

ŠIAULIŲ UNIVERSITETAS
SOCIALINĖS GEROVĖS IR NEGALĖS STUDIJŲ FAKULTETAS
SPECIALIOSIOS PEDAGOGIKOS KATEDRA

Specialiosios pedagogikos (specializacija: logopedija) studijų programa, II kursas

Kristina Burbienė

AFAZIJŲ IR PAŽINTINIŲ PROCESŲ SAŠAJOS

Magistro darbas

*Magistro darbo vadovė –
prof. Regina Ivoškuvienė*

2012
Turinys

Magistro darbo santrauka	2
Įvadas	3
Žodynėlis	6
1 skyrius AFAZIJŲ FORMŲ IR PAŽINTINIŲ PROCESŲ APTARIMAS	
LITERATŪROJE	7
1.1 Afazijų apibrėžimas.....	9
1.2 Afazijų klasifikacija ir jų aptarimas.....	10
1.3 Afazijų formos ir jų atsiradimo priežastys.....	10
1.4 Pažintinių procesų apžvalga.....	15
1.5 Mąstymo ir kalbos ryšio esmė.....	20
2 skyrius KALBOS SUTRIKIMŲ IR PAŽINTINIŲ PROCESŲ SAŠAJOS AFAZIJŲ	
ATVEJAI	23
2.1 Tyrimo metodologija.....	23
2.2 Duomenų apdorojimas.....	26
2.3 Respondentų apibūdinimas.....	26
2.4 Respondentų pažintinių procesų įvertinimas.....	29
2.5 Pažintinių procesų lygis, esant motorinei aferentinei afazijai.....	30
2.6 Pažintinių procesų lygis esant motorinei eferentinei afazijai.....	33
2.7 Pažintinių procesų lygis, esant sensomotorinei afazijai.....	36
2.8 Logopedinių pratybų skaičius, esant skirtingoms afazijų formoms ir laipsniams.....	41
2.9 Pažintinių procesų įvertinimo palyginimas ūmiuoju ligos periodu ir išvykstant iš gydymo įstaigos, esant skirtingiems afazijų sunkumo laipsniams po galvos smegenų insulto.....	43
Išvados	47
Literatūra	48
Summary	51
Priedai	52

Magistro dari antrauka

Magistro darbe vertinami asmenų patyrusių afazijas, dėl galvos smegenų insulto keturi pažintiniai procesai – veiksminis-vaizdinis mąstymas, regimasis įsiminimas, sąvokinis mąstymas ir dėmesys. Tikslas — nustatyti kalbos sutrikimų ir pažintinių procesų sąsajas skirtingų afazijų atvejais. Tyrime dalyvavo 110 afazijų ištiktų VŠĮ Respublikinės Šiaulių ligoninės Neurologijos skyriaus pacientų, patyrusių galvos smegenų insultus.

Tyrimas vyko dviem etapais: ūmiuoju ligos periodu ir išvykstant iš ligoninės namo. Pažintiniams procesams vertinti taikytas nestandartizuotas testas.

Atlikus tyrimą nustatyta, kad esant motorinei aferentinei afazijai labiausiai nukenčia dėmesys, regimasis įsiminimas ir veiksminis-vaizdinis mąstymas. Motorinės eferentinės afazijos atveju išaiškėjo veiksminio-vaizdinio mąstymo sunkumai, taip pat dėmesio sukaupimo stoka ilgesniam laikui bei sunkumai atsiment logopedo paliepiamus, tačiau mažiausiai nukenčia sąvokinis mąstymas. Labiausiai pažintiniai procesai nukenčia sensomotorinės afazijos atveju. Išsiskiria dėmesio sukaupimo ir regimojo įsiminimo trūkumai. Šiek tiek švelnesni yra vaizdinio-veiksminio ir sąvokinio mąstymo sutrikimai.

Nustatyta, kad pažintinių procesų sutrikimas priklauso nuo gebėjimo kalbėti ar suprasti kalbą praradimo laipsnio. Per logopedines pratybas, tikslingai parinkus užduotis pažintinėms funkcijoms skatinti, jos pamažu atsikuria ir tampa pozityviu veiksnium kalbai atkurti.

Hipotezė jog, esant įvairioms afazijos rūšims, pažintinės veiklos sutrikimai yra skirtingi, pasitvirtino.

Esminiai žodžiai: afazija, pažintiniai procesai, insultas, kalba.

Įvadas

Mokslinė problema ir tyrimo aktualumas.

Kasmet Europoje dėl insultų nukenčia apie milijonas žmonių. Valstybinės ligonių kasos registro duomenimis, Lietuvoje hospitalizuojama daugiau kaip 17 tūkstančių naujų insultų atvejų. Nutatyta, kad apie 80 procentų pacientų, išgyvenusių po insulto, tampa neįgalūs dėl motorinių funkcijų sutrikimų, gebėjimo kalbėti ir rašyti praradimo, pažintinių funkcijų sutrikimų, trikdančių jų kasdienę veiklą bei darbingumą.

2009 m. duomenimis, VŠĮ Respublikinėje Šiaulių ligoninėje gydėsi 479 pacientai, kuriems po galvos smegenų insulto buvo nustatytas dalinis ar visiškas kalbos netekimas, o 142 pacientams vyravo pažintinių procesų sutrikimai.

Mokslinėje literatūroje (Chomskaja 1987, Lurija 1962; 2000, Šokor-Trockaja (2001) Budrys (2003) nurodoma, kad dėl socialinių ar įvairių kitų priežasčių gausėja ligonių, sergančių galvos smegenų ir jų apdangalų uždegimais ir augliais, kraujagyslių ir galvos smegenų kraujotakos ligomis, kurios neretai nulemia afazijas.

Nors autoriai skirtingai apibrėžia afazijas, tačiau sutinka, kad sakytinės ir rašytinės kalbos atkūrimas turi būti pagrįstas moksliniais duomenimis apie kalbą, rašymą, bendravimo psichologiją, fiziologiją, paciento asmenybės reikšmę ir vaidmenį, įveikiant sutrikimus. Pažymima, jog kalbos grąžinimas pacientui išiktam afazijos, vyksta skatinant ir pažintinių procesų aktyvinimą.

Kalbos sutrikimus nagrinėja įvairios disciplinos: psichologija, fiziologija, neurologija, fonetika, neuropsichologija, logopedija, neurolingvistika, tačiau plačiausiai kalbos sutrikimus, esant galvos smegenų pažeidimams, nagrinėja neurolingvistai (Chomskaja ,1987).

Atliekant tyrimą buvo apibrėžtas ir tikslinamas tyrimo objektas, tikslas, uždaviniai, kurie leido atskleisti tyrimo turinį, siekiant atsižvelgti į iškeltus esminius probleminius klausimus: kaip sutrinka pažintiniai procesai, esant skirtingoms afazijų rūšims; kokios sąsajos yra tarp kalbos sutrikimo ir pažintinių procesų afazijų atvejais? Kokiais afazijų atvejais atkuriant kalbą, aktualiausias yra pažintinių procesų atkūrimo skatinimas?

Įvertinus ir nustačius, kuriai afazijos formai esant veiksminis-vaizdinis mąstymas, regimasis įsiminimas, sąvokinis mąstymas ir dėmesys labiau nukenčia, lengviau rengti metodikas, padedančias atkurti kalbą.

Tyrimo objektas - kalbos sutrikimų ir pažintinių procesų sąsajos, esant skirtingoms afazijoms.

Hipotezė – tikėtina, kad esant įvairioms afazijos rūšims, pažintinė veikla yra skirtinga.

Tyrimo tikslas – nustatyti kalbos sutrikimų ir pažintinių procesų sąsajas skirtingų afazijų atvejais.

Uždaviniai:

1. Mokslinės, metodinės literatūros analizė, siekiant atskleisti pažintines funkcijas, esant įvairioms afazijoms.
2. Naudojant nestandartizuotą testą, įvertinti veiksminei-vaizdinį mąstymą, dėmesingumą, sąvokinį mąstymą ir regimąjį įsiminimą, esant įvairiems afazijų atvejams.

Tyrimo dalyviai.

Tyrimui pasirinkta 110 afazijų ištiktų VŠĮ Respublikinės Šiaulių ligoninės Neurologijos skyriaus pacientų, patyrusių galvos smegenų insultus. Tiriamųjų imtis atsitiktinė. Tiriama moterys ir vyrai po galvos smegenų insulto, kuriems diagnozuota afazija. Tyrimas atliktas 2011 metų *sausio-lapkričio* mėnesiais.

Tyrimo metodologija ir metodai:

- mokslinės literatūros analizė;
- dokumento turinio analizė (ligos istorijos) (reikalinga išsamiau susipažinti su pacientu ir tiksliau nusistatyti afazijos formą ir laipsnį);
- nestandartizuoti testai (reikalingi, norint įvertinti paciento pažintinius procesus);
- kiekybinė ir kokybinė rezultatų analizė, taikant aprašomąją statistiką ir neparametrinius testus (SPSS 17.0 (taikant Stjudento t- kriterijų (t-testą), Excel 2003).

Tyrimo tikslai, uždaviniai bei probleminiai klausimai skatino taikyti kiekybinę ir kokybinę rezultatų analizę, padedančią pasiekti informacijos patikimumą ir išsamumą.

Tyrimo objekto operacionalizacija atlikta remiantis psichologijos, neurologijos, logopedijos, psicholingvistikos moksliniais teoriniais pagrindais. Ši operacionalizacija leidžia objektą išskaidyti į dalis, kitaip tariant, struktūruoti objektą:

-afazijos rūšies ir laipsnio nustatymas po galvos smegenų insulto (bendravimas su pacientu, jo ligos istorijos nagrinėjimas);

-pažintinių procesų įvertinimas – veiksminio-vaizdinio mąstymo, dėmesio, sąvokinio mąstymo ir regimojo įsiminimo;

-kalbos sutrikimų ir pažintinių procesų sąsajų reikšmės išskyrimas, sudarant pratybų rekomendacijas.

Magistro darbo struktūra.

Ši magistro darba sudaro: santrauka lietuvių kalba, įvadas, 2 skyriai, išvados, naudotos literatūros sąrašas (49 šaltiniai), santrauka anglų kalba, priedai. Gautus duomenis iliustruoja (9) lentelės, (37) paveikslai. Prieduose pateikiami: veiksminio-vaizdinio mąstymo, dėmesio įvertinimo, sąvokinio mąstymo, regimojo įsiminimo nestandartizuoti testai. Darbo apimtis – 52 psl.

Žodynėlis

Afazija- visiškas ar dalinis netekimas sugebėjimo kalbėti, kai yra centrinės organinės kilmės kalbos sutrikimas, priklausantis nuo kalvos centrų pažeidimo arba nuo ryšių, jungiančių šiuos centrus su kitais nervų sistemos skyriais, dalyvaujančiais kalbėjimo akte, pažeidimo (Ivoškuvienė, 1993).

Pažintiniai procesai - tai įvairių psichinių procesų sistema, kuri dalyvauja pažinime ir kur atskirais atvejais tai vieni, tai kiti procesai tampa dominuojančiais (Matulienė, 2002).

Insultas- ūminis židininis galvos smegenų kraujotakos sutrikimas, pasireiškiantis židininiais neurologiniais simptomais, išliekančiais ilgiau kaip 24 valandas nuo susirgimo pradžios (Budrys, 2003).

Reabilitacija - tai aktyvus procesas, kuris prasideda, kai tik pacientas paguldomas į stacionarą, atliekami tyrimai, kontroliuojama žmogaus būklė, ir toliau tęsiasi po išrašymo iš ligoninės – reabilitacija namų sąlygomis, reabilitacijos centruose, ambulatorijose ar pan. (Gresham, 1997)).

Amnezija- tai atminties susilpnėjimas arba netekimas, kuris gali pasireikšti praeities įvykių įvykusių iki traumos, ar įvykiams, vykusiems po traumos neatsiminimu (Budrys, 2003).

Fonacija- kalbos padargų veikla, tariant garsą, žodį ar frazę (Rimkutė,

Kalba- tai ženklų sistema, žmonių bendravimo ir mąstymo priemonė, kuri kartu ir minčių formavimo ir formulavimo, minčių realizavimo priemonė ir būdas (Daukšytė, 2010).

Kalbėjimas- tai kalbos, kaip ženklų sistemos, realizacija, kalbos vartojimas (Daukšytė, 2010).

Trianguliacija- tai įvairių metodų ar tyrimo būdų taikymas, analizuojantis reiškinį iš kelių pozicijų (pavyzdžiui kokybinių ir kiekybinių metodų taikymas) (Kardelis, 2002, Merkys, 1999).

1. AFAZIJŲ FORMŲ IR PAŽINTINIŲ PROCESŲ APTARIMAS LITERATŪROJE

1.1 Afazijų apibūdinimas

Apibrėžiant afazijas ir jų atsiradimą, svarbu pažymėti, jog afazijų nustatymo užuomazgos randamos dar XVII a. klasikinėje literatūroje. Afazijų nustatymo ir tyrimo svarbiausios datos pažymėtos 1 paveiksle.



1 pav. Afazijų aiškinimo svarbiausios datos

Iš 1 paveikslo matyti, kad pirmieji afazijų atvejai užfiksuoti dar XVII a. A. Smith (2005), analizuodamas pirmųjų neurologijos mokslininkų darbus, pateikė vokiečio Gesnerio mintis, kuris jau XVII a. nurodė, jog kalba sutrinka dėl specifinių „žodinės atminties“ sutrikimų, tai yra dėl negebėjimo asocijuoti daiktų arba idėjų su jų žodiniais simboliais.

XVIII a. pabaigoje afazijų terminas minimas ir Rusijoje, konstatuojant, jog sužalojus galvos smegenis, gali sutrikti kalba. Zaicevas (2006) pažymi, jog atskiri afazijų atvejai aprašomi XVII a. klinikinėje literatūroje, o intensyvesni šio sutrikimo tyrimai buvo pradėti XIX a. pabaigoje, kai 1861m. Broca, išoperavęs du ligonius, turėjusius panašių į afaziją kalbos sutrikimų, nustatė, jog abiem atvejais buvo pažeista kairiojo pusrutulio trečiojo kaktos vingio užpakalinė dalis.

Apibendrinamas kalbos sutrikimus, prancūzų gydytojas Truso 1864 m. pirmą kartą šiems sutrikimas apibūdinti pateikia terminą - *afazija*.

XIX a. pab. ir XX a. pr. afazijos išsamiai ir nuodugniai tiriamos, todėl literatūroje randama įvairių afazijų apibrėžimų. Apibrėždami afazijas, vieni autoriai labiau akcentuoja afazijos priežastis (traumas), kiti - pasekmes (kalbos, pažintinių procesų sutrikimus). Autorių, labiau akcentuojančių priežastis, afazijų apibrėžimai pateikti 2 paveiksle.

Ivoškuvienė (1993), Cvetkova (2000) ir kt.	<ul style="list-style-type: none"> •visiškas ar dalinis gebėjimo kalbėti netekimas dėl galvos smegenų traumos. •centrinės organinės kilmės kalbos sutrikimas, priklausantis nuo kalbos centrų pažeidimo arba nuo ryšių, jungiančių šiuos centrus su kitais nervų sistemos skyriais, dalyvaujančiais kalbėjimo akte, pažeidimo.
Zaicevas (2006)	<ul style="list-style-type: none"> •sisteminis kalbos sutrikimas organiškai pažeidus smegenis, apimantis įvairių lygių kalbos organizavimą, veikiant jos ryši su kitais psichikos procesais, kurie lemia visos žmogaus psichikos srities dezintegraciją, pirmiausia ardančią komunikacinę kalbos funkciją.
Chomskaja (1987)	<ul style="list-style-type: none"> •kalbos sutrikimas kylantis po kairiojo pusrutulio smegenų žievės ir artimojo požievio pažeidimo ir pasireiškiantį sisteminiais sutrikimais.
Böhme (1997)	<ul style="list-style-type: none"> •sutrikimus, kurie atsiranda, dėl nervų sistemos pažeidimų, įvardija kaip komunikacijos sutrikimus dėl neuropsichiatrinų susirgimų, kartu pasireiškiant dizartrijai, disfagijai, afonijai, o neretai ir afazijai.

2 pav. Autorių, labiau akcentavusių priežastis, afazijų apibūdinimai

Kiti autoriai, apibūdindami afazijas, labiau akcentuoja ne priežastis, sukėlusias sutrikimus, o pasekmes. Afazijų apibūdinimai, akcentuojant pasekmes, pateikti 3 paveiksle.

Braun (1999), Cholewa (2002)	<ul style="list-style-type: none"> •afaziją apibrėžia kaip kalbos praradimas, dėl galvos smegenų pažeidimų, kurie sutrikdo fonologiją, leksiką, semantiką, morfologiją, sintaksę, prozodiją bei pragmatiką.
Tronbacke (1995)	<ul style="list-style-type: none"> •žmonės, ištikti afazijos - paralyžiaus aukos, praradusios gebėjimą kalbėti ir rašyti.
Wirth (1994)	<ul style="list-style-type: none"> •afaziją apibrėžia kaip sutrikimą apibūdina kaip centrinės kilmės kalbinės informacijos gavimo ir skleidimo gebėjimo paradigmą.
Vizel (2005)	<ul style="list-style-type: none"> •afaziją apibūdina, kaip kalbos sutrikimą, kuomet prarandamas gebėjimas išreikšti savo mintis žodžiais.
Burlakova (1998)	<ul style="list-style-type: none"> •nurodo, jog visiškas ar dalinis kalbos netekimas, priklausantis nuo galvos smegenų pažeidimo, vadinamas afazija.
Poeck (1994)	<ul style="list-style-type: none"> •nurodo, jog afazija yra centrinės kilmės kalbos sutrikimas, kuris gali pasireikšti kaip visų kalbos sistemos komponentų (fonologijos, semantikos, sintaksės, ir morfologijos) sutrikimais ir kurio metu nukenčia kalbos recepcija bei kalbos raiška (kalbos supratimas, kalbėjimas, rašymas ir skaitymas).
Budrys (2003)	<ul style="list-style-type: none"> •afaziją arba (disfaziją) vadina, kaip prarastą ar išnykusią kalbą, kaip kognityvinę funkciją, kuomet yra pažeistos galvos smegenų pusrutulių kalbos zonos.

3 pav. Autorių, labiau akcentuojančių afazijų pasekmes, apibūdinimai

Apibendrinant, galima teigti, kad pirmosios afazijų išsamesnės žinios užfiksuotos dar apie XVII a., o išsamiau tiriamos nuo XIX a. iki šių dienų. Pažymėtina, jog vieningo afazijos apibrėžimo nėra - vieni autoriai labiau akcentuoja afazijų atsiradimo priežastis, kiti - daugiau dėmesio skiria pasekmėms, tačiau visų autorių apibūdinimuose galima išskirti esminius požymius: dėl galvos smegenų pažeidimų atsiradę kalbos sutrikimai.

1.2 Afazijų klasifikacija ir jų aptarimas

Afazijas tyrinėję ir jas aprašę autoriai ne tik skirtingai jas apibūdina, bet ir skirtingai klasifikuoja. Afazijų klasifikacija yra sudėtinga ir dėl to, kaip skirstyti afazijas - nuolat diskutuojama. Afazijų rūšys skiriamos pagal tai, kuri kalbos zona pažeista.

1874 m. Wernicke, remdamasis stebėjimais, nustatė klausos lauką ir kalbinės klausos centrų zonas, kurios lokalizuojasi kairiojo pusrutulio pirmojo smilkininio vingio užpakalinėje dalyje. Pažeidus kalbinės klausos centrą, jo nuomone, susiformuoja sensorinė afazija. Dar Wernicke nurodė, jog sutrikus ryšiams tarp pirmojo smilkininio vingio ir trečiojo kaktos vingio (Broca centro), išsivysto pravedamoji afazija (Burlakova, 1998).

Wirth (1990) pažymi, kad dar 1885 m. Lichtheim bando klasifikuoti afazijas. Ši klasifikacija pavadinama Wernicke-Lichtheimo klasifikacija, kurią vadovaujasi Braun (1999) ir Wirth (1994). Pagal ją išskiriamos tokios afazijos rūšys: Broca, Wernicke, amnezinė, globali, dominuojanti (branduolinė), transkortikalinė. Ji dar skirstoma į transkortikalinę-motorinę, transkortikalinę-sensorinę, subkortikalinę-motorinę, subkortikalinę-sensorinę.

Lurija (1962; 2000) nurodo, kad Wernicke-Lichtheimo klasifikacija buvo naudota, kol XX a. pr. psichiniai procesai pradėti traktuoti kaip vientisi aktai, turintys savo aferentacijas, kurios renka informaciją kiekvienai funkciniai sistemai. Labai svarbus vaidmuo funkcinėje sistemoje priklauso grįžtamajai aferentacijai. Jos uždavinys – informuoti organizmą apie atlikto veiksmo rezultatus. Tuo pagrindu buvo naujai suklasifikuotos ir afazijos. Pasak Lurija, afazijos gali būti įvairių formų ir įvairaus laipsnio. Autorius padėjo susisteminti afazijų formas, laikantis neuropsichologinio požiūrio. Lurija išskiria tokias afazijų rūšis: totalinę, akustinę gnozinę sensorinę, akustinę mneminę, semantinę, motorinę, kuri dar skirstoma į motorinę aferentinę ir motorinę eferentinę bei dinaminę. Afazijos forma priklauso nuo to, kokia dominuojančio pusrutulio kalbos zonos sritis pažeista. Tačiau izoliuota afazijos forma būna gana retai, dažniausiai viena iš jų būna labiau išreikšta, o kuri nors kita afazijos forma ją lydi.

Böhme (1997), nurodo, kad anglai ir amerikiečiai afazijas skirsto į nesklaidžias ir sklaidžias.

Nesklandžios afazijos: Broca, globali, transkortikalinė-motorinė. Sklandžioms afazijoms priskiriama: amnezinė, Wernicke, transkortikalinė-sensorinė, atkartojimo.

Pasak Ewanowski (1980), reikėtų remtis lingvistine afazijų klasifikacija ir numatyti tokias rūšis: pragmatinę, semantinę, sintaksinę, žargono ir globalią afazijas.

Taigi įvirūs autoriai afazijas skirsto skirtingai. Nepaisant to, kad nėra vieningos afazijų klasifikacijos, medicinos atstovai sutaria dėl vieno – nesvarbu kiek bebūtų klasifikacijų, svarbiausia, kad būtų laikomasi bendros klasifikacijos ir sau bei pacientams reabilitacijos procese būtų keliami tapatūs ar panašūs tikslai ir uždaviniai.

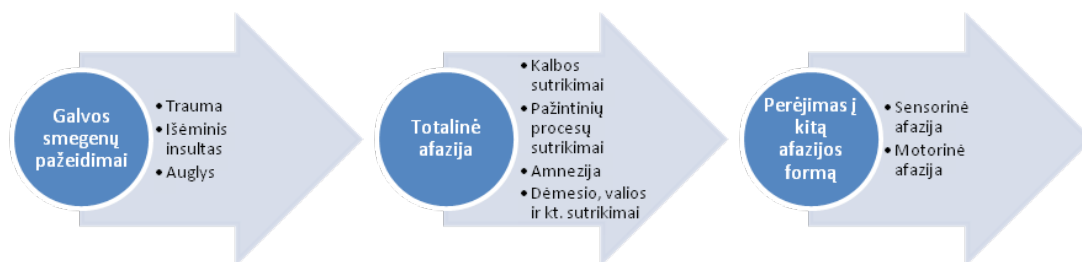
1.3 Afazijų formos ir jų atsiradimo priežastys

Kalbos sutrikimas – afazija – tai dažnas specifinis neurologinis sutrikimas, pasireiškiantis ištikus ūminiam galvos smegenų insultui.

Galvos smegenų insultas apibūdinamas kaip ūminis neurologinis deficitas, kurį sukelia galvos smegenų išemija arba kraujosruva. Maždaug apie 20 procentų žmonių grįžta į normalų gyvenimo ritmą. Galvos smegenų insultą lemia ne vienas veiksnys: genetinis polinkis į kraujagyslių ligas ir smegenų bei širdies kraujotakos sutrikimus, nutukimas, hipodinamija, rūkymas, amžius, psichinis stresas taip pat oralinių kontraceptikų vartojimas (Budrys, 2009). Petruševičienė (2005) ir Krikščiūnas (2005) insultą apibūdina kaip ūmų galvos smegenų arba tinklainės kraujotakos nepakankamumą, pasireiškiantį židininiais neurologiniais simptomais, trunkančiais ilgiau kaip 24 valandas. Minėti autoriai taip pat pažymi, kad Lietuvoje maždaug 80 procentų pacientų, persirgusių galvos smegenų insultu tampa neįgalūs, dėl kognityvinių ar motorinių funkcijų pažeidimo, kurios sutrikdo kasdienę veiklą bei žmogaus darbingumą. Budrio (2009) teigimu, šiuo metu vis dar nepakankamai ištirti mechanizmai, skatinantys funkcijų atsigavimą, persirgus galvos smegenų insultu. Trūksta žinių ir apie natūralaus savaiminio atsinaujinimo eigą. Svarbi yra ankstyva reabilitacija, nes ji turi didelę įtaką ligos eigai, funkcinio savarankiškumo gerėjimui, lemia geresnę gyvenimo kokybę.

Jasulaitienė (2004) pažymi, kad pagrindinis insultą patyrusių ir afazijos ištikusių pacientų reabilitacijos tikslas yra sugrąžinti ar kompensuoti pažeistas funkcijas, siekti kuo didesnio žmogaus savarankiškumo padėti jam grįžti į visuomenę, kad galėtų gyventi įprastą gyvenimą.

Pagrindinės afazijų atsiradimo priežastys ir jų eiga apibendrintai pateikta 4 paveiksle.



4 pav. Pagrindinės afazijų atsiradimo priežastys ir ligos eiga

Iš 4 paveiksle pateiktų duomenų matyti, kad afazija atsiranda dėl vienokių ar kitokių galvos smegenų pažeidimų. Kad afazija yra ne tik kalbos netekimas, negalėjimas savo minčių išreikšti žodžiais, bet taip pat ir pažintinių procesų sutrikimas, nurodo dauguma autorių (Lurija, 1962; 2000, Chomskaja, 1987, Šokor- Trockaja, 2001, Vizel, 2005). Ištikus sunkiai galvos smegenų traumai, pradžioje ištinka totalinė afazija, tai reiškia, kad nukenčia tiek ekspresyvioji, tiek ir impresyvioji kalba, ir pažintiniai procesai. Dažnai tokiems pacientams būdingas orientacijos sutrikimas vietoje laiko ir savęs pažinimo požiūriais gali būti atminties procesų įsiminimo, išsaugojimo ir atgaminimo ar visų šių procesų sutrikimas, kuris apibūdinamas kaip amnezija. Pacientas negali įvardinti daiktų, veiksmų ar požymių pavadinimų, neatsimena artimųjų veidų ar nesenų ar senai įvykusių įvykių. Gali būti dėmesio sutelkimo, valios ir kiti sutrikimai (Zaicevas, 2006). Tuo metu žmogus visiškai nesupranta kalbos, stengdamas kalbėti, bando judinti lūpas, liežuvį, prasižioja ar užsičiaupia, tačiau jokio garso ar žodžio neištaria. Dažnai esti išnykusi ir fonacijos funkcija. Balsas išlieka kosint ar vaitojant, bet ne visada. Tokie ligoniai gali atlikti tik pačias elementariausias užduotis: užmerkti ir atmerkti akis, pakelti nuleisti ranką (Zaicevas, 2006). Tokia afazijos forma, kaip totalinė, pasak Ivoškuvienės (1993), Vizel (2005) ir kitų autorių, po vienos – trijų savaičių pereina į sensorinę ar motorinę afaziją.

Perėjimas iš totalinės į vieną ar kitą afazijos formą, pasak Lurija (1962; 2000), Vizel (2005) ir kitų autorių, priklauso nuo to, kokios smegenų zonos yra pažeistos. Taip pat Lurija išskiria keletą mąstymo veiklos pakitimų, kurių priežastimi nurodo lokalius kaktos, smilkinio, pakaušio, promotorinės smegenų skilties pažeidimus dėl traumos, išeminio insulto ar auglių.

Akustinė gnozinė sensorinė afazija

Šios afazijos pagrindiniai požymiai išskirti 5 paveiksle.



5 pav. Akustinės gnozinės sensorinės afazijos pagrindiniai bruožai

Apibendrinant 5 paveikslą, būtina pažymėti, kad kalbos sutrikimas, kuomet ligoniai gali kalbėti, bet nesupranta šnekamosios ir rašomosios kalbos, nors klausos ir regėjimo pojūčiai gali būti išlikę, vadinamas-sensorinė afazija (Lurija 1962; 2000, Chaton, 2004).

Akustinė gnozinė sensorinė afazija sudaro apie 10 procentų visų afazijų. Jos priežastis – kairiojo pusrutulio smilkinio srities viršutinio vingio užpakalinių skyrių (22 lauko), pažeidimas. Pasak Lurija (1962; 2000), nesukelia didelių intelektinių procesų pakitimų. Autorius taip pat pažymi, kad žodinis-loginis ir ypač vaizdinis mąstymas išlieka. Todėl pacientas gali lengvai operuoti erdviniais ryšiais, atlikti nesunkius aritmetinius veiksmus, nuosekliai sudėlioti siužetinius paveikslėlius. Chaton (2004) pabrėžia, jog ligoniai, kenčiantys dėl sensorinės afazijos gali susidoroti su labai sunkiomis intelektualiomis užduotimis, jeigu tik jie neįjungia kalbinės grandinės. Ligonis pyksta ant visų, nes galvoja, kad su juo neaiškiai kalba aplinkiniai ir todėl jis nesupranta pasakyto teksto.

Ūmiuoju periodu ligonis būna labai įsiaudrinęs, nesupranta, kad jis negaluoja, neklauso personalo, pyksta ant visų. Jis gerai girdi ir skiria įvairius aplinkinius garsus. Girdi ir kalbą, tačiau jos nesupranta, jam ji pasidaro svetima (Vizel, 2005).

Lurija (1962; 2000) pabrėžia, kad ligoniams sutrinka prasminės operacijos, reikalaujančios kalbinio įprasminimo, verbalinės medžiagos įsiminimo. Jie nesuvokia kalbos garsų (fonemų), jų nediferencijuoja, nes visi jo išgirsti garsai ar ištarti žodžiai jam skamba vienodai, arba atvirkščiai, tas pats garsas ar žodis skamba skirtingai. Pavyzdžiui žodžiai „basa“, „kasa“ ligoniui skamba vienodai. Jeigu yra sunkus galvos smegenų pažeidimas, tuomet ligonis neskiria iš klausos ir negali pakartoti tokių izoliuotų garsų kaip u-e, b-k, ir t.t.

Daug pastangų reikia, kad ligonis, žiūrėdamas į logopedo artikuliaciją, pakartotų skirtingų artikuliacinių grupių garsus. Kartais tolimesnės artikuliacijos ir skirtingo skambesio garsus ligoniai daug geriau atskiria (Braun, 1999, Šokor-Trockaja , 2001).

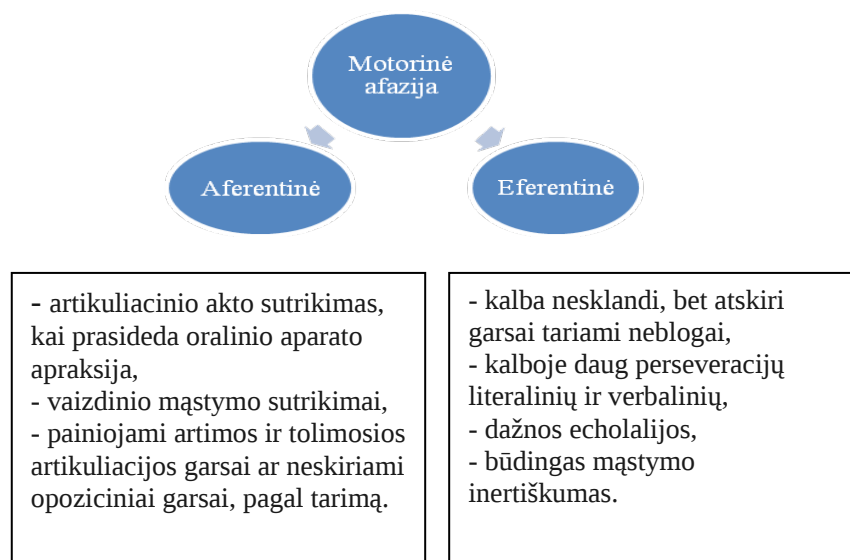
Esant akustinei gnozei sensoriniai afazijai sutrinka ne tik kalbos suvokimas, bet ir garsinė kalba, o tai yra svarbiausias sensorinės afazijos požymis – foneminės klausos sutrikimas. Tuomet ligonis nesugeba nustatyti, iš kelių garsų susideda žodis, kokie garsai jį sudaro, kokia jų seka. Foneminė klausa – rašymo pagrindas, todėl sensorinės afazijos ištykti žmonės, skaitydami ir rašydami daro labai daug klaidų (Ivoškuvienė, 1993, Cvetkova 2000, Vizel, 2005).

Motorinė afazija

Viena iš dažniausiai pasitaikančių afazijos formų yra **motorinė afazija**. 19 a. Broca nurodė, kad pacientai, turintys kairiojo pusrutulio trečiojo kaktinio vingio apatinės dalies pažeidimų, negali kalbėti, nors kalbą supranta. Ši sritis yra kaip tik prieš motorinę žievę, valdančią veido, žandikaulio, liežuvio, gomurio ir gerklės raumenis, kurie nebūna pažeisti, kai pažeidžiama Broca sritis. Pacientas gali juos judinti, pavyzdžiui valgydamas, tačiau kalbėti jam nesiseka (Lurija, 1962; 2000, Chomskaja, 1987).

Motorinė afazija skirstoma į dvi formas: aferentinę ir eferentinę, kurios pagal pažeidimo vietą priklauso dominuojančiame smegenų pusrutulyje ir pagal garsinės kalbos sutrikimo požymius (Šokor- Trockaja (2001), Zaicevas (2006) ir kt.).

Motorinės afazijos skirstymas ir pagrindiniai bruožai pateikti 6 paveiksle.



6 pav. Motorinės afazijos klasifikacija ir pagrindiniai bruožai

Apibendrinat 6 paveiksle pateiktus duomenis galima teigti, kad motorinė afazija skirstoma į dvi pagrindines grupes: aferentinę ir eferentinę afazijas.

Motorinė aferentinė afazija dar vadinama artikuliacine motorine ar kinestezine afazija. Norint išarti norimą garsą, reikia atrinkti atitinkamus artikuliacinius judesius, juos atskirti nuo panašių judesių. Tiems judesių parinkimams vadovauja nepertraukiama signalinė aferentacija, kurios pagalba centrinė nervų sistema nuolat gauna informaciją apie judančio artikuliacinio organo padėtį. Visą šią veiklą kontroliuoja kairiojo pusrutulio postcentrinės srities apatiniai skyriai, kuriuos pažeidus atsiranda motorinė aferentinė afazija (Zaicevas, 2006).

Chomskaja (1987), Ivoškuvienė (1993), Cvetkova (2000) šią afazijos formą apibūdina pagal tokius pagrindinius požymius: artikuliacinio akto sutrikimas, kai prasideda oralinio aparato apraksija. Tuomet pacientas nebegali artikuliuoti atskirų garsų ir žodžių, ilgai ieško reikiamos liežuvio, lūpų padėties. Dėl to vienas garsas keičiamas kitu, kalboje atsiranda daug literalinių parafazijų.

Esant tokiam pažeidimui, atsiranda vaizdinio mąstymo sutrikimų, tai yra ištisa sutrikimų visuma, susijusi su erdvine analize ir sinteze bei intelektinės veiklos sutrikimais. Nurodoma, kad tuomet žmogus patiria sunkumų, spręsdamas uždavinius, kurie reikalauja vizualinių požymių ir jų ryšių analizės (Lurija, 1962; 2000).

Zaicevas (2006) pažymi, kad esant sunkiai šios afazijos formai, pacientai painioja artimosios ir tolimosios artikuliacijos garsus, tai yra liežuvio priešakinius ir užpakalinius, o esant lengvesnei formai, autoriaus teigimu, pacientai neskiria opozicinių garsų, kaip pavyzdžiui s ir š.

Tokiems žmonėms, pasak Šokor-Trockaja (2001), ypač sunku pakartoti žodžius, kuriuos prašo išarti kitas asmuo, nes stengdamiesi tiksliai atlikti nurodymą, jie atkreipia dėmesį į savo artikuliaciją, kurios sąmoningai beveik negali kontroliuoti. Automatizuota kalba iš dalies išlieka.

Motorinė eferentinė afazija

Kalbėjimui, reikalinga tam tikra artikuliacinių judesių grandinė, kuri vadinama kinetine sistema, kurioje vieni judesiai nuslopinami ir pakeičiami kitais. Tokia sistema yra labai jautri, nes artikuliacija priklauso ir nuo to, kokie garsai yra šalia artikuliuojamo garso. Atskiri garsai susieti į žodį tai dar nėra kalba, nes reikia dar žodžius susieti į sakinius, o šiuos į vientisą tekstą-pasakojimą. Visą šį procesą reguliuoja kairiojo pusrutulio apatiniai premotorinės zonos skyriai (44 laukas).

Chomskaja (1987) ir Ivoškuvienė (1993) pažymi, jog pažeidus šią sritį ligonio kalba pasidaro ne be tokia sklandi, bet atskirus garsus jie taria neblogai. Ligoniai daro pauzes po pasakyto garso, o sekantis garsas dažniausiai būna ne tas, kurio reikia tariamam žodžiui, nes kitą garsą ligonis išartia iš inercijos.

Šios afazijos formos ištikto žmogaus kalboje daug verbalinių ir literalinių perseveracijų. Tariant žodį, žmogus keliskart pakartoja tą patį skiemenį, kol jam išeina pereiti prie kito skiemens. Esant lengvesnei formai, praleidžiami tik priebalsiai, dažniausiai jų sandūroje, arba prideda nereikalingų garsų, kurie tarsi padeda pereiti prie paskesnio garso ar skiemens (Vizel, 2005).

Esant motoriniai eferentiniai afazijai paciento dialoguose, pasak Zaicevo (2006), dažnos echolalijos ir tai labiausiai išryškėja, kai jau kalbos sutrikimai pradeda nykti. Dar Chomskaja (1987), Ivoškuvienė (1993) pažymi, kad žmogus negali sklandžiai kalbėti, pasakoja atskirais žodžiais, dažniausiai vartoja vardininko linksnio daiktavardžius, retai vartoja veiksmažodžius, arba tik bendraties formas. Jų kalba būna be intonacijos, monotoniška

Sutrinka ne tik kalba, bet ir, Lurija (1962; 2000) teigimu, mąstymo dinamika, sulietėja supratimas, loginis mąstymas. Būdingas mąstymo inertiškumas, pasireiškiantis tuo, kad situacijose, kai būtina pereiti prie naujų veiksmų, mąstymo kaip mąstymo operacijų, pradedami stereotipiškai kartoti ankstesnės situacijos teiginiai, pavyzdžiui ankstesni atsakymai.

Apžvelgus nagrinėjamų afazijų formas ir atsiradimo priežastis galima daryti išvadas, kad visas jas sieja bendras bruožas – kalbos netekimas, glaudžiai susietas su kitais pažintiniais procesais, kurie taip pat vienaip ar kitaip nukenčia.

1.4 Pažintinių procesų apžvalga

Pažintiniai procesai – vientisa sistema gyvybiškai svarbi žmogui, nes nepakanka tik sukaupti dėmesį, o tik po to pajusti, suvokti, tuomet įsiminti ir galiausiai pradėti mąstyti. Pažinimo procesai veikia vienu metu, nes žmogaus psichiniai reiškiniai yra glaudžiai susiję ir vienas kitą papildo.

Pažintiniai procesai dar apibūdinami kaip įvairių psichinių procesų sistema, kuri dalyvauja pažinime ir kurie, atskirais atvejais, tai vieni, tai kiti tampa dominuojančiais.

Pažintinių funkcijų sutrikimų įtaką kasdieninei veiklai tyrė Rasquin (2004), ir Lodder (2004). Iš tirtų 196 pacientų, sergančių galvos smegenų insultu, 10 procentų buvo nustatyta atminties sutrikimai, dezorientacija laike, vietoje. Daugumai pacientų nustatytas nežymus pažintinių funkcijų sutrikimas, ap sunkintas skaičiavimas, bei sulėtėjęs mąstymas.

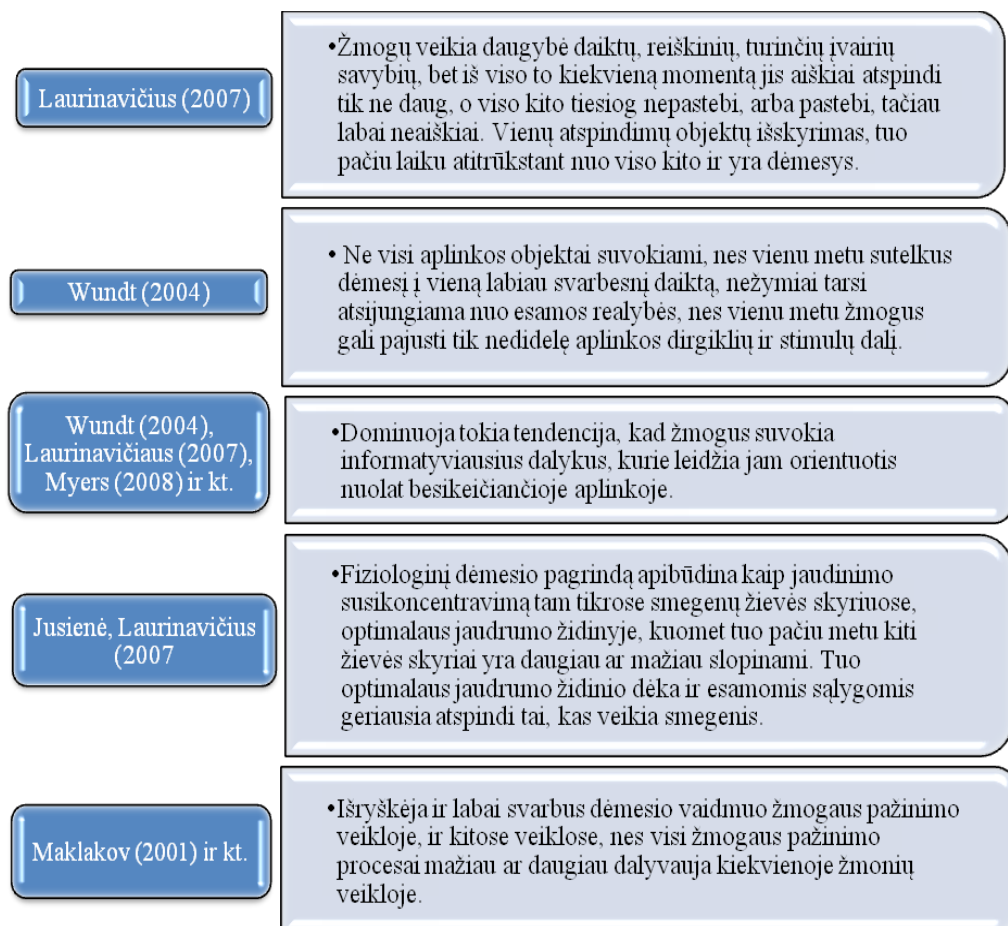
Pažintinių funkcijų sutrikimai po insulto, yra viena iš daugelio asmens negalios priežasčių ir daro įtaką logopedo pratybų efektyvumui.

Literatūros analizė rodo, kad pažintiniai procesai žmogui yra be galo svarbūs, nes jie padeda individui prisitaikyti prie nuolat besikeičiančios aplinkos.

Geriau suprasti pažintinių procesų svarbą normaliam žmogaus funkcionavimui, ir kaip jie kinta įvairių afazijų metu, padės išsamesnis jų aptarimas. Išskiriami penki pagrindiniai pažintiniai procesai: **dėmesys, atmintis, veiksmis, vaizdinis ir sąvokinis mąstymas**.

Dėmesys

Įvairūs autoriai skirtingai aptaria dėmesį. Jų įvairovė pateikiama 7 paveiksle.



7 pav. Dėmesys ir pagrindiniai jo bruožai

Apibendrinant, galima teigti, kad dėmesys tarp pažintinių procesų užima labai svarbią vietą, nes jam būdinga visus psichinius reiškinius sujungti vienai veiklai.

Atmintis

Atmintis, kaip ir dėmesys, pažinimo procese užima taip pat labai svarbią vietą. Mokslinėje literatūroje atminties procesas skirstomas į tris etapus: įsiminimas, atgaminimas ir atpažinimas (Lurija (1962; 2000), Chomskaja (1987), Vizel (2005)).

Įvairių autorių atminties apibūdinimai pateikti 8 paveiksle.

Matulienė (2002)	•Gebėjimas išiminti, laikyti ir po kiek laiko atgaminti jutimų deka surinktą informaciją.
Chomskaja (1987)	•Informacijos išsaugojimas apie dirgiklį, kuomet jis jau neveikia smegenų.
Vizel (2005)	•Atmintis turi didžiulę reikšmę žmonių gyvenime ir jų veikloje, nes be išiminimo negalima nieko naujo išmokti, o išmokto pritaikyti ir toliau tobulėti.
Lekavičienė (2007)	•Savotiškas instrumentas, kuris padeda mums susikaupti ir naudotis gyvenimo patirtimi.
Myers (2000)	•Proto sukauptų žinių saugyklą, bet kokį ženklą, kad tai, kas buvo išmokta, išliko.
Psichologijos žodynas (1993)	•Individo gebėjimas išiminti, sisteminti, išlaikyti tai, kas patirta, ir prireikus vėl gražinti šią informaciją į sąmonę, ja remtis mąstant ir elgiantis.
Lurija (1962; 2000)	• svarbiausių nervų sistemos savybių pasireiškiančių ne tik gebėjimu ilgą laiką saugoti informaciją, bet ir gebėjimu daug kartų tą informaciją pasinaudoti.
Lekavičienė (2007) remdamasi Lurija (1962; 2000)	•Atmintis dažnai laikoma svarbiausiu žmogaus psichikos procesu, kuris suteikia pagrindą normaliam asmenybės funkcionavimui ir vystymuisi.

8 pav. Atmintis ir pagrindiniai jos bruožai

Atmintis klasifikuojama pagal saugojimo trukmę (jutiminė, trumpalaikė, operatyvinė, ilgalaikė, genetinė, procedūrinė, semantinė, epizodinė) ir pagal pagrindinį jutimo kanalą, kuris buvo naudotas įsimenant informaciją (motorinė (judesių), emocinė, regimoji, girdimoji, liečiamoji, uodžiamoji, skonio ir pan.) ir pagaliau pagal valios procesų dalyvavimą įsimenant ir atsimentant informaciją (nevalingas išiminimas ir atsiminimas ir valingas išiminimas ir atsiminimas) (Chomskaja, 1987, Lurija 1962; 2000, Lekavičienė 2007, Markevičienė, 2002 ir kiti autoriai).

Taigi geriausiai žmogus įsimena tuomet, kai vaizdinė ir žodinė informacija papildo viena kitą. Sutrikus atminčiai, žmogus gali labai trumpai išlaikyti prisiminimą, visai neprisiminti, ar prisiminti tik dalį matyto ar girdėto. Todėl, esant afazijai po galvos smegenų insulto, yra labai svarbu žinoti, koks atminties elementas yra sutrikęs, nes nuo to priklausys, kokias priemones parinksime šiam pažintiniam procesui atkurti.

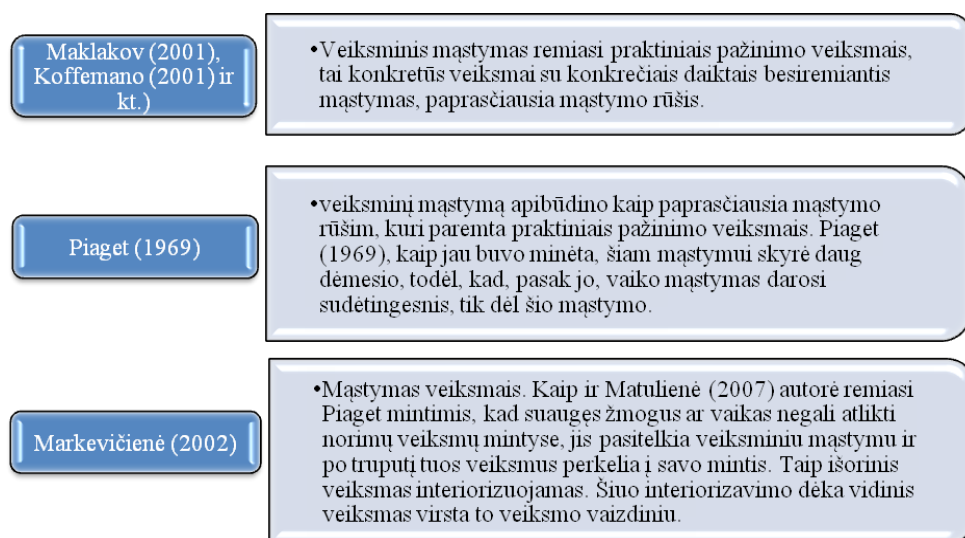
Veiksminis mąstymas

Veiksminis mąstymas, kaip teigė Piaget (1969) – labai svarbus ankstyvajame amžiuje, tačiau pabrėžia ir šio mąstymo svarbą visuose amžiaus tarpsniuose, nes kartais sukurtas sąvokos branduolys nuo mums matyto prototipo skiriasi, ir tuomet mes galime pasitikėti tik

veiksminiu mąstymu, kuris mums leidžia praktiškai susieti du dalykus į visumą ir tik tuomet pamatyti tikrą vaizdą (Maklakov, 2001).

Pasak Markevičienės (2002), veiksminis mąstymas žmonijos raidos procese visuomet tarnavo praktiniams interesams ir tik jam plėtojantis laipsniškai susidaro sudėtingesnio lygio mąstymo prielaidos. Apie tai kalba ir Maklakov (2001), pabrėždamas, kad žmogui tobulėjant, kartu tobulėja kalba, o jos pagalba susiformuoja sudėtingesnis mąstymo būdas, kuris vadinamas vaizdiniu mąstymu.

Apibendrintos autorių, kurie apibūdina veiksminį mąstymą, mintys patektos 9 paveiksle.



9 pav. Veiksminis mąstymas ir pagrindiniai jos bruožai

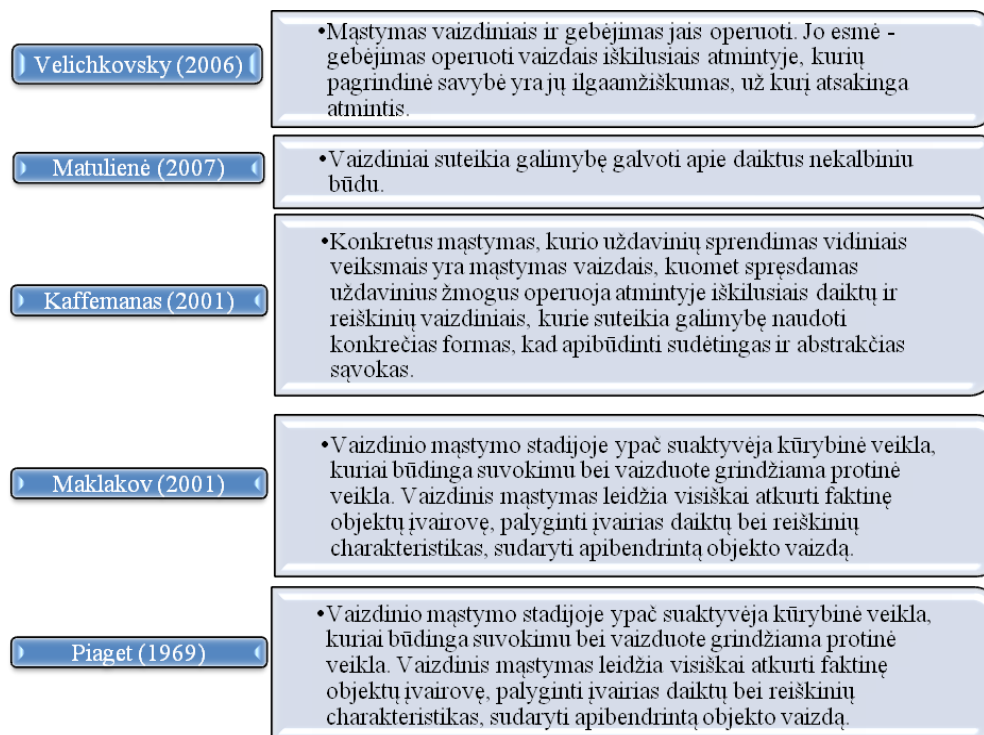
Apibendrinant, galima teigti, kad įvairūs autoriai panašiai apibūdina veiksminį mąstymą ir jo reikšmę ankstyvajai žmogaus protinei raidai, taip pat pabrėžia jo svarbą vėlesniam raidos etapui, kuriame jau šis mąstymas sąveikauja kartu su sudėtingesniu mąstymu, vadinamu vaizdiniu mąstymu.

Vaizdinis mąstymas

Dauguma autorių (Kaffemanas (2001) Maklakov (2001), Velichkovsky (2006) ir kiti autoriai pažymi, kad vaizdinis mąstymas labiausiai yra išvystytas talentingų, meniškų asmenybių.

Pripažįstama, kad vaizdinis mąstymas yra sudėtingesnis už veiksminį mąstymą ir lankstesnis, nes jis būna labiau apibendrintas. Kaffemanas (2001) nurodo, kad mes mąstome tik veiksminiu ar tik vaizdiniu mąstymu, nes jie vienas kitą papildo ir padeda žmogui tobulėti, viską suprasti giliau, po truputį išmokti mąstyti logiškai.

Apibendrintos įvairių autorių mintys apie vaizdinį mąstymą pateiktos 10 paveiksle.



10 pav. Vaizdinis mąstymas ir pagrindiniai jo bruožai

Literatūros apžvalga leidžia daryti išvadą, kad vaizdinis mąstymas yra sudėtingesnis ir lankstesnis už veiksminį mąstymą. Taip pat, vaizdiniame mąstyme dalyvauja vaizduotė, kuri yra svarbi tuo, kad atveria galimybę rasti problemos sprendimą netgi tuomet, kai trūksta žinių. Tačiau šis mąstymas yra neįmanomas be kalbos, kuri padeda formuluoti mintis, reguliuoti žmogaus veiklą ir efektyviau sąveikauti su aplinka.

Sąvokinis mąstymas.

Sąvokinis mąstymas yra vadinamas labai įvairiai, pavyzdžiui, psichologijos žodyne (1993) jis vadinamas verbaliniu-loginiu, o Kaffemanas (2001) jį vadiną *sąvokiniu*. Kitiuose šaltiniuose dar vadinamas abstrakčiuoju ar propoziciniu, tačiau kalba eina apie vieną ir tą patį – sąvokinį mąstymą (Matulienė, 2007).

Pasak jau prieš tai minėtos autorės, pasaulio pažinimas, kuris prasidėjo nuo veiksminio mąstymo, perėjo į vaizdinį ir galiausiai susiformavo į verbalinį mąstymą. Jo pagrindą sudaro ryšių ieškojimas tarp daiktų ir reiškinių, naudojant žodžius, sąvokas, išskiriant jas, susiejant bei pertvarkant.

Kaffemanas (2001) verbalinį mąstymą apibūdina, kaip mąstymą, kuris remiasi sąvokų siejimu ir pertvarkymu, ieškant daiktų ar reiškinių ryšio. Tai apibendrintas mąstymas, susiformuojantis tuomet, kada įvaldomos sąvokos apie faktus, dėsningumus, priežastis ir

pasekmės ryšius, neprieinamus konkrečiu veiksminiu ir vaizdiniu pažinimu. Taip pat autorius pabrėžia, kad sąvokinis mąstymas yra neatsiejamas nuo kalbos.

Daukšytė (2010) šį mąstymą apibūdina kaip reiškinių ryšį, atskleidžiantį mintyse, pertvarkant turimas sąvokas. Jos manymu, kad žmogus galėtų mąstyti apie įvairius įvykius, jį supančius objektus ir žmones, šie dalykai turėtų būti supaprastinami. Žmogus savo mintyse juos suskirsto į grupes, kurios vadinamos sąvokomis, o sąvokos yra simbolis, kurį dažniausiai išreiškiamo žodžiu, kuris reprezentuoja įvykių ar objektų turinčių vienokių ar kitokių panašumų, klasę. Toks klasifikavimas, grupavimas pažinimą padaro daug veiksmingesnį.

Mokslininkai teigia, kad mąstymo pagrindas yra kalba. Nuo kalbinių gebėjimų priklauso beveik kiekvieno žmogaus mąstymo ir elgesio aspektas. Kalba ne tik atspindi patirtį, bet ir ją transformuoja. Todėl galima daryti prielaidą, kad kalba gali būti vienas iš veiksmių, turinčių reikšmės žmogaus mąstymui.

1.5 Mąstymo ir kalbos ryšio esmė

Mąstymas ar pažinimas tai proto veikla, kuri susijusi su informacijos supratimu, apdorojimu bei perteikimu (Myers, 2008).

Mąstymas apibūdinamas ir kaip psichinis procesas, kurio produktas yra netiesioginis, apibendrintas pasaulio vaizdas žmogaus smegenyse (Kaffemanas, 2001).

Matulienė (2002) mąstymą įvardija kaip betarpiškai susijusį su kalba socialiai sąlygotą psichinį procesą, kuris analizės ir sintezės būdu apibendrina tikrovės atspindžius ir kurio paskirtis yra atskleisti kažką naujo, nematyto.

Jau nuo Aristotelio laikų žmonės tyrinėjo mąstymo ir kalbos ryšius. Žmogaus mąstymui, be jutiminio pagrindo yra būtina kalba, nes būtent tuo pasireiškia didžiausias žmogaus ir gyvūno skirtumas. Psichologijoje yra buvę labai skirtingų nuomonių, mąstymo ir kalbos ryšių klausimais. Daugelis mokslininkų pripažįsta, kad kalba gali padėti žmogui prisiminti ir sisteminti informaciją bei patirtį. Kraštutinė tokio požiūrio pozicija yra ta, kad mąstyti be kalbos neįmanoma (Maklakov, 2001).

Panašias idėjas kėlė Vygotskis (1960; 2005) ir Lurija (1962; 2000). Jie teigė, kad iš pradžių jauno žmogaus elgesį kontroliuoja jį supančių vyresnių žmonių kalba, vadinama išorine, o išmokusio kalbėti jauno žmogaus mąstymas, atmintis ir kitos funkcijos persitvarko. Jų nuomone, nuo kalbos labai priklauso žmogaus vaizduotė.

Pasak Jacikevičius (2001), kai sulėtėja žmogaus kalbos raida, sutrinka ir vaizduotė. Autorius teigia, kad kalba išlaisvina žmogų nuo tiesioginių išpūdžių, padeda išivaizduoti tą ar kitą daiktą, kurio jis nematė ir leidžia galvoti apie jį.

Kaffemanas (2001) pažymi, kad atsiradus kalbai, galima atitrūkti nuo konkrečių daiktų jutiminio suvokimo, išreikšti juos žodžiai, kitaip tariant sąvokomis. Šis ryšis tarp kalbos ir mąstymo palengvina apibendrinimą, abstrahavimą, nes žodžiai-sąvokos tarsi tikrovės atspindys apibendrintai.

Mąstymas ir kalba, pasak Rimkutės (2007), yra tai, kas ryškiausiai išskiria žmogų iš kitų gyvų būtybių ir leidžia jį pavadinti protingu žmogum.

Bendrajai mąstymo ir kalbos psichologijai labai svarbūs Piaget (1969) ir Vygotskij (1960; 2005) atlikti tyrimai. Piaget (1969) nuostata buvo tokia, kad psichologija negali suprasti ir paaiškinti suaugusiojo proto veiklos be žinių apie jo raidą. Tačiau, pasak Vygotskij (1960; 2005), žmogaus aukštosios psichinės funkcijos – valingas dėmesys, loginė atmintis, sąvokinis mąstymas, tai aukštesnio lygio funkcijos, susiformavusios iš žemesnio lygio funkcijų, kurios atsiranda vaikui bendraujant su suaugusiaisiais. Todėl Vygotskij (1960; 2005) pabrėžė, kad suaugusio žmogaus mąstymas iš esmės yra kalbinis mąstymas, o svarbiausias jo analizės vienetas esanti žodžio reikšmė (Rimkutė, 2007).

Mąstymo procesui būdingas ryšys su kalba, nes mąstant mūsų mintys lyg ir *aprenjamos* kalbos rūbais – kalbos išraiškos priemonėmis. Tokiais žodžiais mąstymo ir kalbos ryšį apibūdina Matulienė (2007), pritardama kitų, jau minėtų autorių minčiai, kad čia ir yra esminis skiriamasis žmogaus ir gyvulio psichikos bruožas. Tik žodyje mintis įgauna materialųjį apvalkalą ir mintis tampa realia tikrove mums patiems ir aplinkiniams žmonėms.

Velichkovsky (2006), Maklakov (2001) tvirtinimu, kalba ir mąstymas yra tiesiogiai susiję, nes mes visuomet galvojame žodžiais, net ir tuomet, kai mes jų neištariame. Mąstyti be žodžių, mes negalime. Šie autoriai, kaip pavyzdį pateikia amerikiečių mokslininkų atliktą tyrimą, kurio metu buvo įrodyta, kad kuomet mes tyliai mąstome, sujuda kalbos aparatas, o tai veda prie išvados, kad mes galvojame žodžiais.

Aptardamas kalbą, Jacikevičius (2001) ją apibūdina mokslininko Brunerio žodžiais, kad kalba žmogus gali realizuoti visas potencialias galimybes ir sėkmingai spręsti įvairias problemas. Mokslininkas teigė, jog mąstymo pagrindas yra kalba, nes nuo kalbinių gebėjimų priklauso beveik kiekvieno žmogaus mąstymo ir elgesio aspektas, ir kad kalba ne tik atspindi patirtį, bet ją ir transformuoja.

Pasak Velichkovsky (2006), Maklakov (2001)), garsiai mąstyti - naudinga, nes tai padeda sisteminti mintis ir dėl to pavyksta geriau išspręsti iškilusias problemas.

Kalba – pagrindinė minčių reiškimo ir bendravimo priemonė, todėl kalbos mokėjime svarbus vaidmuo skiriamas žodžių reikšmių ir konteksto suvokimui (Jacikevičiaus (2001).

Maklakov (2001) pažymi, kad, nepaisant glaudaus ryšio tarp kalbos ir mąstymo, būtina pabrėžti, jog tai nėra tapačios sąvokos. Tą pačią mintį galima išreikšti skirtingais

žodžiais, o kartais pritrūksta žodžių išsakyti mintis. Netgi apibūdinus mintis žodžiais ir suvokiant, kad tai padaryta labai aiškiai ir suprantamai, tačiau kitas žmogus išreikštų minčių gali nesuprasti. nesuprasti.

Šokor - Trockaja (2001) pažymi, kad pasak Wernicke ir Geschwind'o kalbos modelio, informacija sklinda tam tikra seka. Kalbai suvokti ir suprasti reikia, kad garsinė ar regimoji informacija pasiektų kalbos centrus. Pvz., žodžiui perskaityti reikia, jog sensorinė informacija apie raidžių formą būtų perduota iš tinklainės į pirminę ir antrinę regimąją žievę. Tokia informacija toliau perduodama į asociacinės žievės sritį, vadinama kampiniu vingiu, kuris sieja regėjimo, klausos ir taktilinius pojūčius. Toliau iš kampinio vingio informacija apie skaitomą ar matomą žodį perduodama į Wernicke sritį, ten žodis atpažįstamas ir suvokiamas.

Autorė nurodo, jeigu ateina žodinis kalbos signalas, tuomet Wernicke sritį aktyvina klausomoji žievė ir tolesnis kelias yra toks pats. Iš Wernicke srities informacija perduodama tankiniu pluošteliu į Broca sritį, kur yra kalbos motorinės programos, tuomet Broca srities informacija siunčiama į motorinę žievę, valdančią burnos ir balso klosčių judesius žodžiui išstarti ir rankos judesius žodžiui parašyti.

Jasikevičius (2001) pabrėžia, kad visgi reikia skirti minčių perdavimą kitam kalba ir mąstymą, kaip neaiškios problemos sprendimą, nes mąstymo proceso pagrindinė funkcija yra ne komunikacija, bet pažinimas dalykų, kurie mums tiesiogiai suvokiant lieka neatpažinti.

Tuo tarpu mūsų kalba tai vienas iš daugelio informacijos priėmimo ir perteikimo kodų, tačiau kartais ši kodų perdavimo sistema ir pažinimo funkcija sutrinka. Kalba, tai mūsų įrankis mąstyti, tačiau, kaip elgtis, kai suaugęs žmogus staiga nebemoka tuo įrankiu naudotis. Pavyzdžiui, patyrūs hemoraginį, ar išeminį insultą dauguma pacientų ištinka afazija, kurios metu sutrinka kalba ir dažniausiai nukenčia skaitymas, rašymas, aritmetinių užduočių atlikimas, nuoseklus pasakojimas, pažintiniai procesai.

Apžvelgus įvairių autorių nuomonę apie kalbos ir mąstymo ryšį, galima daryti išvadą, kad mąstymą ir kalbą sieja glaudūs ryšiai, tačiau mąstyti be žodžių mes negalime, nors kai kurie autoriai bando jų nesusieti ir teigia, kad mąstymas ir kalba nėra tas pats. Tačiau sutrikus kalbai, dėl vienokių ar kitokių priežasčių kartu sutrinka ir mąstymo procesas.

2. KALBOS SUTRIKIMŲ IR PAŽINTINIŲ PROCESŲ SAŠAJOS AFAZIJŲ ATVEJAI

2.1 Tyrimo metodologija

Magistro darbo tyrimui atlikti pasirinktas testavimas, nes jo metu galima gauti naujų duomenų, atskleisti naujų dėsningumų ir dokumento turinio analizę (ligos istorijos), kuris padėtų patikslinti respondento diagnozę ir surinkti demografinius duomenis.

Testas apibūdinamas kaip matavimo procedūra, kurios metu iš anksto sukonstruotų ir pagrįstų etaloninių užduočių pagrindu reliatyviai įvertinamas individualių savybių kiekybinės išraiškos laipsnis (Merkys, 1999).

Gage ir Berliner (1994) manymu, testas yra lyg patikrinimas, vienas ar daugiau klausimų, užduočių naudojamų, norint įvertinti žmogaus gabumus.

Testai yra klasifikuojami į standartizuotus ir nestandartizuotus. Šiame magistro darbe pasirinkti nestandartizuoti testai, kurie parengti vadovaujantis Chomskaja (2007) adaptuota metodika. Testų tikslas įvertinti, respondentų, išiktų afazijos po galvos smegenų insulto, pažintinius procesus: veiksmiņ-vaizdiņ mąstymą, dėmesį, sąvokiņ mąstymą ir atmintį. Tyrimas vyko dviem etapais: pirmą kartą respondantai buvo tiriami ūmiuoju ligos periodu, o antra kartą po logopedinių pratybų, išvykstant iš stacionaro. Visų testų įvertinimus suskirčiau į keturias grupes: labai žemas, žemas, vidutinis ir aukštas.

Tyrimo duomenų parengimas

Respondento dėmesio pasiskirstymo tyrimas

Tiriamiesiems pateikta skaitmenų, surašytų atsitiktine tvarka lentelė (žr. 9 priedą), kurioje 14 skaitmenų yra praleista ir kitas lapas, kuriame iš eilės surašyti skaitmenys nuo 1 iki 25 (žr. 10 priedą).

Darbo eiga:

- 1) Tyrėjas duoda respondentui skaičių lentelę (žr. 9 priedą) ir kitą lapą su iš eilės surašytais skaitmenimis nuo 1 iki 25 (žr. 10 priedą) ir paaiškina, kad jis turi išbraukti tuos skaičius, kurių nėra lentelėje (žr. 10 priedą).
- 2) Atlikimo laikas neribojamas.
- 3) Tyrimo duomenys surašomi lentelėje (žr. 11 priedą) ir daromos išvados apie tiriamojo dėmesio intensyvumą (sugebėjimą sukaupti dėmesį).

Respondento sąvokinio mąstymo tyrimas

Tiriamiesiems pateikiama 16 klausimų (žr. 13 priedą). Jeigu respondentui sunku kalbėti jam parodomi atsakymai paveikslėlių forma (žr. 14 priedą, 15 priedą, 16 priedą, 17 priedą, 18 priedą, 19 priedą, 20 priedą, 21 priedą, 22 priedą, 23 priedą, 24 priedą, 25 priedą, 26 priedą, 27 priedą, 28 priedą, 29 priedą, 30 priedą).

Darbo eiga:

- 1) Tyrėjas skaito klausimą ir pažymi, ar respondentas atsakė, ar ne ir ar buvo naudojami paveikslėliai.
- 2) Atlikimo laikas neribojamas.
- 3) Tyrimo duomenys surašomi lentelėje (žr. 37 priedą) ir daromos išvados apie tiriamojo sąvokinį mąstymą.

Tiriamojo regimojo įsiminimo tyrimas

Tyrimui naudoti 6 situaciniai paveikslai (žr. 32 priedą, 33 priedą, 34 priedą, 35 priedą).

Darbo eiga:

- 1) Tyrėjas parodo respondentui 6 tarpusavyje susijusius situacinius paveikslėlius (žr. 31 priedą), apie 5 min. aptariamas jų turinys ir prašoma įsidėmėti jų nuoseklumą. Po to, tyrėjas respondento prašo be pavyzdžio iš tokių pat palaidų paveikslėlių surinkti jau matytą situacinį paveikslėlį (žr. 32 priedą, 33 priedą, 34 priedą, 35 priedą).
- 2) Atlikimo laikas neribojamas.
- 3) Tyrimo duomenys surašomi lentelėje (žr. 36 priedą) ir daromos išvados apie respondento regimąjį įsiminimą.

Respondento veiksminio-vaizdinio mąstymo ypatybių įvertinimas

Pagal duotus brėžinius (žr. 1 priedą, 2 priedą, 3 priedą, 3A priedą, 4 priedą, 4A priedą, 5 priedą, 5A priedą, 6 priedą, 6A priedą, 7 priedą, 7A priedą) tiriamieji iš dviejų stačių lygiasienių trikampių turi sudėti geometrines figūras. Iš pradžių siūloma sudėti paprasčiausias figūras, po to užduotis sunkinama. Kiekviena figūra pateikiama atskirai.

Darbo eiga:

- 1) Tyrėjas padeda brėžinuką (žr. 1 priedą) ant stalo, duoda tiriamajam iš standaus popieriaus iškarpytus 2 trikampus(žr. 12 priedą) ir siūlo iš jų sudėti tokią pat figūrą. Laikas neribojamas.
- 2) Pradedant nuo trečio brėžinuko (žr. 3 priedą), jeigu yra poreikis, tiriamajam galima padėti, laikantis tokio nuoseklumo:
 - jeigu tiriamajam nepavyksta iš karto sudėti figūrą, sakoma: *dar pagalvokite, pabandykite dar kartą, neskubėkite, aš turiu laiko*. Jeigu bendra stimuliacija nepaveda ir klientas sudeda figūrą mažai tesiskiriančią nuo pavyzdžio, tuomet tiriamajam

padedama išanalizuoti ir palyginti su jo sudėta figūra (tyrėjas pirštu apveda pavyzdinę figūrą ir lygina su tiriamojo sudėta figūrą, lygina jos linijų ilgį, padėti);

- jeigu pavyzdžio analizė nepadedą, klientas skatinamas savarankiškai atlikti užduotį pagal duotą pavyzdį;
- nepavykus respondentui pačiam sudėti figūros pagal duotą pavyzdį ir jeigu jis atsisako toliau dirbti, tuomet rodoma figūros sudėjimo schema (žr. 3A priedą, 4A priedą, 5A priedą, 6A priedą, 7A priedą) ir vėl prašoma pabandyti pačiam;
- nepavykus respondentui sudėti figūros pagal parodytą schemą, tuomet leidžiama trikampus uždėti ant brėžinuko, ir vėl prašoma sudėti pagal pavyzdį, jeigu reikia pagal parodytą schemą.

Visos užduotys vertinamos balais:

- sudeda iš karto pagal duotą pavyzdį arba po bendros stimuliacijos - 1 balas;
- sudeda pagal pavyzdį, bet po 5-10 bandymų - 0,75 balo;
- nesudeda pagal pavyzdį, bet sudeda pagal parodytą schemą, o vėliau ir pagal pavyzdį - 0,5 balo;
- sudeda, tik uždėjus trikampus ant pavyzdžio ir tuomet pagal parodytą schemą sudeda, o vėliau ir pagal duotą pavyzdį - 0,25 balo;
- sudeda tik uždėjus trikampus ant pavyzdžio ir tuomet pagal parodytą schemą
- sudeda, tačiau nesudeda pagal duotą pavyzdį - 0,125 balo.

Po to balai apskaičiuojami pagal formulę:

$$\frac{\text{UŽDUOTIES ATLIKIMO ĮVERTINIMAS BALAIS}}{\text{MAKSIMALUS UŽDUOTIES ATLIKIMO ĮVERTINIMAS}} * 100 \%$$

Respondentas tiriamas ūmiuoju ligos periodu ir po logopedinių pratybų, išvykstant namo.

Iš gautų rezultatų sąlygiškai galima spręsti apie tiriamojo vaizdinio-veiksminio mąstymo sutrikimo lygį ligos pradžioje ir kaip jo būklė pakinta po logopedinių pratybų:

nuo 0-25% - labai žemas;

nuo 26-51% - žemas;

nuo 52-77% - vidutinis;

nuo 78-100% - labai aukštas.

2.2 Duomenų apdorojimas

Gautiems tyrimo duomenims apdoroti, sisteminti bei grafiškai vaizduoti naudota statistinės analizės programinė sistema SPSS 17.0 (Statistical Package for the Social Sciences), Windows programine versija ir Microsoft Office Excel 2003 programos. Analizei panaudoti šie statistikos metodai:

- aprašomoji statistika (skaitinės duomenų charakteristikos, dažniai, grafinis statistinių duomenų vaizdavimas);
- hipotezės tikrinimui buvo panaudotas parametrinis kriterijus – Stjudento t-kriterijus (t-testas) dviem nepriklausomoms imtims;

Iš respondentų gauti, ūmiuoju ligos periodu ir išvykstant iš ligoninės namo, testo duomenys buvo suskaičiuoti ir pateiktas jų grafinis vaizdavimas.

2.3 Respondentų apibūdinimas

Tyrimo imties sudarymui pasirinkti viešosios įstaigos Respublikinės Šiaulių ligoninės Neurologijos skyriaus pacientai, kuriuos po galvos smegenų išeminio ar hemoraginio insulto ištiko afazija.

Tyrimo dalyviams ir jų šeimos nariams paaiškinta tyrimo esmė, eiga ir gautas žodinis jų sutikimas atlikti tyrimo testus, kurie padėtų įvertinti kalbos sutrikimų ir pažintinių procesų santykį afazijų atvejais.

Respondentai tirti dviem etapais: pirmas tyrimas atliktas susirgimo pradžioje, o antras, išvykstant iš ligoninės.

Tiriamoji imtis – 110 viešosios įstaigos Respublikinės Šiaulių ligoninės Neurologijos skyriaus pacientų, kuriems buvo diagnozuota afazija. Respondentų pasiskirstymas pagal lytį, gyvenamą vietą, amžiaus grupes ir socialinę padėtį pateikta 1 lentelėje. Pažymėtina, kad analizuojant kalbos grįžimą, esant įvairioms afazijoms, svarbios kiekvieno tiriamojo žmogaus asmeninės savybės, lytis, socialinė padėtis ir kiti individualūs veiksniai.

**Respondentų demografinės charakteristikos (pasiskirstymas pagal lytį,
gyvenamą vietą, amžių ir socialinę padėtį)**

<i>Respondentų demografinės charakteristikos:</i>	<i>Respondentų skaičius (N)</i>	<i>Procentai (%)</i>
<i>Respondentų pasiskirstymas pagal lytį</i>		
Moterys	52	47,3
Vyrai	58	52,7
Iš viso:	110	100
<i>Respondentai pagal gyvenamą vietą</i>	<i>Respondentų skaičius (N)</i>	<i>Procentai (%)</i>
Kaimas	28	25
Miestelis	18	16
Miestas	64	59
Iš viso:	110	100
<i>Respondentai pagal amžiaus grupes</i>	<i>Respondentų skaičius (N)</i>	<i>Procentai (%)</i>
44-50 metų	7	6
51-62 metų	14	13
63-70 metų	17	15
71-80 metų	48	44
81-92 metų	24	22
Iš viso:	110	100
<i>Respondentai pagal socialinę padėtį</i>	<i>Respondentų skaičius (N)</i>	<i>Procentai (%)</i>
pensininkai	88	80
Dirbantys	22	20
Iš viso:	110	100

Analizuojant respondentų demografinę charakteristiką nustatyta, kad afazijos paplitimas po galvos smegenų insulto nuo lyties nepriklauso, nes tyrime dalyvavusių moterų ir vyrų skaičius, kaip matyti iš 1 lentelės duomenų, pasiskirstė beveik vienodai, todėl galima daryti išvadą, kad afazija po galvos smegenų insulto ištinka vienodai tiek vyrus, tiek moteris.

Pagal amžiaus grupes daugiausia buvo pacientų nuo 71 iki 80 metų, ne maža dalis tirtų pacientų buvo nuo 81 iki 92 metų. Iš tirtų respondentų, 88 procentus sudarė pensinio amžiaus pacientai, tačiau kaip matome (1 lentelė) ganėtinai didelį procentą, ištiktų afazijos žmonių po galvos smegenų insulto, sudaro darbingo amžiaus respondentų.

Svarbu pažymėti, kad, remiantis pasauline statistika, smegenų insultas pradėjo *jaunėti*, nes vis daugiau užfiksuojama atvejų, kai insultas ištinka žmones jaunesnius kaip 65 metų. Laimei, jaunesni žmonės greičiau sveiksta. Ir visgi, išgijimas labai priklauso nuo to, ar laiku ir

tinkamai jiems buvo suteikta pagalba, ar tinkami buvo parinkti atstatymo būdai. (Kozelkin (2006) ir Kozelkina (2006)).

Analizuojant kalbos ir pažintinių funkcijų grįžimą, esant afazijai, svarbios kiekvieno tiriamojo žmogaus asmeninės savybės, lytis, socialinė padėtis ir kiti individualūs veiksniai.

Statistiškai reikšmingų skirtumų, lyginant vyrus ir moteris amžiaus grupėse nenustatyta ($p > 0,05$).

Tiriamųjų pasiskirstymas pagal afazijų rūšis ir laipsnį atspindi 2 lentelėje:

2 lentelėje

Respondentų pasiskirstymas pagal afazijos rūšį ir laipsnį

<i>Respondentų pasiskirstymas pagal afazijos rūšį:</i>	<i>Respondentų skaičius (N)</i>	<i>Procentai (%)</i>
motorinė eferentinė	36	33
motorinė aferentinė	27	25
Sensomotorinė	47	42
Iš viso:	110	100
<i>Respondentų pasiskirstymas pagal afazijų laipsnius</i>	<i>Respondentų skaičius (N)</i>	<i>Procentai (%)</i>
žymaus laipsnio afazija	52	47
vidutinio laipsnio afazija	48	44
nežymaus laipsnio afazija	10	9
Iš viso:	110	100

Tyrime dalyvavo 110 respondentų, kuriems buvo nustatyta afazija po galvos smegenų insulto. Išanalizavus tiriamųjų ligos istorijas, paaiškėjo jų pasiskirstymas pagal skirtingas afazijų formas ir jų laipsnius, kurios ir atspindi 2 lentelėje.

Iš 2 lentelės duomenų matyti, kad didžiąją dalį respondentų sudarė žmonės, ištikti sensomotorinės afazijos ir, kaip matyti iš 37 paveikslo duomenų, ši afazijos rūšis tarp tirtų respondentų sudarė ir didžiausią dalį žymaus laipsnio afazijų. Esant žymaus laipsnio bet kuriai afazijos formai, pažeidimai tuo metu yra didesni.

Nustatyta ir statistiškai reikšmingų skirtumų, lyginant afazijų rūšis su afazijų laipsniais. Kadangi ($p < 0,05$), todėl galime daryti išvadą, kad tarp afazijos rūšies ir jos sunkumo laipsnio yra ryšis.

2.4 Respondentų pažintinių procesų įvertinimas

3 lentelė

Pažintinių procesų įvertinimo palyginimas susirgimo pradžioje ir išvykstant

Taikyto testo pavadinimas	M1 ¹	M2 ²	Vidurkių skirtumas ³	p ⁴
Veiksminio-vaizdinio mąstymo įvertinimas tyrimo pradžioje ir pabaigoje	1,78	2,49	0,71	0,000
Sąvokinio mąstymo įvertinimas tyrimo pradžioje ir pabaigoje	2,15	2,81	0,74	0,000
Dėmesio pasiskirstymo įvertinimas tyrimo pradžioje ir pabaigoje	1,75	2,42	0,67	0,000
Regimojo įsiminimo įvertinimas tyrimo pradžioje ir pabaigoje	1,84	2,64	0,8	0,000

Naudojant statistinės analizės Stjudento kriterijų siekta palyginti tiriamųjų, ištikusių afazijos po galvos smegenų insulto, pažintinių funkcijų būklę ūmiuoju ligos periodu ir po logopedinių pratybų. Gautas statistiškai reikšmingas patvirtinimas, kad logopedinės pratybos įtakoja pažintinių procesų gerėjimą, nes skirtumas tarp vidurkių statistiškai reikšmingas, kai $p < 0,05$, o mūsų duomenys (3 lentelė) rodo, kad visų keturių pažintinių procesų vidurkių skirtumas yra reikšmingas, nes nurodytas **p** yra mažesnis nei nurodytas statistiškai reikšmingas skaičius. Apžvelgus visų keturių tirtų pažintinių procesų vidurkių skirtumus, galima išskirti regimojo įsiminimo įvertinimo ūmiuoju ligos periodu ir išvykstant namo vidurkį, nes jis yra aukščiausias, o dėmesio pasiskirstymo mažiausias. Šie duomenys leidžia daryti išvadą, kad tyrime dalyvavusiems respondentams, esant įvairių afazijų atvejais, labiausiai nukentėjo regimasis suvokimas, o mažiausiai dėmesio pasiskirstymo funkcijos.

Tiriant afazijos ištikčius pacientus svarbu nustatyti, kaip, esant skirtingoms afazijų formoms kinta pažintinės funkcijos ūmiuoju ligos periodu ir išvykstant iš gydymo įstaigos.

¹ M1- vidurkis susirgimo pradžioje

² M2-vidurkis išvykstant namo

³ M2- M1 vidurkių skirtumas

⁴ skirtumas tarp vidurkių statistiškai reikšmingas, kai $p < 0,05$

2.5 Pažintinių procesų lygis, esant motorinei aferentinei afazijai

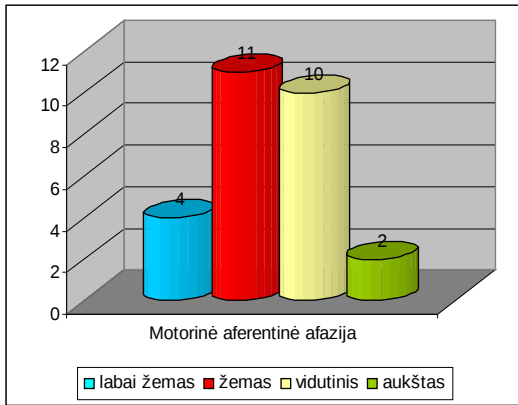
4 lentelė

Pažintinių procesų įvertinimo palyginimas ūmiuoju ligos periodu ir išvykstant iš ligoninės esant motorinei aferentinei afazijai

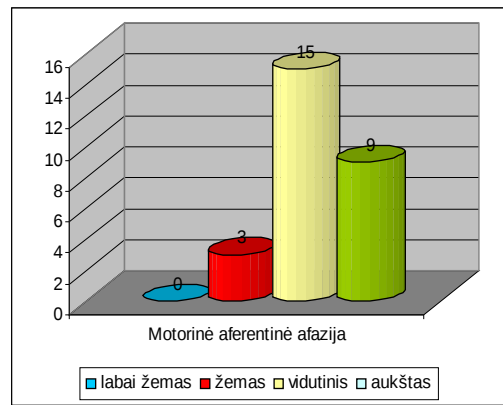
Taikyto testo pavadinimas	M1 (prieš)	M2 (po)	Vidurkių skirtumas	N	p
Veiksminio-vaizdinio mąstymo įvertinimas tyrimo pradžioje ir pabaigoje esant motorinei aferentinei afazijai	2,00	2,74	0,74	27	0,000
Sąvokinio mąstymo įvertinimas tyrimo pradžioje ir pabaigoje esant motorinei aferentinei afazijai	2,46	3,00	0,54	27	0,000
Dėmesio pasiskirstymo įvertinimas tyrimo pradžioje ir pabaigoje esant motorinei aferentinei afazijai	1,85	2,77	0,92	27	0,000
Regimojo įsiminimo įvertinimas tyrimo pradžioje ir pabaigoje esant motorinei aferentinei afazijai	2,08	2,87	0,79	27	0,000

Atlikus pažintinių funkcijų įvertinimą, naudojant Stjudento kriterijų apskaičiuoti vidurkių skirtumai, esant motorinei aferentinei afazijai buvo reikšmingi ir nustatytas reikšmingas santykis tarp šios afazijos formos ir tirtų pažintinių procesų. Didžiausias vidurkių skirtumas nustatytas, tiriant dėmesio pasiskirstymą. Veiksminis-vaizdinis mąstymo ir regimojo įsiminimo vidurkių skirtumai buvo beveik vienodi, o mažiausias skirtumas buvo tiriant sąvokinį mąstymą.

Todėl ir svarbu išsiaiškinti, kaip sutrinka veiksminis-vaizdinis, sąvokinis mąstymas, dėmesys ir atmintis, esant motorinei aferentinei afazijai.



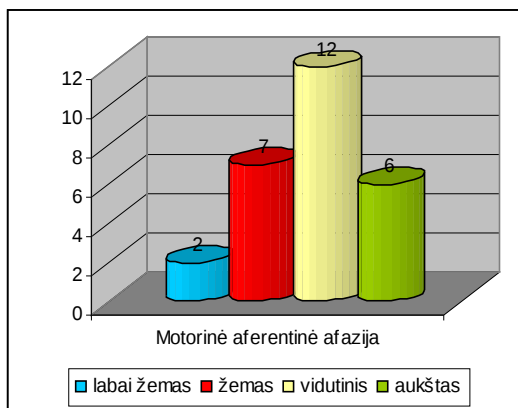
11 pav. Respondentų, ištiktų motorinės aferentinės afazijos veiksminio-vaizdinio mąstymo įvertinimas ūmiuoju ligos periodu vnt. (N27)



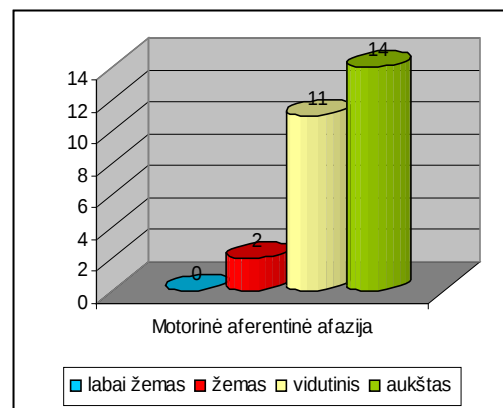
12 pav. Respondentų, ištiktų motorinės aferentinės afazijos veiksminio-vaizdinio mąstymo įvertinimas išvykstant namo vnt. (N27)

Tyrimo pradžioje paaiškėjo, kad įvertinus respondentų, kuriems buvo nustatyta motorinė aferentinė afazija, veiksminį-vaizdinį mąstymą, šis pažintinis procesas nebuvo ženkliai pažeistas, nes testo įvertinimuose dominavo žemo ir vidutinio lygio rodikliai.

Palyginus veiksminio-vaizdinio mąstymo testo įvertinimus iš 11-12 paveikslų susirgimo pradžioje ir išvykstant iš ligoninės, stebimas pagerėjimas, nes daugelis respondentų figūras sudėjo geriau ir jų įvertinimai iš žemo lygio perėjo į vidutinį. Net septynių tiriamųjų rezultatai pakilo į aukštą įvertinimo lygį.



13 pav. Respondentų, ištiktų motorinės aferentinės afazijos sąvokinio mąstymo įvertinimas ūmiuoju ligos periodu vnt. (N27)

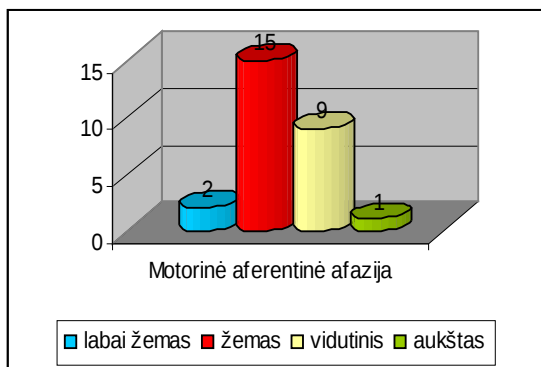


14 pav. Respondentų, ištiktų motorinės aferentinės afazijos sąvokinio mąstymo įvertinimas išvykstant namo vnt. (N27)

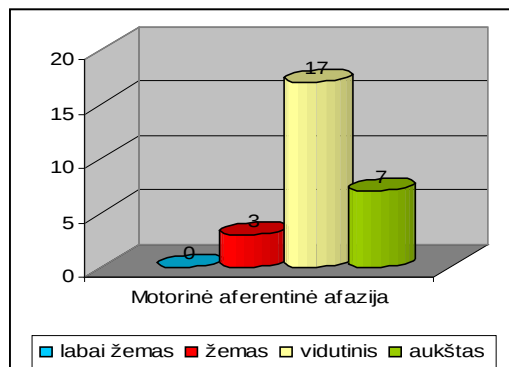
13-14 paveiksle pateikti duomenys rodo, kad esant motorinei aferentinei afazijai, veiksminis-vaizdinis taip pat ir sąvokinis mąstymas labai nenukenčia.

Palyginus abiejų paveikslų duomenis išryškėja, kad tiriamųjų sąvokinis mąstymas po logopedinių užsiėmimų, esant šiai afazijos formai, ganėtinai greitai atsistato, nes daugiau nei

pusei respondentų šis pažintinis procesas, išvykstant namo, buvo įvertintas aukštu įvertinimu, nes jie be didelio vargo atsakė į visus testo klausimus.

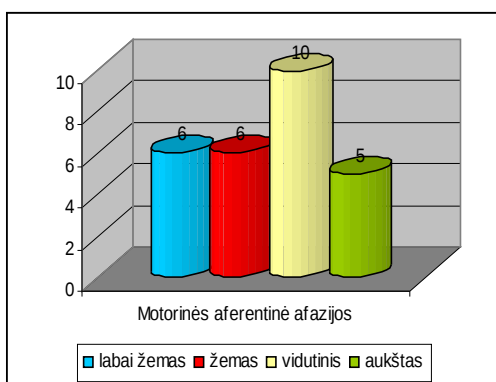


15pav. Respondentų, ištiktų motorinės aferentinės afazijos regimojo išsiminimo įvertinimas ūmiuoju ligos periodu vnt. (N27)

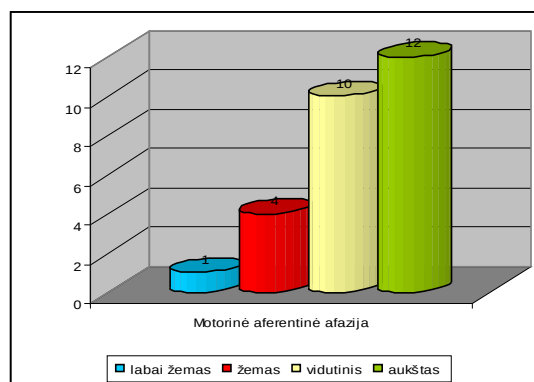


16pav. Respondentų, ištiktų motorinės aferentinės afazijos regimojo išsiminimo įvertinimas išvykstant namo vnt. (N27)

Regimasis išsiminimas susirgimo pradžioje, tirtiems 27-iems respondentams, kuriems buvo nustatyta motorinio aferentinio pobūdžio afazija, beveik pusei tiriamųjų įvertintas žemu lygiu, o išvykstant iš ligoninės šio testo įvertinimai ženkliai pagerėjo, nes daugiau nei pusė respondentų perėjo į vidutinį ir net šeši tiriamieji į aukšto lygio įvertinimą.



17pav. Respondentų, ištiktų motorinės aferentinės afazijos dėmesio pasiskirstymo įvertinimas ūmiuoju ligos periodu vnt.(N27)



18pav. Respondentų, ištiktų motorinės aferentinės afazijos dėmesio pasiskirstymo įvertinimas išvykstant namo vnt.(N27)

Apibendrinant 17 paveikslo duomenis, galima teigti, kad susirgimo pradžioje mažiau nei pusei respondentų, esant motorinei aferentinei afazijai, buvo sunku sukaupti dėmesį, atliekant testo užduotis. Tačiau net 15 tiriamųjų, atliekant testą, nereikėjo papildomų pastangų.

18 paveikslo duomenys rodo, kad išvykstant iš ligoninės tik 5 respondentams vis dar sunkiai sekėsi sukaupti dėmesį, tačiau likusieji tai darė be didelių pastangų.

Apibendrinant pažintinių procesų testo tyrimo rezultatus, galima daryti išvadą, kad, esant motorinei aferentinei afazijai, ryškiausiai sutrinka dėmesys, regimasis įsiminimas ir veiksminis-vaizdinis mąstymas. Tačiau šie pokyčiai nėra labai ženklūs ir, kaip rodo atlikto tyrimo rezultatai, po logopedinių užsiėmimų respondentų pažintinių procesų įvertinimai pagerėjo.

2.6 Pažintinių procesų lygis esant motorinei eferentinei afazijai

Atliktas pažintinių procesų: veiksminio-vaizdinio, sąvokinio mąstymo, dėmesio pasiskirstymo, regimojo įsiminimo įvertinimo palyginimas, esant motorinei eferentinei afazijai susirgimo pradžioje ir išvykstant namo. Pažintinių procesų įvertinimo vidurkiai, esant šiai afazijai pateikti 5 lentelėje.

5 lentelė

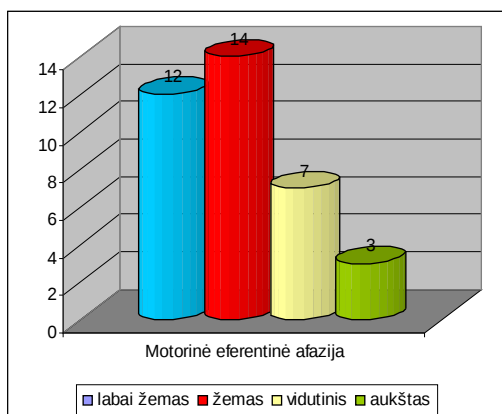
Pažintinių procesų įvertinimo palyginimas ūmiuoju ligos periodu ir išvykstant iš ligoninės esant motorinei eferentinei afazijai

Taikyto testo pavadinimas	M1 (prieš)	M2 (po)	Vidurkių skirtumas	N	p
Veiksminio-vaizdinio mąstymo įvertinimas tyrimo pradžioje ir pabaigoje esant motorinei eferentinei afazijai	2,46	3,29	0,83	36	0,000
Sąvokinio mąstymo įvertinimas tyrimo pradžioje ir pabaigoje esant motorinei eferentinei afazijai	2,92	3,50	0,58	36	0,000
Dėmesio pasiskirstymo įvertinimas tyrimo pradžioje ir pabaigoje esant motorinei eferentinei afazijai	2,67	3,38	0,71	36	0,000
Regimojo įsiminimo įvertinimas tyrimo pradžioje ir pabaigoje esant motorinei eferentinei afazijai	2,42	3,25	0,83	36	0,000

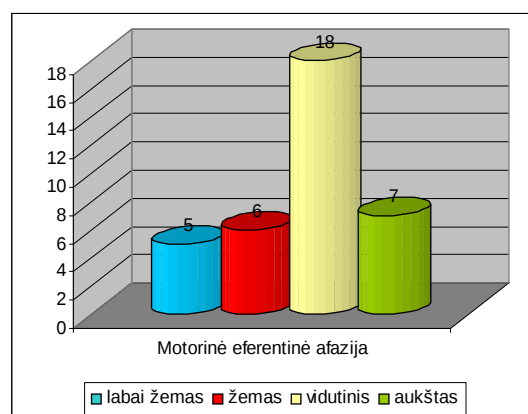
Iš lentelės duomenų matyti, kad tyrime dalyvavusiems 36 respondentams, kuriems buvo nustatyta motorinė eferentinė afazija, pažintinių procesų vidurkių skirtumai nėra labai dideli. Tačiau vidurkių skirtumų statistinis reikšmingumas visiems tirtiems pažintiniams procesams (veiksminiam-vaizdiniam, sąvokiniam mąstymui, dėmesingumui ir regimajam įsiminimui) yra statistiškai reikšmingas, todėl tikslinga išsamiau aptarti kiekvieno tiriamojo pažintinių procesų pokyčius, esant motorinei eferentinei afazijai ūmiuoju ligos periodu ir išvykstant iš ligoninės.

Veiksminio-vaizdinio mąstymo ir regimojo įsiminimo vidurkių skirtumai vienodi ir didžiausi iš tirtų pažintinių procesų, o sąvokinio mąstymo mažiausi. Šių vidurkių skirtumų reikšmė išsamiau išnagrinėta 19 ir 20 paveiksluose.

Iš 19 ir 20 paveiksluose patiktų duomenų matyti, kokioje būklėje buvo veiksminis-vaizdinis mąstymas, esant motorinei eferentinei afazijai susirgimo pradžioje ir kaip jis pakito, išvykstant namo.



19 pav. Respondentų, ištiktų motorinės eferentinės afazijos veiksminio-vaizdinio mąstymo įvertinimas ūmiuoju ligos periodu vnt. (N36)



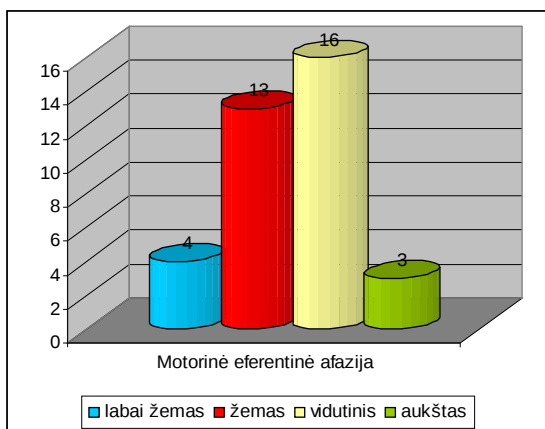
20 pav. Respondentų, ištiktų motorinės eferentinės afazijos veiksminio-vaizdinio mąstymo įvertinimas išvykstant namo vnt. (N36)

Išanalizavus 19-20 paveikslo duomenis, galima teigti, kad veiksminis-vaizdinis mąstymas, esant motorinei eferentinei afazijai susirgimo pradžioje buvo žemo ir labai žemo lygio. Pagal nestandartizuoto testo duomenis, 26 respondentų veiksminio-vaizdinio mąstymo lygis buvo būtent toks.

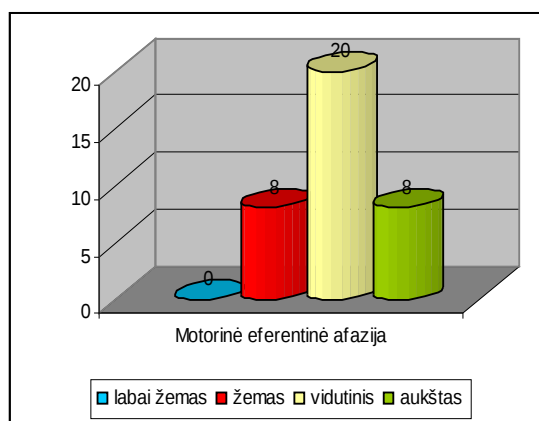
Išvykstant iš ligoninės, tiriamųjų veiksminio-vaizdinio mąstymo lygis ženkliai pagerėjo, buvo vidutinio lygio, o 4 tiriamieji perėjo į aukštą lygį.

Apibendrinant, galima teigti, kad logopedinės pratybos padeda ne tik tiriamųjų kalbai atsistatyti, bet ir įtakoja pažintinių funkcijų gerėjimą.

Kaip kinta sąvokinis mąstymas, esant motorinei eferentinei afazijai susirgimo pradžioje ir išvykstant iš ligoninės, pateikta 21-22 paveiksluose.

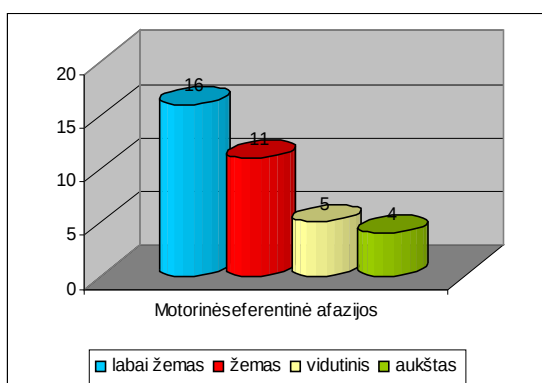


21 pav. Respondentų, ištiktų motorinės eferentinės afazijos sąvokinio mąstymo įvertinimas ūmiuoju ligos periodu vnt.(N36)

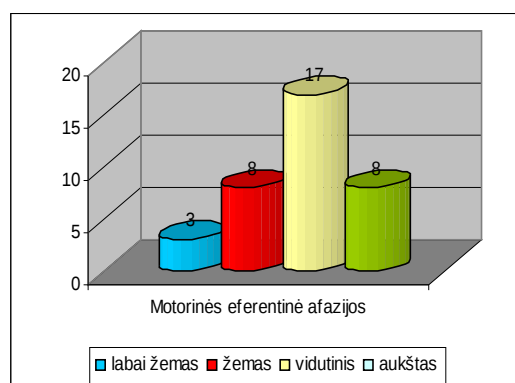


22 pav. Respondentų, ištiktų motorinės eferentinės afazijos sąvokinio mąstymo įvertinimas išvykstant namo vnt.(N36)

21-22 paveikslo duomenys rodo, kad sąvokinis mąstymas, esant motorinei eferentinei afazijai nukentčia mažiau, nei veiksminis – vaizdinis mąstymas, nes tyrimo pradžioje vyravo vidutinio laipsnio įvertinimas, o išvykstant sąvokinio mąstymo rodikliai dar pagerėjo, nes tyrimo pradžioje 4 labai žemo įvertinimo tiriamieji, išvykstant namo, perėjo į geresnį įvertinimą.



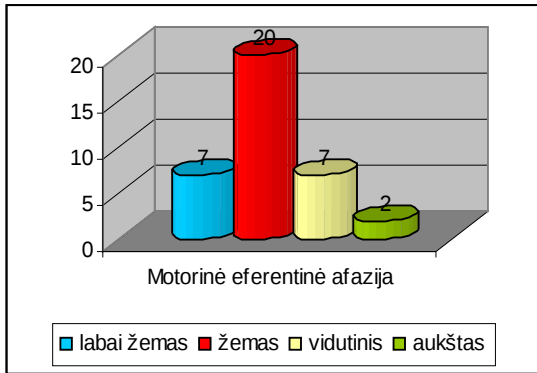
23 pav. Respondentų, ištiktų motorinės eferentinės afazijos dėmesio pasiskirstymo įvertinimas ūmiuoju ligos periodu vnt.(N36)



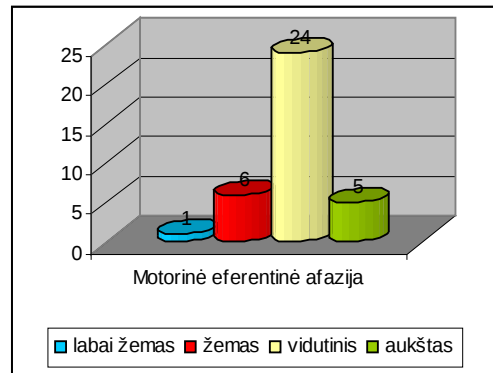
24 pav. Respondentų, ištiktų motorinės eferentinės afazijos dėmesio pasiskirstymo įvertinimas išvykstant namo vnt.(N36)

Esant motorinei eferentinei afazijai, pacientų dėmesio pasiskirstymo įvertinimas tyrimo pradžioje buvo žemas (žr.23-24 pav.). Daugiau nei pusė respondentų buvo įvertinti labai žemu ar žemu įvertinimu, o išvykstant, tiriamųjų dėmesys pagerėjo, nes didesnę dalis respondentų buvo įvertinti vidutinišku ar net aukštu įvertinimu.

Galima daryti išvadą, kad esant motorinei eferentinei afazijai, dėmesio pasiskirstymas susirgimo pradžioje būna stipriai sutrikęs, tačiau dėka logopedinių pratybų jis po truputį atsistato.



25pav. Respondentų, ištikusių motorinės eferentinės afazijos regimojo išsiminimo įvertinimas ūmiuoju ligos periodu vnt. (N36)



26pav. Respondentų, ištikusių motorinės eferentinės afazijos regimojo išsiminimo įvertinimas išvykstant namo vnt. (N36)

Atlikus regimojo išsiminimo tyrimą, tiriamiesiems ištiktiems motorinės eferentinės afazijos pastebėta, kad susirgimo pradžioje itin išsiskiria žemo lygio įvertinimas, kurį sudarė, net 56 procentai respondentų, o išvykstant namo, 67 procentai tiriamųjų buvo įvertinti vidutinio laipsnio.

Toks skaičių pasiskirstymas leidžia daryti išvadą, kad tiriamųjų būklė šiek tiek pagerėjo, tačiau taip pat galima daryti prielaidą, kad logopedinių užsiėmimų buvo per mažai, ar jų turinys nebuvo tikslingai parinktas, esant motorinei eferentinei afazijai, kurios metu labiau sutriko šis pažintinis procesas.

Apžvelgus visus keturis tirtus pažintinius procesus, esant motorinei eferentinei afazijai paaiškėjo, kad tirtiems respondentams tyrimo pradžioje labiausiai buvo sutrikęs veiksmingai-vaizdinis mąstymas ir dėmesio pasiskirstymas, tačiau po logopedinių pratybų jie ženkliai pagerėjo.

Tyrimo rezultatai rodo, kad sąvokinis mąstymas užsiėmimų pradžioje buvo vidutiniškai sutrikęs, tačiau mažai pakito ir pacientams išvykstant namo.

2.7 Pažintinių procesų lygis, esant sensomotorinei afazijai

Esant sensomotorinei afazijai, dėl galvos smegenų išeminio insulto, žmonėms pažeidžiama labai svarbi smegenų sritis, kuri yra atsakinga už kalbos supratimą ir kalbos sklandumą. Tokia mišri afazijos forma sutrikdo ne tik jų kalbą, suvokimą, bet ir pažintinius procesus.

6 lentelėje pateiktas pažintinių procesų įvertinimo palyginimas, esant sensomotorinei afazijai, ūmiuoju ligos periodu ir išvykstant iš ligoninės namo.

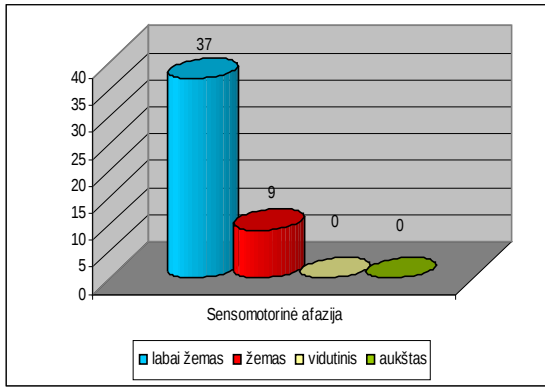
Pažintinių procesų įvertinimo palyginimas ūmiuoju ligos periodu ir išvykstant iš ligoninės namo esant sensomotorinei afazijai

Taikyto testo pavadinimas	M1 (prieš)	M2 (po)	Vidurkių skirtumas	N	p
Veiksminio-vaizdinio mąstymo įvertinimas tyrimo pradžioje ir pabaigoje esant sensomotorinei afazijai	1,25	1,87	0,62	47	0,000
Sąvokinio mąstymo įvertinimas tyrimo pradžioje ir pabaigoje esant sensomotorinei afazijai	1,51	2,29	0,78	47	0,000
Dėmesio pasiskirstymo įvertinimas tyrimo pradžioje ir pabaigoje esant sensomotorinei afazijai	1,19	1,64	0,45	47	0,002
Regimojo įsiminimo įvertinimas tyrimo pradžioje ir pabaigoje esant sensomotorinei afazijai	1,34	2,13	0,7	47	0,000

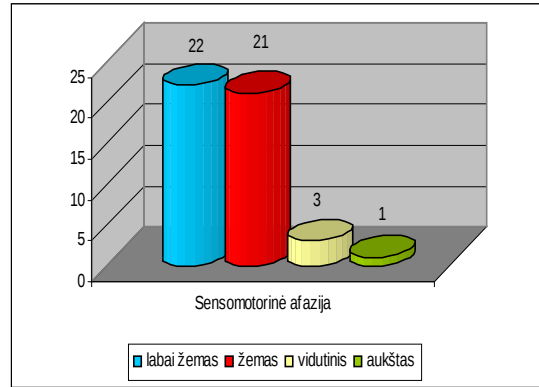
Esant sensomotorinei afazijai, 6 lentelės duomenys rodo, kad pažintinių procesų (sąvokinio, veiksminio-vaizdinio mąstymo, regimojo įsiminimo) įvertinimo vidurkių skirtumai pasiskirstė beveik vienodai, o dėmesio pasiskirstymo vidurkių skirtumas buvo mažiausias.

Išanalizavus atliktų testų duomenis paaiškėjo, kad gauti pažintinių procesų testų įvertinimo vidurkių skirtumai, esant sensomotorinei afazijai, ūmiuoju ligos periodu ir išvykstant namo yra statistiškai reikšmingi, nes $p < 0,05$.

27 ir 28 paveiksluose pavaizduotas kiekvieno pažintinio proceso sutrikimo laipsnis.



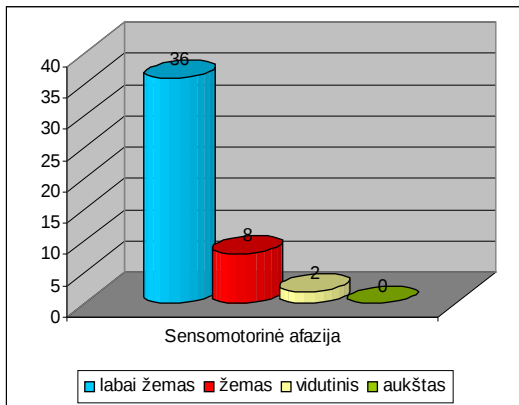
27 pav. Respondentų, išiktų sensomotorinės afazijos dėmesio pasiskirstymo įvertinimas ūmiuoju ligos periodu vnt.(N47)



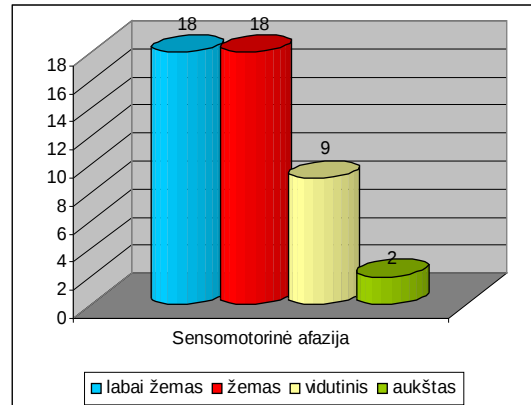
28 pav. Respondentų, išiktų sensomotorinės afazijos dėmesio pasiskirstymo įvertinimas išvykstant namo vnt.(N47)

27 paveikslo duomenys rodo, kad esant sensomotorinei afazijai susirgimo pradžioje respondentui sukaupti dėmesį yra labai sunku, nes dauguma tiriamųjų, net 81 procentas - buvo įvertinti labai žemu dėmesio sukauptimo laipsniu.

Po logopedinių užsiėmimų padėtis kiek pagerėjo, tai rodo 28 paveikslo duomenys, tačiau pagerėjimas - nežymus, nes vyrauja beveik po lygiai: 47 procentai labai žemo ir 45 procentai tik žemo lygio dėmesio pasiskirstymo testo įvertinimai.



29 pav. Respondentų, išiktų sensomotorinės afazijos veiksminio-vaizdinio mąstymo įvertinimas ūmiuoju ligos periodu vnt. (N47)

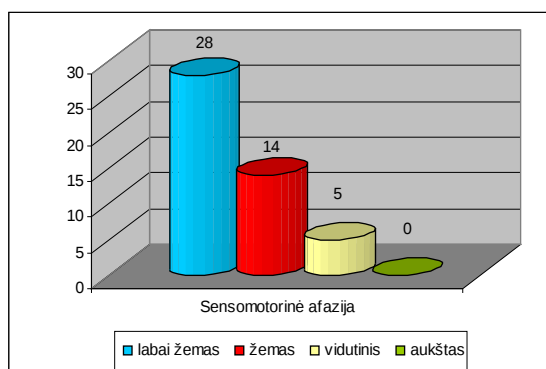


30 pav. Respondentų, išiktų motorinės aferentinės afazijos veiksminio-vaizdinio mąstymo įvertinimas išvykstant namo vnt. (N47)

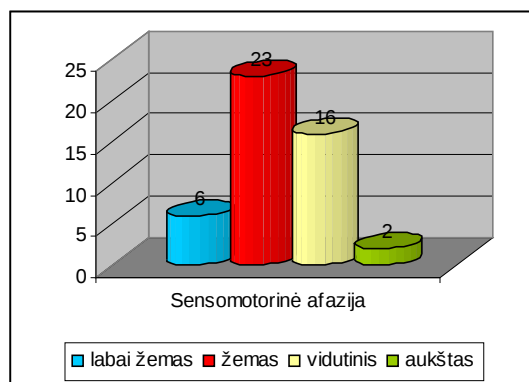
Ištyrus veiksminį-vaizdinį mąstymą, esant sensomotorinei afazijai susirgimo pradžioje išryškėjo, kad daugumai tiriamųjų sunku sudėlioti teste naudojamas figūras, nes, remiantis 29 paveikslo duomenimis, daugiau nei pusė respondentų buvo įvertinti labai žemu įvertinimu.

Išvykstant namo, tiriamųjų veiksminis-vaizdinis mąstymas pagerėjo, nes 50 procentų respondentų susirgimo pradžioje buvo įvertinti labai žemu įvertinimu, o išvykstant, truputį

geriau dėliojo figūras ir net 7 tiriamieji pasiekė vidutinį lygį. Tik 2 tiriamieji be vargo sudėjo figūras.

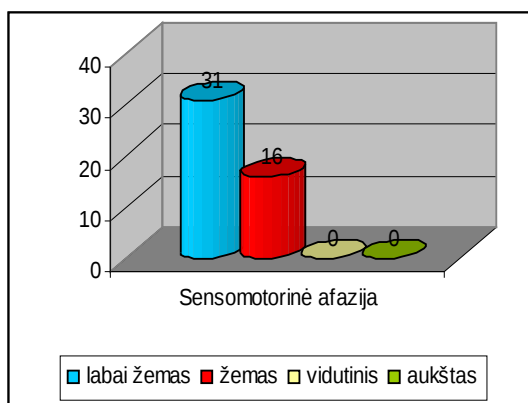


31 pav. Respondentų, išiktų sensorimotorinės afazijos sąvokinio mąstymo įvertinimas ūmiuoju ligos periodu vnt. (N47)

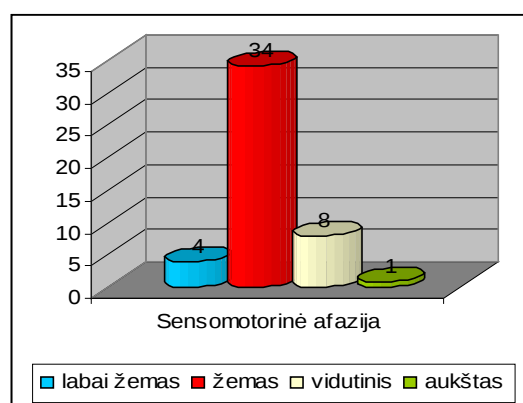


32 pav. Respondentų, išiktų sensorimotorinės afazijos sąvokinio mąstymo įvertinimas išvykstant namo vnt. (N47)

Remiantis 31 paveikslo duomenimis, galima daryti išvadas, kad sąvokinis mąstymas, esant sensorimotorinei afazijai, susirgimo pradžioje sutrinka daugiau nei pusei tyrime dalyvavusių respondentų, tačiau pažvelgus į 32 paveikslą matosi, kaip galbūt, įtakojant logopedinių pratybų ir kitų veiksnių, tiriamųjų būklė keičiasi į gerą pusę, nes 34 procentai tiriamųjų buvo įvertinti vidutinio sunkumo lygiu ir net 2 respondantai be vargo atsakė į užduodamus klausimus.



33 pav. Respondentų, išiktų sensorimotorinės afazijos regimojo išiminimo įvertinimas ūmiuoju ligos periodu vnt. (N47)



34 pav. Respondentų, išiktų sensorimotorinės afazijos regimojo išiminimo įvertinimas išvykstant namo vnt. (N47)

Remiantis 33 paveikslo duomenimis, regimasis išiminimas, esant šiai afazijos formai, esti gan stipriai sutrikdytas, nes daugiau nei puse respondentų buvo įvertinti labai žemu įvertinimu, o likusioji dalis - žemu įvertinimu.

Pakartojus testą klientams, išvykstant namo, rezultatai pagerėjo, tačiau ženklus pokyčio nebuvo, nes vis dar daugiau nei pusė respondentų buvo įvertinti žemu regimojo įsiminimo įvertinimu.

Apžvelgus visas tris, tyrime dalyvavusiems respondentams nustatytas afazijų formas, išryškėjo tokie tirtų pažintinių funkcijų sutrikimo aspektai:

Esant motorinei aferentinei afazijai ryškiausiai sutrinka dėmesys, regimasis įsiminimas ir veiksminis - vaizdinis mąstymas. Šie pokyčiai nėra labai ženklūs ir, kaip rodo atlikto tyrimo duomenys, po logopedinių užsiėmimų respondentų tirtų pažintinių procesų įvertinimai pagerėjo.

Esant motorinei eferentinei afazijai tiriamiesiems sunkiau sekasi užduotys, kuriuose reikia naudotis veiksminiu - vaizdiniu mąstymu, sunku sukaupti dėmesį ilgesniam laikui, atsiminti logopedo paliepimus, tačiau mažiausiai sutrinka sąvokinis mąstymas.

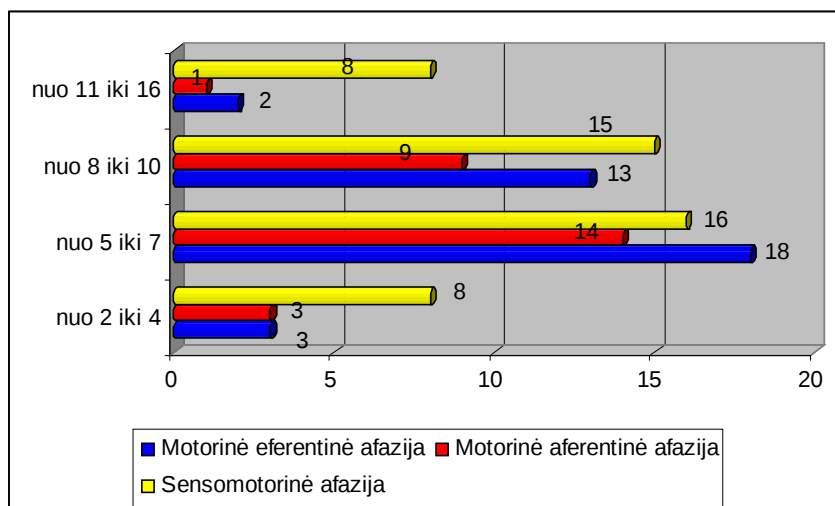
Nežiūrint į visus šiuos pažintinių funkcijų sutrikimus, esant motorinei eferentinei afazijai tinkamai parinktos logopedinės pratybos padeda šioms pažeistoms funkcijoms palengva atsistatyti, bet yra labai svarbu laiku pradėti dirbti su ištiktu afazija, parinkti tinkamas priemones, kurios skatintų ne tik kalbos grįžimą, bet ir remiantis mažiau pažeistais pažintiniais procesais padėti atsistatyti labiau pažeistiems.

Esant sensomotorinei afazijai visi tirti pažintiniai procesai esti gan ženkliai pažeisti. Labiausiai išsiskiria stipriai pažeistas dėmesio sukauptimo nebūvimas, regimojo įsiminimo, mažiau: vaizdinio - veiksminio ir sąvokinio mąstymo sutrikimai.

Pakartojus tyrimą išvykstant šios formos tiriamuosius namo išryškėjo ir lėtas pažeistų pažintinių funkcijų atsistatymas. Todėl galima daryti išvadą, kad esant sensomotorinei afazijai tirti pažintiniai procesai sutrinka labiausiai ir sunkiausiai atsistato.

2.8 Logopedinių pratybų skaičius, esant skirtingoms afazijų formoms ir laipsniams

Logopedinių pratybų skaičius ir laiku pradėti vesti užsiėmimai yra labai svarbūs ūmiojo ligos periodu, nes kuo anksčiau bus stimuliuojamos pažeistos smegenų sritys, tuo greičiau jos pradės atsistatyti (Lurija 1962; 2000, Šokor-Trockaja 2001, Vizel, 2005).



35 pav. Logopedinių pratybų skaičius, esant skirtingoms afazijos rūšims

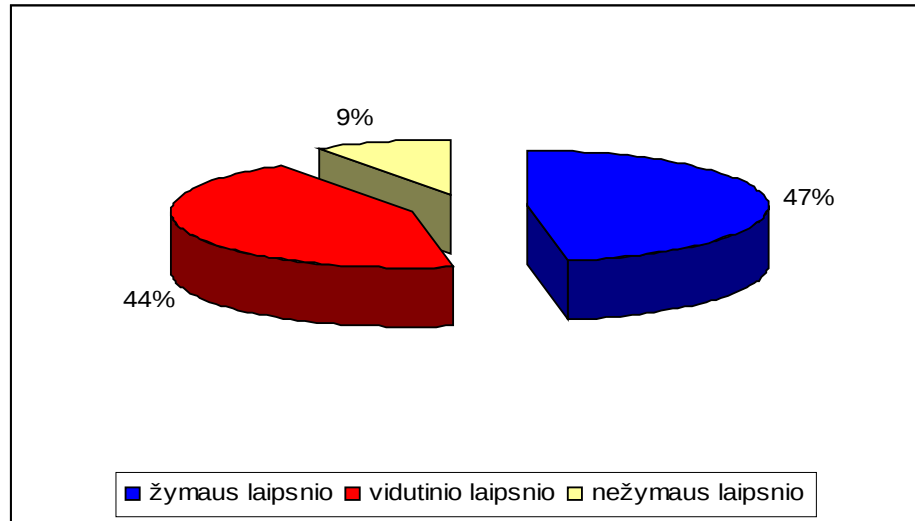
Iš 35 paveikslo matyti, kad esant skirtingoms afazijų formoms, logopedinių pratybų skaičiaus pasiskirstymas yra skirtingas. Esant motorinei aferentinei ir eferentinei afazijoms, taikomos maždaug 6 logopedinės pratybos, o esant sensomotorinei afazijai, vidutiniškai pravedami 8 užsiėmimai. Sergant šia afazijos forma, net 8-iems iš tirtų respondentų buvo pravedti nuo 11 iki 16 logopedinių užsiėmimų. Esant motorinei aferentinei ir eferentinei afazijai, toks didelis pratybų skaičius, gulint ligoninėje, netaikomas.

Naudojant statistinės analizės Stjudento kriterijų siekta išsiaiškinti, ar afazijų rūšis ir logopedinių užsiėmimų skaičius turi tarpusavio ryšį, ar tas ryšys gali įtakoti kalbos grįžimą.

Apskaičiavus paaiškėjo, kad vidurkių skirtumas yra didelis ($M=4,6$) ir statistiškai reikšmingas, nes $p=0,000$.

Pasirinktas statistinis reikšmingumas, kai $p<0,05$.

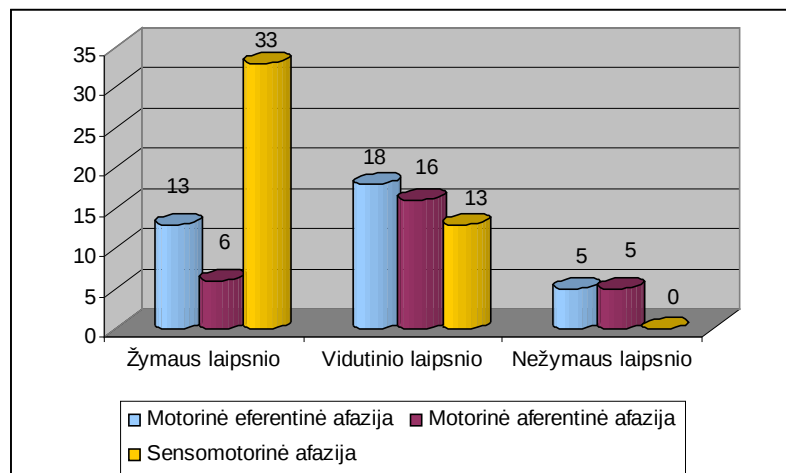
Afazijų laipsniai nurodomi – pabrėžti esamos afazijos formos sunkumo laipsnį. Dažniausiai asmeniui kalbos atstatymo pagalba pradedama teikti ligoninėje, o vėliau tęsiama ambulatoriškai, lankant logopedinį kabinetą poliklinikoje ar sanatorijoje. Priklausomai nuo kalbos sutrikimo pobūdžio ir sunkumo, taikomi skirtingi logopedinio darbo metodai. Visais atvejais laikomasi pagrindinio principo – naudojantis išlikusiais įgūdžiais ir gebėjimais sudaryti galvos smegenų žievėje naujas sistemas, kurios pakeistų pažeistasias (Lurija 1962; 2000, Šokor-Trockaja, 2001, Vizel 2005).



36 pav. Logopedinių pratybų skaičius, esant skirtingiems afazijų laipsniams

Apskaičiavus statistinės analizės Stjudento kriterijų siekta išsiaiškinti, ar afazijų laipsnis ir logopedinių pratybų skaičius turi tarpusavio ryšį, ar tas ryšys gali įtakoti kalbos grįžimą. Paaiškėjo, kad vidurkių skirtumas yra didelis ($M=5,5$) ir statistiškai reikšmingas, nes $p=0,003$. Pasirinktas statistinis reikšmingumas, kai $p<0,05$. Todėl galima teigti, kad esant sunkesniai afazijos laipsniui, logopedinių pratybų skaičius yra didesnis, tai aiškiai iliustruoja 36 paveikslas, kuriuo duomenys parodo logopedinių pratybų skaičiaus pasiskirstymą, esant skirtingiems afazijų laipsniams.

2.9 Pažintinių procesų įvertinimo palyginimas ūmiuoju ligos periodu ir išvykstant iš gydymo įstaigos, esant skirtingiems afazijų sunkumo laipsniams po galvos smegenų insulto



37 pav. Afazijos rūšies pasiskirstymas pagal sutrikimo laipsnį (N110)

Atlikus dokumentų analizę (ligos istorijų) paaiškėjo, kad respondantai dalyvavę tyrime pasiskirstė ne tik į grupes klientų, turinčių skirtingas afazijų rūšis, bet paaiškėjo, kad tos rūšys buvo skirtingo sunkumo laipsnio.

Iš 37 paveikslo duomenų matyti, kad daugiausia respondentų, kuriems buvo nustatyta sensomotorinė afazija, diagnozuotas žymus sunkumo laipsnis, o esant motorinei aferentiniai ir eferentiniai afazijai, vyravo vidutinis laipsnis. Šie rezultatai patvirtina faktą, kad esant sensomotorinei afazijai, labiausiai pažeidžiama ne tik kalba, bet ir pažintiniai procesai.

7 lentelėje pavaizduotas ryšys tarp tirtų pažintinių procesų ir afazijos sunkumo laipsnio.

Pažintinių procesų įvertinimo palyginimas ūmiuoju ligos periodu ir išvykstant iš gydymo įstaigos, esant žymaus laipsnio afazijai

Taikyto testo pavadinimas	M1 (prieš)	M2 (po)	Vidurkių Skirtumas	N	P
Veiksminio-vaizdinio mąstymo įvertinimas tyrimo pradžioje ir pabaigoje, esant žymaus laipsnio afazijai	1,24	1,85	0,60	53	0,000
Sąvokinio mąstymo įvertinimas tyrimo pradžioje ir pabaigoje, esant žymaus laipsnio afazijai	1,41	2,23	0,81	53	0,000
Dėmesio pasiskirstymo įvertinimas tyrimo pradžioje ir pabaigoje, esant žymaus laipsnio afazijai	1,15	1,69	0,55	53	0,000
Regimojo išiminimo įvertinimas tyrimo pradžioje ir pabaigoje, esant žymaus laipsnio afazijai	1,27	2,254	0,99	53	0,000

Taikant Stjudento kriterijų patikrintas šių vidurkių skirtumų statistinis reikšmingumas. Nustatyta, kad didžiausias vidurkių skirtumas, esant žymaus laipsnio afazijai, yra įvertinus regimąjį išiminimą ir verbalinį mąstymą. Statistiškai visi keturių pažintinių procesų vidurkių skirtumai yra reikšmingi, nes $p < 0,05$. Pasirinktas statistinis reikšmingumas, kai $p < 0,05$.

Remiantis 7 lentelės duomenimis, esant žymaus laipsnio afazijai, labiausiai sutrinka regimasis išiminimas ir sąvokinis mąstymas. Respondentams sunku sukaupti dėmesį ir kalbėti.

Pažintinių procesų įvertinimo palyginimas ūmiuoju ligos periodu ir išvykstant iš gydymo įstaigos, esant vidutinio laipsnio afazijai

Taikyto testo pavadinimas	M1 (prieš)	M2 (po)	Vidurkių skirtumas	N	p
Veiksminio-vaizdinio mąstymo įvertinimas tyrimo pradžioje ir pabaigoje, esant vidutinio laipsnio afazijai	2,04	2,91	0,87	47	0,000
Sąvokinio mąstymo įvertinimas tyrimo pradžioje ir pabaigoje, esant vidutinio laipsnio afazijai	2,72	3,23	0,51	47	0,004
Dėmesio pasiskirstymo įvertinimas tyrimo pradžioje ir pabaigoje, esant vidutinio laipsnio afazijai	2,04	2,93	0,89	47	0,000
Regimojo įsiminimo įvertinimas tyrimo pradžioje ir pabaigoje, esant vidutinio laipsnio afazijai	2,21	2,85	0,64	47	0,002

Atlikus statistinius skaičiavimus naudojant Stjudento kriterijų paaiškėjo, kad vidurkių skirtumas beveik vienodai pasiskirstė tarp veiksmio-vaizdinio mąstymo ir dėmesio pasiskirstymo – jie buvo aukščiausi. Šiuo atveju, sąvokinio mąstymo vidurkių skirtumas buvo mažiausias.

Statistiškai visi keturių pažintinių procesų vidurkių skirtumai yra reikšmingi, nes $p < 0,05$. Pasirinktas statistinis reikšmingumas, kai $p < 0,05$.

Galima daryti išvadą, kad esant vidutinio laipsnio afazijai labiau sutrinka veiksmio-vaizdinis mąstymas ir dėmesio pasiskirstymas.

Pažintinių procesų įvertinimo palyginimas ūmiuoju ligos periodu ir išvykstant iš gydymo įstaigos, esant nežymaus laipsnio afazijai

Taikyto testo pavadinimas	M1 (prieš)	M2 (po)	Vidurkių skirtumas	N	p
Veiksminio-vaizdinio mąstymo įvertinimas tyrimo pradžioje ir pabaigoje, esant vidutinio laipsnio afazijai	3,40	3,90	0,5	10	0,000
Sąvokinio mąstymo įvertinimas tyrimo pradžioje ir pabaigoje, esant vidutinio laipsnio afazijai	3,40	3,90	0,5	10	0,000
Dėmesio pasiskirstymo įvertinimas tyrimo pradžioje ir pabaigoje, esant vidutinio laipsnio afazijai	3,50	3,80	0,3	10	0,000
Regimojo išiminimo įvertinimas tyrimo pradžioje ir pabaigoje, esant vidutinio laipsnio afazijai	3,10	3,70	0,6	10	0,001

9 lentelės duomenys rodo, kad tyrimo metu surinktus rodmenis, analizuojant pagal Stjudento kriterijų, esant nežymaus laipsnio afazijai, nustatyta nežymus regimojo išiminimo sutrikimas. 0,1 balu mažesnis yra veiksminio - vaizdinio ir sąvokinio mąstymo sutrikimas. Nors ir nedideli vidurkių skirtumai, bet aukštesni už dėmesio pasiskirstymo kriterijų vidurkius.

Statistiškai visi keturių pažintinių procesų vidurkių skirtumai yra reikšmingi, nes $p < 0,05$. Pasirinktas statistinis reikšmingumas, kai $p < 0,05$.

Apibendrinus visus tris afazijų laipsnius, galima daryti išvadas, kad:

- esant žymaus laipsnio afazijai, sutrinka visi pažintiniai procesai, tačiau labiausiai sutrinka regimasis išiminimas ir sąvokinis mąstymas;
- esant vidutinio laipsnio afazijai, labiau sutrinka veiksminis-vaizdinis mąstymas ir dėmesio pasiskirstymas;
- esant nežymaus laipsnio afazijai, nežymiai sutrinka regimasis išiminimas.

Išvados

1. Išanalizavus mokslinę, metodinę literatūrą nustatyta, kad vieningo afazijos apibrėžimo nėra, visas afazijų formas sieja bendras bruožas – gebėjimo kalbėti ar suprasti kalbą praradimas, kuris lemia ir pažintinių procesų sutrikimą.
2. Nestandartizuotu testu nustatyta kad:
 - **esant motorinei aferentinei afazijai** labiausiai nukenčia dėmesys, regimasis įsiminimas ir veiksminis - vaizdinis mąstymas;
 - **motorinės eferentinės afazijos** išaiškėjo veiksminio-vaizdinio mąstymo sunkumai, taip pat dėmesio sukauptimo stoka ilgesniam laikui bei sunkumai atsiminti logopedo paliepiumus, tačiau mažiausiai nukenčia sąvokinis mąstymas;
 - **sensomotorinės afazijos** pažintiniai procesai nukenčia labiausiai. Išsiskiria dėmesio sukauptimo ir regimojo įsiminimo trūkumai. Šiek tiek švelnesni yra vaizdinio-veiksminio ir sąvokinio mąstymo sutrikimai.
3. Pažintinių procesų sutrikimas priklauso nuo gebėjimo kalbėti praradimo laipsnio.
4. Per logopedines pratybas, tikslingai parinkus užduotis pažintinėms funkcijoms skatinti, jos pamažu atsikuria ir tampa pozityviu veiksmiu kalbai atkurti.
5. Atlikus tyrimą, pasitvirtino iškelta hipotezė, esant įvairioms afazijos rūšims, pažintinės veiklos sutrikimai pasireiškia skirtingai.

Literatūra

1. Almonaitienė J. (Red.). (2003). Bendravimo psichologija. Kaunas: Technologija.
2. Avižonienė, I., Barkauskas, E., Bičkuvienė, I., Budrys, V. (2004). Nervų ligos. Vilnius: Avicena.
3. Budrys V. (Red.). (2009). Klinikinė neurologija. Vilnius: Vaistų žinios.
4. Čekanaivičius V., Murauskas G. (2001). Statistika ir jos taikymai I. Vilnius: TEV
5. Daukšytė J. (2010). Bendroji psichologija: pažinimo procesas. Vilnius: VPU leidykla.
6. Gage N. L., Berliner D. C. (1994). Pedagoginė psichologija. Vilnius: Alma littera.
7. Ivoškuvienė, R. (1993). Afazija. Garšvienė, A., Ivoškuvienė, R. Logopedija. Kaunas: Šviesa.
8. Jacikevičius A. (1999). Siela, Mokslas, Gyvensena. Psichologijos įvadas studijų pradžiai. Vilnius: Žodynas.
9. Jasulaitienė S. (2004). Insultą patyrusių pacientų rehabilitacija. Sveikas žmogus. Nr.3. Kaunas: Kauno medicinos centras.
10. Kaffemanas R. (2001). Mąstymo psichologija. Šiauliai: Šiaulių universiteto leidykla.
11. Kardelis K. (2002). Mokslinių tyrimų metodologija ir metodai. Kaunas: JUDEX leidykla.
12. Matulienė G. (2002). Pažintiniai procesai. Matulienė G. (Red.). Psichologija studentui. Kaunas: Technologija.
13. Matulienė G. (2007). Mąstymas ir kalba. Lekavičienė R. (Red.) ir kt. Psichologija šiandien. Kaunas: Technologija.
14. Medicinos enciklopedija (1976). Kaunas: Šviesa.
15. Merkys G., (1999). Pedagoginio tyrimo metodologijos pradmenys. Šiauliai: Šiaulių universiteto leidykla.
16. Myers, David G. (2008). Psichologija : vadovėlis aukštųjų mokyklų studentams. Kaunas : Poligrafija ir informatika.
17. Petruševičienė D., Kriščiūnas A. (2005). Veiksniai, turintys įtakos sergančiųjų galvos smegenų insultu ergoterapijos efektyvumui. Medicina, Nr.41 (4).
18. Piaget J. (1999). Intelkto prigimtis. Psichologai apie žmogaus raidą. Kaunas: Šviesa.
19. Piaget J. (2002). Vaiko kalba ir mąstymas: vaiko logikos tyrinėjimai. Vilnius: Aidai.
20. Psichologijos žodynas (1993). Vilnius : Mokslo ir enciklopedijų leidykla.

21. Rimkutė E., Lipeikaitė N. (1995). Kai kurie regimosios vaizdinės informacijos atsiminimo dėsningumai // *Psichologija*. Nr. 3.
22. Rimkutė J. (2007). *Mąstymas ir kalba*. Vilnius: VU leidykla.
23. Визель Т.Г. (2005). *Основы нейропсихологии: учеб. для студентов вузов*. Москва: Астрель.
24. Böhme, G. (1997). *Aphasie. Sprach-, Sprech-, Stimm- und Schluckstörungen*. Bd. 1 Klinik. Stuttgart; Lubeck; Ulm: G. Fischer.
25. Величковский Б. М.(2006). *Когнитивная наука: Основы психологии познания*. Москва: Academia.
26. Визель Т.Г.(2002). *Нейролингвистический анализ атипичных форм афазии*: Астрель.
27. Волковой, Л.С., Шаховской С.Н. (Ред.)(1998). *Логопедия: Учебник для студентов дефектол*. Москва: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС.
28. Выготский А.С. (1982; 2005). *Мышление и речь*. Москва: ЭКСМО-Пресс.
29. Выготский Л. С. (1960). *Развитие высших функций*. Москва: Просвещение.
30. Козелкин А.А, Козелкина С.А. (2006). *Динамика двигательных и речевых расстройств у больных в остром периоде внутримозговых геморрагий подкорковой локализации на фоне комплексного лечения*. Запорожский медицинский журнал. №1(34).
31. Зайцев И.С. (2006). *Афазия. Учебно-методическое пособие*. – Минск: БГПУ им. Максима Танка.
32. Лурия А.Р.(1962; 2000). *Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга*. Москва: МГУ.
33. Лурия, А. Р., Хаттон, Дж., Хлотон, Т.(2004). *Современная оценка основных форм афазии*. Хрестоматия по нейропсихологии. (2004). Москва: Модэк.
34. Маклаков А. Г. (2001). *Общая психология*. Питер: СПб
35. Пиаже Ж. (1969). *Избранные психологические труды*. Москва: Просвещение.
36. Хомская Е. (2007). *Нейропсихологическая диагностика*. Москва. Эксмо-Пресс : В. Секачев.
37. Хомская, Е. (1987). *Нейропсихология*. Москва: Янко Слава.
38. Цветкова, Л. (1988). *Афазия и восстановительное обучение*. Москва: Просвещение.
39. Цветкова, Л. (2000). *Нейропсихология счема, писма и чтения: нарушение и восстановления*. Москва- Воронеж: Модэк.
40. Шохор-Троцкая (Бурлакова). (2001). *Стратегия и тактика восстановления речи*. Москва: Эксмо-Пресс. : В. Секачев.
41. Braun, O. (1999). *Sprachstörungen bei Kindern und Jugendlichen: Diagnostik- Therapie*.

42. Cholewa, J. (2002). Der kognitive Ansatz in der klinischen Sprachtherapieforschung. Tübingen.
43. Ewanowski, St. J. (1980). Dysphasia in adults. Ewanowski, St. J., Hixon J., Shriberg, D., Saxman, H. Introduction to communication disorders: New Jersey.
<http://74.125.77.132/search?q=cache:BrxQzmd09lkJ:www.smithsrisca.demon.co.uk/neuro-timeline.html+aphasia+gesner+swiss&cd=3&hl=lt&ct=clnk&gl=lt> (žiūrėta 2010-04-24)
44. Gresham G.E. et al. (1997). Rehabilitation. *Circulation. American Heart Association*, 28(7).
45. Poeck, K. (1994). Neurologie. Stuttgart: Springer.
46. Rasquin SM, Lodder J, Ponds RW, Winkens I, Jolles J, Verhey FR.(2004). Cognitive functioning after stroke: a one-year follow-up study. *Dement Geriatr Cogn Disord*.
47. Smith D. J. (2005) Neuropsychology: Timeline.
48. Tronbacke, B. (1995). Klinische Neuropsychologie. Siegen: Thieme.
49. Wirth, G. (1994). Sprachstörungen, Sprechstörungen, Kindliche Hörstörungen. Köln. Wund W. (2002). Psichologijos pagrindai. Vilnius: Alma littera.

Summary

There is analysis of four cognitive processes: action-visual thinking, visual memorizing, conceptual thinking and attention of persons who had aphasias caused of encephalon stroke in this Master work. To find out the connection between speaking disorders and cognitive processes in different kinds of aphasia was the main goal.

There were two stages in this survey: in the beginning of disease and leaving the hospital. Non-standardized tests have been used for the analysis of cognitive processes.

The analysis showed that attention, visual memorizing and action-visual thinking are the most damaged in motor-afferent aphasia. In the case of motor-efferent aphasia was detected action-visual thinking difficulties, attention accumulation disorders for longer period and difficulties to remember tasks of speech therapist. In this case there are only few conceptual thinking disorders. The most damaged conceptual disorders are in the case of sensorimotor aphasia. There are reversible disorders of attention accumulation and visual memorizing. Less cases are found of action-visual thinking and conceptual thinking disorders.

The analysis showed that the conceptual processes disorders depend on level of ability of speaking and understanding loss. Disorders are gone if they are treated with right speech therapy exercises. Positive factor for recreate the speaking skills is right speech therapy.

The hypothesis - disorders of cognitive processes are different in different kinds of Aphasia, is correct.

Essential words: aphasia. Cognitive processes, stroke, speech.

PRIEDAI