

OCENJEVANJE FUNKCIONIRANJA V LOGOPEDIJI – OCENJEVANJE SPORAZUMEVANJA IN POŽIRANJA *FUNCTIONAL ASSESSMENT IN SPEECH THERAPY – ASSESSMENT OF COMMUNICATION AND SWALLOWING*

Maja Ogrin¹, spec. klin. log., mag. Nada Žemva¹, spec. klin. log., Mateja Drljejan¹, prof. spec. in rehab. ped., Gabrijela Kodre², prof. def. log.

¹Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije – Soča, Ljubljana

²SB dr. Franca Derganca Šempeter, Oddelek za invalidno mladino Stara Gora

Povzetek

Ocenjevanje funkcioniranja je v logopediji vezano na področji sporazumevanja in požiranja. V odrasli dobi se srečujemo z različnimi pridobljenimi motnjami sporazumevanja, najpogostejši sta afazija in dizartrija, ter z motnjami požiranja. Na področju logopedije za ocenjevanje uporabljamo različne standardizirane in nestandardizirane teste, ki omogočajo zbiranje kvalitativnih in kvantitativnih podatkov. Na podlagi zbranih podatkov lahko logoped prepozna posameznikove komunikacijske funkcije in sposobnosti požiranja ter njihove omejitve. Omogočajo tudi razumevanje različnih omejitev pri sodelovanju in logopedu dajejo možnosti za načrtovanje primernih rehabilitacijskih ciljev. Učinkovito ocenjevanje funkcioniranja zahteva nenehno obnavljanje znanj in ustrezne klinične izkušnje osebe, ki ocenjevanje izvaja.

Ključne besede:

sporazumevanje; afazija; dizartrija; disfagija; diagnostika

Abstract

In speech therapy, the assessment of functioning is related to communication and swallowing. Various acquired communication disorders – the most frequent being aphasia and dysarthria – and swallowing disorders can be encountered in adult individuals. For speech therapy assessment, various standardised and non-standardised tests are used to collect both qualitative and quantitative data. On the basis of the data collected, speech therapists can identify an individual's communication functions and swallowing capabilities, as well as their limitations. The data also allows speech therapists to understand various limitations with regard to cooperation and allow them to plan suitable rehabilitation goals. An efficient assessment of functioning requires constant renewal of skills and extensive clinical experience of the assessor.

Key words:

communication; aphasia; dysarthria; dysphagia; diagnostics

UVOD

Sporazumevanje je del našega vsakdanjega življenja. Preko sporazumevanja z drugimi spoznavamo svet, v katerem živimo, druge ljudi in samega sebe, spreminjamo svoja stališča, vrednote in vedenje. Uspešno sporazumevanje ne poteka avtomatično. Vsi udeleženci v tem procesu sprejemajo, pošiljajo in interpretirajo sporočila oz. simbole, ki so povezani z določenim pomenom. Je vedno dvosmeren proces, saj je povezan s sočasno medsebojno zaznavo in hkratno medsebojno izmenjavo sporočil (1). Čeprav je večšina komuniciranja najpomembnejša od vseh, ki jih ljudje

imamo, se je le malokdaj načrtno učimo. Ljudje uporabljamo za sporočanje veliko število najrazličnejših simbolov. Svoje misli, čustva in občutke sporočamo drugim na verbalni način, z govorjeno in pisano besedo in na neverbalni način, z govorico telesa (1). Za učinkovito sporazumevanje morata biti verbalni in neverbalni način sporočanja usklajena. Ljudje smo sporazumevanja različno veščiči in vsakemu od nas pomeni nekaj drugega. So ljudje, ki so molčeči in jim sporazumevanje z drugimi ne pomeni veliko. Drugi pa brez stikov in sporazumevanja preprosto ne morejo živeti (1). Velik vpliv na naše sporazumevanje imajo naše kognitivne sposobnosti, ki vključujejo pozornost, spomin, organizacijo, procesiranje

informacij in izvršilne funkcije. Sporazumevanje je dinamičen proces, v katerega so hkrati vključeni tako kognitivni kot jezikovni procesi. Prav dinamičnost medsebojne povezanosti teh procesov nam omogoča učinkovito sporazumevanje v socialnem okolju (2).

Tudi prehranjevanje je del našega vsakdana. Zagotavlja nam vnos potrebnih hranil in tekočine za naše preživetje. Prehranjevanje pa pomeni mnogo več kot le vnos hranil in preštevanje kalorij. Druženje ob hrani in pijači je eno najprijetnejših socialnih dejavnosti. Požiranje je kompleksen fiziološki proces, ki omogoča prenos hrane, pijače in sline od ust v želodec (3). To živčno-mišično dejavnost sprožijo čutni dražljaji iz ust, žrela, grla in modificirani dražljaji iz višjih struktur centralnega živčnega sistema. Pri tem sodeluje več kot 25 parov različnih mišic in 6 možganskih živcev. Požiranje poteka v več fazah: oralna pripravljalna, oralna prenosna (transportna), faringealna (faringolaringealna) in ezofagealna (4). Požiranje je varno, kadar vse faze med seboj potekajo usklajeno. Nujna pa je tudi usklajenost požiranja in dihanja.

Motnje na področju sporazumevanja in požiranja

Sporazumevanje se lahko spremeni zaradi različnih dejavnikov. Težave s sluhom ovirajo človeka pri sprejemu in razumevanju govornih sporočil. Neurejeno zobovje bistveno zmanjša razumljivost izreke. Na sporazumevanje vplivajo tudi različne bolezni, kot so multipla skleroza, amiotrofična lateralna skleroza, Parkinsonova in Alzheimerjeva bolezen, možganska kap ter poškodbe osrednjega živčevja in ga bistveno spremenijo (1). Motnje sporazumevanja, ki nastanejo kot posledica nevroloških dejavnikov, imenujemo s skupnim izrazom nevrogene motnje sporazumevanja. Najpogostejši sta afazija in dizartrija.

Afazija je pridobljena govorno-jezikovna motnja, ki se primarno pojavlja v odrasli dobi. V najširšem smislu je afazija pridobljena motnja simbolne komunikacije, ki zajema motnje jezikovnih, parajezikovnih in kognitivnih sposobnosti (3). Lahko jo definiramo tudi kot »izgubo ali spremembo besednega sporazumevanja, ki je posledica pridobljene poškodbe možganov in vključuje motnje enega ali več vidikov razumevanja in izvedbe verbalnih sporočil« (5). V definiciji so pogosto opisane tudi motnje artikulacije, branja in pisanja (5). Med klasične afazične sindrome se uvrščajo oblike afazij z jasno klinično sliko in lokacijo možganske poškodbe, kot so: globalna, motorična (Brocova), senzorična (Wernickova), konduktivna, nominalna (amnestična, anomična), transkortikalna motorična, transkortikalna senzorična in transkortikalna mešana afazija (2).

Dizartrija je prav tako pridobljena motnja sporazumevanja, ki zajema težave na področju govora. Zajema lahko težave na eni komponenti ali kombinaciji več komponent govornega mehanizma, kot so: dihanje, fonacija, resonanca, artikulacija in prozodija. Poznamo več vrst dizartrij, ki se med seboj razlikujejo glede na: (1) mesto okvare v osrednjem ali perifernem živčevju, (2) različne slušno-zaznavne značilnosti govora in (3) različne živčno-mišične disfunkcije (6).

Motnje požiranja so običajno povezane z glasovnimi in govornimi motnjami ter motnjami dihanja, ker pri vseh sodelujejo isti živčno-mišični sistemi. O motenem požiranju ali disfagiji govorimo, ko je delno ali v celoti motena posamezna faza požiranja (7). Disfagija lahko nastane zaradi številnih vzrokov. Vzroki so lahko najprej starostni. V starosti pride do sprememb v anatomiji in fiziologiji v ustih in žrelu, ki povečujejo možnosti nastanka motenj. Te motnje se pojavijo počasi. V ospredju je počasnost žvečenja, premikanja jezika in zmanjšana moč jezika za potiskanje hrane v žrelo. Zapora grla je počasnejša, prav tako tudi peristaltika v žrelu in odpiranje zgornjega ezofagealnega sfinktra (UES). Slabša zapora dihalnih poti privede do pogostejšega zatekanja hrane in tekočine v sapnik in pljuča (7).

Vzroki motenj požiranja so lahko lokalni in nevrološki. Med lokalne prištevamo npr.: slabo zobovje, vnetje sluznice ustne votline in žrela, manjše izločanje sline zaradi atrofije žlez slinavk po obsevanju in pri avtoimunskih boleznih ali pri jemanju določenih zdravil, divertrikli žrela in požiralnika, zarastline in zožitve v prebavni poti, tumorji v zgornjem dihalnem ali prebavnem traktu idr. (4). Iz naštetih razlogov je ovirana priprava hrane v ustih, lahko so prisotne bolečine pri potovanju hrane preko sluznice ali konsistenca grizljaja ni primerna in se hrana lepi na sluznico in težje potuje naprej. Pogosto nastanejo motnje požiranja po kirurških posegih v ustni votlini, žrelu, grlu, vratu in prsnem košu, ko se spremenijo anatomske razmere v prebavni poti in ker pride do sprememb v delovanju lokalnega senzoričnega in motoričnega živčevja (7).

Nevrološki vzroki za nastanek motnje požiranja so povezani z različnimi nevrološkimi boleznimi in stanji, kot so: boleznimi možganske skorje in možganskega debla, boleznimi možganskih živcev, boleznimi motorične ploščice in boleznimi mišic (4). Kadar so vzroki za motnjo požiranja nevrološki, govorimo o nevrogeni disfagiji. Gre za kompleksno motnjo, kar pomeni, da se težave pri požiranju lahko pojavijo kjer koli v procesu požiranja in se med seboj kombinirajo. Najpogosteje sta moteni oralna in faringealna faza požiranja. Za bolnike z nevrogeno disfagijo je značilna večja ogroženost in umrljivost (4, 8).

OCENJEVANJE AFAZIČNEGA GOVORA

V akutnem obdobju ocenjevanje sposobnosti sporazumevanja temelji predvsem na opazovanju sprememb vedenja bolnika po kapi ali po možganski poškodbi. Bolnikovo zmožnost sporazumevanja v tem obdobju pogosto dodatno zmanjšujejo in otežujejo pripomočki za vzdrževanje vitalnih funkcij (dihalna kanila, nazogastrična sonda), omejenost v gibanju, organizacija dela in dnevna rutina v okolju z umetnim ustvarjanjem bolnikovega bioritma, senzorna deprivacija ob pomanjkanju ustreznih dražljajev in njihove intenzitete, reakcije bolnika, ko svojo nemoč sporočanja izraža z neprimernimi vedenjskimi vzorci in spremenjen odnos okolja do bolnika, ki v komunikaciji ne more enakovredno sodelovati. Opisano pa bistveno otežuje objektivno presojo, kaj so dejanske funkcionalne posledice okvare in kako jih dodatno poglobljajo pogoji bivanja in reakcije okolja (9).

Logopedška diagnostika zato v akutnem obdobju predstavlja okvirno oceno potenciala posameznika na področju sporazumevanja. Ocena sporazumevanja temelji na kliničnem opazovanju komunikacijskega vedenja bolnika in na oceni po lestvicah, kot so Lestvica funkcijske neodvisnosti (angl. Functional Independence Measure, FIM) (10) in Lestvica postakutne ravni odzivanja (angl. Post-Acute Level of Consciousness Scale, PALOC-s) (11). Za ciljno testiranje jezikovnega in govornega procesiranja se v akutnem obdobju okrevanja uporabljata Revidirani Edinburški profil funkcionalne komunikacije in Aachenski test za akutno afazijo (angl. Aachen Aphasia Bedside Test, AABT) (9). Cilj diagnostike je odkrivanje bolnikovih ohranjenih sposobnosti sporazumevanja in vzpostavljanje ustreznega odzivanja in komunikacijskega vedenja. Poudariti je treba, da je akutno obdobje zdravljenja faza največje bolnikove prizadetosti, največjih sprememb in največjih potreb bolnika po pomoči (9). Vogel in Petheram sta opravila študije, v katerih sta proučila primere logopedskega ocenjevanja jezika v akutnem obdobju zdravljenja na podlagi neformalnih nestandardiziranih pristopov ocenjevanja (12). Ugotovila sta, da je ocenjevanje jezikovnih sposobnosti ključnega pomena pri oblikovanju celovitega poznavanja posameznih bolnikovih komunikacijskih prednosti in slabosti (12). Lapointe je poudaril, da celovito standardizirano testiranje v akutnem obdobju ni izvedljivo in ni potrebno. Testiranje je težko izvajati ob bolnikovi postelji, standardizirani testi so običajno tudi predolgi (12).

Zdravstveno stanje bolnikov po kapi, nezgodni možganski poškodbi, bolnikov z multiplo sklerozo in bolnikov z drugimi živčno-mišičnimi obolenji je v fazi rehabilitacije praviloma stabilnejše kot v akutni fazi zdravljenja. To omogoča bistveno drugačne pogoje za ocenjevanje pridobljenih govorno-jezikovnih motenj. Cilj logopedške diagnostike je oceniti in analizirati učinkovitost bolnikovega sporazumevanja: njegovo sodelovanje v pogovoru, koliko in katera sporočila razume, ali se ustrezno odziva, katere oblike verbalnega in neverbalnega sporočanja uporablja, ali je razumljivost govornega odzivanja ustrezna, ali zmore brati, pisati in računati. Izhodišče ocenjevanja učinkovitosti bolnikovega sprejemanja informacij in sporočanja predstavlja vodeni pogovor z bolnikom in opazovanje bolnika v spontanah poskusih sporazumevanja. Podrobnejši pregled posameznih področij govornega in jezikovnega procesiranja pa omogočajo različni testi (9).

Za hitro odkrivanje ali presejanje uporabljamo kratke teste. Eden takih je Frenchayski presejalni test za afazijo (angl. Franchay Aphasia Screening Test, FAST) (13), ki nam daje podatke o razumevanju govora, govorjenju, branju in pisanju. V klinični praksi se je izkazal za primerne in uporabne, ker pokaže bistvene probleme in težave na posameznih področjih. Kasneje s formalnimi in neformalnimi ocenjevanji pridobimo dodatne podatke o vrsti afazije, ki so pomembni za načrtovanje izboljšanja funkcijskega stanja na področju komunikacije.

Uporaba formalnih testov je en način ugotavljanja bolnikovih sposobnosti, ki si jih razlagamo s pomočjo rezultatov, doseženih na testih. V klinični logopedski praksi poznamo in uporabljamo tudi neformalno testiranje. Poglavitni namen neformalnega testiranja je določanje najprimernejših kliničnih ciljev. Te določamo na

podlagi analize bolnikovih sposobnosti in njegovega obnašanja in o njih razmišljamo v luči modela Mednarodne klasifikacije funkcioniranja (14). Običajno priporočajo, da se pri neformalnem testiranju uporabljajo naslednja štiri vprašanja in iščejo odgovori: (1) Kakšen je obseg težav? (2) Na katerem mestu pride do težav pri komunikaciji? (3) Kaj pomaga, izboljša komunikacijo? (4) Kaj je osnova, osnovni mehanizem za posamezno obnašanje v komunikaciji? (14).

V tujini sta med najpogosteje uporabljenimi standardiziranimi testi Bostonski diagnostični protokol za afazijo (angl. Boston Diagnostic Aphasia Examination, BDAE) in Zahodni protokol za afazijo (angl. Western Aphasia Battery, WAB). Na nemškem govornem področju se za ocenjevanje afazičnega govora uporablja standardizirana baterija testov Aachenski test za afazijo (angl. Aachener Aphasia Test, AAT). Poleg teh testov se uporabljajo tudi testi za ocenjevanje splošnih komunikacijskih sposobnosti, kot npr. Diferencialno-diagnostični minnesotski test za afazijo (angl. Minnesota Test for the Differential Diagnosis of Aphasia, MTDDA) in Porchov indeks komunikacijskih sposobnosti (angl. Porch Index of Communicative Ability, PICA). Za ocenjevanje specifičnih jezikovnih sposobnosti se pogosteje (in tudi pri nas) uporabljata Bostonski test poimenovanja (angl. Boston Naming Test, BNT) in Test slušnega razumevanja z žetoni (angl. Token Test) (3). S prvim ocenjujemo sposobnosti poimenovanja, z drugim pa avditivno razumevanje abstraktnjših verbalnih navodil. Slednji je standardiziran, za BNT pa je standardizacija predvidena. Izbira testnega instrumenta je odvisna od namena logopedške diagnostike, prav tako pa tudi od individualne izbire in teoretične naravnosti logopeda (5).

Obstoječih testov ne moremo enostavno prevesti in jih uporabiti v naši klinični praksi, ampak jih je potrebno ustrezno prilagoditi in pri tem upoštevati naše jezikovne in kulturne značilnosti. Če ustreznata adaptacija ni mogoča, avtorji svetujejo oblikovanje lastnega testa (5). V Sloveniji še nimamo standardiziranih testov za ugotavljanje afazij v postakutnem obdobju okrevanja po poškodbi glave. Prevedli in priredili smo Bostonski diagnostični protokol za afazijo, ki pa še ni standardiziran za naše jezikovno področje. Od leta 2009 uporabljamo za ocenjevanje afazičnega govora pri osebah po poškodbi glave testni protokol Pregled govorno-jezikovnih sposobnosti – PGJS (vir: Maja Ogrin, logopedška dokumentacija na oddelku za rehabilitacijo po možganskih poškodbah na IRSR), ki smo ga izdelali na podlagi dolgoletnih kliničnih izkušenj dela z afazičnimi bolniki. Test je namenjen ocenjevanju sporazumevanja odraslih oseb (od 15. leta dalje) s poškodbo glave, lahko pa bi ga uporabili tudi pri drugih bolnikih z afazičnim govorom (npr. pri bolnikih po kapi). Z njim ocenjujemo slušno razumevanje, govor, branje, pisanje in računanje (3). Zaradi kompleksnosti področja, ki ga ocenjujemo, je test obsežen – ima 58 nalog in ga izvajamo postopoma v več delih. Pri tem beležimo število pravih odgovorov, preiskovanec lahko pri vsaki nalogi zbere od 0 do največ 6 točk. Test omogoča logopedu kvantitativno in opisno zapisovanje doseženih rezultatov (3).

Ocenjevanje neverbalnega sklepanja

Osebe s hudo obliko afazije imajo lahko poleg govorno-jezikovnih primanjkljajev težave tudi na področju strategij reševanja problemov, kar se zrcali na pragmatičnem področju sporazumevanja in na funkcionalni ravni. Oseba s hudo obliko afazije, vendar dobrimi strategijami reševanja problemov, se bo bolje znašla v okolju kot oseba z manj težavami na govorno-jezikovnem področju, vendar s hudimi težavami v strategijah reševanja problemov. Da izvemo, ali ima oseba poleg govorno-jezikovnih primanjkljajev težave tudi na kognitivnem področju (strategijah reševanja problemov), uporabljamo Butt test neverbalnega sklepanja (angl. Butt Non-Verbal Reasoning test, BNVR) (15). Tovrstna informacija nam lahko da odgovor, zakaj oseba ne zmore vzpostaviti komunikacije. Butt test neverbalnega sklepanja se izvede v manj kot 15 minutah. Začnemo s kratkim presejalnim testom, s katerim ugotovimo, ali so bolnikove zaznavne sposobnosti na taki ravni, da lahko izvedemo celoten test. Test je sestavljen iz 11 barvnih fotografij, na katerih so ljudje v vsakodnevnih situacijah. Pri vsaki situaciji so na voljo slike štirih predmetov, od katerih en predmet predstavlja rešitev situacije. Ostale tri slike so distraktorji, en vidni, en semantični in en nepovezan. Test je standardiziran z normativnimi vrednostmi za osebe z afazijo po možganski kapi (15, 16).

Ocenjevanje sposobnosti za uvajanje nadomestne in dopolnilne komunikacije

Bolniki s hudo obliko afazije zaradi težav v razumevanju in izražanju ne zmorejo funkcionalne komunikacije v svojem okolju, zato moramo za njih najti ustrezno nadomestno in dopolnilno komunikacijo (NDK) (17). Ker pojem huda oblika afazije zajema bolnike z najrazličnejšimi jezikovnimi in kognitivnimi sposobnostmi, je težko določiti, kateri bolniki so primerni kandidati za enostavne komunikacijske pripomočke, kdo je v komunikaciji odvisen od komunikacijskega partnerja in kdo zmore uporabo zahtevnejših komunikacijskih pripomočkov. V ta namen nam je v pomoč Multimodalni komunikacijski presejalni test za osebe z afazijo (angl. Multimodal Communication Screening Task for Persons with Aphasia, MCST – A, 2005) (18). Sestavljen je iz 8 nalog: sporočanje preko enega ali več slikovnih simbolov (slika, fotografija), izbira simbola za dopolnitev kategorije, pripovedovanje zgodbe s kazanjem na fotografije v zaporedju, izbira slik ali fraz za pogovor v lekarni ali z vnuki, podajanje informacij o krajih preko kazanja na zemljevidu, in dopolnitev komunikacije s poskusi črkovanja ali gest. Ocenjevalec zapisuje odgovore v tabelo in beleži ustreznost sporočila, število poskusov, število spodbud ter oceni in ovrednoti natančnost sporočila. Bolnikove poskuse sporočanja lahko tudi kvalitativno opišemo za vsako nalogo posebej. Ocenjevalec tako ugotovi, katere so prevladujoče strategije komuniciranja in kateri načini sporočanja so najuspešnejši. V povzetku ocenjevanja ocenimo bolnikove odgovore in potrebne spodbude, kar nam pomaga pri določanju, kateri način sporočanja je za posameznega bolnika najprimernejši (18).

Ocenjevanje dizartričnega govora

Klinične smernice svetujejo, naj bo ocenjevanje dizartričnega govora delo multidisciplinarnega tima in naj zajema slušno zaznavno in instrumentalno oceno (19). Dizartrijo v tujini najpogosteje ocenjujejo s Frenchayskim testom za dizartrijo (angl. Frenchay Dysarthria Assessment, FDA) (13) in testom Ocena dizartrije po Robertsonovi (angl. Robertson Dysarthria Profile, RDP) (20). Na URI Soča ocenjujemo dizartrijo z Oceno dizartrije po Robertsonovi, ki zajema 8 glavnih parametrov govora: dihanje, fonacija, obrazne mišice, diadohokineze, refleksi, aktivulacija, razumljivost ter prozodija in hitrost govora. Ocenjevanje poteka kvantitativno in kvalitativno. Kvantitativna metoda temelji na 5-stopenjski lestvici (običajno, dobro, zadovoljivo, skromno, nič). Pri nalogah, ki zahtevajo merjenje, se meri čas s stoparico. Po končanem ocenjevanju izrišemo profil, ki ustreza določenemu tipu dizartrije, in nam pomaga pri načrtovanju ustrezne terapije (20).

Ocenjevanje motenj požiranja

Ugotavljanje motenj požiranja se prične ob sprejemu bolnika na oddelek, ko zdravnik in medicinska sestra opravita razgovor z bolnikom in njegovimi svojci. Na podlagi razgovora in zdravstvene dokumentacije se zdravnik odloči za triažni preizkus požiranja z vodo. Od začetka letošnjega leta se izvaja Modificirana ocena požiranja - MOP (8), ki omogoča identificiranje bolnikov z disfagijo in ločevanje tistih s hudimi omejitvami požiranja od tistih z blagimi težavami (8). Če so pri bolniku pri testu prisotne težave s požiranjem, se ga napoti k logopedu, ki opravi podrobnejši pregled požiranja. Na Univerzitetnem inštitutu za rehabilitacijo – Soča v Ljubljani logopedi uporabljamo za klinično oceno požiranja Vprašalnik o disfagiji (3, 4, 7) in Oceno sposobnosti požiranja po Mannovi (angl. The Mann Assessment of Swallowing Ability, MASA) (3, 4). Z vprašalnikom dobimo vpogled v zgodovino motenj požiranja pri bolniku, kako se motnje kažejo, kdaj se pojavljajo in kako pogoste so. Sledi klinični logopedski pregled, ki zajema pregled motorike in senzibilitete orofacialnega predela. Temu sledi opazovanje požiranja in hranjenja pri obroku, če se bolnik že hrani skozi usta. Logoped opazuje potek posameznih faz požiranja in je pozoren na pojav morebitnih kliničnih znakov aspiracije (4).

MASA test je standardiziran test, namenjen ugotavljanju in merjenju pridobljene nevrogene orofaringealne disfagije. Vsebuje 24 nalog, ki omogočajo vpogled v motoriko in senzibiliteto oralnih struktur, ki omogočajo požiranje, potrebne sposobnosti učenja, kot so sodelovanje bolnika in avditivno razumevanje, osnovno delovanje možganskih živcev in funkcionalno oceno požiranja. Test logopedu omogoča določitev stopnje disfagije in aspiracije (21).

Za ocenjevanje požiranja so na voljo še druge preiskave, kot so: rentgenska preiskava pasaže žrela in požiralnika, kinoradiografija, pri kateri se snema celoten akt požiranja, opazovanje požiranja s fleksibilnim fibro-ptičnim nasolaringoskopom (FEES) in druge (20). Pri nas se pogosteje uporabljata rentgenska preiskava pasaže

žrela in požiralnika ter opazovanje požiranja s FEES. Vse preiskave se izvajajo po opravljenem presejalnem testu na osnovi anamneze, po pregledu pri logopedu in v dogovoru z zdravnikom (4, 7). Bolniki, ki imajo motnje požiranja, so napoteni na otorinolaringološki pregled. Izvid otorinolaringološkega pregleda je bistvenega pomena za načrtovanje logopedске obravnave, za izbor metod stimuliranja posameznih faz požiranja, kompenzatornih tehnik hranjenja in prilagajanja konsistence hrane (4, 22).

ZAKLJUČEK

V Univerzitetnem inštitutu RS za rehabilitacijo ima logopedska obravnava oseb z motnjami sporazumevanja in požiranja že dolgo tradicijo. Sledijo mu tudi druge ustanove v Sloveniji, ki se ukvarjajo z rehabilitacijo nevroloških bolnikov, kot so UKC Ljubljana - Nevrološka klinika, UKC Maribor ter oddelek za rehabilitacijo v Stari Gori pri Novi Gorici. V tem obdobju so nastali različni interni protokoli za ocenjevanje govora in požiranja, nekateri med njimi po zgledu tujih testov. Diagnostika govorno-jezikovnih sposobnosti je vedno povezana z jezikovnim področjem, v katerem razvijamo in gradimo sporazumevanje, v katerem živimo, se izobražujemo in delamo. V tujini obstaja vrsta standardiziranih in nestandardiziranih testov za ocenjevanje afazičnega in dizartričnega govora, ki pa jih moramo za uporabo v naši klinični praksi ustrezno jezikovno prilagoditi. V slovenščini imamo trenutno na voljo malo standardiziranih testov; za ocenjevanje govora se uporabljata FAST in Test slušnega razumevanja z žetoni, za ocenjevanje požiranja pa MASA.

Osnovni namen ocenjevanja funkcioniranja v logopediji je pridobivanje ustreznih podatkov o bolnikovih ohranjenih govorno-jezikovnih sposobnostih, ki nam omogočajo načrtovanje ustreznih terapevtskih ukrepov za doseganje ciljev izboljšanja pridobljenih nevrogenih motenj. Z oceno požiranja ugotavljamo stopnjo varnega uživanja hrane in pijače pri nevroloških bolnikih. Skrbimo za preprečevanje aspiracijskih pljučnic in drugih zapletov, ki dodatno ogrožajo zdravje bolnikov.

Literatura

1. Žemva N. Sporazumevanje z bolniki z govornimi motnjami. Dostopno na <http://www.mf.uni-lj.si/dokumenti/7e5951c4d40729b834926fd153e0e285.pdf> (citirano 3. 2. 2016).
2. Lang A. Motnje sporazumevanja po nezgodni poškodbi možganov. *Komunikacija*. 2013; 2 (2): 28–34.
3. Ogrin M, Žemva N. Ocenjevanje afazičnega govora v obdobju rehabilitacije po nezgodni možganski poškodbi. *Rehabilitacija*. 2009; 8 (1): 36–42.
4. Ogrin M. Požiranje in hranjenje brez zapletov. V: Erjavec T, ur. Zapleti in nujna stanja pri rehabilitaciji gibalno oviranih: zbornik predavanj. Ljubljana: Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije – Soča; 2014. p. 87–92.
5. Spreen O, Risser HA. *Assessment of aphasia*. New York: Oxford University Press. 2003: 3–152.
6. Duffy JR. Motor speech disorders: clue to neurological diagnosis. V: Adler CH, Ahlskog JE. *Parkinson's disease and movement disorders: diagnosis and treatment guidelines for the practicing physician*. New Jersey: Humana Press. 2000: 35–53.
7. Žemva N. Varno požiranje in hranjenje. V: Petkovšek-Gregorin R, ur. Varnost in rehabilitacijska zdravstvena nega: zbornik predavanj, Ljubljana, 15. april 2010. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v rehabilitaciji in zdraviliški dejavnosti, 2010: 77–81.
8. Ickenstein GW. *Diagnosis and treatment of neurogenic dysphagia*. 1st ed. Bremen: UNI-MED; 2011.
9. Prosnik B, Lang A. Rehabilitacija govorno-jezikovne prizadetosti in motenj požiranja v akutnem obdobju po nezgodni možganski poškodbi. V: Košorok V, Grabljevec K, ur. Poškodba glave - vpliv celovite nevrorehabilitacijske obravnave na funkcijski izid. 16. dnevi rehabilitacijske medicine: zbornik predavanj, [Ljubljana], 18. in 19. marec 2005. Ljubljana: Inštitut Republike Slovenije za rehabilitacijo, 2005: 129–42.
10. Grabljevec K. Funkcijsko ocenjevanje izida rehabilitacije z Lestvico funkcijske neodvisnosti "FIM". *Rehabilitacija*. 2004; 3 (1-2): 13–21.
11. Eilander HJ, et al. *Post-Acute Level of Consciousness Scale (PALOC-s)*. Tilburg: Rehabilitation Centre Leijpark; 2007.
12. *Assessing*. Brisbane Queensland: Australian Aphasia Rehabilitation Pathway; c2014. Dostopno na <http://www.aphasiapathway.com.au/> (citirano 3. 2. 2016).
13. Enderby PM, Wood VA, Wade DT, Hewer RL. The Frenchay Aphasia Screening Test: a short, simple test for aphasia appropriate for non-specialists. *Int Rehabil Med*. 1987; 8 (4): 166–70.
14. Murray L, Coppens P. Formal and informal assessment of aphasia. V: Papanthasiou I, Coppens P, Potagas C. *Aphasia and related neurogenic communication disorders*. Burlington: Jones & Bartlett Publishers. 2013: 67–91.
15. Butt P, Bucks RS. *BNVR: The Butt Non-Verbal Reasoning test*. Bicester: Speechmark; 2004.
16. Hopper T. The Butt Non-Verbal Reasoning test. *Can J Speech Lang Pathol Audiol* 2004; 28 (4): 186.
17. Jacobs B, Drew R, Ogletree BT, Pierce K. Augmentative and Alternative Communication (AAC) for adults with severe aphasia: where we stand and how we can go further. *Disabil Rehabil*. 2004; 26 (21-22): 1231–40.
18. Garrett KL, Lasker J. *The multimodal communication screening task for persons with aphasia: picture stimulus booklet and scoresheet and instructions*. Lincoln: Augmentative and Alternative Communication; 2005. Dostopno na <http://>

- cehs.unl.edu/aac/aphasia-assessment-materials/ (citirano 3. 2. 2016).
19. Royal College of Speech and Language Therapists. Clinical guidelines. Bicester: Speechmark Pub; 2005.
 20. Robertson SJ, Thomson F. Working with dysarthrics: a practical guide to therapy for dysarthria. Buckingham: Winslow Press; 1986: 1–13.
 21. Mann G. MASA, the Mann assessment of swallowing ability. Clifton Park: Singular Thomson Learning; 2002.
 22. Ogrin M, Žemva N. Dragocenost sodelovanja logopeda in foniatra pri nevrogenih motnjah požiranja. V: Hočevar Bolt-ežar I, ur. 6. kongres otorinolaringologov Slovenije: zbornik predavanj, Ljubljana, oktober 2012. Ljubljana: Medicinski razgledi, 2012: 279–84.