



ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ



ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΝΕΥΡΟΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Διευθυντής ΠΜΣ: Αναπληρωτής Καθηγητής ΕΥΘΥΜΙΟΣ Γ. ΔΑΡΔΙΩΤΗΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Οδικός χάρτης – κατευθυντήριες οδηγίες που αφορούν τα δικαιώματα των ανθρώπων που ζουν με αφασία, τις υποχρεώσεις κοινωνίας-κράτους, τις δυνατότητες και την πρόσβαση στις θεραπείες με στόχο να δημοσιοποιηθούν ως άρθρο για εφαρμογή στη χώρα μας

Παρασκευή Σουσούρη

Λογοθεραπεύτρια

Υπεβλήθη για την εκπλήρωση μέρους των απαιτήσεων για την απόκτηση του Μεταπτυχιακού

Διπλώματος Ειδίκευσης

«ΝΕΥΡΟΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ»

Λάρισα, Σεπτέμβριος 2021

«Βεβαιώνω ότι η παρούσα διπλωματική εργασία είναι αποτέλεσμα δικής μου δουλειάς και δεν αποτελεί προϊόν αντιγραφής. Στις δημοσιευμένες ή μη δημοσιευμένες πηγές έχω χρησιμοποιήσει εισαγωγικά και όπου απαιτείται έχω παραθέσει τις πηγές τους στο τμήμα της Βιβλιογραφίας».

Υπογραφή:

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΦΟΙΤΗΤΡΙΑΣ: ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ ΣΟΥΣΟΥΡΗ

Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Σχολή Επιστημών Υγείας, Τμήμα Ιατρικής, 2020-2021

ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΕΥΘΥΜΙΟΣ Γ. ΔΑΡΔΙΩΤΗΣ

ΑΝΑΠΛ. ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΑΣ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ

Επιβλέπων Καθηγητής:

κ. Γρηγόριος Νάσιος Τμήμα: Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

Τριμελής Συμβουλευτική Επιτροπή:

1. κ. Δαρδιώτης Ευθύμιος
2. κ. Νάσιος Γρηγόρης
3. κ. Καραπέτσας Αργύρης

Αναπληρωματικό μέλος:

Τίτλος εργασίας στα αγγλικά:

«Road map – guidelines concerning the rights of people who live with aphasia, the obligations of society, the possibilities and the access to treatments, with the aim of publication as an article in our country.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά τον κύριο Γρηγόρη Νάσιο που μου εμπιστεύτηκε το συγκεκριμένο θέμα. Τον ευχαριστώ πάρα πολύ για την καθοδήγηση και την πολύ καλή συνεργασία που είχαμε. Πραγματικά εργάστηκα με πολλή χαρά και απέκτησα πολλές γνώσεις. Σας ευχαριστώ θερμά για την ευκαιρία που μου δώσατε να συμμετέχω στο μεταπτυχιακό πρόγραμμα.

Σας ευχαριστώ πολύ

ΣΟΥΣΟΥΡΗ ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ

Περίληψη

Ο σκοπός της παρούσας μεταπτυχιακής εργασίας είναι να παρουσιάσει κατευθυντήριες οδηγίες αναφορικά με τα δικαιώματα των ανθρώπων που ζουν με αφασία προκληθείσα μετά από εγκεφαλικό επεισόδιο. Πολλές χώρες ανάμεσά τους η Αμερική, ο Καναδάς, το Ηνωμένο Βασίλειο, η Αυστραλία έχουν προτείνει δηλώσεις βέλτιστης πρακτικής που βασίζονται σε τεκμήρια για τους ανθρώπους με αφασία. Τα διαθέσιμα ερευνητικά στοιχεία μαζί με τη γνώμη των εμπειρογνομόνων λαμβάνονται υπόψη κατά το σχεδιασμό αυτών των δηλώσεων. Ωστόσο υπάρχουν κενά καθώς δεν έχουν συμπεριληφθεί επιπρόσθετοι παράγοντες. Απαιτείται ένα πιο λεπτομερές σχέδιο δράσης για την αφασία σε τοπικό, εθνικό και διεθνές επίπεδο. Μέσα σε αυτό το σχέδιο θα πρέπει να συμπεριλαμβάνεται οργανωμένος και λεπτομερής οδηγός που θα αφορά και τις υποχρεώσεις της εκάστοτε κοινωνίας απέναντι σε κάθε ασθενή με αφασία. Η κρατική βοήθεια και παροχή θα πρέπει να θεωρείται και να είναι δεδομένη και αδιαμφισβήτητη.

Σε μια νέα προσπάθεια αναθεώρησης των δηλώσεων, το μοντέλο γνωστικής- επικοινωνιακής επάρκειας μπορεί να δώσει μία τελείως διαφορετική βάση καθώς προσεγγίζει την αφασία ολιστικά. Το μοντέλο αυτό θα μπορούσε να καθοδηγήσει την ανάπτυξη νέων εργαλείων και οδών φροντίδας που θα βασίζονται σε τεκμήρια και που θα λαμβάνουν υπόψιν και τους επιπλέον τομείς που αναφέρονται στο μοντέλο.

Λέξεις-κλειδιά:

επικοινωνιακή επάρκεια, δικαιώματα, αποτελεσματικότητα

Abstract

The purpose of postgraduate work is to present guidelines concerning the rights of people who live with aphasia after stroke. Many countries such as America, Canada, Australia, United Kingdom have suggested evidence based practice statements for people with aphasia. The available research data with the expert opinion are taken into account during designing these statements. However there are limitations as have not been taken into account additional factors. A more detailed action plan is needed for aphasia at local, national and international level. This plan should include an organized and detailed guide that will concern the obligations of each society towards each patient with aphasia. Benefits and assistance from society should be given.

In a new attempt to review the statements, the model of cognitive-communication competence can give a completely different basis as it holistically approaches the aphasia. This model could guide the development of new evidence-based tools and care paths that take into account the additional areas mentioned in the model.

Key – words:

Communication competence, rights, effectiveness

Πίνακας Περιεχομένων:

Κεφάλαιο 1

- 1.1 Πως ορίζεται η επικοινωνιακή ικανότητα/επάρκεια σελ. 9-10
- 1.2 Ποιες είναι οι γνωστικές και συναισθηματικές προκλήσεις που μπορεί να αντιμετωπίζουν οι άνθρωποι με αφασία σελ. 10-15
- 1.3 Αιτίες της αφασίας σελ. 15-16
- 1.4 Τομέας της επικοινωνίας σελ. 16-18

Κεφάλαιο 2

- 2.1 Προγνωστικοί παράγοντες για την αφασία σελ. 18-20
- 2.2 Μοντέλα Υγειονομικής Περίθαλψης σελ. 20-22
- 2.3 Ποια είναι η συμβολή των λογοθεραπευτών στην αποκατάσταση των γλωσσικών ικανοτήτων του ατόμου με αφασία και πόσο σημαντική είναι η ύπαρξη τεκμηριωμένης πρακτικής στην θεραπεία σελ. 22-26
- 2.4 Μοντέλο δικαιωμάτων για ανθρώπους που λαμβάνουν υπηρεσίες λογοθεραπείας σελ. 26-27
- 2.5 Νευροπλαστικότητα και αποκατάσταση σελ. 27-28
- 2.6 Είναι αποτελεσματική η λογοθεραπεία σελ. 28-33

Κεφάλαιο 3

- 3.1 Δηλώσεις βέλτιστης πρακτικής: τομέας 1: λήψη σωστής παραπομπής σελ. 34-37
- 3.2 Δηλώσεις βέλτιστης πρακτικής: τομέας 2: ανίχνευση και αξιολόγηση σελ. 37-43
- 3.3 Δηλώσεις βέλτιστης πρακτικής: τομέας 3: αρχική διαχείριση, αυτοδιαχείριση σελ. 43-45
- 3.4 Δηλώσεις βέλτιστης πρακτικής: τομέας 4: καθορισμός στόχων και μέτρηση αποτελεσμάτων σελ. 45-47
- 3.5 Δηλώσεις βέλτιστης πρακτικής: τομέας 5: συστάσεις για πολιτισμικά και γλωσσολογικά διαφορετικούς πληθυσμούς σελ.47-49
- 3.6 Δηλώσεις βέλτιστης πρακτικής: τομέας 6: σχεδιασμός για μεταβάσεις σελ 49-50
- 3.7 Δηλώσεις βέλτιστης πρακτικής: τομέας 7: παροχή παρέμβασης σελ 50-112
- 3.7.1. Θεραπείες που έχουν ως βάση τη διαταραχή (αποκατάσταση) σελ. 54-77

3.7.2 Εκπαίδευση σε συνολική επικοινωνία (αντιστάθμιση, υποστηριζόμενη επικοινωνία, AAC)	σελ 77-83
3.7.3 Μη συμπεριφορική συμπληρωματική θεραπεία (φαρμακολογικές προσεγγίσεις και NIBS)	σελ. 83-90
3.7.4 Επιλογές θεραπείας που έχουν ως βάση την τεχνολογία για την αφασία	σελ. 90-96
3.7.5 Προσεγγίσεις κοινωνικοποίησης και συμμετοχής στη ζωή για την παρέμβαση στην αφασία	σελ. 96-99
3.7.6 Εκπαίδευση συνεργατών επικοινωνίας	σελ. 99-102
3.7.7 Ομαδική θεραπεία αφασίας	σελ 102-107
Κεφάλαιο 4: Υποχρεώσεις του εκάστοτε κράτους αναφορικά με τα δικαιώματα των ατόμων που ζουν με αφασία, προτάσεις - συστάσεις της Παγκόσμιας Έκθεσης για την Αναπηρία αναφορικά με τρόπους αντιμετώπισης της ανισότητας σε τοπικό, εθνικό και διεθνές επίπεδο από την κοινότητα αφασίας	σελ. 113-132
Κεφάλαιο 5	
5.1 Συμπεράσματα	σελ. 133-134
5.2 Πως θα μπορούσε να εφαρμοστεί το μοντέλο γνωστικής- επικοινωνιακής επάρκειας	σελ 134-136
Βιβλιογραφία	σελ. 137-139
Παραρτήματα	σελ. 140-146

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1.1 ΠΩΣ ΟΡΙΖΕΤΑΙ Η ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΚΗ ΙΚΑΝΟΤΗΤΑ -ΕΠΑΡΚΕΙΑ

Η επικοινωνία είναι μία πολύπλευρη ικανότητα που επηρεάζεται από ατομικές, γνωστικές, επικοινωνιακές, συναισθηματικές, σωματικές, αυτορρυθμιστικές επιδράσεις και επιρροές με βάση τα συμφραζόμενα, με βάση το πλαίσιο. Οι δεξιότητες επικοινωνίας του ατόμου επηρεάζουν όλες τις αλληλεπιδράσεις του, τις καθημερινές δραστηριότητες, τις διαπροσωπικές σχέσεις για την επίτευξη των στόχων συμμετοχής εντός της οικογένειας, της κοινότητας, των κοινωνικών, εργασιακών, ακαδημαϊκών πλαισίων και πλαισίων επίλυσης προβλημάτων.

Στην παρούσα εργασία θα στηριχτούμε στο μοντέλο της γνωστικής επικοινωνιακής ικανότητας-επάρκειας Sheila MacDonald (2017) *Introducing the model of cognitive-communication competence: A model to guide evidence-based communication interventions after brain injury* [24]. Το μοντέλο της γνωστικής-επικοινωνιακής επάρκειας μας παρέχει τη δυνατότητα να εμβαθύνουμε στην επικοινωνιακή ικανότητα αλλά και στις διαταραχές που προκύπτουν.

Το μοντέλο αναπτύχθηκε για άτομα με επίκτητο εγκεφαλικό τραυματισμό ABI που εμφανίζεται μετά τη γέννηση και δεν είναι προοδευτική διαταραχή. Στις διαγνώσεις περιλαμβάνονται το εγκεφαλικό επεισόδιο, η τραυματική εγκεφαλική βλάβη (TBI), η διάσειση, η εγκεφαλίτιδα, η νόσος του Lyme, η μηνιγγίτιδα, η υποξεία, το ανεύρυσμα, η διαταραχή επιληπτικών κρίσεων, ο όγκος και η διαταραχή του δεξιού ημισφαιρίου.

Γενικότερα, μετά από ABI, οι πιο διαδεδομένες διαταραχές επικοινωνίας είναι οι γνωστικές επικοινωνιακές διαταραχές με ποσοστά συχνότητας έως και 75-100% ανάλογα με τα χαρακτηριστικά δειγματοληψίας [24].

Οι γνωστικές επικοινωνιακές διαταραχές είναι δυσκολίες στην επικοινωνιακή ικανότητα (ακρόαση, ομιλία, ανάγνωση, γραφή, συνομιλία και κοινωνική αλληλεπίδραση) που προκύπτουν από υποκείμενες γνωστικές διαταραχές (προσοχή, μνήμη, οργάνωση, επεξεργασία πληροφοριών, επίλυση προβλημάτων, εκτελεστικές λειτουργίες). Οι γνωστικές επικοινωνιακές διαταραχές είναι πλέον ευρέως αποδεκτές ως διαγνωστική κατηγορία παρέμβασης. Έχουν καθιερωθεί στο πλαίσιο της πρακτικής, των κατευθυντήριων γραμμών και των προτύπων λογοθεραπείας διεθνώς, συμπεριλαμβανομένων των ΗΠΑ, του Καναδά, της Σκωτίας και της Νέας Ζηλανδίας [24].

Στην παρούσα εργασία θα εστιάσουμε σε ανθρώπους που έχουν αφασία που προκύπτει μετά από ένα εγκεφαλικό επεισόδιο. Η αφασία είναι μία επίκτητη νευρογενής διαταραχή της γλώσσας-λόγου. Η αφασία προϋποθέτει την ύπαρξη γλωσσικών ικανοτήτων στον εγκέφαλο που θα

προσβληθεί και μπορεί να συμβεί σε κάθε ηλικία (κ. Γρηγόρης Νάσιος 2020, παρουσίαση Λόγος και λειτουργική αναδιοργάνωση του εγκεφάλου-πώς ξαναμαθαίνει ο εγκέφαλος να μιλά;- νευροαποκατάσταση της αφασίας) [34]. Δεν είναι μία διαταραχή ομιλίας, ούτε διαταραχή αίσθησης. Στην αφασία δεν επηρεάζεται η γενική νοημοσύνη (οι επιζώντες από εγκεφαλικό επεισόδιο παραμένουν διανοητικά άγρυπνοι). Η αφασία δεν είναι άνοια, δεν είναι ψυχιατρική διαταραχή, δεν είναι συγχυσμένος λόγος.

Γιατί όμως να συμπεριλάβουμε τον όρο γνωστική επικοινωνιακή διαταραχή στα άτομα με αφασία που προκύπτει μετά από εγκεφαλικό επεισόδιο;

Ο λόγος είναι γιατί ένας άνθρωπος με αφασία μετά από ένα εγκεφαλικό επεισόδιο μπορεί αφενώς να αντιμετωπίζει γνωστικές προκλήσεις και αφετέρου γιατί σε σχέση με την ανάρρωση των λειτουργιών στην αφασία, οι κλινικοί οφείλουν να εκμεταλλευτούν τις μη γλωσσικές συμμετοχές στην ανάκαμψη του λόγου στους ανθρώπους που έχουν αφασία και με αυτόν τον τρόπο να τους βοηθήσουν να αναρρώσουν γρηγορότερα και καλύτερα. Με άλλα λόγια κάθε κλινικός μπορεί και οφείλει να ενεργοποιήσει για τον ίδιο ασθενή, στον ίδιο χρόνο ό,τι δυναμικό έχει για να μπορέσει να κινητοποιήσει τις ενδογενείς δυνάμεις του πολυλειτουργικού εγκεφάλου, έτσι ώστε να μπορέσει να ανακάμψει και να κουβαλήσει το φορτίο της λειτουργικής επικοινωνίας ξανά. Η γλώσσα, ο λόγος πλέον δεν αποτελεί το κυρίαρχο σημείο (με βάση τη γλωσσοκεντρική προσέγγιση) στο οποίο ο κλινικός εστιάζει τόσο στην αξιολόγηση όσο και στη θεραπεία, αλλά στόχος είναι η κινητοποίηση όλων των νοητικών φαινομένων (τα συνολικά δυνατά και αδύνατα σημεία) που συμβαίνουν στον εγκέφαλο του ανθρώπου που ζει με αφασία Dalia Cahana-Amitay, Martin L. Albert. (2015) Redefining Recovery from Aphasia [14].

1.2 ΠΟΙΕΣ ΕΙΝΑΙ ΟΙ ΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΚΑΙ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΕΣ ΠΡΟΚΛΗΣΕΙΣ ΠΟΥ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΟΥΝ ΟΙ ΑΝΘΡΩΠΟΙ ΜΕ ΑΦΑΣΙΑ

Η γνωστική εξασθένηση είναι πιθανώς παρούσα στην πρώιμη περίοδο μετά το εγκεφαλικό επεισόδιο για την πλειοψηφία των ασθενών, ακόμη και για εκείνους που δεν έχουν αδυναμία στα άκρα. Η γνωστική εξασθένηση σχετίζεται με κακή πρόγνωση μετά από εγκεφαλικό επεισόδιο, όπως παρατεταμένη διάρκεια παραμονής στο νοσοκομείο και μειωμένη ανεξαρτησία Royal College of Physicians. (fifth edition 2016) National clinical guideline for stroke prepared by the intercollegiate stroke working party [29].

Παρακάτω παρουσιάζονται γνωστικοί τομείς που συνεισφέρουν στην επικοινωνιακή επάρκεια με βάση το μοντέλο γνωστικής επικοινωνιακής επάρκειας [24]. Στο μοντέλο αυτό ο όρος επίκτητος εγκεφαλικός τραυματισμός περιλαμβάνει, όπως αναφέρθηκε, το εγκεφαλικό επεισόδιο.

Θα αναφερθούν οι γνωστικοί τομείς που πιθανά επηρεάζονται μετά από εγκεφαλικό επεισόδιο οι οποίοι θα πρέπει να αναγνωρίζονται στη διαδικασία αξιολόγησης προκειμένου να αντιμετωπιστούν κατάλληλα θεραπευτικά μαζί με τη θεραπεία αφασίας.

Οι άνθρωποι με αφασία μπορεί να έχουν δυσκολία με τις λεγόμενες λειτουργίες ελέγχου / control functions [24]. Οι λειτουργίες ελέγχου είναι ένα σύνολο γνωστικών διαδικασιών που ρυθμίζουν τη σκέψη, τη συμπεριφορά και την επικοινωνία. Αποτελούν μέρος του γνωστικού τομέα, έχουν εποπτικές ή ρυθμιστικές λειτουργίες και λειτουργούν από κοινού με την άμεση λειτουργική επικοινωνία. Επηρεάζουν την ικανότητα επικοινωνίας:

- σε σχέση με την ενεργοποίηση (την έναρξη συνομιλίας ή κοινωνικής αλληλεπίδρασης)
- σε σχέση με τη συμπεριφορική και συναισθηματική αυτορρύθμιση (δηλαδή την αναστολή ανεπιθύμητων απαντήσεων, τις βωμολοχίες, τη διαμόρφωση συναισθημάτων, την ευελιξία, την προσαρμογή)
- σε σχέση με τις εκτελεστικές λειτουργίες (επικοινωνία κατευθυνόμενη από το στόχο, διατήρηση θέματος, παρακολούθηση εργασιών)
- σε σχέση με τη μετανόηση (αυτοαξιολόγηση, ενημερότητα, συνομιλία, εφαρμογή στρατηγικής, προσαρμογή στις ανάγκες του συνομιλητή).

Οι διατηρημένες εκτελεστικές λειτουργίες μπορεί να προωθήσουν συνομιλητικές ικανότητες. Οι διαταραγμένες μετατοπιστικές συμπεριφορές μπορούν να αλληλεπιδράσουν με πτυχές λεξικής ανάκτησης οδηγώντας σε ορισμένες περιπτώσεις σε πρότυπα εμμονής/perseveration [14]. Οι ασθενείς εμφανίζουν το λεγόμενο δυσεκτελεστικό σύνδρομο που περιλαμβάνει δυσκολίες στην επίλυση προβλημάτων, τον προγραμματισμό, την οργάνωση, την έναρξη, την αναστολή και την παρακολούθηση της συμπεριφοράς. Περιλαμβάνει επίσης διαταραχές στην ικανότητα συμμετοχής σε συμπεριφορά προσανατολισμένη στο στόχο. Ακόμα, διαταραχές στη γνωστική ευελιξία, που είναι η ικανότητα αλλαγής γνωστικών ή συμπεριφορικών στρατηγικών για προσαρμογή στις νέες ή εξελισσόμενες απαιτήσεις εργασιών. Η γνωστική ευελιξία και η ικανότητα συμμετοχής σε συμπεριφορά προσανατολισμένη στο στόχο αποτελούν ικανότητες κλειδί για την επιτυχία της συνομιλίας και μπορούν να επηρεάσουν την ανάκαμψη της λειτουργικής επικοινωνίας [14].

Η προσοχή είναι απαραίτητη προϋπόθεση για όλες σχεδόν τις γνωστικές λειτουργίες και τις καθημερινές δραστηριότητες. Οι διαταραχές της προσοχής μπορεί να παραμείνουν μακροπρόθεσμα και μπορεί να είναι συγκεκριμένες (π.χ. διαταραχές στην εστίαση, στη διαίρεση ή διατήρηση της προσοχής) ή πιο γενικευμένες, επηρεάζοντας την εγρήγορση και την ταχύτητα

επεξεργασίας. Η διαταραγμένη εγρήγορση είναι συχνή μετά από εγκεφαλικό επεισόδιο ειδικά τις πρώτες ημέρες και εβδομάδες, και περισσότερο στο μη κυρίαρχο εγκεφαλικό ημισφαίριο. Τα προβλήματα προσοχής μπορεί να οδηγήσουν σε κόπωση, περιορισμένη διάθεση και δυσκολία ώστε να είναι ξανά ο ασθενής ανεξάρτητος [29].

Η γνωστική λειτουργία της προσοχής εμπλέκεται σε προβλήματα επικοινωνίας στην ακουστική κατανόηση, στην παραγωγή λόγου, στην κοινωνική επικοινωνία, στην κατανόηση της ανάγνωσης και τη γραπτή έκφραση [24]. Η ικανότητα που έχει το άτομο να κατευθύνει, να διατηρεί (διατηρούμενη προσοχή), να μετατοπίζει (εναλλασσόμενη προσοχή), να επιλέγει (επιλεκτική προσοχή), να καταστέλλει και να ρυθμίζει την προσοχή βασίζεται σε πολλές πτυχές της επικοινωνίας.

Οι άνθρωποι με αφασία μπορεί να αντιμετωπίσουν δυσκολία με τη μνήμη. Τα ελλείμματα μνήμης μπορεί να οδηγήσουν σε μεγαλύτερη παραμονή στο νοσοκομείο, φτωχότερα αποτελέσματα, κινδύνους για την προσωπική ασφάλεια και να προκαλέσουν αγωνία στα άτομα με εγκεφαλικό επεισόδιο και στην οικογένειά τους. Η απώλεια μνήμης είναι ένα χαρακτηριστικό γνώρισμα της άνοιας, η οποία επηρεάζει περίπου το 20% των ατόμων μετά από εγκεφαλικό επεισόδιο, αλλά αυτό το τμήμα δεν αφορά άμεσα τις βλάβες που σχετίζονται με τη διάχυτη εγκεφαλοαγγειακή νόσο [29]. Θα πρέπει επίσης να σημειωθεί ότι τα υποκείμενα προβλήματα μνήμης μπορεί να προκύψουν από δυσκολίες στην προσοχή ή στις εκτελεστικές λειτουργίες.

Αναμφισβήτητη είναι η συμβολή της μνήμης άμεσα στην ικανότητα επικοινωνίας. Οι διαταραχές της μνήμης μπορεί να περιλαμβάνουν την επεισοδιακή, τη δηλωτική ή την προοπτική μνήμη και έχει βρεθεί ότι επηρεάζουν τις λειτουργίες επικοινωνίας όπως την ακουστική κατανόηση, την κατανόηση της ανάγνωσης, την προφορική έκφραση και το λόγο, τη γραπτή έκφραση και την κοινωνική επικοινωνία [24].

Η μνήμη εργασίας είναι κρίσιμη για την επεξεργασία και την παραγωγή γλώσσας. Συγκεκριμένα, παίζει σημαντικό ρόλο στην επικοινωνία για πράγματα όπως η παρακολούθηση των όσων έχουν ειπωθεί, αυτά που πρόκειται να πούμε, αυτά που διαβάζουμε ή τι σχεδιάζουμε να γράψουμε. Τα ελλείμματα της μνήμης εργασίας μετά από εγκεφαλικό τραυματισμό έχουν εμπλακεί σε προβλήματα επικοινωνίας, συμπεριλαμβανομένων προβλημάτων με ακουστική κατανόηση συμπερασματικού ή διαφορούμενου υλικού, κατανόηση λόγου, παραγωγή λόγου, κοινωνική επικοινωνία, κατανόηση ανάγνωσης και γραπτή έκφραση [24]. Η μνήμη εργασίας συνδέεται στενά με τον έλεγχο της προσοχής και την εκτελεστική λειτουργία, καθώς περιλαμβάνει την αναστολή ή την καταστολή των παρεμποδιστικών περισπασμών, την αλλαγή νοητικού συνόλου, την αυτοπαρακολούθηση και την ενημέρωση/ updating [24].

Αναφερόμαστε σε υποκείμενα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς με τη μνήμη που είναι πολύ συνηθισμένα μετά από εγκεφαλικό επεισόδιο. Ένας επιζών από εγκεφαλικό επεισόδιο μπορεί να θυμάται για μικρό χρονικό διάστημα, μπορεί να θυμάται μόνο δύο ή τρία βήματα σε ένα σύνολο οδηγιών ή μπορεί να μη θυμάται αν έχει πάρει τα φάρμακά του ή αν έχει φάει ένα γεύμα. Ενδέχεται να ανακατεύει τις λεπτομέρειες ενός συμβάντος. Μπορεί να έχει σύγχυση όσον αφορά στο πότε μπορεί να συνέβησαν κάποια γεγονότα. Ο ασθενής ενδέχεται να αντιμετωπίζει προβλήματα με την απορρόφηση νέων πληροφοριών American Stroke Association. Life after Stroke. A guide for patients and caregivers life after stroke our path forward [26].

Ένας άλλος γνωστικός τομέας που επηρεάζεται μετά από επίκτητο εγκεφαλικό τραυματισμό είναι η συλλογιστική και η επίλυση προβλημάτων/ reasoning and problem solving. Η επίλυση προβλημάτων απεικονίζεται ως ξεχωριστός στόχος-τομέας για τη γνωστική επικοινωνιακή ικανότητα στο μοντέλο. Ελλείμματα στη λογική/αιτιολογία/συλλογισμό και την επίλυση προβλημάτων συχνά δεν ανιχνεύονται σε κλινικές συνθήκες, αλλά μπορούν να έχουν σημαντικό αντίκτυπο στην αυτονομία του ατόμου. Η συλλογιστική περιλαμβάνει την ανάλυση ή τη σύνθεση γεγονότων προκειμένου να εξαχθεί ένα συμπέρασμα ή να ληφθεί μία απόφαση. Η λεκτική συλλογιστική περιλαμβάνει συνεισφορές από άλλες γνωστικές διεργασίες όπως είναι η λειτουργική μνήμη, η προσοχή και ο ανασταλτικός έλεγχος [24]. Το άτομο μπορεί να έχει δυσκολία να εξάγει τη κεντρική πληροφορία ή τις σχετικές πληροφορίες, να εξαλείψει άσχετες πληροφορίες, να αναθεωρήσει με ευελιξία, να δημιουργήσει εναλλακτικές λύσεις ή να προβλέψει τις συνέπειες.

Κατά τη διαδικασία της επίλυσης προβλημάτων μπορεί να έχει δυσκολίες με την αποτελεσματικότητα, τη συμπερασματική σκέψη, την αναλογική σκέψη, την ερμηνεία αφηρημένων ιδεών, την ευελιξία, τη δημιουργία επιλογών, την οργάνωση, την αυτοπαρακολούθηση και την αυτορρύθμιση [24]. Η αυτο-αποτελεσματικότητα μπορεί να οριστεί ως η πεποίθηση που έχει το άτομο ότι μπορεί να στηριχτεί στη δική του ικανότητα. Η αυτο-αποτελεσματικότητα μπορεί να μεσολαβεί σε δεξιότητες αυτοδιαχείρισης όπως επίλυση προβλημάτων και καθορισμό στόχων και χρησιμοποιείται ως μέτρο αποτελεσμάτων σε ορισμένα προγράμματα αυτοδιαχείρισης (Korpershoek et al, 2011, Lennon et al, 2013, Parke et al, 2015, Warner et al, 2015). Τα ελλείμματα στη λεκτική συλλογιστική και τη λήψη αποφάσεων έχουν αποδειχθεί ότι θέτουν σε κίνδυνο την ικανότητα επικοινωνίας σε ακαδημαϊκά, εργασιακά και σε οικογενειακά περιβάλλοντα [24].

Μετά από εγκεφαλικό επεισόδιο, οι άνθρωποι συχνά αντιμετωπίζουν συναισθηματικές αλλαγές. Προβλήματα με τη συναισθηματική ρύθμιση μπορεί να καταστήσουν το άτομο ευερέθιστο, επιθετικό, απρόσεκτο, μπερδεμένο, ενοχλημένο. Η εγρήγορση και τα κίνητρα του

ατόμου μπορεί να μειωθούν. Όταν τραυματίζονται μέρη του εγκεφάλου που ελέγχουν τα συναισθήματα, εμφανίζεται η λεγόμενη συναισθηματική αστάθεια ή αντανακλαστικό κλάμα (Pseudobulbar affect – PBA) [26]. Τις περισσότερες φορές, οι άνθρωποι κλαίνε εύκολα. Κάποιοι μπορεί να γελούν ανεξέλεγκτα ή να έχουν ξαφνικές αλλαγές στη διάθεση.

Οι συναισθηματικές συνέπειες του εγκεφαλικού, η αλλαγή των συνθηκών ζωής, οι περιορισμοί στις δραστηριότητες και τις ατομικές ελευθερίες (όπως αδυναμία οδήγησης ή εργασίας), οι δυσκολίες που αντιμετωπίζει το άτομο στη λήψη αποφάσεων που μπορεί να σχετίζεται με νομικά, συζυγικά και οικονομικά θέματα, η μειωμένη αυτονομία, τα ενδεχόμενα προβλήματα ισορροπίας που μπορεί να αντιμετωπίζει, η δυσκολία στο λόγο και την ομιλία, οι αλλαγές στην ταυτότητα και την αυτοπεποίθηση προκαλούν φόβο και ανησυχία. Οι ασθενείς μπορεί να εμφανίσουν συμπτώματα PTSD-μετατραυματικού άγχους, όπου μπορεί να ποικίλλουν και να αλλάζουν με την πάροδο του χρόνου [26]. Οι αλλαγές και η μετάβαση στη νέα πραγματικότητα μπορεί να είναι δύσκολη. Επίσης η δυνατότητα συμμετοχής του ατόμου σε επαγγελματικές ή ψυχαγωγικές δραστηριότητες μπορεί να μειωθεί πράγμα που μπορεί να οδηγήσει και στην εμφάνιση κατάθλιψης. Η κατάθλιψη είναι συχνή μετά από εγκεφαλικό επεισόδιο, επηρεάζοντας περίπου το ένα τρίτο έως τα δύο τρίτα όλων των επιζώντων [26]. Τα συμπτώματα μπορεί να είναι ήπια ή σοβαρά, συχνά εμφανή κατά τα αρχικά στάδια της αποκατάστασης εγκεφαλικού επεισοδίου [26]. Μερικές φορές άγχος και κατάθλιψη συνυπάρχουν. Η κατάθλιψη και το άγχος είναι στενά συνδεδεμένα και μπορεί να αποτελούν μέρος μιας ενιαίας συναισθηματικής απόκρισης στο εγκεφαλικό. Επιπλέον, πολλοί άνθρωποι με εγκεφαλικό επεισόδιο εμφανίζουν ψυχολογική δυσφορία που δεν πληροί τα διαγνωστικά κριτήρια για την κατάθλιψη και το άγχος [29].

Η αυτο-αποτελεσματικότητα έχει βρεθεί ότι σχετίζεται αρνητικά με την κατάθλιψη μετά από εγκεφαλικό επεισόδιο (Korpershoek et al, 2011). Επίσης σχετίζεται στενά με τη διάθεση και την αυτοεκτίμηση και υπάρχουν σχέσεις μεταξύ της αυτο-αποτελεσματικότητας και της ποιότητας ζωής [29].

Οι συναισθηματικές και οι ψυχολογικές προκλήσεις έχουν συσχετιστεί με γνωστικές διαταραχές στην προσοχή, τη μνήμη εργασίας, την επεξεργασία πληροφοριών, τις εκτελεστικές λειτουργίες και την ταχύτητα επεξεργασίας και μπορεί να έχουν επιπτώσεις στην ικανότητα επικοινωνίας [24]. Οι γνωστικές επικοινωνιακές στρατηγικές μπορεί να διευκολύνουν την επικοινωνιακή δυσφορία αυξάνοντας ταυτόχρονα τη συνολική αίσθηση ευεξίας. Το συναίσθημα επομένως μπορεί να επηρεάσει την αφασία.

Η ψυχολογική απόκριση στο τραύμα πρέπει να λαμβάνεται σοβαρά υπόψη ως παράγοντας προγνωστικός που ενδεχομένως να επηρεάσει τη βελτίωση. Η κατάθλιψη και η συνακόλουθη

κοινωνική απομόνωση πρέπει να αναγνωρίζονται έγκαιρα και να αντιμετωπίζονται κατάλληλα. Γνωρίζουμε ότι η κατάθλιψη προκαλεί προβλήματα στη νοητική ταχύτητα επεξεργασίας, πράγμα που μεγιστοποιεί το ήδη υπάρχον πρόβλημα της αφασίας του λόγου. Το αντίστροφο, δηλαδή πως επηρεάζει η παρουσία αφασίας το συναίσθημα, θα λέγαμε ότι αν κι έχει επίσης αναφερθεί ότι έχει δυσμενείς επιπτώσεις στη διάθεση, τα λειτουργικά και κοινωνικά αποτελέσματα καθώς και τη συνολική ποιότητα ζωής (Davidson et al., 2008; Ferro et al., 1999; Wade et al., 1986), η μελέτη των Williamson et al. (2011) δεν αναφέρει σημαντική σχέση μεταξύ της σοβαρότητας της αφασίας και της συνολικής ποιότητας ζωής σε μια ομάδα 24 ατόμων με χρόνιο εγκεφαλικό επεισόδιο The Evidence – Based Review of Stroke Rehabilitation (EBRSR). 2018. Chapter 14: Aphasia and Apraxia [9].

Δε θα πρέπει να παραλείψουμε την επίδραση συνυπάρχοντων ή συνοσηρών σωματικών παραγόντων στην επικοινωνία. Οι διαταραχές του ύπνου και η επίμονη κόπωση είναι συχνές σε ασθενείς μετά από ABI. Μπορεί να επηρεάσουν την απόδοση της γνωστικής επικοινωνίας, καθώς και την ικανότητα του ατόμου να συμμετέχει σε παρεμβάσεις επικοινωνίας [24]. Οι δυσκολίες στην ακοή και την όραση είναι επίσης συχνές. Ελλείμματα ισορροπίας, ζάλης ή αιθουσαίων διαταραχών μπορεί να εμποδίσουν τη συμμετοχή σε συνομιλίες και την αποκατάσταση [24]. Η παρουσία κινητικών διαταραχών ομιλίας όπως είναι η δυσαρθρία και η απραξία μπορεί να επηρεάσουν την επικοινωνία.

1.3 ΑΙΤΙΕΣ ΑΦΑΣΙΑΣ

- Εγκεφαλικό λόγω ισχαιμίας που προκαλείται από απόφραξη που διαταράσσει τη ροή του αίματος σε μια περιοχή του εγκεφάλου ή λόγω αιμορραγίας που προκαλείται από ρήξη του αιμοφόρου αγγείου που βλάπτει τον περιβάλλοντα εγκεφαλικό ιστό. Στα περισσότερα άτομα, η αφασία σχετίζεται με βλάβη στο επικρατές ημισφαίριο για τη γλώσσα στον εγκέφαλο, το οποίο είναι το αριστερό. Το ενενήντα τρία τοις εκατό του πληθυσμού είναι δεξιόχειρες, με το αριστερό ημισφαίριο να είναι το κυρίαρχο για τη γλώσσα [9]. Σε αριστερόχειρες, το 70% έχει έλεγχο γλώσσας στο αριστερό ημισφαίριο, το 15% στο δεξί ημισφαίριο και το 15% και στα δύο ημισφαίρια [9].
- Εγκεφαλικός τραυματισμός, κρανιοεγκεφαλική κάκωση
- Όγκοι εγκεφάλου
- Χειρουργείο εγκεφάλου
- Λοιμώξεις του εγκεφάλου όπως είναι η εγκεφαλίτιδα
- Προοδευτικές νευρολογικές ασθένειες (π.χ. άνοια)

Η επίπτωση/Incidence της αφασίας αναφέρεται στον αριθμό των νέων περιπτώσεων που εντοπίστηκαν σε μια καθορισμένη χρονική περίοδο. Εκτιμάται ότι υπάρχουν 180.000 νέες περιπτώσεις αφασίας ετησίως στις Ηνωμένες Πολιτείες (σύμφωνα με το Εθνικό Ινστιτούτο Κωφών και άλλων Διαταραχών Επικοινωνίας [NIDCD], 2015). Το NIDCD (2015) εκτιμά ότι περίπου 1 εκατομμύριο άνθρωποι, ή 1 στους 250 στις Ηνωμένες Πολιτείες σήμερα ζουν με αφασία.

Μια πρόσφατη έκθεση που βασίστηκε σε δεδομένα από τον έλεγχο του εγκεφαλικού επεισοδίου του Οντάριο (Οντάριο, Καναδάς) υπολόγισε ότι το 35% των ατόμων με εγκεφαλικό επεισόδιο έχουν συμπτώματα αφασίας κατά την έξοδο από τη φροντίδα εσωτερικών ασθενών [9].

1.4 ΤΟΜΕΑΣ ΤΗΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ

Η προσέγγιση της ομάδας της Βοστώνης για την ταξινόμηση της αφασίας περιλαμβάνει δύο βασικές κατηγορίες αφασιών: χωρίς ροή και με ροή. Αυτό το σύστημα ταξινόμησης βασίζεται στην ποιότητα της εκροής και αφορά τόσο τον προφορικό όσο και το γραπτό λόγο. Εντός κάθε κατηγορίας, ο βαθμός της σοβαρότητας μπορεί να ποικίλλει από ήπιος έως πολύ σοβαρός.

Το προφίλ των αφασιών χωρίς ροή (μη ρέουσες αφασίες) είναι ένα προφίλ με φτωχή παραγωγή. Η παραγωγή ομιλίας διακόπτεται και είναι δύσκολη. Ο ασθενής έχει καλή κατανόηση γενικά, ο λόγος του χαρακτηρίζεται από μειωμένο λεξιλόγιο, αγραμματισμό, διαταραχές άρθρωσης, ρυθμού και προσωδίας (ρυθμός, τονισμός και επιτονισμός), που επιφέρουν δύσκολη και κοπιώδη παραγωγή. Οι λέξεις περιεχομένου μπορεί να διατηρηθούν.

Οι αφασίες με ροή (ρέουσες αφασίες) περιλαμβάνουν διαταραχή στη γλωσσική κατανόηση, με διατήρηση φυσιολογικής, μελωδικής ομιλίας. Το άτομο είναι σε θέση να παράγει συνεκτική ομιλία. Η δομή των προτάσεων είναι σχετικά ανέπαφη αλλά δεν έχουν νόημα. Τα βασικά χαρακτηριστικά είναι οι δυσκολίες στην ανάκτηση λέξεων, οι παραφασίες (φωνημικές και σημασιολογικές), οι νεολογισμοί και οι εμμονές.

Ένα άτομο με αφασία αντιμετωπίζει συχνά δεκτικές/αντιληπτικές και εκφραστικές δυσκολίες ομιλούμενης γλώσσας, το καθένα σε διαφορετικό βαθμό. Στο μοντέλο γνωστικής επικοινωνιακής επάρκειας αναφέρεται ότι τα ελλείμματα ακουστικής κατανόησης μετά από ABI περιλαμβάνουν δυσκολίες με ακριβή ή αποτελεσματική επεξεργασία σύνθετου λεξιλογίου, με το σαρκασμό και την ειρωνεία, τις υπονοούμενες πληροφορίες ή τα συμπεράσματα, τις υποδείξεις, τη μη κυριολεκτική γλώσσα (μεταφορά, παροιμίες), τις διαφορούμενες προτάσεις και τις σύνθετες σημασιολογικές ή συντακτικές σχέσεις [24]. Οι γνωστικοί παράγοντες έχουν αποδειχθεί ότι διαδραματίζουν βασικό ρόλο στα ελλείμματα κατανόησης, συμπεριλαμβανομένων των διαταραχών στη μνήμη εργασίας, της προσοχής, της ταχύτητας επεξεργασίας, της οργάνωσης, της

συλλογιστικής, της κοινωνικής νόησης ή της θεωρίας του νου, της εκτελεστικής λειτουργίας και της αυτορρύθμισης [24].

Οι δυσκολίες με την εκφραστική επικοινωνία μετά από ABI περιλαμβάνουν σφάλματα και καθυστερήσεις στην ανάκτηση λέξεων, διαταραχή της λεκτικής ευχέρειας και προβλήματα με την παραγωγή οργανωμένου λόγου [24]. Δυσκολίες επίσης μπορεί να προκύψουν σε διαδικαστικό λόγο (παροχή οδηγιών), σε αφηγηματικό λόγο ή αφήγηση ιστορίας, στην ικανότητα του ατόμου να πείσει, να διαπραγματευτεί, να διαφωνήσει ή να εξηγήσει. Αυτές οι δυσκολίες μπορεί να προκύψουν από υποκείμενα προβλήματα με τη μνήμη εργασίας, την οργάνωση, τις εκτελεστικές λειτουργίες ή την αυτορρύθμιση [24].

Όπως αναφέρθηκε στις λειτουργίες ελέγχου παραπάνω, μπορεί το άτομο να έχει δυσκολία με την έναρξη συνομιλίας, την ευχέρεια (δηλαδή την ταχύτητα, την αποτελεσματικότητα), τη διαχείριση θεμάτων (διατήρηση, αλλαγή σειράς), με συμπεριφορές που πρέπει να είναι προσανατολισμένες στον ακροατή ή με θέματα αυτορρύθμισης και προσαρμογής σε μεταβαλλόμενες συνθήκες ή περισπασμούς στο περιβάλλον (οπτικούς περισπασμούς, ακουστικούς περισπασμούς, διακοπές). Οι δυσκολίες σε αυτές τις δεξιότητες ανήκουν στην ομπρέλα διαταραχών κοινωνικής επικοινωνίας (πραγματολογίας) που συναντάμε συχνά μετά από ABI [24]. Αυτά τα ελλείμματα μπορεί να προκύψουν ως αποτέλεσμα ανεπαρκούς προσοχής, δυσκολιών στην οργάνωση, τη μνήμη εργασίας ή τις εκτελεστικές λειτουργίες.

Το άτομο μπορεί να έχει παρόμοιες δυσκολίες στη γραπτή γλώσσα (δηλ. την κατανόηση της ανάγνωσης και τη γραπτή έκφραση). Όπως και με την προφορική γλώσσα, οι δυσκολίες της γραπτής γλώσσας μπορεί να διαφέρουν.

Η κατανόηση της ανάγνωσης περιλαμβάνει μια πολύπλοκη σειρά οπτικών, αντιληπτικών και γνωστικών δεξιοτήτων (που περιλαμβάνουν την προσοχή, μνήμη, λειτουργική μνήμη, εκτελεστικές λειτουργίες) καθώς και γλωσσικές ή επικοινωνιακές δεξιότητες (κατανόηση λέξεων, επεξεργασία προτάσεων, κατανόηση λόγου).

Οι δυσκολίες ανάγνωσης μετά από ABI ποικίλλουν και μπορεί να περιλαμβάνουν προβλήματα με την προφορική ανάγνωση, την αποκωδικοποίηση, την παρακολούθηση, την ταχύτητα ή την αντοχή για ανάγνωση με την πάροδο του χρόνου [24]. Συνήθως τα άτομα με ABI έχουν δυσκολίες στο επίπεδο κατανόησης κειμένου ή λόγου, συμπεριλαμβανομένων προβλημάτων στην κατανόηση συμπερασμάτων, υπενθύμισης λεπτομερειών ή δυσκολία στην κατανόηση του κύριου σημείου μιας ιστορίας [24].

Οι διαταραχές στη γραπτή έκφραση (agraphia/αγραφία) μπορεί να περιλαμβάνουν δυσκολίες στη γραφή ή αντιγραφή γραμμάτων, λέξεων και προτάσεων, δυσκολία στη γραφή μόνο μεμονωμένων λέξεων, το άτομο μπορεί να αντικαθιστά λανθασμένα γράμματα ή λέξεις. Επίσης μπορεί να συντάσσει προτάσεις που δεν έχουν νόημα ή να συντάσσει προτάσεις με λανθασμένη γραμματική.

Σύμφωνα με το μοντέλο γνωστικής επικοινωνικής επάρκειας, άτομα με ABI μπορεί να έχουν γραπτές δυσκολίες έκφρασης λόγω προβλημάτων με τον κινητικό έλεγχο, την ανάκληση λέξεων, τη διατύπωση προτάσεων, τη δημιουργία ή το σχεδιασμό λόγου. Οι δυσκολίες γραπτής έκφρασης σχετίζονται συχνά με υποκείμενα γνωστικά ελλείμματα στην προσοχή, τη μνήμη εργασίας, την οργάνωση, την κοινωνική νόηση, την εκτελεστική λειτουργία και την αυτορρύθμιση [24].

Για άτομα που μιλούν περισσότερες από μία γλώσσες, οι γλώσσες μπορεί να επηρεαστούν από την αφασία με διαφορετικούς τρόπους, ανάλογα με το πότε μαθαίνεται η γλώσσα, πόσο συχνά χρησιμοποιείται κάθε γλώσσα και το συνολικό βαθμό επάρκειας σε κάθε γλώσσα.

Αναφέρθηκε ότι οι αφασίες διακρίνονται σε ρέουσες και μη ρέουσες (παράρτημα 1 σελίδα 140). Ωστόσο, τα συμπτώματα ενός ατόμου μπορεί να μην ταιριάζουν σωστά σε έναν τύπο αφασίας και η ταξινόμηση μπορεί να αλλάξει με την πάροδο του χρόνου καθώς η επικοινωνία βελτιώνεται με την ανάκαμψη. Η σφαιρική αφασία είναι ο πιο συνηθισμένος τύπος στην οξεία φάση που επηρεάζει το 25-32% των ασθενών με αφασία [9]. Στη μελέτη των Godefroy et al. (2002) αναφέρεται ότι περίπου το 25% των ασθενών είχαν μη ταξινομημένες αφασίες και αποτελούσαν ως επί το πλείστον διαταραχές παρόμοιες με την ανομική αφασία [9]. Σε αυτή τη μελέτη, η παρουσία μη ταξινομημένης αφασίας συσχετίστηκε σημαντικά με ιστορικό προηγούμενου εγκεφαλικού επεισοδίου.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

2.1 ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΦΑΣΙΑ

Οι παράγοντες πριν από το εγκεφαλικό τραυματισμό στο μοντέλο γνωστικής επικοινωνιακής επάρκειας που έχουν βρεθεί κιάλας ότι επηρεάζουν την επικοινωνιακή έκβαση περιλαμβάνουν την ηλικία και το στάδιο της νευρολογικής και γνωστικής ανάπτυξης, την εκπαίδευση, τις μαθησιακές δεξιότητες, τη μαθησιακή αναπηρία, το φύλο, τη ψυχολογική κατάσταση-παρουσία κατάθλιψης, ένα προηγούμενο εγκεφαλικό τραυματισμό, την κατάχρηση ουσιών.

Οι παράγοντες που σχετίζονται με τον εγκεφαλικό τραυματισμό που επηρεάζουν κ την επικοινωνία περιλαμβάνουν την αιτιολογία, τη σοβαρότητα, τη θέση ή την έκταση της νευρολογικής διαταραχής και το χρόνο από τον τραυματισμό ή την έναρξη της κατάστασης [24].

Οι ατομικές διαφορές στην ψυχολογική απόκριση στο τραύμα που απαιτούν αξιολόγηση περιλαμβάνουν την ανθεκτικότητα, το κίνητρο ή την προσαρμογή του ατόμου.

Οι παράγοντες πριν και μετά από τον εγκεφαλικό τραυματισμό θα λέγαμε ότι αποτελούν και τους προγνωστικούς παράγοντες που μπορεί σε κάποιες περιπτώσεις να προβλέψουν και την πρόγνωση της αφασίας. Αν και η πρόγνωση της αφασίας ποικίλλει σημαντικά από άτομο σε άτομο, ο πιο προγνωστικός δείκτης μακροχρόνιας ανάρρωσης είναι η αρχική σοβαρότητα της αφασίας μαζί με το σημείο και το μέγεθος της βλάβης [9].

Οι Lazar et al (2010) πρότειναν ότι η σχέση μεταξύ ανάκαμψης και αρχικής σοβαρότητας της αφασίας είναι ανάλογη. Οι συγγραφείς έδειξαν ότι οι ασθενείς βελτιώθηκαν κατά 73% της μέγιστης πιθανής ανάρρωσης κατά τη διάρκεια των πρώτων 90 ημερών μετά το εγκεφαλικό επεισόδιο σε 3 δοκιμασίες της μπαταρίας Western Aphasia (κατανόηση, επανάληψη και κατονομασία). Οι συγγραφείς πρότειναν ότι αυτό μπορεί να αποδοθεί σε μηχανισμούς αυθόρμητης ανάκαμψης που είναι κοινές σε όλους τους τομείς λειτουργίας [9].

Αναφορικά με τη θέση και το μέγεθος της βλάβης, βλάβες που εντοπίζονται στην κροταφο-βρεγματική περιοχή, σχετίζονται με μία φτωχότερη πρόγνωση. Επίσης, οι μελέτες υποδεικνύουν ότι τα αιμορραγικά εγκεφαλικά επεισόδια έχουν ένα πιο αξιοσημείωτο πρότυπο ανάρρωσης, από αυτά που οφείλονται σε παρεμπόδιση της ροής του αίματος στον εγκέφαλο (θρόμβωση ή εμβολισμό) Τρίμης Νικόλαος, Ζιάβρα Ναυσικά, Νησιώτη Μελομένη. Εγχειρίδιο Λογοθεραπείας, κεφάλαιο 7. Παρέμβαση για αφασία ενηλίκων με εισαγωγή στην κρανιοεγκεφαλική κάκωση 1^η Ελληνική Έκδοση, Εκδόσεις Πασχαλίδης [10].

Όσον αφορά την επίδραση της ηλικίας στον βαθμό ανάκαμψης, τα δεδομένα είναι αντικρουόμενα. Ορισμένες μελέτες αναφέρουν ότι η ανάκαμψη είναι πολύ καλύτερη για τους νεότερους ασθενείς (Ferro et al., 1999; Laska et al., 2001), άλλες αναφέρουν ότι η ηλικία δεν προβλέπει ανάρρωση (Payabvash et al., 2010; Pedersen et al., 2004). Οι Engelter et al. (2006) [9] ανέφεραν ότι ο κίνδυνος για αφασία αυξάνεται σημαντικά με την ηλικία, έτσι ώστε κάθε προχωρημένο έτος να σχετίζεται με 1-7% μεγαλύτερο κίνδυνο. Δεκαπέντε τοις εκατό των ατόμων κάτω των 65 ετών παρουσιάζουν αφασία μετά το πρώτο ισχαιμικό τους εγκεφαλικό επεισόδιο. Αυτό το ποσοστό αυξάνεται σε 43% για άτομα ηλικίας 85 ετών και άνω (Engelter et al., 2006).

Όσον αφορά την ηλικία και τη σοβαρότητα του εγκεφαλικού επεισοδίου και της αναπηρίας, η μεγαλύτερη ηλικία και η μεγαλύτερη σοβαρότητα του εγκεφαλικού επεισοδίου και της αναπηρίας σχετίζονται με την ανάπτυξη της αφασίας (Bersano et al., 2009; Croquelois & Bogousslavsky, 2011; Dickey et al., 2010; Engelter et al., 2006; Gialanella & Prometti, 2009; Kyrozis et al., 2009).

Όσον αφορά το φύλο, δεν έχουν βρεθεί σημαντικές διαφορές στην επίπτωση της αφασίας σε άνδρες και γυναίκες. Με άλλα λόγια, το φύλο δεν προβλέπει ανάκαμψη (Laska et al., 2001; Payabvash et al., 2010; Pedersen et al., 2004) [9]. Ωστόσο, ορισμένα δεδομένα υποδηλώνουν ότι ενδέχεται να υπάρχουν διαφορές ανά τύπο και σοβαρότητα της αφασίας. Για παράδειγμα, η αφασία του Wernicke και η ολική αφασία εμφανίζονται πιο συχνά στις γυναίκες και η αφασία του Broca εμφανίζεται πιο συχνά στους άνδρες (Hier, Yoon, Mohr, & Price, 1994).

Αντικρουόμενα αποτελέσματα παρέχουν μελέτες που εξετάζουν την κυριαρχία του χεριού/handedness και την εκπαίδευση όσον αφορά στην πρόγνωση της αφασίας [9].

Για ασθενείς με αφασία και ελλείμματα κατανόησης, ο κίνδυνος κακής ανταπόκρισης στην αποκατάσταση ήταν περίπου 5 φορές μεγαλύτερος από ό, τι για ασθενείς με αφασία με χωρίς ελλείμματα κατανόησης ή ασθενείς χωρίς αφασία (Paolucci et al. (2005). Οι ασθενείς με τα ελλείμματα αφασίας και κατανόησης είχαν φτωχότερα αποτελέσματα σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής, της κινητικότητας και της εγκράτειας ούρων κατά την έξοδο από τους ασθενείς χωρίς αφασία ή τους ασθενείς με αφασία αλλά χωρίς ελλείμματα κατανόησης. Επιπλέον, σε μια μελέτη 156 ασθενών, η Gialanella (2011) απέδειξε ότι τα ελλείμματα κατανόησης ήταν προγνωστικά της συνολικής βαθμολογίας στο μέτρο λειτουργικής ανεξαρτησίας (FIM) κατά την έξοδο από την αποκατάσταση νοσοκομειακών ασθενών [9].

Η κατάσταση της γενικότερης υγείας του ατόμου με αφασία, η παρουσία κατάθλιψης ή όχι, όπως και το κατά πόσο η οικογένεια είναι διατεθειμένη να στηρίξει τον ασθενή παίζουν πολύ σημαντικό ρόλο στη γενικότερη πρόγνωση.

2.2 ΜΟΝΤΕΛΑ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ

Το παραδοσιακό μοντέλο στην ιατρική είναι το ιατρικό μοντέλο. Η αποκατάσταση παρέχεται στον ασθενή από έναν επαγγελματία με βασικό στόχο την αντιμετώπιση της διαταραχής. Τα τελευταία χρόνια ένα κοινωνικό μοντέλο για την αναπηρία εξελίσσεται. Προσωπικοί, σωματικοί, περιβαλλοντικοί και κοινωνικοί παράγοντες αλληλεπιδρούν και ορίζουν τη διαταραχή στο σύνολό της. Η φροντίδα που βασίζεται σε κοινωνικά μοντέλα είναι συνεργατική. Το άτομο με τη νόσο ή τη διαταραχή συνεργάζεται με επαγγελματίες καθ' όλη τη διάρκεια της παρέμβασης. Ο στόχος είναι η προώθηση θετικής αλλαγής ακόμα και όταν δεν είναι δυνατή η θεραπεία. Αυτό είναι ιδιαίτερα κατάλληλο για καταστάσεις όπως η αφασία, στις οποίες η πάθηση είναι συχνά χρόνια.

Το 2001, ο ΠΟΥ δημιούργησε ένα σύστημα ταξινόμησης υγείας που ονομάζεται «Διεθνής Ταξινόμηση Λειτουργίας, Αναπηρίας και Υγείας», το οποίο χρησίμευσε για την ενσωμάτωση ιατρικών και κοινωνικών μοντέλων. Το 2001, το ICF χρησιμοποιήθηκε ως πλαίσιο για το

αμερικανικό έγγραφο πρακτικής στην παθολογία της ομιλίας-γλώσσας (American Speech-Language-Hearing Association, 2001). Αυτό το σύστημα ταξινόμησης προσφέρει ένα πλαίσιο για την περιγραφή της λειτουργίας και της αναπηρίας του ανθρώπου (Reed et al., 2005). Το πλαίσιο αποτελείται από δύο συνιστώσες: τις συνθήκες υγείας και τους παράγοντες περιβάλλοντος.

Οι συνθήκες υγείας περιλαμβάνουν τις λειτουργίες και τις δομές του σώματος, τη δραστηριότητα και τη συμμετοχή. Οι λειτουργίες και δομές του σώματος περιλαμβάνουν τις φυσιολογικές και ψυχολογικές λειτουργίες των συστημάτων του σώματος, την ανατομία και τη φυσιολογία του ανθρώπινου σώματος. Η δραστηριότητα αναφέρεται στην εκτέλεση μιας εργασίας ή ενέργειας. Η συμμετοχή αναφέρεται στην εμπλοκή ενός ατόμου σε μια κατάσταση ζωής.

Το δεύτερο μέρος του ICF πλαισίου αναφέρεται στους συνδετικούς παράγοντες που παρουσιάζονται σε ένα πλαίσιο προσωπικών και περιβαλλοντικών παραγόντων. Υπάρχει αλληλεπίδραση των διαφόρων συστατικών του ICF.

Οι προσωπικοί παράγοντες είναι οι εσωτερικές επιρροές στη λειτουργία και την αναπηρία ενός ατόμου και δεν αποτελούν μέρος της κατάστασης της υγείας. Οι προσωπικοί παράγοντες περιλαμβάνουν την ηλικία, το φύλο, την εθνικότητα, το εκπαιδευτικό επίπεδο, το κοινωνικό υπόβαθρο, το επάγγελμα, το πολιτισμικό υπόβαθρο ενός ατόμου και μπορεί ένας ή περισσότεροι παράγοντες να επηρεάζουν την αντίδρασή του στην επικοινωνία.

Στους περιβαλλοντικοί παράγοντες περιλαμβάνονται τα κοινωνικά και τα συμπεριφορικά περιβάλλοντα, μέσα στα οποία ζουν οι άνθρωποι. Αυτά μπορεί να διευκολύνουν ή να περιορίζουν την λειτουργία ενός ατόμου. Οι παράγοντες συμφραζομένων- πλαισίου αλληλεπιδρούν μεταξύ τους και με τις συνθήκες υγείας και μπορούν να χρησιμεύσουν ως διευκολυντές ή εμπόδια στη λειτουργία.

Κάθε συνιστώσα εκφράζεται ως ένα συνεχές της λειτουργίας. Για παράδειγμα, η συνιστώσα των λειτουργιών και των δομών του σώματος είναι ένα συνεχές που κυμαίνεται από την άθικτη λειτουργικότητα έως τον ολοκληρωτικό περιορισμό της δραστηριότητας. Η συνιστώσα της συμμετοχής κυμαίνεται από κανένα περιορισμό συμμετοχής έως ολοκληρωτικό περιορισμό συμμετοχής. Οι άνθρωποι με αφασία μπορεί να έχουν παρόμοια γλωσσικά προβλήματα που μπορεί να επηρεάσουν διαφορετικά επίπεδα δραστηριότητας και συμμετοχής. Οι λογοθεραπευτές προσπαθούν να επηρεάσουν τους παράγοντες με βάση τα συμφραζόμενα μέσω των προσπαθειών εκπαίδευσης και υπεράσπισης σε τοπικό, πολιτειακό και εθνικό επίπεδο. Προσπαθούν να επιτύχουν την αύξηση των περιβαλλοντικών παραγόντων διευκόλυνσης και τη μείωση των περιβαλλοντικών περιορισμών, όποτε αυτό είναι δυνατό.

2.3 ΠΟΙΑ ΕΙΝΑΙ Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΩΝ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΥΤΩΝ ΣΤΗΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΩΝ ΓΛΩΣΣΙΚΩΝ ΙΚΑΝΟΤΗΤΩΝ ΤΟΥ ΑΤΟΜΟΥ ΜΕ ΑΦΑΣΙΑ ΚΑΙ ΠΟΣΟ ΣΗΜΑΝΤΙΚΗ ΕΙΝΑΙ Η ΥΠΑΡΞΗ ΤΕΚΜΗΡΙΩΜΕΝΗΣ ΠΡΑΚΤΙΚΗΣ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Λαμβάνοντας υπόψη το έγγραφο «Scope of Practice in Speech-language pathology/πεδίο εφαρμογής στη λογοθεραπεία, την επιτροπή AD HOC για το πεδίο εφαρμογής της παθολογίας γλώσσας σύμφωνα με την American Speech- Language- Hearing Association (ASHA) 2016 [33], η ASHA ορίζει την τεκμηριωμένη πρακτική στην παθολογία του λόγου ως μια προσέγγιση στην οποία τα τρέχοντα, υψηλής ποιότητας ερευνητικά στοιχεία για την επιστημονική επικοινωνία και τις διαταραχές ενσωματώνονται με την εμπειρία του επαγγελματία, μαζί με τις αξίες και τις προτιμήσεις του ασθενή (ASHA, 2005).

Οι διαγνωστικές κατηγορίες στο πεδίο πρακτικής της ομιλίας-γλώσσας είναι συνεπείς με τις σχετικές διαγνωστικές κατηγορίες στο πλαίσιο του ΠΟΥ (2014), του Αμερικανικού Ψυχιατρικού Συλλόγου (2013), του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου Ψυχικών Διαταραχών, των κατηγοριών αναπηρίας «Νόμος για την Εκπαίδευση με Αναπηρίες του 2004» (Υπουργείο Παιδείας των ΗΠΑ, 2004) και εκείνων που ορίζονται από δύο ημιαυτόνομους φορείς της ASHA: το Συμβούλιο για την Ακαδημαϊκή Διαπίστευση στην Ακτινολογία και την Παθολογία Γλώσσας-Ομιλίας και το Συμβούλιο Κλινικής Πιστοποίησης στην Ακτινολογία και παθολογία γλώσσας-ομιλίας.

Οι οκτώ τομείς παροχής υπηρεσιών παθολογίας γλώσσας είναι η συνεργασία, η συμβουλευτική, η πρόληψη και ευεξία, ο έλεγχος, η εκτίμηση, η θεραπεία, οι τρόποι, η τεχνολογία και τα όργανα, ο πληθυσμός και τα συστήματα.

Όσον αφορά στη συνεργασία, οι λογοθεραπευτές μοιράζονται την ευθύνη με άλλους επαγγελματίες για τη δημιουργία μιας συνεργατικής κουλτούρας. Η συνεργασία απαιτεί κοινή επικοινωνία και κοινή λήψη αποφάσεων μεταξύ όλων των μελών της ομάδας, συμπεριλαμβανομένου του ατόμου και της οικογένειας, για την επίτευξη βελτιωμένης παροχής υπηρεσιών και λειτουργικών αποτελεσμάτων για τα άτομα που εξυπηρετούνται. Οι επαγγελματίες είναι ηθικά και νομικά υποχρεωμένοι να καθορίσουν εάν έχουν τις απαραίτητες γνώσεις και δεξιότητες για την εκτέλεση τέτοιων υπηρεσιών. Η αυξημένη εθνική και διεθνής ανταλλαγή επαγγελματικών γνώσεων, πληροφοριών και εκπαίδευσης στις επιστήμες και τις διαταραχές της επικοινωνίας είναι ένα μέσο για την ενίσχυση της ερευνητικής συνεργασίας και τη βελτίωση των υπηρεσιών.

Ο ρόλος του λογοθεραπευτή στη συμβουλευτική διαδικασία περιλαμβάνει την εκπαίδευση, την καθοδήγηση και την υποστήριξη. Επίσης περιλαμβάνει αλληλεπιδράσεις που σχετίζονται με συναισθηματικές αντιδράσεις, συναισθήματα, σκέψεις και συμπεριφορές που προκύπτουν καθώς το άτομο ζει με τη διαταραχή επικοινωνίας.

Οι λογοθεραπευτές εμπλέκονται σε δραστηριότητες πρόληψης και ευεξίας που στοχεύουν στη μείωση της επίπτωσης μιας νέας διαταραχής ή ασθένειας, στον εντοπισμό διαταραχών σε πρώιμο στάδιο και στη μείωση της σοβαρότητας ή του αντικτύπου μιας αναπηρίας που σχετίζεται με μια υπάρχουσα διαταραχή ή ασθένεια. Προωθούν προγράμματα που βασίζονται συχνά στην κοινότητα για την αύξηση της ευαισθητοποίησης του κοινού, που στοχεύουν στη θετική αλλαγή συμπεριφορών.

Οι λογοθεραπευτές μπορούν να σχεδιάσουν και να εφαρμόσουν αποτελεσματικά προγράμματα ελέγχου-ανίχνευσης διαταραχών επικοινωνίας και να κάνουν τις κατάλληλες παραπομπές.

Η διαδικασία αξιολόγησης χρησιμοποιεί το πλαίσιο ICF, το οποίο περιλαμβάνει αξιολόγηση της λειτουργίας του σώματος, της δομής, της δραστηριότητας και της συμμετοχής, στο πλαίσιο περιβαλλοντικών και προσωπικών παραγόντων. Η διαδικασία αξιολόγησης μπορεί να πραγματοποιηθεί σε συνεργασία με άλλους επαγγελματίες. Συγκεκριμένα, οι αρμοδιότητες των λογοθεραπευτών στον τομέα της αξιολόγησης περιλαμβάνουν την επανεξέταση ιατρικών αρχείων για να προσδιοριστούν σχετικές πληροφορίες για τη γενικότερη υγεία του ατόμου και τα φάρμακα που λαμβάνει. Παίρνουν συνέντευξη από το άτομο ή / και την οικογένεια και χρησιμοποιούν πολιτιστικά και γλωσσικά κατάλληλα πρωτόκολλα αξιολόγησης. Συμμετέχουν σε παρατήρηση συμπεριφοράς του ατόμου για να προσδιορίσουν τις δεξιότητές του σε ένα φυσιολατρικό περιβάλλον / πλαίσιο. Κάνουν διάγνωση διαταραχών επικοινωνίας και αξιολογούν έγγραφα και αποτελέσματα δοκιμών για την επιλογή θεραπευτικών παρεμβάσεων και τεχνολογίας επαυξημένης εναλλακτικής επικοινωνίας AAC, συμπεριλαμβανομένων συσκευών που δημιουργούν ομιλία (SGD). Τέλος, συμμετέχουν στα αποτελέσματα αξιολόγησης εγγράφων και διατυπώνουν γνώμη για την ανάπτυξη ενός σχεδίου θεραπείας και συστάσεων.

Όσον αφορά στις θεραπευτικές υπηρεσίες γλώσσας-ομιλίας, ο απώτερος στόχος αυτών είναι η βελτίωση των λειτουργικών αποτελεσμάτων του ατόμου. Συγκεκριμένα, οι λογοθεραπευτές παρέχουν πολιτιστικά και γλωσσολογικά κατάλληλες υπηρεσίες. Ενσωματώνουν τα υψηλότερα ποιοτικά διαθέσιμα ερευνητικά στοιχεία με την επαγγελματική εξειδίκευση, τις ατομικές προτιμήσεις και αξίες του ασθενή για τον καθορισμό θεραπευτικών στόχων. Χρησιμοποιούν δεδομένα θεραπείας για την καθοδήγηση αποφάσεων και προσδιορίζουν την αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών. Παρέχουν θεραπεία με την κατάλληλη συχνότητα και ένταση χρησιμοποιώντας

τις βέλτιστες διαθέσιμες πρακτικές και συμμετέχουν σε δραστηριότητες θεραπείας που εμπίπτουν στο πεδίο αρμοδιότητάς τους. Συνεργάζονται με άλλους επαγγελματίες στην παροχή υπηρεσιών.

Αναφορικά με τον τομέα παροχής υπηρεσιών τρόποι, τεχνολογία και οργάνωση, συμμετέχουν στην έρευνα και την ανάπτυξη αναδυόμενων τεχνολογιών και εφαρμόζουν τις γνώσεις τους στη χρήση προηγμένων οργάνων και τεχνολογιών για τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών. Ορισμένα παραδείγματα υπηρεσιών σε αυτόν τον τομέα περιλαμβάνουν τη χρήση του πλήρους φάσματος τεχνολογιών επαυξημένης–εναλλακτικής επικοινωνίας AAC για να βοηθήσουν άτομα που έχουν μειωμένη ικανότητα να επικοινωνούν προφορικά σε σταθερή βάση καθώς και τη χρήση ενδοσκοπικής, βιντεοφθοροσκοπικής και άλλων οργάνων για την αξιολόγηση πτυχών της φωνής, του συντονισμού και της κατάποσης. Επίσης, χρησιμοποιούν την τηλεπρακτική και τη χρήση της νοηματικής γλώσσας, όπου απαιτείται.

Εκτός από τις ευθύνες άμεσης φροντίδας, οι λογοθεραπευτές χρησιμοποιούν απλή γλώσσα για να διευκολύνουν τη σαφή επικοινωνία για εκπαιδευτικά αποτελέσματα, συμβάλλουν στη βελτίωση της εμπειρίας της φροντίδας αναλύοντας και βελτιώνοντας τα περιβάλλοντα επικοινωνίας. Επιπλέον συμβάλλουν στη μείωση του κόστους της φροντίδας σχεδιάζοντας και εφαρμόζοντας στρατηγικές διαχείρισης περιπτώσεων που εστιάζουν στη λειτουργία βοηθώντας τα άτομα να επιτύχουν τους στόχους τους μέσω ενός συνδυασμού άμεσης παρέμβασης, εποπτείας και συνεργασίας με άλλους παρόχους υπηρεσιών, εμπλέκοντας το άτομο και την οικογένεια στις στρατηγικές διαχείρισης. Υπηρετούν σε ρόλους σχεδιασμένους να ανταποκρίνονται στις απαιτήσεις και τις προσδοκίες ενός μεταβαλλόμενου εργασιακού περιβάλλοντος. Τέλος, συμβάλλουν στη διαχείριση συγκεκριμένων πληθυσμών για την ενίσχυση της επικοινωνίας μεταξύ επαγγελματιών και ατόμων που εξυπηρετούνται.

Εκτός από τους τομείς παροχής υπηρεσιών, οι λογοθεραπευτές αναλαμβάνουν αρμοδιότητες και σε τομείς επαγγελματικής πρακτικής. Οι τομείς επαγγελματικής πρακτικής είναι ένα σύνολο δεξιοτήτων και γνώσεων που υπερβαίνει την κλινική πρακτική. Οι τομείς αυτοί περιλαμβάνουν την υπεράσπιση, την επίβλεψη, την εκπαίδευση, την έρευνα, τη διοίκηση και ηγεσία.

Στον τομέα της υπεράσπισης, οι λογοθεραπευτές έχουν το ρόλο συμβούλου σε ρυθμιστικές και νομοθετικές υπηρεσίες προκειμένου να ενισχύσουν τη συνέχεια της φροντίδας του ασθενή. Παραδείγματα επιλογών παροχής υπηρεσιών σε όλη τη συνέχεια της περίθαλψης περιλαμβάνουν την τηλεϊατρική / τηλεπρακτική και τη χρήση της τεχνολογίας. Συμμετέχουν στη λήψη αποφάσεων σε τοπικό, πολιτειακό και εθνικό επίπεδο προκειμένου να βελτιωθούν διοικητικές και κυβερνητικές πολιτικές που αφορούν στην πρόσβαση των ανθρώπων αυτών σε υπηρεσίες και σε χρηματοδότηση για θέματα επικοινωνίας και κατάποσης. Αναλαμβάνουν το ρόλο συνηγόρου σε

τοπικό, πολιτειακό και εθνικό επίπεδο προκειμένου αφενώς να επιτυγχάνεται χρηματοδότηση υπηρεσιών, εκπαίδευσης και έρευνας και αφετέρου δίκαιη παροχή υπηρεσιών για όλα τα άτομα, ειδικά για τους πιο ευάλωτους. Συμμετέχουν σε ενώσεις και οργανισμούς για την προώθηση επαγγελματικών υπηρεσιών, εκπαιδύοντας σχετικά με τις διαταραχές της επικοινωνίας και τις υπηρεσίες παθολογικής γλώσσας. Τέλος, συνεργάζονται με άλλους επαγγελματίες σχετικά με τους αμοιβαίους στόχους υπεράσπισης.

Οι λογοθεραπευτές μπορεί να είναι υπεύθυνοι για την επίβλεψη κλινικών συνεργατών, πτυχιούχων, εκπαιδευόμενων λογοπαθολογίας. Η εποπτεία συμβάλλει στην αποτελεσματικότητα στο χώρο εργασίας. Αναζητούν προηγμένη γνώση στην πρακτική της αποτελεσματικής εποπτείας καθιερώνοντας εποπτικές σχέσεις που έχουν συλλογικό χαρακτήρα. Η υποστήριξη μπορεί να αφορά την εκπαίδευση χειρισμού συναισθηματικών αντιδράσεων που μπορεί να επηρεάσουν τη θεραπευτική διαδικασία. Η εποπτική σχέση προάγει την ανάπτυξη και την ανεξαρτησία παρέχοντας παράλληλα υποστήριξη και καθοδήγηση.

Επίσης, μπορεί να υπηρετούν ως καθηγητές σε ιδρύματα τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, να διδάσκουν μαθήματα σε προπτυχιακό και μεταπτυχιακό επίπεδο και να παρέχουν συνεχή επαγγελματική εκπαίδευση σε λογοθεραπευτές και σε επαγγελματίες σε συναφείς κλάδους.

Όσον αφορά στον ερευνητικό τομέα, οι λογοθεραπευτές διεξάγουν και συμμετέχουν σε έρευνες που σχετίζονται με τη νόηση, τη λεκτική και μη λεκτική επικοινωνία, την πραγματολογία, την ανάγνωση, γραφή και ορθογραφία, καθώς και τη σίτιση και την κατάποση. Συμμετέχουν σε δραστηριότητες για τη διασφάλιση της συμμόρφωσης με τα θεσμικά συμβούλια αναθεώρησης και τους διεθνείς νόμους σχετικά με την έρευνα. Συνεργάζονται επίσης με άλλους ερευνητές και μπορούν να επιδιώξουν χρηματοδότηση της έρευνας μέσω επιχορηγήσεων.

Επίσης είναι υπεύθυνοι για τη λήψη διοικητικών αποφάσεων. Έχουν ηγετικό ρόλο στο σχεδιασμό, την ανάπτυξη και την καινοτομία προγράμματος, την επαγγελματική ανάπτυξη, τη συμμόρφωση με τους νόμους και τους κανονισμούς και τη συνεργασία με εξωτερικούς φορείς στην εκπαίδευση και την υγειονομική περίθαλψη. Οι διοικητικοί τους ρόλοι δεν περιορίζονται στην παθολογία του λόγου, καθώς μπορεί να διαχειρίζονται προγράμματα σε διάφορα τμήματα και σε διαφορετικά επίπεδα εντός ενός ιδρύματος. Επιπλέον, συμμετέχουν στο σχεδιασμό και την ανάπτυξη προγραμμάτων.

Όπως αναφέρεται στον Κώδικα Δεοντολογίας (ASHA, 2016α), τα άτομα που κατέχουν το Πιστοποιητικό Κλινικής Ικανότητας εμπλέκονται μόνο σε εκείνες τις πτυχές των επαγγελματιών που εμπίπτουν στο πεδίο της επαγγελματικής τους πρακτικής και ικανότητας, λαμβάνοντας υπόψη το καθεστώς πιστοποίησης, την εκπαίδευση, την κατάρτιση και εμπειρία.

2.4 ΜΟΝΤΕΛΟ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΩΝ ΓΙΑ ΑΝΘΡΩΠΟΥΣ ΠΟΥ ΛΑΜΒΑΝΟΥΝ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ (ΑΡΑ ΑΦΟΡΑ ΚΑΙ ΤΟΥΣ ΑΝΘΡΩΠΟΥΣ ΠΟΥ ΕΧΟΥΝ ΑΦΑΣΙΑ).

Αναγνωρίζονται τα εξής:

- Το δικαίωμα των ανθρώπων να αντιμετωπίζονται με αξιοπρέπεια και σεβασμό
- Το δικαίωμα παροχής υπηρεσιών χωρίς να λαμβάνεται υπόψη η φυλή ή η εθνικότητα, το φύλο, η ηλικία, η θρησκεία, η εθνική καταγωγή, ο σεξουαλικός προσανατολισμός ή η αναπηρία
- Το δικαίωμα να γνωρίζει το όνομα και τα επαγγελματικά προσόντα του ατόμου ή των ατόμων που παρέχουν υπηρεσίες
- Το δικαίωμα στην προσωπική ιδιωτικότητα και την εμπιστευτικότητα των πληροφοριών στο βαθμό που επιτρέπεται από το νόμο
- Το δικαίωμα να γνωρίζει εκ των προτέρων τα τέλη για υπηρεσίες, ανεξάρτητα από τον τρόπο πληρωμής
- Το δικαίωμα λήψης σαφούς εξήγησης των αποτελεσμάτων αξιολόγησης, ενημέρωσης του δυναμικού ή της έλλειψης δυναμικού βελτίωσης
- Το δικαίωμα να εκφράσουν τις επιλογές τους για τους στόχους και τις μεθόδους παροχής υπηρεσιών
- Το δικαίωμα αποδοχής ή απόρριψης υπηρεσιών στο βαθμό που επιτρέπεται από το νόμο
- Το δικαίωμα ότι οι υπηρεσίες παρέχονται εγκαίρως και με επαρκή τρόπο, που περιλαμβάνει παραπομπή σε άλλους κατάλληλους επαγγελματίες όταν είναι απαραίτητο
- Το δικαίωμα παρουσίασης ανησυχιών σχετικά με τις υπηρεσίες και ενημέρωση σχετικά με τις διαδικασίες για την επίλυση τους
- Το δικαίωμα αποδοχής ή απόρριψης συμμετοχής σε δραστηριότητες διδασκαλίας ή έρευνας
- Το δικαίωμα, στο βαθμό που επιτρέπεται από το νόμο, επανεξέτασης των πληροφοριών που περιέχονται στα αρχεία τους, της λήψης επεξηγήσεων των καταχωρήσεων - αρχείων κατόπιν αιτήματος και του αιτήματος της διόρθωσης ανακριβών αρχείων
- Το δικαίωμα επαρκούς ειδοποίησης και των λόγων διακοπής των υπηρεσιών, εξήγησης αυτών των λόγων, αυτοπροσώπως, κατόπιν αιτήματος και παραπομπής σε άλλους παρόχους, εάν ζητηθεί.

Αυτά τα δικαιώματα ανήκουν στο άτομο ή στα άτομα που χρειάζονται υπηρεσίες. Για νομικούς ή ιατρικούς λόγους, ένα μέλος της οικογένειας, κηδεμόνας ή νόμιμος εκπρόσωπος μπορεί να ασκήσει αυτά τα δικαιώματα για λογαριασμό του ατόμου.

Αυτό το πρότυπο νομοσχέδιο δικαιωμάτων είναι μια επίσημη δήλωση του American Speech-Language-Hearing Association (ASHA) που εγκρίθηκε το 1993. Παρέχει οδηγίες, αλλά δεν είναι επίσημο πρότυπο της ASHA.

2.5 ΝΕΥΡΟΠΛΑΣΤΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Η αποκατάσταση και η υποστήριξη που λαμβάνει ένας επιζών μπορεί να επηρεάσει σημαντικά τα αποτελέσματα και την ανάρρωση της υγείας. Η κατάλληλη, ποιοτική αποκατάσταση με μια ομάδα ειδικά εκπαιδευμένη για να καλύψει τις ανάγκες βελτιώνει τις πιθανότητες για την καλύτερη δυνατή ανάρρωση. Για τους πρώτους τρεις μήνες μετά το εγκεφαλικό επεισόδιο, ο εγκέφαλος του ασθενή μοιάζει πολύ με ένα νέο εγκέφαλο. Είναι έτοιμος να μαθαίνει, έτοιμος να κάνει νέες συνδέσεις. Αυτή η ικανότητα προσαρμογής του εγκεφάλου μας είναι γνωστή ως νευροπλαστικότητα και παίζει ζωτικό ρόλο στην ανάρρωση. Η νευροπλαστικότητα σχετίζεται με τη μάθηση στον ανέπαφο εγκέφαλο και με την επανεκμάθηση σε περιπτώσεις εγκεφαλικής βλάβης. Η νευρολογική ανάκαμψη επομένως αναφέρεται στην εγγενή αποκατάσταση της βλάβης/διαταραχής και είναι μία φυσική, αυθόρμητη, εγγενής διαδικασία The Evidence – Based Review of Stroke Rehabilitation (EBRSR). 2018. Chapter 3: Background Concepts in Stroke Rehabilitation [12]. Στη βιβλιογραφία, οι περισσότερες διαχρονικές μελέτες έχουν αναγνωρίσει ότι η μεγαλύτερη ποσότητα αυθόρμητης ανάκαμψης συμβαίνει τους πρώτους 3 μήνες μετά το εγκεφαλικό επεισόδιο. Χρειάζονται περίπου τρεις μήνες μετά το εγκεφαλικό για να επιστρέψει η νευροπλαστικότητα σε μια πιο φυσιολογική κατάσταση. Τότε ο ρυθμός ανάρρωσης επιβραδύνεται και λίγη επιπλέον αυθόρμητη ανάκαμψη μπορεί να αναμένεται μετά τους πρώτους 12 μήνες (Ferro et al., 1999). Στο στάδιο αυτό λαμβάνει χώρα η λειτουργική ανάκαμψη/ανάρρωση της ανεξαρτησίας στις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής η οποία επηρεάζεται από αντισταθμιστικές/προσαρμοστικές στρατηγικές μάθησης (δηλαδή την αποκατάσταση) και άλλους εξωγενείς παράγοντες (πχ την οικογενειακή υποστήριξη). Ένας επιζών μπορεί να συνεχίσει να εργάζεται για να ανακτήσει τη λειτουργία, αλλά αυτές οι βελτιώσεις μπορεί να έρθουν με πιο αργό ρυθμό.

Αναφορικά με την αφασία, οι Pedersen et al. (2004) ανέφεραν ότι κατά τη διάρκεια αυτών των πρώτων 12 μηνών, η αφασία όλων των τύπων (ακόμη και η σφαιρική αφασία) έτεινε να εξελίσσεται σε λιγότερο σοβαρή μορφή. Ενώ το 61% των ασθενών με αφασία στη μελέτη αφασίας

της Κοπεγχάγης εμφάνιζαν ακόμη αφασία ένα έτος μετά το εγκεφαλικό επεισόδιο, ήταν συνήθως ηπιότερης μορφής [9].

2.6 ΕΙΝΑΙ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΗ Η ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Μία περιεκτική σύνοψη των διαθέσιμων δεδομένων για την αποτελεσματικότητα της θεραπείας της αφασίας δημοσιεύτηκε το 1996 από τους Holland, Fromm, De Ruyter & Stein. Εξέτασαν μελέτες σε μικρές και μεγάλες ομάδες, μελέτες ατομικού σχεδιασμού και προγράμματα δεδομένων αξιολόγησης από διάφορα κέντρα αποκατάστασης των ΗΠΑ. Το γενικό αποτέλεσμα ήταν ότι η θεραπεία της αφασίας είναι αποτελεσματική, εάν οι υπό θεραπεία ασθενείς παρουσιάζουν σημαντικά μεγαλύτερη βελτίωση από αυτούς που δε λαμβάνουν θεραπεία [10].

Συγκεκριμένα, τα συμπεράσματα αναφέρουν ότι οι περισσότερες μελέτες σε μεγάλες ομάδες υπέδειξαν ότι τα θεραπευτικά οφέλη είναι μεγαλύτερα για άτομα με ένα μόνο εγκεφαλικό επεισόδιο στο αριστερό ημισφαίριο. Οι μελέτες μικρού ομαδικού και ατομικού σχεδιασμού υπέδειξαν ότι η θεραπεία είναι αποτελεσματική για ασθενείς με χρόνια αφασία, αρκετά μετά από την περίοδο της αυτόματης ανάρρωσης. Η βελτίωση του ασθενή είναι μεγαλύτερη όταν η θεραπεία παρέχεται σε τακτική βάση για μία περίοδο τουλάχιστον 5 με 6 μήνες. Όσον αφορά το βαθμό στον οποίο η σοβαρότητα της αφασίας, ο τύπος της αφασίας και η ηλικία του ασθενή επηρεάζουν το αποτέλεσμα της θεραπείας, η βιβλιογραφία είναι ασαφής.

Ο Robey (1994) πραγματοποίησε μια μετα-ανάλυση 21 μελετών θεραπείας για την αφασία που αποκάλυψε αρκετά σημαντικά ευρήματα. Συγκεκριμένα, η μετανάλυση αναφέρει ότι [9]:

- Η απόδοση των ατόμων που λαμβάνουν θεραπεία γλώσσας/λόγου στο οξύ στάδιο της ανάρρωσης είναι σχεδόν διπλάσια από την επίδραση της αυθόρμητης ανάκαμψης μόνο.
- Η γλωσσική θεραπεία που ξεκίνησε μετά από την αυθόρμητη ανάκαμψη έχει θετική, αν και μικρή επίδραση στη γλωσσική απόδοση.
- Υπάρχει μία μέση έως μεγάλη επίδραση σε συγκρίσεις ατόμων που έχουν δεχτεί θεραπεία έναντι των ατόμων που δεν έχουν υποβληθεί σε θεραπεία όταν η θεραπεία ξεκινά στην οξεία φάση.
- Μια μικρή έως μεσαία επίδραση υπάρχει σε ομάδες που μπαίνουν σε θεραπεία έναντι μη θεραπευόμενων όταν η θεραπεία αρχίζει στο χρόνιο στάδιο της ανάρρωσης (δηλ. 6 - 12 μήνες μετά).

Σε μια δεύτερη μετα-ανάλυση 55 άρθρων από τον Robey (1998) [9] για να διερευνήσει τη γενική αποτελεσματικότητα των θεραπειών για την αφασία σε όλα τα στάδια της ανάκαμψης και

να αξιολογήσει τις διάφορες πειραματικές και κλινικές διαστάσεις της θεραπείας για την αφασία, ο Robey διαπίστωσε ότι:

- Όταν ξεκίνησε η θεραπεία στην οξεία φάση, η μέση επίδραση της θεραπείας κατά τη διάρκεια της ανάκαμψης ήταν 1,68 φορές μεγαλύτερη από αυτή της αυθόρμητης ανάκαμψης μόνο.
- Όταν η θεραπεία καθυστέρησε μέχρι τη χρόνια φάση, το μέσο μέγεθος επίδρασης για τους ασθενείς που υποβλήθηκαν σε θεραπεία ήταν μικρότερο, αλλά εξακολουθούσε να υπερβαίνει εκείνο των ασθενών που δεν έλαβαν θεραπεία.
- Όσο πιο έντονη είναι η θεραπεία, τόσο μεγαλύτερη είναι η βελτίωση. Ο Robey πρότεινε ότι δύο ώρες θεραπείας την εβδομάδα πρέπει να είναι το ελάχιστο χρονικό διάστημα για ασθενείς που μπορούν να ανεχθούν τη λήψη εντατικής θεραπείας.
- Τέλος, παρατηρήθηκαν οφέλη σε άτομα με σοβαρή αφασία που υποβλήθηκαν σε θεραπεία από λογοπαθολόγους.

Και οι δύο μετα-αναλύσεις του Robey (Robey, 1994; Robey & Schultz, 1998) εξέτασαν τη θεραπεία για την αφασία καθώς αφορούσαν όλους τους ασθενείς με αφασία και όχι μόνο ασθενείς με αφασία μετά από εγκεφαλικό επεισόδιο. Τέλος, καμία από τις μετα-αναλύσεις του Robey δεν αξιολόγησε την ποιότητα της μεθοδολογίας των δοκιμών που εξετάστηκαν.

Μελετώντας το άρθρο Sanjit K. Bhogal, BA (Hon); Robert Teasell, MD; Mark Speechley. (2003). Intensity of Aphasia Therapy, Impact on Recovery [1], οι συγγραφείς διερεύνησαν τη σχέση μεταξύ της έντασης της θεραπείας για την αφασία και της ανάκαμψης από την αφασία. Οι συγγραφείς ήθελαν να προσδιορίσουν αν υπάρχει στην πραγματικότητα μια συσχέτιση μεταξύ της έντασης της παρεχόμενης θεραπείας και του αποτελέσματος μιας μελέτης. Τα στοχευόμενα αποτελέσματα ήταν οι κλίμακες Token Test, PICA και FCP.

Οι συνολικές ώρες θεραπείας ήταν σημαντικά περισσότερες στις συντομότερες, πιο έντονες μελέτες που παρείχαν θετικά αποτελέσματα σε σύγκριση με τις αρνητικές μελέτες. Αυτό που προέκυψε ήταν ότι όσο περισσότερες ώρες θεραπείας παρέχονται (εντατικές θεραπείες), τόσο μεγαλύτερη είναι η βελτίωση των βαθμολογιών στο PICA και Token Test. Υπάρχει συσχέτιση της πιο έντονης θεραπείας με τη σημαντική βελτίωση των βαθμολογιών στα PICA και Token Test.

Δυστυχώς, η ανάλυση χρησιμοποιώντας το FCP δεν απέδωσε παρόμοιο μοτίβο, δηλαδή δεν υπήρχε σημαντική διαφορά στις βαθμολογίες των ομάδων των αρνητικών δοκιμών έναντι της θετικής μελέτης. Πρέπει να σημειωθεί ότι αν και το FCP είναι μια ευρέως χρησιμοποιούμενη αξιολόγηση της λειτουργικής γλώσσας, είναι ένα μάλλον υποκειμενικό όργανο που αποτελείται από συνεντεύξεις και παρατηρήσεις ασθενών.

Οι συγγραφείς κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η διάρκεια της θεραπείας και οι ώρες θεραπείας που παρέχονται ανά εβδομάδα που επιτρέπουν τη μέγιστη ανάρρωση απαιτούν περαιτέρω έρευνα. Ωστόσο, η ανασκόπηση υπογραμμίζει τη σημασία της λογοθεραπείας στην αποκατάσταση της αφασίας. Επιβεβαιώνεται ότι η θεραπεία χαμηλότερης έντασης που παρέχεται για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα δεν επιφέρει σημαντική αλλαγή στο αποτέλεσμα. Η πιο εντατική λογοθεραπεία, που παραδίδεται σε μικρότερο χρονικό διάστημα, οδηγεί σε σημαντική βελτίωση της έκβασης. Η εντατική θεραπεία για την αφασία που παρέχεται σε διάστημα 2 έως 3 μηνών είναι κρίσιμη για τη μεγιστοποίηση της ανάκαμψης από την αφασία.

Οι κατευθυντήριες οδηγίες της Αυστραλίας, Aphasia Rehabilitation Best Practice Statements 2014 Comprehensive supplement to the Australian Aphasia Rehabilitation Pathway (AARP) www.aphasiapathway.com.au [6] για τη διαχείριση της αφασίας αναφέρουν ότι όσον αφορά στην αρχική πρόγνωση, η ανάρρωση της γλώσσας του ατόμου δε μπορεί να προβλεφθεί με ακρίβεια αμέσως μετά το εγκεφαλικό επεισόδιο, επομένως σε όλα τα άτομα πρέπει να προσφέρονται υπηρεσίες αποκατάστασης αφασίας.

Το Australian Stroke Coalition (ASC) αναφέρει ότι η τρέχουσα βιβλιογραφία δεν εντοπίζει σαφείς δείκτες (κλινικούς ή άλλους) που θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν για να επιβεβαιώσουν οριστικά κάποιον ως μη επιλέξιμο ή ως απίθανο να επωφεληθεί από την αποκατάσταση. Με βάση αυτό, το ASC (Australian Stroke Coalition Rehabilitation Working Group, 2012) συνιστά σε όλους τους επιζώντες από εγκεφαλικό επεισόδιο (συμπεριλαμβανομένων των ατόμων με αφασία) να εξεταστούν για αποκατάσταση εκτός εάν πληρούν μία από τις παρακάτω εξαιρέσεις:

- Αν ο ασθενής έχει επιστρέψει στην προ-νοσηρή λειτουργία
- Αν ο ασθενής είναι σε κόμα ή/και δεν ανταποκρίνεται, όχι απλώς αν έχει υπνηλία
- Αν ο ασθενής αρνείται την αποκατάσταση

Αναφορά/παραπομπή: N/A, επίπεδο αποδεικτικών στοιχείων: GPP

Τα άτομα με αφασία πρέπει να λαμβάνουν θεραπεία που αφορά στην αντιληπτική και εκφραστική γλώσσα και την επικοινωνία σε καθημερινά περιβάλλοντα.

Τα αποτελέσματα μιας πρόσφατης συστηματικής ανασκόπησης της Cochrane έδειξαν ότι η αποκατάσταση που παρέχεται για την αφασία ήταν πιο αποτελεσματική από ό, τι όταν δεν παρέχεται αποκατάσταση για τη λειτουργική επικοινωνία, την αντιληπτική και εκφραστική γλώσσα.

Παραπομπή: Brady, Kelly, Godwin, & Enderby, 2012), επίπεδο αποδεικτικών στοιχείων: I.

Άτομα με αφασία μετά από ένα μήνα θα πρέπει να έχουν πρόσβαση σε εντατική αποκατάσταση για την αφασία εάν μπορούν να το ανεχθούν.

Τα αποτελέσματα της πρόσφατης ανασκόπησης της Cochrane προτείνουν ένα πλεονέκτημα της εντατικής έναντι της μη εντατικής θεραπείας γλώσσας σε έργα λειτουργικής επικοινωνίας και στο γραπτό λόγο. Ωστόσο υπήρχε μία σύγχυση στα αποτελέσματα ότι τα άτομα που δέχονται εντατική θεραπεία μπορεί να την εγκαταλείψουν.

Παραπομπή: Brady et al., 2012, επίπεδο αποδεικτικών στοιχείων: I.

Άτομα με αφασία νωρίτερα από ένα μήνα μετά την έναρξη θα μπορούσαν να έχουν πρόσβαση σε εντατική αποκατάσταση αφασίας εάν μπορούν να το ανεχθούν.

Η έρευνα έχει δείξει ότι τα άτομα με ήπια έως σοβαρή αφασία που είναι σε θέση να αλληλεπιδράσουν έως και 30 λεπτά την ημέρα μετά το εγκεφαλικό επεισόδιο επωφελούνται από την καθημερινή θεραπεία αφασίας όταν παρέχεται 45-60 λεπτά την ημέρα για 20 συνεδρίες. Το συνολικό ποσό της θεραπείας ισούται με 15-20 ώρες θεραπείας εντός των πρώτων 4-5 εβδομάδων μετά το εγκεφαλικό επεισόδιο. Μετά τον έλεγχο για την αρχική αφασία και τη σοβαρότητα του εγκεφαλικού, τα άτομα με αφασία που έλαβαν το παραπάνω θεραπευτικό σχήμα πέτυχαν 18% μεγαλύτερη ανάκαμψη από εκείνους που έλαβαν τυπική φροντίδα στη βαθμολογία Aphasia Quotient της μπαταρίας Western Aphasia κατά την ολοκλήρωση της θεραπείας. Αυτό το θεραπευτικό όφελος διατηρήθηκε στους έξι μήνες μετά το εγκεφαλικό επεισόδιο, υποδηλώνοντας μια σημαντική βελτίωση στην ανάκαμψη της επικοινωνίας πέρα από αυτό που αναμένεται από την αυθόρμητη ανάρρωση και τη συνήθη θεραπεία αφασίας που διεξάγεται σε θάλαμο.

Παραπομπή: Godecke et al., 2014; Godecke et al., 2012, επίπεδο αποδεικτικών στοιχείων: II

Ακόμα και για άτομα με χρόνια αφασία (> 6 μήνες μετά την έναρξη του εγκεφαλικού επεισοδίου), υπάρχουν ενδείξεις που υποστηρίζουν τη χρήση ορισμένων θεραπειών στην αντιληπτική και εκφραστική γλώσσα και επικοινωνία σε καθημερινά περιβάλλοντα. Οι θεραπείες αυτές είναι η γλωσσική θεραπεία που προκαλείται από περιορισμούς, η χρήση θεραπειών που βασίζονται σε υπολογιστή, οι ομαδικές γλωσσικές θεραπείες και η εκπαίδευση συνεργατών επικοινωνίας. Απαιτείται περαιτέρω έρευνα για τον προσδιορισμό της αποτελεσματικότητας άλλων παρεμβάσεων αφασίας στο χρόνιο στάδιο.

Παραπομπή: Allen, Mehta, McClure, & Teasell, 2012, επίπεδο αποδεικτικών στοιχείων: I

Οι κατευθυντήριες οδηγίες του Royal College of Speech & Language Therapists Clinical Guidelines RCSLT (2005) [19], αναφορικά με την αποτελεσματικότητα της λογοθεραπείας, αναφέρουν ότι δεν έχουν προσκομιστεί αποδεικτικά στοιχεία για το αν η λογοθεραπεία λειτουργεί

ή όχι από μία συστηματική ανασκόπηση της Cochrane των τυχαιοποιημένων ελεγχόμενων μελετών στη θεραπεία για την αφασία. Ωστόσο, στοιχεία από άλλες πειραματικές μελέτες υποστηρίζουν το συμπέρασμα ότι η λογοθεραπεία για την αφασία, ιδιαίτερα η εντατική θεραπεία είναι αποτελεσματική.

Συγκεκριμένα, τα αποτελέσματα για τα άτομα που υποβάλλονται σε θεραπεία είναι ανώτερα σε σχέση με τα αποτελέσματα για τα άτομα που δεν έχουν υποβληθεί σε θεραπεία σε όλα τα στάδια της ανάρρωσης. Η διαφορά στα αποτελέσματα είναι μεγαλύτερη στο οξύ στάδιο της ανάρρωσης (λιγότερο από 3 μήνες μετά την έναρξη αλλά εξακολουθεί να είναι υπολογίσιμη η διαφορά ακόμη και μακροπρόθεσμα περισσότερο από 12 μήνες).

Τα αποτελέσματα είναι ανώτερα για τα άτομα που λαμβάνουν θεραπεία που είναι εντατική, δηλαδή περισσότερο από δύο ώρες την εβδομάδα.

Τα αποδεικτικά στοιχεία παρατίθενται στις μελέτες; Greener J, Enderby P & Whurr R (2004) με επίπεδο αποδεικτικών στοιχείων I και Robey RR (1998) με επίπεδο αποδεικτικών στοιχείων II.

Οι Nouwers, Dippel, De Jong –Hagelstein et al, 2013 [10] αναφέρουν ότι η πρόιμη παρέμβαση που στοχεύει γλωσσολογικές ασκήσεις (πχ σημασιολογία, φωνολογία) ωφελεί άτομα με αφασία περισσότερο από ότι η καθυστερημένη θεραπεία. Επιπλέον αναφέρεται ότι η εστίαση σε γλωσσολογικές ασκήσεις και όχι σε ασκήσεις λειτουργικής επικοινωνίας αυξάνει τη ροή του αίματος σε γλωσσολογικές περιοχές του εγκεφάλου, υποστηρίζοντας έτσι τα επικοινωνιακά οφέλη σε αυτούς τους τομείς νωρίς στη διαδικασία ανάρρωσης.

Η ένταση ως μία αρχή της νευροπλαστικότητας έχει σημασία. Αυτή η αρχή παρέχει ενδείξεις ότι όσο μεγαλύτερη η ένταση (πχ ο αριθμός των δοκιμών), τόσο μεγαλύτερη η μακροπρόθεσμη επιρροή της παρέμβασης. Οι Raymer et al 2008 [10] λαμβάνοντας υπόψη ότι μία εντατική παρέμβαση που λαμβάνει χώρα ιδιαίτερα νωρίς στη διαδικασία, είναι πιθανό να επηρεάσει αρνητικά την πρόοδο του ασθενή (να την εγκαταλείψει), αναφέρουν ότι τα προγράμματα θεραπείας μπορούν να τροποποιηθούν, κατά τη διάρκεια της διεργασίας ανάρρωσης, ξεκινώντας ήπια στην οξεία φάση και αυξάνοντας σε ένταση, καθώς ο ασθενής εισέρχεται στη χρόνια φάση. Παρόλα αυτά, η παρέμβαση μπορεί να θεωρηθεί ότι ενισχύει και καθοδηγεί τη νευρική αναδιοργάνωση που ήδη συντελείται. Παρόλο που δεν είναι αδιαμφισβήτητο, η πρόιμη παρέμβαση φαίνεται να είναι αποτελεσματική, ιδιαίτερα στην πρόληψη της περαιτέρω απώλειας δεξιοτήτων [10].

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

Λαμβάνοντας υπόψη τις κατευθυντήριες οδηγίες της Αυστραλίας (AARP) για τη διαχείριση της αφασίας [6], τις κατευθυντήριες οδηγίες του Royal College στο Ηνωμένο Βασίλειο [19], της ASHA [33], τις κατευθυντήριες οδηγίες του Καναδά, EBRSP [9] και τις συστάσεις της Παγκόσμιας Έκθεσης για την αναπηρία Linda E. Worrall, Tami Howe, Anna O' Callaghan, Anne J. Hill, Miranda Rose, Sarah J. Wallace, Tanya Rose, Kyla Brown, Emma Power, Robyn O' Halloran & Alexia Rohde. (2013). The World Report on Disability as a blueprint for international, national, and local aphasia services [20], θα παρουσιαστούν δηλώσεις βέλτιστης πρακτικής συγκεντρωτικά που θα μπορούσαν να εφαρμοστούν κ στη χώρα μας αναφορικά με τη διαχείριση της αφασίας του ασθενούς σε κάθε στάδιο από τη στιγμή του εγκεφαλικού στην οξεία περίθαλψη, την πρώιμη αποκατάσταση, την πρώιμη υποστήριξη της εξόδου, την κοινοτική αποκατάσταση και την μακροπρόθεσμη υποστήριξη. Οι δηλώσεις βέλτιστης πρακτικής παρέχονται ως κατάλληλη πρακτική, με την επιφύλαξη της κρίσης του κλινικού και της προτίμησης του ατόμου με αφασία σε κάθε μεμονωμένη περίπτωση. Έχουν σχεδιαστεί για να παρέχουν πληροφορίες που θα βοηθήσουν στη λήψη αποφάσεων και βασίζονται στα καλύτερα αποδεικτικά στοιχεία που είναι διαθέσιμα κατά τη στιγμή της ανάπτυξής τους.

Η χρήση της συντομογραφίας GPP φέρει τον όρο σημείο καλής πρακτικής, καθώς οι δηλώσεις που φέρουν τη συντομογραφία, προέκυψαν μετά από συναίνεση της ομάδας εργασίας κατά το σχεδιασμό των δηλώσεων βάσει της κλινικής εμπειρίας και της γνώμης των εμπειρογνομόνων.

Όσον αφορά τις κατευθυντήριες οδηγίες της Αυστραλίας, για κάθε δήλωση/σύσταση, η κύρια αναφορά/παραπομπή έχει βαθμολογηθεί σύμφωνα με τα επίπεδα αποδεικτικών στοιχείων NHMRC (Εθνικό Συμβούλιο Υγείας και Ιατρικής Έρευνας, 2010). Τα επίπεδα αποδεικτικών στοιχείων του NHMRC επιλέχθηκαν καθώς το NHMRC είναι ο κύριος φορέας χρηματοδότησης του CCRE στην Αποκατάσταση Αφασίας και τα επίπεδα ευθυγραμμίζονται με τις Κλινικές Οδηγίες της Αυστραλίας για τη Διαχείριση του Εγκεφαλικού (NSF, 2010).

Πρέπει να τονιστεί ότι αυτό το σύστημα επιτρέπει μόνο την αξιολόγηση του επιπέδου του σχεδιασμού της μελέτης, το οποίο διαφέρει από το βαθμό των αποδεικτικών στοιχείων. Ο βαθμός των αποδεικτικών στοιχείων (π.χ. Α, Β, Γ, Δ) λαμβάνει υπόψη το επίπεδο των αποδεικτικών στοιχείων μαζί με την ποσότητα των αποδεικτικών στοιχείων, την ποιότητα, τη συνέπεια, τον κλινικό αντίκτυπο, τη γενικευσιμότητα και τη δυνατότητα εφαρμογής. Αυτό το πρόσθετο βήμα δεν ήταν εφικτό κατά την ανάπτυξη αυτών των δηλώσεων. Δεδομένου ότι δεν υπάρχει τρέχουσα συναίνεση για την κατάταξη των ποιοτικών μελετών, οι ποιοτικές μελέτες χρησιμοποιούνται ως αποδεικτικά στοιχεία, αλλά δεν είναι ταξινομημένες.

Οι συστάσεις θα παρουσιαστούν συγκεντρωτικά (τι αναφέρεται σε κάθε χώρα) ανά τομέα. Ο καθορισμός των τομέων έγινε βάση πρωτοβουλίας της φοιτήτριας της διπλωματικής εργασίας.

Τομείς:

- Τομέας 1: Λήψη των σωστών παραπομπών (κοινωνική ευαισθητοποίηση για την αφασία, διαδικασία παραπομπής)
- Τομέας 2: Ανίχνευση και αξιολόγηση
- Τομέας 3 : Αρχική διαχείριση, αυτοδιαχείριση
- Τομέας 4: Καθορισμός στόχων και μέτρηση αποτελεσμάτων
- Τομέας 5: Συστάσεις για πολιτισμικά και γλωσσολογικά διαφορετικούς πληθυσμούς (CALD)
- Τομέας 6: Σχεδιασμός για μεταβάσεις
- Τομέας 7: Παροχή παρέμβασης

3.1 ΤΟΜΕΑΣ 1: ΛΗΨΗ ΤΗΣ ΣΩΣΤΗΣ ΠΑΡΑΠΟΜΠΗΣ

- Κοινωνική ευαισθητοποίηση για την αφασία

Η έλλειψη γνώσης για την αφασία, οι απρόσιτες γραπτές πληροφορίες, τα κοινωνικά συστήματα που απαιτούν υποχρεωτική λεκτική επικοινωνία και η έλλειψη υπηρεσιών για την παροχή κοινωνικών ευκαιριών σε άτομα με αφασία είναι τροχοπέδη για την πρόσβαση των ατόμων με αφασία στις γενικές πολιτικές, τα συστήματα και τις υπηρεσίες [20].

Η χαμηλή ευαισθητοποίηση του κοινού για μια κατάσταση σχετίζεται με λιγότερη χρηματοδότηση για έρευνα, λιγότερες υπηρεσίες και λιγότερη κατανόηση και ενσυναίσθηση του κοινού για τα άτομα με τη συνθήκη (Elman, Ogar, & Elman, 2000). Πρόσφατες διεθνείς έρευνες δείχνουν ότι η ευαισθητοποίηση του κοινού για την αφασία είναι χαμηλή. Μόνο το 10-18% των ερωτηθέντων στις αγγλόφωνες χώρες αναφέρθηκε ότι άκουσαν τη λέξη αφασία και μόνο το 2-8% είχε βασικές γνώσεις για την αφασία.

Σύμφωνα με την Παγκόσμια Έκθεση για την Αναπηρία, οι εκστρατείες ευαισθητοποίησης του κοινού μπορούν να κατευθυνθούν τόσο στο άμεσο κοινωνικό δίκτυο του ατόμου με αφασία όσο και σε παρόχους υπηρεσιών στην κοινότητα.

Η ευαισθητοποίηση του κοινού στο άμεσο κοινωνικό δίκτυο του ατόμου θα μπορούσε να επιτευχθεί αρχικά μέσω της χρήσης ενός κοινού αποδεκτού όρου για την αφασία από τους επαγγελματίες υγείας. Οι επαγγελματίες υγείας συνεχίζουν να χρησιμοποιούν τόσο τον όρο δυσφασία όσο και τον όρο αφασία για να περιγράψουν την ίδια γλωσσική διαταραχή. Αυτό μπερδεύει τους ανθρώπους με αφασία καθώς και τους επαγγελματίες υγείας. Ο όρος αφασία είναι ο πιο αναγνωρίσιμος και παγκοσμίως χρησιμοποιούμενος όρος. Όταν τα άτομα με αφασία και το

άμεσο κοινωνικό τους δίκτυο γνωρίζουν τον όρο αφασία, θα είναι σε θέση να αναζητήσουν πόρους και υπηρεσίες που διατίθενται μέσω ιστότοπων όπως είναι η Ένωση Αφασίας στην Αυστραλία (<http://www.aphasia.org>), η National Aphasia Association (<http://www.aphasia.org>) κ.α. Επίσης, οι λογοπαθολόγοι πρέπει να παρέχουν εκπαίδευση σε πλαίσιο γραφείου για την ευαισθητοποίηση για την αφασία.

Η ευαισθητοποίηση παρόχων υπηρεσιών στην κοινότητα θα πρέπει να περιλαμβάνει αρχικά εκπαίδευση της επικοινωνιακής αναπηρίας σε βασικούς παρόχους υπηρεσιών (Togher, Balandin, Young, Given, & Canty, 2006) [20]. Επιπλέον μέσω της συνεργασίας των λογοπαθολόγων με ομάδες αφασίας συστήνεται εκπαίδευση για την προώθηση μιας καλύτερης επικοινωνιακής πρόσβασης σε τοπικές υπηρεσίες, όπως είναι τα μέσα μαζικής μεταφοράς (Ashton, Aziz, Barwood, French, Savina, & Worrall, 2008; Cruice, 2002) και οι πολιτιστικοί οργανισμοί (Duchan, Jennings, Barrett, & Butler, 2006) [20]. Οι πάροχοι υπηρεσιών πρέπει να έχουν ως στόχο την προώθηση υπηρεσιών που είναι επικοινωνιακά προσβάσιμες για όλους τους ανθρώπους, συμπεριλαμβανομένων εκείνων με αφασία. Έχει αναπτυχθεί αυτό που ονομάζεται Σύμβολο Πρόσβασης Επικοινωνίας (Κέντρο Πόρων Επικοινωνίας, Scope in Victoria, 2011). Μια υπηρεσία για να εμφανίσει το Σύμβολο Πρόσβασης Επικοινωνίας για άτομα με πολύπλοκες ανάγκες επικοινωνίας, συμπεριλαμβανομένων εκείνων με αφασία, θα πρέπει να προηγείται (και προηγείται) η βαθμολόγηση της υπηρεσίας για την επικοινωνιακή προσβασιμότητά της. Όχι μόνο η εμφάνιση του συμβόλου προάγει την ευαισθητοποίηση του κοινού σχετικά με την ανάγκη συμμετοχής ατόμων με αναπηρία στην επικοινωνία, αλλά αυτή η ευαισθητοποίηση μετατοπίζεται από μια ιδέα σε μία πραγματικότητα. Επίσης, οι υπεύθυνοι των ιδιωτικών και δημόσιων καναλιών στην τηλεόραση και γενικά τα μέσα κοινωνικής δικτύωσης θα μπορούσαν να παρουσιάζουν ενημερωτικές διαφημίσεις και εκπομπές για την αναγνώριση των σημείων και συμπτωμάτων του εγκεφαλικού επεισοδίου γενικότερα και ειδικά για την αφασία όσο και ενημέρωση αναφορικά με την πρόληψη ενός εγκεφαλικού επεισοδίου που εμφανίζεται είτε πρώτη φορά σε κάποιο άτομο είτε μπορεί να ξανασυμβεί. Ενημέρωση, ευαισθητοποίηση του κοινού για τους παράγοντες κινδύνου που μπορούμε να ελέγξουμε ή και να τροποποιήσουμε. Η δράση για την ευαισθητοποίηση κρίνει αναγκαία την υποστήριξη από εθνικές δραστηριότητες ευαισθητοποίησης που συντονίζονται και χρηματοδοτούνται από το Υπουργείο Υγείας (DH) [29].

Οι κατευθυντήριες οδηγίες της Αυστραλίας [6] συμφωνούν ότι πρέπει να αυξηθεί η ευαισθητοποίηση στην κοινότητα για την αφασία.

Αναφορά/παραπομπή N/A, επίπεδο αποδεικτικών στοιχείων : GPP

Επίσης αναφέρουν ότι στις εκστρατείες ευαισθητοποίησης, πρέπει να τονίζεται ότι η αφασία μπορεί να είναι ένα πρώιμο και επίμονο σύμπτωμα του εγκεφαλικού. Τα προβλήματα ομιλίας

αναφέρονται συνήθως κατά τη διάρκεια κλήσης ασθενοφόρου για ένα περιστατικό εγκεφαλικού επεισοδίου, αλλά συχνά δε γίνεται συσχέτιση ότι πρόκειται για εγκεφαλικό επεισόδιο (Mosley, Nicol, Donnan, Patrick, & Dewey, 2007). Η αναγνώριση της αφασίας ως σύμπτωμα εγκεφαλικού επεισοδίου από την κοινότητα και τις υπηρεσίες έκτακτης ανάγκης καθώς και η επακόλουθη ενεργοποίηση των υπηρεσιών έκτακτης ανάγκης μπορεί να διευκολύνουν την κατάλληλη και έγκαιρη φροντίδα εγκεφαλικού επεισοδίου κατά τη διάρκεια της υπερ-οξείας φάσης.

Αναφορά/παραπομπή: N/A, επίπεδο αποδεικτικών στοιχείων: GPP

Πρέπει να παρέχονται κατάλληλες πληροφορίες για το εγκεφαλικό επεισόδιο σε άτομα με αφασία και στις οικογένειές τους. Τα φιλικά προς την αφασία υλικά, το έντυπο εκπαιδευτικό υλικό που λαμβάνει υπόψη τη γλώσσα και τις σχετικές δυσκολίες ανάγνωσης καθώς και η παροχή επαναλαμβανόμενων ευκαιριών για τον ασθενή και την οικογένειά του στο να κάνουν ερωτήσεις έχουν αποδειχθεί αποτελεσματικοί τρόποι που βοηθάνε τα άτομα με αφασία να κατανοήσουν τις πληροφορίες για τη γλώσσα.

Αναφορά/παραπομπή: Smith et al., 2008, επίπεδο αποδεικτικών στοιχείων: I

- Διαδικασία παραπομπής

Για άτομα με οξεία εμφάνιση αφασίας θα πρέπει να υπάρχει η υποψία ότι πρόκειται για εγκεφαλικό επεισόδιο και αυτοί οι ασθενείς θα πρέπει να μεταφέρονται απευθείας σε νοσοκομείο με μονάδα εγκεφαλικού επεισοδίου κάνοντας εισαγωγή στη μονάδα. Υπάρχουν ισχυρές ενδείξεις ότι οι ασθενείς που λαμβάνουν οργανωμένη φροντίδα σε μονάδα εγκεφαλικού επεισοδίου είναι πιο πιθανό να επιβιώσουν από το εγκεφαλικό τους επεισόδιο, να επιστρέψουν στο σπίτι και να έχουν καλή ανάρρωση (Stroke Unit Trialists, 2007).

Αναφορά/παραπομπή: Stroke Unit Trialists, 2007, Επίπεδο αποδεικτικών στοιχείων I

Η διεπιστημονική ομάδα θα πρέπει να αξιολογήσει τους ασθενείς με εγκεφαλικό επεισόδιο και να διαμορφώσει ένα σχέδιο διαχείρισης εντός 24-48 ωρών από την εισαγωγή (The Canadian Stroke Strategy, 2010). Απαιτούνται οργανωμένα συστήματα και πρωτόκολλα για την ταχεία μεταφορά ασθενών με εγκεφαλικό επεισόδιο από το τμήμα έκτακτης ανάγκης σε μονάδα εγκεφαλικού επεισοδίου και παραπομπή σε όλα τα διεπιστημονικά μέλη της ομάδας.

Αναφορά/παραπομπή: N/A, Επίπεδο αποδεικτικών στοιχείων : GPP

3.2 ΤΟΜΕΑΣ 2: ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ ΚΑΙ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ

(πηγή: Asha [33], the Australian Aphasia Rehabilitation Pathway [6] και Royal College of Speech & Language Therapists Clinical Guidelines [19], Royal College of Physicians. (fifth edition 2016) [29])

Η ASHA κάνει ένα διαχωρισμό ανάμεσα στον έλεγχο/ανίχνευση και την αξιολόγηση. Ο έλεγχος-ανίχνευση, δεν παρέχει λεπτομερή περιγραφή της σοβαρότητας και των χαρακτηριστικών της αφασίας. Ο έλεγχος είναι ένα πολύτιμο εργαλείο για την κατάλληλη παραπομπή ατόμων με αφασία σε υπηρεσίες λογοθεραπείας και είναι ένα σημαντικό πρώτο βήμα για τον προσδιορισμό της ανάγκης για θεραπεία. Ο έλεγχος πραγματοποιείται στη γλώσσα (εξ) που χρησιμοποιεί το άτομο, με ευαισθησία στην πολιτιστική και γλωσσολογική πολυμορφία.

Ο έλεγχος/ανίχνευση μπορεί να οδηγήσει σε σύσταση για ολοκληρωμένες εκτιμήσεις ομιλίας, γλώσσας, κατάποσης, γνωστικής επικοινωνίας ή/και παραπομπή για άλλες εξετάσεις ή υπηρεσίες ή για σύσταση για επανεξέταση.

Όσον αφορά στην πλήρη αξιολόγηση, άτομα που αναγνωρίζονται με αφασία μέσω ελέγχου παραπέμπονται σε λογοθεραπευτή για μια ολοκληρωμένη αξιολόγηση της γλώσσας και της επικοινωνίας. Ο λογοθεραπευτής χρησιμοποιεί τυποποιημένες και μη τυποποιημένες μεθόδους για τον έλεγχο των δεξιοτήτων παραγωγής ομιλίας, της κατανόησης και της παραγωγής προφορικής και γραπτής γλώσσας, των γνωστικών πτυχών της επικοινωνίας και ακοής.

Σύμφωνα με το διεθνές πλαίσιο ταξινόμησης της λειτουργίας, της αναπηρίας και της υγείας (Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (ΠΟΥ) (ICF) (ASHA, 2016, WHO, 2001), πραγματοποιείται ολοκληρωμένη αξιολόγηση για τον εντοπισμό και την περιγραφή:

- διαταραχών στη δομή και τη λειτουργία του σώματος, συμπεριλαμβανομένων των υποκείμενων αδυναμιών στην προφορική και γραπτή γλώσσα που ενδέχεται να επηρεάσουν την απόδοση της επικοινωνίας.
- συν-νοσηρά ελλείμματα όπως άλλες παθήσεις υγείας και φάρμακα που μπορούν να επηρεάσουν την επικοινωνιακή απόδοση.
- περιορισμών του ατόμου στη δραστηριότητα και τη συμμετοχή, συμπεριλαμβανομένων των αλλαγών και της επίδρασης στη λειτουργική κατάσταση στην επικοινωνία και στις διαπροσωπικές αλληλεπιδράσεις
- παραγόντων περιβάλλοντος (περιβαλλοντικοί και προσωπικοί) που αποτελούν εμπόδια ή διευκολύνουν την επιτυχή επικοινωνία και τη συμμετοχή στη ζωή

- τον αντίκτυπο των διαταραχών της επικοινωνίας στην ποιότητα ζωής, τους λειτουργικούς περιορισμούς σε σχέση με τους προγνωστικούς κοινωνικούς ρόλους του ατόμου και τον αντίκτυπο στην κοινότητά του.

Σύμφωνα με την ASHA, όσον αφορά την αξιολόγηση, ο κλινικός πρέπει να λαμβάνει υπόψη τους ακόλουθους παράγοντες που μπορεί να επηρεάσουν τον έλεγχο και τη συνολική αξιολόγηση:

- Ύπαρξη ταυτόχρονης κινητικής δυσλειτουργίας (δυσαρθρία, απραξία)
- Εξασθένηση ή απώλεια ακοής
- Το χρόνο και το στάδιο που πραγματοποιείται η αξιολόγηση μετά την έναρξη της αφασίας [19].
- Το κοινωνικό πλαίσιο και το πλαίσιο παροχής υπηρεσιών [19]
- Την προσαρμογή στην αναπηρία [19]
- Παράγοντες της κατάστασης του ατόμου προνοσηρά (γνωστικό επίπεδο, εκπαίδευση, ικανότητα ανάγνωσης)
- Ταυτόχρονη γνωστική εξασθένηση στο χρόνο που αξιολογείται (π.χ. εκτελεστική λειτουργία, μνήμη, προσοχή). Οποιοδήποτε άτομο με εγκεφαλικό επεισόδιο που δεν προχωρά όπως αναμένεται στην αποκατάσταση θα πρέπει να λαμβάνει λεπτομερή αξιολόγηση για να καθοριστεί εάν ευθύνονται οι γνωστικές διαταραχές, με τα αποτελέσματα να εξηγούνται στο άτομο, την οικογένειά του και την πολυεπιστημονική ομάδα [29]. Συγκεκριμένα για τα άτομα με προβλήματα επικοινωνίας μετά από εγκεφαλικό επεισόδιο θα πρέπει να πραγματοποιείται γνωστική αξιολόγηση χρησιμοποιώντας έγκυρες εκτιμήσεις από λογοθεραπευτή. Θα πρέπει να ζητηθεί η συμβολή ενός κλινικού νευροψυχολόγου εάν υπάρχει αβεβαιότητα σχετικά με την ερμηνεία των αποτελεσμάτων στα γνωστικά τεστ [29]. Τα άτομα με οξεία γνωστικά προβλήματα μετά από εγκεφαλικό επεισόδιο θα πρέπει να λαμβάνουν εκτίμηση για τυχόν κινδύνους ασφάλειας λόγω των γνωστικών διαταραχών. Οι κίνδυνοι πρέπει να κοινοποιούνται στην ομάδα πρωτοβάθμιας φροντίδας τους μαζί με τυχόν προβλήματα νοητικής ικανότητας που μπορεί να επηρεάσουν τη λήψη αποφάσεων [29].
- Ελλείμματα οπτικής οξύτητας, οπτική αγνωσία
- Ημιπάρεση άνω άκρου (μπορεί να επηρεάσει την ικανότητα γραφής)
- Παρουσία χρόνιου πόνου είτε από προϋπάρχουσες είτε από νέες καταστάσεις
- Κατάθλιψη μετά το εγκεφαλικό επεισόδιο
- Αντοχή και κόπωση (η δοκιμή μπορεί να χρειαστεί να χωριστεί σε μικρότερες συνεδρίες)

- Εάν το άτομο με αφασία φοράει γυαλιά ή ακουστικά βαρηκοΐας και οι θεραπείες με τα γυαλιά ή /και τα ακουστικά εξακολουθούν να είναι κατάλληλες, τα βοηθήματα αυτά πρέπει να φοριούνται κατά την αξιολόγηση.
- Εάν πρόσθετα προβλήματα ακοής ή / και προβλήματα όρασης οφείλονται σε νευρολογικό συμβάν και οι φυσικές ή περιβαλλοντικές τροποποιήσεις (π.χ. υλικό μεγάλης εκτύπωσης, τροποποιημένος φωτισμός, συσκευές ενίσχυσης) δεν επαρκούν για την αντιστάθμιση αυτών των αλλαγών, τότε το άτομο πρέπει να παραπεμφθεί για ακτινολογικές εξετάσεις ή /και εκτιμήσεις όρασης πριν από τη δοκιμή.
- Οπτικοχωρικές λειτουργίες: συνήθως είναι διατηρημένες σε ανθρώπους με αφασία ωστόσο πρέπει να ελέγχονται, να αξιολογούνται. Συνήθως αποτελεί πλεονέκτημα- δυνατό σημείο των ανθρώπων με αφασία που πρέπει να ενδυναμώνεται στη θεραπευτική παρέμβαση, προκειμένου να καταστεί δυνατή τόσο η εφαρμογή εναλλακτικών μεθόδων επικοινωνίας, αν κρίνεται απαραίτητο, όσο και η βελτίωση της οπτικής εισόδου των λεκτικών και μη λεκτικών ερεθισμάτων.
- Κατά την επιλογή της γλώσσας αξιολόγησης για άτομα που μιλούν περισσότερες από μία γλώσσες, είναι σημαντικό να ληφθούν υπόψη οι γλώσσες που ομιλεί το άτομο, η ηλικία κατάκτησης κάθε γλώσσας, η χρήση κάθε γλώσσας και οι γλώσσες που απαιτούνται για την επιστροφή στις καθημερινές δραστηριότητες.
- Υπάρχουν περιπτώσεις που μια γλώσσα παραμένει ανέπαφη ή ελαφρά εξασθενημένη, ενώ η δεύτερη γλώσσα είναι σημαντικά επηρεασμένη. Οι κλινικοί θα πρέπει να συλλέγουν δεδομένα σε όλες τις γλώσσες που χρησιμοποιούνται για τον προσδιορισμό του βαθμού επιπτώσεων. Η αξιολόγηση σε μία μόνο γλώσσα μπορεί να είναι παραπλανητική.

Σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες της Αυστραλίας [6], όλα τα άτομα μετά από εγκεφαλικό επεισόδιο θα πρέπει να ελέγχονται χρησιμοποιώντας ένα έγκυρο και αξιόπιστο εργαλείο που είναι ευαίσθητο στην παρουσία αφασίας στην οξεία φάση. Ανεπαρκείς διαδικασίες ελέγχου/ανίχνευσης ελλοχεύουν τον κίνδυνο να μη γίνει η σωστή διάγνωση σε ασθενείς, οδηγώντας σε ακατάλληλη διαχείριση αυτών και σε επακόλουθη περιττή επιβάρυνση της υγειονομικής περίθαλψης.

Αναφορά/παραπομπή: National Stroke Foundation, 2010, Επίπεδο αποδεικτικών στοιχείων: GPP

Επίσης, τα άτομα με υποψία αφασίας θα πρέπει να λαμβάνουν πλήρη αξιολόγηση από ένα λογοπαθολόγο για να προσδιοριστεί η παρουσία και η σοβαρότητα της αφασίας (NSF, 2010) [6]. Μια ολοκληρωμένη κλινική εξέταση επιτρέπει την έγκαιρη αναγνώριση και διάγνωση των

ασθενών. Ο ακριβής προσδιορισμός της κατάστασης του ασθενούς είναι επομένως υψίστης σημασίας στον σχεδιασμό επιλογών θεραπείας και στην καθοδήγηση σχεδίων διαχείρισης.

Αναφορά/παραπομπή: National Stroke Foundation, 2010, Επίπεδο αποδεικτικών στοιχείων : GPP

Οι νοσοκομειακοί ασθενείς με υποψία αφασίας θα πρέπει να λαμβάνουν αξιολόγηση από ένα λογοθεραπευτή για να προσδιοριστεί η ικανότητα του ασθενούς να γνωστοποιεί/επικοινωνεί τις ανάγκες του [6]. Περίπου το 50% των ασθενών με εγκεφαλικό επεισόδιο δυσκολεύονται να επικοινωνήσουν τις ανάγκες τους στο νοσοκομείο (Hemsley, Werninck, & Worrall, 2013). Ασθενείς με αφασία που δε μπορούν να επικοινωνήσουν αποτελεσματικά με τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης μπορεί να λάβουν ανεπαρκή και ακατάλληλη υγειονομική περίθαλψη στο νοσοκομείο και να βιώσουν συναισθήματα δυσφορίας και θυμού (Hemsley et al., 2013; Susie Parr, Sally Byng, Sue Gilpin, & Ireland, 1997). Επιπλέον, τα άτομα με αφασία είναι έξι φορές πιο πιθανό να αντιμετωπίσουν κάποιο ανεπιθύμητο συμβάν στο νοσοκομείο (Bartlett, Blais, Tamblyn, Clermont, & MacGibbon, 2008).

Αναφορά/παραπομπή: Bartlett et al., 2008; Hemsley et al., 2013; O'Halloran, Grohn, & Worrall, 2012, Επίπεδο αποδεικτικών στοιχείων: IV

Θα πρέπει να πραγματοποιηθεί αξιολόγηση των δυνατοτήτων και των αδυναμιών της επικοινωνίας του ατόμου [19].

Η αξιολόγηση θα επιτρέψει στο θεραπευτή να:

- αναγνωρίσει τη φύση και την έκταση του ελλείμματος επικοινωνίας, να εξετάσει λειτουργικές και πραγματολογικές πτυχές της επικοινωνίας, συμπεριλαμβανομένων των αντισταθμιστικών στρατηγικών και της ψυχοκοινωνικής ευημερίας
- Ο θεραπευτής πρέπει να διαπραγματευτεί τους στόχους θεραπείας μαζί με το άτομο με αφασία και να σχεδιάσει ένα εξατομικευμένο πρόγραμμα παρέμβασης, ειδικά για τις ανάγκες του ατόμου
- Έχοντας καθορίσει μια βάση/γραμμή εκκίνησης/baseline θα μπορεί να μετράει την αλλαγή και να καθορίζει τον καταλληλότερο χρόνο για αναθεώρηση της θεραπείας, για έξοδο/απαλλαγή και συνεχιζόμενη παραπομπή.

Είναι σημαντικό να ακολουθήσουμε μια ολιστική προσέγγιση στην αξιολόγηση του ατόμου. Όλες οι παραπάνω περιοχές αλληλεπιδρούν μεταξύ τους και πρέπει να λαμβάνονται υπόψη για το σχεδιασμό των στόχων και την παρέμβαση. Το ICF (ΠΟΥ, 2001) μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως πλαίσιο για να εξασφαλιστεί ότι έχουν ληφθεί υπόψη όλες οι βασικές πτυχές της υγείας.

Αποδεικτικά στοιχεία

- Hilari K, Wiggins RD, Roy P, Byng S, & Smith SC (2003) Επίπεδο αποδεικτικών στοιχείων II
- Aftonomos LB, Steele RD, Appelbaum JS & Harris VM (2001) Επίπεδο αποδεικτικών στοιχείων III
- Αναφορά/παραπομπή: N/A, Επίπεδο αποδεικτικών στοιχείων: GPP
- Kertesz A (1994) Επίπεδο αποδεικτικών στοιχείων IV
- Holland A (1998) Επίπεδο αποδεικτικών στοιχείων IV
- Επαγγελματική συναίνεση

Η αξιολόγηση θα πρέπει να έχει σαφή και άμεσο θεραπευτικό λόγο για να πραγματοποιηθεί και μπορεί να συμβεί σε οποιοδήποτε στάδιο παρέμβασης. Η διαδικασία αξιολόγησης μπορεί να περιλαμβάνει μια σειρά προσεγγίσεων, όπως συνέντευξη, συνομιλία/συζήτηση, παρατήρηση και επιλεκτική χρήση τυπικών και ανεπίσημων εργαλείων αξιολόγησης [19].

Διαφορετικές μέθοδοι αξιολόγησης θα είναι κατάλληλες για άτομα σε διαφορετικούς χρόνους. Κατά τη διάρκεια της αυθόρμητης ανάκαμψης ενδέχεται να μην είναι σκόπιμο να πραγματοποιούνται επίσημες, τυποποιημένες αξιολογήσεις. Η άτυπη αξιολόγηση θα επιτρέψει να γίνει μια πρόωμη υπόθεση ως προς τη φύση των προβλημάτων επικοινωνίας και των επιπτώσεων τους. Σε διαφορετικά στάδια, οι τυπικές και άτυπες αξιολογήσεις μπορούν να παρέχουν πληροφορίες για τη στήριξη του σχεδιασμού και της αξιολόγησης συγκεκριμένης θεραπείας των ανθρώπων με αφασία.

Αποδεικτικά στοιχεία

- Επαγγελματική συναίνεση

Η διαδικασία αξιολόγησης θα πρέπει να περιλαμβάνει και την αντίληψη του ατόμου και των σχετικών άλλων όσον αφορά τον αντίκτυπο της αναπηρίας στην επικοινωνία στη ζωή τους. Αυτό μπορεί να περιλαμβάνει την αξιολόγηση των δεξιοτήτων των συνεργατών επικοινωνίας [19].

Η απάντηση του ατόμου και των σημαντικών άλλων για την αφασία μπορεί να ποικίλλει ανάλογα με διάφορους παράγοντες, π.χ. την σοβαρότητα της αναπηρίας στην επικοινωνία, την προσωπικότητα, την ηλικία, την απασχόληση και το κοινωνικό πλαίσιο, καθώς και των στάσεων των άλλων ανθρώπων. Αυτή η απάντηση μπορεί να επηρεάσει την παρεχόμενη παρέμβαση και τα αποτελέσματά της.

Αποδεικτικά στοιχεία

- Aftonomos LB, Steele RD, Appelbaum JS & Harris VM (2001) Επίπεδο αποδεικτικών στοιχείων III
- Davidson B, Worrall L & Hickson L (2003) Επίπεδο αποδεικτικών στοιχείων III
- Parr S, Byng S & Gilpin S (1997) Επίπεδο απόδειξης IV

Οι λογοπαθολόγοι θα πρέπει να μιλούν με το άτομο με αφασία και την οικογένειά του για τους ρόλους που έχει το άτομο στην οικογένεια και την κοινότητα [6]. Το ενδιαφέρον αυτό εκ μέρους του λογοθεραπευτή, εκτός του ότι βοηθάει στην οικοδόμηση μιας σχέσης, τέτοιες συνομιλίες μπορεί να αποκαλύψουν σημαντικές πληροφορίες που μπορούν να καθοδηγήσουν τόσο τις αλληλεπιδράσεις του λογοπαθολόγου με το άτομο και την οικογένεια όσο και τη γενικότερη διαχείριση.

Αναφορά/παραπομπή: Coffin et al., 2004, Επίπεδο αποδεικτικών στοιχείων: GPP

Το άτομο με αφασία και οποιοσδήποτε συνεργάτης επικοινωνίας σχετίζεται με το άτομο πρέπει να συμπεριληφθεί στην αξιολόγηση [6]. Αυτό περιλαμβάνει όχι μόνο την οικογένεια αλλά και τους φίλους και άλλους επαγγελματίες υγείας. Ο κλινικός και το άτομο με αφασία μπορεί να αποκτήσουν πολλές πληροφορίες από τις απόψεις της οικογένειας, των φίλων και άλλων επαγγελματιών υγείας σχετικά με την επικοινωνία του ατόμου. Ο θεραπευτής είναι σημαντικό να παρακολουθεί πως αυτά τα άτομα ενεργούν ως συνεργάτες συνομιλίας κατά τη διάρκεια αυτής της διαδικασίας. Μπορεί επίσης να δώσουν σημαντικές βασικές πληροφορίες που σχετίζονται με το ιατρικό ιστορικό του ατόμου και την προνοσηρή κατάστασή του.

Αναφορά/παραπομπή: N/A, Επίπεδο αποδεικτικών στοιχείων: GPP

Η διαδικασία αξιολόγησης πρέπει να είναι επαναληπτική και δυναμική [6]. Η αξιολόγηση, ο καθορισμός στόχων, η θεραπεία πρέπει να είναι επαναληπτική διαδικασία, το άτομο με αφασία να ενημερώνει συνεχώς το θεραπευτή και το αντίστροφο δημιουργώντας έτσι μία ανταποκρινόμενη και προσαρμοσμένη ακολουθία παρέμβασης. Ένας κλινικός μπορεί να ξεκινήσει αυτήν τη διαδικασία χρησιμοποιώντας υποστηριζόμενη συνομιλία κατά την επικοινωνία με το άτομο με αφασία, για να μάθει τι τον αφορά και τι τον παρακινεί. Αυτό θα βοηθήσει στην ενημέρωση μιας διαδικασίας καθορισμού στόχων συνεργασίας. Οι στόχοι που θα προκύψουν πρέπει να καθοδηγούν μια προσαρμοσμένη στρατηγική αξιολόγησης, η οποία μπορεί να περιλαμβάνει επιλογή τυποποιημένων ή μη τυποποιημένων αξιολογήσεων, λειτουργική αξιολόγηση, ανάλυση λόγου, αξιολόγηση διάθεσης και αυτοεκτίμησης, κλιμάκωση επίτευξης στόχου κ.λπ. Η επιλογή θεραπείας, που ακολουθεί τον καθορισμό των στόχων και τα

αποτελέσματα της αξιολόγησης, καθορίζεται έπειτα με περαιτέρω συζήτηση και αξιολόγηση που εντάσσεται σε αυτήν τη θεραπεία ως μέρος αυτής της δυναμικής διαδικασίας.

Αναφορά/παραπομπή: Hersh et al., 2013, Επίπεδο αποδεικτικών στοιχείων: GPP

Η αξιολόγηση πρέπει να γίνεται αντιληπτή από το άτομο με αφασία ως θεραπευτική διαδικασία καθώς παρέχει πληροφορίες οι οποίες μπορεί να βοηθήσουν το άτομο να εξελιχθεί, να προχωρήσει [6]. Αυτή η διαδικασία πρέπει να καταστεί προσιτή και διαφανής εξηγώντας με σαφήνεια στο άτομο με αφασία τι είναι η αξιολόγηση και γιατί αξίζει να πραγματοποιηθεί. Τα αποτελέσματα μπορούν να ενσωματωθούν σε περαιτέρω συζήτηση και πρέπει σαφώς να συνδέονται με τις επόμενες επιλογές θεραπευτικών εργασιών.

Αναφορά/παραπομπή: Hersh et al., 2013, Επίπεδο αποδεικτικών στοιχείων: GPP

Όλα τα αποτελέσματα της αξιολόγησης πρέπει να τεκμηριώνονται και να παρουσιάζονται σε γραπτή μορφή φιλική προς την αφασία στο άτομο με αφασία και την οικογένειά του. Είναι σημαντικό το άτομο με αφασία και η οικογένειά του να μπορούν να πάρουν τα αποτελέσματα μαζί τους και να τα κρατήσουν ως μέρος της αλλαγής που θα επέλθει με την πάροδο του χρόνου. Όλα τα αποτελέσματα αξιολόγησης της αφασίας θα πρέπει να διατηρούνται σε έναν φάκελο, έτσι ώστε κατά την ενδεχόμενη αλλαγή λογοπαθολόγου να υπάρχει ομαλή μετάβαση. Έχοντας αυτό το προσβάσιμο αρχείο, η αξιολόγηση μπορεί από μόνη της να είναι μια μαθησιακή ευκαιρία όχι μόνο για το θεραπευτή, αλλά και για το άτομο με αφασία. Αυτή η ανταλλαγή πληροφοριών εξισώνει επίσης τη σχέση μεταξύ κλινικού και ατόμου με αφασία και τη διαφάνεια της διαδικασίας αποκατάστασης.

Αναφορά/παραπομπή: N/A, Επίπεδο αποδεικτικών στοιχείων: GPP

3.3 ΤΟΜΕΑΣ 3: ΑΡΧΙΚΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ, ΑΥΤΟΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ

Τα άτομα με αφασία και οι οικογένειές τους έχουν αναφέρει ότι θέλουν πληροφορίες για την αφασία και το εγκεφαλικό επεισόδιο. Αναφέρουν επίσης ότι θέλουν πληροφορίες σχετικά με την πρόγνυσή τους και με το τι μπορούν να περιμένουν σε διαφορετικά στάδια αποκατάστασης (Worrall et al., 2011) [6]. Τα στοιχεία δείχνουν ότι αυτές οι πληροφορίες πρέπει να παρέχονται με τρόπο που να εμπλέκει ενεργά ασθενείς και φροντιστές και να παρουσιάζονται με μορφή φιλική προς την αφασία προσαρμοσμένη στις συγκεκριμένες ανάγκες και προτιμήσεις του ασθενούς και της οικογένειάς του. Κατά την παροχή πληροφοριών, οι κλινικοί πρέπει να είναι ευαίσθητοι στις μεταβαλλόμενες ανάγκες υποστήριξης των ασθενών τους.

Αναφορά/παραπομπή: Smith et al., 2008; Worrall et al., 2011, Επίπεδο αποδεικτικών στοιχείων : I Qual.

Η παραπάνω σύσταση επιβεβαιώνεται και στις κατευθυντήριες οδηγίες του Royal College of Speech & language Therapists [19] που αναφέρουν ότι θα πρέπει να παρέχεται εκπαίδευση σε όσους έρχονται σε επαφή με το άτομο με αφασία προκειμένου να αυξηθεί η κατανόησή τους για την αφασία και τον καλύτερο τρόπο επικοινωνίας με το άτομο. Όσοι επικοινωνούν με το άτομο με αφασία μπορεί να δυσκολεύονται να κρίνουν το επίπεδο ικανότητάς του. Η εκπαίδευση των ατόμων που σχετίζονται με το άτομο με αφασία θα τους επιτρέψει να αναδείξουν την ικανότητα επικοινωνίας του ατόμου με αφασία. Αυτό επίσης διευκολύνει την πλήρη συμμετοχή του ατόμου με αφασία στη λήψη αποφάσεων.

Αποδεικτικά στοιχεία

- Kagan A, Black S, Duchan J, Simmons-Mackie N & Square P (2001) Επίπεδο αποδεικτικών στοιχείων I
- McClenahan R, Johnston M & Densham Y (1992) Επίπεδο αποδεικτικών στοιχείων II

Οι λογοπαθολόγοι θα πρέπει να παρέχουν στο προσωπικό του νοσοκομείου εξατομικευμένες στρατηγικές επικοινωνίας προσαρμοσμένες στο να ενισχύουν την επικοινωνία με κάθε ασθενή με αφασία. Η παροχή επικοινωνιακής εκπαίδευσης σε παρόχους υγειονομικής περίθαλψης είναι πιθανό να βελτιώσει την ικανότητα των ατόμων με αφασία να κατανοήσουν τις πληροφορίες και να συμμετάσχουν στη λήψη αποφάσεων για τη δική τους υγειονομική περίθαλψη (Legg, Young, & Bryer, 2005; Simmons- Mackie et al., 2010). Οι ασθενείς με οξύ εγκεφαλικό επεισόδιο με αναπηρία στην επικοινωνία χρειάζονται έμπειρους και εξειδικευμένους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης για να επικοινωνούν όσο το δυνατόν πιο αποτελεσματικά. Πρέπει να προσδιοριστούν οι κατάλληλες στρατηγικές επικοινωνίας προκειμένου να υποστηριχθεί ο ασθενής και οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης. Οι συστάσεις βέλτιστης πρακτικής του Καναδά για τη φροντίδα του εγκεφαλικού επεισοδίου (The Canadian Stroke Strategy, 2010) προτείνουν σε όλους τους παρόχους φροντίδας που εργάζονται με άτομα με εγκεφαλικό επεισόδιο σε όλη τη διάρκεια της περίθαλψης να εκπαιδεύονται για την αφασία. Αυτό περιλαμβάνει εκπαίδευση σχετικά με τον αντίκτυπο της αφασίας και τις μεθόδους για την υποστήριξη της επικοινωνίας.

Αναφορά/παραπομπή: N/A, Επίπεδο αποδεικτικών στοιχείων: GPP

Τα άτομα με αφασία και οι οικογένειές τους πρέπει να διαθέτουν στρατηγικές αυτοδιαχείρισης. Η εκπαίδευση των ατόμων με αφασία πρέπει να προάγει την αυτο-αποτελεσματικότητα μέσω της εξειδίκευσης δεξιοτήτων αυτοδιαχείρισης, συμπεριλαμβανομένης της διαχείρισης συναισθημάτων φόβου, θυμού και κατάθλιψης (The Canadian Stroke Strategy, 2010). Πολλά προγράμματα αναφέρονται στις ενέργειες από την πλευρά των ατόμων με αφασία και την πεποίθησή τους -εμπιστοσύνη στον εαυτό τους να διαχειριστούν τις ιατρικές και συναισθηματικές

πτυχές της κατάστασής τους προκειμένου να διατηρήσουν ή να δημιουργήσουν νέους ρόλους ζωής (Corbin, 1998, Parke et al, 2015). Τα προγράμματα επικεντρώνονται κυρίως στην υποστήριξη των γνώσεων και των δεξιοτήτων που απαιτούνται για την αυτοδιαχείριση και κυμαίνονται από εκπαιδευτικές προσεγγίσεις έως παρεμβάσεις υποστήριξης αλλαγής συμπεριφοράς.

Αναφορά/παραπομπή: N/A, Επίπεδο αποδεικτικών στοιχείων: GPP

Αναφορά/παραπομπή: The intercollegiate stroke working party

Σύνδεση με κατάλληλη κοινωνική υποστήριξη πρέπει να παρέχεται, να διατίθεται για άτομα με αφασία και τις οικογένειές τους. Τις πρώτες εβδομάδες μετά το εγκεφαλικό επεισόδιο, η παρουσία κοινωνικών υποστηρίξεων και επαφών είναι απαραίτητη για άτομα που αντιμετωπίζουν σημαντικές αλλαγές στη ζωή μετά από ένα εγκεφαλικό επεισόδιο. Η βελτίωση της διαθέσιμης κοινωνικής υποστήριξης και η πρόληψη της κοινωνικής επιδείνωσης θα μπορούσε να είναι μια σημαντική στρατηγική για τη μείωση ή την πρόληψη της κατάθλιψης μετά από εγκεφαλικό επεισόδιο (Salter, Foley, & Teasell, 2010).

Αναφορά/παραπομπή: Salter et al., 2010, Επίπεδο αποδεικτικών στοιχείων: I

3.4 ΤΟΜΕΑΣ 4: ΚΑΘΟΡΙΣΜΟΣ ΣΤΟΧΩΝ ΚΑΙ ΜΕΤΡΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

(ο τομέας αυτός περιλαμβάνει συστάσεις για στόχους και αποτελέσματα που προκύπτουν τόσο στην αξιολόγηση όσο και στη θεραπεία)

Ο καθορισμός στόχου θα πρέπει να είναι μια δυναμική διαδικασία που εξετάζεται σε όλη τη συνέχεια της φροντίδας, προκειμένου να αντικατοπτρίζει το πλαίσιο ασθενή / οικογένειας, τις επιθυμίες και την ανάκτηση του λόγου [6]. Οι στόχοι αλλάζουν με το χρόνο καθώς συμβαίνει η ανάρρωση της γλώσσας από την αφασία, καθώς οι άνθρωποι εξοικειώνονται με την αποκατάσταση και καθώς αντιμετωπίζουν τις προκλήσεις του να ζούνε τη ζωή με την αφασία (Hersh, Worrall, Howe, Sherratt, & Davidson, 2012).

Αναφορά/παραπομπή: Hersh et al., 2012, Επίπεδο αποδεικτικών στοιχείων : Qual

Σύμφωνα με το Royal College of Speech & Language Therapists [19], η Στρατηγική Συνεργασίας του ασθενούς (Patient Partnership Strategy) στοχεύει στη βελτίωση της παροχής υπηρεσιών στο NHS παρέχοντας στους ασθενείς πληροφορίες που τους επιτρέπουν στη συνέχεια να λαμβάνουν αποφάσεις σχετικά με την υγειονομική περίθαλψή τους. Οι ασθενείς είναι οι καλύτεροι πληροφοριοδότες σχετικά με τα συμπτώματα, τα συναισθήματα και τους τρόπους με

τους οποίους η διαταραχή επηρεάζει αυτό που είναι σημαντικό για αυτούς. Η θεραπεία πρέπει να καθοδηγείται από τον ασθενή. Τα μέτρα έκβασης από την προοπτική του ασθενούς χρησιμοποιούνται όλο και περισσότερο στην αξιολόγηση των παρεμβάσεων υγειονομικής περίθαλψης.

Αποδεικτικά στοιχεία

- NHS Executive (1999) Επίπεδο αποδεικτικών στοιχείων IV
- Mayou R & Bryant B (1993) Επίπεδο αποδεικτικών στοιχείων IV
- Pound C, Parr S, Lindsay J & Woolf C (2000) Επίπεδο αποδεικτικών στοιχείων IV
- NHS Executive (1999) Επίπεδο αποδεικτικών στοιχείων IV
- Επαγγελματική συναίνεση

Οι θεραπευτές πρέπει να εξηγήσουν τη διαδικασία καθορισμού στόχων στο άτομο με αφασία και την οικογένειά του με προσιτό τρόπο [6]. Ο καθορισμός στόχου «εστιασμένου στον ασθενή» εμπλέκει ενεργά τον ασθενή και την οικογένειά του και περιλαμβάνει εκπαίδευση σχετικά με τη διαδικασία καθορισμού στόχων. Αυτό περιλαμβάνει την εκπαίδευση σχετικά με την επίτευξη ρεαλιστικών στόχων λαμβάνοντας υπόψη το περιβάλλον και το στάδιο της αποκατάστασης. Μπορεί επίσης να περιλαμβάνει εξηγήσεις ορολογίας και συζητήσεις για την επίτευξη κατανόησης από κοινού του τι σημαίνουν οι στόχοι για κάθε άτομο που συμμετέχει στη διαδικασία.

Αναφορά/παραπομπή: N/A, Επίπεδο αποδεικτικών στοιχείων: GPP

Ο συνεργατικός καθορισμός στόχων μεταξύ του λογοπαθολόγου, του ατόμου με αφασία, της οικογένειάς του και άλλων μελών της ομάδας θα πρέπει πρωτίστως να επικεντρωθεί στους στόχους που προσδιορίζει το άτομο με αφασία και η οικογένεια λαμβάνοντας υπόψη τα ευρήματα της αξιολόγησης [6].

Αναφορά/παραπομπή: N/A, Επίπεδο αποδεικτικών στοιχείων: GPP

Το πλαίσιο «SMARTER» μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να διασφαλίσει ότι η ρύθμιση στόχων είναι πραγματικά συνεργατική και επικεντρωμένη στον ασθενή [6]. Το πλαίσιο SMARTER ενθαρρύνει τη μεγαλύτερη συνεργασία κατά τη διαδικασία καθορισμού στόχων, τονίζοντας επιπλέον τους πιθανούς τομείς βελτίωσης. Η ρύθμιση στόχου SMARTER περιλαμβάνει τις ακόλουθες έννοιες: κοινόχρηστη, παρακολουθήσιμη, προσβάσιμη, σχετική, διαφανής, εξελισσόμενη και επικεντρωμένη στη σχέση/ (shared, monitored, accessible, relevant, transparent, evolving and relationship - centred (Hersh et al., 2012)

Αναφορά/παραπομπή: Hersh et al., 2012, Επίπεδο αποδεικτικών στοιχείων : Qual

Τα μέτρα έκβασης για τα άτομα με αφασία πρέπει να είναι σχετικά, ουσιαστικά και σημαντικά για τους ενδιαφερόμενους [6]. Το ICF (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, 2001) βασίζεται στην υπόθεση ότι το τελικό επιθυμητό αποτέλεσμα της αποκατάστασης είναι η βελτίωση της ικανότητας συμμετοχής στους τομείς της ζωής που είναι πιο σημαντικοί για αυτό το άτομο (Simmons-Mackie et al., 2005).

Αναφορά/παραπομπή: N/A, Επίπεδο αποδεικτικών στοιχείων: GPP

Τα δεδομένα αποτελεσμάτων πρέπει να αναφέρονται με πλήρη και αμερόληπτο τρόπο στο άτομο με αφασία και την οικογένειά του [6]. Αυτό διασφαλίζει ότι το άτομο με αφασία και η οικογένειά του έχουν κατανοήσει πλήρως του τι έχει γίνει και πόσο αποτελεσματικό ή αναποτελεσματικό ήταν. Τους παρέχεται η καλύτερη βάση για να κάνουν ενημερωμένες επιλογές σχετικά με τη μελλοντική συμμετοχή στην παρέμβαση.

Αναφορά/παραπομπή: N/A, Επίπεδο αποδεικτικών στοιχείων: GPP

3.5 ΤΟΜΕΑΣ 5: ΣΥΣΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΑ ΚΑΙ ΓΛΩΣΣΟΛΟΓΙΚΑ ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΟΥΣ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥΣ (CALD) [6]

Οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης πρέπει να λαμβάνουν υπόψη τόσο τους πολιτιστικούς όσο και τους γλωσσολογικούς παράγοντες του ατόμου με αφασία και της οικογένειας που μπορεί να έχουν αντίκτυπο στην παροχή υπηρεσιών. Οι τυπικές μέθοδοι και υλικά που χρησιμοποιούνται για την αξιολόγηση και την παρέμβαση ενδέχεται να μην ισχύουν για όλα τα άτομα σε μια διαφορετική κοινωνία (Holland & Penn, 1995). Τα άτομα μπορεί να έχουν διαφορετικές στάσεις απέναντι στην υγειονομική περίθαλψη γενικά, την αφασία και τη διαδικασία αποκατάστασης (Legg & Penn, 2013).

Αναφορά/παραπομπή: Holland & Penn, 1995; Legg & Penn, 2013, Επίπεδο αποδεικτικών στοιχείων: Qual.

Όταν ο λογοπαθολόγος δε γνωρίζει τη γλώσσα του ατόμου με αφασία, θα πρέπει να υπάρχει συνεργασία με εκπαιδευμένο και εξειδικευμένο διερμηνέα, που είναι γνώστης των ειδικών απαιτήσεων για την παθολογία του λόγου. Η συνεργασία με εκπαιδευμένους επαγγελματίες διερμηνείς, σε αντίθεση με τους μη εκπαιδευμένους διερμηνείς, βελτιώνει την ποιότητα της κλινικής φροντίδας, μειώνοντας τα σφάλματα επικοινωνίας και αυξάνοντας την ικανοποίηση των ασθενών (Flores, 2005; Karliner, Jacobs, Chen, & Mutha, 2007). Η συνεργασία με μη εκπαιδευμένους διερμηνείς (όπως μέλη της οικογένειας ή άλλοι) δημιουργεί ηθικά ζητήματα απορρήτου και εμπιστευτικότητας και ενδέχεται να θέσει σε κίνδυνο την αυτονομία του ατόμου με αφασία (Brisset, Leanza & Laforest, 2013). Η επιλογή και οι προτιμήσεις του ατόμου με αφασία

για εμπλοκή της οικογένειας ή των φίλων με το ρόλο του διερμηνέα πρέπει πάντα να λαμβάνονται υπόψη. Οι διερμηνείς, ακόμη και όταν διαθέτουν επαγγελματική εξειδίκευση, μπορεί να μην είναι καλά ενημερωμένοι για την αφασία. Οι λογοπαθολόγοι θα πρέπει να μοιράζονται τις επαγγελματικές τους γνώσεις με τον διερμηνέα, ειδικά για τις τυπικές απαντήσεις και τις συμπεριφορές των ασθενών που αποτελούν ουσιαστικές πληροφορίες για τη διάγνωση (Kambanaros & van Steenbrugge, 2004). Οι λογοπαθολόγοι πρέπει να εξηγήσουν την ορολογία, το πλαίσιο της παθολογίας του λόγου με τρόπο που να είναι σχετικός και πολιτισμικά κατάλληλος.

Αναφορά/παραπομπή: Flores, 2005; Karliner et al., 2007, Επίπεδο αποδεικτικών στοιχείων: I

Αναφορά/παραπομπή: Bohanna et al., 2013; Lowell et al., 2012; Shahid, Finn, Bessarab, & Thompson, 2011; Shahid & Thompson, 2009, Επίπεδο αποδεικτικών στοιχείων: Qual

Όταν ένας ασθενής αναφέρει ότι χρησιμοποιούσε περισσότερες από μία γλώσσες προνοσηρά, πρέπει να ληφθούν ολοκληρωμένες πληροφορίες σχετικά με το γλωσσικό ιστορικό του ασθενούς. Η εκτίμηση των προνοσηρών επιπέδων δίγλωσσης επάρκειας μπορεί να απαιτήσει πληροφορίες σχετικά με ένα συνδυασμό παραγόντων όπως η αυτοαξιολόγηση της επάρκειας, η ηλικία απόκτησης και τα πρότυπα χρήσης της γλώσσας (Kiran & Roberts, 2012). Ένα περιεκτικό ιστορικό γλωσσών μπορεί επίσης να χρησιμοποιηθεί για να καθοδηγήσει τους στόχους παρέμβασης (Centeno & Ansaldo, 2013; Roberts, 2008).

Αναφορά/παραπομπή: N/A, Επίπεδο αποδεικτικών στοιχείων: GPP

Όπου είναι δυνατόν, θα πρέπει να χρησιμοποιούνται αξιολογήσεις που να είναι κατάλληλες για τις γλώσσες / διαλέκτους και το πολιτιστικό υπόβαθρο κάθε ατόμου με αφασία. Οι απλές μεταφράσεις των εργασιών δε διασφαλίζουν την ισοδυναμία της γλωσσολογικής δυσκολίας και ενδέχεται επίσης να μην καταγράφουν τα ποικίλα συμπτώματα της αφασίας σε διαφορετικές γλώσσες (Paradis, 2011). Η δειγματοληψία λόγου, όταν διεξάγεται καλά, μπορεί να είναι πολιτισμικά κατάλληλη ως εργαλείο αξιολόγησης για τη διερεύνηση της χρήσης γλωσσών (Altman, Goral, & Levy, 2012) και επίσης να δίνει εικόνα για τις μοναδικές δίγλωσσες επικοινωνιακές συμπεριφορές στο φυσικό της πλαίσιο.

Αναφορά/παραπομπή: N/A, Επίπεδο αποδεικτικών στοιχείων: GPP

Όπου είναι δυνατόν, η θεραπεία πρέπει να προσφέρεται σε όλες τις γλώσσες του ατόμου. Η συστηματική αποφυγή μιας γλώσσας μπορεί να μειώσει τις δυνατότητες ανάκτησής της (Meinzer, Obleser, Flaisch, Eulitz, & Rockstroh, 2007). Επιπλέον, η αποφυγή μιας γλώσσας μπορεί να μειώσει τις ευκαιρίες πρόσβασης στην επικοινωνία για ένα δίγλωσσο άτομο (Centeno & Ansaldo, 2013; Penn, Commerford, & Ogilvy, 2007). Η δια-γλωσσική μεταφορά από τα οφέλη της

θεραπείας που παρέχεται μόνο σε μία γλώσσα δεν συμβαίνει για όλες τις περιπτώσεις (Ansaldo & Saidi, 2013; Faroqi- Shah, Frymark, Mullen, & Wang, 2010), αλλά μπορεί να συμβεί πιο εύκολα όταν χρησιμοποιούνται μεταφραστικές εργασίες, σημασιολογική ανάλυση χαρακτηριστικών ή συνδυασμός αυτής της προσέγγισης με φωνολογική ένδειξη και θεραπεία στην ασθενέστερη προνοσηρή γλώσσα ή στην ισχυρότερη μετα-νοσηρή γλώσσα (Ansaldo & Saidi, 2013). Ωστόσο, η επιλογή της γλώσσας πρέπει να αντικατοπτρίζει τη σχετική προσβασιμότητα και επάρκεια, καθώς και τις προτιμήσεις και ανάγκες του ασθενή μεταξύ άλλων παραγόντων (Centeno & Ansaldo, 2013; Roberts, 2008).

Αναφορά/παραπομπή: N/A, Επίπεδο αποδεικτικών στοιχείων: GPP

Γλωσσικές συμπεριφορές μοναδικές για το δίγλωσσο άτομο με αφασία όπως μετάφραση, μίξη γλωσσών και εναλλαγή θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη τόσο στην αξιολόγηση όσο και στον προγραμματισμό παρέμβασης. Η αφασία μπορεί να οδηγήσει σε διαταραχές σε δίγλωσσες συμπεριφορές και να προκαλέσει δυσκολίες στη μετάφραση ή/και στην αλλαγή κώδικα (Ansaldo, Saidi, & Ruiz, 2010). Η αλλαγή κώδικα ή η ανάμειξη δεν χρειάζεται να αποφευχθεί, ειδικά εάν βοηθάει το άτομο να μεγιστοποιήσει την επικοινωνία και εάν συμβεί σε κατάλληλο πλαίσιο. Ωστόσο, όταν η ανάμειξη γλωσσών είναι παθολογική και εμφανίζεται ακατάλληλα, αυτή η συμπεριφορά μπορεί να διαμορφωθεί χρησιμοποιώντας προσεγγίσεις με βάση τη μετάφραση για να επιστρέψει το άτομο στην επιθυμητή γλώσσα (Ansaldo et al., 2010).

Αναφορά/παραπομπή: Ansaldo & Saidi, 2013, Επίπεδο αποδεικτικών στοιχείων: IV

3.6 ΤΟΜΕΑΣ 6: ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΓΙΑ ΜΕΤΑΒΑΣΕΙΣ [6]

Ο προγραμματισμός για την επόμενη φάση πρέπει να ξεκινήσει όσο το δυνατόν νωρίτερα (αποτελεσματικός σχεδιασμός απαλλαγής/έξοδου/discharge) προκειμένου να επιτευχθεί ομαλή μετάβαση μέσω της συνεχούς φροντίδας του ατόμου με αφασία. Ο καθυστερημένος ή ελλιπής σχεδιασμός οδηγεί σε παρατεταμένη παραμονή στο νοσοκομείο και σε αυξημένο κίνδυνο ανεπιθύμητων ενεργειών μετά την έξοδο (Canadian Stroke Strategy, 2013; Shepperd et al., 2013) [6].

Αναφορά/παραπομπή: Shepperd et al., 2013, Επίπεδο αποδεικτικών στοιχείων: I

Ο λογοπαθολόγος, ως μέρος μιας διεπιστημονικής ομαδικής προσέγγισης, θα πρέπει να συνεισφέρει δίνοντας πληροφορίες σχετικά με τις δεξιότητες επικοινωνίας του ατόμου με αφασία ενδεχομένως επηρεάζοντας την ετοιμότητα του ατόμου με αφασία για έξοδο/απαλλαγή (πχ πριν τη μετάβασή του στο σπίτι). Μπορεί να απαιτηθεί πρόσθετη εκπαίδευση και κατάρτιση για την προετοιμασία της μετάβασης στο σπίτι (π.χ. λήψη βοήθειας σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης κ.α).

Για να διευκολυνθεί το άτομο να συμμετάσχει ενεργά στην κοινότητα, ενδέχεται να απαιτηθεί εκπαίδευση και σχετική υποστηρίξη.

Αναφορά/παραπομπή: Worrall et al., 2011, Επίπεδο αποδεικτικών στοιχείων: Qual.

Ο λογοπαθολόγος θα πρέπει να είναι μέρος της ομάδας σχεδιασμού απαλλαγής/εξόδου καθώς και να υιοθετεί ρόλο συνηγορίας για την προώθηση της βέλτιστης φροντίδας. Ευκαιρίες του να συζητήσει ο ασθενής και ο φροντιστής τις διαθέσιμες επιλογές, καθώς και ενδεχόμενους φόβους και ανησυχίες, θα πρέπει να διατίθενται από νωρίς. Τα άτομα με αφασία συχνά μπερδεύονται από τις ρυθμίσεις εξόδου και μετάβασης. Ωστόσο μπορούν να επωφεληθούν από την πρόσθετη υποστήριξη ενός λογοπαθολόγου όσον αφορά στη λήψη αποφάσεων μαζί με το άτομο με αφασία.

Αναφορά/παραπομπή: Hersh, 2009, Επίπεδο αποδεικτικών στοιχείων: Qual.

Αναφορά/παραπομπή: Ellis-Hill et al., 2009, Επίπεδο αποδεικτικών στοιχείων: Qual.

Κατά τη διάρκεια των μεταβάσεων, οι έγκαιρες, ενημερωμένες, ακριβείς και κατάλληλες πληροφορίες που σχετίζονται με τον ασθενή θα πρέπει να κοινοποιούνται στους παραλήπτες παρόχους υγειονομικής περίθαλψης. Η έγκαιρη σαφής επικοινωνία μεταξύ επαγγελματιών υγείας είναι απαραίτητη για να διασφαλιστεί η συνέχεια της φροντίδας, η ασφάλεια των ασθενών και να μειωθεί ο κίνδυνος επιπλοκών και ανεπιθύμητων ενεργειών που προκύπτουν από τη σύγχυση και την ασάφεια κατά τη διάρκεια των σημείων μετάβασης (Canadian Stroke Strategy, 2013).

Αναφορά/παραπομπή: Kripalani et al., 2007, Επίπεδο αποδεικτικών στοιχείων: I

Κατά τη διάρκεια οποιαδήποτε μετάβασης, θα πρέπει να παρέχονται γραπτές πληροφορίες που περιλαμβάνουν την τρέχουσα διάγνωση, τα σχέδια δράσης, τη φροντίδα παρακολούθησης και τους στόχους για τον ασθενή, την οικογένεια και τους φροντιστές. Ο ασθενής και η οικογένειά του πρέπει να διαθέτουν ενημερωμένες πληροφορίες, σε γραπτές και προφορικές μορφές, που να ορίζουν σαφώς τη διάγνωση του ασθενούς, τις λειτουργικές ικανότητες κατά την έξοδο, τις σημαντικές παρεμβάσεις και τη συνεχή φροντίδα (Canadian Stroke Strategy, 2013).

Αναφορά/παραπομπή: The Canadian Stroke Strategy, 2010;, Hersh, 2009, Επίπεδο αποδεικτικών στοιχείων: GPP

3.7 ΤΟΜΕΑΣ 7: ΠΑΡΟΧΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ

Ένας ασθενής με αφασία πιθανότατα μπορεί να έχει και γνωστική εξασθένηση/γνωστικό έλλειμμα (όπως παρουσιάστηκε σε προηγούμενη ενότητα). Η παρέμβαση στην αφασία με έναν ή σε συνδυασμό κάποιων μεθόδων δε θα έχει πιθανώς αποτέλεσμα αν δε λάβουμε υπόψη εξαρχής το εκάστοτε γνωστικό πρόβλημα του ασθενούς.

To Royal College of Physicians (fifth edition 2016) [29] αναφέρει ότι τα άτομα με γνωστικά προβλήματα μετά από εγκεφαλικό επεισόδιο θα πρέπει να λαμβάνουν τις κατάλληλες προσαρμογές στις διεπιστημονικές θεραπείες τους προκειμένου να τους επιτραπεί να συμμετέχουν ενεργά στη θεραπεία. Συστήνεται τακτική επανεξέταση.

Τα άτομα με γνωστικές δυσκολίες μετά από εγκεφαλικό επεισόδιο θα πρέπει να εξεταστούν για ολοκληρωμένες παρεμβάσεις που στοχεύουν στην ανάπτυξη αντισταθμιστικών συμπεριφορών και στην εκμάθηση προσαρμοστικών δεξιοτήτων [29].

Άτομα με σοβαρά ή επίμονα γνωστικά προβλήματα μετά από εγκεφαλικό επεισόδιο θα πρέπει να λαμβάνουν εξειδικευμένη εκτίμηση και θεραπεία από κλινικό νευροψυχολόγο [29].

Αναφορά/παραπομπή: Working Party consensus

Συγκεκριμένα, όσον αφορά στην προσοχή και τη συγκέντρωση, θα πρέπει να αξιολογούνται οι ικανότητες προσοχής των ατόμων που δυσκολεύονται να συγκεντρωθούν μετά από εγκεφαλικό επεισόδιο χρησιμοποιώντας τυποποιημένα μέτρα.

Τα άτομα που δυσκολεύονται να διατηρήσουν την προσοχή τους μετά από εγκεφαλικό επεισόδιο, θα πρέπει να έχουν μειωμένες γνωστικές απαιτήσεις κατά τη διάρκεια των δοκιμασιών που καλούνται να φέρουν εις πέρας. Οι συνεδρίες θεραπείας πρέπει να είναι συντομότερης διάρκειας, με προγραμματισμένα διαλείμματα, με μείωση περισπασμών στο παρασκήνιο και αποφυγή δραστηριοτήτων όταν είναι κουρασμένοι.

Στα άτομα με περιορισμένη προσοχή μετά από εγκεφαλικό επεισόδιο θα πρέπει να δοθούν εξηγήσεις και ενημέρωση στα ίδια, στην οικογένεια, τους φροντιστές και τη διεπιστημονική ομάδα για το τι ακριβώς τους συμβαίνει. Αναφορικά με την παρέμβαση πρέπει να προσφερθεί μια ολοκληρωμένη παρέμβαση (π.χ. διαχείριση πίεσης χρόνου, εκπαίδευση διαδικασίας προσοχής, πακέτα εκπαίδευσης με υπολογιστή, χειρισμό περιβάλλοντος), ιδανικά στο πλαίσιο μιας κλινικής δοκιμής [29].

Όσον αφορά στα άτομα με εγκεφαλικό επεισόδιο που φαίνεται να έχουν επαρκείς δεξιότητες για να εκτελέσουν πολύπλοκες δραστηριότητες, αλλά αποτυγχάνουν να ξεκινήσουν, να οργανώσουν ή να αναστείλουν τη συμπεριφορά τους, θα πρέπει να αξιολογούνται για δυσεκτελεστικό σύνδρομο χρησιμοποιώντας τυποποιημένα μέτρα.

Τα άτομα με διαταραχή της εκτελεστικής λειτουργίας και περιορισμό της δραστηριότητας μετά από εγκεφαλικό επεισόδιο θα πρέπει να εκπαιδεύονται σε αντισταθμιστικές τεχνικές, συμπεριλαμβανομένων εσωτερικών στρατηγικών (π.χ. αυτογνωσία και καθορισμό στόχων),

δομημένη ανατροφοδότηση σχετικά με την εκτέλεση λειτουργικών εργασιών και εξωτερικές στρατηγικές (π.χ. χρήση ηλεκτρονικών υπενθυμίσεων ή γραπτές λίστες ελέγχου).

Τα άτομα με εκτελεστική διαταραχή μετά από εγκεφαλικό επεισόδιο θα πρέπει να ενημερωθούν για τη διαταραχή και τον αντίκτυπό της στη λειτουργία τους. Ενημέρωση πρέπει να δίνεται και στην οικογένεια, τους φροντιστές τους και τη διεπιστημονική ομάδα.

Αναφορά/παραπομπή:

Working Party consensus

Chung et al, 2013. Working Party consensus

Working Party consensus

Για τα άτομα με εγκεφαλικό επεισόδιο που αναφέρουν προβλήματα μνήμης και εκείνα που έχουν προβλήματα μάθησης και μνήμης θα πρέπει να αξιολογείται η μνήμη τους χρησιμοποιώντας τυποποιημένα μέτρα.

Τα άτομα με εξασθένηση της μνήμης μετά από εγκεφαλικό επεισόδιο που προκαλεί δυσκολίες στην αποκατάσταση θα πρέπει αρχικά να δοθεί εξήγηση της δυσκολίας τους τόσο στα ίδια τα άτομα όσο και στην οικογένεια, τους φροντιστές τους και στην πολυεπιστημονική ομάδα.

Θα πρέπει επίσης να αξιολογηθεί κατά πόσο επηρεάζουν άλλοι παράγοντες τη λειτουργία της μνήμης πχ το παραλήρημα και ο υποθυρεοειδισμός.

Ο κλινικός πρέπει να καθορίσει το προφίλ των ασθενών αυτών με τις μειωμένες και τις διατηρημένες ικανότητες μνήμης, συμπεριλαμβανομένου του αντίκτυπου άλλων γνωστικών ελλειμμάτων π.χ. στην προσοχή. Είναι απαραίτητη η τροποποίηση των θεραπευτικών συνεδριών με τρόπο που να αξιοποιούνται οι διατηρημένες ικανότητες. Οι ασθενείς πρέπει να εκπαιδεύονται σε προσεγγίσεις που τους βοηθούν να κωδικοποιούν, να αποθηκεύουν και να ανακτούν νέες πληροφορίες π.χ. καθυστερημένη ανάκληση (αύξηση των χρονικών διαστημάτων μεταξύ της ανασκόπησης των πληροφοριών) ή βαθιά κωδικοποίηση του υλικού (έμφαση στα σημασιολογικά χαρακτηριστικά). Επίσης να εκπαιδεύονται σε αντισταθμιστικές τεχνικές προκειμένου να περιοριστούν τα μελλοντικά προβλήματα μνήμης τους (π.χ. χρήση ηλεκτρονικών υπενθυμίσεων ή γραπτών καταλόγων ελέγχου). Τέλος είναι ωφέλιμο να λαμβάνουν θεραπεία σε περιβάλλον που να είναι παρόμοιο με το συνηθισμένο τους περιβάλλον.

Αναφορά/παραπομπή:

Working Party consensus

Fish et al, 2008; Das Nair and Lincoln 2012; Working Party consensus

Όσον αφορά στην δυσκολία επικοινωνίας του ατόμου, η παρέμβαση πρέπει να είναι προσαρμοσμένη στις ανάγκες του ατόμου με αφασία και τη φύση της δυσκολίας επικοινωνίας του, να συμπεριλαμβάνει πληροφορίες προσαρμοσμένες για να καλύψει τις ανάγκες του ατόμου με αφασία, της οικογένειας και των φροντιστών του [6].

Αναφορά/παραπομπή: Plowman, Hentz, & Ellis, 2012; Worrall et al., 2011, Επίπεδο αποδεικτικών στοιχείων: Qual

Αναφορά/παραπομπή: Howe et al., 2012, Επίπεδο αποδεικτικών στοιχείων: Qual

Αναφορά/παραπομπή: Worrall et al., 2011, Επίπεδο αποδεικτικών στοιχείων: Qual

Επίσης, να αντιμετωπίζει τον αντίκτυπο της αφασίας στις λειτουργικές καθημερινές δραστηριότητες, τη συμμετοχή και την ποιότητα ζωής, συμπεριλαμβανομένου του αντίκτυπου στις σχέσεις, το επάγγελμα και τον ελεύθερο χρόνο ανάλογα με την περίπτωση μετά την έναρξη και με την πάροδο του χρόνου για όσους πάσχουν χρόνια [6]

Αναφορά/παραπομπή: Hilari, Needle, & Harrison, 2012, Επίπεδο αποδεικτικών στοιχείων: I

Οι κατευθυντήριες οδηγίες του Royal College of Speech & language Therapists [19] αναφέρουν ότι η παρέμβαση για το άτομο με αφασία πρέπει να πραγματοποιείται στο πλαίσιο της διεπιστημονικής ομάδας. Ο λογοθεραπευτής θα πρέπει να συνεργάζεται εντός της επιστημονικής ομάδας, αναγνωρίζοντας τις δεξιότητες και τη συμβολή που προσφέρουν άλλα επαγγέλματα και υπηρεσίες. Το να δουλεύεις συνεργατικά θα διασφαλίσει ότι το άτομο με τις ανάγκες της αφασίας ικανοποιείται με ολιστικό τρόπο και ότι η επικοινωνία θεωρείται θεμελιώδης για την ευημερία του ατόμου.

Αποδεικτικά στοιχεία: Επαγγελματική συναίνεση

Ο όρος θεραπεία περιλαμβάνει όλες τις πτυχές της λογοθεραπείας, στα επίπεδα λειτουργίας, δραστηριότητας και συμμετοχής. Η εργασία στη συμμετοχή μπορεί να βελτιώσει την επικοινωνία και η εργασία στις δεξιότητες επικοινωνίας μπορεί να βελτιώσει τη συμμετοχή. Συνήθως απαιτούνται ορισμένες διαφορετικές προσεγγίσεις που συχνά εκτελούνται ταυτόχρονα.

Υπάρχουν οι εξής θεωρητικοί προσανατολισμοί στη θεραπεία της αφασίας:

1. Αποκατάσταση: αυτό το μοντέλο παρέμβασης βασίζεται στο γεγονός ότι οι γλωσσολογικές λειτουργίες ενός ατόμου με αφασία έχουν διαταραχθεί κι αυτές οι δεξιότητες μπορούν να ενδυναμωθούν, να βελτιωθούν ή να αποκατασταθούν μέσω άμεσης εκπαίδευσης (Murray & Clark, 2006) [10].

2. Αντικατάσταση/αντιστάθμιση: στόχος της προσέγγισης αυτής είναι η αντιστάθμιση ελλειμμάτων που δεν επιδέχονται επανεκπαίδευση. Το επίκεντρο της θεραπείας είναι η εδραίωση λειτουργικής επικοινωνίας, που εστιάζει σε ευθύνες της καθημερινής ζωής και στην ανάληψη ενός ρόλου στην κοινωνία (Holland, 2008) [10]. Εστιάζει στην επιτυχή ανταλλαγή επικοινωνιακών μηνυμάτων, παρά στη μορφή αυτών των μηνυμάτων.

3. Μη συμπεριφορική συμπληρωματική θεραπεία, (φαρμακολογικές προσεγγίσεις και μη επεμβατική διέγερση του εγκεφάλου (NIBS)

4. Επιλογές θεραπείας με βάση την τεχνολογία

5. Προσεγγίσεις κοινωνικοποίησης και συμμετοχής στη ζωή για την παρέμβαση στην αφασία

Θεραπείες που εστιάζουν στη βελτίωση της λειτουργικότητας της γλώσσας (αφορούν στον όρο αποκατάσταση), περιλαμβάνουν θεραπείες που στοχεύουν στην άμεση τροποποίηση πτυχών της γλώσσας του ατόμου με προβλήματα – είναι θεραπείες δηλαδή που θέτουν ως βάση τη διαταραχή.

Αυτή η ενότητα καλύπτει τους ακόλουθους τομείς:

- Ακουστική επεξεργασία μιας μεμονωμένης λέξης
- Παραγωγή προφορικών λέξεων
- Ανάγνωση μιας λέξης
- Γραφή μιας λέξης
- Επεξεργασία προτάσεων

Η επεξεργασία μεμονωμένων λέξεων και προτάσεων θα παρουσιαστεί ξεχωριστά για να αντικατοπτρίζει τα αποδεικτικά στοιχεία. Ωστόσο, αυτά τα επίπεδα επεξεργασίας αλληλεπιδρούν μεταξύ τους και συνιστάται να εξετάζονται από κοινού.

3.7.1 ΑΚΟΥΣΤΙΚΗ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΜΙΑΣ ΜΕΜΟΝΩΜΕΝΗΣ ΛΕΞΗΣ

[19], [15]

Η ακουστική επεξεργασία μιας λέξης περιλαμβάνει την αντίληψη, την αναγνώριση και την κατανόηση των προφορικών λέξεων.

Παράγοντες που μπορεί να επηρεάσουν την ακουστική κατανόηση σε επίπεδο μεμονωμένων λέξεων είναι:

- Η συχνότητα εμφάνισης μίας λέξης
- Η σημασιολογική και ακουστική ομοιότητα των λέξεων-στόχων (η σημασιολογική έχει μεγαλύτερη επιρροή από την ακουστική ομοιότητα)

- Το μέρος του λόγου πχ ουσιαστικό, ρήμα
- Η ασάφεια των ερεθισμάτων: πχ χρήση μη ξεκάθαρων εικόνων για τις λέξεις- στόχους
- Ένας αριθμός παραγόντων με βάση τα συμφραζόμενα μπορεί να επηρεάσει την ακουστική επεξεργασία, συμπεριλαμβανομένου του θορύβου στο παρασκήνιο ή άλλων περισπασμών, του ρυθμού ομιλίας, των λεπτών αλλαγών στα θέματα, της γλωσσικής πολυπλοκότητας και του πλαισίου συνομιλίας.

Απαιτείται προσεκτική αξιολόγηση για τον προσδιορισμό της παρουσίας, της φύσης και της σοβαρότητας μιας διαταραχής ακουστικής επεξεργασίας. Η διαταραχή αυτή μπορεί να είναι δύσκολο να εντοπιστεί σε συνομιλίες ή άτυπες/ανεπίσημες εργασίες. Οι δυσκολίες ακουστικής επεξεργασίας των ανθρώπων με αφασία συχνά δεν ανιχνεύονται ή υποτιμούνται, εκτός εάν αξιολογούνται συγκεκριμένα.

Οι διαταραχές ακουστικής επεξεργασίας έχουν αρνητικό αντίκτυπο στην πρόσβαση σε πληροφορίες, στη λειτουργική επικοινωνία, την αυτονομία, την αυτοεκτίμηση και στην ποιότητα ζωής για τους ανθρώπους με αφασία, τις οικογένειές τους, τους συνεργάτες επικοινωνίας.

Αποδεικτικά στοιχεία

- McClenahan R, Johnston M & Densham Y (1992) Επίπεδο αποδεικτικών στοιχείων II
- Le Dorze G, Brassard C, Larfeuil C & Allaire J (1996) Επίπεδο αποδεικτικών στοιχείων III

Η αξιολόγηση θα πρέπει να λαμβάνει υπόψη χωριστά τις ικανότητες στη διάκριση ήχου στην ομιλία, την αναγνώριση προφορικής λέξης και την κατανόηση προφορικών λέξεων. Η αξιολόγηση θα πρέπει επίσης να εξετάσει την πιθανή παρουσία συνυπάρχουσας απώλειας ακοής.

Οι παθήσεις ακουστικής κατανόησης είναι:

- σε επίπεδο ακουστικής ανάλυσης: η ακουστική αγνωσία (αδυναμία στην αντίληψη λεκτικών και μη λεκτικών ήχων, ενώ δεν υπάρχει πρόβλημα ακοής).
- σε επίπεδο ακουστικής-φωνολογικής ανάλυσης: η ακουστική λεκτική αγνωσία ή κώφωση ήχων λέξεων όπου ο ασθενής έχει αδυναμία να αντιληφθεί μόνο τους λεκτικούς ήχους. Επίσης έχει δυσκολία στην επανάληψη και τη διάκριση φωνημάτων ενώ διατηρείται η ικανότητα διάκρισης μη λεκτικών ήχων. Η κατανόηση μπορεί να διευκολυνθεί από τη χρήση πραγματολογικών στρατηγικών και ερεθισμάτων όπως είναι η ανάγνωση χειλιών, καθώς η οπτική πληροφορία διευκολύνει την επεξεργασία ακουστικής πληροφορίας, ο αργός λόγος και το πλαίσιο.

- στο επίπεδο του φωνολογικού λεξικού εισόδου: η κώφωση μορφής λέξεων. Το άτομο ακούει τη λέξη σα μια άλλη λέξη φωνολογικά συγγενή. Μπορεί να διακρίνει 2 λέξεις που μοιάζουν ακουστικά αλλά δεν έχει πρόσβαση στη σημασία τους. Πραγματολογικές στρατηγικές μπορεί να χρησιμοποιηθούν για τη βελτίωση της κατανόησης πχ το πλαίσιο.
- σε επίπεδο γνωστικού συστήματος: η κώφωση σημασίας λέξεων. Το άτομο έχει πρόσβαση στη μορφή της λέξης χωρίς να έχει πρόσβαση στη σημασία της. Αναγνωρίζει μία σειρά φωνημάτων ως λέξη χωρίς να κατανοεί τη λέξη.

Τα επίπεδα ακουστικής κατανόησης βασίζονται στο Γνωστικό Νευροψυχολογικό Μοντέλο Ακουστικής Κατανόησης (Whitworth et al, 2005)

Ακουστική Ανάλυση → Ακουστική-Φωνολογική Ανάλυση → Φωνολογικό Λεξικό Εισόδου → Γνωστικό Σύστημα [15] Παπαθανασίου Ηλίας (2006). Αφασίες και συναφείς διαταραχές επικοινωνίας σημειώσεις.

Οι δοκιμασίες διάκρισης λέξεων και ψευδολέξεων, επανάληψης λέξεων και ψευδολέξεων, ικανότητας διάκρισης σε ελάχιστα ζεύγη έναντι μη ελάχιστων ζευγών, η επίδοση στη διάκριση ελάχιστων ζευγών που χρησιμοποιείται επιλογή γραπτής αντί προφορικής απάντησης (αποτελεί ένδειξη προβλημάτων βραχυπρόθεσμης μνήμης), θα μας βοηθήσουν να αντιληφθούμε σε ποιο επίπεδο υπάρχει βλάβη και να κινηθούμε κατάλληλα θεραπευτικά [15].

Κάποιοι παράγοντες διευκόλυνσης για τη θεραπεία ακουστικής κατανόησης είναι η χρήση προσωπικών πληροφοριών, το ήσυχο περιβάλλον, η δυνατότητα να βλέπει ο ασθενής το πρόσωπο του ομιλητή, η χρήση συνδεδετικού λόγου παρά μεμονωμένων λέξεων (επίδραση πλαισίου), οι μικρές συντακτικά απλές προτάσεις, η χρήση ερεθισμάτων που να προετοιμάζουν τον ασθενή για την επερχόμενη συζήτηση.

Οι θεραπείες που δεν στοχεύουν άμεσα σε διαταραγμένες πτυχές της ακουστικής επεξεργασίας ή δεν λαμβάνουν υπόψη τις διατηρημένες ικανότητες, είναι λιγότερο πιθανό να είναι αποτελεσματικές. Οι θεραπείες για διαταραχές ακουστικής επεξεργασίας πρέπει πάντα να στοχεύουν στη βελτίωση της λειτουργικής κατανόησης της ομιλίας [19].

Οι θεραπείες που στοχεύουν στην αλλαγή ή διευκόλυνση του περιβάλλοντος επικοινωνίας για την υποστήριξη της ακουστικής κατανόησης (πχ μείωση του θορύβου του περιβάλλοντος) μπορούν να συνδυαστούν μαζί ή να χρησιμοποιηθούν αντί για θεραπείες που εστιάζουν στη διαταραχή [19].

Η εκπαίδευση συντρόφων επικοινωνίας για την υποστήριξη της ακουστικής επεξεργασίας του ατόμου με αφασία, για παράδειγμα απλοποιώντας την προφορική γλώσσα ή χρησιμοποιώντας

στρατηγικές Συνολικής Επικοινωνίας/Total Communication, μπορεί να βελτιώσει τη λειτουργική κατανόηση.

Αποδεικτικά στοιχεία

- Maneta A, Marshall J & Lindsay J (2001) Επίπεδο αποδεικτικών στοιχείων III

3.7.1 ΠΡΟΦΟΡΙΚΗ ΠΑΡΑΓΩΓΗ ΛΕΞΕΩΝ

πηγές [9], [6], [19], [15]

Η δυσκολία στην παραγωγή προφορικών λέξεων είναι ένα από τα πιο κοινά χαρακτηριστικά της αφασίας. Οι δυσκολίες αυτές περιλαμβάνουν βλάβη στη νευρωνική αναπαράσταση των λεξικών εννοιών ή στις διόδους που συνδέουν τα διάφορα επίπεδα επεξεργασίας. Οι λεξικές έννοιες είτε έχουν χαθεί είτε δεν είναι δυνατή η πρόσβαση ή απαιτείται περαιτέρω ενεργοποίηση. Ο ασθενής μπορεί να ανταποκρίνεται αργά στην απόκριση λόγω καθυστέρησης ή αποτυχίας ενεργοποίησης.

Οι παθήσεις λεκτικής παραγωγής είναι:

- Σε επίπεδο γνωστικού συστήματος: η παραγωγή (προφορική/γραπτή) λέξεων είναι διαταραγμένη. Η σημασιολογία είναι περιορισμένη καθώς επίσης παρατηρείται διαταραγμένη κατανόηση (προφορικού και γραπτού λόγου).
- Σε επίπεδο πρόσβασης στο φωνολογικό λεξικό εξόδου: έχουμε διαταραγμένη ανάκληση λέξεων στον προφορικό λόγο (ανομία) ενώ η γραπτή ανάκληση μπορεί να είναι άθικτη. Επίσης, καλή αντίληψη προφορικού/γραπτού λόγου. Η επανάληψη και ανάγνωση λέξεων ίσως να είναι λιγότερο διαταραγμένες.
- Σε επίπεδο φωνολογικής συνάθροισης: η βλάβη εδώ επηρεάζει όλες τις δοκιμασίες λεκτικής παραγωγής (κατονομασία, δυνατή ανάγνωση) - μιλάμε για την αφασία αγωγής.
- Σε επίπεδο αρθρωτικού προγραμματισμού: η βλάβη επηρεάζει όλες τις δοκιμασίες παραγωγής (κατονομασία, επανάληψη, δυνατή ανάγνωση) – έχουμε δυσπραξία/απραξία
- Σε επίπεδο άρθρωσης: δυσαρθρία

Τα επίπεδα λεκτικής παραγωγής βασίζονται στο Γνωστικό Νευροψυχολογικό Μοντέλο Λεκτικής Παραγωγής (Whitworth et al, 2005)

Γνωστικό Σύστημα → Φωνολογικό Λεξικό Εξόδου → Φωνολογική Συνάθροιση → Αρθρωτικός Προγραμματισμός → Άρθρωση/Ομιλία [15].

Η αξιολόγηση πρέπει να περιλαμβάνει παρατήρηση του αυθόρμητου λόγου, κατονομασία εικόνων και αξιολόγηση των λαθών, χορήγηση δοκιμασιών κατανόησης και άλλων δοκιμασιών λεκτικής παραγωγής (ανάγνωση, επανάληψη). Οι δοκιμασίες πρέπει να ελέγχουν την επίδραση

λεκτικών παραγόντων πχ εικονοποίηση της λέξης, συχνότητα/οικειότητα λέξης, μήκος λέξης, πολυπλοκότητα άρθρωσης, τρόπος τονισμού [15].

Παραδείγματα θεραπειών κατονομασίας περιλαμβάνουν την ανάλυση σημασιολογικών χαρακτηριστικών, την αντιστοιχία ακουστικής/γραφτής λέξης σε εικόνα, τη φωνολογική θεραπεία, την οπτική σημασιολογική ιεραρχία διευκόλυνσης, την ιεραρχία φωνολογικής διευκόλυνσης, τις ορθογραφικές τεχνικές [15]. Η αυτο-προτροπή ([10] σελίδα 369) είναι μία συνηθισμένη τεχνική που χρησιμοποιεί ο θεραπευτής με το άτομο με αφασία προκειμένου να πυροδοτήσει τη λεκτική παραγωγή μιας συγκεκριμένης λέξης. Η τεχνική αυτή περιλαμβάνει αυτόματες ακολουθίες, ζεύγη λεκτικών σχέσεων, ολοκλήρωση προτάσεων, ιδιωματικές φράσεις, εναλλακτικές λέξεις (συνώνυμα, αντώνυμα), ομοιοκατάληκτες λέξεις, φωνημικά στοιχεία (αρχικός ήχος/συλλαβή της λέξης- στόχου), γραφή του αρχικού γράμματος, συλλαβής ή ολόκληρης της λέξης, στοιχεία υποδεέστερων κατηγοριών, χάραξη στον αέρα (δηλαδή γραφή μιας λέξης στον αέρα με το δάκτυλο), ιδιότητες αντικειμένου ή ενέργειας (διατύπωση ερωτήσεων ανάμεσα σε 2 εικόνες).

Δεδομένου ότι η κατανόηση των λέξεων και τα συστήματα παραγωγής θεωρούνται ότι μοιράζονται κοινές αναπαραστάσεις των σημασιών των λέξεων, η θεραπεία που χρησιμοποιεί έργα κατανόησης μπορεί επίσης να αποφέρει οφέλη στην προφορική παραγωγή [19].

Η θεραπεία πρέπει να λαμβάνει υπόψη τις λειτουργικές ανάγκες της επικοινωνίας του ατόμου, για παράδειγμα επιλέγοντας λειτουργικά χρήσιμες λέξεις για θεραπεία. Θα πρέπει να στοχεύει στην επίτευξη διαρκών βελτιώσεων και γενίκευσης τόσο σε λέξεις που δεν αποτελούν στόχο θεραπευτικά όσο και τη γενίκευση σε φυσικές καταστάσεις επικοινωνίας όπως είναι η συνομιλία [19].

Για πολλά άτομα, μια θεραπεία πολλαπλών τρόπων ευρείας βάσης/ a broad-based multimodality treatment που περιλαμβάνει τόσο σημασιολογικά όσο και φωνολογικά συστατικά είναι πιθανό να είναι η πιο αποτελεσματική.

Αποδεικτικά στοιχεία

- Hillis A & Caramazza A (1994) Επίπεδο αποδεικτικών στοιχείων III

Για δυσκολίες προφορικής παραγωγής που προκαλούνται κυρίως από δυσκολίες πρόσβασης στη μορφή της λέξης:

- Η θεραπεία στοχεύει στη βελτίωση της πρόσβασης στη μορφή της λέξης, για παράδειγμα χρησιμοποιώντας μη διαταραγμένες διαδικασίες για την παράκαμψη των διαταραγμένων διαδικασιών ή αύξηση των διαθέσιμων πληροφοριών στο λεξικό σχετικά με τη λέξη [19].

- Η θεραπεία θα πρέπει να περιλαμβάνει εργασίες που εστιάζουν στην προφορική παραγωγή ή σε σιωπηλή πρόσβαση στη φωνολογική μορφή της λέξης. Οι θεραπείες που απαιτούν προφορική παραγωγή της μορφής της λέξης έχουν αποδειχθεί πιο αποτελεσματικές από τις θεραπείες που απαιτούν μόνο μία κρίση σχετικά με τη μορφή της λέξης. Επίσης, περιλαμβάνονται οι φωνημικές ενδείξεις προφορικής παραγωγής, ενδείξεις προφορικής παραγωγής με γραπτά γράμματα, η επανάληψη, η κρίση ομοιοκαταληξίας και η δυνατή ανάγνωση [15].
- Οι θεραπείες που στοχεύουν μαζί στην επεξεργασία της μορφής της προφορικής λέξης και της σημασίας της λέξης μπορεί να οδηγήσουν σε μεγαλύτερη γενίκευση σε λέξεις που δεν αποτελούν στόχο θεραπευτικά από ότι οι θεραπείες που εστιάζουν μόνο στη μορφή της λέξης.

Αποδεικτικά στοιχεία

- Howard D, Patterson K, Franklin S, Orchard-Lisle V & Morton J (1985) Επίπεδο αποδεικτικών στοιχείων II
- Bruce C & Howard D (1987) Επίπεδο αποδεικτικών στοιχείων III
- Francis D, Clark N & Humphreys G (2002) Επίπεδο αποδεικτικών στοιχείων III
- Hickin J, Best W, Herbert R, Howard D & Osbourne F. (2002) Επίπεδο αποδεικτικών στοιχείων III
- Hillis A (1989) Επίπεδο αποδεικτικών στοιχείων III
- Le Dorze G, Boulay N, Gaudreau J & Brassard C (1994) Επίπεδο αποδεικτικών στοιχείων III
- Miceli G, Amitrano A, Capasso R & Caramazza A (1996) Επίπεδο αποδεικτικών στοιχείων III
- Nickels L (2002) Επίπεδο αποδεικτικών στοιχείων III
- Spencer K, Doyle P, McNeil M, Wambaugh J, Park G & Carrol B (2000) Επίπεδο αποδεικτικών στοιχείων III

Για δυσκολίες προφορικής παραγωγής που προκαλούνται κυρίως από δυσκολίες πρόσβασης και αλληλουχίας των ήχων μέσα στις λέξεις:

- Τα άτομα με αφασία μολονότι μπορεί να έχουν πρόσβαση σε ανέπαφα νοήματα και μορφές λέξεων, ενδέχεται να δυσκολεύονται να πούνε τις λέξεις, λόγω προβλημάτων στη δομή και την αλληλουχία των ήχων μέσα στις λέξεις. Αυτό επηρεάζει την απόδοση σε ένα εύρος εργασιών που απαιτούν προφορικές απαντήσεις και μπορεί να είναι ιδιαίτερα εμφανές σε μεγαλύτερες λέξεις.

- Η θεραπεία πρέπει να περιλαμβάνει εργασίες που εστιάζουν στη δομή της προφορικής μορφής της λέξης, στη βελτίωση της ικανότητας συναρμολόγησης των ήχων των προφορικών λέξεων. Κάποια παραδείγματα περιλαμβάνουν την ακρόαση διαφορών μεταξύ προφορικών λέξεων, την επανάληψη λέξεων αυξανόμενου μήκους, την ενίσχυση των συνδέσεων μεταξύ γραπτών ορθογραφιών και προφορικών μορφών λέξεων.
- Επίσης η θεραπεία μπορεί να στοχεύει στη βελτίωση της ικανότητας ή την ανάπτυξη ικανοτήτων αυτοπαρακολούθησης για σφάλματα στην προφορική παραγωγή.

Αποδεικτικά στοιχεία

- Franklin S, Buerk F & Howard D (2002) Επίπεδο αποδεικτικών στοιχείων III

Οι κατευθυντήριες οδηγίες της Αυστραλίας [6] αναφέρουν ότι η θεραπεία για την ανάκτηση λέξεων και διαταραχών παραγωγής μπορεί να είναι αποτελεσματική (de Jong - Hagelstein et al., 2011; Doborgh et al., 2004; Wiseburn & Mahoney, 2009).

Αναφορά/παραπομπή: Brady et al., 2012, Επίπεδο αποδεικτικών στοιχείων: I

Σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες του Καναδά, EBRSP [9], η θεραπεία με λεξική ανάκτηση μπορεί να μην είναι ευεργετική για τη βελτίωση των αποτελεσμάτων που σχετίζονται με την αφασία μετά το εγκεφαλικό.

- Υπάρχουν αντικρουόμενες ενδείξεις σχετικά με την επίδραση της θεραπείας λεξικής ανάκτησης στη βελτίωση της κατονομασίας σε σύγκριση με τη μη θεραπεία (2 RCTs, Nouwens et al., 2018; Mattioli et al., 2014)
- Υπάρχουν αντικρουόμενες ενδείξεις σχετικά με την επίδραση της φωνολογικής και σημασιολογικής θεραπείας στη βελτίωση της κατονομασίας σε σύγκριση με τη θεραπεία συνομιλίας με παιχνίδι ρόλων (1 RCT, De Jong-Hagelstein et al., 2011)
- Η φωνολογική θεραπεία μπορεί να μην έχει διαφορά στην αποτελεσματικότητα όταν συγκρίνεται με τη σημασιολογική θεραπεία για τη βελτίωση της κατονομασίας (1 RCT, Abel et al., 2014)
- Η θεραπεία με λεξική ανάκτηση μπορεί να μην έχει διαφορά στην αποτελεσματικότητα όταν συγκρίνεται με μη γλωσσική θεραπεία για τη βελτίωση της λεκτικής ευχέρειας (1 RCT, Mattioli et al., 2014)
- Η θεραπεία με λεξική ανάκτηση μπορεί να μην έχει διαφορά στην αποτελεσματικότητα όταν συγκρίνεται με μη γλωσσική θεραπεία για τη βελτίωση της κοινωνικής επικοινωνίας (1 RCT, Nouwens et al., 2018)

- Η φωνολογική θεραπεία μπορεί να μην έχει διαφορά στην αποτελεσματικότητα όταν συγκρίνεται με τη σημασιολογική θεραπεία για τη βελτίωση της κοινωνικής επικοινωνίας (1 RCT, Doesborgh et al., 2004)
- Η φωνολογική και σημασιολογική θεραπεία μπορεί να μην έχει διαφορά στην αποτελεσματικότητα όταν συγκρίνεται με τη θεραπεία συνομιλίας με παιχνίδι ρόλων για τη βελτίωση της κοινωνικής επικοινωνίας (1 RCT, De Jong-Hagelstein et al., 2011)
- Η σημασιολογική θεραπεία υψηλής έντασης μπορεί να επιφέρει μεγαλύτερες βελτιώσεις στην κοινωνική επικοινωνία από τη σημασιολογική θεραπεία χαμηλότερης έντασης (1 RCT, Godecke et al., 2012)
- Η θεραπεία με λεξική ανάκτηση μπορεί να μην έχει διαφορά στην αποτελεσματικότητα όταν συγκρίνεται με μη γλωσσική θεραπεία για τη βελτίωση της επανάληψης (2 RCTs, Nouwens et al., 2018; Mattioli et al., 2014)
- Η φωνολογική θεραπεία μπορεί να μην έχει διαφορά στην αποτελεσματικότητα όταν συγκρίνεται με τη σημασιολογική θεραπεία για τη βελτίωση της επανάληψης (1 RCT, Doesborgh et al., 2004)
- Η θεραπεία με λεξική ανάκτηση μπορεί να επιφέρει μεγαλύτερες βελτιώσεις στη γραφή από ότι καμία γλωσσική θεραπεία (1 RCT, Mattioli et al., 2014)
- Η θεραπεία με λεξική ανάκτηση μπορεί να μην έχει διαφορά στην αποτελεσματικότητα όταν συγκρίνεται με μη γλωσσική θεραπεία για τη βελτίωση της γενικής κατανόησης (1 RCT, Nouwens et al., 2018)
- Η φωνολογική θεραπεία μπορεί να μην έχει διαφορά στην αποτελεσματικότητα όταν συγκρίνεται με τη σημασιολογική θεραπεία για τη βελτίωση της γενικής κατανόησης (2 RCTs, Woolf et al., 2014; Doesborgh et al., 2004)
- Η θεραπεία με λεξική ανάκτηση μπορεί να μην έχει διαφορά στην αποτελεσματικότητα όταν συγκρίνεται με μη γλωσσική θεραπεία για τη βελτίωση της κατανόησης της ανάγνωσης (1 RCT, Mattioli et al., 2014)
- Η θεραπεία με λεξική ανάκτηση μπορεί να μην έχει διαφορά στην αποτελεσματικότητα όταν συγκρίνεται με μη γλωσσική θεραπεία για τη βελτίωση της ακουστικής κατανόησης (2 RCTs, Nouwens et al., 2018; Mattioli et al., 2014)
- Η φωνολογική θεραπεία μπορεί να παράγει μεγαλύτερες βελτιώσεις στην ακουστική κατανόηση από τη σημασιολογική θεραπεία (1 RCT, Doesborgh et al., 2004)
- Η θεραπεία με λεξική ανάκτηση μπορεί να μην έχει διαφορά στην αποτελεσματικότητα όταν συγκρίνεται με μη γλωσσική θεραπεία για τη βελτίωση της συνολικής ομιλίας και γλώσσας (1 RCT, Nouwens et al., 2018)

- Η φωνολογική και σημασιολογική θεραπεία μπορεί να μην έχει διαφορά στην αποτελεσματικότητα όταν συγκρίνεται με τη θεραπεία συνομιλίας με παιχνίδι ρόλων για τη βελτίωση της συνολικής ομιλίας και γλώσσας (1 RCT, De Jong-Hagelstein et al., 2011)
- Η σημασιολογική θεραπεία υψηλής έντασης μπορεί να επιφέρει μεγαλύτερες βελτιώσεις στη συνολική ομιλία και τη γλώσσα από τη σημασιολογική θεραπεία χαμηλής έντασης (1 RCT, Godecke et al., 2012)
- Η θεραπεία με λεξική ανάκτηση μπορεί να μην έχει διαφορά στην αποτελεσματικότητα όταν συγκρίνεται με μη γλωσσική θεραπεία για τη βελτίωση των δραστηριοτήτων της καθημερινής ζωής (1 RCT, Nouwens et al., 2018)

3.7.1 ΑΝΑΓΝΩΣΗ ΜΕΜΟΝΩΜΕΝΗΣ ΛΕΞΗΣ [19], [15], [24]

Η ανάγνωση μιας λέξης περιλαμβάνει την αντίληψη, την αναγνώριση και την κατανόηση των γραπτών λέξεων. Πριν από την αξιολόγηση της ανάγνωσης λέξεων, πρέπει να ληφθούν υπόψη οι ακόλουθες περιοχές:

- Προ-νοσηρή ικανότητα ανάγνωσης – η παρέμβαση δε στοχεύει στη θεραπεία προϋπάρχοντων προβλημάτων ανάγνωσης και γραφής.
- Οπτική οξύτητα
- Οπτική παραμέληση(neglect) - η εναλλακτική παρουσίαση λέξεων και συσκευών ειδοποίησης μπορεί να αντισταθμίσει την ημιχωρική παραμέληση

Σε περίπτωση ύπαρξης δυσκολιών στην όραση, εξασφαλίζουμε ότι το άτομο φοράει τα γυαλιά του κατά την εξέταση. Ελέγχουμε την επίδραση του μεγέθους και του τύπου των γραπτών ερεθισμάτων (γραμματοσειρά, κεφαλαία-μικρά γράμματα).

Προκειμένου να προσδιοριστεί η αιτία του ελλείμματος ανάγνωσης, πρέπει πρώτα να διασφαλιστεί ότι το έλλειμμα δεν έχει αντιληπτικό χαρακτήρα [19]. Η εξέταση των παραπάνω περιοχών μπορεί να επιτρέψει τη λήψη αντισταθμιστικών μέτρων για τη μεγιστοποίηση της ικανότητας ανάγνωσης.

Αποδεικτικά στοιχεία

- Ellis A, Flude B & Young A (1987) Επίπεδο αποδεικτικών στοιχείων III

Μια λειτουργική αξιολόγηση ανάγνωσης πρέπει να εξετάσει πως το άτομο χρησιμοποιεί την ανάγνωση στην καθημερινή του ζωή. Η αξιολόγηση της ανάγνωσης πρέπει να ενσωματώσει αναλύσεις ορθογραφικής, φωνολογικής και σημασιολογικής επεξεργασίας γραπτών λέξεων αποκαλύπτοντας ποιες από τις υποκείμενες διαδικασίες επηρεάζονται. Επιπλέον, αφορά τόσο την αναγνωστική κατανόηση όσο και τη δυνατή ανάγνωση.

- ο Διακρίνουμε 3 δίοδους για την ανάγνωση λέξεων:
 1. Λεξική-σημασιολογική οδός (αφορά στην ανάγνωση λέξεων μέσω πρόσβασης στο γνωστικό σύστημα, αναγνώριση μιας λέξης στο ορθογραφικό λεξικό εισόδου, ανάκληση της φωνολογικής μορφής της λέξης από το φωνολογικό λεξικό εξόδου)
 2. Λεξική –μη σημασιολογική οδός (αφορά στην ανάγνωση λέξεων χωρίς πρόσβαση στη σημασία, την αναγνώριση της λέξης στο ορθογραφικό λεξικό εισόδου, την ανάκληση της φωνολογικής μορφής της λέξης από το φωνολογικό λεξικό εξόδου)
 3. Μη λεξική ή γραφοφωνημική οδός (περιλαμβάνει τη μετατροπή γραφημάτων σε φωνήματα χωρίς μεσολάβηση του λεξικού συστήματος, τον εντοπισμό-ανάλυση γραφημάτων στην οπτική-ορθογραφική ανάλυση, την αντιστοίχιση γραφημάτων-φωνημάτων, τη φωνολογική συνάθροιση)

Οι δίοδοι βασίζονται στο Γνωστικό Νευροψυχολογικό Μοντέλο Ανάγνωσης (Whitworth et al, 2005)

Γραπτή λέξη → Οπτική – Ορθογραφική Ανάλυση → Ορθογραφικό Λεξικό Εισόδου → Γνωστικό Σύστημα [[15].

Η αξιολόγηση της ανάγνωσης μπορεί να περιλαμβάνει μια ποικιλία εργασιών, όπως αντιστοίχιση γραμμάτων με διαφορετικές γραμματοσειρές, πεζά με κεφαλαία, τη δοκιμασία οπτικής λεξικής απόφασης, αντιστοίχιση μεταξύ διαφόρων μορφών/κατηγοριών λόγου πχ γραπτές λέξεις με εικόνες, ακουστική μορφή με οπτική μορφή, την ορθογραφική κατάτμηση, τη φωνημική ονομασία γραμμάτων κτλ.

Τα ερεθίσματα πρέπει να ελέγχονται για τις μεταβλητές που είναι γνωστό ότι επηρεάζουν την απόδοση της ανάγνωσης, όπως την επίδραση της λεξικοποίησης (δηλαδή την ανάγνωση λέξεων σε σχέση με την ανάγνωση μη λέξεων), την επίδραση της κανονικότητας των λέξεων (φωνοτακτικά κανονικές λέξεις σε σχέση με τις μη κανονικές), την επίδραση της εικονοποίησης της λέξης (ανάγνωση λέξεων υψηλής εικονοποίησης σε σχέση με την ανάγνωση λέξεων χαμηλής εικονοποίησης), τη συχνότητα της λέξης (λέξεις υψηλής συχνότητας σε σχέση με λέξεις χαμηλής συχνότητας), λέξεις περιεχομένου σε σχέση με λειτουργικές λέξεις,

Μόλις καθοριστεί το επίπεδο κατάρρευσης στη διαδικασία ανάγνωσης, η θεραπεία μπορεί να επικεντρωθεί στην εκπαίδευση του εξασθενημένου συστατικού ή στη χρήση ανέπαφων μηχανισμών για την αντιστάθμιση της βλάβης.

- ο Όταν υπάρχει έλλειμμα αναγνώρισης γραμμάτων, η θεραπεία πρέπει να στοχεύει στη βελτίωση της ταχύτητας και της αποτελεσματικότητας της αναγνώρισης γραμμάτων.

- Όταν υπάρχει έλλειμμα στην αναγνώριση γραπτών λέξεων, οι σημασιολογικές προσεγγίσεις είναι χρήσιμες.
- Όταν υπάρχει έλλειμμα πρόσβασης στη φωνολογία από την ορθογραφία, η επανεκπαίδευση της αντιστοίχισης γραφήματος - φωνήματος μπορεί να είναι χρήσιμη, σε ορισμένες περιπτώσεις σε συνδυασμό με μια σημασιολογική συνιστώσα.

Αποδεικτικά στοιχεία

- Byng S & Coltheart M (1986) Επίπεδο αποδεικτικών στοιχείων III
- De Partz MP (1986) Επίπεδο αποδεικτικών στοιχείων III
- Friedman RB & Lott SN (2002) Επίπεδο αποδεικτικών στοιχείων III
- Greenwald ML & Gonzalez – Rothi LJ (1998) Επίπεδο αποδεικτικών στοιχείων III
- Lott SN, Friedman RB & Linebaugh CW (1994) Επίπεδο αποδεικτικών στοιχείων III
- Maher LM, Clayton MC, Barrett AM, Schober-Peterson D & Gonzalez- Rothi LJ (1998) Επίπεδο αποδεικτικών στοιχείων III
- Nickels L (1992) Αποδεικτικό επίπεδο III
- Scott C & Byng S (1989) Επίπεδο αποδεικτικών στοιχείων III

Σύμφωνα με το μοντέλο γνωστικής επικοινωνιακής ικανότητας [24], υπάρχουν στοιχεία που υποστηρίζουν τη λογοθεραπευτική παρέμβαση για την κατανόηση της ανάγνωσης συμπεριλαμβανομένης της χρήσης εκπαίδευσης βασικής συλλογιστικής, οργανωτικής εκπαίδευσης, αντισταθμιστικών στρατηγικών, μεταγνωστικών στρατηγικών και προφορικών προσεγγίσεων ανάγνωσης.

3.7.1 ΓΡΑΦΗ ΜΕΜΟΝΩΜΕΝΗΣ ΛΕΞΗΣ

Τα ελλείμματα στη γραφή εξαρτώνται από το βαθμό της διαταραχής της γλωσσικής επεξεργασίας και από το εάν μπορούν να χρησιμοποιηθούν εναλλακτικές διαδρομές [19]. Η θεραπεία γραφής/writing therapy μπορεί να στοχεύει στην άμεση αποκατάσταση της διαταραγμένης διαδικασίας (στρατηγικές επανενεργοποίησης) ή στην εύρεση τρόπων παράκαμψής της (relay strategies) [19].

Υπάρχουν 3 δίοδοι για την καθυπαγόρευση γραφή λέξεων:

- Ευθεία λεξική οδός (αφορά στη γραφή μέσω μιας λεξικής και όχι σημασιολογικής οδού, ανάκληση της φωνολογίας μιας λέξης από το φωνολογικό λεξικό εξόδου και δραστηριοποίηση της λέξης στο ορθογραφικό λεξικό εξόδου)

- Λεξική-σημασιολογική οδός (αφορά στη γραφή με πρόσβαση στη σημασιολογία, δραστηριοποίηση του γνωστικού συστήματος, πρόσβαση στη λέξη στο ορθογραφικό λεξικό εξόδου)
- Υπολεξική οδός (αφορά στη γραφή μέσω της μετατροπής φωνήματος/γραφήματος)

Οι δύοδοι βασίζονται στο Γνωστικό Νευροψυχολογικό Μοντέλο Καθυπαγόρευσης Γραφής (Whitworth et al, 2005)

Γνωστικό σύστημα → Ορθογραφικό λεξικό Εξόδου → Γραφημικός Επεξεργαστής Εξόδου → Αλλογραφική Πραγμάτωση/Μετατροπή → Γραφο – κινητικός Προγραμματισμός → Γραπτή λέξη [15].

Μια εμπειρισταωμένη, λειτουργική αξιολόγηση της γραφής πρέπει να εξετάσει πως το άτομο χρησιμοποιεί τη γραφή στην καθημερινή του ζωή. Η λεπτομερής αξιολόγηση της γραφής θα αποκαλύψει ποιες υποκείμενες διαδικασίες επηρεάζονται.

Μόλις καθοριστεί το επίπεδο κατάρρευσης της γραφής, η θεραπεία μπορεί να επικεντρωθεί στην εκπαίδευση του διαταραγμένου συστατικού ή στη χρήση ανέπαφων μηχανισμών για την αντιστάθμιση της διαταραχής. Για παράδειγμα οι θεραπευτές μπορούν να χρησιμοποιήσουν τη θεραπεία επανενεργοποίησης/ Reactivation therapy (γραφή λέξεων μέσω επαναλαμβανόμενης πρακτικής και χρήση αναγραμμάτων και πρώτων γραμμάτων των λέξεων) για εκείνους τους ασθενείς που έχουν και τα δύο

α) μια εξασθενημένη/διαταραγμένη λεξική διαδρομή για τη γραφή και δυσκολία πρόσβασης σε γραπτές μορφές λέξεων από έννοιες/σημασίες και

β) μια καλά διατηρημένη υπο-λεξική διαδρομή για την ορθογραφία.

Αυτές οι στρατηγικές μπορεί να βελτιώσουν την αντιγραφή ή τη γραφή με υπαγόρευση των λέξεων-στόχων. Μπορεί να βελτιώσουν την ικανότητα συναρμολόγησης γραπτών μορφών λέξεων αφού τους αποδοθεί νόημα/σημασία. Επίσης, με την επαναλαμβανόμενη πρακτική, μπορεί να διευκολυνθεί η μετατροπή φωνήματος σε γράφημα.

Οι θεραπευτές μπορούν να χρησιμοποιούν την προφορική ορθογραφία για να βοηθήσουν τη γραπτή ορθογραφία για όσους έχουν καλή ακουστική και γραπτή κατανόηση, αλλά κακή ικανότητα αποθήκευσης γραφημικών αναπαραστάσεων.

Οι θεραπευτές μπορούν να συνδέσουν την ορθογραφία μιας λέξης-στόχου με μια εικονογραφημένη εικόνα/ pictorial image όπου υπάρχει έλλειμμα πρόσβασης στη μορφή της γραπτής λέξης. Πρόκειται για τις στρατηγικές που χρησιμοποιούν τρόπο παράκαμψης- relay

strategies, που μπορεί να βελτιώσουν τη λεξική ορθογραφία (ορθογραφία των ανώμαλων λέξεων -λεξική διαδρομή).

Μπορούν να εξετάσουν το ενδεχόμενο χρήσης τεχνολογίας υπολογιστών, για παράδειγμα προσαρμοστικού επεξεργαστή κειμένου, για τη βελτιστοποίηση της λειτουργικής χρήσης δεξιοτήτων γραφής.

Αποδεικτικά στοιχεία

- Behrmann M (1987) Επίπεδο αποδεικτικών στοιχείων III
- Deloche G, Dordan M & Kremins H (1993) επίπεδο αποδεικτικών στοιχείων III
- De Partz MP, Seron X & Van der Linden M (1992) επίπεδο αποδεικτικών στοιχείων III
- Mortley J, Enderby P & Petheram B (2001) Επίπεδο αποδεικτικών στοιχείων III

Στο μοντέλο γνωστικής –επικοινωνιακής ικανότητας αναφέρεται ότι η μέχρι τώρα έρευνα παρέμβασης για τη γραφή ευνοεί τη χρήση εξατομικευμένων προσεγγίσεων, αντισταθμιστικών στρατηγικών, χρήση τεχνολογίας (π.χ. φωνής σε κείμενο), οργανωτικών πλαισίων, γραφικών, ανάπτυξη αυτορρυθμιζόμενης στρατηγικής, διδασκαλίας ειδών γραφής και εντολών μεταγνωστικής στρατηγικής ενσωματωμένων σε λειτουργικά ακαδημαϊκά ή επαγγελματικά περιβάλλοντα.

3.7.1 ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΠΡΟΤΑΣΕΩΝ

Ένα από τα γλωσσικά ελλείμματα που παρατηρούνται στην ομιλία των ατόμων με αφασία είναι ο αγραμματισμός. Τα χαρακτηριστικά γνωρίσματα του αγραμματισμού είναι η έντονη δυσκολία στην παραγωγή και στην κατανόηση λειτουργικών λέξεων (functional words). Λειτουργικές λέξεις είναι τα άρθρα (ο, η, το), οι κλιτικές λέξεις (τον, τους, κτλ), τα κτητικά επίθετα, οι αντωνυμίες (εγώ, εσύ, αυτός κτλ), οι προθέσεις, οι σύνδεσμοι (όταν, αφού, ενώ κτλ). Οι λέξεις αυτές είναι λειτουργικές λέξεις γιατί δεν έχουν συγκεκριμένο σημασιολογικό φορτίο και εξυπηρετούνε άλλες γλωσσικές λειτουργίες. Επίσης οι ασθενείς με αγραμματισμό έχουν δυσκολία με τις καταλήξεις των λέξεων –τις γραμματικές καταλήξεις και όχι δυσκολία με το λήμμα της λέξης (που φέρει το σημασιολογικό φορτίο). Στον αγραμματισμό έχουμε έλλειμμα στη γραμματική.

Οι αγραμματικές προτάσεις είναι σύντομες, περιορίζονται στην παραγωγή πολύ σύντομων προτασιακών δομών, δηλαδή Y-P-A. Εάν αυξηθεί το μήκος της αγραμματικής πρότασης συνήθως συμβαίνουν πάρα πολλά γραμματικά λάθη. Συγκεκριμένα παρατηρούνται λάθη ως προς τη χρήση του χρόνου, έλλειμμα στο μαρκάρισμα του ρήματος με το γραμματικό χαρακτηριστικό του χρόνου καθώς και λάθη στα πρόσωπα. Στην Ελληνική υπάρχει συμφωνία μεταξύ ρήματος και προσώπου.

Επίσης λάθη στη συμφωνία άρθρου-ουσιαστικού. Αυτά τα γραμματικά λάθη θεωρούνται κλασσικά συμπτώματα στο σύνδρομο του αγραμματισμού.

Χαρακτηριστικό της ομιλίας των ασθενών με αγραμματισμό είναι η αργή εκφορά στην ομιλία. Αρκετοί ασθενείς αντιμετωπίζουν και απραξία κι αυτό παρατηρείται στις αρθρωτικές, ακουστικές και χρονικές ιδιότητες στην παραγωγή ομιλίας ενός ατόμου με αγραμματισμό και απραξία. Η απραξία είναι μια διαταραχή η οποία εμφανίζεται πολύ συχνά στα πλαίσια του αγραμματισμού.

Ελλείμματα παρατηρούνται ως προς το ρεπερτόριο του λεξιλογίου που χρησιμοποιεί ένας ασθενής με σύνδρομο του αγραμματισμού. Συγκεκριμένα, χρησιμοποιεί λέξεις υψηλής συχνότητας, δηλαδή τις πιο συχνόχρηστες λέξεις. Οι λέξεις που κατακτούμε στα πρώτα χρόνια της ζωής μας κατά τη διάρκεια κατάκτησης της μητρικής γλώσσας είναι και πιο δύσκολο να χαθούν σε περίπτωση αφασίας. Ο ασθενής με αφασία έχει επιπλέον δυσκολία με τις λέξεις χαμηλής απεικονισμότητας (imagibility), αφηρημένες κυρίως λέξεις που είναι πιο δύσκολο να απεικονιστούν /να παρουσιαστούν σε εικόνα.

Στον αγραμματισμό η στήριξη της επικοινωνιακής ανάγκης μέσω της γλώσσας γίνεται σε ένα κομμάτι της γλώσσας που είναι σχετικά ανέπαφο. Το σχετικά ανέπαφο κομμάτι στα πλαίσια της αφασίας είναι οι λέξεις περιεχομένου. Τα ρήματα αν και αποτελούν λέξεις περιεχομένου είναι μία ευάλωτη κατηγορία σε σύγκριση με τα ουσιαστικά καθώς φέρουν μεγάλο όγκο συντακτικής πληροφορίας (πρόσωπο, καταλήξεις ρήματος).

Οι διαταραχές επεξεργασίας πρότασης επηρεάζουν την κατανόηση ή/και την παραγωγή προφορικής και γραπτής γλώσσας και μπορεί να προκύψουν ακόμη και όταν η επεξεργασία μιας μεμονωμένης λέξης είναι σχετικά ανέπαφη [19]. Η πρόσβαση σε πληροφορίες και η συμμετοχή σε συνομιλία ενδέχεται να επηρεαστούν σοβαρά. Τα άτομα με προβλήματα επεξεργασίας προτάσεων έχουν διαφορετικές υποκείμενες διαταραχές και αυτό μπορεί να συμβαίνει ακόμη και όταν τα συμπτώματα είναι επιφανειακά παρόμοια. Καμία μεμονωμένη αξιολόγηση δε μπορεί να προσδιορίσει τη φύση του προβλήματος [19].

Στο μοντέλο γνωστικής- επικοινωνιακής ικανότητας αναφέρεται ότι μια ποικιλία απαιτήσεων εργασίας μπορεί να επηρεάσει την κατανόηση, συμπεριλαμβανομένης της συντακτικής πολυπλοκότητας, της προβλεψιμότητας του υλικού ερεθίσματος, του ποσού της υποστήριξης με βάση τα συμφραζόμενα και του ρυθμού ομιλίας του συνεργάτη συνομιλίας. Απαιτείται προσεκτική αξιολόγηση για τον προσδιορισμό της φύσης της διαταραχής κατά την επεξεργασία των προτάσεων [19].

Συνεπώς, διαφορετικές διαταραχές επεξεργασίας απαιτούν διαφορετικές θεραπευτικές προσεγγίσεις [19].

Αποδεικτικά στοιχεία

- Crerar MA, Ellis AW & Dean AC (1996) Επίπεδο αποδεικτικών στοιχείων II
- Byng S, Nickels L & Black M (1994) Επίπεδο αποδεικτικών στοιχείων III
- Schwartz MF, Saffran EM, Fink RB, Myers JL & Martin N (1994) Επίπεδο αποδεικτικών στοιχείων III
- Mitchum C, Greenwald M & Berndt R (2000) Επίπεδο αποδεικτικών στοιχείων IV

Η αξιολόγηση πρέπει να διερευνήσει την κατανόηση και παραγωγή ρήματος και τον αντίκτυπο οποιαδήποτε διαταραχής ρήματος στις ικανότητες επεξεργασίας προτάσεων [19]. Για παράδειγμα, τη διερεύνηση λεκτικών στοιχείων της παραγωγής (ουσιαστικά, ρήματα) και την έκφραση θεματικών ρόλων (πχ δράστης, θέμα), την άντληση πληροφοριών σχετικά με το ρήμα από εικόνες καθώς και την αναγνώριση της σχέσης μεταξύ της πράξης και των συμμετεχόντων [15]. Πολλά άτομα με ελλείμματα επεξεργασίας προτάσεων έχουν συνυπάρχουσες διαταραχές ρήματος, οι οποίες μπορούν από μόνες τους να εμποδίσουν τη δημιουργία προτάσεων.

Η θεραπεία που στοχεύει στη βελτίωση της επεξεργασίας ρήματος θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη όταν τα άτομα έχουν διαταραχές στα ρήματα. Επίσης η θεραπεία για τη βελτίωση της γνώσης των ρόλων που σχετίζονται με ένα γεγονός, τον καθορισμό του δράστη, τον καθορισμό του πάσχοντος, την πρόσβαση στο ρήμα και η θεραπεία της βελτίωσης ανάκτησης του ρήματος μπορεί να βελτιώσουν την κατανόηση και την παραγωγή προτάσεων με αυτά τα ρήματα [15].

Αποδεικτικά στοιχεία

- Berndt R, Mitchum C, Haendiges A & Sandson J (1997a) Επίπεδο αποδεικτικών στοιχείων III
- Berndt R, Mitchum C, Haendiges A & Sandson J (1997b) Επίπεδο αποδεικτικών στοιχείων III
- Marshall J, Pring T & Chiat S (1998) Επίπεδο αποδεικτικών στοιχείων III
- Shapiro K & Caramazza A (2003) Επίπεδο αποδεικτικών στοιχείων III
- Raymer A & Ellsworth T (2002) Επίπεδο αποδεικτικών στοιχείων III

Η αξιολόγηση θα πρέπει να διερευνήσει τις δεξιότητες χαρτογράφησης, δηλαδή την ικανότητα ενσωμάτωσης της συντακτικής μορφής με τη σημασία [19]. Πολλά άτομα με αφασία εμφανίζουν μειωμένες/διαταραγμένες ικανότητες χαρτογράφησης. Η δοκιμασία αντιστοίχισης προτάσεων-εικόνων μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να αξιολογηθούν οι σημασιολογικές σχέσεις, η αντίληψη

γεγονότων μικρής/μεγάλης συντακτικής πολυπλοκότητας [15]. Δοκιμασία αντιστοίχισης των θεματικών ρόλων με την κατάλληλη συντακτική θέση μέσα στην πρόταση. Δοκιμασία κρίσης γραμματικών δομών στην οποία το άτομο κρίνει αν μία πρόταση που άκουσε είναι γραμματικά σωστή ή όχι [15]. Τα λάθη μπορεί να είναι συντακτικής ή σημασιολογικής μορφής.

Έχουν αναπτυχθεί διαφορετικές θεραπευτικές προσεγγίσεις για τη βελτίωση της χαρτογράφησης στην αφασία. Οι αξιολογήσεις των προσεγγίσεων για τη βελτίωση της χαρτογράφησης δείχνουν οφέλη στην κατανόηση και την παραγωγή προτάσεων [19].

Η χρήση αποκλειστικών πακέτων θεραπείας που βασίζονται σε υπολογιστή θα πρέπει να θεωρούνται ως συμπλήρωμα σε γλωσσολογικά βασισμένες θεραπείες. Ωστόσο ο συνδυασμός των γλωσσολογικά βασισμένων θεραπειών επεξεργασίας προτάσεων με μηχανογραφημένα πακέτα (μέσω υπολογιστή) έχει οδηγήσει σε βελτιώσεις τόσο στην κατανόηση όσο και στην παραγωγή προτάσεων, και αυτό έχει γενικευτεί στη χρήση εκτός υπολογιστή [19]. Πρόκειται για οπτικά προγράμματα μέσω του υπολογιστή στα οποία οι λέξεις έχουν τη μορφή εικονικού συμβόλου με αποτέλεσμα τη διευκόλυνση της ανάκτησης λέξεων [15].

Αποδεικτικά στοιχεία

- Byng S, Nickels L & Black M (1994) Επίπεδο αποδεικτικών στοιχείων III
- Schwartz MF, Saffran EM, Fink RB, Myers JL & Martin N (1994) Επίπεδο αποδεικτικών στοιχείων III
- Mitchum C, Haendiges A & Berndt R (1996) Επίπεδο αποδεικτικών στοιχείων III
- Crerar MA, Ellis AW & Dean AC (1996) επίπεδο αποδεικτικών στοιχείων II
- Marshall J, Chiat S & Pring T (1997) Επίπεδο αποδεικτικών στοιχείων III
- Weinrich M, Shelton JR, Cox DM & McCall D (1997) Επίπεδο αποδεικτικών στοιχείων III
- Linebarger MC, Schwartz MF, Romania JR, Kohn SE & Stephens DL (2000) επίπεδο αποδεικτικών στοιχείων III
- Beveridge MA & Crerar MA (2002) επίπεδο αποδεικτικών στοιχείων III

Οι θεραπείες μπορούν να στοχεύουν στην κατανόηση και την παραγωγή σύνθετων, καθώς και απλών μορφών προτάσεων [19]. Ένα παράδειγμα θεραπείας πολύπλοκων δομών είναι η ειδική γλωσσική θεραπεία όπου στόχος είναι η αποκατάσταση ικανοτήτων επεξεργασίας μετακίνησης φράσης [15].

Υπάρχουν ενδείξεις ότι ορισμένα άτομα μπορούν να βελτιώσουν την επεξεργασία τέτοιων προτάσεων όταν τους δοθεί κατάλληλη θεραπεία με γενίκευση σε σχετικές, αλλά λιγότερο περίπλοκες προτάσεις.

Αποδεικτικά στοιχεία

- Schwartz MF, Saffran EM, Fink RB, Myers JL & Martin N (1994) Επίπεδο αποδεικτικών στοιχείων III
- Ballard K & Thompson C (1999) Επίπεδο αποδεικτικών στοιχείων III
- Jacobs B & Thompson C (2000) Επίπεδο αποδεικτικών στοιχείων III
- Thompson C, Shapiro L, Kiran S & Sobecks J (2003) Επίπεδο αποδεικτικών στοιχείων III

Η αξιολόγηση πριν και μετά τη θεραπεία θα πρέπει να διερευνά την παραγωγή ομιλίας σε ανοιχτές συνθήκες, όπως αφήγηση και συνομιλία, καθώς και σε περιορισμένες συνθήκες, όπως περιγραφή εικόνας [19]. Αν και ορισμένες μελέτες δείχνουν βελτιώσεις στην ανοιχτή ομιλία μετά τη θεραπεία, πολλές δεν το κάνουν. Οι θεραπευτές δε μπορούν να υποθέσουν ότι η βελτιωμένη περιγραφή της εικόνας σηματοδοτεί βελτιώσεις σε άλλες συνθήκες ομιλίας.

Αποδεικτικά στοιχεία

- Thompson C (1998) Επίπεδο αποδεικτικών στοιχείων III
- Marshall J (1999) Επίπεδο αποδεικτικών στοιχείων III
- Weinrich M, Shelton JR, Cox DM & McCall D (1997) Επίπεδο αποδεικτικών στοιχείων III

Στο μοντέλο γνωστικής επικοινωνιακής ικανότητας αναφέρονται προσεγγίσεις για την παρέμβαση της ακουστικής κατανόησης προτάσεων, όπως εκπαίδευση βασικής συλλογιστικής, εκπαίδευση μεταφορών, εκπαίδευση συμπερασμάτων και οδηγίες μεταγνωστικής στρατηγικής.

3.7.1 ΜΕΛΩΔΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΕΠΙΤΟΝΙΣΜΟΥ/MELODIC INTONATION THERAPY (MIT)

Andrea Norton, Lauryn Zipse, Sarah Marchina, and Gottfried Schlaug. (2009). The Neurosciences and Music III: Disorders and Plasticity Melodic Intonation Therapy: Shared Insights on How It Is Done and Why It Might Help [30].

Το MIT είναι μία τεχνική αποκατάστασης. Είναι μία από τις λίγες αποδεκτές θεραπείες για σοβαρή, μη ρέουσα αφασία.

Χρησιμοποιεί τα μουσικά στοιχεία της ομιλίας (μελωδία, ρυθμός), την τραγουδιστή ομιλία για τη βελτίωση της λεκτικής-εκφραστικής γλώσσας. Συγκεκριμένα χρησιμοποιεί διακυμάνσεις στο

ύψος της φωνής, στο ρυθμό και τον τονισμό για να αξιοποιήσει την άθικτη-συντηρημένη λειτουργία (τραγούδι) επιστρατεύοντας περιοχές για τη γλώσσα του άθικτου δεξιού ημισφαιρίου στη βελτίωση της λεκτικής παραγωγής σε ασθενείς με βλάβη στο γλωσσικά επικρατές αριστερό ημισφαίριο.

Το δεξί ημισφαίριο μπορεί να είναι καταλληλότερο για την επεξεργασία σημάτων που διαμορφώνονται αργά, ενώ το αριστερό ημισφαίριο μπορεί να είναι πιο ευαίσθητο σε γρήγορα διαμορφωμένα σήματα. Επομένως, είναι πιθανό ο βραδύτερος ρυθμός άρθρωσης και η συνεχής φώνηση που αυξάνει τη σύνδεση μεταξύ συλλαβών και λέξεων στο τραγούδι να μειώσει την εξάρτηση από το αριστερό ημισφαίριο. Το τραγούδι μειώνει το ρυθμό με τον οποίο αρθρώνονται οι λέξεις και, ως εκ τούτου, μειώνεται η εξάρτηση από το αριστερό ημισφαίριο (Marchina, 2010). Παρομοίως, η επιμήκυνση των συλλαβών παρέχει τη δυνατότητα διάκρισης των φωνημάτων για την ενίσχυση της ευχέρειας (Marchina, 2010).

Η θεραπευτική διαδικασία περιλαμβάνει αρχικά την κατασκευή μελωδικής φράσης. Έπειτα η χρήση της εσωτερικής πρόβαζ/ Inner Rehearsal και της εκπαίδευσης ακουστικο-κινητικής ανατροφοδότησης/ Auditory-Motor Feedback Training χρησιμοποιείται για να βοηθήσουμε τους ασθενείς να αποκτήσουν διατηρήσιμη ανεξαρτησία καθώς βελτιώνουν την εκφραστική ομιλία. Ο στόχος είναι να αποκαλυφθεί η εγγενής μελωδία του ασθενούς στην ομιλία για να αποκτήσει ευχέρεια και να αυξήσει την εκφραστική απόδοση. Το βήμα/ύψος εκκίνησης πρέπει να στηρίζεται άνετα στο εύρος φωνής του ασθενούς.

- Κατασκευή μελωδικής φράσης:

Οι φράσεις τραγουδώνται σε δύο μόνο βήματα/ύψοι. Το μελωδικό περίγραμμα καθορίζεται από τη φυσική προσωδία ομιλίας (π.χ., οι τονισμένες συλλαβές τραγουδώνται στο υψηλότερο από τα δύο βήματα/ύψοι). Οι φράσεις αυξάνουν σε μήκος και δυσκολία (Στοιχειώδεις: 2-3 συλλαβές, Ενδιάμεσες: 4-6 συλλαβές, Προχωρημένες: 6-9 συλλαβές) καθώς οι ασθενείς προχωρούν στα τρία επίπεδα θεραπείας (Helm-Estabrooks et al). Ο κλινικός δίνει οπτικά στοιχεία/cues και εξασκούνται φράσεις κοινωνικής και λειτουργικής σημασίας για το άτομο. Η εξάρτηση από τον τονισμό μειώνεται σταδιακά με την πάροδο του χρόνου.

Παρόλο που φαίνεται ότι η κύρια διαφορά μεταξύ των επιπέδων είναι το μήκος της φράσης, οι πιο σημαντικές διακρίσεις είναι η χορήγηση της θεραπείας και ο βαθμός υποστήριξης που παρέχεται από το θεραπευτή. Δε χρειάζεται να είναι κανείς μουσικός ή ακόμα και καλός τραγουδιστής για να διαχειριστεί ή να συμμετέχει σε αυτήν τη θεραπεία.

- Inner Rehearsal – εσωτερική πρόβα

Ο θεραπευτής μοντελοποιεί τη διαδικασία της εσωτερικής πρόβας χτυπώντας αργά το χέρι του ασθενούς (1 συλλαβή ανά δευτερόλεπτο) ενώ μουρμουρίζει/humming τη μελωδία, και μετά τραγουδά απαλά τις λέξεις, εξηγώντας ότι αυτός/ή ακούει τη φράση που τραγουδήθηκε από «μέσα». Αυτή η εσωτερική πρόβα (συγκεκριαυμμένη παραγωγή) της φράσης δημιουργεί ένα ακουστικό στόχο με τον οποίο μπορεί να συγκριθεί η ανοιχτά/ overtly παραχθείσα φράση.

Το χτύπημα του αριστερού χεριού/left-hand tapping μπορεί να εμπλέξει ένα αισθητικοκινητικό δίκτυο του δεξιού ημισφαιρίου που ελέγχει και τις κινήσεις χεριών και στόματος. Μπορεί επίσης να διευκολύνει τη χαρτογράφηση ήχου-κίνησης, η οποία είναι ένα κρίσιμο συστατικό της ουσιαστικής φωνητικής επικοινωνίας. Επιπλέον, το tapping/χτύπημα, σαν ένας μετρονόμος, μπορεί να δώσει βήμα στον ομιλητή και να παρέχει συνεχή ένδειξη για παραγωγή συλλαβών.

Η εσωτερική πρόβα μπορεί να είναι ιδιαίτερα αποτελεσματική για την αντιμετώπιση της απραξίας. Ο σιωπηλός επιτονισμός της φράσης στόχου μπορεί να επανακινήσει στον ομιλητή (από το επίπεδο μιας προσωδιακής ή φωνολογικής αναπαράστασης) μια άλλη προσπάθεια για να ακολουθήσει σωστά τις κινητικές εντολές.

- Auditory-Motor Feedback Training – εκπαίδευση ακουστικο-κινητικής ανατροφοδότησης

Η εκ νέου μάθηση - εκπαίδευση του ασθενή στο να ακούσει τη διαφορά μεταξύ της φράσης στόχου και της δικής του ομιλίας είναι βασική πτυχή της διαδικασίας ανάκαμψης. Καθώς ο ασθενής μαθαίνει να δημιουργεί το δικό του στόχο μέσω της εσωτερικής πρόβας, η εκπαίδευση ακουστικο-κινητικής ανατροφοδότησης του επιτρέπει να αυτο-παρακολουθείται καθώς οι σκέψεις τραγουδώνται δυνατά. Με την πάροδο του χρόνου, μαθαίνει να χρησιμοποιεί το «βρόχο» της ακουστικο -κινητικής ανατροφοδότησης για να ακούσει τη δική του ομιλία αντικειμενικά, να εντοπίσει/αναγνωρίσει προβλήματα και να προσαρμοστεί για να τα διορθώσει καθώς μιλάει και έτσι να μειώσει την εξάρτηση από τον θεραπευτή.

Στην ομιλία, τα φωνήματα εμφανίζονται τόσο γρήγορα που είναι δύσκολο για σοβαρά αφασικούς ή/και απραξικούς ασθενείς να επεξεργαστούν την ακουστική ανατροφοδότηση εγκαίρως για αυτο-διόρθωση. Ωστόσο, όταν οι λέξεις τραγουδώνται, τα φωνήματα είναι απομονωμένα και έτσι μπορούν να ακουστούν ξεκάθαρα/διακριτά ενώ παραμένουν συνδεδεμένα στη λέξη. Επιπλέον, οι παρατεταμένοι ήχοι φωνήεντα παρέχουν χρόνο για να «σκεφτούμε μπροστά» για τον επόμενο ήχο, να κάνουμε εσωτερικές συγκρίσεις με τον στόχο και να διορθώσουμε τον εαυτό σας όταν οι ήχοι που παράγονται αρχίζουν να μην πηγαίνουν καλά.

Οι ασθενείς που ανταποκρίνονται στη θεραπεία καλά έχουν περισσότερα από ένα από τα ακόλουθα χαρακτηριστικά (Υποψήφιοι για μελωδική θεραπεία επιτονισμού, συνοψίστηκαν από τους Helm-Estabrooks et al., Τρίμης Νικόλαος, Ζιάβρα Ναυσικά, Νησιώτη Μελπομένη. Εγχειρίδιο Λογοθεραπείας, κεφάλαιο 7, σελίδα 372, 1^η Ελληνική Έκδοση, Εκδόσεις Πασχαλίδης [10].

- Ένα μονόπλευρο εγκεφαλικό επεισόδιο στο αριστερό ημισφαίριο που περιλαμβάνει την περιοχή του Broca και συχνά εκτείνεται στη βρεγματική περιοχή.
- Σε ασθενείς με σχετικά καλή κατανόηση αλλά σοβαρά περιορισμένη λεκτική παραγωγή με φτωχή άρθρωση ομιλίας, συχνότερα για τη θεραπεία ατόμων με σοβαρή, μη ρέουσα αφασία (Albert, Sparks, & Helm, 1973; Norton, Zipse, Marchina, & Schlaug, 2009).
- Ικανότητα να παράγει το άτομο μερικές οικείες λέξεις ενώ τραγουδά γνωστά τραγούδια
- Φτωχή επανάληψη ακόμα και για μεμονωμένες λέξεις - φτωχές δεξιότητες μίμησης ομιλίας
- Καλό κίνητρο, συναισθηματική σταθερότητα και καλή διατήρηση της προσοχής

Αυτή η μορφή θεραπείας δεν έχει μελετηθεί εκτενώς σε τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες δοκιμές, ωστόσο, δίνει υπόσχεση ως δυνητικά αποτελεσματική θεραπεία.

Σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες του Καναδά, EBRSR [9] οι θεραπείες ομιλίας-γλώσσας που βασίζονται στη μουσική μπορεί να είναι επωφελείς για τη βελτίωση της λεκτικής ευχέρειας, αλλά όχι της κοινωνικής επικοινωνίας, της ομιλίας/discourse ή της συνολικής ομιλίας και γλώσσας.

Βρέθηκαν πέντε RCT που αξιολογούν θεραπείες που βασίζονται στη μουσική για την αποκατάσταση της αφασίας [9].

1. Η θεραπεία που βασίζεται στη μουσική μπορεί να επιφέρει μεγαλύτερες βελτιώσεις στη λεκτική ευχέρεια από τη συμβατική θεραπεία (3 RCTs, Raglio et al., 2016; Van Der Meulen et al., 2016; Van Der Meulen et al., 2014)
2. Η θεραπεία που βασίζεται στη μουσική μπορεί να επιφέρει μεγαλύτερες βελτιώσεις στην επανάληψη από τη συμβατική θεραπεία (1 RCT, Van Der Meulen et al., 2014)
3. Η θεραπεία που βασίζεται στη μουσική μπορεί να μην έχει διαφορά στην αποτελεσματικότητα όταν συγκρίνεται με τη συμβατική θεραπεία για τη βελτίωση της κοινωνικής επικοινωνίας (2 RCTs, Van Der Meulen et al., 2016; Van Der Meulen et al., 2014)

4. Η θεραπεία που βασίζεται στη μουσική μπορεί να μην έχει διαφορά στην αποτελεσματικότητα όταν συγκρίνεται με τη συμβατική θεραπεία για τη βελτίωση της συνολικής ομιλίας και γλώσσας (2 RCTs, Raglio et al., 2016; Van der Meulen et al., 2016)
5. Η μελωδική θεραπεία επιτονισμού μπορεί να μην έχει διαφορά στην αποτελεσματικότητα όταν συγκρίνεται με μη γλωσσική θεραπεία για τη βελτίωση της συνολικής ομιλίας και της γλώσσας (1 RCT, Conklyn et al., 2012)
6. Η θεραπεία που βασίζεται στη μουσική μπορεί να μην έχει διαφορά στην αποτελεσματικότητα όταν συγκρίνεται με τη συμβατική θεραπεία για τη βελτίωση της ομιλίας (2 RCTs, Raglio et al., 2016; Van der Meulen et al., 2016)
7. Η μελωδική θεραπεία επιτονισμού μπορεί να προκαλέσει μεγαλύτερες βελτιώσεις στην ομιλία/discourse από ότι καμία γλωσσική θεραπεία (1 RCT, Conklyn et al., 2012)

3.7.1 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΓΛΩΣΣΑΣ ΠΟΥ ΠΡΟΚΑΛΕΙΤΑΙ ΑΠΟ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΥΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΦΑΣΙΑ CIAT

Η CIAT είναι θεραπευτική προσέγγιση που περιλαμβάνει τις αρχές της μαζικής πρακτικής (3 έως 4 ώρες την ημέρα για 10 συνεχόμενες ημέρες), τη διαμόρφωση (η δυσκολία των απαιτούμενων λεκτικών έργων αυξάνεται σταδιακά σύμφωνα με τις ανάγκες και τη λειτουργική απόδοση-εξέλιξη των ασθενών) και τον περιορισμό των αντισταθμιστικών (μη λεκτικών) στρατηγικών επικοινωνίας (όπως χειρονομίες, σχέδιο, γραφή, υπόδειξη). Σε ασθενείς με αφασία, κανάλια μη φωνητικής επικοινωνίας έχουν θεωρηθεί αντισταθμιστικοί μηχανισμοί που επάγουν μια μορφή λεκτικής μάθησης μη χρήσης.

Οι δραστηριότητες που χρησιμοποιούνται για την εφαρμογή των αρχών του CIAT στην αποκατάσταση αφασίας δε διαφέρουν ουσιαστικά από αυτό που μπορεί να βρεθεί σε πιο παραδοσιακές θεραπευτικές προσεγγίσεις. Ωστόσο, αυτό που διαφέρει είναι οι απαιτήσεις που τίθενται στον ομιλητή στο πλαίσιο σχετικής, επικοινωνιακής ανταλλαγής.

Σε μία ανασκόπηση για τη συγκεκριμένη θεραπεία των Joana Bisol Balardin, Eliane Correa Miotto. 2009. Constraint-Induced therapy in aphasia rehabilitation, A review of Constraint-Induced Therapy applied to aphasia rehabilitation in stroke patients [16], οι συγγραφείς αναφέρουν την ύπαρξη αναδιοργανωτικών αλλαγών που διερευνήθηκαν μέσω της μαγνητοεγκεφαλογραφίας (MEG) και της ηλεκτροεγκεφαλογραφίας (EEG) σε ασθενείς που βελτίωσαν σημαντικά τη λειτουργία της γλώσσας με το CIAT. Τα γενικά τους αποτελέσματα ενισχύουν την εύρεση αυξημένης δραστηριότητας εγκεφάλου που σχετίζεται με την εξέλιξη της θεραπείας.

Αναφορικά με τα δεδομένα σχετικά με το ποια πτυχή της προσέγγισης CIAT παρέχει πρόσθετο όφελος, οι συγγραφείς επισημαίνουν ότι δε μπορεί να αποκλειστεί το ενδεχόμενο ότι η συμβατική

θεραπεία που εκτελείται με μαζική πρακτική-υψηλή ένταση μπορεί να οδηγήσει σε αξιοσημείωτη βελτίωση της συμπεριφοράς μέσα σε λίγες ημέρες. Η μελέτη των Maher et al. παρείχε σημαντικές ενδείξεις ότι η ένταση από μόνη της δε μπορεί να εξηγήσει τις θετικές διαφορές μεταξύ της απόδοσης των δύο ομάδων, επειδή η ένταση ήταν ελεγχόμενη.

Ένα άλλο σημαντικό εύρημα αυτής της μελέτης ήταν ότι η συνεχιζόμενη επίδραση του CILT μετά τη θεραπεία αποδείχθηκε βραχύβια (π.χ. περίοδος παρακολούθησης 3 μηνών).

Αναφορικά με την εφαρμογή των αρχών περιορισμού στην αποκατάσταση αφασίας σε σχέση με άλλους τύπους εντατικής παρέμβασης, οι συγγραφείς αναφέρουν ότι θα ήταν πρόωρο να εξαχθεί το συμπέρασμα ότι υπάρχει σαφές πλεονέκτημα. Επισημάνθηκε η ανάγκη ποσοτικοποίησης των επιμέρους επιρροών των 3 αρχών σε μελλοντικές έρευνες.

Μία σημαντική επισήμανση που προκύπτει από τη συγκεκριμένη ανασκόπηση είναι ότι καθίσταται εξαιρετικά σημαντική η σκοπιμότητα χρήσης πρωτοκόλλων CIAT σε δημόσιες υπηρεσίες, καθώς τα προγράμματα εντατικής πρακτικής δεν είναι προσβάσιμα σε πολλούς πιθανούς ασθενείς.

Σε μία άλλη συστηματική ανασκόπηση των Jiaqi Zhang, Jiadan Yu, Yong Bao, Qing Xie, Yang Xu, Junmei Zhang, Pu Wang. (2017). Constraint-induced aphasia therapy in poststroke aphasia rehabilitation: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials [31], τα στοιχεία που προέκυψαν αναφορικά με το CIAT είναι ότι το CIAT είναι πιθανό να είναι μια επιτυχημένη στρατηγική θεραπείας στην αποκατάσταση της αφασίας μετά από εγκεφαλικό επεισόδιο ιδιαίτερα στη χρόνια φάση. Στοχεύει κυρίως στο να ενισχύσει το δυναμικό αποκατάστασης του ημισφαιρίου που έχει βλάβη στο μεγαλύτερο βαθμό, με την αναθεώρηση της μη χρήσης.

Τα οφέλη του CIAT μπορούν να αποδοθούν στη θετική νευροπλαστικότητα που προκαλείται από την εκπαίδευση με την εξισορρόπηση των διμερών ημισφαιρίων. Σημειώνεται θετική προσαρμογή δραστηριοτήτων εγκεφάλου που μετρώνται από τον ηλεκτροεγκεφαλογράφημα (EEG) ή την μαγνητοεγκεφαλογραφία (MEG) με ενεργοποίηση σε ορισμένες περιοχές του εγκεφάλου που είναι εμφανής στη λειτουργική εικόνα μαγνητικού συντονισμού (fMRI) και που σχετίζεται με βελτιώσεις της γλώσσας, που προκλήθηκε από το CIAT.

Υπάρχουν στοιχεία από μελέτες που υποστηρίζουν τη σημασία της ύπαρξης εκπαιδευμένων ατόμων ή εθελοντών στη CIAT στις θεραπευτικές ομάδες, καθώς το καθιστούν πιο εφικτό σε χώρους αποκατάστασης.

Πρόσφατες μελέτες έδειξαν ότι το CIAT που εφαρμόστηκε σε οξεία φάση και υποξεία φάση ήταν ανεκτό από ασθενείς με εγκεφαλικό επεισόδιο. Οι βιβλιογραφικές ενδείξεις για την εφαρμογή του CIAT στην οξεία φάση εγκεφαλικού είναι ακόμη περιορισμένες. Λόγω της τάσης της αυθόρμητης ανάκαμψης, φαίνεται ότι το πλεονέκτημα του CIAT μπορεί να μην είναι εμφανές σε σύγκριση με τη συμβατική θεραπεία. Επίσης οι μακροπρόθεσμες επιπτώσεις του CIAT είναι ακόμη ασυνεπείς.

Θα μπορούσαμε να θεωρήσουμε την υψηλή ένταση (μαζική πρακτική) ως ένα χρήσιμο συστατικό του CIAT στην αποκατάσταση αφασίας, αν και η άποψη αμφισβητήθηκε από μια ελεγχόμενη μελέτη με μικρό δείγμα, το οποίο έδειξε ότι το CIAT χορηγήθηκε τόσο με εντατικούς όσο και με καταναμημένους τρόπους με την ίδια δοσολογία και οδήγησε σε παρόμοιες θετικές αλλαγές στη σοβαρότητα της αφασίας και στις λειτουργίες της γλώσσας.

Ο περιορισμός, η αρχή που εστιάζει στην προφορική απάντηση και στην αποφυγή μη λεκτικής επικοινωνίας, είναι ένα αμφιλεγόμενο σημείο στην αποκατάσταση της αφασίας. Η αρχή του περιορισμού στο CIAT αλλάζει στις μέρες μας, αντί της απόλυτης αναστολής των αντισταθμιστικών στρατηγικών επικοινωνίας, οι ερευνητές τείνουν να επιτρέπουν στους ασθενείς να εκτελούν αντισταθμιστικές στρατηγικές που μπορούν να προκαλέσουν προφορική απάντηση. Οι συγγραφείς διατύπωσαν ότι είναι δύσκολο να εξαχθεί το συμπέρασμα εάν ο περιορισμός είναι χρήσιμος με βάση RCT που περιλαμβάνονται σε αυτήν την κριτική, ωστόσο, διερευνώντας τις ειδικές επιδράσεις από τον περιορισμό σε διαφορετικές πτυχές της γλώσσας αξίζει ακόμη να διερευνηθεί σε περαιτέρω μελέτες.

Υπάρχουν περιορισμένα στοιχεία που υποστηρίζουν την ανωτερότητα του CIAT από άλλα προγράμματα εντατικής θεραπείας κ άλλες θεραπείες αφασίας όσον αφορά τη βελτίωση γλωσσικής απόδοσης.

Όσον αφορά τους περιορισμούς της συγκεκριμένης ανασκόπησης, συμπεριλήφθηκε ένας μικρός αριθμός ετερογενών RCT. Η συμπερίληψη αφορούσε μόνο τα δημοσιευμένα άρθρα που ήταν στην αγγλική γλώσσα.

Από την πρώτη δημοσίευσή του, το πρωτόκολλο CIAT έχει τροποποιηθεί με μελέτες που υιοθετούν διαφορετικές επιστημονικές μεθοδολογίες. Παρόλο που οι καθημερινές εργασίες επικοινωνίας δεν είναι διαθέσιμες στο αρχικό πρωτόκολλο του CIAT, καθίσταται κοινό στοιχείο σε περαιτέρω τροποποιημένα πρωτόκολλα CIAT. Το CIAT plus, προσθέτει καθημερινές επικοινωνιακές και οικογενειακές συμμετοχές στο αρχικό πρωτόκολλο CIAT. Έχει κερδίσει περισσότερα οφέλη από το CIAT, όσον αφορά την ποιότητα της καθημερινής επικοινωνίας.

Το CIAT που ενσωματώθηκε με κοινωνικές δραστηριότητες μπορεί να αποκομίσει περισσότερα οφέλη, εξετάζοντας την επίδραση της κοινωνικής αλληλεπίδρασης. Το CIAT ενσωματωμένο με κοινωνική αλληλεπίδραση είναι ανώτερο από την εντατική θεραπεία κατονομασίας, όσον αφορά την ενίσχυση της γλωσσικής απόδοσης των ασθενών. Η ILAT (Intensive Language Action Treatment) είναι μία εκτεταμένη μορφή του CIAT που έχει δώσει μεγαλύτερη προσοχή στην επίδραση της κοινωνικής αλληλεπίδρασης και ενσωματώνει λεκτικές εκφράσεις στο πλαίσιο της επικοινωνίας και της κοινωνικής αλληλεπίδρασης.

Σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες του Καναδά, EBRSR [9], η θεραπεία αφασίας που προκαλείται από περιορισμούς μπορεί να είναι ευεργετική για τη βελτίωση της επανάληψης και της γραφής σε σύγκριση με τη συμβατική λογοθεραπεία. Μπορεί να μην είναι επωφελής για τη βελτίωση της συνολικής ομιλίας, της γλώσσας και της κοινωνικής επικοινωνίας σε σύγκριση με τη συμβατική θεραπεία ομιλίας-γλώσσας. Επίσης αναφέρεται ότι η βιβλιογραφία είναι μεικτή σχετικά με την ικανότητα της θεραπείας αφασίας που προκαλείται από περιορισμούς να βελτιώσει την ακουστική κατανόηση σε σύγκριση με τη συμβατική λογοθεραπεία.

Όσον αφορά την εντατική θεραπεία δράσης στη γλώσσα /Intensive language action therapy, οι κατευθυντήριες οδηγίες του Καναδά EBRSR [9], αναφέρουν ότι μπορεί να είναι πιο επωφελής από τη θεραπεία κατονομασίας για τη βελτίωση της συνολικής ομιλίας και της γλώσσας. Η υψηλότερη σε ένταση εντατική γλωσσική θεραπεία δράσης μπορεί να μην έχει διαφορά στην αποτελεσματικότητα σε σύγκριση με τη θεραπεία εντατικής γλωσσικής δράσης χαμηλότερης έντασης για τη βελτίωση της συνολικής ομιλίας και γλώσσας.

Αναφορικά με τη γλωσσική θεραπεία που προκαλείται από περιορισμούς, οι κατευθυντήριες οδηγίες της Αυστραλίας [6], αναφέρουν ότι είναι μια πιθανή προσέγγιση που μπορεί να χρησιμοποιηθεί στην αποκατάσταση της αφασίας (Meinzer, Rodriguez, & Gonzalez Rothi, 2012).

Με βάση την τρέχουσα βιβλιογραφία, είναι πρόωρο να συμπεράνουμε ότι υπάρχει ένα σαφές πλεονέκτημα της εφαρμογής αρχών περιορισμού στην αποκατάσταση αφασίας σε σχέση με άλλους τύπους εντατικής παρέμβασης (Barthel, Meinzer, Djundja, & Rockstroh, 2008; Cherney, Patterson, Raymer, Frymark, & Schooling, 2008; Rose, 2013) [6].

Αναφορά/παραπομπή: Brady et al., 2012, επίπεδο αποδεικτικών στοιχείων: I

3.7.2 ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΣΕ ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ/ TOTAL COMMUNICATION

Η συνολική επικοινωνία είναι πιο αποτελεσματική για άτομα με σοβαρή αφασία όταν εκπαιδεύεται και ενισχύεται σε φυσικές καταστάσεις επικοινωνίας.

Οι πτυχές της συνολικής επικοινωνίας σε τρεις σχετικά διαφορετικές διαδρομές περιλαμβάνουν την εκπαίδευση αντισταθμιστικών στρατηγικών, την επαυξημένη και εναλλακτική επικοινωνία (AAC) και την υποστηριζόμενη συνομιλία. Αποτελούν αλληλεπικαλυπτόμενες πτυχές του συνολικού πακέτου επικοινωνίας.

3.7.2 ΑΝΤΙΣΤΑΘΜΙΣΗ

Η αντισταθμιστική εκπαίδευση περιλαμβάνει τη βελτίωση της λειτουργικής χρήσης της υπολειμματικής γλώσσας. Αυτή η προσέγγιση στοχεύει στην ανάπτυξη στρατηγικών για την εξεύρεση τρόπου αντιμετώπισης των γλωσσικών διαταραχών, αξιοποιώντας τις επικοινωνιακές δυνατότητες του ατόμου προκειμένου να μεγιστοποιηθεί το δυναμικό επικοινωνίας. Αυτά μπορεί να περιλαμβάνουν σχέδιο, χειρονομία, κίνηση του σώματος, έκφραση του προσώπου, προσωδία, γραφή λέξεων-κλειδιά ή χρήση βιβλίου επικοινωνίας.

Ποιες είναι οι ιδιότητες των χειρονομιών εντός του πλαισίου της γλώσσας και της επικοινωνίας (Τρίμης Νικόλαος, Ζιάβρα Ναυσικά, Νησιώτη Μελομένη. Εγχειρίδιο Λογοθεραπείας, κεφάλαιο 7, 1^η Ελληνική Έκδοση, Εκδόσεις Πασχαλίδης, σελίδα 370, [10]):

- Οι χειρονομίες θεωρείται ότι συμβάλλουν στη γλωσσική παραγωγή, καθώς βοηθούν ένα άτομο να ανακτήσει λέξεις και έτσι να διατηρήσει την ευφράδεια στην ομιλία.
- Νευρολογικές αντιπροσωπεύσεις της γλώσσας δεν είναι διακριτές από τις κινητικές και αισθητηριακές περιοχές στον εγκέφαλο, έτσι η νευρολογική αλληλοεπικάλυψη μπορεί να αποτελέσει στόχο για να παράγει οφέλη σε κάθε σύστημα.
- Μελέτες έχουν διαπιστώσει ότι οι άνθρωποι με αφασία τείνουν να χρησιμοποιούν χειρονομίες πιο συχνά στις επικοινωνιακές αλληλεπιδράσεις τους, από ότι οι άνθρωποι που δεν έχουν αφασία.
- Η αποφυγή ή η στοχευμένη μη χρήση μιας δεξιότητας μπορεί να έχει μία αρνητική επιρροή σε αυτή δεξιότητα. Έτσι, για το άτομο με αφασία μπορεί να του είναι πιο δύσκολο να χρησιμοποιήσει χειρονομίες ή άλλα μέσα στο μέλλον, εάν έχουν περάσει μεγάλα χρονικά διαστήματα αποφυγής των δεξιοτήτων αυτών.

Αναφορικά με τις θεραπείες που εστιάζουν σε αντισταθμιστικές στρατηγικές, οι κατευθυντήριες οδηγίες του Royal College of Speech & language Therapists [19] αναφέρουν ότι η αξιολόγηση πρέπει να στοχεύει στον προσδιορισμό τόσο των γλωσσολογικών όσο και των μη λεκτικών ικανοτήτων του ατόμου. Θα πρέπει επίσης να αξιολογεί την ικανότητά του να χρησιμοποιεί αυτές τις στρατηγικές σε πραγματικές συνθήκες για την αντιστάθμιση των διαταραχών.

Τα άτομα με αφασία συχνά αποδίδουν διαφορετικά στο φυσικό περιβάλλον επικοινωνίας τους και με γνωστούς συνεργάτες επικοινωνίας. Η αποτελεσματικότητα της επικοινωνίας ενδέχεται να ποικίλλει ανάλογα με περιβαλλοντικούς και αλληλεπιδραστικούς παράγοντες. Επομένως, οι δεξιότητες των σχετικών επικοινωνιακών συντρόφων στην ερμηνεία και τη διευκόλυνση τέτοιων στρατηγικών, όπως και οι πολιτιστικοί παράγοντες θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη.

Αποδεικτικά στοιχεία

- Holland A (1982) Επίπεδο αποδεικτικών στοιχείων III
- Baker R (2000) Επίπεδο αποδεικτικών στοιχείων IV
- Davidson B & Worrall L (2000) Επίπεδο αποδεικτικών στοιχείων IV
- Worrall L, McCooley R, Davidson B, Larkins B & Hickson L. (2002) Επίπεδο αποδεικτικών στοιχείων IV
- Holland A (1998) Επίπεδο αποδεικτικών στοιχείων IV

Απαιτείται ειδική εκπαίδευση για την ανάπτυξη ή / και τη βελτίωση των στρατηγικών μη λεκτικής επικοινωνίας προκειμένου να χρησιμοποιούνται αποτελεσματικά. Στην ιδανική περίπτωση, αυτές οι στρατηγικές πρέπει να χρησιμοποιούνται σε μια προσέγγιση «Συνολικής Επικοινωνίας/total communication», η οποία προωθεί την ευέλικτη χρήση της επικοινωνίας πολλαπλών τρόπων για τη βελτίωση της αποτελεσματικότητας της επικοινωνίας.

Οι μελέτες θεραπείας έχουν δείξει ότι οι μη λεκτικοί τρόποι επικοινωνίας μπορούν να χρησιμοποιηθούν ως εναλλακτικοί ή συμπληρωματικοί ως προς τη γλώσσα, με αποτέλεσμα τη βελτιωμένη επικοινωνιακή αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα.

Αποδεικτικά στοιχεία

- Cubelli R, Trentini P, Montagna CG (1991) επίπεδο αποδεικτικών στοιχείων III
- Sacchett C, Byng S, Marshall J, Pound C (1999) Επίπεδο αποδεικτικών στοιχείων III
- Carlomagno S et al (1991) Επίπεδο αποδεικτικών στοιχείων III
- Pound C, Parr S, Lindsay J & Woolf C (2000) Επίπεδο αποδεικτικών στοιχείων IV

Οι διατηρημένες γλωσσολογικές ικανότητες μπορούν να αξιοποιηθούν χρήσιμα σε συγκεκριμένα έργα για τη βελτίωση της επικοινωνιακής αποτελεσματικότητας και την αύξηση των επικοινωνιακών ευκαιριών. Κάποια παραδείγματα αποτελούν η χρήση της γραφής για παράκαμψη των προφορικών δυσκολιών παραγωγής, η χρήση της προφορικής παραγωγής για την αντιστάθμιση των δυσκολιών στη γραπτή παραγωγή, καθώς και η χρήση του υπολογιστή και άλλης τεχνολογίας, όπως λογισμικό αναγνώρισης φωνής και βοηθητικά μέσα επικοινωνίας.

Η σχετική διατήρηση/αξιοποίηση ορισμένων γλωσσολογικών και μη γλωσσικών ικανοτήτων μπορεί να αντισταθμίσει τις πιο εξασθενημένες ή επηρεασμένες λειτουργίες. Τα άτομα, ακόμη και εκείνα με χρόνια αφασία, είναι σε θέση να μαθαίνουν και να διατηρούν στρατηγικές που θα αυξήσουν τη συνολική επικοινωνιακή τους αποτελεσματικότητα σε πραγματικές καταστάσεις.

Αποδεικτικά στοιχεία

- Robson J, Marshall J, Chiat S & Pring T (2001) Επίπεδο αποδεικτικών στοιχείων II
- Jackson-Waite K, Robson J & Pring T (2003) Επίπεδο αποδεικτικών στοιχείων III
- Lustig AP & Tompkins CA (2002) Επίπεδο αποδεικτικών στοιχείων III
- Mortley J, Enderby P & Petheram B (2001) Επίπεδο αποδεικτικών στοιχείων III
- Bruce C, Edmundson A & Coleman M (2003) Επίπεδο αποδεικτικών στοιχείων III

Για να προωθήσουν τη γενίκευση των μαθημένων στρατηγικών, οι θεραπευτές θα πρέπει να εμπλέκουν συνεργάτες επικοινωνίας στη θεραπεία και να διεξάγουν θεραπεία εντός φυσικών περιβαλλόντων επικοινωνίας.

Οι αντισταθμιστικές στρατηγικές συνήθως δεν γενικεύονται αυθόρμητα. Πρέπει να ληφθούν συγκεκριμένα μέτρα για την προώθηση της γενίκευσης των μαθημένων στρατηγικών σε λειτουργικές, πραγματικές καταστάσεις.

Αποδεικτικά στοιχεία

- Jackson-Waite K, Robson J & Pring T (2003) Επίπεδο αποδεικτικών στοιχείων III
- Sacchett C, Byng S, Marshall J & Pound C (1999) Επίπεδο αποδεικτικών στοιχείων III
- Lustig AP & Tompkins CA (2002) Επίπεδο αποδεικτικών στοιχείων III

3.7.2 ΥΠΟΣΤΗΡΙΖΟΜΕΝΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ

Η υποστηριζόμενη επικοινωνία συνεπάγεται τη χρήση πόρων και στρατηγικών πολλαπλών τρόπων από το άτομο με αφασία και το συνεργάτη επικοινωνίας (Kagan, 1998; Kagan & Gailey, 1993; Lyon, 1995) Nina Simmons-Mackie. (April 2009). Thinking Beyond Language: Intervention for Severe Aphasia [2]. Τα άτομα με αφασία (ιδιαίτερα αυτά με σοβαρή αφασία) και οι συνεργάτες επικοινωνίας τους πρέπει να έχουν εύκολη πρόσβαση σε εξατομικευμένους καθώς και γενικούς πόρους που υποστηρίζουν την επικοινωνία. Στο μοντέλο γνωστικής επικοινωνιακής επάρκειας ο τομέας με βάση τα συμφραζόμενα/ Contextual or environmental domain τοποθετείται σε ένα τόξο στην κορυφή του μοντέλου για να τονίσει πτυχές του πλαισίου επικοινωνίας που επηρεάζουν την ικανότητα επικοινωνίας και περιλαμβάνουν τα χαρακτηριστικά του συνεργάτη επικοινωνίας (σχέση, εξοικείωση, ηλικία, ρόλοι, θέση και διαφορές μεταξύ συνεργάτη

επικοινωνίας και ατόμου με αφασία, δεξιότητες) και τις απαιτήσεις των εργασιών επικοινωνίας (π.χ. περιβάλλον, προβλεψιμότητα, φορτίο στη μνήμη εργασίας, απαιτήσεις απόκρισης, χαρακτηριστικά ερεθίσματος κ.λπ.). Το μοντέλο απεικονίζει την αλληλεπίδραση μεταξύ των τομέων επικοινωνίας και περιβάλλοντος/πλαισίου, επειδή η διευκόλυνση με το λόγο μπορεί να ποικίλλει ανάλογα με την εργασία, την τεχνική δειγματοληψίας, την ανάλυση λόγου, τα χαρακτηριστικά του συνεργάτη συνομιλίας ή το ποσό της υποστήριξης με βάση τα συμφραζόμενα [24].

Οι πόροι υποστήριξης επομένως περιλαμβάνουν την προσοχή στις πληροφορίες με βάση τα συμφραζόμενα που υποστηρίζουν την επικοινωνία. Οι πληροφορίες με βάση τα συμφραζόμενα πρέπει να «προγραμματίζονται» σε καταστάσεις παρέχοντας στους συμμετέχοντες πρόσβαση σε πληροφορίες (Simmons-Mackie, 2000, 2007; Simmons-Mackie, Kingston, & Schultz, 2004) [2].

Οι πόροι μπορεί να προέρχονται από άλμπουμ φωτογραφιών, εξατομικευμένες ηλεκτρονικές συσκευές, σύντομες βιογραφίες, αποκόμματα με σχετικά αντικείμενα από εκδηλώσεις (π.χ., εισιτήρια, μενού), γραπτές λέξεις, εικονογράμματα, εφημερίδες ή χάρτες μπορούν να διατεθούν για να βοηθήσουν στην υποστήριξη της συνομιλίας (Garrett & Huth, 2002; Ho et al., 2005; Kagan, 1998; Kagan & Gailey, 1993; Kagan, Winckel, & Shumway, 1996; Lasker, Hux, Garrett, Moncreif & Elscheid, 1997) [2].

Ο McKelvey και οι συνεργάτες του διαπίστωσαν ότι μια συσκευή AAC που ενσωματώνει οπτικές σκηνές με βάση τα συμφραζόμενα μπορεί να είναι μια αποτελεσματική μέθοδος διευκόλυνσης των επικοινωνιακών αλληλεπιδράσεων για άτομα με αφασία. Οι «πλούσιες» σκηνές με βάση τα συμφραζόμενα παρέχουν πληροφορίες που εξαλείφουν την ανάγκη για λεπτομερή γλωσσική εξήγηση (McKelvey, Dietz, Hux, Weissling, & Beukelman, 2007) [2].

3.7.2 ΕΠΑΥΞΗΜΕΝΗ ΚΑΙ ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ

Υπάρχουν δύο κύριοι τύποι AAC, τα μη βοηθητικά και τα βοηθητικά συστήματα. Υπάρχει δυνατότητα χρήσης του ενός ή και των δύο τύπων. Τα περισσότερα άτομα που χρησιμοποιούν AAC χρησιμοποιούν έναν συνδυασμό τύπων AAC για επικοινωνία.

Τα μη βοηθητικά συστήματα περιλαμβάνουν: χειρονομίες, γλώσσα του σώματος, εκφράσεις του προσώπου.

Ένα βοηθητικό σύστημα χρησιμοποιεί κάποιο είδος εργαλείου ή συσκευής. Υπάρχουν δύο τύποι βοηθητικών συστημάτων, τα βασικά και τα υψηλής τεχνολογίας. Ένα στυλό και ένα χαρτί είναι ένα βασικό βοηθητικό σύστημα. Ένα άτομο με αφασία που δείχνει γράμματα, λέξεις ή εικόνες σε έναν πίνακα χρησιμοποιεί ένα βασικό βοηθητικό σύστημα. Το άγγιγμα γραμμάτων ή

εικόνων σε μια οθόνη υπολογιστή που μας μιλάει είναι ένα σύστημα υψηλής τεχνολογίας. Ορισμένες από αυτές τις συσκευές που δημιουργούν ομιλία ή SGD μπορούν να μιλούν σε διαφορετικές γλώσσες. Μερικοί άνθρωποι χρειάζονται ειδικό εξοπλισμό που θα τους επιτρέψει να έχουν πρόσβαση στην επικοινωνία τους (εργαλεία π.χ. διακόπτες, ανιχνευτές κεφαλής). Άλλα άτομα χρειάζονται εξειδικευμένο εξοπλισμό για να διατηρούν το σύστημα AAC τους, π.χ. πάνω σε αναπηρικό καροτσάκι.

Άτομα που δυσκολεύονται να επικοινωνήσουν ή να κατανοήσουν τι τους λένε μπορούν να χρησιμοποιήσουν την AAC. Η AAC μπορεί να παρέχει ένα μέσο αυτο-έκφρασης και έναν τρόπο κατανόησης του κόσμου γύρω τους, επιτρέποντας στο άτομο να συμμετάσχει και να συμπεριληφθεί στην κοινωνία. Μερικές φορές η ανάγκη ενός ατόμου για AAC μπορεί να είναι βραχυπρόθεσμη (για παράδειγμα σε εντατική περίθαλψη), ενώ για άλλους μπορεί να είναι μακροχρόνια ανάγκη.

Ένας λογοθεραπευτής θα αξιολογήσει την κατανόηση και την παραγωγή λόγου του ατόμου. Οι καλές οπτικοχωρικές ικανότητες του ατόμου αποτελούν προϋπόθεση για τη χρήση ενός συστήματος AAC (αναφέρθηκε σε προηγούμενη ενότητα). Ο SLP μπορεί να βοηθήσει στο να προταθεί το σωστό σύστημα AAC. Το άτομο μπορεί πρώτα να χρησιμοποιήσει ένα βασικό σύστημα που μπορεί να το χρειαστεί για σύντομο χρονικό διάστημα. Μπορεί να χρειαστεί λίγος χρόνος για να κατακτήσει ένα σύστημα υψηλής τεχνολογίας, αν το χρειάζεται. Δε λειτουργεί κάθε συσκευή για κάθε άτομο, επομένως είναι σημαντικό να επιλεγεί το κατάλληλο σύστημα για το άτομο.

Υπάρχει ένα εργαλείο αξιολόγησης που ονομάζεται Multimodal Communication Screening Test for People with Aphasia (MCST-A) για να προσδιοριστεί η καταλληλότερη παρέμβαση AAC με βάση τα χαρακτηριστικά επικοινωνίας του ατόμου με αφασία. Κατηγοριοποιεί τους ασθενείς σε πέντε κατηγορίες από «εξαρτώμενο από συνεργάτη» έως «ανεξάρτητο» επικοινωνιακά έτσι ώστε να μπορεί να προγραμματιστεί μια συγκεκριμένη προσέγγιση στην παρέμβαση AAC.

Παρεμβάσεις AAC υψηλής τεχνολογίας που χρησιμοποιούνται για συγκεκριμένες εργασίες επικοινωνίας είναι απάντηση στο τηλέφωνο, κλήση βοήθειας, αφήγηση συγκεκριμένης ιστορίας ή συμμετοχή σε συνομιλία με σενάριο (Garrett & Lasker, 2005) [2].

Όσον αφορά στην AAC, σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες της Αυστραλίας [6] αναφέρεται ότι ορισμένα άτομα με αφασία μπορεί να επωφεληθούν από AAC υψηλής τεχνολογίας. Απαιτείται περαιτέρω κατανόηση-γνώση προκειμένου να βοηθηθούν οι κλινικοί να προσδιορίσουν ποιοι ασθενείς είναι πιο πιθανό να ωφεληθούν και ποιος τύπος AAC είναι πιο

αποτελεσματικός για συγκεκριμένο ασθενή. Η χρήση AAC χαμηλής τεχνολογίας δεν έχει αναφερθεί καλά (Baxter et al., 2012).

Αναφορά/παραπομπή: Baxter, Enderby, Evans, & Judge, 2012, επίπεδο αποδεικτικών στοιχείων: IV

ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΣΥΓΚΕΚΡΙΜΕΝΗΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑΣ/ACTIVITY SPECIFIC TRAINING/ΚΑΤΑΡΤΙΣΗ ΣΕΝΑΡΙΩΝ/ΕΙΔΙΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

Πρόκειται για μία συγκεκριμένη δραστηριότητα παρέμβασης που απαιτεί από τον κλινικό και το άτομο με αφασία να διαπραγματευτεί ένα σχέδιο για τη βελτίωση της συμμετοχής σε ένα προσδιορισμένο συμβάν ή κατάσταση και στη συνέχεια να χτίσει τις δεξιότητες και τους πόρους που απαιτούνται για να συμμετάσχει με επιτυχία (Simmons-Mackie, 2000, 2008; Simmons-Mackie & Damico, 2001) [10].

Η επιτυχής παραγωγή λεκτικών σεναρίων δεν είναι εφικτή για πολλούς με σοβαρή αφασία. Ωστόσο, η εξάσκηση σεναρίων που βασίζονται στη συνολική επικοινωνία (π.χ. εικόνες, χειρονομίες) θα ήταν κατάλληλη για να παρέχουν σε άτομα με σοβαρή αφασία την ευκαιρία να πουν μια ιστορία ή να αντιμετωπίσουν μια κατάσταση έκτακτης ανάγκης.

Η εξάσκηση μέσω σεναρίου στοχεύει λειτουργικές φράσεις με μία έμφαση στη μαζική εξάσκηση. Ο τελικός στόχος της εξάσκησης μέσω σεναρίου είναι η αύξηση του αυτοματισμού των παραγωγών ομιλίας.

Το άτομο με αφασία επιλέγει αρκετά πλαίσια για σενάρια και έπειτα προσδιορίζει το επιθυμητό λεξιλόγιο του σεναρίου από τον κλινικό. Τα σενάρια μπορεί να βασίζονται σε συζητήσεις ή σε μονόλογο ανάλογα με το αν ο ασθενής επιθυμεί να εξασκηθεί λέγοντας μία ιστορία.

Η εξάσκηση μέσω σεναρίου συνήθως ξεκινά στο δεκτικό επίπεδο, με τα άτομα να ακούν τις φράσεις-στόχους που παρουσιάζονται. Η παραγωγή σεναρίου συνεχίζει σε επίπεδο φράσης. Η εντατική στόχευση κάθε φράσης συνεχίζει μέχρι να κατακτηθεί και προχωράει στην επόμενη φράση μέχρι να κατακτηθεί όλο το σενάριο. Έπειτα ακολουθεί εξάσκηση με επικοινωνιακούς συνεργάτες και περαιτέρω εξάσκηση των δεξιοτήτων συζήτησης.

3.7.3 ΜΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΚΗ ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ, ΦΑΡΜΑΚΟΛΟΓΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ

Η φαρμακολογική προσέγγιση έχει ερευνηθεί σε RCTs σε συνδυασμό με λογοθεραπεία SLT σχετικά με το εάν μπορεί να ενισχύσει την αποτελεσματικότητα της SLT, ιδιαίτερα στα οξεία και

υποξεία στάδια όπου η λογοθεραπεία παρέχεται με υψηλότερη ένταση (Katz et al., 2000; Verna et al., 2009) Anna Zumbansen, Alexander Thiel. (2014). Recent advances in the treatment of post-stroke aphasia [27].

Οι κατευθυντήριες οδηγίες του Καναδά, EBRSR [9] αναφέρουν τη νευροδιαβιβαστική επίδραση ουσιών-φαρμάκων στα διάφορα συστήματα νευροδιαβιβαστών όχι σε συνδυασμό με λογοθεραπεία.

Στο άρθρο των Anna Zumbansen, Alexander Thiel. (2014) [27] αναφέρεται ότι η πιρακετάμη έχει θεωρηθεί πολλά υποσχόμενο φάρμακο σε συνδυασμό με εντατική λογοθεραπεία στην οξεία και υπο-οξεία φάση (Greener et al., 2001; Liepert, 2008; Berthier et al., 2011). Σε μία μελέτη, 2.400 mg που ελήφθησαν δύο φορές ημερησίως είχαν θετική επίδραση σε αρκετές γλωσσικές υποδοκιμασίες έκφρασης και αντίληψης καθώς και στην αυθόρμητη ομιλία (Kessler et al., 2000). Οι συγκεκριμένοι μηχανισμοί δράσης της πιρακετάνης δεν είναι καλά κατανοητοί. Ο Kessler και οι συνεργάτες του (2000) διαπίστωσαν αύξηση της εγκεφαλικής ροής αίματος σε βασικές γλωσσικές περιοχές που συσχετίστηκαν θετικά με τη γλωσσική ανάκαμψη. Στις κατευθυντήριες οδηγίες του Καναδά EBRSR [9] αναφέρεται ότι η πιρακετάμη μπορεί να μην είναι ευεργετική για τη βελτίωση των αποτελεσμάτων που σχετίζονται με την αφασία μετά το εγκεφαλικό.

Η δονεπεξίλη και άλλοι χολινεργικοί παράγοντες (π.χ. Γαλανταμίνη, Bifelemane και Physostigmine) έχουν δείξει κάποια θετικά θεραπευτικά αποτελέσματα στην αφασία μετά το εγκεφαλικό επεισόδιο (Berthier et al., 2011; Berthier, 2014) [27]. Συγκεκριμένα, 10 mg δονεπεξίλης ανά ημέρα σε συνδυασμό με μόνο δύο ώρες λογοθεραπείας την εβδομάδα βελτίωσαν την κατονομασία εικόνας και τη σοβαρότητα της αφασίας σε ένα RCT με 26 συμμετέχοντες (Berthier et al., 2006) [27]. Αυτά τα μονοπάτια διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην πλαστικότητα που σχετίζεται με την πρακτική που βασίζεται στη μακροχρόνια ενίσχυση βελτιώνοντας την προσοχή, τη μάθηση και τη μνήμη (Sarter et al., 2005) [27].

Στις κατευθυντήριες οδηγίες του Καναδά EBRSR [9] αναφέρεται ότι οι αναστολείς της ακετυλοχολινεστεράσης μπορεί να είναι ευεργετικοί για τη βελτίωση της κατονομασίας, αλλά όχι για την κοινωνική επικοινωνία, την επανάληψη, τη γενική και ακουστική κατανόηση και τη συνολική ομιλία και γλώσσα. Βρέθηκαν δύο RCT που αξιολογούν τους αναστολείς της ακετυλοχολινεστεράσης για την αποκατάσταση της αφασίας, τα αποτελέσματα των οποίων είναι:

- Η δονεπεξίλη μπορεί να επιφέρει μεγαλύτερες βελτιώσεις στην κατονομασία από ότι ένα εικονικό φάρμακο (1 RCT, Berthier et al., 2006)
- Η γαλανταμίνη μπορεί να επιφέρει μεγαλύτερες βελτιώσεις στη συνολική ομιλία και γλώσσα από ότι ένα εικονικό φάρμακο (1 RCT, Hong et al., 2012)

- Η δονεπεξίλη μπορεί να επιφέρει μεγαλύτερες βελτιώσεις στη συνολική ομιλία και γλώσσα από ότι ένα εικονικό φάρμακο (1 RCT, Berthier et al., 2006)

Η μοκλοβεμίδη μπορεί να μην είναι ευεργετική για τη βελτίωση της κοινωνικής επικοινωνίας ή του συνόλου της ομιλίας και γλώσσας [9].

Η bifemelane μπορεί να είναι ευεργετική για τη βελτίωση της κατονομασίας και της γενικής κατανόησης.

- Η bifemelane μπορεί να επιφέρει μεγαλύτερες βελτιώσεις στην κατονομασία από ότι ένα εικονικό φάρμακο (1 RCT, Tanaka et al., 1997)
- Η bifemelane μπορεί να επιφέρει μεγαλύτερες βελτιώσεις στη γενική κατανόηση από ότι ένα εικονικό φάρμακο (1 RCT, Tanaka et al., 1997)

Αναφορικά με τη μεμαντίνη στο άρθρο των Anna Zumbansen, Alexander Thiel (2014) [27] δοκιμάστηκε μόνο σε ένα RCT (10 mg δύο φορές ημερησίως) και φάνηκε να σχετίζεται με μακροχρόνιες επιπτώσεις στα αποτελέσματα της γλωσσικής λειτουργίας και της λειτουργικής επικοινωνίας. Σε αυτή τη μελέτη, η φαρμακοθεραπεία συνδυάστηκε με εντατική λογοθεραπεία που χορηγήθηκε ως ομαδική θεραπεία σε ασθενείς με χρόνια αφασία (Berthier et al., 2009). Απαιτούνται περαιτέρω μελέτες για την υποστήριξη αυτών των πολλά υποσχόμενων αποτελεσμάτων.

Στις κατευθυντήριες οδηγίες του Καναδά EBRSR [9] αναφέρεται ότι η μεμαντίνη μπορεί να είναι επωφελής για τη βελτίωση της ομιλίας/discourse, της κατονομασίας, της ακουστικής κατανόησης, της κοινωνικής επικοινωνίας και του συνόλου της ομιλίας και γλώσσας, αλλά όχι για την επανάληψη. Δύο RCT βρέθηκαν να αξιολογούν τη μεμαντίνη για την αποκατάσταση της αφασίας. Και οι δύο RCT σύγκριναν τη μεμαντίνη με ένα εικονικό φάρμακο (Barbancho et al., 2015; Berthier et al., 2009).

- Η μεμαντίνη μπορεί να παράγει μεγαλύτερες βελτιώσεις στην ομιλία από ότι ένα εικονικό φάρμακο (1 RCT, Berthier et al., 2009)
- Η μεμαντίνη μπορεί να παράγει μεγαλύτερες βελτιώσεις στην κατονομασία από ότι ένα εικονικό φάρμακο (1 RCT, Berthier et al., 2009)
- Η μεμαντίνη μπορεί να επιφέρει μεγαλύτερες βελτιώσεις στην κοινωνική επικοινωνία από ότι ένα εικονικό φάρμακο (1 RCT, Berthier et al., 2009)
- Η μεμαντίνη μπορεί να παράγει μεγαλύτερες βελτιώσεις στην ακουστική κατανόηση από ότι ένα εικονικό φάρμακο (1 RCT, Berthier et al., 2009)

- Η μεμαντίνη μπορεί να επιφέρει μεγαλύτερες βελτιώσεις στη συνολική ομιλία και τη γλώσσα από ότι ένα εικονικό φάρμακο (1 RCT, Barbancho et al., 2015; Berthier et al., 2009)

Οι Seniów et al. (2009) [27] διαπίστωσαν ότι η L-dopa ήταν αποτελεσματική όταν συνδυάστηκε με εντατική λογοθεραπεία για τρεις εβδομάδες κατά τη διάρκεια της υποξείας φάσης, ιδιαίτερα σε ασθενείς με μετωπιαίες βλάβες. Ωστόσο, οι Leemann et al. (2011) [27] δε βρήκαν καμία επίδραση της λεβοντόπα έναντι του εικονικού φαρμάκου με εντατική SLT για δύο εβδομάδες. Οι κατευθυντήριες οδηγίες του Καναδά EBRSSR [9] αναφέρουν ότι η λεβοντόπα μπορεί να επιφέρει μεγαλύτερες βελτιώσεις στην επανάληψη από ένα εικονικό φάρμακο (1 RCT, Seniow et al., 2009).

Οι κατευθυντήριες οδηγίες του Καναδά EBRSSR [9] αναφέρουν ότι οι αμφεταμίνες μπορεί να είναι ευεργετικές για τη βελτίωση του συνόλου της ομιλίας και της γλώσσας μετά το εγκεφαλικό. Δύο RCT βρέθηκαν να αξιολογούν τις αμφεταμίνες για την αποκατάσταση της αφασίας. Συγκεκριμένα, οι αμφεταμίνες μπορεί να παράγουν μεγαλύτερες βελτιώσεις στη συνολική ομιλία και γλώσσα από ότι ένα εικονικό φάρμακο (2 RCTs, Keser et al., 2018; Walker-Batson et al., 2001). Οι Walker-Batson et al., 2001 [27] ανέφεραν ότι 10 συνεδρίες λογοθεραπείας για πέντε εβδομάδες πριν από την πρόσληψη 10 mg δεξτροαμφεταμίνης βελτίωσαν τη γλωσσική ανάρρωση. Ωστόσο, προς το παρόν, η χρήση αμφεταμινών για τη βελτίωση της ανάρρωσης μετά από εγκεφαλικό επεισόδιο δε συνιστάται στην κλινική πρακτική (Martinsson et al., 2007) [27].

Συνοψίζοντας, οι Salter et al., 2013 [27] αναφέρουν ότι το επίπεδο των αποδεικτικών στοιχείων που υποστηρίζουν τη γενική χρήση αυτών των φαρμάκων για τη βελτίωση της ανάκαμψης της αφασίας είναι μέτριο. Οι Anna Zumbansen, Alexander Thiel (2014) [27] αναφέρουν ότι μέχρι σήμερα υπάρχουν ισχυρότερες ενδείξεις για την αποτελεσματικότητα της πιρακετάμης σε συνδυασμό με τη λογοθεραπεία και υπάρχουν ισχυρότερες ενδείξεις αναποτελεσματικότητας για τη βρωμοκρυπτίνη. Προς το παρόν, κανένα από τα φάρμακα δε συνιστάται για χρήση στην αποκατάσταση της αφασίας και απαιτείται περαιτέρω έρευνα τόσο για την υποστήριξη της κλινικής φαρμακολογικής θεραπείας για την αφασία μετά το εγκεφαλικό επεισόδιο όσο και για την καλύτερη κατανόηση των μηχανισμών με τους οποίους τα διάφορα φάρμακα δρουν στη γλωσσική και επικοινωνιακή ανάρρωση.

3.7.3 ΜΗ ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΗ ΔΙΕΓΕΡΣΗ ΤΟΥ ΕΓΚΕΦΑΛΟΥ (NIBS)

Η μη επεμβατική διέγερση του εγκεφάλου έχει μελετηθεί ως επικουρική θεραπεία στη λογοθεραπεία [27]. Επίσης σε RCTs που αξιολόγησαν τις παρεμβάσεις rTMS και tDCS στην αποκατάσταση αφασίας [9].

Η επαναλαμβανόμενη διακρανιακή μαγνητική διέγερση (rTMS) και η διακρανιακή διέγερση συνεχούς ρεύματος (tDCS) είναι νέες ηλεκτροφυσιολογικές προσεγγίσεις που μελετώνται στην αποκατάσταση της αφασίας. Μετά από ένα εγκεφαλικό επεισόδιο, μεταβάλλεται ο διαχημικός ανταγωνισμός, με φλοιϊκή διέγερση που αυξάνεται στο μη επηρεασμένο ημισφαίριο και μειώνεται στο προσβεβλημένο ημισφαίριο (Zhang et al. 2017) [27].

Η ανάρρωση της αφασίας μπορεί να υποστηριχθεί με την επανεργοποίηση των φλοιϊκών περιοχών που είναι γύρω από τη βλάβη (intrahemispheric compensation) ή από τη μεταφορά γλωσσικών λειτουργιών στο μη κυρίαρχο, μη επηρεασμένο ημισφαίριο (interhemispheric compensation) (Heiss and Thiel, 2006) [27].

Στην αφασία μετά το εγκεφαλικό επεισόδιο, οι περιοχές του RH δεξιού ημισφαιρίου είναι ομόλογες με τις γλωσσικές περιοχές στο κατεστραμμένο αριστερό ημισφαίριο (LH). Η διατήρηση της ενεργοποίησης δεξιών ημισφαιρικών περιοχών συνδέεται με πτωχότερη πρόγνωση. Η διατήρηση αυτών των περιοχών μπορεί να εμποδίζει την ανάρρωση και αποτελεί στόχο νευροτροποποίησης (κ. Γρ. Νάσιος, παρουσίαση 2021, λόγος και λειτουργική αναδιοργάνωση του εγκεφάλου) [34]. Καλύτερα αποτελέσματα αποκατάστασης έχουν μέχρι στιγμής παρατηρηθεί με την ενεργοποίηση περιοχών γύρω από τη βλάβη (intrahemispheric) και όχι με τη μεταφορά λειτουργιών στο μη κυρίαρχο γλωσσικά ημισφαίριο (interhemispheric compensation) (Heiss et al., 1999, Rosen et al., 2000) [27]. Ως εκ τούτου, η πλειοψηφία των μελετών NIBS προσπάθησαν να διευκολύνουν τη στρατολόγηση του φλοιού γύρω από τη βλάβη στο κατεστραμμένο ημισφαίριο (Torres et al., 2013) [27].

Το διεγερτικό NIBS (υψηλής συχνότητας rTMS > 1 Hz; Intermittent theta burst stimulation και το anodal tDCS) έχει χρησιμοποιηθεί για την αύξηση της φλοιϊκής διέγερσης του αριστερού ημισφαιρικού γλωσσικού δικτύου, ενώ το ανασταλτικό NIBS (χαμηλής συχνότητας rTMS ≤ 1Hz και το καθοδικό tDCS) στοχεύει στη μείωση της υπερ-ενεργοποίησης του δεξιού ημισφαιρίου RH (Heiss and Thiel, 2012) [27]. Και οι δύο προσεγγίσεις βασίζονται στην ιδέα ότι η επανεργοποίηση της δραστηριότητας του γλωσσικού δικτύου στο αριστερό ημισφαίριο οδηγεί σε καλύτερα αποτελέσματα αποκατάστασης (Crosson et al., 2007) [27].

Μέχρι σήμερα, τα RCT που χρησιμοποιούν ανασταλτικά rTMS έχουν δείξει κάποιες ενδείξεις αποτελεσματικότητας στα αποτελέσματα της γλώσσας και της λειτουργικής επικοινωνίας σε χρόνια αφασία μετά από εγκεφαλικό ακόμη και χωρίς SLT (Barwood et al., 2011; Medina et al., 2012) [27]. Όσον αφορά στους ασθενείς στα οξεία στάδια που υποβάλλονται σε SLT φαίνεται να ωφελούνται περισσότερο από αυτόν τον τύπο εγκεφαλικής διέγερσης (Kindler et al., 2012) [27].

Στις κατευθυντήριες οδηγίες του Καναδά EBRSR [9] αναφέρεται ότι το ανασταλτικό rTMS μπορεί να είναι ευεργετικό για τη βελτίωση της ομιλίας/discourse, της κατονομασίας, της λεκτικής ευχέρειας, της κοινωνικής επικοινωνίας και της συνολικής ομιλίας και γλώσσας.

Το ανασταλτικό rTMS μπορεί να παράγει μεγαλύτερες βελτιώσεις σε σχέση με τη sham διέγερση στην ομιλία (3 RCTs, Tsai et al., 2014; Wang et al., 2013; Barwood et al., 2013), στην κατονομασία (7 RCTs, Rubi-Fessen et al., 2015; Tsai et al., 2014; Wang et al., 2014; Barwood et al., 2013; Seniow et al., 2013; Waldowski et al., 2012; Barwood et al., 2011), στη λεκτική ευχέρεια (3 RCTs, Hu et al.), στην κοινωνική επικοινωνία (3 RCTs, Rubi-Fessen et al., 2015; Tsai et al., 2014; Wang et al., 2014) και στη συνολική ομιλία και τη γλώσσα (7 RCTs, Haghigi et al., 2018; Hu et al., 2018; Rubi-Fessen et al., 2015; Wang et al., 2014; Heiss et al., 2013; Thiel et al., 2013; Barwood et al., 2011).

Το ανασταλτικό rTMS μπορεί να παράγει μεγαλύτερες βελτιώσεις σε σχέση με το διεγερτικό rTMS στη λεκτική ευχέρεια (1 RCT, Hu et al., 2018; Tsai et al., 2014; Wang et al., 2014), στην επανάληψη (1 RCT, Hu et al., 2018), στη συνολική ομιλία και γλώσσα (1 RCT, Hu et al., 2018) και στην ακουστική κατανόηση (1 RCT, Hu et al., 2018).

Οι έρευνες των Weiduschat et al., 2011, Kindler et al., 2012, Heiss et al., 2013, Seniow et al., 2013, Thiel et al., 2013 [27], αναφέρουν ότι αρκετά πρόσφατα RCTs που περιλαμβάνουν δεξιόχειρες ασθενείς με υποξεία αφασία υποστηρίζουν την ενισχυτική επίδραση του ανασταλτικού rTMS στην ανάρρωση της γλώσσας όταν συνδυάζονται με λογοθεραπεία. Στις έρευνες των Waldowski et al., 2012, Heiss et al., 2013, Seniow et al., 2013 [27] δε φαίνεται όλοι οι ασθενείς να επωφελούνται εξίσου από αυτήν τη θεραπεία. Ο Seniow και οι συνάδελφοί του (2013) αναφέρουν καλύτερη αποτελεσματικότητα σε συμμετέχοντες με σοβαρή αφασία και ο Heiss και οι συνάδελφοί του (2013) έδειξαν ότι οι αριστερόχειρες ενδέχεται να μην ανταποκρίνονται στη θεραπεία με τον ίδιο τρόπο όπως οι δεξιόχειρες [27].

Οι Khedr et al., 2014 [27] αναφέρουν ότι οι γλωσσικές βελτιώσεις έχουν συσχετιστεί με λογοθεραπεία σε συνδυασμό με ανασταλτικό και διεγερτικό rTMS σε ασθενείς με υποξεία μη ρέουσα αφασία.

Όσον αφορά στο διεγερτικό rTMS, οι κατευθυντήριες οδηγίες του Καναδά EBRSR [9] αναφέρουν ότι το διεγερτικό rTMS μπορεί να μην έχει διαφορά στην αποτελεσματικότητα όταν συγκρίνεται με τη sham διέγερση για τη βελτίωση της συνολικής ομιλίας και γλώσσας (1 RCT, Hu et al., 2018), τη βελτίωση της λεκτικής ευχέρειας (1 RCT, Hu et al., 2018), τη βελτίωση της επανάληψης (1 RCT, Hu et al., 2018) και τη βελτίωση της ακουστικής κατανόησης (1 RCT, Hu et al., 2018).

Ωστόσο, το Dual hemisphere rTMS μπορεί να επιφέρει μεγαλύτερες βελτιώσεις από τη sham διέγερση στην κατονομασία (1 RCT, Khedr et al., 2014), στη λεκτική ευχέρεια (1 RCT, Khedr et al., 2014), στην επανάληψη (1 RCT, Khedr et al., 2014), στη γενική κατανόηση (1 RCT, Khedr

et al., 2014) και τη συνολική ομιλία και τη γλώσσα από την sham διέγερση (1 RCT, Khedr et al., 2014).

Οι Anna Zumbansen, Alexander Thiel, (2014), [27] αναφέρουν ότι υπάρχει ανάγκη να βελτιωθούν τα κριτήρια αναγνώρισης/προσδιορισμού αυτών των ασθενών που είναι πιθανά να ανταποκρίνονται καλύτερα σε αυτό το είδος θεραπείας (rTMS).

Όσον αφορά στη Διακρανιακή διέγερση συνεχούς ρεύματος (tDCS)/ Transcutaneous Direct Current Stimulation (tDCS), η διαδικασία περιλαμβάνει την εφαρμογή ήπιων ηλεκτρικών ρευμάτων (1-2 mA) που διενεργούνται μέσω δύο εμποτισμένων με αλατούχο, επιφανειακών ηλεκτροδίων που εφαρμόζονται στο τριχωτό της κεφαλής, επικαλύπτοντας την περιοχή ενδιαφέροντος και το αντίπλευρο μέτωπο πάνω από την τροχιά. Η ανοδική διέγερση πραγματοποιείται πάνω στο προσβεβλημένο ημισφαίριο και αυξάνει τη φλοιϊκή διέγερση, ενώ η καθοδική διέγερση πραγματοποιείται στο μη επηρεασμένο ημισφαίριο και μειώνει τη φλοιϊκή διέγερση (Alonso-Alonso et al. 2007) [27]. Επιπλέον, το tDCS μπορεί να εφαρμοστεί ταυτόχρονα και στα δύο ημισφαίρια (dual tDCS). Σε αντίθεση με τη διακρανιακή μαγνητική διέγερση, το tDCS δεν προκαλεί δυναμικά δράσης, αλλά αντ' αυτού ρυθμίζει το δυναμικό ηρεμίας της μεμβράνης των νευρώνων (Alonso-Alonso et al. 2007) [27]. Αυτή η τεχνική μπορεί επίσης να εφαρμοστεί στον νωτιαίο μυελό.

Τα διαθέσιμα στοιχεία για το tDCS στην αποκατάσταση της αφασίας είναι λιγοστά. Το 2013, μια ανασκόπηση του Cochrane περιλάμβανε τέσσερις τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες διασταυρούμενες δοκιμές με συνολικά 33 ασθενείς με χρόνια αφασία (Monti et al., 2008; Flöel et al., 2011; Kang et al., 2011; Marangolo et al., 2011) και ένα RCT με 21 ασθενείς με υποξεία αφασία (You et al., 2011). Αυτή ήταν η πρώτη συστηματική ανασκόπηση αυτού του τρόπου διέγερσης και αυτή κατέληξε στο συμπέρασμα ότι επί του παρόντος δεν υπάρχουν επαρκή στοιχεία που να υποστηρίζουν την άποψη ότι το tDCS ενισχύει τα αποτελέσματα της λογοθεραπείας, σε αντίθεση με το συμπέρασμα πολλών δημοσιευμένων δοκιμών (Elsner et al., 2013) [27]. Υπάρχει ένδειξη θετικών επιδράσεων με το καθοδικό tDCS (δηλ. το ανασταλτικό NIBS) στο μη-τραυματισμένο ημισφαίριο με βάση τρεις μελέτες (Flöel et al., 2011; Kang et al., 2011; You et al., 2011) [27].

Οι Anna Zumbansen, Alexander Thiel (2014), [27] καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι πέρα από το βελτιωμένο σχεδιασμό κλινικών δοκιμών, τα μελλοντικά RCTs πρέπει επίσης να διερευνήσουν εναλλακτικές θέσεις διέγερσης για το tDCS (Baker et al., 2010; Fiori et al., 2013; Marangolo et al., 2014) και για rTMS (Heiss et al., 2013). Η διερεύνηση αυτή πρέπει ενδεχομένως να καθοδηγηθεί από τη νευροαπεικονιστική ικανότητα ελέγχοντας τη θέση της βλάβης και λαμβάνοντας υπόψη την προνοσηρή ημισφαιρική κυριαρχία της γλώσσας. Οι στρατηγικές NIBS

(κυρίως το ανασταλτικό rTMS πάνω από το contralesional ημισφαίριο) προσφέρουν πολλά υποσχόμενους νέους τρόπους βελτιστοποίησης των αποτελεσμάτων λογοθεραπείας και αξίζουν σαφώς περαιτέρω έρευνα.

3.7.4 ΕΠΙΛΟΓΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΗΝ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΦΑΣΙΑ

Υπάρχει τεράστιος αριθμός τεχνολογικών καινοτομιών σήμερα που μας παρέχουν αρκετές νέες ευκαιρίες για την ενίσχυση της αποκατάστασης που ήδη παρέχουμε. Οι καινοτομίες στην τεχνολογία αλλάζουν το είδος της δυναμικής του κλινικού και του ρόλου του. Ο κλινικός δεν είναι μόνο κάποιος που μπορεί από απόσταση να παραδίνει τη θεραπεία, αλλά «γίνεται ένας μαέστρος, ένας διευκολυντής των θεραπευτικών υπηρεσιών, γιατί υπάρχουν πολλά περισσότερα που μπορούν να γίνουν σε αυτό το πλαίσιο» (φράση που ειπώθηκε από τον Mieke E. Van de Sandt-Koenderman) Swathi Kiran. Technology-Based Treatment Options for Aphasia Case Studies by ASHA Professional Development [4].

Όσον αφορά στην υποστηριζόμενη θεραπεία μέσω υπολογιστή/ computer supported therapy, οι κατευθυντήριες οδηγίες του Royal College of Speech & language Therapists [19] αναφέρουν ότι η θεραπεία που βασίζεται σε υπολογιστή προσφέρει τη δυνατότητα παροχής εντατικής θεραπείας από το σπίτι με ελάχιστη συμβουλή του κλινικού. Μπορούν να συμβούν βελτιώσεις στην απόδοση σε μια σειρά επικοινωνιακών τρόπων.

Παραπομπή: Katz RC & Wertz RT (1997) Επίπεδο αποδεικτικών στοιχείων II

Παραπομπή: Mortley J, Enderby P & Petheram B (2001) Επίπεδο αποδεικτικών στοιχείων III

Σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες του Καναδά, EBRSR [9], η βιβλιογραφία είναι ανάμεικτη σχετικά με τη δυνατότητα των θεραπειών που βασίζονται σε υπολογιστή να βελτιώσουν την κατονομασία. Επίσης αναφέρεται ότι η θεραπεία με υπολογιστή μπορεί να είναι επωφελής για την επανάληψη.

Οι κατευθυντήριες οδηγίες της Αυστραλίας [6] αναφέρουν ότι οι θεραπείες που βασίζονται σε υπολογιστή έχουν τη δυνατότητα να αυξήσουν τη συχνότητα της θεραπείας όπως επίσης ποικίλλει η φύση των θεραπειών λόγου/γλώσσας. Σημαντικές αλλαγές στις βαθμολογίες για τη γλώσσα εμφανίστηκαν μετά από θεραπεία γλώσσας που βασίζεται σε υπολογιστή.

Αναφορά/παραπομπή: Cherney, 2010; Katz & Wertz, 1997, επίπεδο αποδεικτικών στοιχείων:

II

Χρησιμοποιούνται διάφοροι όροι για να περιγράψουν την εξ αποστάσεως θεραπεία. Teleconsultation, telehomecare, telemonitoring, telerehabilitation/τηλεαποκατάσταση. Το Skype έχει χρησιμοποιηθεί ως τρόπος θεραπείας για άτομα με αφασία. Επίσης, μερικές μελέτες έχουν εξετάσει τη χρήση εικονικών θεραπευτών ομιλίας ή avatar, όπου παρέχουν παραγωγή ομιλίας και θεραπεία παραγωγής λόγου μέσω ενός υπολογιστή. Ένας εικονικός θεραπευτής αναπτύχθηκε από τη Leora Cherney και ονομάζεται ORLA. Ο εικονικός θεραπευτής παρέχει ενδείξεις στον ασθενή όταν διαβάζει προτάσεις στη θεραπεία και παρέχει όση ενίσχυση και ανατροφοδότηση χρειάζεται ανάλογα με τις ανάγκες.

Γενικά, μία προσέγγιση που βασίζεται σε υπολογιστή είναι γενικά πιο προσιτή και οικονομικά αποδοτική από την ίδια δια ζώσης συνεδρία υπό την καθοδήγηση ενός θεραπευτή, καθώς για τους περισσότερους ασθενείς η ασφάλιση καλύπτει μόνο τις οξείες νοσοκομειακές υπηρεσίες αποκατάστασης. Επίσης, μπορεί να ελευθερώσει περισσότερους νοσοκομειακούς πόρους και να επιτρέψει στους ασθενείς να ξεκινήσουν και να συνεχίσουν την αποκατάσταση το συντομότερο δυνατό. Οι ασθενείς μπορούν να αναλάβουν πιο ενεργό ρόλο στη δική τους φροντίδα και η εκπαίδευση μπορεί θεωρητικά να γίνεται όσο συχνά και όποτε ο ασθενής το θέλει. Η ηλεκτρονική αποκατάσταση χρησιμοποιείται πιο συχνά στις μέρες μας και έχει αποδειχθεί ότι έχει οδηγήσει σε βελτιώσεις σε άτομα που είχαν εγκεφαλική βλάβη ή ήπιες γνωστικές διαταραχές. Υπάρχουν πανεπιστήμια όπως το City University στο Λονδίνο και το Πανεπιστήμιο της Βόρειας Καρολίνας, που ουσιαστικά διαθέτουν τέτοιου είδους υπηρεσίες θεραπείας για να επωφεληθούν οι ασθενείς. Η τηλεαποκατάσταση είναι ο τρόπος εξ αποστάσεως θεραπείας που έχει επικρατήσει. Δίνεται έμφαση στην ακουστική-οπτική αλληλεπίδραση, μέσω τηλεφώνου, τηλεδιάσκεψης.

Οι κατευθυντήριες οδηγίες της Αυστραλίας [6] αναφέρουν ότι υπάρχει μια τεκμηριωμένη βάση στοιχείων για τη χρήση της τηλεαποκατάστασης στην αποκατάσταση της αφασίας. Μπορεί να βελτιώσει την πρόσβαση σε υπηρεσίες για ανθρώπους τόσο σε αγροτικές και σε απομακρυσμένες περιοχές, καθώς και σε άτομα με δυσκολίες πρόσβασης σε υπηρεσίες (π.χ. άτομα με δυσκολίες μεταφοράς ή κινητικότητας).

Αναφορά/παραπομπή: Cherney & van Vuuren, 2012; Dechêne et al., 2011, επίπεδο αποδεικτικών στοιχείων:IV

Αξίζει να αναφερθούν κάποιες προειδοποιήσεις όσον αφορά στην εφαρμογή της τεχνολογίας μέσω υπολογιστή στην αποκατάσταση της αφασίας. Τα πρότυπα για την παροχή αποδεικτικών στοιχείων για εφαρμογές αποκατάστασης που βασίζονται σε τεχνολογία δεν πρέπει να διαφέρουν από τα παραδοσιακά μέτρα έκβασης αποκατάστασης. Από την άλλη πλευρά, η αποτελεσματικότητα των παραδοσιακών αποτελεσμάτων αποκατάστασης είναι από μόνη της

θέμα συζήτησης. Οι Kelly et al (2010) [4] αναφέρουν δυσκολίες στην εξαγωγή συνολικών συμπερασμάτων σχετικά με την αποτελεσματικότητα των θεραπειών λόγω των διαφορετικών ατομικών χαρακτηριστικών και της μεταβλητότητας της αφασίας των μεμονωμένων ασθενών, όπως προφίλ αφασίας, ηλικία και χρόνος μετά την έναρξη του τραυματισμού. Υπάρχει επομένως ανάγκη να αποδειχθούν σαφή αποτελέσματα αποκατάστασης σε μεγάλα σύνολα ατόμων με εγκεφαλικό επεισόδιο.

Επίσης έχουν αναπτυχθεί προγράμματα λογισμικού εκπαίδευσης εγκεφάλου για φυσιολογικούς ενήλικες, τα οποία έχουν επίσης εφαρμοστεί σε άτομα με αφασία και εγκεφαλική βλάβη. Λογισμικά αποκατάστασης του εγκεφάλου με υπολογιστή/ Computerized Brain Rehabilitation Software όπως το CogMed στοχεύουν στη βελτίωση των ικανοτήτων στη μνήμη εργασίας σε άτομα με εγκεφαλικό τραυματισμό (Johansson & Tornmalm, 2012; Lundqvist et al., 2012) [4]. Οι μελέτες βρήκαν βελτιώσεις στις δεξιότητες της μνήμης εργασίας σε άτομα με ήπια ελλείμματα. Η αποτελεσματικότητα του λογισμικού Posit Science εξετάστηκε από τους Barnes et al (2009) [4] για τη βελτίωση της ακουστικής ταχύτητας επεξεργασίας σε άτομα με ήπια γνωστική εξασθένηση. Παρόλο που οι διαφορές μεταξύ της πειραματικής ομάδας και της ομάδας ελέγχου δεν ήταν στατιστικά σημαντικές, τα μέτρα λεκτικής μάθησης και μνήμης ήταν υψηλότερα στην πειραματική ομάδα από την ομάδα ελέγχου. Ο Finn και ο McDonald (2011) [4] χρησιμοποιώντας το λογισμικό Lumosity εστίασαν στην προσοχή, την ταχύτητα επεξεργασίας και την οπτική μνήμη σε πειραματικούς συμμετέχοντες και στην ομάδα ελέγχου. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι πειραματικοί συμμετέχοντες βελτιώθηκαν στις ασκήσεις κατάρτισης/εκπαίδευσης περισσότερο από την ομάδα ελέγχου. Αξίζει να αναφερθεί και η Constant Therapy που είναι ένα είδος ευρύτερης πλατφόρμας λογισμικού (θα αναφερθούμε αναλυτικά παρακάτω).

Αναφέρθηκε προηγουμένως ότι οι μελέτες που χρησιμοποιούν την τεχνολογία βασίζονται σε πολύ μικρά δείγματα ασθενών. Σε αυτό το σημείο θα παρουσιαστεί η μελέτη των Swathi Kiran, Carrie Des Roches, Isabel Balachandran, Elsa Ascenso. (2014). Development of an Impairment-Based Individualized Treatment Workflow Using an iPad-Based Software Platform [25], τα συμπεράσματα της οποίας είναι σημαντικά και έρχονται να ανατρέψουν τον παραπάνω περιορισμό.

Ο στόχος αυτής της μελέτης ήταν να εξετάσει την κλινική αποτελεσματικότητα της χρήσης μιας εφαρμογής θεραπείας με βάση το iPad για την παροχή εξατομικευμένης θεραπείας σε άτομα με αφασία για να καθοριστεί εάν ένα πρόγραμμα δομημένης θεραπείας που περιλαμβάνει πρακτική οικιακής εργασίας που παραδίδεται μέσω iPad, έχει ως αποτέλεσμα σημαντικά οφέλη στη συνολική επικοινωνία και πως τα ατομικά προφίλ σοβαρότητας επηρεάζουν τα αποτελέσματα της θεραπείας. Η μελέτη εξέτασε επίσης την αποτελεσματικότητα γλωσσικών και γνωστικών

θεραπειών για τη διευκόλυνση της βελτίωσης της ακρίβειας και του λανθάνοντος χρόνου σε μια ομάδα ετερογενών ατόμων στα άτομα μετά το εγκεφαλικό επεισόδιο και το TBI.

Ο πρώτος στόχος της μελέτης ήταν να εξεταστεί αν ένα πρόγραμμα θεραπείας με βάση το iPad θα μπορούσε να παρέχεται με τυποποιημένο αλλά εξατομικευμένο και αυτοβηματικό τρόπο και πως η συμμόρφωση και η δοσολογία της θεραπείας ήταν εμφανής σε ένα τέτοιο πρωτόκολλο.

Οι ασθενείς μετά από εγκεφαλική βλάβη είναι μεταβλητά ετερογενής ως προς τη γλώσσα και το γνωστικό προφίλ. Επιλέχθηκαν δύο μέτρα γλωσσικής και γνωστικής βαρύτητας, το R-WABAQ και το CLQT Composite Severity για εξέταση ως συντεταγμένη στο αποτέλεσμα. Επιπλέον, επιλέχθηκε η ηλικία, ο τύπος τραυματισμού και το ποσοστό συμμόρφωσης για να εξεταστεί πως αυτοί οι παράγοντες σχετίζονται με τα αποτελέσματα της θεραπείας.

Δεν υπήρχε σημαντική διαφορά στη δοσολογία της θεραπείας (10 εβδομάδες θεραπείας τόσο για τις πειραματικές ομάδες όσο και για τις ομάδες ελέγχου). Οι πειραματικοί ασθενείς μπήκαν στην κλινική μία φορά την εβδομάδα και εργάζονταν στην πλατφόρμα λογισμικού στο iPad όπου πήραν στο σπίτι και τους ζητήθηκε να εξασκηθούν όσο το δυνατόν περισσότερο στο σπίτι. Οι ασθενείς στην ομάδα ελέγχου μπήκαν στην κλινική μία φορά την εβδομάδα και συνεργάστηκαν με τον κλινικό, αλλά δεν πήραν το iPad στο σπίτι και δεν εξασκούνταν σε κανένα λογισμικό στο σπίτι. Το ποσό της πρακτικής που έλαβε η πειραματική ομάδα ήταν συνολικά υψηλότερο από την ομάδα ελέγχου. Καμία σημαντική διαφορά δε σημειώθηκε είτε στη δοσολογία είτε στη συμμόρφωση.

Όλοι οι ασθενείς έλαβαν αξιολογήσεις πριν και μετά το πρόγραμμα παρέμβασης που διήρκεσε 10 εβδομάδες για αυτούς τους ασθενείς. Κάθε συμμετέχων δοκιμάστηκε πριν και μετά τη θεραπεία σε: Revision-Western Aphasia Battery, Boston Naming Test, Pyramids and Palm Trees και Cognitive Linguistic Quick Test.

Πραγματοποιείται πραγματικά προσπάθεια τυποποίησης της θεραπείας που λαμβάνει ο κάθε ένας ασθενής αλλά εξατομικευμένη με τρόπο που κάθε ασθενής λαμβάνει μόνο τη θεραπεία που βασίζεται στο προφίλ εξασθέτισής του.

Έτσι, το πρώτο βήμα ήταν να αξιολογηθεί η απόδοση του ασθενούς. Με βάση την αρχική απόδοση του ασθενούς, ο κλινικός ανέθεσε στους ασθενείς με σοβαρότερη δυσκολία βασικές εργασίες, σε σχέση με τους ασθενείς υψηλότερου επιπέδου απόδοσης. Υπήρχε ποικιλία εργασιών και ο κλινικός θα έπρεπε να αποφασίσει ποια ήταν η καλύτερη εργασία για να ανατεθεί σε συγκεκριμένα επίπεδα δυσκολίας σε κάθε ασθενή.

Σε αυτή τη μελέτη ζητήθηκε από τους πειραματικούς ασθενείς να εξασκηθούν έως και έξι ημέρες στο σπίτι τους, αλλά δεν υπήρχε χρονικό όριο ή συνταγή για το πόσο χρειάζονταν να εξασκηθούν. Οι πειραματικοί συμμετέχοντες, παρόλο που ενθαρρύνονταν να κάνουν εξάσκηση στο σπίτι τους, δεν αναγκάστηκαν να εξασκηθούν στη θεραπεία ενώ ήταν έξω από την κλινική και δεν αποθαρρύνθηκε η πρόσθετη άσκηση πάνω από το ιδανικό 6h.

Επίσης, ένας κλινικός συνεργαζόταν με τον ασθενή κατά τη διάρκεια της εβδομαδιαίας κλινικής συνεδρίας όπου η συζήτηση-θεραπεία ήταν περισσότερο για το πως πήγε η συνεδρία, αν ήταν ευκολότερες οι εργασίες γι' αυτόν ή δυσκολότερες. Συζητούσαν τις στρατηγικές που χρησιμοποίησε ο ασθενής για να πάρει τη σωστή απάντηση στη συγκεκριμένη εργασία. Ο κλινικός παρακολουθούσε τον ασθενή, δίνοντας τη σωστή ανατροφοδότηση και παρέχοντας πληροφορίες για το τι λειτούργησε και τι δεν λειτούργησε. Όταν ο ασθενής δούλευε στον υπολογιστή μόνος του, το πρόγραμμα τον διόρθωνε σε περίπτωση λάθους. Τα άμεσα σχόλια βοηθάνε τον ασθενή να μαθαίνει. Και εκτός από την παροχή αυτού του επιπέδου ανατροφοδότησης, ο κλινικός μπορούσε να παρακολουθεί την απόδοση του ασθενούς κάθε μέρα εξ αποστάσεως, καθώς και κατά τη διάρκεια της συνεδρίας και να αποφασίζει αν ο ασθενής ήταν έτοιμος να μετακινηθεί στο επόμενο επίπεδο ή στην επόμενη εργασία και ούτω καθεξής. Έτσι, για να λάβει κλινικές αποφάσεις, ο κλινικός είχε στη διάθεσή του ένα στιγμιότυπο του πως ο ασθενής τα πήγαινε με την πάροδο του χρόνου. Μερικές φορές λοιπόν μπορούσε να αποφασίσει να κρατήσει τον ασθενή στην ίδια εργασία για λίγο περισσότερο, επειδή η απόδοσή του εξακολουθούσε να είναι χαμηλότερη από αυτήν που σημείωνε ο μέσος πληθυσμός σε αυτήν την εργασία. Ο κλινικός θα μπορούσε επίσης να δει την απόδοση του ασθενούς με την πάροδο του χρόνου σε αυτή τη συγκεκριμένη εργασία. Και θα μπορούσε να το εξετάσει τόσο από την πλευρά της καθυστέρησης όσο και από την ακρίβεια. Έτσι, η θεραπεία ήταν πολύ προσανατολισμένη ως προς αυτό τι ο ασθενής μπορούσε και δε μπορούσε να κάνει.

Η συχνότητα με την οποία οι πειραματικοί ασθενείς εξασκούσαν το λογισμικό ήταν πολύ διαφορετική από αυτήν της ομάδας ελέγχου. Ο κλινικός μπορούσε να εξετάσει τη συμμόρφωση στη θεραπεία. Είναι ενδιαφέρον ότι οι βαθμολογίες των συμμετεχόντων στο R-WABAQ συσχετίστηκαν αρνητικά με το ποσοστό συμμόρφωσης στο σπίτι, δείχνοντας ότι οι συμμετέχοντες με χαμηλότερες βαθμολογίες AQ είχαν υψηλότερη συμμόρφωση ενώ ήταν στο σπίτι. Ένα ενδιαφέρον εύρημα ήταν ότι παρόλο που η προσδοκία για μια ώρα συνεδρία στην κλινική είναι ότι εξασκούσαν τη θεραπεία για 1 ώρα, τα δεδομένα έδειξαν ότι αυτό δεν ισχύει. Στην πραγματικότητα, ο πραγματικός χρόνος θεραπείας ήταν μικρότερος από μία ώρα (περίπου 41 λεπτά), που ήταν 68,1% συμμόρφωση από την ιδανική ώρα κλινικής. Σαφώς, η πρόσθετη ευκαιρία

για εξάσκηση θεραπείας στο σπίτι αυξάνει το συνολικό ποσό της πρακτικής θεραπείας που ο συμμετέχων μπορεί να λάβει και να δείξει θετικές αλλαγές συμπεριφοράς.

Οι ασθενείς με σοβαρότερη γλωσσική διαταραχή επωφελούνται από τις απλούστερες εργασίες, γιατί αυτό είναι κατάλληλο για αυτούς. Οι χαμηλότερες αρχικές βαθμολογίες στο WAB και το CLQT αφενώς μας δείχνουν ότι αυτοί οι ασθενείς επωφελούνται από εργασίες που απαιτούν πολύ δομημένη πρακτική μνήμης, σε σχέση με τους υψηλότερους νοητικά άθικτους ασθενείς που επωφελούνται από εργασίες που απαιτούν συνδυασμό γλωσσικών και γνωστικών δεξιοτήτων, αφετέρου δείχνει ότι οι πειραματικοί ασθενείς, αυτοί με τις χαμηλότερες αρχικές βαθμολογίες στο WAB και το CLQT παρουσίασαν περισσότερες βελτιώσεις σε σχέση με τους ασθενείς με υψηλότερες αρχικές βαθμολογίες.

Τι σημαίνει αυτό; Έχουμε την τάση να διαγράφουμε τους ασθενείς με τη σοβαρότερη διαταραχή ως αυτούς με κακή πρόγνωση και αυτούς που πιθανότατα δε θα βελτιωθούν ως συνάρτηση της αποκατάστασης. Στην πραγματικότητα, αυτά τα δεδομένα δείχνουν ότι οι ασθενείς αυτοί μπορούν να κερδίσουν περισσότερα από τη θεραπεία και θα πρέπει να συνεχίσουμε να συνεργαζόμαστε μαζί τους και ότι η θεραπεία με βάση την εξασθένηση μπορεί να δείξει οφέλη.

Υποκατηγορίες συν-βελτίωσης εργασιών εμφανίζονται να συμβαίνουν μεταξύ διαφορετικών γλωσσικών έργων, μεταξύ διαφορετικών γνωστικών έργων και κατά μήκος και των 2 τομέων: εργασίες ανάγνωσης και κατονομασίας, αριθμητικές και ποσοτικές εργασίες συλλογιστικής, γλωσσικές και γνωστικές εργασίες (συμπεριλαμβανομένων καθηκόντων μνήμης που χρησιμοποιούν γλωσσικά ερεθίσματα με εργασίες ανάγνωσης και κατονομασίας).

Η μελέτη αυτή είχε 51 ασθενείς, είναι μία μελέτη με το μεγαλύτερο σύνολο δεδομένων σε σχέση με αυτό που έχει δημοσιευτεί σε αυτόν τον τομέα. Ο μέσος αριθμός ασθενών στην πλατφόρμα είναι περίπου 400 ανά εργασία. Πρόκειται για μια τεράστια ανάλυση με βάση τον πληθυσμό των έργων θεραπείας. Έχουμε 51 θεραπείες με κατά μέσο όρο 400 ασθενείς σε καθεμία από αυτές τις θεραπείες. Υπάρχει διάγραμμα όπου ο άξονας X δείχνει το κέρδος της λανθάνουσας κατάστασης και στον άξονα Y το κέρδος ακρίβειας. Αυτό που μας δείχνει είναι τον αριθμό των ασθενών που έχουν κάνει πραγματικά το έργο και πόσα κέρδη πρέπει να περιμένουμε.

Οδηγούμεστε πραγματικά στο σημείο που τώρα μπορούμε να χρησιμοποιήσουμε αυτά τα δεδομένα για να καταλάβουμε πόση βελτίωση πρέπει να περιμένουμε για έναν ασθενή βάσει αυτής της ανάλυσης και βάσει πληθυσμού. Μπορούμε να στρωματοποιήσουμε τα δεδομένα που έχουμε όσον αφορά τα δημογραφικά στοιχεία. Μπορούμε να αρχίσουμε να διαχωρίζουμε τα δεδομένα που έχουμε σχετικά με το τι λειτουργεί και τι δεν λειτουργεί όσον αφορά τη βελτίωση των θεραπειών που εργαζόμαστε γι' αυτούς τους ασθενείς και τη λήψη των καλύτερων

αποφάσεων. Επίσης, υπάρχει δυνατότητα συνεχούς συλλογής δεδομένων, είμαστε σε θέση να εντοπίσουμε ξαφνικές αλλαγές στη συμπεριφορά και τη γνωστική απόδοση, πχ μία πτώση στην απόδοση ασθενούς που προηγήθηκε της πραγματικής διάγνωσης, σε καθεμία από τις εργασίες που του είχε ανατεθεί, για παράδειγμα η ακρίβεια μειώθηκε και η καθυστέρηση αυξήθηκε που αποτέλεσε σημάδι που επιβεβαιώθηκε αργότερα για ένα δεύτερο εγκεφαλικό επεισόδιο. Άρα η παρακολούθηση συνεχών δεδομένων επιτρέπει τον εντοπισμό ανεπιθύμητων ενεργειών με την πάροδο του χρόνου, (αλλαγές στη γλώσσα και τη γνωστική απόδοση όσον αφορά την ακρίβεια και τον λανθάνοντα χρόνο πριν από την επιβεβαιωτική διάγνωση).

Συνοψίζοντας, μπορούμε να χρησιμοποιήσουμε τα αναλυτικά στοιχεία, τις δημογραφικές και διαγνωστικές πληροφορίες για να παρακολουθήσουμε τους ασθενείς μετρώντας την πρόοδό τους, διαμορφώνοντας την καλύτερη στρατηγική και προβλέποντας τα καλύτερα αποτελέσματα γι' αυτούς τους ασθενείς. Αυτά τα αποτελέσματα παρέχουν προκαταρκτικά στοιχεία για την πληρότητα της χρήσης μιας πλατφόρμας που βασίζεται σε tablet για την παροχή προσαρμοσμένης γλωσσικής και γνωστικής θεραπείας σε άτομα με αφασία.

3.7.5 ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΠΟΙΗΣΗΣ ΚΑΙ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΣΤΗ ΖΩΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΗΝ ΑΦΑΣΙΑ

Υπάρχουν προσεγγίσεις που αντί να επικεντρώνονται πλήρως στην ανάκτηση της γλώσσας του ατόμου, εστιάζουν σε τομείς εκτός από τη γλωσσική δυσλειτουργία.

Οι τομείς αυτοί περιλαμβάνουν:

- ψυχοκοινωνική προσαρμογή και ταυτότητα (Kagan et al., 2008; LPAA, 2000; Simmons-Mackie, 2007; Simmons-Mackie & Kagan, 2007, Θεραπείες που εστιάζουν στη συμμετοχή (πηγή: Royal College of Speech & Language Therapists Clinical Guidelines)
- συμμετοχή σε προσωπικές καταστάσεις ζωής (π.χ. δραστηριότητες αναψυχής, κοινωνικές σχέσεις, εργασία)
- περιβαλλοντική υποστήριξη για επικοινωνία και συμμετοχή

Αυτοί οι τομείς αλληλεπιδρούν με τη γλωσσική δυσλειτουργία για να επηρεάσουν σημαντικά την ποιότητα ζωής του ατόμου που ζει με αφασία.

3.7.5 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΠΟΥ ΕΣΤΙΑΖΕΙ ΣΤΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ/PARTICIPATION THERAPY

Η Participation Therapy ενσωματώνει τεχνικές θεραπείας που στοχεύουν στην υποστήριξη ατόμων με αφασία και άλλων που επηρεάζονται από αυτήν, στην επίτευξη των άμεσων και

μακροπρόθεσμων στόχων ζωής τους. Αυτές οι παρεμβάσεις μπορούν να πραγματοποιηθούν σε οποιοδήποτε στάδιο της ζωής με αφασία και σε οποιοδήποτε περιβάλλον/ρύθμιση. Επικεντρώνονται στη διευκόλυνση της αυτονομίας, των ρόλων και του τρόπου ζωής. Οι θεραπείες λειτουργούν σε διαφορετικά επίπεδα, τα οποία μπορεί να εμπλέκουν το άτομο, το περιβάλλον και την κοινότητα ή όλα αυτά μαζί. Πολλές τεχνικές θεραπείας συμμετοχής αλληλεπικαλύπτονται.

ο **3.7.5 ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΤΗ ΖΩΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΦΑΣΙΑ- LIFE PARTICIPATION APPROACH TO APHASIA (LPAA)**

Η LPAA είναι μια προσέγγιση παροχής υπηρεσιών και όχι μία συγκεκριμένη κλινική προσέγγιση. Είναι σημαντικό να κατανοήσουμε ότι η LPAA δεν καθορίζει μια συγκεκριμένη μέθοδο διεξαγωγής αξιολόγησης ή θεραπείας αφασίας. Αντιθέτως, όλες οι παρεμβάσεις που είναι συνεπείς με τις γενικές αρχές της LPAA θεωρούνται LPAA. Η LPAA αναγνωρίζει ότι όλοι όσοι επηρεάζονται από την αφασία έχουν δικαίωμα υπηρεσίας.

Η φιλοσοφία της LPAA υιοθετεί μια άποψη θεραπείας που δίνει έμφαση στην ικανότητα και την ένταξη στην καθημερινή ζωή εστιάζοντας τόσο στις συνέπειες των χρόνιων διαταραχών όσο στη γλωσσική δυσκολία που προκαλείται από την αφασία. Η βελτίωση της βραχυπρόθεσμης και μακροπρόθεσμης συμμετοχής στη ζωή αποτελεί στόχο.

Στη LPAA η εκτίμηση και οι θεραπείες αφασίας μπορούν να επικεντρωθούν σε έναν ή περισσότερους τομείς του ICF, συμπεριλαμβανομένων παραγόντων που σχετίζονται με το επικοινωνιακό περιβάλλον, την κατάσταση της ζωής, την προσωπική ταυτότητα, τις στάσεις και τα συναισθήματα, καθώς και τη γλωσσική διαταραχή. Η παρέμβαση συνίσταται στη συνεχή αξιολόγηση, στάθμιση και ιεράρχηση των προσωπικών και περιβαλλοντικών παραγόντων που πρέπει να αποτελούν στόχο παρέμβασης και του καλύτερου τρόπου με τον οποίο παρέχεται πιο ελεύθερη, ευκολότερη και πιο αυτόνομη πρόσβαση σε δραστηριότητες και κοινωνικές συνδέσεις επιλογής. Οι στόχοι αντιμετώπισης περιλαμβάνουν τα επίπεδα διαταραχής, δραστηριότητας και συμμετοχής, καθώς επίσης την απομάκρυνση των περιβαλλοντικών περιορισμών και την αύξηση των επικοινωνιακών παραγόντων διευκόλυνσης.

Με άλλα λόγια, εκτός από τις κύριες επιδράσεις του εγκεφαλικού επεισοδίου (πχ αφασία, κόπωση), προσωπικοί παράγοντες (επιμονή, προσαρμοστικότητα, συναισθηματικές προκλήσεις, συνάφεια δραστηριοτήτων), κοινωνικοί παράγοντες (αίσθηση του ανήκειν έναντι του στιγματισμού, επίπεδα υποστήριξης, περιβαλλοντικοί περιορισμοί) και αλληλεπιδράσεις με επαγγελματίες (επίπεδα υποστήριξης, κοινή λήψη αποφάσεων, συνάφεια της αποκατάστασης με τις απαιτήσεις του πραγματικού κόσμου) επηρεάζουν την κοινωνική ένταξη [29]. Για παράδειγμα, η πλήρης συμμετοχή εξαρτάται από τα κίνητρα και από ένα συνεπές και αξιόπιστο σύστημα

υποστήριξης. Ένα πολύ υποστηρικτικό περιβάλλον μπορεί να μειώσει τις συνέπειες της αφασίας στη ζωή κάποιου, ανεξάρτητα από τη γλωσσική δυσλειτουργία. Κάποιος με ήπια αφασία σε ένα μη υποστηρικτικό περιβάλλον μπορεί να αντιμετωπίσει μεγαλύτερα καθημερινά βάρη από έναν άλλο με σοβαρή αφασία που υποστηρίζεται ιδιαίτερα.

Ανεξάρτητα από το στάδιο διαχείρισης του ασθενούς, η LPAA επικεντρώνεται στην εκ νέου εμπλοκή του ασθενούς στη ζωή, ξεκινώντας από την αρχική αξιολόγηση, παρέμβαση, ενίσχυση της καθημερινής συμμετοχής σε δραστηριότητες επιλογής και συνεχίζει, μετά την έξοδο από το νοσοκομείο, έως ότου το άτομο δεν επιλέξει πλέον να έχει επικοινωνιακή υποστήριξη. Η υπολειμματική ικανότητα θεωρείται επομένως μόνο μία από τις πολλές προϋποθέσεις. Οι δραστηριότητες της ζωής δεν χρειάζεται να βρίσκονται στο πεδίο της επικοινωνίας για να αξίζουν ή να λαμβάνουν παρέμβαση.

Η LPAA δίνει έμφαση στη διαθεσιμότητα υπηρεσιών σε όλα τα στάδια διαβίωσης με την αφασία. Ξεκινά με την έναρξη της αφασίας και συνεχίζεται έως ότου οι άνθρωποι με αφασία και οι πάροχοι συμφωνήσουν ότι έχουν πραγματοποιηθεί στοχευμένες αλλαγές στη βελτίωση της ζωής. Αναγνωρίζει ότι οι συνέπειες της αφασίας στη ζωή αλλάζουν με την πάροδο του χρόνου και πρέπει να αντιμετωπιστούν ανεξάρτητα από το χρονικό διάστημα μετά την έναρξη. Επομένως, επιτρέπεται στους ανθρώπους με αφασία να διακόψουν την παρέμβαση και να επανεισέλθουν στη θεραπεία όταν πιστεύουν ότι πρέπει να συνεχίσουν να εργάζονται σε έναν στόχο ή να επιτύχουν έναν νέο στόχο ζωής.

Η LPAA τοποθετεί τις ανησυχίες για τη ζωή εκείνων που επηρεάζονται από την αφασία στο επίκεντρο όλων των αποφάσεων. Το άτομο με αφασία μπορεί να συμμετάσχει στη διαδικασία ανάκαμψης και να συνεργαστεί στο σχεδιασμό παρεμβάσεων που στοχεύουν στην ταχύτερη επιστροφή στην ενεργό ζωή. Η LPAA συνιστά στους κλινικούς ιατρούς και τους ερευνητές να εξετάσουν τη διπλή λειτουργία της επικοινωνίας, της μετάδοσης και λήψης μηνυμάτων και της δημιουργίας και διατήρησης κοινωνικών δεσμών.

Η LPAA εστιάζει στην παροχή αποτελεσματικής βραχυπρόθεσμης ελάχιστης περίθαλψης πράγμα που συμβάλλει στη εξοικονόμηση εξόδων υγειονομικής περίθαλψης.

Η προσέγγιση LPAA υποστηρίζει ότι είναι απαραίτητο να οικοδομηθούν προστατευόμενες κοινότητες εντός της κοινωνίας όπου άτομα με αφασία έχουν τη δυνατότητα όχι μόνο να συμμετάσχουν, αλλά εκτιμώνται ως συμμετέχοντες. Ως εκ τούτου, η παρέμβαση μπορεί να περιλαμβάνει την αλλαγή ευρύτερων κοινωνικών συστημάτων για να τα καταστήσει πιο προσιτά σε όσους επηρεάζονται από την αφασία.

Επομένως στόχος της υγειονομικής περίθαλψης είναι να βοηθήσουμε τους ανθρώπους που επηρεάζονται να ενταχθούν ξανά στην κοινότητα με τον τρόπο που θέλουν. Η συμμετοχή σε δραστηριότητες της κοινότητας σχετίζεται με τη βελτίωση της ποιότητας ζωής [29]. Το μεγαλύτερο μέρος της υγειονομικής περίθαλψης επικεντρώνεται στη βελτίωση της ικανότητας ενός ατόμου να αναλαμβάνει δραστηριότητες. Για την επίτευξη κοινωνικής και κοινοτικής ολοκλήρωσης, το άτομο με αφασία, η οικογένεια και οι φροντιστές του πρέπει να έχουν πληροφορίες για τις τοπικές ευκαιρίες, πρέπει να γνωρίζουν τα οφέλη της σωματικής και ψυχικής υγείας από τη δραστηριότητα, τη διαθεσιμότητα προσβάσιμων κοινωνικών ρυθμίσεων και μεταφορών και την κατάλληλη κατάρτιση κοινοτικών παρόχων αναψυχής και κοινωνικών δραστηριοτήτων. Οι εθελοντικές υπηρεσίες του εγκεφαλικού επεισοδίου και οι ομάδες υποστήριξης από συνομηλικούς μπορούν να διαδραματίσουν σημαντικό ρόλο στην παροχή βοήθειας [29].

Ως μέρος του σχεδίου αυτοδιαχείρισης των ασθενών, θα πρέπει να υποστηρίζονται για τον εντοπισμό κοινωνικών και ψυχαγωγικών δραστηριοτήτων στις οποίες επιθυμούν να συμμετάσχουν, λαμβάνοντας υπόψη τις γνωστικές και πρακτικές τους δεξιότητες. Οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να συμβουλεύουν το άτομο με αφασία, την οικογένεια και τους φροντιστές του για τα οφέλη που έχει η συμμετοχή σε κοινωνικές και ψυχαγωγικές δραστηριότητες. Επίσης να εντοπίσουν και να βοηθήσουν να ξεπεραστούν τυχόν εμπόδια στη συμμετοχή (π.χ. χαμηλή αυτοπεποίθηση ή δυσκολία μεταφοράς).

Πώς θα μπορούσε να επιτευχθεί η κοινωνική σύνδεση; Υπάρχουν διάφορες προσεγγίσεις οι οποίες παρουσιάζονται παρακάτω.

• **3.7.6 ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΣΥΝΕΡΓΑΤΩΝ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ (COMMUNICATION PARTNER TRAINING)**

Η θεραπεία στοχεύει στην ανάπτυξη της χρήσης κατάλληλων και αποτελεσματικών στρατηγικών επικοινωνίας από συνεργάτες συνομιλίας χωρίς αφασία προκειμένου να τους επιτρέψουν να προσαρμόσουν την αλλαγή της επικοινωνίας του ατόμου με αφασία. Περιλαμβάνουν εργασία με μέλη της οικογένειας, τους φροντιστές των ατόμων με αφασία και συνεργασία με εθελοντές.

Παρόλο που τα μέλη της οικογένειας είναι οι πιο πιθανοί υποψήφιοι για την κατάρτιση συνεργατών επικοινωνίας λόγω κοινών εμπειριών και στενών συσχετίσεων με το άτομο με αφασία, το να ζει κανείς επιτυχώς με την αφασία απαιτεί από το άτομο με αφασία να έχει άλλες ευκαιρίες να εξασκεί την επικοινωνία και να απολαμβάνει κοινωνικές σχέσεις. Έτσι, η εξατομικευμένη εκπαίδευση των συνεργατών πρέπει να επεκτείνεται σε φίλους ή εθελοντές που είναι πρόθυμοι να εργαστούν για μια επικοινωνιακή σχέση με το άτομο με αφασία.

Οι συνεργάτες επικοινωνίας θα πρέπει να ενθαρρύνονται να χρησιμοποιούν οι ίδιοι τη συνολική επικοινωνία για να βελτιώσουν την κατανόηση του ατόμου με αφασία (πχ στην περίπτωση ασθενή με σοβαρή αφασία) και να δημιουργήσουν ένα πλαίσιο στο οποίο ομαλοποιούνται πολλοί τρόποι επικοινωνίας, αντί να στιγματίζονται.

Οι κατευθυντήριες οδηγίες της Αυστραλίας [6] αναφέρουν ότι οι λογοπαθολόγοι θα πρέπει να προσφέρουν υποστήριξη και εκπαίδευση σε οικογένειες και φροντιστές ατόμων με αφασία έτσι ώστε να γίνουν εξειδικευμένοι σύντροφοι επικοινωνίας. Οι έρευνες δείχνουν ότι τα άτομα με αφασία μπορεί να είναι περισσότερο σε θέση να συμμετέχουν σε συνομιλία με έναν εξειδικευμένο, υποστηρικτικό συνεργάτη επικοινωνίας (Simmons -ons Mackie et al., 2010).

Αναφορά/παραπομπή: Simmons - Mackie et al., 2010, Επίπεδο αποδεικτικών στοιχείων : I

Θα πρέπει να παρέχεται εκπαίδευση συνεργατών επικοινωνίας για τη βελτίωση του επικοινωνιακού περιβάλλοντος που παρέχεται από συχνούς συνεργάτες επικοινωνίας για το άτομο με αφασία.

Αναφορά/παραπομπή: Simmons-Mackie et al., 2010, Επίπεδο αποδεικτικών στοιχείων: I

Σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες του Royal College of Speech & language Therapists [19] για τις θεραπείες που εστιάζουν στις δεξιότητες των συνομιλητικών συνεργατών/ conversational partners και συγκεκριμένα για την εκπαίδευση με τα μέλη της οικογένειας και τους φροντιστές των ανθρώπων με αφασία αναφέρεται ότι ο λογοθεραπευτής πρέπει να στοχεύει:

- στο να αξιολογήσει τα δυνατά και τα αδύνατα σημεία της επικοινωνίας του ατόμου με αφασία
- να αξιολογήσει τα πρότυπα συνομιλίας / αλληλεπίδρασης του ατόμου με αφασία και του συντρόφου συνομιλίας του. Αυτό μπορεί να περιλαμβάνει ανάλυση συνομιλίας/ conversation analysis (CA)
- να αυξήσει την ευαισθητοποίηση/ενημερότητα του συνεργάτη/συντρόφου συνομιλίας για τις δικές του δεξιότητες και τα δυνατά σημεία επικοινωνίας και τις ανάγκες του ατόμου με αφασία.
- να εκπαιδεύσει το συνεργάτη συνομιλίας για λεκτικές και μη λεκτικές στρατηγικές για τη βελτίωση των επικοινωνιακών αλληλεπιδράσεων και συνομιλιών.

Αποδεικτικά στοιχεία

- Booth S & Swabey D (1999) Επίπεδο αποδεικτικών στοιχείων III
- Hopper T, Holland A & Rewega M (2002) Επίπεδο αποδεικτικών στοιχείων III

- Maneta A, Marshall J & Lindsay J (2001) Επίπεδο αποδεικτικών στοιχείων III
- Simmons N, Kearns K, & Potechin G (1987) επίπεδο αποδεικτικών στοιχείων IV

Κατά την εκπαίδευση εθελοντών, ο λογοθεραπευτής πρέπει να στοχεύει να αυξήσει την κατανόηση των εθελοντών για την αφασία και να αυξήσει τη γνώση τους σχετικά με τις τεχνικές επικοινωνίας προκειμένου να διευκολύνουν την επικοινωνία των ατόμων με αφασία και να τους υποστηρίξει σε συνομιλίες. Επίσης, να βελτιώσει τις δεξιότητες συνομιλίας εθελοντών με άμεση εκπαίδευση στη χρήση αυτών των τεχνικών επικοινωνίας.

Αποδεικτικά στοιχεία

- Kagan A, Black S, Duchan J, Simmons-Mackie N & Square P (2001) Επίπεδο αποδεικτικών στοιχείων I
- Rayner H & Marshall J (2003) Επίπεδο αποδεικτικών στοιχείων III

Ο απώτερος στόχος των περισσότερων θεραπειών για τη γλώσσα και την επικοινωνία είναι η επίτευξη αλλαγών σε επίπεδο συνομιλίας. Συχνά θεωρείται ότι η άμεση γλωσσική θεραπεία μπορεί να οδηγήσει σε καλύτερη συνομιλητική ευχέρεια. Στην πραγματικότητα, οι δεξιότητες συνομιλίας συχνά δεν εμφανίζονται αυθόρμητα. Είναι η ίδια η φύση της επικοινωνίας μία αμφίδρομη διαδικασία που σημαίνει ότι και οι δύο εταίροι πρέπει να προσαρμόσουν τις επικοινωνιακές τους δεξιότητες για να λειτουργήσει η συνομιλία. Κατά συνέπεια, η θεραπεία απευθείας στο επίπεδο συνομιλίας είναι απαραίτητη για τη βελτίωση των συνομιλιών των ατόμων με αφασία. Συνεπώς οι συνεργάτες/σύντροφοι που μιλούν δε μπορούν να αλλάξουν τα πρότυπα αλληλεπίδρασης τους, εκτός εάν οι συμπεριφορές εκπαιδεύονται άμεσα και παρέχονται σχόλια. Η εκπαίδευση των συντρόφων μπορεί να βελτιώσει όχι μόνο τη δική τους επικοινωνία, αλλά και αυτή του ατόμου με αφασία.

Υπάρχουν στοιχεία που δείχνουν ότι η παροχή κατάρτισης δεξιοτήτων επικοινωνίας σε φοιτητές υγειονομικής περίθαλψης και σε εθελοντές βελτιώνει σημαντικά την ικανότητά τους να αλληλεπιδρούν με έναν ενήλικα με αφασία όσον αφορά στη λήψη πληροφοριών και τη δημιουργία σχέσης (Simmons-Mackie, Raymer, Armstrong, Holland, & Cherney, 2010). Αυτά τα αποτελέσματα υπογραμμίζουν την ανάγκη για την κατάρτιση δεξιοτήτων επικοινωνίας επαγγελματιών υγείας που αλληλεπιδρούν με άτομα με αφασία.

Αναφορά/παραπομπή: Simmons -Mackie et al., 2010, Επίπεδο αποδεικτικών στοιχείων: I

Επιπλέον, απαιτείται εκπαίδευση σε υποστηριζόμενες μεθόδους επικοινωνίας από άτομα που είναι πιθανό να αλληλεπιδράσουν με άτομα με αφασία, όπως παρόχους υγειονομικής περίθαλψης ή παρόχους υπηρεσιών (Simmons-Mackie et al., 2007) [2]. Ο Beukelman και οι συνάδελφοί του

(2007) προτείνουν ότι οι κλινικοί και οι συνεργάτες επικοινωνίας πρέπει να είναι καλά έμπειροι στις στρατηγικές AAC και υποστήριξης για να διευκολύνουν την επιτυχή επικοινωνία.

Η εκπαίδευση συνεργατών επικοινωνίας αποδείχθηκε ότι είναι μια αποτελεσματική προσέγγιση για τη βελτίωση των δραστηριοτήτων επικοινωνίας ή / και της συμμετοχής ορισμένων ατόμων με χρόνια αφασία όταν αλληλεπιδρούν με εκπαιδευμένους συνεργάτες επικοινωνίας (Simmons - Macie et al., 2010)

Αναφορά/παραπομπή: Simmons-Mackie et al., 2010, Επίπεδο αποδεικτικών στοιχείων: I

Μελέτες που σύγκριναν τη θεραπεία της αφασίας που διευκολύνεται από εθελοντή σε σύγκριση με τη θεραπεία από λογοπαθολόγους έχουν δείξει ελάχιστη έως καθόλου διαφορά (Brady et al., 2012) [19]. Ο Brady et al. (2012) αναφέρουν ότι αυτό το αποτέλεσμα δεν προκαλεί έκπληξη επειδή οι εθελοντές εκπαιδεύτηκαν από ένα λογοπαθολόγο. Το πρόγραμμα θεραπείας αναπτύχθηκε από το λογοθεραπευτή και δόθηκε στους εθελοντές πρόσβαση σε σχετικά υλικά θεραπείας.

Αναφορά/παραπομπή: Brady et al., 2012, επίπεδο αποδεικτικών στοιχείων: I

Σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες του Καναδά (EBRSR) [9], οι εκπαιδευμένοι συνεργάτες συνομιλίας μπορεί να επιφέρουν μεγαλύτερες βελτιώσεις στην κοινωνική επικοινωνία από τους μη εκπαιδευμένους συνεργάτες συνομιλίας (1 RCT, Kagan et al., 2001). Επίσης αναφέρουν ότι η θεραπεία ομιλίας και γλώσσας που διευκολύνεται από εθελοντή (volunteer facilitated speech and language therapy) [9] μπορεί να μην είναι ευεργετική για τη βελτίωση των αποτελεσμάτων που σχετίζονται με την αφασία μετά το εγκεφαλικό.

• 3.7.7 ΟΜΑΔΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΑΦΑΣΙΑΣ

Η ομαδική θεραπεία μπορεί να εφαρμοστεί σε ανθρώπους με δυσκολίες επικοινωνίας που είναι σε χρόνια φάση ή/και στις οικογένειες των ατόμων αυτών. Επίσης, μπορεί να πραγματοποιηθεί και σε πρώιμα στάδια παρέμβασης, με την προϋπόθεση ότι τα άτομα έχουν τις προαπαιτούμενες ικανότητες (σταθερή κατάσταση υγείας και γνωστικές ικανότητες).

Γενικότερα οι στόχοι στις ομάδες αφασίας μπορεί να είναι η ψυχοκοινωνική προσαρμογή, η αύξηση της συμμετοχής και η διευκόλυνση της επικοινωνίας των ατόμων με αφασία. Επίσης, μπορεί να στοχεύουν και σε θεραπεία στο επίπεδο της βλάβης πχ άμεση παρέμβαση για τη βελτίωση της καταληπτότητας του λόγου.

Η επιλογή των ατόμων γίνεται με βάση τους θεραπευτικούς στόχους, το επίπεδο λειτουργικότητας-δεξιότητες που έχουν οι ασθενείς και που θα μπορούσαν να αναδειχθούν περισσότερο στις ομάδες. Σε μία ομάδα που οι ασθενείς έχουν διατηρημένες κοινωνικές δεξιότητες, στόχος θα μπορούσε να είναι η εκπαίδευση των ατόμων αυτών στην ανάπτυξη

διαπροσωπικών ικανοτήτων. Για ασθενείς με γνωστικο-γλωσσικές δεξιότητες, στόχος στην ομάδα θα μπορούσε να είναι η βελτίωση γλωσσικών λειτουργιών πχ η ανάκληση λέξεων. Ασθενείς που έχουν λειτουργικές καθημερινές δεξιότητες, στόχος στην ομάδα θα μπορούσε να είναι η επίτευξη επικοινωνίας σε καθημερινές δραστηριότητες πχ επίσκεψη σε γιατρό, σε σούπερ μάρκετ.

Οι προσεγγίσεις που μπορεί να χρησιμοποιηθούν στην ομαδική θεραπεία είναι η λεξική-σημασιολογική θεραπεία, η μελωδική θεραπεία επιτονισμού, οι ικανότητες συνομιλίας, τα παιχνίδια ρόλων, ο εντοπισμός εμποδίων στο περιβάλλον.

Τα οφέλη της ομαδικής θεραπείας είναι η μεγιστοποίηση των αποτελεσμάτων της ατομικής θεραπείας του κάθε ατόμου και η δυνατότητα γενίκευσης στην ομάδα. Η αύξηση της κοινωνικής αλληλεπίδρασης και των ικανοτήτων αυτοελέγχου σε ένα περιβάλλον επικοινωνίας. Το άτομο με αφασία αναπτύσσει την ιδιότητα του μέλους σε μια κοινότητα. Παρέχεται ένα εναλλακτικό μοντέλο επικοινωνίας στο οποίο αφενώς δίνεται η ευκαιρία για πρακτική και αφετέρου περιορίζεται η απομόνωση. Επίσης παρέχεται ένα ασφαλές περιβάλλον για συζητήσεις και επίλυση τυχόν προβλημάτων και συνεπειών της αφασίας. Κάθε μέλος της ομάδας γίνεται δραστήριος βοηθός του άλλου, πράγμα που συμβάλλει στην ανάπτυξη αυτοπεποίθησης και αυτοεκτίμησης.

Οι Elman & Bernstein-Ellis, 1999a, 1999b [2] αναφέρουν ότι η ομαδική θεραπεία συνομιλίας οδηγεί σε βελτιωμένη συμμετοχή στη συνομιλία καθώς και σε αυξημένες βαθμολογίες σε γλωσσικά τεστ. Στη μελέτη του Wertz et al., 1981 [2] τα αποτελέσματα έδειξαν ότι 8 ώρες την εβδομάδα ατομικής θεραπείας ομιλίας-γλώσσας οδήγησαν σε παρόμοια αποτελέσματα με 8 ώρες την εβδομάδα ομαδικής θεραπείας συνομιλίας στα εξαρτώμενα μέτρα. Οι συγγραφείς κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η ατομική θεραπεία μπορεί να είναι ελαφρώς ανώτερη από την ομαδική θεραπεία. Ωστόσο, η βελτίωση που επιδεικνύουν οι ασθενείς που υποβάλλονται σε ομαδική θεραπεία και τα οικονομικά αποδοτικά πλεονεκτήματα της ομαδικής θεραπείας θα πρέπει να παροτρύνουν τους λογοπαθολόγους να την εξετάσουν για τουλάχιστον ως ένα μέρος της φροντίδας του ασθενούς.

Θα μπορούσε κανείς να αναρωτηθεί, μπορεί να υπάρξουν προβλήματα στην προσέγγιση της ομαδικής θεραπείας και ποιος πρέπει να είναι ο ρόλος του θεραπευτή. Η εφαρμογή της προσέγγισης ομαδικής θεραπείας απαιτεί από τον κλινικό περισσότερο χρόνο για προετοιμασία και αξιολόγηση κάθε ατόμου που θα συμμετάσχει στην ομάδα. Ο κλινικός μπορεί να δυσκολευτεί να επιλέξει κοινούς στόχους για όλα τα μέλη όπως επίσης και δυσκολία να επιλέξει υλικό που θα ενδιαφέρει και θα κινητοποιεί όλα τα μέλη της ομάδας. Κάποια άτομα ενδέχεται να συμμετέχουν λιγότερο. Ένας κλινικός που δεν έχει μεγάλη εμπειρία μπορεί να

δυσκολευτεί να καθοδηγήσει με κατάλληλο τρόπο τα μέλη της ομάδας έχοντας ως συνέπεια τη δυσκολία εγκαθίδρυσης εμπιστοσύνης και συνοχής στην ομάδα.

Σε ένα ομαδικό μοντέλο ο ρόλος του θεραπευτή είναι πολύ σημαντικός. Πρέπει να διατυπώσει κανόνες για την ομαλή λειτουργία της ομάδας και να παρέχει ένα μοντέλο αποδεκτής συμπεριφοράς. Να είναι καλός ακροατής, να έχει υπομονή, να θέτει στόχους ξεκάθαρα διατυπωμένους για τα μέλη, να ενθαρρύνει, να παρέχει συμβουλές, να εξηγεί. Να υπενθυμίζει τα βασικά σημεία, να επαναλαμβάνει ή να ρωτάει προσπαθώντας να εκμαιεύει λέξεις ή την απάντηση. Να εξασφαλίσει ισότιμη συμμετοχή για όλα τα μέλη της ομάδας και να υποστηρίζει κάθε μέλος. Το θεραπευτικό υλικό που θα δώσει πρέπει να είναι ενδιαφέρον και σχετικό με τους θεραπευτικούς στόχους όπως και οι δραστηριότητες να είναι ανάλογες των ικανοτήτων των μελών. Να παρέχει διευκολύνσεις-βοηθήματα πχ παροχή σχετικού λεξιλογίου για την κατανόηση των δραστηριοτήτων. Να εστιάζει στην αποτελεσματικότητα της επικοινωνίας και όχι στη διόρθωση του λόγου που χρησιμοποιήθηκε κατά την επικοινωνία.

Αναφορικά με την ομαδική θεραπεία, οι κατευθυντήριες οδηγίες του Royal College of Speech & Language Therapists [19] αναφέρουν ότι θα πρέπει να υπάρχουν ευκαιρίες για άτομα με αφασία να συμμετέχουν σε ομάδες καθώς και σε ατομική θεραπεία.

Υπάρχει μια γενική κλινική συναίνεση ότι διαφορετικές μορφές δομημένης ομαδικής θεραπείας μπορούν να οδηγήσουν σε βελτιώσεις στη γλωσσολογική λειτουργία και τη λειτουργική επικοινωνία, καθώς και στην παροχή ευκαιριών για συμμετοχή και αυτονομία. Αυτό ισχύει για εκείνους με ήπιες, μέτριες και σοβαρές μορφές αφασίας. Η ομαδική θεραπεία μπορεί να προσφέρει στους συμμετέχοντες ευκαιρίες για γενίκευση των δεξιοτήτων τους σε καθημερινά περιβάλλοντα και μπορεί να συμβάλει στη μείωση των αρνητικών ψυχοκοινωνικών επιπτώσεων της αφασίας. Μπορεί επίσης να έχει ψυχοκοινωνικά οφέλη για τους συγγενείς και τους φροντιστές των ατόμων με αφασία.

Αποδεικτικά στοιχεία

- Elman RJ & Berstein-Ellis E (1999a) Επίπεδο αποδεικτικών στοιχείων I
- Mackenzie C (1991) Επίπεδο αποδεικτικών στοιχείων II
- Avent JR (1997) Επίπεδο αποδεικτικών στοιχείων III
- Bollinger RL, Musson ND & Holland AL (1993) Επίπεδο αποδεικτικών στοιχείων III
- Elman RJ & Berstein-Ellis E (1999b) Επίπεδο αποδεικτικών στοιχείων III

Στις κατευθυντήριες οδηγίες της Αυστραλίας [6], αναφέρεται ότι υπάρχουν ορισμένες ενδείξεις ότι η ομαδική συμμετοχή μπορεί να ωφελήσει τα κοινωνικά δίκτυα και την πρόσβαση στην

κοινότητα. Ωστόσο, υπάρχουν περιορισμένα στοιχεία που δείχνουν βελτίωση στη λειτουργική επικοινωνία ως συνέπεια της ομαδικής συμμετοχής.

- Αναφορά/παραπομπή: Lanyon, Rose, & Worrall, 2013, επίπεδο αποδεικτικών στοιχείων :

I

Έχοντας ολοκληρώσει την παρουσίαση των θεραπειών για την αφασία κυρίως σε ατομικό επίπεδο (θεραπευτής-άτομο με αφασία) αλλά και στην αλληλεπίδραση του ατόμου με αφασία με ένα εκπαιδευμένο-ενημερωμένο περιβάλλον που πλαισιώνεται κυρίως από την οικογένεια, τους φροντιστές, τους σημαντικούς άλλους για το άτομο με αφασία και τις δηλώσεις βέλτιστης πρακτικής που αφορούν στον τομέα παροχή παρέμβασης, θα ήθελα η παρουσίαση να εστιάσει στην προσπάθεια που έχει πραγματοποιηθεί τα τελευταία χρόνια σε διάφορες χώρες σε επίπεδο ευρύτερης κοινότητας προκειμένου να διευκολύνεται και να παρέχεται πρόσβαση σε αγαθά και υπηρεσίες σε ανθρώπους με αφασία μετά την έξοδο από το νοσοκομείο.

Η προσέγγιση LPAA, το κοινωνικό μοντέλο, η ομαδική θεραπεία, η μείωση της αποζημίωσης υγειονομικής περίθαλψης για τη θεραπεία αφασίας που διατίθεται σε παραδοσιακά περιβάλλοντα υγειονομικής περίθαλψης (Elman, 1998, 1999; Elman & Bernstein-Ellis, 1995; Simmons-Mackie, 2008) [20], η συνειδητοποίηση ότι μέσα από τις προσεγγίσεις αυτές αφενώς γινόταν φανερή η βελτίωση της ποιότητας ζωής του ατόμου και αφετέρου μειώνεται ο αρνητικός αντίκτυπος της κοινωνικής απομόνωσης για το άτομο με αφασία, αποτέλεσαν παράμετροι που συνέβαλλαν στη δημιουργία και την ανάπτυξη κέντρων αφασίας.

Τα κέντρα αφασίας (Aphasia Centers) συνάδουν με το κοινωνικό μοντέλο υγειονομικής περίθαλψης και αναπηρίας που περιγράψαμε σε προηγούμενη ενότητα. Τα κέντρα αφασίας είναι ένα μοντέλο παροχής υπηρεσιών που παρέχει στους ανθρώπους με αφασία ένα διαδραστικό περιβάλλον με δυνατότητες γλωσσικών, επικοινωνιακών και ψυχοκοινωνικών οφελών Roberta J. Elman (2016). Aphasia Centers and the Life Participation Approach to Aphasia A Paradigm Shift [21]. Αυτά τα κέντρα υποστηρίζονται από μια αυξανόμενη ομάδα επιστημονικών αποδεικτικών στοιχείων.

Το Aphasia Center of California (ACC) ήταν το πρώτο ανεξάρτητο, κοινοτικό κέντρο αφασίας που δημιουργήθηκε στις Ηνωμένες Πολιτείες, το οποίο ενσωματώθηκε ως μη κερδοσκοπικός, φιλανθρωπικός οργανισμός. Υπάρχουν επί του παρόντος 12 ενεργά, ανεξάρτητα κέντρα αφασίας που αναγνωρίζονται από την ομοσπονδιακή κυβέρνηση ως φιλανθρωπικοί οργανισμοί στις Ηνωμένες Πολιτείες (Guidestar, 2016) [21]. Εκτός από αυτά τα ανεξάρτητα κέντρα αφασίας, υπάρχουν πολλά κέντρα αφασίας και προγράμματα αφασίας που συνδέονται με οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης και πανεπιστήμια.

Η πλειονότητα των κέντρων απασχολεί έναν ή περισσότερους λογοπαθολόγους σε πλήρη ή μερική απασχόληση. Ορισμένα κέντρα δίνουν απασχόληση σε κοινωνικούς λειτουργούς, ψυχολόγους, συντονιστές αναψυχής και άσκησης, μουσικοθεραπευτές, φυσιοθεραπευτές, γιατρούς, εθελοντές σε κάποια πτυχή του προγραμματισμού τους. Επίσης προσφέρουν ομάδες υποστήριξης φροντιστών και δυνατότητα κλινικής πρακτικής σε φοιτητές.

Η πλειονότητα των κέντρων χρηματοδοτήθηκε μέσω αμοιβής για υπηρεσίες ή αυτοπληρωμής, εκτός από τις φιλανθρωπικές δωρεές, τις επιχορηγήσεις και τα έργα συγκέντρωσης χρημάτων.

Ένας λειτουργικός ορισμός του κέντρου αφασίας εντοπίζει έξι σημεία που είναι σημαντικά (Simmons-Mackie και Holland (2011) [21]. Κάθε κέντρο αφασίας εστιάζει σε ευρεία ζητήματα ποιότητας ζωής με μια ολιστική προσέγγιση στη διαχείριση της αφασίας. Τα ειδικά προγράμματα αφασίας που παρέχονται αποκλειστικά για άτομα με αφασία και σε ορισμένες περιπτώσεις για τα μέλη της οικογένειάς τους, διαφέρουν από τα προγράμματα αποκατάστασης εγκεφαλικού επεισοδίου ή γενικά προγράμματα αποκατάστασης και συνήθως προσφέρουν υπηρεσίες όπως ομάδες συνομιλίας, δραστηριότητες αναψυχής ή παρόμοιες δραστηριότητες προσανατολισμένες στη συμμετοχή. Πρόκειται για μία κοινότητα όπου τα μέλη μοιράζονται κοινούς στόχους και συμμετέχουν με άλλους που ζουν με αφασία, πράγμα που συμβάλλει στη βελτίωση της ψυχοκοινωνικής ευημερίας.

Το κλειδί είναι η ομαδική αλληλεπίδραση. Το πιο κοινό πρόγραμμα που προσφέρθηκε στα κέντρα αφασίας είναι οι ομάδες συνομιλίας. Περισσότερα από τα μισά κέντρα προσφέρουν δραστηριότητες στον υπολογιστή ή στο Διαδίκτυο, εκδρομές, ατομική θεραπεία ομιλίας-γλώσσας, γραφή, πρόσβαση σε βιβλιοπωλείο, παιχνίδια, ομάδες ανάγνωσης, δραστηριότητες δεξιοτήτων ζωής και εκπαιδευτικά προγράμματα. Ορισμένα κέντρα παρέχουν συμβουλευτικές ομάδες ή ομάδες υποστήριξης, άσκησης, τέχνης, θέατρο και δραματικές ομάδες.

Προσφέρεται η δυνατότητα στα μέλη να συμμετέχουν περισσότερες ώρες και σε ένα πιο ποικίλο προγραμματισμό. Τα κέντρα αφασίας ποικίλλουν ως προς τον αριθμό των ωρών προγράμματος που παρέχονται, με τα περισσότερα κέντρα να διαθέτουν μεταξύ 1 και 6 ωρών συμμετοχής στο πρόγραμμα ανά άτομο την εβδομάδα. Η πλειονότητα των προγραμμάτων δε χρησιμοποιεί κριτήρια απαλλαγής και τα περισσότερα χρησιμοποιούν μέτρα ικανοποίησης των ατόμων με αφασία ως το κύριο μέτρο έκβασης τους.

Οι ομάδες αφασίας εστιάζουν στη συμμετοχή και ενθαρρύνουν τη συμμετοχή σε δραστηριότητες τυπικές της καθημερινής ζωής. Πολλά προγράμματα προσφέρουν διάφορες υπηρεσίες ή εκπαίδευση στην κοινότητα, συμπεριλαμβανομένων προγραμμάτων ευαισθητοποίησης για την αφασία και υποστηριζόμενη εκπαίδευση συνομιλιών.

Σε σύνδεση με τα παραπάνω το Royal College of Physicians (fifth edition 2016) αναφέρει ότι οι τοπικές οικονομίες υγείας πρέπει να καθιερώσουν κλινικές οδούς για την παροχή αποκατάστασης πέραν του περιβάλλοντος νοσηλείας και στην κοινότητα για τη διασφάλιση της συνέχειας, δίνοντας ιδιαίτερη προσοχή στην τοπική ανάγκη για παροχή υπηρεσιών πέραν των πρώτων μηνών [29]. Είναι σημαντικό να παρέχονται υπηρεσίες από εξειδικευμένες επιστημονικές ομάδες (που περιλαμβάνουν κλινικούς νευροψυχολόγους και λογοθεραπευτές) που συνεργάζονται αποτελεσματικά με άλλες υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας και την κοινωνική φροντίδα.

Οι κατευθυντήριες οδηγίες της Αυστραλίας [6] αναφέρουν ότι οι υπηρεσίες που παρέχουν έγκαιρη υποστηριζόμενη απαλλαγή θα πρέπει να διασφαλίζουν ότι το άτομο με αφασία και η οικογένειά του εξακολουθούν να συνδέονται προσεκτικά με συνεχιζόμενες υποστηρίξεις και ότι τα άτομα είναι κατάλληλα προετοιμασμένα για τη μετάβαση.

Το άτομο με αφασία, η οικογένειά του και οι φροντιστές θα πρέπει να έχουν πρόσβαση σε ένα πρόσωπο επικοινωνίας για τυχόν απορίες μετά την έξοδο και να ξέρουν πως να απευθυνθούν σε κατάλληλες υπηρεσίες λογοθεραπείας μετά την έξοδο. Πρέπει να διασφαλίσουμε ότι οι άνθρωποι με αφασία γνωρίζουν τις υπηρεσίες που είναι διαθέσιμες σε αυτούς και πως να έχουν πρόσβαση σε αυτές.

Αναφορά/παραπομπή: N/A, επίπεδο αποδεικτικών στοιχείων: GPP

Ο λογοπαθολόγος πρέπει να προσπαθήσει να συνδέσει το άτομο με αφασία και την οικογένειά του με άλλα άτομα με αφασία, ομάδες αφασίας ή οργανισμούς υποστήριξης [6].

Αναφορά/παραπομπή: Lanyon et al., 2013, επίπεδο αποδεικτικών στοιχείων: I

Τις πρώτες εβδομάδες μετά το εγκεφαλικό επεισόδιο, η βελτίωση της διαθέσιμης κοινωνικής υποστήριξης και η πρόληψη της κοινωνικής επιδείνωσης θα μπορούσε να είναι μια σημαντική στρατηγική για τη μείωση ή την πρόληψη της δυσφορίας και την αποτροπή της κατάθλιψης μετά το εγκεφαλικό επεισόδιο [6].

Αναφορά/παραπομπή: Salter et al., 2010, επίπεδο αποδεικτικών στοιχείων: I

Επομένως, κρίνεται αναγκαία η ανάπτυξη πρωτοκόλλων μεταξύ παρόχων υγειονομικής περίθαλψης και κοινωνικών υπηρεσιών που επιτρέπουν την απρόσκοπτη και ασφαλή μεταφορά της φροντίδας χωρίς καθυστέρηση, την τήρηση πρωτοκόλλων που επιτρέπουν την ταχεία αξιολόγηση και παροχή όλου του εξοπλισμού, των βοηθημάτων (συμπεριλαμβανομένων της βοηθητικής επικοινωνίας) και δομικών προσαρμογών που χρειάζονται τα άτομα με αναπηρία μετά από εγκεφαλικό επεισόδιο [29].

Να διασφαλίζεται ότι μεταξύ των υπηρεσιών υγείας και των κοινωνικών υπηρεσιών και άλλων φορέων προβλέπεται επαρκής στήριξη για άτομα με εγκεφαλικό επεισόδιο με μακροχρόνια αναπηρία που καλύπτει όλο το εύρος των αναγκών τους (π.χ. νοσηλευτική θεραπεία, συναισθηματική υποστήριξη, πρακτική υποστήριξη, υποστήριξη οικογένειας/φροντιστή). Τα άτομα με εγκεφαλικό επεισόδιο να μπορούν να έχουν πρόσβαση σε κατάλληλες κοινωνικές και ψυχαγωγικές δραστηριότητες, να λαμβάνουν παρεμβάσεις όπως παροχή προγραμμάτων άσκησης και υποστήριξη από συνομηλίκους για την ενίσχυση και διατήρηση της υγείας και της ευημερίας.

Θα πρέπει να διασφαλιστεί ότι ο εκ των προτέρων προγραμματισμός περίθαλψης και οι υπηρεσίες παρηγορητικής φροντίδας στην κοινότητα είναι διαθέσιμες για άτομα με εγκεφαλικό επεισόδιο με περιορισμένο προσδόκιμο ζωής, στην οικογένεια και τους φροντιστές όπου ενδείκνυται.

Στον τομέα της υγείας και της κοινωνικής φροντίδας σημαντική είναι η ανάπτυξη σαφών πρωτοκόλλων για τη συμμετοχή της οικογένειας και των φροντιστών, όπου ενδείκνυται, στην ανταλλαγή πληροφοριών και στη λήψη αποφάσεων και για την εκπλήρωση των νόμιμων απαιτήσεων για τον προσδιορισμό των αναγκών των φροντιστών. Πρέπει να διασφαλίζεται ότι οι φροντιστές ατόμων με εγκεφαλικό επεισόδιο γνωρίζουν ότι οι ανάγκες τους μπορούν να αξιολογηθούν ξεχωριστά, ότι θα μπορούν να έχουν πρόσβαση σε συμβουλές, ότι θα έχουν την υποστήριξη και τη βοήθεια που χρειάζονται, την παροχή πληροφοριών, τον εξοπλισμό και την κατάλληλη εκπαίδευση (π.χ. χειρωνακτικός χειρισμός) για να μπορούν να φροντίζουν το άτομο με εγκεφαλικό επεισόδιο, καθώς και δυνατότητα επανεκτίμησης της ανάγκης τους για πληροφορίες και υποστήριξη κάθε φορά που υπάρχει σημαντική αλλαγή στις συνθήκες (π.χ. εάν αλλάξει κάτι στην υγεία του ατόμου με εγκεφαλικό επεισόδιο).

Τα άτομα με εγκεφαλικό επεισόδιο που ζουν σε σπίτια περίθαλψης ή δε μπορούν να εγκαταλείψουν το σπίτι τους να έχουν ισοδύναμη πρόσβαση σε εξειδικευμένες υπηρεσίες εγκεφαλικού επεισοδίου όπως επίσης και να μπορούν να έχουν εκ νέου πρόσβαση σε ειδικές υπηρεσίες εγκεφαλικού επεισοδίου όταν είναι απαραίτητο.

Να παρέχεται τακτική παρακολούθηση ατόμων με εγκεφαλικό επεισόδιο έξι μήνες μετά την έξοδο από το νοσοκομείο και έπειτα ετήσια επανεκτίμηση και περαιτέρω θεραπεία ατόμων με εγκεφαλικό επεισόδιο που δε λαμβάνουν πλέον αποκατάσταση. Οι υπηρεσίες θα πρέπει να είναι προσβάσιμες από πρωτοβάθμια ή δευτεροβάθμια περίθαλψη, κοινωνικές υπηρεσίες ή με αυτο-παραπομπή.

Όσον αφορά στην παροχή ψυχολογικής περίθαλψης, οι υπηρεσίες για άτομα με εγκεφαλικό επεισόδιο θα πρέπει να περιλαμβάνει εξειδικευμένο κλινικό νευροψυχολόγο στην επιστημονική

ομάδα. Οι μέθοδοι ψυχολογικού ελέγχου και αξιολόγησης που χρησιμοποιούνται πρέπει να είναι κατάλληλες για άτομα με αφασία και γνωστικές διαταραχές. Ειδική κλινική νευροψυχολογική αξιολόγηση πρέπει να διεξάγεται σε άτομα με σοβαρά ή επίμονα συμπτώματα συναισθηματικής διαταραχής, διάθεσης ή νόησης. Αξιολόγηση για τη διάθεση και τη γνωστική διαταραχή πρέπει να πραγματοποιείται εντός των έξι εβδομάδων εγκεφαλικού επεισοδίου (στην οξεία φάση της αποκατάστασης και κατά τη μεταφορά της φροντίδας σε υπηρεσίες μετά την οξεία φάση) καθώς και έξι και 12 μήνες μετά, χρησιμοποιώντας επικυρωμένα εργαλεία.

Ψυχολογική υποστήριξη πρέπει να προσφέρεται σε όλους τους ασθενείς ανεξάρτητα από το αν παρουσιάζουν συγκεκριμένη ψυχική νόσο ή γνωστικές δυσκολίες και να χρησιμοποιούν ένα μοντέλο αντίστοιχης φροντίδας και υποστήριξης που να ταιριάζει στο επίπεδο αναγκών του κάθε ατόμου. Ένα μοντέλο συνεργατικής φροντίδας πρέπει να εφαρμόζεται για τη διαχείριση ατόμων με μέτρια έως σοβαρά νευροψυχολογικά προβλήματα που δεν έχουν ανταποκριθεί σε ψυχολογικές παρεμβάσεις ή φαρμακολογικές θεραπείες υψηλής έντασης. Αυτό το μοντέλο φροντίδας θα πρέπει να περιλαμβάνει συνεργασία μεταξύ του γενικού ιατρού, των πρωτοβάθμιων και δευτερογενών υπηρεσιών υγείας και διαχείρισης περιπτώσεων, με επίβλεψη από έναν ανώτερο επαγγελματία ψυχικής υγείας. Πρέπει να περιλαμβάνει μακροχρόνια παρακολούθηση.

Το κλινικό προσωπικό πρέπει να έχει επίγνωση των ψυχολογικών προβλημάτων των ατόμων μετά το εγκεφαλικό επεισόδιο. Οι υπηρεσίες εγκεφαλικού επεισοδίου πρέπει να εξετάσουν τον τρόπο ανάπτυξης και διατήρησης των γνώσεων και των δεξιοτήτων σε όλο το κλινικό προσωπικό για την παροχή κατάλληλης ψυχολογικής υποστήριξης σε άτομα με εγκεφαλικό επεισόδιο και πως να παρέχουν υποστήριξη υψηλής έντασης που απαιτείται σε άτομα με γνωστικά και ψυχικά προβλήματα, οι οποίες είναι πιθανό να αποδειχθούν οικονομικά αποδοτικές μακροπρόθεσμα [29]. Τέλος συστήνεται ο σχεδιασμός της μακροπρόθεσμης διαχείρισης ψυχολογικών δυσκολιών με καθυστερημένη εμφάνιση (π.χ. άγχος, κατάθλιψη).

Σε άτομα με εγκεφαλικό επεισόδιο θα πρέπει να παρέχεται υποστήριξη αυτοδιαχείρισης με βάση την αυτο-αποτελεσματικότητα, με στόχο τις γνώσεις και τις δεξιότητες που απαιτούνται για τη διαχείριση της ζωής μετά από εγκεφαλικό επεισόδιο. Τα στοιχεία δείχνουν ότι τα προγράμματα αυτοδιαχείρισης που βασίζονται στην αυτο-αποτελεσματικότητα μπορούν να επηρεάσουν τη λειτουργική ικανότητα και την κοινωνική συμμετοχή. Τα άτομα με εγκεφαλικό επεισόδιο των οποίων το κίνητρο και η εμπλοκή στην αποκατάσταση φαίνεται μειωμένη θα πρέπει να αξιολογούνται για αλλαγές στην αυτοεκτίμηση, την αυτο-αποτελεσματικότητα, την ταυτότητα και τη διάθεση. Ο θυμός, η απογοήτευση και τα προβλήματα συμπεριφοράς μπορεί να δημιουργήσουν εμπόδια στην κοινωνική ένταξη. Επίσης, όταν η κοινωνική συμπεριφορά των ανθρώπων με εγκεφαλικό προκαλεί δυσφορία στον εαυτό τους ή στους άλλους θα πρέπει να αξιολογούνται από

έναν κατάλληλα εκπαιδευμένο επαγγελματία υγείας για να καθοριστεί η υποκείμενη αιτία και για να δοθούν συμβουλές σχετικά με τη διαχείριση. Μετά την εκτίμηση, η φύση και η αιτία του προβλήματος πρέπει να γνωστοποιηθούν στην οικογένεια, τους φροντιστές και στα άτομα που βρίσκονται σε κοινωνική επαφή με τον ασθενή όπως και στην ομάδα αποκατάστασης. Το άτομο πρέπει να βοηθηθεί να αλληλεπιδρά με τον καλύτερο τρόπο χωρίς να προκαλεί στενοχώρια. Όσοι συμμετέχουν σε κοινωνικές αλληλεπιδράσεις θα πρέπει να εκπαιδεύονται στο πώς να ανταποκρίνονται σε ακατάλληλη ή ενοχλητική συμπεριφορά. Θα πρέπει να εξεταστούν προσεγγίσεις ψυχοκοινωνικής διαχείρισης [29]. Σε άτομα με σημαντικές αλλαγές στην αυτοεκτίμηση, την αυτο-αποτελεσματικότητα ή την ταυτότητα μετά από εγκεφαλικό επεισόδιο θα πρέπει να παρέχονται πληροφορίες, υποστήριξη και συμβουλές με μία ή περισσότερες από τις ακόλουθες ψυχολογικές παρεμβάσεις: αυξημένη κοινωνική αλληλεπίδραση, περισσότερη άσκηση, ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις, όπως ομάδες ψυχοκοινωνικής εκπαίδευσης.

Για κάθε άτομο με αφασία, η ενεργός συμμετοχή είναι σημαντική για την προστασία του δικαιώματός του στην αυτονομία. Η ενεργός συμμετοχή πρέπει επίσης να επεκταθεί πέρα από την υγεία σε υπηρεσίες που περιλαμβάνουν την εκπαίδευση, τις νομικές υπηρεσίες, την κοινωνική ζωή και την εργασία.

Μελέτες έχουν δείξει ότι παρεμβάσεις που χρησιμοποιούν άσκηση επιδρούν ευεργετικά στην κοινωνική συμμετοχή (ανασκόπηση 24 μελετών, συμπεριλαμβανομένων 2042 ατόμων με εγκεφαλικό επεισόδιο, Obembe and Eng, 2015) [29]. Ένα κοινοτικό πρόγραμμα κατάρτισης για περπάτημα στο οποίο τα άτομα με εγκεφαλικό επεισόδιο έκαναν θεραπεία με περπάτημα σε πραγματικές συνθήκες οδήγησε σε μεγαλύτερες βελτιώσεις στη λειτουργία της βάδισης και στην κοινωνική συμμετοχή (Kim et al, 2014), αλλά μια ανασκόπηση της Cochrane διαπίστωσε ότι τα στοιχεία δεν επαρκούν για να καθοριστεί η αποτελεσματικότητα (Barclay- Goddard et al, 2015) [29].

- Langstaff et al, 2014; Dorstyn et al, 2014; Obembe and Eng, 2015
- Working Party consensus
- NICE, 2006b, 2010a; Obembe and Eng, 2015; Working Party consensus

Όσον αφορά στα άτομα που επιθυμούν να επιστρέψουν στο εργασιακό περιβάλλον μετά από εγκεφαλικό επεισόδιο (σε εργασία με ή χωρίς αμοιβή) πρέπει σύμφωνα με το Royal College of Physicians. (fifth edition 2016):

- να αξιολογούνται γνωστικά, γλωσσικά και πρακτικά για να προσδιοριστούν οι δυνατότητές τους για επιστροφή

- να ενημερωθούν για τον καταλληλότερο χρόνο και τρόπο επιστροφής στην εργασία, εάν είναι εφικτή η επιστροφή
- να παραπεμφθούν σε εξειδικευμένη ομάδα επαγγελματικής αποκατάστασης εάν ο ειδικός του κέντρου εργασίας δεν είναι σε θέση να παράσχει την απαραίτητη αποκατάσταση, υποστήριξη ή συμβουλή.

Τα προγράμματα επαγγελματικής αποκατάστασης για άτομα μετά από εγκεφαλικό επεισόδιο πρέπει να περιλαμβάνουν [29]:

- εκτίμηση πιθανών προβλημάτων κατά την επιστροφή στην εργασία, με βάση τον εργασιακό ρόλο και τις απαιτήσεις τόσο από την πλευρά του εργαζομένου όσο και από την πλευρά του εργοδότη
- ένα σχέδιο δράσης για τον τρόπο αντιμετώπισης των προβλημάτων
- επαγγελματική συμβουλευτική και καθοδήγηση, συναισθηματική υποστήριξη, προσαρμογή του εργασιακού περιβάλλοντος, στρατηγικές για την αντιστάθμιση των λειτουργικών περιορισμών πχ στην κινητικότητα, τη λειτουργία του βραχίονα, τη διαχείριση της κόπωσης
- σαφής επικοινωνία μεταξύ των ομάδων πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας περίθαλψης συμπεριλαμβανομένου του ατόμου με εγκεφαλικό επεισόδιο, για την παροχή βοήθειας ή για την υποστήριξη της επιστροφής στην εργασία.

Επίσης, η ικανότητα οδήγησης είναι σημαντική για άτομα με εγκεφαλικό επεισόδιο για πρακτικούς λόγους και επειδή επηρεάζει την αυτοεκτίμηση και τη διάθεση. Τα άτομα με επίμονη γνωστική, γλωσσική ή κινητική αναπηρία μετά από εγκεφαλικό επεισόδιο που επιθυμούν να οδηγήσουν ξανά θα πρέπει να παραπέμπονται για αξιολόγηση οδήγησης. Τα άτομα με εγκεφαλικό επεισόδιο που επιστρέφουν σε γνωστικά απαιτητικές δραστηριότητες, όπως η οδήγηση ή η εργασία, πρέπει να αξιολογούνται πλήρως σε όλους τους γνωστικούς τομείς (αντίληψη, προσοχή, μνήμη), καθώς οι περισσότερες καθημερινές δραστηριότητες βασίζονται σε μια σειρά ικανοτήτων [29].

Η κατάλληλη κατάρτιση κοινοτικών παρόχων αναψυχής και κοινωνικών δραστηριοτήτων παίζει σημαντικό ρόλο στην επίτευξη της κοινωνικής συμμετοχής του ατόμου. Οι θεραπευτές πρέπει να στοχεύουν στην αύξηση της διεπαγγελματικής, τοπικής και δημόσιας ευαισθητοποίησης/ενημερότητας για την αφασία μέσω πακέτων εκπαίδευσης και κατάρτισης για παρόχους φροντίδας, απασχόλησης και αναψυχής [19]. Οι πάροχοι των υπηρεσιών θα πρέπει να προωθούν συγκεκριμένες αρχές:

- Τα άτομα με αφασία πρέπει να έχουν πρόσβαση σε υπηρεσίες που όχι μόνο βελτιώνουν τη γλώσσα και την επικοινωνία, αλλά και τους βοηθούν να συμμετέχουν σε καθημερινές αλληλεπιδράσεις και δραστηριότητες.
- Όσοι παρέχουν υπηρεσίες σε άτομα με αφασία πρέπει να προσπαθήσουν να δημιουργήσουν περιβάλλοντα στα οποία μπορούν να πλοηγηθούν επιτυχώς τα άτομα με αφασία.
- Οι πάροχοι θεραπείας ή υπηρεσιών που συμφωνούν με την LPAΑ προσέγγιση, χρήζουν στρατηγικές πρακτικής, συνεχή υποστήριξη και ένα δίκτυο από ομοτίμους/network of peers.

Αυτές ακριβώς τις προϋποθέσεις-αρχές πληροί η AphasiaAccess που είναι μια μη κερδοσκοπική συμμαχία υγειονομικής περίθαλψης, επιχειρήσεων και παρόχων κοινότητας που δημιουργεί ένα δίκτυο επικεντρωμένο στη βελτίωση της πρόσβασης στην επικοινωνία για άτομα με αφασία (AphasiaAccess, 2015) [21].

Οι Elman, 2013 [21] αναφέρουν τέσσερις κατηγορίες για την παρέμβαση στην αφασία οι οποίες παρουσιάζονται με τα αρχικά C.A.P.E. Είναι τα αρχικά των λέξεων που σημαίνουν «Σύνδεση, AAC/επαυξημένη και εναλλακτική επικοινωνία, εκπαίδευση συνεργατών επικοινωνίας και εκπαίδευση/education». Αυτές οι κατηγορίες παρέμβασης αποτελούν μια λίστα ελέγχου βέλτιστων πρακτικών για λογοπαθολόγους, που περιγράφονται ως εξής:

- Συνδέοντας τους ανθρώπους με αφασία μεταξύ τους, μέσω της συμμετοχής σε ομάδες αφασίας στην κοινότητα, σε κέντρα αφασίας, σε κατασκηνώσεις αφασίας ή/και διαδικτυακές συνδέσεις.
- Επιλογές επαυξημένης και εναλλακτικής επικοινωνίας (AAC) που παρέχονται σε άτομα με αφασία για να βελτιώσουν την ικανότητά τους να επικοινωνούν με άλλους σε τρέχοντα περιβάλλοντα.
- Εκπαίδευση συνεργατών επικοινωνίας που παρέχεται σε μέλη της οικογένειας, φίλους, επαγγελματίες υγείας, μέλη της κοινότητας για την ενίσχυση της επικοινωνίας με άτομα με αφασία.
- Εκπαιδευτικοί και κοινοτικοί πόροι για ευαισθητοποίηση για την αφασία για άτομα με αφασία, μέλη της οικογένειας, φίλους, μέλη της κοινότητας και άλλους.

Οι κατηγορίες αυτές δεν προορίζονται να είναι περιοριστικές ή εξαντλητικές. Αντ' αυτού, οι κατηγορίες αυτές θα μπορούσαν να χρησιμεύσουν ως clinical checklist για λογοπαθολόγους για να διασφαλιστεί ότι όλα τα ζητήματα αντιμετωπίζονται, ειδικά κατά τους πρώτους μήνες παρέμβασης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΥΠΟΧΡΕΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΕΚΑΣΤΟΤΕ ΚΡΑΤΟΥΣ ΑΝΑΦΟΡΙΚΑ ΜΕ ΤΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΠΟΥ ΖΟΥΝ ΜΕ ΑΦΑΣΙΑ, ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ-ΣΥΣΤΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΠΑΓΚΟΣΜΙΑΣ ΕΚΘΕΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΑΠΗΡΙΑ ΑΝΑΦΟΡΙΚΑ ΜΕ ΤΡΟΠΟΥΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΣΕ ΤΟΠΙΚΟ, ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΔΙΕΘΝΕΣ ΕΠΙΠΕΔΟ ΑΠΟ ΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ ΑΦΑΣΙΑΣ

Ολοκληρώνοντας την παρουσίαση των συστάσεων που έχουν εφαρμογή σε τοπικό και εθνικό επίπεδο και που αφορούν κάθε κρίσιμο στάδιο από την οξεία φάση έως την έξοδο από το νοσοκομείο και μετέπειτα την ενεργό συμμετοχή στην κοινότητα, θα προσεγγίσουμε το ερώτημα, πως το κάθε κράτος θα μπορούσε να υποστηρίξει όλη αυτή την προσπάθεια καθιστώντας εφικτή την υπέρβαση του εμποδίου που περιλαμβάνει το κόστος των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Ο οικονομικός οδηγός της American Stroke Association. (2014). Finances after stroke guide [23] μετά από εγκεφαλικό επεισόδιο παρουσιάζει και παρέχει οργανωμένα κατάλληλα πληροφορίες και πόρους που μπορούν να βοηθήσουν τον ασθενή με εγκεφαλικό επεισόδιο. Θα ήθελα οι παροχές αυτές που δίνονται στην Αμερική να συμπεριληφθούν στην παρουσίαση αυτή ως παράδειγμα του οργανωμένου πλαισίου μέσα από το οποίο θα μπορούσαν να υιοθετήσουν στοιχεία και πληροφορίες και άλλες χώρες, ανάμεσά τους και η Έλλαδα. Οι παροχές αυτές θα μπορούσαν να προσαρμοστούν με βάση τον οικονομικό προϋπολογισμό της εκάστοτε χώρας. Αξίζει να τονιστεί πόσο σημαντικό είναι να υπάρχουν νομοθετικά πλαίσια-ρυθμίσεις που είναι καλά οργανωμένες, που έχουν μία πολύ καλή βάση σχεδιασμού, που θα έχουν αποφασιστεί-ψηφιστεί-νομοθετηθεί συνεργατικά (βουλή στο σύνολό της σε συνεργασία με τους επαγγελματίες υγείας και ανθρώπους με αναπηρία, στην προκειμένη περίπτωση άτομα με αφασία). Το πόσο σημαντικό είναι τα νομοθετικά πλαίσια να καθοριστούν σε συνεργασία με καταρτισμένους επαγγελματίες υγείας και ανθρώπους που βιώνουν τη συνθήκη θα πρέπει να θεωρείται δεδομένο αν λάβουμε υπόψη τη σύσταση που προτάθηκε από το Royal College of Physicians (fifth edition 2016), ότι οι υπηρεσίες εγκεφαλικού επεισοδίου οφείλουν να συμμετέχουν σε εθνικό έλεγχο, πρακτική έλεγχο, ότι πρέπει να παρακολουθούνται και να αξιολογούνται τακτικά όσον αφορά τη διαδικασία περίθαλψης, την εμπειρία του ασθενούς και τα προσωποκεντρικά αποτελέσματα. Πρέπει να ακούμε τη φωνή των ανθρώπων που λαμβάνουν υπηρεσίες σε τακτικά χρονικά διαστήματα και να χρησιμοποιούμε τα δεδομένα για να σχεδιάζουμε υπηρεσίες γύρω από τις ανάγκες του ατόμου με εγκεφαλικό επεισόδιο.

Στόχος πρέπει να είναι η συμπερίληψη όλων των ανθρώπων με αφασία ανεξαρτήτως εισοδήματος και κοινωνικής τάξης, η δυνατότητα πρόσβασης σε υπηρεσίες που δε θα σταματά με

την έξοδο από το νοσοκομείο και που δε θα περιλαμβάνει μόνο ανθρώπους που ίσως να έχουν καλύτερες επικοινωνιακές δυνατότητες γιατί μπορεί να θεωρείται, εσφαλμένα βέβαια, ότι αυτοί οι συνάνθρωποί μας θα έχουν μεγαλύτερη βελτίωση από τη συνέχιση της θεραπείας Swathi Kiran, Carrie Des Roches, Isabel Balachandran, Elsa Ascenso (2014) [25].

Οι Linda E. Worrall, Tami Howe, Anna O' Callaghan, Anne J. Hill, Miranda Rose, Sarah J. Wallace, Tanya Rose, Kyla Brown, Emma Power, Robyn O' Halloran & Alexia Rohde. (2013) [20] αναφέρουν ότι η τρέχουσα χρηματοδότηση για υπηρεσίες λογοθεραπείας για άτομα με αφασία εστιάζει κυρίως στα οξεία και υπο-οξεία στάδια φροντίδας. Ωστόσο, οι διαταραχές της επικοινωνίας είναι ισόβιες και οι άνθρωποι με προβλήματα επικοινωνίας ζητούν υπηρεσίες αλλά καμία δεν είναι διαθέσιμη (O' Callaghan, McAllister, & Wilson, 2009) [20]. Αντί να διαφοροποιείται η παροχή χρηματοδότησης για τους ασθενείς που έχουν υψηλότερο άμεσο κίνδυνο σε σχέση με εκείνους των οποίων η ποιότητα ζωής θα επηρεαστεί μακροπρόθεσμα (Body & McAllister, 2009), είναι απαραίτητη μια συντονισμένη προσέγγιση για υπηρεσίες σε όλες τις ομάδες και σε όλα τα στάδια φροντίδας με τη δυνατότητα χρηματοδότησης. Το ίδιο το κράτος πρέπει να θέσει ως προτεραιότητά του την προάσπιση των δικαιωμάτων των ανθρώπων με αφασία χωρίς να τους διαφοροποιεί, χωρίς να τους στιγματίζει και να τους περιθωριοποιεί. Η Παγκόσμια Έκθεση για την Αναπηρία προτείνει παροχή επαρκούς χρηματοδότησης και βελτίωση της προσιτής τιμής.

Πώς όμως θα επιτυγχάνεται συνεχής ενημέρωση της χρηματοδότησης πράγμα που θα επηρεάζει και τις αποφάσεις πολιτικής; Η πρωτοβουλία συλλογής δεδομένων για την αφασία μέσω μητρώων πρέπει να αποτελεί εθνική προτεραιότητα για τη χώρα μας. Τα στατιστικά στοιχεία συχνότητας ενημερώνουν τη χρηματοδότηση και τις αποφάσεις πολιτικής και έχουν άμεσες επιπτώσεις στην παροχή υπηρεσιών σε όλη τη συνέχεια της περίθαλψης. Το Australian Stroke Clinical Registry (<http://www.ausr.com.au>) είναι μια εθνική πρωτοβουλία που έχει σχεδιαστεί για τη βελτίωση της ποιότητας της υγειονομικής περίθαλψης μέσω της συλλογής δεδομένων για τη διαχείριση της νοσηλείας στο νοσοκομείο. Το μητρώο πρέπει να ενημερώνεται σχετικά με τις διαγνώσεις των συνεπειών εγκεφαλικού επεισοδίου όπως είναι η αφασία.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΥ ΟΛΗΓΟΥ AMERICAN STROKE ASSOCIATION (2014) [23]

Σύμφωνα με τα δεδομένα στην Αμερική, το κόστος ζωής ενός ανθρώπου που έχει υποστεί ισχαιμικό εγκεφαλικό επεισόδιο ανέρχεται στα 140.048 \$. Αυτό περιλαμβάνει φροντίδα εσωτερικών ασθενών, αποκατάσταση και παρακολούθηση που απαιτείται για τους ασθενείς με χρόνια ελλείμματα.

Αυτός ο οδηγός χρηματοδότησης μετά από εγκεφαλικό επεισόδιο επισημαίνει τέσσερις βασικούς τομείς κατά τη διάρκεια της αποκατάστασης εγκεφαλικού επεισοδίου:

1. Παροχές διαχείρισης κοινωνικής ασφάλισης

- Κοινωνική Ασφάλιση Αναπηρίας
- Συμπληρωματικό εισόδημα ασφάλειας
- Πρόγραμμα εισιτηρίων προς εργασία και άλλα προγράμματα βοήθειας

2. Ίδρυμα συνηγόρου Ασθενών:

- Βοήθεια μέσω πλοήγησης στο λαβύρινθο υγειονομικής περίθαλψης

3. Διαχείριση του κόστους συνταγογραφούμενων φαρμάκων

4. Λήψη της καλύτερης κάλυψης θεραπείας

Η διαχείριση Κοινωνικής Ασφάλειας (SSA) πληρώνει παροχές αναπηρίας σε άτομα με αναπηρία μέσω δύο προγραμμάτων:

- το πρόγραμμα Κοινωνικής Ασφάλισης Αναπηρίας (SSDI)
- το πρόγραμμα Συμπληρωματικού Εισοδήματος Ασφάλειας (SSI)

Για να χαρακτηριστεί ένα άτομο ως άτομο με αναπηρία βάσει αυτών των προγραμμάτων, πρέπει να μη μπορεί να εργαστεί λόγω ιατρικής κατάστασης που αναμένεται να διαρκέσει τουλάχιστον 12 μήνες ή το άτομο να οδηγείται σε θάνατο. Ασθενής με μερική αναπηρία ή βραχυπρόθεσμη αναπηρία δεν πληροί τις προϋποθέσεις. Οι περισσότεροι επιζώντες από εγκεφαλικό επεισόδιο θα πληρούν αυτόν τον αυστηρό ορισμό της αναπηρίας και επομένως θα είναι επιλέξιμοι για παροχές.

Για την αναζήτηση των πόρων κοινωνικής ασφάλειας, μπορεί ο ασθενής ή η οικογένειά του να επικοινωνήσει είτε τηλεφωνικά με την SSA τις ημέρες και τις ώρες που ορίζει είτε μέσω του διαδικτύου στη διεύθυνση www.socialsecurity.gov. εισάγοντας τον ταχυδρομικό κώδικα προκειμένου να βρει ένα τοπικό γραφείο SSA.

Παροχές διαχείρισης κοινωνικής ασφάλειας

A. Πρόγραμμα Κοινωνικής Ασφάλισης Αναπηρίας (SSDI)

Παρέχει παροχές αναπηρίας στο άτομο και σε ορισμένα μέλη της οικογένειάς του εάν έχουν αναπηρία και είναι «ασφαλισμένοι» από εισφορές εργαζομένων στο ταμείο κοινωνικής ασφάλισης βάσει των εσόδων τους. Για τις προϋποθέσεις για παροχές SSDI απαιτείται:

- Ένα τεστ «πρόσφατης εργασίας» με βάση την ηλικία του ατόμου τη στιγμή που έχει την αναπηρία
- ένα τεστ «διάρκειας εργασίας» για να αποδειχθεί ότι έχει εργαστεί αρκετά για την κοινωνική ασφάλεια.

Το άτομο ή η οικογένειά του πρέπει να υποβάλλει την αίτηση για παροχές SSDI το συντομότερο δυνατό μετά το εγκεφαλικό επεισόδιο, επειδή μπορεί να χρειαστούν τρεις έως πέντε μήνες για την επεξεργασία της αίτησης από την SSA. Προϋπόθεση αποτελεί το άτομο να μη μπορεί να ανταποκριθεί για τουλάχιστον πέντε μήνες πριν από την έναρξη των πληρωμών. Η SSA θα ελέγξει την αίτηση για να βεβαιωθεί ότι το άτομο πληροί τις προϋποθέσεις. Έπειτα, η SSA θα προωθήσει την αίτηση στο γραφείο της Υπηρεσίας Προσδιορισμού Αναπηρίας της πολιτείας, που αποτελείται από γιατρούς και ειδικούς αναπηρίας. Η κρατική υπηρεσία θα εξετάσει τα στοιχεία και θα λάβει την τελική απόφαση για την αναπηρία. Μπορεί να ζητηθούν από τους γιατρούς του ατόμου πληροφορίες σχετικά με την κατάστασή του, συμπεριλαμβανομένων πληροφοριών σχετικά με την ικανότητά του να κάνει δραστηριότητες που σχετίζονται με την εργασία και να ακολουθήσει οδηγίες. Μπορεί επίσης να πραγματοποιηθεί σωματική εξέταση. Η SSA αναλαμβάνει τα έξοδα για την εξέταση. Εάν το άτομο πληροί τις προϋποθέσεις για παροχή SSDI, θα λάβει μια ειδοποίηση που θα εξηγήσει πόσο θα είναι οι μηνιαίες πληρωμές SSDI και πότε θα ξεκινήσουν. Οι πληρωμές ξεκινούν συνήθως τον έκτο μήνα της αναπηρίας και υπάρχει αυτόματη αύξησή τους εάν έχει αυξηθεί το κόστος ζωής. Ορισμένα μέλη της οικογένειας του ατόμου, όπως ο/η σύζυγος ή τα ανήλικα παιδιά του, μπορεί επίσης να δικαιούνται παροχές με βάση την εργασία του ατόμου.

Γενικά, οι παροχές SSDI θα συνεχιστούν όσο η ιατρική κατάσταση του ατόμου δεν έχει βελτιωθεί και το άτομο δε μπορεί να εργαστεί. Αυτό δε σημαίνει ότι οι παροχές θα συνεχιστούν απαραίτητα επ'αόριστον. Η SSA θα ελέγχει περιοδικά την κατάσταση του ατόμου για να βεβαιωθεί ότι εξακολουθεί να μη μπορεί να ανταποκριθεί. Η συχνότητα ελέγχου της ιατρικής κατάστασης εξαρτάται από το πόσο σοβαρή είναι και την πιθανότητα βελτίωσής της.

Αφού λάβει SSDI για 24 μήνες (δύο χρόνια), έπειτα δικαιούται το Medicare.

Πρέπει να σημειωθεί ότι αφού αρχίσει το άτομο να λαμβάνει παροχές SSDI, ίσως θελήσει να δοκιμάσει να εργαστεί ξανά. Υπάρχουν ειδικοί κανόνες που ονομάζονται κίνητρα εργασίας που μπορούν να βοηθήσουν το άτομο να διατηρήσει τις χρηματικές παροχές και το Medicare ενώ δοκιμάζει την ικανότητά του να εργαστεί. Το άτομο είναι επιλέξιμο για μια δοκιμαστική περίοδο εργασίας ενώ εξακολουθεί να μπορεί να συνεχίζει να λαμβάνει παροχές έως και εννέα μήνες.

Οι μηνιαίες πληρωμές παροχών SSDI ενδέχεται να μειωθούν εάν λαμβάνει επίσης άλλες κρατικές παροχές, όπως αποζημίωση εργαζομένων ή παροχές αναπηρίας από ορισμένα ομοσπονδιακά, πολιτειακά ή τοπικά κυβερνητικά προγράμματα.

Όταν ο ασθενής προγραμματίζει ένα ραντεβού, η SSA στέλνει ένα Disability Starter Kit για να το βοηθήσει να προετοιμαστεί για τη συνέντευξη διεκδίκησης αναπηρίας (διατίθεται στο διαδίκτυο στη διεύθυνση www.socialsecurity.gov/disability). Η SSA μπορεί να είναι σε θέση να επεξεργαστεί την αίτηση του ατόμου γρηγορότερα εάν παρέχονται συγκεκριμένες πληροφορίες μαζί με την αίτηση και οι οποίες αναγράφονται στην παραπάνω ιστοσελίδα. Ακόμα κι αν το άτομο δε μπορεί να συγκεντρώσει όλες αυτές τις πληροφορίες αμέσως, υποβάλει αίτηση ούτως ή άλλως για παροχές. Εάν διαφωνεί με οποιαδήποτε απόφαση έχει ληφθεί, έχει το δικαίωμα να κάνει έφεση εντός 60 ημερών, είτε έχοντας επιλέξει έναν πληρεξούσιο ή οποιονδήποτε άλλον για να εκπροσωπήσει το άτομο.

B. Συμπληρωματικό εισόδημα ασφάλειας

Το πρόγραμμα Συμπληρωματικό εισόδημα ασφαλείας (SSI) πραγματοποιεί μηνιαίες πληρωμές σε άτομα με περιορισμένο εισόδημα και πόρους ηλικίας 65 ετών και άνω, σε άτομα που έχουν προβλήματα όρασης (τύφλωση) και σε άτομα με αναπηρία.

Το βασικό ποσό SSI είναι το ίδιο σε εθνικό επίπεδο. Το αν μπορεί να λάβει SSI εξαρτάται από το εισόδημά του (μισθοί, παροχές κοινωνικής ασφάλειας και συντάξεις, φαγητό, στέγη κ.λπ.) και τους πόρους (ακίνητα, τραπεζικοί λογαριασμοί, μετρητά, μετοχές, ομόλογα κ.λπ.). Εξαρτάται εν μέρει και από το που ζει. Οι πληρωμές ξεκινούν αμέσως μετά την έγκριση των παροχών SSI. Εάν πληροί τις προϋποθέσεις για SSI, δικαιούται επίσης το Medicaid, το οποίο βοηθά το άτομο να πληρώνει λογαριασμούς γιατρών και νοσοκομείων. Οι παροχές Medicaid ποικίλλουν από πολιτεία σε πολιτεία.

Εάν το άτομο εργάζεται, ενδέχεται να μπορεί να συνεχίσει να λαμβάνει πληρωμές SSI ενώ εργάζεται. Καθώς κερδίζει περισσότερα χρήματα, οι πληρωμές SSI ενδέχεται να μειωθούν ή να σταματήσουν, αλλά ενδέχεται να μπορεί να διατηρήσει την κάλυψη Medicaid. Μπορεί επίσης να είναι σε θέση να αφιερώσει κάποια χρήματα για έναν στόχο εργασίας ή να πάει στο σχολείο. Σε αυτήν την περίπτωση, τα χρήματα που διαθέτει δε θα μειώσουν το ποσό του SSI του. Μπορεί επίσης να λάβει δωρεάν ειδικές υπηρεσίες που θα το βοηθήσουν να επιστρέψει στην εργασία του, όπως συμβουλευτική, επαγγελματική κατάρτιση και βοήθεια στην εύρεση εργασίας.

Γ. Πρόγραμμα εισιτηρίων προς εργασία και άλλα προγράμματα βοήθειας

Τόσο οι δικαιούχοι SSDI όσο και οι δικαιούχοι SSI έχουν δικαίωμα συμμετοχής στο πρόγραμμα Ticket to Work. Η SSA στέλνει ένα εισιτήριο, το οποίο το άτομο μπορεί να χρησιμοποιήσει για να αποκτήσει εκπαίδευση και άλλες υπηρεσίες που θα το βοηθήσουν να επιστρέψει στην εργασία του χωρίς κόστος.

Εκτός από αυτά τα ομοσπονδιακά προγράμματα, το άτομο μπορεί να επικοινωνήσει με την πολιτεία και τις τοπικές κυβερνήσεις για άλλα προγράμματα βοήθειας. Σε ορισμένες πολιτείες, οι οικογένειες εγκεφαλικού επεισοδίου ενδέχεται να δικαιούνται φοροαπαλλαγές για προσωπική περιουσία και ακίνητα. Ένας κοινωνικός λειτουργός νοσοκομείου ή το γραφείο κοινωνικών υπηρεσιών της πολιτείας του ατόμου μπορεί να συνδράμει στην αναζήτηση για τέτοια προγράμματα.

2. Ίδρυμα Συνηγόρου Ασθενών:

Καθώς οι οικογένειες των ατόμων με εγκεφαλικό επεισόδιο έχουν συνεχείς ανάγκες, η ανάγκη πλοήγησης στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης μπορεί να είναι μεγάλη. Το Patient Advocate Foundation (PAF), το οποίο παρέχει υπηρεσίες σε ασθενείς και στις 50 πολιτείες, μπορεί:

- να κάνει διαπραγμάτευση με νοσοκομεία για τους ανασφάλιστους
- να συνεργαστεί με οργανισμούς αποκατάστασης για να λάβουν οι επιζώντες από εγκεφαλικό περισσότερες υπηρεσίες
- να κάνει συν-πληρωμές για όσους δε μπορούν
- να διαπραγματευτεί με τράπεζες για να τους βοηθήσουν να πληρώσουν πχ μία υποθήκη

Ο ιστότοπος PAF παρέχει τη δυνατότητα λήψης πληροφοριών για πολλά θέματα που σχετίζονται με οικογένειες εγκεφαλικού επεισοδίου. Υπάρχει δυνατότητα δωρεάν διαδικτυακής συνομιλίας όπου μπορεί το άτομο να κάνει ερωτήσεις και να λάβει απαντήσεις την ίδια μέρα, patientadvocate.org

3. Διαχείριση του κόστους συνταγογράφησης φαρμάκων

Οι περισσότεροι επιζώντες από εγκεφαλικό επεισόδιο εγκαταλείπουν το νοσοκομείο έχοντας πολλές συνταγογραφήσεις φαρμάκων. Το κόστος αυτών μπορεί να είναι αρκετά υψηλό. Ο οικονομικός οδηγός προτείνει ορισμένους πόρους που μπορεί να βοηθήσουν. Συνήθως αυτοί οι τύποι προγραμμάτων απαιτούν:

- τη συγκατάθεση του γιατρού
- απόδειξη της οικονομικής κατάστασης του ατόμου
- απόδειξη ότι ο επιζών είναι ανασφάλιστος ή δεν έχει κάλυψη παροχών για φάρμακα.

Πόροι παρέχονται από φαρμακευτικές εταιρείες που προσφέρουν προγράμματα βοήθειας με συνταγογράφηση για ασθενείς. Παρέχουν δωρεάν ή χαμηλού κόστους φάρμακα σε ανασφάλιστους ανθρώπους που δε μπορούν να διαθέσουν χρήματα για τα φάρμακά τους. Τα περισσότερα φάρμακα με εμπορικό σήμα περιλαμβάνονται στα προγράμματα.

Υπάρχει το πρόγραμμα (PPA) Συνεργασία για Συνταγογραφούμενη Βοήθεια (PPA) όπου σε ένα γραφείο ανταλλαγής παρέχονται περισσότερα από 475 προγράμματα δημόσιας και ιδιωτικής βοήθειας, συμπεριλαμβανομένων περίπου 200 που προσφέρονται από φαρμακευτικές εταιρείες. Τα προγράμματα βοηθούν τους ασθενείς χωρίς συνταγογράφηση φαρμάκων να πάρουν τα φάρμακα που χρειάζονται. Ο ιστότοπος PPA είναι μια πύλη μέσω της οποίας μπορεί το άτομο να εγγραφεί σε προγράμματα που επιτρέπουν να παίρνει τα φάρμακά του δωρεάν ή σχεδόν δωρεάν (pparx.org).

Ο ασθενής μπορεί επίσης να πάρει μια κάρτα έκπτωσης φαρμάκων που παρέχει 10 – 40% εξοικονόμηση για πολλά γενικής χρήσης και με εμπορικό σήμα φάρμακα.

Απαριθμούνται επίσης κρατικά προγράμματα φαρμακευτικής βοήθειας που παρέχουν δωρεάν και χαμηλού κόστους υγειονομική περίθαλψη και πληροφορίες για τους δικαιούχους του Medicare Part D. Πολλά από αυτά τα προγράμματα συντονίζονται με το Medicare Part D σχετικά με τις συν-πληρωμές και τα έξοδα.

Υπάρχει λίστα προγραμμάτων που χρηματοδοτούνται από το κράτος και προσφέρουν κάρτα έκπτωσης συνταγογραφούμενων φαρμάκων και γενικής χρήσης φάρμακα.

Υπάρχουν φαρμακεία σε ορισμένα νοσοκομεία που χρηματοδοτούνται από την κυβέρνηση και τις κλινικές υγείας στην κοινότητα παρέχοντας φάρμακα με χαμηλό κόστος χρεώνοντας το άτομο με βάση το εισόδημά του.

Προτείνονται και άλλοι τρόποι μείωσης του κόστους όπου ο ασθενής μπορεί να συζητήσει με το γιατρό του τις ανησυχίες του σχετικά με το κόστος των φαρμάκων. Ο γιατρός μπορεί να δώσει δωρεάν δείγματα φαρμάκων έως ότου μπορέσει το άτομο να εγγραφεί σε ένα πρόγραμμα βοήθειας. Επίσης μπορεί να συγκρίνει το κόστος των φαρμάκων στα τοπικά φαρμακεία. Πολλά φαρμακεία αναγράφουν τις τιμές για τα συνήθως συνταγογραφούμενα φάρμακα στο διαδίκτυο ή μπορεί να καλέσουν τοπικά φαρμακεία για να ζητήσουν τιμές για τα φάρμακα.

4. Λήψη της καλύτερης κάλυψης θεραπείας

Οι επιζώντες από εγκεφαλικό επεισόδιο μπορούν σχεδόν πάντα να επωφεληθούν από επιπρόσθετη θεραπεία, αλλά οι περισσότεροι ασφαλιστές περιορίζουν το ποσό κάλυψης της θεραπείας. Η απόκτηση επιπρόσθετης θεραπείας δεν είναι τόσο απλή διαδικασία. Γίνεται με βάση

τα ασφαλιστικά οφέλη. Η συζήτηση και ενημέρωση από τον ασφαλιστή, τη νοσοκόμα αξιολόγησης του ασφαλιστή του ατόμου (URN) και τον πάροχο αποκατάστασης για το άτομο μπορεί να δώσει επιπρόσθετες πληροφορίες.

Η Νοσοκόμα Αξιολόγησης εργάζεται για την ασφαλιστική εταιρεία για τον έλεγχο της υπερβολικής χρήσης υπηρεσιών, τη μείωση του κόστους και τη διαχείριση της φροντίδας. Ελέγχει τους λογαριασμούς και τα αρχεία και συζητά την εκάστοτε υπόθεση με τον πάροχο. Γι' αυτό η τεκμηρίωση είναι τόσο σημαντική. Οι ασφαλιστές ακολουθούν πρωτόκολλα για να προσδιορίσουν την υπερβολική χρήση της περίθαλψης και ενδέχεται να αρνηθούν την αποζημίωση για υπηρεσίες που δεν πληρούν αυτά τα πρότυπα. Η νοσοκόμα γνωρίζει και κατανοεί αυτά τα πρωτόκολλα. Μπορεί να καθορίσει άλλους τομείς της πολιτικής που μπορούν να καλύψουν υπηρεσίες μόλις εξαντληθεί το τμήμα αποκατάστασης, γνωρίζει τους κανόνες και καθοδηγεί στη λήψη της σωστής τεκμηρίωσης.

Πώς θα μπορούσε να επιτευχθεί μεγιστοποίηση της θεραπείας του ατόμου έχοντας καλή ασφαλιστική κάλυψη:

Απαιτείται συνεχής προσπάθεια και ενθάρρυνση να συνεχίσει το άτομο να επιτυγχάνει τα καλύτερα αποτελέσματα. Η πρόοδος στη θεραπεία ενδέχεται να σηματοδοτεί άδεια από τον ασφαλιστικό πάροχο για να συνεχιστεί η θεραπεία. Η άδεια/εξουσιοδότηση χορηγείται μόνο όταν έχει επιτευχθεί σταθερή πρόοδος και τεκμηριωθεί από τον πάροχο αποκατάστασης. Η συμμόρφωση μπορεί να επηρεάσει την πρόοδο. Πάντα το άτομο πρέπει να ζητάει αντίγραφα των ασκήσεων θεραπείας ή της έκθεσης θεραπείας που απευθύνεται στον ασφαλιστή.

Το άτομο πρέπει να είναι ενεργό εάν δεν επιτυγχάνει τους στόχους του. Εάν το άτομο πιστεύει ότι η αποκατάστασή του είναι ανεπαρκής, πρέπει να μιλήσει με το γιατρό του σχετικά με τη μεταφορά σε νέο πάροχο. Καλό είναι να μη σπαταλάει τα προνόμια αποκατάστασης εάν η αποκατάστασή του δεν πληροί τους στόχους του. Η συνέχιση της αποκατάστασης χωρίς πρόοδο είναι ο γρηγορότερος τρόπος απώλειας υπηρεσιών.

Ένα πρόγραμμα θεραπείας στο σπίτι συχνά βοηθάει στη μεγιστοποίηση των αποτελεσμάτων της θεραπείας του ατόμου.

Μια αλλαγή στην κατάσταση του ατόμου πρέπει να λαμβάνεται υπόψη. Εάν ο ασθενής δεν είναι σε θεραπεία, αλλά έχει παρατηρήσει μια αλλαγή, θετική ή αρνητική, θα πρέπει να μιλήσει με το γιατρό του σχετικά με τη λήψη περισσότερης θεραπείας. Ο γιατρός πρέπει να επικυρώσει τις αλλαγές στην κατάστασή του και να συνταγογραφήσει επιπλέον αποκατάσταση, εάν είναι ιατρικά απαραίτητο. Μόλις εγκριθεί η αποκατάσταση, μπορεί να συμμετάσχει έως ότου

επιτευχθεί η μέγιστη ιατρική βελτίωση. Κάθε φορά που το ίδιο το άτομο ή ο φροντιστής του βλέπει μια αλλαγή στη λειτουργική του ικανότητα, πρέπει να γίνεται επανεκτίμηση από τον γιατρό αποκατάστασης ή τον θεραπευτή του. Οι υπηρεσίες σταματούν όταν σταματά η πρόοδος.

Από την πλευρά του ο λογοπαθολόγος, ως μέρος της διεπιστημονικής ομάδας, θα πρέπει, για νομικά ζητήματα, να τεκμηριώνει όλες τις παρατηρήσεις σχετικά με την ικανότητα του ατόμου να κατανοεί γραπτές και λεκτικές πληροφορίες και να εκφράζει τις επιθυμίες του [19].

Περιπτώσεις όπου ο λογοπαθολόγος γνωρίζει πιθανά ζητήματα που μπορεί να οδηγήσουν σε νομικές προκλήσεις στην τεκμηριωμένη ικανότητα του ατόμου, όχι μόνο θα πρέπει να λαμβάνει χώρα πλήρης τεκμηρίωση της λειτουργίας του ατόμου, αλλά και ο λογοπαθολόγος μπορεί να λειτουργήσει ως διευκολυντής της επικοινωνίας μεταξύ του ατόμου και του δικηγόρου. Επιπλέον, ο λογοπαθολόγος μπορεί να χρειαστεί να αυξήσει την ενημερότητα για την αφασία των αρμόδιων για νομικά θέματα και να συμβάλλει με την εμπειρογνωμοσύνη σε σχέση με την ικανότητα τεκμηρίωσης.

Αναφορά/παραπομπή: Ferguson et al., 2003, Επίπεδο αποδεικτικών στοιχείων: Qual.

Επιπλέον οι θεραπευτές πρέπει να στοχεύουν στην υποστήριξη ατόμων στη λήψη επιλογών σε νομικά ζητήματα ή ζητήματα υγειονομικής περίθαλψης που περιλαμβάνουν συναίνεση κατόπιν ενημέρωσης.

Οι εμπειρογνώμονες συμφωνούν ότι υπάρχει ανάγκη ενεργητικής δημιουργίας και προσαρμογής πρακτικών που προσφέρουν βιώσιμη υποστήριξη και που συμπληρώνουν την εργασία που εστιάζει στη διαταραχή. Αυτό θα επιτρέψει την εκ νέου εμπλοκή στη ζωή ενισχύοντας την καθημερινή συμμετοχή σε δραστηριότητες επιλογής.

- Parr S (2001) Επίπεδο αποδεικτικών στοιχείων III
- Chapey R, Duchan JF, Elman RJ, Garcia LJ, Kagan A, Lyon JG & Simmons-Mackie N (2001) Επίπεδο αποδεικτικών στοιχείων IV
- Αποδεικτικά στοιχεία Pound C, Parr S, Lindsay J & Woolf C (2000) Επίπεδο αποδεικτικών στοιχείων IV
- Εθνικές κλινικές κατευθυντήριες οδηγίες για το εγκεφαλικό επεισόδιο RCP (2004) Επίπεδο αποδεικτικών στοιχείων IV

ΕΝΙΣΧΥΣΗ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΑΠΗΡΙΑ

Η Παγκόσμια Έκθεση για την Αναπηρία ζητά την ενίσχυση της έρευνας για την αναπηρία μέσω εστιασμένων επενδύσεων σε ανθρώπινη και τεχνική ικανότητα, διεξαγωγή έρευνας σχετικά με την αναπηρία σε συνεννόηση με οργανώσεις καταναλωτών (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας και

Παγκόσμια Τράπεζα, 2011) [20]. Οι καταναλωτές και οι επαγγελματικές οργανώσεις πρέπει να συνεργαστούν για να διασφαλίσουν ότι η έρευνα απαντά στις ερωτήσεις που μπορούν να επιφέρουν αλλαγές και πρόοδο στα άτομα με αφασία. Οι εργοδότες πρέπει να ενθαρρυνθούν να δουν αυτές τις δραστηριότητες ως κρίσιμα συστατικά της αποκατάστασης, αναγνωρίζοντας ότι οι ενεργητικοί οργανισμοί υπεράσπισης και υποστήριξης που διαθέτουν επαρκείς πόρους ωφελούν όλους.

Επίσης, είναι αναγκαία η έρευνα χωρίς αποκλεισμούς. Η έρευνα πρέπει να είναι δομημένη ώστε να επιτρέπει στα άτομα με αφασία να συνεισφέρουν με γνήσιο και ουσιαστικό τρόπο, αποφεύγοντας το συμβολισμό. Άλλωστε ο στόχος είναι η καλύτερη ανάπτυξη ικανοτήτων των ατόμων με αφασία επηρεάζοντας ουσιαστικά οι ίδιοι την κατεύθυνση της έρευνας και των υπηρεσιών αφασίας. Η έρευνα για την αφασία πρέπει να επεκταθεί και σε πληθυσμούς που είναι γεωγραφικά απομονωμένοι.

Τίθεται ένα ερώτημα: Ποιος πρέπει να αναλάβει την ευθύνη για το συντονισμό μιας στρατηγικής και σχεδίου για την επιστήμη και τις υπηρεσίες αφασίας, μιας συντονισμένης έρευνας σε εθνικό και διεθνές επίπεδο; Υπάρχουν κλίμακες οικονομίας με την ανάπτυξη σχεδίων δράσης αφασίας και σε διεθνές επίπεδο;

Σε τοπικό επίπεδο, οι υπηρεσίες αφασίας μετά από εγκεφαλικό επεισόδιο ελέγχονται ετησίως από το Εθνικό Ίδρυμα Εγκεφαλικού, με αποδεικτικά στοιχεία-κενά πρακτικής που επισημαίνονται δημοσίως σε διαθέσιμες διαδικτυακές αναφορές. Το Εθνικό Ίδρυμα Εγκεφαλικού επεισοδίου σε συνεργασία με τις τοπικές υπηρεσίες εγκεφαλικού επεισοδίου επιδιώκει να περιορίσει τα αποδεικτικά στοιχεία-πρακτικό χάσμα μέσω της υπηρεσίας Strokelink, ένα πρόγραμμα βελτίωσης ποιότητας που βασίζεται στην ομάδα που έχει σχεδιαστεί για να βοηθήσει τους επαγγελματίες υγείας να διατηρήσουν ή να βελτιώσουν τη φροντίδα του εγκεφαλικού. Ενώ αυτή η διαδικασία ελέγχου και ανατροφοδότησης από το Εθνικό Ίδρυμα Εγκεφαλικού επεισοδίου θα έχει κάποια οφέλη για τις υπηρεσίες αφασίας σε τοπικό επίπεδο, οι συστάσεις για αποκατάσταση αφασίας στις οδηγίες εγκεφαλικού επεισοδίου θεωρούνται ότι είναι περιορισμένες.

Εντός της Αυστραλίας, το Κέντρο Κλινικής Έρευνας Αριστείας (CCRE) στην Αποκατάσταση Αφασίας (www.ccreaphasia.org.au) έχει αναλάβει την πρόκληση του σχεδιασμού μιας στρατηγικής για την αποκατάσταση της αφασίας σε όλη τη συνέχεια της περίθαλψης (παρουσιάστηκε σε προηγούμενες ενότητες). Το Australian Aphasia Rehabilitation Pathway σχεδιάζεται σε στενή συνεργασία με λογοπαθολόγους και καταναλωτές με στόχο τη μετάφραση της γνώσης σε βέλτιστες πρακτικές.

Σε διεθνές επίπεδο έχει οριστεί η Aphasia United (www.aphasiaunited.org) ως κύριο όργανο για την παγκόσμια κοινότητα αφασίας. Η Aphasia United (2011) είναι ένας διεθνής οργανισμός που ανέλαβε ένα έργο για την επίτευξη πολυεθνικής συναίνεσης και συστάσεων κλινικής

πρακτικής με στόχο την αύξηση της κοινής χρήσης και της ισοδυναμίας των υπηρεσιών διεθνώς Nina Simmons-Mackie, Linda Worrall, Laura L. Murray, Pam Enderby, Miranda L. Rose, Eun Jin Paek & Anu Klippi (2016) The top ten: best practice recommendations for Aphasia [3].

Πρόκειται για οδηγίες κλινικής πρακτικής που ισχύουν πέρα από τα εθνικά σύνορα, που θα βοηθήσουν στη συστηματοποίηση των υπηρεσιών αποκατάστασης αφασίας. Βασικός στόχος της Aphasia United ήταν να φέρει σε επαφή πολυεθνικούς ενδιαφερόμενους φορείς, συμπεριλαμβανομένων ερευνητών, κλινικών για την αφασία και ατόμων που ζουν με αφασία για την αντιμετώπιση των αναγκών που σχετίζονται με την αποκατάσταση της αφασίας σε παγκόσμιο επίπεδο. Η Delphi είναι μια συστηματική μέθοδος στην οποία μια ομάδα εμπειρογνομόνων παρέχει κρίσεις ή απαντά σε ερωτήσεις σε διαδοχικούς γύρους για την επίτευξη συμφωνίας σε ένα θέμα. Επίσης, προστέθηκε μια επιπλέον σύσταση για το Σημείο Καλής Πρακτικής που αντλείται από τη γνώμη των εμπειρογνομόνων. Οι εμπειρογνώμονες αναγνωρίζουν ότι τελικά οι συστάσεις θα απαιτούν προσαρμογή ώστε να ανταποκρίνονται στις πολιτιστικές και εθνοτικές ανάγκες για τοπική χρήση σε διαφορετικές χώρες ή ακόμη και σε μια δεδομένη χώρα. Η συμπερίληψη 500 κλινικών και ερευνητών που συμμετείχαν στη διαδικασία ανάπτυξης και συναίνεσης από πολλές χώρες, η συμβουλευτική ομάδα Aphasia United και η ομάδα εργασίας βέλτιστων πρακτικών θα μπορούν να βοηθήσουν στη μεταφορά γνώσης στην πραγματική πρακτική και εφαρμογή των συστάσεων στις χώρες τους.

Οι συστάσεις θα μπορούσαν επίσης να χρησιμεύσουν ως εργαλείο ελέγχου για ιδρύματα και προγράμματα υγειονομικής περίθαλψης. Ο έλεγχος έχει προταθεί ως ένα δυνητικά αποτελεσματικό εργαλείο για την εφαρμογή βελτιωμένης πρακτικής (Hysong, Best, & Pugh, 2006) [3] και τον εντοπισμό των κενών στην πράξη. Άλλα βήματα για την ενθάρρυνση της εφαρμογής περιλαμβάνουν μια ποικίλη και ευρεία διαδικασία διάδοσης, συμπεριλαμβανομένης της έκθεσης μέσω δημοσιεύσεων, ιστότοπων, συνεδρίων, ακαδημαϊκών ιδρυμάτων και κοινωνικών μέσων.

Όπως στον σχεδιασμό των εθνικών κατευθυντήριων γραμμών για τις βέλτιστες πρακτικές, αυτές οι συστάσεις θα απαιτούν συνεχή ανάπτυξη και αναθεώρηση καθώς η επιστήμη της αποκατάστασης αφασίας εξελίσσεται και αλλάζει. Στο παράρτημα 2 στη σελίδα 140 παρουσιάζονται οι διεθνείς συστάσεις για την αφασία.

Η μετάφραση της έρευνας σε όλες τις γλώσσες και στη συνέχεια η συγκέντρωση των αποτελεσμάτων της έρευνας για την επίτευξη συναίνεσης σε όλες τις γλώσσες ήταν πέρα από το πεδίο εφαρμογής αυτού του έργου. Επιπλέον, ένας πιθανός ρόλος για την Aphasia United θα

μπορούσε να είναι μία συντονισμένη παγκόσμια ατζέντα έρευνας που να κατευθύνει τους συνδυασμένους πόρους της παγκόσμιας κοινότητας αφασίας.

Κάποιοι περιορισμοί που προέκυψαν κατά το σχεδιασμό των συστάσεων για την αφασία σε διεθνές επίπεδο είναι η έλλειψη εκπροσώπησης των λιγότερο ανεπτυγμένων χωρών. Η έρευνα αποκατάστασης στην οποία βασίζονται οι συστάσεις έχει διεξαχθεί κατά κύριο λόγο στις ανεπτυγμένες χώρες (με υψηλότερο εισόδημα). Οι μελλοντικές εργασίες θα μπορούσαν να κατευθύνονται στον εντοπισμό συστάσεων κατάλληλων για χαμηλό εισόδημα ή αναπτυσσόμενες χώρες με βάση τη συμβολή των ενδιαφερομένων σε αυτές τις περιοχές. Η διασύνδεση με συνεργασίες όπως το G-I-N μπορεί να είναι μια μέθοδος επέκτασης της διαδικασίας συναίνεσης και συμπερίληψης συμμετεχόντων από χώρες που συνήθως δεν εκπροσωπούνται σε δυτικοποιημένους οργανισμούς αφασίας.

Οι κλινικές οδηγίες εγκεφαλικού επεισοδίου που περιλαμβάνονται στη βιβλιοθήκη G-I-N περιλαμβάνουν την Αυστραλία, το Βέλγιο, τη Βραζιλία, τον Καναδά, την Ευρώπη, τη Φινλανδία, τη Γαλλία, τη Γερμανία, τη Μαλαισία, τις Κάτω Χώρες, την Ισπανία, την Ουκρανία, το Ηνωμένο Βασίλειο και τις Ηνωμένες Πολιτείες. Αυτές οι οδηγίες καλύπτουν μια ποικιλία διαφορετικών τομέων διαχείρισης και δεν περιλαμβάνουν απαραίτητα συστάσεις αφασίας.

Ένας άλλος περιορισμός είναι η έλλειψη εκπροσώπησης των μη αγγλόφωνων εμπειρογνομόνων. Η διεθνής γλώσσα της δημοσιευμένης επιστήμης είναι η αγγλική. Παρόλο που πολλοί από τους συμμετέχοντες στο πρόγραμμα προέρχονταν από χώρες που δε μιλούσαν αγγλικά και τους ζητήθηκε να εξετάσουν την εφαρμογή ή την καταλληλότητα των συστάσεων για τη χώρα τους, είναι πολύ πιθανό οι μη αγγλόφωνοι εμπειρογνώμονες να μην έχουν συμφωνήσει με τις συστάσεις ή ότι οι συστάσεις δεν αντικατοπτρίζουν πολιτιστικές και γλωσσολογικές διαφορές και πρακτικές προτιμήσεις σε χώρες ή πολιτιστικές ομάδες που δεν εκπροσωπούνται. Επομένως, οι μελλοντικές προσπάθειες πρέπει να κατευθύνονται στη συμμετοχή μη αγγλόφωνων συμμετεχόντων σε χώρες ή περιοχές που δεν εκπροσωπήθηκαν στη διαδικασία συναίνεσης. Είναι πιθανό να γίνει αναθεώρηση των συστάσεων, με προσαρμογές, προσθήκες ή αλλαγές σε αυτές τις συστάσεις βάσει νέων ερευνητικών στοιχείων και εμπλοκής πρόσθετων ομάδων ενδιαφερομένων καθώς και προσαρμογής των συστάσεων στις εθνικές ή αυτόχθονες ανάγκες. Επιπλέον θα ήταν σημαντική μία μεγαλύτερη συμβολή ατόμων που ζουν με αφασία για να διασφαλιστεί ότι οι τεκμηριωμένες συστάσεις συνάδουν με τις ανάγκες και τις επιθυμίες τους όπως επίσης και μεγαλύτερη παγκόσμια εκπροσώπηση εμπειρογνομόνων για την αφασία.

Αναφέρθηκε και στον τομέα 1 στη σελίδα 34, σύσταση λήψη σωστής παραπομπής στην υποενοότητα κοινοτική ευαισθητοποίηση, ότι πρέπει να γίνουν εκστρατείες ευαισθητοποίησης για την αφασία, όχι μόνο σε τοπικό και εθνικό επίπεδο (που έχουν αναφερθεί) αλλά και σε διεθνές

επίπεδο. Σε διεθνές επίπεδο μπορούν να πραγματοποιηθούν εκστρατείες για την αύξηση της ευαισθητοποίησης του κοινού για την αφασία και την επικοινωνιακή αναπηρία γενικότερα από καταναλωτικές και επαγγελματικές οργανώσεις (σύμφωνα με την Παγκόσμια Έκθεση για την Αναπηρία).

ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΤΗΣ ΙΚΑΝΟΤΗΤΑΣ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ

Στην οικοδόμηση της ικανότητας ανθρώπινου δυναμικού, εκτός από την εστίαση στα ευρύτερα κοινωνικά δίκτυα ατόμων με αφασία (οικογένεια, φίλους, υπηρεσίες αποκατάστασης, ομάδες αφασίας), έμφαση πρέπει να δίνεται και στην καλύτερη κατάρτιση των επαγγελματιών υγείας που αναλαμβάνουν ασθενείς με αφασία.

Οι επαγγελματίες θέλουν να αποκτούν κατάρτιση στα πτυχία της επαγγελματικής τους εκπαίδευσης. Επίσης, επένδυση στην ανάπτυξη των ικανοτήτων του ανθρώπινου δυναμικού. Παραδείγματα είναι η εκπαίδευση φοιτητών νοσηλευτικής για επικοινωνία με άτομα με αφασία (Welsh & Szabo, 2011) [20] που μπορεί να οδηγήσει σε αλλαγές στάσεων και στην ικανότητα υποστήριξης. Όσον αφορά στην κατάρτιση λογοπαθολόγων, πρέπει να τροποποιήσουμε τα προγράμματα σπουδών στους φοιτητές με δεξιότητες στην εκπαίδευση επικοινωνιακών συνεργατών και στην προσέγγιση κοινοτικών οργανώσεων αποκατάστασης και υπηρεσιών.

Αξίζει να αναφερθούμε σε ένα παράδειγμα αναφορικά με την κατάρτιση των επαγγελματιών που απαιτείται για την υποστήριξη ατόμων που χρησιμοποιούν επαυξημένη και εναλλακτική επικοινωνία.

Η κυβέρνηση της Σκωτίας τον Ιούνιο του 2012 (AAC IN SCOTLAND) δημοσίευσε την έκθεση Right to Speak. Το NHS Education for Scotland (NES) ανέπτυξε το IPAACKS για να βελτιώσει τις εμπειρίες, τις ευκαιρίες και την ποιότητα ζωής των ανθρώπων που χρησιμοποιούν την AAC διασφαλίζοντας ότι τα άτομα που εργάζονται μαζί τους έχουν τη γνώση, τις δεξιότητες και τις αξίες που απαιτούνται για τους ρόλους τους, έχουν πρόσβαση σε κατάλληλα επίπεδα υψηλής ποιότητας ειδικής αξιολόγησης και υποστήριξης Catherine Harris, Helen McFarlane (2012) IPAACKS Informing and Profiling Augmentative and Alternative Communication (AAC) knowledge and skills Supporting the learning and development of people working with individuals who use AAC NHS Education for Scotland [17].

Η AAC έχει αναγνωριστεί επίσημα ως έγκυρο μέσο επικοινωνίας από την κυβέρνηση της Σκωτίας και από τα Ηνωμένα Έθνη. Η εκμάθηση της επικοινωνίας μέσω AAC είναι περίπλοκη και μπορεί να πάρει σημαντικό χρόνο, προσπάθεια και δέσμευση εκ μέρους του εκπαιδευόμενου. Υπογραμμίζεται η ανάγκη για αυξημένη γενική ευαισθητοποίηση σχετικά με τις ανάγκες υποστήριξης επικοινωνίας και το AAC τόσο σε εθνικό όσο και σε τοπικό επίπεδο. Η συνειδητοποίηση των αναγκών υποστήριξης επικοινωνίας πρέπει να αποτελεί μέρος της βασικής

γνώσης και δεξιότητες που απαιτούνται από όλους τους εργαζομένους (ανεξάρτητα από το ρόλο τους) καθώς εισέρχονται σε θέσεις εργασίας στην υγεία, την εκπαίδευση, την κοινωνική περίθαλψη, τον εθελοντικό τομέα ή τους ανεξάρτητους παρόχους. Αυτό πρέπει να συμπεριληφθεί σε επαγωγικά προγράμματα και προπτυχιακά προγράμματα ειδικά για το επάγγελμα.

Το IPAACKS βασίζεται στην ισότητα, την ποικιλομορφία, τη νομοθεσία και την καθοδήγηση με βάση τα δικαιώματα. Μπορεί να είναι χρήσιμο για ένα ευρύ φάσμα ρόλων σε όλους τους σχετικούς τομείς, όπως είναι η υγεία, η εκπαίδευση (από τα πρώτα χρόνια έως την τριτοβάθμια και την περαιτέρω εκπαίδευση), η κοινωνική φροντίδα, οι ιδιωτικοί και ανεξάρτητοι πάροχοι υπηρεσιών, η κοινοτική εργασία.

Το IPAACKS χρησιμοποιεί τον όρο «εργαζόμενο» για όποιον συνεργάζεται, υποστηρίζει ή αλληλεπιδρά με ένα άτομο που χρησιμοποιεί AAC σε ένα περιβάλλον εργασίας. Προορίζεται αφενώς για όλους τους εργαζομένους που ενδέχεται να έρθουν σε επαφή με άτομα που χρησιμοποιούν AAC και που παρέχουν εκπαίδευση, φροντίδα, θεραπεία, υποστήριξη και άλλες υπηρεσίες και αφετέρου για άτομα που χρησιμοποιούν AAC, ώστε να μπορούν να προσδιορίσουν τι χρειάζονται από ένα έμπειρο και εξειδικευμένο εργατικό δυναμικό που θα τους υποστηρίξει σε όλα τα στάδια του ταξιδιού τους με την AAC.

Είναι ένας πόρος που μπορεί να χρησιμοποιηθεί με πολλούς τρόπους και για διάφορους σκοπούς, από μεμονωμένους εργαζομένους, παρόχους υπηρεσιών, οργανισμούς, χρήστες AAC, από οργανισμούς και ομάδες. Ενθαρρύνει οργανισμούς και ομάδες να προωθήσουν μια υποστηρικτική κουλτούρα μάθησης σε σχέση με το AAC και να σχεδιάσουν για το εργατικό δυναμικό κατάλληλη βάση αξιών με επίπεδα γνώσεων και δεξιοτήτων, ώστε να μπορούν να υποστηρίζουν άτομα που χρησιμοποιούν AAC. Προωθεί την ευαισθητοποίηση σχετικά με τις ανάγκες, τα δικαιώματα και τις ευκαιρίες για άτομα που χρησιμοποιούν AAC.

Το IPAACKS οργανώνεται γύρω από αυτές τις βασικές αξίες και δεσμεύσεις που είναι απαραίτητες για όλους τους εργαζομένους που εμπλέκονται με άτομα που χρησιμοποιούν AAC σε οποιοδήποτε επίπεδο και υπό οποιαδήποτε ιδιότητα. Καθώς το IPAACKS ασχολείται με τη βελτίωση της επικοινωνίας, ιδίως μέσω της AAC ιδιαίτερη προσοχή δίνεται στην πρακτική που βασίζεται σε αξίες που ενισχύουν την επικοινωνία.

Επιπλέον δίνει έμφαση και στα χαρακτηριστικά που περιγράφουν τις γνώσεις και τις δεξιότητες των εργαζομένων που απαιτούνται και που συμμετέχουν με AAC με κάποια ιδιότητα. Μιλάμε για τα ειδικά μέρη AAC. Ορισμένοι εργαζόμενοι θα πρέπει να είναι σε θέση να αποδείξουν γνώσεις και δεξιότητες σε όλα τα μέρη της AAC, άλλοι μόνο σε ορισμένα μέρη ειδικά μέρη της AAC. Οι γνώσεις και οι δεξιότητες που περιγράφονται για τον εργαζόμενο περιλαμβάνουν την πρώτη αναγνώριση της ανάγκης των ατόμων για AAC, μέσω της αξιολόγησης για υποστήριξη, για την

εκμάθηση της επικοινωνίας μέσω AAC έως την αναθεώρηση των αναγκών τους. Υπάρχουν επίσης περιγραφές των απαιτούμενων γνώσεων και δεξιοτήτων των εργαζομένων γύρω από την τεχνολογία και τον εξοπλισμό που σχετίζονται με την AAC, καθώς και για τους εργαζόμενους που συμμετέχουν στη βοήθεια άλλων για να μάθουν για την AAC.

ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΞΙΕΣ ΚΑΙ ΔΕΣΜΕΥΣΕΙΣ

1 α Βασική αξία και δέσμευση: Εργασία σε συνεργασία

Αποτέλεσμα για το άτομο που χρησιμοποιεί AAC: «Συμμετέχω και συμπεριλαμβάνομαι σε αποφάσεις που επηρεάζουν τη ζωή μου».

Ικανότητες που πρέπει να έχουν οι εργαζόμενοι προκειμένου να διασφαλιστεί ότι αυτό θα γίνει:

Οι εργαζόμενοι πρέπει να είναι ικανοί να αλληλεπιδρούν με άτομα που χρησιμοποιούν την AAC με τρόπο που ενθαρρύνει την ενεργό συμμετοχή τους, αναγνωρίζοντας και αξιοποιώντας τα μοναδικά δυνατά τους σημεία. Οφείλουν να ενθαρρύνουν ενεργά τη συμμετοχή ατόμων που χρησιμοποιούν την AAC, τις οικογένειές τους και τους φροντιστές τους για να επηρεάσουν και να βελτιώσουν την παροχή υπηρεσιών με AAC. Επίσης, να ενεργούν με τρόπο που εκτιμά τις συνεισφορές της οικογένειας, των φίλων, των φροντιστών και άλλων επαγγελματιών, ενώ ταυτόχρονα σέβονται την εμπιστευτικότητα και την επιλογή του ατόμου που χρησιμοποιεί AAC.

1 β Βασική αξία και δέσμευση: Εργασία σε συνεργασία

Αποτέλεσμα για το άτομο που χρησιμοποιεί AAC: «Οι άνθρωποι συνεργάζονται για να με βοηθήσουν»

Ικανότητες που πρέπει να έχουν οι εργαζόμενοι προκειμένου να διασφαλιστεί ότι αυτό θα γίνει:

Οι εργαζόμενοι πρέπει να καλλιεργήσουν τις δυνατότητες που απαιτούνται για να συνεργαστούν ως μέρος της διεπιστημονικής ομάδας γύρω από το άτομο που χρησιμοποιεί AAC, αναγνωρίζοντας ότι οι ομάδες θα ποικίλλουν ανάλογα με την ηλικία, τη ρύθμιση και τις ανάγκες του ατόμου. Να αναπτύσσουν τη δυνατότητα αποτελεσματικής εργασίας πέρα από τα επαγγελματικά και πρακτικά όρια, με ενεργό συμμετοχή και σεβασμό της συνεισφοράς των άλλων.

2 α Βασική αξία και δέσμευση: Σεβασμός της ποικιλομορφίας και προώθηση ευκαιριών. Ενισχύει την κατανόηση των εργαζομένων σχετικά με θέματα διαφορετικότητας σε σχέση με άτομα που χρησιμοποιούν AAC

Αποτέλεσμα για το άτομο που χρησιμοποιεί AAC: «Έχω τις ίδιες ευκαιρίες με όλους τους άλλους»

Ικανότητες που πρέπει να έχουν οι εργαζόμενοι προκειμένου να διασφαλιστεί ότι αυτό θα γίνει:

Να χρησιμοποιούν νομοθετικά πλαίσια για την αντιμετώπιση διακρίσεων και ανισοτήτων, έχοντας επίγνωση της πιθανότητας ανισότητας για τα άτομα που χρησιμοποιούν AAC όσον αφορά την υγειονομική περίθαλψη, την εκπαίδευση, την απασχόληση και τις κοινωνικές ευκαιρίες. Έχοντας επίγνωση της ανάγκης προώθησης πρακτικής βασισμένης σε αξίες, να είναι ικανοί να ενεργούν με τρόπο που προάγει τα δικαιώματα του ατόμου. Γνωρίζοντας καταστάσεις όπου μπορεί να είναι απαραίτητη η υποστήριξη ενός ατόμου που χρησιμοποιεί AAC, να έχουν τη δυνατότητα να ενεργούν ως συνήγοροι εκ μέρους του ατόμου που χρησιμοποιεί AAC. Να υποστηρίζουν το άτομο που χρησιμοποιεί AAC στο να κάνει επιλογές και να έχει διαφορετικές εμπειρίες που μπορεί να του προσφέρουν ευκαιρίες και οφέλη.

"Δεν πρέπει να έχει σημασία που ζείτε ή πόσα χρήματα έχετε, θα πρέπει να έχετε την ίδια πρόσβαση στις υπηρεσίες" (ειπώθηκε από πρόσωπο που χρησιμοποιεί AAC)

2β Βασική αξία και δέσμευση: Σεβασμός της ποικιλομορφίας και προώθηση ευκαιριών.

Αποτέλεσμα για το άτομο που χρησιμοποιεί AAC: «η ζωή μου είναι εντάξει»

Ικανότητες που πρέπει να έχουν οι εργαζόμενοι προκειμένου να διασφαλιστεί ότι αυτό θα γίνει:

Να σέβονται την αξιοπρέπεια, τις επιθυμίες και τις πεποιθήσεις των ανθρώπων που χρησιμοποιούν την AAC, των οικογενειών τους και των φροντιστών τους. Να αλληλεπιδρούν με τους ανθρώπους που χρησιμοποιούν την AAC με τρόπο που να αποδεικνύει το σεβασμό των δικαιωμάτων τους. Να υποστηρίζουν και να ενθαρρύνουν το άτομο να αναπτύξει δεξιότητες και να αξιοποιήσει στο έπακρο τις ευκαιρίες που προκύπτουν σχεδιάζοντας το μέλλον. Να υποστηρίζουν και να ενθαρρύνουν το άτομο που χρησιμοποιεί AAC για να αναπτύξει τους ρόλους, τις δεξιότητες και τις σχέσεις του.

3 Βασική αξία και δέσμευση: Προώθηση της ένταξης και της συμμετοχής. Αυτό σκιαγραφεί τις υποστηρικτικές στάσεις, τις αξίες και ικανότητες που απαιτούνται από τους εργαζόμενους, ώστε να είναι σε θέση να διασφαλίσουν ότι τα άτομα που χρησιμοποιούν AAC συμπεριλαμβάνονται, συμμετέχουν και μπορούν να συμμετέχουν όσο θέλουν.

Αποτέλεσμα για το άτομο που χρησιμοποιεί AAC: «Νιώθω ότι περιλαμβάνομαι και συμπεριλαμβάνομαι στην κοινότητά μου»

Ικανότητες που πρέπει να έχουν οι εργαζόμενοι προκειμένου να διασφαλιστεί ότι αυτό θα γίνει:

ο εργαζόμενος έχοντας επίγνωση των πιθανών εμποδίων στην ένταξη και τη συμμετοχή για τα άτομα που χρησιμοποιούν AAC, όπως επίσης γνωρίζοντας την ανάγκη βελτίωσης της πρόσβασης στην υγεία, την εκπαίδευση, τον ελεύθερο χρόνο και άλλες υπηρεσίες για άτομα που

χρησιμοποιούν την AAC, πρέπει να είναι σε θέση να πραγματοποιήσει τις κατάλληλες προσαρμογές προκειμένου να ταιριάζουν στις ατομικές απαιτήσεις του ατόμου που χρησιμοποιεί την AAC.

4 αΒασική αξία και δέσμευση: Προώθηση της συναισθηματικής, ψυχολογικής και σωματικής ευεξίας

Αποτέλεσμα για το άτομο που χρησιμοποιεί AAC: «Αισθάνομαι εντάξει για τον εαυτό μου»

Ικανότητες που πρέπει να έχουν οι εργαζόμενοι προκειμένου να διασφαλιστεί ότι αυτό θα γίνει: ο εργαζόμενος πρέπει να έχει την ικανότητα να καλλιεργεί θετικές σχέσεις, να αναπτύσσει και να διατηρεί μια αίσθηση αυτοεκτίμησης και αξίας. Να παρέχει υποστήριξη σε κάθε άτομο που χρησιμοποιεί AAC αναφέροντας τυχόν ανησυχίες και προβλήματά του στους αρμόδιους φορείς. Επίσης, να αναγνωρίζει πότε το άτομο που χρησιμοποιεί την AAC αντιμετωπίζει (ή κινδυνεύει να βιώσει) παραμέληση, βλάβη ή κακοποίηση (σωματική, συναισθηματική, ψυχολογική ή οικονομική)

4 β Βασική αξία και δέσμευση: Προώθηση της συναισθηματικής, ψυχολογικής και σωματικής ευεξίας

Αποτέλεσμα για το άτομο που χρησιμοποιεί AAC: «Αισθάνομαι ασφαλής στο σπίτι μου και στην ευρύτερη κοινότητά μου»

Ικανότητες που πρέπει να έχουν οι εργαζόμενοι προκειμένου να διασφαλιστεί ότι αυτό θα γίνει: Κατανοώντας ότι υπάρχει νομοθεσία για την προστασία των δικαιωμάτων των ατόμων που χρησιμοποιούν AAC και της προστασίας τους από τον κίνδυνο βλάβης καθώς επίσης έχοντας επίγνωση των τοπικών συστημάτων προστασίας, των πολιτικών και των διαδικασιών που σχετίζονται με παιδιά, νέους και ευάλωτους ενήλικες, οι εργαζόμενοι πρέπει να λαμβάνουν τα κατάλληλα μέτρα σύμφωνα με τις τοπικές ή οργανωτικές διαδικασίες όταν ένα άτομο που χρησιμοποιεί AAC κινδυνεύει.

"Όταν είμαι έξω, οι άνθρωποι δεν με καταλαβαίνουν," (ειπώθηκε από πρόσωπο που χρησιμοποιεί την AAC)

5 Βασική αξία και δέσμευση: Προώθηση της θετικής αλληλεπίδρασης

Αποτέλεσμα για το άτομο που χρησιμοποιεί AAC: «Οι άνθρωποι ξέρουν πως να μιλούν μαζί μου».

Ικανότητες που πρέπει να έχουν οι εργαζόμενοι προκειμένου να διασφαλιστεί ότι αυτό θα γίνει: Αντικατοπτρίζει τη σημασία του ρόλου του συνεργάτη επικοινωνίας σε οποιαδήποτε αλληλεπίδραση με το άτομο που χρησιμοποιεί AAC και υπογραμμίζει τις στάσεις, τις αξίες και

τις ικανότητες που βασίζονται στη γνώση και τις δεξιότητες που απαιτούνται από τον εργαζόμενο. Επομένως πρέπει να είναι ικανός να προσαρμόζει τη δική του επικοινωνία έτσι ώστε να ταιριάζει στις ανάγκες και τις ικανότητες του ατόμου που χρησιμοποιεί την AAC, να επικοινωνεί με έναν τρόπο που να αναγνωρίζει την αξία και τα δικαιώματα του ατόμου που χρησιμοποιεί AAC.

«Μου αρέσει όταν οι άνθρωποι ακούνε», ειπώθηκε από άτομο που χρησιμοποιεί AAC

«Μερικές φορές οι άνθρωποι με βλέπουν απλώς στην αναπηρική καρέκλα μου και σκέφτονται ότι δεν καταλαβαίνω, μου μιλούν σαν να είμαι μωρό», ειπώθηκε από πρόσωπο που χρησιμοποιεί την AAC

«Μερικές φορές είναι δύσκολο να επικοινωνείς με διαφορετικά άτομα, είναι απογοητευτικό», ειπώθηκε από άτομο που χρησιμοποιεί AAC

Όπως αναφέρθηκε παραπάνω το IPAACKS δίνει έμφαση και στα ειδικά μέρη της AAC, στα χαρακτηριστικά που περιγράφουν τις γνώσεις και τις δεξιότητες των εργαζομένων που απαιτούνται και που συμμετέχουν σε AAC με κάποια ιδιότητα. Υπάρχουν οκτώ ειδικά μέρη της AAC: Προσδιορισμός της ανάγκης για επαυξημένη εναλλακτική επικοινωνία, αξιολόγηση, εκτέλεση, ανασκόπηση, τεχνολογία: προετοιμασία, προσαρμογή και ολοκλήρωση, τεχνολογία: διαχείριση πόρων, ηγεσία και διευκόλυνση της εκμάθησης AAC.

Προσδιορισμός της ανάγκης

«Οι άνθρωποι αναγνωρίζουν ότι έχω προβλήματα με την επικοινωνία μου» σχετίζεται με τις ικανότητες του εργαζόμενου να αναγνωρίζει την ανάγκη επικοινωνίας του ατόμου και να τη διαφοροποιεί από άλλες συμπεριφορές.

«Οι άνθρωποι αναγνωρίζουν ότι η AAC μπορεί να είναι χρήσιμη για μένα» αναφέρεται στην κατανόηση του εργαζόμενου για την AAC και τα πιθανά οφέλη της για το άτομο.

Αξιολόγηση

Τονίζει τις γνώσεις και τις δεξιότητες που πρέπει να έχουν οι εργαζόμενοι κατά την πραγματοποίηση αξιολόγησης για ένα σύστημα AAC. Περιγράφονται διαφορετικά επίπεδα γνώσεων και δεξιοτήτων, επιτρέποντας την αναλογική και ανταποκρινόμενη αξιολόγηση, ανάλογα με τις ανάγκες του ατόμου που χρειάζεται AAC.

«Οι ανάγκες και οι ικανότητές μου για AAC αναγνωρίζονται το συντομότερο δυνατόν και από άτομα που γνωρίζουν τι κάνουν».

Εκτέλεση

Σε όλο το IPAACKS, η εφαρμογή χρησιμοποιείται για να περιγράψει καταστάσεις όπου ο εργαζόμενος εμπλέκεται άμεσα με το άτομο, αναπτύσσοντας την επικοινωνία του χρησιμοποιώντας την AAC.

«Παίρνω το είδος της υποστήριξης που πρέπει προκειμένου να επικοινωνήσω, χρησιμοποιώντας το δικό μου σύστημα AAC» αντικατοπτρίζει τις δυνατότητες που πρέπει να έχει ο εργαζόμενος για να επιτύχει αυτό το αποτέλεσμα.

Ανασκόπηση

Αυτές οι δυνατότητες έχουν συνδέσμους με τα ειδικά μέρη Αναγνώριση Αναγκών και Αξιολόγηση. Η κριτική επισημαίνει την ανάγκη επανεξέτασης και παρακολούθησης του συστήματος AAC που χρησιμοποιείται για να διασφαλιστεί ότι συνεχίζει να ανταποκρίνεται στις ανάγκες και τις ικανότητες του ατόμου που χρησιμοποιεί την AAC.

«Εάν αλλάξουν οι ανάγκες και οι ικανότητές μου, ξέρω ότι μπορώ να αποκτήσω ένα κατάλληλο σύστημα AAC που να μου ταιριάζει». Η παρακολούθηση και ο έλεγχος του συστήματος AAC (ανάλογα με το σύστημα που χρησιμοποιείται) μπορεί επίσης να συνδέεται με την τεχνολογία.

Τεχνολογία AAC: προετοιμασία, προσαρμογή και ολοκλήρωση

Η προετοιμασία και προσαρμογή του συστήματος AAC αναφέρεται στις δυνατότητες του εργαζόμενου στην προετοιμασία υλικών, τη δημιουργία βιβλίων επικοινωνίας, τον προγραμματισμό βοηθητικής επικοινωνίας κ.λπ., για χρήση από το άτομο.

«Παίρνω το είδος του συστήματος AAC που χρειάζομαι, έχει δημιουργηθεί για μένα, όταν το χρειάζομαι».

Η ενσωμάτωση με άλλη υποστηρικτική τεχνολογία για μάθηση, κινητικότητα και περιβαλλοντικό έλεγχο είναι τεχνικά προσανατολισμένη, περιγράφοντας τις γνώσεις και τις δεξιότητες που απαιτούνται από τους εργαζόμενους για να διασφαλιστεί ότι το σύστημα AAC υψηλής τεχνολογίας ενός ατόμου συνδέεται με άλλο εξοπλισμό που χρησιμοποιείται, όπου απαιτείται.

«Όλος ο εξοπλισμός μου λειτουργεί μαζί».

Τεχνολογία AAC: Διαχείριση πόρων

Παροχή και παράδοση συστημάτων AAC υψηλής τεχνολογίας, συντήρηση συστήματος AAC υψηλής τεχνολογίας, τεχνικές δυνατότητες που πρέπει να έχουν οι εργαζόμενοι όταν ένα άτομο

χρησιμοποιεί ένα σύστημα AAC υψηλής τεχνολογίας, από βασικές επιχειρησιακές δυνατότητες έως πιο προηγμένες τεχνολογικές δεξιότητες, προκειμένου να επιτύχει όσο το δυνατόν πιο θετικό αποτέλεσμα για το άτομο.

«Παίρνω το είδος του συστήματος AAC που χρειάζομαι, όταν το χρειάζομαι».

Ηγεσία

Υπογραμμίζει τις δυνατότητες του εργαζόμενου να συνεργάζεται με άλλους για τη βελτίωση των υπηρεσιών, να δημιουργεί ένα όραμα και να καθορίζει την κατεύθυνση για τις υπηρεσίες AAC, έτσι ώστε το άτομο που χρησιμοποιεί AAC να αισθάνεται ότι παίρνει μια αποτελεσματική υπηρεσία AAC που είναι κατάλληλη για τις ανάγκες του.

Διευκόλυνση της μάθησης AAC

Αντικατοπτρίζει τις γνώσεις και τις δεξιότητες που απαιτούνται από τον εργαζόμενο για να εκπαιδεύσει τους άλλους και να ευαισθητοποιήσει σχετικά με την AAC, έτσι ώστε οι άλλοι άνθρωποι να ξέρουν πως να επικοινωνήσουν μαζί με το άτομο που τη χρησιμοποιεί. Όλοι πρέπει να γνωρίζουν AAC.

Οι γνώσεις και οι δεξιότητες εντός των οκτώ ειδικών μερών AAC χωρίζονται σε τέσσερα επίπεδα. Αν και τα επίπεδα εντός κάθε ειδικού μέρους AAC είναι σταδιακά, από το επίπεδο 1 στο επίπεδο 4, τα ίδια τα επίπεδα δεν είναι ιεραρχικά. Οι εργαζόμενοι μπορεί να χρειάζονται διαφορετικά επίπεδα γνώσεων και δεξιοτήτων για τους διάφορους ειδικούς κλάδους AAC στους οποίους εμπλέκονται. Ένας εργαζόμενος μπορεί να πρέπει να είναι σε θέση να αποδείξει ανώτερες γνώσεις και δεξιότητες που σχετίζονται με ορισμένες πτυχές της υποστήριξης AAC. Για ορισμένους ρόλους, οι εργαζόμενοι μπορεί να χρειάζονται μόνο απόδειξη γνώσεων και δεξιοτήτων σε ορισμένους από τους ειδικούς κλάδους της AAC. Το επίπεδο ειδικών γνώσεων και δεξιοτήτων AAC που απαιτείται από έναν εργαζόμενο μπορεί να ποικίλλει, ανάλογα με τις γνώσεις και τις δεξιότητες άλλων εργαζομένων μέσα σε μια ομάδα ή από τις απαιτήσεις μιας θέσης.

Το IPAACKS έχει σχεδιαστεί για να επιτρέπει στους εργαζομένους να αναγνωρίζουν τις τρέχουσες γνώσεις και δεξιότητές τους σε σχέση με την AAC και να προσδιορίζουν τομείς για μάθηση και ανάπτυξη (Αυτοαξιολόγηση IPAACKS).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

5.1 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Έχοντας ολοκληρώσει την παρουσίαση των συστάσεων βέλτιστης πρακτικής, τις υποχρεώσεις του εκάστοτε κράτους-πολιτείας απέναντι στους ανθρώπους με αφασία και τις προτάσεις-συστάσεις της παγκόσμιας έκθεσης για την αφασία προκειμένου να προταθεί ένα πιο λεπτομερές σχέδιο δράσης για την αφασία σε τοπικό, εθνικό και διεθνές επίπεδο, η παρούσα διπλωματική θα ολοκληρωθεί κάνοντας πάλι αναφορά στο μοντέλο της γνωστικής-επικοινωνιακής επάρκειας. Ο λόγος είναι ότι η εφαρμογή κατευθυντήριων γραμμών βάσει αποδεικτικών στοιχείων αμφισβητήθηκε και οι λόγοι παρουσιάζονται παρακάτω.

Ενώ υπάρχει μια σειρά από παρεμβάσεις λογοθεραπείας βάσει τεκμηριωμένων αποδεικτικών στοιχείων, παρατηρείται ασυνεπής παραπομπή και πρόσβαση σε υπηρεσίες λογοθεραπείας. Οι εκτιμήσεις δείχνουν ότι λιγότερο από το 50% των ατόμων παραπέμπονται στην πραγματικότητα για υπηρεσίες λογοθεραπείας. Οι λογοπαθολόγοι αναφέρουν σημαντικά εμπόδια στην εφαρμογή κατευθυντήριων γραμμών αποδεικτικών στοιχείων όπως έλλειψη χρόνου (92,3%), έλλειψη πόρων (81,7%) ή έλλειψη ενδιαφέροντος από άλλους (58,2%) [24].

Η χρήση εργαλείων αξιολόγησης με ανεπαρκή ευαισθησία και οικολογική εγκυρότητα, τα ασαφή συστήματα αναγνώρισης, ανίχνευσης και παραπομπής αποτελούν επιπρόσθετους λόγους αμφισβήτησης. Οι διαδικασίες παραπομπής και οι τρόποι φροντίδας τείνουν να επικεντρώνονται δυσανάλογα στα ελλείμματα κατάποσης ή διαταραχών κινητικής ομιλίας. Υπάρχει έλλειψη ενημερότητας για το πλήρες φάσμα των πιθανών ελλειμμάτων επικοινωνίας, έλλειψη κατανόησης των διαθέσιμων θεραπειών λογοθεραπείας, έλλειψη ενημέρωσης του ιατρού σχετικά με τις υπηρεσίες λογοθεραπείας.

Επιπλέον, παρατηρείται ύπαρξη σημαντικών κενών στην υπηρεσία θεραπείας, συμπεριλαμβανομένης της πρόωρης αποχώρησης από τη θεραπεία ή της ανεπαρκούς θεραπείας για την επίτευξη λειτουργικών στόχων για επικοινωνία στο κοινωνικό, ακαδημαϊκό ή εργασιακό πεδίο καθώς και περιορισμοί υπηρεσιών για παροχή εμπειρικά συστηνόμενων, πελατοκεντρικών, με βάση τα συμφραζόμενα, κοινοτικών παρεμβάσεων που περιλαμβάνουν συνεργάτες επικοινωνίας και πρακτικές πραγματικού κόσμου.

Παρόλα αυτά, τα διεθνή πρότυπα και οι οδηγίες δείχνουν ότι σε όλα τα άτομα με προβλήματα επικοινωνίας μετά το ΑΒΙ θα πρέπει να παρέχεται λογοθεραπευτική παρέμβαση.

Οι τρέχουσες κατευθυντήριες γραμμές πρακτικής συνιστούν οι παρεμβάσεις να ενσωματωθούν στον περιβαλλοντικό τομέα, που βασίζεται στα συμφραζόμενα συμπεριλαμβάνοντας τις

απαιτήσεις επικοινωνίας του ατόμου, με τη συμμετοχή συνεργατών επικοινωνίας και την προώθηση οδηγιών αυτοπροπόνησης, αυτορρύθμισης ή μεταγνωστικής στρατηγικής παρέχοντας προσαρμοσμένες υποστηρίξεις για την επιστροφή στην εργασία και την κοινωνική συμμετοχή. Τα αποδεικτικά στοιχεία ταυτόχρονα υποστηρίζουν λογοθεραπευτικές παρεμβάσεις για τη βελτίωση της προσοχής, της μνήμης, της κοινωνικής επικοινωνίας, της κατανόησης της ανάγνωσης, της εκτελεστικής λειτουργίας και της μετανόησης [24].

Τα μέτρα γνωστικής επικοινωνιακής αξιολόγησης με επαρκή ευαισθησία και οικολογική εγκυρότητα μπορούν να διαφοροποιήσουν τα άτομα μετά από ABI που επέστρεψαν και που δεν επέστρεψαν επιτυχώς στην ανταγωνιστική απασχόληση [24]. Διαταραχές επικοινωνίας μετά από ABI έχουν αποδειχθεί ότι αποτελούν σημαντικό εμπόδιο για την επανεισδοχή στο χώρο εργασίας και τη διατήρηση εργασίας.

Τα συστήματα παραπομπής, ανίχνευσης και παρακολούθησης πρέπει να δίνουν προτεραιότητα στις πιο λεπτές γνωστικές επικοινωνιακές διαταραχές. Οι κλινικοί γιατροί χρειάζονται καθοδήγηση για την επιλογή των πιο περιεκτικών, σχετικών και οικολογικά έγκυρων εργαλείων αξιολόγησης από ένα αυξανόμενο φάσμα τυποποιημένων δοκιμών, μέτρα δραστηριότητας και συμμετοχής.

Τα στοιχεία υποστηρίζουν την εμπλοκή λογοθεραπευτή σε άτομα με ABI στην οξεία φροντίδα, στην αποκατάσταση εσωτερικών ασθενών και σε παρεμβάσεις με βάση την κοινότητα, συμπεριλαμβανομένων των ασθενών αρκετών ετών μετά τον τραυματισμό.

5.2 ΠΩΣ ΘΑ ΜΠΟΡΟΥΣΕ ΝΑ ΕΦΑΡΜΟΣΤΕΙ ΤΟ ΜΟΝΤΕΛΟ ΤΗΣ ΓΝΩΣΤΙΚΗΣ –ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΚΗΣ ΕΠΑΡΚΕΙΑΣ

Το μοντέλο θα μπορούσε να προωθήσει την τεκμηριωμένη αξιολόγηση, μεταφέροντας τον πολυπαραγοντικό χαρακτήρα της διαταραχής της επικοινωνίας. Μέθοδοι αξιολόγησης που λαμβάνουν υπόψη τις πολλαπλές γνωστικές, συναισθηματικές και σωματικές επιρροές στην πραγματική επικοινωνιακή απόδοση, σαφή πλοήγηση σε υπηρεσίες με τη μορφή συνεκτικών κριτηρίων παραπομπής, ευαίσθητων πρωτοκόλλων ανίχνευσης, οδών φροντίδας, κατευθυντήριων γραμμών και εκπαίδευσης πηγών παραπομπής. Υπογραμμίζεται η σημασία της χρήσης ευαίσθητων οικολογικά έγκυρων δραστηριοτήτων σε επίπεδο συμμετοχής για αξιολόγηση, καθορισμό στόχων και σχεδιασμό θεραπείας στους επτά τομείς της ικανότητας επικοινωνίας: οικογένεια, κοινωνικό περιβάλλον, κοινότητα, χώρο εργασίας, ακαδημαϊκό περιβάλλον, διαχείριση πληροφοριών, επίλυση προβλημάτων και μέτρηση αποτελεσμάτων [24].

Το μοντέλο θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί για να καθοδηγήσει την ανάπτυξη εργαλείων και μονοπατιών παραπομπής βάσει τεκμηρίων και να εκπαιδεύσει άλλους (π.χ. διαχειριστές, υπεύθυνοι χάραξης πολιτικής, πηγές χρηματοδότησης, πηγές παραπομπής, το ευρύ κοινό) να λαμβάνουν υπόψη το πλήρες φάσμα των διαταραχών επικοινωνίας και τις ανάγκες.

Μπορεί να χρησιμοποιηθεί στην καθοδήγηση της λήψης κλινικών αποφάσεων, στην προώθηση της κοινής κατανόησης των ελλειμμάτων επικοινωνίας για βελτιωμένη συλλογή δεδομένων και στο σχεδιασμό υπηρεσιών και παρεμβάσεων μεταξύ συμβούλων πολιτικής υγείας, διαχειριστών και χρηματοδοτών που δημιουργούν τις προϋποθέσεις για την εφαρμογή των οδηγιών πρακτικής.

Το μοντέλο ενθαρρύνει την εξέταση της σημασίας των χαρακτηριστικών δειγματοληψίας επικοινωνίας, υποδηλώνει τη σημασία του πλαισίου στην ικανότητα επικοινωνίας, συμπεριλαμβανομένων των καταστάσεων και των αιτημάτων των συνεργατών επικοινωνίας, προωθεί την ικανότητα επικοινωνίας σε πραγματικές ρυθμίσεις ως το επιθυμητό αποτέλεσμα της παρέμβασης επικοινωνίας.

Θα μπορούσε να καθοδηγήσει τους κλινικούς ιατρούς να σκεφτούν πέρα από τη χρήση ενός μόνο τεστ επικοινωνίας για μια ευρύτερη διαδικασία αξιολόγησης που περιλαμβάνει αυτοαξιολόγηση, κλινική παρατήρηση, αξιολόγηση σε πραγματικές συνθήκες, αξιολόγηση συνεργατών επικοινωνίας, δειγματοληψία συμπεριφοράς κάτω από μια σειρά από συνθήκες και συμβολή πληροφοριών από συναδέλφους.

Μπορεί να εμπνεύσει τους κλινικούς ιατρούς να στραφούν σε οδηγίες σχετικές με ένα ευρύτερο φάσμα γνωστικών και επικοινωνιακών παρεμβάσεων [24]. Για παράδειγμα, έχοντας στόχο την κοινωνική επικοινωνία, ο κλινικός μπορεί να εξετάσει τις παρεμβάσεις στους τομείς της επικοινωνίας (σχεδιασμός λόγου), τη νόηση (εκτελεστικές λειτουργίες), το πλαίσιο (εκπαίδευση συνεργατών επικοινωνίας, κοινωνική δικτύωση, καθοδήγηση από ομοτίμους), τους παράγοντες ελέγχου (οδηγίες μεταγνωστικής στρατηγικής) καθώς και τις συναισθηματικές επιρροές.

Θα μπορούσε να βοηθήσει στη δημιουργία κοινών προοπτικών μεταξύ διεπαγγελματικών και διεθνών συνόρων. Να προωθήσει τη σημασία της επικοινωνίας ως αναπόσπαστο μέρος της παροχής υπηρεσιών υγείας και να χρησιμεύσει ως εκπαιδευτικό εργαλείο για διεπαγγελματική συνεργασία, να ενθαρρύνει τους επαγγελματίες της υγειονομικής περίθαλψης να εξετάσουν το ρόλο τους ως βασικούς συνεργάτες επικοινωνίας που μπορούν να υποστηρίξουν και να ενισχύσουν την ικανότητα επικοινωνίας στις αλληλεπιδράσεις υγειονομικής περίθαλψης, συμπεριλαμβανομένων εκείνων που σχετίζονται με τον καθορισμό στόχων, την παροχή συμβουλών, τον προγραμματισμό απαλλαγής, τη λήψη αποφάσεων και την ακαδημαϊκή και επαγγελματική επανα- ενσωμάτωση.

Μελλοντικά οι συγγραφείς ευελπιστούν ότι το μοντέλο γνωστικής επικοινωνιακής ικανότητας θα μπορούσε να προσφέρει μια πλατφόρμα για την ανάπτυξη συστημάτων αναγνώρισης και παρακολούθησης για την καλύτερη αξιολόγηση του πεδίου των προβλημάτων επικοινωνίας σε όλη τη συνέχεια της περίθαλψης. Επί του παρόντος υπάρχει έλλειψη κατανόησης σε ολόκληρο το σύστημα της ανάγκης για παρέμβαση στην επικοινωνία και έλλειψη δεδομένων για προσοχή στο πρόβλημα. Απαιτείται μεγαλύτερη εξειδίκευση της δυσλειτουργίας στην επικοινωνία σε μεγάλη κλίμακα παρακολούθησης των αποτελεσμάτων της υγείας. Τα συστήματα συλλογής δεδομένων πρέπει να βασίζονται σε αποδεικτικά στοιχεία για το πλήρες φάσμα των πιθανών διαταραχών επικοινωνίας, όπως το Εθνικό Σύστημα Μετρήσεων Αποτελεσμάτων της Αμερικανικής Ομιλίας και Ακοής [24]. Απαιτείται η χρήση τέτοιων μεθόδων αναγνώρισης, ταξινόμησης και εντοπισμού διαταραχών στην επικοινωνία σε ολόκληρο το σύστημα, προκειμένου να προσδιοριστεί το εύρος των αναγκών, τα σημεία εισόδου στο σύστημα, η κατανομή προσωπικού και η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων.

Το μοντέλο γνωστικής επικοινωνιακής ικανότητας θα μπορούσε να είναι ένα τέτοιο εργαλείο για να μεταφέρει την ανάγκη για δεδομένα μέσω του ποσοτικού προσδιορισμού του τεράστιου φάσματος των δυσλειτουργιών στην επικοινωνία, των πολύπλευρων επιδράσεων στην ικανότητα επικοινωνίας και του λειτουργικού αντίκτυπου ακόμη και λεπτών προκλήσεων επικοινωνίας στην ποιότητα ζωής των ατόμων που τα βιώνουν.

Παρά τα πολλά πλεονεκτήματα, οι συγγραφείς αναφέρουν και κάποιους περιορισμούς στο μοντέλο. Απαιτείται πιο περιεκτική ανάλυση με μεγαλύτερα δείγματα ιατρών και ερευνητών στις ομάδες εμπειρογνομόνων και περισσότερα βήματα για τη διασφάλιση της αντικειμενικότητας, της ποικιλομορφίας και της διεθνούς συμβολής. Επιπλέον απαιτείται επιπρόσθετη ανάλυση για τον προσδιορισμό του επιπέδου αξιοπιστίας στην εκχώρηση αποδεικτικών στοιχείων σε καθεμία από τις κατηγορίες του μοντέλου. Μελλοντική έρευνα θα είναι επίσης απαραίτητη για να εξεταστεί η χρησιμότητα του μοντέλου στην επίτευξη των προτεινόμενων στόχων και της αποτελεσματικότητάς του ως εκπαιδευτικού εργαλείου.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- [1] Sanjit K. Bhogal, BA (Hon); Robert Teasell, MD; Mark Speechley. (2003). Intensity of Aphasia Therapy, Impact on Recovery. Volume 34, Issue 4, 1 April 2003; Pages 987- 993, <https://doi.org/10.1161/01/STR.0000062343.64383DO>
- [2] Nina Simmons-Mackie. (April 2009). Thinking Beyond Language: Intervention for Severe Aphasia. Page was uploaded by Nina Simmons-Mackie on 31 March 2015. <https://pubs.asha.org>
- [3] Nina Simmons-Mackie, Linda Worrall, Laura L. Murray, Pam Enderby, Miranda L. Rose, Eun Jin Paek & Anu Klippi. (2016). The top ten: best practice recommendations for Aphasia. Downloaded by [Dr Nina N. SimmonsMackie] at 09:44 09 May 2016. <https://www.researchgate.net>
- [4] Swathi Kiran. Technology-Based Treatment Options for Aphasia Case Studies by Asha Professional Development. kirans@bu.edu Youtybe, Case Studies by ASHA Professional Development
- [5] Emma Power, Emma Thomas, Linda Worrall, Miranda Rose, Leanne Togher, Lyndsey Nickels, Deborah Hersh, Erin Godecke, Robyn O' Halloran, Sue Lamont, Claire O' Connor, Kim Clarke. (2015). Development and validation of Australian aphasia rehabilitation best practice statements using the RAND/UCLA appropriateness method. Downloaded from <https://bmjopen.bmj.com/> on February 12, 2021 by guest. BMJ Open 2015;5:e007641. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov>
- [6] Aphasia Rehabilitation Best Practice Statements. 2014. Comprehensive supplement to the Australian Aphasia Rehabilitation Pathway. www.aphasiapathway.com.au
- [7] American Stroke Association, Prevention self-advocacy Recover Hope: the stroke recovery guide. www.stroke.org
- [8] Australian Stroke Coalition. (2012).STROKE FOUNDATION Assessment for Rehabilitation: Pathway and Decision-Making Tool. <https://strokefoundation.org.au>
- [9] The Evidence-Based Review of Stroke Rehabilitation (EBRSR). Chapter 14: Aphasia and Apraxia. Last updated: March 2018. <https://www.ebrsr.com>
- [10] Τρίμης Νικόλαος, Ζιάβρα Ναυσικά, Νησιώτη Μελομένη. Εγχειρίδιο Λογοθεραπείας, κεφάλαιο 7. Παρέμβαση για αφασία ενηλίκων με εισαγωγή στην κρανιοεγκεφαλική κάκωση 1^η Ελληνική Έκδοση, Εκδόσεις Πασχαλίδης

- [11] The Evidence-Based Review of Stroke Rehabilitation (EBRSR). Chapter 2: Clinical Consequences of Stroke. Last updated: March 2018. <https://www.ebrsr.com>
- [12] The Evidence-Based Review of Stroke Rehabilitation (EBRSR). Chapter 3: Background Concepts in Stroke Rehabilitation. Last updated: March 2018. <https://www.ebrsr.com>
- [13] The Evidence-Based Review of Stroke Rehabilitation (EBRSR). Chapter 4: Managing the Stroke Rehabilitation Triage Process. Last updated: March 2018 <https://www.ebrsr.com>
- [14] Dalia Cahana-Amitay, Martin L. Albert. (2015). Redefining Recovery from Aphasia ISBN 978-0-19-981193-9
- [15] Παπαθανασίου Ηλίας (2006). Αφασίες και συναφείς διαταραχές επικοινωνίας, σημειώσεις
- [16] Joana Bisol Balardin and Eliane Correa Miotto. December 2009. Constraint-Induced therapy in aphasia rehabilitation, A review of Constraint-Induced Therapy applied to aphasia rehabilitation in stroke patients. Dement Neuropsychology 2009 December;3(4):275-282
- [17] Catherine Harris, Helen McFarlane. (2012). IPAACKS Informing and Profiling Augmentative and Alternative Communication (AAC) knowledge and skills Supporting the learning and development of people working with individuals who use AAC NHS Education for Scotland. <https://www.aacscotland.org.uk>
- [18] A program of March of Dimes Canada Stroke Recovery Canada. A Caregiver's guide to Stroke Recovery. <https://strokerecoverybc.ca>
- [19] Royal College of Speech & Language Therapists Clinical Guidelines RCSLT. Second impression 2005. <https://tcssexed.weebly.com>
- [20] Linda E. Worrall, Tami Howe, Anna O ' Callaghan, Anne J. Hill, Miranda Rose, Sarah J. Wallace, Tanya Rose, Kyla Brown, Emma Power, Robyn O ' Halloran & Alexia Rohde. (2013). The World Report on Disability as a blueprint for international, national, and local aphasia services. Downloaded from informahealthcare.com by 223.86.119.240 on 05/20/14. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov>
- [21] Roberta J. Elman. (2016).Aphasia Centers and the Life Participation Approach to Aphasia A Paradigm Shift. <https://aphasiacenter.net>
- [22] Elen Caroline Franco, Natalia Gutierrez Carleto. (2015). Intervention in Aphasia using the Augmentative and Alternative Communication. <https://www.scielo.br>
- [23] American Stroke Association (2014). Finances after stroke guide. <https://www.stroke.org>

- [24] Sheila MacDonald. (2017). Introducing the model of cognitive-communication competence: A model to guide evidence-based communication interventions after brain injury. *Brain Injury*, 31:13-14, 1760-1780
- [25] Swathi Kiran, Carrie Des Roches, Isabel Balachandran, Elsa Ascenso. (2014). Development of an Impairment-Based Individualized Treatment Workflow Using an iPad-Based Software Platform. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov>
- [26] American Stroke Association. Life after Stroke. A guide for patients and caregivers life after stroke our path forward. <https://www.stroke.org>
- [27] Anna Zumbansen, Alexander Thiel. (2014). Recent advances in the treatment of post-stroke aphasia. Downloaded free from <http://www.nrronline.org> on Wednesday, September 28, 2016. <https://www.researchgate.net>
- [28] LPAA Project Group (in alphabetical order): Roberta Chapey, Judith F. Duchan, Roberta J. Elman, Linda J. Garcia, Aura Kagan, Jon G. Lyon, and Nina Simmons-Mackie. (2000, 2008). Life Participation Approach to Aphasia: A Statement of Values for the Future. <https://www.aphasia.ca>
- [29] Royal College of Physicians. (fifth edition 2016). National clinical guideline for stroke prepared by the intercollegiate stroke working party. www.nice.org.uk
- [30] Andrea Norton, Lauryn Zipse, Sarah Marchina, and Gottfried Schlaug. (2009). The Neurosciences and Music III: Disorders and Plasticity Melodic Intonation Therapy: Shared Insights on How It Is Done and Why It Might Help. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov>
- [31] Jiaqi Zhang, Jiadan Yu, Yong Bao, Qing Xie, Yang Xu, Junmei Zhang, Pu Wang. (2017). Constraint-induced aphasia therapy in poststroke aphasia rehabilitation: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov>
- [32] Jennifer Barry. (2020). One SLP to Another Practical Aphasia Therapy Ideas and Resources. <https://www.vumc.org>
- [33] American Speech-Language-Hearing Association. (2016). Scope of Practice in Speech-Language Pathology. AD HOC COMMITTEE ON THE SCOPE OF PRACTICE IN SPEECH-LANGUAGE PATHOLOGY Available from www.asha.org/policy
- [34] Γρηγόριος Νάσιος. (2020). Παρουσίαση Λόγος και λειτουργική αναδιοργάνωση του εγκεφάλου- πώς ξαναμαθαίνει ο εγκέφαλος να μιλά;-νευροαποκατάσταση της αφασίας

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1

Ταξινόμηση αφασίας

Αφασίες μη ρέουσες	Χαρακτηριστικά	Εντοπισμός βλάβης
Αφασία Broca	Καλή κατανόηση, αγραμματισμός, κοπιώδης άρθρωση εκφωνημάτων σε μήκος φράσης, επηρεασμένη προσωδία και επιτονισμός, συχνά συνυπάρχουσα απραξία ομιλίας, κακή επανάληψη λέξεων/φράσεων	Βλάβη στον οπίσθιο κάτω κροταφικό λοβό, καθώς και σε κεντρικές και κάτω βρεγματικές περιοχές
Διαφλοιϊκή κινητική αφασία	Σχετικά ανέπαφη κατανόηση, ελάχιστη έως καθόλου έναρξη αυθόρμητης ομιλίας, παραγωγή παρόμοια με αυτή της αφασίας Broca, μπορεί να έχουν δυσκολία να απαντήσουν αυτόματα σε ερωτήσεις, αλλά έχουν εξαιρετική μίμηση (ακόμα και μεγάλων εκφωνημάτων), ισχυρές δεξιότητες επανάληψης	Βλάβη στο μέσο μετωπιαίο λοβό, συμπεριλαμβανομένης της συμπληρωματικής κινητικής περιοχής
Ολική αφασία	Σοβαρές ανεπάρκειες σε όλους τους τομείς της γλωσσικής κατανόησης και παραγωγής, μπορεί να είναι σε θέση να επικοινωνεί χρησιμοποιώντας την έκφραση του προσώπου, τον τονισμό και τις	Η βλάβη αφορά τις περιοχές ομιλίας στην εμπρόσθια και οπίσθια κεντρική έλικα του εγκεφάλου

	χειρονομίες, η παραγωγή μπορεί να είναι περιορισμένη σε στερεότυπα εκφωνήματα	
--	---	--

Ρέουσες αφασίες	Χαρακτηριστικά	Εντοπισμός βλάβης
Wernicke αφασία	Με ροή, αλλά συχνά χωρίς νόημα ομιλία, επηρεασμένη κατανόηση, καλή άρθρωση, επιτονισμός και προσωδία, φτωχή επανάληψη λέξεων/φράσεων, παραφασίες, νεολογισμοί, ιδιογλωσσία	Βλάβη στο οπίσθιο τμήμα της πρώτης κροταφικής έλικας του αριστερού εγκεφαλικού ημισφαιρίου
Αφασία αγωγής	Ομιλία με σχετικά καλή ροή, συχνές φωνημικές παραφασίες και συχνές αυτοδιορθώσεις, αξιοσημείωτη δυσκολία στη μίμηση, καλή γλωσσική κατανόηση, σημαντική διαταραχή σε δοκιμασίες λεκτικής επανάληψης (βαθύ έλλειμμα επανάληψης)	Βλάβη στην τοξοειδή δεσμίδα, στη βαθιά υπερχειλία έλικα, ή στην άνω κροταφική έλικα
Ανομία	Σημαντικές δυσκολίες στην εύρεση λέξεων, χρησιμοποιεί γενικά fillers γεμίσματα (π.χ. τη λέξη "πράγμα") ή περιφράσεις, με παρουσία ομιλίας με καλή ροή και	Βλάβη στην περιοχή της γωνιώδους έλικας

	σωστή γραμματικά, καλή κατανόηση, καλή επανάληψη λέξεων φράσεων	
--	--	--

Πηγή : προσαρμογή από Hedge , M.N (2001) . Introduction to communicative disorders (3rd ed)
Austin, TX: Pro –Ed

Τρίμης Νικόλαος, Ζιάβρα Ναυσικά, Νησιώτη Μελομένη. Εγχειρίδιο Λογοθεραπείας, κεφάλαιο
7. Παρέμβαση για αφασία ενηλίκων με εισαγωγή στην κρανιοεγκεφαλική κάκωση 1^η Ελληνική
Έκδοση, Εκδόσεις Πασχαλίδης, σελίδα 360 [10].

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2

N. SIMMONS-MACKIE ET AL. Aphasia United "Top 10" [3]

Διεθνείς προτάσεις βέλτιστων πρακτικών για την αφασία (Article in Aphasiology, May 2016)

Η νοημοσύνη των ατόμων με αφασία δεν επηρεάζεται. Η νοημοσύνη τους μπορεί να «καλυφθεί», να φαίνεται ότι επηρεάζεται εξαιτίας της δυσκολίας στην επικοινωνία. Τα άτομα με αφασία είναι συνήθως σε θέση να λαμβάνουν αποφάσεις και να συμμετέχουν σε δραστηριότητες εάν οι πληροφορίες ή οι δραστηριότητες γίνονται επικοινωνιακά προσβάσιμες.

Ακολουθούν οι "συστάσεις βέλτιστων πρακτικών" για υγειονομική περίθαλψη. Έχουν συγκεντρωθεί από διάφορες πηγές σε όλο τον κόσμο. Αναφέρονται μαζί με το επίπεδο των αποδεικτικών στοιχείων. Τα θέματα στις αναφερόμενες πηγές έχουν διατυπωθεί ως αντιπροσωπευτικά (παραπομπή στα πρωτότυπα έγγραφα προέλευσης). Πρέπει να σημειωθεί ότι οι περισσότερες συστάσεις προέρχονται από γενικές οδηγίες εγκεφαλικού επεισοδίου, παρά από άλλες αιτιολογίες ή ειδικές οδηγίες για την αφασία.

1. Όλοι οι ασθενείς με εγκεφαλική βλάβη ή προοδευτική εγκεφαλική νόσο πρέπει να υποβάλλονται σε έλεγχο για ελλείμματα επικοινωνίας.	Επίπεδο Γ
2. Τα άτομα με ύποπτα ελλείμματα επικοινωνίας πρέπει να αξιολογούνται από εξειδικευμένο επαγγελματία (καθορίζεται από τη χώρα). Η αξιολόγηση πρέπει να επεκταθεί πέραν της χρήσης μέτρων ελέγχου για τον προσδιορισμό της φύσης, της σοβαρότητας και των προσωπικών συνεπειών του ύποπτου ελλείμματος επικοινωνίας.	Επίπεδα Β, Γ
3. Τα άτομα με αφασία θα πρέπει να λαμβάνουν πληροφορίες σχετικά με την αφασία, την αιτία της αφασίας (π.χ. εγκεφαλικό επεισόδιο) και τις επιλογές θεραπείας. Αυτό ισχύει σε όλα τα στάδια υγειονομικής περίθαλψης από τα οξεία στα χρόνια στάδια.	Επίπεδα Α – Γ

<p>4. Κανείς με αφασία δεν πρέπει να απομακρύνεται από υπηρεσίες μη έχοντας κάποιο μέσο επικοινωνίας για να εκφράζει τις ανάγκες και τις επιθυμίες του (π.χ. χρησιμοποιώντας AAC, εκπαιδευμένους συνεργάτες) ή μη έχοντας ένα τεκμηριωμένο σχέδιο για το πως και πότε θα επιτευχθεί αυτό.</p>	<p>Επίπεδο: Σημείο καλής πρακτικής</p>
<p>5. Σε άτομα με αφασία θα πρέπει να προσφέρεται εντατική και εξατομικευμένη θεραπεία αφασίας που έχει σχεδιαστεί για να έχει ουσιαστικό αντίκτυπο στην επικοινωνία και τη ζωή. Αυτή η παρέμβαση πρέπει να σχεδιαστεί και να παραδοθεί υπό την επίβλεψη ειδικευμένου επαγγελματία.</p> <p>A. Η παρέμβαση μπορεί να περιλαμβάνει θεραπεία προσανατολισμένη στην εξασθένιση, αντισταθμιστική εκπαίδευση, θεραπεία συνομιλίας, λειτουργική-συμμετοχική θεραπεία, περιβαλλοντική παρέμβαση ή / και εκπαίδευση σε υποστηρικτική επικοινωνία ή επαυξητική-εναλλακτική επικοινωνία (AAC).</p> <p>B. Οι τρόποι παράδοσης μπορεί να περιλαμβάνουν ατομική θεραπεία, ομαδική θεραπεία, τηλεθεραπεία ή/και θεραπεία με υπολογιστή.</p> <p>Γ. Άτομα με αφασία λόγω σταθερής (π.χ. εγκεφαλικό επεισόδιο) καθώς και προοδευτικής μορφής εγκεφαλικής βλάβης επωφελούνται από την παρέμβαση.</p> <p>Δ. Άτομα με αφασία λόγω εγκεφαλικού επεισοδίου και άλλων στατικών μορφών εγκεφαλικής βλάβης μπορούν να</p>	<p>Επίπεδο A-GPP ανάλογα με την προσέγγιση, την ένταση, το χρόνο</p>

επωφεληθούν από την παρέμβαση τόσο σε οξείες όσο και σε χρόνιες φάσεις ανάρρωσης	
6. Πρέπει να παρέχεται εκπαίδευση συνεργατών επικοινωνίας για τη βελτίωση της επικοινωνίας του ατόμου με αφασία.	Επίπεδα Α, Β
7. Οι οικογένειες ή οι φροντιστές των ατόμων με αφασία πρέπει να συμπεριληφθούν στη διαδικασία αποκατάστασης. α. Οι οικογένειες και οι φροντιστές πρέπει να λαμβάνουν εκπαίδευση και υποστήριξη σχετικά με τις αιτίες και τις συνέπειες της αφασίας β. Οι οικογένειες και οι φροντιστές πρέπει να μάθουν να επικοινωνούν με το άτομο με αφασία	Επίπεδα Α – Γ ➔ Επίπεδο Α ➔ Επίπεδο Β
8. Οι υπηρεσίες για άτομα με αφασία πρέπει να είναι πολιτισμικά κατάλληλες και προσωπικά συναφείς.	Επίπεδο: Σημείο καλής πρακτικής
9. Όλοι οι πάροχοι υγειονομικής και κοινωνικής περίθαλψης που συνεργάζονται με άτομα με αφασία σε όλη τη συνέχεια της φροντίδας (δηλαδή, οξεία φροντίδα ως στο τέλος της ζωής) πρέπει να εκπαιδεύονται για την αφασία και για να υποστηρίζουν την επικοινωνία ατόμων με αφασία.	Επίπεδο Γ
10. Οι πληροφορίες που προορίζονται για χρήση από άτομα με αφασία θα πρέπει να διατίθενται σε επικοινωνιακά προσβάσιμες μορφές.	Επίπεδο Γ

Επίπεδα αποδεικτικών στοιχείων

Επίπεδο Α: Το σώμα των ερευνητικών στοιχείων μπορεί να είναι αξιόπιστο για την καθοδήγηση της πρακτικής

Επίπεδο Β: Το σώμα των ερευνητικών στοιχείων μπορεί να είναι αξιόπιστο για να καθοδηγήσει την πρακτική στις περισσότερες περιπτώσεις

Επίπεδο Γ: Το σώμα των ερευνητικών στοιχείων παρέχει κάποια υποστήριξη για σύσταση

Επίπεδο Δ: Το σώμα των ερευνητικών στοιχείων είναι αδύναμο

Σημείο καλής πρακτικής: Η σύσταση βασίζεται στη γνώμη των εμπειρογνομόνων ή σε συναίνεσή τους