



SOTSIAALMINISTEERIUM

Peaaju- ja kõnekahjustusega inimeste toimetulekuõpe Eesti Afaasialiidu taastuskodus Pesarimaja

Külli Roht, Liina Toompuu, Raili Vaidlo, Mari-Ann Hansen

**Afaasiaga inimeste toimetulekuõppe programmi metoodika pilootmeeskond:
Külli Roht, Raili Vaidlo, Mari-Ann Hansen, Aade Rosik, Liina Toompuu,
Anu Roosma, Nele Nittim**

Tallinn 2021

Sisukord

1. Sissejuhatus	3
2. Afaasiaravi võimalused Eestis	4
3. Afaasiaravi põhiprintsiibid	5
Ajukahjustuse järgne varane periood	5
Esimese 6 kuu taastusravi	6
Pikaaegne ja hiline kõneravi	6
Meetodid	6
Individuaalne kõneravi	6
Kõneravi grupis	6
Kombineeritud kõneravi	7
4. Peaaju- ja kõnekahjustusega inimeste programmipõhine rehabilitatsioon	8
5. Eesti Afaasialiidu peaaju- ja kõnekahjustusega inimeste toimetulekuõppe programm	9
Multiprofessionaalne meeskond	9
Grupitööd läbivad tegevused ja üldised ülesanded	10
Grupitöö meetodid	10
Liikumine, füüsiline koormus - füsioteraapia	11
Tervislik toitumine, neelamine	12
Tegevusteraapia	13
Terapeutiline loovtegevus	13
Afaasiaklubi ja loengud, arutelud suures grupis	14
Afaasiaga inimeste pereliikmed ja lähedased programmis	14
Afaasialiidu toimetulekuõppeprogrammi keskkond	15
Taastusprogrammi päevakava	16
Kokkuvõtteks	16
Teemakohane kirjandus	18

1. Sissejuhatus

Erinevates Euroopa, Austraalia ja Ameerika riikides läbi viidud ulatuslike uuringute kohaselt esineb afaasia 0,43(Swiss) – 0,66(UK) protsendil elanikkonnast ehk nendes riikides on keskmiselt iga 250 elaniku kohta 1 inimene afaasiaga.(26) Eestis kogutud statistika kohaselt saab igal aastal insuldi ca 4000 eestimaalast.(1) Kõikidest insultidest umbes $\frac{1}{3}$ toob kaasa afaasia. Seega arvestatakse, et Eestis saab igal aastal afaasia ca 1300 - 1500 inimest ja umbes 5000 (0,37%) Eesti elanikul esineb raskusi kõnelemisel afaasia tõttu.

Meditsiinilisest aspektist on afaasia kõnefunktsiooni häire, mis tekib peaaju dominantse hemisfääri kahjustuse korral, peamiselt insuldi tagajärjel, aga ka ajutrauma, mürgistuse, ajukasvaja, kirurgilise sekkumise, neurodegeneratiivse protsessi tagajärjel.(8, 12,18)

Füüsilises mõttes on tegemist võimetusega või nõrgenenud võimekusega rääkida, kõnest aru saada, lugeda, kirjutada, arvutada.

Sotsiaalsest aspektist on aga afaasia korral tegemist nii afaasia e. kõnehalvatusega inimese kui ka tema kommunikatsioonivõrgustikku kuuluvate inimeste funktsionaalse toimimise häirega. Piiratud on pooltevaheline infovahetus, mis omakorda pärsib afaasiaga inimeste osalemist ühiskonnaelus, tõstab oluliselt afaasiaga inimeste sõltuvust pereliikmetest, vähendab iseseisvust, piirab ja sageli välistab töövõime ja suurendab hoolduskoormust. Afaasia sotsiaalse aspekti mõju on märksa laiem kui afaasiaga isikule endale või tema lähedastele. Selleks, et toetada afaasiaga inimeste osalemist ühiskonnaelus, vajavad teadmisi afaasiast ja afaasiaga inimestega suhtlemise oskusi lähedaste kõrval ametnikud, teenindajad, meedikud, õpetajad jne.

Säilitamiseks afaasiaga inimese jaoks võimalikult kõrge elukvaliteet, elementaarsed inimõigused, on vaja toetada kõigepealt afaasiaga inimest, julgustada, motiveerida olema sotsiaalselt aktiivne ja osalema nii individuaalses taastavas kõneravis kui rehabilitatsiooniprogrammides. Väga sageli ei ole võimalik kõnekahjustusest täielikult taastuda, siis on oluline õppida kasutama säilinud osa kõnest, õppida kasutama alternatiivseid võimalusi kommunikationis, õppida uudsetes tingimustes võimalikult iseseisvalt ja aktiivselt toime tulema. (13,16)

Tuleb tõdeda, et inimene räägib reeglina siis, kui tal on midagi öelda ja tal on olemas soov või vajadus sõnutsi infot edastada. Inimene kuulab ja keskendub mõistma kuuldut siis, kui kuuldav jutt on huvipakkuv, kuulamist-mõistmist väärt, vajalik. Olgu see siis kodustes, töistes, õpinguis, huvitegevustes või mõnedes teistes tegevustes vajalik sõnum, korraldus, palve, selgitus, hoiatus, emotsioon.

Funktsiooniteraapia kohaselt peaks afaasia diagnoosi saamisele järgnema kindel raviprogramm. (3, 27) Paljud uurimused on tõestanud, et intensiivne ravi haiguse algstaadiumis on efektiivne, logopeedilised raviseansid 5 – 6 päeva nädalas ja 2 – 3 tundi päevas loovad aluse kõnefunktsiooni taastumise potentsiaali maksimaalseks kasutamiseks. Hinnates 2 – 3 kuu möödumisel sellise intensiivsusega läbi viidud kõneravi tulemusi on võimalik fikseerida kommunikatsioonitase, suhtlemiseks vajaliku

kõne kvaliteedi säilinud ja kahjustunud elemendid ja planeerida edasine pikaajalise ravi strateegia. (8, 9, 22)

2. Afaasiaravi võimalused Eestis

Eestis on optimaalselt vajaliku kõneravi kättesaadavus kõikides etappides vähene ja/või juhuslik. Logopeedid töötavad suuremate haiglate neuroloogia ja taastusravi osakondades. Maakonnahaiglates on kõneravi kättesaadavus madal. Paljude inimeste puhul piirdub insuldiravi kiirabi või EMO sekkumisega ja patsient jääb edasi perearsti hoole alla. Raskemas seisus patsiendid hospitaliseeritakse, kuid osa nendest siirdub pärast seisundi stabiliseerumist kodusele ravile. Pikemalt haiglaravile jäävad enamasti need patsiendid, kellel on insuldi tüsistusena tekkinud sügavamad või hulgi funktsioonihäireid nagu neelamisraskused, halvatus, teadvuse ja orientatsiooni häired aga ka afaasia, düsartria, apraksia jms. Haiguse akuutses faasis kohtub patsient logopeediga kõnekahjustuse ja neelamistaktistuse hindamiseks ja tuvastatud afaasia või düsartria korral parimal juhul 2-3 diagnostiliseks- või raviseansiks. Haige liikudes edasi taastusravi osakonda järgneb seal afaasiaga inimese kõneravi. Sõltuvalt sellest, kui palju kõneravi vajavaid patsiente hetkel osakonnas on, kujuneb ka ravi saamise sagedus. Mõnikord kohtub logopeed patsiendiga igal oma tööpäeval, raskemas seisus patsientidega võib logopeed jaotada töö mitmeks lühikeseks kohtumiseks päevas. Paraku sageli jääb osutatava kõneravi maht aga kaugelt liiga väheseks.

Stabiliseerunud seisundis patsiendid liiguvad pärast taastusravi kodusele ravile, kus afaasia korral peaks edaspidi patsient saama ambulatoorset kõneravi. Ambulatoorsele kõneravile saab saata nii perearst kui eriarst, kelleks on tavaliselt kas taastusarst või neuroloog. Individuaalse kõneravi kättesaadavus on väga erinev sõltuvalt sellest, kus piirkonnas afaasiaga inimene elab, kas piirkonnas üldse on vajalikku ravi osutavaid spetsialiste. On patsiente, kes on saanud aastate vältel jätkata kõneravi ja neid, kellel ei õnnestu üldse ambulatoorsele kõneravile pääseda, seda ka siis, kui ravi prognoos oleks igati positiivne. Tulenevalt kõneravi osutavate logopeedide suurest töökoormusest, logopeedilise abi kättesaadavusest patsiendi kodu piirkonnas ja tervishoiuteenuste finantseerimise korrast on üsna levinud, et raviseansid hajutatakse pikale perioodile nii, et patsient saab raviprotseduuri kord või paar korda kuus, vahel veelgi harvemalt, parimal juhul kord nädalas. Selline kõneravi korraldus eeldaks patsiendi ja tema tugiisikute poolt suure iseseisva töö võimekust. Kahjuks tuleb piisava iseseisva töö võimekusega afaasiaga patsiente väga harva ette, mistõttu toimub pigem leppimine, kohanemine afaasiaga, passiivse elukorralduse ja hooldusvajaduse kinnistumine.

Kõigest sellest tulenevalt kujunebki situatsioon, kus afaasiaga inimeste ravi ja toetamise meetmete kujundamisel, planeerimisel on oluline arvestada tänases Eestis väljakujunenud situatsiooni:

- Insuldi järgselt afaasiaga inimesed on viibinud haiglas, kus neil on diagnoositud kõnekahjustus, esialgne afaasia liik, tuvastatud kõneravi vajadus. Paremalt juhul on afaasiaga inimese pereliikmeid nõustatud, patsiendile antud

soovitused koduseks kõneraviks. Tuleb aga siiski kohe märkida, et patsiendid, kes väljendunud afaasiaga suunduvad pärast intensiivravi kohe koju, tulevad väga harva toime iseseisva või ka pereliikmete toel läbiviidava kõneraviga. Väga sageli kohanetakse olukorraga ja lepitakse drastiliselt halvenenud elukvaliteediga nii afaasiaga inimese kui tema lähedase jaoks. Enamasti inimene muutub sotsiaalselt passiivseks, kõrge stressitase sillutab tee depressioonile, perele tekib suur hoolduskoormus, halvenevad suhted peres, halveneb perede toimetulek nii vaimses, sotsiaalses kui majanduslikus võtmes.

- Patsiendid, kes on pärast intensiivravi olnud statsionaarsel taastusravil osakondades, kus on olemas logopeedid, on saanud mõnevõrra rohkem kõneravi ja kindlasti ka juhiseid edasiseks iseseisvaks tööks kodus. Kahjuks siiski on afaasia nii keerukas struktuurne kahjustus, et täielikku taastumist ei ole sageli võimalik saavutada, potentsiaalselt võimalikku elukvaliteedi ja iseseisvuse saavutamiseks on aga oluline saada abi spetsialistidelt.
- Pereliikmete jaoks on afaasia raskesti mõistetav. Sageli on tekkiv olukord hirmutav ja peredes luuakse situatsioon, kus insuldist/traumast taastumine on pigem pärsitud. Tõrjumise või ülehooldamisega kujundatakse õpitud abitus, inimesel on kergesti tekkimas usaldamatus oma võimete suhtes, allaandmine ja sealt edasi valdav sotsiaalne passiivsus.

3. Afaasiaravi põhiprintsiibid

Enamasti tekib afaasia insuldi tagajärjel. Insult on ägedaloomuline haigus. Katkenud verevarustusele ajus järgneb hetkedega funktsioonide äralangemine sõltuvalt sellest, kus piirkonnas ajus verevarustus takistatud on. Üsna kiiresti võib muutuda seisund ka taastumisel. Võimekus kõnet kasutada päev peale insulti ei ole sageli võrreldav kolmanda päevaga või päevaga 2 – 3 nädalat pärast insulti, ammuigi siis mitte seisundiga pool aastat peale ajukahjustuse tekkimist. Õigeaegse insuldi ravi käigus taastuvad funktsioonid mõnikord rohkem või vähem ka ilma spetsiifilise sekkumiseta. Probleem on aga selles, et haiguse ägedas algfaasis ei saa täpselt prognoosida selle edasist käiku. Seepärast on oluline võimalikult varajane funktsiooni stimuleerimine. (3,9,12,18, 30)

Siinjuures keskendume just kõnefunktsioonile, seda enam, et selle dünaamikat on objektiivsete parameetritega väga raske hinnata. Õigeaegselt tegemata töö mõjutab aga pikka aega edasist taastumist.

Ajukahjustuse järgne varane periood

Kõneraviks on peamiselt **passiivne kõne stimuleerimine**. Patsiendiga vesteldakse, kuid teda ennast ei forsseerita kõnelema. Mõistagi, kui patsient saab ja soovib, on varajane kõnelemise üritamine ka taastumise seisukohast kasulik, taastav. (30)

Teadvuse selginemisel ja üldseisundi paranedes peaks algama nii suhtlemisteraapia kui spetsiifiline **individuaalne kõneravi**. On tehtud mitmeid uuringuid selgitamaks missuguse intensiivsusega kõneravi on selles etapis vajalik.

Paraku sõltub see paljudest erinevatest faktoritest ja lõplik seisukoht on ikka see, et arvestataks juhtumit ja pakutaks maksimaalselt võimaliku intensiivsusega kõneravi. Soovitatavalt lühikeste, 15 – 20 minutiliste seanssidena mitu korda päevas, igapäevaselt. (30)

Esimese 6 kuu taastusravi

Seda perioodi peetakse ajukahjustuse järgses taastumises kõige olulisemaks (1). Seepärast on siis oluline ravi hästi planeerida ja pakkuda võimalikult personaliseeritud ja mitmekesist kõneravi. Ideaalis peaks kõneravi intensiivsus sellel etapil sõltuma patsiendi võimekusest ja soovist protsessis osaleda. Praktikas aga sõltub see suuresti spetsialistide võimalusest, suunamise ja rahastamise süsteemist ja kui patsient on saadetud kodusele ravile, siis ka tema pere ja/või tugisüsteemi võimalustest teda ravile jõudmisel toetada, innustada, kohalejõudmine tagada.

Pikaaegne ja hiline kõneravi

Kuigi varast kõneravi peetakse kõige olulisemaks, ei saa alahinnata pikaaegset järjekindlat ja metoodilist kõneravi. Praktikas tuleb ette juhtumeid, kus intensiivsem kõne taastumine algabki alles kuid, isegi aastaid peale insulti. Taastumise dünaamika sõltub nii kahjustuse ulatusest, iseloomust, patsiendi üldseisundi paranemisest, kaasuvatest takistustest ja nende kõrvaldamise võimalustest, inimese enda isiksuse omadustest, keskkonnast kus patsient viibib ja paljudest muudest nii soodustavatest kui pärssivatest teguritest.

Meetodid

Taastusravis on võimalik rakendada erinevaid metoodikaid ja kasutada on palju meetodeid:

Individuaalne kõneravi

Individuaalne kõneravi võimaldab luua kommunikatsiooni silla. Vähehaaval saab logopeed aidata patsiendil mõista oma kahjustuse olemust, leida üles kõnefunktsiooni säilinud elemendid, koos leitakse taastamise potentsiaal ja võimalikud alternatiivsed võimalused, kuidas kommunikatsiooni toetada, tõesust kontrollida ja tagada toimimine olulistes situatsioonides. Individuaaltöös ehitab logopeed patsiendi jaoks üles ka funktsioonielemente taastava programmi arvestades patsiendi isiksuse ja kahjustuse eripärasid. Oluline osa individuaalses töös on inimese motivatsiooni stimuleerimine ja igas taastumise hetkes suhtlemise toetamine, patsiendile arusaadaval moel info vahendamine. (19, 21,23,24)

Kõneravi grupis

Kõneravi grupis on efektiivne töömeetod. Grupi suurust saab reguleerida vastavalt osalejatele 2-st kuni 10 liikmeni, mõnel juhul rohkemgi. Kui 2-4 liikmelise grupiga saab

töötada 1 logopeedi, siis suurema grupi puhul on vajalik vähemalt 2 logopeedi. Gruppe saab komplekteerida erinevatel alustel.

Näiteks on kombineerimine võimalik tulenevalt metoodikast ja seatud eesmärkidest. Võimalik, et mõnel puhul on õige töötada koos 2 - 3 värske, st suhteliselt võrdse kogemusega inimesega, samas annab häid tulemusi grupp, kuhu on kokku pandud osad värske ja osad juba pikalt afaasiaga elanud inimesed. Gruppe komplekteerides võib arvestada inimeste sobivusega, huvialadega, vanusega, kahjustuse eripäraga jne.

Nii individuaal- kui grupitööl on omad eelised aga ka nõrkused.

Grupis inimesed tunnevad ennast enamasti vabamalt, seal saab teraapia nii üles ehitada, et see ei tundu "koolitükina" vaid spontaanse katsetusena. Õnnestumised annavad hetkelt emotsionaalse tagasiside, ebaõnnestumised saab aga vaigistada juhtides tähelepanu kõrvale näiteks sooritusülesande üleandmisega teisele osalejale. Vastavalt grupi suurusele saab optimaalselt reguleerida kõnekatsetuste ja kuulamise vahekorda, optimeerida aktiivsuse ja puhkesituatsioonide vahekorda, jagada ülesandeid vastavalt grupis osalejate võimekusele tagades samal ajal positiivse osalustunde ja eduelamuse. Selline soorituste varieerimine võib grupis hakata ka isereguleerivalt tööle, mille tulemusel moodustub pingevaba harjutamise õhkkond. Pinge on aga üks peamisi pidureid kõne taastumise teel. Grupiliikmete vahele loodud mõõdukas võistlusmoment ja üksteise tugi, objektiivne tagasiside on olulised grupitöö eelised. (16,19,21)

Uuringutega on tõestatud, et grupiteraapia mõjub võrreldes individuaalse teraapiaga suhtluse taastamisele tervikuna paremini, kaasates verbaalse suhtlemise kõrval ka kehakeelt, hääliitsusi, intonatsiooni, žeste, osutamisi, miimikat jne. See suurendab inimese kõnekatsetuste hulka ühes teraapia tunnis, samuti muudab see suhtlust mitmekesisemaks. Inimesed suhtlevad grupiteraapias sotsiaalsel eesmärgil oluliselt rohkem kui individuaalteraapias. (11)

Eriti raske ja väga värske afaasiaga inimeste korral on grupitöös siiski oht kaotada nendega eduks vajalik kontakt. Grupis ei saa korraga kõigi osalejatega hoida samaaegselt silmsidet, tähelepanu hoidmiseks või rahuliku tasakaalu saavutamiseks füüsilist kontakti - näiteks kätest hoida, puudutada. Seetõttu võib juhtuda, et keegi grupiliikmetest vajub endasse, ei tööta kaasa. See on ka üks põhjusi, miks grupiga peab töötama kogu aeg vähemalt kaks inimest, üks kes koordineerib teraapiatööd, annab ülesanded, juhivad nende täitmist ja teine (ja vajadusel kolmaski), kes jälgib sooritajaid ja toetab kohe neid, kes ei tule tööga kaasa.

Kombineeritud kõneravi

Parim võimalik metoodika on kombineeritud kõneravi: **individuaalne kõneravi** – logopeedilised raviseansid, iseseisvad harjutused ja **on-line treeningud**, **spetsiaalsed arvutiprogrammid** – **harjutustikud** paralleelselt **kompaktse grupitööga**. Oluline aspekt on afaasiaga inimesele loodud igapäevane teadlikult toetatud suhtlemine, võimalikult aktiivne sotsiaalne elu. Ideaalis võiks kõigele sellele

lisanduda ka **neurostimulatsiooni protseduurid**. Iga inimese, iga erineva afaasia jaoks sobib oma unikaalne teraapiate kooslus.

4. Peaaju- ja kõnekahjustusega inimeste programmipõhine rehabilitatsioon

Kuigi on leidnud kinnitust, et kõneravi esimestel kuudel peale insulti, traumad on enamasti kõige efektiivsem, funktsiooni taastumine tajutav, patsiendi motivatsioon töötada kõrge, lootus paranemisele sageli isegi ebarealistlikult optimistlik, siis vajavad paljud afaasiaga inimesed ikkagi pikaajalist kõneravi. Isegi aastaid peale afaasia tekkimist on süstemaatilise ja teadliku kõneravi tulemusel võimalik oluliselt kõnefunktsiooni selle kõikides aspektides järk-järgult taastada. (7,8,9,13)

Kui aga hoolimata kõneravist või just nimelt puudunud võimalusest piisavat ravi saada tekib olukord, kus afaasiaga inimene ei tule iseseisvalt suhtlemisega toime, pelgab kasutada olemasolevat kõnejääki, häbeneb ja väldib inimesi, ei oska kasutada alternatiivseid kommunikatsiooni võtteid, siis vajab ta:

- Intensiivset toimetulekuõpet, afaasiaga inimese ja pere sotsiaalset rehabilitatsiooni
- Vajadusepõhist võimalust toetatud suhtlemiseks. Oluline on, et inimesel on regulaarselt võimalus saada professionaalset tuge suhtlemisel, koostööd spetsialistiga, kes oskab vahendada afaasiaga inimest kommunikatsioonis, toetab ja juhendab pereliikmeid afaasiaga inimesega suhtlemises.
- Sotsiaalse aktiivsuse taastamise nimel on vajalik, et kõnekahjustusega inimesel oleks koht kuhu minna, kus osatakse temast aru saada ja kus suudetakse temale arusaadaval moel vajalikku infot edastada, kus tal oleks võimalik tunda sarnase kogemusega inimeste tuge.
- Elukvaliteedi säilitamise huvides on oluline, et inimesel oleks võimalus tegeleda huvialadega, ennast arendada ja leida uusi huvialasid, elukestvalt õppida, suhelda teiste inimestega, leida uusi sõpru, tuttavaid, olla sotsiaalselt aktiivne. (5,13,28)

5. Eesti Afaasialiidu peaaju- ja kõnekahjustusega inimeste toimetulekuõppe programm

Eesti Afaasialiidu taastuskodus Pesarimaja on 20 aasta jooksul loodud ja piloteeritud erinevaid programmi mudeleid, intensiivseid statsionaarseid, hajutatud intensiivsusega regulaarseid programme, grupi spetsiifikast tulenevaid eriprogramme jne.

Käesolevaga tutvustame madalintensiivset programmi, kus afaasiaga inimesed osalevad kombineeritud grupitöös 3-4 kuuliste tsüklitena 1 x nädalas 6 tunnistes teraapiapäevades.

Programmi saavad siseneda igat liiki, erineva ajalise kogemuse ja erinevas raskusastmes afaasiaga inimesed. Meeskond hindab programmi siseneja seisundit, koos afaasiaga inimesega ja vajadusel/võimalusel koos pereliikmetega seatakse toimetulekuõppe programmis osalemise eesmärgid, hinnatakse eeldused ja tugisüsteem, mis on vajalikud programmis osalemiseks ja eesmärgi saavutamiseks.

Vastavalt seatud eesmärkidele ja osaluseeldustele moodustatakse grupid. Kuna toimetulekuõppe protsess on dünaamiline ja afaasiaga inimeste elukorraldus, perede võimalused varieeruvad, ajas muutuvad, siis on ka gruppide kooslusi võimalik jooksvalt muuta, grupe jagada, liita, ümber komplekteerida. Selline dünaamilisus võimaldab uusi afaasiaga inimesi vastavalt vajadusele sujuvalt gruppidesse juurde integreerida, loob uusi kontakte, avardab sotsiaalseid suhteid. Grupitöös osalevad vastavalt vajadusele ka afaasiaga inimeste pereliikmed, kelle jaoks on töös oma moodul, rakendatakse pereliikmete toetamise metoodikat.

Multiprofessionaalne meeskond

Arvestades, et ajutraumad, sh insult põhjustavad afaasiaga kõrvuti mitmeid teisi funktsioonihäireid nagu ühe kehapoole halvatus, koordinatsiooni-, tundlikkuse-, tasakaalu- vaatevälja- taju- jms häireid, siis on iga inimese taastumise toimetulekuõppe protsess unikaalne, vajab aga väga mitmekesisest, erinevatest spetsialistide poolset toetamist, juhendamist, õpetamist, harjutamist, treenimist.

Seetõttu koosneb toimetulekuõppe programmi meeskond erinevatest spetsialistidest: afaasiaga inimeste ravile spetsialiseerunud logopeedidest, füsioterapeudist, tegevusterapeudist, loovtegevuste õpetajatest, afaasiaga inimese pereliikme kogemusega või ise insulti põdenud kogemusnõustajast, vajadusel kaasame sotsiaaltöötaja, arsti, õe või muu kogemusega spetsialiste.

Grupitööd läbivad tegevused ja üldised ülesanded

Kommunikatsiooni toetamine seotakse terapeutilise töö ja loometegevustega: kasutatakse iseseisvust ja turvalisust taastavaid tegevusi, mida vajatakse kodus ja väljaspool kodu, maal-linnas, igapäevatoimetustel, pereringis, tööl, puhkusel, kommete ja traditsioonide säilitamisel. Sihiks on toimetulek argitoimetustega (toiduvalmistamine, koduhooldus, aiatöö) hobitegevused nagu näiteks liikumine looduses, ülesannete ja orienteerumisega jalutuskäigud, retked, näituste, muuseumite, kontsertide jms külastamine) erinevad loovtööd nagu keraamika, kangatööd, paberitööd, maalimine, laulmine, tantsimine jne

Läbivalt toimub suhtlemine - päevakajalise info vahendamine, lehtede lugemine, telesaadete analüüsimine, kirjanduse, filmide kajastamine jms

Grupitöö meetodid

Afaasiaga inimese kõne taastumisel mängib olulist rolli suhtluskeskkond. On tähtis arvestada kui paljudel inimestel koos on võimalik turvalises ja toetatud keskkonnas oma kõnelisi oskusi proovile panna. Programmi käigus viime tegevusi läbi nii paaristööna, 3-4-liikmelistes kui ka suuremates gruppides, varieerides seejuures keskkonda ja temaatikat - viime läbi tegevusi taastuskodu Pesarimaja erinevates ruumides, oma aias, maja ümbruses, aga ka ümbristavas linnaruumis. Näiteks saavad osalejad sõnas, kirjas või alternatiivsete võtetega esitatud ülesandeid, kus palume võimalikult erineva ja rikkaliku sõnavaraga kirjeldada aias kasvavaid taimi, leida jalutuskäigul kindlaid taime-, puude-, lilleliike. Vastavalt aastaajale vestleme jalutuskäikudel ümbruskonnas tehtavatest aia-, haljastus- ning korrastustöödest, võrdleme erinevaid haljastustüüpe, arhitektuurilisi lahendusi Pesarimaja ja kliendi kodukoha vahel. Temaatika sõltub klientide huvidest, varasemast töö- ja elukogemusest. Suurt elevust pakuvad klientidele orienteerumis- ja tegevusülesanded, nt kindla marsruudi läbimisel leitavad maamärgid või kindla ülesandega poeskäigud. Antud ülesanded taastavad keskendumisvõimet, tähelepanu, erinevaid tajusid, mälu ning mõtlemist, treenivad sageli tubaseks muutunud klientide füüsilist vastupidavust aga on ühtlasi ka meelelahutuseks. See kõik omakorda toetab kõne taastumist ning kliendi eneseusku ja iseseisvumist. Alati püüame tegevusi läbi viia selliselt, et suhtlus on sujuv ja loomutruu.

Logopeedilise töö planeerimisel lähtume kliendi kahjustusest, vajadustest ja huvidest, rakendades nii kõnefunktsiooni taastavaid kui ka kompenseerivaid teraapiavõtteid, pidades eesmärgiks inimese kommunikatiivsete oskuste taastamist. Teraapiavõtete rakendamisel lähtume süsteemsusest ehk tegeleme nii suulise kui kirjaliku kõnega, kõneloome kui ka -mõistmisega. Kirjaliku kõne taastamisel sooritame ülesandeid vastavalt inimesele kas sõna-, lause- või tekstitasandil. Näiteks ülesanded pildi ja sõna ühendamise, sõna ladumise või kirjutamine, lause alguse lugemine ja selle lõpetamine, teksti lugemine ja sealt olulise info leidmine, teksti põhjal küsimustele vastamine, loetust sisukokkuvõtte tegemine teistele grupiliikmetele. Ülesannetes on oluline kliendi aktiivne osalemine, seetõttu jälgivad logopeedid alati jooksvalt ülesande raskusastme muutmise vajadust.

Tegevusi saadavad alati augmentatiivse (toetava) ja alternatiivse (asendava) kommunikatsiooni võtted (AAC). Selleks kasutame aktiivselt elemente ümbritsevast keskkonnast, näiteks kalendrit oluliste kuupäevade selgitamiseks, kaarti/kaardirakendusi kliendile oluliste kohtade kirjeldamiseks, kliendi fotosid oluliste inimeste, sündmuste või ka tegevuste kirjeldamiseks. Kuna mitteverbaalne kommunikatsioon moodustab erinevate allikate põhjal suhtlusest 55-90%, siis julgustame kliente kasutama žeste, hüüatusi, miimikat, osutamist, pantomiimi, kirjutamist, joonistamist ja/või muude abivahendite kasutamist, et end teistele grupiliikmetele mõistetavaks teha. Võimalusel toetume suulise suhtluse hõlbustamiseks sümbolitele ja kirjalikule kõnele, kus kirjutame välja võtmesõnad, viited. Samuti julgustame kliente seda iseseisvalt tegema, antud meetod abistab oluliselt kõne mõistmise raskustega afaasiaga inimesi.

Kõne-eesmärke aitab täita grupi liikmete koostööle suunamine. Logopeediliste harjutuste käigus tuleb ühel grupiliikmel näiteks pildi alusel midagi selgitada, teistele küsimusi esitada, või siis olenevalt ülesande raskusastmest lause lõpetada või aidata raskustesse sattunud grupiliikmel sobiv sõna leida. Teraapiavõttena grupitöös on hea kasutada elevust ja hasarti tekitavaid lauamänge, võistluselemente, pantomiimi, rollimänge, näitlemist, imiteerimist jne.

Kõneapraksiaga inimeste kaasamisel kasutame meloodilise intonatsiooni võtteid, kus julgustame kliente laulma/laulvalt rääkima, abistame sõna rõhulis-rütmilise struktuuri etteandmisega, lisaks kasutame nähtavaid, kuuldavaid, tunnetatavaid ja ka kombatavaid aistinguid häälikute, sõnade ja üldlevinud fraaside välja ütlemisel. Samuti tegeleme kõneliigutusmuustrite treenimisega silbiridade/pseudosõnade toel.

Grupitöös osalemine toetab uute sõprussuhete tekkimist, toetatud kõnekeskkond pakub kõnehäirega inimesele eduelamust, lisaks pakub "saatusekaaslastega" tunnete ja kogemuste jagamine tuge raskustele vaatamata edasi liikuda. (24, 25)

Liikumine, füüsiline koormus - füsioteraapia

Füsioteraapia grupitunni eesmärgiks on inimese üldise liikumisvõime (liigesliikuvus, lihasjõud, tasakaal, koordineerimine ja üldine vastupidavusvõime) säilitamine ja parendamine, et tagada võimalikult iseseisev toimetulek igapäevaelu tegevustes.

Kuna afaasiaga inimeste liikumisvõime võib tulenevalt kahjustuse täpsest lokatsioonist ja suuruselt olla väga erinev, siis on füsioteraapia grupitunni ülesehitus sõltuv konkreetsete grupiliikmete eripäradest.

Grupitunni kestvus varieerub vastavalt klientide võimekusele, alates 30-st minutist kuni 60-ne minutini. Optimaalne klientide arv grupitunni läbiviimiseks on kogemusest tulenevalt 3 -6 inimest ühe terapeudi kohta.

Füsioteraapia grupitunni sisu hõlmab nii jõu-, vastupidavus-, koordineerimise kui ka tasakaalu harjutusi. Peamiseks grupitunni läbiviimise meetodiks on ringtreeningu meetod, kuid kasutusel on ka näiteks harjutuste tegemine paarilisega ning samuti harjutuste sooritamise ettenäitamisel. Oluline on leida ja pakkuda välja kliendi

võimetele sobivaid liikumisviise/harjutusi, mis oleks piisavalt väljakutsuvad ja motiveerivad, kuid samas pakuksid ka rõõmu, eduelamust.

Ringtreeningu ja paarisharjutuste kasutamine grupidunnis soodustab klientide omavahelist suhtlemist ning seeläbi aitab parendada ka kõnefunktsiooni.

Selleks, et hõlbustada harjutustest arusaamist, toetada mälu ning, et kliendid tunneksid ennast teraapia käigus enesekindlamalt on oluline harjutuste ettenäitamine, juhendamine ja harjutuste illustreerimine pildikaartidega.

Grupitunde viiakse läbi nii sise- kui välitingimustes.

Vajaduse korral või uue kliendi liitumisel teostab füsioterapeut tema individuaalse hindamise, et täpsustada kliendi füüsilist võimekust enne, kui ta grupiteraapiaga liitub.

Lisaks eelnevale nõustab füsioterapeut kliente ja nende lähedasi igapäevase füüsilise aktiivsuse olulisuse osas, annab nõuandeid liikumisaktiivsuse tõstmiseks, vajadusel soovitab liikumisabivahendeid ning samuti vajadusel koostab ja õpetab selgeks individuaalse harjutuskava.

Tervislik toitumine, neelamine

Inimeste harjumused, oskused, huvid on erinevad, sööb aga igaüks. Söömise esmaeesmärk on kindlasti organismi varustamine vajalike ainetega, energiavarude täiendamine. Õigesti valitud, mitmekesine söök, jook ja värske õhk tagavad tervislikuks funktsioneerimiseks vajaliku.

Söömisel on aga veel ka sotsiaalne ja emotsionaalne funktsioon. Toit peab pakkuma ka maitseelamuse, ühine söögilauas viibimine looma õdusa nauditava õhkkonna, kollektiivi kuulumise tunde. Ühised hommikukohvid ja lõunad, pidulauad sünnipäevade või tähtpäevade puhul on heaks pingevabaks suhtluskeskkonnaks. Just söögilauas on sobiv praktikas kasutada vähehaaval taastuvat sõnavara, soovide edastamist ja vastuvõtmist.

Pesarimaja programmpäevade menüüs püüame järgida tervislikku toitumise joont, toidud valmivad kohapeal puhtast toorainest, "kodusel" moel. Toidukordade planeerimisel, valmistamisel ja serveerimisel rakendame ka printsiipi, kus klientidele antakse võimalus selles protsessis osaleda. Enamasti valmistame pehmet, lihtsasti näritavat toitu, mis on sobilik nii eakamale kui nooremale kliendile.

Juhul kui kliendil on ka neelamishäire, siis pöörame sellele teravdatud tähelepanu ja toetame tema **neelamisfunktsiooni** taastumist. Düsfaagia ehk neelamishäire avaldab mõju inimese söömisharjumustele ja seetõttu ka tema sotsiaalsetele suhetele. Neelamisraskuse tõttu hakkab inimene sageli vältima seltskonnas söömist, kuna tunneb piinlikkust, kardab teiste hinnanguid kui söömine kulgeb aeglaselt ja vaevaliselt, lisaks peljatakse sagedast kõhatamist või õpitud manöövrite kasutamist.

Neelamishäirele viitavad kõige sagedamini kõha ja kõhatamine söömise ajal, hääle muutus pärast neelamist, väga aeglane söömitempo, toidu kogunemine suhu ja põske, tükkitunne või valu kõri piirkonnas või sagedased kopsupõletikud. Võib juhtuda, et inimene isegi keeldub söögist-joogist ja hakkab kaalust kaotama.

Selleks, et söömine kulgeks turvaliselt peab neelamishäirega klient saama sobiva tekstuuriga toitu, vajadusel paksendatud vedelikke. Lisaks on vaja jälgida toidukorra ajal vestlemist: on äärmiselt oluline, et inimene, kellel on neelamine häiritud, keskenduks söömisele ja väldiks mälumise ja neelamise ajal vestlemist, kuna siis suureneb oht, et toit satub hingamisteedesse. Süüa/juua tuleb väikeste sõõmude/suutäitega. Kindlasti selgitame kliendile õigeid söömise võtteid, et ta oskaks ennast ka ise juhtida ja jälgida.

Neelamisteraapia on meeskonnatöö. Lisaks kliendile ja logopeedile osalevad selles ka füsioterapeut, tegevusterapeut, kliendi lähedased, vajadusel teisedki spetsialistid. Meeskonnatöö rakendamisel on ravi tulemus kiirem ja efektiivsem. Kliendi osalemisel taastumisprogrammis saame kasutada otsest praktilist teraapiat, toidukorra ajal, tegelikult süües. Vajadusel õpetame erinevaid neelamisvõtteid, tegeleme asenditeraapia ja tundlikkuse suurendamisega suus. Tähtis on ka suuhügieen. Logopeedi ülesanne on kombineerida teraapias erinevaid võtteid ja meetodeid, arvestades patsiendi võimekust ja neelamishäire ulatust. (31, 32)

Tegevusteraapia

Kliendid viibivad taastusprogrammi päevadel Pesarimajas pikka aega. Tegevusterapeut, aga ka kõik teised meeskonna liikmed saavad jälgida kliendi erinevaid toiminguid kõikvõimalikes reaalsetes situatsioonides. Toimetulekust annab pildi juba saabumine, selleks kasutatav transport, kasutatav kõrvaline abi, ukse avamine, trepil liikumine, ruumides orienteerumine, rõivastumine, jalatsite vahetamine, registreerumiseks allkirja kirjutamine ja osalustasuks raha kasutamine, tervitamine ja kaaslastega suhtlemisse sujumine, telefoni kasutamine jne.

Tegevusterapeudi jaoks on kõnekas iga kliendi toiming, selle ratsionaalsus ja turvalisus. Halvatuse ja/või koordinatsioonihäire korral juhendab tegevusterapeut näiteks klienti sobivate rõivastumise ja hügieenivõtete kasutamisel, turvalisel liikumisel majas ja väljaspool, kaasa arvatud transpordivahendite kasutamisel, poes ja mujal linnaruumis käimisel. Igasuguseid võtteid toimingute sooritamiseks, taju, tähelepanu, mälu treenimiseks saab meie programmis siduda nii spetsiaalsete teraapiaharjutustega aga ka reaalsete praktiliste toimingutega. Vajadusel leitakse sobivaid abivahendeid ja õpitakse nende kasutamist.

Terapeutiline loovtegevus

Insuldust taastumise protsessis üks olulisemaid faktoreid on motivatsioon, eduelamus, oma tegevuse reaalse tulemuse nägemine.

Terapeutiline loovtegevus arendab ja taastab sujuvalt ning pingevabalt nii füüsilisi kui vaimseid võimeid, loovust, tahtejõudu, tegevuste planeerimist, sooritusosavust, koordinatsiooni, keskendumisvõimet, otsustus- ja analüüsivõimet, kriitika- ja ilumeelt. Kuna ka loovtegevustes tegutsetakse grupis, siis taastub ja areneb ka koostööoskus, kannatlikkus, südikus, empaatiavõime jne (22)

Loovtegevustena saab kasutada igasuguseid käsitöövõtteid, kunstitehnikaid, muusikat, tantsulist liikumist, näitlemist, aga ka aiatööd, ruumide dekoreerimist, toiduvalmistamist.

Taastuskodu Pesarimaja programmis on vaieldamatult populaarseimaks loovtöö meetodiks kujunenud keraamika. Enamik klientidest ei ole kunagi varem savitööga kokku puutunud. Vähehaaval julgustades ja motiveerides, alustades lihtsamatest näpuharjutustest ja liikudes järjest keerukamatele ülesannetele jõutakse lõpuks eduelamuseni. Üksteise õnnestunud töödest saadakse innustust juurde ja nii kujuneb töökojas hea loomeõhkkond. Keraamatöökogas vahelduvad teiselt pingelised hetked pingevabade, lõbusate hetkedega ja sellises sundimatus õhkkonnas on kõne lihtsam tulema. Huvi ja motiveeritus tõusevad ning koos sellega taastub ka küllaltki mitmekesine sooritusprotsess. Professionaalse keraamiku juhendamisel on nii mõnedki programmid osalejad leidnud endas uue hobi, peaaegu kõik on aga saanud siiralt positiivseid emotsioone. Keraamika sobib hästi nii meeste kui naistele.

Populaarsed on alati olnud ka hooajaliselt olulised loovtööd nagu jõulukaartide ja küünalde valmistamine, suvine aiatöö, munade värvimine lihavõteteks, piduroogade, tortide tegemine tähtpäevadeks jne.

Afaasiaklubi ja loengud, arutelud suures grupis

Programmi lahutamatu osa on suhtlemine. Kui kogu programmpäeva jooksul pannakse jooksvalt palju rõhku rääkimisele, kõne kuulamisele, enese sõnumi edastamisele ja teiste sõnumitest arusaamisele, siis klubitundide eesmärk on eneseharimine, millestki uuest teada saamine. Päeva jooksul enamuse ajast on kliendid väikegruppides, juhitud ja kontrollitud suhtlemissituatsioonides. Klubitunnis aga on kõik koos, seltskond on suur ja sellest tulenevalt suhtlemissituatsioon täiesti erinev. Kõik programmis osalejad saavad pakkuda teemasid, millest klubis räägitakse ja klubi juhtiv logopeed valmistab kas ise või koos klientidega ettekanded, algatab arutelusid. Suure grupi situatsioonis antakse sõna osalejale ja klient saab võimaluse esineda oma sõnumiga suure grupi ees. Mõistagi aitavad logopeedid vajadusel sõnumit genereerida. Samuti on teema jälgimine suures grupis hoopis teistsugune kui üks-ühele või väikeses grupis suhtlemisel. Klubi metoodika korral pöörame tähelepanu pidurdusprotsessi ja enesekontrolli taastamisele, aga ka eneseületamisele sõnavõtu teostamiseks.

Afaasiaga inimeste pereliikmed ja lähedased programmis

Afaasiaga inimeste toimetulekuõppe üheks oluliseks osaks on pereliikmete integreerimine programmi. Suhtlemine on kahepoolne protsess, on info edastaja ja vastuvõtja. Selleks, et kommunikatsioon poolte vahel saaks toimida ka ühe poole

kahjustunud kõne korral, peavad mõlemad pooled omandama vajalikud oskused. Näiteks kui afaasiaga inimene õpib kasutama alternatiivseid info edastamise meetodeid, siis samuti peavad tema suhtluspartnerid õppima alternatiivselt edastatud sõnumeid vastu võtma. Sõltuvalt sellest, kas alternatiivseks kanaliks on žestid, joonistused, aktuaalsed fotod või ettevalmistatud individuaalne suhtlemise abimaterjal - kommunikatiivse materjali kasutamise ja tõlgendamisega peavad ikka kursis olema mõlemad osapooled. Samuti on oluline õppida afaasiaga inimese vahel puudulikust, vahel ekslikult valedest sõnadest, sõnavormidest ära tundma neid sõnu, neid mõtteid, mida partner soovis öelda ja jätta tähelepanuta eksimused. Eksituste vältimiseks on vajalik õppida tagasisidestama, erinevaid viise kasutades üle kontrollima, et olla üksteise õigesti mõistmises kindlad. Afaasiaga inimese suhtlemispartneril tuleb õppida ennast kontrollima, et mitte kritiseerida ega parandada afaasiaga kõnelejat, samuti pole õige häält tõsta, ette öelda ega oletamisi sõnu pakkuda.

Osad pereliikmed osalevad regulaarses grupitöös õppides koostöös oma pereliikmeid toetama viisil, mis võimalikult vähe pärsib taastuva inimese iseseisvust, eneseusku, motivatsiooni ise kõigega hakkama saada.

Programmis osalevate pereliikmete omavahelised vestlused ja arutelud meeskonna liikmetega on oluliseks osaks nii afaasiaga inimese kui kogu perekonna taastumise protsessis.

Samas sageli võib olla vajalik tagada afaasiaga inimese osalemine just ilma pereliikmeta. Ühelt poolt tekib selline vajadus siis, kui inimene on usu endasse kaotanud ja kohanenud igas situatsioonis lootma oma pereliikmele. Teiselt poolt tuleb ette, et pereliige vajab enda vaimse tervise toetamiseks aega iseendale, puhkust, võimalust muret tundmata teha endale vajalikke toimetusi.

Afaasialiidu toimetulekuõppeprogrammi keskkond

Programmi põhitegevused viiakse läbi Eesti Afaasialiidu taastuskodus Pesarimaja, mis asub Tallinnas Maarjamäel, Kase tn, 25A. Taastuskodu asub eramuks ehitatud majas ja on sisustatud võimalikult sarnaselt tavakodule. Olles siiski liikumispuudega inimestele ligipääsetav ja turvaline, pakub loodud keskkond võimalust harjutada ohutult ka takistustest ülesaamist. Näiteks majja ehitatud liftiga saab mugavalt liikuda maja kõigi nelja korruse vahel, samas saab erinevatel treppidel ja kaldpindadel liikumist harjutada. Majas on mitmed erinevad toad, kus saab ellu viia erineva suuruse ja tegevusega grupitööd, õppe- ja meisterdamistööd, võimlemist, kokkamist, on ka saun ja duširuumid, inva WC, magamistoad puhkamiseks, hästivarustatud keraamikatöökoda. Kinnistu juurde kuulub ka aed koos õdusa aiamaajakesega. Aias on ruumi huvitegevusteks, puhkamiseks, mängimiseks, aga saab ka harjutada aiatöödega toimetulemist.

Taastuskodu asub rahulikus eramajade piirkonnas, kus on hea jalutada, sooritada orienteerumisülesandeid.

Taastusprogrammi päevakava

Programmi päevakava ei ole alati ühesugune ja sõltub planeeritavatest tegevustest. Väljasõitude ja eriliste sündmuste, tähtpäevade korral kujuneb päevakava vastavalt selle päeva vajadustele.

Alljärgnevalt toome ära aga tüüpilise programmipäeva ajakava:

9.00 – 9.30 Meeskond koguneb, kooskõlastab algava päeva tegevused, jaotatakse ülesanded, seatakse valmis töökeskkonnad; kinnitatakse algava päeva tunniplaan ja meeskonna rollid.

9.30 - 10.00 Klientide saabumine, sotsialiseeriv vestlus. Hommikukohv. Vestluse meetodiline juhtimine. Pereliikmetelt info kogumine, arutelu, küsimustele vastamine. Päevakava ja algava päeva tegevuste läbiarutamine klientidega, soovide ja ettepanekute läbiarutamine, konsensuse otsimine, liigendgruppide moodustamine ja “tunniplaanis” kokkuleppimine. Liigendgruppide moodustamisel ja selgitamisel, instrueerimisel arvestatakse toimetuleku piirangute eripära, grupiliikmete kõnepuude iseloomu. Meeskonna liikmed loovad vestluskeskkonna, vahendavad infot klientide vahel, jälgivad, et klientidele antud info oleks neile arusaadavalt esitatud, annavad konkreetseid juhendid valides meetodid vastavalt klientide eripärale, seatud eesmärgile.

10.00 – 12.30 Jagunetakse liigendgruppideks ja suundutakse kas kõneravi, füsioteraapia, tegevusteraapia või terapeutiliste loovtegevuste tundidesse käsitöökojas, õppetubades, aias või majast väljas reaalsetes sotsiaalsetes situatsioonides. Tegevused vahetuvad vastavalt kokkulepitud tunniplaanile.

Kliendid võivad suunduda ka individuaalsetele tegevustele. Kõikide tegevuste jooksul toetavad suhtlemist logopeedid. Tegevusterapeut juhendab üldiseid tegevustervikuid silmas pidades individuaalse toimetuleku parendamist.

Füsioterapeut viib läbi nii grupitunnid, planeerib individuaalsed harjutused ja annab kodused ülesanded .

12.30 - 13.00 Valikus on puhketund, vaba suhtlemine, individuaalne kõneravi, juhendamine või nõustamine.

13.00 - 13.30 Lõuna. Lõunatunni ajal jälgib vajadusel tegevusterapeut või füsioterapeut toimetulekut, juhendab. Logopeed juhendab neelamishäirega kliente söömisel. Logopeed loob grupis positiivse suhtlusfooni.

13.30 – 14.30 Klubi: huvihariduse loeng või õppetund. Grupitöö päevaks valmistatakse ette teema, milles arutatakse või antakse teavet. Teemade valik koostatakse koos grupi liikmetega arvestades nende huvisid. Afaasiaga inimeste juhendamine, soovitusel kodusteks toiminguteks. Iseseisvate ülesannete andmine.

14.30 - 15.00 Lahkumine, konsultatsioonid pereliikmetele.

Kokkuvõtteks

Kõnekahjustusega inimesed jõuavad Eesti Afaasialiidu taastuskodu Pesarimajja nõustamisele ja toimetulekuõppe programmi erinevaid teid pidi. Taastuskodus pakutavatest teenustest on võimalik infot saada võrgustiku osapoolte kaudu, näiteks haiglate sotsiaal- ja ravipersonalilt, ravisüsteemis töötavalt logopeedidelt, loodetavasti üha enam ka perearstidelt, taastusarstidelt, kohalike omavalitsuste sotsiaaltöötajatelt, puuetega inimeste kodadest aga ka internetis googeldades või

sotsiaalmeedia kanaleid kasutades. Tuleb siiski märkida, et need kanalid on valdavalt kättesaadavad afaasiaga inimeste pereliikmetele, lähedastele ja on puudespetsiifika tõttu piiratud afaasiaga inimeste enda jaoks. Seetõttu võtavad meie programmimeeskonnaga kontakti enamasti afaasiaga inimese esindajad harvemini afaasiaga inimesed ise.

Taastuskodusse Pesarimaja saab pöörduda igaüks, kes soovib saada infot afaasiaring sellega seonduvate probleemide kohta.

Pesarimajas pakutakse nõustamist, juhendamist afaasiaga ja teistele tsentraalsete kõnekahjustustega inimestele ja nende peredele. Vajadusel kaasatakse ka teisi seotud isikuid, näiteks KOV sotsiaaltöötajat, hooldajat, tööandjat, riikliku rehabilitatsioonimeeskonna spetsialiste, ravisüsteemi kolleege jt.

Peaaju- ja kõnekahjustusega inimeste toimetulekuõppe programmi sisenemisele eelneb ettevalmistav etapp.

Programmimeeskonna logopeed kogub juhtumi kohta andmed, hindab toimetulekutaset programmi sisenemisel, nõustab ja juhendab klienti, pereliikmeid, vajadusel kliendi tugivõrgustikku, loob suhtlusfooni ja õpetab kommunikatsiooni rajamist, hindab eesmärgi täitmist ja annab soovitusel jätkutegevusteks.

Programmiga liitumist kaalume värske afaasiaga inimeste, retsidiivi või progresseeruva afaasiaga inimeste või ka vanema afaasia juhtumite korral kui isiku tugisüsteemis on toimunud toimetulekut mõjutavad muutused või kui see on vajalik iseseisvuse taseme säilitamiseks.

Teenuse käigus selgitame pere võimalused ja seisukohad. Kohtumistel kliendiga hinnatakse tema seisundit, motivatsiooni või selle tugevdamise vajadust ja planeeritakse adapteerivad tegevused. Vajadusel konsulteerime ravi- või riiklikku teenust osutava rehabilitatsioonimeeskonnaga. Programmi sisenemise-eelseid individuaalseid kohtumisi korraldame vastavalt vajadusele 1 - 6. Kohtumised toimuvad enamasti Taastuskodu Pesarimaja ruumides, erandkorras ka kliendi keskkonnas. Individuaalsete nõustamise ja juhendamise tundides hinnatakse programmi sobivust kliendile, valmistatakse klient ette juba integreerimiseks grupitegevustesse. Tulenevalt afaasiast, suunatakse fookus eeskätt kommunikatsiooni taastamisele, vajadusel juhendatakse klienti ja tema perekonda suhtlemise abimaterjalide koostamisel ja seejärel elukvaliteeti tagavate nii kodu ning perekesksete tegevuste kui avatud sotsiaalse keskkonna tegevuste aktiveerimisel.

Programmitsükli lõppedes kogutakse tagasiside ja hinnatakse eesmärgi täitmist, nii afaasiaga inimese kui tema pere saavutatud toimetulekutaset. Juhul kui tegemist on üksiku inimesega, siis kaasatakse protsessi kas KOV sotsiaaltöötaja või kliendile lähedane kogukonna liige.

Nii need kliendid, kes piirduvad individuaalsete konsultatsioonidega kui need, kes läbivad programmipõhise toimetuleku taastamisprotsessi saavad vastavalt vajadusele jätkata Afaasialiidu avatud grupitegevustes, tööealistena Astangu ajutraumaga inimeste rehabilitatsioonigrupis, riiklikul rehahabilitatsiooniteenusel, taastusravis, iseseisvalt kodus/tööl või tegevustes Afaasialiidu liikmetele.

Teemakohane kirjandus

1. Eesti Insuldiliit www.insult.ee
2. McMenamin, R., Griffin, M., Grzybowska, B. & Pound, C. (2021) Working together: experiences of people with aphasia as co-researchers in participatory health research studies, *Aphasiology*, DOI: [10.1080/02687038.2021.1923948](https://doi.org/10.1080/02687038.2021.1923948)
3. Reem, S. W. A., Conroy, P., Ajay, D. H. & Lambon Ralph, M. A. (2021) An efficient, accurate and clinically-applicable index of content word fluency in Aphasia, *Aphasiology*, DOI: [10.1080/02687038.2021.1923946](https://doi.org/10.1080/02687038.2021.1923946)
4. Weisong V. Lai, R.Y.L Tay & S.J. Rickard Liow (2021) Dyadic conversation training in Mandarin for bilinguals with aphasia and their communication partners, *Aphasiology*, DOI: [10.1080/02687038.2021.1931802](https://doi.org/10.1080/02687038.2021.1931802)
5. Garcia, M. B (2019). A Speech Therapy Game Application for Aphasia Patient Neurorehabilitation – A Pilot Study of an mHealth App. *International Journal of Simulation: Systems, Science & Technology*. 20(2) DOI:[10.5013/IJSSST.a.20.S2.05](https://doi.org/10.5013/IJSSST.a.20.S2.05)
6. Preisig, P. (2016) Aphasia and dialogue: What eye movements reveal about the processing of co-speech gestures and the prediction of turn transitions. PhD Thesis. DOI:[10.13140/RG.2.1.3423.8322](https://doi.org/10.13140/RG.2.1.3423.8322)
7. Griffin-Musick, J. R., Jakober, D., Sallay, A., Milman, L. & Off, C. A. (2021) Cognitive-linguistic outcomes from an intensive comprehensive aphasia program implemented by graduate student clinicians, *Aphasiology*, DOI: [10.1080/02687038.2021.1937920](https://doi.org/10.1080/02687038.2021.1937920)
8. Groenewold, R. (2021) Neurogenic communication disorders and the life participation approach: *the social imperative in supporting individuals and families*, *Aphasiology*, DOI: [10.1080/02687038.2021.1937917](https://doi.org/10.1080/02687038.2021.1937917)
9. Elston, A., Barnden, R., Hersh, D., Erin Godecke, E., Cadilhac, D. A., Natasha A. Lannin, N. A. Ian Kneebone, I. & Andrew, N. E. (2021) Developing person-centred goal setting resources with and for people with aphasia: a multi-phase qualitative study, *Aphasiology*, DOI: [10.1080/02687038.2021.1907294](https://doi.org/10.1080/02687038.2021.1907294)
10. Persson, K. J., Bråndal, R., Karlsson, F., & Blom Johansson, M. (2021) Do best practice recommendations align with current aphasia practices in the Swedish care context: a national survey, *Aphasiology*, DOI: [10.1080/02687038.2021.1917504](https://doi.org/10.1080/02687038.2021.1917504)
11. Fama, M. E., Baron, C. R., Hatfield, B., Turkeltaub, P.E. (2016) Group therapy as a Social Context for Aphasia Recovery: A Pilot Observational Study in an Acute Rehabilitational Hospital: *Topics in Stroke Rehabilitation Volume 23, 2016 - issue 4*. Kasutatud 13.06.2021 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4949973/>

12. Tuomenoksa, A., Beeke, S. & Klippi, A. (2021) People with non-fluent aphasia initiating actions in everyday conversation with familiar conversation partners: resources for participation, *Aphasiology*, DOI: [10.1080/02687038.2020.1852518](https://doi.org/10.1080/02687038.2020.1852518)
13. Babbitt, E. M., Worrall, L. & Cherney, L. R. (2021) "It's like a lifeboat": stakeholder perspectives of an intensive comprehensive aphasia program (ICAP)", *Aphasiology*, DOI: [10.1080/02687038.2021.1873905](https://doi.org/10.1080/02687038.2021.1873905)
14. Dipper, L. T., Franklin, S., de Aguiar, V., Baumgaertner, A., Brady, M., Best, W., Bruehl, S., Denes, G., Godecke, E., Gil, M., Kirmess, C., Markey, M., Meinzer, C., Mendez Orellana, M., Norvik, M., Nouwens, F., Rose, M. L., van de Sandt, M., Whitworth, A. & Visch-Brink, E. G. (2021) An Umbrella Review of Aphasia Intervention descriPtion In Research: the AsPIRE project, *Aphasiology*, DOI: [10.1080/02687038.2020.1852001](https://doi.org/10.1080/02687038.2020.1852001)
15. Blom Johansson, M., Carlsson, M., Östberg, P. & Sonnander, K. (2020) Self-reported changes in everyday life and health of significant others of people with aphasia: a quantitative approach, *Aphasiology*, DOI: [10.1080/02687038.2020.1852166](https://doi.org/10.1080/02687038.2020.1852166)
16. Panda, S., Whitworth, A., Hersh, D. & Biedermann, B. (2020) "Giving yourself some breathing room...": an exploration of group meditation for people with aphasia, *Aphasiology*, DOI: [10.1080/02687038.2020.1819956](https://doi.org/10.1080/02687038.2020.1819956)
17. Nguyen, H. Morris, J., Webster, J. & Nickels, L. (2020) Everyday reading in aphasia: Does advance picture context influence reading speed and comprehension?, *Aphasiology*, DOI: [10.1080/02687038.2020.1812046](https://doi.org/10.1080/02687038.2020.1812046)
18. Mitchell, C., Gittins, M., Tyson, S., Vail, A., Conroy, P., Paley, L. & Bowen, A. (2021) Prevalence of aphasia and dysarthria among inpatient stroke survivors: describing the population, therapy provision and outcomes on discharge, *Aphasiology*, 35:7, 950-960, DOI: [10.1080/02687038.2020.1759772](https://doi.org/10.1080/02687038.2020.1759772)
19. Holland, A. L. (2021) The value of "communication strategies" in the treatment of aphasia, *Aphasiology*, 35:7, 984-994, DOI: [10.1080/02687038.2020.1752908](https://doi.org/10.1080/02687038.2020.1752908)
20. Archer, B., Azios, J. H., Gulick, N. & Tetnowski, J. (2021) Facilitating participation in conversation groups for aphasia, *Aphasiology*, 35:6, 764-782, DOI: [10.1080/02687038.2020.1812030](https://doi.org/10.1080/02687038.2020.1812030)
21. Simmons-Mackie, N., Ahlsén, E. & Randrup Jensen, L. (2018) Overview of special issue on complexity, alignment, and enrichment in communication partner training for aphasia, *Aphasiology*, 32:10, 1123-1134, DOI: [10.1080/02687038.2018.1453044](https://doi.org/10.1080/02687038.2018.1453044)
22. Roht, I., Lind, E.(2003) *Loovtegevused rehabiliteerimises: Diplomitöö. Tallinna Ülikool*
23. Tanner, D. C. (1999) *The family guide to surviving stroke and communication disorders. Northern Arizona University*

24. American Speech-Language-Hearing Association. (i.e.). *Acquired Apraxia of Speech*. (Practice Portal). Kasutatud 14.06.2021 www.asha.org/practice-portal/clinical-topics/acquired-apraxia-of-speech/
25. American Speech-Language-Hearing Association (i.e.). *Aphasia* (Practice Portal). Kasutatud 14.06.2021 www.asha.org/Practice-Portal/Clinical-Topics/Aphasia/
26. Code, C. & Petheram, B. (2011) Delivering for aphasia, *International Journal of Speech-Language Pathology*, 13:1, 3-10, DOI: [10.3109/17549507.2010.520090](https://doi.org/10.3109/17549507.2010.520090)
27. Resource Directory for Brain Injury Services (1995) First Edition. New Hampshire
28. Patterson, R., Paul, M., Wells, A., Hoen, B., Thelander, M. (1994) *Aphasia - a New Life. A handbook for helping communities*. York-Durham Aphasia Centre
29. Association Internationale Aphasie [Aphasie International \(aphasia-international.com\)](http://AphasieInternational.com)
30. Aerts, A., Batens, K., Santens, P., Van Mierlo, P., Huysman, E., Hartsuiker, R., Hemelsoet, D., Duyck, W., Raedt, R., Van Roost, D. & De Letter, M. (2015) Aphasia therapy early after stroke: behavioural and neurophysiological changes in the acute and post-acute phases, *Aphasiology*, 29:7, 845-871, DOI: [10.1080/02687038.2014.996520](https://doi.org/10.1080/02687038.2014.996520)
31. Uriko, A., Kaasik, B. (2016). Neelamishäire. M.Padrik, M. Hallap (toim), *Kommunikatsioonipuuded lastel ja täiskasvanutel: märkamine, hindamine ja teraapia* (lk 521-551). Tartu: Tartu Ülikooli Kirjastus
32. Lepp, H.-L., Rahuoja, M., Raudsalu, V., Suvi, T. Vaidlo, R. (2020) Neelamishäire. *Patsiendi infoleht*. Põhja-Eesti Regionaalhaigla
33. Eesti Afaasialiit www.afaasia.ee
34. Roht, K., Tallo, V. (1998) Mis on afaasia?
35. Roht, K. (2002) Tal on afaasia.