

# POMEN KLINIČNIH SMERNIC V KLINIČNI LOGOPEDIJI *THE IMPORTANCE OF CLINICAL GUIDELINES IN SPEECH AND LANGUAGE PATHOLOGY*

mag. Nada Žemva, specialistka klinične logopedije  
Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije - Soča, Ljubljana

## Povzetek

Možnosti uporabe kliničnih smernic v logopediji odpirajo povsem nov pogled na reševanje najpomembnejših vprašanj diagnostike in terapije motenj govorno-jezikovne komunikacije. Ponujajo nam možnosti izbire in uporabe učinkovitih ukrepov za izboljšanje kliničnih izidov v rehabilitaciji različnih motenj govora in jezika. Posebno dragocena je možnost uporabe smernic v rehabilitaciji afazije, v kateri nam posamezni ukrepi omogočajo reševanje bistvenih težav. Ne nazadnje so smernice dragocena in pomembna pomoč pri razvoju stroke.

## Ključne besede:

logopedija, smernice, afazija.

## Summary

The possibility of using clinical guidelines in speech and language therapy reveals a completely new view on resolving the key questions of diagnosis and treatment of communication disorders. They offer choices and application of effective measures to improve clinical outcomes in the rehabilitation of various disorders of speech and language pathology. Particularly valuable is the possibility of using the guidelines for rehabilitation of aphasia, where the individual measures focus on solving key problems. Finally, the guidelines are a valuable and important aid in the development of the profession.

## Key words:

speech and language pathology, guidelines, aphasia.

## UVOD

Logopedija je veda, ki se ukvarja z govorno-jezikovno komunikacijo. Ugotavlja prisotnost motenj, vzroke nastajanja in posledice motenj, išče načine preprečevanja motenj ter uporablja različne metode rehabilitacije (1). Motnje v govorno-jezikovni komunikaciji se pojavijo na področjih jezika, govora, artikulacije, ritma in tempa, glasu, branja in pisanja. Govorno-jezikovna komunikacija je lahko pomanjkljiva, nerazumljiva, slabo razvita ali pa je sploh ni. V zadnjem primeru pravočasna in učinkovita logopedijska obravnava omogoča razvoj govorno-jezikovnih sposobnosti. Kadar je komunikacija zaradi bolezni ali poškodb prekinjena ali pomanjkljiva, sta izboljševanje in spreminjanje komunikacije zelo pomembni tako za otroke kot odrasle. Omogočata izobraževanje, vključevanje v delovno okolje in učinkovito sporazumevanje v vsakdanjem življenju. V rehabilitaciji govorno-jezikovnih motenj iščemo metode, s katerimi želimo učinkovito vplivati na spremembe oziroma izboljšanje. Pri tem lahko uporabljamo klinične smernice kot priporočila o najboljši oskrbi določenih zdravstvenih stanj

ob upoštevanju razpoložljivih dokazov o najuspešnejših pristopih (2). Pri izbiri najpomembnejših vprašanj je odločilna vrsta govorno-jezikovne motnje. Pri iskanju odgovorov uporabljamo ustrezne klinične smernice. Pri tem nas vodi kritična presoja kakovosti smernic in možnosti njihove uporabe v Sloveniji.

## KLINIČNE SMERNICE V LOGOPEDIJI

Poznamo različne klinične smernice. Med pomembnejše lahko uvrstimo smernice ameriške zveze za govor in sluh (angl. American Speech-Language-Hearing Association, ASHA 3, 4) in smernice angleškega združenja logopedov (angl. Royal College of Speech & Language Therapists, RCSLT 5). V obeh najdemo podrobno opisana in našeta priporočila za učinkovito uporabo nekega ukrepa, s katerim izboljšamo klinični izid pri rehabilitaciji različnih motenj govora in jezika. Nekaj smernic za afazijo, demenco, nezgodno možgansko poškodbo in disartrijo najdemo na spletni strani akademije za nevrološke motnje komunikacije in znanost (angl. Academy of Neurologic Communication Disorders and Sciences, ANCDs 6). Za posamezne motnje

E-naslov za dopisovanje/E-mail for correspondence:  
nada.zemva@ir-rs.si

lahko uporabljamo še druge smernice. Navadno jih najdemo v povezavi z boleznijo, ki povzroči motnjo govora in jezika. V okviru celovite obravnave posamezne bolezni pogosto najdemo priporočila, ki se nanašajo na motnjo, na primer afazijo, ko iščemo smernice za možgansko kap. Take smernice so na dokazih temelječa rehabilitacija možganske kapi (angl. The Evidence-Based Review of Stroke Rehabilitation, EBRSR 7), škotski SIGN, (angl. Scottish Intercollegiate Guidelines Network 8) in klinične smernice rehabilitacije ter okrevanja po možganski kapi (angl. Clinical Guidelines for Stroke Rehabilitation and Recovery 9), ki je v uporabi v Avstraliji. Za ukrepe v posameznih smernicah si moramo postaviti vprašanje o njihovi učinkovitosti neposredne uporabe v klinični praksi. Vprašati se moramo, katere smernice so uporabne in katere ukrepe lahko prenesemo v naš prostor. Pri tem nam je v pomoč orodje AGREE (angl. Appraisal of Guidelines and Research and Evaluation), s katerim lahko uporabniki ocenijo kakovost smernic. V raziskavi so Rodhe, Worrall in Le Dorze med seboj primerjali 19 različnih smernic in pri tem uporabili AGREE (9). Pri vseh, ki so dosegli rezultat nad 66,67 odstotka, so uporabili še dodatno oceno, ki jo dobimo z uporabo modela procesa za prilagajanje smernic ADAPTE (10). Z njo so ocenjevali primernost izbora dokazov, veljavnost, sprejemljivost in aplikativnost. Rezultati so pokazali, da so tri smernice izpolnjevale merila dodatnega ocenjevanja. To so RCSLT (2005) (5), SIGN 108 (2008) (8) in Clinical Guidelines for Stroke Rehabilitation and Recovery (2010) (9).

## PRIPOROČENI UKREPI

Pri upoštevanju in uporabi smernic obravnavanja afazij pri odraslih se lahko odločamo med različnimi smernicami. V nadaljevanju bomo predstavili ukrepe, vzete iz smernic RCSLT (5). Nastale so ob uporabi najvišje mogoče stopnje kakovosti dokazov, ki nam omogočajo praktično razumevanje problemov. V rehabilitaciji afazij se v klinični praksi spoprijemamo s številnimi vprašanji, na katera lahko najdemo odgovore v obliki priporočil za izboljšanje klinične prakse. Priporočila in ukrepe bomo razdelili na dve področji: na ocenjevanje oziroma diagnosticiranje in na terapijo.

### Ocenjevanje oziroma diagnosticiranje

Pri odločanju primernosti ocenjevanja upoštevamo te dejavnike: čas od nastanka bolezni, kognitivne sposobnosti s poudarkom na pozornosti in spominu, okolje, v katerem je bolnik, ter njegovo prilagajanje na prizadetost.

#### Jezik

1. Ocenjevanje mora imeti namen in ga lahko izvajamo v katerem koli obdobju pomoči in ukrepanja. Ocenjevanje

vključuje intervju, pogovor, opazovanje ter uporabo formalnih in neformalnih orodij.

2. Pri ocenjevanju moramo upoštevati vpliv omejitev komunikacije na posameznikovo življenje in na življenje njegovih najbližjih, zato ocenimo tudi komunikacijske veščine partnerja – sogovornika.
3. Ocenjevanje naj bo usmerjeno v :
  - naravo in obseg okvar ter omejitev govorno-jezikovnih motenj in na raven ohranjenih sposobnosti;
  - funkcionalne in pragmatične vidike komunikacije, vključno z nadomestnimi tehnikami;
  - posameznikovo psihosocialno počutje;
  - prepoznavanje narave motnje procesiranja stavkov. Postavimo si hipotezo, ki vsebuje ocenjevanje razumevanja glagolov in stavkov in analizo produkcije glagolov, stavkov in pripovedi.

Ocenjevanje pred terapijo in po njej mora vsebovati pogovor, pripoved, pa tudi opis slike.

#### Auditivno procesiranje

Potrebna je skrbna ocena prisotnosti, narave in jakosti motnje avditivnega procesiranja, ki ga pri pogovoru in neformalnem ocenjevanju težko prepoznamo.

Ocenjevanje mora upoštevati človekove sposobnosti razločevanja zvokov, prepoznavanja in razumevanja slišanih besed, pa tudi možnost okvare sluha.

#### Branje

Pred ocenjevanjem branja moramo ugotoviti bralno sposobnost pred boleznijo, oceniti ostrino vida, možnost prisotnega neglekta ali drugih motenj.

Ocenjevanje branja mora upoštevati bralne navade posameznika kot tudi njegovo pravopisno, fonološko in semantično procesiranje pisanih besed. Ocenjevanje mora vsebovati prepoznavanje črk in besed, glasno branje, razumevanje prebranega in uporabo črk ter besed.

#### Pisanje

Skozi ocenjevanje moramo ugotoviti, kako posameznik uporablja pisanje v vsakdanjem življenju. V ocenjevanje moramo vključiti analizo semantike, pravopisa in fonološkega procesiranja napisanih besed.

Pri uporabi testov za ocenjevanje posameznih področij smo v slovenskem jezikovnem prostoru trenutno omejeni na uporabo posameznih testov, ki niso standardizirani in tudi brez znanih psihometričnih lastnosti. V klinični praksi logopedi uporabljamo ocene posameznih področij z name-

nom, da odkrijemo vrsto težav. V zadnjem času uporabljamo Frenchay Aphasia Screening Test avtorice Enderby (11), s katerim ocenjujemo štiri glavna področja, ki so lahko spremenjena pri ljudeh z afazijo: razumevanje, govor, branje in pisanje.

## Terapija

### Govor

#### *Splošne ugotovitve*

Pri težavah z govorom, pri katerih je v osnovi moten dostop do besednih oblik, mora terapija vsebovati naloge, usmerjene v glasen govor ali tiho presojo glasovne oblike besed. To je lahko na primer fonemsko zaporedje, govorjenje besede, zaporedje izgovarjanja fonema s hkratnim pisanjem, ponavljanje, ocenjevanje rim ali branje na glas.

#### *Terapija apraksije*

V primeru, ko je govorjenje besed povezano s težavami dostopa do fonemov znotraj besed, mora terapija vsebovati naloge, ki so usmerjene v sestavo besedne oblike. Uporabljamo lahko poslušanje razlik med govorjenimi besedami, ponavljanje besed z naraščajočo dolžino, krepitvijo povezav med pisanjem besed po črkah (črkovanjem) in izgovarjanjem besed, razvijanje veččin in samouravnavanje (self-monitoring).

### Jezik

#### *Splošne ugotovitve*

Terapevt mora upoštevati in tudi vplivati na spremembe v okolju, kot so na primer: videz in urejenost prostora za terapijo ali zmanjševanje hrupa v okolici.

Kadar je v ospredju motnja na ravni sprejemanja in dojemanja zvokov govora, mora biti terapija usmerjena v razločevanje zvokov govora.

Ko je osnovna motnja razumevanje slišanih besed, moramo s terapijo izboljšati dostop do razumevanja besed.

Pri motnjah govorjenja, ki so povezane s težavami procesiranja besednih pomenov, naj terapija vsebuje naloge, usmerjene v semantično procesiranje. To so lahko semantično urejanje slišanih besed, semantična presoja, kategorizacija in združevanje napisane besede s sliko. Za spodbujanje uporabe naučenih postopkov in načinov oziroma strategij mora terapevt vključiti sogovornike, ki bodo izvedli terapijo v naravnem komunikacijskem okolju.

## Terapija s pomočjo računalnika

Terapija s pomočjo računalnika omogoča intenzivno terapijo v domačem okolju z minimalnimi terapevtskimi napori. Pričakujemo lahko spremembe pri različnih načinih komuniciranja.

## Multimodalna terapija

Tu mislimo na posebno učenje in razvijanje neverbalnih oblik komunikacije za uspešno in učinkovito sporazumevanje. Navadno govorimo o načelih totalne komunikacije, ki jo povezujemo s prilagodljivo uporabo različnih načinov komunikacije, ki izboljšajo učinkovitost komunikacije.

## Terapija branja

Ko je moteno prepoznavanje črk, moramo s terapijo izboljšati hitrost in učinkovitost prepoznavanja črk (grafem).

Kadar je moteno prepoznavanje napisanih besed, uporabimo semantični pristop, ki je učinkovit.

Ko je moteno ocenjevanje povezave glasoslovja s pravopisom, je učinkovito povezovanje grafem – fonem v obliki pisanja. Včasih lahko v to vključimo še pomenske sestavine.

## Terapija pisanja

Po oceni pisanja naj bo terapija usmerjena v sposobnost ali v uporabo ohranjenih mehanizmov, s katerimi nadomestimo okvaro.

Vsi naštetih ukrepi in priporočila so opisani v smernicah RCLST in so povezani z dokazi. Izbira ustreznega ukrepa v terapiji ali pri ocenjevanju daje zagotovilo, da v klinični praksi uporabljamo postopke, ki so dokazano učinkoviti. Tako udeležujemo in omogočamo oskrbo, ki spodbuja največjo mogočo korist za vse paciente, vključene v programe rehabilitacije, in njihove težave.

## ZAKLJUČEK

Kateri postopki so v terapiji najbolj učinkoviti in kateri so tisti ukrepi, ki bistveno vplivajo na spremembe jezikovno-govornih sposobnosti pri obravnavi afazij, sta vprašanji, na kateri nenehno iščemo odgovore. Smernice in njihovi ukrepi nam dajejo okvir v klinični praksi in se spoprijemajo z vprašanji stroke. Strokovnjakom omogočajo, da posodablajo svoje znanje in primerjajo uspešnost svojega dela s priporočili najboljših praks. Zlasti je to pomembno za področja, na katerih težje pričakujemo oblikovanje lastnih

smernic. To posebno velja za klinično logopedijo, ki ima v Sloveniji razmeroma malo možnosti za oblikovanje lastnih smernic. Specializacija iz klinične logopedije poteka od leta 1997 na Medicinski fakulteti v Ljubljani, na Katedri za otorinolaringologijo. Leta 1998 smo dobili prve štiri klinične logopede. Leta 2007 enega, 2008 pet, 2009 dva, 2011 enega, 2012 enega in 2013 dva, skupaj torej 16. Trenutno je šest specializantk vključenih v programe specializacije klinične logopedije. Določena znanja, ki so potrebna za učinkovito delo, lahko dobimo z rednim spremljanjem strokovne literature. Pomembnejše od tega je seznanjanje strokovnjakov s kliničnimi smernicami in možnostmi njihove uporabe, ki je neizmerna dragocenost za razvoj posamezne stroke. Pogosto se tega premalo zavedamo in še manj uporabljamo.

#### Literatura/References:

1. Professional Profile of the Speech and Language Therapist. Standing Liaison Committee of E. U. Speech and Language Therapists and Logopedists. Dostopno na <http://www.cplol.eu/documents/viewcategory/12-professional-profile.html>
2. Slovenski priročnik za smernice. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje; 2003. Dostopno na [http://www.mz.gov.si/si/delovna\\_podrocja/zdravstveno\\_varstvo/kakovost\\_in\\_varnost\\_sistema\\_zdravstvenega\\_varstva/klinicne\\_smernice/](http://www.mz.gov.si/si/delovna_podrocja/zdravstveno_varstvo/kakovost_in_varnost_sistema_zdravstvenega_varstva/klinicne_smernice/)
3. Compendium of EBD guidelines and systematic reviews. American Speech-Language-Hearing Association; c1997-2014. Dostopno na <http://www.asha.org/members/ebp/compendium/>
4. Speech-language pathology medical review guidelines. Rockville: American Speech-Language-Hearing Association; 2011. Dostopno na <http://www.asha.org/uploadedFiles/SLP-Medical-Review-Guidelines.pdf>
5. Taylor-Goh, S, ed. RCSLT clinical guidelines. Bicester: Speechmark; 2005.
6. Practice guidelines of the ANCDs. Minneapolis: Academy of Neurologic Communication Disorders and Sciences. Dostopno na <http://www.ancds.org/index.php/practice-guidelines-9>
7. Salter K, Teasell R, Foley N, Allen L. EBRSR: Evidence-Based Review of Stroke Rehabilitation: 14, Aphasia. London: Evidence-Based Review of Stroke Rehabilitation; 2013. Dostopno na [http://www.ebrsr.com/reviews\\_details.php?3](http://www.ebrsr.com/reviews_details.php?3)
8. Published guidelines. Edinburgh: Scottish Intercollegiate Guidelines Network, Healthcare Improvement; c2001-2013. Dostopno na <http://www.sign.ac.uk/guidelines/>
9. Arnott, B, Abbott, R, et al. Clinical guidelines for stroke rehabilitation and recovery. Melbourne: National Stroke Foundation; 2005.
10. Guideline adaptation: an approach to enhance efficiency in guideline development and improve utilisation. Adapte; c2007. Dostopno na <http://www.adapte.org>
11. Rohde A, Worrall L, Le Dorze G. Systematic review of the quality of clinical guidelines for aphasia in stroke management. J Eval Clin Pract 2013; 19: 994-1003.
12. Enderby PM, Wood VA, Wade DT, Hewer RL. The Frenchay Screening Test: a short, simple test for aphasia appropriate for non-specialist. Int Rehabil Med 1987; 8: 166-70.