrėta 2017-03-27].

naudoti kompensacinių komunikacijos strategijų – gestų ar rašymo (ASHA²). Pastebėta, kad esant pirminei progresyviajai afazijai, reikšminga priverstinė afazijos įveikimo terapija, kurios metu prašoma ligonio kalbėti tik šnekamąja kalba. Taikant šį metodą, jau po dviejų mėnesių pastebima žymiai geresnė paciento kalbos gramatinė struktūra.

Taip pat gali būti taikoma *sutrikimo įveikimo terapija* (angl. *impairment therapy*), kurios tikslas – pagerinti konkrečius kalbos įgūdžius: vardinimą, sakinių sudarymą, skaitymą, rašymą abstrakčiose užduotyse. Toks būdas įgalina žmogų praktikuoti išsikelti tikslus ir nuosekliai jų siekti (Hameister, Nickels ir kt., 2017). Kalbėjimo apraksijai įveikti taikomi *artikuliaciniai metodai* turi įtakos garsų tarimo tikslumui ir kalbos suprantamumui (Wambaugh, Wright ir kt., 2014).

Be to, *skaitymas garsiai* yra veiksmingas ir efektyvus būdas pagerinti daugiaskiemienio žodžio tarimą, esant kalbėjimo apraksijai (Henry ir kt., 2013). *Trumpalaikės atminties ugdymas* atkartojant žodžius, padeda ne tik pagerinti atmintį, bet ir įveikti kitus kalbos sunkumus, pavyzdžiui, lengviau sudaryti sakinį (Kalinyak-Fliszar ir kt., 2011). Logopedinėse pratybose *augmentinės ir alternatyviosios komunikacijos priemonių naudojimas* parodo funkcinę komunikacijos naudą. Toks komunikavimo būdas yra efektyvesnis ir reabilitacijos procese, kuris leidžia pasiekti geresnių skaitymo ir vardinimo (ekspresyvosios kalbos) rezultatų (Franco, Carleto ir kt., 2015).

Kalbos supratimo atkūrimas. *Semantinės charakteristikos analizė* (angl. *semantic feature analysis / SFA*) tai – metodas, kurio pagalba galima plėtoti žodyną, t.y. praplėsti semantinės žinias apie žodžio reikšmę, ar įvardinti tikslingą žodį. Metodas, taikomas grupinių pratybų metu, gali būti sėkmingai naudojamas siekiant asmenų, ištiktų afazijos, bendravimui pagerinti. Taip pat šis metodas tinka taikyti afazijos ištiktų asmenų grupei, kurioje vyrauja įvairaus pobūdžio kalbos sutrikimai. Pažymėtina, kad tokią praktiką galima perkelti ir į namų aplinką (Falconer, Antonucci, 2012).

1.3.2. Socialinis, į asmens socialinio dalyvavimo skatinimą orientuotas, modelis

Socialinis pagalbos modelis – negalė traktuojama, kaip socialiai sukonstruota situacija, o ne asmens savybė. Negalė laikoma kompleksiniu reiškiniu, kurio raiška siejama su: 1) asmens kūnu; 2) socialiniais aspektais; 3) šių aspektų sąveika ir (arba) interakcija. Negalė reikalauja fizinės aplinkos bei kitokio požiūrio iš socialinės aplinkos (ICF, 2013).

² Prieiga internete:

http://www.asha.org/PRPSpecificTopic.aspx?folderid=8589934663§ion=Treatment#Language_Impairment-Based_Treatment [žiūrėta 2017-03-27].

Ruškus ir Mažeikis (2007) kalbėdami apie socialinį negalės aiškinimo ir pagalbos modelį, pabrėžia kelis apsektus: 1) neįgalusis yra visavertis terapijos dalyvis, kuris gali numatyti savo raidos planą, derindamas su specialistais; 2) specialistų ir neįgaliųjų bendradarbiavimu siekiama išklausti asmens poreikius ir jį įgalinti dalyvauti visuomenės gyvenime; 3) pagalba grindžiama glaudžių, lygiaverčių tarpasmeninių ir tarpinstitucinių ryšių kūrimu; 4) siekiama asmens aktyvaus dalyvavimo įvairiose bendruomenėse; 5) asmens socialinio dalyvavimo ir (arba) įsitraukimo sėkmė priklauso ne tik nuo jo sveikatos būklės, bet nuo asmens ir aplinkos sąveikos.

Socialiniu modeliu siekiama sugrąžinti pacientą į pilnavertį gyvenimą, kuris prasideda nuo pradinio įvertinimo ir intervencijos bei tęsiasi po išrašymo iš ligoninės iki tol, kol asmuo gali veikti savarankiškai, bendrauti, atkurti paciento gyvenimiškus tikslus, stiprinti asmens socialinį dalyvavimą pasirinktose veiklose, užtikrinti palaikančią aplinką (ASHA³). Mokslininkai pažymi, kad taikant minėtą modelį, stengiamasi panaikinti fizinės, ekonominės, socialinės, psichologinės kliūtis (Jordan, Kaiser, 2013). Socialinio modelio esmė – keisti aplinką, bet ne neįgalųjį žmogų (Jordan, Kaiser, 2013).

Logopedinė pagalba laikoma *nebūtinai tiesiogine intervencija*, kuria siekiama gerinti asmens sąlygas fizinėje ir socialinėje aplinkoje (ICF, 2013). Worrall, Thompson ir kt., (2008) išskiria tokius logopedinės pagalbos principus, laikantis socialinio modelio nuostatų: aiškiai nustatytas intervencijos tikslas; kiekvienas pasiekimas dokumentuojamas, užfiksuotas užrašuose; intervencijos objektai – asmeniniai ir aplinkos veiksniai reabilitacijos stadijose. Logopedas, vertindamas afazijos ištikto asmens pokyčius elgesyje, veikloje, socialiniame dalyvavime, turėtų naudoti įvairius vertinimo metodus, nes pasikeitus vienai demencijai, įvyksta pokytis ir kitoje (Vickers, 2010).

Marshall (2009) pastebi, kad *logopedinės pratybos turėtų būti įvairialypės* ir vadovautis asmens gyvenimiškų tikslų įtraukimu. Norint pagerinti asmens, ištikto afazijos, gyvenimo kokybę, logopedinė pagalba turi būti siejama ne tik su afazijos įveikimu, bet ir geros emocinės savijautos skatinimu, pagalbos suteikimu kasdienėse veiklose, socialinių ryšių stiprinimu (Jordan, Kaiser, 2013). Pasak Holland, Nelson (2014), teikiant logopedinę pagalbą, svarbu atkreipti dėmesį ne tik į bendravimą, komunikavimą, bet ir paralyžiaus ir (arba) parėzės sukeltus trukdžius asmeniui ar jo šeimos nariams. Logopedams kartais sunku suvokti, kad mobilumo galimybės yra daug svarbesnės nei bendravimo gebėjimai.

Gera suplanuota logopedinė pagalba, kuri apima instrumentinę, informacinę ir asmeninę, emocinę paramą, žymiai palengvina afazijos ištiktų asmenų gyvenimo kokybę

³ Prieiga internete:

http://www.asha.org/PRPSpecificTopic.aspx?folderid=8589934663§ion=Treatment#Activities/Participation-Based_Treatment [žiūrėta 2017-03-27].

(Natterlund, 2010). Logopedinių pratybų tikslai turi būti orientuoti į paciento norus: grįžti į įprastą gyvenimą, kuris buvo iki afazijos įgijimo, komunikuoti, gauti žinių apie kalbos sutrikimą, insultą, jaustis nepriklausomam nuo kitų, būti oriam ir gerbiami kitų, gyventi aktyvų socialinį gyvenimą, būti fiziškai sveikam ir stipriam (Brown ir kt., 2010).

Remiantis ASHA⁴ rekomendacijomis, logopedinės pratybos turi būti įvairialypės, todėl jose: *ieškoma negalės apėjimo būdų*, naudojantis augumentine alternatyviaja komunikacija; logopedinių pratybų metu turi būti *skatinama socialinė interakcija; laikomasi pragmatinio, socialinio bendravimo kasdienėje veikloje skatinimo, požiūrio*, t.y. išmokti kalbos įgūdžiai turi būti pritaikomi gyvenimiškose situacijose.

Svarbus *asmens ir artimųjų mokymas(is) išgyventi negalės situaciją ir susitaikyti su įgytu sutrikimu*. Identifikuojamos sąlygos, lemiančios asmens, jo artimųjų, sėkmingą afazijos priėmimą (Worall, 2007; Brown, Worrall ir kt., 2010): prasmingi santykiai, parama, bendravimas, pozityvumas, nepriklausomybė, autonomija, pozityvus mąstymas, tikslų kėlimas, humoras. Pastebėta, kad humoro įtraukimas į logopedines pratybas pagerina pacientų savijautą, pacientai lengviau susidoroja su afazijos sukeltais sunkumais, atrandama naujų bendravimo būdų, skatinama interakcija. Sherratt, Simmons – Mackie (2016) atlikti tyrimai parodė, kad humoras turi ypatingą vaidmenį terapijoje, nes afazijos ištikti asmenys, artimieji turi galimybę dalyvauti, įsitraukti į grupinius pokalbius, atrasti ir plėtoti ryšius ir pasiekti gerų rezultatų grupinėse pratybose. Psichologiniu aspektu, logopedas padeda pacientui pozityviai mąstyti, rasti būdų nepasiduoti (Holland, Nelson, 2014).

Asmens ir artimųjų konsultavimas. Labai svarbu, kad logopedas apmokytų pacientą ir jo artimuosius bendrauti tarpusavyje; paaiškintų kaip padėti jam bendrauti su kitais žmonėmis (Jordan, Kaiser, 2013; Holland, Nelson, 2014). Šeimos nariai dažnai nori gauti išsamią informaciją, pagalbą, išmokti bendrauti, būti įtraukti į reabilitacijos procesą, turėti laiko sau, turėti vilties, kad situacija keisis į gerą, puoselėti lūkesčius, kad ligoniai išgyventų, bendrautų, būtų nepriklausomi ir galėtų savarankiškai apsitarnauti, būtų socialūs, kad jų gyvenimas turėtų prasmę (Brown, Worrall ir kt., 2010). Šeimos įtraukimas taip pat labai svarbus ir tuo, kad ilgalaikiai santykiai leidžia žmonėms vienas kitą suprasti be žodžių (Jordan, Kaiser, 2013). Be to, tai užtikrina, kad logopedinių pratybų metu įgyti įgūdžiai bus puoselėjami kasdieniame gyvenime, artimieji išmoks priimti asmenį su afazijos pasekmėmis (Byng, Duchan, Pound, 2007).

Labai svarbu, kad logopedas bendradarbiautų su paciento šeima, nes tai padeda afazijos ištiktam asmeniui susigyventi su sutrikimu, palaikyti prasmingus ryšius su artimaisiais, sėkmingą

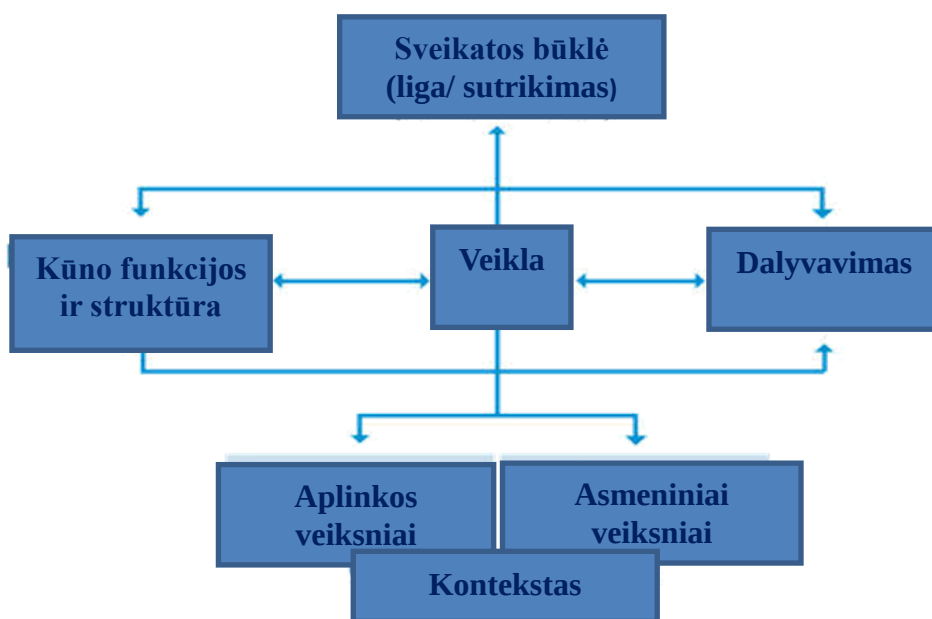
⁴ http://www.asha.org/PRPSpecificTopic.aspx?folderid=8589934663§ion=Treatment#Activities/Participation-Based_Treatment

bendravimą su kitais (Brown ir kt., 2011). Tačiau, kaip parodė empiriniai tyrimai, šeimos nariai, prižiūrintys afazijos ištiktą asmenį, lieka vieniši. Jie retai sulaukia specialistų ar sveikatos įstaigų pagalbos (Nystro, 2011), neatsižvelgiama į paciento šeimos narių poreikius, savijautą (Hilton, Leenhouts, ir kt., 2014, Nätterlund, 2010).

1.3.3. Bio-psicho-socialinis pagalbos modelis

Bio-psicho-socialinis modelis – apjungia medicininį ir socialinį požiūrius, susiedamas biologinius, individualius ir socialinius sveikatos aspektus (ICF, 2013). Tarptautinės funkcionavimo, negalės ir sveikatos klasifikacijos (*angl. International Classification of Functioning, Disability ir (arba) ICF*) pateikiamas bio-psicho-socialinis modelis apjungia įvairius sveikatos, ir su sveikata susijusios, būklės komponentus.

ICF modelis sistemiškai sugrupuodamas skirtingas sveikatos sritis, leidžia nustatyti asmens sveikatos būklę, kuri vertinama pagal paciento kūno funkcijų veiklą, asmens dalyvavimą ir kontekstinius (aplinkos ir asmeninius) veiksnius (1 pav.).



1 pav. ICF modelio struktūra

Negalė aiškinama, kaip pažeidimus, veiklos ir dalyvavimo ribotumus, sukelianti situacija. ICF modelio esmė ta, kad visos sritys tarpusavyje yra susijusios, tad paveikus vieną – keičiasi ir kita (ICF, 2001): *sutrikimai* (*angl. impairments*) – kūno struktūros ar funkcijos problema (dalinė ar visiška); *kūno funkcijos* (*angl. body functions*) – psichologinės ir fiziologinės kūno sistemų funkcijos; *kūno struktūra* (*angl. body structures*) – kūno dalių, organų anatomijos ypatumai; *veikla* (*angl. activity*) – individų veiksmai ar gebėjimas atlikti užduotis; *veiklos ribotumai* – sunkumai, kuriuos patiria asmenys vykdant įvairias veiklas; *dalyvavimas* (*angl.*

participation) – įsitraukimas į kasdienes situacijas; *dalyvavimo trukdžiai* – problemos, kurias asmenys patiria dalyvaudami įvairiose situacijose; *aplinkos veiksniai* (angl. *environmental factors*) – fizinė, nuostatų, socialinė, žmones supanti, aplinka.

Remiantis teorinių šaltinių analize, atskleista afazijos apibrėžtis, požymiai, sutrikimo įtaka asmenų socialiniam dalyvavimui bei išskirti logopedinės pagalbos asmenims, ištiktiems afazijos, modeliai. Afazija yra visiškas arba dalinis gebėjimo kalbėti, suprasti kalbą praradimas dėl galvos smegenų pažeidimo. Afazijos gali būti motorinio pobūdžio ir pasireikšti kalbos išraiškos sutrikimais, sensorinio pobūdžio – girdimojo, vizualinio suvokimo trūkumais arba sensomotorinės afazijos atveju minėti sutrikimai pasireiškia kartu. Taip pat išskiriami ir lydintys požymiai: motoriniai, emocijų, elgesio. Šis kalbos sutrikimas turi įtakos asmens socialiniam dalyvavimui. Afazija sąlygoja bendravimo sunkumus, apriboja savarankiškumą, paveikia žmonių tarpusavio santykius. Afazijai įveikti gali būti taikomi trys modeliai: medicininis – korekcinis, socialinis, bio-psicho-socialinis.

2. Skyrius. LOGOPEDINĖ PAGALBA ASMENIMS, IŠTIKTIEMS AFAZIJOS: LOGOPEDŲ, ARTIMŲJŲ IR ASMENŲ, IŠTIKTŲ AFAZIJOS PATIRTYS

2.1. Tyrimo metodologija ir metodai

Tyrimo metodologija. Tyrimas vykdomas remiantis *kokybine* metodologija. Kardelis (2007) išskiria šiuos kokybinio metodo savitumus: imties reprezentatyvumą lemia lankstūs teoriniai kriterijai; svarbiausias elementas – tyrimo duomenų analizė ir interpretacija; tyrimo turinys išsiskiria savita specifika – tyrėjas, formuluodamas problemą, nusistato analizės vienetą, o problema tiriama vietoje, renkant duomenis per visą grupės veiklos ciklą; pagrindinė idėja yra kontekstas – fizinė, materialinė, socialinė veikla, kurioje vyksta žmonių veikla.

Atliekant tyrimą, buvo taikomas interviu metodas, nes juo galima geriau, nuodugniau pažinti tiriamuosius. Be to, tai tiesioginė priemonė gauti unikalią asmens patirtį (Kardelis, 2007). Buvo pasirinktas *pusiau struktūruoto interviu* tipas, todėl, kad iš anksto numatytus klausimus galima keisti, užduoti papildomų klausimų interviu eigoje, norint gauti tikslesnės informacijos, o tai apklausai suteikia mažiau formalumo, vyksta natūralesnio pokalbio forma (Bitinas, Rupšienė, Žydzūnaitė, 2008). Atlikta duomenų *turinio analizė* – išryškinami duomenys, koncentruojantis ties esminiais dalykais, grupuojami atskiri faktai (Kardelis, 2007).

Tyrimo etapai. Tyrimo procesas buvo suskirstytas į šiuos etapus:

1. *Parengiamajame etape* analizuojamos teoriniai afazijos apibrėžties, požymių, įtakos socialiniam dalyvavimui ir sutrikimo įveikimo modeliai.

2. *Tyrimo instrumento sudarymo etape* kuriami pusiau struktūruoti interviu klausimynai logopedams, afazijos ištiktiems asmenims ir jų artimiesiems, remiantis mokslinės literatūros šaltinių analize, ICF modeliu (1 priedas). Visiems tyrimo dalyviams klausimai pateikiami, atsižvelgiant į šias struktūrines klausimyno dalis: 1) pagalba, orientuota į kūno funkcijų atkūrimą; 2) pagalba, orientuota į afazijos ištikto asmens veiklos ir dalyvavimo skatinimą; 3) reikšmingi kontekstiniai (asmeniniai ir aplinkos) faktoriai.

3. *Tyrimo duomenų rinkimo etape* vykdomi interviu su logopedais, afazijos ištiktais asmenimis ir jų artimaisiais.

4. *Tyrimo duomenų analizės etape* atlikta gautų interviu atsakymų analizė, duomenys interpretuojami, remiantis teorinių šaltinių analize.

5. *Galutiniam etape* formuluojamos išvados.

Tyrimo etikos principai. Tyrime buvo laikomasi geranoriškumo, pagarbos asmens orumo, teisingumo principų (Žydžiūnaitė, 2011). Realizuojant *geranoriškumo* principą, interviu klausimai sukurti taip, kad nesudarytų prielaidų atpažinti tiriamuosius. Interviu metu vengta diskriminuojančių sąvokų. Tiriamieji buvo informuoti, kad interviu yra jų asmeninis apsisprendimas ir jie laisvi atsisakyti dalyvauti tyrime, nutraukti tyrimą bet kuriuo metu ar neatsakyti į kai kuriuos klausimus. Vienas iš interviu buvo nutrauktas dėl paciento atsisakymo toliau tęsti apklausą dėl blogos emocinės savijautos, sunkumo kalbėti. Laikantis *pagarbos asmens orumui principo*, tiriamieji prieš pokalbį buvo supažindinti su bioetikos komisijos patvirtinta *Tiriamąjo asmens informavimo forma* (2 priedas).

Teisingumo ir konfidencialumo principas įvykdytas tiriamiesiems pristačius, pagal kokius kriterijus jie buvo parinkti dalyvauti tyrime. Baigiamame darbe, rašant pusiau struktūruotų interviu analizę, kiekvieno dalyvio informacijai buvo suteiktas kodas, pagal kurį kiti asmenys jų negalėtų atpažinti.

2.2. Tyrimų imtis ir dalyviai

Tiriamieji interviu atrinkti *patogiosios tikslinės imties* būdu, laikantis numatytų kriterijų:

- *apklausti tie logopedai, kurie turi patirties dirbant su afazijos ištiktais asmenimis sveikatos priežiūros įstaigoje*: iš viso apklausti $N=3$ logopedai: 2 logopedai dirba reabilitacijos centruose, 1 – konsultacinėje poliklinikoje;

- *apklausti tie šeimos nariai, kurie gyvena kartu su afazijos ištiktais asmenimis*: iš viso apklausti $N=3$ šeimos nariai. Dukra, slauganti mamą, kurią ištiko insultas dėl užsikimšusio trombo prieš beveik 6 metus. Dukra, slauganti mamą, kurią ištiko hemoraginis insultas prieš 3

metus. Svočia, kuri slaugo marčią, kurią ištiko 4 insultai. Paskutinis, hemoraginis insultas ištiko 2017 m. kovo mėnesį;

- *apklausti tie pacientai, kuriuos dėl insulto ištiko afazija:* iš viso apklausti $N=5$ pacientai. 67-erių metų moteris, patyrusi išeminį insultą prieš mėnesį (interviu ėmimo metu), logopedinė išvada – motorinė afazija. 80 – erių moteris, patyrusi 4 insultus (pirmasis insultas ištiko 1992 m., paskutinis – 2017 m. kovo mėn.), logopedinė išvada – žymi motorinė afazija. 52 – erių metų vyras, patyręs insultą dėl užsikimšusio trombo prieš 2,5 metų, logopedinė išvada – nežymi motorinė afazija. 76 – erių metų moteris, patyrusi hemoraginį insultą prieš tris metus, logopedinė išvada – sensomotorinė afazija. 52 – erių metų vyras patyręs insultą dėl aneurizmos plyšimo prieš 1,5 metų, logopedinė išvada – sensomotorinė afazija.

2.3. Logopedų, teikiančių logopedinę pagalbą afazijos ištiktiems asmenims, patirtys

Tyrimo metu buvo domėtasi logopedų, teikiančių pagalbą afazijos ištiktiems asmenims, patirtimi. Klausimai buvo formuluojami remiantis ICF modeliu, norint išsiaiškinti, kokių pagalbos modelių vadovaujasi logopedai. Išskiriamos 3 pagrindinės sritys: į ką atsižvelgdami įvertina kūno funkcijas bei kokius metodus taiko pažeistoms funkcijoms įveikti, kaip prisideda prie asmens veiklos ir dalyvavimo, kokią įtaką logopedinėms pratyboms daro kontekstiniai faktoriai.

Afazijos ištiktų asmenų kalbos vertinimas ir logopedinės pagalbos organizavimas.

Teiginių analizė leido identifikuoti logopedinį paciento kalbos įvertinimo ir pagalbos turinį, kurį sudaro: *paciento kalbos vertinimas, logopedinės pagalbos planavimas, logopedo pagalbos kryptys, orientuotos į kalbos atkūrimą* (žr. 1 lentelę).

Kūno funkcijos ir struktūra

Kategorija	Subkategorija
Paciento kalbos vertinimas	Sakytinės ir rašomosios kalbos, rijimo funkcijų vertinimas
	Sveikatos būklės įvertinimas ir sutrikimo identifikavimas
	Atsižvelgimas į artimųjų, kitų specialistų nuomonę
Logopedinės pagalbos planavimas	Tikslų kėlimas, atsižvelgiant į sutrikimo rūšį, laipsnį
Logopedo pagalbos kryptys, orientuotos į kalbos atkūrimą	Kalbos išraiškos gebėjimų atkūrimas
	Kalbos suvokimo gebėjimų atkūrimas
	Artikuliacinio aparato mankšta
	Rašomosios kalbos gebėjimų atkūrimas
	Alternatyviosios komunikacijos elementai

Iš gautų logopedų atsakymų, galima daryti prielaidą, kad kalbos vertinimas ir logopedinių pratybų planavimas remiasi į sutrikimą orientuotu požiūriu. Kaip ir aprašomas šis modelis pagal ICF (2013), logopedai įvertina sutrikusias funkcijas, sveikatos būklę: *Papunkčiui, pagal vertinimo kortelę, įsivertinu artikuliacinį aparatą, automatizuotą kalbą, kognityvines funkcijas, užduodu klausimus iš kur atvykęs, ar čia pirmą kartą, žiūriu, kaip sakinius formuluoja. Dar skaitymas, rašymas, skaičiavimas, teksto supratimas, kokių dar pastebėjimų turi žmogus <...> (log.1); Pirmiausia, aišku, sveikatos būklė, paskui afazijos forma <...> (log.3).* Logopedai nesidomi paciento veikla, jo socialiniu kontekstu, pacientas lieka pasyvus dalyvis, vertinamos probleminės sritys, dėl tolimesnių veiksmų konsultuojamasi su kitais specialistais ar šeimos nariais, tačiau ne su pačiais pacientais: *Ne visada pacientas gali išsakyti ar papasakoti apie save, ar nėra artimųjų, kurie galėtų pakomentuoti, todėl ir pasitariu su gydytojais (log.1).* Tyrimo duomenys patvirtino, kad logopedai tolimesnes pratybas planuoja, prioritetinėmis sritimis laikydami labiausiai sutrikusių funkcijų įveikimą, kai tikslingai gerinami konkretūs kalbos įgūdžiai (Hameister, Nickels ir kt., 2017): *Žiūriu, kas sekasi sunkiausiai, tą pirmiausiai ir padedu įveikti (log.1); Jeigu jis ten visai jau ta sensomotorinė afazija visai tokia jau labai labai ryški, tai, pirmiausia, vis tiek orientuojuosi į tą kalbos suvokimą (log.2).* Taip pat ir taikomi metodai, tikslingai orientuoti į sutrikusių sričių gerinimą, bet ne į galimybes rasti alternatyvių komunikavimo būdų: *Jei yra motorinė afazija, tai duodu artikuliacinių pratimų, stiprinu artikuliacinį aparatą (log.1); Dėl rašymo keliu tuos tikslus, kad gebėtų bent pasirašyti su kaire kažkiek (log.2); Supratimui dažniausiai duodu siužetinius paveikslėlius, kokį tai tekstą perskaityti ir atpasakoti (log.2); Na, esu bandžiusi kažkada mokyti naudotis simboliais, bet tas metodas nepasiteisino (log.1).*

Apklausiant logopedus, buvo domėtasi, kaip logopedinių pratybų metu jie prisideda prie afazijos ištyktų asmenų veiklos ir dalyvavimo. Šioje dalyje siekta išsiaiškinti, kas logopedams

svarbu vedant pratybas, į ką orientuojami pateikiami pratimai, metodai, prašoma prisiminti sėkmingų afazijos įveikimo atvejų ir pakomentuoti, kokie veiksniai tai lėmė. Taip pat logopedų buvo klausama, kaip į logopedines pratybas įtraukia šeimos narius. Remiantis duomenimis, logopedų atsakymai apibendrinti 2 lentelėje.

2 lentelė

Veikla ir dalyvavimas

Kategorija	Subkategorija
Logopedo pagalba, orientuota į funkcionalumą tam tikrose situacijose	Asmens kasdienės komunikacijos gebėjimų plėtojimo siekis
	Paciento motyvacijos palaikymas, skatinant savarankiškumą, sėkmės situacijas
	Asmens motyvacijos, geros savijautos ir pozityvaus santykio su logopedu palaikymas
	Pasitaikantys grįžimo į darbą atvejai
Logopedo pagalba, orientuota į artimųjų konsultavimą	Artimųjų ir kitų specialistų teikiama pagalba
	Šeimos narių konsultavimas

Logopedinės pratybos yra įvairialypės (Marshall, 2009). Logopedo pagalba orientuota į praktines užduotis, į tai, ką pacientai galėtų pritaikyti kasdieniame gyvenime: *Kad jisai bent jau tuos elementarius poreikius galėtų išreikšti. Kad jau artimieji suprastų, ko jisai nori ir būtų tie poreikiai patenkinti (log.2); Stengiuosi prie paciento prisiderinti, kokie jo pomėgiai. Stengiuosi parinkti temas iš žmogaus aplinkos, kad temos būtų nesvetimos (log.1).* Specialistai pažymi, kad norimi rezultatai pasiekiami, kai užduotys parenkamos pagal paciento galimybes, skatinamas pacientų savarankiškumas: *<...> Užduotys, aišku, turi būti adekvačios tam ligoniui. Kartais pateiki lengvesnes užduotis negu reikia. Bet dėl ligonio emocinės būklės (log.3); <...> Jiems svarbu, kad kažką išmoksta, kad patys gali pasidaryti. Tai žmonėms kaip stimulus, kad nėra visiškai priklausomas nuo kito žmogaus, galbūt net našta savo artimiesiems. Tai ir yra jiems motyvacija, skatina toliau stengtis, kad kuo daugiau galėtų kažką savarankiškai veikti, daugiau padaryti (log.1).* Logopedų teigimu, užduotys turi būti optimalios, kad pacientas galėtų pajusti sėkmę. Kiekviena sėkminga situacija, pacientui leidžia jaustis geriau, užtikrina glaudesnius santykius tarp ligonio ir logopedo: *Svarbu, na, kad žmogus pasitikėtų, kad žinotų, kad mano tikslas yra padėti. Na ir, kad jis suprastų, kad jam pačiam reikia stengtis, kad abidvi pusės stengtųsi, kad kartu tų tikslų pasiektume (log.1).* Specialistai įvardija, kad jų praktikoje yra pasitaikiusių į darbą grįžimo atvejų: *Turėjau mokytoją, kuri sėkmingai po trijų – keturių mėnesių grįžo į darbą. Jai kažkaip pavasarį įvyko insultas, o rugsėjį grįžo į darbą (log.2).*

Logopedai pažymi artimųjų įtraukimo į logopedines pratybas svarbą. Šeimos narių įtraukimas reikšmingas tuo, kad artimieji apmokomi bendrauti su afazijos ištiktu asmeniu, užtikrinamas įgytų įgūdžių tęstinumas namų aplinkoje (Byng, Duchan, Pound, 2007). Be to, šeimos nariai laikomi lygiaverčiais reabilitacijos komandos nariais (Brown, ir kt., 2011). Logopedai teigia, kad artimieji jiems padeda geriau suprasti ligonio situaciją, o šeimos narių palaikymas pacientams padeda jaustis geriau: <...> *Su namiškiais visą laiką aptariame, ką daryti grįžus namo, kokias užduotys būtų tikslingos, kad jam būtų naudinga daryti, kaip elgtis su ligoniu. Visą laiką rodau, ką darom, ką darė raštu, ką skaitėm. Būtinai yra įtraukiami namiškiai (log.3).* Taip pat pažymėtina, kad pasitaiko atvejų, kai logopedai įtraukia ne tik artimuosius, bet ir ligoninės personalą: *Specialiai tai ne, bet kai kurios slaugutės žino pačios, ką reikia daryti. Būna kartais jos dainuoja su pacientais ar valgykloje padeda pavalgyti (log.1).*

Apibendrinant logopedinių pratybų turinį, galima teigti, kad jis grįstas praktiškais užduotimis, motyvacijos skatinimu ir bendradarbiavimu su šeimos nariais bei kitais specialistais.

Buvo domimasi, kokie kontekstiniai faktoriai lemia logopedinių pratybų sėkmę. Logopedai savo atsakymuose išskyrė: *asmeninius veiksnius, artimiausios aplinkos (šeimos) veiksnius, platesnius aplinkos veiksnius*, kurie pateikiami 3 lentelėje.

3 lentelė

Kontekstiniai faktoriai

Kategorijos	Subkategorijos
Asmeniniai veiksniai	Pacientų amžiaus ypatumai
	Įvairios pacientų reakcijos į sutrikimą, psichologinės problemos
	Paciento asmeninės savybės, motyvacija
Artimiausios aplinkos (šeimos) veiksniai	Artimųjų pagalba, rūpestis
Platesnės aplinkos veiksniai	Sėkmingas insulto gydymas
	Pagalba ligoninėje, reabilitacijos centruose ir konsultacinėje poliklinikoje
	Papildomos specialistų pagalbos poreikis, priklausomai nuo paciento ir artimųjų iniciatyvų, tęsiant reabilitaciją

Logopedai, įvardindami asmeninius veiksnius, išskyrė pacientų amžių, reakciją į kalbos sutrikimą ir psichologines problemas, asmenines savybes ir motyvaciją. Specialistai teigia, kad dauguma jų pacientų yra vyresnio, pensijinio amžiaus ir pažymi, kad amžius turi įtakos sutrikimo įveikimui: *Kuo vėlyvesnis amžius, tuo energetika nebėra tokia stipri (log.2); Mano pacientai yra labai garbaus amžiaus. Ir praktiškai visi, mažas jų procentas būna apie 60 metų, dar mažiau jų būna darbingo amžiaus. Na praktiškai jie visi yra pensijinio amžiaus (log.3).* Kaip rašo

mokslininkai ir pastebi logopedai, pacientai dėl kalbos sutrikimo patiria emocinių, psichologinių išgyvenimų (Holland, Nelson, 2014; Drummond, Sakina, 2006). Taip pat logopedai teigia, kad tik susitaikydami su kalbos sutrikimu ir turėdami daug motyvacijos ir užsispyrimo, lengviau pasiekia užsibrėžtų tikslų: *Įvairiai būna. Pačioje pradžioje tai būna, kad dėl sensomotorinės afazijos jie net nelabai suvokia, kad čia sutrikimas, ar dar kažkas. O paskui, kai atsiranda kritiškumas, tada taip... <...> O kitiems, tai būna didelis smūgis. Ir psichologinių problemų atsiranda, ir labai sunku būna žmonėms, jeigu jie nėra optimistai (log.3); Problema ta, kad kai žmonės nesupranta, kodėl jie eina į vienas ir kitas procedūras, todėl neateina. (log.2).* Specialistai taip pat pažymi, kad afazijos ištiktų asmenų gerų rezultatų pasiekimams turi įtakos jų šeimos parama. Svarbu pastebėti, kad logopedai atkreipia dėmesį į tai, kad šeimos nariai pacientams gali padėti juos palaikydami arba smukdyti, nesuteikdami jiems savarankiškumo: *Jei artimieji per daug padeda, pacientui nebėra stimulo stengtis pačiam, tarsi užima aukos poziciją, kad jam padėtų. (log.1).* Be to, logopedai teigia, kad kalbos sutrikimą padeda įveikti taikomas insulto gydymo metodas, smegenų pažeidimo stiprumas: *Ta sėkmė priklauso nuo insulto dydžio <...> tai aišku turi įtakos ir amžius. Be to, dabar taikomi nauji gydymo metodai, kada tą trombą ištirpdo. Kada leidžiami vaistai ir tas trombas ištirpsta, labai greitai atveria kraujagyslę ir tas insultas būna švelnesnis. Tuomet atsistatymas ir būna geresnis (log.2).* Insulto pasekmes padeda įveikti suteikiama pagalba sveikatos įstaigose: *Manau, kad čia pacientai gauna visą reikalingą pagalbą, nes grįžta čia ne vieną kartą (aut.past. rehabilitacijos klinikoje) (log.1)* ir pačių asmenų ar jų artimųjų rodoma iniciatyva ieškoti papildomų specialistų pagalbos: *Jeigu tas žmogus domisi, na tas namiškis, tai jis visada randa pagalbą, 100 procentų. Tikrai reikia domėtis, reikia eiti, reikia ieškoti ir tikrai ta pagalba yra (log.3).*

Apibendrinant gauto tyrimo rezultatus, galima daryti prielaidą, kad logopedinė pagalba remiasi į sutrikimą orientuotu požiūriu, nes pagrindinis dėmesys skiriamas pažeistų funkcijų atstatymui, o ne paciento aplinkos keitimui. Svarbu paminėti, kad logopedinėse pratybose matomi socialinio modelio elementai. Specialistai stengiasi pacientams pateikti praktines ir pritaikomas užduotis kasdieniame gyvenime, atsižvelgia į pacientų savijautą ir stengiasi juos motyvuoti, į logopedines pratybas įtraukia artimuosius kaip lygiaverčius partnerius. Kalbėdami apie kontekstinius faktorius, logopedai teigia, kad kalbos sutrikimo įveikimui įtakos turi asmens savybės, požiūris, motyvacija, amžius, šeimos palaikymas, suteikiama specialistų pagalba, insulto gydymo metodai.

2.4. Asmenų, ištiktų afazijos, artimųjų patirtys

Tyrimo metu taip pat norėta išsiaiškinti pačių afazijos ištiktų asmenų ir tokius asmenis slaugančių artimųjų patirtis. Kaip ir logopedams, klausimai buvo formuluojami remiantis ICF

modeliu ir išskiriamos 3 pagrindinės klausimų kategorijos: apie kūno funkcijas ir struktūrą, veiklą ir dalyvavimą, kontekstinius faktorius.

Artimųjų buvo prašoma įvertinti afazijos ištiktų asmenų kalbą. Jų gauti atsakymai buvo išanalizuoti ir pateikta tokių asmenų kalbos charakteristika. Ji sudaryta remiantis kalbos būkle po insulto, naudojamomis komunikacijos strategijomis, skaitymo ypatumais ir kognityvinėmis funkcijomis (žr. 1 lentelę).

1 lentelė

Kūno funkcijos ir struktūra

Kategorija	Subkategorija
Kalbos ir komunikacijos ypatumai po insulto	Pavieniai žodžiai, automatizuotos kalbos atkūrimas ūmiuoju laikotarpiu
	Ribotas ekspresyvusis žodynas
	Ribota komunikacija su aplinkiniais kasdienėse situacijose
	Dėmesio koncentracijos trūkumai
Komunikacijos strategijos	Artimųjų tarpininkavimas komunikuojant
	Rašymo strategija – kaip būdas įsiminti informaciją, komunikuoti
Skaitymo ypatumai	Sumažėjusi skaitymo apimtis
	Teksto suvokimo sunkumai
Nesutrikusios kognityvinės funkcijos	Geri skaičiavimo įgūdžiai
	Gera orientacija erdvėje
	Geras laiko suvokimas

Kalbos vertinimas po insulto. Artimieji, apibūdindami afazijos ištiktų asmenų kalbą po insulto, teigia, kad ji buvo labai ribota. Pacientai visai nešnekėjo arba galėjo pasakyti tik minimalų žodžių skaičių: *Nebuvo sąmoningumo, kalbos, jokios reakcijos į logopedę (art.2); Kurį laiką visai nekalbėjo. Tai tada pradėjo dirbti su logopede ir po kelių savaikių gal, gal truputėlį greičiau... Žinau, kad pirmas žodį, kurį išmoko pasakyti, tai buvo „vienas“. Ir tada, jeigu norėdavo kažką pasakyti, tai jai pasisakydavo „vienas“ (art.1).* Ūmiuoju ligos periodu, logopedai pacientams padėjo atkurti automatizuotą kalbą. Šeimos nariai pastebi, kad praėjus kuriam laikui po insulto, jų artimųjų kalba gerėjo, tačiau vis dar išlieka sunkumas reikšti mintis: *Sunku įvardinti žodžius, sklandžiai pasakoti, išreikšti norus. Jos žodynas dar nėra išvystytas ir turbūt visai nebeišvystys jo. Tai kartais būna pamiršta žodžius, negali pasakyti. Kartais nori išreikšti mintį, bando bando ir paskui numoja ranka ir nebesako. Bet jai kartais gaunasi, kartais nesigauna. Nu taip būna sunkumų ir su žodžiais, ir su mintim (art.1); Dabar iš visų gyvūnų liko „šuniukas“, „kačiukas“, na dar „paukščiuką“ gali pasakyt. Klausy, ką valgei, „nu vat valgiau“. Ar daržovės, ar mėsa, ar pienas jau irgi negali įvardinti. Nu vat tokie dalykai. Elementarių žodžių negali pasakyti. <...> Nes jeigu žmogus žino tik 10 žodžių ir visi „pasitvarkyti“ pas ją reiškia viską. Ir pavalgyti, ir nueiti kažkur, ir, galų gale, lovą pakloti, tai tada tu ir nebesupranti,*

ką jinai ten darė (art.2). Taip pat afazijos ištikti asmenys mažai bendrauja su aplinkiniais kasdienėse situacijose: *Pavyzdžiui, ką ji mato po akim, tą jinai gali paimti parduotuvėje, bet niekada nepaklaus, kur kokia prekė padėta (art.2);* Kai yra grupėje žmonių, ji labiau klausosi <...> *Bet jeigu kalbam apie meną, tai jai sudėtingiau kažkiek įsijungti, bet ji vis tiek irgi klausosi (art.1),* o dėl dėmesio koncentracijos, sunku suprasti pašnekovą: *Jinai mane kažkiek supranta, bet jinai neklauso, nes yra labai susikoncentravusi tik į savo mintis (art.2).* Artimieji teigia, kad tokie asmenys, kitus supranta tik specifinėse situacijose: *Na tai turbūt kasdienėse. Jeigu kalbame apie kažkokius buitinius dalykus, paprastus dalykus (art.1).*

Naudojamos komunikacijos strategijos. Šeimos nariai pastebi, kad jų artimieji yra atradę naujų komunikavimo būdų. Rašydami afazijos ištikti asmenys gali geriau įsiminti informaciją ar žodžius, lengviau susikalbėti: *Jinai ten turi tokius sąsiuvinukus, kur užsirašo dalykus, kuriuos jinai nenori pamiršti. Nu žodžiu, brolis susipažino su savo būsima žmona. Tada mamai reikėjo išmokti vardą ir tada jinai pasirašo jos vardą daug kartų. Ir jeigu pamiršta, tuomet pasiima tą sąsiuvinuką, atsiverčia ir pasižiūri. Nu tai rašo, kad užfiksuotų žodžius (art.1);* *Rašo irgi trumpais žodžiais, pagrindinius dalykus. Jeigu vat sakykim, gydytoja siuntimą jai davė, jai jau reikia pasakyti – jinai negali. Tada nurašo tekstą ir jau po 10 minučių man skambina ir jau gali pasakyti, kad siunčiama neurologo konsultacijai. (art.2).* Iš gautų atsakymų, galima teigti, kad afazijos ištikti asmenys savarankiškai negali susišnekėti su nepažįstamais žmonėmis, nes jiems reikia kitų žmonių pagalbos: *Nu bet jei važiuoja pas gydytoją, tai visą laiką kartu važiuoja tėtis, kartu būna, tai tarpininkauja. Ten, kur mama būna su tėčiu, tai tėtis būna toks šiek tiek vertėjas (art.1);* *Patarpininkaujam, kai pas daktarus lankosi (art.3).*

Skaitymo ypatumai ir kognityvinės funkcijos. Artimieji pastebi, kad afazijos ištiktų asmenų skaitymo įgūdžiai yra suprastėję. Tokie asmenys, po insulto skaito mažesnės apimties tekstus: *Bet jinai dabar knygų neskaito, bet ten trumpus tekstelius, ne tai, kad tekstelius, bet žodžius, sakinius, tai vat jinai perskaito. Bet čia gal visai lengva. Va, kad ir prekių katalogo pavadinimus skaito (art.1).* Be to artimieji teigia, kad šiems asmenims sunku suprasti perskaitytą tekstą: <...> *Tai vieną kartą aš jos paklausiau. Ten buvo senovinė knyga, apie grožį. Nu ir kakta, smilkiniai, sakau, va žiūrėk, nu skaityk garsiai. Jinai skaito: „kakta, smilkiniai“. Jinai perskaito normaliai. Sakau, kur yra kakta. Jinai nežino. Klausiu, kur yra smilkiniai, jinai nežino. Tas skaitymas toksai kaip įpročio dalykas. Nes aš manau, kad jinai tikrai nesupranta (art.2).* Įdomu pastebėti, kad nors afazijos ištikti asmenys patiria kalbos, skaitymo sunkumų, tačiau jų kognityvinės funkcijos išlieka nepakitusios. Iš gautų atsakymų, galima daryti prielaidą, kad tie žmonės, kurie iki insulto dirbo matematinį darbą, skaičiavimo įgūdžiai ir po ligos išlieka stabilūs: *Skaičiavimas tai gal pati stipriausia jos vieta. Ji dirbo buhalterė, tai jai skaičiai buvo nesudėtingi. Kai ji dirbdavo su logopede, ji sudėdavo, atimtdavo visokius skaičius. Aišku, iš*

pradžių buvo sunkiau, bet iš tiesų su skaičiais labai orientuojasi ir pati elektronine bankininkyste jau moka prisijungti ir žiūri kaip ten jos pinigai keliauja (art.1). Artimieji taip pat nemano, kad šių asmenų orientacija erdvėje ar laiko pažinimas yra sutrikę: Susiorientuoja, viską randa (art.3); Dėl laiko problemų nėra (art.3).

Apklausiant artimuosius taip pat buvo domėtasi, kaip atrodo jų pačių bei afazijos ištiktų asmenų įprasta diena, kokie santykiai su šeimos nariais ir draugais. Duomenys pateikti 2 lentelėje.

2 lentelė

Veikla ir dalyvavimas

Kategorija	Subkategorija
Pakitę santykiai su šeimos nariais, draugais	Sustiprėję, glaudūs artimųjų santykiai
	Mažiau draugų
Pakitusi kasdienė veikla	Daugiau pasyvios veiklos laisvalaikio metu (pokalbiai telefonu, televizoriaus žiūrėjimas)
	Reikalinga artimųjų pagalba kasdienėje veikloje (apsiperkant, valgant, tvarkantis)
	Išlikęs savarankiškumas kasdienėje veikloje
Artimųjų kasdienės veiklos pokyčiai prižiūrint asmenį po insulto	Artimųjų priežiūros svarba
	Derinimasis prie asmens pakitusių poreikių
	Nebūtina intensyvi priežiūra
Mobilumo ir kalbos sutrikimo nulemti veiklos apribojimai	Suprastėjęs kūno ir galūnių valdymas
	Ribotos galimybės judėti už namų ribų

Artimieji patvirtino, kad kalbos sutrikimas **paveikė jų, afazijos ištiktų asmenų ir jų draugų santykius**. Šeimos nariai tikina, kad tarpusavio santykiai su tokiu asmeniu dar labiau sustiprėjo, tačiau nutrūko ryšiai su kai kuriais draugais: *Suvieningėjo šeima. Va, anūkai lanko, važinėja. Rūpestinga šeimyna (art.3). Mes dabar pasijuokiam kartu. Kai būna kažkokia tarptautinė neįgaliųjų diena, tėtis mamai gėlių atneša „profesinės“ šventės proga. Mama susitaikius jau dabar (art.1); Prieš insultą turėjo keletą draugų. Bet per laiką va nubyrėjo. Nu va. Kad insultas ištiko, jos draugė nežino (art.3).*

Artimieji taip pat, nurodo, kad tiek šių asmenų, tiek jų pačių **kasdienė veikla pakito**. Kalbėdami apie afazijos ištiktus asmenis, artimieji teigia, kad jie turi padėti susitvarkyti reikalus namuose ir už jų ribų: *Kad pati nelabai eina. Kokius svarbesnius reikalus anūkai, aš padedam susitvarkyti, nu. Tik vą maistą anūkėlei ar anūkas nuvažiuoja nupirkti, ko jai reikia. Superka produktus, kad nereikėtų nešioti pačiai. (art.3), o pačių pacientų veikla tapo labiau pasyvesnė: Tai dabar ji turi gerokai daugiau laisvo laiko. <...> pagrindinis jos laisvalaikio užsiėmimas – ji žiūri televizorių, skambina telefonu broliam, sesėm, dėdėm, tvarkosi (art.1). Nepaisant patiriamų sunkumų, afazijos ištikti asmenys stengiasi išlikti savarankiški, tęsti veiklas, kuriomis užsiėmė iki insulto: Daro viską, ką ir prieš insultą. <...> Į bažnyčią eidavo ir dabar eina <...> Dar*

sodelyje tvarkosi. <...> Krapštosi kiemelyje (art.3); Ilgainiui išmoko apsirengti, nusiprausti, susitvarkyti (art.1); Tai buity ji dabar pradėjusi tvarkytis – ir gėles laisto, ir namus tvarko, ir skalbinius, skalbia, džiausto (art.1); Ji pati susitvarko. Namai labai tvarkingi (art.2). Šeimos nariai sutartinai tvirtina, kad daugiau dėmesio ir laiko reikėjo skirti ligos pradžioje. Jie turėjo keisti savo įprastą tvarkaraštį ir budėti ligoninėje, tačiau dabar priežiūra nebėra tokia intensyvi kaip anksčiau, nes šie asmenys stengiasi buityje tvarkytis savarankiškai: *Pačioj pradžioj, kai kelis mėnesius gulėjo ligoninėj, tai dar pirmas kelias savaites, kai dar tikrai jos būklė buvo tokia kritinė, tai mes budėdavom pasidalindami ligoninėje <...> net ir naktimis. Paskui jau naktimis nebebūdavam, bet tada irgi kasdien važiuodavam į ligoninę. Paskui reabilitacija... Irgi lankydavam (art.1) <...> Paskui, kai grįžom namo, nu tai, ten nebuvo labai didelio pasikeitimo, bet kažkiek reikėdavo padėti (art.1).*

Svarbu paminėti ir tai, kad insultas paveikė ne tik kalbą, bet ir kūno valdymą. Artimieji nurodo, kad jų šeimos nariams visiškai įveikti paralyžiaus nepavyko, todėl sunkiai valdo kūną, neišsiverčia be pagalbinių judėjimo priemonių: *Ji privengia tokių vietų, kur reikėtų aukštai lipti (art.1); Ir šiaip mokėsi vaikščioti su ramentu. Ir vat, jeigu reikia eiti kažkur ilgesnį atstumą, tai tada eina su ramentu (art.1); Remiasi lazduote, kai eina pasivaikščioti (art.2).* Todėl galima daryti prielaidą, kad tokie asmenys linkę likti namie, jiems reikia palydos: *Vat malkų reikia, tai pas gydytojus reikia gi. Pati tokių rimtų darbų negali pasidaryti (art.3); Nu tai dabar beveik tik tai namuose. Labai retai būna, kad išeina (art.1).*

Apklausiant artimuosius, taip pat buvo domėtasi, kokie kontekstiniai faktoriai prisideda prie kalbos sutrikimo įveikimo. Pagal gautus atsakymus buvo išskirtos trys kategorijos: pacientų asmeniniai veiksniai, artimiausios aplinkos veiksniai ir logopedinės pagalbos svarba (žr. 3 lentelę).

3 lentelė

Kontekstiniai faktoriai

Kategorija	Subkategorija
Asmeniniai veiksniai	Susitaikymas su įgytu kalbos sutrikimu
Artimiausios aplinkos veiksniai	Artimųjų patiriami sunkumai dėl intensyvios pagalbos ir priežiūros poreikio
	Artimųjų mokymasis komunikuoti, kantrybė
Logopedinės pagalbos svarba	Kalbos funkcijų atkūrimo svarba
	Valstybinės logopedo pagalbos prieinamumo stoka (po išrašymo iš ligoninės)
	Artimieji gauna informacijos ir pagalbos tik tada, kai patys jos ieško
	Neteikiama pagalba artimiesiems

Apibūdindami afazijos ištikto asmens savijautą, artimieji teigia, kad jų šeimos nariai jau yra su juo susitaikę, nors iš pradžių jie labai krintosi, jog negali kalbėti kaip anksčiau: *Dabar, nu gal labai retais atvejais būna, kad jinai nuliūsta, kai jai nepavyksta kažko pasakyti. Bet dabar labai retai. Dabar seniai mačiau, bet anksčiau būdavo dažniau, kad ji tikrai liūdi dėlto, kad graužiasi, kad jai neišeina, sako: „durnas aš“. O dabar atrodo, kad jinai susitaikiusi (art.1); Tai šaunuolė, stengiasi pergalėt save. Eina tik į priekį, pirmyn, pirmyn... <...> Susitaikė su liga.<...> Šitiek pergyveno. Nepasiduoda (art.3).*

Kalbėdami apie savo savijautą, artimieji išskyrė, kad **jiems iš pradžių buvo sunku prižiūrėti**, reikėjo keisti savo dienotvarkę ir savo įpročius. Tokio asmens priežiūra padėjo išsiugdyti kantrybę, išmokti atidžiau klausytis ir surasti naujus komunikavimo būdus: *Nu aš tai matau, kad tas insultas, buvo labai sunkus momentas, bet mes, kaip šeima, labai sustiprėjom, ir aš pati jaučiuosi tokia sustiprėjusi. Tas sunkumas jau yra įveiktas. Kažkaip nebematau, kaip mūsų šeimos traumos. Aš jaučiuosi stipresnė ir tuo metu, kai reikėjo slaugyti (art.1); Nu reikėjo daugiau gilintis, ką jinai kalba. Dėlioti, pateikinti jai žodžius. Kantrybę nežmonišką ugdyti. Taip, reikėjo išmokti labai labai daug dalykų (art.2).*

Artimieji **kritikavo gaunamą pagalbą**. Šeimos nariai pažymi, kad tokių asmenų kalba po insulto vis dar yra sutrikusi, todėl norėtų tęsti logopedines pratybas, tačiau valstybės teikiama logopedo pagalba yra ribota: *Dabar jau pagalba iš valstybės nebeteikiama <...> (art.1); Reikia išmokyti trumpų rišlių sakinių. Nors kiek rišlių. Kad nevartotų kelių žodžių visiems dalykams apibūdinti. Ir kai tu jos paklausi, ką tu veiki, ji atsako: „pasitvarkiau“. Ir aš niekaip negaliu suprasti, ar jinai tvarkėsi parduotuvėj, grindis valė ar ką jinai tvarkė, ar ką ji darė. Kad galėčiau daugiau žodžių suprast, ką jinai darė (art.2); Nu va tos kalbos norsi. Kad tik kalbėtų (art.3).* Taip pat artimieji piktinasi, kad jiems specialistai nesuteikia reikalingos informacijos, todėl turi jos ieškoti savarankiškai: *Ne, nieko.. niekas nieko. Norėtusi praktinių patarimų, kad kažkas pakonsultuotų. Nors kokios nors pagalbos. Dėkingi, kad bent jau į sanatoriją pakliuvom. Nors ir per kančias, niekas nedavė. Patiems reikia ieškotis pagalbos (art.3).* Be to, jie patys negauna jokios pagalbos: *Niekas nekonsultuota, nebent tu pats pas psichologus eini ir jie tave konsultuoja (art.2).*

Apibendrinant gauto tyrimo rezultatus, galima teigti, kad po ūmiojo ligos periodo, pacientų kalba gerėjo, tačiau vis dar išlieka kalbos išraiškos ribotumai. Tokie asmenys linkę rašymo strategija naudotis kaip bendravimo priemone ar informacijos įsiminimo būdu. Pastabėtina, kad kognityvinės funkcijos, priešingai negu kalba, po insulto išlieka nepakitusios. Šeimos nariai afazijos ištiktiems asmenims turi talkinti buityje, tvarkantis asmeninius reikalus, judant, bendraujant su nepažįstamaisiais. Galima daryti prielaidą, kad tai padėjo šeimos nariams labiau suartėti. Kalbos sutrikimas sumažino šių asmenų ir draugų tarpusavio ryšius. Taip pat kito

tokių asmenų kasdienė veikla – ji tapo pasyvesnė, daugiausiai laiko praleidžiama namie. Judėjimą apriboja kūno valdymo sunkumai. Judant reikalinga pagalbinių priemonių arba kitų žmonių pagalba. Pažymėtina, kad praėjus kuriam laikui po insulto, afazijos ištikti asmenys yra susitaikę su kalbos sutrikimu. Artimieji teigia, kad apskritai norėtų gauti daugiau iš valstybės suteikiamos logopedo pagalbos, nes ji vis dar reikalinga. Be to, šeimos nariai pasigenda informacijos prieinamumo apie reabilitaciją bei pagalbos jiems patiems.

2.5. Afazijos ištiktų asmenų patirtys

Tyrimo metu taip pat norėta išsiaiškinti pačių afazijos ištiktų asmenų patirtis. Kaip ir ankstesnėms grupėms, klausimai buvo formuluojami remiantis ICF modeliu ir išskiriamos 3 pagrindinės klausimų kategorijos: apie kūno funkcijas ir struktūrą, veiklą ir dalyvavimą, kontekstinius faktorius.

Apklausiant afazijos ištiktus asmenis, norėta sužinoti, kaip jie vertina savo situaciją po insulto. Buvo klausiama, kuo pasireiškia kalbos sutrikimas, kas jiems padeda ir trukdo bendrauti su kitais, kaip pakito kūno valdymas, kaip vertina savo skaitymo, rašymo gebėjimus, kognityvines funkcijas (žr. 1 lentelę).

1 lentelė

Kūno funkcijos ir struktūra

Kategorija	Subkategorija
Kalbos sutrikimo požymiai	Sutrikusi ekspresyvioji kalba
	Žodžių „radimo ir parinkimo“ sunkumai
	Įvairaus lygmens kalbos supratimo trūkumai
Aplinkinių pagalbos bendraujant svarba	Ramios komunikacijos situacijos ir aplinkinių kantrybė
	Lėtas kalbėjimo tempas
Kūno valdymo sunkumai	Ribotas kūno ir galūnių valdymas
	Pagalbinių judėjimo priemonių poreikis
Skaitymo ypatumai po insulto	Sumažėjusios skaitymo apimtys
	Nuvargimas skaitant
Rašymo gebėjimai	Rašymo sunkumai
Nepakitusios kognityvinės funkcijos	Išlikę skaičiavimo gebėjimai
	Gera orientacija erdvėje
	Geras laiko suvokimas

Pacientai, apibūdindami savo kalbą, **išskiria išraiškos ir supratimo sunkumus**. Afazijos ištikti asmenys, teigia, kad ūmiuoju ligos periodu, jie visai negalėjo šnekėti arba šnekėjo labai mažai, buvo sunku susikalbėti: *Pradžioj buvo sunku kalbėti (pac.3); Ir sakyt savo pavardę, aš negaliu. Man negaliu, man sunku labai buvo. Po insulto negalėjau kalbėti (pac.4);*

Buvo visai praradęs balsą. <...> Dabar antri metai, kai pirmą kartą pamačiau, buvo iš vis negalima susikalbėti. Atsakinėjo neprasmingai į klausimus, buvo ir tų perseveracijų, keitimų (aut. Past. Komentuoja logopedė) <...> .. aš negalėdavau nei susišnekėti nei su vienu žmogum. <...> Iš pradžių niekaip negalėjau susišnekėti (pac.5). Visgi, pacientų ekspresyvioji kalba išlieka ribota. Afazijos ištikti asmenys teigia, kad kalbant jiems sunku parinkti tinkamus žodžius, sunku išreikšti savo mintis, jaučia sulėtėjusį savo kalbėjimo tempą: Dabar kaip ir geriau tik, kad, kaip šitie.. Nu šitie gi.. žodžiai, va, žodžiai stringa. <...> Kartais sunku, rasti, kaipgi šitą.. žodį. Sunku rasti žodį, reikia pagalvoti. <...> tik, kad tas tempas lėtesnis, ne visada greit išeina pasakyt (pac.3). Man labai sunku. O jėzau... tai čia daug turėtume turėti, bet mes nemokam, kaip jums papasakoti bėdų savo. <...> Kadangi aš suvokių absoliučiai viską iš televizoriaus, ką jie sako, o pasakyti, ką jie sako, aš pasakyti negaliu savo. (pac.4). Pacientai teigia įvairiai suprantantys kitų kalbą: <...> Susikalbėt susikalbu (pac.3); Aš dabar ką man kalba, aš labai gerai jaučiuosi, gerai girdžiu, o atsiliepti negaliu (pac.4); Būna, kad nesuprantu, bet man jeigu daugiau pasako kažką, ką reik daryt, aš nesuprantu. Nes jei ant manęs padaro tu daryk ten, tu daryk čia, tai tą daryk, tai tą daryk. Ir man vapšė galva... nieko nebesuprantu. (pac.5). Pašnekovą supranta ramioje aplinkoje, kalbantis asmeniškai, lėtu tempu: Man lengviau, kai su manimi kalbasi asmeniškai (pac.4); Ne visada išeina suprasti, kai kalba daug žmonių. Triukšmingoj aplinkoj aš apskritai negaliu pakęst triukšmo didžiulio (pac.4).

Afazijos ištikti asmenys taip pat mini ir kūno valdymo, mobilumo sunkumus. Jų dešinė pusė paralyžuota, todėl jiems sunkiau judėti, reikia pagalbinių priemonių, palydos: *Mano buvo visiškai paralyžuota (aut. past. dešinė pusė) (pac.4); Kojas jau galiu šiek tiek judinti, paeinu, o su ranka tai jau blogiau. Kada ją masažuoja viskas gerai, o paskui pradeda skaudėti (pac.1); Aš sėdžiu, mane veža <...> Viskas labai sunku. Reikia kartais palydos, taip reikia (pac.4); Dar kol kas sėdžiu invalido vėžimėlyje (pac.1); Reik su ramentu pasiramstyti (pac.3). Taip pat dėl paralyžuotos pagrindinės rankos, jiems nelengva rašyti arba visai nerašo: Su kaire ranka dar nemoku rašyti. Dar nebandžiau mokytis (pac.1); Tik va rašymas nebe toks dailus, reik tą ranką... nu.. sunkiau valdyt yra (pac.3).*

Apibūdindami savo skaitymą, pacientai teigia, kad skaitymo apimtys yra sumažėjusios. Nors jie ir gali skaityti, tačiau skaitymas nebeteikia tokio malonumo kaip prieš insultą: *Skaitau, bet mažiau (pac.2); Nu.. nu.. dabar skaitau mažiau, bet išeina perskaityti viską. Ne, dėlto problemų nėra (pac.3). Tokį skaitymą gali sąlygoti tai, kad afazijos ištiktiems asmenimis sunku suprasti tekstą, suprastėjusi jų rega, liejasi tekstas: Sunku skaityti smulkų tekstą. Akys silpnesnės (pac.2). Nežinau, paskaitau trupučiuką, bet pamirštu, ką jie sako. Gal jos ir liejasi, bet aš to nebandžiau (pac.4).*

Svarbu pastebėti, kad afazijos ištikti asmenys nenurodo kognityvinių funkcijų supratimo. Jie gali skaičiuoti: *Parduotuvėj dar niekas neapgavo (pac.3)*. Nekyla problemų susiorientuoti erdvėje, nebent yra naujoje aplinkoje: *Viską randu (pac.2)*; *Nu kadangi aš čia, kaipgi čia... sanatorijoje pora dienų, nu kartais pasiklystu tarp tų kabinetų, visi vienodi. Na o bet šiaip, žinau, kur mano namai, kur ten kas, viską ten (pac.3)*. Taip pat suvokia laiką: *Laikrodį pažįstu (pac.1)*; *Ne, laikrodį pažįstu. Visur ateinu laiku (pac.2)*.

Apibendrinant galima teigti, kad afazijos ištiktiems asmenims vis dar išlieka kalbos ekspresyvumo ribotumai, kalbą suprasti gali tik specifinėse situacijose, teigia pastebintys skaitymo, rašymo, kūno valdymo, mobilumo sunkumus, tačiau jų kognityvinės funkcijos lieka nepakitusios.

Taip pat apklausiant tokius asmenis, norėta išsiaiškinti, ar kito santykiai su artimaisiais ir draugais, kaip atrodo jų kasdienė veikla, kokius jie įvardija veiksnus, palengvinančius ir apsunkinančius įsitraukimą į socialinį dalyvavimą. Gauti atsakymai apibendrinti ir pateikti 2 lentelėje.

2 lentelė

Veikla ir dalyvavimas

Kategorija	Subkategorija
Santykiai ir bendravimas su artimaisiais ir draugais	Išlikę glaudūs santykiai su šeimos nariais
	Sutrikimo slėpimas nuo draugų
	Išlikę santykiai su draugais po insulto
Pakitęs įsitraukimo į kasdienes veiklas lygis	Nedarbingumas
	Pagalbos poreikis kasdienėje veikloje
	Išlikę savitvarkos įgūdžiai
	Išlikusios veiklos po insulto
Veiksniai, palengvinantys socialinį dalyvavimą	Specialistų teikiama pagalba
	Artimųjų palaikymo svarba
Veiksniai, neigiamai veikiantys socialinį dalyvavimą	Kūno valdymo sunkumai
	Kalbos problemos

Apibūdindami santykius, pacientai teigia, **kad priešingai nei su draugais, šeimos narių tarpusavio santykiai nepakito**. Afazijos ištikti asmenys jaučia, kad su šeimos nariais jie tapo daug artimesni: *Su vaikais – gerai. Jie rūpinasi (pac.1)*; *Padedą anūkai, marti. Jie manimi labai rūpinasi (pac.2)*; *Su mama. Tai vat jinai. Irgi turbūt. Pagrinde, man tai aš tai... Kiekvieną dieną einu prie jos ir sakau. Šneku šneku šneku. Man kuo daugiau galėčiau šnekėti. Nu irgi, kad jinai.. Senai tai.. Nu jau sunku jai yra tokie metai. (aut. past. pacientu rūpinasi mama) (pac.5)*. Pacientai su draugais savo patirtis apibūdino skirtingai. Vieni nuo savo draugų slepia savo ligą: *Niekam apie insultą nesakiau. Dabar labiau bendrauju su šeima, nei su draugais. Kam tuos*

draugus apsunkinti (pac.2), kiti palaiko artimus ryšius, kviečiasi pas save į namus: Nu.. nu.. dar susitinkam kartais. <...> Pasikviečiu juos pas save, kad nereikėtų niekur eiti (pac.3).

Afazijos ištikti asmenys teigia, **kad jų kasdienė veikla pakito**. Dirbantys asmenys turėjo išeiti iš darbo: *Dabar esu gavęs nedarbingumą (pac.3); Į darbą ne. Dabar jau senai darbe bebuvau. Mėnesį kažkur. Nedirbau. Į darbą neidavau (pac.5).* Jiems reikia pagalbos ir palydos tvarkantis asmeninius reikalus, atliekant sunkesnius darbus ar palengvinant buitį: *Paprašau ko nors pagalbos (pac.2); Viską pasidarau, tik jei reikia kažką rimčiau, paprašau vyriausio sūnaus, kad atvažiuotų padėti ką nors prikalt ar dar ką... Taip tai nėra problemų nei pavalgyt, nei apsirengti (pac.3).* Svarbu pastebėti, kad visgi tokie asmenys stengiasi būti savarankiški ir buityje tvarkosi pagal savo galimybes: *Bet viską darau neskubiai. Stengiuosi pati. Praustis einu pati. Tik, kad lėčiau viską darau (pac.1); Tvarkausi ir valgyt gaminuosi pati. Sunkiau, bet susitvarkau (pac.2); Jei reikia, susitvarkau (pac.3).* Jie taip pat stengiasi užsiimti tokiomis pačiomis veiklomis kaip ir iki insulto: *Namuose pasižiūriu, pasidarau. Namuose pasportuoju biški (aut. past. po insulto pradėjo daugiau sportuoti) (pac.5).*

Šie asmenys taip pat įvardija, kas jiems padeda, o kas trukdo įsitraukti į socialinį dalyvavimą. Afazijos ištikti asmenys sutartinai tvirtina, kad jiems ypatingai svarbus artimųjų palaikymas: *Artimųjų pagalba (pac.2); Nu... nu... mane žmona palaiko (pac.3).* Taip pat išskiria teikiamą specialistų pagalbą: *Atlieku pratimus, kuriuos užduoda. Dabar atmasažavo ranką, o prieš tai visai negalėjau valdyti. O dabar jau po biškį (pac.1). Tikiuosi sanatorijoje atsigaunt labiau (pac.3).* Jie tvirtina, kad gaunama profesionalų pagalba tokiems asmenims padeda jaustis geriau. Nepaisant gaunamos jų pagalbos, išlikę kūno valdymo sunkumai ir kalbos problemos apsunkina socialinį dalyvavimą: *Jei.. nu.. judėčiau lengviau, ta dešinė pusė vargina (pac.3); Norėčiau kalbėti (pac.2).* Galima daryti prielaidą, kad kūno valdymo sunkumai apriboja jų laisvesnio judėjimo galimybes, o kalbos sutrikimas apriboja bendravimą su kitais.

Apibendrinant afazijos ištiktų asmenų veiklą ir dalyvavimą, galima teigti, kad jų santykiai su šeimos nariais sustiprėjo, o su draugais pakito. Tokie asmenys stengiasi buityje tvarkytis savarankiškai pagal savo galimybes, tačiau norint padaryti daugiau, jiems reikia kitų pagalbos, tačiau šių asmenų laisvalaikis nepakito. Jų nuomone, socialinį dalyvavimą palengvina artimųjų palaikymas ir gaunama specialistų pagalba, o apsunkina suprantant kūno valdymas bei ribotas bendravimas dėl kalbos sutrikimo.

Apklausiant afazijos ištiktus asmenis, taip pat buvo domėtasi, kaip kontekstiniai faktoriai veikia jų socialinį dalyvavimą. Tokie asmenys išskyrė: *asmeninius veiksnius, specialistų pagalbos poreikį* (žr. 3 lentelė).

Kontekstiniai faktoriai

Kategorija	Subkategorija
Asmeniniai veiksniai	Apmaudas dėl kalbos sutrikimo
Specialistų ir pagalbos poreikis	Specialistų teikiama pagalba
	Specialistų pagalbos tęstinumo poreikis
	Ribotas informacijos gaunamumas

Afazijos ištikti asmenys jaučia apmaudą ir nepasitikėjimą savimi dėl kalbos sutrikimo. Nors atrodo, kad jie yra susitaikę su afazija, tačiau tokiems asmenims skaudu, dėlto, kad jie nebėra tokie kaip anksčiau: *Nu žinai, anksčiau daugiau kalbėdavau. O dabar baimė tokia. Atrodo anksčiau aš buvau sveika, o dabar nesveika. Dėl sarmatos (pac.1); Ai, nekompleksuoju. <...> Nu.. kaip... nu. Norėčiau grįžti į darbą, bet namie, kaip kalėjime nesijaučiu (pac.3).*

Afazijos ištikti asmenys išreiškia specialistų ir jų pagalbos poreikį. Afazijos ištikti asmenys sulaukia valstybinės specialistų pagalbos ir tikisi, kad jie sustiprės fiziškai, pagerės sveikata, kalba: *Masažistė <...> gydytoja <...> kinizetrapijos procedūra <...>, logopedas (pac.1); <...> Kažkokios elektrostimuliacijas, dar masažą turiu, <...> vandens procedūros (pac.3); Viską. Kad pačiai būtų geriau. Kalbą, kad žmonės geriau mane suprastų, ko aš noriu (pac.1). Šie asmenys išreiškia norą gauti daugiau tokios pagalbos, procedūrų sanatorijoje: *Trūksta... Šiandien masažas paskutinė diena, o norėčiau daugiau (pac.1); Visų daugiau (pac.2).* Svarbu pastebėti, kad pacientai gauna ribotą informacijos prieinamumą apie kalbos sutrikimą ar galimą pagalbą: *Ne. Niekas labai neaiškina (pac.2); Nepaaiškina, ką daro (pac.5).**

Pacientai išreiškė visos reabilitacijos lūkesčius. Jie iš logopedinių pratybų tikisi geresnės ekspresyvosios kalbos, kad galėtų susikalbėti su kitais. Be geresnės kalbos, jie pageidauja taip pat geresnio kūno valdymo.

Apibendrinant galima teigti, kad afazijos ištikti asmenys dėl kalbos sutrikimo jaučia apmaudą. Jie išreiškia poreikį gauti didesnės specialistų pagalbos. Pagrindiniai reabilitacijos lūkesčiai – geresnė kalba ir geresnis kūno valdymas. Taip pat svarbu pastebėti, kad šie asmenys pasigenda informacijos apie gaunamą pagalbą ir jos galimybes.

2.6. Tyrimo dalyvių: logopedų, afazijos ištiktų asmenų, jų artimųjų patirčių apibendrinimas

Šiame etape bus apibendrinamos tyrimų dalyvių patirtys, laikantis anksčiau minėto ICF modelio principo. Lyginant patirtis, norima gauti įžvalgų, ką akcentuoja kiekviena grupė, kokius

įžvelgia socialinio dalyvavimo galimybes ir ribotumus, kaip vertina teikiamą pagalbą ir į ką ji yra orientuota.

Kūno funkcijos ir struktūra. Afazijos ištikti asmenys ir jų artimieji apibūdina tuos pačius kalbos ekspresyvumo ir impresyvumo ribotumus, skaitymo, rašymo, kūno valdymo, mobilumo sunkumus. Taip pat abi grupės teigia, kad tokių asmenų kognityvinės (skaičiavimo, orientavimosi erdvėje, laiko pažinimo) funkcijos visai nepakito. Svarbu pastebėti, kad logopedai, planuodami savo pagalbą, orientuojasi į labiausiai pažeistų funkcijų atstatymą. Visgi, jų pagalbos kryptys orientuotos į kalbos atkūrimą, nemoko naudotis augmentinės alternatyviosios pagalbos priemonėmis. Galima daryti prielaidą, kad logopedai pagrindinį dėmesį skiria pažeistų funkcijų įveikimui, bet ne pacientų socialinių įgūdžių ugdymui. Logopedai nelinkę mokyti naudotis alternatyviaja komunikacija, kuri palengvintų afazijos ištiktų asmenų bendravimą su šeimos nariais ir kitais asmenimis. Taip pat logopedai ne visada įvertina, kad kartais daug svarbiau įveikti kūno valdymo nei kalbos sunkumus. Pavyzdžiui, jie nelavina smulkiosios motorikos, kuri padėtų afazijos ištiktiems asmenims geriau valdyti ranką rašant, o rašymas kartais yra tokių žmonių pagrindinė bendravimo priemonė.

Veikla ir dalyvavimas. Visos trys grupės pabrėžia artimųjų svarbą ir glaudesnius tarpusavio ryšius. Kaip pabrėžia mokslininkai ir pastebi logopedai, bendradarbiavimas su šeimos nariais užtikrina afazijos ištiktų asmenų geresnius pasiekimus, pagalbos tęstinumą namie (Byng, Duchan, Pound, 2007; Jordan, Kaiser, 2013). Patys asmenys teigia, kad jiems svarbus artimųjų palaikymas, motyvavimas. Taip pat abi šios grupės pažymi, kad tokie asmenys yra priklausomi nuo kitų. Afazijos ištikti asmenys gali bendrauti su kitais ar tvarkyti buitinius reikalus, atlikti sunkesnius darbus tik su kitų pagalba. Pažymėtina, kad logopedai stengiasi pateikti užduotis, kurios pacientams būtų pritaikomos kasdienėse situacijose. Nors logopedai stengiasi motyvuoti pacientus, kurdami sėkmes situacijas, tačiau į logopedines pratybas neįtraukia daugiau asmenų. Pastebėtina, kad pacientai ir jų artimieji teigia, kad siaurėja tokių asmenų bendravimo ratas (Simmons – Mackie, Damico, 2007). Jei specialistai į logopedines pratybas įtrauktų daugiau artimos aplinkos žmonių, galbūt afazijos ištiktų asmenų draugai kaip ir šeimos nariai išmoktų su jais bendrauti kitaip, būtų pakantesni ir supratingesni. Logopedai, koncentruodamiesi tik į tokių asmenų ir jų šeimos narių bendravimą, apriboja minėtų asmenų socialinio bendravimo galimybes.

Kontekstiniai faktoriai. Visos trys apklaustųjų grupės tvirtina, kad priimti kalbos sutrikimą reikia laiko. Tiek patys šeimos nariai, tiek pacientai išgyveno gedėjimo pakopas: neigimą, derėjimąsi, pyktį, depresiją, susitaikymą (Ruškus, 2002). Išgyvenus kritinius laikotarpius, pacientams ir artimiesiems daug lengviau susitaikyti su pasikeitusia situacija ir imtis atitinkamų veiksmų. Logopedai patvirtina, kad tie pacientai, kurie greičiau susitaiko su

kalbos sutrikimu, labiau susiima ir labiau stengiasi per logopedines pratybas. Taip pat apklaustųjų grupės vieningai tvirtina, kad geresnių rezultatų pasiekama, jeigu yra motyvacija.

Išryškėjo reabilitacijos tęstinumo svarba. Visos tiriamųjų grupės tvirtino, kad ligoninėje gaunamos pagalbos neužtenka, reikia tęstinio, didesnio įdirbio norint įveikti insulto pasekmes. Pacientai ir artimieji pageidauja gauti daugiau logopedinių pratybų dėl geresnės kalbos išraiškos ir kalbos suvokimo bei kiniziterapeuto pagalbos dėl geresnio kūno valdymo ir mobilumo. Pastebėtina, kad išryškėja pacientų, jų artimųjų bei logopedų patirčių skirtumai apie gaunamą pagalbą. Kaip ir teigia Nystro (2011), artimieji ar afazijos ištikti asmenys paliekami nuošalyje. Logopedai tvirtina, kad suteikiama visa reikalinga pagalba, o afazijos ištikti asmenys pasigenda informacijos, kur jie galėtų kreiptis pagalbos, specialistai jiems nepaaiškina ką, kodėl ir kaip daro, jie turi patys ieškoti informacijos apie reabilitacijos galimybes.

Išvados

1. Mokslinės literatūros analizė leidžia teigti, kad afazija yra visiškas arba dalinis gebėjimo kalbėti, suprasti kalbą praradimas dėl galvos smegenų pažeidimo. Afazijos gali būti motorinio pobūdžio ir pasireikšti kalbos išraiškos sutrikimais, sensorinio pobūdžio – girdimojo, vizualinio suvokimo trūkumais arba sensomotorinės afazijos atveju minėti sutrikimai pasireiškia kartu. Taip pat išskiriami ir lydintys požymiai: motoriniai, emociniai, elgesio. Šis kalbos sutrikimas turi įtakos asmens socialiniam dalyvavimui. Afazija sąlygoja bendravimo sunkumus, apriboja savarankiškumą, paveikia žmonių tarpusavio santykius. Afazijai įveikti gali būti taikomi trys modeliai: medicininis – korekcinis, socialinis, bio-psicho-socialinis.

2. Apibendrinant logopedų atsakymus, logopedinės pagalbos kryptys, tikslų kėlimas ir kalbos vertinimas grindžiamas į sutrikimą orientuotu požiūriu. Logopedinių pratybų turinį sudaro praktinės užduotys, skatinamas pacientų savarankiškumas, pasitikėjimas savimi, kuriamos sėkmės situacijos. Į logopedines pratybas kaip lygiaverčiai partneriai įtraukiami pacientų artimieji. Logopedai, kalbėdami apie kontekstinius faktorius, teigia, kad kalbos sutrikimo įveikimui įtakos turi asmens savybės, situacijos vertinimas, motyvacija, amžius, šeimos palaikymas, suteikiama specialistų pagalba, insulto gydymo metodai.

3. Apibendrinant afazijos ištiktų asmenų, artimųjų patirtis, galima teigti, kad po ūmiojo ligos periodo, pacientų kalba gerėja, tačiau vis dar išlieka kalbos išraiškos ribotumai. Tokie asmenys linkę rašymo strategija naudotis kaip bendravimo priemone ar informacijos įsiminimo būdu. Pastebėtina, kad kognityvinės funkcijos, priešingai negu kalba, po insulto išlieka nepakitusios. Šeimos nariai afazijos ištiktiems asmenims turi talkinti buityje, tvarkantis asmeninius reikalus, judant, bendraujant su nepažįstamaisiais. Kalbos sutrikimas suartina šeimos narius, tačiau susiaurina draugų ratą. Tokių asmenų kasdienė veikla tampa pasyvesnė, daugiausiai laiko praleidžiama namie. Mobilumą apriboja kūno valdymo sunkumai. Judant reikia pagalbinių priemonių arba kitų žmonių pagalbos. Pažymėtina, kad praėjus kuriam laikui po insulto, afazijos ištikti asmenys yra susitaikę su kalbos sutrikimu. Artimieji išsako pageidavimą, kad afazijos ištikti asmenys gautų daugiau valstybinės logopedo pagalbos, nes ji vis dar reikalinga po išrašymo iš ligoninės. Be to, šeimos nariai pasigenda informacijos apie reabilitaciją ir pageidauja pagalbos sau.

4. Apibendrinant afazijos ištiktų asmenų patirtis, galima teigti, kad sėkmingas socialinio dalyvavimo galimybes lemia šie veiksniai: palanki komunikacinė aplinka ir pašnekovo supratingumas; siekis savarankiškai tvarkyti asmeninius reikalus; specialistų teikiama pagalba; motyvacija; išlikę matematiniai, laiko suvokimo gebėjimai, orientacija erdvėje; pagalbinių judėjimo priemonės, šeimos narių palaikymas; palaikomi santykiai su draugais. O socialinį dalyvavimą apsunkina šie veiksniai: ekspresyviosios ir impresyviosios kalbos sutrikimai, ribotas

judėjimas už namų ribų; priklausomybė nuo kitų; nutrūkę ryšiai su draugais; skaitymo ir rašymo sunkumai; ribota specialistų pagalba ir informacijos prieinamumas.

5. Lyginant visų trijų grupių patirtis, galima teigti, kad afazijos ištikti asmenys ir jų artimieji panašiai vertina ir apibūdina socialinio dalyvavimo galimybes ir ribotumus, o gaunama logopedinė pagalba ne visada atitinka šių asmenų lūkesčius.

Literatūros sąrašas

1. Andersen, A. (2016). Socialinio modelio taikymas afazijai įveikti (Magistro darbas, Šiaulių universitetas).
2. Barnes, S., Ferguson, A. (2015). Conversation partner responses to problematic talk produced by people with aphasia: some alternatives to initiating, completing, or pursuing repair. *Aphasiology*, 3, 315-336.
3. Bitinas, B., Rupšienė, L., Žydzūnaitė, V. (2008). Kokybinių tyrimų metodologija: vadovėlis vadybos ir administravimo studentams. Klaipėda: S. Jokužio leidykla-spaustuvė
4. Byng, S., Duchan, J., Pound, C. (2007). The aphasia therapy file. Psychology press.
5. Brown, K., Worrall, L., Davidson, B., Howe, T. (2010). Living successfully with aphasia: An insider perspective. *Aphasiology*, 10, 1267-1295.
6. Brown, K., Worrall, L., Davidson, B., Howe, T. (2011). Exploring speech-language pathologists' perspectives about living successfully with aphasia. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 3, 300-311.
7. Budrys, V. (2009). Klinikinė neurologija. Vilnius: Vaistų žinios.
8. Burbienė, K. (2010). Afazijos ištiktų žmonių rašomosios kalbos grąžinimas (Bakalauro darbas, Šiaulių universitetas).
9. Chapey, R., Duchan, J., F., Elman, R., J., Garcia, L., J., Kagan, A., Lyon, J., and Mackie, S. M. (2011) *Life Participation Approach to Aphasia*, Prieiga per internetą: <http://www.asha.org/public/speech/disorders/LPAA/> [žiūrėta 2017-03-27].
10. Dalemans, de Witte, Wade, van den Heuvel. (2010). Social participation through the eyes of people with aphasia. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 45(5), 115-127.
11. Dalemans, R., J., P., de Witte, L., P., Wade, D., T., Van den Heuvel, W., J., A. (2008). A description of social participation in working-age persons with aphasia: A review of the literature, *Aphasiology*, 22, 1071-1091.
12. Davidson, B., Howe, T., Worrall, L., Hickson, L., Togher L. (2008). Social participation for older people with aphasia: the impact of communication disability on friendships, *Top Stroke Rehabil*, 15(4), 325-340.
13. Drummond, Sakina S. (2006). *Neurogenic Communication Disorders: Aphasia And Cognitive-Communication Disorders*. Springfield, Ill: Charles C Thomas.
14. Esots, J. (2016). When words fail a summary of aphasia: incorporating background memoir accounts. *Australian Nursing & Midwifery Journal*, 23 (11), 34-36.

15. Falconer, C., Antonucci, S., M. (2012). Use of semantic feature analysis in group discourse treatment for aphasia: Extension and expansion, *Aphasiology*, 26, 64-82.
16. Franco, E., C., Carleto, N., G., Cusin Lamônica, D., A., de Lourdes Caldana, M. (2015). Intervention Aphasia Using the Augmentative and Alternative Communication, *Revista CEFAC*, 17, 956-964.
17. Garcia, E., Connor, T., L. (2011). Understanding Barriers and Facilitators to Participation in People with Aphasia A Qualitative Approach, CSD Working Papers No. 11-38, 1-17.
18. Garšvienė, A., Ivoškuvienė, R. (1993) Logopedija. Vadovėlis specialiosios pedagogikos fakultetų studentams. // Ivoškuvienė, R., Afazija, Kaunas: Šviesa. 146-152.
19. Giedrienė, R. (2012). Specifiniai mokymosi sutrikimai: metodinė priemonė. Vilnius: Edukologija.
20. Halligan, P., W., Wade, D., T. (2009). *Effectiveness of Rehabilitation for Cognitive Deficits* / Marshall, M., Can speech and language therapy with aphasic people affect activity and participation levels? A review of the literature. Oxford University press. 195.
21. Hameister, I., Nickels, L., Abel, S., Croot, K. (2017). „Do you have mowing the lawn?” – improvements in word retrieval and grammar following constraint-induced language therapy in primary progressive aphasia, *Aphasiology*. 3, 308-331.
22. Henry, M., L., Meese, M., V., Truong, S., Babiak, M., C., Miller, B., L., Gorno-Tempini, M., L., (2013). Treatment for apraxia of speech in nonfluent variant primary progressive aphasia, *Behavioural Neurology*, 26, 77-88.
23. Hillis, A., E. (2015). The Handbook of Adult Language Disorders / Jacqueline J. Hinckley and Audrey L. Holland *A Focus on Life Participation*, Psychology Press, New York and London, 476-491.
24. Hilton, R., Leenhouts, S., Webster, J., Morris, J. (2014.) Information, support and training needs of relatives of people with aphasia: Evidence from the literature, *Aphasiology*, 28, 797-822.
25. Holland, A., L., Nelson, R., L. (2014). Counseling in Communication Disorders. A Wellness Perspective. Second edition. 187-235.
26. Horton, S., (2007). Topic generation in aphasia language therapy sessions: Issues of identity, *Aphasiology*. Mar2007, Vol. 21 Issue 3 / 4, 16p.
27. Howe, T. (2017). Found Opportunities for Social Participation, *Topics in Language Disorders*, 1, 38-51.

28. Jordan, L., (2004). Disability Paradigms and Models and Rehabilitation Practise, School of Health and Social Sciences, Middlesex University.
29. Jordan, L., Kaiser, W. (2013). Aphasia – a social approach, Springer science, Business media: B.V.
30. Kalinyak-Fliszar, M., Kohen, F., Martin, N. (2011). Remediation of language processing in aphasia: Improving activation and maintenance of linguistic representations in (verbal) short-term memory, *Aphasiology*, 25 , 1095-1131.
31. Kardelis, K. (2007). Mokslinių tyrimų metodologija ir metodai. Šiauliai: Lucilijus.
32. Labreche, T., Szilva, M., Plotkin A. (2016). Practice Report Empowering Individuals with Aphasia and Visual Impairments through Effective Communication. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 3, 183-187.
33. Laliberte, M., P., Gauvreau, C., A., Le Dorze, G. (2015). A pilot study on how speech-language pathologists include social participation in aphasia rehabilitation. *Aphasiology journal*, 30, 1117-1133.
34. Latonaitė, Z., Liuminė, A., Tripeldaitė, G. (2014). Subjektyvus gyvenimo kokybės vertinimas išeminį insultą patyrusių pacientų požiūriu. *Profesinės Studijos: Teorija ir Praktika*, 13, 33-41.
35. Nätterlund, B., S (2010). A new life with aphasia: everyday activities and social support, *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 117-129.
36. Nätterlund, B., S (2010). Being a close relative of a person with aphasia, *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 17, 18-28.
37. Neubauer, K. (2016). Speech – Language Therapy and Neurogenic Disorders of Communication, *Aphasiology journal*, 30, 86-87.
38. Nystro, M. (2011). Empirical Study. A bridge between a lonely soul and the surrounding world: A study on existential consequences of being closely related to a person with aphasia, *International Journal of Qualitative Studies on Health & Well-Being*, 6, 1-9.
39. Pai R., A., Krishnan, G., Prashanth,, S., Rao, S., (2011). Global aphasia without hemiparesis: A case series, *Annals Of Indian Academy of Neurology*, 3, 185-188
40. Papathanasiou, I., Coppens, P., Potagas, C. (2013). Aphasia and Related Neurogenic Communication Disorders, Burlington, MA :Jones & Bartlett Learning, 217.
41. Rastenytė, D. (2016) Insulto centrų veikla 2015 m. Lietuvos insulto asociacijos konferencijos – 2016 medžiaga.
42. Rautakoski, P. (2014). Communication style before and after aphasia: A study among Finnish population, *Aphasiology*, Issue 3, 359-376.

43. Rautakoski, P. (2015). Socialinis afazijos terapijos modelis. Neurologiniai kalbėjimo ir kalbos sutrikimai: įrodymais grįstos praktikos link: 2-ojo Baltijos šalių logopedų kongreso medžiaga (p. 36). Šiauliai.
44. Ruškus, J. (2002). Negalės fenomenas. Šiauliai: Šiaulių universiteto leidykla.
45. Ruškus, J., Mažeikis, G. (2007). Neįgalumas ir socialinis dalyvavimas. Kritinė patirties ir galimybių Lietuvoje refleksija. Šiauliai: Šiaulių universiteto leidykla.
46. Samson J., Muwei L., Andreia F., Cameron D., Richard L., Rajani S., Kyrana T., Susumu M., Argye E. H., (2013). Distinct mechanisms and timing of language recovery after stroke, *Cognitive Neuropsychology*, 8, 454-475.
47. Sanders, M., Cloutman, L., Woollams, A., M. (2015). Taking Sides: An Integrative Review of the Impact of Laterality and Polarity on Efficacy of Therapeutic Transcranial Direct Current Stimulation for Anomia in Chronic Poststroke Aphasia. *Neural Plasticity*, 2015, 1-21.
48. Seckin, M., Mesulam, M., Voss, J., Huang, W., Rogalski, E., Hurley, R. (2016). Am I looking at a cat or a dog? Gaze in the semantic variant of primary progressive aphasia is subject to excessive taxonomic capture. *Journal of Neurolinguistics*, 37, 68-81.
49. Sherratt, S., Simmons – Mackie, N. (2016). Shared humour in aphasia groups: “They should be called cheer groups”, *Aphasiology*, 30, 1039-1057.
50. Simmons – Mackie, N., Damico, J., S., (2007). Access and social inclusion in aphasia: Interactional principles and applications, *Aphasiology*, 1, 81-97.
51. Spielmann, K., Durand, E., Marcotte, K., Ansaldi, A., I. (2016). Maladaptive Plasticity in Aphasia: Brain Activation Maps Underlying Verb Retrieval Errors, *Neural Plasticity*, 6, 1-11.
52. Van Dijk, J., de Man-van, Ginkel, Hafsteinsd Schuurmans (2016). Identifying depression post-stroke in patients with aphasia: a systematic review of the reliability, validity and feasibility of available instruments, *Clinical Rehabilitation*. 8, 795-810.
53. Varžgalienė, J., Ivoškuvienė, R. (2015). Kalbos reabilitacija: mokomoji knyga. Šiauliai: Liucilijus.
54. Vickers, C., P. (2010). Social networks after the onset of aphasia: The impact of aphasia group attendance, *Aphasiology*, 24, 902-913.
55. Žydzūnaitė, V., (2011). Baigiamojo darbo rengimo metodologija. Mokomoji knyga. Klaipėdos valstybinė kolegija.
56. Wambaugh, J., L, Wright, S., Nessler, Ch., Mauszycki, S., C., (2014). Combined Aphasia and Apraxia of Speech Treatment (CAAST): Effects of a Novel Therapy, *Journal of Speech, Language & Hearing Research*, 6, 2191-2207.
57. Worall, L. (2011). Principal principles of the social model in aphasia: our research and clinical tools, *Aphasiology*, 21, 81-97.

58. Worrall, Thompson, Cynthia K., Martin, N. (2008). *Aphasia Rehabilitation: The Impairment and Its Consequences*, San Diego: Plural.
59. Worrall, L., Sherratt, S., Rogers, P., Howe, T., Hersh, D., Ferguson, A., Davidson, B., (2011). What people with aphasia want: Their goals according to the ICF, *Aphasiology*, 3, 309-322.
60. World Health Organization (2013). *How to use the ICF: A practical manual for using the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*. Geneva: WHO Prieiga per internetą: [www.who.int /classifications / drafticfpracticalmanual 2.pdf?ua=1](http://www.who.int/classifications/drafticfpracticalmanual2.pdf?ua=1) [žiūrėta 2017-03-10].
61. Prieiga internete:
http://www.asha.org/PRPSpecificTopic.aspx?folderid=8589934663§ion=Treatment#Language_Impairment-Based_Treatment [žiūrėta 2017-03-27].
62. Prieiga internete:
<http://www.asha.org/PRPSpecificTopic.aspx?folderid=8589934663§ion=Treatment#Activities/Participation-Based_Treatment, [žiūrėta 2017-03-27].

Julija Grigėnaitė
Speech and Language Therapy for the Persons with Aphasia
The Bachelor Thesis
Summary

The aim of the bachelor degree paper is to reveal abilities and limitations of social participation in persons with aphasia.

The research is based on a qualitative research methodology. Method of semi-structured interview, method of content analysis and method of scientific literature analysis were applied to the research. Speech and Language pathologists, who are working in health institutions of Lithuania, persons with aphasia and their relatives were interviewed for the research. Questions were based on model of International Classification of Functioning, Disability (ICF). Questions were asked according to structure of the questionnaire: 1) aim based on recovery of body, 2) aim based on promotion of social participation of people with aphasia, 3) valuable contextual factors (personal and environment).

Definition of aphasia, its symptoms, affect of social participation in people with aphasia, applied models in speech and language therapy were determined in this paper. It was found that speech and language therapists define goals of the therapy, assess language by impairment-based approach and they applying elements of social model in speech and language therapy. Speech and Language pathologists believe that the successful overcoming of language disorder is determined by patient age, health status, motivation, support of specialists. In summary, people struck by aphasia and their families experience, it can be said that they are facing a number of tricky situations: persons mentioned disorders of language comprehension and expression, difficulties in body control and mobility, narrowing circle of friends, daily activities become more passive. On the other hand, relationship between family members becomes stronger, they find new ways of communication, learn how satisfied needs of relatives. Comparing the three groups experience, it can be argued that people suffer from aphasia and their relatives like the social participation and describes the possibilities and limitations, and received speech therapy support does not always meet the needs of individuals.

Key words: aphasia, social participation, impairment-based approach, social model.

Priedai