

SZAKDOLGOZAT

SÜMEGI FANNI REBEKA

Gyógypedagógia szak

Kaposvár

2023



Magyar Agrár- és Élettudományi Egyetem

Kaposvári Campus

Gyógypedagógia szak

**Az afáziás személyek logopédiai megsegítésének
összehasonlítása az amerikai egyesült államokbeli és a
 hazai viszonylatok szemszögéből**

**Belső konzulens: Dr. Szili Katalin
adjunktus**

**Készítette: Sümegi Fanni Rebeka,
XH2VXU**

**Intézet/Tanszék: Neveléstudományi
Intézet/Gyógypedagógiai
Tanszék**

**Kaposvár
2023**

1 Tartalomjegyzék

2	Bevezetés	- 4 -
3	Az afázia elméleti háttere	- 5 -
3.1	Az Afázia történeti áttekintése az ókortól	- 5 -
3.2	Az afázia fogalma és típusai	- 7 -
3.3	Az afáziás személyek ellátási nehézségei.....	- 10 -
3.4	Az afázia előfordulása nemzetközi és egyesült államokbeli viszonylatban-	12 -
3.5	Afázia terápia ellátási költségek az USA-ban	- 14 -
3.6	Csoportos vagy egyéni terápia.....	- 15 -
3.7	Ellátás elérhetősége	- 17 -
4	Kutatás bemutatása	- 18 -
4.1	Célkitűzés	- 18 -
4.2	Kutatási kérdések.....	- 19 -
4.3	Kutatási módszer	- 19 -
4.4	Eredmények	- 20 -
4.5	Az afázia ellátása az egyesült államokbeli szakemberek szemszögéből	- 24 -
4.6	Ellátás ideje.....	- 25 -
4.7	Terápiák, Eszközök	- 26 -
4.8	Csoportos vagy egyéni terápia.....	- 28 -
4.9	Rehabilitáció	- 29 -
4.10	Ellátási nehézségek, kihívások.....	- 31 -
4.11	Pályafutásban elért eredmény	- 32 -
5	Az afázia ellátása hazai szakember szemszögéből	- 33 -
6	Hazai és az egyesült államokbeli afázia ellátás összehasonlítása.....	- 37 -
7	Az Amerikai Egyesült Államokban használatos terápiai eljárások.....	- 39 -
7.1	The Famous People Protocol (FPP).....	- 39 -

7.2	Gestural Facilitation of Naming (GES)	- 41 -
7.3	Reciprocal Scaffolding Treatment(RST).....	- 42 -
8	Applikációk, eszközök	- 43 -
8.1	Constant Therapy	- 43 -
8.2	Oral Reading for Language in Aphasia(ORLA).....	- 45 -
8.3	Lingraphica AAC	- 46 -
8.4	Tactus Therapy	- 48 -
9	Összegzés.....	- 52 -
10	Irodalomjegyzék.....	- 53 -
11	Melléletek.....	54
11.1	1. számú melléklet:Az interjú kérdéssora	54
11.2	2. számú melléklet Amerikai Egyesült Államokból érkező válaszok hivatkozásai	56
11.3	3. számú melléklet: Magyarországról érkező válaszok hivatkozásai	58
12	Táblázatok jegyzéke.....	60

2 Bevezetés

Témám pontosabb meghatározását és mélyebb kifejtését megelőzően, szeretném a számomra egyik nagyon fontos szerepet játszó gondolatokat megosztani. „A beszéd a legtökéletesebb kifejező mozgás (kifejező mozgások még a gesztus és a mimika). A beszéddel kapcsolatban általában csak a hallhatóság tényére gondolunk, s nem figyelünk arra, hogy a hangokat beszédszervi mozgásokkal hozzuk létre. Beszédszervi mozgásaink automatikusan zajlanak le, azt mondjuk, hogy a beszéd automatizmus (mint például a járás, egy idő után az evezés, a biciklizés, autóvezetés), éppen ezért beszédhibáinkról leszokni elkeserítően nehéz, hiszen új automatizmust kell kiépítenünk. (Ez nemegyszer egy áthelyezett villanykapcsolóval is csak hetek múltán sikerül - pedig az csak egy mozdulat, míg egy sz, c vagy r átállítása tizedmilliméteres, hangkapcsolatonként változó helyzetű mozdulatocska-komplexus átvezérlését igényli, s a régit, közel két évtized alatt, alig kiirthatóan rögzítették az idegpályák.)” (Monthág, 1976, 1.o.)

Számunkra valójában természetes jelenség a fentebb említett automatikusan lezajló folyamat, a beszéd mivolta. Elképzelhetetlennek tartjuk, hogy egyik napról a másikra elveszíthetjük az addig automatizmusnak hitt beszéd képességét. A következő sorok jól demonstrálják, milyen nehéz is ez. „Sokat balhézom. Mivel beszélni nem tudok, kénytelen vagyok ledobni magam a székről. Veszekedni sem tudok, így aki veszekszik velem, az kihasználja, hogy én néma vagyok.” (Zemlényi, 1994, 13.o.)

Az afáziás személyek számára gyakorlatilag minden nehezített. Minden, ami eddig természetesnek tűnt, a fentebb említetteket is beleértve, egyszer csak megszűnnek létezni. Témaválasztásomat leginkább az indokolta, hogy akár egy lépést is tehessek afelé, hogy itthon, Magyarországon könnyebb lehessen az afáziás személyek ellátása.

Szakedolgozatomban az afáziával foglalkozom, azon belül is az afáziás személyek logopédiai ellátását, terápiáját, ellátórendszerét vizsgáltam hazánkban és az Egyesült Államokban. A dolgozatom célja a két ország közötti hasonlóságok és különbségek összevetése, mellyel újabb ellátási lehetőségekre, módszerekre, terápiákra, szemléletre tehetek szert. Munkámban először bemutatom ezek alapjául szolgáló nemzetközi és hazai szakirodalom legfontosabb elméleteit, statisztikáit. A következő egységben foglalkozom az Egyesült Államokból általam meginterjúvált intézmények, szakemberek válaszaival, továbbá kitérek az

Egyesült Államokban használatos, új innovatív terápiákra, melyek Magyarországon még nem ismeretesek.

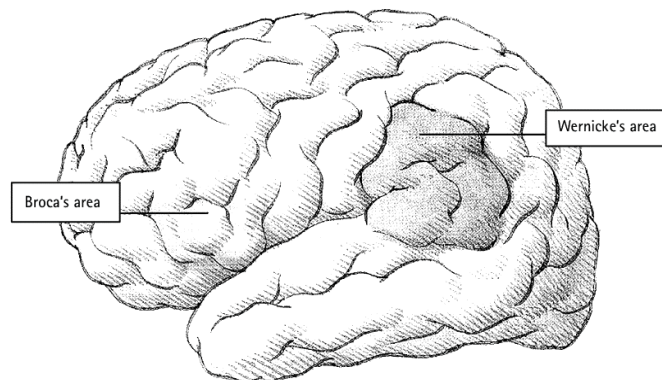
3 Az afázia elméleti háttere

3.1 Az Afázia történeti áttekintése az ókortól

Az emberi agy kutatása már az ókorra visszavezethető, de nagyobb áttörést a XIX. század jelentett. Az orvostudomány legkorábbi írott hagyatékai az ókori egyiptomi kultúrából származnak. Az afázia történelme az Edwin Smith-papiruszokig visszavezetendő, amely egy orvosi, műtéti célú esetgyűjtemény későbbi másolata, amelyet i.e. 3000 és 2200 közé datálhatunk. Összesen 48 eset szerepel a papiruszon, amiken fejsérülésekről számolnak be. Az esetek közül legalább ötnél beszéd- és nyelvi problémákra utaló jelek találhatók, de fellelhető a beszédképtelenségre utaló jel is. Döntő jelentőségű feljegyzések a görög-római orvostudományban lelhetőek fel. Hippokratész szerint a beszéd- és nyelvi rendellenességek leírásainak sorát tartalmazzák. Természetesen a legtöbb esetben nem világos, hogy pontosan mi okozta a problémát. Sőt, az átmeneti afázia egy viszonylag egyértelmű esetét is röviden leírták, egy terhes nő esetén keresztül, aki nyilvánvalóan agyvérzést kapott, és elvesztette a beszédképességét, a jobb karja megbénult, az eseményt követő negyedik napon pedig a fiatal nő beszéde helyreállt. Döntően a középkorban alakult ki, és állapítottak meg kapcsolatot az agy szerkezete és a kognitív funkciók (pl. a memória) között. Mivel a nyelvi teljesítményt a memóriateljesítményként értelmezték, az afáziás károsodásokat az emlékezet zavarának tulajdonították (Teasak és Code, 2008).

1861-ben Paul Broca (19. századi francia orvos) nevéhez fűződik az első feljegyzések egyike, miszerint a Párizsi Antropológiai Társaság (melyet ő is alakított meg 1861-ben) előtt bemutatott beteg agyának jobb oldala teljesen bénult volt. Ennek tanulmányozása vezette arra a megállapításra, hogy a beszéd mechanizmusa kapcsolatban áll az agy homloklebenyével, így amennyiben például egy agyvérzés következtében sérülés éri ezt a részt, nyelvi zavarok léphetnek fel. Néhány évvel később, Broca publikálását követően szintén áttörő jelentőségű következtetéseket vont le Carl Wernicke (1848–1905) neuropszichiátriai német szakorvos, aki

észrevette, hogy nem minden nyelvi deficit a Broca-terület károsodásának következménye. 1873-ban megfigyelte, hogy a bal hátsó felső temporális gyrus posterior, ma Wernicke-területnek nevezett terület károsodása a nyelvi megértés hiányosságait eredményezte, egy olyan afáziát, amelyet később Wernicke-afáziaként (receptív afázia) ismertek. Carl Wernicke a fellépő elváltozásokat a bal hátsó felső temporális kéreg léziójával társította. Míg Paul Broca betegei beszéde non-fluens volt, gyakran nehezített volt számukra a hangok, szavak kiejtése, Wernicke a betegeinél folyamatos „fluens” beszédet tapasztalt, melyre leginkább a halandzsaszerűség volt a jellemző (Tóth, 2018). A fentebb említett két tudósról nevezték el az említett területeket, mely a mai napig viseli ezt a nevet. (1. ábra)



1. ábra Bal egyféltékében található Broca és Wernicke terület lokációi
(Greenfield, 2001. 162. o.)

Broca és Wernicke nagyhatású, áttörő jelentőségű elméletei mellett, az afázia kapcsán mindenképpen megemlítendő személy Ludwig Lichtheim is (1885), aki a már kimutatott modelleket egészítette ki. Elmélete a fentebb említett területek közti összefüggésen azon belül is, auditoros, motoros illetve konceptuális központokon alapult. Wernicke és Lichtheim elméleteinek további tanulmányozása eredményeképpen 1958-ban Norman Geschwind neurológus által jött létre 3 feldolgozási szakasz, melyet Wernicke-Lichtheim-Geschwind modellnek hívunk. A szakaszok a következők; Wernicke-terület: auditoros feldolgozás, jelentés értelmezése, Broca-terület: mondatalkotás, szavak összekapcsolása, a beszédprodukciónak, illetve ez a két terület közötti fasciulus arcuatus pálya károsodása következtében bekövetkezett hallási utáni visszamondás képességének sérülése. Érdekes, hogy ennyi elmélet mellett a XX. században számos ellenérv született a fentiekkel kapcsolatosan, mint például John Hughlings Jackson (1932) nézete, mely szintén számottevő, de a fentiektől kissé eltérő megközelítés. Elmélete szembe ment az eddigi lokalizációs nézetekkel, elvetette az agyi folyamatok lokalizálhatóságát. Luria (1973) ezt nevezte a kutatások krízisének, és újra definiált bizonyos

alapfogalmakat, ezzel utat adva a léziók következtében fellépő mentális funkcióknak az újragondolását (Tóth, 2018).

3.2 Az afázia fogalma és típusai

Az afázia, mint fogalom, nehezen definiálható, és talán nem is lehet, egyetlen egy jelentés alá helyezni, hiszen egy valóban sokrétű tünetekkel, és eredettel rendelkező beszédzavarról beszélünk (Baharev, 1996). Bár a szakirodalomban való megemlítésekor nyelvi zavarként van főként definiálva, de valójában ez kifejezetten leegyszerűsítő megfogalmazás, hiszen az afáziának a pontos definiálhatóságához szükséges kritériumai igencsak nehezen adhatóak meg. A fentebb említett különböző nézőpontok mindegyike kicsit más-más szemlélettel közelíti meg a kórképet, de a tipikus jegyeiről a vélemény megegyezik. A definíciójának legjelentősebb megközelítése a klinikai-funkcionális szemlélet (Whitaker, 2007). Ez a fajta besorolás a klinikai rendszerezés kiindulópontja, melynek ismeretét Magyarországon először Osmánné Sági Judit (1991) tette lehetővé. Az alábbi afázia típusokat különbözteti meg: Broca-Wernicke, vezetési, transzkortikális motoros és szenzoros, anómiás, globális izolációs afáziát, mindezek pedig alapjául szolgálnak a Western Afázia tesztnek, amely ma is használatos. A definíciókat illetően hazai szakirodalomban is olvashatunk olyan megközelítésről, mely szerint az egyes agyi működések nem választhatóak szét egymástól, hiszen azok egymással koherens rendszerben léteznek, mint például Osmánné Sági Judit meghatározása, mely a következő: „A beszéd/nyelv a lokális léziók helyétől függően szelektíven károsodik. Minden bizonnyal ez a szelektivitás olyan biológiai relevanciát, a beszédnek/nyelvnek olyan lényegi folyamatait tükrözi, amelyek eltérő és önálló agykérgi reprezentációt feltételeznek. A korábban „beszédközpontnak” nevezett területek tehát a beszéd releváns összetevőivel állnak kapcsolatban.”(Osmánné Sági, 1991, 342.o.) Van azonban néhány eleme, melyben a legtöbb kutató egyetértésben áll a behatárolását illetően. Az afázia a nyelvi képesség zavara, teljeskörű károsodás, a beszéd kifejező és feldolgozási részei érintettek, valamint a központi idegrendszer léziójának eredménye. A fentebb említett felosztás alapján szeretnék bővebben is szót ejteni – Bánréti Zoltán (2009) munkássága – alapján az egyes típusokról, azoknak tüneteiről, illetve lokalizációjukról, melyek a sérülés súlyosságától és kiterjedésétől függően igen változatosak.

Broca-afázia: leginkább a beszédprodukciónak az érintett, de kiterjedhet akár az írásra is. A spontán beszédük kissé monoton hangvétellű, leginkább lassú, akadozó rövid kifejezések, aggramatizmus jellemzi. Társuló tünetként jelentkezhet az artikulációs hiba. Általában a főnevek inkább megmaradnak és használatosak, mint a melléknevek vagy az igék. A sérült agyi terület az inferior frontalis gyirus és parietalis lebeny anterior inferior része.

Wernicke-afázia: sokan a Broca-afázia ellentétéjeként is emlegetik. Erre a típusra a folyamatos (fluens) beszéd jellemző. Bár a beszéd folyamatos, gyakran értelmetlen szavakból áll mondanivalójuk. Az artikulációjuk jól érthető. Jellemzően helytelenül használják a funkciószavakat. A beszédük tartalma hiányos, ritkán fordul elő benne, helyesen alkalmazott, értelmes szó. Gyakran a megfelelő szó helyett inkább egy ahhoz nagyon hasonlót alkalmaznak. A sérülés jellemző helye a temporalis gyirus, illetve az angularis gyirus.

Anomiás-afázia: a probléma leginkább a beszédprodukciónak irányul, illetve az egyik vezető tünete a szótalálási nehézség. Javarást a beszéd folyamatos, bár ez olykor a nehezen előhívható szavak, a folytonos helyettesítések miatt sokszor szakadozottnak tűnik. Mindezek mellett az írásra vagy az olvasásra olykor egyáltalán nem terjed ki, s az megmaradhat akár teljesen épnek is. A betegeknek gyakran nincs kedvük a beszédhez, s ezt nagyrészt a nehezen talált szavak sokasága okozza. Ehhez tipikus agyi sérülési hely nem rendelhető.

Vezetékes afázia: nagyrészt a szavak, mondatok ismétlésénél jelentkezik a zavar. A beszéd gyakran szakadozott, jellemzően diszprozódias és fonemikus hibákkal átszótt, több esetben anomia is társulhat hozzá. Az írás általában ép marad, de sok-sok hibát tartalmaz. A hangos olvasás nehézséget jelent számukra. Az érintett terület a Wernicke és a Broca területeket összekötő pálya vagy a fali lebeny régiójának sérülése.

Transzkortikális motoros afázia: A beszéd jellemzően szakadozott. Broca-afáziához hasonlóan gyakori tünetei közé tartozik az ismétlések magasak száma, a sok hezitálás, a rossz artikuláció. Beszédük tehát nonfluens. Sok esetben a szavak értelmetlenek. Érdekessége, hogy a szavak és mondatok megismétlési képessége megmarad. Bár a hangos olvasásnál jelentkezhet zavar, a szöveget jól tudják értelmezni. A deficit az írásukra inkább kiterjed, hiszen írásképük szabálytalan, és rendkívül sok a helyesírási hiba.

Transzkortikális szenzoros afázia: vezető tünete a szavak megértésének zavara, valamint az echolália. A szóismétlési képességük ép marad, beszédük folyamatos. A sérülés területe érinti a fali lebeny és a halántéklebeny területét.

Globális afázia: ebben az esetben súlyos zavarokról beszélhetünk, melynek következtében igencsak kis mértékben vagy esetleg egyáltalán nincs beszédprodukciónak. Ezzel

együtt beszédértésük is jelentősen korlátozott. A sérülés mértéke igen nagy, így kihat az olvasásra, illetve az írásra is (Bánréti, 2009).

A fentebb említett afázia típusokat Magyarországon is elfogadott Western Aphasia Battery csoportosítása alapján az alábbi táblázatban lehet szemléltetni. A táblázat két fő csoportot különböztet meg, a folyamatos (fluens) beszédet, illetve a nem folyamatos, vagyis nonfluens beszédet, ezeken belül jellemzőik alapján pedig az ép értés és zavart értést. A fentebb említettek ép és zavart értés alapján kategorizálhatóak, melyeknek jellemzőik szerint, azaz ép ismétlés és zavart. (1. táblázat) A beszéd folytonossága alapján különböztethetünk meg folyamatos (fluens) valamint nem folyamatos, vagyis nonfluens afáziát. Tekintve, hogy az afázia típusok beszédértés és produkció területei különösen érintettek, ezeknek eltérő mértékű érintettsége alapján a folyamatos beszéd csoportjába soroljuk az amnesztikus afáziát, vezetékes afáziát, transzkortikális afáziát, szenzoros afáziát, Wernicke afáziát. A nem folyamatos beszédként pedig a transzkortikális motoros afáziát, Broca afáziát, izolációs afáziát és globális afáziát tartják számon.

Afázia típusok							
Folyamatos (Fluens) beszéd (Szenzoros afáziák)				Nem folyamatos (Nonfluens) beszéd (Motoros afáziák)			
Ép értés		Zavart értés		Ép értés		Zavart értés	
Ép ismétlés	Zavart ismétlés	Ép ismétlés	Zavart ismétlés	Ép ismétlés	Zavart ismétlés	Ép ismétlés	Zavart ismétlés
Amnesztikus afázia	Vezetékes afázia	Transzkortikális szenzoros afázia	Wernicke afázia	Transzkortikális motoros afázia	Broca afázia	Izolációs afázia	Globális afázia

1. táblázat: Afázia típusok. csoportosítása és jellemzőik
(Svindt, 2011)

3.3 Az afáziás személyek ellátási nehézségei

Míg az afáziásoknak az akut környezetben nyújtott jelenlegi beszédpatológiai beavatkozás gyakoriságát, intenzitását és mennyiségét körülvevő sajátosságok tanulmányok szerint változnak, általánosan a konzekvencia az, hogy nem megfelelőek (Foster, O'Halloran, Rose és Worrall, 2016). Az újonnan megjelenő kutatások rávilágítottak a korai beavatkozás fontosságára az afázia kezelésében. A prediktív modellezés azt sugallja, hogy az afáziásoknak nyújtott nagyon korai terápia mértéke jelentősen befolyásolhatja a kommunikáció eredményeit a stroke utáni 4-5 hétben (Godecke, 2013), de ezt a gyakorlatot nem alkalmazzák általánosan (Rose, Ferguson, Power, Togher és Worrall 2014). Az akut kórházakban az afázia jobb logopédiai kezelése és az afáziás személyek támogatásának szerepe rendkívül fontos abban, hogy képesek legyenek kommunikálni az egészségügyi szükségleteiket és aktívan részt venni az ellátásukban. A mindennapi kommunikáció gyakran kihívást jelent az afáziás emberek számára, ha úgy érzik, hogy kommunikációs partnereik (a közeli családtagok és barátok is beleértve) nem támogatják őket, ha háttérzajnak vannak kitéve. Az afáziás betegek számára lényeges a függetlenség érzésének megléte hiszen pozitívan befolyásolják az egészségügyi szolgáltatásokkal való elégedettségük tapasztalatait. Szükségleteiket kommunikálni csak korlátozottan képesek, ezért ki vannak téve annak a veszélynek, hogy nem megfelelő egészségügyi szolgáltatásokban részesülnek (Tomkins, Siyambalapatiya és Worrall, 2013).

A betegeket most minden eddigénél jobban ösztönzik arra, hogy aktívan vegyenek részt az egészségügyi ellátásukban és az egészségügyi döntéshozatalban. A törekvés a betegek aktív részvétele felé az ellátásban tükrözi az egészségügyi ágazaton belül a betegközpontú ellátási stratégiák felé való szélesebb körű elmozdulást. Egy 2008-as kutatás alapján a kommunikációs zavarokkal küzdő egyének háromszor nagyobb valószínűséggel élnek át nemkívánatos eseményt a kórházban. Ezt elszenvedő betegek egyharmadánál újra kórházi felvételre volt szükség. Ezek az eredmények hangsúlyozzák annak fontosságát, hogy további forrásokat biztosítsanak ezeknek a betegeknek a megbiztonság javítása érdekében (Bartlett, Blais, Tamblyn, Clermont és MacGibbon, 2008). Az afáziások funkcionális kommunikációs igényeinek megfelelő logopédiai támogatás biztosítása kulcsfontosságú egészségügyi tapasztalatainak javításához.

A betegek tapasztalatai és elégedettsége szerves szerepet játszanak az egészségügyi ellátás minőségének javításában és irányításában. Bár egyre több szakirodalom vizsgálja a betegek elégedettségét az egészségügyi ellátással kapcsolatban - beleértve a stroke betegeket is

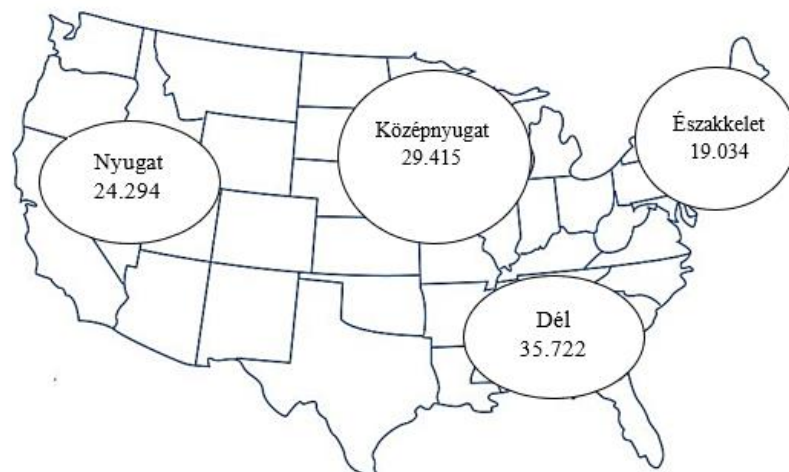
-, csak kevés tanulmány próbálta megragadni az afáziás betegek véleményét. A rendelkezésre álló kutatások hiánya alátámasztja azt az elképzelést, hogy az afáziás emberek nem kapnak hangot az egészségügyi ellátórendszerben. Nyilvánvaló, hogy az afáziás emberek a kommunikációs interakció számos akadályával szembesülnek, és kommunikációs nehézségeik miatt gyakran kizárják őket az egészségügyi ellátásban való részvételből; az azonban, hogy ez hogyan érinti az egyéneket, továbbra sem ismert. Az afáziás betegek kizorulnak a betegelégedettségi felmérésekből és tanulmányokból. Ennek oka lehet a betegek megkérdezésével kapcsolatos módszertani kihívások. Tomkins, és munkatársai egy 2013-as kutatásukban 50 afáziás résztvevővel készítettek félig strukturált mélyinterjúkat, kvalitatív tartalomelemzéssel az egészségügyi ellátással való elégedettség kategóriáinak és témáinak azonosítása érdekében. Eredményeik alapján, a résztvevők elégedettségét és elégedetlenségét befolyásoló tényezőkből hét kategóriát (ellátási területet) azonosítottak: (1) kapcsolat kialakítása; (2) a szolgáltatásnyújtás módja és módszerei; (3) információ, kommunikáció és tudás; (4) a terápia struktúrája és relevanciája; (5) szervezeti irányítás; (6) egyéni támogatás; és (7) pozitivitás és javulás. Ezenkívül három központi témát (információ és kommunikáció, méltóság és tisztelet, valamint ellenőrzés és függetlenség) és két másodlagos témát (bizalom és támogatás, valamint megértés) azonosítottak, mint a hét ellátási területet befolyásoló elemeket (Tomkins, Siyambalapitiya és Worrall, 2013). Korlátozó tényező volt a kutatásban, hogy nem tettek fel közvetlen kérdéseket az elégedettségre és elégedetlenségre vonatkozóan, illetve, hogy a résztvevőket arra kérték, viszonylag távoli események idézzenek fel, az eseményeket felidézését befolyásolhatta az idő múlása. A kutatók azt találták, hogy a résztvevők elégedettségi és elégedetlenségi megnyilvánulásai érzelmi nyelvezetben, pozitív és negatív megjegyzésekben jelentkeztek, nem pedig közvetlen elégedettségi és elégedetlenségi kijelentésekben. Összességében a nyert adatok alapján elmondható, hogy az afáziás emberek elégedettségi és elégedetlenségi érzéseit befolyásolták mind a kézzelfogható tényezők, mind a személyes értékek (Tomkins, Siyambalapitiya és Worrall, 2013).

3.4 Az afázia előfordulása nemzetközi és egyesült államokbeli viszonylatban

Sajnos az afázia előfordulási gyakoriságáról szóló jelentések a különböző mintanagyságok és az eltérő módszertani megközelítések miatt igen eltérőek. Például Wade, Hewer és munkatársai 1986-ban az Egyesült Királyságban 976 beteg bevonásával végzett vizsgálatukban azt találták, hogy a hét napon belül vizsgált 545 beteg 24%-a afáziás volt. Pedersen és munkatársai 881 dániai betegből álló közösségi mintát vizsgáltak, és azt találták, hogy a felvételkor a betegek 38%-ánál a felvételkor afázia jelentkezett, és a minta 18%-ánál az elbocsátáskor is fennmaradt az afázia. Hasonlóképpen, Kauhanen és munkatársai arról számoltak be, hogy a Finnországban az akut fázisban látott 106 egymást követő beteg 34%-a mutatott afáziát. Bár az Egyesült Államokban jelenleg kiterjedt szakirodalom létezik az afáziáról és a kapcsolódó állapotokról, az afázia előfordulási gyakoriságáról nem készültek részletes leírások. A National Aphasia Association jelentései szerint évente körülbelül 225.000 betegnél jelentkezik afázia, és az Egyesült Államokban körülbelül 2.000.000 afáziás beteg él jelenleg. Mivel a tanulmányok nem vizsgáltak országos adatokat az általános tendenciák meghatározására hosszabb időszakon keresztül, nem ismert, hogy az Egyesült Államokban a kórházakból afáziával elbocsátott betegek száma tíz év alatt általában stabil volt-e, vagy évről évre jelentősen változott (Ellis, Dismuke és Edwards 2010).

Charles Ellis és munkatársai egy 2010-es kutatásban a nemzeti kórházi adatok felhasználásával vizsgálta az afázia előfordulását. Az afáziás egyénekkal kapcsolatos adatok azonosításához a National Inpatient Sample (NIS) vagyis az Országos fekvőbeteg mutató adatbázist használták fel, amely az Egyesült Államok legnagyobb fekvőbeteg-ellátási adatbázisa, és az egészségügyi ellátás igénybevételére, hozzáférésére, díjaira, minőségére és eredményeire vonatkozó nemzeti trendek azonosítására, nyomon követésére és elemzésére szolgáló adatokat tartalmazza. A NIS adatbázisában 10 éves időszakra (1997–2006) vonatkozóan végeztek keresést az afáziás egyénekkal kapcsolatos leíró információk azonosítása érdekében. Az afáziás egyének azonosításához a Betegségek és Egészségügyi Kapcsolódó Problémák Nemzetközi Osztályozása (ICD9) afáziakódjai alapján kerestek az adatbázisban. Az ICD9 kódokat az Egészségügyi Világszervezet teszi közzé, és a betegségek, valamint a kapcsolódó jelek és tünetek osztályozására használják. A betegekhez a kórházi felvételkor ICD9 kódokat rendelnek, ami a morbiditási és mortalitási statisztikák nyomon követését és a betegséggel kapcsolatos szolgáltatások visszatérítésének támogatását szolgálja. Az 1997 és 2006 közötti naptári évekre vonatkozó NIS-adatok áttekintése azt mutatta, hogy az évente

körülbelül 100 000 afáziás beteg közül a legnagyobb arányban 65 éves vagy idősebb nők voltak. Ezenkívül a 10 éves időszak minden évében a Medicare volt az elsődleges befizető, a magánbiztosítás pedig csak a második helyen állt. Az afáziával elbocsátott betegek legnagyobb százaléka a többi régióhoz képest délen lakott. A kutatás alapján elmondható, hogy az afáziás egyének nagyobb számban élnek délen, úgy tűnik, párhuzamba állítható a stroke jelenlegi tendenciáival. A National Heart, Lung and Blood Institute például tizenegy olyan amerikai államot (Alabama, Arkansas, Georgia, Indiana, Kentucky, Louisiana, Mississippi, Észak-Karolina, Dél-Karolina, Tennessee és Virginia) azonosított, ahol a stroke halálozási aránya több mint 10%-kal magasabb volt az amerikai átlagnál. A 11 állam közül 10 az USA délkeleti részén helyezkedik el, és a stroke, valamint a stroke okozta halálozás magasabb előfordulása miatt "stroke-övnek" nevezik őket. (2. ábra)



	<i>Északkelet</i>	<i>Dél</i>	<i>Középnnyugat</i>	<i>Nyugat</i>
<i>2006-os népesség</i>	54.741.353	108.502.222	66.217.736	69.355.643
<i>az afáziás betegek száma</i>	19.034	35.722	29.415	24.294
<i>az afáziás regionális lakosság százalékos aránya</i>	0003	0003	0004	0003

2. ábra: Az afázia regionális megoszlása az Egyesült Államokban

(Ellis, 2006)

Jelenleg pontos képünk van az afáziához társuló nyelvi károsodásról, azonban kevesebb adatot közöltek az afáziával kapcsolatos számról és demográfiai adatokról, az afázias egyének demográfiai jellemzőiről. Ezek alapján is elmondható, hogy ez volt az első tanulmány, kutatás, mely megkísérli számszerűsíteni és jellemezni az afázia tendenciáit az Egyesült Államokban országos adatok alapján (Ellis, Dismuke és Edwards, 2010).

A National Aphasia Association (NAA) 1987 megalakult nonprofit szervezet, első nemzeti szervezet által kiadott tájékoztató alapján jelenleg 678 központ, segítő alapítvány áll az Egyesült Államokban élő afáziás személyek és családtagjaik számára. Simmons és munkatársai 2011-ben tették közzé az első felmérést az afáziaközpontokról Észak-Amerikában. A kutatásban összesen 34 különböző afáziaközpontot kérdeztek meg, és ebből 33-an adtak választ. A skála a kisebb start-up cégektől kezdve a hatalmas létesítményekig terjedt. A kutatás szerint Észak-Amerikában évente új központok nyílnak meg. 1979 és 2010 között összesen 26 központ nyílt meg, és ebből 19, 2000 után. Ebből a növekvő tendenciából is következtethetünk arra, hogy egyre nagyobb az érdeklődés az ellátás ezen formája iránt. A válaszadók közül az Egyesült Államok északkeleti részéről 14 államot érintett és egy pedig Kanadát. A kutatás alapján a legelterjedtebb szolgáltatás a beszélgetőcsoportok voltak. Ezenkívül a központok legalább fele a következőket kínálta: számítógépes vagy internetes tevékenységek, kirándulások, egyéni logopédiai terápia, íróprogramok, könyvklubok, játékok, olvasócsoportok, életvezetési tevékenységek és oktatási programok. Számos további szolgáltatást is kínáltak, többek között tanácsadást, érdekvédelmi csoportokat, testmozgást, művészeti, színházi és drámajátékokat. Több válaszadó azt is megjegyezte, hogy a programokat az ügyfelek kérésére módosítják, így az érdeklődésnek megfelelően változatos és egyedi ajánlatokat tesznek lehetővé például a „fotofázia”. A válaszadók közül a csoportos terápiákat említették a legtöbben (Simmons-Mackie és Holland, 2011).

3.5 Afázia terápia ellátási költségek az USA-ban

Az Egyesült Államokban kétféle egészségbiztosítás létezik, magán és állami. A legtöbb érintett a kettő kombinációját használja. Az Egyesült Államokban, ahol az egy főre jutó egészségügyi költségek a legmagasabbak a világon, és folyamatosan emelkednek, az egészségbiztosítás szinte elengedhetlenné vált. Az Egyesült Államok állami

egészségbiztosításai a következők: Medicare, Medicaid és Children's Health Insurance Program. Az Egyesült Államok kormánya nem biztosít egészségbiztosítást minden emberének, és nem kötelező az egészségbiztosítás az Egyesült Államokban élők számára. Ez nem kötelező, de erősen ajánlott és szükséges, mivel az egészségügyi szolgáltatások nagyon költségesek, drágábbak, mint bármely más országban szerte a világon. Egy kutatásban a South Carolina Medicare kedvezményezettjeit vizsgálták meg, akik 2004-ben ischaemiás stroke-ot szenvedtek és afáziások lettek. 3200 Medicare-kedvezményezett szenvedett ischaemiás stroke-ot Dél-Karolinában, és 398-nak volt stroke utáni afáziája. Az afáziás betegek hosszabb tartózkodást, nagyobb morbiditást és nagyobb mortalitást tapasztaltak. Az afázia egyéves költségét 1703 dollárra becsülték (Ellis, Bonilha, Mauldin, és Simpson, 2012).

Évekbe telhet az afáziából való felépülés. Sajnos a legtöbb ember úgy találja, hogy a biztosítási fedezete lejár, mielőtt befejezné a terápiát. Ez gyakran frusztráló a beteg és családja számára, mert korlátozott szakmai támogatással próbálják folytatni a gyógyulást. Éppen ezért teszik elérhetővé az otthoni, egyedüli gyakorlást az afáziás személyek számára, különféle szoftverprogramokkal, ha a biztosítás már nem fedezi a professzionális beavatkozást.

3.6 Csoportos vagy egyéni terápia

Az afázia csoportos kezelése az 1940-es években kezdődött, mint gyakorlati válasz a világháborúból hazatért katonák kezelésére, hiszen a háborúból agysérülésekkel tértek vissza. A csoportterápia alkalmazását több mint 50 éve említik a szakirodalomban. Az afázia csoportos kezelését úgy írják le, mint az elszigeteltség és szorongás érzésének csökkentését, a beilleszkedés javítását, valamint a nem fenyegető környezetben történő kommunikáció gyakorlását. A fekvőbeteg rehabilitáció sok szempontból ideális hely a csoportterápia biztosítására. Az akut rehabilitációs intézményekbe felvetteknek szükségük van a rehabilitációs orvosi felügyeletére, de már nincs szükségük az akut kórházakban nyújtott intenzív orvosi szolgáltatásokra. Stabilabb és javuló egészségi állapotukkal a betegek készen állnak arra, hogy részt vegyenek egy intenzív, összehangolt, interdiszciplináris terápiás programban. A csoportterápia intenzív, komplex és dinamikus környezetet biztosít, mellyel kompetenciákat és önbizalmat szerezhetnek. A megfelelően megtervezett és kivitelezett csoportterápia a fekvőbeteg-rehabilitáció lényeges eleme. Az 1980-as évek elejére a kutatók megállapították, hogy az afázia csoportos kezelése igazán hatékony. Az egyéni terápiában és a csoportterápiában

részesülő résztvevők között kevés különbséget találtak a kutatók. Az 1990-es évek végére a kutatók bizonyították az afázia kezelésének hatékonyságát, ha elsősorban csoportos kezelést alkalmaztak. Az afáziasztek pontszámainak jelentős változása mellett a betegek és családtagjaik nagymértékű pszichoszociális előnyökről és a mindennapi kommunikációs funkcióikban bekövetkezett változásokról számoltak be. Az SLP-szakma kezdett eltávolodni attól, hogy a csoportterápiát kizárólag az egyéni kezelés kiegészítőjének tekintse. Az egyéni betegjellemzők és preferenciák alapján a logopédusok a csoportterápiát egyes esetekben hatékonyan alkalmazták elsődleges kezelési módként, mások esetében pedig az egyéni terápiával együtt. A közelmúltban az afázia kezelésével kapcsolatos vizsgálatok összehasonlították az egyéni és a csoportos terápiákat, és nem találtak különbséget a funkcionális kommunikáció, az expresszív nyelv és a hallásértés eredményeiben (Baron, Holcombe és Stelt 2018).

A logopédiai csoportos kezelés a fekvőbeteg-rehabilitációban megfelelő és lényeges eleme a minőségi, intenzív kezelési programnak. Az évek során a csoportterápia akut rehabilitációs programokban való alkalmazásának gyakoriságát a fizető felek hozzáállása és viselkedése befolyásolta. A CMS, mint a stroke-helyreállítási programokban részt vevő betegek leggyakoribb biztosítója, elsődleges befolyást gyakorol a legtöbb más biztosítóra. Bár a CMS jelenleg nem korlátozza konkrétan, hogy egyénenként hány csoportterápiában részesülhet egy CIR-programban. Úgy gondolják, hogy az fekvőbeteg-rehabilitációs intézményekben a betegeknek nyújtott terápia túlnyomó többségének egyéni terápiának kell lennie, hogy tükrözze a terápia intenzitását. Ma a CIR-programok korlátozhatják vagy akár meg is szüntethetik a csoportos kezeléseket alkalmazását a megtagadott kifizetés tényleges vagy vélt veszélye miatt. Azzal, hogy a szolgáltatók megszüntetik vagy csökkentik azt a kezeléstípust, amely szerintünk egy intenzív, összetett, dinamikus és funkcionális kezelési mód, a fizető fél igényeihez való alkalmazkodással valójában csökkenthetik programjaik minőségét. Rendkívül fontos, hogy a klinikusok továbbra is kiálljanak az afázia csoportterápia egyedülálló előnyei mellett (Baron, Holcombe, Stelt és 2018).

3.7 Ellátás elérhetősége

Egy 2013-as amerikai kutatás azt vizsgálta, hogy az afáziás személyek számára mennyire elérhetőek a különböző ellátási lehetőségek. Ennek a kérdésnek létjogosultságát bizonyítja Hafsteinsdóttir és munkatársai 2011-es tanulmánya, melyben olvashatunk arról, hogy a stroke-betegek gyakran nem kapják meg azt az információt, amit szeretnének (Hafsteinsdóttir, Vergunst, Lindeman, Schuurmans, 2011). Bár az afáziás emberek jelzik az információ iránti igényüket és vágyukat, a stroke után kisebb valószínűséggel kapnak egészségügyi információkat, mint az afáziával nem rendelkező emberek. Az afáziás személyek folyamatos információkra vágnak a szociális támogatás elérésével és fenntartásával, a szerepváltással való megbirkózással, az átmeneti ellátáshoz való hozzáféréssel, a kommunikációs technikák elsajátításával és a reménykedés fenntartásával kapcsolatban. A helyi szolgáltatások és az anyagi támogatás szintén fontos témák voltak. Kezdetben a kórházi szolgáltatóktól kapnak információkat; az idő előrehaladtával pedig egyre inkább a közösségi alapú forrásokra támaszkodnak. Bár a helyi erőforrások fontosak, az olyan szervezetek, mint a National Aphasia Association (NAA) országos szinten is nyújtanak információkat és forrásokat (Hinckley, Hasselkus és Ganzfried, 2013).

Az elméleti háttér bemutatása során képet kaphattunk arról, hogy az afázia, mint életminőséget negatívan befolyásoló tényező, beszédnehézség, beszédképtelenség története egészen az ókorig vezethető vissza. A kognitív kapcsolódást azonban csak később fedezték fel, vagy ismerték el. A témával kapcsolatban a XIX. század hozott komoly eredményeket, amely egyértelműsítette, hogy bizonyos agyi történések következtében afázia alakulhat ki az érintett személyeknél. A XX. században a témával foglalkozó kutatók tipizálták az afáziát, amely szintén nagy áttörést jelentett a beszédzavarok azonosításában és azok kezelésében is. A továbbiakban az afáziás betegek ellátásáról és annak problémáiról szólnak, ami földrajzi elhelyezkedés és módszertan/afáziás betegek kezelésének lehetőségei és megvalósulása tekintetében eltérő. A szakirodalom segítségével feltárjuk az érintett személyek elégedettségének egészségügyi ellátására gyakorolt hatását is. Témánk szempontjából rendkívül fontos a nemzetközi kitekintés az afázia előfordulása és annak terápiás kezelésével kapcsolatban. A dolgozat ezen része bemutatja azokat a hiánypótló kutatásokat, amelyek nemcsak az afáziához kötődő nyelvi nehézségeket, hanem a beszédnehézségekkel kapcsolatos

demográfiai adatokat bemutatják. A történeti háttér, a tipizálás, afáziával kapcsolatos egyre nagyobb teret nyerő kutatások bemutatása, az ellátórendszerhez való hozzáférés lehetőségei, illetve a terápiás kezelések ismertetése kitekintést kíván adni a dolgozat elméleti kereteit illetően.

4 Kutatás bemutatása

Európában a stroke előfordulási arányát tekintve megközelítőleg 95-290/100.000 lakost érint (Béjot, Bailly és Durier, 2016). Ez a szám pedig évről évre növekedhet, tekintve, hogy Európa társadalma folyamatosan idősödő tendenciát mutat. Az afázia súlyossága változó és ez függ az afáziát okozó tényezőktől, például a stroke típusától vagy egyéb agyi károsodásoktól. Az ellátás és terápia létfontosságú az afázia kezelésében, és ennek érdekében növelni kell az afáziás betegek kezelésére irányuló hangsúlyt és erőforrásokat. Az amerikai afázia ellátásának integrálása kiemelkedő jelentőségű lehet, mivel az Egyesült Államokban folyó kutatások és terápiás módszerek a legújabb fejleményeket képviselik az afázia kezelésében, ami lehetővé teheti a hazai ellátás és terápia színvonalának emelését és az afáziás személyek kezelésének javítását. A dolgozat az Amerikai Egyesült Államok és Magyarország afázia ellátórendszerét vizsgálja, különös tekintettel az adott területen használatos terápiákra, ellátási struktúrára, annak időtartamára, potenciális akadályokra, a pénzügyi vonatkozásokra, valamint az érintett országokban élő és dolgozó szakemberek tapasztalataira.

4.1 Célkitűzés

A dolgozat célja, hogy betekintést nyerhessünk az Amerikai Egyesült Államok egészségügyi ellátórendszerébe, azon belül is az afáziás személyeket ellátó intézmények működésébe. Továbbá fő cél a fentebb említettek ismeretében a hazai és egyesült államokbeli afázia ellátásának bemutatása, valamint, hogy lehetőséget nyújtson olyan vizsgálati és terápiás eljárások, módszerek megismerésére, melyek elősegíthetik az afáziás személyek, terápiájának rehabilitációjának javítását a hazai gyakorlatban.

4.2 Kutatási kérdések

A témára vonatkozó nemzetközi és hazai szakirodalmi háttér alapján a következő kutatási kérdéseket fogalmaztam meg:

1. Milyen főbb jellemzői vannak az egyesült államokbeli afázia ellátásának?
2. Milyen innovatív terápiákat használnak az Amerikai Egyesült Államokban?
3. A két országban a csoportos vagy egyéni terápia a preferált?
4. Milyen nehezítő körülményei vannak hazánkban és az Egyesült Államokban az afázia ellátását tekintve?

4.3 Kutatási módszer

A kutatásomhoz, mint módszert az interjú formát választottam, mely egy kvalitatív kutatási módszer, amely az adatok gyűjtése érdekében kérdések feltevésére támaszkodik (Weller, 1998). A kutatás szempontjából fontos volt, hogy előre meghatározott kérdéseket tartalmazzanak az interjúk, ezért a strukturált formáját választottam. Az interjú alanyai nagyobb százalékát adták az egyesült államokbeli szakemberek, azonban tényleges interjú a hozzájárultság hiányában nem készülhetett, csak írásos formában. Tekintve a fenti körülményeket a strukturált interjú formai és tartalmi elemei megmaradtak és a nyitott kérdésekre a válaszadás írásban történt. Ennek okán válaszadóknak lehetőségük volt hosszan kifejthető válaszok adására, valamint hozzáfűzni olyan információkat, amelyek a kutatás szempontjából relevánsak.

A kérdéssor 16 pontot tartalmaz az alábbi felépítéssel. Az összehasonlítás validitása érdekében a hazai és az egyesült államokbeli kérdéssor megegyezik. A kérdések témakörei először a válaszadó szakember foglalkozására, pályafutásának eredményességére és afáziás személyek ellátásának gyakoriságára irányultak. A következő kérdéskör a használatos terápiákra, eszközökre irányult, illetve ezeknek az időtartamát, terjedelmét, felépítését és

körülményeit is érintette. Az interjú során emellett áttekintettük a pénzügyi kérdést, valamint, hogy milyen kihívásokkal, nehézségekkel kell megküzdeniük az ellátórendszereknek. Az interjúban olvasható válaszokból a dolgozatban olykor szó szerint is átemelésre kerül egy-egy gondolat, melyeknek a teljes válaszadás verzióit a dolgozat végén, mellékletként feltüntettem az interjúkérdésekkel együtt.

National Aphasia Association (NAA) nonprofit szervezetnek az internetes nyilvántartásának köszönhetően összesen 577 egyesült államokbeli szervezettel, kórházzal ellátó intézménnyel vettem fel a kapcsolatot. Az NAA által kiadott adatok, elérhetőségek között volt jó néhány, melyek ma már nem, vagy csak részben vesznek részt az ellátásban. Nehezítő körülményt jelentett, hogy a levelezőrendszer számos levél kézbesítését nem engedélyezte. Összesen 19 választ érkezett vissza, melyek közül voltak olyan válaszok, melyekben részletesen és alaposan kifejtették a gondolataikat, valamint olyanok, amelyek csupán rövid, tömör, egy-egy szavas válaszokat tartalmaztak.

4.4 Eredmények

1. Milyen főbb jellemzői vannak az egyesült államokbeli afázia ellátásának?

Az USA afázia ellátásának főbb tulajdonságai pontokba szedve a következők:

- Széleskörű intézmények és lehetőségek: Az Egyesült Államok az afázia kezelésére és rehabilitációjára számos lehetőséget kínál a 331 milliós népességű országban. Az országban összesen 675 afázias személyeket ellátó intézmény, központ, terápiás lehetőség áll rendelkezésre. Az országban lévő afázia ellátó intézmények száma átlagosan 13 lehet egy tagállamonként.
- Intenzív terápiák: Az afázia kezelésében az intenzív terápiák a legelterjedtebbek. Ezek közé tartozik a jelenlétnél zajló terápia, az online terápia és a hibrid terápia. Az intenzív terápiák célja a hatékony rehabilitáció és a gyorsabb javulás. Az afázia terápiája az Egyesült Államokban számos formában elérhetőek, melyek három általános kategóriába sorolhatóak: a károsodáson alapuló terápiák, melyek a nyelvi funkciók javítására összpontosítanak, a kommunikáción alapuló terápiák, melyek valamiféle eszközzel javítják a

kommunikációt és a mozgáson alapuló terápiák, melyek az agy bizonyos funkcióinak erősítésére szolgálnak és segíthetnek a beszéd helyreállításában.

- Rehabilitációs fázisok: Az afázia rehabilitációja fázisokban szervezett. A fázisok magukban foglalják a fekvőbeteg akut ellátást, a fekvőbeteg akut rehabilitációt, az otthoni egészségügyi ellátást, az ambuláns rehabilitációt és közösségi programokat. Az akut ellátás során a kezelés a károsodáson alapuló célokat és terápiás beavatkozásokat tartalmaz, általában rövid, körülbelül félórás ülésekből áll. Az egyén az ellátás biztosítási fedezetétől és a javulás mértékétől függően haladhat végig ezeken a fázisokon.
- Költségek és biztosítás: Az afázia terápiáinak és rehabilitációjának költségei 1000\$-tól 26000\$-ig terjedhet, ami egyéni helyzettől, a terápia típusától és az intézménytől függ. A biztosítás bizonyos ellátásokat, terápiákat nem minden esetben fedez, valamint csak évi 12 logopédiai ülést biztosít.

2. Milyen innovatív terápiákat, eszközöket használnak az Amerikai Egyesült Államokban?

Az Egyesült Államokban számos innovatív terápia és terápiás eszköz áll rendelkezésre az afázia kezelésére. A válaszok alapján a következőket alkalmazzák átalánosan:

- Melodic Intonation Therapy (MIT): Ez a terápia az éneklést használja fel az afáziás személyek beszédének javítására. A páciens az éneklés révén tanulja meg újra a szavakat és mondatokat, és a ritmikus éneklés segíti a beszéd visszaállítását.
- Semantic Feature Analysis (SFA): Ez a terápiás technika a névadási készségek javítására szolgál. A terápiás folyamat során a páciens a szavak jelentését és jellemzőit tanulja meg jobban megérteni, ami segíti a jobb kommunikációt.
- Verb Network Strengthening Treatment (VNeST): Az igék és főnevek összekapcsolását segítő terápiás eljárás. A célja az, hogy erősítse az igék általános használatát, ami javíthatja a páciens nyelvi készségeit.
- Oral Reading for Language in Aphasia (ORLA): Ez egy olyan alkalmazás, amely a szóbeli olvasásra összpontosít. Az afáziás személyek teljes mondatok olvasását gyakorolhatják az applikáció segítségével.
- Constant Therapy: Ez egy olyan alkalmazás, amely klinikusok és pácienseik számára készült. Számos funkcióval rendelkezik, beleértve a házifeladatok

kiosztását, a gyakorlás nyomon követését és a páciensekkel kapcsolatos jegyzetek írását.

- Gestural Facilitation of Naming (GES): Ezt a terápiát a szóelérési zavarok orvoslására használják. A terápia során a gesztusok segítségével könnyíthetik meg a szavak megtalálását.
- Supported Conversation for Adults with Aphasia (SCA): Ez a terápia a kommunikációs partnert helyezi előtérbe, és megtanítja őket, hogyan lehetnek hatékony kommunikációs partnerek az afázia kezelése során.
- A Reciprocal Scaffolding Treatment (RST) – azért fejlesztették ki, hogy feltárja a terápiás értékét az életben való részvétel növelésének a természetes nyelvhasználaton keresztül történő kommunikatív partnerekkel a közös tanulási tevékenységek során.
- The Famous People Protocol (FPP): afáziás számára hatékony, személyre szabott kommunikációs technikák felfedezéséhez stratégiát kidolgozására alkalmazzák.
- A Lingraphica AAC: kiegészítő és alternatív kommunikációs eszközök vagy más néven beszédgeneráló eszközök segítenek a kommunikáció, a beszéd és az életminőség javításában azáltal, hogy a felhasználó képekre kattintva kifejezheti magát.
- A Tactus Therapy: mint mobil applikáció fejlesztő cég összesen 17 alkalmazást adott ki beszéd-sérültek kezelésére. Mindegyike egyedileg úgy lett megtervezve, hogy különböző szinteken egy adott képességet fejlesszen, mint például a szóbeli, írott nyelvet, beszédet, kognitív képességet, nyelést.

A fentiekén kívül számos egyéb terápia és eszköz is elérhető az afázia kezelésére az Egyesült Államokban. Ezek az innovatív megközelítések a páciensek szükségleteire és készségeire szabhatók, és segíthetnek a kommunikáció javításában, a beszéd visszaállításában. Az afázia kezelésében az innováció és a technológia egyre fontosabb szerepet játszik.

3. A két országban a csoportos vagy egyéni terápia a preferált?

A válaszok alapján elmondható, hogy összességében az egyéni terápiákat alkalmazzák általánosan. A visszajelzésekből egyértelműen megjelenik a csoportos terápia fontossága, ugyanakkor mind az Egyesült Államokban, mind Magyarországon számos akadály nehezíti ennek a terápiás módszernek az

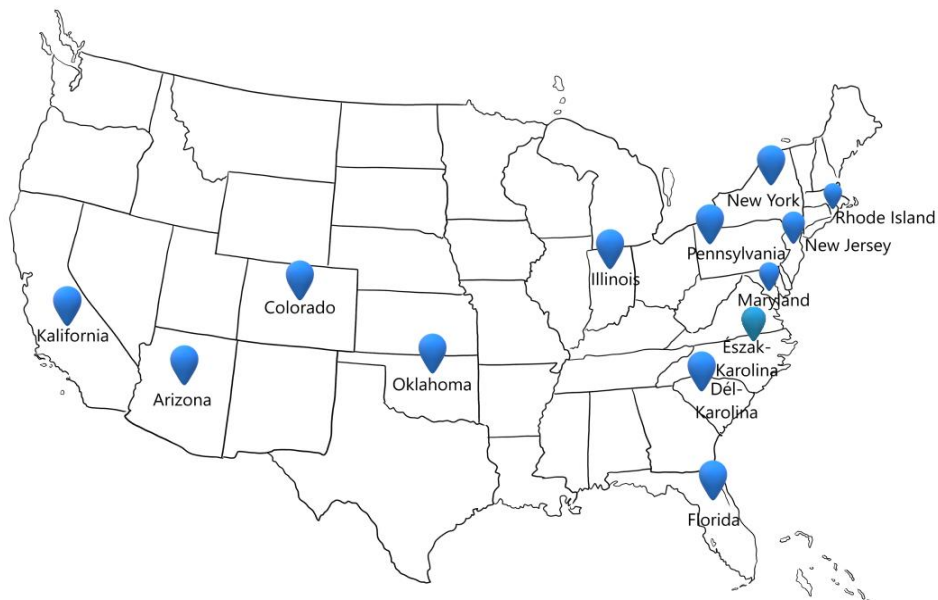
általános alkalmazását. Az USA-ban a biztosítók gyakran nem, vagy csak korlátozott módon támogatják ezeket a csoportos terápiás üléseket. Magyarországon pedig problémát jelent a homogén csoportok szervezése, valamint kapacitás hiányában inkább az egyéni terápiákat preferálják. Az Egyesült Államokban hangsúlyosabb a csoportterápia alkalmazására való törekvés, hiszen lehetőséget biztosítanak a havonta egyszeri csoportos terápiák látogatására, mely alkalmak költségmentesek. Magyarországon is van előrelépés ezzel kapcsolatban, de csak néhány helyen és ritkábban nyílik erre lehetőség. Ezen probléma megoldása mindkét országban kulcsfontosságú kérdés marad, amely még nem talált teljeskörű megoldásra.

4. Milyen nehezítő körülményei vannak hazánkban és az Egyesült Államokban az afázia ellátását tekintve?

Az egyesült államokbeli és a hazai afáziaellátás egészen hasonló problémakört érintő kihívásokkal rendelkezik. Mint például a pénzügyi kérdés, mely mind a két ország esetében más szempontból érintett, hiszen egyik oldalról a biztosítás korlátozza az adott egyént, annak hiányában pedig a meglehetősen költséges ellátás, a hazai oldalról pedig a kórházi ellátást követő magán terápiák finanszírozása jelent nehézséget. A második azonosított problémakör az afázias személyek vidéki ellátottsága jelenti, amely mind a két országban megoldatlan kérdés. Az utolsó ellátási kihívást pedig a csoportos jellegű terápiák alkalmazásában lehet felfedezni, melynek okai bár eltérőek a két országot tekintve, mint problémaforrás, szintén megegyezik.

4.5 Az afázia ellátása az egyesült államokbeli szakemberek szemszögéből

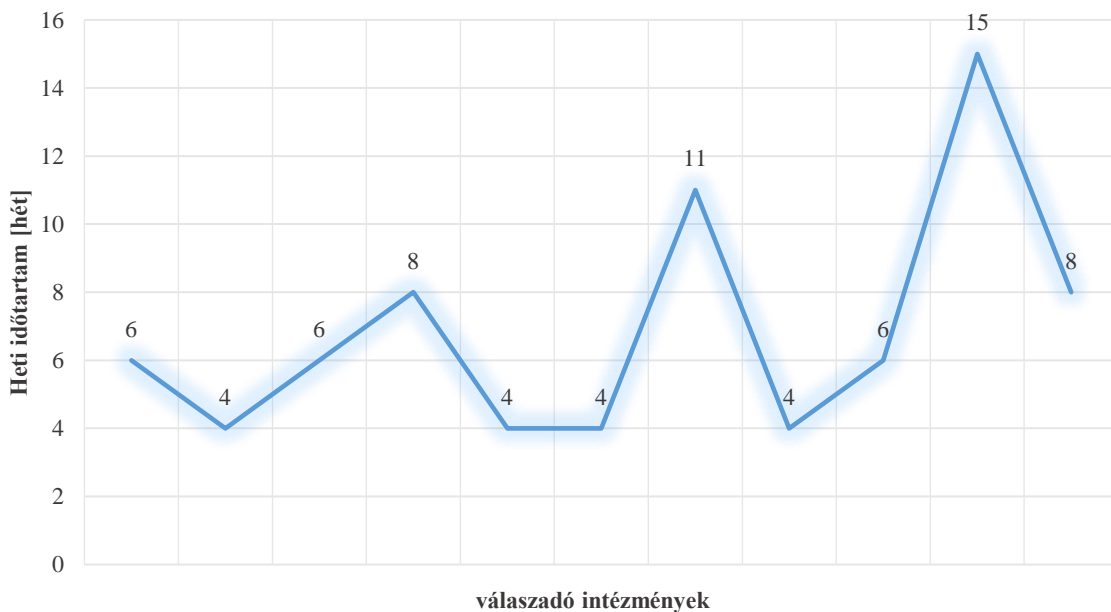
Az Amerikai Egyesült Államok 331 milliós népességű országa számos lehetőséget nyújt az afáziások rehabilitációjára, terápiájára. Összesen 51 tagállama van az Egyesült Államoknak, melyből a Puerto Rico-i Nemzetközösséget külterületi elhelyezkedése miatt nem vettem alapul. Így az 50 szövetségi tagállamot tekintve a National Aphasia Association által kiadott számlálás alapján, együttesen 675 afáziát ellátó intézmény, központ vagy terápiás lehetőség adott az ott élők számára. Ez azt jelenti, hogy a jelenlegi adatok arányait figyelembe véve egy tagállam körülbelül 13 afáziát ellátó létesítménynek ad otthont. A dolgozatomhoz 13 tagállamban élő és ott dolgozó szakember járult hozzá válaszaival ebből volt, akinél további kutatómunkát igényelt az információk feltárása. A visszajelzések közül 14-en magánkórházban, 4 válaszadó alapítványban és 1 válaszadó pedig magánpraxisban tevékenykednek. Az interjú alanyai a következő tagállamokban tevékenykednek: Arizona, Colorado, Dél-Karolina, Észak-Karolina, Florida, Illinois, Kalifornia, Maryland, New Jersey, New York, Oklahoma, Pennsylvania, Rhode Island, melyek földrajzi elhelyezkedését az alábbi térképen láthatjuk. (3. ábra)



3. ábra: Szakdolgozatomhoz hozzájáruló Amerikai Egyesült Államok tagállamainak helyrajzi jelöléseik

4.6 Ellátás ideje

Az interjú első kérdése az afáziás személyek ellátásának rendszerességére, időtartamára irányult. A válaszok bár helytállóak voltak, nehezítő körülmény, hogy voltak, akik órában adták meg a terápia hosszát, s voltak, akik hetekben. Ez azt jelenti, hogy számításokat végezve a következő válaszok az általánosak. A válaszadók közül 12-en heti többszöri rendszerességgel látják el betegeiket, 5-en pedig heti egyszer, és a fennmaradók pedig alapítványi mivoltukból is fakultatívak az afáziás személyek számára. A rendszeresség mellett az ellátás, rehabilitáció időtartamára is választ kaptam. A szakemberek által adott adatokból elmondható, hogy 4 heti ellátás a legrövidebb és a leghosszabb pedig a 15 héten át tartó terápia, melyet az alábbi diagrammal lehet szemléltetni. (4. ábra) A számok az ellátás heti terjedelmét jelölik. A 19 válaszadóból 11 szakembernél olvashattam az intenzív terápiairól. Az intenzív terápianak 3 fajtáját ismertették a dolgozók, a jelenléti, az online-t és a hibrid terápiát. A többszöri ellátást vagy szükség szerint határozzák meg, vagy pedig előre megadott rendszerességgel van lehetőségük látogatni a klienseknek terápiákat.



4. ábra: Ellátás időtartama az egyes ellátó intézményekben

A következő kérdés a kezelés megkezdésének időpontjára irányult. A válaszokat három nagy csoportba lehet sorolni. Az első csoport a legideálisabb, mikor a kezelés közvetlenül a kórházi ellátással egyidejűleg kezdődik meg. A válaszok alapján a következő csoportosítás az orvosi beutaló, biztosító jelentkezése után megkezdődő terápia, amely a beteg kórházi ellátásból hazatértét követően körülbelül 1-2 hónap után veszi kezdetét. Majd az utolsó kategorizálható válasz leginkább az államokbeli egészségügyi ellátás legnagyobb „hátrányát” tükrözi, amely az egészségbiztosítással áll kapcsolatban, hiszen vannak intézmények, melyek a biztosítás „kifutása” után adnak lehetőséget az afáziás személyek számára, de ilyen szervezetből kevés van és nehezen hozzáférhető, leginkább az ottani egyetemek, illetve néhány klinika szervez ilyen ellátást.

4.7 Terápiák, Eszközök

A továbbiakban a használatos terápiákra, eszközökre, módszerekre kérdeztem rá. Az afázia terápia célja, a személy kommunikációs képességének javítása azáltal, hogy segíti őt a megmaradt nyelvi képességek használatában, a nyelvi képességek lehető legnagyobb mértékű helyreállításában, valamint a kommunikáció egyéb módjainak elsajátításában, például gesztusok, képek vagy elektronikus eszközök használatában (Burns, Baylor, Dudgeon, Starks és Yorkston, 2015). Először szeretném ismertetni, hogy a válaszok alapján milyen csoportosítások lehetségesek a terápiákat illetően. Az afázia terápiáknak a válaszok alapján három általános kategóriája van, és a legtöbb klinikus kettőt általában biztosan alkalmaz. Az első kategória a károsodáson alapuló terápiák, melyek a nyelvi funkciók javítására irányulnak, és olyan eljárásokból állnak, amelyek során a klinikus közvetlenül serkenti a specifikus hallási, beszéd-, olvasási és írási készségeket. A második kategória a kommunikáción alapuló (más néven következmény-alapú) terápiák, melyeknek célja, hogy bármilyen eszközzel javítsák a kommunikációt. Ezek a terápiák gyakran természetesebb interakciókból állnak, amelyek valódi kommunikációs kihívásokat foglalnak magukban. A harmadik csoportja pedig a mozgáson alapuló terápia, hiszen a mozgás szintén megerősítheti az agy bizonyos működéseit, ami jó alapul szolgál majd a beszéd kialakításához és megtartásához. A kategóriákon belül a következő terápiás ellátásokról olvashattam:

- Melodic Intonation Therapy (MIT) – Melodikus Intonációs Terápia, amely magát az éneklést használja fel az afáziás személyek beszédének javítására.

- Semantic Feature Analysis (SFA) – Szemantikus Jellemzők Elemzése, olyan terápiás technika, amelyet a névadási képességek javítására használnak.
- Verb Network Strengthening Treatment (VNeST) – Igehálózat-erősítő kezelés, egy viszonylag új terápiás eljárásnak számít, amelyben a feladat az igék főnevekkel való összekapcsolása, mely által erősödik az igák általános használata.
- Oral Reading for Language in Aphasia (ORLA) – Szóbeli olvasás az afáziás nyelvért. Kifejezetten afáziás személyek számára készült, mely a teljes mondatok olvasására, gyakorlására összpontosít egy applikáción keresztül.
- Constant Therapy – Konstans terápia egy klinikusok és a pácienseiknek készült applikáció, mely több funkcióval is rendelkezik: házifeladat adása, a gyakorlást nyomon követése, feljegyzéseket írása az adott páciensről.
- Gestural Facilitation of Naming (GES) – A megnevezés geszturális elősegítése, melyet a kutatók a szóelérési zavarok orvoslására, a megnevezés geszturális megkönnyítésére alkalmaznak
- Supported Conversation for Adults with Aphasia (SCA) – A Támogatott beszélgetés a kommunikációs partnert helyezi előtérbe, és megtanítják a számukra, hogy működhetnek jól kommunikációs partnerként.

A második csoportban az eszközökkel, tevékenységgel javító kommunikációs terápiában számos lehetőségről olvashattam, melyek a következők;

- Reciprocal Scaffolding Treatment (RST): azért fejlesztették ki, hogy feltárja a terápiás értékét az életben való részvétel növelésének a természetes nyelvhasználaton keresztül történő kommunikatív partnerekkel a közös tanulási tevékenységek során.
- Tactus Therapy: mint mobil applikáció fejlesztő cég összesen 17 alkalmazást adott ki beszéd-sérültek kezelésére. Mindegyike egyedileg úgy lett megtervezve, hogy különböző szinteken egy adott képességet fejlesszen, mint például a szóbeli, írott nyelvet, beszédet, kognitív képességet, nyelést.
- Lingraphica AAC: kiegészítő és alternatív kommunikációs eszközök vagy más néven beszédgeneráló eszközök segítenek a kommunikáció, a beszéd és az életminőség javításában azáltal, hogy a felhasználó képekre kattintva kifejezheti magát.
- The Famous People Protocol (FPP): afáziás számára hatékony, személyre szabott kommunikációs technikák felfedezéséhez stratégiát kidolgozására alkalmazzák.
- A Reciprocal Scaffolding Treatment (RST) – azért fejlesztették ki, hogy feltárja a terápiás értékét az életben való részvétel növelésének a természetes nyelvhasználaton keresztül történő kommunikatív partnerekkel a közös tanulási tevékenységek során

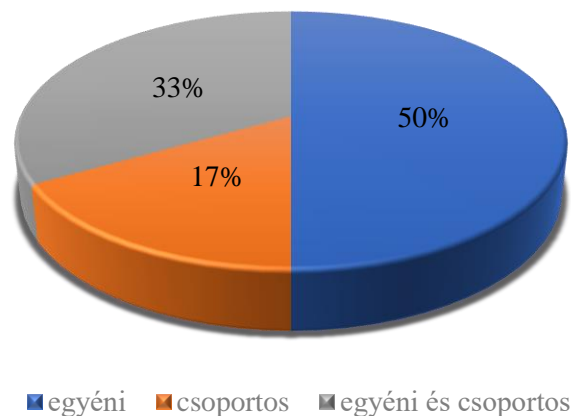
— Művészet terápia, Zeneterápia, kézműves terápia, Kommunikációs partner képzés.

A harmadik kategóriában a mozgáshoz kapcsolódó terápiákban a táncot és a jógát is alkalmazzák általánosan az adott ellátásban. Fontosnak tartom megjegyezni, hogy több szolgáltatás is van, melyek terápiás jelleggel szolgálnak, ilyen például az edzés és wellness, közösségi kirándulások, virtuális afázia csoportok, támogató csoportok, olvasó csoportok, író csoportok, adott híreket feldolgozó csoportok, vitacsoportok, főzőcsoportok, alkalmazás használat képzés. Az ilyen és ehhez hasonló terápiás jelleggel bíró lehetőségek nem csak a magán, fizetett kórházakban elérhetőek. A biztosítás kifizetését követően is vannak lehetőségeik az afáziás személyeknek, olyan szervezeteknél, ahol kifejezetten az előbb említett alternatívák állnak rendelkezésre.

4.8 Csoportos vagy egyéni terápia

A fentebb említett terápiás ellátások egyéni vagy csoportos jellege változatosak voltak. Az egyéni terápia az egyén sajátos szükségleteire összpontosít, míg a csoportterápia új kommunikációs készségek alkalmazását kínálja kiscsoportos környezetben. A magánkórházakban kétfajta rendszert lehet elkülöníteni a válaszok alapján. Az egyik általános válasz az volt, mikor az egyéni terápiát részesítik előnyben, s a csoportos terápiákat pedig havi egyszeri rendszerességgel teszik elérhetővé, melynek a következő okai vannak: „V1: A kórházamban havonta egy afázia támogató csoportot moderálok, de ez nem közvetlen terápiaként van megszervezve. Nem számlázzuk ki a támogató csoportban való részvételt, és nem dokumentáljuk hivatalosan ezeket az üléseket.” volt olvasható az egyik válaszadó által. Tehát míg az egyéni terápia fizetős, addig sok helyen a csoportos ellátást „nem szervezik meg hivatalosan”, vagyis nem számlázzák kis az adott egyénnek. Ez is összefüggésbe hozható az egészségügyi biztosítással, hiszen a csoportos terápiákat kevésbé támogatja a biztosító. Azt gondolom, hogy az a fajta törekvés, hogy ingyenesen teszik lehetővé ezeket az alkalmakat, nagyon inspiráló. Összességében elmondható, hogy a csoportos terápiára való törekvés bár nagyobb, mint az egyéni, mégis nagyobb arányban fordul elő az 1:1-es terápiás ülés. Számszerűsítve a tagállamok válaszai alapján az intézmények 50%-a kizárólag egyéni terápiára ad lehetőséget, 33%-a pedig csak csoportos alkalmakat tart. A fennmaradó 17% vegyes, vagyis egyéni és csoportos terápiás lehetőségeket biztosít az afáziás személyek számára. Az

intézmények, szervezetek csoportos és egyéni jellegű alkalmainak feloszlását a következő ábra szemlélteti. (5. ábra)



5. ábra: Egyéni és csoportos terápia alkalmazásának eloszlása

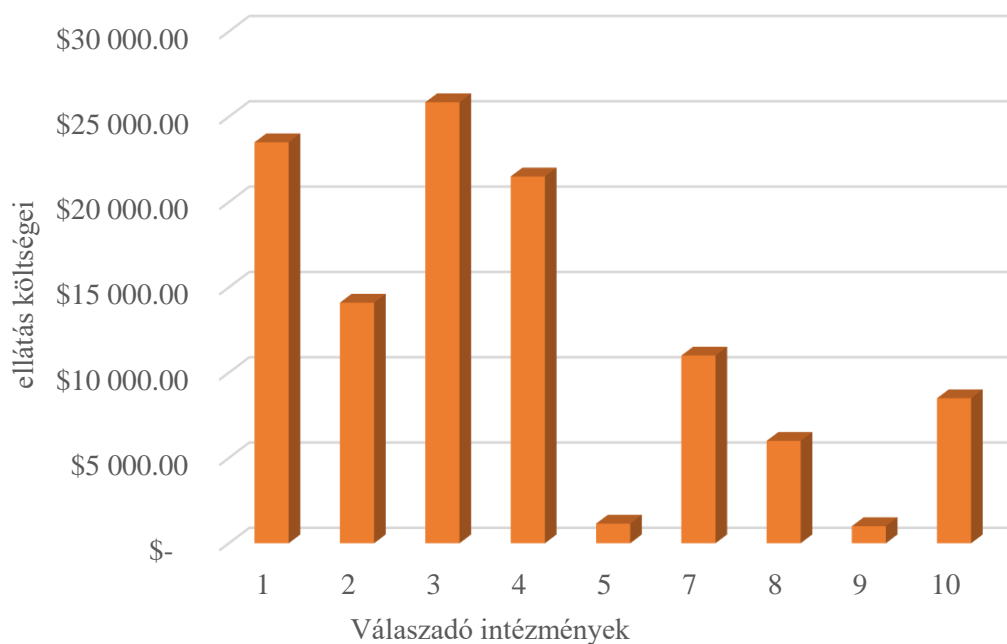
4.9 Rehabilitáció

A fentebb említett terápiás ellátások mellett, az afáziás személyek rehabilitációjáról, annak felépítéséről, struktúrájáról is érdeklődtem az ott dolgozóktól. Természetesen ez nagyon egyénfüggő és ezt minden válaszadó ki is emelte, de a lehetőségeket és szerkezetét tekintve, nagyrészt megegyeznek. A rehabilitáció esetében fázisok vannak meghatározva, melyek a következők: Fekvőbeteg akut ellátás, fekvőbeteg akut rehabilitáció, otthoni egészségügyi ellátás, ambuláns rehabilitáció, közösségi programok. Azonban egy adott személy addig járja/járhatja végig az egyes szakaszokat, amíg a biztosítási pénz el nem fogy, vagy amíg javulását, gyógyulását tekintve nem tesz előrelépést. Akut ellátásban a következő az általános a következő válaszadók szavai foglalják össze leginkább; V2: „Átfogó standardizált értékelés, károsodás és életben való részvételen alapuló célok és kezelés. Általában egy ülés az akut ellátásban körülbelül fél óráig tart, és néhány, az adott afázia esetét kezelő, károsodáson alapuló beavatkozásból áll, valamint lehetőség szerint némi támogató kommunikációs tréningből” (bővebben a 2 sz. melléklet)

Az akut kórházi kezelést követően lehetőségük van a járóbeteg ellátásban való részvételre, ahol több hónapon keresztül heti 2-3 foglalkozást kapnak. A járóbeteg ellátás után pedig afázia központokhoz és/vagy afáziás támogató csoportokhoz kapcsolódnak. Néhányan ICAP (intenzív átfogó afázia program) programba mennek. Ennél a pontnál sok szakember,

arról adott számot, hogy az afáziás személy ellátását korlátozhatja az egyén lakcíme. Az Amerikai Egyesült Államokban nagy távolságokról beszélhetünk, így nehezítő körülmény a vidéken élők számára az egyes ellátóintézményekben való rendszeres részvétel, valamint bizonyos államokban kevésbé találhatók meg ilyesfajta szolgáltatások.

Ha az Amerikai Egyesült Államok egészségügyi rendszeréről beszélünk, akkor elkerülhetetlen megemlíteni a biztosítást, így az interjú kérdései is érintették ezt a témakört. Arról, hogy milyen anyagi vonzata lehet egy-egy rehabilitációnak, vagy terápiás sorozatnak meglehetősen szélsőséges válaszok érkeztek be, illetve voltak, akik kihagyták ezt a kérdést. Egy-egy terápiás ülés legalacsonyabb ára 65 dollár, amely körülbelül 23.000 forintnak felel meg Magyarországon, a legmagasabb ára pedig 175 dollár volt, ami 63.000 forintnak felel meg. Ez azonban csak a terápiás ülésekre vonatkozik. Csoportosítva a válaszokat, egy átfogó rehabilitációs részvétel 1000 dollártól 26.000 dollárig, vagyis 36.000 forinttól 940.000 forintig terjedhet. (6. ábra)

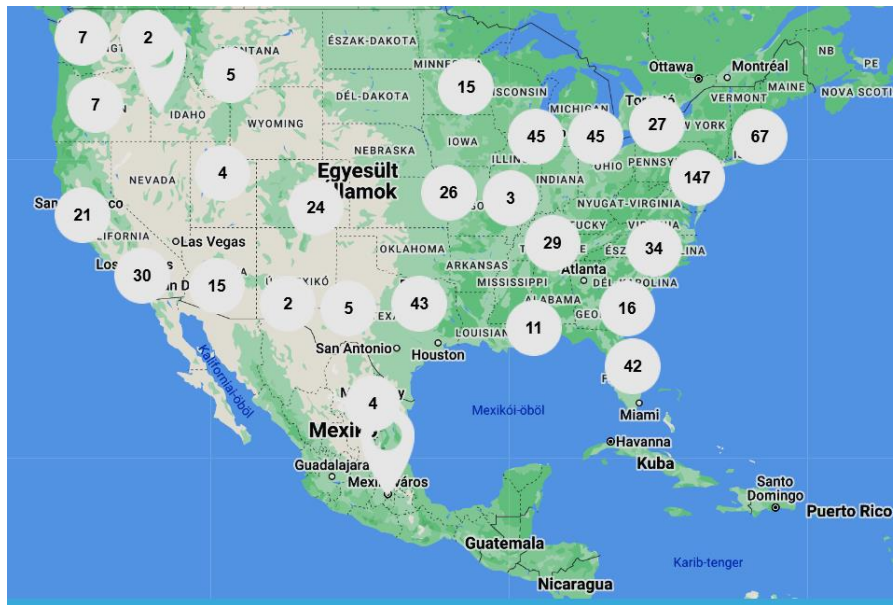


6. ábra: A válaszadó intézmények ellátásainak költsége

A válaszokban a biztosítás típusát tekintve a legtöbben a Medicare illetve a Soonercare biztosítást említették, egyes magánkórházak válaszaiból pedig kiderült, hogy egyáltalán nem fogadnak el biztosítást, mint például a legtöbb intenzív terápiánál. Ennek oka, hogy a szolgáltatónak számos feladata származik a biztosítással kapcsolatban, mint például, hogy a biztosítótársaság kifizesse az esetenként már megkapott szolgáltatást, ami olykor hónapokba is telhet. Erre a kérdésre pedig kifejezetten az egyik legdrágább ellátás tért ki.

4.10 Ellátási nehézségek, kihívások

A legtöbb szakember ugyanazt a problématerületet írta válaszában. Számukra leginkább a biztosító által kevés fedezett terápiás ülés jelenti. V3: „Az egészségbiztosítási rendszer diktálja, hogy a beteg mennyi ellátást kap, hol és mikor. Ez sajnos nem rászorultsági alapon történik” (bővebben a 2 sz. melléklet). Az Egyesült Államokban az idősebbek egészségügyi ellátása, ami a Medicare csak évi 12 logopédiai látogatást biztosít minden egyes betegnek, akik pedig általában nem fizethetnek magánúton ezekért a szolgáltatásokért. További nehézségeket okoz, hogy az életkor nagyban befolyásolja az ellátás minőségét is, hiszen a 65 év alattiak jobb ellátásban részesülhetnek. V3: „A fiatalabb betegek <65 éves korig jobb ellátást kapnak, különösen, ha van magán egészségbiztosításuk” (bővebben a 2 sz. melléklet). Ez persze nem azt jelenti, hogy az idősebbeknek nem jár szolgáltatás, hiszen aki rendelkezik Medicare biztosítással, ugyanúgy megkapja az ellátást, vagy amire szükségük van a fekvőbeteg-ellátáshoz, de a járóbeteg-ellátás nagyon korlátozott. Továbbá a visszajelzések közül 2-en azt válaszolták, nehézséget jelent az ellátást illetően, hogy bár a kórházakban elegendő logopédus tevékenykedik, egy akut ellátást nyújtó kórházban a diszfágia ellátás prioritást élvez, így amikor nagy a terhelésük, nehéz mindenkire eljutni, és időben ellátni. Többen a fentebb már említett hátrányt nevezték meg ennek a területnek a kihívásaként, ami a vidéki ellátást jelenti, illetve azt, hogy bizonyos államokban igencsak szegényes az afázia ellátás. Az National Aphasia Association által kiadott ellátórendszer térképe alapján a következő államok az érintettek a hiányosságot tekintve; Észak-Dakota, Dél-Dakota, Iowa, Új-Mexikó, Oklahoma, Arkansas, Nevada, Mississippi, Alabama, Vermont, Maine, Indiana, Wyoming, Nebraska. Ez pedig a tagállamok 7%-át jelenti. Szemléltetésképpen az említett szövetségi tagállamok földrajzi elhelyezkedését mutatom be az alábbi térképpel. A térkép számokkal van ellátva államonként, melyek afáziásokat ellátó intézményeket, szervezeteket jelölnek. (1. kép)



1. kép: National Aphasia Association térképe az Amerikai Egyesült Államokról, és az intézmények számáról
 National Aphasia Association honlapja, Letöltve: 2023.10.28, URL: <https://www.aphasia.org/>

4.11 Pályafutásban elért eredmény

A szakemberek által feltérképezett ellátások adatai, annak felépítése, struktúrája mellett, megérdeklődtem, hogy van-e esetlegesen olyan eredmény a pályájuk során, melyet szívesen megosztanának az interjúban. Ezek közül szeretnék néhányait kiemelni, melyek számomra is inspirálóak voltak. Az interjúalanyaim között szerepel olyan szakember, aki 26 éves szakmai tapasztalattal rendelkezik és töretlenül végzi hivatását. Számára a legnagyobb eredmény egy saját szolgáltatás szervezése jelenti, amely egy heti rendszerességgel működő afázia csoport, az adott páciens és hozzátartozói számára, mely mára már egy nagyobb közösséggé nőtte ki magát. Megemlíteném még egy oklahomai 500 ágyas kórházba dolgozó szavait is melyek a következők; V4: „Egy afázia tábor megszervezése, amelyet évente rendeznek egy egyetemi program számára. Egy héten át találkozunk, és körülbelül 12 afáziás személyt párosítunk 12 logopédiai végzős egyetemi hallgatóval. Együtt dolgoznak azon, hogy fejlesszenek bizonyos nyelvi készségeket, megtanuljanak sikeresen együtt élni az afáziával. Ez egy nagyszerű dolog” (bővebben a 2 sz. melléklet). A kérdéssort kitöltötte egy igazán inspiráló személy is, aki ő maga is stroke-on esett át és afáziás, de életét a betegség nem csak negatívan befolyásolta. Ő a következőket írta; V5: „A stroke-ot megelőzően mentálhigiénés tanácsadóként dolgoztam. Most büszkén mondhatom, hogy a Just A.S.K. Aphasia Stroke Knowledge elnöke vagyok. Az

afáziás betegeknek olyan helyet biztosítottam, ahová tartozhatnak, és olyan szolgáltatásokat kapnak, amelyekre valóban szükségük van és megérdemlik” (bővebben a 2 sz. melléklet). Végül pedig egy magánpraxis tulajdonosa eredményeit szeretném ismertetni, amely egy Zoom-on keresztüli program a Parkinson-kóros emberek számára. Heti rendszerességgel szervezi meg és gyakorolják a hanggyakorlatokat. A program nagyon sikeresnek bizonyul és a következőkkel jellemezte azt; V6: „Nagyon szórakoztató, és a csoporttagok nagyon élvezik az órát. Ahogy én is” (bővebben a 2 sz. melléklet). A további fejlesztésekhez és terjeszkedéshez, a több óraadás lehetősége érdekében, felvette a kapcsolatot a Kaliforniai Állami Monterey Bay (CSUMB) helyi egyetemmel. Az olvasottak alapján elmondható, hogy bár igen nehéz szakmáról, ellátásról beszélhetünk, a visszajelzések alapján az mutatkozik meg, hogy akár 26 éves tapasztalat után, akár nehezebb szakmai körülményekkel, vagy esetlegesen saját betegség élményével együtt is megmaradhat a hivatás iránti elszántság, és az arra való törekvés, hogy még inkább fejleszteni és segíteni tudják az adott afáziás személyt.

5 Az afázia ellátása hazai szakember szemszögéből

A 2021-es népszámlálás adatai alapján, Magyarország népessége 9 730 526 fő volt. A CAT-H-Új eljárás az afázia magyar nyelvű diagnosztikájában (2020) című kutatásban számszerűsítik Magyarországon előforduló afáziások számát évente, mely 10-15 ezer főre tehető (Zakariás, Rózsa, Lukács, 2020). Az Afázia Info általi adatok hazánkban 4 szervezet áll az afáziások szolgálatára, amely azt jelenti, hogy jelenleg éves szinten, Magyarországon 2500 főre jut egy szervezet. A négy szervezetből három Budapesti székhellyel rendelkezik, 1 pedig vidéken, Kiskutason található. A kutatási kérdések megválaszolásában 9 logopédus segédkezett. Az Egyesült Államokban élő szakemberek kérdéssorához hasonlóan az összeegyeztetés érdekében, itt is 16 pontban érdeklődtem az ellátásról. 9 logopédusból egy személy vállalkozó és egy szakember otthonápolásban tevékenykedik. A válaszadók közül 8-an foglalkoznak napi szinten afáziás betegekkel, egy logopédus pedig heti 20 órában dolgozik, melyet 4 napra oszt el. Magyarországon optimális esetben az afáziás személyek logopédiai ellátása, az akut stroke-osztályt követően a rehabilitációs osztályon kezdődik meg, egy előzetes orvosi vizsgálat után. Majd amennyiben lehetőségük van, az otthonápolási szolgálat által biztosított logopédiai ellátást igénybe lehet venni (két heti 14 alkalommal) térítésmentesen. Az Afázia Egyesület tapasztalatai alapján (afáziás páciensek és hozzátartozóik beszámolóit szerint)

sajnálatos módon gyakran előfordul, hogy az érintettek nem jutnak hozzá megfelelő időtartamú, térítésmentes logopédiai ellátáshoz a rehabilitációjuk során. Egyes esetekben még bizonyos ellátásokat sem tudnak igénybe venni. Különösen az otthonápolási szolgáltatások területén tapasztalhatók hiányosságok országszerte. A legsúlyosabb helyzetben lévő betegek esetében még a rehabilitációs osztályra sem jutnak el, vagy olyan rövid időt töltenek ott, hogy csak korlátozott mértékben lehet felmérni nyelvi státuszukat. (Nagy, 2021) A válaszadókból, mint említettem egy személy otthonápolásban tevékenykedő logopédus, az ő esetében 5-6 hónapnyi várakozási idő van.

A hazánkban használatos terápiákról és eszközökről nem igazán lehet találni egy összegző leírást, gyűjteményt a szakirodalomban, éppen ezért fontos erre a témakörre kitérni az interjú kérdéseiben, hazai viszonylatban is. A válaszadók többsége a kognitív-nyelvi terápiákon belül egyéni igény szerint mindent alkalmaz. A válaszokban a következőkről olvashattunk; perzeveráció terápia, artikuláció fejlesztés, beszédmegértés és kifejező beszéd tréning, melodikus intonációs terápia, kognitív neuropszichológiai modell, hangterápia, dyslexia anyagok. Eszközöket tekintve minden válaszban lehet olvasni saját készítésű használati eszközökről, – V7: „mindent, ami a beszédre készítheti az embert” – gondolat talán a legtalálhatóbb a válaszokat összegezve (bővebben a 3 sz. melléklet). Egy válaszadó tett említést arról, hogy applikációt is alkalmaz az ellátás során, mint például az afázia appot, NeuroÉnek-et. Továbbá az ellátóegységekben a következő rehabilitációs tevékenységek találhatóak meg; logopédiai terápia, zeneterápia, neuropszichológiai terápia, kézterápia, mozgásterápia, művészetterápia, mentálhigiénés csoport, gyógytorna, gyógymasszőr, pszichológia.

A fentebb említett terápiák csoportos vagy egyéni jellegét, eloszlását tekintve az arányok egyértelműen arról tanúskodnak, hogy az egyéni terápiát alkalmazzák általánosan. A visszajelzések alapján a csoportos terápia nagy előnye a sorstársi helyzet egyénre gyakorolt pozitív hatása, valamint olykor a versenyszellem megjelenése is, amely motiváló és fejlesztő hatással bírhat. Az egyéni terápia hátránya, hogy valódi kommunikációs helyzeteket kevésbé kínálnak fel, ami egy afáziával küzdő ember számára fontos szerepet kell, hogy betöltsön. A válaszok alapján jelenleg leginkább a kapacitás miatt és a csoportok nehezebb homogén kialakítása miatt nem alkalmazzák általánosan. A válaszadók közül egy logopédus adott számot csoportos terápiáról, melyet, hetente vagy kéthetente végez, ahol általában életszerű helyzeteket gyakorolnak a kliensekkel, amely mindig jó hangvételű és eredményes.

Az ellátás elérhetősége a fentebb említett felvetést támasztotta alá, hiszen a visszajelzések alapján elmondható, hogy az egyik legnagyobb kihívást az ellátás elérhetősége jelenti, de ezen belül is leginkább az utógondozás jelent problémát. V8: „A kórházból kikerülve,

lakóhelyükön többnyire nincs ambuláns logopédiai ellátás, a házi betegápolásban sem.”- jegyezte meg válaszában a logopédus (bővebben a 3 sz. melléklet). Az ellátás elérhetőségét nem csak a lakcím határozza meg, hanem a finanszírozás kérdése is. Bár a társadalombiztosítás által finanszírozott a kórházi ellátás, az azt követő gondozás, már nem támogatott, így a magánórák esetén 5000 Ft-tól 20.000 Ft-ig terjedhet a költsége egy-egy órának. Azonban a visszajelzésekből kiderült, hogy valójában nagyon kevesen keresnek magánúton logopédiai ellátást, vagy ha mégis alig talál erre szakosodott logopédust. A magánvállalkozásban tevékenykedő logopédus válaszában a következőket olvashattam; V9: „Nekem van magánrendelése is, ahol évi szinten maximum 1 afáziás beteg keres segítséget” (bővebben a 3 sz. melléklet).

A fentebb említett ellátásban dolgozó szakemberek, számos nehézséget, a szakmájukban kihívást jelentő területet is megfogalmaztak a kérdéssor válaszaiban. Elsősorban a szakemberek és ezzel együtt az ellátórendszerek hiánya jelenti a legnagyobb problémát. Ez jelentősen megnehezíti mind a szakember, mind pedig a gyógyulni vágyó afáziás személy munkáját, hiszen nincs, vagy csak nagyon kevés ellátási lehetőség adott. V9: „Van, hogy éppen belelendülnék a fejlődésbe, amikor valamiért a kliens otthonába távozik – és onnantól többé nem foglalkozik vele senki” (bővebben a 3 sz. melléklet). Sok esetben pedig a vidéki ellátást elvállaló logopédus a dráguló utazási költségek akadályozzák a leginkább, hiszen annak anyagi vonzata a szakembert terhelik.

A következő problémakört az eszközök hiányossága, vagy akár teljes hiánya jelenti. Sok esetben a fentebb már említett módszert alkalmazzák általánosan, ami a házi készítésű, sok időt igénylő eszközök jelentik. Valamint nehézséget jelent a helynek hiánya is, hiszen nincs lehetőség egy terápiás szoba biztosítására, fenntartására. Sokan a válaszadók közül ezért az ellátást úgy mellett, vagy a teakonyhában végzik, amely nem minden esetben biztosítja a megfelelő légkört.

Az egyesült államokbeli interjúhoz hasonlóan a negatívumok mellett a pozitívumokra is megjelennek, melyet a logopédusok pályafutásuk legnagyobb eredményére való kitérés jelent. A legtöbben az egyes esetekben végbemenő fejlődést emelték ki,-V10: „minden első szót, amit a nem beszélő beteg mond és minden jelentést, ami a nem értő beteg szemében megcsillan” (bővebben a 3 sz. melléklet). Illetve a kliens bizalmának elnyerését és ezáltal a hatékonyabb munkába való részvételt nevezték meg eredményként. A válaszadók közül szeretnék egyet kiemelni, amely egy válaszadó interjú beszélgetésének egy részlete. V11: „A tizenhat éves Danóka hazaért az iskolából, azt mondta az anyukájának, nagyon fáradt, lepihenne. Mivel sok leckéje volt, kérte, hogy hat óra körül keltse fel, akkor majd nekiáll

tanulni. A tanulást már nem tudta elkezdni, mert nem tudták felébreszteni. Súlyos agyvérzést kapott. A kórházban több órán keresztül műtötték, de így is komoly tünetei maradtak vissza. Mindez tíz éve történt, azóta több helyen kezelték és ma is folyamatosan rehabilitálják. Közben leérettségizett, most egyetemre készül” (bővebben a 3 sz. melléklet).

6 Hazai és az egyesült államokbeli afázia ellátás összehasonlítása

Az Amerikai Egyesült Államok és a hazai afázia ellátórendszer összehasonlítását több pontban szeretném ismertetni. Az első ilyen nagyobb témakör a pénzügyi kérdés. Az Egyesült Államokhoz képest hazánkban a kezdeti kórházi ellátások mindenképpen könnyebben elérhetőek egy afáziás számára, hiszen a biztosítás nem minden esetben fedezi a kórházi teljes ellátását, illetve a kortól és biztosítótól is függővé válik, hogy milyen ellátást kap az adott egyén. Egy-egy terápiás ülés általában 30 perces, ennek költsége 175\$-ig, egy intenzív terápia, mely több hétig tart 25.000\$-ig is terjedhet. Ma Magyarországon a társadalombiztosítás lehetővé teszi az afáziások számára az ellátás ingyenes elérhetőségét, ezt követően pedig magánúton érhetőek el a terápiás ülések, melyeknek ára 5000 Ft-tól 20.000 Ft-ig terjedhetnek. Azonban az egyesült államokban a kórházi ellátást követően több lehetősége adott egy afáziás számára. A hazai kérdéssorban, mint azt fentebb is említettem, olykor a kórházi ellátást követően, nem tudnak foglalkozni az afáziás egyénnel. Az Egyesült Államokban éppen ezért is fektetnek olyan nagy hangsúlyt az otthonról is használható és minden osztály számára könnyen finanszírozható applikációkra. Valamint számtalan nonprofit szervezetnél, alapítványnál, sőt egyetemekenél is elérhetőek már ingyenes terápiás lehetőségek melyekhez akár online is lehet csatlakozni. Az Amerikai Egyesült Államokhoz hasonlóan hazánkban is lenne rációja az egyetemi hallgatók afáziásokkal való foglalkozásnak kezdeményezésére. Ez a fajta törekvés is mindenképpen azt tükrözi, hogy ez egy megoldásra váró feladat hazánkban.

A következő nagy összehasonlítandó problématerület a szervezeteknek, ellátó intézményeknek a lokációja. A két ország bár teljesen más erőforrásokkal bír, mind a két esetben problémát jelent a vidéki afáziások ellátottságának kérdése. Magyarországon, mint ahogyan az USA-ban is vannak szervezetek a nagyobb városokban, de a kieső részekben csak kevés vagy esetlegesen nincs is ellátás. E tekintetben mindenképpen hasonlóságot véltem felfedezni.

Az interjú válaszai alapján kiemelendő a csoportos jellegű terápiás ellátás kérdése is. A válaszokból egyértelműen kirajzolódik a csoportos terápia jótékony hatásának és szükségességének a mivolta, azonban ennek alkalmazása háttérbe szorul, mind a két országot illetően. Az USA-ban a biztosító nem, vagy csak kevésbé támogatja ezeket az üléseket, Magyarországon pedig nehezebb a csoportok kialakítása, illetve a nagy terheltség miatt

prioritást élvez az egyéni terápiák alkalmazása. Valamelyest az Egyesült Államok nagyobb hangsúlyt fektet erre a kérdésre, és általában pótolják is ezt a hiányosságot, annak tudatában, hogy ez térítésmentes. Magyarországon is vannak erre való törekvések, de csak kevés helyen és ritkábban van erre lehetőség. Ennek a problémának a kiküszöbölése még mind a két országban fontos kérdés és egy megoldatlan helyzet.

A mindkét országot érintő kérdéseket az afáziás személyek ellátásának kapcsán a fent említett szempontok alapján hasonlítom össze.

szempontok	USA	Magyarország
Afázia előfordulása évente	225.000 fő	10-15.000 fő
Terápiás ülések időtartama	30 perc	20-40 perc
Csoportos vagy egyéni terápia	egyéni	egyéni
Vidéki ellátás	hiányos	hiányos
Magánülések költsége	65\$ - 175\$	5000Ft – 20.000Ft
Kórházi ellátás	biztosítás ellenében	társadalombiztosítás fedezi
Kórházi ellátást követően	biztosítás ellenében vagy szervezetek által	magánszférában vagy szervezetek által
Költségek	egészségügyi biztosítás vagy magánúton	társadalombiztosítás vagy magánúton
Kihívások, nehézségek	kórházi ellátást követő ellátás egészségügyi biztosítás vidéki ellátottság csoportos terápia alkalmazása	kórházi ellátást követő ellátás helyhiány vidéki ellátottság csoportos terápia alkalmazása

2. táblázat: USA és Magyarország afázia ellátásának összehasonlítása

7 Az Amerikai Egyesült Államokban használatos terápiás eljárások

7.1 The Famous People Protocol (FPP)

A szakdolgozat másik célja, hogy olyan terápiákat, eszközöket ismerhessek meg, melyek hazánkban még nem, vagy csak kevésbé ismeretesek. A szakirodalomból és a meginterjúvált szakemberek válaszaiból arra a következtetésre lehetett jutni, hogy a következő terápiás eljárások és eszközök újdonságok lehetnek a hazai afázia ellátásban. A dolgozatban a terápiáknak leírásához és kifejtéséhez a segítséget, egy egyesült államokbeli logopédus adott, valamint további kutatómunka, és fordítás volt szükséges a részletesebb kifejtéshez. Az első ilyen terápiás eszköz a „The Famous People Protocol” (FPP) – „Híres emberek protokoll”. Az olyan károsodásra fókuszáló eszközök, mint a Western Aphasia Battery – Revised és a Boston Diagnostic Aphasia Examination – harmadik kiadása sok és gyakran mélyreható hiány felmérésére szolgálnak. Bár a teszteredmények hatékonyan meghatározzák, hogy egy afáziás hogyan hibázik a kommunikációban, keveset árulnak el arról, hogy hogyan érhet el kommunikációs sikert.

Célja, alkalmazása:

Az FPP kidolgozásának az volt a célja, hogy az afáziás számára hatékony, személyre szabott kommunikációs technikák felfedezéséhez stratégiát dolgozzanak ki. Az afáziás személyek által alkalmazott kommunikációs technikák magukban foglalhatják az írást, a beszédet, a gesztikulációt, a rajzolást vagy az éneklést, illetve e módzatok bármely kombinációját. Az írásbeli és szóbeli válaszok közé tartozhatnak olyan körülírások, amelyek elegendő információt nyújtanak a hallgatónak ahhoz, hogy megállapítsa, mire gondol az afáziás beszélő és esetleg megadja a keresett szót, megkönnyítve ezzel a kommunikációt. A nonverbális gesztusok, rajzolás vagy dúdolás lehetővé teheti a hallgató számára, hogy felismerje a szándékolt szót vagy fogalmat. Miután azonosították az egyén által alkalmazott technikákat a beszédre, a logopédusok képzést és támogatást nyújthatnak az afáziás számára ezek

használatához, valamint a családokat is bátoríthatják ezeknek használatára, különösen társalgási kontextusban. Bizonyos értelemben az itt javasolt megközelítés hasonlít a támogatott kommunikációhoz azzal a különbséggel, hogy elsősorban az afáziás személyre, és nem a kommunikációs partnerekre összpontosít. Úgy vélik a kutatók, hogy a legtöbb afáziás számára hasznos lehet a különböző produkciós technikák gyakorlása és megtanulása. Mivel azonban nem minden technika működik egy adott afáziás esetében, ezeket gondosan kell kiválasztani az egyéni igényeknek, preferenciáknak és képességeknek megfelelően. A kérdés az, hogy hogyan működik? Tulajdonképpen ösztönző tevékenységgel hívják elő a beszédet, arra biztatják a klienst, hogy "bármit, amit tudnak" használjanak híres emberek képeinek azonosítására, hogy mutassa be, "tudja", ki a képen látható személy, még akkor is, ha nem képes megmondani a nevét. Ez a feladat több okból is hasznos. Az emberek megnevezése közismerten nehéz feladat, nemcsak a nyelvi és kognitív problémákkal küzdő felnőttek számára (Beeson, Holland és Murray, 1997) hanem a legtöbb „normálisan” idősödő személy számára is. A híres emberek nevei azonban gazdag asszociációs hálózatokba ágyazódnak. Ezek a hálózatok hasznosak a beszélgetésben, érzelmi asszociációkkal rendelkeznek, és gyakran személyes vonatkozásúak. Az afáziás emberek ezt akkor mondják el, amikor megjegyzik, hogy "tudják, de nem tudják kimondani". Az FPP hivatalosan nem afázia tesztnek tervezték, elsődleges célja inkább az, hogy segítse a klinikusokat, logopédusokat, az afáziásokat és a családokat abban, hogy felismerjék, milyen stratégiák működnek kommunikációs szempontból egy adott afáziás esetében. (Holland, Forbes, Fromm és MacWhinney, 2019).

Az FPP-t egy 3 pontos skálán értékelik. A 3 pontos válasz egyértelműen azt jelzi, hogy a beszélő "tudja", hogy ki a képen látható személy, amit legalább két kulcsfontosságú azonosító tény megadásával bizonyít. Például Michael Jackson esetében a "moonwalk"; "Michael énekes, táncos"; vagy egyszerűen "Michael Jackson" mind 3-as pontszámot kapna. A homályos vagy hiányos válaszok, amelyek "a célnak megfelelnek", például az "Óz, a nagy varázsló" Dorothy-jának öltözött Judy Garland képére szivárványt rajzol, vagy Jay Leno "talk show"-nak nevezése 2 pontot ér. Ha az adott afáziás nem ér el legalább 2 pontot, három igen/nem értelmi kérdést tesznek fel. A klinikus által adott ösztönzők megengedettek, mint például Elizabeth Taylor esetében, ahol a kérdések a következők lehetnek: Szerepelt-e a Kleopátrában? Sok férje volt? Ő Elizabeth Taylor? Ha a résztvevő mindhárom kérdésre helyesen válaszol, a tétel 1 pontot kap; ha a résztvevő kettő vagy annál kevesebb kérdésre válaszol helyesen, a tétel 0 pontot kap. Mielőtt a következő kérdésre lépne, a klinikus kimondja a helyes nevet, hogy elkerülje a nyelvhegyről való frusztrációt. A jelenlegi FPP-t a következő néhány éven belül frissíteni kívánják, és a klinikusokat arra bátorítják, hogy a regionálisan releváns híres embereket

helyettesítsék. Az FPP beadására vonatkozó részletes utasítások, a pontozási lap, a pontozási irányelvek, az ingerek képei az AphasiaBank weboldalán találhatóak meg.



2. kép Famous People Protocol-hoz használatos kérdések példái

(AphasiaBank, 2017)

Az AphasiaBank által elérhető FPP anyagát felhasználva lehet bemutatni a használatát. (2. kép)

Az FPP valójában arról nyújt információt, hogy az afáziát okozó agykárosodás ellenére a funkcionális kommunikáció bizonyos aspektusai milyen mértékben maradtak meg. Mivel az FPP ismerős ingereket használ, és lehetővé teszi a résztvevők számára, hogy a funkcionális kommunikáció minden formáját használják, teljesebb képet ad a megmaradt kommunikációs képességekről (Holland, Forbes, Fromm és MacWhinney, 2019).

7.2 Gestural Facilitation of Naming (GES)

A következő terápiás eljárás a Gestural Facilitation of Naming (GES) – A névadás geszturális elősegítése. A GES egy alternatív, kompenzációs módszer, amelyet a kutatók a szóelérési zavarok orvoslására, a megnevezés geszturális megkönnyítésére alkalmaztak, melynek alapját az adja, hogy a gesztusok segítségül szolgálhatnak és hasznosak lehetnek a lexikális előhívás aktiválásának közvetítésére. A cselekvés és a nyelv nagyon szorosan összekapcsolódik az agyban. Bár az afáziában szenvedő személynek gondjai lehetnek a szavak megtalálásával, a cselekvésekhez szükséges agyi pályák épek.

Célja, alkalmazása:

A GES célja, hogy ezeket az ép cselekvéspályákat használja fel a nyelvi produkció kiváltására. Ez egy olyan képzett kezelési megközelítés, amelyben egy pantomimszerű gesztust

gyakorolnak, miközben egy szó verbális produkciójával párosul, ezek a gesztusok kifejezetten úgy vannak „betanítva”, hogy konkrét szavakhoz kapcsolódjanak. Ennek a kezelési technikának az a plusz előnye, hogy a gesztusnak általában van jelentése. A gesztus a pillanatban kommunikációt biztosít, és hosszú távon javítja a szavak előhívását is. Ezt a terápiás technikát leggyakrabban a Broca-féle afáziásoknál alkalmazzák. Hasznos lehet bármely olyan afázia esetében, ahol a szókeresési problémák fennállnak (Raymer, McHose, Smith, Iman, Ambrose és Casselton 2012).

7.3 Reciprocal Scaffolding Treatment(RST)

Az afázia kezelésének egyik célja, hogy a terápia jó hangvételi legyen. Az emberek jobban szeretnek olyan kommunikáción dolgozni, amely szórakoztató és érdekes, ez azonban sok logopédus számára is kihívást jelent. A továbbiakban szeretném bemutatni azt a terápiás eljárást, melyet az előbb említettek megtestesítenek és amely megfelel ezeknek az igényeknek. A Reciprocal Scaffolding Treatment (RST) – azért fejlesztették ki, hogy feltárja a terápiás értékét az életben való részvétel növelésének a természetes nyelvhasználaton keresztül történő kommunikatív partnerekkel a közös tanulási tevékenységek során. A kezelés a tanulói vagy tanulási modellre összpontosít, amelyet úgy határoznak meg, mint olyan tanulást, amely szociálisan összeállított helyzetekben zajlik, ahol az aktív kezdők (pl. végzős klinikushallgatók) készségeket és megértést sajátítanak el vezetett képzetlenebb partnerektől, jelent esetben az RST-ben a képzetlenebb partner egy afáziás felnőtt, hiszen lehetőséget ad az afáziás személynek arra, hogy információkat adjon át vagy valamilyen készséget tanítson egy másik emberből álló csoportnak. Az RST kontextusát úgy alakítják ki, hogy az kölcsönösen előnyös legyen a résztvevők számára. Mindenkinek vannak bizonyos ismeretei vagy képességei, amelyekben különösen jó, és amelyek iránt érdeklődik. Mindenki szereti megosztani ezeket a képességeket másokkal. Az afáziás emberek számára azonban nagyon nehéz kommunikálni, hogy mennyi mindent tudnak. Egy 2007-es kutatás alapján az RST során a célzott nyelvhasználat eredményeképpen egy afáziás egyén nagyobb hozzáférést nyert a szókincséhez és annak használatához, és javult a társalgási készségeinek tartalma, tehát a tanulmány eredményei alátámasztják, hogy az RST alkalmazása javuló beszéd-készséget eredményezett (Avent, Patterson és Small 2007).

Célja, alkalmazása:

Az RST alkalmazásakor az afáziás személy kiválaszt egy olyan témát, amely érdekli, és amelyről szeretne másokat is tanítani. Egy volt tanár talán a polgárháborúról szóló történelemórát választja, egy vízvezeték-szerelő talán azt választja, hogy hogyan kell eltömíteni egy WC-t. Bármilyen téma elfogadható, ami érdekli a személyt, és amihez ért. Az afáziás személy és a logopédus együtt dolgoznak a „lecke” összeállításán. Mivel az RST egy csoportos terápiás kezelés, így ezt a tanult leckét mutatják be a csoport többi tagjának. A logopédus annyi támogatást biztosít, amennyire csak szüksége van az adott afáziás személynek. A kezelés céljai a szókincs/szókeresés és a mondatalkotás javulása. További cél a társas interakció lehetősége és a jobb életben való részvétel. Az RST az afázia számos típusával és különböző súlyossági fokával rendelkező embereknél alkalmazható. Az RST szórakoztató módja annak, hogy az afáziás személyek gyakorolják készségeiket (Avent, Patterson és Small 2007).

8 Applikációk, eszközök

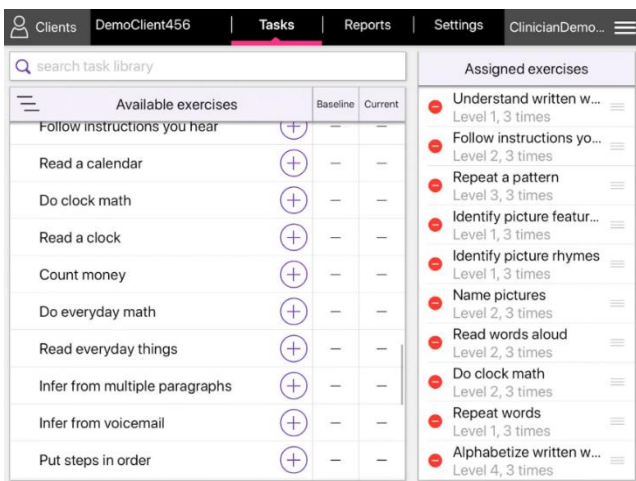
8.1 Constant Therapy

A következő eszköz, melyet ismertetni szeretnék az alábbiakban az a Constant Therapy Clinician applikáció. A Constant Therapy Clinician egy bizonyítékokon alapuló telefonos applikáció, amelyet a klinikusok a praxisukban és a pácienseik akár otthon használhatnak.

Az applikáció funkciói:

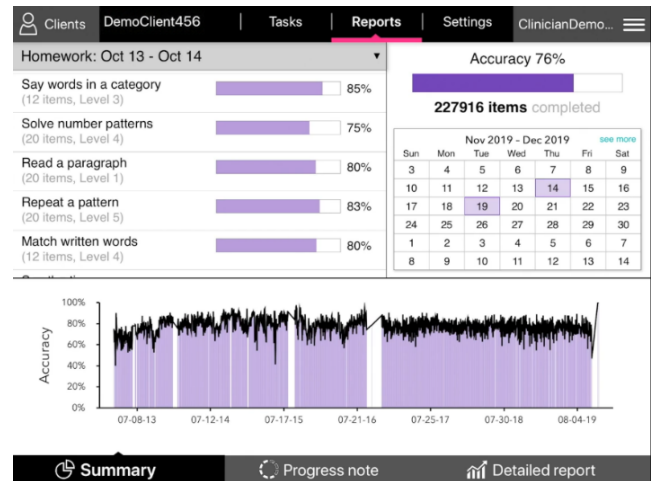
A szoftveren belül lehetősége van a betegnek különböző készségeket fejleszteni interaktív feladatokkal, mint például a hallás utáni értést, a figyelmet, a tervezést és rendszerezést, a látottak megértését, olvasást, számolás tanulását/gyakorlását, emlékezőt, írást és beszédet. Megszünteti a papír alapú gyakorlatok szükségességét, csökkenti az időt és a költségeket. A legfontosabb funkciója, hogy lehetővé teszi a klinikusok számára, hogy személyre szabott beszéd-, nyelv- és kognitív terápiás házi feladatokat készítsenek a betegek számára, amelyeket otthon gyakorolhatnak. A páciens kiválasztása után lehetősége van a

klinikusnak a bal oldali oszlopban feladatok kiválasztására, míg a jobb oldali oszlopban látszódnak a kiadott feladatok. Az applikáció keretein belül a beteg fejlődése feljegyezhető, nyomon követhető. Diagramokkal, százalékos kimutatásokkal és a hibák visszánézésével egy átfogó képet kapunk a páciens állapotáról napra, hónapra és időszakokra lebontva. A páciensek a személyre szabott feladatokat bármikor bárhol elvégezhetik. Egyéni szükségletek alapján lehet kiválasztani, hogy melyik területet fejlessze az adott feladatsor. Szakember hiányában az önképzésre is van lehetőség, így oktatóvideókon keresztül megtanulhatja a használatát a felhasználó és email-en, illetve telefonon támogatást nyújt a Constant Therapy csapata . (ConstantTherapyhealth, Utoljára látogatva: 2023.10.28, <https://constanttherapyhealth.com/constant-therapy/for-clinicians/>)(3.-4. kép)



3. kép Constant Therapy beállítási menüpont

(ConstantTherapyhealth, Letöltve: 2023.10.28,
 URL: <https://constanttherapyhealth.com/constant-therapy/for-clinicians/>)



4. kép Constant Therapy teljesítményértékelés

(ConstantTherapyhealth, Letöltve: 2023.10.28,
 URL: <https://constanttherapyhealth.com/constant-therapy/for-clinicians/>)

8.2 Oral Reading for Language in Aphasia(ORLA)

A következő terápiás eszköz az Oral Reading for Language in Aphasia (ORLA) amely egy számítógépes program az afáziával küzdő személyek számára. Az ORLA segítségével az afáziás személy szisztematikusan és ismételten hangosan olvas fel mondatokat és bekezdéseket, először a klinikussal együtt, majd önállóan. Az olvasás neuropszichológiai modelljei alapján az ORLA-t eredetileg azért fejlesztették ki, hogy az afáziás személyek olvasásértését javítsa azáltal, hogy a fonológiai és szemantikai olvasási útvonalakat gyakorolja. Előzetes vizsgálatok azt mutatták, hogy az olvasásértésen kívül más modalitásokban is javulás következhet be. A szóbeli kifejezés, a hallás utáni megértés és az írásbeli kifejezés terén is javulást tapasztaltak mind a folyékony, mind a nem folyékony afáziában. Emellett az ORLA hatékony megközelítésnek bizonyult a beszéd apraxia kezelésére Broca-féle afáziában szenvedő betegnél.

Célja, alkalmazása:

Az ORLA azért hatékony, mert 3 elemet – ritmus, tempó és nyelvi sablonok – tartalmaz, amelyek hozzájárulnak a beszédprodukciónak mögöttes oszcillációs ritmusának, dallamának és sebességének kialakításához. A páciensnek a mondat egyes szavaira való tempószerű rámutatása, a nyelvi sablonokkal és a klinikus által biztosított természetes ritmusokkal és intonációval együtt segíthet a páciens időbeli és artikulációs beszédtempójának megkönnyítésében. Az ORLA az összefüggő diskurzusra összpontosít, lehetővé téve a különböző nyelvtani szerkezetek gyakorlását, nem pedig csak 1 konkrét nyelvtani forma gyakorlását. A játék 4 nehézségi szintje a hossz és az olvasási szint alapján: az 1. szint egyszerű 3-5 szavas mondatokból áll, első osztályos olvasási szinten; a 2. szint 8-12 szóból áll, amelyek lehetnek egyetlen mondat vagy két rövid mondat, harmadik osztályos olvasási szinten; a 3. szint 15-30 szóból áll, 2-3 mondatra osztva, hatodik osztályos olvasási szinten; a 4. szint 50-100 szóból áll, amelyek egy 4-6 mondatból álló egyszerű bekezdést alkotnak, szintén hatodik osztályos olvasási szinten. Az ORLA fokozatos jellege miatt az afázia súlyosságának széles skálájával rendelkező egyének számára alkalmas. A legújabb adatok az ORLA differenciált hatásait vizsgálták az afázia súlyossága alapján. Egy 25 krónikus afáziában szenvedő

személyből álló csoport 24 órányi alacsony intenzitású ORLA-t kapott, ami heti 1-3 alkalommal 1 órás kezelést jelent – ez a kezelési ütemterv jellemző az Egyesült Államokban az afázia ambuláns terápiájára. A résztvevőknél, mint csoportnál összességében kismértékű, de statisztikailag szignifikáns változások következtek be a kezelési időszak alatt a Western Aphasia Battery Aphasia Quotient (WAB-AQ), mérőszám alapján (Leora, 2015).

8.3 Lingraphica AAC

A Lingraphica AAC (augmentative and alternative communication – kiegészítő és alternatív kommunikációs) eszközök vagy más néven beszédgeneráló eszközök segítenek a kommunikáció, a beszéd és az életminőség javításában azáltal, hogy a felhasználó képekre kattintva kifejezheti magát.

Eszköz funkciói:

A táblagép felolvassa az adott képhez tartozó szöveget, amivel hallja a páciens, amit szavakba szeretne foglalni. Az afázia mellett különböző más beszédhez, önkifejezéshez köthető betegségekhez is ajánlják, ezért a Lingraphica készülékeket rendszeresen írják fel autizmus, apraxia, fejlődési rendellenességek, dysarthria, primer progresszív afázia és traumás agysérülés esetén is. Az eszközzel lehetőség van a napi kommunikációhoz, több száz gyakorlat használatára. Kamerával felszerelt, ezért online terápiás ellátás is igénybe vehető, illetve online közösségi élet kialakítására van lehetőség az eszközzel rendelkezőknek. 3 különböző típusból lehet választani, kicsi, közepes és nagy táblagép áll rendelkezésre a páciensnek. A kicsi eszköz jelenléti használatra alkalmazható elsősorban és méretéből és súlyából adódóan a legkönnyebb szállítani. A közepes méretű nagyobb akkumulátorral rendelkezik, így 6 óra aktív használatra is képes és kezelhetőbb kialakítása. A nagyméretű eszköz rendelkezik már telefonkártya foglalattal, így nem csak WiFi-n keresztül használhatóak róla az internetes tartalmak, hanem mobilinterneten keresztül is. Jelenleg két nyelven, spanyol és angol használhatóak a táblagépek.



5. kép Lingraphica AAC menürendszere

(Lingraphica, Letöltve: 2023.10.31, URL: <https://lingraphica.com/aac-devices/>)

Az Amerikai Egyesült Államokban a jelenlegi felhasználók 97%-a a biztosítása miatt költségmentesen hozzájutott a Lingraphica táblagéphez. Ha a páciensnek segítségre van szüksége a használathoz, akkor telefonos szolgáltatáson keresztül élethosszig tartó támogatást nyújtanak. Klinikában dolgozó szakembereknek, például logopédusoknak lehetősége van ingyenes képzések elvégzésére Lingraphica weboldal felületén keresztül, így megtanulhatják az eszközök használatát feladatok kiosztását pácienseiknek, különböző szakmai képzéseket végezhetnek el, amihez certifikációt kapnak és kutatásokban vehetnek részt. (Lingraphica, Utoljára látogatva: 2023.10.31, <https://lingraphica.com/aac-devices/>)(5. kép)

8.4 Tactus Therapy

A Tactus Therapy, mint mobil applikáció fejlesztő cég összesen 17 alkalmazást adott ki beszédsérültek kezelésére, amik közül 13 használható fel afázia kezelésére. Mindegyike egyedileg úgy lett megtervezve, hogy különböző szinteken egy adott képességet fejlesszen, mint például a szóbeli, írott nyelvet, beszédet, kognitív képességet, nyelést. (TactusTherapy, Utoljára látogatva: 2023.11.01, URL: <https://tactustherapy.com/#>)

Az applikáció funkciói:

Apraxia Therapy (Apraxia Terápia): A szoftver folyamatosan építi fel egyszerűtől hosszabb szavakig a kiejtés tanítását. A feladatok egy száj artikulálásának figyelésével történik. A páciens először csak hallgatja a szavakat, utána közösen mondja a géppel és legvégül egyedül. Az egyes szekvenciák után a szoftver visszajelzést vár a felhasználótól, hogy mennyire sikerült elsajátítania a feladatot. Ha rosszra értékeli, akkor ez alapján alakítja a további kezelés menetét. Az applikáció a fejlesztők szerint afáziában is segít.

Conversation Therapy (Beszélgetés Terápia): Az alkalmazás valós életből vett beszélgetésre kezdeményezést indít el a páciensben képeken keresztül, ezáltal könnyebben ki tudják fejezni magukat az emberek kialakított beszélgetési struktúrák között. (6. kép)

A szoftver az alapszókinccs használatának fejlesztésére szolgál elsősorban, így akár a témákon belül könnyebben ki tudják a felhasználók fejezni a gondolataikat és érzéseiket. Mivel egyszerre 4 ember tud csatlakozni online egy beszélgetéshez, emiatt megoszthatják tapasztalataikat és ötleteiket egymással. A páciensek felmérések alapján motiváltabbá válnak és gondolkodásra késztetődnek ezen módszer által.



6. kép Tactus Therapy: Conversation Therapy (Beszélgetés Terápia) -Mit történik a képen?
(TactusTherapy, Letöltve: 2023.11.01, URL: <https://tactustherapy.com/#>)

Category Therapy (Kategorizálás): A kategorizálási képességek nélkül a páciens nehezebben találja meg a keresett szavakat. A szoftver segítségével 4 különböző feladat alapján tudnak csoportosítani. Egy megadott kategória alapján az alá tartozó kép kiválasztása, tárgyak csoportokba rendezése, egy meglévő szavakkal kitöltött kategória utolsó elemének meghatározása több lehetőség közül és a csoporthoz nem tartozó kép kiválasztása alkotja a feladatokat.

Number Therapy (Szám Terápia): A számok hibás használata komoly kommunikációs zavarokat okozhatnak egy beszélgetésben, ezért elengedhetetlen ezen képesség fejlesztése is. A Number Therapy alkalmazáson keresztül a felhasználó egyidejűleg láthatja a számot, a szám szóval történő leírását és hangzását. Egyszerűbb feladatokat végezhet el számokkal, mint például idő-, pénz-, évszámítások és telefonszámok használata.

Reading Therapy (Olvasás Terápia): a szoftver hozzásegíti az afáziás személyeket az egyszavas olvasásról a mindennapi élethez szükséges funkcionális olvasás felé. A program négy nyelven használható, melyben 4 feladat található; az adott kifejezés képéhez párosítása, mondatok kiegészítése, párosítása és alkotása. A szoftveren belül lehetőség van a próbálkozások számát, illetve a válaszlehetőségek számát csökkenteni, vagy növelni. A beállításokban kiválasztható, hogy milyen témakörben szeretne dolgozni az adott egyén.

Comprehension Therapy (Megértés Terápia): a szóbeli és az írott szöveg megértésének képességét célozza meg. Ennek köszönhetően 3 feladattípust találhatunk a programban. Az egyik feladat, meghallgatni az adott szót, és megkeresni a hozzá tartozó képet. A következő az adott szónak a felolvasása, majd pedig a program által felolvasott szót megkeresni leírt szavak között. Általában az utóbbi okoz több nehézséget.

Writing Therapy (Írás Terápia): A program négy tevékenységet kínál és több ezer helyesírási feladatot biztosít egyetlen szóhoz. A feladatok a szavak kiegészítése, lemásolása, leírni mit lát az adott képen, valamint, hogy mit hall.

A Tactus Therapy alkalmazásokon legelőször egy kérdéssoron kell átesnie a páciensnek, amelyeknek a válaszával az applikáció besorolja az adott személyt egy bizonyos képességszintre és kiválasztja ennek megfelelően a feladatokat az adott személynek. Abban az esetben, ha a felhasználó maga szeretné a nehézségi szintet beállítani, arra is van lehetőség, illetve az eredmények automatikus elküldésére email-en keresztül a logopédusának. Az Amerikai Egyesült Államokban számos nagyobb nevű központ használja, mint például a Brooks Rehabilitation, Moss Rehab, Stroke Comeback Center és a University of Michigan Aphasia Program intézmények (TactusTherapy, Utoljára látogatva: 2023.11.01, URL: <https://tactustherapy.com/#>).Az előzőek alapján tekintve a terápiák jellemzőit azok feladata, háttere, eszköze és célja szerint a következők: (3. táblázat)

Szemponatok	FPP (Famous People Protocol)	GES (Gestural Facilitation of Naming)	RST (Reciprocal Scaffolding Treatment)
Feladat	ösztönző tevékenységgel beszéd előhívása	cselekvéspályák felhasználása a nyelvi produkció kiváltására	életben való részvétel növelése
Háttér	az asszociáció hálózat hasznos a kommunikációban	cselekvés és a nyelv összekapcsolódik	tanulói, tanítási modell
Eszköz	híres emberek képei	geszturális elősegítés	előzetes tudás
Cél	kommunikációs technikák felfedezése és kidolgozása	gesztusok segítségével szolgáljanak a beszédben	szókincs, szókeresés, mondatalkotás fejlesztése

3. táblázat: Összefoglaló a terápiák jellemzőiről

A terápiák mellett az eszközök és alkalmazások célja, előnyei és fejlesztési irányai alapján a következők: (4. táblázat)

Szempon	ORLA (Oral Reading for Language in Aphasia)	Constant Therapy	Lingraphica AAC	Tactus Therapy
Cél	fonológiai és szemantikai olvasási útvonalakat gyakorolás	készségek fejlesztése otthoni használat	kommunikáció megsegítése a mindennapokban	egy adott készség fejlesztése különböző szinteken
Fejlesztési irány	olvasásértés, hallásutáni értés, írásbeli kifejezés	olvasásértés, hallásutáni értés, írás, beszéd, emlékezet	kommunikáció, mindennapi életbe való részvétel	szóbeli, írott nyelv, kognitív képesség, nyelés fejlesztése
Előnye	megszünteti a papír alapú gyakorlatokat, 4 nehézségi szint	nyomon követhető, oktatóvideóval ellátott, szakember nélkül is használható	hordozható eszköz, kamerával, wifi-el felszerelt	17 különböző program, különböző nehézségi szinttel

4. táblázat: Összefoglaló a terápiák jellemzőiről

9 Összegzés

A történelem folyamán az afáziával kapcsolatos kutatások egyre fontosabbá és megközelíthetőbbé tették a betegséget és megváltoztatták a vele kapcsolatos szakmai attitűdöt. A kutatók segítségével árnyaltabb képet kaptunk az afázia azonosítására, tipizálására és kezelésére vonatkozóan. Az ellátási rendszer és az ellátáshoz való hozzáférés tekintetében is vannak szakmai, elméleti és gyakorlati tapasztalataink. Témánk szempontjából a nemzetközi helyzetet tekintve, különböző tanulságokat vonhatunk le, amelyek a vizsgált területek társadalmi és szociális szerepvállalásával kapcsolatosak. Különösen fontos megjegyeznünk, hogy a kutatás során azt találtuk, hogy az egyenlő hozzáférés esélyének megteremtése (vidék kontra főváros), illetve a megfelelő terápiás kezelések hatékony és eredményes működtetése, valamint finanszírozási és szakmai területen egyaránt további fejlesztésre van szükség. Az is tanulságként szolgál, hogy az Amerikai Egyesült Államokban példaértékű módszertani felkészültséggel rendelkezik az ellátórendszer. Ezzel lehetőség nyílt bemutatni olyan innovatív módszereket, amelyek hatékony segítséghez és eredményes javuláshoz juttatják az afáziás betegeket.

A kutatási kérdések megválaszolása által, lehetőség van a terápiák nem csak megismerésére, hanem a gyakorlatba való beágyazására, felhasználására, továbbá az eszközök tekintetében az applikációk magyar nyelvű változatának kifejlesztésére, melyek nagyban segítik és megkönnyíthetik a terápiát, az afáziás személy és a logopédus munkáját egyaránt. További kutatást érdemelne a fentebb említett új terápiás eljárások, eszközök alkalmazásának eredményességének vizsgálata. Valamint a kutatás folytatásaként, más országokban dolgozó logopédusokat is meginterjúvolni, melyek akár újabb lehetőségeket rejtenek. Mindamellett, hogy új lehetőségek birtokában lehetünk, a terápiák gyakorlatban való alkalmazását, az eszközök, applikációk magyar nyelvű adaptálását és kivitelezését az erőforrások és leginkább a kapacitások korlátozhatják.

10 Irodalomjegyzék

1. Bánréti, Z. (2014): Az afázia. In: Pléh Cs. & Lukács Á. (szerk.): Pszicholingvisztika. 2. kötet. Budapest: Akadémiai Kiadó, 1167–1241 p.
2. Bartlett, G., Blais, R., Tamblyn, R., Clermont, R. J., & MacGibbon, B. (2008). Impact of patient communication problems on the risk of preventable adverse events in acute care settings. *Cmaj*, 178(12), 1555-1562 p.
3. Baron, C., Holcombe, M., & van der Stelt, C. (2018). Providing effective speech-language pathology group treatment in the comprehensive inpatient rehabilitation setting. In *Seminars in speech and language*. Thieme Medical Publishers. Vol. 39, No. 01, pp. 053-065 p.
4. Béjot, Y., Bailly, H., Durier, J., & Giroud, M. (2016). Epidemiology of stroke in Europe and trends for the 21st century. *La Presse Médicale*, 45(12), e391-e398 p.
5. Burns, M., Baylor, C., Dudgeon, B. J., Starks, H., & Yorkston, K. (2015). Asking the stakeholders: Perspectives of individuals with aphasia, their family members, and physicians regarding communication in medical interactions. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 24(3), 341-357 p.
6. Ellis, C., Dismuke, C., & Edwards, K. K. (2010). Longitudinal trends in aphasia in the United States. *NeuroRehabilitation*, 27(4), 327-333 p.
7. Ellis, C., Simpson, A. N., Bonilha, H., Mauldin, P. D., & Simpson, K. N. (2012). The one-year attributable cost of poststroke aphasia. *Stroke*, 43(5), 1429-1431 p.
8. Frost, RD, Gillenson, ML, Hotz, GA, Nedd, KJ és Parris, RK (1994). An expert database technique applied to an aphasia classification system. *Aphasiology* 8 (1), 55-63 p.
9. Hafsteinsdóttir, T. B., Vergunst, M., Lindeman, E., & Schuurmans, M. (2011). Educational needs of patients with a stroke and their caregivers: a systematic review of the literature. *Patient education and counseling*, 85(1), 14-25 p.
10. Hinckley, J. J., Hasselkus, A., & Ganzfried, E. (2013). What people living with aphasia think about the availability of aphasia resources.
11. Juergen Teasak és Chris Code. (2008). Psychology Press 3-15 p.
12. Montágh Imre (2005) Tiszta beszéd, Bp., Holnap Kiadó. 1p.

13. Murray, L. L., Holland, A. L., & Beeson, P. M. (1997). Auditory processing in individuals with mild aphasia: A study of resource allocation. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 40(4), 792-808 p.
14. Osmanné Sági Judit 1995. A belső lexikonhoz való hozzáférés módjai és zavarai afáziás betegeknél. Általános Nyelvészeti Tanulmányok XVIII, Akadémiai kiadó, Budapest, 342 p.
15. Simmons-Mackie, N., & Holland, A. L. (2011). Aphasia centers in North America: A survey. In *Seminars in speech and language*. Thieme Medical Publishers. Vol. 32, No. 03, pp. 203-215 p.
16. Rose, M., Ferguson, A., Power, E., Togher, L., & Worrall, L. (2014). Aphasia rehabilitation in Australia: Current practices, challenges and future directions. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 16(2), 169-180 p.
17. Tomkins, B., Siyambalapitiya, S., & Worrall, L. (2013). What do people with aphasia think about their health care? Factors influencing satisfaction and dissatisfaction. *Aphasiology*, 27(8), 972-991 p.
18. Tóth Alinka (2018). Az afáziák definíciójának változása az idegtudományi eredmények tükrében. Debreceni Egyetemi Kiadó. 97-102 p.
19. Weller, S. C. (1998). Structured interviewing and questionnaire construction. *Handbook of methods in cultural anthropology*, 365-409 p.
20. Whitaker, H.A. (2007): Language Disorders, Aphasia. In: Birren, J.E. (ed.): *Encyclopedia of Gerontology. Age, ageing, and the aged*. Second Edition. Oxford: Elsevier. 321-327 p.
21. Zakariás, L., Rózsa, S., & Lukács, Á. (2020). CAT-H-új eljárás az afázia magyar nyelvű diagnosztikájában. *Ideggyogy Sz*, 73(11-12), 405-416.
22. Zemlényi Zoltán (1994): *Hoppárézimi!*, A&A Kiadó. 13 p.

11 Mellékletek

11.1 1. számú melléklet:Az interjú kérdéssora

USA-Magyarországi afáziás személy kérdéssor:

1. Milyen típusú afáziával diagnosztizáltak? What type of aphasia do you have?

2. Mi váltotta ki az afáziát? What caused your aphasia?
3. Milyen ellátásban részsült? What kind of care did you receive?
4. Milyen lehetőségek adódtak az ellátást illetően? What opportunities were available for care?
5. Milyen szakemberek vettek részt az ellátásban? What professionals were involved in the care?
6. Milyen volt a kapcsolata a szakemberekkel? Describe your relationships with the professionals.
7. Hogy tudná jellemezni a terápiával dolgozó szakembereket? Describe the style of the therapists.
8. Ki finanszírozta magát az ellátást? Who paid for the care?
9. Mi az, amit leginkább hasznosnak talált a terápia során? What was the most helpful during your therapy?
10. Mennyi ideig tartott a gyógyulás folyamata? How long did the healing process take?
11. A terápia alatt, ki segítette Önt a szakembereken kívül? (család, barátok?) Who helped you outside of the professionals during the therapy? (Family or/and friends?)
12. Milyen problémák jelentkeztek/ jelentkeznek a mindennapi életben? What problems did you face in everyday life?
13. Részt vesz-e bármilyen rehabilitációs tevékenységben? Are you involved in any rehabilitation activities?
16. Jár valamilyen afáziás csoportba? Do you go to any aphasia group? Are you participant in any aphasia community?
17. Mi jelentette / jelenti számára a legnagyobb nehézséget? What was/is the biggest difficulty for you?

USA-Magyarországi logopédusoknak, szakembereknek

1. Mi a munkaköre? What is your job?
2. Milyenek az ellátási körülmények? What are the supply conditions like?
3. Milyen a fizetési ellátás? What is your salary and are you satisfied with it?
4. Milyen rendszerességgel foglalkozik afáziás betegekkel? How often do you deal with patients with aphasia?
5. Milyen nehézségek jelentkeznek ellátásuk során? What are the challenges of providing them?
6. Milyen módszereket, terápiákat alkalmaznak? What methods and therapies do you use?
7. Milyen eszközöket használnak? What tools do you use?

8. Egyéni vagy csoportos foglalkozásokat tartanak? Melyik miért jó? Do you have individual or group sessions? Which one is good and why?
9. Mikor kezdődik meg a beteg ellátása? When does patient care begin?
10. Milyen lehetőségei vannak egy USAban / magyarországon élő afáziás betegnek? What are the options for an aphasic patient in the United States?
11. Mennyire elérhetőek ezek a lehetőségek számukra? How accessible are these opportunities to them?
12. Milyen anyagi vonzata lehet egy-egy terápiának? How much does a therapy cost?
13. Milyen rehabilitációs tevékenységek vannak? What rehabilitation activities are there?
14. Mit tart a legnagyobb eredményének pályafutása során? What is your greatest achievement in your career

11.2 2. számú melléklet Amerikai Egyesült Államokból érkező válaszok hivatkozásai

V1:

Do you have individual or group sessions? –only individual in my hospital. I do facilitate a monthly aphasia support group at my hospital, but it is not organized as direct therapy. We don't bill for support group participation or document those sessions formally.

Egyéni vagy csoportos foglalkozásokat tart? -A kórházamban havonta egy afázia támogató csoportot moderálok, de ez nem közvetlen terápiaként van megszervezve. Nem számlázzuk ki a támogató csoportban való részvételt, és nem dokumentáljuk hivatalosan ezeket az üléseket.

V2:

What is structured a therapy session? -so variable, depending on the needs of the person, what other medical tests are happening, etc. Usually a session in acute care lasts around a half hour and consists of some impairment-based interventions to address the particular case of aphasia, along with some supportive communication training for care partners if possible

Hogyan épül fel egy terápiás foglalkozás? -Átfogó standardizált értékelés, károsodás és életben való részvételen alapuló célok és kezelés”. „Általában egy ülés az akut ellátásban körülbelül fél óráig tart, és néhány, az adott afázia esetét kezelő, károsodáson alapuló beavatkozásból áll, valamint lehetőség szerint némi támogató kommunikációs tréningből”

V3:

What are the options for an aphasic patient in the United States? It depends on their age. The younger patients get better care <65 years old, especially if they have private health insurance. The health insurance system dictates how much care a patient receives, where and when. It is not need based unfortunately. For those over 65 year old with Medicare (which almost all seniors have in the USA) they get what they need for inpatient care but outpatient care is very limited. There are some universities and clinics that provide group therapy for older people with aphasia when their insurance has run out. It is not easy to find for these people, especially with their disability.

Ez az életkoruktól függ. A fiatalabb betegek <65 éves korig jobb ellátást kapnak, különösen, ha van magán egészségbiztosításuk. Az egészségbiztosítási rendszer diktálja, hogy a beteg mennyi ellátást kap, hol és mikor. Ez sajnos nem rászorultsági alapon történik. A 65 év feletti, akiknek Medicare-je van (ami az USA-ban szinte minden idős embernek van), megkapják, amire szükségük van a fekvőbeteg-ellátáshoz, de a járóbeteg-ellátás nagyon korlátozott. Vannak egyetemek és klinikák, amelyek csoportos terápiát biztosítanak az afáziás idősöknek, amikor a biztosításuk már kifutott. Ezeknek az embereknek nem könnyű ilyet találni, különösen a fogyatékoságuk miatt.

V4:

What is your greatest achievement in your career? Organizing an aphasia camp which is conducted annually for a university SLP graduate program. We meet for a week and pair about 12 people with aphasia with 12 SLP grad students. They work together to improve specific language skills, learn to live successfully with aphasia, OR learn to help people who have aphasia. It's a blast.

Mit tart a legnagyobb eredményének pályafutása során? Egy afázia tábor megszervezése, amelyet évente rendeznek egy egyetemi program számára. Egy héten át találkozunk, és körülbelül 12 afáziás személyt párosítunk 12 logopédiai végzős egyetemi hallgatóval. Együtt dolgoznak azon, hogy fejlesszenek bizonyos nyelvi készségeket, megtanuljanak sikeresen együtt élni az afáziával. Ez egy nagyszerű dolog”

V5:

What is your greatest achievement in your career? Prior to having a stroke, I had a position as a mental Health counsellor . I am now proud to say that I am the president of Just

A.S.K. Aphasia Stroke Knowledge. I provided those with aphasia a place to belong and have services that they truly need and deserve.

Mit tart a legnagyobb eredményének pályafutása során? A stroke-ot megelőzően mentálhigiénés tanácsadóként dolgoztam. Most büszkén mondhatom, hogy a Just A.S.K. Aphasia Stroke Knowledge elnöke vagyok. Az afáziás betegeknek olyan helyet biztosítottam, ahová tartozhatnak, és olyan szolgáltatásokat kapnak, amelyekre valóban szükségük van és megérdemlik.”

V6:

What is your greatest achievement in your career? I started an online group via Zoom for People with Parkinson's disease. We meet every week and practice our voice exercises. It is a lot of fun and the group members really enjoy the class. So do I ! I have connected with a local university here to see about partnering with them to offer more classes. California State University Monterey Bay (CSUMB). They have a brand new program there for Speech Pathology. The first cohort of students is graduating this year. I took on a student last semester to complete her clinical hours.

Mit tart a legnagyobb eredményének pályafutása során? Elindítottam egy online csoportot a Zoom-on keresztül a Parkinson-kóros emberek számára. Minden héten találkozunk és gyakoroljuk a hanggyakorlatokat. Nagyon szórakoztató, és a csoporttagok nagyon élvezik az órát. Ahogy én is! Kapcsolatba léptem egy helyi egyetemmel, hogy megnézzem, tudnánk-e együttműködni, hogy több órát kínáljunk. Kaliforniai Állami Egyetem Monterey Bay (CSUMB). Van ott egy vadonatúj logopédiai programjuk. A hallgatók első csoportja idén végez. A múlt félévben felvettem egy diákot, hogy teljesítse a klinikai óráit.

11.3 3. számú melléklet: Magyarországról érkező válaszok hivatkozásai

V7: Milyen eszközöket használnak? mindent, ami a beszédre készítheti az embert Szinte mindent, ami a beszédre készítheti az embert!!! Tükröt, tablet-tet, programokat, (Afázia app, Afázia gyakorló, NeuroÉnek,) képek, füzetek, saját rajzok – ötletek. Mindent, ami az alapgondolatot erősíti!!”

V8: Milyen nehézség jelentkezhethet ellátásuk során? Sok a hátrányos helyzetű, alacsony szocioökonómiai státuszú és gyenge kognitív képességekkel rendelkező beteg, akik sok esetben

nem értik a beszédterápiás foglalkozásokat, így azokat gyógypedagógiai fejlesztésekkel kell kiegészíteni. Sok betegnél nehézséget okoz a hozzátartozókkal való együttműködés. Nehézség, hogy kikerülve a kórházból a lakóhelyükön többnyire nincs ambuláns logopédiai ellátás, a házi betegápolásban sem.”

V9: Milyen anyagi vonzata lehet egy-egy terápiának? „Nekem van magánrendelése is, ahol évi szinten maximum 1 afázias beteg keres segítséget.”

V9: Milyen nehézségek jelentkeznek ellátásuk során? „Van, hogy éppen belelendülnék a fejlődésbe, amikor valamiért a kliens otthonába távozik – és onnantól többé nem foglalkozik vele senki.”

V10: Mit tart a legnagyobb eredményének pályafutása során? „minden első szót, amit a nem beszélő beteg mond és minden jelentést, ami a nem értő beteg szemében megcsillan.”

V11: Mit tart a legnagyobb eredményének pályafutása során? „A tizenhat éves Danóka hazaért az iskolából, azt mondta az anyukájának, nagyon fáradt, lepihenne. Mivel sok leckéje volt, kérte, hogy hat óra körül keltse fel, akkor majd nekiáll tanulni. A tanulást már nem tudta elkezdni, mert nem tudták felébreszteni. Súlyos agyvérzést kapott. A kórházban több órán keresztül műtötték, de így is komoly tünetei maradtak vissza. Mindez tíz éve történt, azóta több helyen kezelték és ma is folyamatosan rehabilitálják. Közben leérettségizett, most egyetemre készül.”

12 Táblázatok jegyzéke

1. Afázia típusok. csoportosítása és jellemzőik (Svindt, 2011)	9
2. USA és Magyarország afázia ellátásának összehasonlítása	21
3. Összefoglaló a terápiaik jellemzőiről	331
4. Összefoglaló a terápiaik jellemzőiről	34

NYILATKOZAT

Alulírott Sümegi Fanni Rebeka, a Magyar Agrár- és Élettudományi Egyetem, Kaposvári Campus, Gyógypedagógia szak nappali/levelező* tagozat végzős hallgatója nyilatkozom, hogy a dolgozat saját munkám, melynek elkészítése során a felhasznált irodalmat korrekt módon, a jogi és etikai szabályok betartásával kezeltem. Hozzájárulok ahhoz, hogy Záródolgozatom/Szakdolgozatom/Diplomadolgozatom egyoldalas összefoglalója felkerüljön az Egyetem honlapjára és hogy a digitális verzióban (pdf formátumban) leadott dolgozatom elérhető legyen a témát vezető Tanszéken/Intézetben, illetve az Egyetem központi nyilvántartásában, a jogi és etikai szabályok teljes körű betartása mellett.

A dolgozat állam- vagy szolgálati titkot tartalmaz: igen nem*

Kelt: 2023. 11. 12.



Hallgató

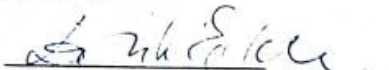
NYILATKOZAT

A dolgozat készítőjének konzulense nyilatkozom arról, hogy a Záródolgozatom/Szakdolgozatom/Diplomadolgozatom áttekintettem, a hallgatót az irodalmi források korrekt kezelésének követelményeiről, jogi és etikai szabályairól tájékoztattam.

A Záródolgozatom/Szakdolgozatom/Diplomadolgozatom záróvizsgán történő védésre javaslom / nem javaslom*.

A dolgozat állam- vagy szolgálati titkot tartalmaz: igen nem*

Kelt: 2023 év november hó 13 nap



Belső konzulens

*Kérjük a megfelelőt aláhúzni