



Preporuke najbolje prakse za afaziju

Uvod

Afazija je stečeni komunikacijski poremećaj koja je posljedica oštećenja jezičnih područja u mozgu, najčešće uslijed moždanog udara, iako i druge etiologije poput traume mozga ili tumora također mogu uzrokovati afaziju. Afaziju karakteriziraju teškoće u jezičnim modalitetima uključujući govorenje, razumijevanje, čitanje i pisanje. Zbog iznimne važnosti komunikacije u svakodnevnom životu, afazija obično ima negativan utjecaj na društvene odnose, socijalnu uključenost i dobrobit pojedinca. Osobe s afazijom imaju očuvane intelektualne sposobnosti, ali one mogu biti zamaskirane komunikacijskim teškoćama. Nikad se ne bi smjelo pretpostaviti da je osoba s afazijom kognitivno nesposobna. Osobe s afazijom obično mogu donositi odluke i sudjelovati u aktivnostima ako su joj informacije ili aktivnosti komunikacijski pristupačne.

Osobe s afazijom imaju pravo da se s njima ophodi dostojanstveno i s uvažavanjem te imaju prava na jednaku razinu zdravstvene skrbi kao i osobe koje nemaju afaziju (uključujući pristup informacijama i mogućnost sudjelovanja u donošenju osobno važnih odluka). Osobe s afazijom i članovi njihove obitelji također imaju prava na usluge kojim se osnažuje komunikacija te sudjelovanje u odabranim i za osobu važnim životnim aktivnostima. Usluge zdravstvene skrbi za osobe s afazijom trebale bi biti suradničke i usmjerene na pojedinca.

Slijede „preporuke najbolje prakse“ namijenjene zdravstvenoj ili javnoj skrbi, a koje uključuju osobe s afazijom. Te su preporuke sastavljene na temelju različitih izvora dostupnih širom svijeta. Izvori su navedeni uz razinu preporuke/dokaza. Izvori nisu izravno citirani već je temama dodijeljeno slovo koje označava razinu snage te preporuke. Za više pojedinosti o razinama dokaza pogledajte izvorne dokumente. Treba naznačiti da većina preporuka proizlazi iz općih smjernica za moždane udare, a ne iz smjernica povezanih s drugim etiologijama ili iz smjernica posebno povezanih s afazijom.

Aphasia United

Preporuke najbolje prakse za afaziju

1. Svi pacijenti s moždanim udarom ili progresivnom bolesti mozga trebaju proći probir s ciljem utvrđivanja komunikacijskih teškoća. ^{1,2,3,4,5,6,7,8,9} (Razina C)
2. Osobe suspektne na komunikacijske teškoće trebaju proći potpunu procjenu kod kvalificiranog stručnjaka (određuje ga država); Procjena treba uključivati daleko više od uobičajenih probirnih mjera kako bi se odredila priroda i težina afazije, ali i osobne posljedice uočenih odstupanja u komunikaciji. ^{1,2,3,4,5,6,7,8,9} (Razina B, C)
3. Osobe s afazijom trebaju dobiti informacije o afaziji, njezinoj etiologiji (npr. moždani udar) i terapijskim mogućnostima. ^{1,5,6,7,8,9} (Razina A-C) To se odnosi na sve razine zdravstvene skrbi, od akutne do kronične.
4. Nitko s afazijom ne bi smio biti otpušten iz sustava bez da mu se osigura neko sredstvo podrške za komuniciranje potreba i želja (npr. uporaba potpomognute komunikacije, podrške, uvježbanog partnera) ili propisanog plana kako i kada će to biti osigurano. (Razina: Točka dobre prakse)
5. Osobama s afazijom treba ponuditi intenzivnu i individualiziranu terapiju oblikovanu tako da ima značajan utjecaj na njihovu komunikaciju i život. ^{1,2,3,4,5,6,7,8,9} (Razina A-TDP ovisno o pristupu, intenzitetu, vremenu). Ovu intervenciju treba oblikovati i provoditi pod nadzorom kvalificiranog stručnjaka.
 - a) Intervencija se može sastojati od terapije usmjerene na teškoće, kompenzacijskog treninga, terapije razgovorom, funkcionalne terapije tj. terapije usmjerene na sudjelovanje, okolinske intervencije i/ili terapije uz uporabu različitih oblika komunikacijske podrške ili alternativne i potpomognute komunikacije (AAC).
 - b) Modeli pružanja terapije mogu biti individualni, grupni, teleterapija i/ili računalno potpomognuta terapija.
 - c) Pojedinci s afazijom sa stabilnim oštećenjem (primjerice, moždani udar) te oni s progresivnim oblicima oštećenja mozga imaju korist od intervencije.
 - d) Pojedinci s afazijom uzrokovanom moždanim udarom i drugim statičkim oblicima oštećenja mozga mogu imati koristi od intervencije i u akutnoj i u kroničnoj fazi oporavka.
6. Treba omogućiti trening komunikacijskom partneru kako bi on dalje unaprjeđivao komunikaciju osobe s afazijom. ^{1,2,3,5,8} (Razina A, B)
7. Obitelji ili skrbnici osoba s afazijom trebaju biti uključene u njihov rehabilitacijski postupak ^{1,2,3,4,5,7,8,9} (Razina A-C)

- **Obiteljima i skrbnicima treba osigurati edukaciju i podršku s obzirom na uzroke i posljedice afazije.** (Razina A)
 - **Obitelji i skrbnici trebaju naučiti komunicirati s osobom s afazijom.** (Razina B)
- 8. Usluge za osobe s afazijom trebaju biti kulturalno prihvatljive i osobno relevantne.**
1,2,5,8 (Razina: Točka dobre prakse)
- 9. Svi pružatelji zdravstvene i socijalne skrbi koji rade s osobama s afazijom, i to na svim razinama skrbi (npr. od skrbi u akutnoj fazi do kraja života), trebaju biti educirani o afaziji i uvježbani kako podržati komunikaciju kod afazije.** 2,3 (Razina C)
- 10. Informacije namijenjene osobama s afazijom trebaju biti dostupne u formatu prijateljskom za afaziju, odnosno u komunikacijski prikladnim formatima.** 1,3,5,7,8 (Razina C)

Razine preporuke / dokaza

Razina A: Istraživački dokazi pouzdano podupiru preporuke za praksu

Razina B: Istraživački dokazi pouzdano podupiru preporuke za praksu u većini situacija

Razina C: Istraživački dokazi donekle podupiru preporuke za praksu

Razina D: Istraživački dokazi su slabi

Točka dobre prakse: Preporuka se temelji na stručnom mišljenju ili konsenzusu stručnjaka

Primarni izvori *Aphasia United* za Preporuke najbolje prakse za afaziju

1. National Health and Medical Research Council Clinical Centre for Research Excellence in Aphasia Rehabilitation (CCRE) (2014). Australian Aphasia Rehabilitation Pathway.
<http://www.aphasiapathway.com.au/>
2. Intercollegiate Stroke Working Party. National clinical guideline for stroke, 4th edition. London: Royal College of Physicians, 2012.
3. Lindsay MP, Gubitz G, Bayley M, Hill MD, Davies-Schinkel C, Singh S, and Phillips S. Canadian Best Practice Recommendations for Stroke Care (Update 2012). On behalf of the Canadian Stroke Strategy Best Practices and Standards Writing Group. Ottawa, Ontario Canada: Canadian Stroke Network
4. Miller, E., Murray, L., Richards, L., Zorowitz, R., Bakas, T., Clark, P. Billinger, S. (2010). Comprehensive Overview of Nursing and Interdisciplinary Rehabilitation Care of the Stroke Patient: A Scientific Statement from the American Heart Association. Stroke. 2010;41:2402-2448. Downloaded from <http://stroke.ahajournals.org/>
5. National Stroke Foundation Australia (2010) Clinical guidelines for stroke prevention and management. Melbourne Australia.
http://strokefoundation.com.au/site/media/clinical_guidelines_stroke_management_2010_interactive.pdf
6. Royal College of Speech & Language Therapists (2005).RCSLT Clinical Guidelines
7. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (2010) Management of patients with stroke: Rehabilitation, prevention and management of complications, and discharge planning A national clinical guideline. Edinburgh, Scotland. <http://www.sign.ac.uk/pdf/sign118.pdf>

8. Stroke Foundation of New Zealand and New Zealand Guidelines Group. Clinical Guidelines for Stroke Management 2010. Wellington: Stroke Foundation of New Zealand; 2010.
<http://www.stroke.org.nz/resources/NZClinicalGuidelinesStrokeManagement2010ActiveContents.pdf>
9. US Veteran's Administration / Department of Defense (2010). Management of Stroke: VA/DoD Clinical Practice Guideline. <http://www.healthquality.va.gov/guidelines/Rehab/stroke/online/>