

ŠIAULIŲ UNIVERSITETAS
SOCIALINĖS GEROVĖS IR NEGALĖS STUDIJŲ FAKULTETAS
SPECIALIOSIOS PEDAGOGIKOS KATEDRA

Specialiosios pedagogikos (specializacija – logopedija) magistrantūros studijų programa

Alina Andersen

SOCIALINIO MODELIO TAIKYMAS AFAZIJAI ĮVEIKTI

Magistro darbas

*Magistro darbo vadovė –
prof. dr. Regina Ivoškuvienė*

2016

Magistro darbo santrauka

Magistro darbe aptariamas socialinio modelio taikymas afazijai įveikti. Darbe analizuojami Lietuvos sveikatos priežiūros įstaigose dirbančių logopedų taikomi socialinio modelio kalbos atkūrimo metodai ir būdai.

Anketinės apklausos ir interviu metodais atlikto tyrimo tikslas – atskleisti, kokie socialinio modelio metodai ir būdai taikomi Lietuvos sveikatos priežiūros įstaigose afazijai įveikti.

Tyrimo dalyvavo 28 anketinės apklausos respondentai, 8 interviu dalyviai.

Tyrimui atlikti iškelti tokie probleminiai klausimai: ar Lietuvos sveikatos priežiūros įstaigų logopedai taiko socialinį modelį afazijai įveikti? Jei taip, kokius socialinio modelio būdus ir metodus taiko?

Svarbiausios empirinio tyrimo išvados:

- Anketinės apklausos kiekybinė rezultatų analizė atkleidė, kad Lietuvos sveikatos priežiūros įstaigose dirbantys logopedai savo darbe taiko įvairius socialinio modelio metodus ir būdus afazijai įveikti.

- Dažniausiai logopedai taiko socialinio modelio metodus ir būdus, susijusius su kalbos ir komunikacijos atkūrimu, klientų ir jų artimųjų įtraukimu į reabilitacijos procesą ir aplinkos pritaikymu.

- Tyrimas atskleidė, kad rečiausiai savo praktikoje logopedai taiko socialinio modelio aspektus, susijusius su klientų socialiniu dalyvavimu.

- Anketinės apklausos kokybinė analizė patvirtino, kad logopedai savo darbe dažnai integruoja atskirus socialinio modelio elementus ir būdus.

- Išanalizavus interviu su klientais rezultatus, paaiškėjo, kad klientų artimieji retai dalyvauja logopedinėse pratybose ar jas stebi.

- Sudarytas afazijos įveikimo modelis, integruojantis sutrikimo įveikimo ir socialinį modelius.

- Atsakyta į probleminius klausimus.

Esminiai žodžiai: afazija, socialinis modelis, reabilitacija, komunikacija, kalbos atkūrimas

Turinys

Magistro darbo santrauka	2
Įvadas.....	4
1 skyrius. SOCIALINIO MODELIO TAIKYMO AFAZIJAI ĮVEIKTI MOKSLINĖS LITERATŪROS ANALIZĖ	8
1.1. Afazijos sampratos mokslinėje literatūroje aptarimas	8
1.2. Socialinio modelio samprata.....	8
1.3. Socialinio modelio taikymas logopedijoje.....	10
1.4. Modelių afazijai įveikti palyginimas	14
1.5. Socialinio modelio metodų ir būdų afazijai įveikti apžvalga.....	17
1.5.1. Kalbos ir komunikacijos atkūrimas	18
1.5.2. Kliento įtraukimas į logopedinės reabilitacijos procesą.....	22
1.5.3. Artimųjų dalyvavimas kalbos terapijos procese.....	23
1.5.4. Aplinkos pritaikymas.....	26
1.5.5. Dalyvavimas socialiniame gyvenime	26
2 skyrius. SOCIALINIO MODELIO TAIKYMAS AFAZIJAI ĮVEIKTI	27
2.1. Tyrimo metodologija ir metodai.....	27
2.2. Tyrimo dalyviai.....	30
2.2. Tyrimo rezultatų analizė.....	32
2.2.1. Demografinių duomenų aptarimas	32
2.2.2. Logopedų apklausos analizė.....	34
2.2.2. Interviu su asmenimis, ištiktais afazijos, aptarimas	46
2.2.3. Afazijos įveikimo modelis	47
Išvados	51
Literatūra	52
Summary	57
Priedai.....	58

Įvadas

Mokslinė problema ir tyrimo aktualumas

Gebėjimo kalbėti po smegenų pažeidimo atkūrimas yra daugialypė problema, apimanti klinikinius kalbos atkūrimo bei psichosocialinius afazijos įveikimo aspektus. Thompson ir Worrall (2008) teigia, kad kalbos netekimas ar sutrikdymas, įvykus smegenų pažeidimams, turi tiesioginį poveikį asmens gyvenimo kokybei. Kalbos atkūrimo efektyvumas priklauso ne tik nuo naudojamų kalbos atkūrimo metodų ir būdų, bet ir nuo pažeidimo pobūdžio, lokalizacijos, laipsnio, psichologinių ir intelektinių ligonio savybių, socialinės aplinkos, amžiaus, motyvacijos ir artimųjų palaikymo bei šeimos įsitraukimo į kalbos atkūrimo procesą.

Afazija žymi visišką arba dalinį gebėjimo kalbėti praradimą dėl smegenų žievėje esančių kalbos centrų arba jų ryšių su kitais kalbėjimo procese dalyvaujančiais nervų sistemos skyriais pažeidimo (Ivoškuvienė 1993, 2015). Afazijas lemia organinis smegenų žievės pažeidimas, atsiradęs dėl patirtų smegenų traumų, insultų, navikų, infekcinių susirgimų. Kiti autoriai afaziją apibūdina kaip įgytą kalbos sutrikimą (Crystal ir Varley 1998), kalbėjimo įgūdžių netekimą ar sutrikimą dėl smegenų žievės pažeidimo (Pinker 1994).

Afazijos apibrėžimas leidžia daryti prielaidą, kad kalbos sutrikimas arba visiškas jos netekimas reiškia, kad sutrinka jau susiformavusi kalba ar įgyti kalbėjimo įgūdžiai, t.y. žmogus, gebėjęs dalyvauti komunikaciniame procese naudodamasis kalbėjimo įgūdžiais, juos visiškai arba iš dalies praranda. Pasak Ingram (2007) skirtingi kalbos ir komunikacijos sutrikimai esant skirtingiems pažeidimams atskleidžia sudėtingą kalbos organizaciją smegenų žievėje.

Pasaulinės sveikatos organizacijos duomenimis kasmet insultą patiria apie 15 milijonų žmonių. Iš jų trečdaliui insultas būna mirtinas, o didelė dalis insultą patyrusių žmonių tampa neįgalūs. Išgyvenusieji insultą patiria liekamuosius reiškinius, kurie sutrikdo asmens kalbą, kognityvines ir fizines funkcijas, taip pat sukelia emocinių ir nuotaikos sunkumų ir sutrikimų (Berg, Rise, Balandin, Armstrong ir Askim 2015). Pasak autorių 30-35% žmonių, patyrusių insultą, susiduria su kalbos ir kalbėjimo sutrikimais. Prarastas gebėjimas kalbėti ar suprasti kalbą sutrikdo žmogaus gebėjimą komunikuoti su aplinkiniais, ir tai sukelia dalinę ar visišką socialinę izoliaciją, trikdo asmens socialinį dalyvavimą, sukelia psichologinę-emocinę įtampą. Clark (2004) teigia, kad dėl smegenų žievės pažeidimų afazijos ištikti asmenys susiduria su įvairiomis kalbos ir komunikacijos problemomis. Taigi, šalia klinikinių pasekmių insultas turi ir ryškias socialines pasekmes.

Lietuvos statistikos departamento duomenimis Lietuvoje kasmet insultą patiria daugiau kaip 10 tūkst. žmonių. Patirtas insultas tarp darbingo amžiaus žmonių yra pagrindinė neįgalumo priežastis. Taip pat nurodoma, kad iki trečdalis žmonių, patyrusių insultą, neišgyvena, trečdalis lieka neįgalūs, pusės jų neįgalumas yra sunkaus laipsnio, t. y. reikia nuolatinės globos. Lietuvoje asmenims, patyrusiems smegenų pažeidimus, ir esant sutrikdytai kalbai, t.y. atsiradus afazijai, teikiamos reabilitacinės logopedo paslaugos.

Tyrimo objektas – socialinio modelio taikymas afazijai įveikti.

Tyrimo probleminiai klausimai - ar Lietuvos sveikatos priežiūros įstaigų logopedai taiko socialinį modelį afazijai įveikti? Kokius socialinio modelio būdus ir metodus logopedai savo darbe taiko, siekdami atkurti kalbą afazijos atveju?

Tyrimo tikslas – atskleisti, kaip Lietuvos logopedai taiko socialinį modelį afazijai įveikti.

Tyrimo dalykas – socialinio modelio taikymas teikiant logopedinę pagalbą afazijos atveju.

Uždaviniai:

1. Remiantis mokslinės literatūros analize atskleisti socialinio modelio taikymą afazijai įveikti.
2. Taikant anketinės apklausos metodą nustatyti, kokius socialinio modelio metodus ir būdus taiko Lietuvos logopedai sveikatos priežiūros įstaigose.
3. Taikant interviu su klientais metodą išsiaiškinti, kaip logopedai įjungia socialinio modelio metodus ir būdus į afazijos įveikimo programas.
4. Remiantis teorine analize ir empirinio tyrimo duomenimis pateikti afazijos įveikimo modelį, kuris integruotų sutrikimo įveikimo ir socialinį modelius.

Tyrimo metodologija

1. Mokslinės literatūros šaltinių teorinė analizė siekiant atskleisti socialinio modelio taikymo galimybes kalbai atkurti.
2. Anketinės apklausos metodas kiekybinei ir kokybinei rezultatų analizei atlikti, siekiant nustatyti Lietuvos logopedų taikomus socialinio modelio metodus ir būdus, taikomus afazijai įveikti.
3. Interviu su asmenimis, ištiktais afazijos, siekiant nustatyti, kokie socialinio modelio aspektai įjungiami į logopedinę reabilitaciją.

Tyrimo metodika

Siekiant nustatyti socialinio modelio taikymo kalbai atkurti metodus ir būdus, taikomus Lietuvos sveikatos priežiūros įstaigose, buvo naudojamas anketinės apklausos metodas. Tyrimo metu logopedams buvo pateikiama pusiau struktūruota anketa (1 priedas), kurią sudaro uždaro ir atviro tipo klausimai. Anketinė apklausa anoniminė.

Tyrimo metu interviu (2 priedas) metodu apklausiami asmenys, ištikti afazijos (4 priedas), siekiant nustatyti, kokie socialinio modelio principai ir aspektai taikomi jų kalbinėje reabilitacijoje.

Darbe taikoma tyrimo metodų trianguliacija, kiekybinė ir kokybinė surinktų tyrimo duomenų analizė.

Tyrimo imtis

Tyrimo dalyvavo 36 respondentai: iš jų 28 logopedai ir 8 afazijos ištikti asmenys.

Pagrindinės sąvokos

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

Alternatyvioji komunikacija – yra pagalbinė bendravimo priemonių sistema, padedanti reikšti savo mintis verbalinės komunikacijos neturinčiam žmogui (Garšvienė, 2007).

Insultas - ūminis galvos smegenų kraujotakos sutrikimas, dėl kurio sutrinka visų smegenų arba jų dalies veikla (Medicinos enciklopedija 1993).

Kalba – tai abstrakti simbolių, naudojamų komunikuoti tam tikrą prasmę, sistema (Roseberry-McKibbin 2011).

Negalia - dėl sutrikimo kylantis gebėjimų apribojimas arba visiškas negebėjimas atlikti veiklos žmogui įprastu būdu; bendrinė sąvoka, apibendrinanti įvairius sveikatos sutrikimus, aktyvumo ir dalyvavimo apribojimus (PSO 1980, 2006)

Reabilitacija – priemonių kompleksas, padedantis ligoniams arba patyrusiems traumas, atgauti sveikatą ir sumažėjusį ar prarastą darbingumą (Medicinos enciklopedija 1993).

Magistro darbo struktūra

Šį magistro darbą sudaro: santrauka lietuvių kalba, įvadas, 2 skyriai, išvados, naudotos literatūros sąrašas (57 šaltiniai), santrauka (reziumė) anglų kalba, priedai. Tyrimo duomenis iliustruoja 5 lentelės, 26 paveikslai. Prieduose pateikiama: logopedų anketinės apklausos anketa (1 priedas), asmenų, ištikty afazijos, interviu klausimai (2 priedas), asmenų, ištikty afazijos interviu protokolai (3 priedas), asmenų, ištikty afazijos, duomenys (4 priedas). Magistro darbo apimtis – 58 psl.

1 skyrius. SOCIALINIO MODELIO TAIKYMO AFAZIJAI ĮVEIKTI MOKSLINĖS LITERATŪROS ANALIZĖ

1.1. Afazijos sampratos mokslinėje literatūroje aptarimas

Mokslinėje literatūroje afazija apibrėžiama kaip kalbos ir komunikacijos sutrikimas, kurį sukelia tam tikrų smegenų žievės sričių pažeidimai, dažniausiai kairiajame smegenų pusrutulyje. Afazijos priežastys - neurologinės, dažniausiai insultas, tačiau afazijas taip pat gali sukelti įvairios galvos smegenų traumos, navikai bei infekcijos. Kaip teigia Roseberry-McKibbin (2011) apie 50% žmonių, išgyvenusiujų insultą, ištinka afazija.

Skirtingi autoriai pateikia įvairius afazijos apibrėžimus, tačiau svarbu pažymėti, kad visais atvejais afazija apibrėžiama kaip jau susiformavusios kalbos ar kalbėjimo sutrikimas dėl tam tikrų smegenų žievės pažeidimų. Pasak Ivoškuvienės (1993, 2015) afazija – tai visiškas arba dalinis gebėjimo suprasti kalbą ar kalbėti praradimas dėl galvos smegenų žievėje esančių kalbos zonų ir jų tarpusavio ryšių pažeidimo. Kiti autoriai afaziją apibūdina kaip įgytą kalbos sutrikimą, kuomet susiformavusi kalba sutrikdoma, pažeidus smegenų žievę (Crystal ir Varley 1998), kalbėjimo įgūdžių netekimą ar sutrikimą dėl smegenų žievės pažeidimo (Pinker 1994), gebėjimo kalbėti, komunikuoti panaudojant gestų kalbą ar raštu, praradimas, arba nesugebėjimas suprasti tokią komunikaciją; gebėjimo naudotis kalbiniais gebėjimais netekimas (Klein 1995). Vandendorre ir Visch-Brink (2015) teigia, kad afazija lingvistine prasme yra daugialypis reiškinys, kuomet afazijos ištiktas asmuo gali visiškai prarasti gebėjimą kalbėti arba suprasti kalbą arba kuomet asmuo patiria tik nedidelius nesklandumus, bandydamas pasakyti teisingą žodį.

Visi šie apibrėžimai teigia, kad kalbos sutrikimas arba visiškas jos netekimas afazijos atveju reiškia, kad sutrinka jau susiformavusi kalba ar įgyti kalbėjimo įgūdžiai, t.y. žmogus, gebėjęs dalyvauti komunikaciniame procese naudodamasis kalbėjimo įgūdžiais, juos visiškai arba iš dalies praranda.

1.2. Socialinio modelio samprata

Pastaraisiais metais socialinis negalios modelis vis dažniau minimas kalbos rehabilitacijoje, vienu autorių pateikiamas kaip alternatyvi terapija klinikiniam afazijos įveikimo būdams, kitų autorių – kaip bendros afazijos įveikimo gairės, padedančios sėkmingai integruoti įvairius

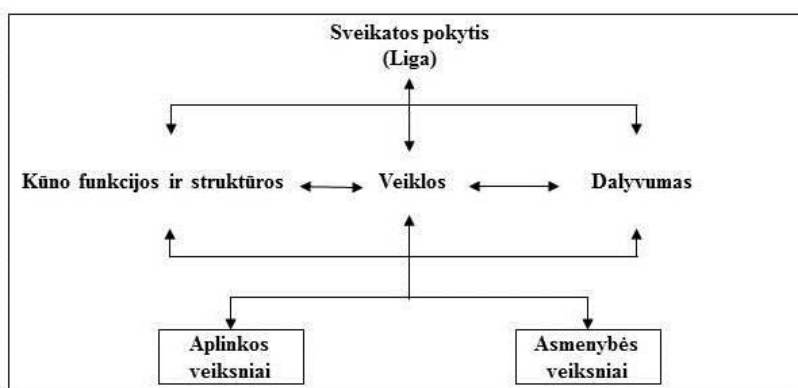
gebėjimo kalbėti ir suprasti kalbą atkūrimo būdus. Stark, Martin ir Fink (2005) socialinį modelį apibrėžia kaip filosofinę sistemą, kuria remiasi tam tikra terapija ar rehabilitacija. Socialinio modelio samprata pagrįsta negalios judėjimo filosofija ir principais bei Pasaulinės sveikatos organizacijos negalios modeliu. Anot autorių socialinis modelis sistemiškai integruojamas į asmens kalbos rehabilitaciją, kurioje taikomi įvairūs kalbos kaip sistemos ir gebėjimo kalbėti bei suprasti kalbą atkūrimo metodai ir būdai.

Pasak Rautakoski (2015), pastaraisiais metais negalia apibrėžiama dvejopais negalios reiškinių sampratos modeliais: medicininis ir socialiniu. Medicininis modelis negalią traktuoja kaip asmeninę problemą, kurią sukelia tam tikros ligos, traumos, kiti išoriniai veiksniai, kaip problemą, kurią reikia spręsti sveikatos priežiūros sistemos lygmeniu (Vandenborre ir kt, 2015). Medicininio modelio požiūriu asmuo su negalia turi prisitaikyti prie esamos aplinkos. Savo ruožtu socialinis modelis negalią traktuoja kaip psichosocialinę problemą. Negalia nėra asmens bruožas, tai asmens būklė, kurią „sukuria“ asmens socialinė aplinka. Socialinio modelio požiūriu negalia yra aplinkos veiksnių pasekmė, kuomet aplinkos veiksniai „nugalina“ asmenį, sukuria jam kliūtis dalyvauti socialiniame gyvenime. Pagal socialinio modelio sampratą visuomenės uždavinys yra sukurti asmeniui, turinčiam negalią, aplinką, kurioje būtų pašalinti jo aktyviam ir lygiaverčiam dalyvavimui trukdantys veiksniai ir trikdžiai, ir asmuo turėtų lygiavertes galimybes su kitais bendruomenės nariais dalyvauti socialiniame gyvenime.

Pasaulinės sveikatos organizacijos Tarptautinės funkcijų, negalios ir sveikatos klasifikacijos (TFK) modelį (2001) sudaro trys tarpusavyje sąveikaujančios sritys:

- kūno funkcijos ir struktūra;
- veiklos ir dalyvavimas;
- kontekstas (aplinkos ir asmenybės veiksniai).

Šių sričių sąveika turi poveikį asmens būklei, kuri gali būti apibūdinama kaip sveikata arba kaip sutrikimas ar liga. Toliau pateiktame 1 paveiksle atskleidžiama šių sričių sąveika.



1 pav. Tarptautinė funkcijų, negalios ir sveikatos klasifikacija

TFK medicininio ir socialinio negalios modelių sąveikoje negalia yra reiškinys, kurį lemia ne tik sutrikdytų kūno struktūros ar funkcijų, bet ir aplinkos ir asmenybės veiksnių, ribojančių asmens su negalia veiklą ir dalyvavimo galimybes. Pagal psichosocialinį modelį negalia apibūdinama kaip asmens sveikatos būklė, atsirandanti sąveikoje su asmens savybėmis, gebėjimais ir sutrikimais bei kliūtimis ir galimybėmis asmens aplinkoje. Taigi negalia yra siejama tiek su vidiniais, tiek su išoriniais veiksniais (PSO, 2001). Asmens su negalia patirtis yra ne tik fiziologiniai jo negalios simptomai, bet ir skirtingos socialinės negalios reikšmės (Viluckienė, 2013).

Socialinis negalios modelis pabrėžia tai, kad negalia yra sukuriama aplinkos veiksnių, kurie riboja asmens galimybes socialiai dalyvauti bei sukuria kliūtis pilnaverčiam gyvenimui. Visuomenės požiūris taip pat daro įtaką asmens, turinčio tam tikrą negalią, galimybes dalyvauti pilnaverčiame gyvenime, nes visuomenė sudaro arba nesudaro sąlygų asmeniui tinkamai funkcionuoti, esant tam tikrai negaliai. Anot Kagan ir kt. (2008) socialinio dalyvavimo ir aplinkos veiksniai yra labai svarbūs, siekiant suprasti negalios pasekmes ir intervencijų efektyvumą. Negalios įveikimo rezultatai socialiniame modelyje vertinami ne tiek klinikiniu požiūriu, kiek asmens galimybių maksimaliai dalyvauti socialiniame gyvenime perspektyvoje.

1.3. Socialinio modelio taikymas logopedijoje

Pasaulinės sveikatos organizacijos parengtas biopsichosocialinis sveikatos modelis suteikia logopedams gaires afazijos vertinimui ir terapijai, į afazijos vertinimą ir įveikimą įtraukiant ir socialinio modelio elementus. Socialinio modelio samprata afaziologijoje atkeliavo iš tokių mokslinių disciplinų kaip antropologija, sociologija, psichosociologija. Kadangi socialinis modelis reiškinį aiškina iš socialinės, sociolingvistinės ar kultūrinės perspektyvos, socialiniame modelyje kalbos sutrikimų vertinimas ir įveikimas analizuojamas ne tiek kalbiniame, kiek socialiniame kontekste, vertinant kalbos sutrikimų poveikį asmens gyvenimo kokybei, socialiniams santykiams, funkciniam kalbos vartojimui kasdieniame gyvenime. Socialiniame modelyje logopedinės terapijos tikslai ir uždaviniai formuluojami atsižvelgiant į logopedinės terapijos rezultatų pritaikomumą realiame bendravime, todėl terapija organizuojama ją priartinant prie natūralaus komunikacinio konteksto.

Apibendrintai galima išskirti šiuos socialinio modelio principus, kurie taikomi atkuriant kalbą (Stark 2005):

- Lygiavertiškumas. Logopedas ir klientas lygiaverčiai partneriai logopedinėje terapijoje; klientas pripažįstamas kaip autoritetingas partneris, planuojant ir organizuojant logopedinę terapiją.
- Įsitraukimas. Afazijos sukelta negalia riboja asmens aktyvų dalyvavimą, todėl afazijos įveikimo terapija siekia pašalinti trikdžius ir kliūtis aktyviam asmens dalyvavimui. Afazijos ištiktas asmuo ir jo artimieji įsitraukia į logopedinės terapijos planavimą, organizavimą, tikslų numatymą.
- Aktyvus dalyvavimas. Kalbos terapija sudaro galimybę klientams aktyviai dalyvauti pratybose, nebūti pasyviais terapijos „priėmėjais“.
- Socialinis dalyvavimas. Kalbos terapija skatina funkcinis kalbos vartojimą. Afazijos sukelti kalbos ir kalbėjimo sunkumai ir sutrikdymai vertinami ne izoliuotu lingvistiniu požiūriu, bet funkcinės komunikacijos požiūriu. Atitinkamai kalbos terapija yra nukreipta į komunikacinių ir kalbinių gebėjimų atkūrimą ir stiprinimą socialiniame kontekste.
- Kliento galios. Klientui suteikiamos galios pasirinkti terapijas, būdus, juos keisti. Kliento nuomonė gerbiama, į ją atsižvelgiama numatant darbo metodus ir būdus.
- Atsakomybė. Logopedų atsakomybė parinkti ir taikyti efektyviausius kalbos atkūrimo metodus ir būdus, sprendimai, turintys įtaką klientų reabilitacijai, priimami tariantis su klientais, būtinas klientų informavimas.

Socialinio modelio principais pagrįsti afazijos įveikimo modeliai mokslinėje literatūroje pateikiami ir analizuojami skirtingais pavadinimais. Basso (2003), Ratakoski (2015), Thompson ir Worrall (2008), pateikia šiuos socialinio modelio principais pagrįstus afazijos įveikimo modelius:

- funkcinis modelis;
- aktyvaus gyvenimo modelis;
- pasekmių įveikimo modelis;
- psichosocialinis modelis;
- į afazijos ištiktą asmenį orientuotas modelis;
- į santykius orientuotas modelis;
- dalyvavimo modelis.

Worrall ir kt. (2010) savo ruožtu pateikia tokius įvairių autorių vartojamus apibrėžimus, kurie atstovauja socialinio modelio kryptį:

- funkcinis modelis;
- aktyvaus gyvenimo modelis;

- pasekmių modelis;
- psichosocialinis modelis;
- į klientą orientuotas modelis;
- į pacientą orientuotas modelis;
- į afazijos ištikimą asmenį orientuotas modelis;
- į šeimą orientuotas modelis;
- į santykius orientuotas modelis.

Visi šie aukščiau išvardyti modeliai afaziją analizuoja ne klinikiškai, bet socialiniu požiūriu, todėl afazijos įveikimas siejamas su kliento galimybėmis maksimaliai grįžti prie socialinio gyvenimo ir aktyvaus dalyvavimo jame.

Afazija daro didelį poveikį asmens gerovei, jo savarankiškumui, socialiniam dalyvavimui ir gyvenimo kokybei, ir dažnai tampa sunkios depresijos priežastimi. Code ir Herrman (2003), Hirsch ir Holland (2000) cit. Worrall (2008), Ross ir Wertz (2003), Vandendorre ir kt. (2015), Worrall ir kt. (2008), išskiria tokias negalias, tiesiogiai susijusias su afazija:

- depresija;
- kritusi savivertė;
- emociniai sutrikimai;
- apatija;
- socialinė izoliacija;
- sumažėjęs dalyvavimas įvairioje veikloje;
- įtampa santykiuose su artimaisiais dėl sutrikusio gebėjimo komunikuoti, išreikšti savo poreikius ir minčių;
- nebegalėjimas dalyvauti ankstesnėje profesinėje veikloje;
- pablogėjusi gyvenimo kokybė;
- sumažėjęs savarankiškumas;
- sutrikdyti gebėjimai mokytis.

Pasak Lyon ir Shadden, (2001) cit. Lyon (2005) asmenys, ištikti afazijos, ir jų artimieji patiria stiprią socialinę disfunkciją, atsirandančią dėl afazijos pasekmių jų gyvenime.

Worrall (2008) pabrėžia, kad afazija daro poveikį ne tik pačiam asmeniui, ištiktam afazijos, bet ir jo partneriams, šeimos nariams, vaikams, tėvams, draugams, bendradarbiams ir savo ruožtu visai bendruomenei. Todėl afazijos įveikimas turi būti nagrinėjamas platesniame nei asmens, ištikto afazijos, kontekste. Holland (2007) teigia, kad afazija yra ne individo, bet šeimos problema. Jei afazija palieka ryškias pasekmes kliento šeimos gyvenime, afazijos įveikimo

terapija turėtų būti nukreipta ne tik į asmenį, ištiktą afazijos, bet ir į jo šeimos narius ir artimuosius. Pasak Vandenborre (2015) kalbinėje terapijoje, pagrįstoje socialiniu modeliu, daug dėmesio skiriama artimųjų, šeimos narių ir kitų bendravimo partnerių bendravimo įgūdžių su afazijos ištiktu asmeniu mokymui. Apibendrinant galima teigti, kad afazijos įveikimas socialiniame modelyje reiškia afazijos pasekmių pacientui, jo artimiesiems ir platesnei bendruomenei įveikimą.

Pirmieji bandymai afaziją vertinti ne tik iš klinikinės bet ir iš socialinės, funkcinės perspektyvos buvo 1969 m. Sarno parengtas Funkcinės komunikacijos vertinimo testas (Functional Communication Profile, 1969), 1980-aisiais atsirado Komunikacinių gebėjimų kasdieniame gyvenime vertinimo testas (Communicative Abilities in Daily Living) (Holland, 1980), kuris vertino kalbos ir kalbėjimo sutrikimus ne kaip izoliuotą reiškinį, bet kaip socialinės funkcijos sutrikimą ar apribojimą. Vėliau daug afazijos tyrėjų ėmė domėtis kalbos vartojimu socialiniame kontekste, afazijos sukeltų kalbos sutrikimų poveikiu asmens socialinei sąveikai ir funkciniai komunikacijai. Pasak Vandenborre, Visch-Brink ir Marien (2015) tradicinis klinikinis afazijos modelis nesugebėjo įvertinti visų su afazijos pasekmėmis susijusių sričių, todėl šalia klinikinio afazijos modelio atsirado socialinis modelis, kurio esmė – lygiaverčiai logopedo ir kliento santykiai ir abiejų pusių aktyvus dalyvavimas kalbinės terapijos procese. Asmenys, ištikti afazijos, nėra pasyvūs terapijos „priėmėjai“, bet aktyvūs terapijos dalyviai, kurie dalyvauja formuluojant savo kalbos atkūrimo poreikius ir nustatant logopedinės reabilitacijos tikslus. Socialiniame modelyje afazija vertinama socialiniame kontekste, todėl logopedinė reabilitacija – tai į klientą orientuota terapija, kurioje afazijos ištiktas asmuo klientas turi daugiau sprendimo priėmimo galių dėl savo reabilitacijos.

Akivaizdu, kad afazijos įveikimo tikslas, neatsižvelgiant į taikomus modelius, yra gerinti bendravimo įgūdžius. Visgi, anot Vandenborre ir kt. (2015) kalbos sutrikimai ir sunkumai, kylantys dėl afazijos, egzistuoja nepriklausomai nuo asmens, ištikto afazijos, socialinės aplinkos ar komunikacinio konteksto. Autoriai teigia, kad nėra visiškai realu tikėtis, kad bendruomenė pašalintų visas kliūtis socialinėje aplinkoje, su kuriomis susiduria asmenys, ištikti afazijos, ir tokiu būdu afazijos pasekmės bus įveiktos.

Socialiniame modelyje logopedinės terapijos veiksmingumas neapsiriboja kalbinių gebėjimų atkūrimo rezultatais, bet į reabilitacijos procesus žvelgia iš socialinės sąveikos ir socialinio dalyvavimo perspektyvos. Anot Kagan, Simmons-Maskie, Rowland, Huijbregts, Shumway, MsEwan ir kt. (2008) dauguma logopedų dirbančių su afazijos ištiktais klientais, klientų terapijos rezultatų vertinimą atlieka didžiausią dėmesį skirdami kalbiniams įgūdžiams (pavyzdžiui, vertinamas kliento gebėjimas įvardyti 10 objektų, suprasti paprastus nurodymus, ar

paveikslėlyje parodyti pasakytą žodį). Tokie rezultatai, kaip kliento gyvenimo kokybės pagerėjimas ar aktyvesnis dalyvavimas socialiniame gyvenime nelaikomi teigiamais logopedinės reabilitacijos rezultatais. Pasak autorių, jei afazijos ištikto asmens pradinis logopedinis vertinimas koncentruojasi į kalbinius gebėjimus, logopedinė terapija irgi skiriama kalbinių įgūdžių atkūrimui, ko pasekmėje beveik neskiriamas dėmesys tokioms logopedinės terapijos sritims, kaip klientų dalyvavimas komunikacijoje, psichosocialinis statusas ir gyvenimo kokybė. Todėl, norint, kad įvyktų pokyčiai afazijos įveikimo terapijoje, į afazijos vertinimą būtina įtraukti socialinio modelio aspektus.

Apibendrintai socialinio modelio tikslai pateikiami žemiau:

- gerinti asmens, ištikto afazijos, verbalinius ir neverbalinius gebėjimus;
- gerinti asmens, ištikto afazijos, komunikaciją su artimaisiais ir globėjais;
- stiprinti afazijos ištikto asmens funkcinės komunikacijos įgūdžius;
- gerinti afazijos ištikto asmens ir jo artimųjų dalyvavimo pokalbyje įgūdžius ;
- didinti kliento dalyvavimą įvairioje veikloje už šeimos ribų;
- skatinti kliento socialinį dalyvavimą;
- įtraukti klientą ir jo artimuosius į logopedinės terapijos procesą.

1.4. Modelių afazijai įveikti palyginimas

Worrall (2008) išskiria šiuos afazijos įveikimo modelius: sutrikimo įveikimo modelį, dar dažnai vadinamą klasikiniu, medicininu, klinikinio afazijos įveikimo modeliu, ir pasekmių įveikimo modelį, kitų autorių apibūdinamą kaip socialinį, funkcinį.

Sutrikimo įveikimo modelis taikomas nuo pat afazijos kaip klinikinio reiškinio atradimo ištakų, todėl dažnai vadinamas tradiciniu afazijos terapijos modeliu arba požiūriu. Sutrikimo įveikimo terapijos tikslas yra įveikti tam tikrus kalbos ir kalbėjimo sutrikimus, t.y. atkurti pažeistas kalbos sritis. Sutrikimo įveikimo modelio terapijoje naudojami nesutrikusios kalbos modeliai ir kognityviniai procesai, siekiant nustatyti kalbos sistemos komponentus ir procesus, kurie buvo sutrikdyti, įvykus smegenų žievės pažeidimui. Šio modelio tikslas plačiąja prasme yra atkurti, pagerinti, sustiprinti kalbinius asmens gebėjimus, atstatyti kiek įmanoma daugiau tų kalbinių procesų, gebėjimų, kurie buvo pažeisti, neatsižvelgiant į socialinį ar psichosocialinį kontekstą.

Tuo tarpu antrasis modelis, kartais vadinamas funkcinio socialiniu, dalyvavimo gyvenime, psichosocialiniu, siekia kitų tikslų ir akcentuoja kitas sritis afazijos terapijoje. Socialinio modelio

metodų ir būdų tikslas yra palengvinti, sušvelninti, maksimaliai sumažinti sutrikimo, t.y. afazijos pasekmes asmens gyvenimo kokybei. Todėl šis modelis dažnai vadinamas „pasekmių įveikimo ar palengvinimo“ modeliu. Šis modelis, priešingai nei sutrikimo įveikimo modelis, siekia įvertinti, kokią įtaką afaziją turi asmens galimybėms gyventi pilnavertį gyvenimą. Todėl socialinio modelio principais grįstos terapijos tikslas yra įveikti arba sumažinti afazijos pasekmes bei poveikį asmens gyvenimui.

Weisenberg ir McBride, kurie laikomi sutrikimo įveikimo modelio pradininkais, savo knygoje „Afazija. Klinikinė ir psichologinė studija“ (1935) pristatė 60 afazijos atvejų. Nors jų terapijos modelis didžiąja dalimi apima sutrikimo įveikimo metodus ir būdus, dalis jų afazijos intervencijos apima ir psichosocialinius terapijos aspektus (Thompson 2008).

Kaip teigia Whitworth, Webster ir Howard (2004) sutrikimo įveikimo modelis remiasi skirtingais požiūriais į afaziją kaip reiškinį ir į kalbinės terapijos galimybes įveikti afaziją. Kognityvinės neuropsichologijos požiūriu šiuos modelius galima suskirstyti į dvi grupes.

- Pirmasis požiūris teigia, kad afazija atspindi prieigos prie kalbos sistemos sutrikimą, kalbos procesų ar reprezentacijų pažeidimą. Taikant atitinkamą terapiją kalbos funkcijas įmanoma atkurti, iš naujo jų išmokyti, jas išlavinti ar išlaisvinti nuo užblokavimo.

- Antrasis požiūris remiasi prielaida, kad sutrikusių procesų atstatyti neįmanoma. Todėl terapija turi pasitelkti kompensacines strategijas (kitus kalbinius ar komunikacinius gebėjimus), kad galima būtų perimti sutrikusias funkcijas.

Kognityvinės neuropsichologijos požiūriu kalbos funkcijos gali būti iš naujo išlavintos ir joms gali būti sukurta nauja prieiga, taikant tikslią intervenciją, o tai savo ruožtu daro tiesioginį poveikį sutrikusiems procesams. Kognityvinės neuropsichologijos požiūriu pagrįsti kalbinės terapijos būdai siekia sukurti kompensacines strategijas, remiantis išlikusiomis funkcijomis.

Sutrikimo įveikimo būdų pagrindinė prielaida yra tai, kad afazijos atveju normali kalbos sistema yra sutrikusi. Esant sutrikusiai kalbos sistemai ar sutrikdytomis kalbos sritims, pacientams pasireiškia panašaus pobūdžio kalbos ir kalbėjimo sutrikimai. Sutrikimo įveikimo modelio būdai pagrindinį dėmesį skiria kalbos sistemos trūkumams įveikti. Įvykus smegenų žievės pažeidimui dėl insulto ar kitų priežasčių kalba nėra prarandama, tačiau sutrikdoma prieiga prie kalbos sistemos, sutrikdomi gebėjimai panaudoti reikalingas kalbos procesų procedūras kalbai vartoti (Thompson 2008).

Todėl sutrikimo įveikimo modelio tikslas – atkurti sutrikdytą prieigą prie kalbinių procesų arba sukurti naują prieigą, „apeinant“ sutrikdytąją. Sutrikimo įveikimo modelio požiūriu kalbos reabilitacija turi būti pagrįsta nesutrikdyta kalbos sistema ir kalbiniais procesais.

Pasak Basso (2003) visų į sutrikimo įveikimą orientuotų metodų ir būdų tikslas yra padėti asmenims, ištiktiems afazijos, atgauti kiek įmanoma daugiau gebėjimų vartoti kalbą taip kaip ją vartoja sveiki asmenys.

Apibendrintas socialinio modelio ir sutrikimo įveikimo modelio palyginimas pateikiamas 1 lentelėje

1 lentelė

Sutrikimo įveikimo ir socialinio modelių palyginimas

	Socialinis modelis	Sutrikimo įveikimo modelis
Afazijos samprata	Afazija – tai psichosocialinis sutrikimas, sutrikdomi asmens gebėjimai komunikuoti, o tai sukelia psichosocialines pasekmes	Afazija – tai kalbos sutrikimas, sutrikdoma kalbos sistema, gebėjimas kalbėti ar suprasti kalbą
Kalbos terapijos tikslas	Sumažinti afazijos pasekmes ir poveikį asmens gyvenimui	Įveikti kalbos sutrikimus Atkurti kalbinius gebėjimus
Kalbos terapijos uždaviniai	Palengvinti komunikaciją visomis įmanomomis priemonėmis, skatinti artimųjų paramą ir dalyvavimą	Stiprinti kalbines funkcijas, tiesiogiai stimuliuojant klausymo, kalbėjimo, skaitymo ir rašymo įgūdžius
Kalbos terapija remiasi	Psichosocialiniais modeliais, apibūdinančiais afazijos pasekmes asmens socialiniam dalyvavimui	Nesutrikusios kalbos modeliais, siekiant nustatyti kurios kalbos sistemos dalys buvo sutrikdytos
Kalbos terapijos prielaidos	Afazija sutrikdo asmens komunikacinius gebėjimus, socialinį dalyvavimą, sukelia socialinę izoliaciją, emocinius sunkumus Afazija turi poveikį ne tik jį ištikusiam asmeniui, bet ir jo šeimai, artimiesiems ir bendruomenei	Normaliai funkcionuojanti kalbos sistema afazijos metu yra sutrikdoma Afazija sutrikdo kai kurias kalbos sistemos dalis Funkcinis kalbos vartojimas atsikurs savaime kalbos terapijos metu
Kalbos terapijos dalyviai	Asmuo, ištiktas afazijos Artimieji ir šeimos nariai Draugai Bendruomenė (savanoriai, afazijos ištikty asmenų bendravimo grupės, bendruomenės nariai)	Asmuo, ištiktas afazijos

Lyginant sutrikimo įveikimo ir socialinį modelius, visų pirma atkreiptinas dėmesys į skirtingas afazijos sampratas šiuose modeliuose. Sutrikimo įveikimo, arba kitaip dar vadinamame klinikiname afazijos įveikimo modelyje, afazija suprantama kaip kalbos sutrikimas, kuomet sutrikdoma kalbos sistema, pažeidžiami atskiri kalbos, kaip sistemos, komponentai, sutrikdomas asmens gebėjimas kalbėti bei suprasti kalbą. Remiantis šia afazijos samprata, sutrikimo įveikimo modelio kalbinės reabilitacijos tikslai siejami su kalbinių gebėjimų

atkūrimu, kalbos sutrikimų įveikimu, stiprinant išlikusias kalbines funkcijas bei atkuriant pažeistasias. Kalbos reabilitacijoje taikomi metodai ir būdai skatina kalbos atsikūrimą per klausymo, kalbėjimo, skaitymo, rašymo įgūdžių stimuliavimą. Savo ruožtu, sutrikimo įveikimo modelyje afazija traktuojama kaip psichosocialinis sutrikimas, kuomet sutrikdomi afazijos ištikto asmens gebėjimai komunikuoti, reikšti savo jausmus bei mintis, palaikyti prasmingą pokalbį su aplinkiniais, ir tai sukelia psichosocialines pasekmes afazijos ištikto asmens ir jo artimųjų gyvenime. Remiantis tokia afazijos samprata socialinio modelio tikslas yra įveikti, sumažinti, ar palengvinti afazijos pasekmes ir poveikį asmens gyvenimui. Socialiniame modelyje kalbos reabilitacija nukreipta ne į sutrikimą, bet į afazijos ištiktą asmenį. Todėl socialinio modelio keliamais uždaviniais siekiama palengvinti, skatinti, stiprinti komunikaciją visomis įmanomomis priemonėmis, skatinti artimųjų paramą ir dalyvavimą reabilitacijos procese, užtikrinti afazijos ištikto asmens lygiavertį dalyvavimą kalbinės reabilitacijos organizavime, skatinti jo aktyvų socialinį gyvenimą, kiek įmanoma stiprinti jo galimybes grįžti į ankstesnį profesinį gyvenimą. Būtina pažymėti, kad sutrikimo įveikimo modelyje kalbos terapija pagrįsta prielaida, kad normaliai funkcionuojanti kalbos sistema afazijos metu yra sutrikdoma, todėl svarbu atkurti sutrikdytas kalbos sistemos dalis, tuomet afazijos ištikto asmens komunikaciniai gebėjimai bei funkcinis kalbos vartojimas atsikurs savaime. Tuo tarpu socialiniame modelyje kalbinė reabilitacija grindžiama nuostatomis, kad afazija sutrikdo ne tik asmens kalbinius ir komunikacinius gebėjimus, bet ir jo socialinį dalyvavimą, o tai sukelia socialinę izoliaciją ir emocinius sunkumus. Taigi, socialinio modelio perspektyvoje afazija turi poveikį ne tik jį ištikusiam asmeniui, bet ir jo šeimai, artimiesiems ir bendruomenei. Socialinio modelio kalbinės reabilitacijos programų dalyviai yra ne tik afazijos ištikti asmenys, bet jų artimieji, šeimos nariai, draugai, bei bendruomenė plačiąja prasme.

1.5. Socialinio modelio metodų ir būdų afazijai įveikti apžvalga

Socialinis modelis afazijai įveikti apjungia įvairias programas, metodus ir būdus, kuriuos sąlyginai galima suskirstyti į tokias grupes:

- kalbos ir komunikacijos atkūrimas;
- kliento įtraukimas į logopedinę reabilitaciją;
- artimųjų dalyvavimas logopedinės reabilitacijos procese;
- aplinkos pritaikymas;
- aktyvus dalyvavimas socialiniame gyvenime.

Reikia pažymėti, kad skirtingi autoriai afazijos įveikimo programas traktuoja ir klasifikuoja įvairiai. Tarkim, nors kalbinių gebėjimų atkūrimas iš esmės yra sutrikimo įveikimo modelio tikslas, tačiau jis vienokia ar kitokia forma yra įtraukiamas ir į socialinio modelio programas, labiau akcentuojant funkcinės komunikacijos atkūrimą. Identiteto stiprinimo terapija gali būti traktuojama kaip grupinės terapijos dalis, pabrėžiant kliento dalyvavimą ir įsitraukimą į bendravimą su kitais grupės nariais, tačiau ji gali būti priskiriama prie komunikacijos atkūrimo, nes joje taip pat siekiama stiprinti kliento komunikacinius gebėjimus. Todėl aukščiau pateikta klasifikacija yra sąlyginė. Toliau darbe aptariami socialinio modelio principais pagrįsti afazijos įveikimo metodai ir būdai.

1.5.1. Kalbos ir komunikacijos atkūrimas

Asmeninio identiteto stiprinimo programa

Simmons-Mackie ir Elman (2011) asmeninio identiteto stiprinimo programa yra sudėtinė grupinės terapijos dalis. Jos tikslas – stiprinti komunikacinius gebėjimus ir lygiagrečiai stiprinti asmenų, ištiktų afazijos, savąjį „aš“. Ne paslaptis, kad asmenys, ištikti afazijos, susiduria su savo identiteto vertinimo klausimais, nes dažnai gebėjimai, gyvenimo būdas, profesinė veikla buvusi iki susirgimo, po susirgimo būna apsunkinta, o kartais visai negalima. Lėtinės afazijos atveju dėl komunikacinių ir verbalinių gebėjimo sutrikdymo daugeliu atveju būna sunku grįžti į ankstesnį profesinio ir socialinio dalyvavimo lygmenį, ir tai sukelia emocinius, psichologinius trikdžius, krenta tokių asmenų savivertė, pasitikėjimas savimi, pagaliau savojo „aš“ suvokimas, kyla klausimai ar manasis „aš“ po susirgimo yra tapatus „aš“ iki išstikant afazijai. Asmeninio identiteto stiprinimo programa leidžia asmenims, ištiktiems afazijos, suvokti savąjį „aš“, atskirti pažeistuosius verbalinius gebėjimus nuo tikrojo „aš“, nesusitapatinti su afazijos pasekmėmis. Asmeninio identiteto stiprinimo programos metu klientai mokomi teigiamai apibūdinti save, atrasti ir įvardyti teigiamų dalykų savo gyvenime, santykiuose, aplinkoje, nepaisant juos lydinių sunkumų ir sutrikimų, pasidalinti savo patirtimi ir juos lydintais jausmais. Pasak Shadden ir Agan (2004) dėl afazijos sukeltų pasekmių asmuo netenka dalies savojo „aš“, todėl grupinės afazijos terapijos grupėse per verbalinę ir neverbalinę komunikaciją skatinamas teigiamas savojo „aš“ įtvirtinimas. Dėl netinkamai organizuojamų afazijos terapijos grupių klientai gali pasijusti prastesniais, nelygiaverčiais bendravimo partneriais ir bendruomenės dalyviais, jų savasis „aš“ gali būti suvoktas ir galiausiai įtvirtintas kaip „nekompetentingo asmens ir visuomenės nario“.

Siekiant išvengti šių neigiamų pasekmių, autoriai rekomenduoja organizuoti asmeninio identiteto stiprinimo terapijas, laikantis šių etapų ir taisyklių:

1. Dalijimasis patirtimi ir jausmais. Susitikimo pradžioje kiekvienas narys papasakoja apie tai, kas pastaruoju metu įvyko jų gyvenime, juos ištikusį rūpestį ar sėkmingą veiklą.

2. Asmenys, ištikti afazijos, savo patirtimi dalijasi pirmieji. Pirmiausia turi kalbėti afazijos ištikti asmenys, po to jų šeimų nariai.

3. Ypatingas dėmesys skiriamas naujiems grupės nariams.

4. Susitikimai neturi darbotvarkės, aptariamai įvairūs klausimai, svarbūs grupės nariams, išklausomas kiekvienas grupės narys.

5. Dalis laiko terapijos metu skiriama darbui atskirose grupėse: vienoje bendrauja asmenys, ištikti afazijos, kitoje – jų šeimos nariai ir artimieji. Tokiu būdu abiejų grupių atstovai gali atvirai pasidalinti savo jausmais, kylančiomis abejonėmis.

6. Bendravimo taisyklės: kalbama lėtai, aiškiai, jei reikia, kartojama. Vienu metu gali vykti tik vienas pokalbis. Pagarba kalbančiajam nepaisant jo apsunkintų ar sutrikusių komunikacinių įgūdžių.

Skaitymo garsiai kartu su logopedu programa (Oral Reading for Language in Aphasia - ORLA)

Ši programa taiko garsines, vaizdines ir rašytines užuominas, skatinant klientą garsiai skaityti. ORLA terapijos metu logopedas ir klientas skaito sakinius ir pastraipas garsiai drauge. Klientas mato ir girdi sakinius, frazes, žodžius ir bando juos suprasti iš logopedo garsinių ir vaizdinių užuominų. ORLA programa buvo sukurta 1980-aisiais, siekiant pagerinti afazijos ištikto asmens skaitomo teksto suvokimą. Pasak Cherney (2008), klientas, garsiai skaitydamas tekstą kartu su logopedu, iššifruoja skaitomus žodžius, tokiu būdu vis geriau pradeda suprasti ir suvokti skaitomo teksto prasmę. Autorė teigia, kad kai kuriems su ORLA programa dirbantiems asmenims pagerėjo ne tik skaitomo teksto suvokimas, bet ir jų sakytinė ir rašytinė ekspresija ir girdimasis suvokimas. Prie galimų sėkmingos ORLA terapijos veiksnių autorė priskiria multimodalinę stimuliaciją ir dažną teksto kartojimą pratybų metu bei pratybų intensyvumą.

Alternatyvioji ir augmentinė komunikacija (AAK)

Augmentinių komunikacijos priemonių, tokių kaip paveikslukų ir simbolių komunikacijos lentelių, elektroninių prietaisų naudojimas, padedantis afazijos ištiktiems asmenims komunikuoti. Kraat (1990) teigimu Alternatyviosios ir augmentinės komunikacijos metodai taikomi siekiant AAK naudoti kaip alternatyvą verbaliniam bendravimui, pagalbą, norint atkurti

iki afazijos turėtus kalbėjimo įgūdžius ir sustiprinti tam tikras kalbos ir komunikacijos funkcijas. Nors AAK taikymas afazijos ištiktų asmenų reabilitacijoje dažnai vertinamas neigiamai, Simmons-Mackie, King ir Beukelman (2013) teigia, kad ši terapijos ir komunikacijos forma ypač tinkama esant sunkiai afazijos formai.

Multimodalinė komunikacija

Multimodalinės terapijos taiko komunikacines strategijas panaudojant neverbalines ir alternatyvias komunikacijos priemones. Asmuo, ištiktas afazijos, skatinamas pasirinkti jam priimtinausią verbalinės ar neverbalinės komunikacijos būdą (rašymas, piešimas, paveikslėliai, nuotraukos ir pan.). Viena iš multimodalinės komunikacijos terapijų programų yra Asmenų, ištiktų afazijos, komunikacinio efektyvumo stiprinimo programa (Promoting Aphatics' Communicative Effectiveness - PACE). Šią programą pristatė autoriai Davis ir Wicox (1995, 2005). Programoje dirbama su tam tikrais pokalbio terapijos elementais, kaip antai kalbėjimas paeiliui, grįžtamojo ryšio suteikimas, tačiau šioje programoje trūksta kitų pokalbio elementų, tokių kaip spontaniškas pokalbio temos pakeitimas, užduoties pakeitimas, todėl ši programa Simmons-Mackie (2011) nėra priskiriama prie pokalbio terapijos programų.

Vizualinė veiksmų terapija

Vizualinė veiksmų terapija skirta afazijos ištiktiems asmenims, kurie turi labai ribotą sakininės ir rašytinės kalbos ekspresiją (Helm-Estabrooks, Albert., Nicholas, 2014). Taigi vizualinė veiksmų terapija naudojama globalios afazijos atvejais. Logopedas klientą apmoko naudoti simbolinius gestus įvardyti objektus, daiktus. Helm-Estabrooks, Barresi ir Fitzpatrick (1982) sėkmingai taikė vizualinę veiksmų terapiją pratybose su aštuoniais klientais, kuriems nustatyta globalinė afazija, ir kuriems klasikiniai afazijos įveikimo būdai nepadėjo.

Funkcinės komunikacijos programa

Funkcinės komunikacijos programa skirta atkurti ir stiprinti kliento komunikacinius įgūdžius, reikalingus vykdyti vienoką ar kitokią komunikacinę funkciją (tarkim, taksu iškvietimas, užsirašymas pas gydytoją, prisistatymas naujiems pažįstamiems, trumpas elektroninės žinutės parašymas ir t.t.). Funkcinės komunikacijos programos esmė – ne izoliuotų, nuo komunikacinės funkcijos ar konteksto nepriklausomų kalbinių gebėjimų atkūrimas ir skatinimas, bet būtent funkcinės komunikacijos atkūrimas ir stiprinimas. Ši programa apjungia toliau pateikiamas terapijas, būdus ir metodus.

Afazijos ištikty asmenų komunikacinio efektyvumo skatinimas

Asmenų, ištikty afazijos, komunikacinio efektyvumo skatinimo programą 1981 metais pristatė Wilcox ir Davis. Ši terapija kažkiek panaši į paveikslėlių įvardijimo metodus, tačiau šioje terapijoje naudojami kliento ir logopedo pokalbio elementai: paeiliui klientas ir logopedas išreiškia kažkokią mintį, pavaizduotą paveikslėlyje, parenkami paveikslėliai išreikštai minčiai, išreikšti minčiai galima naudoti tiek verbalinę, tiek neverbalinę komunikaciją įvairiomis modalumo formomis (rašymas, piešimas, ir pan.).

Pokalbio mokymo programa

Pokalbio mokymo programą (Conversational Coaching) pristatė Holland (2008). Šios programos strategijos tikslas – stiprinti komunikacinius įgūdžius, praktikuojant pokalbius pagal iš anksto parašytą scenarijų. Šiuo metu yra parengta ir kompiuterinė šios programos versija „AphasiaScripts“, kurioje klientas turi galimybę praktikuoti pokalbį su virtualiu logopedu.

Scenarijaus mokymo terapija

Scenarijaus mokymo programos metu logopedas kartu su afazijos ištiktu asmeniu bendromis pastangomis kuria afazijos ištiktam asmeniui reikalingo dialogo ar monologo tekstą, kurį galima išmokti ir naudoti realiose komunikacinėse situacijose. Tarkim, klientas gali išmokti prisistatyti ir trumpai papasakoti apie save nepažįstamų žmonių grupėje ar prisistatydamas nepažįstamam žmogui, paminėdamas, kad jo kalbos ar kalbėjimo sunkumai kyla iš jį ištikusios afazijos. Tokiu būdu klientas įtvirtina savo dalyvavimą grupėje ar pokalbyje, sustiprina savo pasitikėjimą savimi, užkertą kelią nesusipratimams. Scenarijaus mokymo terapija vyksta tokiais etapais:

- Klientas ir logopedas kartu nusprendžia, koks tekstas šiuo metu būtų naudingiausias ir prasmingiausias klientui (tai galėtų būti monologas tarkim apie save ir afaziją; arba frazės, reikalingos užmezgant pokalbį).
- Klientas kartu su logopedu kuria toje situacijoje reikalingo monologo ar dialogo tekstą.
- Klientas su logopedu skaito tekstą panaudodami tokius būdus kaip frazių ar sakinių pakartojimas, skaitymas choru. Siekiama, kad pacientas išmoktų tekste esančias frazes.
- Tekstą klientas toliau mokosi namie, bent 15 min per dieną, 5 kartus per savaitę.
- Sukuriamas kontekstas arba socialinė situacija, kurioje galima realiai pritaikyti išmoktą tekstą.

Cherney, Holland, Leor ir kt. (2008) paskelbti tyrimo rezultatai atskleidžia, kad teksto mokymosi terapija gali būti efektyvus būdas lėtinei afazijai įveikti.

Pragmatinė terapija

Ši terapija skirta įveikti socialinės komunikacijos trūkumus, tokius kaip tinkamų žodžių parinkimas tam tikroje socialinėje situacijoje, neverbalinės komunikacijos naudojimas, pokalbio taisyklių supratimas ir taikymas. Pragmatinės terapijos metu naudojama socialinė sąveika tarp logopedo ir kliento, arba kliento ir kitų asmenų, siekiant pagerinti afazijos ištiktų asmenų bendravimo gebėjimus. Pragmatinė terapija gali būti taikoma įvairiomis formomis, bendravimo aplinką priartinant prie maksimaliai natūralios komunikacinės aplinkos. Pavyzdžiui, tokios terapijos metu logopedas kartu su klientu gali vykti į prekybos centrą padėti jam bendrauti su parduotuvės konsultantu. PACE terapija kartais taip pat priskiriama prie pragmatinių afazijos terapijų, kadangi ji pagrįsta abipusio dalyvavimo komunikacinėje sąveikoje taisykle: logopedas ir klientas dalyvauja pokalbyje kaip lygiaverčiai pokalbio partneriai.

Teigiamo savęs vertinimo skatinimo programa

Simmons-Mackie (2008) teigia, kad visi socialinio modelio įveikimo metodai turi skatinti teigiamą savęs vertinimą. Todėl tokios terapijos kaip *Komunikacinių įgūdžių skatinimo terapija*, *Grupinė afazijos terapija*, ir apskritai, visa veikla, susijusi su logopedine reabilitacija, turėtų skatinti asmens, ištikto afazijos, savarankiškumą, aukštą savivertę ir teigiamą savęs vertinimą. Pasak autorės įmanoma parengti logopedinės reabilitacijos programą taip, kad ji skatintų teigiamą požiūrį į save. Vienas iš tokios terapijos būdų yra dienoraščio rašymas, kuriame asmuo, ištiktas afazijos, galėtų aprašyti savo dienos įvykius, jausmus ir pastebėjimus. Logopedo užduotis - parengti tokio dienoraščio formą, kurią klientas galėtų pildyti ne tik rašydamas (jei ir kiek jam pavyksta), bet ir panaudodamas paveikslėlius, nuotraukas, piešinius ir pan. Šis būdas, pasak autorės, padėtų pažvelgti asmeniui, ištiktam afazijos, į savo gyvenimą lyg iš šalies, išvelgti jame teigiamų dalykų, ne tik jo komunikacinių gebėjimų trūkumus. Taip pat tai galėtų būti puikus pokalbio temų afazijos terapijos grupėse rinkinys.

1.5.2. Kliento įtraukimas į logopedinės reabilitacijos procesą

Aktyvus kliento įsitraukimas į logopedinę reabilitaciją neapsiriboja tik dalyvavimu logopedinėse pratybose ir papildomų užduočių atlikimu savarankiškai ar su artimaisiais, jei logopedas skiria tokias užduotis. Kliento įsitraukimas į logopedinę reabilitaciją autorių suprantamas kaip jo aktyvus dalyvavimas, išreiškiant savo logopedinės reabilitacijos poreikius, nustatant logopedinės reabilitacijos tikslus ir uždavinius, aptariant su logopedu logopedinių

pratybų eigą, trukmę, intensyvumą, naudojamą kalbinę ir nekalbinę medžiagą, priemones. Sherratt, Worrall, Pearson, Howe, Hersh ir Davidson (2011) teigia, kad reabilitacinėje praktikoje vienas svarbiausių uždavinių yra tinkamai nustatyti reabilitacijos tikslus, visgi praktika rodo, kad asmenys, ištikti afazijos, ne visada dalyvauja nustatant tikslus, o logopedai abejoja dėl to, ar jų pasirinktos logopedinės terapijos programos ir būdai yra tinkami.

Berg ir kt. (2015) teigia, kad per pastaruosius 20 metų ženkliai išaugo klientų ir jų artimųjų įtraukimas į dalyvavimą reabilitacijoje, kuomet sprendimus dėl reabilitacijos tikslų, uždavinių, eigos, priima ne tik medikas, bet ir pats klientas bei jo artimieji. Kliento dalyvavimas, priimant sprendimus, įmanomas tik esant efektyviam bendravimui ir bendradarbiavimui tarp kliento ir logopedo, todėl šiuo atveju svarbu išlikę kliento verbaliniai ir komunikaciniai gebėjimai. Autoriai nurodo, kad pagrindinė kliūtis asmenims, ištiktiems afazijos, aktyviai dalyvauti logopedinės reabilitacijos konstravimo procese yra kalbos ir kalbėjimo sutrikimai, kurie apsunkina kliento ir logopedo bendravimą ir bendrą sprendimų priėmimą.

1.5.3. Artimųjų dalyvavimas kalbos terapijos procese

Sherratt ir kt. (2011) teigia, kad afazijos ištikto asmenų šeimos nariai dažnai net nedalyvauja nustatant logopedinės terapijos tikslus, nors afazija turi didžiulį poveikį jų gyvenimo kokybei, bendravimo galimybėms ir socialiniam gyvenimui. Kadangi afazija nesutrikdo kliento šeimos narių kalbinių gebėjimų, tai jų įtraukimas į logopedinės reabilitacijos procesą galimas tik taikant socialinį modelį. Sherratt kelia klausimą, kas yra sėkminga logopedinė terapija, ir kokie veiksniai lemia kliento logopedinės reabilitacijos sėkmę ar nesėkmę. Ar kliento gebėjimas įvardyti objektus ar veiksmus pavaizduotus paveikslėliuose, ar gebėjimas pakartoti žodžius bei frazes gali būti laikomas sėkmingu logopedinės reabilitacijos rezultatu, ar visgi rezultatų vertinimas turi būti atliekamas socialiniame kontekste, kuris rezultatus vertins pagal jų pritaikomumą realiose socialinėse ir komunikacinėse situacijose.

Pokalbio terapija

Išsamią pokalbio terapijos būdų ir metodų apžvalgą pateikia Simmons-Mackie (2014). Autorė nurodo, kad su pokalbio terapija susijusios programos visų pirma skirtos stiprinti asmenų, ištikto afazijos, bendravimo įgūdžius ir pasitikėjimą savimi komunikacinėse situacijose. Pasak Wilkinson (2010) pokalbis yra pagrindinis žmonių bendravimo būdas, todėl pagrindinis afazijos įveikimo tikslas turi būti stiprinti asmenų, ištikto afazijos, bendravimo įgūdžius ir skatinti jų dalyvavimą bendravime. Skirtingų autorių programos taiko tam tikrus pokalbio terapijos

aspektus ir elementus. Simmons-Mackie (2001) pokalbio terapiją apibrėžia kaip afazijos įveikimo terapiją, tiesiogiai skirtą bendravimo įgūdžių atkūrimui. Nors daugelio afazijos įveikimo programų galutinis siekis yra klientų komunikacinių įgūdžių atkūrimas ir stiprinimas, pokalbio terapijos programos savo pagrindiniu uždaviniu laiko asmenų, ištikėtų afazijos, gebėjimų dalyvauti *natūraliai vykstančiame pokalbyje* atkūrimą ir gerinimą. Kitas pokalbio terapijos uždavinys yra asmenų, dalyvaujančių pokalbyje, komunikacinio elgesio koregavimas, kuris pašalintų trikdžius afazijos ištikėtiems asmenims sklandžiai bendrauti. Pokalbio terapijos programos pabrėžia asmenų, ištikėtų afazijos, aktyvų dalyvavimą pokalbyje.

Bendravimo partnerių mokymo programa

Ši programa remiasi prielaida, kad norint pagerinti asmenų, ištikėtų afazijos, bendravimo ir dalyvavimo pokalbyje įgūdžius, svarbu visų pirma keisti jų bendravimo partnerių komunikacinį elgesį ir komunikacinius įgūdžius. Todėl ši terapija tiesiogiai nukreipta ne tik į asmenis, ištikėtus afazijos, bet ir į jų bendravimo ir pokalbio partnerius. Pasak Kagan (2001), Lyon (1997) tinkamai koreguojant pokalbio partnerių komunikacinį elgesį ir apmokant tam tikrų pokalbio strategijų, galima tikėtis afazijos ištikėtų asmenų bendravimo įgūdžių gerėjimo ir aktyvesnio dalyvavimo pokalbyje. Ši programa kitų autorių dar įvardijama kaip asmenų, ištikėtų afazijos, *Pokalbio stiprinimo programa* (Supported Conversation for Adults with Aphasia – SCA) (Kagan ir Simmons-Mackie, 2007), *Pokalbio partnerių programa* (Conversation Partner Scheme) (McVicker et al. 2009), *Pokalbio partnerių apmokymo programa* (Conversation Partner Training – CPT) (Bradley ir Douglas 2008), *Sutuoktinių terapija* (Boles 2003, 2011), *Asmenų, ištikėtų afazijos, partnerių santykių ir pokalbių stiprinimo programa* (Lock et al. 2001), *Šeimos narių apmokymas* (Simmons-Mackie et al., 2005). Kalbos terapeutai pasirenka skirtingas bendravimo partnerių apmokymo programos formas: vienos dalyvauja tiek asmenys, ištikėti afazijos, tiek jų bendravimo partneriai, tuo tarpu kitose – tik bendravimo partneriai. Programose apmokomi šie bendravimo partneriai: šeimos nariai ar globėjai (Simmons-Mackie et al. 2005), savoriai (Hickey et al. 2004, Kagan et al. 2001).

Simmons-Mackie et al. (2014) apžvelgia asmenų, ištikėtų afazijos, ir jų bendravimo partnerių komunikacinio elgesio elementus, kurie koreguojami pokalbio terapijos programų metu. Jie pateikiami toliau:

- pokalbio partnerių „koreguojantis“ ar „pamokantis“ kalbėjimas;
- žinomos informacijos klausinėjimas, testavimas pvz. „koks mano vardas?“;
- uždaro tipo klausimų vartojimo mažinimas, užduodant daugiau atviro tipo klausimų;
- pokalbių partnerių monologinės kalbos mažinimas, dialogo skatinimas;

- asmenų, ištikų afazijos, kalbos nutraukimo mažinimas;
- lėtesnis kalbėjimas, pagrindinių dalykų akcentavimas;
- asmenų, ištikų afazijos, kompetencijų atskleidimas ir pripažinimas;
- multimodalinės ir totalinės komunikacijos skatinimas;
- kalbėjimo paeiliui pokalbio metu mokymas;
- pokalbio temos laikymasis;
- klausinėjimas;
- pasitaisymas;
- iniciatyvumo, dalyvavimo pokalbyje skatinimas;
- pokalbio užmezgimo ir palaikymo strategijos.

Grupinė afazijos terapija

Šios terapijos tikslas yra skatinti asmenų, ištikų afazijos, bendravimą ir stiprinti komunikacinius įgūdžius, terapijoje nedalyvaujant bendravimo partneriams (Elman ir Bernstein-Ellis 1999, 2007). Afazijos ištikų asmenų grupės kaip logopedinės terapijos forma yra labai plačiai taikomos dėl to, kad jos skatina afazijos ištikų asmenų socializaciją, dalyvavimo pokalbyje įgūdžius ir gebėjimus, socialinį dalyvavimą ir gerovę (Sherratt ir Hersh, 2010).

Kliento artimųjų konsultavimas

Berg ir kt (2015) pateikia šiuos asmenų, ištikų afazijos, ir jų artimųjų konsultavimo apie afaziją žingsnius, tokiu būdu tiek klientus, tiek jų artimuosius įtraukiant į reabilitacijos procesą:

- pateikti diagnozę;
- pateikti rekomendacijas afazijai įveikti;
- pateikti prognozes;
- nustatyti logopedinių pratybų tikslus, įtraukiant klientus ir jų artimuosius;
- aptarti logopedinių pratybų eigą, medžiagą.

Pasak autorių artimųjų įtraukimas į logopedinę reabilitaciją labai palengvina logopedinių pratybų tikslų, eigos, tikėtinų rezultatų nustatymą, ypač tose situacijose kai afazijos ištikų asmenų bendravimas yra labai apsunkintas ar sutrikęs. Berg ir kt. (2015) pateikia išvadą, kad aktyvus kliento dalyvavimas, neįtraukiant artimųjų, įmanomas tik esant lengvo ar vidutinio sunkumo afazijai.

1.5.4. Aplinkos pritaikymas

Asmens, ištikto afazijos, aplinkos pritaikymas užima svarbią vietą socialiniame modelyje. Socialiniame modelyje aplinkos pritaikymas suprantamas kaip:

- Verbalinės informacijos pateikimas klientui jam suprantamu formatu, t.y. pritaikomas spausdinto, rašytinio, kompiuterinio teksto formatais (teksto išdėstymas pastraipomis), šriftas, dydis, spalva.
- Verbalinė informacija pateikiama aiškia, tikslia kalba. Vengiama ilgų, sudėtingų sakinių, sudėtingų terminų. Pateikiant rašytinę informaciją, visada atsižvelgiama į kliento gebėjimą suvokti teksto prasmę.
- Jei klientui kyla sunkumų suprasti verbalinę informaciją, informacija pateikiama kitomis formomis (paveikslėliai, nuotraukomis, schemomis ir pan.).
- Klientui sudaromos sąlygos dalyvauti bendravimo sesijose su specialiai tam parengtais savanoriais, kurie apmokomi bendravimo su afazijos ištiktu asmeniu strategijų, pokalbio užmezgimo ir palaikymo būdų ir pan.

1.5.5. Dalyvavimas socialiniame gyvenime

Asmens, ištikto afazijos, skatinimas dalyvauti socialiniame gyvenime ir įtraukimas į įvairią veiklą, taip pat pagalba jam grįžti į profesinę veiklą, kuria jis užsiėmė iki susirgimo yra vienas esminių socialinio modelio terapijų siekių. Socialiniame modelyje dalis programų yra tiesiogiai skirtos socialinio dalyvavimo skatinimui, įtraukimui ir stiprinimui. Pagrindinės tokios programos pateikiamos žemiau:

Afazijos terapijos grupės (Aphasia Therapy Group) – asmenų, ištikto afazijos, bendravimo grupė. Susitikimų metu asmenys, ištikti afazijos, bendrauja, dalinasi savo išgyvenimais, jausmais, patirtimi.

Bendruomenės paramos grupės (Community Support Group) – afazijos ištikti asmenys dalyvauja susitikimuose su bendruomenės grupės nariais, savanoriais, kurie apmokyti specialiai bendrauti su asmenimis, patiriančiais kalbos ir kalbėjimo sutrikimų dėl afazijos.

2 skyrius. SOCIALINIO MODELIO TAIKYMAS AFAZIJAI ĮVEIKTI

2.1. Tyrimo metodologija ir metodai

Šiame darbe naudoti mokslinės literatūros analizės, anketinės apklausos ir interviu metodai. Pasak Kardelio (2002) kokybinis ir kiekybinis tyrimo metodai problemą atskleidžia iš skirtingų pusių, todėl darbe buvo derinami kiekybiniai ir kokybiniai tyrimo rezultatų analizės metodai.

Anketinė apklausa

Siekiant išsiaiškinti socialinio modelio būdus ir metodus, taikomus Lietuvos logopedų sveikatos priežiūros įstaigose, buvo naudojamas anketinės apklausos metodas - parengtas klausimynas logopedams (1 priedas). Tyrime derinama uždarojo ir atvirojo tipo apklausa. Klausimyną sudaro uždarojo ir atvirojo tipo klausimai: 90 uždarojo tipo klausimų, 1 pusiau uždaras bei 2 atvirojo tipo klausimai. Klausimynas sudarytas, remiantis teorinėje darbo dalyje analizuotais socialinio afazijos įveikimo modelio metodais ir būdais. Anketoje logopedams pateikiami klausimai apie logopedinėje reabilitacijoje taikomus socialinio modelio programas, metodus ir būdus afazijai įveikti. Anketa anoniminė. Logopedams tyrimo anketa buvo siunčiama elektroniniu paštu. Įvadinėje anketos dalyje buvo paaiškinti tyrimo tikslai, užtikrintas jų, kaip apklausos dalyvių, anonimiškumas, bei tai, kad respondentų atsakymai tyrimo ataskaitoje bus pateikiami apibendrintai. Logopedai užpildytą anketą pateikė elektroniniu paštu.

Anketą sudaro kreipimasis į respondentą bei tokie klausimų blokai:

1. Demografiniai duomenys: lytis, amžius, išsilavinimas, darbo stažas, logopedo kategorija, sveikatos priežiūros institucija, kurioje dirba logopedas.
2. Kalbos ir komunikacijos atkūrimas. Šios grupės klausimai atskleidžia kokie socialinio modelio elementai, tiesiogiai susiję su kalbos ir komunikacijos atkūrimu, taikomi kalbinėje reabilitacijoje: Asmeninio identiteto skatinimo programa, Skaitymo kartu su logopedu programa, AAK taikymas, Multimodalinės komunikacijos taikymas, Priimtinausio komunikacijos būdo pasirinkimo skatinimas, Vizualinė veiksmų terapija, Funkcinės komunikacijos taikymas, Scenarijaus mokymo terapija, Pragmatinė terapija, Teigiamo savęs vertinimo skatinimo programa
3. Kliento įtraukimas į socialinės reabilitacijos procesą. Šios grupės klausimai atskleidžia, kokius logopedinės reabilitacijos klausimus logopedai aptaria su klientais, kiek

logopedinių pratybų organizavimas atsižvelgia į kliento poreikius ir tikslus, kaip klientai konsultuojami apie afazijos pasekmes, eigą ir įveikimo perspektyvas.

4. Artimųjų dalyvavimas kalbos terapijos procese. Šios grupės klausimai, atskleidžia kaip logopedai įtraukia kliento artimuosius į logopedinę reabilitaciją, panaudojant Komunikacijos mokymo programos, Pokalbio užmezgimo ir palaikymo programos metodus ir būdus, Verbalinės ir neverbalinės komunikacijos taikymo mokymą, kliento artimųjų įtraukimą į logopedinių pratybų tikslų ir uždavinių numatymą, bendrą veiklą per logopedines pratybas ir pratybų stebėjimą.

5. Aplinkos pritaikymas. Ši klausimų grupė atskleidžia kokios neverbalinės komunikacijos priemonės naudojamos kliento aplinkoje (namuose, logopedinių pratybų kabinete, palatoje), ar kliento artimieji mokomi panaudoti šias priemones kliento aplinkoje, kaip adaptuojama rašytinė verbalinė informacija pateikiama klientui.

6. Dalyvavimas socialiniame gyvenime ir įvairioje veikloje. Šia klausimų grupe siekiama išsiaiškinti, kaip afazijos ištikti asmenys įtraukiami į socialinį gyvenimą per Afazijos terapijos grupes, Afazijos ištiktų asmenų ir jų artimųjų bendravimo grupes, Bendravimo partnerių mokymo programą, Abipusio palaikymo komunikacinę programą.

Tyrimo duomenų analizė atlikta SPSS 23.0 (Statistical Package for Social Science) programiniu paketu.

Tyrimo buvo taikoma mažoms imtims tinkami neparametriniai statistiniai tyrimo metodai: vidurkių, dažnių skaičiavimai, duomenys pateikti lentelės bei grafikuose.

Anketos pabaigoje respondentų buvo prašoma nurodyti, kokius kitus su Socialiniu modeliu susijusius elementus logopedai taiko savo darbe, taip pat išsakyti savo mintis ir pastebėjimus.

Darbe taikyti kokybiniai turinio analizės metodo elementai, būtent kategorijų išskyrimas ir jų įterpimas į kontekstą (Bitinas, Rupšienė, Žydžiūnaitė, 2008). Kokybinės turinio analizės metodas taikytas atviriems anketos klausimams aptarti ir apibendrinti.

Interviu

Siekiant papildyti logopedų apklausos metodu gautus duomenis, buvo naudojamas interviu su afazijos ištiktais asmenimis metodas. Tyrimo metu buvo apklausti afazijos ištikti asmenys, esantys reabilitacijos ligoninėje, kuriems skirta logopedinė reabilitacija. Pasirinkta standartizuota apklausa neformalizuoto interviu metodu. Parengti 6 atviro ir uždaro tipo klausimų blokai (2 priedas), kuriais siekiama išsiaiškinti, kaip klientai (afazijos ištikti asmenys) įtraukiami į logopedinės reabilitacijos organizavimą, kiek tai, ko jie mokosi yra jiems naudinga ir aktualu, kaip klientų artimieji įtraukiami į logopedinę terapiją. Interviu pasirinkti pacientai, kurių

impresyvioji ir ekspresyvioji kalba pokalbio metu jau yra pakankamai atsikūrusi, kad įmanoma palaikyti prasmingą pokalbį, sulaukti atsakymų į interviu klausimus.

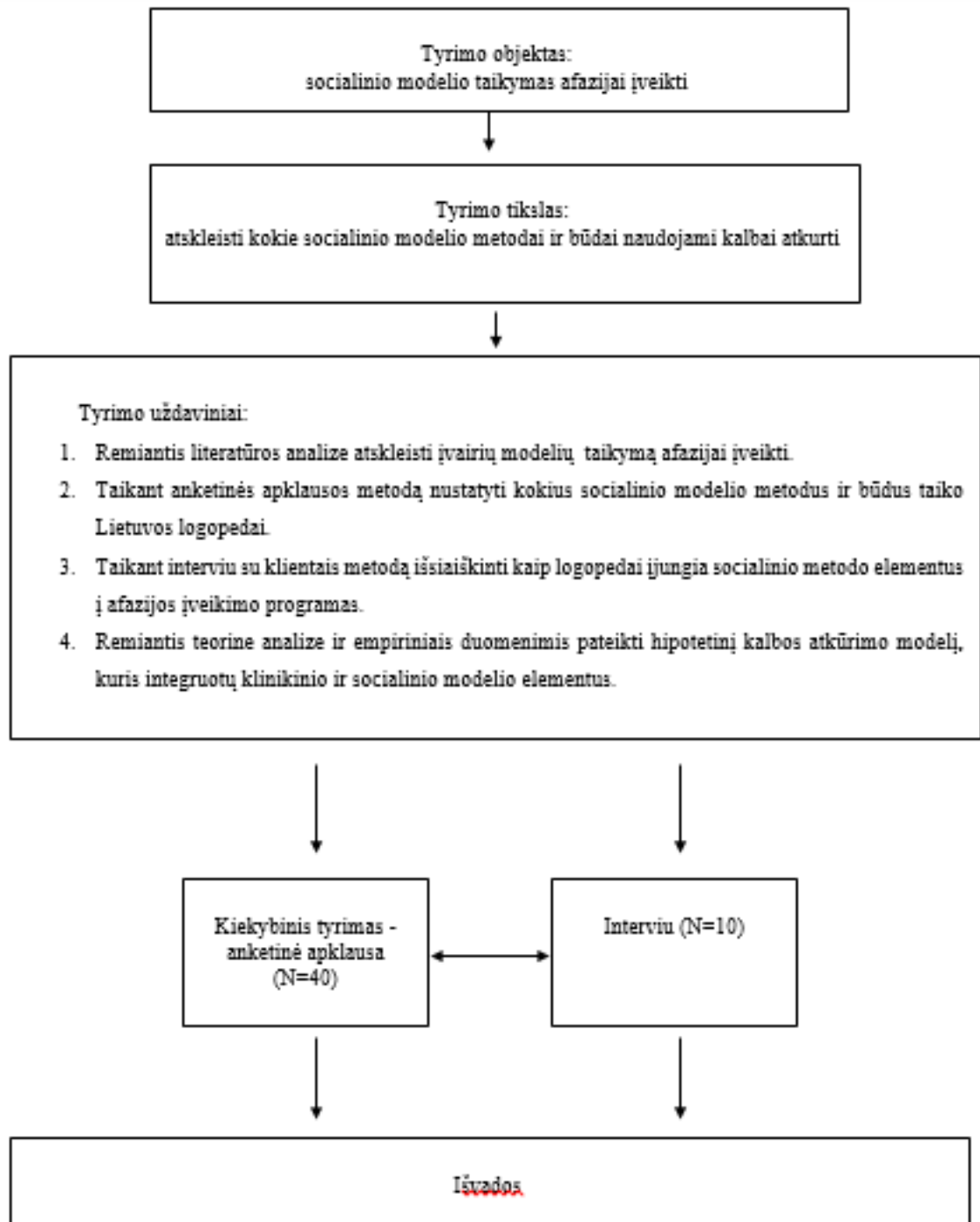
Tyrimo duomenys buvo fiksuojami raštu. Klientų vardai neminimi. Atsakymai užkoduoti interviu protokolų pavadinimais (K1 1, K12, K13 ir t.t.). Respondentų kalba netaisyta. Interviu truko apie 10 minučių. Interviu protokolai atspausdinti kompiuteriu (3 priedas). Klientų atsakymai papildė ir patikslina logopedų pateiktus atsakymus anketinėje apklausoje, atskleidžia tiriamąjį reiškinį iš kliento pusės, o tai yra svarbus socialinio modelio aspektas, nes socialinis modelis pabrėžia kliento dalyvavimą, nuomonę, poreikius, tikslus ir aktyvų įsitraukimą į savo reabilitaciją.

Tyrimo etika

Atliekant tyrimą buvo laikomasi empiriniams tyrimams keliamų etikos reikalavimų, laikantis laisvamaniškumo, konfidencialumo ir anonimiškumo principų (Kardelis, 2002). Prieš atliekant tyrimą tiek anketinės apklausos, tiek interviu dalyviai buvo informuoti apie vykdomo tyrimo tikslus ir uždavinius, buvo gautas tyrime dalyvausiančių asmenų žodinis sutikimas dalyvauti tyrime, atsakant į anketos arba interviu klausimus. Prieš pradėdant interviu buvo gautas pacientų sutikimas padaryti vyksiančio pokalbio garso įrašą, vėliau pokalbis buvo protokoluojamas. Tyrimo dalyviams buvo išsamiai paaiškinta apie jų asmeninių duomenų bei tyrimo metu surinktų duomenų, t.y. respondentų atsakymų į anketos ar interviu klausimus konfidencialumą, išaiškinta, kad jų atsakymai analizuojami ir pateikiami apibendrintai tyrimo ataskaitoje. Taip pat buvo užtikrintas tyrimo dalyvių anonimiškumas – tyrime nėra atskleidžiamos tyrimo dalyvių vardai ir kiti asmeniniai duomenys: anketinės apklausos dalyvių anketos buvo koduojamos 1 anketa, 2 anketa ir t.t., interviu protokolai buvo koduojami K11, K12 ir t.t.

Tyrimo dizainas

Apibendrinus mokslinės literatūros duomenis ir atsižvelgus į tyrimo tikslą bei uždavinius, buvo sudarytas tyrimo dizainas, kuris pateikiamas 2 paveiksle.



2 pav. Tyrimo dizainas

2.2. Tyrimo dalyviai.

Anketinės apklausos dalyviai

Tyrimo dalyviai – 28 Lietuvos sveikatos priežiūros institucijose dirbantys logopedai. Tikslinė tyrimo dalyvių imtis buvo sudaryta, siekiant specifinių tyrimo tikslų – atskleisti socialinio modelio taikymą afazijai įveikti Lietuvos sveikatos priežiūros įstaigose. Tuo remiantis tikslinės atrankos būdu buvo sudaryta tiriamoji logopedų, dirbančių sveikatos priežiūros

įstaigose su afazijos ištiktais pacientais, grupė. Tyrimui buvo pasirinkti Lietuvos ligoninėse, poliklinikose, reabilitacijos ligoninėse ir centruose bei privačiuose kabinetuose dirbantys logopedai, neišskiriant konkretaus Lietuvos geografinio regiono ar sveikatos priežiūros įstaigos tipo.

Pagal Higienos instituto Sveikatos informacijos centro pateiktus statistinius duomenis 2014 m. Lietuvos sveikatos priežiūros institucijose dirbo 150 specialiosios pedagogikos specialistų, dalis iš jų – logopedai. Oficialios Lietuvos statistinių duomenų ataskaitos nepateikia tikslesnio būtent tik logopedų, dirbančių sveikatos priežiūros institucijose, skaičiaus. Siekiant gauti tikslesnį sveikatos priežiūros įstaigose su suaugusiais klientais dirbančių logopedų skaičių buvo kreiptasi į Lietuvos logoterapeutų asociaciją, tačiau paaiškėjo, kad jos veikla nevykdoma jau penkerius metus, todėl jie tikslesnių duomenų taip pat pateikti negalėjo. Būtina pažymėti, kad dalis logopedų, dirbančių sveikatos priežiūros įstaigose, dirba tik su vaikais, ir tokie logopedai negali būti įtraukti į šio tyrimo dalyvių grupę. Tarkim, visoje Lietuvoje yra 45 Ankstyvosios reabilitacijos tarnybos, kuriose dirba logopedai, ir specialieji pedagogai, teikiantys paslaugas vaikams, ir šie logopedai nebuvo įtraukti į tyrimo grupę. Taip pat dalis logopedų dirba vaikų sanatorijose ar reabilitacijos ligoninių vaikų skyriuose. Taigi, galime daryti prielaidą, kad logopedų, dirbančių su suaugusiais klientais, skaičius visoje Lietuvoje yra pakankamai mažas, ir todėl šio tyrimo tikslinė grupė yra mažesnė nei įprasta kiekybiniuose tyrimuose. Aukščiau pateikti duomenys leidžia pagrįsti ganėtinai mažą tyrimo imtį.

Su potencialiais tyrimo dalyviais buvo susisiepta telefonu arba elektroniniu paštu, prašant atsakyti į tyrimo anketos klausimus. Tyrimo dizaine buvo numatytas anketinės apklausos dalyvių skaičius – 40, ir tai sudaro pakankamą kiekybinio tyrimo imtį. Tyrimo metu dalis logopedų, su kuriais buvo susisiepta dėl dalyvavimo tyrime, atsisakė dalyvauti anketinėje apklausoje, motyvuodami tuo, kad nedirba su suaugusiais asmenimis, neturi jokios ar turi labai mažai patirties su afazijos ištiktais asmenimis, todėl negalėtų tinkamai užpildyti klausimyno ir pan. Tyrimo metu tikslinės atrankos būdu logopedams buvo išsiųsta 40 anketų, užpildytos ir grąžintos buvo 28 anketos (grįžtamumas 70 proc.). Tyrimas buvo vykdomas 2015 m. rugsėjo-spalio mėnesiais.

Interviu dalyviai

Empirinio tyrimo metu, taikant interviu metodą, buvo apklausti 8 afazijos ištikti asmenys. Apklausa vyko vienoje iš Lietuvos reabilitacijos ligoninių, kuri suteikė galimybę atlikti tyrimą ir surinkti tyrimui reikalingus duomenis. Interviu su afazijos ištiktais asmenimis vyko 2015 m. rugsėjo mėnesį. Tyrimui buvo naudojamas nestruktūrizuoto interviu metodas (Kardelis 2002),

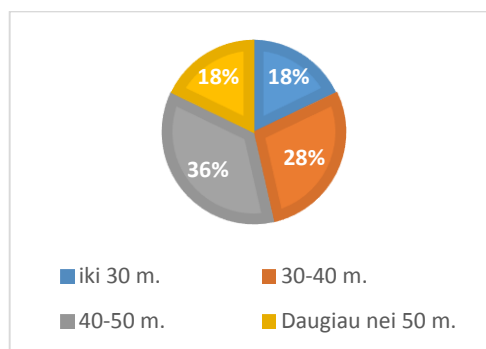
kai iš anksto buvo numatytos pokalbio temos, parengti klausimai klientams, tačiau, atsižvelgiant į kiekvieno kliento komunikacinius ir kalbinius gebėjimus ir į tai, kaip vyko pokalbis, interviu metu klausimai buvo reformuluojami, kartais pateikiami paprasčiau, formuluojami taip, kad konkretus pacientas galėtų pateikti savo atsakymą, nuomonę į klausimą. Kai kurių klausimų būdavo apskritai atsisakoma jei buvo akivaizdu, kad klientas negalėtų pateikti atsakymo į juos, ar pateikiami nauji, su pokalbio tema susiję klausimai. Interviu dalyvių duomenys pateikiami 3 priede.

2.2. Tyrimo rezultatų analizė

2.2.1. Demografinių duomenų aptarimas

Toliau darbe pateikiama tyrimo anketinės apklausos dalyvių sociodemografinių duomenų analizė. Analizuojamas logopedų pasiskirstymas pagal amžių, darbo stažą, išsilavinimą, kategoriją bei sveikatos priežiūros įstaigą. Taip pat analizuojama, ar yra sąsajų tarp logopedų sociodemografinių duomenų bei jų taikomų socialinio modelio metodų ir būdų.

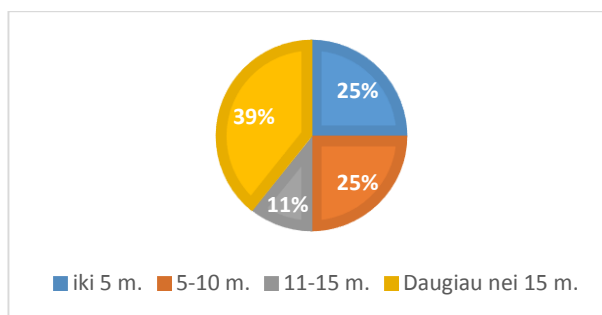
3 paveiksle pateikiamas logopedų pasiskirstymas pagal amžių.



3 pav. Logopedų pasiskirstymas pagal amžių

Iš paveiksle pateiktų rezultatų matyti, kad daugumą apklausoje dalyvavusių logopedų sudaro 40-50 metų amžiaus respondentai, nedaug atsilieka 30-40 m. amžiaus grupė.

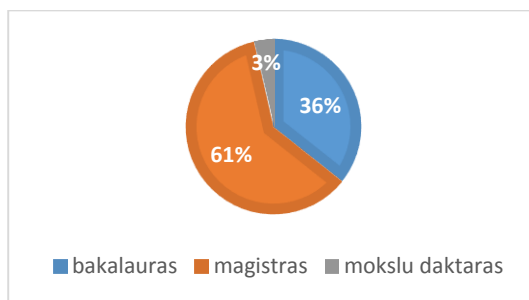
Logopedų darbo stažo duomenys pateikti 4 paveiksle.



4 pav. Logopedų pasiskirstymas pagal darbo stažą

Pagal tyrimo duomenis didžiausią logopedų dalį sudaro didesnę nei 15 metų darbo stažą turintys respondentai, tuo tarpu iki 5 ir 5-10 metų darbo stažą turintieji apklausos dalyviai sudaro ketvirtadalį visų apklaustųjų, likusią dalį sudaro turintieji 11-15 darbo stažą.

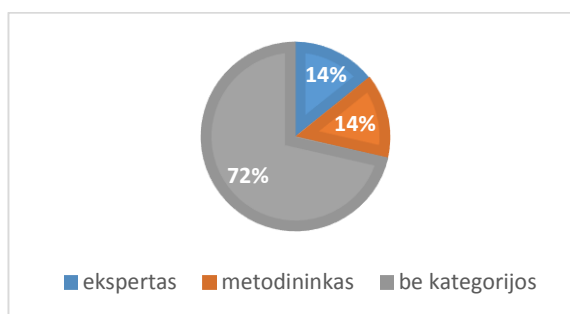
Tyrimo dalyvavusių logopedų pasiskirstymas pagal turimą išsilavinimą pateikiamas 5 paveiksle.



5 pav. Logopedų pasiskirstymas pagal išsilavinimą

Tyrimo rezultatai rodo, kad magistro laipsnį turintieji logopedai sudaro daugumą respondentų.

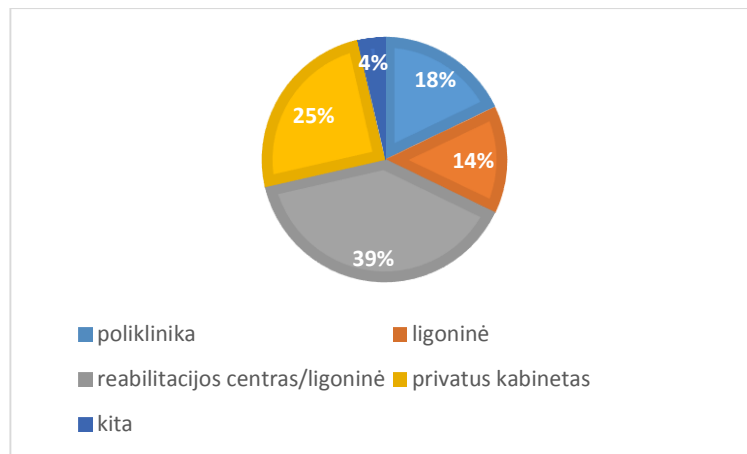
Logopedų pasiskirstymas pagal jų turimą kategoriją pateiktas 6 paveiksle.



6 pav. Logopedų pasiskirstymas pagal kategoriją

Tyrimo duomenys rodo, kad logopedai neturintys kvalifikacinės kategorijos sudaro daugumą respondentų.

Respondentų pasiskirstymas pagal jų darbovietę pateikiamas 7 paveiksle.



7 pav. Sveikatos priežiūros įstaigos, kuriose dirba logopedai

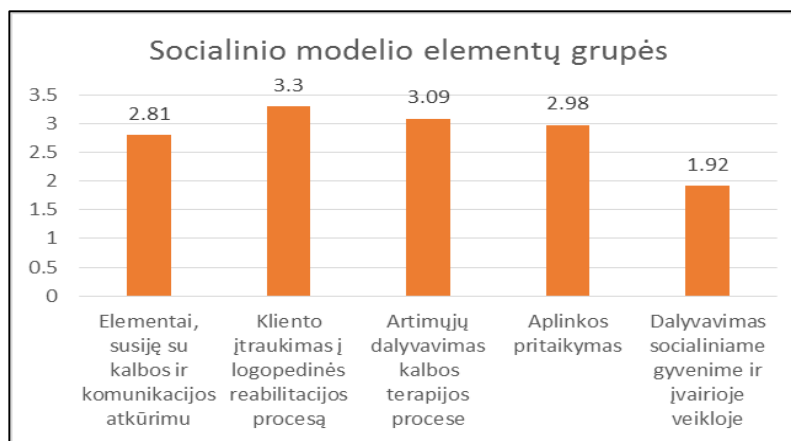
Iš paveiksle pateiktų rezultatų matyti, kad dauguma logopedų dirba reabilitacijos centre arba reabilitacijos ligoninėje, ketvirtadalis dirba privačiame kabinete dirba, kiek mažiau dirba poliklinikoje arba ligoninėje.

Respondentų demografiniais duomenimis siekta išsiaiškinti socialinio modelio komponentų taikymo skirtumus, kurie galėtų priklausyti nuo logopedų amžiaus, kategorijos, išsilavinimo, įstaigos, kurioje dirbama, ir stažo. Logopedų amžiaus, kategorijos, išsilavinimo, įstaigos, kurioje dirbama, ir stažo įtaka socialinio modelio aspektų taikymui buvo matuojama ANOVA analizės pagalba. Tyrime buvo laikomasi nuostatos, kad egzistuoja reikšmingi socialinio modelio aspektų vertinimo skirtumai jei F statistikos p reikšmė mažesnė nei 0,05 (Vaitkevičius, Saudargienė, 2006).

2. 2. 2. Logopedų apklausos analizė

Toliau darbe analizuojami logopedų atsakymai į anketos klausimus apie socialinio modelio taikymą afazijai įveikti. Atsakydami į anketos klausimus respondantai turėjo pažymėti, kaip dažnai (visada, dažnai, retai, niekada) taiko nurodytus socialinio modelio elementus. Jų atsakymai buvo įvertinti balais nuo 4 iki 1.

Visų pirma buvo siekiama išsiaiškinti, kaip dažnai taikomos socialinio modelio metodų ir būdų grupės (8 pav.).



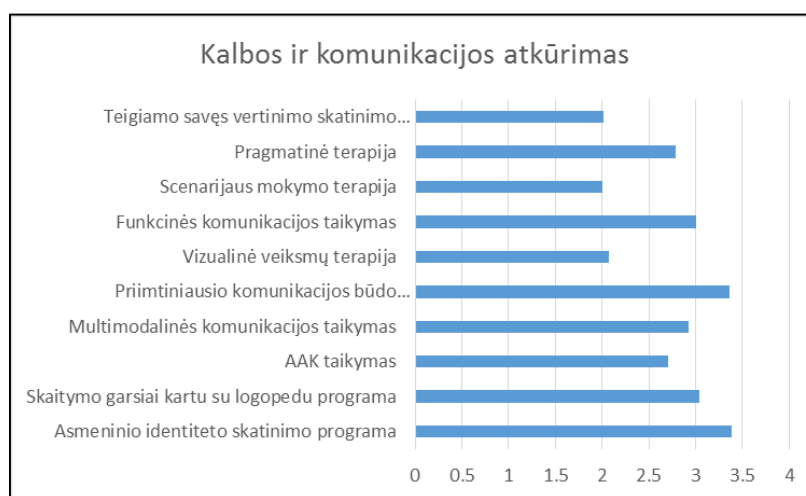
8 pav. Socialinio modelio metodų ir būdų grupės

Tyrimo rezultatai atskleidė, kad dirbdami su afazijos ištiktais asmenimis logopedai dažniausiai taiko socialinio modelio metodus ir būdus, susijusius su kliento ir artimųjų įtraukimu į kalbinės reabilitacijos procesą. Aplinkos pritaikymo elementai irgi naudojami ganėtinai dažnai, šiek tiek rečiau taikomi kalbos ir komunikacijos atkūrimo elementai. Rečiausiai logopedai taiko socialinio modelio elementus, susijusius su klientų dalyvavimu socialiniame gyvenime bei įvairioje veikloje.

Toliau darbe analizuojami atskirų socialinio modelio grupių metodų ir būdų taikymas logopedinėje reabilitacijoje.

Metodai ir būdai, susiję su kalbos ir komunikacijos atkūrimu

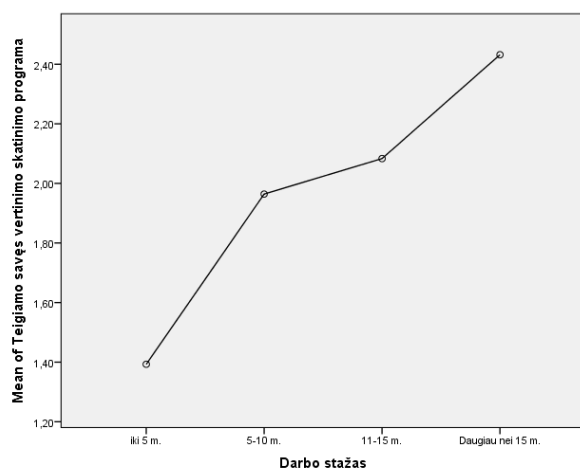
Ši anketos klausimų grupė padeda atskleisti, kokius socialinio modelio būdus, tiesiogiai susijusius su kalbos ir komunikacijos atkūrimu, logopedai taiko dirbdami su afazijos ištiktais asmenimis. Tyrimo rezultatai pateikiami 9 paveiksle.



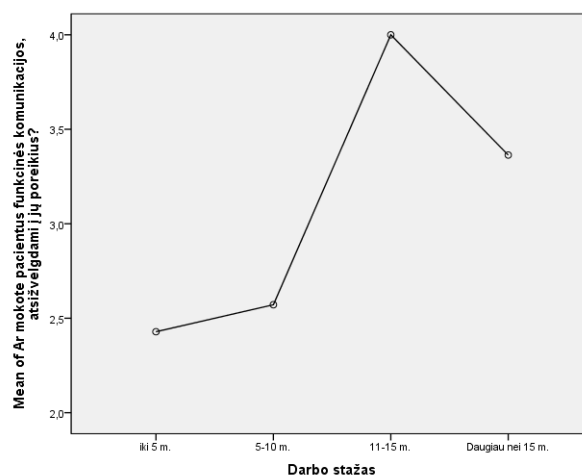
9 pav. Kalbos ir komunikacijos atkūrimo būdai

Išanalizavus rezultatus, matyti, kad logopedai praktiniame darbe iš Kalbos ir komunikacijos atkūrimo elementų grupės taiko *Asmeninio identiteto skatinimo programos elementus* ir *Priimtinausio komunikacijos būdo pasirinkimo elementus*, t.y. moko klientus išreikšti savo poreikius įvairiais komunikacijos būdais. Tuo tarpu *Teigiamo savęs vertinimo programa* ir *Vizualinė veiksmų terapija* yra taikomos rečiausiai.

Toliau darbe buvo analizuojama logopedų taikomų metodų ir būdų bei respondentų darbo stažo, išsilavinimo, amžiaus, turimos kategorijos ir įstaigos, kurioje jie dirba, priklausomybė. Analizės duomenys pateikti 10 ir 11 paveiksluose.



10 pav. Darbo stažo ir teigiamo savęs vertinimo programos taikymo sąsajos



11 pav. Darbo stažo ir funkcinės komunikacijos mokymo programos taikymo sąsajos

Iš pateiktų diagramų matyti, kad tik teigiamo savęs vertinimo programos ($p=0,040 < 0,05$) ir funkcinės komunikacijos ($p=0,002 < 0,05$) taikymas statistiškai reikšmingai skiriasi priklausomai nuo darbo stažo. Didesnį nei 15 metų darbo stažą turintys logopedai teigiamo savęs vertinimo programą taiko daug dažniau, nei išdirbę mažiau nei 5 metus. 11-15 metų darbo stažą turintieji funkcinės komunikacijos moko daug dažniau išdirbę trumpiau nei 10 metų. Tuo tarpu kvalifikacinė kategorija įtakos afazijos įveikimo metodams ir būdams ir jų grupėms neturi, visais atvejais p reikšmė yra didesnė nei 0,05. Sąsajų tarp logopedų išsilavinimo, turimos kategorijos, amžiaus, įstaigos, kurioje jie dirba, darbo stažo ir socialinio modelio komponentų taikymo nenustatyta.

Toliau darbe analizuojamas Asmeninio identiteto programos taikymas (1 lentelė).

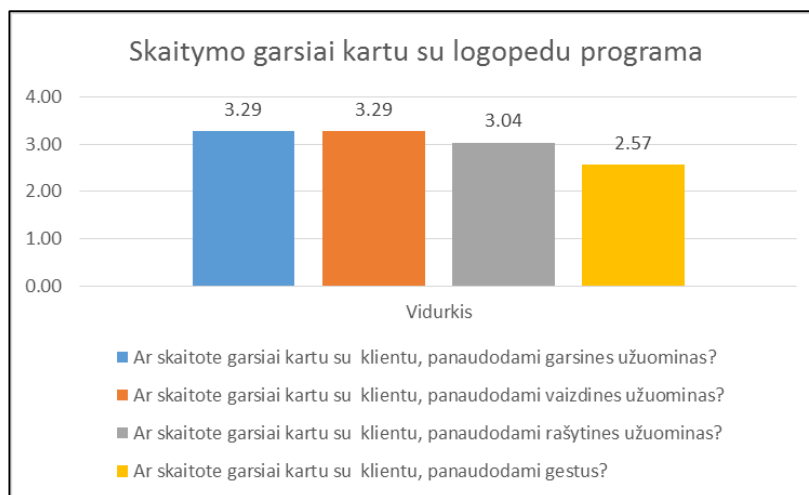
1 lentelė

Asmeninio identiteto skatinimo programos taikymas

Asmeninio identiteto skatinimo programa	niekada	retai	dažnai	visada	Vidurkis
Ar mokote klientą pasakyti savo vardą, pavardę?		3.57	21.43	75.00	3.71
Ar mokote klientą apibūdinti save?	3.57	14.29	53.57	28.57	3.07

Kaip atskleidžia atsakymų analizės duomenys, naudodami *Asmeninio identiteto skatinimo programos* elementus, praktiškai visi logopedai moko klientus pasakyti savo vardą ir pavardę bei apibūdinti save.

Skaitymo garsiai kartu su logopedu programos taikymas pateikiamas 12 paveiksle.



12 pav. Skaitymo kartu su logopedu programos taikymas

Iš paveiksle pateikiamų tyrimo duomenų matyti, kad taikydami *Skaitymo garsiai kartu su logopedu programos* elementus logopedai dažniausiai naudoja garsines ir vaizdines užuominas.

AAK taikymo duomenų analizės rezultatai pateikiamas 2 lentelėje.

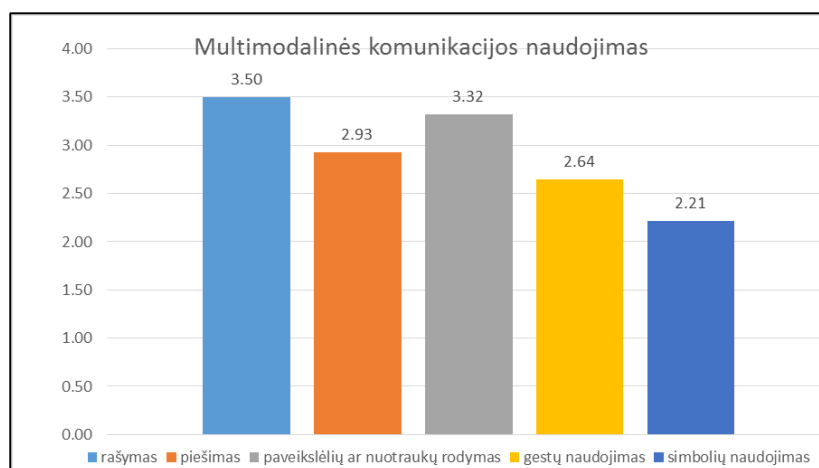
2 lentelė

Augmentinės ir alternatyviosios komunikacijos taikymas

AAK taikymas	niekada	retai	dažnai	visada	Vidurkis
Ar pratybose taikote augmentinės komunikacijos elementus?	7,14	28,57	53,57	10,71	2,68
Ar mokote klientus naudotis alternatyviąja komunikacija?		33,33	51,85	14,81	2,81

Lentelėje pateikti duomenys rodo, kad daugiau kaip pusė logopedų dažnai arba visada taiko augmentinės komunikacijos elementus ir skatina pacientus naudotis alternatyviąja komunikacija.

Toliau darbe analizuojamas multimodalinės komunikacijos taikymas. Analizės rezultatai pateikiami 13 paveiksle.



13 pav. Multimodalinės komunikacijos būdų taikymas

Išanalizavus rezultatus, paaiškėjo, kad iš *Multimodalinės komunikacijos taikymo* elementų komunikacijai skatinti logopedai dažniausiai naudoja rašymą, kiek rečiau - paveikslėlių ar nuotraukų rodymą.

Priimtinausio komunikacijos būdo pasirinkimo skatinimas pateikiamas 3 lentelėje.

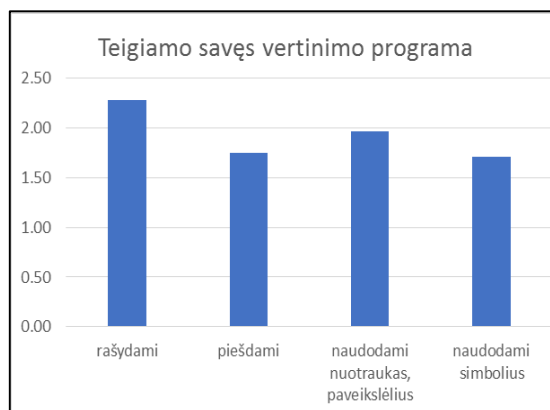
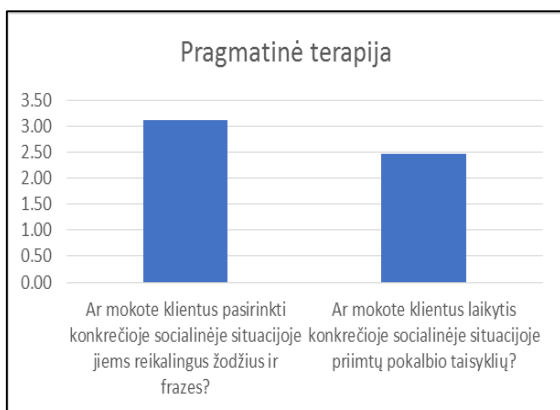
3 lentelė

Priimtinausio komunikacijos būdo pasirinkimo skatinimas

Ar skatinate klientus pasirinkti jiems priimtinausią komunikacijos būdą?	niekada	retai	dažnai	visada	Vidurkis
kalbėjimą	3,57		10,71	85,71	3,79
rašymą		3,57	39,29	57,14	3,54
paveikslėlius		17,86	50,00	32,14	3,14
nuotraukas	3,57	25,00	50,00	21,43	2,89
simbolius	25,00	42,86	25,00	7,14	2,14
gestus	17,86	39,29	28,57	14,29	2,39

Iš 3 lentelėje pateiktų rezultatų matyti, kad logopedai dažniausiai skatina klientus pasirinkti jiems priimtinausią komunikacijos būdą. Išanalizavus rezultatus matyti, kad praktiškai visi logopedai skatina rinktis kalbėjimą, dauguma jų visada skatina rinktis ir rašymą, tuo tarpu retai kada logopedai skatina pacientus naudoti gestus ir simbolius kaip komunikacijos būdą.

Toliau darbe buvo siekiama išsiaiškinti, kaip dažnai logopedai taiko Pragmatinę terapiją bei Teigiamo savęs vertinimo skatinimo programą. Duomenys pateikiami 14 paveiksle.

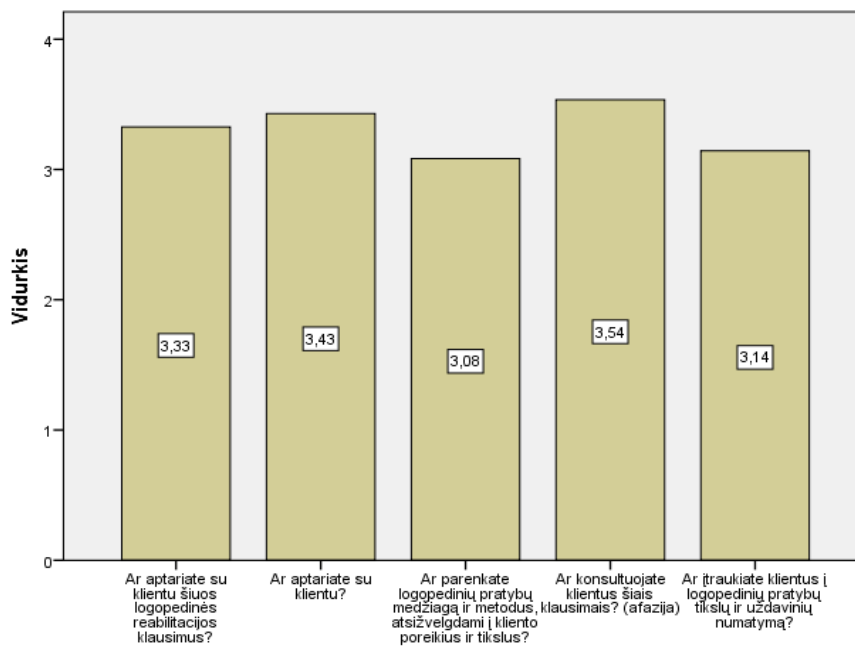


14 pav. Pragmatinės terapijos ir Teigiamo savęs vertinimo programos taikymas

Iš pateiktų rezultatų akivaizdu, kad naudodami *Pragmatinės terapijos* elementus logopedai beveik visada moko klientus reikalingų žodžių ir frazių, tuo tarpu *Teigiamo savęs vertinimo skatinimo programos* elementai, kaip dienoraščio pildymas, naudojantis logopedo pasiūlytu šablonu, taikomas retai.

Kliento įsitraukimas į logopedinės rehabilitacijos procesą

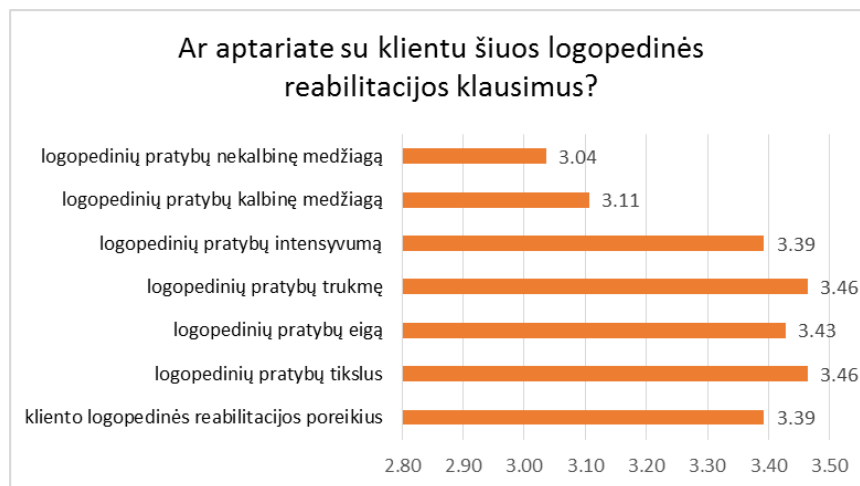
Ši anketos klausimų grupė atskleidžia kaip logopedai įtraukia pacientus į jų logopedinės rehabilitacijos proceso organizavimą, aptarimą, kuomet iš pasyvių terapijos „priėmėjų“ asmenys, ištikti afazijos, tampa lygiaverčiais kalbos rehabilitacijos proceso dalyviais. Analizės rezultatai pateikiami 15 paveiksle.



15 pav. Kliento dalyvavimas logopedinės terapijos procese

Išanalizavus kliento įsitraukimo į logopedinės reabilitacijos elementų bei jų grupių vidurkius, matyti, kad dažniausiai logopedai *konsultuoja klientus afazijos pasekmių, eigos ir afazijos įveikimo klausimais*, taip pat *aptaria kliento profesinę patirtį, pomėgius ir laisvalaikį*. Logopedai taip pat pakankamai dažnai *logopedinių pratybų medžiagą ir metodus parenka, atsižvelgdami į kliento poreikius*.

Toliau darbe analizuojami *praktiniai logopedinės reabilitacijos klausimai* (16 pav.)

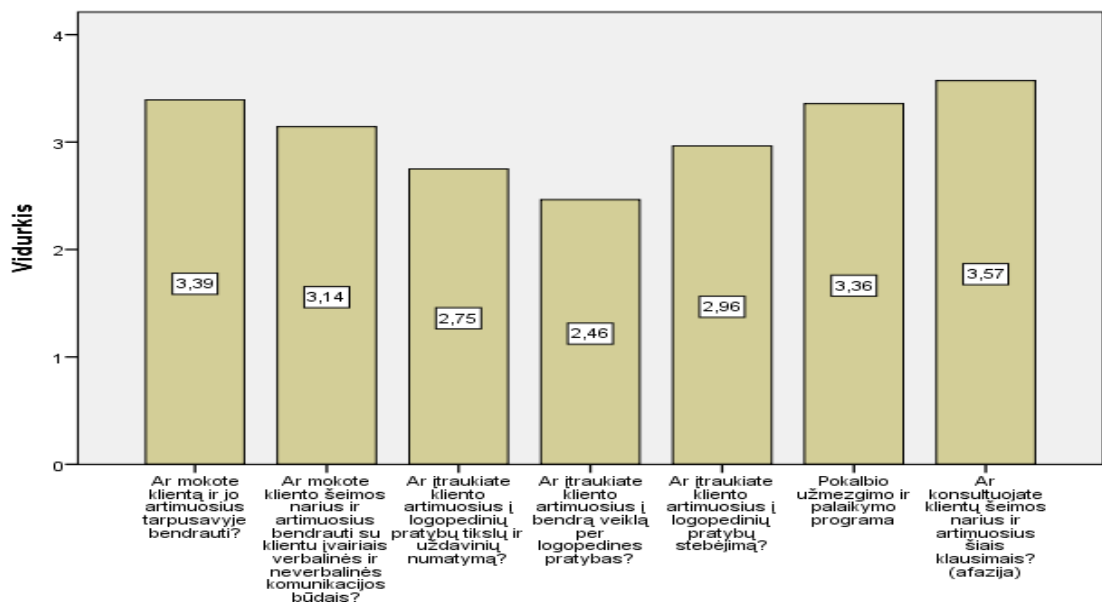


16 pav. Logopedinės reabilitacijos klausimų aptarimas su klientu

Iš diagramoje pateikiamų rezultatų akivaizdu, kad logopedai praktinius logopedinių pratybų aspektus aptaria gana dažnai. Dažniausiai logopedai su klientais aptaria logopedinių pratybų tikslus ir trukmę, kiek rečiau eigą ir pratybų intensyvumą bei klientų logopedinės reabilitacijos poreikius. Ne taip dažnai logopedai aptaria logopedinių pratybų kalbinę ir nekalbinę medžiagą.

Artimųjų dalyvavimas logopedinės reabilitacijos procese

Ši klausimų grupė padeda atskleisti kaip logopedai įtraukia artimuosius į kalbinės reabilitacijos procesą (17 pav.).

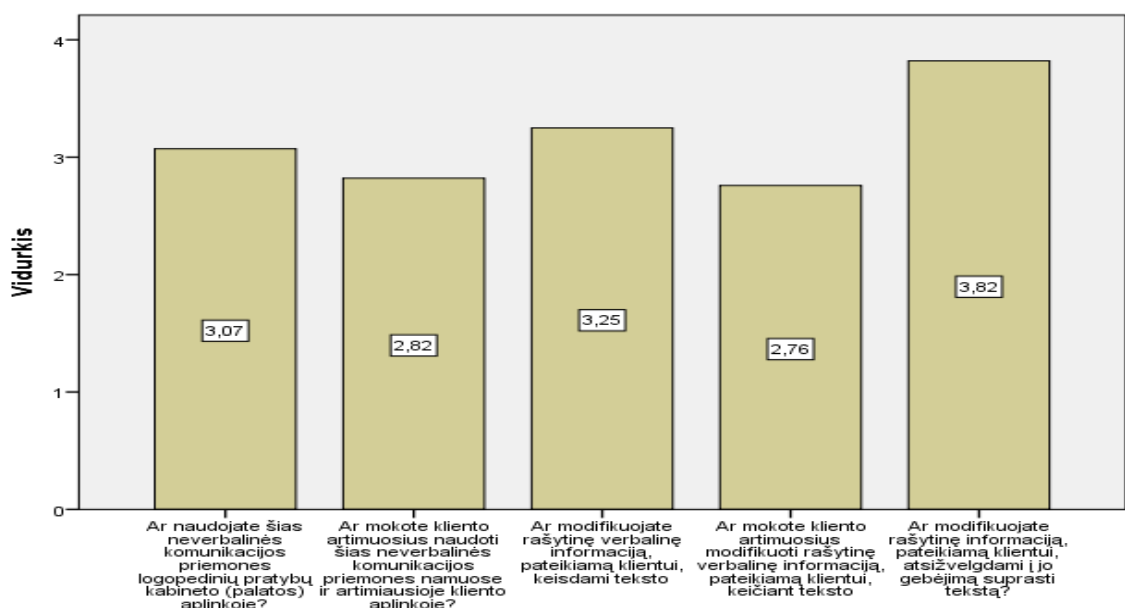


17 pav. Artimųjų įtraukimas į logopedinės rehabilitacijos procesą

Dažniausiai logopedai konsultuoja klientų šeimos narius su afazija susijusiais klausimais, moko klientą ir jo artimuosius bendrauti tarpusavyje įvairiais verbalinės ir neverbalinės komunikacijos būdais bei taiko Pokalbio užmezgimo ir palaikymo programą, kurios metu apmoko paciento šeimos narius specialių pokalbio užmezgimo ir palaikymo strategijų. Artimieji skatinami stebėti logopedines pratybas gana dažnai. Tuo tarpu logopedai gana retai artimuosius įtraukia į logopedinės rehabilitacijos tikslų ir uždavinių numatymą, o artimųjų įtraukimas į bendrą veiklą per logopedines pratybas vyksta rečiausiai.

Aplinkos pritaikymas

Ši klausimų grupė atskleidžia kaip asmeniui, ištiktam afazijos, sukuriama kuo palankesnė aplinka, kompensuojanti jo kalbinės komunikacijos trūkumus (18 pav.).



18 pav. Aplinkos pritaikymas

Diagramoje patektos analizės duomenys atskleidžia, kad dažniausiai logopedai *modifikuoja rašytinę informaciją atsižvelgdami į kliento gebėjimą suprasti tekstą, modifikuoja rašytinę verbalinę informaciją pateikiamą klientui, keisdami teksto formatą, šriftą, dydį ar spalvą*, tuo tarpu logopedai artimuosius moko rečiausiai *modifikuoti rašytinę verbalinę informaciją teikiamą klientui*.

Neverbalinės komunikacijos priemonių naudojimas logopedinių pratybų ar palatos aplinkoje pateikiamas 4 lentelėje.

4 lentelė

Neverbalinės komunikacijos priemonių naudojimas logopedinių pratybų ar palatos aplinkoje

Ar naudojate šias neverbalinės komunikacijos priemones logopedinių pratybų kabineto (palatos) aplinkoje?	niekada	retai	dažnai	visada	Vidurkis
paveikslėliai			32,14	67,86	3,68
nuotraukos	7,14	14,29	39,29	39,29	3,11
simboliai	25,00	25,00	32,14	17,86	2,43

Lentelėje pateikti duomenys rodo, kad iš *neverbalinės komunikacijos priemonių pratybų kabineto arba palatos aplinkoje* dažniausiai naudojami paveikslukai, dauguma logopedų juos naudoja visada, simboliai kaip alternatyvi priemonė verbalinei informacijai naudojami gana retai - jų niekada logopedinių pratybų kabineto aplinkoje nenaudoja ketvirtadalis logopedų.

Toliau tyrime analizuojama, kaip logopedai moko kliento artimuosius panaudoti neverbalinės komunikacijos priemones (5 lentelė).

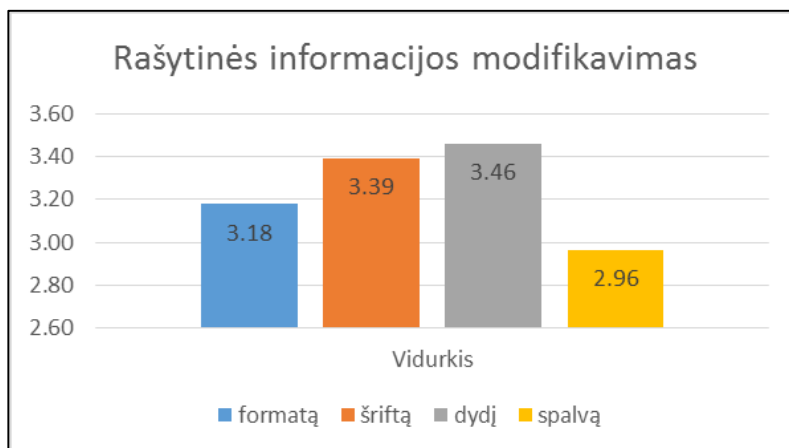
5 lentelė

Kliento artimųjų mokymas panaudoti neverbalinės komunikacijos priemones

Ar mokote kliento artimuosius naudoti šias neverbalinės komunikacijos priemones namuose ir artimiausioje kliento aplinkoje?	niekada	retai	dažnai	visada	Vidurkis
paveikslukus	3,57	10,71	60,71	25,00	3,07
nuotraukas	3,57	17,86	53,57	25,00	3,00
simbolius	25,00	25,00	35,71	14,29	2,39

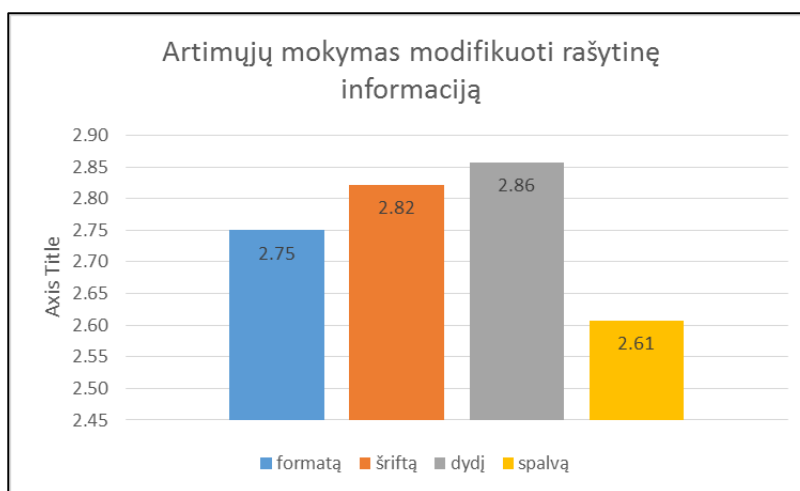
Lentelėje pateikti rezultatai rodo, kad *paveikslukai* yra neverbalinės komunikacijos priemonė, kurios naudojimo namuose dažniausiai mokomi klientų artimieji, dauguma logopedų ją naudoja dažnai ar visada, tuo tarpu *simbolius* naudoti niekada artimųjų namuose nemoko net ketvirtadalis respondentų.

19 ir 20 paveiksluose pateikiami duomenys, atskleidžiantys, kaip logopedai modifikuoja klientams pateikiamą rašytinę komunikaciją bei kaip to moko kliento artimuosius.



19 pav. Rašytinės informacijos modifikavimas

19 paveiksle pateikti rezultatai rodo, kad *rašytinės informacijos modifikacijos* dažniausiai atliekamos keičiant šriftą bei jo dydį (daugiau nei pusė logopedų taip elgiasi visuomet), tuo tarpu spalva modifikuojama rečiausiai.

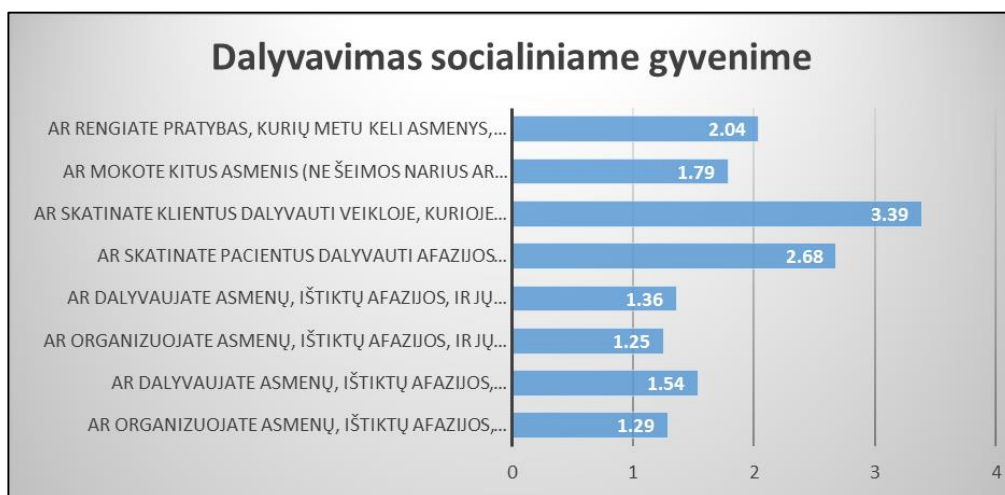


20 pav. Kliento artimųjų mokymas modifikuoti rašytinę informaciją

20 paveiksle pateikti rezultatai rodo, kad logopedai artimuosius visų rašytinės verbalinės informacijos modifikavimo priemonių moko labai panašiai, nors šiek tiek pirmauja dydis ir šriftas, o spalva yra rečiausiai modifikavimo priemonė.

Dalyvavimas socialiniame gyvenime ir įvairioje veikloje

Toliau darbe analizuojami įvairūs kliento skatinimo dalyvauti socialiniame gyvenime aspektai. Ši anketos klausimų grupė atskleidžia kaip kalbinės reabilitacijos veiklos skatina klientų dalyvavimą socialiniame gyvenime ir jo įsitraukimą į įvairias veiklas. 21 paveiksle pateikiami dalyvavimo socialiniame gyvenime vertinimų vidurkiai.



21 pav. Dalyvavimo socialiniame gyvenime programos

21 paveiksle pateikti rezultatai atskleidžia, kad dažniausiai logopedai *skatina klientus dalyvauti veikloje, kurioje jie dalyvavo iki susirgimo*. Kiti socialinio dalyvavimo skatinimo rodikliai yra gana žemi, tarkim klientai nedažnai skatinami *dalyvauti afazijos terapijos grupėse, kurias organizuoja kiti reabilitacinės komandos nariai, o asmenų, ištikėtų afazijos, ir jų artimųjų bendravimo grupės bei asmenų, ištikėtų afazijos, bendravimo grupės* organizuojamos itin retai. Logopedai taip pat itin retai dalyvauja *asmenų, ištikėtų afazijos, ir jų artimųjų bendravimo grupėse*, kurias organizuoja kiti reabilitacijos grupės nariai.

Toliau tyrime pritaikytas turinio analizės metodas. Analizuojami anketoje logopedų pateikti atsakymai į pusiau uždaro ir atvirojo tipo klausimus. Logopedų mintys ir pastebėjimai, išsakyti anketos pabaigoje, leidžia pažvelgti į socialinio modelio elementų taikymą giliau, atskleisti priežastis, kodėl vieni ar kiti elementai taikomi retai ar beveik netaikomi, taip pat kokius kitus, anketoje nepaminėtus metodus ir būdus, susijusius su socialiniu modeliu logopedai taiko savo darbe. Turinio analizė leido išskirti tokias kategorijas:

- anketoje nepaminėti su socialiniu modeliu susiję afazijos įveikimo metodai ir būdai;
- socialinio modelio pritaikomumas logopedų darbe;
- neformalizuotas socialinio modelio metodų ir būdų taikymas;

- socialinio modelio elementų taikymo galimybės dirbant su konkrečiu klientu.

Anketoje nepaminėti kiti su socialiniu modeliu susiję būdai

Keletas logopedų savo pastabose teigia, kad jie taip pat taiko anketoje nepaminėtus jų manymu su socialiniu afazijos įveikimo modeliu susijusius metodus ir būdus. Logopedai išskiria šiuos būdus: *skatinimas klausyti radijo, žiūrėti televizijos laidų, vartyti žurnalus, pagal galimybes perskaityti tekstą ar apibūdinti paveikslėlį, savais žodžiais, mimika ar gestais perteikiant turinį.* „*skatinimas užmegzti ir palaikyti pokalbį su toje pačioje palatoje ar tame pačiame skyriuje gulinčiais pacientais*“, „*... paciento paruošimas ir išėjimas į miestą, į parduotuvę kartu su logopedu ir prisitaikymas komunikuoti*“.

Socialinio modelio pritaikomumas logopedų darbe

Logopedai nurodo, kad nors socialinio modelio būdai ir metodai galėtų pasitarnauti logopediniame darbe, juos taikyti dažnai yra sudėtinga dėl laiko trūkumo, didelio pacientų skaičiaus. Logopedai rašo: „*dėl kliento / paciento, jo artimųjų norisi padaryti kuo daugiau, tačiau dėl itin didelio darbo krūvio taikyti vis naujus darbo būdus ir metodus yra sudėtinga*“, „*ligoninės labai perkrautos ir pacientams sunku skirti pakankamai laiko*“, „*didžiulis krūvis neleidžia tinkamai padėti bėdos ištiktam žmogui*“, „*norėčiau savo darbe taikyti įvairesnius būdus, bet dažnai dėl laiko ir skirtų logopedinių pratybų skaičiaus tai neįmanoma* „

Neformalizuotas socialinio modelio būdų taikymas

Logopedai teigia, kad logopediniame darbe vieni ar kiti socialinio modelio elementai yra taikomi gana dažnai, tačiau dažnai įvardijami kitaip, nei nurodyta anketoje: „*daug kas yra taikoma iš minėtų metodų ir būdų, tik gal ne taip pavadiname ir ne taip tiksliai susisteminame*“, „*Metodų ir būdų taikymas labai priklauso nuo konkrečios ligonio situacijos, afazijos sunkumo laipsnio ir afazijos rūšies. Dauguma metodų išvardintų aukščiau yra taikomi dalinai arba pilnai, taikomi tam tikri elementai, priklausomai nuo pratybų tikslų*“.

Socialinio modelio elementų taikymo galimybės dirbant su konkrečiu klientu

Logopedai nurodo, kad konkrečių socialinio modelio būdų ir metodų taikymas priklauso nuo konkrečios situacijos, paciento afazijos tipo ir sunkumo: „*Kiekvienas atvejis yra individualus, todėl atsižvelgiant į afazijos tipą ir sunkumo pobūdį, pasirinktus metodus tenka modifikuoti ar naudoti kelių metodų kompleksą*“, „*Sunku atsakyti į klausimus vienareikšmiškai, nes labai daug kas priklauso nuo komunikacijos sistemos dalių pažeidimo – ar nukentėjusi*

labiau impresyvioji ar ekspresyvioji kalba, galbūt tik rašymas, skaitymas ir t.t. Vienais atvejais naudoji vienus būdus, kitais atvejais kitus“, „ne visuomet pavyksta taikyti daugelį puikių metodų. Priežastys įvairios: labai sunki pradinė ir tolesnė paciento būklė, dažnai patys klientai, o ypač jų artimieji neturi motyvacijos ir nėra suinteresuoti padėti vieni kitiems.“

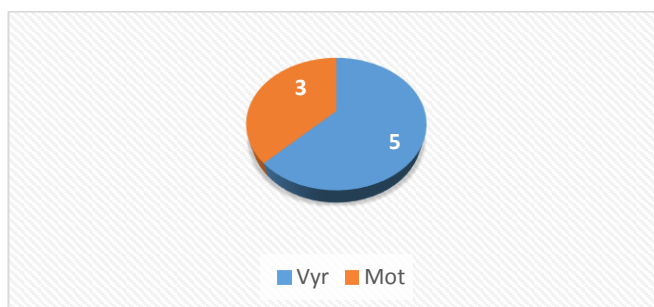
Iš funkcinės komunikacijos atkūrimo, logopedai kaip dažniausiai naudojamus pažymėjo su šiomis kasdienio gyvenimo sritimis susijusius būdus:

- Pirkinių sąrašo sudarymas
- Elektroninių žinučių rašymas
- Užsirašymas pas gydytoją

2. 2. 2. Interviu su asmenimis, ištiktais afazijos, aptarimas

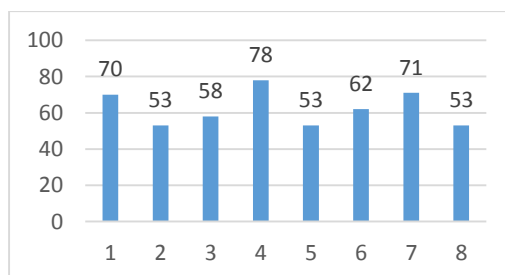
Nestruktūrizuoto interviu metodu buvo apklausti 8 pacientai. Interviu su visais pacientais vyko vienoje Lietuvos reabilitacijos ligoninėje, logopedinių pratybų kabinete arba pacientų palatoje. Pacientų demografiniai duomenys, duomenys apie jų kalbinį sutrikimą bei prieš kiek laiko juos ištiko afazija nurodyti 4 priede.

Interviu metodu buvo apklausti 8 pacientai: 5 vyrai ir 3 moterys.



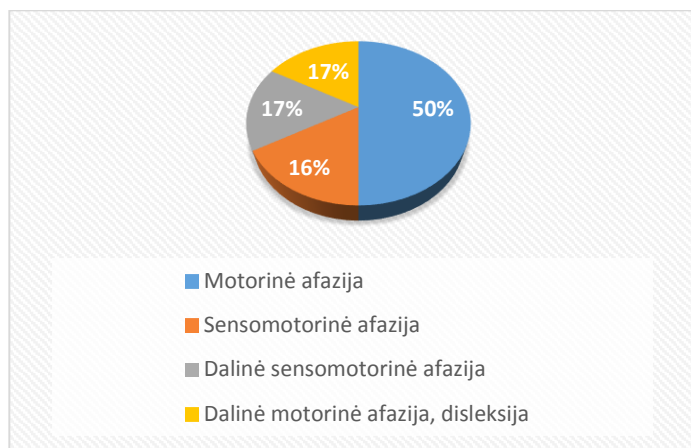
22 pav. Pacientų lytis

Pacientų amžius – nuo 53 iki 78 metų.



23 pav. Pacientų amžius

Interviu apklausai buvo pasirinkti pacientai, kurių kalbiniai ir komunikaciniai gebėjimai leido su jais užmegzti prasmingą pokalbį ir gauti atsakymus į klausimus. 24 paveikslėlyje pateikiami duomenys apie pacientų afazijos tipą.



24 pav. Interviu dalyvių afazijos tipas

24 paveiksle pateikti duomenys rodo, kad pusė visų apklaustųjų turi motorinę afaziją, 2 pacientams nustatyta sensomotorinė afazija, 1 - disleksija ir 1 - dalinė motorinė afazija.

Interviu protokolų analizė atskleidžia, kad dauguma pacientų savo logopedinę reabilitaciją funkcinės komunikacijos aspektu vertina teigiamai, teigdami, kad tai, ko mokosi pratybų metu jiems yra naudinga kasdieniame gyvenime, taip pat mokosi jiems reikalingų ir naudingų žodžių, frazių: „*nu taip, gal ir mokomės*“, „*na žinote, turbūt to, ko reikia* (past. – atsakymas į klausimą, ar mokotės to, ko reikia“, „*taip, mokomės*“).

Kalbant apie paciento įtraukimą į logopedinę reabilitaciją beveik visi pacientai teigė, kad pirmųjų susitikimų metu logopedė aptarė su jais, kaip vyks logopedinės pratybos, ko jie mokysis pratybų metu, kaip dažnai vyks pratybos.

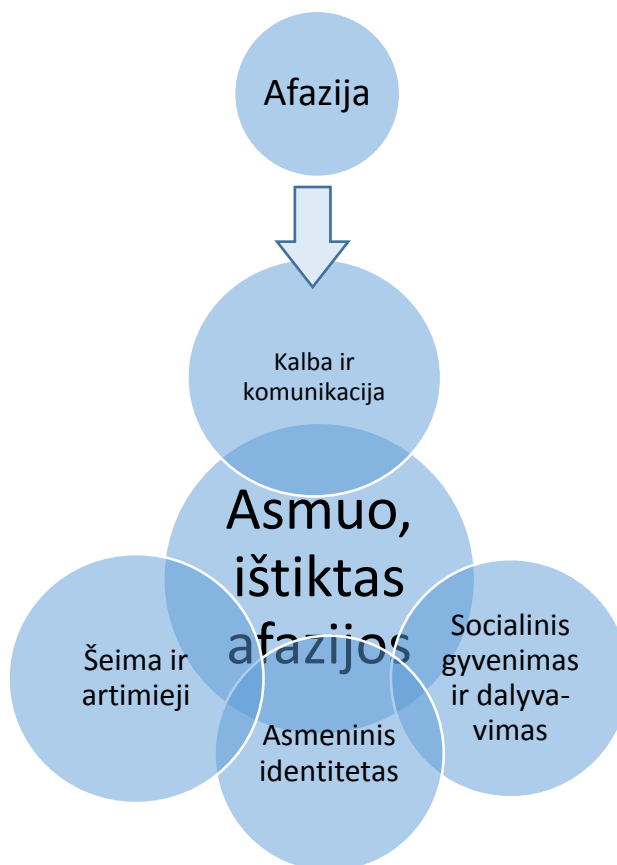
Kalbant apie paciento artimųjų įsitraukimą į logopedinės reabilitacijos procesą, beveik visi pacientai teigė, kad jų artimieji nedalyvauja logopedinėse pratybose, nestebi jų. To priežastys dažniausiai yra tai, kad artimieji gyvena toli, negali atvykti ir pan.: „*tai jie negali, toli, važinėjimas mums neišeina*“, „*nėra galimybių*“, „*toli gyvena, negali*“.

2.2.3. Afazijos įveikimo modelis

Mokslinėje literatūroje teigiama, kad afazija visų pirma sutrikdo asmens kalbą, kalbėjimą arba gebėjimą suprasti kalbą, todėl yra sutrikdoma asmens komunikaciją, apsunkinami asmens

gebėjimai reikšti savo mintis, jausmus, suprasti kitų kalbą, bendrauti su aplinkiniais. Taigi, savo ruožtu, afazija sukelia socialinę izoliaciją, emocinius sunkumus, apriboja aktyvaus dalyvavimo galimybes.

Afazijos pasekmės tiesiogiai daro poveikį kalbai ir komunikacijai, ir netiesiogiai - socialiniam gyvenimui ir dalyvavimui, šeimai ir artimiesiems, platesnei bendruomenei ir asmeniniam identitetui. Afazijos poveikio pasekmės skirtingoms afazijos ištikto asmens gyvenimo sritims schematiškai pateikiamos 25 paveiksle.



25 pav. Afazijos poveikis

Asmuo, ištiktas afazijos, pirmiausia patiria kalbos ir komunikacijos sutrikimus, tai apsunkina jo bendravimą su šeima ir artimaisiais, neigiamai veikia savojo „aš“ suvokimą, apsunkina bei apriboja socialinį gyvenimą bei dalyvavimą. Visos šios sritys tarpusavyje susijusios, ir afazijos pasekmės vienoje iš sričių daro poveikį ir kitoms. Kliento artimųjų gyvenimo kokybė bei bendravimo su afazijos ištiktu šeimos nariu galimybės taip pat nukentčia. Taigi, akivaizdu, kad afazijos poveikis neapsiriboja tik kliento kalbos ir komunikacijos sutrikdymu. Todėl socialiniame modelyje afazijos įveikimas siejamas ne tik su kalbos ir komunikacijos atkūrimu, bet ir su kliento ir jo artimųjų bendravimo kokybės gerinimu, teigiamo savęs vertinimo skatinimu, socialinio gyvenimo ir dalyvavimo galimybių stiprinimu.

Apibendrinus mokslinės literatūros analizės ir empirinio tyrimo duomenis, afazijos įveikimui siūlomas modelis, į klinikinį afazijos įveikimą integruojantis socialinį modelį, pasitelkiant socialinio modelio principais pagrįstus metodus ir būdus (26 pav.).



26 pav. Afazijos įveikimo modelis

Dirbant su afazijos ištiktais asmenimis, į logopedinės reabilitacijos programą siūloma integruoti socialinio modelio metodus ir būdus, įjungiant specifinius kalbos ir komunikacijos atkūrimo, kliento ir jo artimųjų įtraukimo į logopedinės reabilitacijos procesą, aplinkos pritaikymo ir dalyvavimo socialiniame gyvenime ir įvairioje veikloje elementus.

Socialinis modelis nėra alternatyva klinikiniam afazijos įveikimo modeliui. Kalbos kaip sistemos, kalbėjimo, gebėjimo suprasti kalbą, skaitymo, rašymo sutrikimams įveikti pasitelkiami sutrikimo įveikimo modelio metodai ir būdai, kurie nukreipti būtent į kalbos ir kalbėjimo

atkūrimą. Savo ruožtu, siekiant sušvelninti, palengvinti, sumažinti afazijos pasekmes asmens gyvenimui, kalbos reabilitacija organizuojama ir vykdoma, remiantis socialinio afazijos įveikimo modelio principais, užtikrinančiais kliento ir jo artimųjų aktyvų įsitraukimą ir dalyvavimą kalbos reabilitacijos procese, artimųjų apmokymą bendrauti su afazijos ištiktu asmeniu, funkcinės ir multimodalinės komunikacijos skatinimą, aplinkos pritaikymą, kliento galių, pasirenkant kalbinės reabilitacijos būdus, užtikrinimą, kliento socialinio aktyvumo ir dalyvavimo skatinimą.

Siūlomame afazijos įveikimo modelyje taikomi tiek klinikinio, sutrikimo įveikimo, tiek ir socialinio modelio metodai ir būdai. Sutrikimo įveikimo modelio metodais ir būdais siekiama kalbinių gebėjimų atkūrimo ir stiprinimo. Taikomos sutrikimo įveikimo modelio kalbinės terapijos programos. Savo ruožtu, socialinio modelio programomis siekiama sušvelninti afazijos pasekmes pacientui, šio modelio tikslai nukreipti į afazijos ištiktą asmenį ir skirtingas jo gyvenimo sritis, kuriose atsiranda afazijos pasekmės: bendravimą su šeima ir artimaisiais, asmeninį identitetą, socialinį gyvenimą bei dalyvavimą. Apibendrinant galima teigti, kad siūlomas afazijos įveikimo modelis siekia įveikti tiesiogines ir netiesiogines afazijos pasekmes.

Išvados

1. Mokslinės literatūros analizė leido išsiaiškinti, kad afazijai įveikti vis plačiau taikomas socialinis modelis.
2. Empiriniu tyrimu nustatyta, kad Lietuvos sveikatos priežiūros įstaigose dirbantys logopedai savo darbe dažniausiai integruoja įvairius socialinio modelio metodus ir būdus, susijusius su kalbos ir komunikacijos atkūrimu, klientų ir jų artimųjų įtraukimu į reabilitacijos procesą ir aplinkos pritaikymu.
3. Tyrimas atskleidė, kad rečiausiai savo praktikoje logopedai taiko tokius socialinio modelio komponentus kaip klientų socialinis dalyvavimas ir dalyvavimas įvairiose veiklose.
4. Tyrimo metu nustatyta, kad iš Kalbos ir komunikacijos atkūrimo metodų ir būdų logopedai dažniausiai taiko *Asmeninio identiteto skatinimo*, *Priimtinausio komunikacijos būdo pasirinkimo*, *Funkcinės komunikacijos* ir *Skaitymo kartu su logopedu* programų elementus.
5. Logopedai dažniausiai konsultuoja klientus afazijos pasekmių, eigos ir įveikimo klausimais, aptaria kliento profesinę patirtį, pomėgius ir laisvalaikį ir parenka logopedinių pratybų medžiagą ir metodus, atsižvelgdami į pacientų poreikius.
6. Tyrimas atskleidė, kad logopedai dažniausiai konsultuoja klientų artimuosius su afazija susijusiais klausimais, moko klientus ir jų artimuosius tarpusavyje bendrauti įvairiais verbalinės ir neverbalinės komunikacijos būdais bei apmoko pacientų artimuosius specialių pokalbio užmezgimo ir palaikymo strategijų.
7. Nustatyta, kad artimieji gana retai įtraukiami į logopedinės reabilitacijos tikslų ir uždavinių numatymą ir bendrą veiklą per pratybas.
8. Tyrimo metu nustatyta, kad afazijos terapijos grupės, afazijos ištiktų asmenų ir jų artimųjų bendravimo grupės organizuojamos gana retai.
9. Darbe pateiktas afazijos įveikimo modelis, integruojantis sutrikimo įveikimo ir socialinio modelio taikymą afazijai įveikti.
10. Darbe buvo atsakyta į iškeltus probleminius klausimus.

Literatūra

1. Basso A. (2003) *Aphasia and its therapy*. New York: Oxford University Press, Inc.
2. Berg K, Rise M.B., Balandin S, Armstrong E. ir Askimae T. (2015) *Speech pathologists' experience of involving people with stroke-induced aphasia in clinical decision making during rehabilitation*. Tyrimo ataskaita. <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/09638288.2015.1066453?tab=permissions> (žiūrėta 2015-07-22).
3. Bitinas, B., Rupšienė, L., Žydžiūnaitė, V. (2008). *Kokybinių tyrimų metodologija. Vadovėlis vadybos ir administravimo studentams*. Klaipėda: Socialinių mokslų kolegija
4. Boles, L. & Lewis, M. (2003). Working with couples: Solution focused aphasia therapy. *Asia Pacific Journal of Speech, Language and Hearing*, 8, 153-159. (žiūrėta 2015-05-12).
5. Boles, L. (2011). *Aphasia couples therapy: Procedures and evidence*. Keynote presentation, 8th Biannual Conference of Asia Pacific Society for the Study of Speech, Language, and Hearing, Christchurch, New Zealand (žiūrėta 2015-05-12).
6. Bradley, M., Douglas, J. 2008 Conversation Partner Training: Its Role in Aphasia - Evaluation of the Literature, *Brain Impairment*, 7 (3) (žiūrėta 2015-09-10).
7. Cherney, L.R., Halper, A.S., Holland, A.L., & Coleet, R (2008). Computerized script training for aphasia: Preliminary results. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 17: 19-34. (žiūrėta 2015-09-10).
8. Clark, H. H. (2004). *Using language*. New York: Cambridge University Press.
9. Code C, Herrmann M. The relevance of emotional and psychosocial factors in aphasia to rehabilitation. *Neuropsychological Rehabilitation*. 2003;13(1/2):109–132. (žiūrėta 2015-03-10).
10. Crystal D., Varley R. (1998). *Introduction to language pathology*. London: Whurr Publishers Ltd.
11. Davis, G. A., & Wilcox, M. J. (1985). *Adult aphasia rehabilitation: Applied pragmatics*. San Diego, CA: Pro-Ed, Inc.
12. Davis G. A. (2005) Pace Revisited. *Aphasiology*, 19(1):21–38 (žiūrėta 2015-09-20).
13. Elman ir Bernstein-Ellis (1999), The efficacy of group communication treatment in adults with chronic aphasia. *Journal of Speech, Language and Hearing*, 42(2), 411-419.
14. Elman, R.J. (2007). The importance of aphasia group treatment for rebuilding community and health. *Topics in Language Disorders*, 27(4), 300-308. (žiūrėta 2015-09-22)

15. Garšvienė, A., (2007). Augmentinė ir alternatyvioji komunikacija. Šiauliai: Šiaulių universiteto leidykla.
16. Helm-Estabrooks N, Barresi B. ir Fitzpatrick P. (1982) Visual Action Therapy for Global Aphasia *The Journal of speech and hearing disorders* 47(4):385-9.
17. Helm-Estabrooks N, Albert M.L., Nicholas M. (2014). *Manual of Aphasia and Aphasia Therapy*. Austin: PRO-ED,
18. Hickey, E.M., Bourgeois, M.S., & Olswang, L.B. (2004). Effects of training volunteers to converse with nursing home residents with aphasia. *Aphasiology*, 18(5/6/7), 625-637., (žiūrėta 2015-09-10).
19. Higienos instituto Sveikatos informacijos centro 2014 m. personalo ataskaita. http://sic.hi.lt/spec_info/met_ata.php?Form=3&Reg=00&Year=2014 (žiūrėta 2015-11-10)
20. Holland A, (1980) *Communicative Abilities in Daily Living: A Test of Functional Communication for Aphasic Adults*. Baltimore: University Park Press
21. Holland, A. (2007). *Counseling in Communication Disorders*. San Diego: Plural Publishing
22. Ingram (2007) *Neurolinguistics: An Introduction to Spoken Language Processing and its Disorders*. Cambridge: Cambridge University Press,
23. Ivoškuvienė, R (1993). *Afazija*. Garšvienė, A., Ivoškuvienė, R (1993). Logopedija. Kaunas: Šviesa.
24. Ivoškuvienė, R., Varžgalienė, J. (2015). *Kalbos reabilitacija*. Šiauliai: Liucilijus.
25. Kagan, A, Black, S. E., Duchan J.F., Simmons-Mackie, N., ir Square, P., (2001) Training Volunteers as Conversation Partners Using "Supported Conversation for Adults With Aphasia" (SCA). *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*., 44, 624-638. (žiūrėta 2015-09-10).
26. Kagan A., Rowland, A., Shumway, E., Threats, T.T., Simmons-Mackie, N., Huijbregts. M., Mcewen, S.E., Sharp, S. (2008) Counting what counts: A framework for capturing real-life outcomes of aphasia intervention. *Aphasiology* 22(3):258-280. (žiūrėta 2015-10-12).
27. Kagan A, Simmons-Mackie N. (2007), Beginning with the end: outcome-driven assessment and intervention with life participation in mind. *Language Disorders* 4 (27), 309-317. (žiūrėta 2015-09-10).
28. Kardelis, K. (2002) *Mokslinių tyrimų metodologija ir metodai*. Kaunas: Judex

29. Klein, K. (1995). *Aphasia Community Group Manual*. New York, NY: National Aphasia Association
30. Kraat A. (1990) Augmentative and alternative communication: Does it have a future in aphasia rehabilitation?. *Aphasiology*, 4, 321-338. (žiūrėta 2015-09-10).
31. Lyon, J. (1997). Drawing: Its value as a communication aid for adults with aphasia. *Aphasiology*, 9, 33–94 (žiūrėta 2015-09-10).
32. McVicker, S., Parra, S., Pounda, C. Ir Duchana J. (2009). The Communication Partner Scheme: A project to develop long-term, low-cost access to conversation for people living with aphasia. *Aphasiology*. 23,1, 52-71 (žiūrėta 2015-11-03).
33. National Aphasia Association. Aphasia frequently asked questions. http://www.aphasia.org/Aphasia%20Facts/aphasia_faq.html. (Skaityta 2015-08-12).
34. Pinker, S. (1994). *The Language Instinct*. New York: Harper Perennial Modern Classics.
35. Rautakoski (2015) The Social Model of Aphasia Therapy. 2-ojo Baltijos šalių logopedų kongreso medžiaga (p. 306). Šiauliai: Šiaulių universiteto leidykla
36. Roseberry-McKibbin C., Hedge, M. N. (2011) *An Advanced Review of Speech-Language Pathology*, Texas: Pro-Ed Inc.
37. Ross, K. B., ir Wertz, R. T. (2003). Quality of life with and without aphasia. *Aphasiology*, 17(4), 355-364.
38. Shadden, B. B. ir Agan, J. P. (2004). Renegotiation of identity: The social context of aphasia support groups. *Topics in Language Disorders* 24(3), 174-186.
39. Sherratt S, Worrall L, Pearson C, Howe T, Hersh D, Davidson B. (2011). „Well it has to be language-related“: speech-language pathologists' goals for people with aphasia and their families. *International Journal of Speech and Language Pathology*. 13(4):317-28. (žiūrėta 2015-09-10).
40. Simmons-Mackie, N., Kearns K., Potechin, G.(2005) Treatment of Aphasia Through Family Member Training. *Aphasiology*, 6 (19), 583-593.
41. Simmons-Mackie, N. (2008). *Social approaches to aphasia intervention*, In R. Chapey (Ed.). *Language Intervention Strategies in Aphasia and Related Neurogenic Communication Disorders - Fifth Ed.* Baltimore: MD Lippincot Williams and Wilkins.
42. Simmons-Mackie N., Damicob, J.S. (2008) Exposed and embedded corrections in aphasia therapy: issues of voice and identity. *International Journal of Language & Communication Disorders*. 1 (43), 5-17. (žiūrėta 2015-09-10).

43. Simmons-Mackie, N. (2001). Social approaches to aphasia intervention. In R. Chapey (Ed.), *Language intervention strategies in aphasia and related neurogenic communication disorders*. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins.
44. Simmons-Mackie, N., King J., Beukelman D. (2013) *Supporting Communication for Adults with Acute and Chronic Aphasia*. Baltimore: Brookes Publishing
45. Simmons-Mackie N, Elman R.J. (2011) Negotiation of identity in group therapy for aphasia: the Aphasia Café. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 46 (3), :312-23. (žiūrėta 2015-11-10).
46. Simmons-Mackie N., Savage M.C., Worrall L. (2014) Conversation therapy for aphasia: a qualitative review of the literature. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 49 (5), 511–526, (žiūrėta 2015-11-03).
47. Spenander J (2004). *Applications of speech act theory*. Tyrimo ataskaita. Prieiga internete www.odur.let.rug.nl/spenander. (Žiūrėta 2015-01-16).
48. Stark, J., Martin, N., Fink, R.B., (2005). Current Approaches to Aphasia Therapy - Principles and Applications. *Aphasiology*. 19, 903-905 (žiūrėta 2015-03-02).
49. Thompson C.K. ir Worrall L. (2008), in Martin N., Thompson C.K., Worrall L. (Ed) *Aphasia rehabilitation: the impairment and its consequences*. San Diego: Plural Publishing.
50. Vaitkevičius, R. Saudargienė, A. (2006). *Statistika su SPSS psichologiniuose tyrimuose. Statistika socialiniuose moksluose*. Kaunas: VDU leidykla.
51. Vandenborre, D., Visch-Brink, Marien, P. (2015) The development of modern approaches to aphasia. *International journal of rehabilitation research*. Apr 2015
52. Viluckienė, 2013. Negalios sampratos kaita medicininėje sociologijoje. *Filosofija. Sociologija*. 24. (4). 209–216.
53. Weisenberg T., McBride K. E. (1935). *Aphasia: A Clinical and Psychological Study*. New York, NY: Commonwealth Fund;
54. Whitworth, A., Webster, J., Howard, D. (2004) *A Cognitive Neuropsychological Approach to Assessment and Intervention in Aphasia: A Clinician's Guide*. East Sussex: Psychology Press
55. Wilkinson, R., (2010) Interaction-focused intervention: a conversation analytic approach to aphasia therapy. *Journal of Interactional Research in Communication Disorders*, 3 (1), 45-68. (žiūrėta 2015-09-12).
56. World Health Organisation (2002). *Towards a Common Language for Functioning, Disability and Health*. (žiūrėta 2015-03-10).

57. Worrall, L, Davidson, B., Hersh, D., Ferguson, A., Howe, T., Sherratt, S.(2010). The evidence for relationship-centred practice in aphasia rehabilitation. *Journal of Interactional Research in Communication Disorders*, 1 (2). (žiūrėta 2015-10-05).

Alina Andersen

**Application of a Social Model in Aphasia Treatment
The Master Thesis**

Summary

This Master thesis discusses application of a social model in aphasia treatment. The paper analyses social model methods and means used by Lithuanian speech and language therapists while providing aphasia treatment in health service institutions.

The study presents results of the research including questionnaire survey and interview methods aimed at finding out what specific social model methods and programmes are used in Lithuanian health service institutions to treat aphasia.

There were 28 respondents in questionnaire survey and 8 interview participants.

Research questions: do speech therapists apply a social model in aphasia treatment? What social model programmes and methods are used in aphasia treatment?

The most important empirical research conclusions:

- Quantitative analysis of questionnaire survey data revealed that speech therapists integrate various social model methods and means treating aphasia in Lithuanian health service institutions.

- The research established that speech therapists most frequently apply social model methods related to restoring language and communicative skills, involving clients and their family members into aphasia rehabilitation and adapting the environment.

- The research demonstrated that social model aspects related to clients' social participation are among those most rarely used.

- Qualitative analysis of questionnaire survey confirmed that speech therapists often integrate various social model programmes and means in their work

- Analysis of interviews with clients showed that family members of clients are rarely involved in aphasia treatment either as active participants or observers.

- Aphasia treatment approach integrating the impairment treatment model and the social model elements has been proposed.

- The research questions were answered.

Key words: aphasia, social model, rehabilitation, communication, restoring language skills

PRIEDAI

Gerb. logopede,

esu Šiaulių Universiteto Socialinės gerovės ir negalės fakulteto Specialiosios pedagogikos (specializacija – logopedija) programos magistrantė. Rašau magistrinį darbą apie socialinio modelio taikymą afazijai įveikti. Jūsų nuomonė labai svarbi, todėl būčiau dėkinga, jei užpildytumėte šią anketą.

Anketa yra anoniminė, atsakymai į klausimus bus pateikti apibendrintai.

Iš anksto dėkoju už Jūsų atsakymus.

Informacija apie Jus:

Lytis: <input type="checkbox"/> Vyr. <input type="checkbox"/> Mot.	Jūsų amžius: <input type="checkbox"/> iki 30 m. <input type="checkbox"/> 30 – 40 m. <input type="checkbox"/> 41 – 50 m. <input type="checkbox"/> daugiau negu 50 m.	Darbo stažas: <input type="checkbox"/> iki 5 m. <input type="checkbox"/> 5 – 10 m. <input type="checkbox"/> 11 – 15 m. <input type="checkbox"/> daugiau negu 15 m.
Jūsų išsilavinimas: <input type="checkbox"/> bakalauras <input type="checkbox"/> magistras <input type="checkbox"/> mokslų daktaras <input type="checkbox"/> kita _____	Logopedo kategorija: <input type="checkbox"/> ekspertas <input type="checkbox"/> metodininkas <input type="checkbox"/> be kategorijos	Sveikatos priežiūros įstaiga: <input type="checkbox"/> poliklinika <input type="checkbox"/> ligoninė <input type="checkbox"/> reabilitacijos centras/ligoninė <input type="checkbox"/> privatus kabinetas <input type="checkbox"/> kita _____

Afazijai įveikti taikomas Socialinis modelis, kurį sudaro keletas atskirų veiklų, tiesiogiai ir netiesiogiai susijusių su kalbos atkūrimu, skatinimu komunikuoti bei dalyvauti socialiniame gyvenime. Kuriuos iš žemiau išvardintų socialinio modelio elementų ir kaip dažnai taikote savo darbe? Atsakymus žymėkite , pasirinkti galima tik vieną atsakymo variantą.

	SOCIALINIO MODELIO ELEMENTAI	Atsakymai			
		visada	dažnai	retai	niekada
1.	ELEMENTAI, SUSIJĘ SU KALBOS IR KOMUNIKACIJOS ATKŪRIMU				
1.1.	Asmeninio identiteto skatinimo programa				
1.1.1.	Ar mokote klientą pasakyti savo vardą, pavardę?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.1.2.	Ar mokote klientą apibūdinti save?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.2.	Skaitymo garsiai kartu su logopedu programa				
1.2.1.	Ar skaitote garsiai kartu su klientu, panaudodami garsines užuominas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.2.2.	Ar skaitote garsiai kartu su klientu, panaudodami vaizdines užuominas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	SOCIALINIO MODELIO ELEMENTAI	Atsakymai			
		visada	dažnai	retai	niekada
1.2.3.	Ar skaitote garsiai kartu su klientu, panaudodami rašytines užuominas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.2.4.	Ar skaitote garsiai kartu su klientu, panaudodami gestus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.3.	AAK taikymas				
1.3.1.	Ar pratybose taikote augmentinės komunikacijos elementus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.3.2.	Ar mokote klientus naudotis alternatyviaja komunikacija?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.4.	Multimodalinės komunikacijos taikymas. Ar mokote klientus taikyti šiuos multimodalinės komunikacijos elementus?				
1.4.1.	rašymą	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.4.2.	piešimą	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.4.3.	paveikslėlių ar nuotraukų rodymą	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.4.4.	gestikuliaciją	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.4.5.	simbolius	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.5.	Ar skatinate klientus pasirinkti jiems priimtinausią komunikacijos būdą?				
1.5.1.	kalbėjimą	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.5.2.	rašymą	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.5.3.	paveikslėlius	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.5.4.	nuotraukas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.5.5.	simbolius	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.5.6.	gestus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.6.	Ar mokote klientus daiktus apibūdinti gestais? (Vizualinė veiksmų terapija)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.7.	Ar mokote klientus išreikšti poreikius ir norus savo artimiesiems įvairiais komunikacijos būdais?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.8.	Ar mokote pacientus funkcinės komunikacijos, atsižvelgdami į jų poreikius? Jei taip, pabraukite tinkamus variantus, pateiktus žemiau, arba įrašykite savo pavyzdžius: <ul style="list-style-type: none"> ○ pirkinių sąrašo sudarymas, ○ elektroninių žinučių ir laiškų rašymas, ○ užsirašymas pas gydytoją, ○ maisto ruošimo receptų skaitymas, ○ kita 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.9.	Scenarijaus mokymo terapija				
1.9.1.	Ar kartu su klientu kuriate jam realiame gyvenime reikalingo monologo tekstą, kurį pratybose kartu mokotės?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.9.2.	Ar kartu su klientu kuriate jam realiame gyvenime reikalingo dialogo tekstą, kurį pratybose kartu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	SOCIALINIO MODELIO ELEMENTAI	Atsakymai			
		visada	dažnai	retai	niekada
	mokotės?				
1.10.	Pragmatinė terapija				
1.10.1.	Ar mokote klientus pasirinkti konkrečioje socialinėje situacijoje jiems reikalingus žodžius ir frazes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.10.2.	Ar mokote klientus laikytis konkrečioje socialinėje situacijoje priimtų pokalbio taisyklių?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.11.	Teigiamo savęs vertinimo skatinimo programa. Ar mokote klientus pildyti dienoraštį, kuriame jie aprašytų savo kasdienę veiklą, pastebėjimus ir jausmus šiais būdais?				
1.11.1.	rašydami	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.11.2.	piešdami	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.11.3.	naudodami nuotraukas, paveikslėlius	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.11.4.	naudodami simbolius	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	KLIENTO ĮTRAUKIMAS Į LOGOPEDINĖS REABILITACIJOS PROCESĄ				
2.1.	Ar aptariate su klientu šiuos logopedinės rehabilitacijos klausimus?				
2.1.1.	kliento logopedinės rehabilitacijos poreikius	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.1.2.	logopedinių pratybų tikslus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.1.3.	logopedinių pratybų eigą	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.1.4.	logopedinių pratybų trukmę	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.1.5.	logopedinių pratybų intensyvumą	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.1.6.	logopedinių pratybų kalbinę medžiagą	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.1.7.	logopedinių pratybų nekalbinę medžiagą	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.2.	Ar aptariate su klientu?				
2.2.1.	kliento profesinę patirtį	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.2.2.	kliento pomėgius ir laisvalaikį	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.3.	Ar parenkate logopedinių pratybų medžiagą ir metodus, atsižvelgdami į kliento poreikius ir tikslus?				
2.3.1.	socialiniame gyvenime	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.3.2.	profesiniame gyvenime	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.3.3.	asmeniniame gyvenime	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.4.	Ar įtraukiate klientus į logopedinių pratybų tikslų ir uždavinių numatymą?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.5.	Ar konsultuojate klientus šiais klausimais?				
2.5.1.	afazijos pasekmės	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.5.2.	afazijos eiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.5.3.	kalbos ir komunikacijos atsikūrimo perspektyvos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	ARTIMŪJŲ DALYVAVIMAS KALBOS TERAPIJOS PROCESĖ				
3.1.	Ar mokote klientą ir jo artimuosius tarpusavyje bendrauti? (Komunikacijos mokymo programa, skirta pagerinti komunikacijai tarp klientų ir jų pagrindinių bendravimo partnerių)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	SOCIALINIO MODELIO ELEMENTAI	Atsakymai			
		visada	dažnai	retai	niekada
3.2.	Pokalbio užmezgimo ir palaikymo programa				
3.2.1.	Ar mokote kliento šeimos narius užmezgti pokalbį su klientu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.2.2.	Ar mokote kliento šeimos narius palaikyti pokalbį su klientu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.3.	Ar mokote kliento šeimos narius ir artimuosius bendrauti su klientu įvairiais verbalinės ir neverbalinės komunikacijos būdais?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.4.	Ar įtraukiate kliento artimuosius į logopedinių pratybų tikslų ir uždavinių numatymą?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.5.	Ar įtraukiate kliento artimuosius į bendrą veiklą per logopedines pratybas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.6.	Ar įtraukiate kliento artimuosius į logopedinių pratybų stebėjimą?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.7.	Ar konsultuojate klientų šeimos narius ir artimuosius šiais klausimais?				
3.7.1.	afazijos pasekmės	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.7.2.	afazijos eiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.7.3.	kalbos ir komunikacijos atsikūrimo perspektyvos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.7.4.	Ar apmokote kliento artimuosius kalbos ir komunikacijos atkūrimo būdų ir metodų?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	APLINKOS PRITAIKYMAS				
4.1.	Ar naudojate šias neverbalinės komunikacijos priemones logopedinių pratybų kabineto (palatos) aplinkoje?				
4.1.1.	paveiksliukai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.1.2.	nuotraukos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.1.3.	simboliai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.2.	Ar mokote kliento artimuosius naudoti šias neverbalinės komunikacijos priemones namuose ir artimiausioje kliento aplinkoje?				
4.2.1.	paveiksliukai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.2.2.	nuotraukos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.2.3.	simboliai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.3.	Ar modifikuojate rašytinę verbalinę informaciją, pateikiamą klientui, keisdami teksto:				
4.3.1.	formatą	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.3.2.	šriftą	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.3.3.	dydį	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.3.4.	spalvą	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.4.	Ar mokote kliento artimuosius modifikuoti rašytinę verbalinę informaciją, pateikiamą klientui, keičiant teksto:				

	SOCIALINIO MODELIO ELEMENTAI	Atsakymai			
		visada	dažnai	retai	niekada
4.4.1.	formatą	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.4.2.	šriftą	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.4.3.	dydį	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.4.4.	spalvą	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.5.	Ar modifikuojate rašytinę informaciją, pateikiamą klientui, atsižvelgdami į jo gebėjimą suprasti tekstą?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	DALYVAVIMAS SOCIALINIAME GYVENIME IR ĮVAIRIOJE VEIKLOJE				
5.1.	Ar organizuojate asmenų, ištikėtų afazijos, bendravimo grupes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.2.	Ar dalyvaujate asmenų, ištikėtų afazijos, bendravimo grupėse, kurias organizuoja kiti reabilitacinės komandos nariai?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.3.	Ar organizuojate asmenų, ištikėtų afazijos, ir jų šeimos narių, artimųjų bendravimo grupes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.4.	Ar dalyvaujate asmenų, ištikėtų afazijos, ir jų šeimos narių, artimųjų bendravimo grupėse, kurias organizuoja kiti reabilitacinės grupės nariai?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.5.	Ar skatinate pacientus dalyvauti afazijos terapijos grupėse, kurias organizuoja kiti reabilitacinės komandos nariai?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.6.	Ar skatinate klientus dalyvauti veikloje, kurioje jie dalyvavo iki susirgimo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.7.	Ar mokote kitus asmenis (ne šeimos narius ar artimuosius), pvz., savanorius bendravimo strategijų su afazijos ištiktais asmenimis? (Bendravimo partnerių mokymo programa)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.8.	Ar rengiate pratybas, kurių metu keli asmenys, ištikti afazijos, skatinami bendrauti jiems aktualiomis temomis? (Abipusio palaikymo komunikacinė strategija)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kokius kitus, aukščiau nepaminėtus būdus ir metodus, susijusius su socialiniu modeliu, taikote?

.....

.....

.....

.....

Jūsų komentarai, mintys, pastebėjimai:

.....

.....

.....

.....

Interviu klausimai asmenims, ištiktiems afazijos

1. Prieš kiek laiko Jums sutriko kalba?

2. Ar Jums sunku:
 - suprasti, ką kiti Jums sako? taip ne
 - pasakyti, tai ką norite? taip ne
 - rašyti? taip ne
 - skaityti? taip ne

3. Ar su logopede mokotės to, kas Jums padėtų geriau:
 - Kalbėti? taip ne
 - Skaityti? taip ne
 - Rašyti? taip ne
 - Suprasti ką Jums sako kiti? taip ne

4. Ar su logopede mokotės frazių, žodžių, kurie padėtų bendrauti:
 - Namuose? taip ne
 - Parduotuvėje? taip ne
 - Pas gydytoją? taip ne

5. Ar su logopede kalbate apie tai:
 - Kaip norėtumėte, kad pagerėtų Jūsų kalba? taip ne
 - Kaip dažnai vyks užsiėmimai su logopede? taip ne
 - Kiek laiko truks užsiėmimai su logopede? taip ne
 - Ko mokysitės užsiėmimų metu? taip ne
 - Kuo dirbote iki susirgimo? taip ne
 - Kuo domitės? taip ne

- Ką veikiate laisvalaikiu? taip ne

6. Ar Jūsų šeimos nariai:

- Dalyvauja Jūsų užsiėmimuose su logopedu? taip ne
- Stebi užsiėmimus? taip ne

Interviu protokolas Nr. 1
KI1

I: Prieš kiek laiko Jums sutriko kalba? 2 metai.

I: Ar su logopede mokotės frazių, žodžių, kurie padėtų bendrauti namuose, darbe, kasdieniauose reikaluose?

KI: Na tai kaip čia, gal ir mokomės. Nu tai taip va. Taip ir taip oi daug va.

I: Ar tai ką mokotės, kaip Jums atrodo, ar tai Jums naudinga?

KI: Nu gal ir naudinga va taip.

I: Ar mokotės Jums reikalingų žodžių?

KI: Gal tai nemoku. Tai va. Nu ka va matai.

I: Ar pirmų susitikimų metu su logopede kalbėjote apie tai kaip vyks užsiėmimai?

KI: Kalbėjau. Bet va , o o o ir viskas. Ir vat taip a o a ao ir nemoku. Biški o buvo, a a o o , paskui va kalbėt.

I: jau geriau pradėjot kalbėt?

KI: Nu va.

I: Ar kalbėjote su logopede ko Jūs tikitės, ko Jūs norėtumėte išmokti?

KI: Na gal. Nežinau tai. Taip va taip va. Daug va, nu aš va, bet aš va nemoku. Taip. A. Ir ... neturiu va ...nu ... biški.... nu.... ot.... sunku pasakyt.

I: Ar su logopede kalbėjote apie savo darbą? Galit atsakyt taip arba ne.

M... taip....logopedė jau du metai va vienas du trys keturi penki šeši septyni tai va, jau aš va, logopedė va,bvo o paskui jau ne, vsio.

I: Ar tai ko mokotės užsiėmimų metu Jums naudinga?

KI: Nu gal va naudinga va tai va.

I: Ar jūs gyvenate vienas ar su šeima?

Kl: Šeima. Ir va vaikai yra ir tėvas.

I: ar kartais Jūsų šeimos nariai atvažiuoja čia stebėti užsiėmimus su logopede? Dalyvauti užsiėmimuose?

Kl: Nu tai būna, va biški.

I: Ar mokotės pas logopede bendrauti su savo artimaisiais?

Kl: Nu ne.

I: Nesimokote.

Kl: Ne i va, nesimokau. Va, ateis va, biški taip taip taip va, paskiua va, taip ir viskas.

I: Gerai. Tai ačiū už atsakymus.

Interviu protokolas Nr. 2 K12

I: Ar su logopede mokotės frazių, žodžių, kurie padėtų bendrauti namuose, darbe, kasdieniauose reikaluose?

Kl: Aš supratau, bet aš pamiršau nemoku. Aš suprantu, o aš negaliu.

I: Pasakyt negalit.

Kl: Aš suprantu o aš ne-ga-liu.

I: Aš paklausiu Jūsū klausimo o Jūs atsakykit taip arba ne.

L: Kaip sakyti?

I: Taip, ne.

Kl: Taip ? Ne? Nežinau. Aš nesuprantu, aš lygtai ir suprantu o aš nesuprantu. Pamiršau ir viskas. Visas va šitas va ... nulipo ir vsio.

I: Ar mokotės su logopede žodžių?

Kl: A žinau kaip tu čia šitą pasakysi bet pamiršau.

I: Ar kalbat su logopede apie tai, kaip vyks užsiėmimai?

Kl: Aš žinau vat bet va negaliu.

I: Negalit pasakyti.

Nu va.

I: Kaip dažnai vyks užsiėmimai su logopede, kada reikia ateiti į užsiėmimus?

Kl: Aš viską ... ką pasakysi. Pasakau. Bet aš va aš supratau supratau gal čia viską bet ne ne nespėsiu.

I: Ar Jūsų artimieji....

Kl: Artimieji?

I: Taip, jūsų artimieji, šeimos nariai, vaikai gal būt dalyvauja Jūsų užsiėmimuose su logopede?

Galbūt galbūt kažkas. Bet aš pamiršau. Viską viską viską, o aš bumpt ir viskas. Daug suprantu, viską, bet viskas viskas paskui kažkaip paskui bumpt ir viso gero. Vsio.

I: Ar jie buvo atvažiavę ir stebėjo kaip Jūs dirbate čia su logopede?

Kl: Galbūt galbūt kažkur. O kodėl, o aš, o aš atsisakysiu ir pasakysiu nesupratau.

I: Gerai, tiek buvo klausimų, viską atsakėte. Ačiū Jums.

Interviu protokolas Nr. 3 K13

I: Ar su logopede mokotės to ko Jums reikia?

Kl: Na žinote, na turbūt to ko reikia. Kažkiek tai. Bet labai kalba mano buvo negerai.

I: Ar mokotės Jums reikalingų žodžių? Ar kažkokių tai frazių?

Kl: Žinot būna kad ir neatsimenu greitai. Kai ką nors va reikia. Tai reikia reikia.

I: Kai vyko Jūsų pirmi susitikimai su logopede, ar Jūs kalbėjote apie tai kaip vyks užsiėmimai?

Kl: Nu taip, jinaį visą laiką aiškino ir aš blogiau kalbėjau. O jau jinaį tokią pažangą padarė kad aš jau geriau kalbu.

I: Jaučiat progresą?

Kl: Taip. Kalbėjau.

I: Ar pasakojo Jums kaip dažnai vyks užsiėmimai? Kiek laiko?

Kl: Nu kas dieną, mes kasdieną. Jau aš kada būnu, tai visą laiką.

I: Ar logopedė Jūsų klausė ko jūs tikitės iš šių užsiėmimų?

Kl: nu kaip čia ne kaip bet jau dabar sakė kad jau geriau jau mato kad jau kažkas gali tikėtis ir daugiau.

I: Ar susitikimų metu mokotės to, kas Jums būtų naudinga kasdieniame gyvenime?

Kl: aha, moka, jinaį, jo

I: Ar su logopede kalbėjote apie savo kasdienį gyvenimą, kad tai ko mokotės čia Jums būtų naudinga kasdieniame gyvenime?

Kl: Nežinau žinot ar ten tas dabar darbas aš nieko nieko nežinau kaip čia pasakyt kaip ką aš iš to kaip ... nu kasdienį tą gyvenimą aš jau stengiuos kad kažką tai ir atsiminti it padaryti kad kažkaip taip... negaliu išsireikšti

I: Minējote kad gyvenate atskirai. Bet sakykit ar Jūsu artimiejo atvažiavo, gal dalyvavo pratybose?

Kl: Pratybose tai jie negali, toil. Važinėjimas mums neišeina..

I: Nėra galimybių?

Kl: Taip, nėra galimybių. Ne, tik tai vat kalbam kasdien telefonu.

I: Gerai, ačiū, viską man atsakėt ko reikėjo. Ačiū Jums.

Interviu protokolas Nr. 4

KI4

I: kaip Jums atrodo, ar su logopede mokotės to, ko Jums reikia?

KI: Gal reikia.

I: Ar tai ką mokotės, kaip Jums atrodo, ar tai Jums naudinga?

KI: Nu gal ir naudinga.

I: Ar mokotės Jums reikalingų žodžių, frazių, posakių?

KI: Nu mokomės. Žodžių gal.

I: Kai vyko Jūsų pirmi susitikimai su logopede, ar Jūs kalbėjote apie tai kaip vyks užsiėmimai?

KI: Taip, logoped4 pasakojo viską

I: Ar kalbėjot apie tai, kaip dažnai vyks užsiėmimai? Kiek laiko?

KI: Na logopedė pasakojo, ateinu čia kiekvieną dieną.

I: Ar logopedė Jūsų klausė ko jūs tikėtės iš šių užsiėmimų?

KI: Gal klausė kaip čia ...

I: Ar susitikimų metu mokotės to, kas Jums būtų naudinga kasdieniame gyvenime?

KI: Kasdieniame gyvenime.... nežinau... gal ..

I: Ar Jūsų artimieji dalyvavo pratybose?

KI: Ne, Neatvažiuoja. Toli gyvena, negali. Tik pirmą kartą atvažiavo.... atvažiuos vėl nu kaip čia tas na ta šešta

I: Šeštadienį?

KI: taip.

I: Tai artimieji neturi galimybių atvažiuot ir stebėt pratybas arba dalyvaut jose?

KI: ne.

I: Gerai, ačiū, viską man atsakėt ko reikėjo. Ačiū Jums.

Interviu protokolas Nr. 5
K15

I: Laba diena, norėjau Jums užduoti keletą klausimų. Jei Jums sunku atsakyti, galite tiesiog linktelėti galva, kai norite atsakyti „taip“, ir papurtyti, kai sakote „ne“. Gerai

Kl: Taip (palinksi galvą)

I: Ar su logopede mokotės frazių, žodžių, kurie padėtų bendrauti:

Kl: Taip (palinksi galvą)

I: Ar pirmų susitikimų metu su logopede kalbėjote apie tai kaip dažnai vyks užsiėmimai su logopede?

Kl: Taip

I: Kiek laiko truks užsiėmimai su logopede?

Kl: Taip

I: Ar kalbėjote ko mokysitės užsiėmimų metu?

Kl: Taip

I: Ar Jūsų šeimos nariai dalyvauja Jūsų užsiėmimuose su logopede?

Kl: Ne

I: Gal stebėjo užsiėmimus?

Kl: Taip

I: Ačiū už atsakymus.

Interviu protokolas Nr. 6
Kl6

I: Ar su logopede mokotės frazių, žodžių, kurie padėtų bendrauti namuose?

Kl: taip, mokomės

I: Ar su logopede mokotės frazių, žodžių, kurie padėtų bendrauti darbe?

Kl: Darbe? Nežinau, negaliu skaityt, nebemoku, skaitome su logopede, logopedė duoda daug skaityt nu kaip čia

I: Tai mokotės su logopede skaityti?

Kl: taip, mokomės, va, skaitome žodžius,

I: Skaitote žodžius....

Kl: taip, ir raides, dar reikia rašyti raides

I: Ar Jūsų manymu mokotės to, kas Jums naudinga?

Kl: na taip, labai.

I: Ar pirmų susitikimų metu kalbėjote su logopede ko Jūs tikitės, ko Jūs norėtumėte išmokti?

Kl: Na taip, negaliu skaityt, kažkas pasidarė, kalbėt galiu, skaityt neišeina, nesuprantu kaip čia taip pasidarė, neatsimenu raidžių negaliu perskaityt.

I: Taip, suprantu. Ar pirmų užsiėmimų metu kalbėjote su logopede apie tai, kaip vyks užsiėmimai, kiek laiko truks, kaip dažnai.?

Kl: na taip. Ateinu kasdien, taip paskyrė daktaras.

I: Ar Jūsų artimieji dalyvauja užsiėmimuose su logopede?

Ne, nedalyvauja... dirba... Tik su daktaru kalbėjo.

I: O gal tada stebėjo pratybas?

Kl: ne

I: Gerai, tiek buvo klausimų, viską atsakėte. Ačiū Jums.

Interviu protokolas Nr. 7
KI7

I: Prieš kiek laiko Jums sutriko kalba?

KI: Nu va va (bando parodyti pirštais)....ddddddu.... dddvi ssavaites (pasako su pagalba)

I: Jei Jums sunku atsakyti tiesiog sakykit taip arba ne, arba tiesiog palinksėkite galva jei atsakymas taip. Ar su logopede mokotės frazių, žodžių, kurie padėtų bendrauti:

KI: Nu va va kaip čia tas.

I: Mokotės?

KI: Nu vo (palinksi)

I: Ar užsiėmimų metu mokotės kalbėti:

KI: nu...

I: Ar užsiėmimų metu mokotės surasti paveikslėlius:

KI: Hmm

I: Ar tai, ko mokotės užsiėmimų metu, Jums naudinga?

KI: nu taip, kaip čia dabar, nu

I: Ar pirmų susitikimų metu su logopede kalbėjote apie tai kaip dažnai vyks užsiėmimai su logopede?

KI: Ahhhmm (palinksi galva)

I: Kiek laiko truks užsiėmimai su logopede?

KI: Ahhhmm

I: Ar Jūsų šeimos nariai dalyvauja Jūsų užsiėmimuose su logopede?

KI: Nu nu (purto galvą)

I: nedalyvauja?

Kl: ai nu ka čia (purto galvą)

I: Supratau. Ačiū už atsakymus.

Interviu protokolas Nr. 8 K18

I: Laba diena. Norėčiau užduoti Jums kelis klausimus apie Jūsų logopedines pratybas. Ar pratybų metu su logopede mokotės frazių, žodžių, kurie padėtų bendrauti Jums namuose, darbe, kasdieniauose reikaluose?

Kl: Na kaip čia, nežinau, sunku pasakyti, gal ir mokomės, namuose reikia bendrauti, tai va, logopedė duoda žodžių, tas korteles dėliojam, a ne? Nu visaip čia mes dėliojam, ir skaitom .

I: tai su logopede skaitot?

Kl: nu taip, skaitom, va, jinai turi čia tokių knygų, tai skaitom, aš vat dar turiu čia pati palatoj paskaityt, tai skaitau po biški.

I: Tai sunkiai sekasi skaityt?

Kl: Nu sunkiai, nesuprantu ką skaitau būna, skaitau skaitau ir nesuprantu.

I: Tai skaitymo užsiėmimai Jums su logopede naudingi?

Kl: Nu taip.

I: O ar mokotės su logopede rašyti?

Kl: Rašyti? Nu čia biški rašau, vat, žodžius tokius, visaip čia būna.

I: Aišku, supratau. O sakykit jei Jums sunku pasakyti tai ko prašo logopedė, tai ar naudojate paveikslėlius parodyti?

Kl: Nu būna su paveikslėliais, va kiek daug paveikslėlių čia būna kartais. Nu gal.

I: Dar norėjau paklaust, ar pirmų užsiėmimų metu kalbėjot su logopede apie tai, kaip vyks užsiėmimai?

Kl: Nu kaip vyks užsiėmimai? nesuprantu

I: Na, ar kalbėjot ko mokysitės?

Kl: Nu va, mokomės skaityti, rašyti,

I: Tai aptarėte su logopede kaip vyks pratybos?

Kl: nu aptarėm

I: O ar kalbėjote kada reikia ateiti į užsiėmimus?

Kl: Na taip, einu kaip paskirta.

I: O tai paskirta kiekvieną dieną?

Kl: Taip.

I: Ar Jūsų artimieji, kai atvyko su Jumis, ar atėjo pasikalbėti su logopede? Ar palydėjo Jus pirmą kartą?

Kl: Čia, pas logopedę?

I: Taip.

Kl: Ne, ėjom pas daktarą.

I: Supratau. O pas logopede kartu nėjot?

Kl: Ne, pas logopedę nėjom.

I: Tai Jūsų artimieji nedalyvauja logopedinėse pratybose kartu su Jumis?

Kl: Ne, nebuvo, nebuvo.

I: Supratau, tai tiek tų klausimų. Ačiū už atsakymus.

Interviu klientai

	Lytis	Amžius	Afazijos tipas	Prieš kiek laiko ištiko afazija
KL1	Vyr	70	Motorinė afazija	2 metai
KL2	Vyr	53	Motorinė afazija	3 metai
KL3	Vyr	58	Sensomotorinė afazija	3 mėn.
KL4	Mot	78	Dalinė sensomotorinė afazija	1 mėn.
KL5	Mot	53	Motorinė afazija	6 mėn.
KL6	Vyr	62	Dalinė motorinė afazija, disleksija	3 mėn.
KL7	Vyr	72	Motorinė afazija	1 mėn.
KL8	Mot	75	Sensomotorinė afazija	1 mėn.