

Tartu Ülikool
Sotsiaalteaduste valdkond
Haridusteaduste instituut
Eripedagoogika ja logopeedia õppekava

Lisete Sass

Marleen Vigel

AFAASIAGA ISIKU FUNKTSIONAALNE KOMMUNIKATSIOON

LÄHEDASEGA KOLME UURITAVA NÄITEL

Magistritöö

Juhendaja: Merje Viigand

Tartu 2021

Kokkuvõte

Afaasiaga isiku funktsionaalne kommunikatsioon lähedasega kolme uuritava näitel

Käesoleva töö eesmärk oli hinnata kolme afaasiaga isiku funktsionaalset kommunikatsiooni lähedasega ning nõustada uuritavaid kommunikatsiooni efektiivsemaks muutmise osas.

Valimi moodustasid kolm afaasiaga isikut ning nende lähedased, kelle omavahelise suhtluse hindamiseks salvestati ja analüüsiti nende spontaanset vestlus ning vestlust suunatud suhtlusülesannete käigus. Leiti afaasiaga isiku ja lähedase poolt eneseväljendamisel kasutatud modaalsused, suhtlusprobleemile viidanud käitumised ning raskuste ületamiseks kasutatud parandusstrateegiad ja nende edukus. Lisaks täitsid mõlemad uuritavad CETI küsimustiku.

Selgus, et vaatamata partneri afaasia raskusastmele, kasutasid lähedased domineerivalt suulist lauselist kõnet. Afaasiaga isikute kasutatud modaalsused varieerusid enam ja sõltusid afaasia raskusastmest. Suhtlusprobleemile viitavaid käitumisi kasutas kolmest paarist kahe puhul enam just lähedane. Lähedased kasutasid suhtlusprobleemile viitamiseks peamiselt interaktiivseid, afaasiaga isikud seevastu mitteinteraktiivseid käitumisi. Ka parandamisstrateegiaid kasutasid enam afaasiaga katseisikute lähedased. Kui lähedaste puhul domineerisid hõlbustavad strateegiad, siis afaasiaga katseisikud kasutasid tüüpilisi parandusstrateegiaid. Leiti ka, et afaasiaga isikud hindasid enese kommunikatsiooni toimimist oluliselt paremaks kui nende lähedased. Hindamisel saadud tulemuste põhjal koostati iga paari jaoks ka individuaalne nõustamiskava.

Märksõnad: Afaasia, kommunikatsioon, funktsionaalse kommunikatsiooni hindamine, suhtlusprobleemile viitavad käitumised, parandusstrateegiad, nõustamine

Abstract

Functional communication between a person with aphasia and their conversation partner in a case study of three pairs

The aim of this study was to assess the functional communication between three people with aphasia and each of their partners, and to counsel the subjects about improving the effectiveness of their communication.

The sample included three people with aphasia and their conversation partners, whose spontaneous conversation and guided communication were recorded and analysed in order to assess the communication of each pair. This process determined the modalities each person with aphasia and their partner used to express themselves, the trouble-indicating behaviours, as well as the repair strategies used to overcome difficulties and the success of those strategies in doing so. In addition, both subjects completed a CETI questionnaire.

It was found that, irregardless of the severity of their partner's aphasia, the partners predominantly used oral speech. The modalities used by people with aphasia varied more and depended on the severity of their aphasia. In the cases of two pairs out of the three, it was the partner that used more trouble-indicating behaviours. To indicate trouble in communication, the conversation partners mainly utilised interactive behaviours, while the people with aphasia used non-interactive behaviours. The partners were also the ones to use more repair strategies. If the partners predominantly applied facilitative strategies, then the subjects with aphasia used typical repair strategies. It was also found that people with aphasia judged their own communication to be significantly better than their partners did. Based on the results obtained during the assessment, an individualised counselling plan was devised for each pair.

Keywords: *aphasia, communication, assessing functional communication, trouble-indicating behaviours, repair strategies, counselling*

Sisukord

Kokkuvõte	2
Abstract	3
Sissejuhatus	5
Afaasia olemus, põhjused, esinemissagedus, vormid	7
Afaasia mõju suhtlemisele ja elukvaliteedile	9
Funktsionaalne kommunikatsioon.....	10
Afaasia ja funktsionaalne kommunikatsioon	10
Vestluses ilmnevad probleemid ja strateegiad nende parandamiseks	12
Suhtlusprobleemile viitavad käitumised	13
Parandamisstrateegiad	15
Afaasiaga isiku hindamine	17
Funktsionaalse kommunikatsiooni hindamine	18
Nõustamine, võimalikud teraapiasuunad	21
Uurimistöö eesmärk ja uurimisküsimused	23
Metoodika.....	24
Valim.....	24
Andmekogumine	26
Andmeanalüüs	28
Tulemused	30
PAAR 1	30
PAAR 2	41
PAAR 3	51
Arutelu.....	60
Kokkuvõte ja järeldused	68
Tänuõnad	70
Autorsuse kinnitus.....	71
Kasutatud kirjandus.....	72
Lisad	

Sissejuhatus

Afaasia on omandatud neuroloogiline keelepuue, mis mõjutab tavaliselt nii kõneloomet kui ka mõistmist, põhjustades probleeme nii rääkimisel ja kuuldu mõistmisel kui ka kirjutamisel ja lugemisel (Johansson, 2012). Afaasia mõju ulatub aga keelelistest oskustest kaugemale, muutes kogu inimese ja tema lähedaste igapäevaelu (Hallowell, 2017). Afaasia tekkimise järgselt peavad uute oludega kohanema nii inimene ise kui ka tema lähedased (Papathanasiou, Coppens & Potagas, 2013).

Üheks igapäevaelu lahutamatuks osaks on suhtlemine. Inimestevahelise suhtluse näol on tegemist keerulise ja mitmetahulise protsessiga, mis täidab lisaks info vahetamisele ka olulist sotsiaalset rolli. Suhtlemine kui keeruline info kodeerimise ja dekodeerimise protsess eeldab head keelelist võimekust. Afaasia kui keelepuue tähendab seega ka suhtlusprobleemi. Lisaks keeleliste oskuste häirumisele võib afaasiaga isiku suhtlust mõjutada ka tekkinud enesehinnangu langus (Johansson, 2012).

Läbi aegade on afaasiaga isikute hindamisel keskendunud ennekõike just keeleliste võimete hindamisele erinevate standardiseeritud testide kaudu (Doedens & Mateyard, 2019). Üha enam mõistetakse aga afaasia laiemat olemust ning asjaolu, et vaid keeleliste võimete hindamisest ei piisa. Marshall (2002) leiab, et afaasiaga inimese keelelised võimed ja suhtlemisedukus ei ole alati otseselt seotud. Kuigi inimene võib olla suhtlemisel üsna edukas, ei tähenda see automaatselt head keelelist võimekust. Niisamuti on võimalik ka vastupidine olukord. Suhtlusprobleemist tervikliku ülevaate saamiseks on Doedens ja Mateyard (2019) järgi vajalik hinnata lisaks keelelistele oskustele ka inimese funktsionaalset kommunikatsiooni, igapäevast suhtlemist. On aga oluline märkida, et igapäevane suhtlus ei toimu aga mitte afaasiaga inimese ja logopeedi vahel, seega ei kajasta ka afaasiaga isiku suhtlus logopeediga adekvaatselt tema suhtlemist igapäevastes suhtlusolukordades (Wilkinson, 2010). Eraldi hindamist vajab ka suhtlus lähedasega.

Afaasiaga isiku ja lähedase omavahelise suhtluse hindamine võimaldab tuvastada suhtluse käigus tekkivaid probleeme, nende alusmehhanisme, vestluspartnerite poolt kasutatavaid parandamisstrateegiaid ja palju muud. Kuna suhtlemine ei ole kunagi ühepoolne protsess, on oluline hinnata ka afaasiata vestluspartneri käitumisi ja kommunikatsioonioskusi. On tõestatud, et afaasiata lähedase käitumine vestlusolukorras mõjutab vestluse õnnestumist (Howe, Worrall, Hickson, 2008). Lähedaste omavahelise kommunikatsiooni hindamine, tugevuste ja arendamist vajavate külgede väljaselgitamine omakorda on aluseks nõustamisele ja teraapiale.

Teadaolevalt on Eestis afaasiat käsitlevaid uurimusi tehtud väga vähe ning töö autoritele teadaolevalt ei ole need puudutanud suhtlemise hindamist ega nõustamist. Varasemalt on käsitletud insuldihaigete kõne hindamist akuutses faasis (Nursi, 2011; Pähkel & Virkunen, 2014; Küttim-Rips, 2015), kirjeldatud afaasiaga insuldihaigete nimetamisraskusi (Möttus, 2016), aktivatsiooni- ja pidurdusprotsesside toimimist (Lohu & Viigand, 2017), raskusi ebatavalise struktuuri ja sisuga teksti vahendamisel (Lind & Vaher, 2018).

Käesolev magistritöö võiks suurendada nii hetkel töötavate kui tulevaste logopeedide teadlikkust ja huvi afaasiaga isikute igapäevase suhtlemise hindamise vastu ning pakkuda ka esmaseid ideid afaasiaga isiku ja lähedase omavahelise suhtluse hindamiseks ning hindamistulemustest lähtuva esmase nõustamise läbiviimiseks.

Afaasia olemus, põhjused, esinemissagedus, vormid

Afaasia on omandatud keelepuue, mille korral on osaliselt või täielikult häiritud nii kõneloome kui ka mõistmine. Afaasia sümptomid võivad avalduda kõikidel keeletasanditel: grammatika, hääldus, sõnavara, tekstiloome ja pragmaatika (Johansson, 2012). Sümptomid on varieeruvad (Hallowell, 2017), sõltudes kahjustatud ajupiirkonnast (Ardila, 2014).

Afaasia tekib fokaalse ehk koldelise ajukahjustuse, kõige sagedamini vasaku ajupoolkera kahjustuse, tagajärjel (Johansson, 2012; Papathanasiou, Coppens, & Potagas, 2013). Enamasti algab afaasia äkki, kuna suurem osa seda põhjustavatest neuroloogilistest haigustest on järsu algusega. Kõige sagedasemaks afaasia tekkepõhjuseks on insult, kuid põhjuseid on teisigi – ajutrauma, ajukasvaja, infektsioon, neurodegeneratiivsed haigused (Hallowell, 2017).

Maailma Terviseorganisatsiooni (WHO) andmete kohaselt on keskmine eluiga pikenenud (World Health Organization, 2020). Keskmise eluea pikenedes suureneb insuldijuhtude ning seega ka afaasia esinemissagedus (Mukherjee & Patil, 2011; Sun, Tan, & Yu, 2014; Marini *et al.*, 2001). Eestis diagnoositakse aastas umbes 4500 ajuinsulti (Vibo & Kõrv, 2013). Afaasia tekib enam kui kolmandikul insulti põdenud inimestest, neist 30–43% jääb afaasia püsima (Palmer *et al.*, 2019). Eestis statistikat afaasiaga inimeste kohta ei ole, kuid Rahvusvahelise Afaasia Assotsiatsiooni (National Aphasia Association, *s.a.*) kohaselt saab igal aastal afaasia diagnoosi 80–100 inimest iga 100 000 elaniku kohta. Eestis lisandub igal aastal keskmiselt 1500 afaasiaga inimest. Oletatakse, et kokku on meie seas umbes 5000 afaasiaga inimest (Eesti Afaasialiit, 2021).

Alates Paul Pierre Broca esimestest afaasiaga isikute kirjeldustest on välja pakutud üle 20 erineva afaasia klassifikatsiooni. Levinuimad neist on Luria ja Bostoni klassifikatsioonid (Ardila, 2010). Eestis on laialt kasutuses just Luria klassifikatsioon. Tänapäevased võimalused (nt ärkveloleku ajuoperatsioonide ajal leitu, ajukuvamine) on toonud uued vaated inimese aju toimimisele, sh ka afaasiale. Kõnefunktsiooni toimimist ei käsitleta enam kui üksikute allfunktsioonide kombinatsiooni, vaid levinud on konneksionistlik käsitlus, mis kirjeldab aju toimimist komplekssete paralleelvõrgustikena. Paralleelvõrgustikud toetavad sensomotoorseid, visuaal-ruumilisi, keelelisi, kognitiivseid ja emotsionaalseid funktsioone (Duffau, 2018). Samas kasutatakse siiani afaasia jaotamist kaheks suureks kategooriaks – voolav ja mittevoolav. Voolavale afaasiale on iseloomulik sujuv kõne ja motoorset tüüpi hääldusvigade puudumine, kuid

raskusi esineb kõne mõistmisega. Mittevoolavale afaasiale on iseloomulik säilinud kõnemõistmine, kuid olulised probleemid avalduvad kõneloome tasandil (Hallowell, 2017; Turgeon & Macoir, 2008). Hallowell (2017) on toonud välja, et voolava afaasia mõiste asemel võidakse mõnikord kasutada ka termineid retseptiivne afaasia ja posterioorset tüüpi afaasia ning mittevoolava asemel ekspressiivne ja anterioorset tüüpi afaasia. Terminid *retseptiivne* ja *ekspressiivne* viitavad vastavalt peamisele puudujäägile ning *posterioorne* ja *anterioorne* vastavalt kahjustuskohale ajus. Kuigi voolav ja mittevoolav afaasia on laialdaselt kasutatavad terminid, on nad siiski üsna üldised ning väheinformatiivsed (Hallowell, 2017).

Afaasia ei mõjuta aga vaid inimese keelelist võimekust, vaid avaldab laiemat mõju kogu tema igapäevaelule (Hallowell, 2017).

Afaasia mõju suhtlemisele ja elukvaliteedile

Afaasia negatiivne mõju inimsuhetele võib avalduda vähemalt kahel viisil. Probleemid uute suhete loomisel ja vanade säilitamisel võivad olla tingitud nii keelepuudest endast kui ka afaasia tagajärjel tekkinud enesehinnangu langusest (Johansson, 2012). Muutused inimestevahelistes suhetes mõjutavad oluliselt afaasiaga inimese elukvaliteeti (Ford, Douglas & O'Halloran, 2018).

On leitud, et afaasia põhjustab pettumust, üksildustunnet, ühiskonnaelust võõrandumist ning koormust sugulastele ja sõpradele (Johansson, 2012). Insulti põdenud (sh afaasiaga) inimestel on oht kaotada kontakt sõprade ja tuttavatega, nad osalevad vähem erinevates sotsiaalsetes tegevustes, häiritud võivad saada peresuhted ning väheneda võib inimest ümbritsevate isikute hulk (Northcott, Moss, Harrison, & Hilari, 2015). Ka Rootsis läbiviidud uuringu tulemustest selgus, et afaasia tekkimise järgselt muutusid igapäevategevused oluliselt ning tegevustes osalemist takistasid suhtlemisprobleemid või füüsiline puue (Nätterlund, 2010). Endiste hobidega võib olla keeruline või isegi võimatu tegeleda ja sama raske on leida uusi sisukaid tegevusi (Johansson, 2012). Afaasia tõttu töö kaotamine mõjutab omakorda sotsiaalseid rolle, suhteid ja rahalist kindlustunnet (Ireland & Wotton, 1996). Seega on keelepuudel oluline mõju afaasiaga inimese toimetulekule.

Afaasia tagajärjel tekkinud suhtlemisraskused vähendavad omakorda enesehinnangut ja enesekindlust (Ireland & Wotton, 1996; Johansson, 2012). Johanssoni (2012) sõnul võib tulenevalt keelepuudest olla afaasiaga isikutega raske elukvaliteeti või depressiooni puudutavaid uuringuid läbi viia. Seetõttu jäävad nad nimetatud uuringutest sageli ka välja. Sellele vaatamata on jõutud järeldusele, et afaasiaga isikute elukvaliteet on oluliselt madalam kui ajukahjustuseta inimestel, nende stressitase on kõrgem kui insuldiga, kuid afaasiata inimestel ning on leitud oluline positiivne seose afaasia ja depressiooni vahel (Johansson, 2012). Suurimat mõju elukvaliteedile avaldab just krooniline afaasia (Nykänen, Nyrkkö, Nykänen, Brunou, & Rautakoski, 2013). Ajalisi termineid kroonilise afaasia määratlemiseks on erinevaid, kuid Eesti Haigekassa kohaselt määratletakse kroonilist afaasiat kui olukorda, kus insuldi akuutstaadiumi järgselt püsima jäänud keelelised raskused on kestnud vähemalt kuus kuud (Eesti Haigekassa, s.a.).

Funktsionaalne kommunikatsioon

Kommunikatsiooni ehk suhtlemist defineerivad erinevad autorid erinevalt. Kuigi definitsioonid varieeruvad, ollakse üksmeelel, et suhtlemine tähendab kahe või enama inimese vahel toimuvat teabe/info/sõnumi edastamist. Esmalt teade kodeeritakse, seejärel dekodeeritakse. Inimestevahelise suhtluse puhul on aga teabe vahetamine vaid üks eesmärkidest (Johansson, 2012). Locheri (2010) järgi ei hõlma inimestevaheline suhtlus kunagi vaid sõnumi edastamist, vaid alati kaasneb ka sotsiaalne aspekt.

Suhelda on võimalik läbi erinevate modaalsuste. Modaalsuse all mõistame kommunikatsiooni kanalit ehk meetodit, mille kaudu inimesed suhtlevad (Pierce, O'Halloran, Togher, & Rose, 2019). Eristatakse verbaalset ehk sõnalist ja mitteverbaalset ehk sõnadeta suhtlemist (Johansson, 2012). Mitteverbaalsete suhtlusvahendite käsitletud on erinevate autorite lõikes varieeruvad, kuid nendeks loetakse näiteks kehakeelt ja näoilmeid, aga ka joonistamist ja piltidele osutamist (Pierce, O'Halloran, Togher, & Rose, 2019; Locher, 2010; Purdy & Wallace, 2016).

Suhtluse toimimiseks on olulised mõlemad partnerid, kes võtavad suhtluse käigus erinevaid rolle. Tüüpiliselt räägitakse "rääkija" ja "kuulaja" ehk "adressaadi" rollist. Vooruvahetuse käigus on rollid pidevas muutumises.

1970. aastatel võtsid Sarno ja Holland kasutusele funktsionaalse kommunikatsiooni kontseptsiooni, mis rõhutab loomulikus kontekstis suhtlemise olulisust, st suhtlus peab toimuma mitte üksnes kliinilises keskkonnas läbiviidavate keeleliste ülesannete käigus, vaid ka igapäevaelus (Johansson, 2012; Hartley, 1990). Kuna suhtlemine reaalses elus hõlmab palju enam kui ainult keelelised teadmised ja sooritused, pööratakse tähelepanu keeleväliste teguritele, mis mõjutavad inimestevahelist suhtlust ja mittekeelelisi suhtlemisviise (Hartley, 1990). Funktsionaalse suhtlemise kontseptsioonis pööratakse suurt rõhku just keskkonnale inimese ümber ning peetakse oluliseks hõlbustavate vestlusstrateegiate õpetamist lähedastele (Johansson, 2012).

Afaasia ja funktsionaalne kommunikatsioon

Kuna inimeste omavaheline suhtlus on keeruline ja mitmekihiline protsess, hõlmab see pea alati dünaamilist erinevate modaalsuste põimimist (Johansson, 2012; Abney, Dale, Louwerse, & Kello, 2018). Valimaks suhtlemiseks sobivaid modaalsusi, õigeid märke,

neid kodeerimaks ja dekodeerimaks, on vajalik hea keeleline võimekus. Afaasia kui keelepuue on seega ühtlasi ka suhtlemishäire (Johansson, 2012). Raske afaasia isiku jaoks hõlmab aga suhtlemine endas veel mitmeid lisaaspekte. Nimelt peavad raske afaasiaga isikud leidma vestluse käigus pidevalt alternatiivseid viise enese sõnumi edastamiseks (nt žestikuleerimine, joonistamine, kirjutamine jne), otsustama, milline info on vähese verbaalse kõne tingimustes prioriteetne ja milline mitte ning hindama samal ajal ka lähedasepoolset mõistmist (Penn, Frankel, Watermeyer & Russell, 2010, Ramsberger, 2005).

Suhtluses satuvad afaasiaga isikud sageli kuulaja rolli, kohati võidakse neist rääkida isegi kolmandas isikus (Johansson, 2012). On leitud, et afaasiaga inimeste suhtluspartnerid kipuvad afaasiaga isiku voorule vahele segama, parandama või rääkima koguni afaasiaga inimese eest. Kuigi afaasiaga isiku eest rääkimist kasutatakse peamiselt siiski tema abistamiseks (Croteau & Le Dorze, 2006), võib see teatud olukordades hoopiski suhtlusprobleemi süvendada (Manzo, Blonder, & Burns, 1995). Kerge on tekkima ka olukord, kus afaasiata vestluspartner võtab nn küsitleja rolli. See omakorda tähendab aga, et afaasiaga isikul puudub vestluse toimumise üle kontroll (Wilkinson, 2011, viidatud Johansson, 2012 j). Veel on leitud, et vestluspartnerid võivad võtta nõ pedagoogilise hoiaku, paludes inimesel öeldut parandada vms. Ka selline käitumine võib tuua kasu, kuid samas võib olla ka fooniks negatiivsete tunnete tekkele (Booth & Perkins, 1999).

Seega on afaasiaga isiku suhtlemise toimimisel ääretult tähtis roll ka tema vestluspartneril, kelle käitumised võivad kas vestlust soodustada või vastupidi tõkestada (Howe, Worrall & Hickson, 2008).

Vestluses ilmnevad probleemid ja strateegiad nende parandamiseks

Kõnelejad võivad vestluse käigus kogeda raskusi mõistmisel, kuulmisel ja suhtlemisel nii tavapärastes kui ka mingil põhjusel häiritud vestlustes. Üheks võimaluseks mõistmaks vestluse käigus tekkida võivaid raskusi, vestluspartnerite rolli nende tekkes ja lahendamisel, on identifitseerida esmalt “probleemid” ehk leida kummagi vestluspartneri puhul suhtlusprobleemile viitavad käitumised ning seejärel leida tekkinud raskuste ületamiseks kasutatud parandusstrateegiad (Schegloff, Jefferson, & Sacks, 1977).

Suhtlusprobleemide tekkimisel kasutavad kõnelejad nendest märku andmiseks suhtlusprobleemile viitavaid käitumisviise (ingl *trouble-indicating behaviours*, TIBs; Ferguson, 1994; Schegloff *et al.*, 1977). Selliste käitumiste abil antakse suhtluspartnerile märku vestluses tekkinud parandamist vajavast kohast, et tagada ühine arusaamine (Orange, Lubinski, & Higginbotham, 1996). Suhtlusprobleemile viitavad käitumised võivad oma olemuselt olla interaktiivsed või mitteinteraktiivsed. Interaktiivsed käitumisviisid eeldavad partnerilt/probleemi allikalt vastust samas kui mitteinteraktiivsed seda ei tee (Ferguson, 1994).

Käitumisviisid, mis on vestluses tekkinud raskustega tihedalt seotud, moodustavad n-ö parandusmustrid ehk parandussuunad (ingl *repair trajectories*), mille eesmärk on taastada vestlusvoog (Sluis *et al.*, 2019; Watson, Chenery, & Carter, 1999). Kõnelejad võivad olla võimelised probleemiallikat iseseisvalt parandama või püüab vestluspartner lahendada teise inimese raskusi, kasutades selleks parandamisstrateegiaid. Samuti võivad parandusstrateegiad olla edukad esimese paranduskatse järgselt, kuid võib ette tulla ka olukordi, kui on vaja rohkemaid parandusi probleemiallika lahendamiseks (Sluis *et al.*, 2019).

Suhtlusprobleemile viitavate käitumiste ja parandusstrateegiate esinemist on uuritud nt Alzheimeri tõvest tingitud dementsusega isikutel (Watson *et al.*, 1999), primaarse progresseeruva afaasiaga isikutel (Taylor *et al.*, 2014; Taylor-Rubin *et al.*, 2017). Samuti on sarnase kategoriseerimise baasilt hinnatud ka afaasiaga isikute kommunikatsiooni. Näiteks Taylori jt (2014) ning Taylor-Rubini jt (2017) afaasiaga isikute suhtlust käsitletud uuringutes on samuti kasutatud just algselt Watsoni jt (1999) poolt loodud suhtlusprobleemile viitavate käitumiste ja parandamisstrateegiate klassifikatsiooni.

Käesolevas töös kasutatakse nimetatud Watsoni jt (1999) klassifikatsiooni Sluis jt (2019) poolt täiendatud versiooni, millest järgnevalt ka lühike ülevaade antakse.

Suhtlusprobleemile viitavad käitumised

Suhtlusprobleemile võivad viidata nii interaktiivsed kui ka mitteinteraktiivsed käitumised.

Interaktiivsed suhtlusprobleemile viitavad käitumised hõlmavad käitumisi, mis näitavad, et suhtlusprobleem on tekkinud ning nõuavad/eeldavad partnerilt/probleemi allikalt vastust.

Suhtlusprobleemile võivad viidata ***neutraalsed või mittespetsiifilised palved ütluse/väljenduse kordamiseks (nn minimaalsed päringud)***, mis väljendavad küll mittemõistmist, kuid ei identifitseeri probleemi täpsemalt (nt “Ah?”, “Mida?” jt). Selliseid minimaalseid päringuid võidakse kasutada siis, kui öeldut ei ole täpselt kuulnud, öeldu ei olnud arusaadav või hoolimata kuulmisest, jäi mingi osa sõnumist arusaamatuks.

Mittespetsiifilised globaalsed palved annavad märku, et eelmisest ütluse osast ei ole aru saadud (“Oota. Mine tagasi sinna eelse õhtu juurde. Ma kaotasin umbes minut tagasi järje.”).

Spetsiifilised palved, spetsiifilise info palumine võib samuti viidata tekkinud suhtlusprobleemile. Tegemist on küsimusega, mis viitab selgelt, millisest ütluse osast ei ole aru saadud (Kõneleja 1: “Ma tulen Tartust.” Kõneleja 2: “Kust Sa tulded?”).

Suhtlusprobleemile võib viidata ka probleeme tekitanud ***kordamine väiksemas mahus***, mille puhul on tegemist ütluse osalise kordamisega. Sageli kasutatakse ütluse kordamiseks tõusvat intonatsiooni (Kõneleja 1: “Ma käisin eile õhtul peol.” Kõneleja 2: “Eile õhtul?”).

Kõneleja võib probleemile viitava käitumisviisina kasutada ka ***täies mahus kordamist***. Sellise käitumise puhul, kordab kõneleja probleeme tekitanud originaalütlust täies mahus ning tõusva intonatsiooniga (Kõneleja 1: “Ma käisin eile õhtul peol.” Kõneleja 2: “Sa käisid eile õhtul peol?”). Lisaks selguse palumisele võivad sellised küsimused täita ka teisi funktsioone. Nt umbusu või halvaksapanu väljendamine (või ka lihtsalt vestluse täide). Kui antud küsimused täidavad just neid viimaseid funktsioone, siis neid arvesse ei võeta.

Samuti võib kõneleja **kinnitust paluda - täies mahus kordamine + info lisamine**, mille korral kõneleja kordab täiel määral kuuldut ja lisab semantilist infot (Kõneleja 1: “Ma käisin eile õhtul peol.” Kõneleja 2: “Sa käisid eile õhtul peol....restoranis?”).

Lisaks kinnituse palumisele võidakse suhtlusprobleemile viitava käitumisena kasutada **hüpoteeside püstitamist**. Sellisel puhul sõnastab kõneleja ümber või täpsustab partneri eelnevat ütlust, öeldes, mida vestluspartner tema arvates mõtles (Kõneleja 1: “Ma olin....ma olin....õpetasin.” Kõneleja 2: “Sa töötasid õpetajana?”). Kinnituse saamiseks kasutatakse tõusvat intonatsiooni. Hüpoteeside püstitamisel on 3 allkategoriat: A) kõneleja kasutab originaalütluses olnud sõnu, kuid teises järjekorras, B) ümbersõnastamine - sisu jääb samaks, kuid saab edasi antud teiste sõnadega, C) sisu täpsustatakse/arendatakse edasi.

Mitteinteraktiivsed suhtlusprobleemile viitavad käitumised

Üheks probleemile viitavaks käitumisviisiks on ka **vähene vooru ülevõtmine/jätkamine**, mida kasutatakse siis, kui kuulaja ei vasta küsimusele/lausele, olukorras kus see oleks vajalik (Kõneleja 1: “Mida Sa täna teed?” Kõneleja 2: “Mmmm.”). Kuulaja kas ei vasta üldse (tekib pikk paus) või vastus on väga minimaalne ega vasta küsimusele.

Suhtlusprobleemile võib viidata ka **puudulik jätk**. Sellise käitumise korral on vastus teemast väljas ja viitab vestluse mittemõistmisele (Kõneleja 1: “Mis sinu lemmiklill on?” Kõneleja 2: “Mulle meeldib lugeda.”).

Veel võib välja tuua **küsimusega väheseotud vastuse**, mille puhul vastus küll haakub teemaga, kuid ei vasta täpselt esitatud küsimusele või väljendab vastuse sisu eelnevalt küsitud mittemõistmist (Kõneleja 1: “Mis sinu venna nimi on?” Kõneleja 2: “Vend...huvitav, kuhu ta küll jääb.”).

Probleemide tekkimisel kasutatakse ka **metalingvistilisi kommentaare** ehk ütlusi, mis viitavad sõnumi mittemõistmisele (tegu ei ole küsimustega - “Ma saan aru, mida sa mõtled.” “Mul on kahju, ma ei saa aru.”).

Parandamisstrateegiad

Selleks, et vestluses tekkinud probleemlikas lahendada ning vestlusvoogu jätkata, on vaja rakendada parandamisstrateegiaid. Parandamisstrateegiad jaotatakse tüüpilisteks ja hõlbustavateks (Sluis *et al.*, 2019).

Tüüpilised parandusstrateegiad

Suhtlusprobleemi ületamiseks võib kasutada **kordamist**, mis tähendab seda, et probleemset kohta või ütlust korratakse kas täies mahus või osaliselt ning uut infot sellele ei lisata (Kõneleja 1: “Ma lähen koju.” Kõneleja 2: “Mida?” Kõneleja 1: “Ma lähen koju.”).

Vestlusvoo võimalikuks parandamiseks võidakse kasutada ka **ümbersõnastamist**, mille korral ütluse sisu jääb samaks, kuid vorm muutub (nt sama tähendusega sõna kasutamine, lause süntaktilise struktuuri muutmine vms - Kõneleja 1: “Kas sa täna telekat vaatasid?” Kõneleja 2: “Mida?” Kõneleja 1: “Vaatasid sa täna midagi televiisorist?”).

Ka lisamine või täpsustamine, mille korral kas probleemsele **ütlusele lisatakse informatsiooni või täpsustatakse termineid**, võivad kaasa aidata tekkinud suhtlusprobleemi ületamisele (Kõneleja 1: “Me läheme hiljem.” Kõneleja 2: “Mida? Kuhu?” Kõneleja 1: “Me läheme poodi hiljem.”).

Parandusstrateegia võib olla ka **ebasobilik**, mille korral on tegemist mittesobivate ütlustega, kus kõneleja ei ole aru saanud, mida on vestluspartner eelneva suhtlusprobleemile viitava käitumisega küsinud/vajanud (Kõneleja 1: “Kes seda ütles?” Kõneleja 2: “Ei.”).

Probleemallika lahendamiseks võidakse kasutada ka **kinnitamist või ümberlükkamist**, mille korral segaduse lahendamiseks kasutatakse kas jah/ei vastuseid (nt Kõneleja 1: “Aa, sa mõtlesid, et ta on õpetaja.” Kõneleja 2: “Jah.”). Eelnev suhtlusprobleemile viitav käitumine on nõudnud kõnelejalt segaduse lahendamiseks JAH/EI vastust.

Hõlbustavad parandusstrateegiad

Suhtlustõkke ületamiseks võidakse kasutada ka **kohanemist**, mille puhul vestluspartneri teemaga mittehaakuva ütluse peale, aktsepteerib kõneleja teemamuutuse ja vastab sellest lähtuvalt (ei pööra enam eelmisele teemale/küsimusele tähelepanu - Kõneleja 1: “Mis on sinu lemmiklill?” Kõneleja 2: “Mulle meeldib lugeda.” Kõneleja 1: “Selge. Mida sulle lugeda meeldib?”).

Veel kasutatakse **abistamist/julgustamist**, mille korral vastuseks vestluspartneri poolt antud mittetäielikule vastusele, proovib kõneleja teda vastuse andmisel julgustada, aidata, suunata (“Ei? Kas sa mäletad?”).

Ka **uue teema sissetoomine** võib kaasa aidata tekkinud suhtlusprobleemi ületamisele. Vastuseks mitteinteraktiivsele suhtlusprobleemile viitavale käitumisele, toob vestluspartner vestluse jätkamiseks sisse täiesti uue teema (Kõneleja 1: “Mis sinu lemmikvärv on?” Kõneleja 2: “...(paus)” Kõneleja 1: “Mis täna televiisorist tuleb?”).

Lahenduse pakkumist kasutatakse olukorras, kus vastuseks mitteinteraktiivsele suhtlusprobleemile viitavale käitumisele, pakub vestluspartner ise võimaliku vastuse (aitamaks partneril küsimusele vastata - Kõneleja 1: “Mida sa eile tegid?” Kõneleja 2: “Ma ei mäleta.” Kõneleja 1: “Kas sa käisid jalutamas?”).

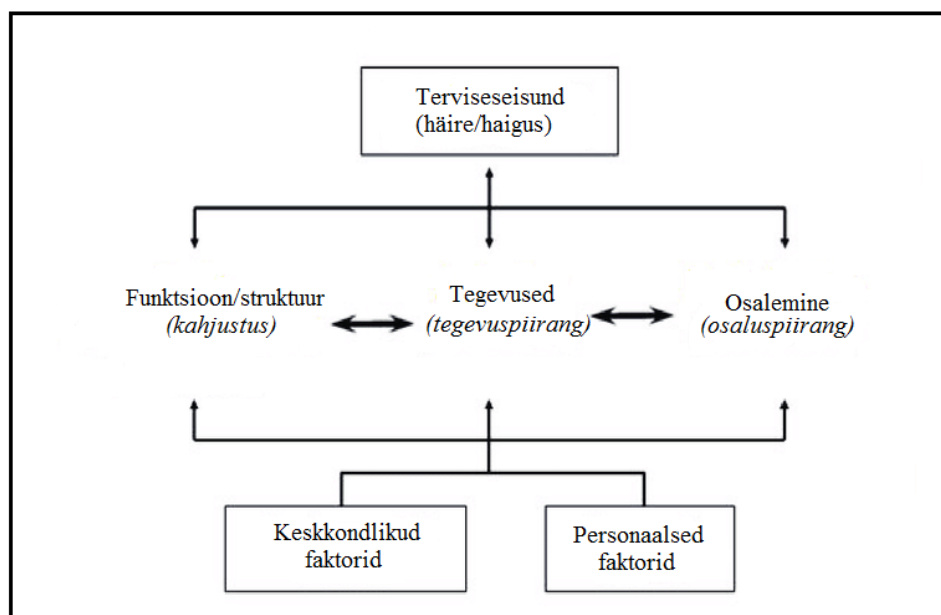
Vestlusvoo võimalikuks parandamiseks võidakse kasutada ka **teema jätkamist**. Sellisel juhul vastuseks mitteinteraktiivsele suhtlusprobleemile viitavale käitumisele, jätkab vestluspartner siiski sama teemaga (pakub teemaga haakuvaid kommentaare, küsib lisaküsimusi - Kõneleja 1: “Mis sinu lemmikvärv on?” Kõneleja 2: “...(paus)” Kõneleja 1: “Minu lemmikvärv on punane.”).

Afaasiaga isiku hindamine

Murray ja Coppensi (2013) järgi täidab hindamine nelja eesmärgi. Esiteks võimaldab hindamine määrata diagnoosi ja prognoosi. Hindamise teine eesmärk on kirjeldada erinevate keeletasandite toimimist ning mõista probleemide alusmehhanisme, sealhulgas on oluline kirjeldada ja mõista valdkondi, mis võivad keelesüsteemi toimimist vastavalt positiivselt või negatiivselt mõjutada (nt kognitsioon ja emotsionaalne seisund).

Kolmanda eesmärgina on nimetatud autorid välja toonud taustainfo kogumise afaasiaga isiku ja tema pere kohta. Neljandaks eesmärgiks on leida sisend rehabilitatsiooni eesmärkide jaoks. Turgeoni ja Macoiri (2008) hinnangul on hindamine vajalik identifitseerimaks kahjustatud ja säilinud võimed, planeerimaks teraapiat, hindamaks dünaamikat/teraapia efektiivsust.

Kõige traditsioonilisemaks viisiks afaasiaga isikute hindamisel on läbi aegade olnud erinevad standardiseeritud testid hindamaks inimese keelelist võimekust (nt Western Aphasia Battery vms) (Doedens & Mateyard, 2019). Maailma Terviseorganisatsiooni (WHO) rahvusvahelise funktsioneerimise, puute ja tervise klassifikatsiooni (ingl *International Classification of Functioning, Disability and Health*, ICF) mudeli (joonis 1) alusel kirjeldab selline hindamine ära aga vaid ühe osa ehk kahjustuse tasandi (ingl *impairment*). Lisaks vajavad aga hindamist ka tegevuse (ingl *activity*) ja osaluse (ingl *participation*) tasand. Just selliseks suhtlusprobleemi terviklikuks hindamiseks ongi vajalik hinnata lisaks keelelistele oskustele ka inimese funktsionaalset kommunikatsiooni. ICFi enda näol ei ole tegemist mitte hindamisvahendi, vaid üldisema raamistikuga, mis aitab spetsialistil probleemi olemust mõista ning sobilikke hindamismeetodeid valida (WHO, 2001).



Joonis 1. Rahvusvahelise funktsioneerimise, puute ja tervise klassifikatsiooni (ingl *International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF*) (WHO, 2001).

Funktsionaalse kommunikatsiooni hindamine

Standardiseeritud keelelist võimekust hindavad testid annavad küll võimaluse hinnata inimese keeletöötlusvõimet, kuid ei ole piisavad kirjeldamiseks inimese võimet igapäevastes olukordades suhelda (Beeke, Maxim, Best, & Cooper, 2011). Hoolimata teadmisest, et kommunikatsiooni hindamine on oluline, ei ole maailmas ühtset seisukohta, kuidas ja milliseid vahendeid kasutades oleks seda kõige efektiivsem hinnata (Doedens & Mateyard, 2019). Alljärgnevalt antakse Doedensi ja Mateyardi (2019) järgi lühiülevaade erinevatest olemasolevatest ja kasutatavatest funktsionaalse kommunikatsiooni hindamisvahenditest, mis on jagatud viide suuremasse kategooriasse.

Standardiseeritud testid. Siia rühma kuuluvad testid, kus luuakse piltmaterjali, objektide, rollimängu, küsimuste toel erinevaid hüpoteetilisi igapäevaelulukordi ning hinnatakse uuritava käitumist. Sellisteks testideks on näiteks Communicative Abilities in Daily Living 2 (CADL-2, Holland, Frattali, & Fromm, 1999, viidatud Doedens & Mateyard, 2019 j), Scenario Test (van der Meulen *et al.*, 2010).

Mittestandardiseeritud testid. Antud rühma kuuluvad nt struktureeritud vestlused afaasiaga isikuga (ACESA, Cunningham *et al.*, 1995), kuuldu/nähtu vestluspartnerile

ümberjutustamised (*Transcortical Success*, Ramsberger & Rende, 2002).

Ümberjutustamise puhul on oluline edasiantud ideede hulk.

Lisaks eeltoodutele kasutatakse funktsionaalse kommunikatsiooni hindamiseks mitmed selliseid hindamisvahendeid, mis võimaldavad kogutud vaatlustulemusi arvulisteks andmeteks teisendada (Doedens & Mateyard, 2019). Selliseid hindamisvahendeid võib jagada omakorda kaheks: 1) spetsialisti poolt täidetavad ja 2) patsiendi või tema lähedase poolt täidetavad hindamisvahendid.

Spetsialisti poolt täidetavad hindamisvahendid. Spetsialisti poolt jälgimise teel kogutud info arvuliseks muutmiseks kasutatakse erinevate kommunikatiivsete tegevuse võimekuse skoori, efektiivsuse, iseseisvuse taseme määramist (nt vestluses osalemine, enese tunnete väljendamine - kui iseseisev on inimene, milline on tema võimekus vms) ning afaasiaga isiku erinevate pragmaatiliste oskuste kirjeldamist (nt tervitamine, uue teema alustamine vms) ja suhtluses kasutatavate modaalsuste märkimist (Doedens & Mateyard, 2019). Sellisteks vahenditeks on näiteks Revised Edinburgh Functional Communication Profile (R-EFCP; Wirz, Skinner, & Dean, 1990, viidatud Doedens & Mateyard, 2019 j) ja Therapy Outcome Measure Activity Scale (TOM; Enderby, John, & Petheran, 2006).

Patsiendi või tema lähedase poolt täidetavad hindamisvahendid. Patsiendi või tema lähedase poolt täidetavad hindamisvahendid võimaldavad üksikasjalikumalt ülevaadet patsiendi toimetuleku kohta igapäevaelulistes olukordades. Sellised hindamisvahendid on oma iseloomult patsiendikesksemad, mistõttu on need muutunud väga väärtuslikeks (Doedens & Mateyard, 2019). Selliseid hindamisvahendeid on mitmeid, kuid üheks näiteks on CETI (ingl *Communication Effectiveness Index*, Lomas *et al.*, 1989), mida kasutatakse ka käesolevas töös.

Algselt oli CETI mõeldud täitmiseks afaasiaga isikute lähedastele, andmaks neile seekaudu võimaluse hinnata afaasiaga inimese suhtlusvõimet (Lomas *et al.*, 1989). CETI loomisel panid afaasiaga inimesed ja nende lähedased kokku rea suhtlusolukordi, mida pidasid oma igapäevaelus kõige olulisemaks. Praegune CETI versioon koosneb 16 suhtlemise kohta käivast väitest (Rautakoski, 2012). Nii Worralli jt (2002) kui ka Eadie jt (2006) sõnul võib CETI-d vaadelda kui aktiivsuse ja osaluse mõõdikut. CETI psühhomeetrilisi omadusi on hinnatud ja nii selle usaldusväärsus kui ka valiidsus on osutunud piisavaks (Lomas *et al.*, 1989). CETI sobivust enesehindamisvahendina ei ole testitud, kuid nii Sorin-Peters ja Behrmann (1995), Van der Gaag jt (2005) kui ka Nykänen jt (2013) on seda kasutanud siiski ka afaasiaga inimeste enesehindamisel

(Rautakoski, 2012; Nykänen *et al.*, 2013). Sarnaste hindamisvahendite kasutamine mõlema osalejarühma puhul võimaldab nende hinnanguid võrrelda (Rautakoski, 2012). Tagamaks esitatavate väidete mõistmine, kasutatakse afaasiaga uuritavate puhul CETI kohandatud varianti, kus väidete tähendust visualiseerivad erinevad pildisümbolid ning hindamisskaala tähenduse selgitamiseks/visualiseerimiseks kasutatakse emotikone (Rautakoski, 2012).

Sidusa kõne lingvistilise analüüsi meetodid. Siia rühma kuuluvate vahendite näitena võib tuua sisuühikute analüüsi (ingl *Correct Information Unit Analysis*; Nicholas & Brookshire, 1993), mille eesmärk on hinnata sidusa kõne informatiivsust, tuvastades ühikud, mis annavad konkreetse loo kohta arusaadavalt edasi olulist ja asjakohast teavet. Määratakse kindlaks ümberjutustatud loos esinenud sisuühikute protsent. Lisaks eeltoodutele on kasutusel ka näiteks protokoll hindamaks vestluse käigus esinevaid pragmaatikaprobleeme (ingl *Pragmatic protocol*, PPL; Prutting & Kirchner, 1987).

Vestlusanalüüs. Afaasia kontekstis muutub vestlusanalüüs (ingl *Conversational Analysis*) üha populaarsemaks, andes võimaluse hinnata spontaanset kõnet, loomulikku vestlust (Beeke, Maxim, & Wilkinson, 2007) ning võtta arvesse vestluse interaktiivset loomu (Doedens & Mateyard, 2019). Kui algselt kasutati hindamisel pigem helisalvestisi, siis nüüd eelistatakse kasutada videosalvestisi, kuna need võimaldavad hinnata afaasiaga isiku ja tema lähedase kasutatud multimodaalseid vahendeid (nt mitteverbaalsed vahendid/käitumine) (Beeke *et al.*, 2007; Doedens & Mateyard, 2009). Vestlusanalüüsi üldine eesmärk hindamisel on analüüsida vestluse pidamist takistavaid tegureid ning teha kindlaks probleeme ületada aitavad strateegiad (Doedens & Mateyard, 2009).

Afaasiaga isiku suhtlus logopeediga ei peegelda veel tingimata tema suhtlemist/toimetulekut igapäevastes suhtlusolukordades oma lähedastega (Wilkinson, 2010). Suhtlemine lähedasega vajab eraldi hindamist.

Nõustamine, võimalikud teraapiasuunad

Nii afaasiaga inimesed kui ka nende lähedased peavad kohanema märkimisväärtsete muutustega (Holland & Nelson, 2020). Lähedase inimese afaasia mõjutab ka lähedast ennast – tema tegevust ja osalust. Seega vajavad teavet, toetust, koolitust mitte üksnes afaasiaga inimesed, vaid ka nende lähedased. Faktilise teabe/info järele tunnevad afaasiaga isikute lähedased vajadust eelkõige just vahetult insuldi järgselt. Teabe all mõeldakse nii infot insuldi kui afaasia olemuse kohta, infot pakutavate teenuste ja teraapialähenemiste kohta (Hilton *et al.*, 2014). Suurenenud teadlikkus võib vähendada afaasiaga seotud negatiivseid tagajärgi (Williams, 1993), kuid ainult informatsioonist afaasiaga seotud raskustega toimetulekuks siiski ei piisa (Linebaugh & Young-Charles, 1978). Lisaks faktilisele teabele on Hiltoni jt (2014) sõnul lähedastel vajadus jätkuva psühhosotsiaalse toetuse järele afaasiaga ja sellest tulenevate rollimuutustega kohanemiseks ja selle aktsepteerimiseks. Vähesemal määral, kuid siiski nähakse vajadust ka konkreetsete treeningute/koolituste järele, eelkõige just afaasiaga isiku suhtlusoskuse parandamiseks (Hilton *et al.*, 2014).

Kommunikatsioonihäirega isiku suhtlemisedukus ei sõltu üksnes tema enda võimetest ja kasutatavatest strateegiatest, vaid oluline roll on ka vestluspartneril (Hallowell, 2017). Afaasiaga inimeste ja nende pereliikmete vahelist suhtlemist kirjeldavad uuringud on näidanud, et pereliikmed ei ole alati osavad suhtluspartnerid ning kasutavad mõnikord vestlusstrateegiaid, mis ei hõlbusta suhtlemist (Simmons-Macie, Kearns, & Potechin, 2005). Seega tuleks spetsialistidel pakkuda asjakohast teavet ja koolitust uute suhtlemisviiside omandamiseks kogu perele (RCSLT, 2009), vähendades seekaudu puude tagajärjel tekkinud suhtlemisprobleeme (Holland & Nelson, 2020). Vaatamata kommunikatsiooniprobleemide püsimisele, võib nõustamine aidata afaasiaga inimestel elada produktiivselt ja edukalt (Holland & Nelson, 2020).

Afaasiaga inimese pereliikmete või lähedaste toetus aitab kaasa haige seisundi stabiliseerumisele (Tamm *et al.*, 2015). Suhtlemisvõime halvenemine võib suurendada riski sotsiaalselt isoleeruda (Johansson, 2012). Seetõttu peaks afaasia teraapia hõlmama perekeskset lähenemist, kaasates peamisi vestluspartnereid rehabilitatsiooniprotsessi niipea kui võimalik (Wielandt, van de Sandt-Koenderman, Dammers, & Sage, 2016). Ka funktsionaalse suhtlemise kontseptsioonis peetakse väga oluliseks just lähedaste kaasamist, vestluspartneritele hõlbustavate vestlusstrateegiate õpetamist (Johansson, 2012).

Välja on töötatud ka mitmeid lähedasi kaasavaid ja kommunikatsioonile suunatud sekkumismetoodikaid, millede peamine eesmärk on parandada afaasiaga inimese sotsiaalset osalust ja suhtlusoskusi (Nykänen *et al.*, 2013). Üheks lähedasi kaasava sekkumise näiteks on SCA (*supported conversation for adults with aphasia*) ehk toetatud vestlus afaasiaga täiskasvanutele, mis on mõeldud afaasiaga kaasnevate psühhosotsiaalsete tagajärgede vähendamiseks. Tegemist on lähenemisega, kus õpetatakse lähedastele strateegiaid ja võtteid afaasiaga isikutega suhtlemiseks, kusjuures tegemist on pigem nõ universaalsete kui individuaalsete soovitustega (Kagan, 1998). Sarnaseid põhimõtteid on rakendatud ka *Conversational Coaching* (CC) tehnika puhul, mis hõlmab mõlemale osapoolle verbaalsete ja mitteverbaalsete strateegiate õpetamist suhtluse parandamiseks. *Conversational Coaching* tehnika peamiseks eesmärgiks on pakkuda alternatiivseid strateegiaid uudse teabe edastamiseks, vähendades seeläbi pettumust ja parandades nii praeguste kui tulevaste suhtlemiskatsete edukust. Strateegiad valitakse lähtuvalt paarist (s.o afaasiaga isik ja tema lähedane). Lähedaste kaasamist teraapiasse on kasutanud ka meie põhjanaabrid soomlased, kes löid raske afaasiaga inimestele ning nende lähedastele APPUTE (*Afasian paripuheterapia*) teraapia. Teraapias osalevad mõlemad osapooled (nii afaasiaga inimene kui tema lähedane) võrdselt ning selle käigus leitakse funktsionaalsed suhtlemisstrateegiad igapäevaste või keerukamate sõnumite edastamiseks. APPUTE teraapia keskendub funktsionaalsete kommunikatsioonistrateegiate õppimisele, kusjuures mõlemal osapoolel on oma konkreetsed rollid ja nad mõistavad teise poole vajadusi.

Nagu eelpool toodust selgub, on efektiivse kommunikatsiooni parandamisele suunatud nõustamise või sekkumise planeerimise ja läbiviimise eelduseks adekvaatne ja informatiivne hindamine. Hindamise läbiviimiseks on vajalik teada, mida on vaja hinnata ja kuidas võiks seda teha. Käesoleva uurimistöö praktiliseks väärtuseks on afaasiaga isiku ja tema lähedase omavahelise suhtluse hindamise olulisuse teadvustamine ja ühe võimaliku hindamisprotseduuri väljapakkumine (sh CETI küsimustiku kui ühe võimaliku hindamisvahendi tõlkimine ja lingvistiline valideerimine).

Uurimistöö eesmärk ja uurimisküsimused

Uurimistöö **eesmärgiks** on hinnata kolme afaasiaga isiku funktsionaalset kommunikatsiooni lähedasega ning nõustada lähedast ja afaasiaga katseisikut kommunikatsiooni efektiivsemaks muutmise osas.

Uurimistöö **ülesandeks** on tõlkida ja valideerida eesti keele jaoks kommunikatsiooni efektiivsuse indeks (CETI).

Eesmärgist lähtuvalt püstitati järgnevad **uurimisküsimused**:

1. Milliseid suhtlusmodaalsusi kasutavad vestluses eneseväljendamisel afaasiaga isikud ja nende lähedased?
2. Milliseid suhtlusprobleemile viitavaid käitumisi kasutavad suhtluse käigus afaasiaga isik ja tema lähedane?
3. Milliseid parandamisstrateegiaid kasutavad suhtluse käigus afaasiaga isik ja tema lähedane ning kui edukad need on?
4. Millise hinnangu annavad kommunikatsiooni toimimisele afaasiaga isik ja tema lähedane? Kas ja mil määral antavad hinnangud erinevad?
5. Millised on hindamisjärgsel nõustamisel afaasiaga isikule ja lähedasele antavad kommunikatsiooni soodustavad soovitused?

Metoodika

Valim

Uuringu valimi moodustasid 3 afaasiaga isikut ja nende lähedased. Lähedast defineeriti käesolevas uuringus kui inimest, kellega afaasiaga isik igapäevaselt suhtleb. Afaasiaga uuritavad leiti MTÜ Tartumaa Afaasiaühingu (kontaktisikuks Liis Linde) või töö juhendaja Merje Viigandi tööalaste kontaktide kaudu.

Kõigi uuringus osalenud afaasiaga isikute emakeel oli eesti keel ning ka nende lähedased valdasid eesti keelt heal tasemel. Valimist välistati logopeedi ja lähedase hinnangul koostöövõimetud, raske nägemis- ja/või kuulmisprobleemiga ning väljendunud dementsusega isikud ning ka isikud, kelle kõne mõistmise tase ei võimalda uuringuülesandeid mõista. Kolmest paarist ühe puhul oli afaasiaga isiku lähedaseks tema abikaasa, ühel juhul oli tegemist ema ja ühel tugiisikuga. Kolmest afaasiaga uuritavast kahe puhul oli tegemist kroonilise afaasiaga (afaasia tekkest oli möödas enam kui 6 kuud). Kolmest juhust kahel oli afaasia tekkinud insuldi, ühel juhul traumaatilise ajukahjustuse järel. Afaasiaga uuritavate keeleline võimekus oli erinev. Afaasia vormi määramine käesoleva töö seisukohast oluline ei olnud. Kahel juhul kolmest oli tegemist raske, ühel mõõduka afaasiaga. Valimi kokkuvõtlik kirjeldus on toodud tabelis 1.

Tabel 1. Valimi kirjeldus

Uuritavate paari nr	Uuritavad	Afaasia raskusaste	Afaasia tekkest möödunud aeg	Afaasia tekkepõhjus
PAAR 1	Afaasiaga katseisik 1(A1)	Raske	6 aastat	Ajuinfarkt
	Lähedane 1 - tugiisik (L1)			
PAAR 2	Afaasiaga katseisik 2 (A2)	Raske	3 kuud	Ajuinfarkt
	Lähedane 2 - abikaasa (L2)			
PAAR 3	Afaasiaga katseisik 3 (A3)	Mõõdukas	7 aastat	Ajutrauma
	Lähedane 3 - ema (L3)			

PAAR 1. Esimese paari moodustasid 54-aastane afaasiaga naisterahvas ja tema tugiisik. Katseisiku afaasia oli tekkinud 2015. aastal põetud ajuinfakti tagajärjel. Seega on tegemist kroonilise probleemiga. Afaasia raskusastet hindas katseisikuga kokkupuutuv logopeed praegusel hetkel jätkuvalt raskeks.

PAAR 2. Teise paari moodustasid 57-aastane afaasiaga meesterahvas ja tema abikaasa. Katseisiku afaasia oli tekkinud 2021. aasta alguses põetud ajuinfarkti järgselt. Katseisikuga kokkupuutuva logopeedi hinnangul on esinev afaasia raske.

PAAR 3. Kolmanda paari moodustasid 38-aastane afaasiaga naisterahvas ja tema ema. Katseisiku afaasia oli tekkinud traumaatilise ajukahjustuse tagajärjel ning probleemi tekkest on möödas 7 aastat. Katseisikuga töötavalt logopeedilt saadud info kohaselt esineb afaasiaga uuritava traumaatilisele ajukahjustusele iseloomulikult ka häireid kognitiivsete protsesside toimimises (nt mäluprobleemid), afaasia raskusastet hinnatud mõõdukaks. Mainitud kognitiivsetele probleemidele vaatamata oli katseisik siiski võimeline uuringu sisu mõistma ning juhiseid järgima.

Andmekogumine

Uurimistöö läbiviimiseks taotleti Tartu Ülikooli inimuuringute eetikakomitee luba (loa nr 323/T-17).

Uuritavate värbamine toimus MTÜ Tartumaa Afaasiaühingu (kontaktsikuks Liis Linde) ja töö juhendaja Merje Viigandi tööalaste kontaktide kaudu. Esmalt hindas uuritava sobivust uuringusse logopeed Liis Linde või Merje Viigand, kes tutvustas potentsiaalsetele uuringus osalejatele (nii afaasiaga isikule kui tema lähedasele) uuringu protsessi ning aitas saada esmase suulise informeeritud nõusoleku kohtumaks uuringu läbiviijatega. Nii afaasiaga uuritav kui ka tema lähedane said koju kaasa kirjaliku teadliku nõusoleku vormi, millega said tutvuda. Neilt ei oodatud kohest nõusoleku andmist.

Kolm päeva hiljem võttis potentsiaalsete uuritavatega telefoni teel ühendust üks töö autoristest. Uurija vastas tekkinud küsimustele ning selgitas vajadusel veelkord lühidalt uuringu protseduuri. Selle järel oli afaasiaga uuritaval ja tema lähedasel võimalik uuringus osalemisest ka loobuda. Kui afaasiaga uuritav ja lähedane olid osalemisega nõus, leppis uurija kokku sobiva aja hindamise läbiviimiseks. Hindamine toimus uuritavate nõusolekul nende koduses keskkonnas. Enne hindamise läbiviimist tutvustas uurija veelkord uuringu käiku ja eesmärki ning seejärel allkirjastasid nii afaasiaga uuritav kui ka tema lähedane oma soovi kohaselt teadliku nõusoleku vormi. Pärast uuritavatelt kirjaliku nõusoleku saamist alustatakse hindamisprotseduuriga.

Peamise andmekogumismeetodina kasutati filmimist (osalejate loal).

Hindamisprotseduur koosnes kahest osast:

1. Afaasiaga katseisiku ja lähedase spontaanne vestlus

Kuigi keeleliste oskuste testimine on oluline, ei ole see siiski piisav, kuna teatud oskusi on võimalik hinnata vaid vestlust analüüsides (Myrberg, Hydénb, & Samuelsson, 2018).

Selliste oskuste hulka kuuluvad muuhulgas ka suhtlusprobleemidest märkuandmine ning nende parandamine. Just seetõttu kasutati ka antud uuringus uuritavatevahelise spontaanse vestluse salvestamist.

Kuna uuringusituatsiooniga kaasnevad siiski ka teatav pinged, ebamugavus, ärevus, anti spontaanse kõne hõlbustamiseks/esilekutsumiseks uuritavatele ette 3-4 vestlusteemat, millest nad lähtuda võisid (see ei olnud aga kohustus). Teemade valikul arvestasid uurijad

uuritava paari eripärade ja päevakajaliste sündmustega. Universaalsemateks kasutatud teemadeks olid nt “Tänase päeva tegevused, “Plaanid homseks”. Näiteks paaril, kelle pikaajaline logopeed neid enam vastu võtta ei saanud, oli aga üheks vestlusteemaks hoopiski edasise logopeedilise teraapia korraldus (“Kus? Kelle juures? Afaasiaga uuritava soovid ja mõtted selles osas”).

2. Suunatud ülesanded ehk uurijate poolt loodud suhtlusolukorrad spontaanse kõne esilekutsumiseks

Lisaks spontaansele igapäevasele vestlusele kasutati enamate spontaanse kõne näidete saamiseks ka suunatud ülesandeid, mis olid ette valmistatud kolmel erineval raskusastmel. Uuringusituatsioonis langetas/langetasid sobiva taseme osas valiku uurija/uurijad, lähtuvalt afaasiaga katseisiku logopeedi käest saadud taustteadmistest ning uuritavatega kohtumisel kogutud esmasest infot.

- TASE 1. Esemepiltide/tegevuspiltide kirjeldamine/selgitamine (kokku 10 pilti: 5 esemepilti, 5 tegevuspilti). Afaasiaga uuritava ülesandeks oli vaadata esemepilti/tegevuspilti ning anda selle sisu edasi pilti mitte näinud lähedasele.
- TASE 2. Situatsioonipildi kirjeldamine (“Kalapüük”). Afaasiaga uuritavale esitati situatsioonipilt, anti talle aega sellega tutvumiseks ning paluti seejärel anda selle sisu edasi oma lähedasele (kes ei olnud pilti näinud).
- TASE 3. Nähtud videoklipi sisu edasiandmine. Videoklipina kasutati AK lühivuudist “Jääkaru saabumine Tallinna loomaaeda”. Videoklipi pikkus oli 2 minutit ja 7 sekundit. Videoklipi afaasiaga isikule näidates viibis tema lähedane teises ruumis. Videoklipi esitamise järgselt küsiti afaasiaga isikult jõukohaseid sisutaastavaid küsimusi, kindlustamaks, et uuritav on nähtu sisu mõistnud.

Mõlema hindamisprotseduuri osa puhul oli afaasiaga uuritavale ja tema lähedasele antud juhiseks suhelda nii nagu tavaolukorras. Kasutatavate modaalsuste osas eraldi juhiseid ega soovitusi ei antud, kuna eesmärk oli näha võimalikult loomulikku ja igapäevaelule vastavat olukorda. Salvestiste pikkuse osas piiranguid ei seatud, pikkused varieerusid 21.22 minutist 43.05 minutini.

Kogutud videosalvestusi analüüsiti kahest aspektist lähtuvalt:

1. Eneseväljendamisel kasutatavad modaalsused (nii afaasiaga uuritava kui lähedase puhul).

2. Suhtlusprobleemile viitavad käitumised ja kasutatavad parandusstrateegiad (nii afaasiaga uuritava kui lähedase poolt).

Lisaks kasutati andmekogumises ka küsimustikku. Nii afaasiaga uuritav kui ka lähedane täitsid kommunikatsiooni hinnangulehe CETI (vt lisa 1), mille eesmärk on hinnata afaasia tõttu tekkinud muutusi inimese igapäevases funktsionaalses kommunikatsioonis (Lomas *et al.*, 1989). CETI koosneb 16st situatsioonist/väitest, mida tuleb täitjal hinnata skaalal “ei ole üldse võimeline”, “võimeline samal määral, mis enne insulti”. Iga väite puhul peab vastaja tegema märke 100 mm pikkusele visuaalsele analoogskaalale. Iga väidet hinnatakse skaalal 0-100. CETI lõplik indeks tähendab 16 väite pealt saadud skooride keskmist. Kõrgemad skoorid näitavad edukamat kommunikatsiooni. Kirjeldatud mõõtevahend tõlgiti ja valideeriti (lingvistiline valideerimine) eesti keelde käesoleva uurimistöö käigus. Seni antud küsimustik uurijatele teadaolevalt Eestis käibel ei ole. Mõõtevahend tõlgiti eesti keelde tagades tõlke ja originaali ekvivalentsus. Tõlkijateks olid tõlgid. Küsimustiku tõlkimisele inglise keelest eesti keelde järgnes tagasitõlge teise tõlkija poolt, tõlke ja tagasitõlke erinevuste analüüsimine ning töö autorite ja juhendaja koostöös keeleliselt ja kultuuriliselt sobivaima lahenduse valimine.

Afaasiaga katseisikute jaoks pandi kokku kohandatud CETI versioon (vt näidet lisa 2), kus esitatud väidete/olukordade tähendust illustreerisid fotod ning hindamisskaala tähenduse selgitamiseks kasutati emotikone. Sarnast CETI kohandamist on kasutanud ka nt Rautakoski (2012).

Andmeanalüüs

Andmeid analüüsiti, kombineerides omavahel kvantitatiivset ja kvalitatiivset andmeanalüüsi. Videod transkribeeriti käsitsi. Saadud transkriptsioone kontrolliti töö autorite poolt korduvalt, võrreldes neid salvestistega. Transkribeerides kasutati nimede asemel pseudonüüme. Ühe video transkribeerimine võttis aega 6 tundi. Saadud transkriptsioonide pikkused varieerusid 6 leheküljest 10 leheküljeni. Kogumahu oli transkriptsioone 24 lehekülge.

Transkriptsioonide analüüsimiseks kasutati kvalitatiivset sisuanalüüsi toetavat keskkonda QCMap (*a software for Qualitative Content Analysis*). Suhtlusprobleemile viitavate käitumiste ja parandamisstrateegiate analüüsimisel kasutati deduktiivset

sisuanalüüsi. Deduktiivse sisuanalüüsi puhul leidub uuritava nähtuse kohta juba varasemaid uurimusi, mida soovitatakse edasi arendada (Laherand, 2008) ning alaüüsi kategooriad on juba enne analüüsi alutamist määratud (Kalmus, Masso, & Linno, 2015). Käesoleva uuringu käigus kasutati Watsoni jt (1999) loodud ja Sluis jt (2019) poolt täiendatud kategooriate jaotust, mis on toodud lisas 3. Käesoleva töö spetsiifikast lähtuvalt tehti kategooriates vaid minimaalseid muudatusi/täiendusi, mis on märgistatud tärniga.

Eneseväljendamisel kasutatavate suhtlusmodaalsuste analüüsimisel kasutati induktiivse ja deduktiivse meetodi kombinatsiooni ehk kombineeriti teooriast tuletatud ja andmetest tulenevaid koode. Esmane suhtlusmodaalsuste jaotus pandi kokku kirjanduse baasil (Pierce, O'Halloran, Togher, & Rose, 2019; Locher, 2010; Purdy & Wallace, 2016), induktiivse vaatenurga lisamine võimaldas aga olla avatud ka teooria täiendamisele ja konkreetse uuringu andmetest tulenevalt koode muuta/lisada (Laherand, 2008). Ülevaade lõplikust kategooriate jaotusest on leitav lisas 4.

Transkriptsioone analüüsides kodeeriti vaid lähedase ja afaasiaga isiku omavaheline suhtlus. Spontaanselt tekkinud suhtlus uurijaga jäeti kõrvale.

Kodeerimise usaldusväärsuse tagamiseks kaasati ka kaaskodeerijad, kelleks oli töö autor, kes polnud vastava uuritavate paariga kokku puutunud. Samuti tehti kodeerimise usaldusväärsuse tagamiseks pidevat koostööd töö juhendajaga.

Kvantitatiivsed andmed, milleks olid käesolevas töös suhtlusprobleemile viitavate käitumiste ja parandamisstrateegiate sagedused, erinevate suhtlusmodaalsuste kasutussagedused ja CETI skoorid, sisestati objekt-tunnus vormis Exceli programmi. Andmete esitlemiseks kasutati kirjeldavat statistikat.

Tulemused

Käesoleva magistritöö eesmärk oli hinnata kolme afaasiaga isiku funktsionaalset kommunikatsiooni lähedasega ning nõustada lähedast ja afaasiaga katseisikut kommunikatsiooni efektiivsemaks muutmise osas. Tulemused esitatakse (uurimisküsimustele vastatakse) uuritud paaride kaupa.

PAAR 1

Eneseväljendamisel kasutatud modaalsused

Kõik nii lähedase kui ka afaasiaga isiku repliigid kodeeriti vastavalt kasutatud suhtlusmodaalsusele. Jooniselt 2 ilmneb, et lähedane (L1) kasutas kõigist modaalsustest ülekaalukalt enim *lauselist kõnet* (90,84% repliikide koguhulgast). Oluliselt vähem kasutas lähedane *žestidega toetatud lauselist kõnet* (4,93%) ja *minimaalseid verbaalseid eneseväljendusi* (4,23%). Teisi suhtlusviise lähedane ei kasutanud.

Afaasiaga isiku (A1) kasutatud suhtlusmodaalsuste variatiivsus oli lähedasega võrreldes laiem ja haaras enam ka mitteverbaalseid suhtluskanaleid. Suhtluses domineeris *minimaalne verbaalne eneseväljendus (üksikud sõnad, jah-ei vastused)*, mis moodustas afaasiaga katseisiku repliikide koguhulgast 48,06%. Sellele järgnesid *žestidega saadetud minimaalne verbaalne eneseväljendus* (25,58%), *arusaadava funktsiooni/eesmärgiga žestide* kasutamine (11,63%), *esemeline suhtlemine* (6,98%), *arusaamatu verbaalne eneseväljendus* (4,65%), *kirjalik kõne* (2,33%) ja *joonistamine* (0,78%).

Esemeline suhtlemine oli eriti sage just suunatud ülesande puhul (piltidel kujutatu lähedasele edasiandmine), kus viiest eseme- ja tegevuspildist nelja eseme- ja ühe tegevuspildi selgitamisel kasutas afaasiaga katseisik just seda modaalsust. Alljärgnevalt toodud näide 1 illustreerib afaasiaga katseisiku *esemelist suhtlemist* esemepilti “kastekann” selgitades.

Näide 1 ¹

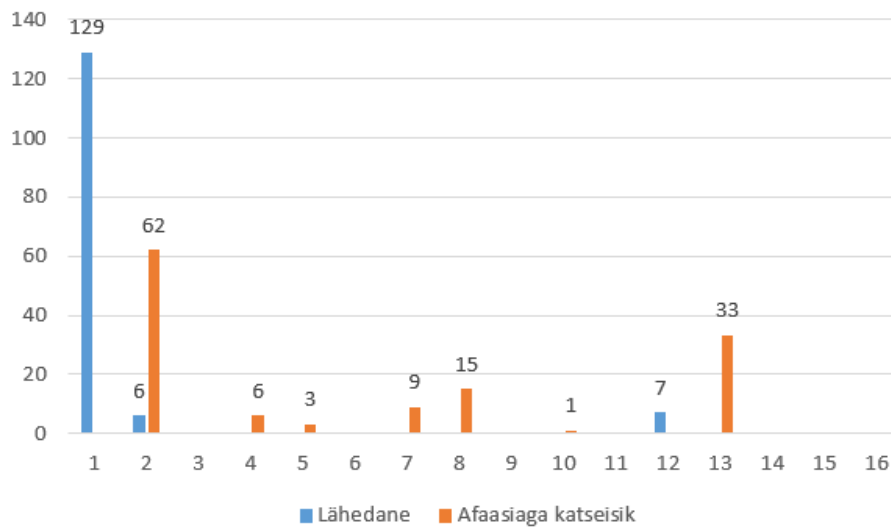
H: et nii nii nii nii (.) ((läheb köögikapil seisva kastekannu juurde ja võtab selle kätte)) nii

nii nii nii

L: kastekann (.) ja

¹ Transkriptsioonimärgid lisas 5.

H: jah jah



Joonis 2. Afaasiaga katseisiku ja lähedase eneseväljendamisel kasutatud modaalsused

Märkus. Verbaalne suhtlus (1-6): 1 - lauseline kõne (suuline), 2 - minimaalne verbaalne eneseväljendus (suuline), 3 - kajakõne elementidega vastused, 4 - arusaamatu verbaalne eneseväljendus, 5 - kirjalik kõne, 6 - kirjaliku ja suulise kõne kombineerimine. Mitteverbaalne suhtlus (7-11): 7 - esemeline suhtlemine, 8 - arusaadava funktsiooni/eesmärgiga žestid, 9 - raskestimõistetava funktsiooni/eesmärgiga umbmäärane žestikuleerimine, 10 - joonistamine, 11 - AAC. Verbaalse ja mitteverbaalse suhtluse kombineerimine (12-16): 12 - žestidega toetatud lauseline kõne, 13 - žestidega saadetud minimaalne verbaalne eneseväljendus, 14 - žestidega saadetud arusaamatu verbaalne eneseväljendus, 15 - joonistamise ja suulise kõne kombineerimine, 16 - AAC vahendi ja suulise kõne kombineerimine.

Suhtlusprobleemile viitavad käitumised

Eraldi kodeeriti suhtlusprobleemile viitavad käitumised (edaspidi SVK) nii afaasiaga isiku kui ka tema lähedase kõnevoorudes. Leiti, mitmes protsendis voorudest SVKd esinesid ning milline oli SVK-de erinevate tüüpide esinemissagedus kummagi vestluspartneri voorudes.

Kokku kodeeriti paari omavahelises vestluses 61 suhtlusprobleemile viitavat käitumist, millest 16 afaasiaga isiku voorudes ning 45 lähedase omades. Lähedase voorudest sisaldasid SVKd 40,54%, afaasiaga katseisiku voorudest 13,79%.

Järgnevalt analüüsitakse suhtlusprobleemile viitavaid käitumisi alaliikide kaupa. Kokkuvõtvalt on nii afaasiaga isiku kui tema lähedase voorudes esinenud SVKd näha joonisel 3.

Nagu näha jooniselt 3, kasutas afaasiaga isik vaid mitteinteraktiivseid suhtlusprobleemile viitavaid käitumisi ehk ei otsinud arusaamatuste tekkimisel abi. Kõige

suurema kasutussagedusega SVK oli afaasiaga isiku puhul *vähene vooru ülevõtmine/jätkamine* (75% tema SVKde koguhulgast), mida illustreerib näide 2. Näide pärineb situatsioonipildil nähtu edasiandmisest, kus afaasiaga uuritav püüab edasi anda kalapüüdmist kujutava pildi sisu. Toodud näites avaldub, kuidas afaasiaga katseisiku vastus on väga minimaalne ega kanna edasi sisu.

Näide 2

L1: nii ja mis nende tööriistadega edasi saab (.) kas nendega on vaja midagi teha (.)

A1: ee (.) ää (0.6) et ää (.)

L1: tööriistad küll aga mis me nende tööriistadega (.) mis nende tööriistadega on? kas nendega on vaja tööd teha või neid on millegi jaoks vaja või (.) või või mis mis mure sul nende tööriistadega on

Kasutussageduselt järgmine SVK oli *küsimusega väheseotud vastus* (18,75% SVK koguhulgast), ühel korral esines *puudulik jätk*.

Lähedane seevastu kasutas vaid interaktiivseid suhtlusprobleemile viitavaid käitumisi, millega näidatakse, et suhtlusprobleem on tekkinud ning oodatakse partnerilt/probleemi allikalt vastust (Ferguson, 1994). Ülekaalukalt suurima kasutussagedusega oli *hüpoteeside püstitamine* (93,33% SVK koguhulgast), mida illustreerib näide 3. Näide pärineb tegevuspildidel kujutatud edasiandmisest, kus afaasiaga isik püüab edasi anda tegevust “põrandat pesema”. Lähedane omakorda püstitab hüpoteese, millega väljendab, et suhtlusprobleem on tekkinud ning püüab kohe ka aimata, mida võib probleemi allikaks olev vestluspartner mõelnud olla.

Näide 3

A1: ahaa (.) ee (.) ((liigub vannitoa poole)) nii kaa (.)

L1: Helle läheb nüüd vannituppa (.) nüüd läheb Helle duši alla ((naerab))?

A1: ja jaa

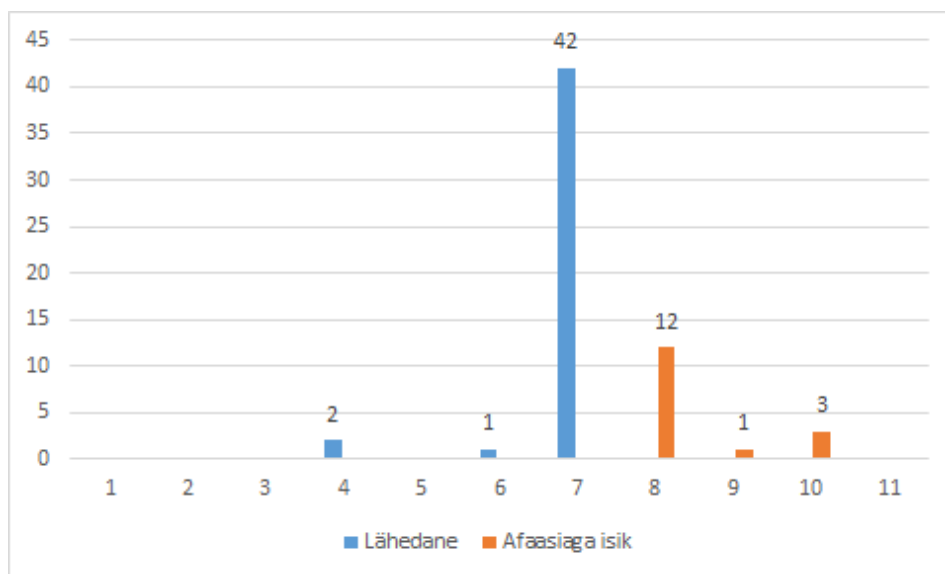
A1: et ää (.) ((otsib vannitoast pildil kujutatud eset, võtab ämbri))

L1: ämbriga vett tooma?

L1: või lihtsalt ämber?

A1: ((üritab imiteerida põrandat pesemist))

Lähedase poolt hüpoteeside püstitamisele järgnes *väiksemas mahus kordamine* (4,44%). Ühel korral kasutas lähedane ka *täies mahus kordamist info lisamisega*.



Joonis 3. Suhtlusprobleemile viitavad käitumised

Märkus. Interaktiivsed suhtlusprobleemidele viitavad käitumised (1-7): 1 – neutraalsed või mittespetsiifilised palved ütluse/väljenduse kordamiseks (minimaalsed päringud), 2 – mittespetsiifilised globaalsed palved, 3 – spetsiifilised palved, spetsiifilise info palumine, 4 – kordamine väiksemas mahus, 5 – täies mahus kordamine, 6 – kinnituse palumine – täies mahus kordamine + info lisamine, 7 – hüpoteeside püstitamine. Mitteinteraktiivsed suhtlusprobleemidele viitavad käitumised (8-11): 8 – vähene voo ülevõtmine/jätkamine, 9 – puudulik jätk, 10 – küsimusega väheseotud vastus, 11 – metalingvistilised kommentaarid.

Parandamisstrateegiad ja nende edukus

Parandamisstrateegiate all mõisteti käitumisi, mille eesmärk oli suhtlusprobleem ületada ja ühine arusaamine taastada. Parandus loeti edukaks, kui parandamisele järgnenud kõnevoorus sai vestlus edukalt jätkuda. Edutu parandus tähendas, et probleem ei saanud lahendatud/ vestlus ei saanud adekvaatselt jätkuda.

Kodeeriti kõik parandused nii afaasiaga isiku kui ka tema lähedase kõnevoorudes, analüüsiti paranduste tüüpi ja edukust.

Kokku kasutasid afaasiaga katseisik ja tema lähedane vestluses parandusstrateegiaid 90 korral, afaasiaga katseisik 41 korral ning tema lähedane 49 korral. Lähedase voorudest sisaldasid parandusstrateegiaid 44,14% ning afaasiaga katseisiku voorudest 35,34%.

Ülevaate lähedase ja afaasiaga isiku poolt kasutatud parandamisstrateegiast ja nende edukusest annab joonis 4. Nagu jooniselt näha, kasutas afaasiaga katseisik vaid tüüpilisi parandusstrateegiaid. Ülekaalukalt suurima kasutussagedusega strateegia oli kinnitamine/ümberlükkamine (75,61% paranduste koguhulgast), mis osutus üle pooltel

(58,06%) kasutatud juhtudest ka edukaks. Väiksemas mahus kasutas afaasiaga isik *mitteverbaalset lisamist/täpsustamist* (21,95%). Edukaks osutus lisamine/täpsustamine 66,67% juhtudest. Ühel korral, kuid edutult, kasutas afaasiaga isik ka *ümbersõnastamist kasutatavat modaalsust muutes*. Kokku olid afaasiaga isiku poolt kasutatud parandustest edukad 58,53%.

Afaasiaga katseisiku poolt kõige sagedamini kasutatavat parandusstrateegiat *kinnitamine/ümberlükkamine* illustreerib järgnev näide katseisikute omavahelisest vestlusest, kus lähedane uurib toimunud füsioteraapia kohta. Nagu näha, oli afaasiaga isiku poolt kasutatud parandus edukas, kuna vestlus sai probleemideta jätkuda.

Näide 4

L1: oli abi kohe sellest?

A1: ((noogutab)) jah

L: ma vaatasin, et Rein väga kiitis et (.)

Erinevalt afaasiaga isikust, kasutas tema lähedane vaid hõlbustavaid parandusstrateegiaid. Lähedase poolt tehtud parandustest olid edukad 44,9%. Suurima kasutussagedusega oli *teema jätkamine* (55,10% paranduste koguhulgast), mis osutus edukaks 44,45% kasutatud juhtudest. Kasutussageduselt järgnes *lahenduse pakkumine* (36,73% lahenduste koguhulgast), mis oli edukas täpselt pooltel juhtudest.

Lähedase poolt enim kasutatud parandusstrateegiaid *teema jätkamine* ja *lahenduse pakkumine* illustreerivad järgnevad näited (vastavalt näide 5 ja näide 6). Näitest 5 nähtub, kuidas lähedane kasutab tekkinud suhtlustörke ületamiseks teema jätkamise võtet ehk püsib sama teema piires, kuid küsib probleemi ületamiseks täpsustava küsimuse. Afaasiaga katseisik vastab aga uue probleemile viitava käitumisega (vähene vooru ülevõtmine/jätkamine), mis näitab, et lähedase poolt tehtud parandus ei olnud edukas (vestlus ei saa probleemideta jätkuda).

Näide 5

A1: nii (.) ((silitab tööriistakohvrit, seejärel avab selle)) ee (.)

L1: tööriistakast on (.) ja mis seal mis nendega siis edasi

A1: ((võtab ja näitab taskunuga)) et ää (.) nii nii nii nii

Näide 6 illustreerib lahenduse pakkumist ehk olukorda, kus vastuseks tekkinud suhtlusprobleemile pakub vestluspartner ise välja võimaliku vastuse. Vaadates afaasiaga

isiku kinnitavat vastust, selgub, et parandus oli edukas, lähedase poolt pakutud vastus sobiv.

Näide 6

A1: ((võtab ja näitab taskunuga)) et ää (.) nii nii nii nii

L1: jaa see on taskunuga ja

A1: et ää (.) ((näitab kalalanti)) nii nii (.)

L1: aa (.) sa käid kalal (.) landid on seal

A1: jaa ((otsib veel midagi kohvrast))

Vähem kasutas lähedane *abistamist/julgustamist* (8,16% paranduste koguhulgast), mis osutus edukaks 25% kasutatud kordadest. Edutut abistamist illustreerib näide 7, kus vastuseks vestluspartneri mittetäielikule vastusele, üritas lähedane teda märgistatud vóorus suunata/aidata, kuid nagu selgub vaadates afaasiaga isiku vastust, edutult (suhtlusprobleem ei saa lahendatud, vestlus ei saa jätkuda).

Näide 7

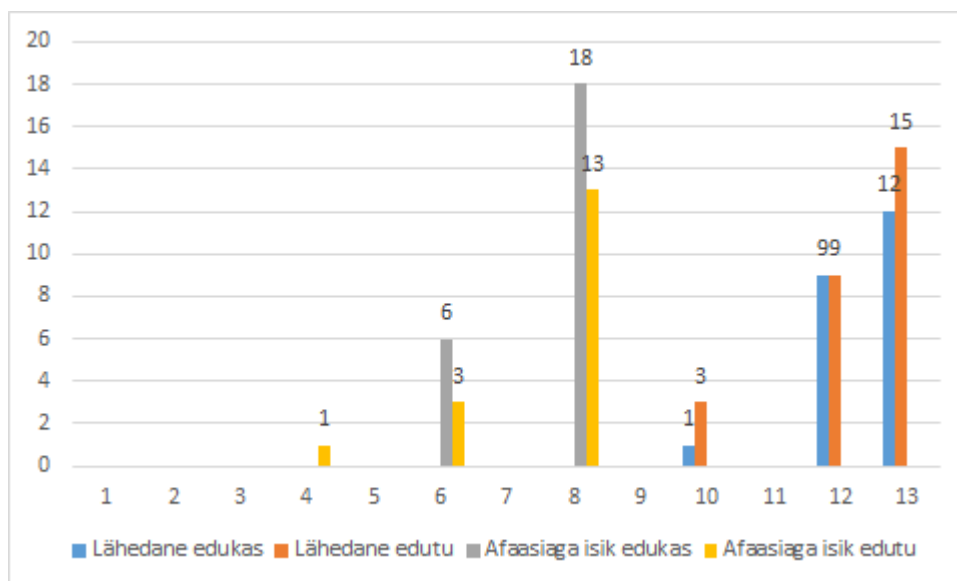
L1: nii (.) ja mida mida meie siis teeme?

A1: ee (.) nii (.)

L1: kuidas sa näitad et sa helis- (.) et helistame taksosse?

A1: ei ((raputab pead))

Kokkuvótlíku tabeli mõlema uuritava poolt kasutatud paranduste esinemissagedusest ja edukusprotsendist annab tabel 2 (lisa 6).



Joonis 4. Ülevaade afaasiaga uuritava ja lähedase poolt kasutatud edukatest ning edututest parandustest

Märkus. Tüüpilised parandusstrateegiad (1-8): 1 – kordamine (verbaalne), 2 – mitteverbaalse tegevuse kordamine, 3 – ümbersõnastamine, 4 – ümbersõnastamine kasutatavat modaalsust muutes, 5 – lisamine/täpsustamine (verbaalne), 6 – lisamine/täpsustamine (mitteverbaalne), 7 – ebasobilik, 8 – kinnitamine/ümber lükkamine. Hõlbustavad parandusstrateegiad (9-13): 9 – kohanemine, 10 – abistamine, julgustamine, 11 – uue teema sissetoomine, 12 – lahenduse pakkumine, 13 – teema jätkamine.

CETI skoorid

CETI küsimustiku täitsid nii afaasiaga isik kui lähedane. Lähedase poolt täidetud CETI küsimustiku skoor oli võrrelduna afaasiaga isiku omaga madalam (vastavalt 48.88 ja 32). Enam kui 10 punkti võrra erinesid 13-le situatsioonile antud hinnangud. Kõige markantsema näitena võib tuua 4. väite *Enese emotsioonide väljendamine*, mille osas hindas afaasiaga isik enese võimekust haiguseelse ajaga ligilähedaseks samas kui lähedase hinnang oli sisuliselt vastupidine (skaalal 0-100 afaasiaga isiku hinnang 98 ning tema lähedasel 3). Üsna märkimisväärne samasuunaline hinnangute erinevus ilmnes ka 7. väite *Teiega üks-ühele vestlemine* puhul (skaalal 0-100 afaasiaga isiku hinnang 16 ning lähedasel 94). Üsna sarnase hinnangu andsid mõlemad osapooled 1. väitele *Kellegi tähelepanu saavutamise* (skaalal 0-100 afaasiaga isiku hinnang 96 ning tema lähedane 93).

Nõustamisplaani koostamine

Nõustamisplaani koostamisel lähtuti eespool kirjeldatud uurimistulemustest ja uurijate poolt hindamisolukorras tehtud märkmetest.

Nõustamisplaani koosnes kahest osast. Esimeses osas anti afaasiaga isikule ja lähedasele ülevaade uuringutulemustest (eneseväljendamisel kasutatud modaalsused, suhtlusprobleemile viidanud käitumised, parandamisstrateegiad ja nende edukus), teises osas anti uurimistulemustest lähtuvalt soovitusi kommunikatsiooni parandamiseks.

Eneseväljendamisel kasutatavad modaalsused

Afaasiaga isik kasutas suhtlemisel ülekaalukalt enim minimaalset verbaalset eneseväljendust (domineerisid jah/ei vastused). Sellise väljendusviisi eelistamine jätab aga suhtlemiseks/eneseväljendamiseks vägagi piiratud võimalused, võimaldades sisuliselt vastata vaid kas-küsimustele. Spontaanne enese soovide/mõtete/ideede väljendamine on sellisel viisil raskendatud. Jah/ei vastustele lisas A1 ka peanoogutusi/-raputusi (žestidega saadetud minimaalne verbaalne eneseväljendus). Teisi žeste (enam sisulist infot edasi anda võimaldavaid) kasutas afaasiaga isik vähem. Kirjalikku kõnet ja joonistamist kasutas afaasiaga isik minimaalselt. Raskest afaasiast tingituna on kirjaliku kõne kasutamine arusaadavalt keeruline, kuid joonistamist võiks katseisik tõenäoliselt siiski enam kasutada (Parem käsi küll pleegiline, kuid hindamisolukorras joonistas edukalt vasaku käega. Vajalik oli vaid paberi hoidmine.). Samuti võiks jõukohane olla osutamine. Kindlasti toetaks ja hõlbustaks A1 ja tema tugiisiku omavahelist suhtlust ja teineteisest arusaamist olulisel määral katseisikul olemasolev AAC vahend suhtlusmapi näol, mis võiks kasutusel olla igapäevaselt ning ka teiste lähikondsetega suhtlemiseks.

Lähedase roll omakorda võiks seisneda nimetatud modaalsuste (joonistamine, AAC vahend) kasutama julgustamises.

Lähedane ise kasutas suheldes peaaesjalikult vaid suulist kõnet. Žestidega toetatud lauselise kõne kasutussagedus jäi alla 5%. Arvestades afaasia raskusastet, võiks ühise arusaamise toetamiseks olla žestidega toetatud kõne osakaal tõenäoliselt suurem. Mõistmisprobleemide vältimiseks/ületamiseks saaks lähedane lisaks žestidele toetada enese kõnet ka nt suhtlusmapi või joonistamisega. Teatud määral oleks võimalik ka kirjutamise kasutamine (tõenäoliselt märksõna tasandil). Kuna afaasiaga isiku keelelisi võimeid antud uuringu käigus ei hinnatud, ei saa selles osas ka täpset soovitusi anda.

Suhtlusprobleemist märku andmine

Suhtlusprobleemi tekkimisele reageeris afaasiaga isik alati mitteinteraktiivselt, enamasti vähese vooru ülevõtmise/jätkamisega. Suuremat osa interaktiivsetest viisidest talle soovitada ei saa, kuna need ei sobiks kokku tema keeleliste võimetega (nt oleks keeruline spetsiifilise info palumine, vestluspartneri poolt öeldu tõusva intonatsiooniga kordamine vms). Küll aga saab afaasiaga isikule soovitada vestluspartnerilt ütluse kordamise palumist, mida saab edukalt teha ka kehakeele kaudu. See omakorda annaks partnerile sisendi, et teda ei ole mõistetud ning võimaldaks püüda tal olukorra parandamiseks midagi ette võtta.

Lähedane kasutas praegu suhtlusprobleemile viitamiseks ülekaalukalt enim hüpoteeside püstitamist. Rohke hüpoteeside püstitamine võib tuua kaasa olukorra, kus proovime afaasiaga isikule pidevalt ise lahendusi/vastuseid pakkuda. Meie poolt pakutu ei pruugi aga olla õige ning see omakorda võib tekitada frustratsiooni. Samuti ilmnes uuringu jooksul mitmel juhul korraga mitme küsimuse küsimist/mitme hüpoteesi püstitamist. Vastavat olukorda illustreerib ka suhtlusprobleemile viitavate käitumiste peatükis välja toodud näide 3. Lähedasele võiks soovitada ühe küsimuse/hüpoteesi korraga esitamist, mis võimaldaks afaasiaga isikul paremini vastata. Samuti võiks lähedasele soovitada kasutada enam näiteks palveid väljenduse kordamiseks. Seejuures peab aga arvestama, et raske afaasiaga isiku jaoks on see tõenäoliselt keeruline ning pingutust nõudev.

Parandusstrateegiate kasutamine

Parandusstrateegiatest kasutas A1 järjepidevalt just kinnitamist/ümberlükkamist. Pea pooltel kordadest osutus see aga edutuks, mis näitab, et ainuüksi jah-ei vastused ei pruugi vestluse taastamiseks piisavad olla. Seega võiks A1 proovida kasutada enam näiteks lisamist/täpsustamist, mida ta praegu kasutas vähe, kuid samas üle pooltel kasutatud juhtudest edukalt. Samuti võiks proovida ümbersõnastamist kasutatavat modaalsust muutes. Näiteks, kui lähedane ei mõista tema poolt tehtud akna avamise žesti, võiks ta selle mitmekordse kordamise asemel proovida hoopiski modaalsust muuta - osutada ruumis olevale aknale, joonistada akna paberile, näidata vastavat pilti enese suhtlusmapist vms. Lisamise/täpsustamise puhul saaks kasutada samuti eelkõige mitteverbaalse info lisamist. Näiteks kui lähedane ei mõista akna avamise palvet vaid aknale osutades, tuleks proovida midagi lisada (nt avamist imiteeriv liigutus vms).

Lähedase poolt tehtud parandused olid edukad alla pooltel juhtudest. Uuringu läbiviimise ajal jäi silma lähedase poolt vähese pilkkontakti hoidmine, mis võib põhjustada ka paranduste ebaõnnestumist, kuna just pilkkontakt on aluseks afaasiaga isiku reageeringute märkamisele. Võttes arvesse asjaolu, et afaasiaga isiku suulise kõne kasutus oli väga piiratud, saabuski vajalik info peamiselt just mitteverbaalse suhtluse kaudu ning selle märkamiseks on pilkkontakti olemasolu määrava tähtsusega. Parandusstrateegiatest kasutas lähedane enim teema jätkamist ja lahenduste pakkumist. Kuigi lahenduste pakkumine oli pooltel kordadest edukas, tuleks sellega siiski olla ettevaatlik. Raske afaasiaga isikule pidevalt ise lahendusi/vastuseid pakkudes võime tekitada olukorra, kus otsustame/räägime nõ tema eest. Silmatorkavalt vähem kasutas lähedane abistamist/julgustamist. Seda võiks teha rohkem (nagu juba eespool mainitud - abistamist/julgustamist vajaks afaasiaga isik juba kasvõi sobiva suhtlusmodaalsuse valimisel, modaalsuste vahetamisel).

Kokkuvõtliku ülevaate paari tugevatest ja nõrkadest külgedest ning neile antud soovitustest annab tabel 3.

Tabel 3. Ülevaade afaasiaga isiku tugevustest ja arendamist vajavatest külgedest ning talle antud soovitudest.

	Tugevused	Arendamist vajavad küljed	Soovitused
AFAASIAGA ISIK	• Olemas suhtlussoov • Kasutab verbaalseid jah-ei vastuseid • Võimeline väheeks žestide kasutamiseks (pigem osutavad žestid) • Kasutab suhtlemisel reaalseid esemeid	• Ei kasuta olemasolevat AAC vahendit (suhtlusmapp) • Kasutab väga vähesel määral osutamist, žeste • Kasutab eneseväljendamiseks väga minimaalselt joonistamist (kuigi on selleks hoolimata käe pareesist potentsiaalselt siiski võimeline) • Kasutab väga minimaalselt kirjalikku kõnet eneseväljendamiseks • Ei suuda edukalt märku anda, kui ei ole suhtluspartneri kõnet mõistnud. • Ei oska edukalt lähedasele temapoolsetest vigadest/valestimõistmistest märku anda	• Kasutada olemasolevat AAC vahendit (suhtlusmappi) • Proovida kasutada enam žeste (eelkõige osutamist, teisi žeste piirides, mida jäsemeapraksia võimaldab) • Kasutada joonistamist • Kasutada parandusstrateegiana enam lisamist/täpsustamist • Kasutada parandusstrateegiana enam ümbersõnastamist kasutatavat modaaalsust muutes • Partneri öeldut mittemõistes paluda temalt öeldu kordamist

LÄHEDANE	• Kasutab mõõdukat kõnetempot • Teeb vahekokkuvõtteid • Kasutab kas-küsimusi	• Pilkkontakti hoidmine vestluspartneriga vähene • Küsib korraga mitu küsimust • Räägib nõ afaasiaga isiku eest • Püüab suunata partnerit kasutama eneseväljendamiseks modaalsusi, mis ei ole lähima arengu tsoonis • Ei anna vastamiseks piisavalt aega • Ei suuna afaasiaga isikut olemasolevat AAC vahendit kasutama	• Hoida vestluse käigus püsivalt pilkkontakti • Esitada üks küsimus/hüpotees korraga • Anda vestluspartnerile vastamiseks/reageerimiseks rohkem aega • Suunata afaasiaga isikut kasutama olemasolevat AAC vahendit ja/või joonistamist • Abistada/julgustada afaasiaga isikut suhtlemise käigus enam • Afaasiaga isiku poolt väljendatud mitte mõistes anda sellest märku, kasutada enam palveid väljenduse kordamiseks
----------	--	--	--

PAAR 2

Eneseväljendamisel kasutatatud modaalsused

Ka teise paari puhul kodeeriti kõik lähedase ja afaasiaga isiku repliigid vastavalt kasutatud suhtlusmodaalsusele. Sarnaselt esimesele paarile, kasutas ka teise paari lähedane (L2) ülekaalukalt *lauselist kõnet*, mis moodustas 70,11% repliikide koguhulgast. Sellele järgnesid *minimaalse verbaalse eneseväljenduse* (19,02%) ja *žestidega toetatud lauselise kõne* (10,33%) kasutamine. Ühel korral kasutas lähedane ka *esemelist suhtlemist* (0,54%).

Alljärgnev näide illustreerib lähedase poolt *žestidega toetatud lauselise kõne* kasutamist afaasiaga katseisiku poolt kirjeldatud esemepildi “põll” äraarvamisel.

Näide 8

L3: kirjutada midagi ((teeb käega kirjutamise liigutust))

A3: aha ((noogutab))

L3: kirjutada ((teeb käega kirjutamise liigutust))

Jooniselt 5 nähtub, et afaasiaga katseisiku kasutatud suhtlusmodaalsustest domineeris žestidega saadetud arusaamatu verbaalne eneseväljendus (60,48% modaalsuste koguhulgast). Sellele järgnes arusaamatu verbaalne eneseväljendus (nt indifferentsed häämitsused, silbikombinatsioonid) 34,76%-ga. Oluliselt väiksema kasutussagedusega olid arusaadava funktsiooni/eesmärgiga žestid (4,29%) ja raskestimõistetava funktsiooni/eesmärgiga umbmäärane žestikuleerimine (0,48%).

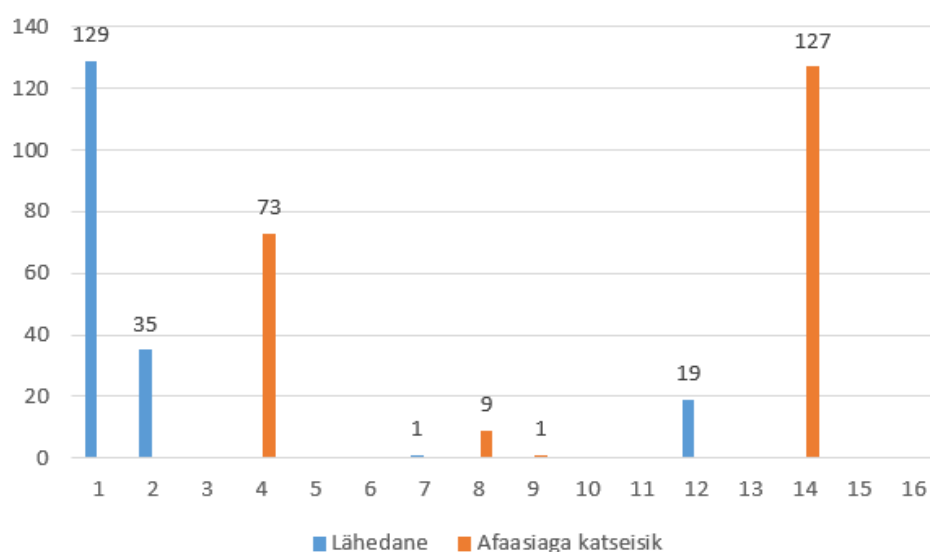
Näites 9 selgitab afaasiaga isik lähedasele sõna “prillid”, kasutades selleks arusaadava funktsiooni/eesmärgiga žesti. Suhtlusmodaalsuse kasutamist võis lugeda edukaks.

Näide 9

A3: ((osutab pilguga pildile ja raputab pead)) {—} ((teeb kätega liigutuse, et midagi käib pähe))

L3: prillid

A3: ahahahaha ((noogutab))



Joonis 5. Afaasiaga katseisiku ja lähedase eneseväljendamisel kasutatud modaalsused

Märkus. Verbaalne suhtlus (1-6): 1 - lauseline kõne (suuline), 2 - minimaalne verbaalne eneseväljendus (suuline), 3 - kajakõne elementidega vastused, 4 - arusaamatu verbaalne eneseväljendus, 5 - kirjalik kõne, 6 - kirjaliku ja suulise kõne kombineerimine. Mitteverbaalne suhtlus (7-11): 7 - esemeline suhtlemine, 8 - arusaadava funktsiooni/eesmärgiga žestid, 9 - raskestimõistetava funktsiooni/eesmärgiga umbmäärane žestikuleerimine, 10 - joonistamine, 11 - AAC. Verbaalse ja mitteverbaalse suhtluse kombineerimine (12-16): 12 - žestidega toetatud lauseline kõne, 13 - žestidega saadetud minimaalne verbaalne eneseväljendus, 14 - žestidega saadetud arusaamatu verbaalne eneseväljendus, 15 - joonistamise ja suulise kõne kombineerimine, 16 - AAC vahendi ja suulise kõne kombineerimine

Suhtlusprobleemile viitavad käitumised

Kokku kodeeriti vestluses 189 suhtlusprobleemile viitavat käitumist, neist 113 lähedase ja 76 afaasiaga isiku voorudes. Nii lähedase kui afaasiaga katseisiku voorudest sisaldasid SVKd vastavalt 62,43% ja 35,84%. Kokkuvõtte nii lähedase kui afaasiaga isiku kasutatud SVKdest on toodud joonisel 6.

Vaadates joonist 6, näeme et afaasiaga isik kasutas vaid kahte erinevat tüüpi SVKsid. Selgelt domineeriv oli mitteinteraktiivsete SVKde hulka kuuluv *vähene vooru ülevõtmine/jätkamine* (86,84% afaasiaga isiku SVKde koguhulgast). Nimetatud SVKd illustreerib hästi näide 10, kus lähedane soovib infot afaasiaga inimese üksi kodus veedetud päeva kohta, kuid afaasiaga uuritav vastab kahes voorus arusaamatu kõnega, mis ei vasta küsimusele, ei võimalda vestlusel adekvaatselt jätkuda, vaid sunnib lähedast kasutama üha uusi suhtlusprobleemile viitavaid käitumisi.

Näide 10

L2: *mis sa täna sis ee tegid kodus?*

L2: *kodus mis sa tegid kodus*

A2: [{—}]

L2: *no väljas mi-mida sa tegid väljas*

A2: {—}

Teiseks afaasiaga isiku poolt kasutatud SVKks oli interaktiivsete suhtlusprobleemile viitavate käitumiste hulka kuuluv *neutraalsed või mittespetsiifilised palved ütluse/väljenduse kordamiseks (minimaalsed päringud)*. Nimetatud käitumised moodustasid 13,15% tema SVKde koguhulgast. Siia kodeeriti olukorrad, kus afaasiaga isik andis kehakeele kaudu märku suhtlusprobleemi tekkimisest ning palus mitteverbaalsete vahendite kaudu lähedasel öeldut korrata.

Lähedase voorudes esinenud suhtlusprobleemile viitavate käitumiste variatiivsus oli laiem. Ülekaalukalt enim kasutas lähedane interaktiivsete SVKde hulka kuuluvat hüpoteeside püstitamist. Hüpoteeside püstitamine moodustas 82,30% lähedase SVKde koguhulgast. Lähedasepoolset hüpoteeside püstitamist illustreerib näide 11, kus lähedane ja afaasiaga isik vestlevad tervise teemadel ning lähedane annab tekkinud suhtlusprobleemist märku hüpoteeside püstitamisega.

Näide 11

L2: *pea ei valutanud?*

A2: {—} {—}

L2: *ikka ringi käis,*

A2: {—} ((teeb “käega löömise” žesti, raputab pead))

L2: *iga päev käib?*

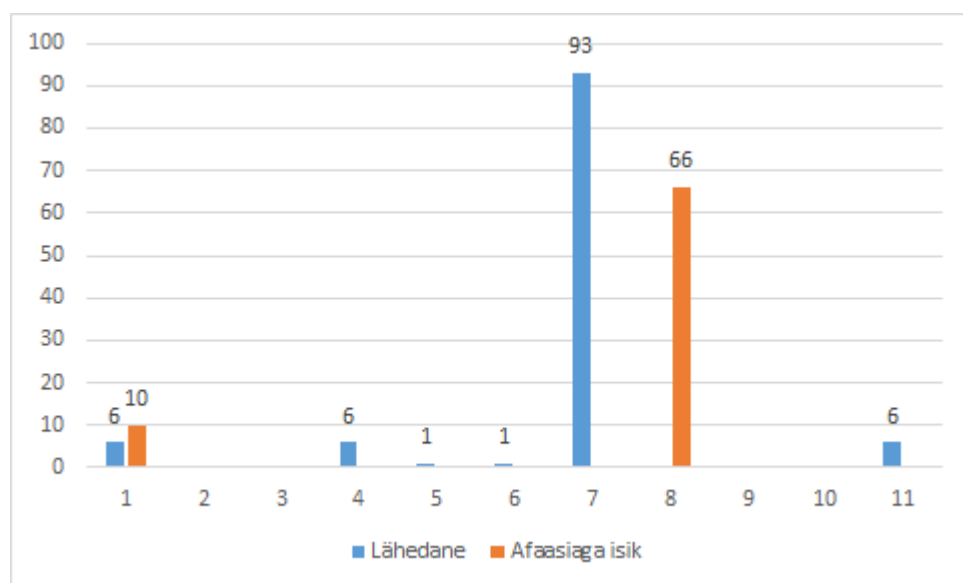
A2: [mm] ((noogutab kergelt pead))

A2: {—} ((liigutab pead küljelt küljele))

L2: *hommikul?*

A2: mmm ((teeb “käega löömise” žesti))

5,30% SVKdest moodustasid *neutraalsed või mittespetsiifilised palved ütluse/väljenduse kordamiseks (minimaalsed päringud)*, kordamine väiksemas mahus ja metalingvistilised kommentaarid. Ühel korral kasutas lähedane ka *täies mahus kordamist ja täies mahus kordamist info lisamisega*.



Joonis 6. Suhtlusprobleemile viitavad käitumised

Märkus. Interaktiivsed suhtlusprobleemidele viitavad käitumised (1-7): 1 – neutraalsed või mittespetsiifilised palved ütluse/väljenduse kordamiseks (minimaalsed päringud), 2 – mittespetsiifilised globaalsed palved, 3 – spetsiifilised palved, spetsiifilise info palumine, 4 – kordamine väiksemas mahus, 5 – töies mahus kordamine, 6 – kinnituse palumine –täies mahus kordamine + info lisamine, 7 – hüpoteeside püstitamine. Mitteinteraktiivsed suhtlusprobleemidele viitavad käitumised (8-11): 8 – vähene vooru ülevõtmine/jätkamine, 9 – puudulik jätk, 10 – küsimusega väheseotud vastus, 11 – metalingvistilised kommentaarid

Parandamisstrateegiad ja nende edukus

Teise paari afaasiaga isik ning tema lähedane kasutasid vestluses parandamisstrateegiaid kokku 204 korral. Paranduste kasutamist esines afaasiaga isikul 65 korral ning tema abikaasal 143 korral. Afaasiaga katseisiku voorudest sisaldasid parandusi 30,66%, lähedase voorudest 79,01%. Nii lähedase kui ka afaasiaga isiku puhul olid suurem osa parandustest edutud (afaasiaga isikul 73,84%, lähedasel 85,31%).

Jooniselt 7 ilmneb, et afaasiaga isik kasutas sarnaselt esimese paari afaasiaga katseisikule samuti ainult tüüpilisi parandamisstrateegiaid. Samuti oli ka siin domineerivaks *kinnitamine/ümberlükkamine*, mis moodustas afaasiaga isiku poolt kasutatud parandustest 95,38%. Kasutatud kinnitused/ümberlükkamised olid mitteverbaalsed, antud edasi kehakeele kaudu. Kuigi kinnitusi/ümberlükkamisi kasutati kõigist parandustest ülekaalukalt enim, olid neist edukad vaid 24,19%. Kahel korral kasutas afaasiaga isik *lisamist/täpsustamist (mitteverbaalselt)*, ühel korral ümbersõnastamist kasutatavat modaalsust muutes. Kõige sagedasemat parandamisstrateegiat *kinnitamine/ümberlükkamine* illustreerib näide 12, kus afaasiaga katseisik selgitab lähedasele pildil kujutatud eset “pliiats”.

Näide 12

L3: kirjutad,

A3: aa ((noogutab peaga))

A3: {—}

L3: pastakas või,

A3: {—} ((noogutab peaga))

L3: [pliiats]

A3: ((noogutab peaga))

Lähedase poolt kasutatavad parandamisstrateegiad olid variatiivsemad, domineerisid aga siiski hõlbustavad strateegiad. Selgelt suurima kasutussagedusega oli *lahenduse pakkumine* (48,95%), mis osutus aga edukas vaid 18,57% juhtudest. Ka näide 13 illustreerib lähedase poolt suhtlusprobleemi ületamiseks kasutatavat *lahenduse pakkumist*, mis ei osutunud edukaks.

Näide 13

A3: {—} ((žestikuleerib))

L3: kodus midagi,

A3: *mhm* ((noogutab peaga))

L3: *kodus*,

A3: *naa* ((noogutab peaga)) {—}

L3: *mis sellega teha*,

A3: {—} ((žestikuleerib))

L3: *tass või*,

A3: {—} ((raputab pead; žestikuleerib))

Kasutussageduselt järgnesid *teema jätkamine* (16,78%, edukad 12,5%), *abistamine/julgustamine* (11,88%, 100% edutu), *ümbersõnastamine kasutatavat modaalsust muutes* (7,69%, edukad 18,18%). *Teema jätkamist* illustreerib näide 14, *abistamist/julgustamist* näide 15.

Näide 14

L3: *pesu vaatasin et pesu pestud* ((viipab peaga osutavalt))

A3: {—} ((noogutab))

L3: *kas vesi oli lahti tegid*,

A3: *[aa]* ((noogutab pead)) {—}

Näide 15

L3: *mis on (.) võid näidata*,

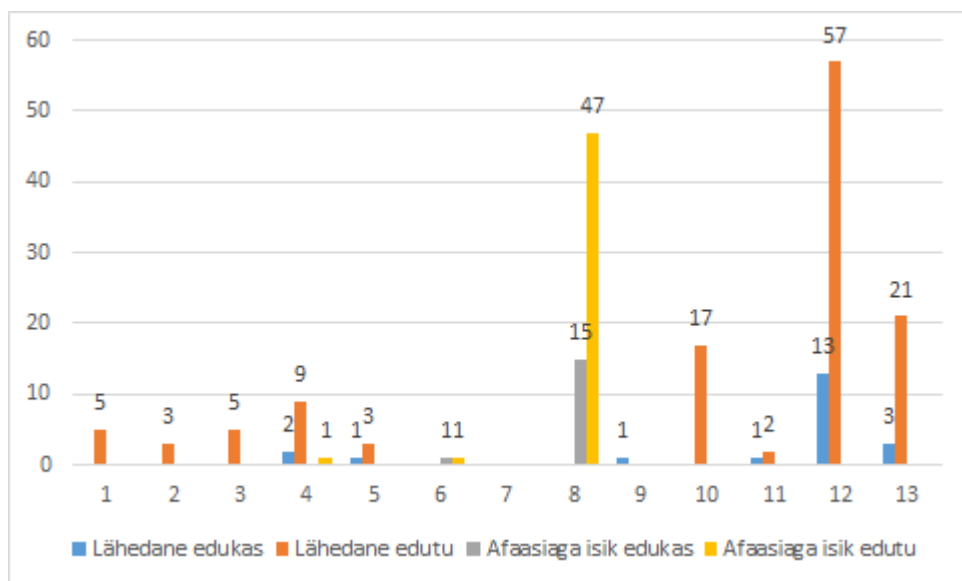
A3: {—}

L3: *ei mitte pilti näidata vaid sina sina näita mis see on*,

A3: *mmm*

L3: *on meil siin midagi näita siis kui sa*,

Kokkuvõtliku tabeli mõlema uuritava poolt kasutatud paranduste esinemissagedusest ja edukusprotsendist annab tabel 5 (lisa 7).



Joonis 7. Ülevaade afaasiaga uuritava ja lähedase poolt kasutatud edukatest ning edututest parandustest

Märkus. Tüüpilised parandusstrateegiad (1-8): 1 – kordamine (verbaalne), 2 – mitteverbaalse tegevuse kordamine, 3 – ümbersõnastamine, 4 – ümbersõnastamine kasutatavat modaalsust muutes, 5 – lisamine/täpsustamine (verbaalne), 6 – lisamine/täpsustamine (mitteverbaalne), 7 – ebasobilik, 8 – kinnitamine/ümber lükkamine. Hõlbustavad parandusstrateegiad (9-13): 9 – kohanemine, 10 – abistamine, julgustamine, 11 – uue teema sissetoomine, 12 – lahenduse pakkumine, 13 – teema jätkamine.

CETI skoorid

Teise paari puhul ei olnud võimalik afaasiaga isiku ja tema lähedase antud hinnanguid võrrelda, kuna küsimustiku täitmine ei osutunud afaasiaga isikule jõukohaseks (nii raske apraksia, sh tegevusliku apraksia, kui ka kõne mõistmise probleemide tõttu). Kirjutatu mittemõistmist väljendab ka lähedase poolt vastavale väitele (“kirjutatu mõistmine”) antud kõige madalam hinnang (0 – ei ole üldse võimaline). Lähedase poolt antud hinnangu alusel oli CETI skoor 23. 16-st väitest/olukorrast viite hindas lähedane 0-ga (“pole üldse võimaline”). Nendeks olukordadeks olid enda ees seisva inimese nime ütlemine, spontaanne vestlemine (nt vestluse alustamine ja/või teema vahetamine), vestluse alustamine inimestega, kes ei ole lähedased pereliikmed, kirjutatu mõistmine, millegi üksikasjalik kirjeldamine või sügavuti arutamine. Teised uuritavad kõige madalamat hinnangut ei kasutanud.

Nõustamisplaani koostamine

Nõustamisplaani koostamisel lähtuti taaskord eespool kirjeldatud uurimistulemustest ja uurijate poolt hindamisolukorras tehtud märkmetest.

Eneseväljendamisel kasutatavad modaalsused

Lähedase puhul domineeris taaskord suuline kõne, vähemal määral kasutas ta ka enese kõne toetamist žestidega. Kuna L2 vestluspartneriks on raske afaasiaga isik, siis võiks lähedane enese kõne toetamiseks kasutada rohkem žeste ning ka esemelist suhtlemist, mida praegu tehti minimaalselt. Lisaks sobiks kõne toetamiseks ka piltmaterjal, joonistamine.

Afaasiaga katseisiku eneseväljendus jäi arusaamatute silbikombinatsioonide tasandile, mida saatis osaliselt ka žestikuleerimine. Lisaks kasutas ta ka vähesel määral arusaadava funktsiooni/eesmärgiga žeste. Kuna suuline arusaadav kõne sisuliselt puudub, peaks edaspidi (vähemalt kuni kõne paranemiseni) kindlasti püüdma toetuda enam mitteverbaalsele suhtlusele. Kaasneva apraksia tõttu võiks õpetamist alustada nt osutamise kujundamisest.

Kuna afaasiaga isiku suuline eneseväljendus on äärmiselt piiratud, saaks A2 end paremini väljendada näiteks osutamise ja lihtsa AAC vahendi (piltide) kaudu. AAC vahendi olemasolust muidugi ainuüksi ei piisa, olulist rolli omab ka selle kasutama õpetamine ja harjutamine. Sarnaselt paar 1 lähedasele, saaks ka L2 toetada ühist arusaamist, kasutades enam žestidega toetatud kõne, esemelise suhtluse, suulise kõne täiendamist joonistamise või piltmaterjali kasutamisega.

Suhtlusprobleemile viitamine

Lähedase voorudes viitas suhtlusprobleemile sarnaselt esimesele paarile kõige sagedamini hüpoteeside püstitamine, afaasiaga isikul aga taaskord kinnitamine/ümberlükkamine.

Sarnaselt paar 1-le, ei saa ka siin afaasiaga isikule tema keeleliste võimete tõttu soovitada enamikke interaktiivsetest viisidest. Ainsana võiks soovitada sarnaselt paar 1-le vestluspartnerilt ütluse kordamise palumist, väljendades seda kehakeele kaudu. Sellise käitumisega saab ta suunata lähedast tekkinud suhtlusprobleemi lahendamisse panustama.

Parandamisstrateegiate kasutamine

Lähedase poolt kasutatud strateegiate valik oli küll lai, kuid enam kui kolmveerand neist olid edutud. Suurema edukusprotsendiga parandusstrateegiad olid lahenduse pakkumine ja ümbersõnastamine kasutatavat modaalsust muutes. Madal edukus võib tingitud olla afaasiaga isiku keelepuude raskusastmest, mis võib viidata sellele, et ainult verbaalsest kõnest (verbaalse kõne baasil esitatud parandustest) ei piisa siiski suhtluse jätkamiseks. Abi võiks olla, kui lähedase enese verbaalne kõne oleks enam mitteverbaalsete vahenditega toetatud.

Afaasiaga isik kasutas taaskord enim just kinnitamist/ümberlükkamist, kuid strateegia edukusprotsent oli väga madal. See omakorda viitab, et pelgalt peanoogutustest/-raputustest suhtluse taastamiseks ei piisa ning oleks vaja kasutada efektiivsemaid vahendeid. Siinkohal olekski abiks suurem mitteverbaalsete suhtlusvahendite kasutus (suhtlusmapp, esemeline suhtlus, osutamine vms). Parandamisstrateegiatest võiks proovida kasutada enam lisamist/täpsustamist ja kasutatava modaalsuse muutmist (nt minna akna juurde, kui aknale osutamine ei õnnestu vms).

Tabel 4 annab kokkuvõtliku ülevaate paari tugevustest ja nõrgematest külgedest ning neile antud soovitudest.

Tabel 4. Ülevaade afaasiaga isiku tugevustest ja arendamist vajavatest külgedest ning talle antud soovitudest.

	Tugevused	Arendamist vajavad küljed	Soovitused
AFAASIAGA ISIK	• Olemas suhtlussoov • Ei anna raskuste tekkides kohe alla • Kasutab mõningal määral kehakeelt (peanoogutus/-raputus, õlgade kehитamine, käte laiutamine, “käega löömine”)	• Ei kasuta osutamist • Ei anna lähedasele märku, kui ei ole tema poolt öeldut mõistnud • Ei anna lähedasele märku, kui teda on valesti mõistetud • Ei suuda kasutada eneseväljenduse toetamiseks esemelist suhtlust, kirjutamist ega joonistamist	• Võtta kasutusele AAC vahend • Proovida kasutada enam osutamist • Anda lähedasele märku, kui ei ole tema kõnet mõistnud • Anda lähedasele märku, kui tema on valesti mõistnud
LÄHEDANE	• Hoiab suhtlemisel pilkkontakti • Küsib ühe küsimuse korraga • Kasutab aeglast kõnetempot • Kasutab lühikesi ja lihtsaid lausungeid • Annab piisavalt aega vastamiseks • Kasutab ümbersõnastamist mõistmise toetamiseks • Kasutab kordamist arusaadavuse kontrollimise eesmärgil (vähesel määral)	• Vähene žestide (sh osutamise) kasutamine verbaalse kõne toetamiseks. • Vähene reaalsete objektide kasutamine verbaalse kõne toetamiseks • Ei kasuta enese kõne toetamiseks ka piltmaterjali, joonistamist vms • Kohati tõenäoliselt ei mõista, et A3 ei ole temast aru saanud	• Saata enese kõnet enam mitteverbaalsete vahenditega, et afaasiaga partneril oleks seda kergem mõista • Suunata vestluspartnerit kasutama osutamist ja piltmaterjali eneseväljendamise toetamiseks

PAAR 3

Eneseväljendamisel kasutatud modaalsused

Ka kolmanda paari puhul kodeeriti kõikides repliikides kasutatud suhtlusmodaalsused. Nagu näha jooniselt 8, kasutas lähedane (L3) sarnaselt eelnevatele paaridele ülekaalukalt *lauselist kõnet* (94,35% L3 modaalsuste koguhulgast). Teiseks lähedase poolt kasutatud suhtlusmodaalsuseks oli *minimaalne verbaalne eneseväljendus*, mis moodustas 5,65% lähedase kasutatud modaalsuste koguhulgast. Seda illustreerib näide 16.

Näide 16

L3: *füsio-*

A3: *füsioterapeut.*

Ka afaasiaga katseisiku kasutatud suhtlusmodaalsustest oli suurima kasutussagedusega *lauseline kõne*, mis moodustas 53,85% afaasiaga isiku suhtlusmodaalsuste koguhulgast. Sellele järgnes *minimaalne verbaalne eneseväljendus* (32,05%), mida illustreerib näide 17. Vähemal määral kasutas afaasiaga isik *kajakõne elementidega vastuseid* (14,10%), mida illustreerib näide 18.

Kumbki partneritest ei lisanud enese kõnele kordagi žeste ega kasutanud ka suhtlusprobleemide ilmnedes ühtegi muud suhtlusmodaalsust.

Näide 17

L3: *Marilyn ikka kindlasti. (.) Mis sa teed Marilyniga?*

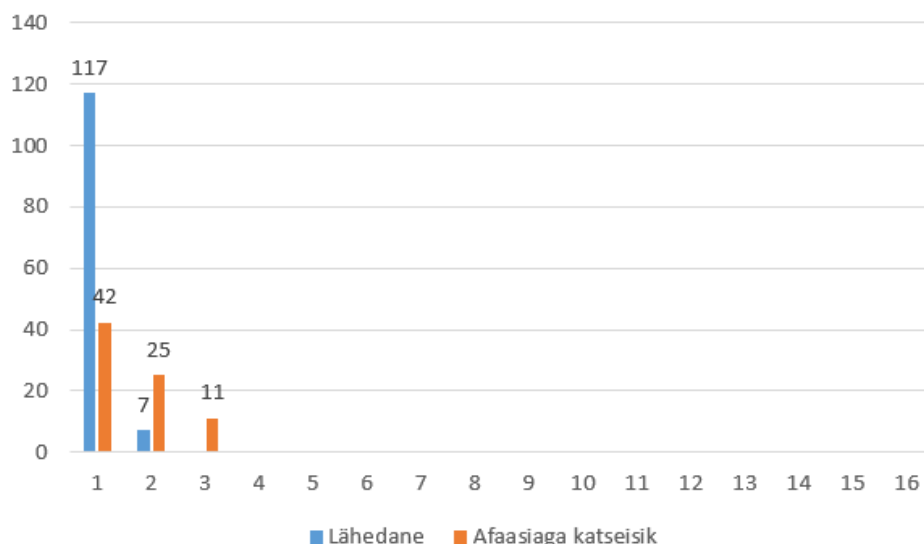
A3: *Võimlen.*

L3: *Mis harjutusi sa teed?*

Näide 18

L3: *ei ole tal arvutit kaasas. A ma ei tea, võib-olla vahepeal on ka, aga minu arust te arvutist ei tee, aga tal on sellised põnevad asjad arvutist välja lastud sulle.*

A3: *arvutist välja lastud jah.*



Joonis 8. Afaasiaga katseisiku ja lähedase eneseväljendamisel kasutatud modaalsused

Märkus. Verbaalne suhtlus (1-6): 1 - lauseline kõne (suuline), 2 - minimaalne verbaalne eneseväljendus (suuline), 3 - kajakõne elementidega vastused, 4 - arusaamatu verbaalne eneseväljendus, 5 - kirjalik kõne, 6 - kirjaliku ja suulise kõne kombineerimine. Mitteverbaalne suhtlus (7-11): 7 - esemeline suhtlemine, 8 - arusaadava funktsiooni/eesmärgiga žestid, 9 - raskestimõistetava funktsiooni/eesmärgiga umbmäärane žestikuleerimine, 10 - joonistamine, 11 - AAC. Verbaalse ja mitteverbaalse suhtluse kombineerimine (12-16): 12 - žestidega toetatud lauseline kõne, 13 - žestidega saadetud minimaalne verbaalne eneseväljendus, 14 - žestidega saadetud arusaamatu verbaalne eneseväljendus, 15 - joonistamise ja suulise kõne kombineerimine, 16 - AAC vahendi ja suulise kõne kombineerimine

Suhtlusprobleemile viitavad käitumised

Kokku kodeeriti kolmandas vestluses 38 suhtlusprobleemile viitavat käitumist, neist 6 lähedase ja 32 afaasiaga isiku voorudes. Afaasiaga uuritava voorudest sisaldasid suhtlusprobleemile viitavat käitumist 47,76% ehk pea pooled, lähedase voorudest aga vaid 8,70%. Ülevaate kasutatud suhtlusprobleemile viitavatest käitumistest annab joonis 9.

Nagu näha jooniselt 9, kasutas afaasiaga isik sarnaselt A1-le vaid mitteinteraktiivseid suhtlusprobleemile viitavaid käitumisi ehk ei otsinud suhtlusprobleemi tekkimisel abi. Kõige suurema kasutussagedusega SVK afaasiaga isiku puhul oli *vähene vooru ülevõtmine/jätkamine* (84,38% tema poolt kasutatud SVKde koguhulgast), mida illustreerib näide 13.

Näide 13

L3: ja mis pärast seda saab? Jäädki voodi peale?

A3: *jään voodi peale.*

L3: *Mis siis edasi saab?*

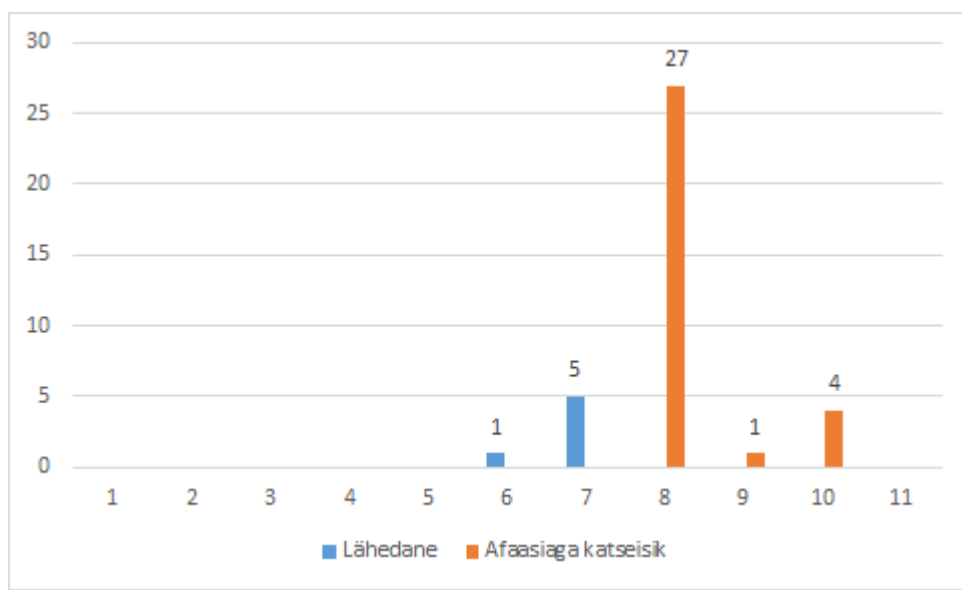
12,5% afaasiaga isiku poolt kasutatud SVKde koguhulgast moodustasid *küsimusega väheseotud vastused*, ühel korral esines *puudulik jätk*.

Lähedane kasutas seevastu vaid interaktiivseid suhtlusprobleemile viitavaid käitumisi, millest suurima kasutussagedusega oli *hüpoteeside püstitamine* (83,33% SVK koguhulgast), mida illustreerib näide 14. Ühel korral esines *kinnituse palumine*.

Näide 14

L3: *mis edasi saab? Siis tõusete (.) tõusete püsti.*

A3: *tõuseme püsti jah.*



Joonis 9. Suhtlusprobleemile viitavad käitumised

Märkus. Interaktiivsed suhtlusprobleemidele viitavad käitumised (1-7): 1 – neutraalsed või mittespetsiifilised palved ütluse/väljenduse kordamiseks (minimaalsed päringud), 2 – mittespetsiifilised globaalsed palved, 3 – spetsiifilised palved, spetsiifilise info palumine, 4 – kordamine väiksemas mahus, 5 – täies mahus kordamine, 6 – kinnituse palumine –täies mahus kordamine + info lisamine, 7 – hüpoteeside püstitamine. Mitteinteraktiivsed suhtlusprobleemidele viitavad käitumised (8-11): 8 – vähene voo ülevõtmine/jätkamine, 9 – puudulik jätk, 10 – küsimusega väheseotud vastus, 11 – metalingvistilised kommentaarid.

Parandamisstrateegiad ja nende edukus

Kokku loendati vestluses 48 parandamisstrateegiat. Nagu näha jooniselt 10, kasutas erinevaid parandamisstrateegiaid enamasti just lähedane. 48st kasutatud parandustest 95,83% ehk 46 parandust tegi lähedane. Afaasiaga katseisik kasutas parandamist vaid kahel korral. Lähedase voorudest esines seega parandamist 66,66%-s, afaasiaga isiku voorudest aga vaid 2,99%-s. Lähedase parandustest olid edukad 56,52 %, afaasiaga isiku omadest 100%.

Lähedase poolt enimkasutatud parandamisstrateegiad olid *lisamine/täpsustamine* (34,78% lähedase poolt kasutatud paranduste koguhulgast) ja hõlbustavate strateegiate hulka kuuluv *teema jätkamine* (30,43% lähedase paranduste koguhulgast). Lähedasepoolne lisamine/täpsustamine olid edukad 75% juhtudest, teema jätkamine 42,86% juhtudest.

Lisamist/täpsustamist illustreerib näide 15, teema jätkamist näide 16.

Näide 15

L3: *kas see on tuttav A sulle?*

A3: *on tuttav.*

L3: *te käisite ka tööl niimoodi, et kalamehed püüdsid kala ja sina püüdsid taimi.*

Näide 16

A3: *loen vahepeal mõnda raamatut jah.*

L3: *kuidas sul jutustamisega lood on? Kas sul meelde jääb ka jutt?*

A3: *ei jää jutt meelde.*

Vähemal määral (17,39% parandustest) kasutas lähedane ka *abistamist/julgustamist*, mis osutus edukaks pooltel kordadest. Järgnesid veel *uue teema sissetoomine* (6,52%), *lahenduse pakkumine* (4,35%). Ühel korral kasutas lähedane *kinnitamist/ümberlükkamist, mitteverbaalset lisamist/täpsustamist ja ümbersõnastamist*.

Nagu näha jooniselt 10, kasutas afaasiaga katseisik parandamist vaid kahel korral. Mõlemal korral oli tegemist *kinnitamise/ümberlükkamisega* ning parandus oli edukas.

Afaasiaga katseisiku poolt kasutatud kinnitamist/ümberlükkamist illustreerib näide 17.

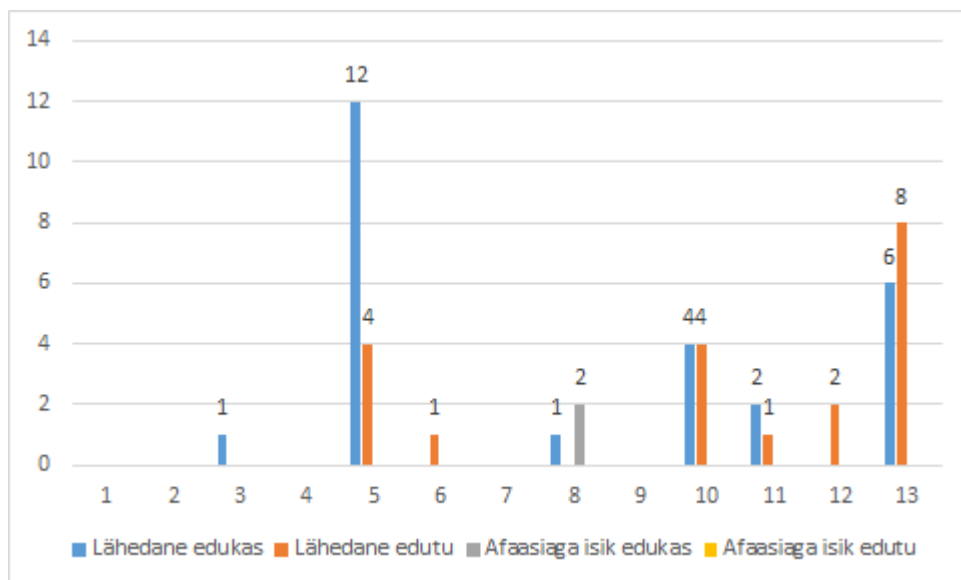
Näide 17

L3: *suur pall oli jah ja siis teete harjutusi palliga jah.*

A3: *jah.*

L3: mhm. (.) Nii, mis neljapäeval toimub meil? Siis tuleb kes? Ma-

Kokkuvõtliku tabeli mõlema uuritava poolt kasutatud paranduste esinemissagedusest ja edukusprotsendist annab tabel 6 (lisa 8).



Joonis 10. Ülevaade afaasiaga uuritava ja lähedase poolt kasutatud edukatest ning edututest parandustest

Märkus. Tüüpilised parandusstrateegiad (1-8): 1 – kordamine (verbaalne), 2 – mitteverbaalse tegevuse kordamine, 3 – ümbersõnastamine, 4 – ümbersõnastamine kasutatavat modaalsust muutes, 5 – lisamine/täpsustamine (verbaalne), 6 – lisamine/täpsustamine (mitteverbaalne), 7 – ebasobilik, 8 – kinnitamine/ümber lükkamine. Hõlbustavad parandusstrateegiad (9-13): 9 – kohanemine, 10 – abistamine, julgustamine, 11 – uue teema sissetoomine, 12 – lahenduse pakkumine, 13 – teema jätkamine.

CETI skoorid

Võrreldes teiste paaridega, erinesid käesoleval juhul afaasiaga isiku ja tema lähedase antud hinnangud kommunikatsiooni toimimisele kõige suuremal määral (CETI skoorid vastavalt 64,19 ja 42,31). Sarnaselt eelnevate paaridega, hindas kommunikatsiooni toimimist paremaks taaskord just afaasiaga katseisik. Enam kui 10 punktine skooride vahe esines 16st toodud olukorras 13 puhul. Kõige suurem hinnangute erinevus ilmnes 15. küsimuse *Osalemine vestluses võõraste inimestega* puhul, mille korral hindas afaasiaga isik selle sooritust oluliselt kõrgemalt kui tema lähedane (skaalal 0-100 afaasiaga isiku

hinnang 72 ning tema lähedane 10). Üsna ligilähedase hinnangu andsid mõlemad osapooled 3. väitele *Asjakohaste jah-ei vastuste andmine*, mil afaasiaga isiku lähedane hindas selle sooritust pisut kõrgemaks kui afaasiaga isik ise (skaalal 0-100 afaasiaga isiku hinnang 70 ning tema lähedane 74).

Nõustamisplaani koostamine

Nõustamisplaani koostamisel lähtuti taaskord eespool kirjeldatud uurimistulemustest ja uurijate poolt hindamisolukorras tehtud märkmetest.

Eneseväljendamisel kasutatavad modaalsused

Nii kolmanda paari afaasiaga isik kui lähedane kasutasid suhtlemisel ülekaalukalt suulist kõnet. Võrreldes esimese ja teise paariga, oli ka kolmanda paari afaasiaga isiku keelepuue vähem väljendunud. Seega on enam verbaalsele kõnele toetumine loogiline. Antud paari puhul ei oleks põhjendatud soovitada lähedasele enese kõne toetamist mitteverbaalsete vahenditega, kuna suulise kõne mõistmisel afaasiaga katseisikul olulisi probleeme ei ilmnunud. Samuti ei aitaks suhtlusele kaasa afaasiaga isiku suurem mitteverbaalsete suhtlusvahendite kasutus.

Suhtlusprobleemist märku andmine

Tekkinud suhtlusprobleemid avaldusid afaasiaga isiku puhul eelkõige vähese vooru ülevõtmise/jätkamisena, mis on tingitud tema vähesest initsiatiivist/algatusest. Lähedane aga kasutas taaskord ülekaalukalt hüpoteeside püstitamist.

Vältimaks ka teiste paaride puhul kirjeldatud olukorda, kus lähedane räägib nõ afaasiaga inimese eest, soovitati lähedasele kasutada enam teisi viise probleemile tähelepanu juhtimiseks – nt spetsiifilise info palumine, kinnituse palumine (kordamine + info lisamine). Lisainfo palumise funktsiooniga suhtlusprobleemile viitavad käitumised võiksid aidata afaasiaga isikut enam rääkima suunata. Näiteks kui afaasiaga isik vastab küsimusele “Mida täna kodus tegid?” üksiku sõnaga “mängisin”, võiks proovida saada nimetatud strateegiate kaudu kätte enam infot, mitte alustada kohe hüpoteeside pakkumisest.

Parandamisstrateegiate kasutamine

Afaasiaga isik kasutas parandamist äärmiselt minimaalselt, vaid kahel korral, mõlemal neist oli tegemist kinnitamise/ümberlükkamisega. Lähedase poolt domineerisid lisamine/täpsustamine ning teema jätkamine. Lähedasele soovitati kasutada lisaks teema jätkamisele enam ka teisi hõlbustavaid strateegiaid nagu näiteks abistamine/julgustamine, pikalt vältava suhtlusprobleemi puhul ka uue teema sissetoomine. Praegu kasutas lähedane uue teema sissetoomist vähe, kuid samas osutusid need vähesed korrad edukaks. Välistatud ei ole ka lahenduse pakkumine, kuid tuleb silmas pidada, et antud uuringu käigus see edu ei toonud, vestlusel jätkuda ei aidanud. Madal edukus võib olla seotud afaasiaga isiku kajakõne elemente sisaldavate vastustega, mis ei soosi vestluse jätkumist. Seetõttu ei ole L3-le soovitatav lahenduste pakkumisega liialdada. Abistamise puhul tuleks vältida kas-küsimusi stiilis “Kas sa mäletad?”, kuna antud paari afaasiaga isikut ei pruugi need mitte rääkimata suunata, vaid vastupidi andma vastust “ei mäleta” (ka siis, kui nt teema jätkamise võtet kasutades võiks selguda, et tegelikult A3 antud teemast midagi siiski mäletaks), kust on keeruline edasi minna. Hoolimata sellest, et antud uuringu andmetel oli teema jätkamine edukas veidi alla pooltel juhtudest, julgustati lähedast seda siiski kasutama. Teema jätkamisega jääb vestluspartner sama teema juurde, küsib lisaküsimusi, esitab kommentaare. Lisaküsimuste ja -kommentaaredega on võimalik suunata afaasiaga isikut rääkima talle samas ise vastuseid ette pakkumata (vastupidiselt lahenduste pakkumisele). Arvestama peab ka kajakõne elementide mõjuga, millest tulenevalt ei pruugi afaasiaga isiku vastused peegeldada alati tema tegelikke soove/tahtmisi.

Kui soovitud teemal vestluse arendamine siiski mingite võtetega ei õnnestu, soovitati samuti hõlbustava parandusstrateegia alla kuuluvat uue teema sissetoomist.

Kokkuvõtlik ülevaade uuringu käigus selgunud afaasiaga katseisiku ja tema lähedase tugevustest, nõrgematest külgedest ja antud soovitustest on toodud tabelis 7.

Tabel 7. Ülevaade afaasiaga isiku tugevustest ja arendamist vajavatest külgedest ning talle antud soovitudest.

	Tugevused	Arendamist vajavad küljed	Soovitused
AFAASIAGA KATSEISIK	• Kasutab lauselist kõnet • Mõistab rahuldavalt-hästi talle suunatud kõnet	• Vähene pilkkontakti hoidmine • Puudulik initsiatiiv vestluse algatamiseks/jätkamiseks (vähene vooru ülevõtmine) • Kajakõne elementidega vastused • Väga vähene parandamisstrateegiate kasutamine	• Suhtlusprobleemi tekkides kasutada parandamiseks nt lisamist/täpsustamist, ümbersõnastamist

LÄHEDANE	• Kasutab mõõdukat kõnetempot • Annab aega partnerile vastamiseks • Peegeldab öeldut, teeb vahekokkuvõtteid • Suunab väljendama peamist • Kasutab ümbersõnastamist mõistmise toetamiseks. • Hoiab suheldes pilkkontakti	• Küsib mitu küsimust korraga • Viitab suhtlusprobleemide tekkimisele peamiselt hüpoteeside püstitamisega	• Püüda toetada lähedase enesealgustust/initsiatiivi mitte kõneleda tema eest • Esitada üks küsimus korraga, seejuures vältida kas-küsimusi • Arvestada kajakõneliste vastuste mõjuga suhtlemisele (kajakõnelised vastused ei pruugi alati peegeldada isiku tegelikke tahtmisi/soove) • Kasutada abistamist, julgustamist • Teema jätkamise ebaõnnestumisel kasutada uue teema sissetoomist • Kasutada spetsiifilise info palumist, kinnituse palumist (kordamine + info lisamine) • Mitte liialdada ise lahenduste pakkumisega, vaid suunata lähedast rääkima
----------	--	--	--

Arutelu

Standardiseeritud keelelist võimekust hindavad testid annavad küll võimaluse hinnata inimese keeletöötlusvõimet, kuid ei ole piisavad kirjeldamiseks inimese võimet igapäevastes olukordades suhelda (Beeke, Maxim, Best, & Cooper, 2011). Ka afaasiaga isiku suhtlus teraapiaolukorras logopeediga ei peegelda veel tingimata tema suhtlemist/toimetulekut igapäevastes suhtlusolukordades oma lähedastega (Wilkinson, 2010). Sellest tulenevalt on oluline lähedasega suhtlemist eraldi hinnata. Hindamine lõpeb tavaliselt esmase nõustamisega, vajadusel ja võimalusel järgneb ka teraapia. Kuna afaasia ei mõjuta vaid inimese keelelist võimekust, vaid omab laiemat mõju kogu tema igapäevaelule (Hallowell, 2017), ei saa ka nõustamine ega teraapia keskenduda vaid keeleliste oskustele. Vajalik on laiem käsitus, inimese nägemine tervikuna.

Käesoleva magistritöö eesmärk oli hinnata kolme afaasiaga isiku funktsionaalset kommunikatsiooni lähedasega ning nõustada lähedast ja afaasiaga katseisikut kommunikatsiooni efektiivsemaks muutmise osas. Eesmärgist lähtuvalt püstitati viis uurimisküsimust.

Esimesele uurimisküsimusele ***Milliseid suhtlusmodaalsusi kasutavad eneseväljendamisel afaasiaga isikud ja nende lähedased?*** vastamiseks kodeeriti nii afaasiaga inimeste kui nende lähedaste repliikides kasutatud suhtlusmodaalsused. Eristatud modaalsused jagunesid esmalt kolme suurde kategooriasse: verbaalne suhtlus, mitteverbaalne suhtlus, verbaalse ja mitteverbaalse suhtluse kombineerimine. Teooria ja käesoleva uuringu andmete baasilt kujundati alamkategooriad. Nii kuulusid näiteks verbaalse suhtluse alla lauseline kõne, minimaalne verbaalne eneseväljendus (üksikud sõnad, jah-ei vastused), kajakõne elementidega vastused, arusaamatu verbaalne eneseväljendus (nt indifferentsed hääliksused, silbikombinatsioonid), kirjutamine, suulise ja kirjaliku kõne kombineerimine. Mitteverbaalse suhtluse alla kodeeriti esemeline suhtlus, arusaadava funktsiooni/eesmärgiga žestid, raskestimõistetava funktsiooni/eesmärgiga umbmäärane žestikuleerimine, joonistamine, AAC vahendi kasutamine. Verbaalse ja mitteverbaalse suhtluse kombineerimiseks loeti žestidega toetatud lauselist kõnet, žestidega saadetud minimaalset verbaalset eneseväljendust, žestidega saadetud arusaamatut verbaalset eneseväljendust, joonistamise ja suulise kõne kombineerimist ning AAC vahendi kasutamist ja suulise kõne kombineerimist.

Kõigi kolme uuritud paari puhul kasutasid lähedased suhtlemisel peamiselt just suulist lauselist kõnet. Lisaks kasutasid kõigi kolme paari lähedased ka minimaalset verbaalset eneseväljendust, kuid seda siiski oluliselt väiksemas mahu. Paari 1 ja 2 lähedased (ehk raske afaasiaga isikute lähedased) kasutasid lisaks ka väikeses mahu žestidega toetatud lauselist kõnet samas kui mõõduka afaasiaga isiku lähedane seda ei teinud. Lisaks kasutas teise paari lähedane ühel korral ka esemelist suhtlemist. Mida raskem on afaasia, seda enam tekib lähedasel vajadusel pöörata tähelepanu sellele, et teda mõistetak. Üheks võimaluseks on enese kõne žestidega toetamine. Antud soovitused tuuakse välja ka mitmetel laia kasutusega afaasiat käsitletavatel veebilehtedel (National Aphasia Association, s.a.; Tactus Therapy, s.a.).

On aga siiski märkimisväärne, et raske afaasiaga (sisuliselt suulist kõnet mittekasutavate) inimeste lähedased toetasid enese suulist kõne mitteverbaalselt pigem harva ja ühetaoliste vahenditega. Nii ei kasutanud neist keegi kordagi näiteks suulise kõne toetamist graafikaga (nt joonistamise või piltmaterjaliga). Üheks oletatavaks põhjuseks võib olla asjaolu, et sageli ei pruugi lähedased teadvustada, et raske eneseväljendusprobleemi kõrval on afaasiaga inimesel tihti keeruline ka kõnet mõista. Probleemid kõneloomel paistavad iseenesestmõistetavalt paremini silma. Sellest tulenevalt ei pruugi lähedane tajuda ka vajadust enese kõnet mitteverbaalsete vahenditega toetada.

Afaasiaga isikute poolt kasutatavate suhtlusmodaalsuste variatiivsus oli laiem ning seda analüüsitakse paaride kaupa. Esimese ja teise paari afaasiaga uuritavate sooritused olid mõnevõrra sarnased.

Esimese paari afaasiaga isik kasutas kokku 7 eri suhtlusmodaalsust. Kõige suurema kasutussagedusega oli minimaalne verbaalne eneseväljendus, mis A1 puhul tähendas peamiselt jah/ei vastuseid ning ka mõningaid üksikuid sõnu. Kasutussageduselt järgnes žestidega saadetud minimaalne verbaalne eneseväljendus, mis tähendas enamasti jah/ei vastustele peanoogutuse/pearaputuse lisamist. Järgnesid veel arusaadava funktsiooni/eesmärgiga žestide kasutamine (näiteks mingile konkreetsele tegevusele viitava žesti tegemist), esemeline suhtlus, arusaamatu verbaalne eneseväljendus, kirjalik kõne ja ühel korral ka joonistamine. Viimaseid kasutas ta aga siiski minimaalselt. Teise paari afaasiaga isik kasutas eneseväljendamisel nelja erinevat suhtlusmodaalsust. Domineerisid žestidega saadetud arusaamatu verbaalse eneseväljenduse ja arusaamatu verbaalse eneseväljenduse (nt indifferentsed häälightsused, silbikombinatsioonid)

kasutamine. Vähesel määral kasutas teise paari afaasiaga uuritav ka mitteverbaalseid suhtlusmodaalsusi nagu arusaadava funktsiooni/eesmärgiga žestid ja raskestimõistetava funktsiooni/eesmärgiga umbmäärane žestikuleerimine. Mõlema paari puhul sobib leid kokku logopeedi poolt määratud afaasia raskusastmega (raske) ning viitab, et sisuline suhtlus antud uuritavatega on tõenäoliselt väga olulisel määral häiritud.

Märkimist väärib asjaolu, et olenemata lähedase poolt antud soovitustest kasutada eneseväljendamisel žeste, kasutasid mõlemad afaasiaga uuritavad neid siiski väga vähesel määral. Žestide kasutamine võib olla afaasiaga isiku jaoks keeruline mitmel põhjusel. Hogrefe jt (2012) toovad ebatõhusate mitteverbaalsete suhtlusstrateegiate kasutamise põhjusena välja kahjustunud mitteverbaalse semantilise info töötlemise, mille tulemuseks on ühetaolised žestid. Kuigi A2 kasutas ülekaalukalt žestidega saadetud arusaamatut verbaalset eneseväljendust, olid kasutatud žestid aga ühetaolised ega kandnud edasi tähendust. Sageli kaasneb raske afaasiaga ka jäsme apraksia, mis avaldab mõju kommunikatiivsete žestide produtseerimisele (Hogrefe *et al.*, 2012). Nimelt mõjutab apraksia žestide jäljendamist, vastavalt käsule tähenduslike žestide sooritamist ning ka tegelike vahendite või objektide kasutamist (Goldenberg, 2013). Kuigi jäsme apraksia esinemist antud uuringus eraldi ei hinnatud, avaldusid vastavad nähud siiski selgelt nii esimese kui teise paari afaasiaga uuritava puhul.

Esimese paari afaasiaga uuritava puhul väärib eraldi tähelepanu veel esemelise suhtluse kasutamine, mis oli väga levinud just piltidel kujutatud objekte/tegevusi/situatsiooni kirjeldades. A1 kasutas palju reaalselt vastavate objektide ülesotsimist ja lähedasele näidata toomist. Koduses tuttavas keskkonnas toimis selle modaalsuse kasutamine hästi. Huvitav ja võimalik, et ka teistsuguseid tulemusi andev, oleks kindlasti hindamise kordamine võõras keskkonnas, mis ei võimaldaks A1-l tõenäoliselt sel määral esemelisele suhtlusele toetuda. Oleks huvitav näha, kas ja milliseid alternatiive on ta võimeline leidma. Antud uuringu käigus eelistas A1 vaatamata lähedase korduva soovitusel kasutada žeste, 5st esemepildist 4 kirjeldamisel siiski just esemelist suhtlust.

Samuti väärib esimese paari puhul tähelepanu asjaolu, et A1-ga töötava logopeedi poolt saadud taustinfo kohaselt on talle koostatud piltidest ja lausetest koosnev suhtlusmapp, mida uuritav aga uuringusituatsioonis kordagi ei kasutanud. Formaalse hindamise lõpus selle kohta küsides andis A1 märku, et pildimapp on tal tõesti kapis olemas. Mapi olemasolust oli teadlik ka tugiisik, kes aga samuti ei suunanud A1-te seda

kasutama. Samas on aga teada, et AAC vahendi igapäevaellu kandmine on keeruline ja mitmetest faktoritest sõltuv protsess, mis ei pruugigi alati õnnestuda (Lasker & Bedrosian, 2001). Mõnikord ei soovi afaasiaga isik ja tema perekond AAC vahendeid kasutada näiteks seetõttu, et neid nähakse n-ö loobumisenä/allaandmisena suulise kõne taastamise protsessis (Lasker & Garrett, 2008). Ka Laskeri ja Bedrosiani (2001) poolt läbiviidud juhtumiuuringuga leiti, et pärast edukat koolitust kliinikus, ei soovinud afaasia ja kõneapraksiaga katseisik siiski AAC vahendit kasutada. Seega AAC vahendi kasutuselevõtt on järjepidev töö, mis eeldab ka suurt lähedasepoolset panust.

Kolmanda paari afaasiaga uuritava puhul oli suurima kasutussagedusega suuline lauseline kõne, millele järgnesid minimaalne verbaalne eneseväljendus ja kajakõne elementidega vastused. Mitteverbaalseid suhtlusvahendeid A3 ei kasutanud. Ka logopeed oli määranud tema afaasia raskusastme mõõdukaks. Kajakõne puhul on tegemist vestluspartneri ütluse kordamisega (Wallesch, 1990), mis ei soodusta seega vestluse jätkumist.

Teisele uurimisküsimusele *Milliseid suhtlusprobleemile viitavaid käitumisi kasutavad suhtluse käigus afaasiaga isik ja tema lähedane?* vastamiseks kodeeriti kõikides afaasiaga uuritava ja lähedase voorudes esinenud suhtlusprobleemile viitavad käitumised (SVKd).

Nii esimese kui teise paari puhul, kasutas suhtlusprobleemile viitavaid käitumisi enam lähedane, kolmanda paari puhul vastupidi aga just afaasiaga katseisik. Ka Taylor-Rubin jt (2017) jõudsid primaarse progresseeruva afaasiaga isikute vestlust hinnates tulemusele, et suhtlusprobleemile viitavaid käitumisi kasutasid enam just nemad. Eraldi analüüsiti kasutatud SVKde iseloomu.

Kõigi kolme paari puhul oli sarnane asjaolu, et kui lähedased kasutasid suhtlusprobleemile viitamiseks peamiselt interaktiivseid suhtlusprobleemile viitavaid käitumisi ehk otsisid probleemi allikalt vastust, siis afaasiaga isikud seevastu kasutasid mitteinteraktiivseid suhtlusprobleemile viitavaid käitumisi. Sarnaseid tulemusi on leidnud ka Watson jt (1999) ja Sluis jt (2019) dementseid isikuid ja Taylor jt (2014) primaarse progresseeruva afaasiaga isikuid uurides. Käesoleva uuringu tulemus viitab niisiis asjaolule, et ka raske ja mõõduka afaasiaga isiku ja lähedase omavahelises vestluses võib jääda suhtlusprobleemi identifitseerimisel võtmeroll just lähedasele, kuna keelepuudega isik ei pruugi selleks lihtsalt võimeline olla.

Kolmandale uurimisküsimusele ***Milliseid parandamisstrateegiaid kasutavad suhtluse käigus afaasiaga isik ja tema lähedane ning kui edukad need on?*** vastamiseks kodeeriti nii afaasiaga isiku kui ka lähedase voorudes kõik esinenud parandamisstrateegiad ja hinnati nende edukust. Edutu paranduse järel sai vestlus adekvaatselt jätkuda, samas kui edutu paranduse järel oli vestlus endiselt häiritud.

Uuringutulemustest selgus, et parandamisstrateegiaid kasutasid enam afaasiaga katseisikute lähedased. Antud tulemus kehtis kõigi kolme paari puhul. Eriti hästi tuli lähedase poolt kasutatud parandamisstrateegiate ülekaal esile kolmanda paari puhul, kus afaasiaga isik kasutas parandamisstrateegiaid kogu vestluse käigus vaid kahel korral. Saadud tulemus on ootuspärane. Afaasia häirib inimese keelelist võimekust ja muudab seega raskemaks ka vestluses paranduste tegemise. Seega vastutab suhtlusprobleemide lahendamise eest suurema tõenäosusega just lähedane (Aaltonen & Laakso, 2010; Laakso & Klippi, 1999; Perkins, 2003). Lisaks on antud tulemus kooskõlas ka dementseid uurinud Watsoni jt (1999) ja Sluis jt (2019) läbiviidud uuringutega, kus enam parandamisstrateegiaid kasutasid samuti just terved katseisikud.

Eraldi analüüsiti ka kasutatud parandamisstrateegiate tüüpe. Parandamisstrateegiate tüüpide ja nende edukuse analüüs näitas, et kõigi kolme paari afaasiaga katseisikud kasutasid vaid tüüpilisi parandamisstrateegiaid, samas kui nende lähedastel domineerisid hõlbustavad strateegiad. Sarnase tulemuseni on jõudnud ka Sluis jt (2019), kes uurisid aga küll dementsete suhtlust. Nimetatud uuringus kasutasid dementsed parandamisstrateegiatest enim just *kinnitamist/ümberlükkamist*. Ka käesolevas uuringus kasutasid kõigi kolme paari afaasiaga uuritavad kõige enam just nimetatud strateegiat. Piiratud keeleliste võimete kontekstis võib seda tõenäoliselt pidada üheks lihtsamaks strateegiaks, mille rakendamiseks piisab sisuliselt vaid jah/ei vastusest.

Kolmanda paari afaasiaga katseisiku ekstreemselt väikest paranduste koguhulka (2) saab tõenäoliselt põhjendada tema väga vähese suhtlusinitsiatiiviga.

Paranduste edukuse osas ilmnes huvitav asjaolu. Nimelt olid kõigi kolme paari puhul protsentuaalselt edukamad just afaasiaga katseisiku poolt tehtud parandused. Samasuguse mõnes mõttes vastuolulise tulemuseni jõudsid ka Sluis jt (2019) dementseid uurides. Nemad põhjendasid seda näiteks asjaoluga, et lähedased võivad vahel vestluse jätkamise eesmärgil aktsepteerida ka parandusi, mis tegelikult suhtlusprobleemi siiski ei lahendanud. Samuti toovad uurijad välja, et paranduste edukus/mitteedukus võib olla seotud ka kasutatud paranduste tüübiga. Afaasiaga isikute ja dementsete poolt kõige

sagedamini kasutatud kinnitamist/ümberlükkamist võib tõenäoliselt pidada nõ lihtsamaks paranduseks kui erinevaid lähedase poolt kasutatud hõlbustavaid parandusstrateegiaid (nt teema jätkamine, lahenduse pakkumine vms), mis vahel võivad hoopiski suhtlusprobleeme juurde tekitada. Mõlemad Sluis jt (2019) toodud põhjendused on ülekantavad ka käesolevasse uuringusse.

Neljandale uurimisküsimusele ***Millise hinnangu annavad kommunikatsiooni toimumisele afaasiaga isik ja tema lähedane?*** vastamiseks tõlgiti ja valideeriti eesti keelde Kommunikatsiooni efektiivsuse indeks (ingl *Communication Effectiveness Index*, CETI) ning analüüsiti selle tulemusi.

Tulemustest selgus, et nii afaasiaga isikud kui ka nende lähedased tajuvad afaasiast tulenevaid piiranguid suhtlemisel. Käesoleva uuringu tulemused näitavad, et afaasiaga isikud hindavad enese kommunikatsiooni toimumist oluliselt paremaks kui nende lähedased. Sarnaseid tulemusi leiti ka Rautakoski (2008, 2012), Engelli jt (2003) ning Knappi ja Hewisoni (1999) läbiviidud uuringutes, milles sekkumise eel pidasid afaasiaga inimesed oma suhtlemisvõimet paremaks kui nende suhtluspartnerid. Samuti on leitu kooskõlas Heskethi jt (2011) tulemustega, kus afaasiaga/düsartriaga inimese funktsionaalset suhtlemist mõõdeti COASTi (ingl *The Communication after Stroke scale*) ja Carer COASTi paralleelsete versioonidega. Rautakoski (2008, 2012) läbiviidud uuringud olid aga sekkumisuuringud, kus erinevus sekkumisjärgselt kadus. Põhjenduseks toodi seejuures asjaolu, et afaasiaga isikud said sekkumise käigus enese suhtlemisoskustest realistlikuma pildi. Sekkumise käigus afaasiaga isikud mitte üksnes ei harjutanud suhtlemisstrateegiaid, vaid pidid ka oma suhtlemist hindama ning see aitas neil oma olukorda jälgida. Seda kinnitas ka Sorin-Petersi ja Behrmanni (1995) läbiviidud uuring, kus afaasiaga isik pidi oma suhtlemist regulaarselt jälgima ning selle tulemusena oli tema arusaam oma suhtlemisoskustest täpsem ja realistlikum. Samuti on võimalik, et peale korduvaid mõõtmisi hakkasid uuritavad hindamisvahendit paremini kasutama (Wewers & Lowe, 1990).

Uuring võimaldas kõrvutada ka CETI skooride logopeedi poolt hinnatud afaasia raskusastmetega. Uuritavate A1 ja A2 afaasia on logopeedi hinnangul raske ning ka lähedased hindavad kommunikatsiooni toimumist oluliselt häirituks. Mõõduka afaasia raskusastmega uuritava A3 puhul on nii lähedase kui afaasiaga inimese enda antud hinnangud võrreldes esimese kahe paariga kõrgemad. Seega võib öelda, et CETI skoorid ja logopeedi poolt hinnatud afaasia raskusaste on omavahel kooskõlas. Varasemates

uuringutes on aga leitud, et afaasiaga isikud ja nende lähedased on üksmeelel nii suhtlemisprobleemi olemasolu, selle puudumise kui ka raskusastme osas (Shewan & Cameron, 1984).

Kui algselt on CETI töötatud välja just lähedastele täitmiseks, siis mitmetes uuringutes on selle kohandatud varianti kasutatud ka afaasiaga isikute eneste hinnangute kogumiseks (Sorin-Peters & Behrmann, 1995; Van der Gaag *et al.*, 2005; Rautakoski *et al.*, 2008). Rautakoski jt (2008) läbiviidud uuringus ilmnes mõndade afaasiaga uuritavate puhul probleeme kohandatud CETI küsimustikule usaldusväärsete vastuste andmisega. Vastuste usaldusväärstust võisid mõjutada keelelised probleemid, eriti just mõistmisega seotud probleemid (Rautakoski *et al.*, 2008). Ka käesolevas uuringus kasutati afaasiaga katseisikute puhul CETI kohandatud varianti, kus kõik väited/situatsioonid olid illustreeritud pildilise materjaliga, lisaks selgitas igit olukorda ka uurija. Olenemata CETI kohandatud versioonist on A1 ja A2 puhul siiski näha, et situatsioonide mõistmine on raskendatud. Uuritava A2 puhul osutus probleem sedavõrd väljendunuks, et küsimustiku täitmine katkestati ning kogutud tulemusi otsustati mitte kasutada. Sarnaseid tulemusi ilmnes ka Rautakoski jt (2008) uuringus. See omakorda tõstatab küsimuse, kas ja milliste afaasiate korral võiks CETI kasutamine olla põhjendatud. Kuna afaasia avaldab mõju kõikidele keele valdkondadele, nii kõneloomele kui -mõistmisele, siis isegi, kui domineerivaks probleemiks on kõneloome, avalduvad probleemid ka mõistmise tasandil (Hallowell, 2017; Papathanasiou *et al.*, 2011). Ka kerge ekspressiivse afaasia korral esineb afaasiaga isikul võrreldes tervete eakaaslastega keeruliste grammatiliste konstruktsioonide töötlemisel enam raskusi (Hallowell, 2017).

Vastamaks viiendale uurimisküsimusele ***Millised on hindamisjärgsel nõustamisel afaasiaga isikule ja lähedasele antavad kommunikatsiooni soodustavad soovitused?*** analüüsisiti hindamistulemusi ja uuringu käigus tehtud märkmeid ning pandi nende alusel iga uuritava jaoks kokku individuaalne nõustamiskava (leitav tulemuste osas). Kõikide paride puhul koosnesid kavad kahest osast. Esimeses osas anti ülevaade uuringu käigus selgunust ning teises osas anti soovitusi suhtluse veelgi efektiivsemaks muutmiseks. Iga soovitus juurde toodi ka elulisi näiteid.

Kokkuvõtlikult võib öelda, et esimese ja teise paari nõustamiskavad olid nii mõneski osas sarnased. Kuna raske afaasiaga inimesed ei pruugi saavutada edukat suhtlemist vaid verbaalsete vahendite kaudu, on vajalik leida just konkreetse inimese jaoks sobivaid toetavaid suhtlusviise – nt erinevad AAC vahendid, kirjutamine,

joonistamine, žestikuleerimine vms (Beukelman, Fager, Ball, & Dietz, 2007). Seega soovitati mõlemale paarile kommunikatsiooni tõhustamiseks multimodaalset lähenemist (Purdy & Wallace, 2016; Pierce, Menahemi-Falkov, O'Halloran, Togher, & Rose, 2017; Wallace, Purdy, & Skidmore, 2015). Multimodaalsuse all peetakse silmas sama sõnumi edastamist enam kui ühe kanali kaudu samaaegselt või seriaalselt (Partan & Marler, 2005). Sarnasel moel toimivad ka totaalsel kommunikatsioonil põhinevad lähenemised, mille korral julgustatakse afaasiaga isikut ennast väljendama igal võimalikul viisil (Rautakoski, 2011). Mõlema paari afaasiaga katseisikutele soovitati kasutada erinevaid mitteverbaalseid kommunikatsioonivahendeid nagu näiteks osutamine ja AAC vahendi kasutamine. Osutamine võiks olla lihtsam, kui ikooniliste žestide kasutamine, kuna mõlema katseisiku puhul kaasneb apraksia ka jäsene apraksia, mis avaldab tõenäoliselt mõju ka kommunikatiivsete žestide produtseerimisele (Hogrefe *et al.*, 2012; Goldenberg, 2013). Hough'i ja Johnsoni (2009) uuringu tulemused kinnitavad, et AAC vahendite kasutamine afaasiaga isiku ning afaasiaga isiku ja tema lähedase vahel toetavad omavahelist kommunikatsiooni ning aitavad vähendada suhtlemisel tekkivaid probleeme. Samuti omab lähedane olulist rolli AAC vahendi kasutusele võtmise ning afaasiaga isikut selle kasutama julgustamise osas (Hough & Johnson, 2009). Lähedastele soovitati mõlema paari puhul rohkem žestidega toetatud lauseline kõne kasutamist, afaasiaga isikute julgustamist AAC vahendeid kasutama ning ka enda eneseväljenduse piltidega toetamist öeldu mõistmise lihtsustamiseks.

Kolmandale paarile koostatud nõustamiskava oli teistest erineva suunitlusega, kuna ka hindamise käigus leitu oli kahe esimese paariga võrreldes erinev. Kuna antud paari puhul oli peamiseks probleemiks afaasiaga isiku vähene initsiatiiv, jääb ka suhtluse toetamine suuresti siiski lähedase vastutusele, mistõttu anti ka soovitusi peamiselt lähedasele. Initsiatiivi toetamise osas oli peamiseks soovitusena nn "eestkõneleja" käitumise vältimine. Tegemist on käitumisega, mille puhul kipub lähedane kõnelema afaasiaga isiku eest ning mis võib afaasiaga isiku vestluses osalemist hoopiski takistada (Croteau & Le Dorze, 2007). Kirjeldatud efekti võib anda nt vestluspartneri pidev lahenduste pakkumise kasutamine parandamisstrateegiana, mistõttu soovitati seda vältida ning kasutada probleemide ületamiseks enam teisi variante (teema jätkamine, abistamine/julgustamine, lisamine/täpsustamine).

Kajakõne osas peeti oluliseks lähedasele selle olemuse selgitamist. Nagu eelnevalt mainitud, on kajakõne puhul tegemist vestluspartneri ütluse kordamisega (Wallesch,

1990). Kuigi mitmetel juhtudel võib ehholaalia olla funktsionaalne, võib vestluspartneri öeldu pidev kordamine siiski suhtlemist ka oluliselt häirida (Berthier *et al.*, 2017b). Berthier, Torres-Prioris ja López-Barroso (2017) on toonud välja, et kajakõnega tegelemiseks on kaks peamist võimalust – kas seda pidurdada või ümberkujundada. Kuna A3 puhul ei olnud tegemist kajakõne raske vormiga, siis sellest lähtuvalt eelistati ümberkujundamist. Vestluses kajakõne elemente märgates soovitati partneril mitte saadud vastusega rahulduda, vaid kasutada edasi erinevaid eelpool mainitud parandamisstrateegiaid.

Kokkuvõte ja järeldused

Käesoleva magistr töö tulemustest selgus, et vaatamata partneri afaasia raskusastmele, kasutasid lähedased domineerivalt suulist lauselist kõnet. Afaasiaga isikute kasutatud modaalsused varieerusid enam ja sõltusid afaasia raskusastmest. Suhtlusprobleemile viitavaid käitumisi kasutas kolmest paarist kahe puhul enam just lähedane. Kui lähedased kasutasid suhtlusprobleemile viitamiseks peamiselt interaktiivseid ehk partnerilt vastust eeldavaid käitumisi, siis afaasiaga isikud vastupidi mitteinteraktiivseid käitumisi. Ka parandamisstrateegiaid kasutasid enam afaasiaga katseisikute lähedased. Kui lähedaste puhul domineerisid hõlbustavad strateegiad, siis afaasiaga katseisikud kasutasid tüüpilisi parandusstrateegiaid. Leiti ka, et afaasiaga isikud hindasid enese kommunikatsiooni toimimist oluliselt paremaks kui nende lähedased. Nõustamisplaanide koostamisel selgus, et kuigi neis oli sarnaseid elemente, ei olnud nad siiski nõ ülekantavad, mis tähendab, et ühele paarile antud soovitused ei sobinud tingimata kasutamiseks teisele. See omakorda tõestab veelkord individuaalse ja hindamistulemustel põhineva lähenemise vajalikkust.

Tööl on ka mõningaid piiranguid. Tulenevalt kasutatud uuringumetoodikast, ei ole kogutud tulemused üldistatavad laiemale populatsioonile. Suhtlusprobleemidele viitavate käitumiste paremaks analüüsimiseks võiks edaspidi eristada lisaks ka nende funktsioone. Seda on varasemalt teinud Watson jt (1999), Sluis jt (2019), Samuelsson ja Hydén (2017) ning mitmed teised uurijad. SVK funktsioonideks võivad olla kordamise palumine, kinnituse palumine, rohkema info/lisainfo palumine ja lahenduse/vastuse pakkumine (Sacks, Schegloff & Jefferson, 1974). Paranduste mehhanismi paremaks mõistmiseks oleks edaspidi vajalik eristada ka paranduste trajektoore. Paranduste trajektoorid võimaldavad välja selgitada, kelle poolt parandus on algatatud ja ellu viidud (Schegloff,

Jefferson, & Sacks, 1977). Antud informatsioon oleks afaasiaga isikute ja nende lähedaste suhtlusprobleemide lahendamise mõistmisel väga väärtuslik. Lisaks võiks piiranguna välja tuua ka CETI küsimustiku, mis sai käesoleva uurimistöö raames eesti keelde tõlgitud, kuid mis vajaks siiski kohandamist, et võimaldada paremaid tulemusi.

Edaspidi võiks kommunikatsiooni hindamise teema käsitlemist jätkata kahel suunal. Üks võimalus oleks kasutada meetodina vestlusanalüüsi, kuna see võimaldaks hinnata loomulikku vestlust (Beeke, Maxim, & Wilkinson, 2007) ning arvestada selle interaktiivset olemust (Doedens & Mateyard, 2009). Vestlusanalüüs võimaldaks analüüsida kõiki vestluse detaile, mis praeguse meetodi puhul kõrvale võisid jääda. Teine võimalus oleks suurendada valimit ja koguda andmeid adekvaatset kvantitatiivset analüüsi võimaldavalt hulgalt uuritavatelt, lisada ka kontrollgrupp.

Samuti oleks huvitav vaadelda afaasiaga isiku ja lähedase suhtlust erinevates keskkondades (nt kodune keskkond vs logopeedi kabinet vms).

Võrrelda võiks ka suhtlust afaasiaga isiku ja lähedase ning afaasiaga isiku ja näiteks logopeedi vahel.

Antud magistritöö tulemused on väärtuslikud, kuna uurijatele teadaolevalt on tegemist esimese Eestis läbiviidud uurimusega, kus vaadatakse afaasiaga isiku hindamisele laiemalt kui üksnes keelelise võimekuse testimine. Teadaolevalt ei ole Eestis varem hinnatud afaasiaga isiku ja tema lähedase omavahelist suhtlust nende koduses keskkonnas. Afaasiaga kokkupuutuvale logopeedile võiks uuring anda mõtteid kommunikatsiooni hindamise ja sellele järgneva nõustamise tõhustamiseks.

Tänu sõnad

Täname südamest oma juhendajat Merje Viigandit, kes oli alati meie jaoks olemas ning meid töö kirjutamisel mitmekülgsest toetas. Täname ka Liis Lindet, kes oli kontaktisikuks uuritavate leidmisel. Samuti täname kõiki uuringus osalenud isikuid. Täname tõlke Kristiina Muuki, Karl Erik Saksi ja Priit Silma, kes olid abiks CETI tõlkimisel. Meie suur tänu kuulub ka perekonnale ja sõpradele, kes meid pidevalt toetasid ning ei kaotanud meie töö valmimisse usku.

Autorsuse kinnitus

Kinnitame, et oleme koostanud ise käesoleva lõputöö ning toonud korrektselt välja teiste autorite ja toetajate panuse. Töö on koostatud lähtudes Tartu Ülikooli haridusteaduste instituudi lõputöö nõuetest ning on kooskõlas heade akadeemiliste tavadega. Töö kui terviku lõikes jagunesid uurijate panused võrdselt (vähem uurimisse panustanud autor võttis suurema vastutuse töö teooria eest). Magistritöö kõikide osade kirjutamisele järgnes ühine arutelu.

Lisete Sass

/allkirjastatud digitaalselt/

19.05.2021

Marleen Vigel

/allkirjastatud digitaalselt/

19.05.2021

Kasutatud kirjandus

- Aaltonen, T., & Laakso, M. (2010). Halting aphasic interaction: Creation of intersubjectivity and spousal relationship in situ. *Communication & Medicine*, 7, 95–106.
- Abney, D. H., Dale, R., Louwerse, M M., & Kello, C T. (2018). The Bursts and Lulls of Multimodal Interaction: Temporal Distributions of Behavior Reveal Differences Between Verbal and Non- Verbal Communication. *Cognitive Science*, 42(4), 1297-1316.
- Ardila, A. (2010). A proposed reinterpretation and reclassification of aphasic syndromes. *Aphasiology*, 24(3), 363-394.
- Ardila, A. (2014). *Aphasia Handbook*. Miami, Florida, USA: Florida International University.
- Beeke, S., Maxim, J., Best, W., & Cooper, F. (2011). Redesigning therapy for agrammatism: Initial findings from the ongoing evaluation of a conversation-based intervention study. *Journal of Neurolinguistics*, 24, 222–236.
- Beeke, S., Maxim, J., & Wilkinson, R. (2007). Using conversation analysis to assess and treat people with aphasia. *Seminars in Speech and Language*, 28(2), 136-147.
- Berthier, M. L., Torres-Prioris, M. J., López-Barroso, D., Thurnhofer-Hemsi, K., Paredes-Pacheco, J., Roé-Vellvé, N., Alfaro, F., Pertierra, L., & Dávila, G. (2017b). Are you a doctor? Are you a doctor? I'm not a doctor! A reappraisal of mitigated echolalia in aphasia with evaluation of neural correlates and treatment approaches. *Aphasiology*, 32(7), 784-813.
- Berthier, M.L., Torres-Prioris, M.J., & López-Barroso. (2017). Thinking on Treating Echolalia in Aphasia: Recommendations and Caveats for Future Research Directions. *Frontiers in Human Neuroscience*, 11, 164.
- Beukelman, D.R., Fager, S., Ball, L., & Dietz, A. (2007). AAC for adults with acquired neurological conditions: A review. *Augmentative and Alternative Communication*, 23(3), 230-242.

- Booth, S., & Perkins, L. (1999). The use of conversation analysis to guide individualized advice to carers and evaluate change in aphasia: a case study. *Aphasiology*, 13(4), 283-303.
- Croteau, C., & Le Dorze, G. (2006). Overprotection, "speaking for", and conversational participation: A study of couples with aphasia. *Aphasiology*, 20(2/3/4), 327-336.
- Cunningham, R., Farrow, V., Davies, C., & Lincoln, N. (1995). Reliability of the Assessment of Communicative Effectiveness in Severe Aphasia. *European Journal of Disorders of Communication*, 30, 1-16.
- Doedens, W. J., & Mateyard, L. (2020). Measures of functional, real-world communication for aphasia: a critical review. *Aphasiology*, 34(40), 492-514.
- Duffau, H. (2018). The error of Broca: From the traditional localizationist concept to a connectomal anatomy of human brain. *Journal of Chemical Neuroanatomy*, 89, 73-81.
- Eadie, T.L., Yorkston, K.M., Klasner, E.R., Dudgeon, B.J., Deitz, J.C., Baylor, C.R., Miller, R.M., & Amtmann, D. (2006). Measuring Communicative Participation: A Review of Self-Report Instruments in Speech-Language Pathology. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 15(4), 307-320.
- Eesti Haigekassa. (s.a.). *Eesti Haigekassa tervishoiuteenuste loetelu muutmise taotlus koos muutmisjuhistega*.
- Enderby, P., John, A., & Petheram, B. (2006). *Therapy Outcome Measures for Rehabilitation Professionals: Speech and Language Therapy, Physiotherapy, Occupational Therapy*. Chichester: John Wiley & Sons, Ltd.
- Engell, B., Hütter, B-O., Willems, K., & Huber, W. (2003). Quality of life in aphasia: Validation of a pictorial self-rating procedure. *Aphasiology*, 17, 383-396.
- Ferguson, A. (1994). The influence of aphasia, familiarity and activity on conversational repair. *Aphasiology*, 8(2), 143-157.
- Goldenberg, G. (2013). *Apraxia The Cognitive Side of Motor Control*. Oxford: Oxford University Press.

- Hallowell, B. (2017). *Aphasia and Other Acquired Neurogenic Language Disorders*. San Diego: Plural Publishing Inc.
- Hartley, L.L. (1990). Assessment of Functional Communication. In D.E. Tupper, & K.D. Cicerone (Eds.), *The Neuropsychology of Everyday Life: Assessment and Basic Competencies* (pp. 125-126). Boston, MA: Kluwer Academic Publishers.
- Hennoste, T., Rääbis, A., & Laanesoo, K. (2013). Küsimused eestikeelses infodialoogis II: küsimused ja tegevused. *Keel ja Kirjandus*, 1, 7–28.
- Hesketh, A., Long, A., & Bowen, A. (2011). Agreement on outcome: Speaker, carer, and therapist perspectives on functional communication after stroke. *Aphasiology*, 25(3), 291-308.
- Hilton, R., Leenhouts, S., Webster, J., & Morris, J. (2014). Information, support and training needs of relatives of people with aphasia: Evidence from the literature. *Aphasiology*, 28(7), 797-822.
- Hogrefe, K., Ziegler, W., Weidinger, N., & Goldenberg, G. (2012). Non-verbal communication in severe aphasia: Influence of aphasia, apraxia, or semantic processing? *Cortex*, 48, 952-962.
- Holland, A., Frattali, C., & Fromm, D. (1999). *CADL-2: Communication activities of daily living*. Austin, Texas: Pro-ed.
- Holland, A.L., & Nelson, R.L. (2020). *Counseling in Communication Disorders: a wellness perspective* (3rd ed.). San Diego, CA: Plural Publishing.
- Hough, M., & Johnson, R.K. (2009). Use of AAC to enhance linguistic communication skills in an adult with chronic severe aphasia. *Aphasiology*, 23(7–8), 965–976.
- Howe, T.J., Worrall, L.E., & Hickson, L.M.H. (2008). Interviews with people with aphasia: Environmental factors that influence their community participation. *Aphasiology*, 22(10), 1-29.
- Ireland, C., & Wotton, G. (1996). Time to talk: Counselling for people with dysphasia. *Disability and Rehabilitation*, 18(11), 585–591.

- Johansson, M.B. (2012). Aphasia and Communication in Everyday Life: Experiences of persons with aphasia, significant others, and speech-language pathologists. *Digital Comprehensive Summaries of Uppsala Dissertations from the Faculty of Medicine*. Uppsala: Acta Universitatis Upsaliensis.
- Kagan, A. (1998). Supported conversation for adults with aphasia: methods and resources for training conversation partners. *Aphasiology*, 12(9), 816-830.
- Kalmus, A. Masso, ja T. Vihalemm (toim), Sotsiaalse analüüsi meetodite ja metodoloogia õpibaas. Külastatud aadressil <http://samm.ut.ee/kvalitatiivne-sisuanalyys>.
- Knapp, P., & Hewison, J. (1999). Disagreement in patient and carer assessment of functional abilities after stroke. *Stroke*, 30, 934-938.
- Laherand, M-L. (2008). Kvalitatiivne uurimisviis. Tallinn: OÜ Infotrükk.
- Lasker, J., & Bedrosian. (2001). Promoting Acceptance of Augmentative and Alternative Communication by Adults with Acquired Communication Disorders. *AAC Augmentative and Alternative Communication*, 17(3) 141-153.
- Lasker, J.P., & Garrett, K.L. (2008). Aphasia and AAC: Enhancing Communication Across Health Care Settings. *The ASHA Leader*, 13(8).
- Locher, M.A. (2010). Relational work, politeness, and identity construction. In D. Matsumoto (Ed.), *APA Handbook of interpersonal communication* (pp. 111-138). Washington, DC: American Psychological Association.
- Lohu, S., & Viigand, M. (2017). *Insuldihaigete aktivatsiooni- ja pidurdusprotsesside toimimine ning seosed nimisõnalise leksikaga*. Magistritöö. Tartu Ülikool, sotsiaalteaduste valdkond.
- Lomas, J., Pickard, L., Bester, S., Elbard, H., Finlayson, A., & Zoghaib, C. (1989). The Communicative Effectiveness Index: Development and Psychometric Evaluation of a Functional Communication Measure for Adult Aphasia. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 54, 113-124.

- Linebaugh, C.W., & Young-Charles, H.Y. (1978). The counseling needs of the families of aphasic patients.
- Manzo, J.F., Blonder, L.X., & Burns, A.F. (1995). The social-interactional organisation of narrative and narrating among stroke patients and their spouses. *Sociology of Health & Illness*, 17(3), 307-327.
- Marini, C., Triggiani L., Cimini N., Ciancarelli I., De Santis F., Russo T., Baldassarre M., di Orio F., & Carolei, A. (2001). Proportion of older people in the community as a predictor of increasing stroke incidence. *Neuroepidemiology*, 20(2), 91–95.
- Marshall, R.C. (2002). Having the courage to be competent: persons and families living with aphasia. *Journal of Communication Disorders*, 35(2), 139-152.
- Mukherjee, D., & Patil, C.D. (2011). Epidemiology and the global burden of stroke. *World Neurosurgery*, 76(6), 8–90.
- Murray, L., & Coppens, P. (2013). Formal and Informal Assessment of Aphasia. In I. Papathanasiou, P. Coppens, & C. Potagas (Eds.), *Aphasia and Related Neurogenic Communication Disorders* (pp. 67-91). Burlington: Jones and Bartlett Learning.
- Myrberg, K., Hydén, L-C., & Samuelsson, C. (2018). Different approaches in aphasia assessments: a comparison between test and everyday conversations. *Aphasiology*, 32(4), 417-435.
- National Aphasia Association. (s.a.). Külastatud aadressil: <https://www.aphasia.org/>
- Nicholas, L.E., & Brookshire, R.H. (1993). A System for Quantifying the Informativeness and Efficiency of the Connected Speech of Adults With Aphasia. *Journal of Speech and Hearing Research*, 36, 338-350.

- Northcott, S., Moss, B., Harrison, K., & Hilari, K. (2015). A systematic review of the impact of stroke on social support and social networks: associated factors and patterns of change. *Clinical Rehabilitation*, 1-21.
- Nätterlund, B.S. (2010). A new life with aphasia: everyday activities and social support. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 17(2), 117-129.
- Nykänen, A., Nyrkkö, H., Nykänen, M., Brunou, R., & Rautakoski, P. (2013). Communication therapy for people with aphasia and their partners (APPUTE). *Aphasiology*, 27(10), 1159-1179.
- Palmer, R., Dimairo, M., Cooper, C., Enderby, P., Brady, M., Bowen, A., Latimer, N., Julious, S., Cross, E., Alshreef, A., Harrison, M., Bradley, E., Witts, H., & Tim, C. (2019). Self-managed, computerised speech and language therapy for patients with chronic aphasia post-stroke compared with usual care or attention control (Big CACTUS): a multicentre, single-blinded, randomised controlled trial. *The Lancet Neurology*, 18(9), 821-833.
- Papathanasiou, I., Coppens, P., & Potagas, C. (2013). Aphasia and Related Neurogenic Communication Disorders. Burlington: Jones and Bartlett Learning.
- Partan, S.R., & Marler, P. (2005). Issues in the Classification of Multimodal Communication Signals. *The American Naturalist*, 166(2), 231-245.
- Penn, C., Frankel, T., Watermeyer, J., & Russell, N. (2010). Executive function and conversational strategies in bilingual aphasia. *Aphasiology*, 24, 288–308
- Perkins, L. (2003). Negotiating repair in aphasic conversation. In C. Goodwin (Ed.), *Conversation and brain damage* (pp. 147–162). New York, NY: Oxford University Press.
- Pierce, J.E., Menahemi-Falkov, M., O'Halloran, R., Togher, L., & Rose, M.L. (2017). Constraint and multimodal approaches to therapy for chronic aphasia: A systematic review and meta-analysis. *Neuropsychological Rehabilitation*, 29(7), 1005-1041.
- Pierce, J.E., O'Halloran, R., Togher, L., & Rose, M.L. (2019). What Is Meant by „Multimodal Therapy“ for Aphasia? *American Journal of Speech-Language Pathology*.
- Prutting, C.A., & Kirchner, D.M. (1987). A Clinical Appraisal of the Pragmatic Aspects of Language. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 52, 105-119.

- Purdy, M., Wallace, S.E. (2016). Intensive multimodal communication treatment for people with chronic aphasia. *Aphasiology*, 30(10), 1071–1093.
- Ramsberger, G., & Rende, B. (2002). Measuring transcortical success in the conversation of people with aphasia. *Aphasiology*, 16(3), 337-353.
- Ramsberger, G. (2005). Achieving conversational success in aphasia by focusing on non-linguistic cognitive skills: A potentially promising new approach. *Aphasiology*, 19, 1066–1073.
- Rautakoski, P., Korpijaakko-Huuhka, A.-M., & Klippi, A. (2008). People with severe and moderate aphasia and their partner as estimators of communicative skills: A client-centered evaluation. *Aphasiology*, 22(12), 1269-1293.
- Rautakoski, P. (2011). Training total communication. *Aphasiology*, 25(3), 344-365.
- Rautakoski, P. (2012). Self-perceptions of functional communication performance during total communication intervention. *Aphasiology*, 26(6), 826-846.
- Royal College of Speech and Language Therapists (RCSLT) (2009). Resource Manual for Commissioning and Planning Services for SLCN: Aphasia. London: RCSLT
- Sacks, H., Schegloff, E. A., & Jefferson, G.(1974). A simplest systematics for the organization of turn taking for conversation. *Language*, 50(4), 696–735.
- Samuelsson, C., & Hydén, L. (2017). Collaboration, trouble and repair in multiparty interactions involving couples with dementia or aphasia. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 19(5), 454-464
- Schegloff, E. A., Jefferson, G., & Sacks, H.(1977). The preferences for self-correction in the organization of repair in conversation. *Language*, 53(2), 361–382.
- Shewan, C. M., & Cameron, H.(1984). Communication and related problems as perceived by aphasic individuals and their spouses. *Journal of Communication Disorders*, 17(3), 175-187.
- Simmons-Mackie, N.N., Kearns, K.P., & Potechin, G. (2005). Treatment of aphasia through family member training. *Aphasiology*, 19(6), 583-593.

- Sluis, R. A., Campell, A., Atay, C., Connay, E., Mok, Z., Angwin, A. J., Chenery, H., & Whelan, B-M. (2019). Conversational trouble and repair in dementia: revision of an existing coding framework. *Journal of Communication Disorders*, 81.
- Sorin-Peters, R., & Behrmann, M. (1995). Change in perception of communication abilities of aphasic patients and their families. *Aphasiology*, 9(6), 565–575.
- Sun, J. H., Tan, L., & Yu, J.T. (2014). Post-stroke cognitive impairment: epidemiology, mechanisms and management. *Annals Of Translational Medicine*, 2(8), 80.
- Tactus Therapy. (s.a.). Külastatud aadressil: <https://tactustherapy.com/>
- Tamm, G., Narusson, D., Nursi, A., Palu-Laeks, M., Ennok, M., Paal, K., Lepik, Ü., Rannikmaa, V., Leht, L., Lukk, M., Veenma, J., & Arak T. (2015). Rehabilitatsiooniprogramm vanemaealise (65+) iseseisva funktsioneerimise taastamiseks ja säilitamiseks pärast insulti. Sotsiaalkindlustusamet: Tartu Vaimse Tervise Hooldekeskus: Tartu Ülikooli Rakendusuuringu keskus.
- Taylor, C., Croot, K., Power, E., Savage, S.A., Hodges, J.R., & Togher, L. (2014) Trouble and repair during conversations of people with primary progressive aphasia, *Aphasiology*, 28(8-9), 1069-1091.
- Taylor-Rubin, C., Croot, K., Power, E., Savage, S., Hodges, J., & Togher, L. (2017). Communication behaviors associated with successful conversation in semantic variant primary progressive aphasia. *International Psychogeriatrics*, 29(10), 1619-1632.
- Turgeon, Y., & Macoir, J. (2008). Classical and Contemporary Assessment of Aphasia and Acquired Disorders of Language. In B. Stemmer, & H. Whitaker (Eds.), *Handbook of the Neuroscience of Language* (pp. 3–11). Elsevier Ltd.
- Van der Gaag, A., Smith, L., Davis, S., Moss, B., Cornelius, V., Laing, S., & Mowles, C. (2005). Therapy and support services for people with long-term stroke and aphasia and their relatives: A six-month follow-up study. *Clinical Rehabilitation*, 19, 372-81.
- Van der Meulen, I., Van de Sandt-Koenderman, M., Duivenvoorden, H.J., & Ribbers, G. (2010). Measuring verbal and non-verbal communication in aphasia: reliability, validity, and

sensitivity to change of the Scenario Test. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 45(4), 424-435.

Van der Sandt-Koenderman, M. E., Van der Meulen, I., & Ribbers, G.M. (2012). Aphasia Rehabilitation: More Than Treating the Language Disorder. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 93(1), S1-S3.

Vibo, R., & Kõrv, J. (2013). Burden of Stroke in Estonia. *International Journal of Stroke*, 8(5), 372–373.

Wallace, S.E., Purdy, M., & Skidmore, E. (2014). A multimodal communication program for aphasia during inpatient rehabilitation: A case study. *Neuro Rehabilitation*, 35(3), 615-625.

Wallesch, C.W. (1990). Repetitive verbal behaviour: functional and neurological considerations. *Aphasiology*, 4(2), 133- 154.

Watson, C.M., Chenery, H.J., & Carter, M.S. (1999). An analysis of trouble and repair in the natural conversations of people with dementia of the Alzheimer's type. *Aphasiology*, 13(3), 195-218.

Wewers, M. W., & Lowe, N. K. (1990). A critical review of visual analogue scales in the measurement of clinical phenomena. *Research in Nursing & Health*, 13(4), 227–236.

Wielandt, S., van de Sandt-Koenderman, Mieke W.M.E., Dammers, N., & Sage, K. (2016). ImPACT: a multifaceted implementation for conversation partner training in aphasia in Dutch rehabilitation settings. *Disability and Rehabilitation*, 40(1), 76-89.

Wilkinson, R. (2010). Conversation analysis. In M. J. Ball, N. Müller, & R. L. Nelson (Eds.), *Handbook of qualitative research in communication disorders* (pp. 79–82). New York: Taylor & Francis.

Williams, S.E. (1993). The impact of aphasia on marital satisfaction. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 74(4), 361-367.

Wirz, S. L., Skinner, & Dean. (1990). Revised edinburgh functional communication profile. Tucson, AZ: Communication Skill Builders.

World Health Organization. (2001). International classification of functioning, disability and health : ICF. Külastatud aadressil:

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42407/9241545429.pdf>

World Health Organization. (2020). WHO methods and data sources for life tables 1990-2019.

Külastatud aadressil: https://www.who.int/docs/default-source/gho-documents/global-health-estimates/ghe2019_life-table-methods.pdf?sfvrsn=c433c229_5

Lisad

Lisa 1. Kommunikatsiooni efektiivsuse indeks (CETI), täitmiseks afaasiaga isiku lähedasele (tabel 8) ja afaasiaga isikule (tabel 9).

Kommunikatsiooni efektiivsuse indeks (CETI)

Afaasiaga isiku lähedasele

Palun hinnake(nimi) sooritust, igas kirjeldatud suhtlussituatsioonis

1. Kellegi tähelepanu saavutamine	Pole üldse võimeline ----- Võimekus endine
2. Osalemine rühmavestluses, kus räägitakse temast	Pole üldse võimeline ----- Võimekus endine
3. Asjakohaste jah-ei vastuste andmine	Pole üldse võimeline ----- Võimekus endine
4. Enese emotsioonide väljendamine	Pole üldse võimeline ----- Võimekus endine
5. Talle räägitust arusaamise väljendamine	Pole üldse võimeline ----- Võimekus endine
6. Sõprade/naabritega seltskondlikes vestlustes osalemine (haiglavoodi ääres või kodus)	Pole üldse võimeline ----- Võimekus endine
7. Teiega üks-ühele vestlemine	Pole üldse võimeline ----- Võimekus endine
8. Tema ees seisva inimese nime ütlemine	Pole üldse võimeline ----- Võimekus endine
9. Füüsiliste probleemide	Pole üldse võimeline ----- Võimekus endine

väljendamine (nt ebamugavustundest või valust teadaandmine)	
10. Spontaanne vestlemine (nt vestluse alustamine ja/või teema vahetamine)	Pole üldse võimeline ----- Võimekus endine
11. Ilma sõnadeta vastamine või enese väljendamine (sealhulgas jah/ei väljendamine)	Pole üldse võimeline ----- Võimekus endine
12. Vestluse alustamine inimestega, kes ei ole lähedased pereliikmed	Pole üldse võimeline ----- Võimekus endine
13. Kirjutatu mõistmine	Pole üldse võimeline ----- Võimekus endine
14. Osalemine vestluses, kui see on kiire ja sellest võtab osa mitmeid inimesi	Pole üldse võimeline ----- Võimekus endine
15. Osalemine vestluses võõraste inimestega	Pole üldse võimeline ----- Võimekus endine
16. Millegi üksikasjalik kirjeldamine või sügavuti arutamine	Pole üldse võimeline ----- Võimekus endine

Lisa 2. Kommunikatsiooni efektiivsuse indeks (CETI), afaasiaga isikutele kohandatud versioon

Näited CETI afaasiaga isikutele kohandatud versioonist (väited 7 ja 13).

7. Lähedasega üks-ühele vestlemine



Pole üldse võimeline Võimekus endine



13. Kirjutatu mõistmine



Pole üldse võimeline Võimekus endine



Lisa 3. Suhtlusprobleemile viitavate käitumiste ja parandamisstrateegiate kodeerimine

Interaktiivsed suhtlusprobleemile viitavad käitumised

Käitumised, mis näitavad, et suhtlusprobleem on tekkinud ning nõuavad/eeldavad partnerilt/probleemi allikalt vastust.

Nr	Suhtlusprobleemile viitav käitumine/koodi nimetus	Definitsioon	Näide
1	Neutraalsed või mittespetsiifilised palved ütluse/väljenduse kordamiseks (minimaalsed päringud) <i>Non-Specific Local Request</i>	Kuulajal poolt öeldavad minimaalsed verbaalsed väljendused/päringud, mis väljendavad küll mitte arusaamist, kuid ei identifitseeri probleemi täpsemalt. Neid kasutatakse, kui öeldut ei ole täpselt kuuldud, öeldu ei olnud arusaadav või mingist sõnumi osast ei ole hoolimata selle kuulmisest aru saadud.	Mida? Ah? Mida sa ütlesid?
2	Mittespetsiifilised globaalsed palved <i>Non-Specific Global Request</i>	Mittespetsiifilised kommentaarid, mis annavad märku, et eelmisest ütluse osast ei ole aru saadud.	Oota. Mine tagasi sinna eilse õhtu juurde. Ma kaotasin u minut tagasi järje
3	Spetsiifilised palved, spetsiifilise info palumine <i>Specific Request</i>	Küsimus, mis viitab selgelt, millisest ütluse osast ei ole aru saadud	KÕNELEJA 1: Ma tulen Tartust. KÕNELEJA 2: Kust Sa tuled?
4	Kordamine väiksemas mahus <i>Repetition With Reduction</i>	Öeldu osaline kordamine. Sageli kasutatakse tõusvat intonatsiooni.	KÕNELEJA 1: Ma käisin eile õhtul peol. KÕNELEJA 2: Eile õhtul?
5	Täies mahus kordamine <i>Complete Repetition</i>	Probleeme tekitanud originaalütluse täielik kordamine (sh probleemse osa) tõusva intonatsiooniga. <i>Lisaks selguse palumisele võivad sellised küsimused täita ka teisi funktsioone. Nt umbusu või halvakspanu väljendamine (või ka lihtsalt vestluse täide). Kui antud küsimused täidavad just neid</i>	KÕNELEJA 1: Ma käisin eile õhtul peol. KÕNELEJA 2: Sa käisid eile õhtul peol?

		<i>viimaseid funktsioone, siis neid arvesse ei võeta</i>	
6	Kinnituse palumine - täies mahus kordamine + info lisamine <i>Repetition With Elaboration</i>	Kuuldu täiel määral kordamine + semantilise info lisamine	KÕNELEJA 1: Ma käisin eile õhtul peol. KÕNELEJA 2: Sa käisid eile õhtul peol....restoranis?
7	Hüpoteeside püstitamine <i>Hypothesis Formation</i>	Kõneleja sõnastab ümber või täpsustab partneri eelnevat ütlust, öeldes, mida vestluspartner tema arvates mõtles. Kinnituse saamiseks kasutatakse tõusvat intonatsiooni. 3 allkategoriat: A: Kõneleja kasutab originaalütluses olnud sõnu, kuid teises järjekorras B: Ümbersõnastamine - sisu jääb samaks, kuid saab edasi antud teiste sõnadega C: Sisu täpsustatakse/arendatakse edasi	KÕNELEJA 1: Ma olin....ma olin....õpetasin KÕNELEJA 2: Sa töötasid õpetajana?

Mitteinteraktiivsed suhtlusprobleemile viitavad käitumised

Käitumised, mis näitavad, et kõnelejal on raske vestlust mõista, kuna partner annab sobimatuid vastuseid. Kõneleja ei otsi arusaamatuse lahendamiseks abi. Kuna sihilikku abi otsimist ei toimu, ei kodeerita ka nende käitumiste funktsioone.

Nr	Suhtlusprobleemile viitav käitumine/koodi nimetus	Definitsioon	Näide
1	Vähene vooru ülevõtmine/jätkamine <i>Lack of Uptake</i>	Kuulaja ei vasta küsimusele/lausele, olukorras kus see oleks vajalik - ei vasta üldse (tekib pikk paus) - vastus on väga minimaalne ega vasta küsimusele	KÕNELEJA 1: Mida Sa täna teed? KÕNELEJA 2: mmmm
2	Puudulik jätk <i>Lack of Continuation</i>	Vastus on teemast väljas, viitab vestluse mittemõistmisele	KÕNELEJA 1: Mis sinu lemmiklill on? KÕNELEJA 2: Mulle meeldib lugeda.
3	Küsimusega väheseotud vastus <i>Tangential Response</i>	Vastus küll haakub teemaga, kuid ei vasta täpselt esitatud küsimusele või väljendab vastuse sisu eelnevalt küsitud mittemõistmist.	KÕNELEJA 1: Mis sinu venna nimi on. KÕNELEJA 2: Vend...huvitav, kuha ta küll jääb.
4	Metalingvistilised kommentaarid <i>Metalinguistic Comments</i>	Ütlused, mis viitavad sõnumi mittemõistmisele (tegu ei ole küsimustega)	Ma saan aru, mida sa mõtled. Mul on kahju, ma ei saa aru.

Käitumised, mille eesmärk on probleem ületada ja ühine arusaamine taastada

Tüüpilised parandusstrateegiad

Nr	Paranduse tüüp	Definitsioon	Näide
1	Kordamine <i>Repetition</i>	Probleemse koha/ütluse kordamine (täies mahus või osaliselt) ilma uut infot lisamata.	KÕNELEJA 1: Ma lähen koju. KÕNELEJA 2: Mida? KÕNELEJA 1: Ma lähen koju.
*1.1	<i>Mitteverbaalse tegevuse kordamine</i>	Mitteverbaalse väljenduse kordamine muutmata kujul	KÕNELEJA 1: <i>Osutab aknale</i> KÕNELEJA 2: Ma ei saa aru KÕNELEJA 1: <i>Osutab uuesti aknale</i>
2	Ümbersõnastamine <i>Revision/Reformulation</i>	Ütluse sisu jääb samaks, kuid vorm muutub (nt sama tähendusega sõna kasutamine, lause süntaktilise struktuuri muutmine vms).	KÕNELEJA 1: Kas sa täna telekat vaatasid? KÕNELEJA 2: Mida? KÕNELEJA 1: Vaatasid sa täna midagi televiisorist?
*2.2	Kasutatava modaalsuse muutmine	Väljenduse sisu jääb samaks, kuid vorm muutub (nt teise modaalsuse kasutamine)	KÕNELEJA 1: <i>Osutab aknale</i> KÕNELEJA 2: Ma ei saa aru KÕNELEJA 1: <i>Läheb akna juurde</i>
3	Lisamine/täpsustamine <i>Addition/Specification</i>	Probleemsele ütlusele lisatakse informatsiooni, täpsustatakse originaalütlust	KÕNELEJA 1: Me läheme hiljem KÕNELEJA 2: Mida? Kuhu? KÕNELEJA 1: Me läheme poodi hiljem
*3.3	<i>Lisamine/täpsustamine (mitteverbaalne)</i>	Probleemsele mitteverbaalsele väljendusele lisatakse uut infot,	KÕNELEJA 1: <i>Osutab aknale</i>

		täpsustatakse	KÕNELEJA 2: Ma ei saa aru KÕNELEJA 1: <i>Osutab uuesti aknale ja teeb lisaks käega akna avamise liigutuse</i>
4	Ebasobilik <i>Inappropriate</i>	Mittesobivad ütlused, kus kõneleja ei ole aru saanud, mida on vestluspartner eelneva suhtlusprobleemile viitava käitumisega küsinud/vajanud.	KÕNELEJA 1: Kes seda ütles? KÕNELEJA 2: Ei
5	Kinnitamine/ümber lükkamine <i>Confirm/Reject</i>	Segaduse lahendamiseks kasutatakse JAH/EI. Eelnev suhtlusprobleemile viitav käitumine on nõudnud kõnelejalt segaduse lahendamiseks JAH/EI vastust	KÕNELEJA 1: Aa, sa mõtlesid, et ta on õpetaja. KÕNELEJA 2: Jah

*Käesoleva töö käigus lisatud kategooriate täpsustused

Hõlbustavad parandusstrateegiad

Nr	Paranduse tüüp	Definitsioon	Näide
1	Kohanemine <i>Accommodation</i>	Vestluspartneri teemaga mittehaakuva ütluse peale, aktsepteerib kõneleja teemamuutuse ja vastab sellest lähtuvalt (ei pööra enam eelmisele teemale/küsimusele tähelepanu)	KÕNELEJA 1: Mis on sinu lemmiklill? KÕNELEJA 2: Mulle meeldib lugeda KÕNELEJA 1: Selge. Mida sulle lugeda meeldib?
2	Abistamine, julgustamine <i>Prompting</i>	Vastuseks vestluspartneri poolt antud mittetäielikule vastusele, proovib kõneleja teda vastuse andmisel julgustada, aidata, suunata	Ei? Kas sa mäletad?
3	Uue teema sissetoomine <i>New Topic Introduction</i>	Vastuseks mitteinteraktiivsele suhtlusprobleemile viitavale käitumisele, toob vestluspartner vestluse jätkamiseks sisse täiesti uue teema.	KÕNELEJA 1: Mis sinu lemmikvärv on? KÕNELEJA 2:(paus) KÕNELEJA 1: Mis täna televiisorist tuleb?
4	Lahenduse pakkumine <i>Posing a solution</i>	Vastuseks mitteinteraktiivsele suhtlusprobleemile viitavale käitumisele, pakub vestluspartner ise võimaliku vastuse (aitamaks partneril küsimusele vastata)	KÕNELEJA 1: Mida sa eile tegid? KÕNELEJA 2: Ma ei mäleta. KÕNELEJA 1: Kas sa käisid jalutamas?
5	Teema jätkamine <i>Topic Continuation</i>	Vastuseks mitteinteraktiivsele suhtlusprobleemile viitavale käitumisele, jätkab vestluspartner siiski sama teemaga (pakub teemaga haakuvaid kommentaare, küsib lisaküsimusi)	KÕNELEJA 1: Mis sinu lemmikvärv on? KÕNELEJA 2:(paus) KÕNELEJA 1: Minu lemmikvärv on punane.

Paranduste edukus

1. **Edukas parandamine.** Parandamine on edukas, kui parandamisele järgnevas kõnevoorus saab vestlus adekvaatselt jätkuda. Edukaks vestluse jätkumiseks loetakse järgnevaid parandusejärgseid käitumisi:
 - Aktsepteerimine. Kõneleja väljendab parandusega nõustumist (nt kordab seda ilma tõusva intonatsioonita, kasutab nõustumist väljendavaid ütlusi nagu “jah”, “mhm” vms)
 - Sobiv vastus küsimusele. Kõneleja annab/proovib anda esitatud küsimusele sobivat vastust (näidates, et saab küsimusest aru ja vestlus saab jätkuda)
 - Küsimus või kommentaar vestluse jätkamiseks. Käitumised, mis näitavad, et probleem on lahendatud ja vestlus saab jätkuda. Nt kommentaarid, mis näitavad, et partner on parandusest aru saanud (“ahh nii on lood”, “nüüd ma saan küll aru”). Küsimused, mis näitavad, et partner on parandusest aru saanud ja otsib nüüd uut infot.

Kui partner kasutab küll ebasobilikku parandamist, kuid kaaslane kasutab siiski järgnevalt ühte ülaltoodud käitumisvariantidest, loetakse parandus siiski edukaks.

2. **Edutu parandamine.** Parandamine ei ole edukas, kui parandamise järgselt ei saa vestlus siiski adekvaatselt jätkuda (vestluspartner ei ole oma küsimusele/probleemile lahendust saanud).
 - Tagasilükkamine. Parandamine lükatakse vestluspartneri poolt tagasi (“see ei ole see”)
 - Interaktiivne suhtlusprobleemile viitav käitumine. Kõneleja kasutab mõnd interaktiivset suhtlusprobleemile viitavat käitumist, näitamaks jätkuvat raskust/probleemi (viitamaks, et algne probleemiallikas on endiselt lahendamata). *Kui probleem tekib vestluspartneri poolt esitatud uue info mõistmisel, loetakse parandamine siiski edukaks.*
 - Mitteinteraktiivne suhtlusprobleemile viitav käitumine. Paranduse järgselt ei saa vestlus siiski edukalt jätkuda, kasutatakse mõnd mitteinteraktiivset suhtlusprobleemile viitavat käitumist.

Lisa 4. Eneseväljendamisel kasutatud modaalsuste kodeerimine

Eneseväljendamisel kasutatud modaalsuste kodeerimine (teooria ja kogutud andmete baasil tuletatud koodid ja kategooriad)

MODAALSUS	SELGITUSED, NÄITED
1. Verbaalne suhtlus	
1.1 Lauseline kõne (suuline)	Mul läks võimlemas hästi.
1.2 Minimaalne suuline verbaalne eneseväljendus (üksikud sõnad, jah-ei vastused, stampväljendid vms)	Üksikud sõnad, jah/ei jne
1.3 Kajakõne elementidega vastused	Logopeed: Sa käisid täna võimlemas. Afaasiaga isik: Käisin täna võimlemas
1.4 Arusaamatu verbaalne eneseväljendus (nt indifferentsed hääletsused, silbikombinatsioonid, sõnasalat)	{—} Inimene püüab end küll verbaalselt väljendada, kuid tema jutt ei ole kuulajale arusaadav
1.5 Kirjalik kõne	Üksikute sõnad, lausete, teksti kirjutamine
1.6 Kirjaliku ja suulise kõne kombineerimine	Nt suulise kõne toetamine kirjalike märksõnadega (parema mõistmise kindlustamiseks)
2. Mitteverbaalne suhtlus	
2.1 Esemeline suhtlus	Nt televiisorit vaadata soovides läheb inimene televiisori juurde, ei tee vastavat žesti, ei osuta vms
2.2 Arusaadava funktsiooni/eesmärgiga žestid	Nt käe kõrva juurde asetamine telefonile osutamiseks
2.3 Raskestimõisteteva	Žestid, mille funktsioon/eesmärk jääb

funktsiooni/eesmärgiga umbmäärane žestikuleerimine	vestluspartnerile arusaamatuks
2.4 Joonistamine	Nt teatud objektile/tegevusele viitamiseks kasutab inimene vastava sõna asemel objekti/tegevuse joonistamist
2.5 Kõnet toetava või asendava vahendi (AAC) kasutamine	Nt suhtlusmapis olevatele piltidele osutamine
3. Verbaalse ja mitteverbaalse suhtluse kombineerimine	
3.1 Žestidega toetatud lauseline kõne	Lauseline kõne, mida toetavad žestid (nt sõnadega viidatud objektidele osutamine, vastavate žestide tegemine vms)
3.2 Žestidega saadetud minimaalne verbaalne eneseväljendus	Üksikud sõnad, jah/ei vastused, mida saavad žestid
3.3 Žestidega saadetud arusaamatu verbaalne eneseväljendus	Arusaamatu verbaalne eneseväljendus, mida saadetakse žestikuleerimisega
3.4 Joonistamise ja suulise kõne kombineerimine	Suulist kõnet kombineeritakse joonistamisega (tagamaks nt parem öeldu mõistmine või ka efektiivsem eneseväljendus)
3.5 AAC vahendi ja suulise kõne kombineerimine	Suulist kõnet kombineeritakse AAC vahendi kasutusega. Nt osutatakse sobivale pildile ning proovitakse vastavat sõna ka öelda. Või proovitakse AAC vahendiga toetada vestluspartneri kõne mõistmist (ütlen sõna ja osutan ka sobivale pildile)

Lisa 5

Kasutatud transkriptsioonimärgid (Hennoste, Rääbis, & Laanesoo, 2013)

. langev intonatsioon

? tõusev intonatsioon

, poollangev intonatsioon

(.) mikropaus: 0.2 sekundit või lühem

(0.8) mõõdetud paus sekundites

- sõna poolelijäämine

[pealerääkimise algus

] pealerääkimise lõpp

{—} Transkribeerimatu lõik

(()) transkribeerija kommentaar

Lisa 6

Tabel 2. Ülevaade esimese paari poolt kasutatud parandamisstrateegiate kasutussagedusest ning edukusprotsendist

		A1		L1	
	Parandus	Kasutus-sagedus (%)*	Edukus-protsent (%)	Kasutus-sagedus (%)*	Edukus-protsent (%)
Tüüpilised	1				
	2				
	3				
	4	2,44	0		
	5				
	6	21,95	66,67		
	7				
	8	75,61	58,06		
Hõlbustavad	9				
	10			8,16	25
	11				
	12			36,73	50
	13			55,1	44,45
KOKKU		35,34	58,53	44,14	44,9

Märkus. * Mitmes % voorudest parandusi esines

1 – kordamine (verbaalne), 2 – mitteverbaalse tegevuse kordamine, 3 – ümbersõnastamine, 4 – ümbersõnastamine kasutatavat modaalsust muutes, 5 – lisamine/täpsustamine (verbaalne), 6 – lisamine/täpsustamine (mitteverbaalne), 7 – ebasobilik, 8 – kinnitamine/ümber lükkamine. 9 – kohanemine, 10 – abistamine, julgustamine, 11 – uue teema sissetoomine, 12 – lahenduse pakkumine, 13 – teema jätkamine.

Lisa 7

Tabel 5. Ülevaade teise paari poolt kasutatud parandamisstrateegiate kasutussagedusest ning edukusprotsendist

	A2			L2	
	Parandus	Kasutus-sagedus (%)*	Edukus-protsent (%)	Kasutus-sagedus (%)*	Edukus-protsent (%)
Tüüpilised	1			3,5	0
	2			2,1	0
	3			3,5	0
	4	1,54	0	7,69	18,18
	5			2,8	25
	6	3,08	50		
	7				
	8	95,38	24,19		
Hõlbustavad	9			0,7	100
	10			11,88	0
	11			2,1	33,33
	12			48,95	18,57
	13			16,78	12,5%
KOKKU		30,66	26,16	79.01	14,69

Märkus. * Mitmes % voorudest parandusi esines

1 – kordamine (verbaalne), 2 – mitteverbaalse tegevuse kordamine, 3 – ümbersõnastamine, 4 – ümbersõnastamine kasutatavat modaalsust muutes, 5 – lisamine/täpsustamine (verbaalne), 6 – lisamine/täpsustamine (mitteverbaalne), 7 – ebasobilik, 8 – kinnitamine/ümber lükkamine. 9 – kohanemine, 10 – abistamine, julgustamine, 11 – uue teema sissetoomine, 12 – lahenduse pakkumine, 13 – teema jätkamine.

Lisa 8

Tabel 6. Ülevaade kolmanda paari poolt kasutatud parandamisstrateegiate kasutussagedusest ning edukusprotsendist

		A3		L3	
	Parandus	Kasutus-sagedus (%) [*]	Edukus-protsent (%)	Kasutus-sagedus (%) [*]	Edukus-protsent (%)
Tüüpilised	1				
	2				
	3			2,17	100
	4				
	5			34,78	75
	6			2,17	0
	7				
	8	2,99	100	2,17	100
Hõlbustavad	9				
	10			17,39	50
	11			6,52	66,67
	12			4,35	0
	13			30,43	42,86
KOKKU		2,99	100	66,66	56,52

Märkus. * Mitmes % voorudest parandusi esines

1 – kordamine (verbaalne), 2 – mitteverbaalse tegevuse kordamine, 3 – ümbersõnastamine, 4 – ümbersõnastamine kasutatavat modaalsust muutes, 5 – lisamine/täpsustamine (verbaalne), 6 – lisamine/täpsustamine (mitteverbaalne), 7 – ebasobilik, 8 – kinnitamine/ümber lükkamine. 9 – kohanemine, 10 – abistamine, julgustamine, 11 – uue teema sissetoomine, 12 – lahenduse pakkumine, 13 – teema jätkamine.

Lihtlitsents lõputöö reprodutseerimiseks ja üldsusele kättesaadavaks tegemiseks

Meie, Lisete Sass ja Marleen Vigel,

(sünnikuupäevad: 16.02.1996; 29.01.1990)

1. anname Tartu Ülikoolile tasuta loa (lihtlitsentsi) enda loodud teosele „Afaasiaga isiku funktsionaalne kommunikatsioon lähedasega kolme uuritava näitel“, mille juhendajaks on Merje Viigand, reprodutseerimiseks eesmärgiga seda säilitada, sealhulgas lisada digitaalarhiivi DSpace kuni autoriõiguse kehtivuse lõppemiseni.
2. Anname Tartu Ülikoolile loa teha punktis 1 nimetatud teos üldsusele kättesaadavaks Tartu Ülikooli veebikeskkonna, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace kaudu Creative Commons'i litsentsiga CC BY NC ND 3.0, mis lubab autorile viidates teost reprodutseerida, levitada ja üldsusele suunata ning keelab luua tuletatud teost ja kasutada teost ärieesmärgil, kuni autoriõiguse kehtivuse lõppemiseni.
3. Oleme teadlikud, et punktis 1 nimetatud õigused jäävad alles ka autoritele.
4. Kinnitame, et lihtlitsentsi andmisega ei rikuta teiste isikute intellektuaalomandi ega isikuandmete kaitse seadusest tulenevaid õigus.

Lisete Sass, Marleen Vigel

19.05.2021