



Afast! Powiedz to

Raport
„Dokument podsumowujący wyniki
badań ankietowych“

Autorzy:
dr n.hum. Małgorzata Szalińska-Otorowska
mgr Julia Pyttel

listopad 2015

1 Wstęp

W ramach projektu **Afast! Powiedz To**, który zakłada stworzenie bezpłatnego rozwiązania informatycznego, będącego interaktywnym i wieloplatformowym serwisem internetowym wspomagającym rehabilitację osób cierpiących na afazję, przeprowadzono badania ankietowe. Celem tych badań było wypracowanie wstępnych założeń dla narzędzia informatycznego w aspekcie określenia potrzeb i oczekiwań osób dotkniętych afazją z perspektywy ich opiekunów i osób najbliższych.

Badaniami objęto trzy grupy respondentów:

- 20 logopedów prowadzących terapię osób z afazją,
- 60 osób z bezpośredniego otoczenia osób dotkniętych afazją (głównie opiekunowie afatyków),
- 40 osób spoza środowiska chorych z afazją (osoby trzecie).

Respondentów stanowiła grupa złożona w równych proporcjach z osób zamieszkujących tereny miejskie (Gliwice i okoliczne miasta) oraz tereny wiejskie (Limanowa i okolice).

Celem badania było poznanie istniejących, w ocenie badanych, barier w procesie skutecznej rehabilitacji. Badających interesowała ocena realiów z perspektywy wykluczenia osoby z niepełnosprawnością z powodu braku mowy i trudności w rehabilitacji, roli rodziny, posiadanej infrastruktury i kompetencji ICT.

2 Analiza ankiet dla logopedów

2.1 Wstęp

Niniejsze opracowanie zawiera wykaz wyników ankiet, przeprowadzonych w grupie 20 logopedów, zajmujących się na co dzień rehabilitacją osób cierpiących na afazję. Aby wyniki te były jak najbardziej wartościowe i miały charakter przekrojowy, połowa z tej grupy specjalistów zamieszkiwała miasto (Gliwice i okoliczne miasta), druga zaś część - wieś (Limanowa i okolice).

Ponadto dokument ten został wzbogacony o komentarz logopedyczny, pozwalający na jeszcze dokładniejsze przeanalizowanie i zrozumienie otrzymanych w badaniu ankietowym wyników. Celem takiego podejścia do tematu jest dogłębne zrozumienie sposobu funkcjonowania środowiska logopedycznego, sposobu prowadzenia terapii z afatykiem, a także wykazanie rzeczy trudniejszych i łatwiejszych związanych z tym zagadnieniem – widzianych oczami terapeuty.

2.2 Opracowanie statystyczne

2.2.1 Charakterystyka badanej grupy

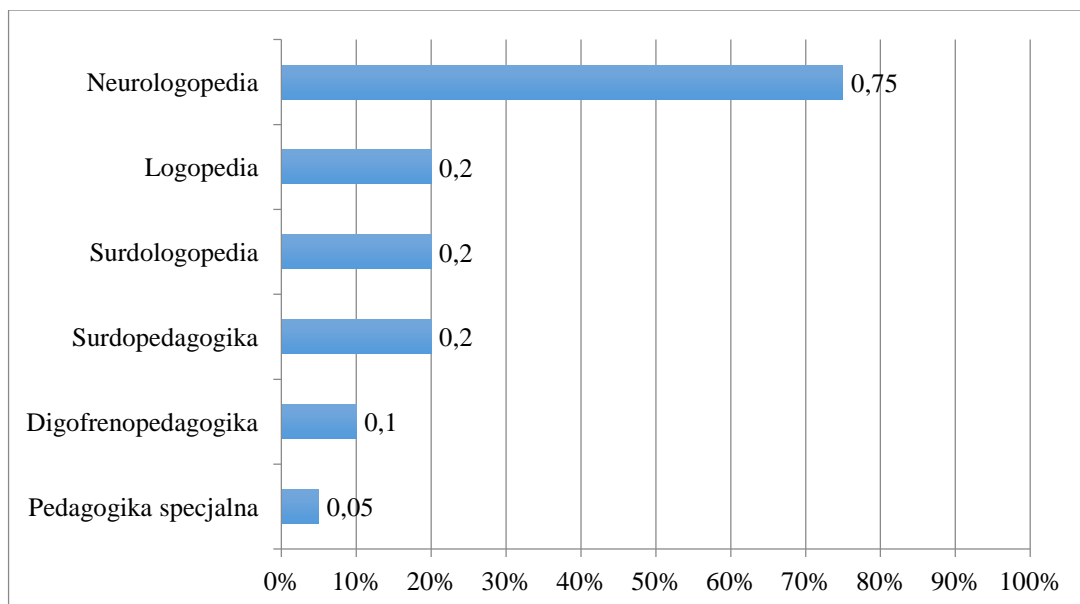
2.2.1.1 Cechy społeczno-demograficzne

W badaniu wzięło udział 20 logopedów prowadzących terapię osób cierpiących na afazję. Grupa badawcza składała się w 100% z kobiet. W grupie wiekowej 26 - 45 lat znalazło się 55% ankietowanych, natomiast 45% badanych stanowiły kobiety z grupy wiekowej powyżej 46 lat. Miejsce zamieszkania respondentek w 50% stanowiła wieś, a w 50% stanowiło miasto.

2.2.1.2 Przygotowanie i doświadczenie zawodowe

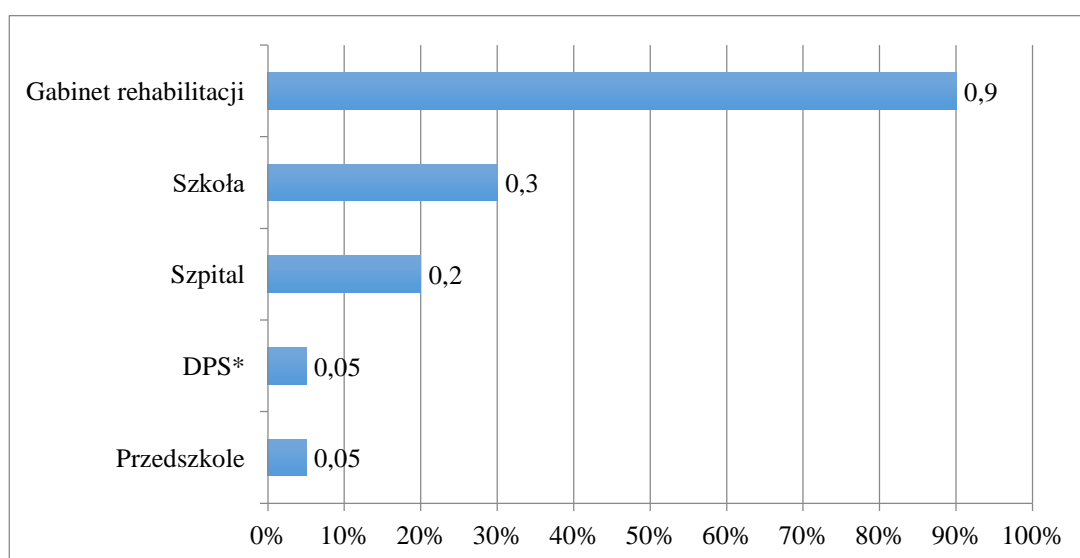
W grupie objętej badaniem średni staż pracy na stanowisku logopedy wynosił 16,3 roku. Najkrótszy staż pracy wynosił 3 lata i posiadało go 15% badanych, natomiast najdłuższy staż wynosił 36 lat (1 osoba).

Badane osoby w większości posiadały jedną specjalizację (75%). Najczęściej wybieraną specjalizacją była neurologopedia, ponieważ wybrało ją aż 75% respondentów. Specjalizację z surdopedagogiki posiadało 20%, z surdologopedii – 20%, a z logopedii 20%. Wyniki przedstawiono na rycinie 1.



Rycina 1. Wykaz specjalizacji zawodowych u osób objętych badaniem.

Grupa 55% ankietowanych pracuje w więcej niż jednym miejscu. Najczęstszym miejscem pracy spośród wszystkich respondentów pracujących w jednym bądź więcej niż jednym miejscu podawanym w ankietach był gabinet rehabilitacji (90%), w tym 44,4% to gabinety prywatne, a 22,2% to gabinety publiczne. W szkole pracowało 30% ankietowanych (rycina 2).

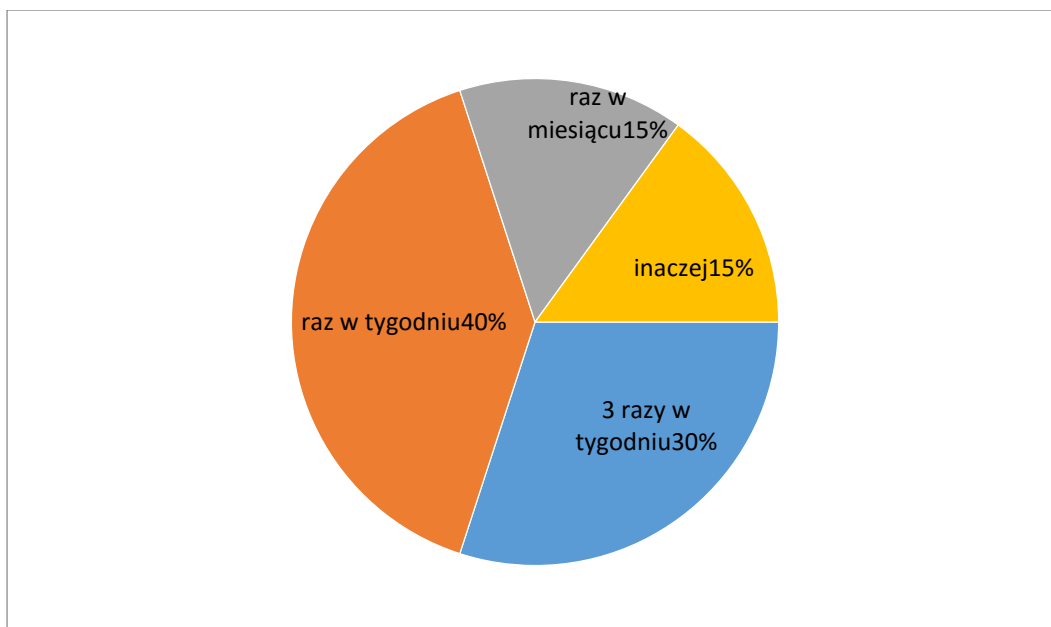


*Dom Pomocy Społecznej

Rycina 2. Wykaz miejsc pracy respondentów.

Liczba prowadzonych terapii w ciągu ostatnich 3 lat wśród ankietowanych logopedów wyniosła średnio 32 terapie.

Spotkania rehabilitacyjne z osobami dotkniętymi afazją u 40% logopedów biorących udział w badaniach odbywały się raz w tygodniu. Z kolei 30% logopedów spotykało się ze swoimi pacjentami trzy i więcej razy w tygodniu. Częstotliwość spotkań przedstawiono na rycinie 3.



Rycina 3. Częstotliwość spotkań logopedów z pacjentami.

W tabeli 1 przedstawiono zmienne ilościowe zamienione na zmienne jakościowe dla potrzeb dalszej analizy zależności pomiędzy zmiennymi. Uwzględniono częstości kategorii stażu pracy oraz liczby prowadzonych terapii w ciągu ostatnich 3 lat wyróżnione na podstawie wartości percentylowych (33 i 67 percentyl).

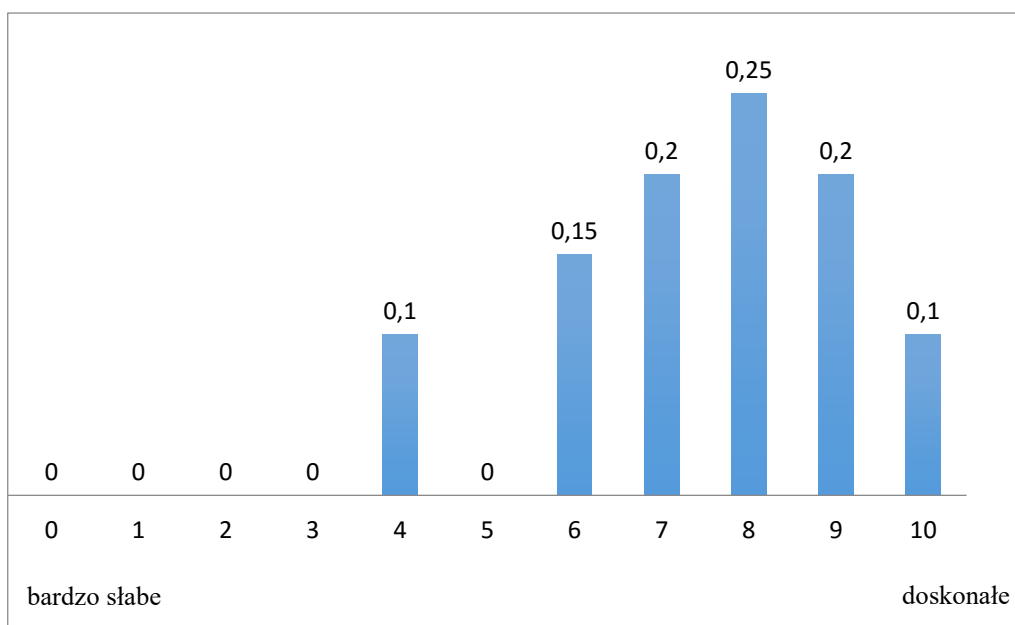
Tabela 1. Częstości zmiennych ilościowych zamienionych na zmienne jakościowe.

Zmienna	n	%
Staż pracy (w latach)		
< 7	7	35
7 - 25	7	30
> 25	6	30
Liczba prowadzonych terapii w przeciągu ostatnich 3 lat		
< 6	8	40
6 - 20	7	35
> 20	5	25

2.2.2 Wyniki

2.2.2.1 Praca z osobami dotkniętymi afazją

Ankietowani logopedzi wysoko ocenili swoją wiedzę i przygotowanie zawodowe do prowadzenia terapii z osobami dotkniętymi afazją. Grupa 25% ankietowanych osób oceniła ją na 8 stopni, a 20% ankietowanych oceniła ją na 7 i 9 stopni w 11 stopniowej skali semantycznej, gdzie 0 oznaczało „bardzo słabe przygotowanie” a 10 „doskonale” (rycina 4).

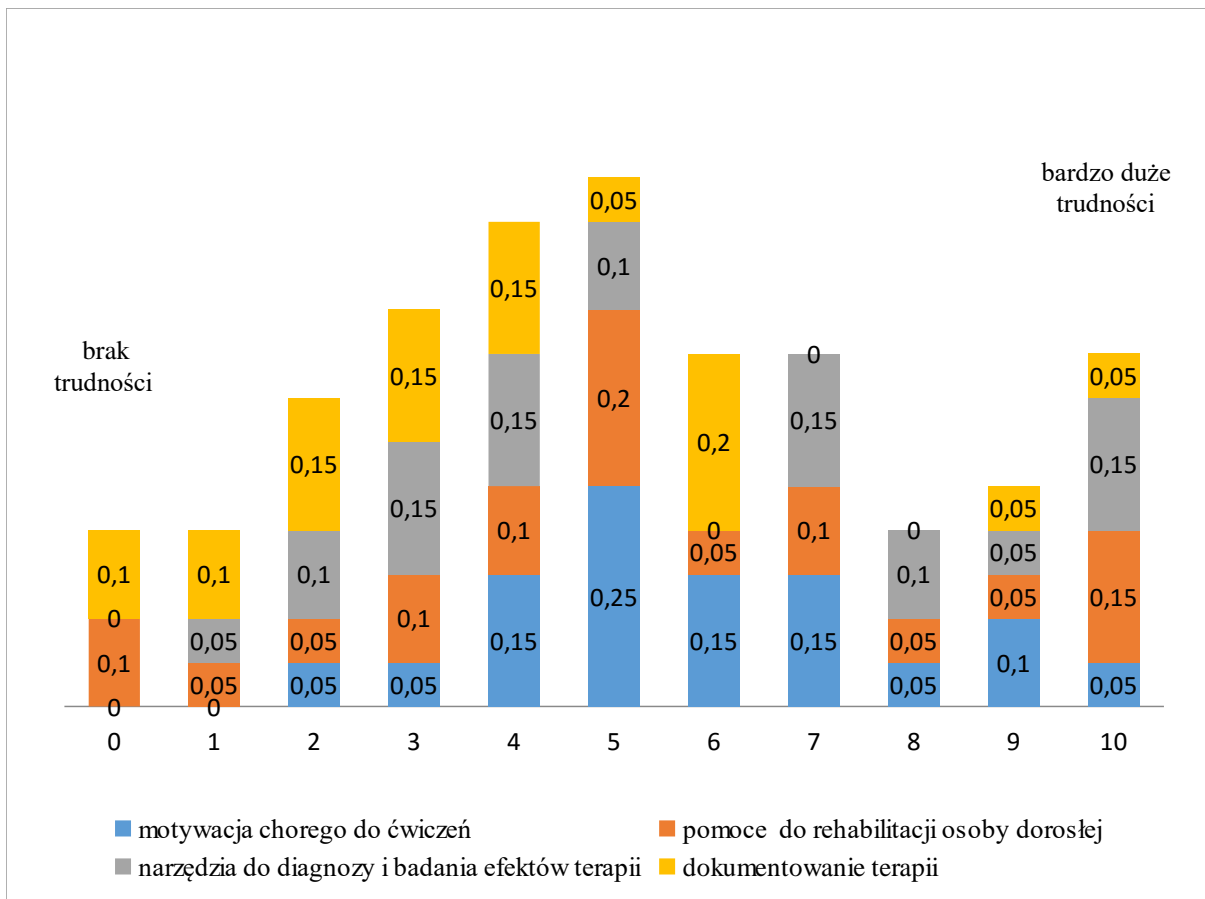


Rycina 4. Własna ocena wiedzy i przygotowania zawodowego respondentów do prowadzenia terapii z osobami dotkniętymi afazją.

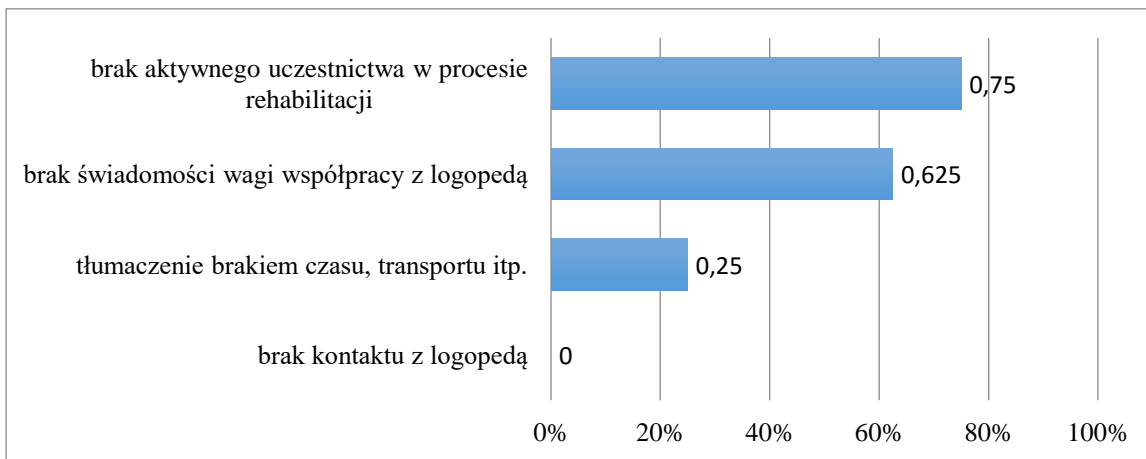
Pytani o najczęstsze trudności napotymane w skutecznej terapii afatyków, respondenci wskazali na brak trudności w obszarach *pomoce w rehabilitacji osoby dorosłej* oraz *dokumentowanie terapii* po 10% odpowiedzi. Bardzo duże trudności wystąpiły w obszarze *narzędzia do diagnozy i badania efektów terapii* oraz *pomoce w rehabilitacji osoby dorosłej*- po 15% odpowiedzi. Dla obszaru *dokumentowanie terapii* 20% respondentów wskazało trudności na poziomie 6, a 15% respondentów wskazało trudności między 2 a 4 poziomem w 11 stopniowej skali, gdzie 0 oznacza „brak trudności” a 10 „bardzo duże trudności”. Dla obszarów *motywacja chorego do ćwiczeń* i *pomoce do rehabilitacji osoby dorosłej* respondenci wskazali na 5 poziom trudności, odpowiednio w 25% i 20% odpowiedzi. Podsumowanie przedstawiono na rycinie 5.

Wśród ankietowanych logopedów 60% odpowiedziało, iż ich współpraca z rodziną pacjenta cierpiącego na afazję dobrze się układa. Spośród 40% specjalistów niezadowolonych ze współpracy z rodziną afatyka, najczęściej (75%) wskazywała na *brak aktywnego uczestnictwa rodziny w procesie rehabilitacji chorego*. Żaden z respondentów nie wskazał na *brak kontaktu rodziny z logopedą* (rycina 6).

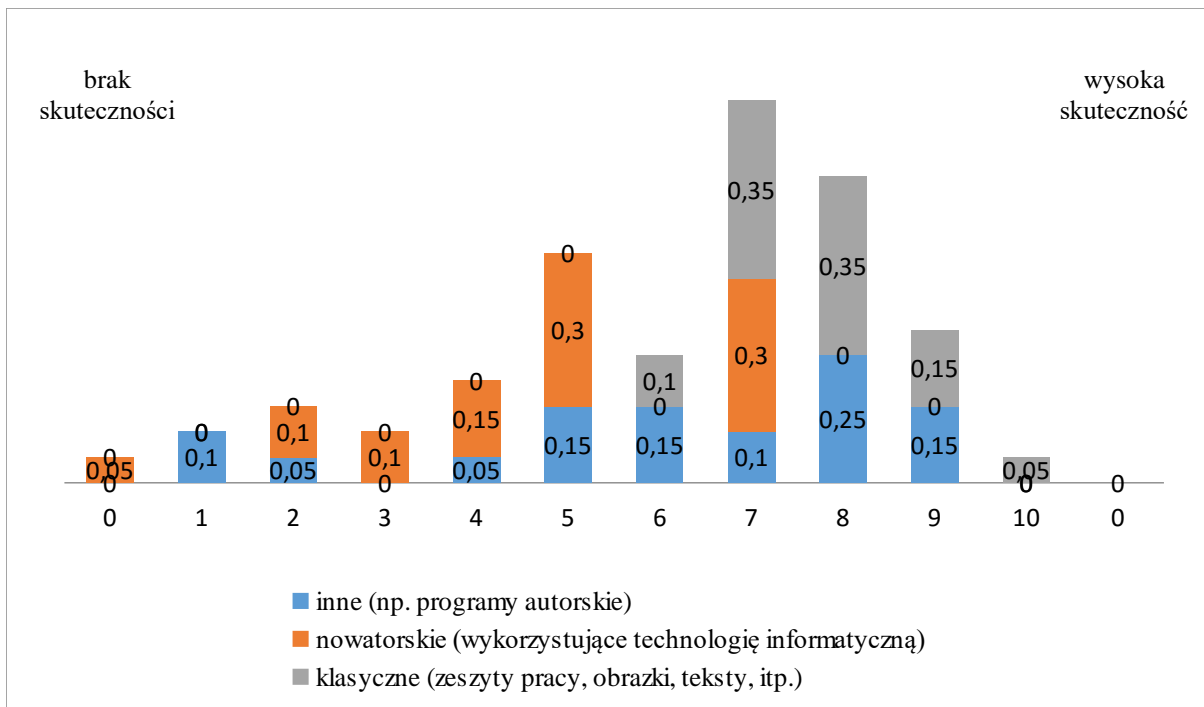
Następnie respondenci zostali poproszeni o ocenę skuteczności pomocy terapeutycznych w 11 stopniowej skali, gdzie 0 oznacza „brak skuteczności”, a 10 „wysoką skuteczność”. Oceniając skuteczność klasycznych pomocy terapeutycznych (zeszyty pracy, książki, zestawy obrazków, tekstów, itp.) stosowanych w terapii logopedycznej po 35% ankietowanych zaznaczyło poziom 7 i poziom 8 skuteczności. W ocenie nowatorskich pomocy terapeutycznych (wykorzystujących technologię informatyczną, tj. komputer, tablet, smartphone) po 30% ankietowanych wskazało 5 oraz 7 poziom skuteczności. Inne pomoce terapeutyczne (np. autorskie programy) ankietowani ocenili dość dobrze, ponieważ większość odpowiedzi mieściła się w zakresie między 5 a 9 poziomem skuteczności (rycina 7).



Rycina 5. Wykaz najczęściej spotykanych trudności w terapii pacjentów z afazją.

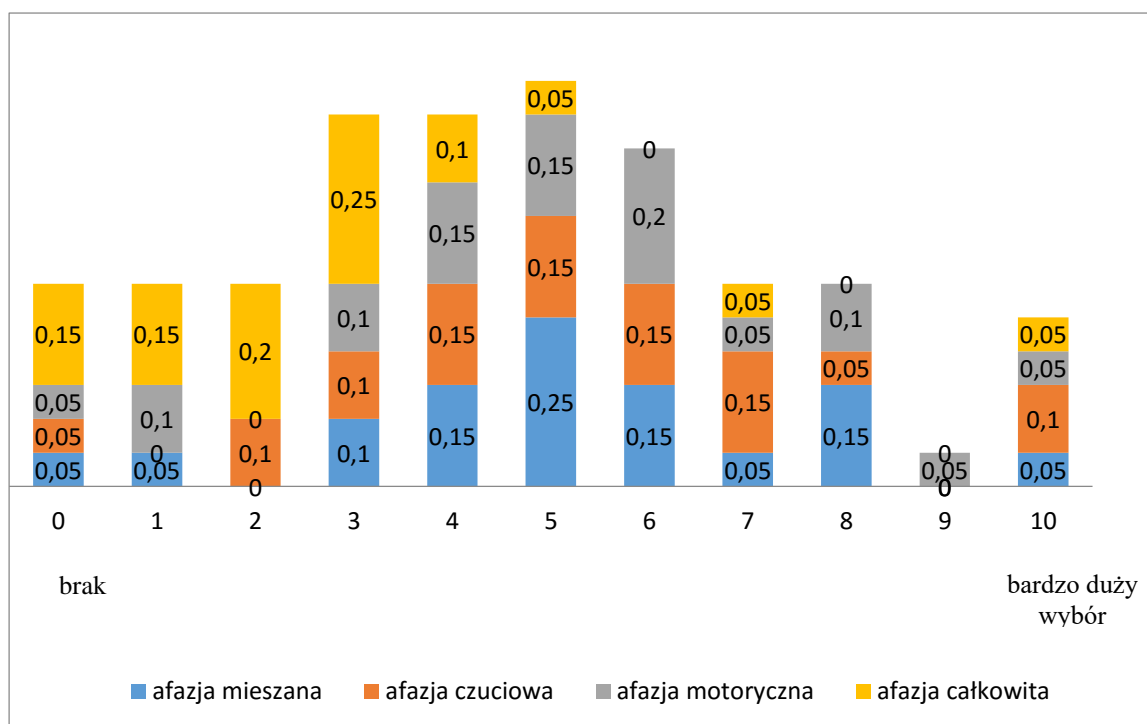


Rycina 6. Wykaz przyczyn wpływających negatywnie na współpracę logopedów z rodziną pacjentów z afazją.



Rycina 7. Ocena logopedów dotycząca skuteczności pomocy terapeutycznych stosowanych w terapii afazji.

W pytaniu o dostępność pomocy terapeutycznych w terapii afazji ankietowani zostali poproszeni o ocenę pomocy z podziałem na podstawowe typy afazji. Oceny dokonywano w 11 stopniowej skali, gdzie 0 oznacza „brak dostępności”, a 10 „bardzo duży wybór” pomocy. Pomoce terapeutyczne do afazji mieszanej w ocenie respondentów są na średnim poziomie dostępności – 25% wskazało na poziom 5, a po 15% na poziom 4 i poziom 6. W przypadku pomocy terapeutycznych do afazji czuciowej po 15% spośród badanych wskazało na 4, 5, 6 i 7 poziom dostępności. W afazji ruchowej 20% ankietowanych wskazało na 6 poziom dostępności pomocy terapeutycznych, a po 15% ankietowanych wskazało poziom 4 i poziom 5. W odniesieniu do afazji całkowitej, ankietowani wskazali na małą dostępność pomocy terapeutycznych, gdyż 25% wskazało poziom 3, 20% poziom 2, a po 15% ankietowanych poziom 1 i poziom 0 (rycina 8).



Rycina 8. Ocena respondentów dotycząca dostępności pomocy terapeutycznych w leczeniu afazji.

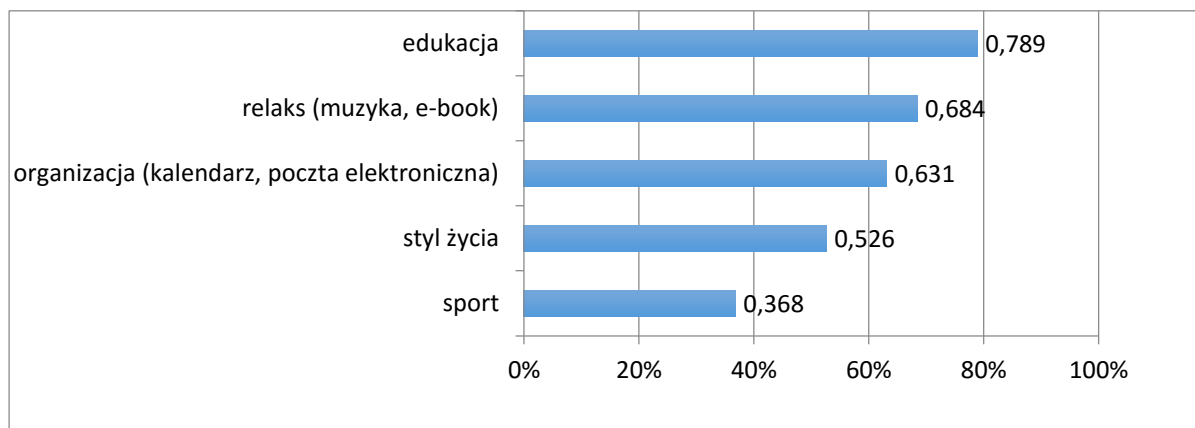
2.2.2.2 Korzystanie z technologii informatycznych

Respondenci pytani o posiadanie komputera stacjonarnego klasy PC w miejscu pracy w 75% odpowiedzieli twierdząco. Na pytanie o dostęp do Internetu w miejscu pracy odpowiedzi pozytywnej udzieliło 75% osób ankietowanych. Na pytanie o dostęp do urządzenia mobilnego w postaci tabletu - 45% logopedów miała go w domu, a 25% w pracy. Natomiast jeśli chodzi o laptopa, to aż 85% specjalistów miała do niego dostęp w domu i 65% w pracy. Całe zestawienie przedstawiono w tabeli 2.

Tabela 2. Wykaz dostępu logopedów do technologii informatycznych oraz urządzeń mobilnych.

	tak	nie
	%	%
komputer stacjonarny w miejscu pracy	75	25
dostęp do Internetu w miejscu pracy	75	25
Dostęp do urządzeń mobilnych		
tablet w pracy	25	75
tablet w domu	45	55
laptop w pracy	65	35
laptop w domu	85	15

Z aplikacji na urządzenia mobilne (typu tablet, laptop) na co dzień korzysta 95% badanych. Najczęściej wykorzystywane są do działań związanych z edukacją (79%). Wyniki przedstawiono na rycinie 9.



Rycina 9. Wykaz wykorzystania aplikacji mobilnych przez respondentów.

Cechy społeczno-demograficzne oraz cechy związane z pracą zawodową ankietowanych nie miały istotnie statystycznego wpływu na korzystanie przez nich z aplikacji na urządzenia mobilne (typu tablet, laptop) w życiu prywatnym. Wyniki analizy przedstawiono w tabeli 3.

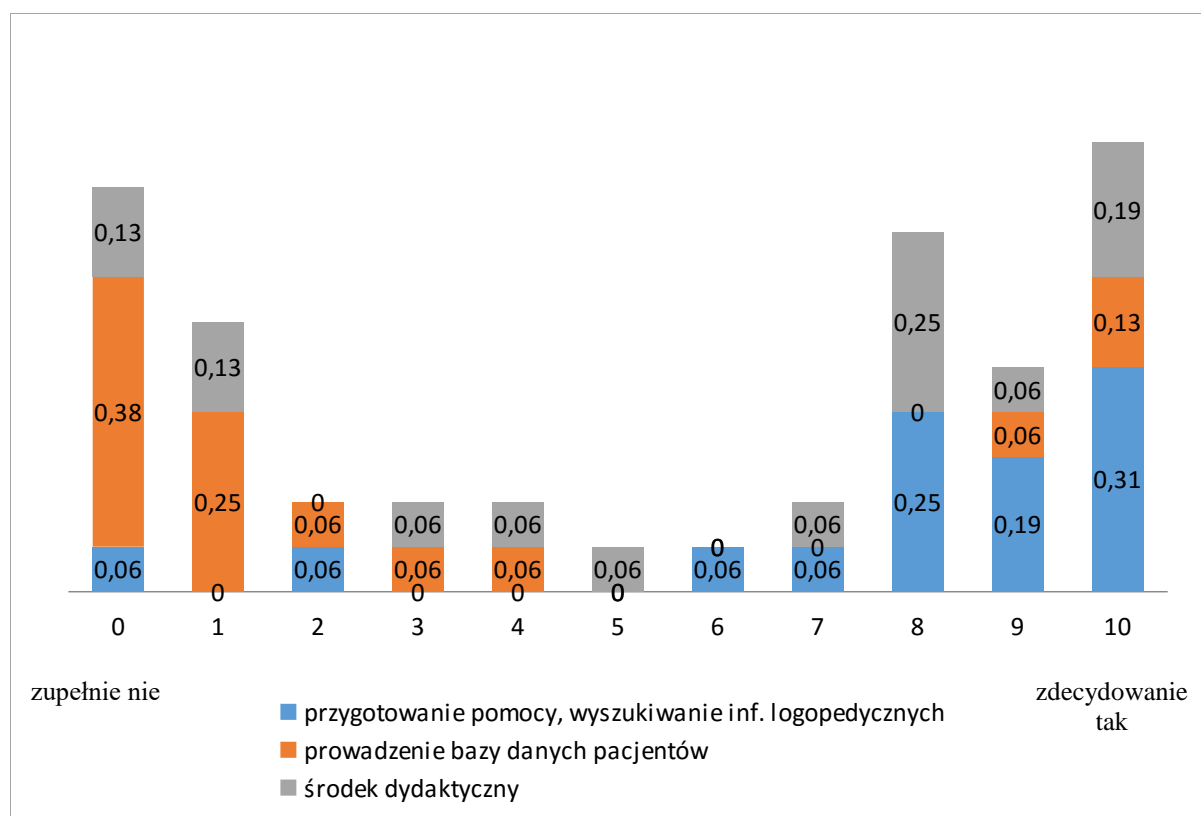
Tabela 3. Wpływ wybranych czynników na korzystanie z aplikacji na urządzenia mobilne.

	Korzysta z aplikacji	Nie korzysta z aplikacji
	%	%
Wiek		
25 - 45	100	0
> 45	88,89	11,11
Miejsce zamieszkania		
wieś	100	0
miasto	90	10
Staż pracy		
< 7	100	0
7 – 25	100	0
> 25	83,33	16,67
Liczba specjalizacji		
jedna	100	0
więcej niż jedna	80	20
Liczba terapii w przeciągu ostatnich trzech lat		
< 6	100	0

6 – 20	100	0
> 20	80	20
Częstotliwość spotkań z jednym pacjentem		
3 razy w tygodniu	100	0
1 w tygodniu	87,5	12,5
1 w miesiącu	100	0
inaczej	100	0

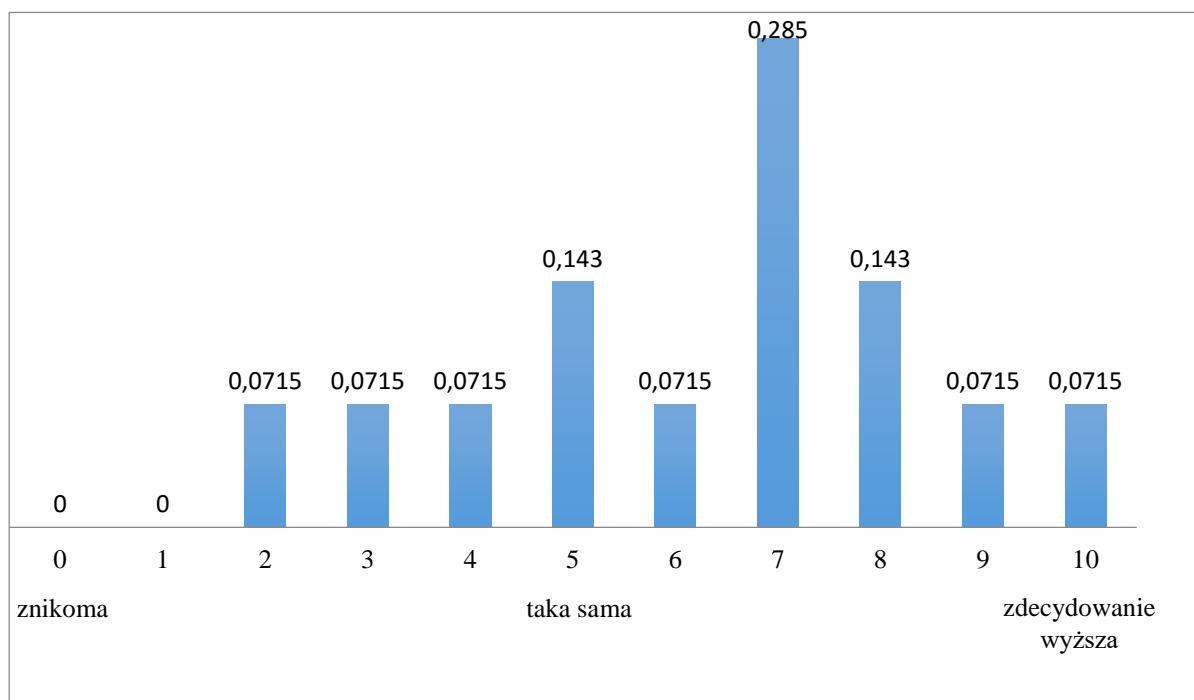
2.2.2.3 Technologie informatyczne w terapii chorych

Spośród ankietowanych logopedów 80% wykorzystuje technologie informatyczne w praktyce logopedycznej. W 11 stopniowej skali, gdzie 0 oznacza „zupełnie nie”, a 10 „zdecydowanie tak”, 25% respondentów wskazało, że wykorzystuje technologię informatyczną jako środek dydaktyczny na poziomie 8. W odniesieniu do przygotowania pomocy oraz wyszukiwaniu informacji logopedycznych 31,25% respondentów odpowiedziało „zdecydowanie tak”. Na pytanie o wykorzystanie technologii informatycznej do prowadzenia baz danych pacjentów 37,50% odpowiedzi brzmiało „zupełnie nie” (poziom 0). Wszystkie odpowiedzi zostały przedstawione na rycinie 10.



Rycina 10. Ocena respondentów dotycząca wykorzystania technologii informacyjnej w praktyce logopedycznej.

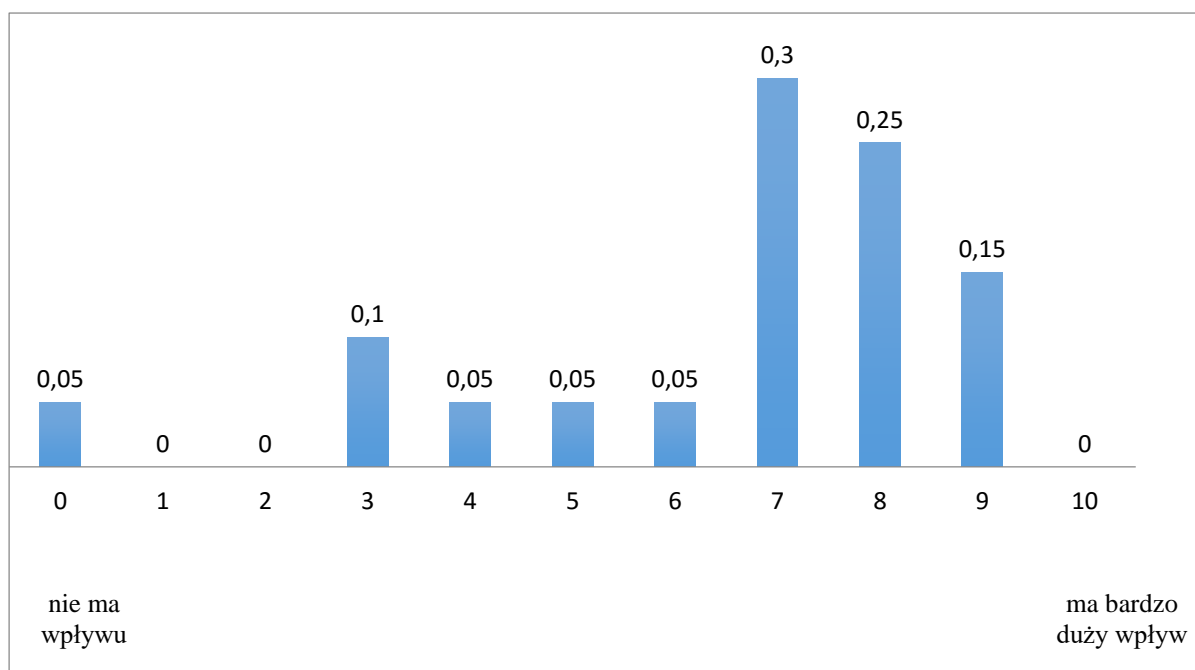
Z multimedialnych programów komputerowych podczas terapii korzystało 70% logopedów. Ocenili oni efektywność zajęć wspomaganych programami multimedialnymi w porównaniu do zajęć prowadzonych w sposób konwencjonalny w następujący sposób: 28,5% osób wskazało poziom 7 w 11 stopniowej skali, gdzie 0 oznaczało „znikomą efektywność”, poziom 5 „taką samą”, a poziom 10” zdecydowanie wyższą” (rycina 11).



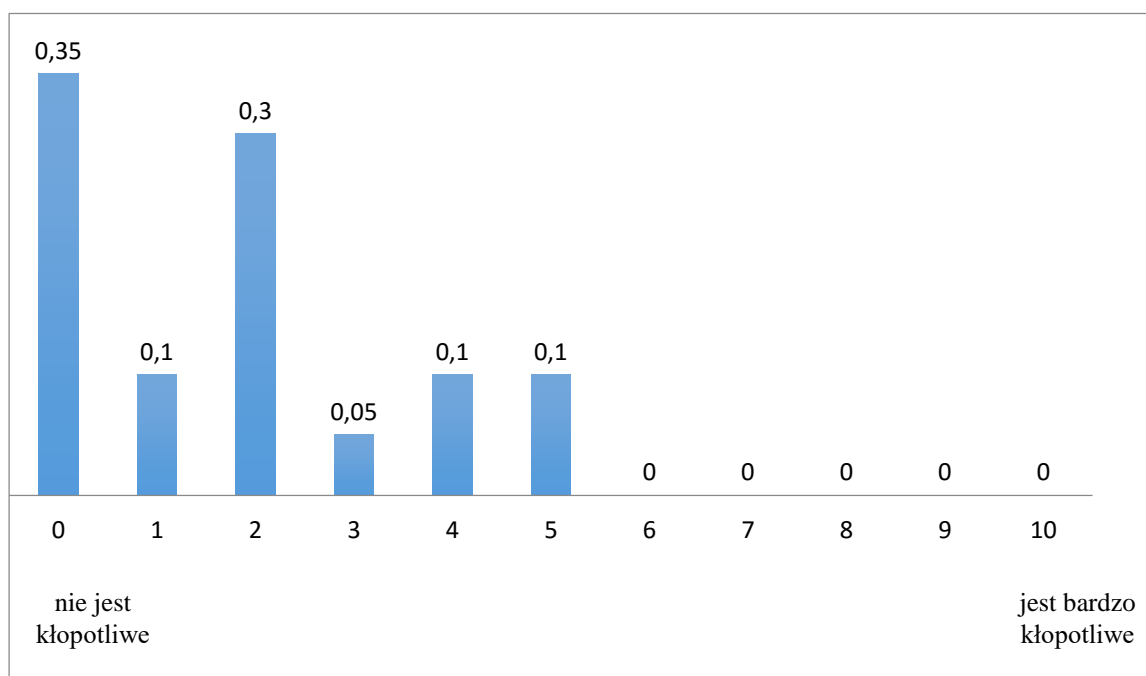
Rycina 11. Ocena logopedów dotycząca efektywności zajęć wspomaganych programami multimedialnymi w porównaniu do zajęć prowadzonych w sposób konwencjonalny.

Pytani o wpływ na skuteczność terapii programów komputerowych w terapii afazji, 30% osób wskazało na 7 poziom, a 25% na 8 poziom w 11 stopniowej skali, gdzie 0 oznacza „nie ma wpływu”, a 10 „ma bardzo duży wpływ”. Podsumowanie zestawienia prezentuje rycina 12.

W pytaniu o kłopotliwość dla logopedów regularnego używania oprogramowania multimedialnego w terapii osób dotkniętych afazją 35% ankietowanych wskazało poziom 0, a 30% wskazało poziom 2 w 11 stopniowej skali, gdzie 0 oznacza „nie jest kłopotliwe” a 10 oznacza, że jest „bardzo kłopotliwe”. Wyniki zaprezentowano na rycinie 13.



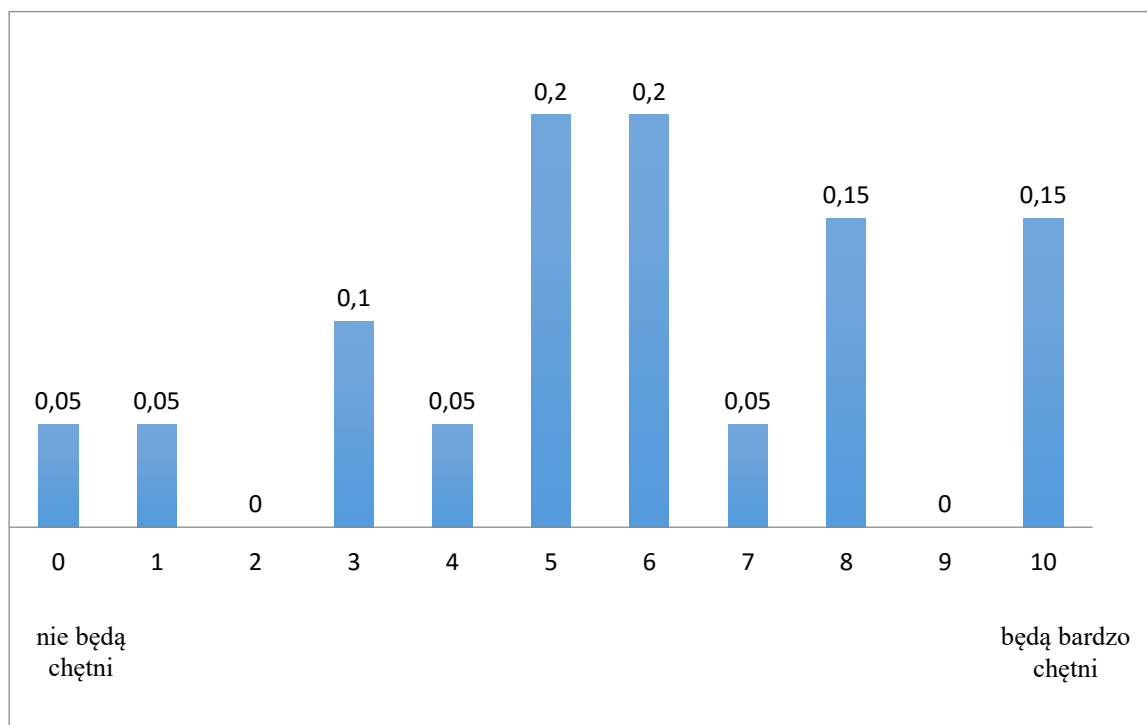
Rycina 12. Ocena respondentów wpływu programów komputerowych wspomagających terapię na jej skuteczność.



Rycina 13. Ocena kłopotliwości dla respondentów regularnego stosowania oprogramowania multimedialnego w terapii osób cierpiących na afazję.

Opinia respondentów dotycząca radykalnego skrócenia czasu terapii w trakcie regularnego stosowania programów multimedialnych w leczeniu osób dotkniętych afazją wyrażona została na poziomie 5 przez 30% osób, na poziomie 6 przez 25% osób i poziomie 8 przez 20% osób w 11 stopniowej skali, gdzie 0 oznacza „wydłużony czas leczenia”, a 10 „znacznie skrócony czas” (rycina 14).

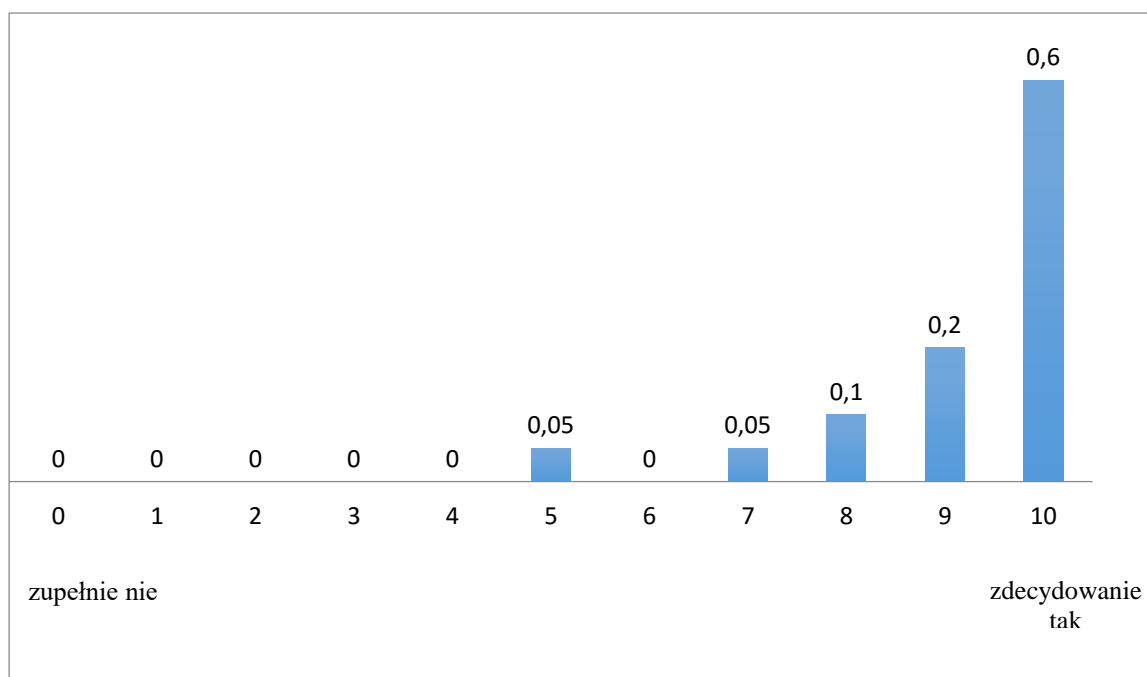
Oceniając chęci pacjentów do korzystania z multimedialnych programów komputerowych do codziennych ćwiczeń rehabilitacyjnych, po 20% respondentów wskazało na poziom 5 i poziom 6 oraz po 15% wskazało na poziom 8 i poziom 10 w 11 stopniowej skali, gdzie 0 oznacza „nie będą chętni”, a 10 oznacza „będą bardzo chętni”. Całość zestawienia prezentuje rycina 16.



Rycina 16. Ocena respondentów chęci pacjentów do wykorzystywania oprogramowania multimedialnego w codziennych ćwiczeniach rehabilitacyjnych.

Grupa 60% ankietowanych wyraziła zdecydowaną chęć poznania nowych metod informatycznych wspomagających rehabilitację osób z afazją, 20% odpowiedzi było na poziomie 9 w 11 stopniowej skali, gdzie 0 „oznaczało zupełnie nie” a 10 „zdecydowanie tak” (rycina 17).

Przeprowadzona analiza czynników społeczno-demograficznych oraz tych związanych z pracą zawodową i dostępem do sprzętu nie wykazała statystycznie istotnych zależności (poza posiadaniem komputera klasy PC w pracy oraz posiadaniem laptopa w pracy, która jest na granicy istotności) na wykorzystanie technologii informatycznej w praktyce logopedycznej. Osoby posiadające komputer klasy PC w miejscu pracy częściej wykorzystywały technologię informatyczną od osób, które nie posiadały komputera klasy PC w miejscu pracy (odpowiednio 80% vs. 20%). Podobnie sytuacja wyglądała w przypadku osób, które posiadały laptopa w pracy - one również częściej wykorzystywały technologię informatyczną od osób, które nie miały dostępu do tego sprzętu w miejscu pracy (odpowiednio 78,57 vs. 33,33). Wyniki przedstawiono w tabeli 4.



Rycina 17. Wykaz zainteresowania respondentów nowymi metodami informatycznymi wspomagającymi rehabilitację pacjentów z afazją.

Tabela 4. Wpływ wybranych czynników na wykorzystanie technologii informatycznej w praktyce logopedycznej.

	Wykorzystuje technologię informatyczną		Nie wykorzystuje technologii informatycznej	
	n	%	n	%
Wiek				
25 - 45	8	72,73	3	27,27
> 45	5	55,6	4	44,44
Miejsce zamieszkania				
wieś	6	60	4	40
miasto	7	70	3	30
Staż pracy				
< 7	4	57,14	3	42,86
7 – 25	6	85,71	1	14,29
> 25	3	50	3	50
Liczba specjalizacji				
jedna	10	66,67	5	33,33
więcej niż jedna	3	60	2	40
Liczba terapii w przeciągu ostatnich trzech lat				

< 6	5	71,43	2	28,57
6 – 20	5	62,5	3	37,5
> 20	3	60	2	40
Częstotliwość spotkań z jednym pacjentem				
3 razy w tygodniu	4	66,67	2	33,33
1 w tygodniu	4	50	4	50
1 w miesiącu	2	66,67	1	33,33
inaczej	3	100	0	0
Korzystanie w życiu prywatnym z aplikacji na urządzenia mobilne				
tak	13	68,42	6	31,58
nie	0	0	1	100
Komputer stacjonarny klasy PC w pracy				
tak	12	80	3	20
nie	1	20	4	80
Tablet w domu				
tak	5	62,5	3	37,5
nie	8	66,67	4	33,33
Tablet w pracy				
tak	5	100	0	0
nie	8	53,33	7	46,67
Laptop w domu				
tak	10	58,82	7	41,18
nie	3	100	0	0
Laptop w pracy				
tak	11	78,57	3	21,43
nie	2	33,33	4	66,67

2.3 Podsumowanie

Wyniki ankiet przeprowadzonych z logopedami wskazują, że przebadaną grupę stanowili doświadczeni specjaliści pracujący na stanowisku logopedy od wielu lat – rozpiętość lat pracy wahała się od 36 lat do 3 lat.

Logopedzi pracujący z afatykami to często osoby, które ukończyły dodatkowe specjalizacje (np. studia podyplomowe na kierunku neurologopedii), a także szkolenia i warsztaty pozwalające im na dogłębne zrozumienie funkcjonowania mózgu, ośrodkowego układu nerwowego oraz przyswojenia sobie pojęć związanych z plastycznością mózgu.

Największa liczba logopedów pracuje w gabinetach, w tym spora część w gabinetach prywatnych. Dla większości specjalistów nie jest to jednak jedyne miejsce pracy w związku z faktem, iż niewiele jest placówek, które zatrudniają logopedów w wymiarze całego etatu. Często aby uzyskać zatrudnienie w wymiarze całego etatu logopedzi zmuszeni są łączyć pracę w różnych instytucjach (przedszkola, szkoły, przychodnie, gabinety prywatne itp.).

Z badań ankietowych wynika także, że w gabinetach logopedycznych najczęściej znajdują się komputery stacjonarne, ponieważ na rynku polskim dostępne są programy komputerowe przeznaczone do terapii, zarówno dzieci, jak i osób dorosłych.

Również dostęp do Internetu w gabinetach logopedycznych, jest zazwyczaj zapewniony – głównie w celu możliwość kontaktu mailowego specjalistów współpracujących ze sobą (wymiana spostrzeżeń, analiza, diagnoza, ustalenie wspólnego sposobu i kierunku prowadzonej terapii).

Analizując relacje specjalisty z rodziną afatyka zauważyć można, że logopedzi najczęściej mają kontakt z rodziną osoby dotkniętej afazją, ponieważ to właśnie najbliżsi przekierowują w wielu przypadkach swego podopiecznego na terapię – nie mogąc się z nim skontaktować werbalnie i widząc, że stracił on umiejętności czytania lub/i pisanie.

Innym zagadnieniem jest wdrożenie rodziny pacjenta cierpiącego na afazję w samą terapię, która wówczas byłaby skuteczniejsza i mogłaby zakończyć się w krótszym czasie. Tutaj zauważyć już można pewne problemy wynikające w dużej mierze z braku świadomości dotyczącej wagi współpracy na poziomie logopeda – rodzina afatyka. Jeżeli chodzi o zagadnienie dotyczące pomocy rehabilitacyjnych to wskazać można, że na rynku polskim istnieje już spora grupa takich pomocy, które przeznaczone są do terapii pacjenta z afazją. Jednak są one określone ogólnikowo – nie posiadając podziału na poszczególne typy afazji – zmuszając terapeutę do ich samodzielnego dobrania. Jak wynika z przeprowadzonych badań ankietowych, najwięcej pomocy logopedzi znaleźć mogą do terapii afazji mieszanej, ponieważ zastosować tu mogą pomoce zarówno do terapii afazji ruchowej, jak i czuciowej (u pacjenta obserwuje się dysfunkcje z obu typów afazji). Z chwilą, gdy mają do czynienia z afazją ruchową, czy czuciową i muszą dokonać dokładniejszej selekcji narzędzi – logopedzi mają już z tym pewien problem. Najniżej oceniona została przez specjalistów liczba pomocy terapeutycznych możliwych do zastosowania w afazji całkowitej (totalnej). Tutaj zaburzenia pacjenta są tak duże, że wymaga on bardzo szczególnego prowadzenia. Do tego typu afazji na rynku polskim brakuje zwartych narzędzi terapeutycznych.

Najnowsze koncepcje w rehabilitacji neuropsychologicznej zakładają, że powinna ona obejmować zespół działań zmierzających do optymalnej poprawy funkcjonowania pacjenta z dysfunkcjami mózgu i zaburzeniami behawioralnymi oraz dążyć do podniesienia jego jakości życia, co nie musi oznaczać pełnego powrotu sprawności przedchorobowych.

Przyjmuje się, że proces terapeutyczny powinien być realizowany w toku systemowych oddziaływań obejmujących wiele aspektów z uwzględnieniem wglądu, motywacji i osobowości chorego. Wybór optymalnego programu rehabilitacji jest zatem uzależniony od wielu czynników, w tym również kondycji psychofizycznej pacjenta, jego sprawności poznawczej, stanu emocjonalnego, ale także mobilności oraz dostępności metod rehabilitacji w miejscu zamieszkania³.

Bardzo mało jest również narzędzi logopedycznych, które pozwoliłyby na dobrą, rzetelną, ale nie nazbyt czasochłonną diagnozę pacjenta cierpiącego na afazję. Te, które są dostępne (Test SODA, Test obrazowo-literowy do badania afazji – Szumska, Bostoński Test do Badania Afazji itp.) są albo zbyt ogólne albo zbyt obszerne, a przeprowadzenie tego typu badania byłoby długoterminowe odsuwając

znacznie w czasie samą terapię.

Jeżeli chodzi o przebieg terapii logopedycznej, to najczęściej spotkania terapeutyczno-logopedyczne z afatykami odbywają się raz w tygodniu. W niektórych przypadkach i okolicznościach liczba tych spotkań wzrasta, np. okres początkowy terapii, krótko po incydencie chorobowym. Z kolei spotkania raz w miesiącu mają miejsce w przypadku terapii grupowej (np. Sekcja Afazja – Gliwice). Czasem sytuacja jednak wymusza inne rozplanowanie zajęć, gdy np. rodzina nie jest w stanie dowozić pacjenta raz w tygodniu na zajęcia. Terapeuta ustala wówczas spotkania w taki sposób, aby było to do zrealizowania. W takim przypadku terapia może odbywać się rzadziej niż jeden raz w tygodniu ze specjalistą, ale za to zakłada większe zaangażowanie bliskich afatyka w jego rehabilitację – logopeda pokazuje (demonstruje) członkom rodziny w jaki sposób ćwiczyć z podopiecznym (na co zwracać szczególną uwagę, czego unikać) i zadaje materiał do ćwiczenia samodzielnie w domu. W innych przypadkach zdarzyć się może, że logopeda nasili częstotliwość spotkań z pacjentem (np. na dwa razy w tygodniu). Jest to rozwiązanie wskazane szczególnie w przypadku gdy opiekun nie ma możliwości ćwiczyć z afatykiem w domu – większa częstotliwość spotkań ze specjalistą pozwoli na wdrożenie pacjenta w jakieś określone umiejętności i utrwalenie ich. Nie ma jednego właściwego sposobu rozplanowywania spotkań rehabilitacyjnych z osobami dotkniętymi afazją – będzie to zależało od wielu czynników i będzie kwestią bardzo indywidualną.

Ustosunkowując się do wyników ankiety związanych z wykorzystaniem technologii informatycznych w terapii chorego cierpiącego na afazję należy przytoczyć wyniki badań opublikowane w książce pt. „Życie po udarze w podejściu holistycznym”, pod redakcją naukową Jolanty Twardowskiej – Rajewskiej³.

Od czasów pierwszych programów komputerowych wspomagających rehabilitację funkcji poznawczych, często opartych na grach video i edukacyjnych programach komputerowych, które stosowano w latach 80. ubiegłego stulecia, pojawiło się wiele nowoczesnych, profesjonalnych narzędzi, których efektywność jest systematycznie badana. W Stanach Zjednoczonych, gdzie najintensywniej rozwinęło się zaplecze technologiczne służące rehabilitacji, dostępnych jest wiele programów umożliwiających trening funkcji językowych w różnych ich aspektach – syntaktycznym, fonologicznym i semantycznym.

W minionych latach pojawiło się wiele artykułów publikowanych w czasopiśmie medycznych, neuropsychologicznych i rehabilitacyjnych podejmujących problematykę wykorzystywania nowoczesnych technologii, w tym systemów komputerowych do rehabilitacji pacjentów z zaburzeniami funkcji językowych. Raport „Evidence-Based Review of Stroke Rehabilitation”³, obszerna analiza blisko tysiąca doniesień dotyczących skuteczności rozmaitych metod rehabilitacji zaburzeń będących skutkiem udaru, w tym afazji, zamieszcza wyniki kilkudziesięciu badań z wykorzystaniem terapii komputerowej, z czego większość była przeprowadzana na małej grupie badanych lub przedstawiała studium przypadku. Dwa z doniesień prezentowały wyniki badań uzyskane w procedurze eksperymentalnej przeprowadzanej na próbie losowej.

W badaniach Wertza³ uczestniczyło 55 chorych z afazją nabytą nie wcześniej niż rok przed badaniem i z grupą kontrolną. Chorzy zostali podzieleni na trzy grupy: pierwsza została poddana komputerowemu treningowi zawierającemu ćwiczenia z zakresu czytania, druga grupa wykonywała komputerowe ćwiczenia niewerbalnych funkcji poznawczych, a w trzeciej nie zastosowano terapii. Wyniki eksperymentu wskazują, że u chorych z pierwszej grupy wystąpiła znacząco większa poprawa funkcji poznawczych i językowych niż w dwóch pozostałych grupach. W grupie drugiej uzyskano tylko poprawę w zakresie funkcji niewerbalnych. Można wnioskować, że jedynie w przypadku grupy poddanej komputerowemu treningowi czytania wynik rehabilitacji zgeneralizował się na inne funkcje. Osiągnięto zatem wysoką skuteczność terapii.

Z kolei badania Petherama³ dowiodły, że wykorzystanie w terapii oprogramowania skonfigurowanego w taki sposób, aby odpowiednia liczba prawidłowych odpowiedzi prowadziła do awansu na wyższy poziom, z włączeniem czynnika ograniczenia czasowego dla danego zadania, prowadziło do istotnej poprawy uzyskiwanych w ćwiczeniach wyników u dziewięciu na 10 uczestniczących w badaniu pacjentów. Czas poświęcony na udzielenie odpowiedzi w końcowej fazie eksperymentu był istotnie niższy niż w pierwszej fazie treningu. Warto dodać, iż uczestnicy badania

otrzymali oprogramowanie do samodzielnych ćwiczeń w domu. Kontrolowano także czas poświęcony na ćwiczenia komputerowe – aż sześciu na 10 pacjentów poświęciło na trening dwie lub więcej godzin tygodniowo.

W badaniach Aftonomosa³ brało udział 60 chorych z afazją. Program rehabilitacji obejmował trening komputerowy funkcji językowych z wykorzystaniem programu Lingraphica System. Chorzy uczestniczyli w godzinnych sesjach i wykonywali ćwiczenia w domu. Średnia liczba sesji to 41,7 przy przeciętnym czasie uczestnictwa w programie przez 20,5 tygodnia. Efektywność terapii oceniano, wykorzystując Western Aphasia Battery oraz Communicative Effectiveness Index. W obu testach badani uzyskali znaczną poprawę sprawności zarówno językowych, jak i w zakresie komunikacji funkcjonalnej.

Jak wynika z badań, rehabilitacja przy użyciu komputera może prowadzić do uzyskania istotnej poprawy także w zakresie rozumienia i aktualizacji nazw.

W badaniach Raymera i współpracowników³ prowadzonych przy użyciu oprogramowania MossTalk Words udowodniono, że intensywność treningu terapii z wykorzystaniem komputera jest czynnikiem bezpośrednio wpływającym na poprawę w zakresie aktualizacji nazw opartą na materiale wzrokowym, w obrębie zbioru leksykalnego zawartego w treningu.

2.4 Wnioski

Przedstawione poniżej wnioski powstały w oparciu o naukowe doniesienia dotyczące metod komputerowego wspomaganie rehabilitacji chorych z afazją.

Zalety wykorzystywania oprogramowania wspomagającego terapię afazji w świetle doniesień naukowych są niekwestionowane. W literaturze najczęściej podkreśla się korzyści związane z optymalizacją zindywidualizowanych programów rehabilitacji wskutek dostępności oprogramowania w domu pacjenta. W szeregu doniesień jako główny warunek efektywności terapii afazji wskazuje się jej intensywność, szczególnie w pierwszym okresie po zachorowaniu. Ćwiczenia powinny być wykonywane systematycznie kilka razy dziennie, w sesjach od kilku do kilkudziesięciminutowych. W związku z tym wykonywanie ćwiczeń w warunkach domowych dla wielu chorych jest jedyną dostępną formą rehabilitacji po wypisie ze szpitala. Ma to również bezpośredni związek z ograniczeniami ruchowymi pacjentów neurologicznych, odległością miejsca zamieszkania chorego od gabinetu logopedycznego, dostępnością świadczeń zdrowotnych i wysoce wykwalifikowanej kadry terapeutycznej.

W piśmiennictwie zwraca się również uwagę na lepsze wyniki codziennej terapii przy użyciu komputera niż ćwiczeń z członkiem rodziny, co może wynikać z mniejszej koncentracji na zadaniu i braku obiektywności procedury w przypadku ćwiczeń z członkiem rodziny.

Dla wielu chorych rehabilitacja domowa jest formą atrakcyjniejszą, wiążącą się z mniejszym stresem i dyskomfortem emocjonalnym niż rehabilitacja w warunkach gabinetowych.

Kolejne argumenty przemawiające za wykorzystaniem programów komputerowych w terapii zaburzeń językowych dotyczą możliwości zindywidualizowania programów terapii oraz modyfikowania ustawień dotyczących poziomów trudności materiału ćwiczeniowego, podpowiedzi i pomocy wzrokowych oraz słuchowych, organizacji materiału percepcyjnego w sposób optymalny w stosunku do potrzeb chorego.

Podkreśla się wysoki stopień obiektywności procedury testującej, co stanowi istotną różnicę jakościową w stosunku do rehabilitacji z terapeutą. Brak ekspozycji na ocenę zewnętrzną może dla niektórych chorych być czynnikiem sprzyjającym terapii, jednakże niekiedy brak możliwości bezpośredniej weryfikacji jakości wykonania zadania w sposób inny niż przewiduje procedura zastosowana w programie komputerowym może stanowić dla pacjenta ograniczenie³.

Na etapie wyciągania wniosków wspomnieć należy również o ewentualnych zagrożeniach związanych z komputerowym wspomaganie terapii afazji. Komputerowa rehabilitacja zaburzeń językowych bywa bowiem czasami oceniana przez badaczy krytycznie. Zarzuty często dotyczą braku

jednoznacznych dowodów na generalizację wyników terapii na sfery niepodlegające treningowi.

Wallesch i Johannsen-Horbath³ wśród potencjalnych zagrożeń związanych ze stosowaniem rehabilitacji wspomaganej komputerowo wymieniają ryzyko wykorzystywania tej formy przez terapeutów jako wyizolowanej techniki, zamiast potraktowania jej jako elementu szerszego, zindywidualizowanego programu rehabilitacji.

Krytyczne opinie dotyczące zastosowania programów terapii wspomaganej komputerowo podnoszą również problematykę niewłaściwego doboru ćwiczeń w stosunku do możliwości i ograniczeń chorego, zatem czynnika niezależnego od samego oprogramowania, a raczej od roli i kompetencji terapeuty. Zauważają również ryzyko wytworzenia u pacjenta nierealistycznego oczekiwania całkowitego powrotu funkcji, jak również pogłębienia społecznej izolacji wskutek zogniskowania wysiłków na rehabilitacji komputerowej.

W stosunku do niektórych programów formułuje się zarzuty braku elastyczności w zakresie generowanych ćwiczeń – dotyczy to zwykle prostych programów o ograniczonej możliwości modyfikacji parametrów i ograniczonym materiale językowym.

Podsumowując, większość przedstawionych powyżej zarzutów wiąże się nie tyle z oprogramowaniem jako takim, ale z kompetencjami terapeuty w zakresie tworzenia programu terapii wykorzystującego specjalistyczne oprogramowanie jako jedną z metod wspomagających zdrowienie z uwzględnieniem stanu psychofizycznego i emocjonalnego pacjenta oraz przestrzeganiem zasad terapii zakładających: indywidualizację ćwiczeń, stopniowanie trudności, zapewnienie dostępności informacji i czynności, które pacjent ma wykonywać w trakcie ćwiczeń (osadzenie w kontekście), wsparcie właściwie dobranym funkcjonalnym materiałem poglądowym oraz życzliwą postawą psychoterapeutyczną².

3 Analiza ankiet dla opiekunów

3.1 Wstęp

Druga część badania ankietowego skierowana była do 60 osób opiekujących się chorymi z afazją.

Ankietę skierowano do grup osób najbliższej związanej z chorymi z afazją, czyli ich opiekunów. Ważną rolę w usprawnianiu komunikacji afatyka odgrywają członkowie najbliższej rodziny, stąd informacje o środowisku, strukturze rodziny są istotne zarówno z punktu widzenia organizowania dla chorych opieki poza szpitalem, jak i konstruowania programów terapeutycznych. Czynniki takie jak płeć, wiek, wykształcenie opiekunów, mają istotne znaczenie w procesie rehabilitacji.

Pytania ankiety zmierzały do ustalenia jaki jest stan wiedzy na temat tego zaburzenia w grupie najbliższych osób, opiekujących się afatykami, czy znają przyczyny i objawy afazji, podstawowe trudności ich bliskich, jak zmieniło się życie chorego po incydencie chorobowym, czy podopieczny podjął terapię, czy bliscy wspierają go w tym procesie, z jakich pomocy korzystają w terapii i jaki jest ich stosunek do nowoczesnych pomocy rehabilitacyjnych, powstałych na bazie technologii informacyjnych.

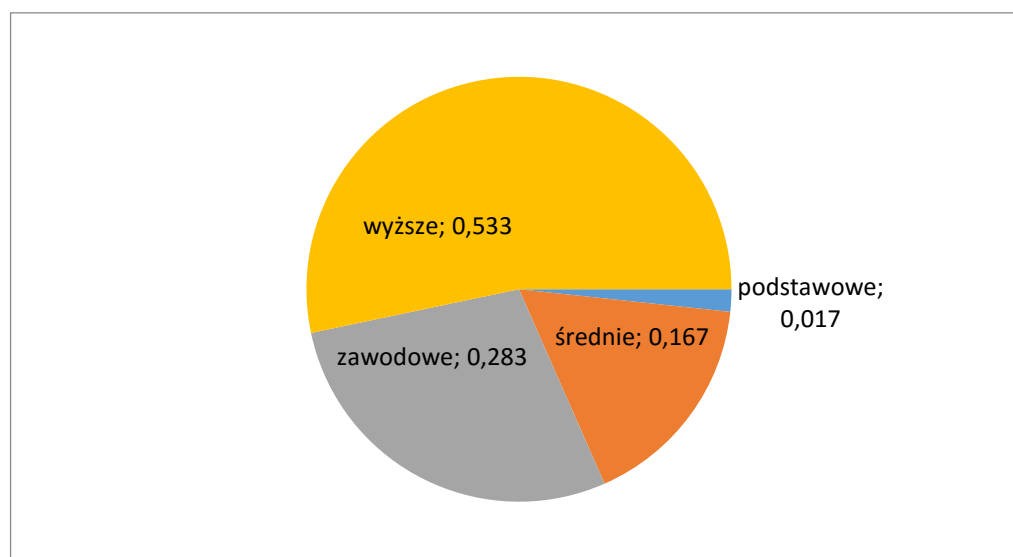
Wyniki badania ankietowego pozwalają naszkicować obraz afatyka i jego opiekunów w naszym kraju.

3.2 Opracowanie statystyczne

3.2.1 Charakterystyka badanej grupy

W badaniu wzięło udział 60 opiekunów osób chorych z afazją. Grupa badawcza składała się w 52,5% z kobiet i 37,5% mężczyzn, 4 osoby nie podały płci. W grupie wiekowej 18 – 25 była jedna osoba; w grupie 25 - 45 lat znalazło się 30% ankietowanych, w grupie 45 – 65 lat było 36,7%, natomiast 31,7% badanych stanowiły osoby z grupy wiekowej powyżej 65 lat. Miejsce zamieszkania respondentów w 50% stanowiła wieś, a w 50% stanowiło miasto.

Wykształcenie podstawowe posiadała 1 osoba, z wykształceniem średnim było 16,7% osób. 28,3% posiadało wykształcenie zawodowe, a 53,3% ankietowanych miało wykształcenie wyższe.



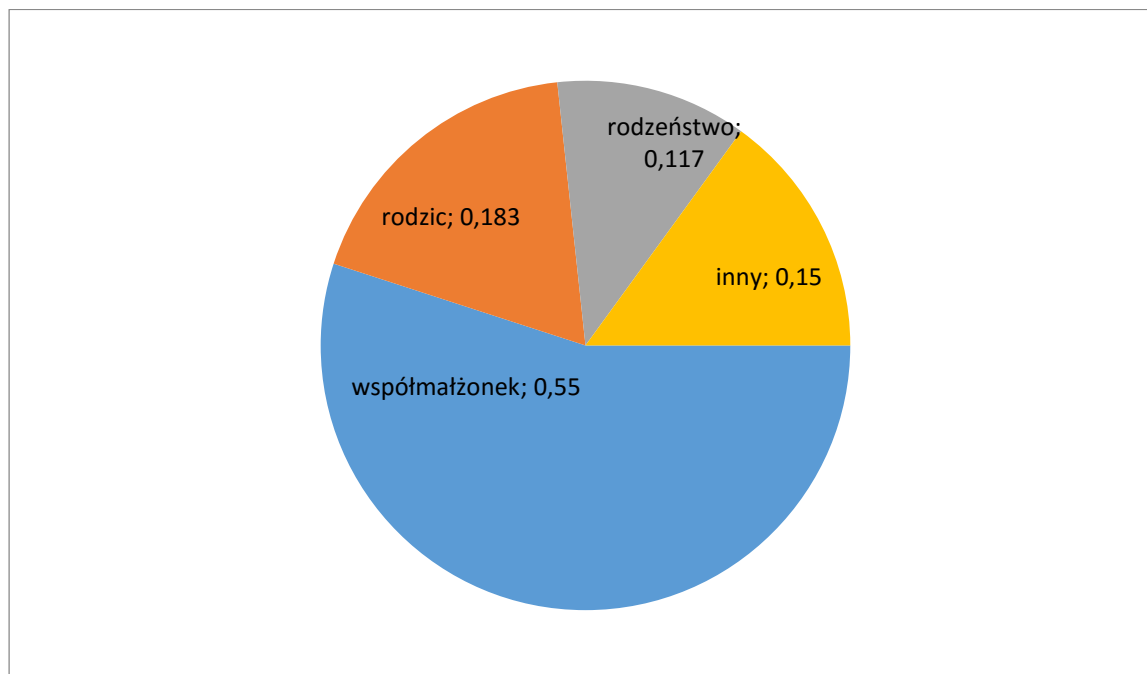
Rycina 18. Poziom wykształcenia respondentów.

3.2.2 Wyniki

W grupie objętej badaniem średni wiek podopiecznych z afazją wynosił 63,9 lat. Najmłodszy podopieczny miał 26 lata (1 osoba), natomiast najstarsi podopieczni mieli 80 lat i było ich 6,7%.

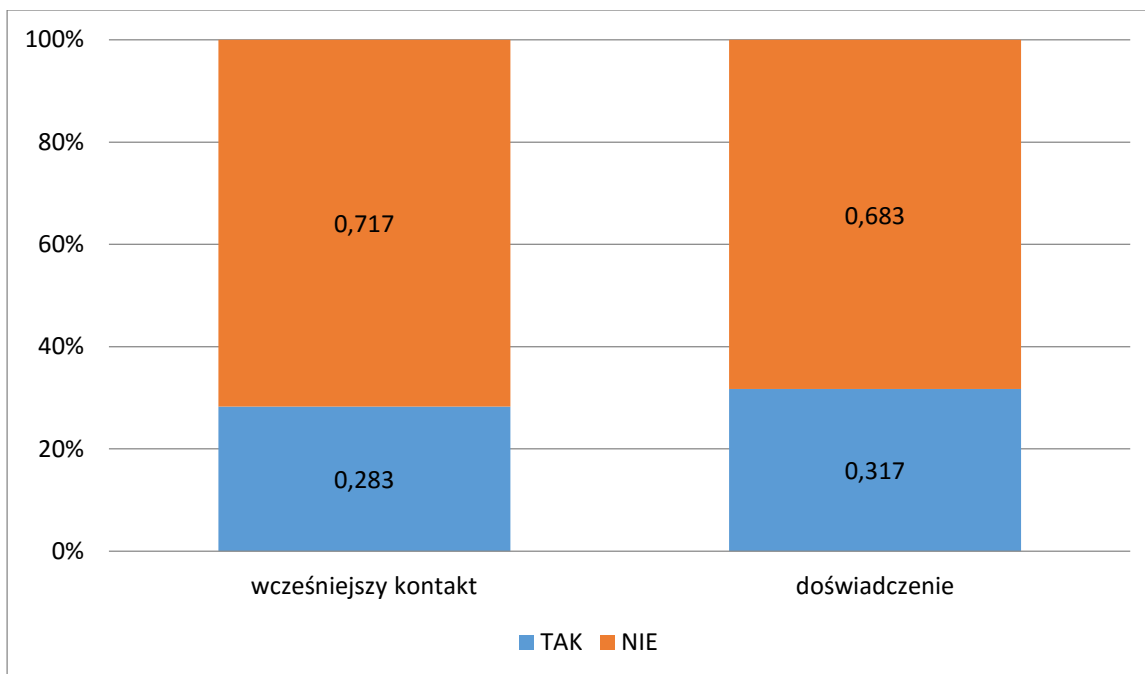
Średni wiek, w jakim podopieczni zachorowali wynosił 58,3 lat. Najmłodszy podopieczny zachorował w wieku 21 lat (1 osoba) a najstarszy w wieku 77 lat (1 osoba).

Grupa 55% ankietowanych była współmałżonkami podopiecznych, 18,3% była rodzicami, 11,7% respondentów to rodzeństwo. Spośród ankietowanych 15% jest w inny sposób powiązanych z chorymi. Najczęściej są to pracownicy DPS (Domów Pomocy Społecznej) i inne osoby sprawujące opiekę zawodowo.

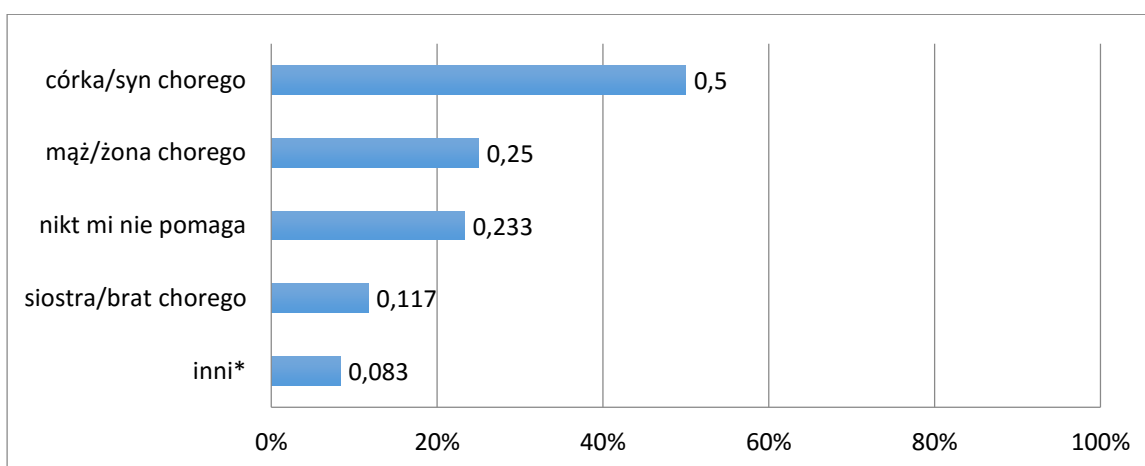


Rycina 19. Stopień pokrewieństwa respondentów z osobą cierpiącą na afazję

Grupa 71,7% badanych nie miała wcześniej kontaktu z osobami chorymi na afazję, a 68,3% ankietowanych nie ma żadnego doświadczenia w opiece (rycina 20).

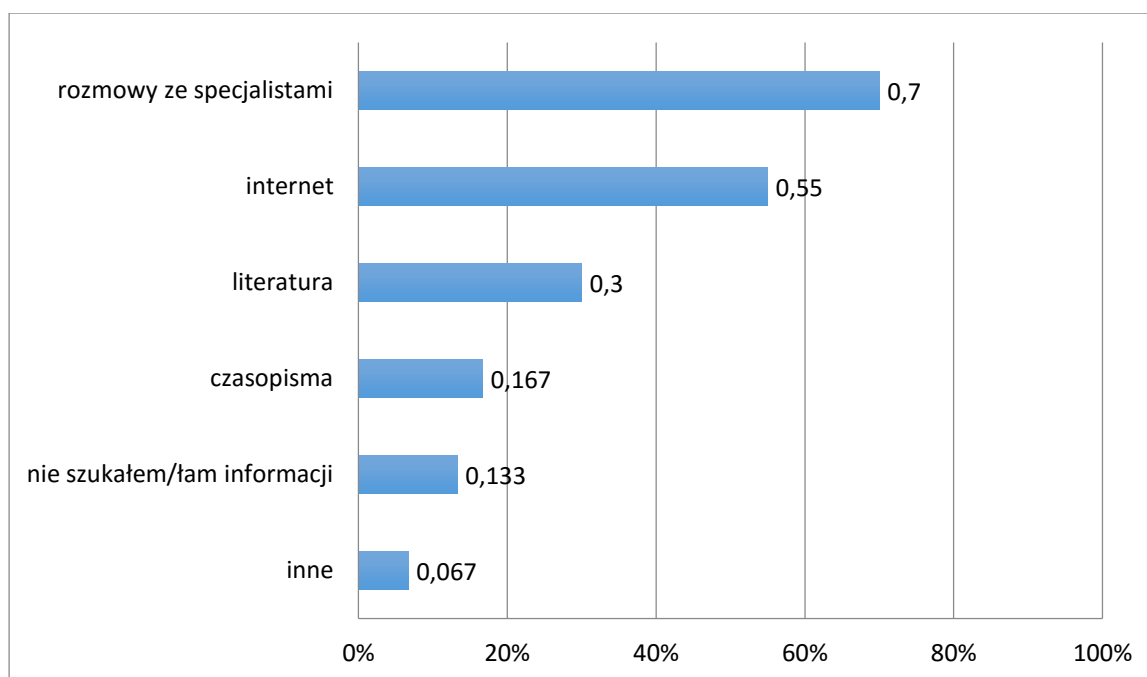


Rycina 20. Wcześniejszy kontakt i doświadczenie respondentów z osobami dotkniętymi afazją.



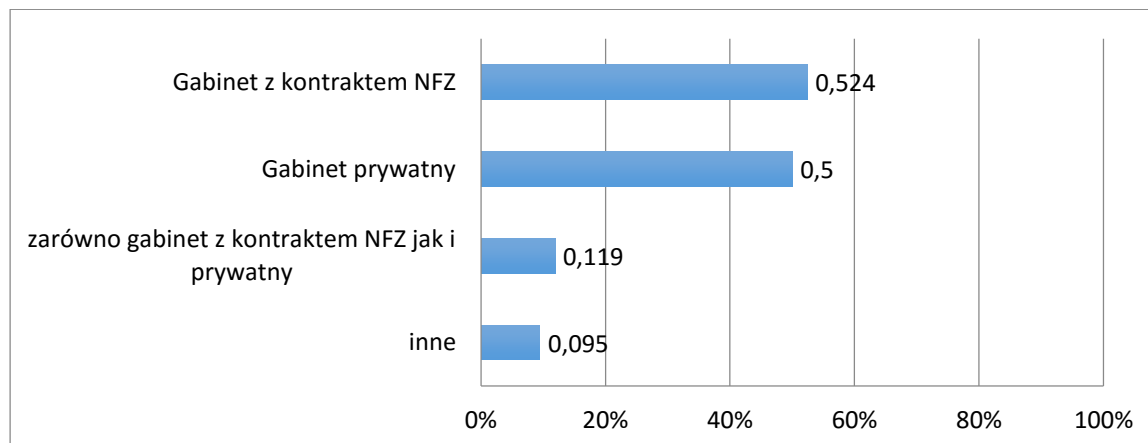
* dalsi krewni, sąsiad, opiekunka

Rycina 21. Osoby pomagające w opiece nad chorym.



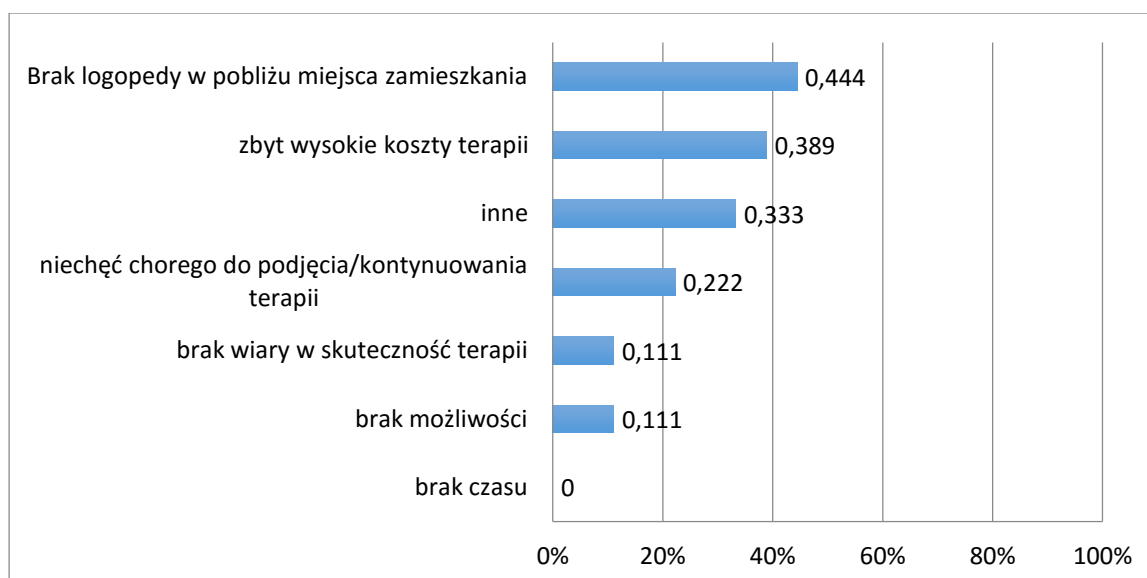
Rycina 22. Źródła informacji na temat afazji wśród respondentów.

Grupa 70% podopiecznych osób objętych badaniem korzysta z terapii logopedycznej, w tym 52,4% w gabinetach z kontraktem NFZ, a 50% w prywatnych gabinetach (rycina 23).



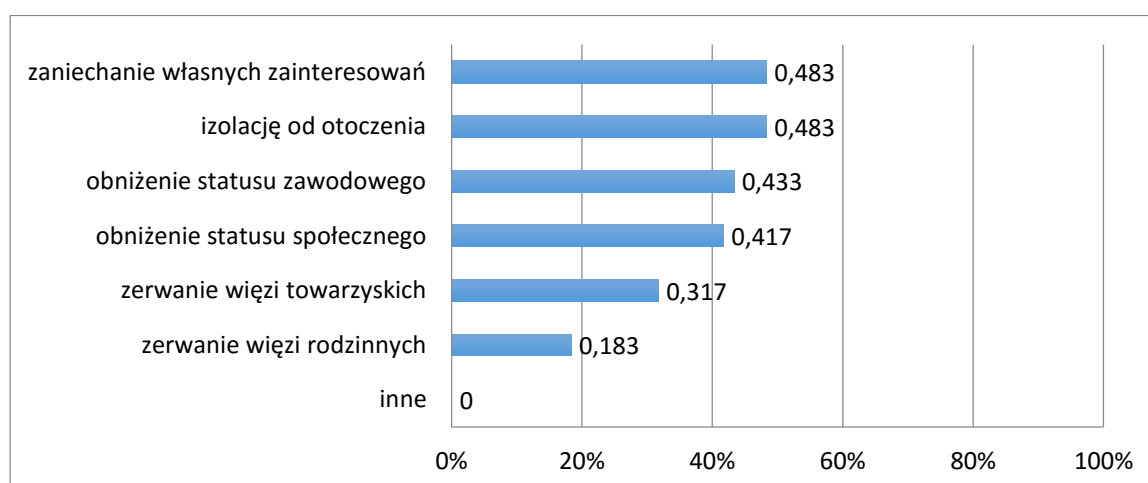
Rycina 23. Miejsca korzystania z terapii logopedycznej wśród podopiecznych respondentów.

Grupa 30% podopiecznych osób objętych badaniem nie korzysta z terapii logopedycznej. Głównym powodem dla 44,4% jest brak logopedy w pobliżu miejsca zamieszkania, a dla 38,9% - zbyt wysokie koszty terapii w tym ceny wizyt prywatnych i koszty podróży (rycina 24).



Rycina 24. Powody rezygnacji podopiecznych respondentów z terapii afazji.

Grupa 48,3% ankietowanych zauważyła zaniechanie własnych zainteresowań przez chorego oraz izolację od otoczenia, a 43,3% zauważyło obniżenie statusu zawodowego (rycina 25).



Rycina 25. Niekorzystne zmiany w zachowaniu podopiecznego spowodowane afazją.

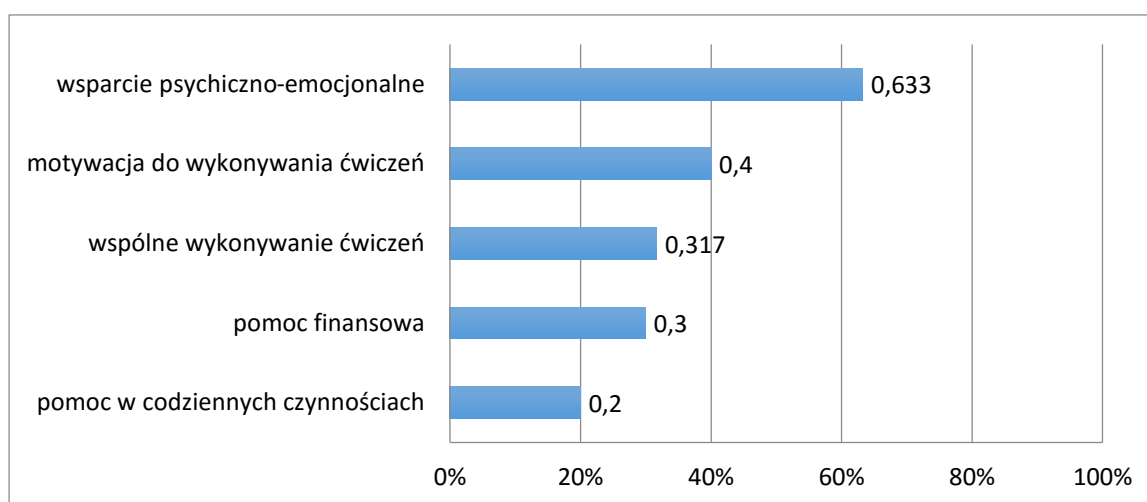
Grupa 95% badanych uważa, że afazja wpływa na samopoczucie chorego. W tabeli 5 przedstawiono ocenę wpływu na poszczególne obszary.

Tabela 5. Stopień wpływu afazji na samopoczucie podopiecznych respondentów.

Cechy	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Niewielki stopień						wysoki stopień				
Zmienność emocjonalna	0%	3,5%	3,5%	12,3%	8,8%	17,5%	7%	17,5%	22,8%	3,5%	3,5%
Depresja	21%	14%	3,5%	7%	7%	7%	3,5%	10,5%	15,8%	10,5%	0%
Biernosc, wycofanie się	10,5%	8,8%	8,8%	10,5%	7%	12,3%	12,3%	8,8%	10,5%	7%	3,5%

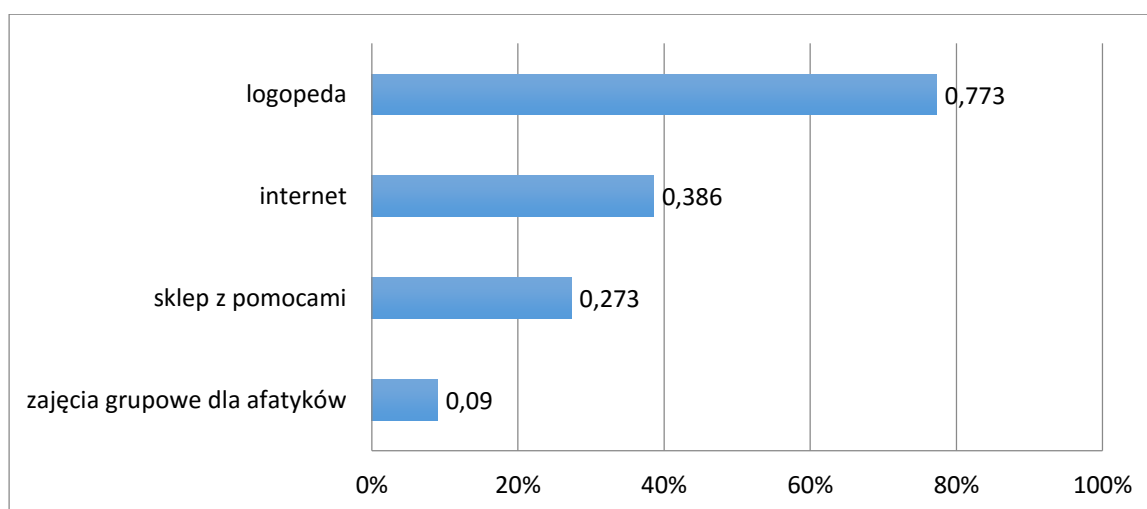
Niechęć do wysiłku, podjęcia ćwiczeń	17,5 %	5,3%	7%	8,8%	7%	15,8%	1,8%	19,3%	8,8%	3,5%	5,3%
Brak wiary w swoje możliwości, niska samoocena	10,5 %	3,5%	12,3 %	5,3%	10,5 %	10,5%	12,3 %	15,8%	10,5 %	5,3%	3,5%
Brak zaufania do ludzi	28%	14%	12,3 %	5,3%	7%	10,5%	5,3%	10,5%	7%	0%	0%
Wrogość/agresywność	31,6 %	8,8%	12,3 %	8,8%	14%	7%	5,3%	7%	3,5%	1,8%	0%

Grupa 63,3% respondentów wspiera chorych psychiczno-emocjonalnie, z kolei 40% motywuje podopiecznych do wykonywania ćwiczeń logopedycznych (rycina 26).



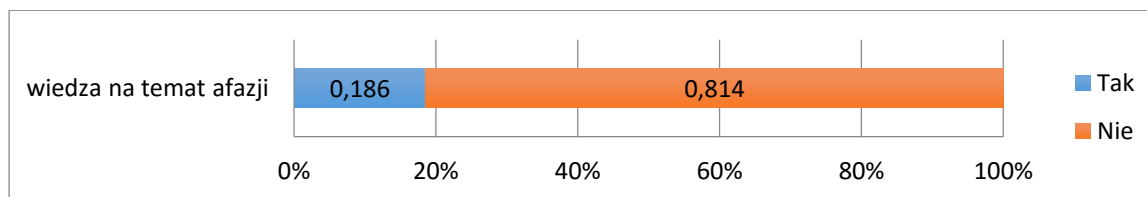
Rycina 26. Sposób wsparcia podopiecznych przez respondentów.

Grupa 73% ankietowanych posiada dostęp do materiałów z ćwiczeniami logopedycznymi dla podopiecznych, 77,3% otrzymuje pomoce od logopedy, a 38,6% szuka materiałów w Internecie (rycina 27).



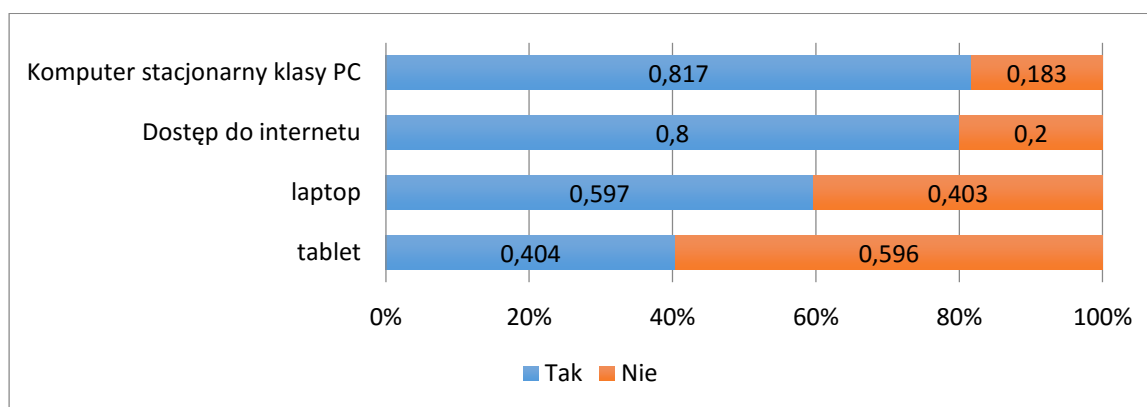
Rycina 27. Źródła materiałów z ćwiczeniami logopedycznymi.

Aż 81,4% ankietowanych nie posiada odpowiedniej wiedzy nt. doboru odpowiednich ćwiczeń logopedycznych dla podopiecznych. Jedna osoba nie udzieliła odpowiedzi (rycina 28).

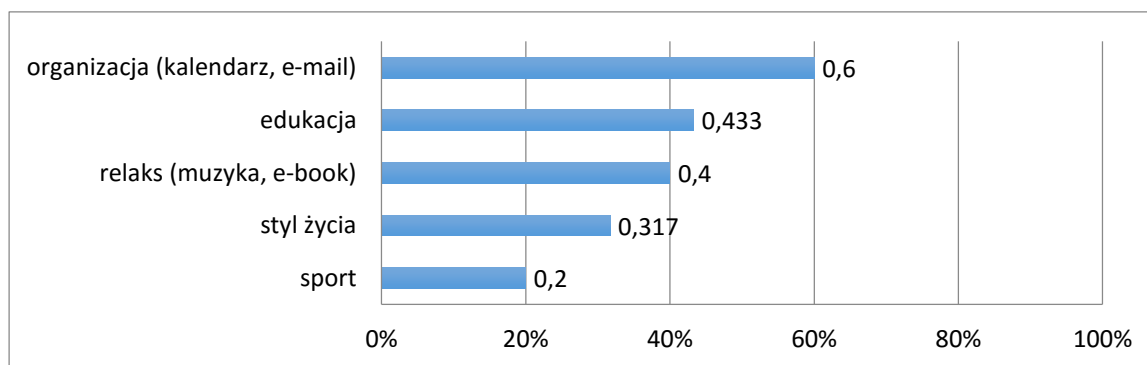


Rycina 28. Posiadana wiedza pod kątem doboru odpowiednich ćwiczeń logopedycznych dla chorego.

Komputer stacjonarny posiada 81,7%, a dostęp do Internetu 80% badanych. Laptop posiada 59,7% ankietowanych. Tablet posiada 40% spośród 52 ankietowanych (rycina 29).

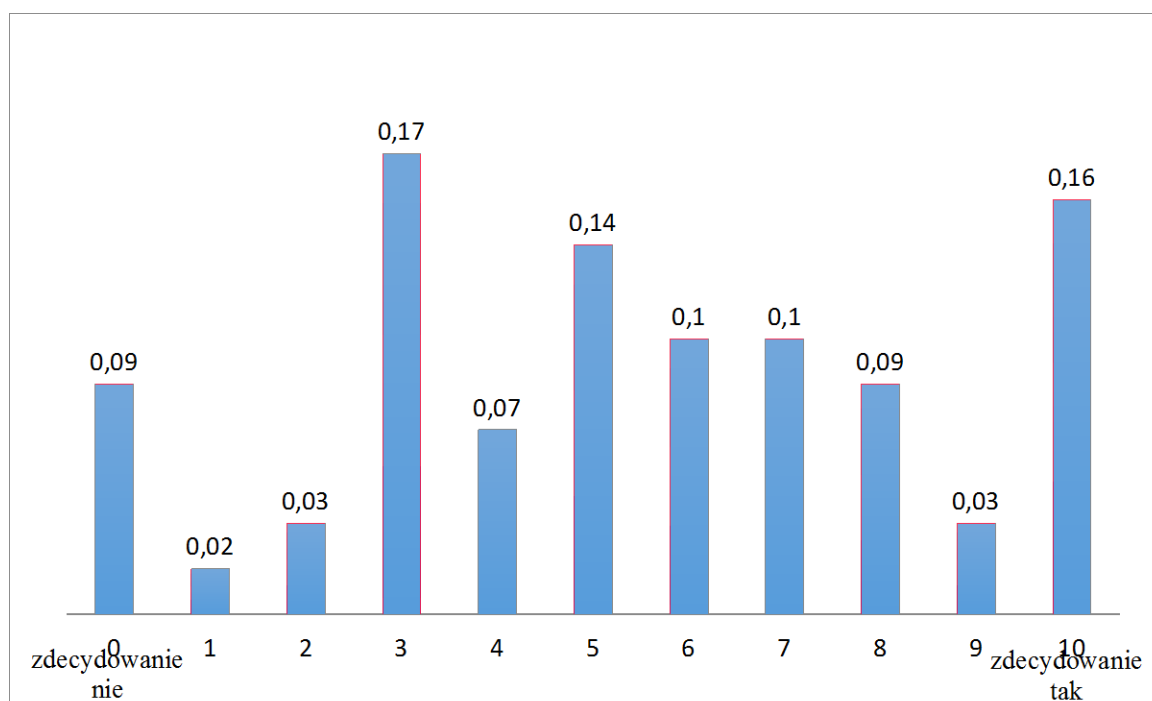


Rycina 29. Posiadanie dostępu do technologii informatycznej, która może być wykorzystane przez afatyka.



Rycina 30. Cel korzystania z komputera przez respondenta.

Grupa 17,2% ankietowanych oceniła na poziomie 3 korzystanie przez podopiecznych z oprogramowania komputerowego wspierającego terapię afazji w 11 stopniowej skali semantycznej, gdzie 0 oznaczało „zdecydowanie nie” a 10 „zdecydowanie tak”. Na pytanie odpowiedziało 58 osób (rycina 31).



Rycina 31. Ocena respondentów korzystania przez podopiecznych z oprogramowania komputerowego wspierającego terapię afazji.

Grupa 86,7% respondentów jest gotowych pomóc podopiecznym w wykonywaniu ćwiczeń z wykorzystaniem oprogramowania komputerowego.

3.3 Podsumowanie

Wśród najbliższych opiekunów osób z afazją przeważają kobiety, z uwagi na fakt, iż udary (jako w 70% przyczyna afazji) dotyczą średnio częściej mężczyzn niż kobiety.

Badania⁴ potwierdzają, że afazja dotyka mężczyzn w 68,9%, a tylko w 31% kobiet. Podobnie w literaturze przedmiotu⁵ badacze określają liczbę chorych z afazją u mężczyzn, zawsze jako średnio większą niż kobiet⁶. Dr hab. n.med. Adam Kobayashi z Centrum Interwencyjnego Leczenia Udaru i Chorób Naczyniowych Mózgu Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie podaje, że mężczyźni mają udar półtora razy częściej niż kobiety⁶.

W analizowanych badaniach populacji opiekunów chorych z afazją (przy równym, liczbowym rozdziale narzędzi badawczych), respondenci w połowie reprezentowali wieś i miasto. Gdyby przy obecnym badaniu nie uwzględniono kryterium miejsca zamieszkania, to być może chorych z afazją i ich opiekunów należałoby szukać głównie w mieście.

Praktyka kliniczna i m.in. badania kliniczne Jolanty Panasiuk⁷ na grupie 200 afatyków potwierdzają tę prawidłowość. Chorzy z afazją w 76% zamieszkują miasto, a tylko w 24% wieś. Z badań tych wynika niezbicie, że zachorowalność na choroby cywilizacyjne (nadciśnienie, choroby serca i układu naczyniowego, cukrzyca i ich konsekwencje w postaci udarów, które w 70% są przyczynami afazji) w mieście jest znacznie częstsza niż na wsi⁷.

W literaturze trudno o dane dotyczące wykształcenia opiekunów osób z afazją. Na podstawie poniższego zestawienia można wywnioskować, że na udział w ankietowaniu wyraziły zgodę osoby dobrze wykształcone, rozumiejące wagę pomocy w rehabilitacji ich podopiecznych. Zgodnie z danymi z ankiet, wśród opiekunów przeważają osoby z wyższym wykształceniem, a 45% stanowią osoby z zasadniczym i średnim wykształceniem.

Według badań dotyczących poziomu wykształcenia samych afatyków Jolanty Panasiuk⁷ (można tylko w minimalnym stopniu zakładać, iż chory i opiekun mają zbliżony poziom wykształcenia), rozkład poziomu wykształcenia osób z afazją, które przebadala, jest następujący:

- podstawowe 29%,
- zasadnicze zawodowe 26,5%,
- średnie 30,5%,
- wyższe 14%.

W badaniach ankietowych określono wiek podopiecznych z afazją. Średni wiek zachorowania afatyka to 53,3 lata. W literaturze⁸ podaje się zbliżoną średnią wieku afatyków: 58,3 lata.

Przyczyna zachorowania ze skutkiem w postaci afatycznego zaburzenia mowy jest różna, zależnie od wieku chorego: wśród najstarszych pacjentów przyczyną były najczęściej choroby naczyniowe mózgu, a wśród najmłodszych urazy czaszkowo-mózgowe⁹.

Struktura stopnia pokrewieństwa opiekuna z osobą z afazją kształtuje się następująco: głównym opiekunem w przypadku 55% badanych jest współmałżonek chorego, w 18% tym opiekunem jest rodzic, a w 12% rodzeństwo.

Następnie badano pierwsze zetknięcie z chorym z afazją, i doświadczenie w opiece nad afatykiem. Ponad 70% badanych nie miało wcześniej takich kontaktów. Tym samym doświadczenie w opiece nad chorym z afazją wypada podobnie: 68% badanych go nie posiada. Następnie, starano się ustalić, czy chory z afazją jest pozostawiony samemu sobie, czy może liczyć na pomoc innych. Szczególnie w początkowym okresie od zachorowania chory nie jest samodzielny i skazany jest na pomoc osób trzecich.

Główni opiekunowie chorych z afazją są często wspomagani w opiece przez dalszych krewnych, głównie przez dzieci chorego (50%), a także współmałżonków i rodzeństwo. Jednak ponad 23% chorych zdana jest wyłącznie na siebie w długim i często żmudnym procesie rehabilitacji.

Następnie badano wiedzę respondentów w zakresie źródła informacji na temat afazji, z możliwością wykorzystania ich w opiece na chorym.

Opiekunowie chorych z afazją czują się niedoinformowani i szukają informacji na temat choroby bliskich, w różnych źródłach. Największym zaufaniem jako źródła informacji obdarzają specjalistów, z którymi się kontaktują (70% respondentów), następnie strony internetowe (50% ankietowanych) jako najłatwiej dostępne miejsca pozyskania informacji. Następnie są to literatura i czasopisma (43%). Spośród respondentów tylko 13% nie chciało zgłębić problematyki dotyczącej ich bliskich i nie szukało informacji na temat afazji.

Starano się też ustalić, czy podopieczny korzysta z terapii logopedycznej i jeśli tak, to gdzie, a w przypadku negatywnej odpowiedzi na to pytanie, to z jakiego powodu nie korzysta. Korzystanie z terapii logopedycznej potwierdza 70% chorych i to połowa osób z terapii odpłatnej, w prywatnym gabinecie, a 52,40% tylko w ramach świadczeń NFZ. Część chorych korzysta z pomocy logopedycznej w dwóch gabinetach: zarówno w prywatnym, jak i na ogólnych zasadach, w ramach kontraktu NFZ. Osoby nie korzystające z pomocy logopedy tłumaczą ten fakt dużą odległością do gabinetu logopedycznego (głównie obszary wiejskie). Głównym powodem dla 44,4% jest brak logopedy w pobliżu miejsca zamieszkania oraz wysokie koszty wizyty w prywatnym gabinecie i kosztów podróży. Z terapii logopedycznej 33% chorych nie chce korzystać, a 11,1% respondentów nie uważa rehabilitacji w gabinecie logopedycznym za skuteczną. Podobnie 11,1% twierdzi, że nie ma możliwości skorzystania z porad (np. być może z braku czasu lub trudności opiekuna, by uczestniczyć w procesie terapii). W rehabilitacji mowy oprócz zajęć indywidualnych stosuje się też wspomagającą terapię grupową – około 9% podopiecznych respondentów z niej korzysta.

Następnie starano się ocenić ewentualne skutki incydentu chorobowego. Oceniono, czy afazja w ocenie opiekuna wpłynęła na funkcjonowanie i samopoczucie chorego. Brak mowy chorego z afazją to nie jedyny problem osób po udarach. Utrata możliwości komunikacji z najbliższymi i otoczeniem wywołuje wiele niekorzystnych zmian zarówno w zachowaniu i samopoczuciu chorego jak i jego funkcjonowaniu. Opiekunowie chorych jako niekorzystne zmiany w zachowaniu podopiecznych wskazali: zaniechanie własnych zainteresowań (48,30%), izolację od otoczenia

(48,30%), obniżenie w ich ocenie statusu zawodowego (43,30%), społecznego (41,70%), zerwanie więzi towarzyskich (31,70%) i zerwanie, osłabienie więzi rodzinnych.

Afazja w dużym stopniu miała związek z samopoczuciem osób chorych. W badaniu trudne okazało się precyzyjne określenie przez opiekunów, w jak wysokim stopniu afazja wpływa na samopoczucie chorych. Wrogość, brak zaufania do ludzi występuje w mniejszym nasileniu. Cechy, które niekorzystnie wpływają na terapię, takie jak bierność, wycofanie się, niechęć do podjęcia wysiłku, niska samoocena, brak wiary w swoje możliwości występują w całej szerokości skali od najmniejszego do największego nasilenia.

Tak charakterystyczne stany u pacjentów z afazją, jak depresja (36,8%) w wysokim nasileniu podobnie jak zmienność emocjonalna występuje zdaniem opiekunów u prawie połowy chorych (47,3%) i to w dużym nasileniu.

Wsparcie i pomoc opiekunów dotyczy głównie sfery psychiczno-emocjonalnej, gdyż aż 63,3% respondentów potwierdza, że wspiera chorych psychicznie i emocjonalnie, z kolei 40% przyznaje, że motywuje podopiecznych do wykonywania ćwiczeń logopedycznych. Wspólne wykonywanie ćwiczeń, które deklaruje 40% podopiecznych, jest bardzo istotną formą tej pomocy.

W badaniu pytano także opiekunów czy posiadają dostęp do materiałów do ćwiczeń, jeśli tak, to z jakiego źródła. Materiały do ćwiczeń opiekunowie zdobywają:

- u logopedy (77,30%), który przekazuje choremu w trakcie zajęć rehabilitacyjnych zadania do wykonania w domu, w większości pod opieką opiekuna,
- w Internecie (27,30%) poszukują samodzielnie pomocy terapeutycznych,
- kupują specjalistyczne materiały, zeszyty ćwiczeń, książki itp. by wspomóc rehabilitację podopiecznego,
- podczas zajęć grupowych, 9% opiekunów obserwuje prowadzących oraz korzysta z otrzymanych od nich wskazówek do pracy w domu.

Następnie sondowano opiekunów odnośnie wiedzy wystarczającej do doboru ćwiczeń odpowiednich dla podopiecznego. Aż 81,40% badanych przyznaje się, że nie posiada wiedzy na temat doboru właściwych, zindywidualizowanych ćwiczeń logopedycznych. Dalej analizie podano posiadanie i wykorzystanie przez rodzinę komputera stacjonarnego typu PC i dostępu do Internetu z możliwością używania ich przez afatyka w procesie terapii. W ponad przeważającej liczbie domów znajduje się komputer (81,70%) oraz opiekunowie mają też dostęp do Internetu (80%).

Następnie proszono respondentów o podanie celów, do których wykorzystuje się domowy komputer. Główne zastosowanie komputera to poczta elektroniczna, relaks itp., ale też 43,30% respondentów używa komputera/laptopa do celów edukacyjnych.

Następnie pytano respondentów o opinię, czy ich zdaniem, podopieczny będzie korzystał z oprogramowania komputerowego wspierającego terapię logopedyczną. W ocenie ponad 60% opiekunów, chorzy będą korzystali z oprogramowania komputerowego wspierającego terapię afazji. Widać jednakże duży sceptycyzm pewnej grupy respondentów, w których ocenie podopieczni zdecydowanie nie sięgną po ten rodzaj pomocy terapeutycznej.

Następnie poproszono opiekunów o deklarację pomocy w wykonywaniu przez podopiecznego ćwiczeń, z wykorzystaniem oprogramowania komputerowego. Aż 86,7% deklaruje chęć takiej pomocy.

Ponadto w badaniu ustalono do jakich urządzeń mobilnych respondenci mają dostęp oraz czy używaliby tych urządzeń do rehabilitacji logopedycznej. Ponad połowa opiekunów dysponuje laptopem (59,7%), a mniej niż połowa (40,40%) – tabletami. Urządzenia, którymi dysponują respondenci mogłyby też spełniać rolę narzędzi rehabilitacyjnych – tak deklaruje 66,7% opiekunów.

3.4 Wnioski

Wnioski z wykonanej analizy ankiet sformułować można następująco:

1. Wśród czynników wpływających na powodzenie terapii afazji bardzo ważne jest wsparcie osób bliskich. Chory bardzo często odczuwa strach, bezradność, ma obniżone poczucie własnej wartości, a to z kolei może zaowocować izolacją od otoczenia czy wręcz depresją.

2. Sytuacja członków rodziny afatyka jest również trudna. Z dnia na dzień zostają zmuszeni do reorganizacji życia domowego, podjęcia nowych obowiązków, pielęgnacji chorego, ale przede wszystkim motywowania go do podjęcia wysiłku rehabilitacji. Muszą także w ramach nowych zadań współpracować z terapeutą w zakresie kontynuacji ćwiczeń rehabilitacyjnych i poszukiwać sposobów poprawy komunikacji.

3. Rodziny chorych oraz ich podopieczni muszą mieć świadomość, że tylko poprzez rehabilitację możliwy jest powrót do życia.

4. W tym działaniu na pewno przyda im się sprzymierzeniec w postaci komputerowego programu rehabilitacyjnego, zindywidualizowanego, dostosowanego do deficytów chorego, łatwo dostępnego dzięki technologii komputerowej.

5. Z badań wynika też pewien rodzaj nieufności w stosunku do terapii z wykorzystaniem komputera. Mimo posiadania w zdecydowanej większości domów (ponad 80%) komputerów i dostępu do Internetu, nie ma to jednak bezpośredniego przełożenia na tak powszechne wykorzystanie technologii komputerowej do programu rehabilitacji afatyków. Dzięki temu, że problem ten wyjawiał się w badaniach ankietowych, można próbować go rozwiązać poprzez uświadamianie możliwości, jakie nam dają nowoczesne narzędzia, ich skuteczności i atrakcyjności.

6. Kwestią ważną jest też fakt istnienia pacjentów, którzy nie posiadali przed zachorowaniem umiejętności obsługi komputera, pracy myszką czy klawiaturą. Terapia musiałaby wiązać się z nabyciem zupełnie nowych umiejętności motorycznych, co przy niedowładzie ręki wiodącej może być dodatkową trudnością. Dlatego uzasadnione jest zastosowanie prostego w obsłudze oprogramowania uwzględniającego deficyty chorego.

„Nie zawsze będziemy mogli pomóc, ale starajmy się przynajmniej o jedno: nie pozostawiać ludzi w ich nieszczęściu” (ks. J. Tischner)

Jedno z pierwszych pytań rodziny afatyka dotyczy okresu rehabilitacji, jak długo chory będzie mieć trudności z mową i kiedy odzyska pełną sprawność. W zasadzie nie ma odpowiedzi na to pytanie, czas terapii wynosi od miesiąca (gdy objawy afazji samoistnie ustępują i po opuszczeniu szpitala chory może wrócić do normalnego życia i wykonywania zawodu) do okresu kilku - kilkunastu lat.

„Należy brać pod uwagę, że chory nigdy nie dojdzie do pełnej sprawności. Jednak dopóki widoczny jest najmniejszy postęp, nie wolno zaniechać terapii.”¹⁰ Zależnie od stanu chorego rehabilitacja jest długotrwała, wieloletnia, gdy metodą małych, spektakularnych sukcesów powraca sprawność językowa, lub tak jak w przypadku afazji pierwotnie postępującej nie kończy się nigdy, ("gdy w obrazie klinicznym obserwuje się stopniowe i wolno postępujące (5-11 lat) narastanie zaburzeń językowych przy zachowanych na wczesnym etapie choroby, sprawnościach intelektualnych i behawioralnych.”¹¹).

Chory z afazją skazany jest na pomoc osób trzecich. Najczęściej są to osoby najbliższe, współmałżonkowie, dzieci, rodzeństwo, dalsi krewni. Andrzej Zaorski¹² – aktor, satyryk, który przeżył udar i jest w trakcie rehabilitacji afazji, w autobiograficznej książce "Ręka noga mózg na ścianie" zamieszcza obserwacje ze swojego pobytu w szpitalu. Zauważa, że kobiet opiekunek jest więcej niż mężczyzn – „mężczyźni w tej roli czasem się nie odnajdują”.

Rodziny i chorzy podkreślają fakt, iż udar, niemota spotyka ich nagle, bez ostrzeżenia i przygotowania na taką traumę. Chory nie zawsze ma świadomość swojego stanu, a jeśli ma, to jest głęboko zaniepokojony tym, co się z nim dzieje. Rodzina przeżywa olbrzymi stres, który

spotęgowany jest niezrozumieniem dla stanu chorego. Często po raz pierwszy spostrzegają osobę bez kontaktu werbalnego, a jeszcze jest to ktoś, z kim są związani emocjonalnie. Pojawia się bezsilność, bezradność z jednej strony i chęć pomocy z drugiej.

Bez właściwej wiedzy pomoc może być chybiona, działania mogą bardziej zaszkodzić niż pomóc, np. wyręczamy bliskiego we wszystkich prozaicznych czynnościach zamiast zachęcać do samoobsługi. Należy stymulować do pracy także po to, by chory sam uwierzył, że potrafi to wykonać, a poprzez ćwiczenie osiągnął większą sprawność. W przeciwnym razie pomyśli, że rokowania są gorsze niż w rzeczywistości. Inną niewłaściwą postawą jest nadmierny optymizm, biorący się z mechanizmu wyparcia („na pewno jest lepiej niż przekonuje lekarz, logopeda”).

Rodzinom chorego potrzebna jest przede wszystkim rzetelna wiedza i prawdziwa informacja dotycząca stanu zdrowia chorego, a także duże wsparcie. Tylko silny opiekun wesprze w procesie rehabilitacji swojego bliskiego.

Utrata możliwości językowego porozumiewania się w przypadku afazji prowadzi do poważnych zakłóceń w funkcjonowaniu chorego. Pomóc i zrozumieć trudną sytuację chorego muszą wszystkie osoby mające bezpośredni kontakt z chorym. Jeśli u chorego pojawi się zaburzenie zachowania czy obniżenie nastroju pomocne może okazać się wsparcie psychologiczne lub farmakologiczne.

W logopedycznej terapii chorego z afazją promuje się model wsparcia społecznego, w ramach którego wspiera się pacjenta w jego procesie przywracania komunikacji z otoczeniem. Afatyk nie może być sam adresatem tej pomocy, gdyż pomocy potrzebuje cała jego rodzina. Z kolei bez pomocy rodziny zdaniem M. Pąchalskiej chory z afazją może być na zawsze wyobcowany z życia społecznego, skazany na tzw. „śmierć socjalną”¹³.

Nadrzędnym celem jest pomoc chorym z afazją opuszczającym oddziały neurologiczne, szczególnie tym pozostawionym samym sobie, bez możliwości skorzystania ze specjalistycznej pomocy. W przypadku chorych żyjących w rodzinie – pomoc tej rodzinie, gdyż wystąpienie epizodu, którego konsekwencją jest utrata czy zaburzenie mowy, wymaga stałego wsparcia ze strony rodziny. Właśnie najbliżsi chorego, partnerzy, dzieci, czasem rodzice muszą przezwyciężyć olbrzymi stres, by móc pełnić swoją doniosłą rolę w procesie rehabilitacji.

4 Analiza ankiet dla osób niezwiązanych z afazją

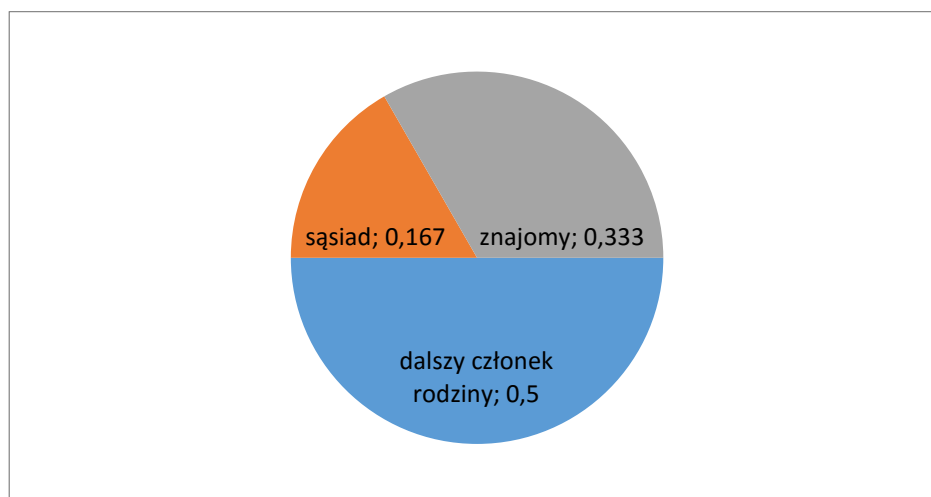
4.1 Wstęp

Trzecią część badania ankietowego skierowano było do osób przypadkowych, spoza kręgu ludzi związanych z afazją.

Pytania ankiety zmierzały do ustalenia jaki jest stan wiedzy na temat tego zaburzenia w grupie przypadkowych osób, nieopiekujących się afatykami: czy znają przyczyny i objawy afazji, podstawowe trudności w funkcjonowaniu afatyka, jak zmieniło się życie chorego po incydencie chorobowym.

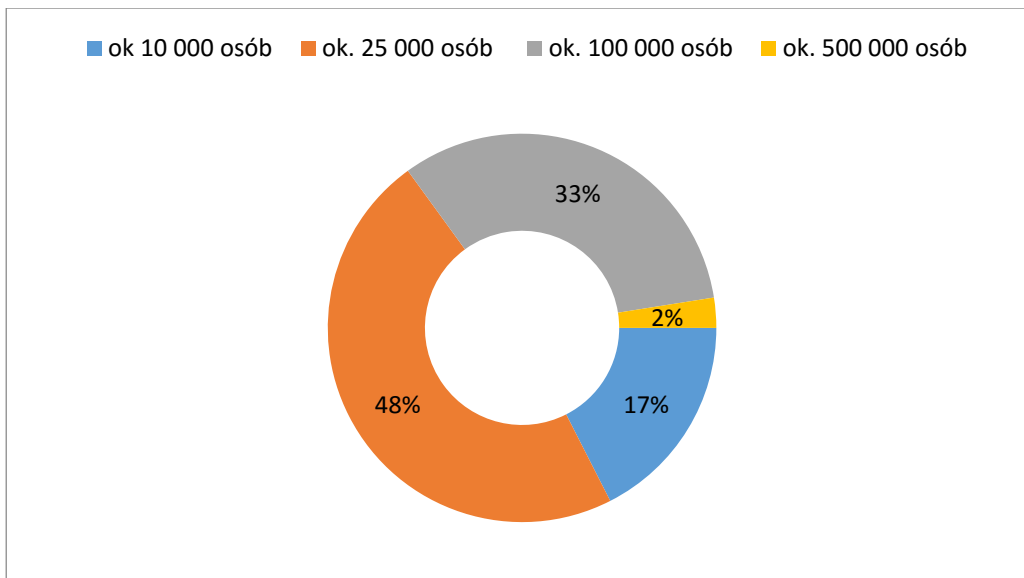
4.2 Opracowanie statystyczne

W badaniu wzięło udział 40 osób niezwiązanych z afazją. Miejsce spotkania respondentów w 50% stanowiły Gliwice, a w 50% stanowiła Limanowa. 60% respondentów nie wie co oznacza termin afazja. Wśród ankietowanych tylko 15% znało osobę z afazją i dla połowy (50%) był to dalszy członek rodziny (rycina 32).

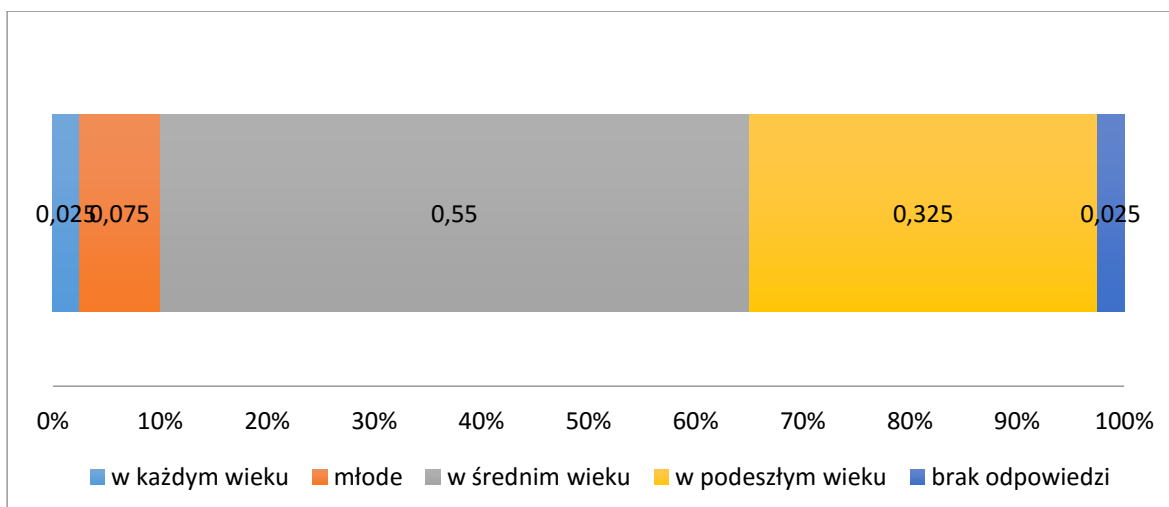


Rycina 32. Relacja respondentów z osobami chorymi na afazję.

Grupa 47,5% respondentów uważa, że w Polsce żyje ok. 25 000 osób z rozpoznaniem afazji, a 32,5% sądzi, iż jest to ok. 100 000 osób (rycina 33). Większość pytanych (55%) uważa, że osoby cierpiące na afazję są w średnim wieku (rycina 34).

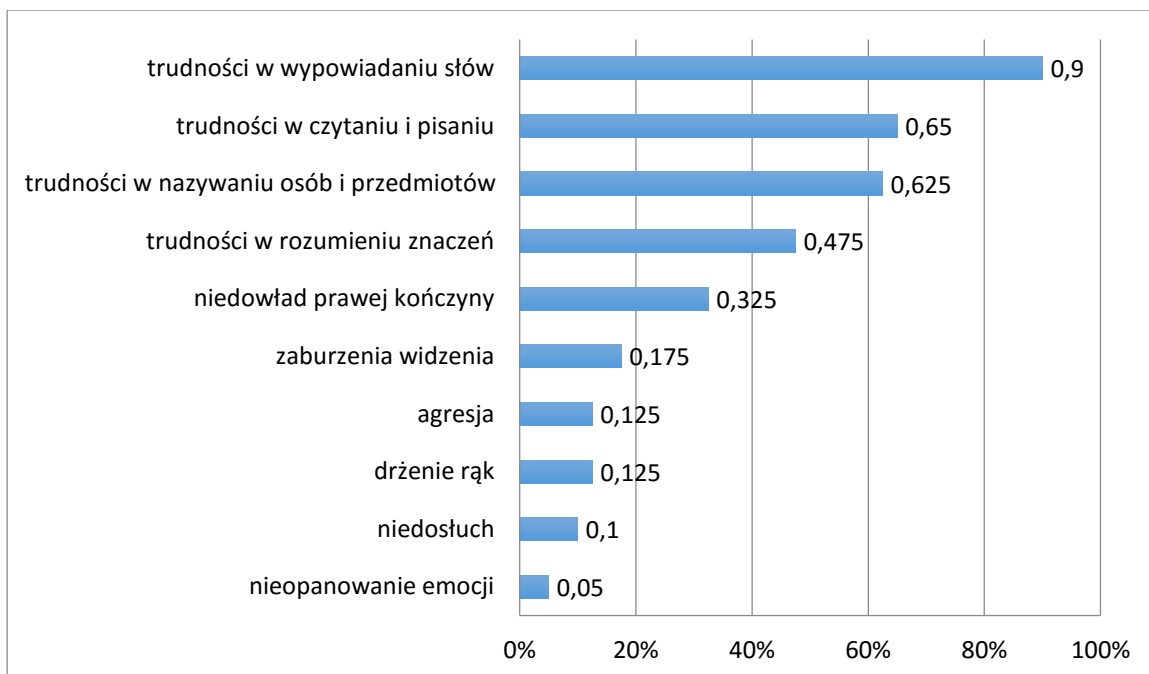


Rycina 33. Opinia respondentów na temat liczby osób z afazją żyjących w Polsce.

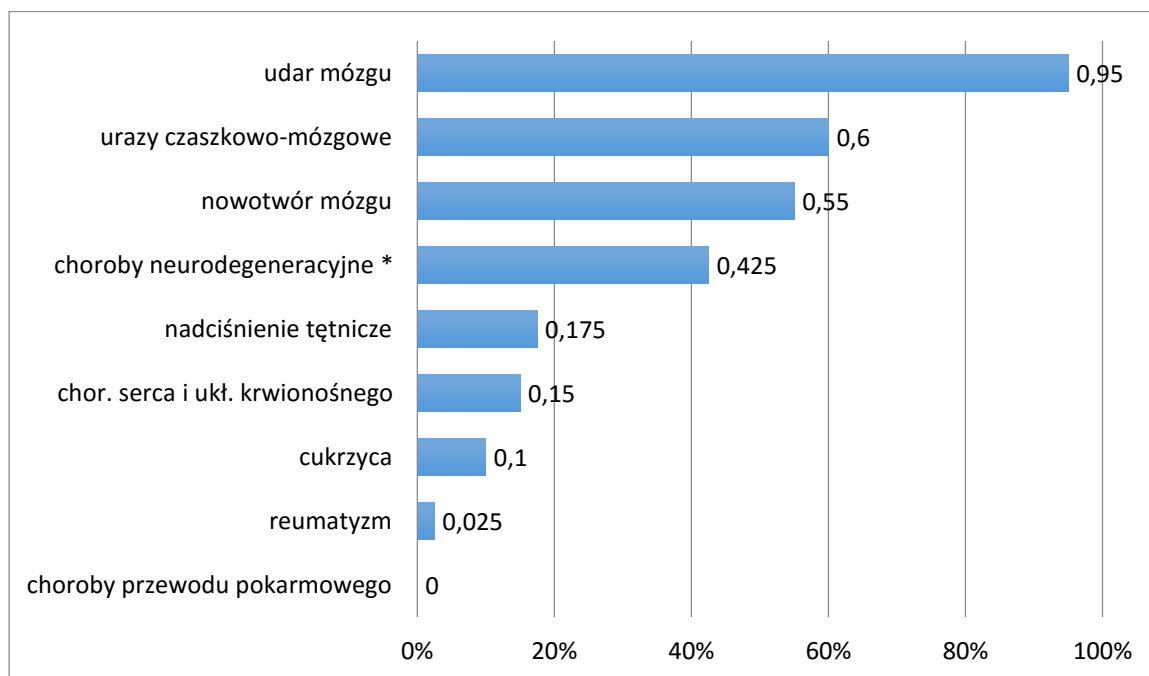


Rycina 34. Opinia respondentów dotycząca wieku osób chorych z afazją.

Na pytanie o charakterystyczne objawy występujące u osób z afazją, 90% ankietowanych odpowiedziało, że są to trudności w wypowiedzaniu słów, 65% wskazało na trudności w czytaniu i pisaniu, a 62,5% zaznaczyło trudności w nazywaniu osób i przedmiotów (rycina 35).

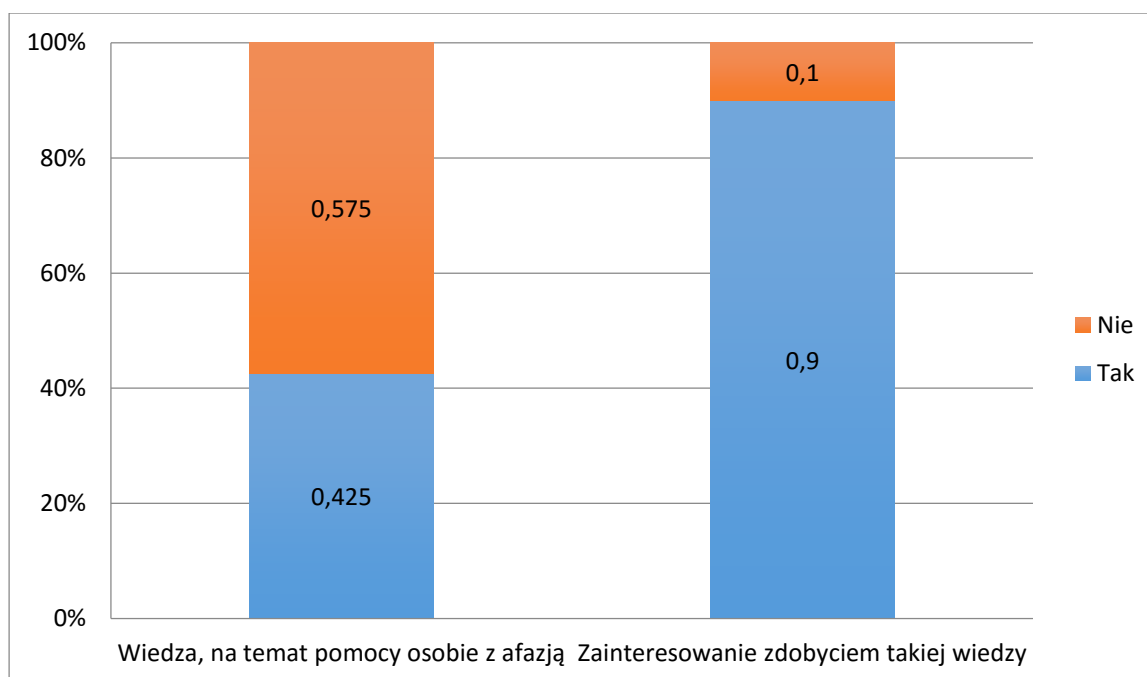


Rycina 35. Charakterystyczne objawy u osób z afazją wskazane przez respondentów.



*Alzheimer, Parkinson, stwardnienie rozsiane

Rycina 36. Najczęstsze przyczyny afazji wg. respondentów.



Rycina 37. Posiadanie wiedzy oraz zainteresowanie zdobyciem nowej dotyczącej pomocy osobie z afazją przez respondentów.

Tabela 6. Znaczenie wybranych cech w codziennym kontakcie z osobami dotkniętymi afazją.

Cechy	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Nieistotna bardzo istotna										
Zrozumienie							5%	10%	2,5%	2,5%	80%
Akceptacja								2,5%	15%	2,5%	80%
Cierpliwość								2,5%	10%	5%	82,5%
Dobre słowo						5%	2,5%	2,5%	15%	5%	70%
Wspieranie								2,5%	12,5%	7,5%	77,5%
Utrzymanie kontaktu z chorymi i opiekunami				2,5%			2,5%	2,5%	7,5%	7,5%	77,5%
Doping w drodze do zdrowia					2,5%	2,5%			15%	10%	70%
Mobilizowanie do działań rehabilitacyjnych						5%	2,5%		7,5%	5%	80%
Dostosowanie się do jego tempa i możliwości				2,5%				2,5%	7,5%	7,5%	80%
Opiekuńczość				5%		2,5%	7,5%	5%	5%	7,5%	67,5%

4.3 Podsumowanie

W grupie respondentów badano znajomość terminu afazja. Okazało się, że dla ponad połowy z nich (60%) termin ten był zupełnie obcy, natomiast tylko nieliczni (15%) zetknęli się z pojedynczymi osobami z tym zaburzeniem.

Utrata sprawności językowych na skutek uszkodzeń mózgu nie jest zagadnieniem marginalnym, wręcz przeciwnie – jest poważnym problemem w skali społecznej, ze względu zarówno na częstość występowania, jak i z powodu następstw związanych z funkcjonowaniem chorego i członków jego najbliższej rodziny.

O tym, że udary mózgu, w których następstwem jest afazja, są problemem społecznym świadczyć może fakt powołania Narodowego Programu Profilaktyki i Leczenia Udaru Mózgu.

W badaniu sprawdzano także ogólną orientację respondentów co do liczby osób z afazją w Polsce. Ze statystyk Narodowego Programu Profilaktyki i Leczenia Udaru Mózgu wynika, że w Polsce rocznie około 75 000 ludzi przechodzi udar. Całkowita afazja zdarza się u 21-38% chorych po udarze, czyli dotyka w kraju od 15 000- 28000 osób⁹. Dane co do osób żyjących obecnie w Polsce z afazją są bardzo szacunkowe. Wpływa na to specyfika i dynamika tego zaburzenia (część chorych ze zdiagnozowaną afazją przeżyła pomyślnie proces terapii, u części po opuszczeniu szpitala objawy ustąpiły, część osób zmarła, część podlega dalszej rehabilitacji). Szacuje się, że w Polsce żyje od 100 do 250 000 chorych z zaburzeniem mowy o typie afazji¹⁴. Zbliżone dane szacunkowe podała 1/3 respondentów, zakładając, że w naszym kraju liczba osób z afazją mieści się w granicach od 25 000 do 100 000.

Pytani o wiek afatyków, ponad połowa z badanych (55%) wskazuje na osoby w wieku średnim. W świetle najnowszych badań Jolanty Panasiuk¹⁵ przeprowadzonych na stosunkowo dużej, 200-osobowej grupie chorych z afazją, średnia wieku wynosi 53,3 lata. Najmłodsza osoba z afazją miała 10 lat, a najstarsza 84 lata.

Inne badania¹⁶ i statystyki potwierdzają, że udary mózgu, które w około 70% są przyczyną afazji, nie są domeną osób starszych. Za grupę największego ryzyka wśród stosunkowo młodych osób uchodzą mężczyźni w wieku 40-50 lat (kobiety zapadają na tę chorobę rzadziej).

Dramatycznie zmienia się struktura wieku pacjentów po przebytych udarze. Większość z nich to osoby starsze, lecz sukcesywnie powiększa się także liczba osób młodych zapadających na to schorzenie. Statystycznie pierwszy udar mózgu następuje około 48 roku życia, jednakże zdarzają się także przypadki występowania tego schorzenia już w wieku 40 czy 30 lat.

Następnie sprawdzano u respondentów znajomość charakterystycznych objawów afazji. Mimo iż respondenci nie znają dobrze zjawiska afazji i nie mają bliższych kontaktów z afatykami, to prawidłowo wskazali większość objawów: na trudności w wypowiedaniu słów wskazało 90% ankietowanych, trudności w czytaniu i pisaniu 65%, natomiast trudności w nazywaniu osób i przedmiotów 62,5%.

Stosunkowo niewielka liczba osób łączy afatyczne zaburzenie mowy z występującym niedowładem połowicznym. Oprócz charakterystycznego niedowładu ręki dominującej, często współwystępuje niedowład kończyny dolnej po stronie przeciwnej do lokalizacji uszkodzenia mózgu¹⁷. Wynik ten jest zaskakujący z uwagi na fakt, iż gdy do tych ww. widocznych objawów osoba chora posiada anomię (całkowity brak mowy) lub zniekształconą, bełkotliwą i niewyraźną mowę, a więc z pewnością łatwo taką osobę zidentyfikować.

Ponadto respondenci nie znali zależności pomiędzy afazją, a zaburzeniami emocjonalnymi występującymi u chorych. Szczególnie w początkowym okresie od incydentu chorobowego, udaru, uszkodzenia mózgu czy operacji neurologicznej, obserwuje się u afatyków chwiejność emocjonalną: łatwe przechodzenie z nastroju euforii do smutku, płaczu lub i depresji¹⁰. U jej podstaw leży niemożność przekazania swoich myśli, uczuć czy lęk przed skutkami choroby, co jest spowodowane zmianami w skutek uszkodzenia mózgu.

Osoby ankietowane mylnie podały jako cechy występujące w afazji niespecyficzne objawy, takie jak agresja czy drżenie rąk, charakterystyczne dla innych chorób neurodegeneracyjnych mózgu (np. w chorobie Alzheimera agresja, w chorobie Parkinsona drżenie rąk).

Następnie badano poziom wiedzy respondentów na temat najczęstszych przyczyn afazji. Przeważająca grupa badanych poprawnie zidentyfikowała główną przyczynę afazji – udar mózgu. Wśród czynników patologicznych powodujących uszkodzenie mózgu dominują choroby naczyniowe udary niedokrwienne (44%) i krwotoczne (15%), krwinki śródmózgowe (17%) powstałe w następstwie urazów czaszkowo-mózgowych. Osobną grupą przyczyn zaburzeń afatycznych są operacje neurochirurgiczne w związku ze zdiagnozowanym guzem mózgu, oponiakami czy tętniakami (16,5%)⁹. Choroby serca, układu krwionośnego, cukrzyca czy nadciśnienie, w mniejszym stopniu wskazane przez respondentów, stanowią szeroką grupę chorób współistniejących, których konsekwencją może być epizod chorobowy w postaci udaru mózgu.

W badaniu analizowano także wiedzę respondentów dotyczącą możliwości pomocy osobie z afazją oraz czy wyrażają chęć zdobycia lub poszerzenia swojej wiedzy na ten temat. Z badania ankietowego wynika, że prawie 60% ankietowanych uświadamia sobie niewiedzę w tym zakresie, a aż 90% spośród nich, jest zainteresowanych zdobyciem informacji na temat zaburzeń afatycznych. Wydaje się, że już samo to badanie ankietowe, może skłonić respondentów, do zainteresowania problemem funkcjonowania w społeczeństwie chorych z afazją.

Podczas wywiadu zapytano także respondentów o to, jakie cechy są ważne w kontakcie z osobą z zaburzeniami afatycznymi. Respondenci w większości (80-82,5%) wybrali takie cechy jak akceptacja, zrozumienie, cierpliwość jako bardzo istotne w codziennym kontakcie z chorym, który przejawia trudności w komunikacji. W tylko nieco mniejszym stopniu (70-80%) uważali za ważne doping i mobilizowanie do działań rehabilitacyjnych, tak istotne w procesie usprawniania chorego. Zrozumienie i wspieranie w rehabilitacji chorego z afazją jest bardzo ważne.

Maria Pączalska podkreśla wielką rolę otoczenia w tym procesie: „chroniczne schorzenia, takie jak afazja, stanowią swojego rodzaju wyzwanie moralne, gdyż stawiają pytanie: jak dobre społeczeństwo winno sobie radzić z prawdopodobnymi – lecz zawsze nieoczekiwanymi – nieszczęściami, które pojawiają się w życiu każdego człowieka? Odpowiedź przy uwzględnieniu zasad etyczno-moralnych jest jedna: ci z nas, którzy są obecnie zdrowi psychicznie i fizycznie powinni zapewnić opiekę i społecznie zabezpieczyć osoby z chronicznymi zaburzeniami, takimi jak afazja”¹⁸.

4.4 Wnioski

1. Problem afatycznego zaburzenia mowy i jego przyczyn nie jest powszechnie znany, mimo iż jest zjawiskiem społecznym, obejmującym dużą grupę ludzi. Corocznie dotyka około 15000 – 28000 Polaków.

2. Mimo braku znajomości terminu afazja respondenci potrafili zidentyfikować przyczyny i objawy afazji.

3. Ankietowani wykazali się intuicją i wrażliwością, zaznaczając cechy niezbędne w kontakcie z osobami z afazją, takie jak zrozumienie, akceptację ich inności i cierpliwość.

4. Wydaje się, że już samo badanie uświadomiło respondentom fakt istnienia osób z niepełnosprawnością w zakresie komunikacji i być może skłoni do zainteresowania się problemem osób z afazją.

5. Profilaktyka i szerzenie wiedzy na temat stanów chorobowych powodujących udary powinna być skierowana do wszystkich grup wiekowych.

6. Należy poprzez publikacje, programy, projekty uwrażliwiać społeczeństwo na potrzeby osób ze specyficznymi problemami w mowie, w szczególności o typie afazji.

7. Wyniki badań wykazują jednoznacznie, że większość respondentów (90%) chciałoby poszerzyć swoją wiedzę na temat afazji, uświadamiając sobie jak poważnym problemem zdrowotnym są udary mózgu i skutki ich w postaci afatycznego zaburzenia mowy.

8. Zrozumienie i wspieranie w rehabilitacji chorego z afazją jest bardzo ważne.

9. Ważne jest uświadamianie jakie są przyczyny, czynniki patologiczne, możliwości pomocy w przypadku osoby z udarem, a z tego można wyciągnąć też wnioski o możliwościach przeciwdziałania: w myśl zasady „lepiej zapobiegać, niż leczyć”.

5 Zakończenie

Po analizie badań ankietowych, którymi objęte zostały zarówno osoby prowadzące terapię z chorym cierpiącym na afazję (logopedzi), jak również opiekunowie afatyków, a także osoby trzecie – nie mające na co dzień styczności z ludźmi dotkniętymi afazją, jednoznacznie wynika, że:

1. Należy poszerzać i propagować wiedzę na temat zjawiska afazji w społeczeństwie polskim
2. Należy dążyć do umożliwienia chorym z afazją terapii zaburzeń językowych w domu (również z wykorzystaniem narzędzi komputerowych)
3. Należy wdrażać osoby opiekujące się afatykiem w ćwiczenia terapeutyczne wykonywane w domu.

Dla spełnienia pierwszego punktu koniecznym jest powstanie cyklu różnego typu prelekcji o tematyce związanej z afazją.

Dla spełnienia pozostałych dwóch punktów (pkt. 2 i 3) należałoby utworzyć platformę informatyczną, która zawierałaby ćwiczenia do terapii zaburzeń poznawczych, w tym językowych, przy użyciu której sam pacjent lub pacjent wspomagany przez opiekuna mógłby kontynuować czy prowadzić ćwiczenia umożliwiające mu poprawę komunikacji, wpływając w ten sposób na jakość swojego życia.



Literatura

- ¹ Laidler P., *Rehabilitacja po udarze mózgu*. PZWL, Warszawa 2014: 44 – 46.
- ² Pąchalska M., *Afazjologia*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa-Kraków 1999: 230 – 232.
- ³ Twardowska-Rajewska J., *Życie po udarze w podejściu holistycznym*. Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań 2010: 155 – 160.
- ⁴ Panasiuk J., *Afazja a interakcja*. Wydawnictwo UMCS, Lublin 2013: 110.
- ⁵ Szalińska-Otorowska M., *Zrozumieć afatyka*. Forum Logopedyczne, nr 17, 2009: 21.
- ⁶ Kobayashi A., publikuje dane na temat profilaktyki udarowej na portalach internetowych, w czasopismach *Wprost*, *Gazeta Wyborcza*.
- ⁷ Panasiuk J., *Afazja a interakcja*. Wydawnictwo UMCS, Lublin 2013: 233.
- ⁸ Panasiuk J., *Afazja a interakcja*. Wydawnictwo UMCS, Lublin 2013: 237.
- ⁹ Panasiuk J., *Afazja a interakcja*. Wydawnictwo UMCS, Lublin 2013: 58-67.
- ¹⁰ Wnukowska K., *ABC Afazji*. Wydawnictwo Harmonia, Gdańsk 2013: 29-30.
- ¹¹ Jastrzębowska G., *Logopedia*. Opole 2001: 585.
- ¹² Zaorski A., *Ręka, noga, mózg na ścianie*. Wydawnictwo Autorskie, 2006: 35.
- ¹³ Pąchalska M., *Afazjologia*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa-Kraków 1999: 131.
- ¹⁴ Pąchalska M., *Afazjologia*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa-Kraków 1999: 2-23.
- ¹⁵ Panasiuk J., *Afazja a interakcja*. Wydawnictwo UMCS, Lublin 2013: 232.
- ¹⁶ Leibold G., *Udar mózgu*. Agencja Wydawnicza Jerzy Mostowski, Janki k/Warszawy 2004: 30.
- ¹⁷ Jastrzębowska G., *Logopedia*. Opole 2001: 607-609.
- ¹⁸ Pąchalska M., *Afazjologia*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa-Kraków 1999: 365.