

OCENJEVANJE AFAZIČNEGA GOVORA V OBDOBJU REHABILITACIJE PO NEZGODNI MOŽGANSKI POŠKODBI *ASSESSMENT OF APHASIC SPEECH DURING REHABILITATION AFTER TRAUMATIC BRAIN INJURY*

Maja Ogrin, prof. defektologije – logopedinja, mag. Nada Žemva, specialistka klinične logopedije

Inštitut Republike Slovenije za rehabilitacijo, Klinika za fizikalno medicino in rehabilitacijo

Izvleček

Izhodišča:

Afazija spada med pogostejše posledice nezgodnih možganskih poškodb. Sporazumevanje je lahko še dolgo časa po poškodbi oteženo ali spremenjeno, kar pomembno vpliva na izid zdravljenja in rehabilitacije. Iskanje ustreznih načinov merjenja in spodbujanja sposobnosti sporazumevanja je zato pomemben sestavni del celostne rehabilitacije oseb po nezgodni možganski poškodbi.

Metode:

Izdelali smo test za oceno govorno-jezikovnih sposobnosti za osebe po nezgodni možganski poškodbi. Test vsebuje naloge za ocenjevanje razumevanja, verbalne ekspresije (govor), branja, pisanja in računanja. Pri pripravi testa smo izhajali iz značilnosti slovenskega jezika in upoštevali demografske značilnosti populacije, ki ji je test namenjen. Z raziskavo smo želeli preveriti zanesljivost testa in njegovo uporabnost v klinični praksi. V pilotsko študijo smo vključili 15 oseb po nezgodni možganski poškodbi.

Rezultati:

Ugotovili smo dobro zanesljivost testa, saj je vrednost Cronbachovega koeficienta α pri numeričnih postavkah ($\alpha = 0,9792$). Pri uporabi testa ni bilo težav. Pri večini bolnikov smo testiranje izvedli v štirih pol-urnih srečanjih. Pri posameznih bolnikih smo testiranje opravili v krajših časovnih delih. V izbranem vzorcu je bilo največje število bolnikov z amnestično afazijo.

Zaključki:

Test za ocenjevanje govorno-jezikovnih sposobnosti pri osebah po nezgodni možganski poškodbi je primeren in

Abstract

Background:

Aphasia is one of the most frequent consequences of traumatic brain injuries. Communication can be impeded or changed for a long time after the injury, which exerts an important impact upon the results of treatment and rehabilitation. The search for suitable methods of assessing and encouraging communication skills is therefore an important integral part of the complex rehabilitation of persons who sustained traumatic brain injury.

Methods:

A test was conceived for the assessment of speech abilities of persons after traumatic brain injury. The test included tasks for the assessment of understanding, verbal expression (speech), reading, writing and calculation. It was derived from specifics of the Slovene language, taking into account the demographic characteristics of the target population. An objective of the investigation was to verify the reliability of the test and its applicability to clinical practice. The pilot study included 15 persons after traumatic brain injury.

Results:

The test was found to be highly reliable; the value of the Cronbach α -coefficient of numerical values amounted to $\alpha = 0.9792$. No difficulties occurred at applying the test. With most examinees the test was performed in four 30-minute sessions. In some cases, the test was carried out in shorter time units. The largest number of the selected subjects had amnesic aphasia.

Conclusions:

The test for assessing speech and language abilities of persons after traumatic brain injury is suitable for and

uporaben za ocenjevanje motenj sporazumevanja v obdobju, ko je primarno zdravljenje v bolnišnici zaključeno. Logopedu nudi dovolj informacij za diferencialno diagnostiko in načrtovanje obravnave. Test je dobra osnova za nadaljnje delo in razvoj logopedskega diagnostičnega gradiva za afazične bolnike.

Ključne besede:

afazija, diagnostika, rehabilitacija

applicable in assessing communication disorders in the period after primary hospital treatment. It provides the speech therapist with sufficient information for differential diagnostics and treatment plans. It represents a fine basis for further work and development of diagnostic speech therapy material for aphasic patients.

Key words:

aphasia, assessment, rehabilitation

UVOD

Nezgodna možganska poškodba je eden od večjih zdravstvenih in socialnih problemov sodobnega časa. V večini zahodnih držav je incidenca bolnikov po poškodbi glave, sprejetih na bolnišnično zdravljenje, približno 200/100.000 na leto. Statistični podatki za Slovenijo se ne razlikujejo veliko od svetovnih statistik. Po podatkih Inštituta za varovanje zdravja Slovenije znaša incidenca 175/100.000 na leto. V zadnjih letih je bilo število poškodovanih okrog 3.500 na leto. Inštitut Republike Slovenije za rehabilitacijo (IRSR) v Ljubljani je osrednja in edina rehabilitacijska ustanova na terciarni ravni, ki zagotavlja celovito rehabilitacijsko obravnavo oseb z nezgodno možgansko poškodbo po zaključenem primarnem zdravljenju. V programe rehabilitacije bolnikov po nezgodni možganski poškodbi vsako leto sprejme 3-5% oseb z nezgodno možgansko poškodbo (1).

Nezgodna možganska poškodba je najpogostejši vzrok smrtnosti in invalidnosti pri osebah, mlajših od štirideset let. Prizadene največkrat osebe, ki so v procesu izobraževanja, pridobivanja prvih poklicnih izkušenj ter ustvarjanja pomembnih osebnih in socialnih odnosov. Nevarnost za poškodbo narašča tudi v tretjem življenjskem obdobju (po 60. letu), ko je vzrok za poškodbo najpogosteje padec. V povprečju jo dva in pol-krat pogosteje utrpijo mlajši moški (1-5).

Posledice nezgodnih možganskih poškodb so raznolike in posredno posežejo na vsa področja človekovega življenja. Klinična slika je odvisna od vzroka poškodbe (jakosti in smeri delujoče sile, pospeškov), mesta možganske okvare, njenega obsega in sekundarnih zapletov. Odvisna je tudi od številnih dejavnikov, ki opredeljujejo bolnika, kot so: starost, zdravstveno stanje pred poškodbo, osebne značilnosti pred poškodbo, čas od poškodbe do sprejema v obravnavo, primarna oskrba idr. Klinična slika je pri vsakem bolniku drugačna in se spreminja v posameznih časovnih obdobjih zdravljenja in okrevanja (5).

Za posledice nezgodne možganske poškodbe je značilno, da mnoge v klinični praksi zlahka prepoznamo, nekatere

pa so bolj prikrite in lahko nanje le posredno sklepamo. Med najpogostejšimi posledicami so poleg motenj gibanja, kognitivnih motenj (motnje pozornosti, koncentracije, spomina idr.), motenj vedenja in čustvovanja tudi motnje sporazumevanja (2-7).

Motnje sporazumevanja so po nezgodni možganski poškodbi najpogosteje izražene v obliki različnih afazičnih sindromov. V literaturi lahko najdemo najrazličnejše definicije afazije, ki so nastale zaradi različnega pristopa avtorjev pri definiranju tega kliničnega fenomena. V najširšem smislu je afazija pridobljena motnja simbolne komunikacije, ki zajema motnje lingvističnih, paralingvističnih ter kognitivnih sposobnosti. Med klasične afazične sindrome se uvrščajo oblike afazij z jasno klinično sliko in lokacijo možganske poškodbe. V to skupino spadajo: globalna, motorična (Brocova), senzorična (Wernickova), konduktivna, amnestična, transkortikalna motorična, transkortikalna senzorična in transkortikalna mešana afazija (8).

Podatki o pogostosti afazičnih motenj po nezgodni možganski poškodbi v literaturi variirajo od 2% do 30%. Amnestična afazija se pri odraslih pojavlja najpogosteje, nefluentne afazije (globalna in Brocova) pa sta pogostejši pri otrocih in adolescentih (3).

Motnje sporazumevanja se po nezgodni možganski poškodbi lahko kažejo tudi v teženih artikulaciji in glasovni produkciji kot dizartrija ali kot nekatere druge neafazične motnje, kot so: mutizem, disfonija, zmeden jezik, logoreja, uporaba bizarnih besed in fraz (3, 9, 10).

V literaturi se za opisovanje motenj na področju sporazumevanja po nezgodni možganski poškodbi pogosto pojavljata tudi izraza »kognitivno-jezikovne motnje« in »kognitivno-komunikacijske motnje«. To je po eni strani posledica raziskovanja patopsiholoških dejavnikov nezgodne možganske poškodbe. Raziskovalci so namreč ugotovili, da jezikovnih sposobnosti ne morejo raziskovati, ne da bi upoštevali nevropsihološko funkcioniranje. Po drugi strani pa pojem »kognitivno-jezikovna motnja« poudarja, da so motnje sporazumevanja po nezgodni možganski poškodbi lahko odraz motenj pri kognitivnih procesih (3, 9).

Na IRSR je na leto v programe rehabilitacije sprejetih okoli 120 oseb po nezgodni možganski poškodbi. Med njimi jih ima dobri dve tretjini različne motnje sporazumevanja in potrebujejo logopedsko obravnavo.

Ocenjevanje afazičnega govora v obdobju rehabilitacije

Stanje bolnika po nezgodni možganski poškodbi je v fazi rehabilitacije praviloma že stabilnejše. To omogoča bistveno drugačne pogoje za ocenjevanje pridobljenih govorno-jezikovnih motenj kot v akutni fazi. Cilj logopedске diagnostike je oceniti in analizirati učinkovitost bolnikovega sporazumevanja: njegovo sodelovanje v pogovoru, koliko in katera sporočila razume, ali se ustrezno odziva, katere oblike verbalnega in neverbalnega sporočanja uporablja, ali zmore brati, pisati in računati.

Izhodišče ocenjevanja učinkovitosti bolnikovega sprejemanja informacij in sporočanja je vodeni pogovor z bolnikom in opazovanje bolnika v spontanah poskusih sporazumevanja. Podrobnejši pregled posameznih področji govornega in jezikovnega procesiranja pa omogočajo različni testi (11).

V tujini sta med najpogosteje uporabljenimi standardiziranimi testi Boston Diagnostic Aphasia Examination – BDAE (6, 12) in Western Aphasia Battery - WAB (6, 12, 13). Na nemškem govornem področju za ocenjevanje afazičnega govora uporabljajo standardizirano baterijo testov Aachener Aphasie Test – AAT (11, 14). Poleg teh testov uporabljajo tudi teste za ocenjevanje splošnih komunikacijskih sposobnosti, kot npr. Minnesota Test for the Differential Diagnosis of Aphasia – MTDDA (12, 14) in Porch Index of Communicative Ability – PICA (12, 14). Za ocenjevanje specifičnih jezikovnih sposobnosti se pogosteje uporabljata Boston Naming test – BNT (14) in Token Test – TT (14, 15). Izbira testnega orodja je odvisna od namena logopedске diagnostike, prav tako pa tudi od individualne izbire in teoretične naravnosti logopeda (14).

Obstojećih testov ne moremo kar preprosto prevesti in jih uporabiti v naši klinični praksi, ampak jih je treba ustrezno prilagoditi in pri tem upoštevati naše jezikovne in kulturne značilnosti. Če ustrezna prilagoditev ni mogoča, avtorji svetujejo izdelavo lastnega testa (14). V Sloveniji še nimamo standardiziranih testov za ugotavljanje afazij v poakutnem obdobju okrevanja po poškodbi glave.

NAMEN RAZISKAVE

Izdelali smo test za ocenjevanje govorno-jezikovnih sposobnosti in z raziskavo želeli ugotoviti zanesljivost testa ter njegovo uporabnost v klinični praksi. Poleg tega pa nas je zanimalo, katera vrsta afazije bo v našem vzorcu oseb najpogostejša.

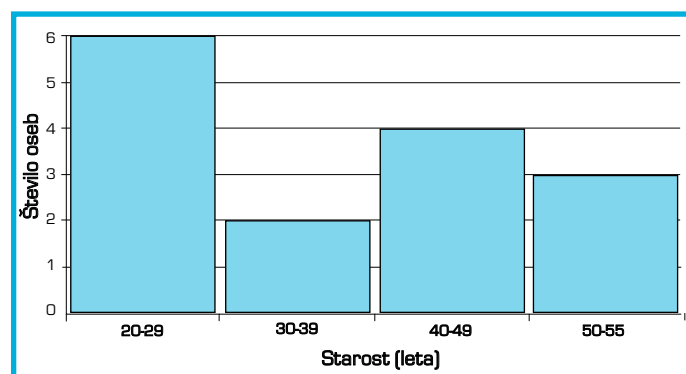
Test za ocenjevanje govorno-jezikovnih sposobnosti

Opravili smo analizo protokolov za ocenjevanje afazičnega govora, ki jih uporabljamo v naši klinični praksi. Ugotovili smo, da nimamo primerne protokola za ugotavljanje govorno-jezikovnih sposobnosti pri bolnikih po nezgodni možganski poškodbi v poakutnem obdobju zdravljenja. Na osnovi naših ugotovitev in dosedanjih kliničnih izkušenj smo izdelali test »Pregled govorno-jezikovnih sposobnosti - PGJS« (Vir: Maja Ogrin, logopedska dokumentacija na oddelku za rehabilitacijo po možganskih poškodbah na IRSR). Test je sestavljen iz petih pod-testov, ki ocenjujejo: 1. slušno razumevanje, 2. govor, 3. branje, 4. pisanje in 5. računanje. Skupno število nalog je 58. Naloge v posameznem pod-testu si hierarhično sledijo, od lažjih k zahtevnejšim. Zapisujemo število pravih odgovorov, preiskovanec lahko pri vsaki nalogi zbere od 0 do največ 6 točk. Test omogoča kvantitativno in opisno zapisovanje doseženih rezultatov. Izvajanje testiranja je določeno z navodili za uporabo protokola. Pripravili smo tudi gradivo za izvajanje testa (stvarni predmeti, pisne predloge, slikovno gradivo).

Test je namenjen ocenjevanju sporazumevanja odraslih oseb (od 15. leta dalje) s poškodbo glave, lahko pa bi ga uporabili tudi pri drugih bolnikih z afazičnim govorom (npr. pri bolnikih po možganski kapi). Pri izbiri nalog in pripravi testnega gradiva smo upoštevali spol, različno izobrazbeno raven in socialno-kulturno strukturo populacije. Pri oblikovanju vsebine testa je sodeloval tudi jezikoslovec, ki je pregledal ustreznost nalog z jezikovnega vidika.

PREISKOVANCI IN METODE DELA

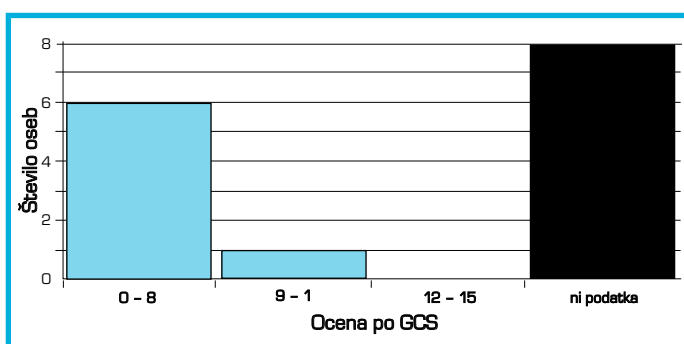
V pilotsko študijo smo vključili vzorec 15 naključno izbranih oseb po nezgodni možganski poškodbi. Vključili smo prvih petnajst oseb, ki so bile v letu 2008 vključene v programe rehabilitacije oseb po poškodbi glave na IRSR, in pri katerih je zdravnik specialist fizikalne in rehabilitacijske medicine ob sprejemu ugotovil indikacijo za logopedsko obravnavo. V skupini so bili 1 ženska in 14 moških, starih od 20 do 55 let (povprečna starost je bila 35,6 let), (slika 1).



Slika 1: Porazdelitev starosti preiskovancev

Preiskovanci so se razlikovali po stopnji izobrazbe. Največ, 11 preiskovancev, je imelo končano srednjo ali poklicno šolo, 2 sta imela končano osnovno šolo in 2 fakulteto ($M = 2$; $SD = 0,53$). Vse osebe, zajete v vzorcu, so bile v letu 2008 prvič vključene v program rehabilitacije na Inštitutu Republike Slovenije za rehabilitacijo (IRSR). Čas od nastanka poškodbe do sprejema na obravnavo se je pri preiskovancih gibal od 1 do 21 mesecev ($M=4,13$; $SD=4,94$).

Pri preiskovancih nas je zanimal tudi podatek o oceni po Glasgowski ocenjevalni lestvici kome (GCS). Podatek o oceni po GCS ni bil dosegljiv za vse poškodovane, vključene v preiskavo. Podatke smo pridobili za 7 oseb, pri katerih je bila ocena po GCS ob poškodbi med 3 in 10 ($M=4,86$; $SD=2,54$), kar pomeni, da je večina utrpela hudo nezgodno možgansko poškodbo (slika 2).



Slika 2: Porazdelitev ocen po Glasgow koma lestvici (GCS)

Vzrok nezgodne možganske poškodbe je bil pri devetih preiskovancih prometna nesreča, pri šestih pa padec. Demografski in klinični podatki o preiskovancih so prikazani v tabeli 1.

Tabela 1: Značilnosti preiskovancev.

Preisko- vanec	Spol	Starost	Izobrazba	GCS	Čas od poškodbe (meseči)
1	m	50	srednja š.	4	2
2	m	21	srednja š.	3	4
3	m	42	osnovna š.	5	2
4	m	20	srednja š.	/	3
5	m	46	fakulteta	/	6
6	m	53	srednja š.	/	6
7	m	20	srednja š.	/	3
8	m	27	srednja š.	6	1
9	ž	24	fakulteta	/	21
10	m	55	osnovna š.	/	1
11	m	49	srednja š.	3	2
12	m	43	srednja š.	10	2
13	m	33	srednja š.	/	2
14	m	21	srednja š.	/	5
15	m	30	srednja š.	/	2

Ob sprejemu je bolnike pregledal zdravnik specialist fizi-
kalne in rehabilitacijske medicine in je pri vseh ugotovil
indikacije za logopedsko obravnavo. Pri vseh bolnikih je
logoped ocenil govorno-jezikovne sposobnosti po priprav-
ljenem testu. Podatke, ki smo jih dobili pri uporabi testa na
izbranem vzorcu oseb po nezgodni možganski poškodbi,
smo primerjali tudi z diferencialno diagnostičnimi značil-
nostmi posameznih afazičnih sindromov (8). Na podlagi
tega smo pri vsakem preiskovancu postavili logopedsko
diagnozo.

Rezultati logopedskega pregleda so bili nato statistično
obdelani s programskim paketom SPSS 10.0. Za ugotavlja-
nje stopnje zanesljivosti testa smo uporabili Cronbachov
 α - koeficient zanesljivosti.

REZULTATI

Rezultati (število točk), ki so jih preiskovanci dosegli na
podtestih slušnega razumevanja (PRAZ), govora (PGOV),
branja (PBRA), pisanja (PPIS) in računanja (PRAČ), so
prikazani v tabeli 2.

Tabela 2: Rezultati (število točk), ki so jih preiskovanci
dosegli na posameznih podtestih, in opisne statistike za
podteste.

Preisko- vanec	PRAZ	PGOV	PBRA	PPIS	PRAČ	Skupaj
1	18	21	13	22	17	91
2	77	75	53	81	42	328
3	19	0	0	29	19	67
4	75	74	59	70	45	323
5	72	77	56	84	48	337
6	76	77	56	82	45	336
7	73	58	52	28	23	234
8	77	75	59	82	47	340
9	77	76	57	84	48	342
10	50	54	40	47	21	212
11	66	69	54	62	38	289
12	51	53	50	49	34	237
13	76	75	60	84	47	342
14	3	17	5	0	0	25
15	75	73	45	81	44	318
Možno št. točk	78	78	60	84	48	348
Minimum	3	0	0	0	0	25
Maksimum	77	77	60	84	48	342
Povprečje	59,0	58,3	43,9	59,0	34,5	254,7
St. odklon	25,4	25,3	20,5	28,0	14,9	109,7

Rezultati deskriptivne statistične analize so prikazani v
tabeli 3.

Tabela 3: Rezultati deskriptivne statistične analize

Podtest	N	Min	Maks	M	SD
Prazumevanje	15	3,00	77,00	59,0000	25,4081
Pgovor	15	,00	77,00	58,2667	25,3108
Pbranje	15	,00	60,00	43,9333	20,4920
Ppisanje	15	,00	84,00	59,0000	28,0128
Pračunanje	15	,00	48,00	34,5333	14,8990

Opravili smo statistično analizo rezultatov, ki smo jih dobili pri testiranju preiskovancev. Za preverjanje notranje zanesljivosti testa smo izračunali Cronbachov α -koeficient. Izhajali smo iz dejstva, da je α -koeficient zanesljivosti povprečje vseh možnih ocen zanesljivosti znotraj razdeljenega testa ali povprečne zanesljivosti skupnega testiranja oziroma opazovanj. Zanesljivost se nanaša na stalnost, stabilnost in ustreznost testnih rezultatov (14, 16). Vrednost Cronbachovega α -koeficienta za celotni test je 0,9792, kar pomeni visoko stopnjo zanesljivosti testa. Za posamezne podteste je bila vrednost α -koeficienta med 0,9370 in 0,9737, kar prav tako potrjuje visoko zanesljivost posameznih podtestov.

V izbranem vzorcu oseb so se motnje na področju sporazumevanja najpogosteje izražale kot amnestična afazija (pri desetih preiskovancih), na drugem mestu pa senzorična afazija (pri petih preiskovancih).

Pri uporabi testa ni bilo večjih težav. Merili smo čas, ki je potreben za reševanje, in ugotovili, da za celoten test v povprečju potrebujemo 120 minut. Pri večini oseb, ki smo jih vključili v študijo, smo test izvedli v štirih obravnavah, vsaka od njih je trajala 30 minut. V nekaj primerih smo test končali prej, pri nekaterih bolnikih pa smo morali posamezne sklope testa deliti v več manjših enot, kar je podaljšalo čas testiranja. Čas, ki smo ga porabili za testiranje, se je gibal med 60 in 150 minutami.

RAZPRAVA

Diagnostika govorno-jezikovnih sposobnosti je vedno povezana z jezikovnim področjem, v katerem razvijamo in gradimo sporazumevanje, v katerem živimo, se izobražujemo in delamo. V tujini obstaja vrsta standardiziranih in nestandardiziranih testov za ocenjevanje afazičnega govora, ki pa jih moramo za uporabo v naši klinični praksi ali ustrezno jezikovno prilagoditi ali pa izdelati svoje diagnostične protokole (14, 17). Odločili smo se za slednje. Na IRSR ima logopedska obravnava oseb z afazičnim govorom že dolgo tradicijo. V tem obdobju so nastali različni interni protokoli za ocenjevanje afazičnega govora. Te protokole smo pri oblikovanju novega testa uporabili za izhodišče. Izkušnje, ki smo jih pridobili pri uporabi prejšnjih testov, pa so nam pomagale pri vsebinski nadgradnji in oblikovni podobi novega testa. Posamezne naloge smo vsebinsko spremenili in dopolnili ter dodali ocenjevalno lestvico, ki logopedu

omogoča tudi kvantitativno zapisovanje podatkov. Šele zbir vseh podatkov (anamnestični, podatki o poškodbi in poteku zdravljenja, kvantitativni in kvalitativni rezultati testa) pa omogoča diferencialno diagnostiko in postavitev ciljev logopedске obravnave. V novem diagnostičnem protokolu smo tako združili znanje s področja afazij, dosedanje izkušnje in priporočila domačih ter tujih strokovnjakov (14).

V test smo vključili tudi pregled računanja, ki praviloma ni sestavni del obstoječih testov za ugotavljanje afazije. S tem pregledom logoped dobi vpogled v posameznikovo zmožnost prepoznavanja in poimenovanja števil, v dojemanje količine in v sposobnosti enostavnega računanja. Tudi te sposobnosti so lahko sestavni del sporazumevanja. Sposobnosti so pomembne pri ravnanju z denarjem in prepoznavanju ter razumevanju številčnih podatkov pri odraslih, še bolj pomembne pa so pri mladih po nezgodni možganski poškodbi, ki se po zaključeni rehabilitaciji vračajo v šolo.

Test PGJS, katerega uporabnost smo v študiji preverjali, je prvi poskus izdelave protokola za slovensko jezikovno področje. Namenjen je ocenjevanju govorno-jezikovnih sposobnosti odraslih oseb z nevrološkimi motnjami sporazumevanja (po poškodbi glave, po možganski kapi idr.) v času rehabilitacije. V študiji smo se omejili na uporabo testa pri osebah po nezgodni možganski poškodbi.

Namen je bil izdelati test, ki bo omogočal celovit pregled govorno-jezikovnih sposobnosti bolnika z afazijo. Test je podroben in zato tudi obsežnejši. Pri večini preiskovancev, ki smo jih vključili v našo študijo, smo za izpeljavo celotnega testa potrebovali 2 uri (štiri srečanja po 30 minut). V prid dolžini testa govori dejstvo, da za ustrezno prepoznavanje težav pri sporazumevanju in učinkovito načrtovanje terapije potrebujemo veliko število podatkov. Kako hitro bomo zbirali in pridobili zelene podatke, pa je v veliki meri odvisno tudi od sodelovanja bolnika. Izvajanje takega celostnega testa zato prilagodimo sposobnostim in zmožnostim bolnika (utrudljivost, motnje pozornosti, koncentracije idr.). Test lahko izvajamo po posameznih podtestih ali pa tudi te delimo na manjše enote. Lahko pa bi razmišljali tudi o tem, ali je smiselno toliko časa porabiti za testiranje, namesto da bi ga izkoristili za terapijo? Dve uri se zdi veliko, a kljub temu je odgovor pritrdilen. V klinični praksi namreč logopedska diagnostika in terapija praviloma nista procesa, ki si zaporedno sledita, ampak se ves čas medsebojno prepletata.

Za izvajanje testa kot tudi za razlago rezultatov je potrebno znanje s področja afazij in poznavanje drugih motenj (kognitivne motnje, motnje vida, apraksija, agnozija in druge), ki so posledica nezgodne možganske poškodbe in vplivajo na izvajanje testa (18).

Test je dobra osnova za nadaljnje delo in razvoj logopedskega diagnostičnega gradiva za bolnike z afazičnim govorom. Da bi lahko ugotovili ostale psihometrične lastnosti testa, bomo

študijo nadaljevali na večjem številu preiskovancev in vanjo vključili tudi druge skupine bolnikov. Zanimiva pa bi bila tudi primerjava s skupino oseb brez govornih motenj. V naši raziskavi smo se omejili na ocenjevanje notranje zanesljivosti testa. Poleg te pa je pri testih za ugotavljanje afazij pomembna tudi ponovljivost testa in notranja ocenjevalna zanesljivost, če test izvaja ter ocenjuje drug ocenjevalec (14).

V izbranem vzorcu oseb so tri osebe dosegle izrazito nizek rezultat na vseh podtestih. To smo pripisali hudim motnjam slušnega razumevanja, kar se je odražalo tudi na nizkih dosežkih pri ostalih podtestih. Motnje razumevanja so bile prisotne še pri dveh preiskovancih, ki pa so bile srednje izražene. Pri teh petih preiskovancih smo motnje pri sporazumevanju opredelili kot senzorično afazijo. Pri ostalih bolnikih smo motnjo sporazumevanja opredelili kot amnestično afazijo, saj so pri njih prevladovala motnje pri besednem priklicu. Od teh bolnikov so bili trije s težjo amnestično afazijo, pri devetih pa je šlo za blago do zmerno motnjo. Ti rezultati so primerljivi s podatki iz tuje literature, ki navaja, da je med afazičnimi motnjami po nezgodni možganski poškodbi amnestična afazija najpogostejša (3, 8, 15).

Rehabilitacija oseb po nezgodni možganski poškodbi je zahteven, občutljiv in večplasten proces, ki mora upoštevati bolnikovo celovitost. To je mogoče doseči le z usklajenim sodelovanjem strokovnjakov različnih strok (19). Logopedska stroka ima v rehabilitaciji oseb po nezgodni možganski poškodbi pomembno vlogo, saj pripomore k popolnejšemu razumevanju posledic nezgodne možganske poškodbe. Z ustreznimi tehnikami in metodami ugotavlja, spodbuja in usmerja okrevanje govorno-jezikovnih sposobnosti. Ker je odnos okolja do bolnika, ki ne more enakovredno sodelovati v razgovoru, pogosto spremenjen, logoped pomaga tudi pri sporazumevanju med bolnikom, zdravstvenim osebjem in svojci. To pa je osnova za učinkovito zdravstveno oskrbo (11, 20).

Sporazumevanje je lahko še dolgo časa po poškodbi oteženo ali spremenjeno, kar lahko pomembno vpliva na psihosocialni izid rehabilitacije. Iskanje ustreznih načinov merjenja in spodbujanja sposobnosti sporazumevanja je zato pomemben sestavni del celostne rehabilitacije oseb po nezgodni možganski poškodbi.

ZAKLJUČKI

Test za ocenjevanje govorno-jezikovnih sposobnosti pri osebah po nezgodni možganski poškodbi je primeren in uporaben za ocenjevanje motenj sporazumevanja v obdobju, ko je primarno zdravljenje v bolnišnici zaključeno. Logopedu nudi dovolj informacij za diferencialno diagnostiko in načrtovanje obravnave. Test je dobra osnova za nadaljnje delo in razvoj logopedskega diagnostičnega gradiva za afazične bolnike.

Uporabljene kratice:

IRSR – Inštitut Republike Slovenije za rehabilitacijo
 PGJS – Pregled govorno jezikovnih sposobnosti
 PRAZ – pod-test razumevanje
 PGOV – pod-test govor
 PBRA – pod-test branje
 PPIS – pod-test pisanje
 PRAČ – pod-test računanje
 BDAE – Boston Diagnostic Aphasia Examination (Goodglass & Kaplan, 1972, 1983, 2000)
 WAB – Western Aphasia Battery (Kertesz, 1979, 1982)
 AAT – Aachener Aphasia Test (Huber, Poeck & Wilmes, 1984)
 MTDDA – Minnesota Test for the Differential Diagnosis of Aphasia (Schuell, 1955, 1973)
 PICA – Porch Index of Communicative Ability (Porch, 1967, 1973, 1981)
 BNT – Boston Naming test (Kaplan et al., 1978; Goodglass & Kaplan, 2000)
 TT – Token Test (De Renzi & Vignolo, 1962)
 GCS – Glasgowska ocenjevalna lestvica kome

Literatura:

1. Košorok V. Celovita rehabilitacijska obravnava nezgodne možganske poškodbe. In: Košorok V, Grabljevec K, eds. Poškodba glave – vpliv celovite nevrorehabilitacijske obravnave na funkcijski izid. 16. dnevi rehabilitacijske medicine: zbornik predavanj, [Ljubljana], 18. in 19. marec 2005. Ljubljana: Inštitut Republike Slovenije za rehabilitacijo, 2005: 9-18.
2. Radonjič-Miholič V, Ogrin M, Štefančič T. Šolanje kot priložnost in izziv po možganskih poškodbah. Ljubljana: Inštitut Republike Slovenije za rehabilitacijo, 2008: 11-41.
3. Togher L, McDonald S, Code C. Communication problems following traumatic brain injury. In: McDonald S, Togher L, Code C, eds. Communication disorders following traumatic brain injury. Repr. Hove: Psychology Press, 2008: 1-18.
4. Ponsford J. Rehabilitation of attention following traumatic brain injury. In: Cognitive neurorehabilitation: evidence and application. 2nd ed. Cambridge: Cambridge University Press, 2008.
5. Košorok V. Klinična ocena bolnika s hudo možgansko poškodbo – prognoza izida glede na stopnjo prizadetosti možganskega debela. In: Košorok V, Grabljevec K, eds. Poškodba glave – vpliv celovite nevrorehabilitacijske obravnave na funkcijski izid. 16. dnevi rehabilitacijske medicine: zbornik predavanj, [Ljubljana], 18. in 19. marec 2005. Ljubljana: Inštitut Republike Slovenije za rehabilitacijo, 2005: 55-64.

6. Halper AS, Charney LR, Miller TK. Clinical management of communication problems in adults with traumatic brain injury. Gaithersburg: Aspen Publishers, 1991.
7. McDonald S, Togher L, Code C. The nature of traumatic brain injury: basic features and neuropsychological consequences. In: McDonald S, Togher L, Code C, eds. Communication disorders following traumatic brain injury. Repr. Hove: Psychology Press, 2008: 19-54.
8. Vuković M. Afaziologija. Beograd: SD Public, 2002.
9. Douglas JM, Bracy CA, Snow PC. Exploring the factor structure of La Trobe Communication Questionnaire: on insights into the nature of communication deficits following traumatic brain injury. In: Aphasiology. Hove: Psychology Press, 2007: 118-119.
10. Ward J. The speaking brain. In: Ward J. The student's guide to cognitive neuroscience. Repr. Hove ; New York: Psychology Press, 2007: 205-233.
11. Prosnik B, Lang A. Rehabilitacija govorno-jezikovne prizadetosti in motenj požiranja v akutnem obdobju po nezgodni možganski poškodbi. In: Košorok V, Grabljevec K, eds. Poškodba glave – vpliv celovite nevrorehabilitacijske obravnave na funkcijski izid. 16. dnevi rehabilitacijske medicine: zbornik predavanj, [Ljubljana], 18. in 19. marec 2005. Ljubljana: Inštitut Republike Slovenije za rehabilitacijo, 2005: 129-142.
12. Westby CE. Multicultural issues in speech and language assessment. In: Tomblin BJ, Morris LH, Spriestersbach CD. Diagnosis in speech – language pathology. 2nd ed. San Diego: Singular Publishing Group, 2000: 35-62.
13. Beele KA, Davis E, Dave J. Therapist's views on the clinical usefulness of four aphasia tests. Br J Disord Commun 1984; 19(2): 169-178.
14. Spreen O, Rissner HA. Assessment of aphasia. Oxford: Oxford University Press, 2003.
15. Stierwalt JAG, Clark HM, Robin DA. Aphasia and related disorders. In: Tomblin BJ, Morris LH, Spriestersbach CD. Diagnosis in speech – language pathology. 2nd ed. San Diego: Singular Publishing Group, 2000: 315-336.
16. Spiegel MR, Stephens LJ. Schaum's outline of theory and problems of statistics. 3rd ed., international ed. New York [etc.]: McGraw-Hill, 1999.
17. Akin M, Stark JA. Assessment and treatment of aphasia in a multi-lingual and an increasingly digitized world: considerations for not missing the wood and the trees. 13th International Aphasia Rehabilitation Conference: book of abstracts, Ljubljana, June 30 - July 3, 2008. Ljubljana: Institute for Rehabilitation, Republic of Slovenia, 2008: 42.
18. Žemva N. Ugotavljanje prisotnosti apraksije pri bolnikih z afazijo s pomočjo prirejenega neverbalnega testa po S. Huskins. [Specialistična naloga]. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta, Katedra za otorinolaringologijo, 1999.
19. Radonjič - Miholič V. Ljudje z življenjem več – problemi v procesu vračanja v aktivno življenje po nezgodni možganski poškodbi. In: Košorok V, Grabljevec K, eds. Poškodba glave – vpliv celovite nevrorehabilitacijske obravnave na funkcijski izid. 16. dnevi rehabilitacijske medicine: zbornik predavanj, [Ljubljana], 18. in 19. marec 2005. Ljubljana: Inštitut Republike Slovenije za rehabilitacijo, 2005: 235-246.
20. Rungapadiachy DM. Medosebna komunikacija v zdravstvu. Ljubljana: Educy, 2003: 1-6.