

Tartu Ülikool
Sotsiaalteaduste valdkond
Haridusteaduste instituut
Eripedagoogika ja logopeedia õppekava

Anneli Tuulik

**KOMMUNIKATSIOONILE SUUNATUD LÄHEDASI KAASAV SEKKUMINE
AFAASIA TERAAPIAS**

Magistritöö

Juhendaja: Merje Viigand (MA)

Tartu 2023

Kokkuvõte

Kommunikatsioonile suunatud lähedasi kaasav sekkumine afaasia teraapias: sekkumisuuring ühe uuritavate paari näitel

Käesoleva uuringu eesmärk oli rakendada ühe uuritavate paari peal kommunikatsioonile suunatud ja lähedasi kaasavat afaasia teraapiat ning hinnata sekkumise tulemuslikkust.

Valimi moodustasid üks kroonilise afaasiaga isik ja tema lähedane, kelle omavahelise suhtluse hindamiseks salvestati ja analüüsiti nende vestlust suunatud suhtlusülesannete käigus. Lähtudes hindamistulemustest koostas uurija sekkumiskava, rakendas seda viie teraapiaseansi jooksul ning viis seejärel läbi alghindamisega analoogse järelhindamise.

Selgus, et afaasiaga isiku puhul suurenes eneseväljenduseks kasutatavate žestide hulk ning lähedane julgustas teda rohkem žeste kasutama. Samuti tõusis edasiantavate sisuühikute protsent afaasiaga isiku voorudes. Seevastu protsessi käigus teraapia peamiseks suunaks kujunenud suhtlusmapi kasutamine eneseväljenduseks järelhindamisel dünaamikat ei näidanud. Mõlemad uuritavad soovitasid sellist teraapiat teistele samas seisus olevatele inimestele.

Märksõnad: afaasia, kommunikatsioon, funktsionaalse kommunikatsiooni hindamine, suhtlusprobleemist märku andmised, parandusstrateegiad, sisuühikud, kommunikatsioonile suunatud teraapia

Abstract

Functional communication therapy for people with aphasia and their partners: case study of one pair.

The aim of this study was to apply the functional communication therapy and assess the effectiveness of the intervention.

The sample included one person with aphasia and his conversation partner, whose guided communication were recorded and analysed in order to assess the communication.

Based on the assessment results the researcher prepared the intervention plan and applied it during the therapy session. The follow-up assessment that was similar to the initial assessment was compiled.

The results revealed that in the case of a person with aphasia the number of gestures used to self-express increased. His partner directed him to use more gestures. The percentage of CIU in the speech of person with aphasia also increased. On the other hand there was no dynamic detected on the use of the communication folder that was originally the main aim of the therapy. They would recommend this therapy to others in the same situation.

Keywords: aphasia, communication, assessing functional communication, trouble-indicating behaviours, repair strategies, correct unit information, functional communication therapy

Sisukord

Kokkuvõte	2
Abstract	3
Sisukord	4
Sissejuhatus	6
1. Teoreetiline ülevaade	7
1.1. Afaasia olemus ja esinemissagedus	8
1.2. Suhtlemine	8
1.2.1. Afaasia mõju suhtlemisele ja elukvaliteedile.....	8
1.3. Suhtlemise hindamine	9
1.3.1. Sisüühikute loendamine	10
1.3.2. Suhtlusmodaalsuste määratlemine	10
1.3.3. Suhtlusprobleemist märku andmine	10
1.3.4. Ceti küsimustik	13
1.4. Kommunikatsiooniile suunatud teraapiad	13
1.5. Olukord Eestis	16
2. Tegevusuuring	17
2.1. Uurimistöö eesmärk ja uurimisküsimused	17
2.2. Metoodika	18
2.2.1. Valim	18
2.2.2. Protseduur	18
2.2.3. Mõõtevahendid	19
2.2.4. Andmeanalüüs	20
2.3. Alghindamise tulemused	22
2.3.1. Eneseväljendamisel kasutatud modaalsused	22
2.3.2. Suhtlusprobleemist märku andmised	23
2.3.3. Parandusstrateegiad ja nende edukus.....	25
2.3.4. Sisüühikud	27
2.3.5. CETI skoorid.....	28
2.4. Teraapia planeerimine ja läbiviimine	28
2.4.1. Teraapia üldpõhimõtted	29
2.4.2. Teraapia kirjeldus valdkondade kaupa	29
2.4.3. Teraapiate korraldus	36
2.5. Järeelhindamine	38

2.5.1. Eneseväljendamisel kasutatud modaalsused	38
2.5.2. Suhtlusprobleemist märku andmised	40
2.5.3. Parandamisstrateegiad ja nende edukus.....	41
2.5.4. Sisüühikud	43
2.5.5. CETI skoorid.....	43
2.5.6. Tagasiside küsimustik.....	46
2.6. Arutelu	46
2.6.1. Kokkuvõte, soovitused uuritavatele	52
2.6.2. Kokkuvõte ja järeldused	52
Tänusõnad	54
Autorsuse kinnitus.....	55
Kasutatud kirjandus.....	56
Lisad	61

Sissejuhatus

Afaasia on keeledominantse ajupoolkera lokaalse kahjustuse tagajärjel tekkinud keelepuue, mille puhul väljakujunenud keelesüsteem laguneb (Barnes, Bobkin, & Bogousslavsky, 2005). Puue võib avalduda erineval raskusastmel ja erinevatel keeletasanditel. Afaasia sagedaseim tekkepõhjus on insult (Laska *et al*, 2001) ning umbes 30-43 % insulti põdenutest kujuneb välja krooniline afaasia (Palmer, Dimairo, & Cooper, 2019), mis tähendab, et probleem püsib ka 6 kuud pärast haigestumist (Tervisekassa, 2023). Arusaadavalt avaldab see olulist mõju inimeste vahelistele suhetele ja elukvaliteedile (Johansson, 2012).

Afaasia teraapiat puudutava kirjanduse fookus on olnud läbi aja suunatud pigem keeleliste oskuste poole. Vähem on pööratud tähelepanu sellele, kuidas võiks parandada kommunikatsiooni ilma selleta, et keeleline võimekus otseselt paraneks (Doedens & Meteyard, 2020).

Tüüpiliselt toimub teraapia afaasiku ja logopeedi vahel. Lähedaste kaasamisest küll räägitakse ja kirjutatakse palju, kuid tüüpiliselt nähakse seda pigem nõustamisena. Kommunikatsioonile suunatud teraapiast rääkides on aga oluline võtta arvesse fakti, et afaasiku igapäevane suhtlus toimub just lähedaste mitte logopeediga. Seega on mõistlik, et ka suhtlemist võiksid teraapias harjutada ennekõike just afaasik ja lähedane. Eriti olukorras, kus on teada, et teraapias õpitud oskuste ülekandumine igapäevaellu on neuroloogiliste haiguste korral läbivalt probleemne (Wilkinson *et al*, 2010).

Eestis ei ole autorile teadaolevalt kommunikatsioonil suunatud ja lähedasi kaasavat sekkumismetoodikat varem teadustöö raames uuritud.

1. Teoreetiline ülevaade

1.1 Afaasia olemus ja esinemissagedus

Afaasia on keeledominantse ajupoolkera lokaalse kahjustuse tagajärjel tekkinud keelepuue. Väljakujunenud keelesüsteem laguneb ning puue võib avalduda erineval raskusastmel ja erinevatel keeletasanditel (grammatika, hääldus, sõnavara, tekstiloome, pragmaatika) (Johansson, 2012). Kahjustatud võivad olla nii kõneloome kui ka -mõistmine ning suuline ja kirjalik kõne (Barnes, Bobkin, & Bogousslavsky, 2005).

Afaasia peamiseks põhjuseks on vasaku ajupoolkera insult (Laska *et al*, 2001). Insuldi puhul on tegemist järsku algava osaline ajutegevuse häirega, mille põhjuseks on kahjustatud ajuosa verevoolu vähenemine või lakkamine. Ilma hapniku ja toitaineteta võivad närvirakud mõne minuti jooksul hukkuda või tugevasti kahjustuda. Kõige olulisemad kõnega seotud ajupiirkonnad on seotud just keskmise ajuarteriga (Sharma & Wong, 2016), mistõttu tekib ka afaasia enamasti just vasaku keskmise ajuarteri kahjustuse tagajärjel (Johansson, 2012).

Insult võib olla raskete tagajärgedega ning on üks peamisi surma ja püsiva puude põhjustajaid Euroopas (Tervise Arengu Instituut, 2023). Tervise Arengu Instituudi andmetel haigestub Eestis esmakordsesse insulti aasta jooksul rohkem kui 4000 inimest - see arv on oluliselt suurem kui mujal Euroopas. Kuna prognooside kohaselt insultide arv lähimatel aastakümnetel ei vähene (Norrving, 2018) ja vanemaaliste inimeste arv kasvab, suureneb potentsiaalselt ka afaasiaga inimeste hulk. Rahvusvahelise Afaasia Assotsiatsiooni (National Aphasia Association, s.a.) andmetel saab igal aastal afaasia diagnoosi 80-100 inimest iga 100 000 elaniku kohta. Eestis lisandub aastas keskmiselt 1500 afaasiaga inimest. Oletatakse, et kokku on Eestis umbes 5000 afaasia diagnoosiga inimest (Eesti Afaasialiit, 2022).

Afaasia tekib rohkem kui kolmandikul insuldi põdenud inimestest ja nendest omakorda umbes kolmandikul jääb afaasia püsima (Palmer, Dimairo & Cooper, 2019). Sellisel juhul nimetatakse seisundit krooniliseks afaasiaks. Eesti Tervisekassa määratluse järgi on tegemist kroonilise seisundiga siis, kui afaasia püsib 6 kuud pärast diagnoosimist (Tervisekassa, 2023). Suurima taastumisprotsendiga on periood 1–5 päeva kuni 1 kuu haigestumisest, perioodidel 1–3 kuud ja 3 kuud–1 aasta on paranemistõenäosus väiksem (Wilson, 2023). Suurimat ja pikaajalisemat mõju elukvaliteedile avaldab just krooniline afaasia (Nykänen *et al*, 2013).

Afaasia kui keelepuue mõjutab arusaadavatel põhjustel inimese suhtlemist.

1.2 Suhtlemine

Üks tähtsamaid oskusi inimese jaoks on oskus teistega suhelda. Suhtlemisostkust võib määratleda kui oskust suhelda kohaselt ja tõhusalt. Kohasus väljendab seda, et käitumine ei eira sotsiaalseid norme, väärtusi ja ootusi. Tõhusus aga seda, et inimene saavutab suhtlemisel endale seatud eesmärgid (Saat, 2005). Suhtlemine on inimese jaoks oluline teistega usalduslike suhete loomiseks. Suheldes kujuneb ja kinnistub meie minapilt, võtame rolle ja täidame sotsiaalseid kohustusi, mõjutame teisi ja laseme ennast mõjutada (Kidron, 2004).

Erinevaid kommunikatsioonikanaleid, mille kaudu inimesed suhtlevad, nimetatakse modaalsusteks (Pierce et al, 2019). Suhtlemisel kasutatavad modaalsused saab jaotada verbaalseteks ehk sõnalisteks ja mitteverbaalseteks ehk sõnadeta suhtlemiseks (Johansson, 2012). Mitteverbaalsete suhtlusvahendite hulka loetakse näiteks žestikuleemine, kehakeel, näoilmed, joonistamine (Pierce et al, 2019).

Kidron (2004) nimetab suhtlust kahe või enama inimese vahel aset leidvaks sõnalise või sõnatu keele vahendusel loodavaks kommunikatsiooniks. Ka käesolevas magistritöös kasutatakse termineid “suhtlemine” ja “kommunikatsioon” paralleelselt. Suhtlemise õnnestumist iseloomustab see, kui ladusalt, millises mahus ja millise kasuteguriga partnerid infot annavad ja saavad. Seega pole suhtlemine kunagi ühepoolne ja õnnestumine ei sõltu ainult sõnumi edastajast. Sellest lähtuvalt ei ole ka suhtlemisel tekkivad probleemid kunagi ühepoolsed ning kommunikatsiooni hindamisel ja teraapias ei saa keskenduda vaid kõneleajale kui sõnumi edastajale.

1.2.1. Afaasia mõju suhtlemisele ja elukvaliteedile

Üks potentsiaalne suhtlemist mõjutav seisund on afaasia. Bhogali (2003) järgi on afaasia „võime kaotus suhelda suuliselt, viibete abil või kirjalikult; või suutmatus sellisest suhtlemisest aru saada; keele kasutamise võime kaotus“. Erinevatel raskusastmetel afaasia mõjutab suhtlemist erineval määral. Raske afaasia korral on isegi igapäevane suhtlus raskendatud, kui patsiendi ja tema partneri vestlust ei toetata muude suhtlusvahenditega (Simmons-Mackie *et al*, 2010). Lisaks afaasia raskusastmele mõjutavad suhtlemisedukust ka

teised faktorid, nt afaasiaga inimese iseloom, tema vestluspartnerid. Et afaasiaga inimest abistada, võivad suhtluspartnerid neid liiga sageli parandada, küsitleda või nende eest rääkida (Croteau & Le Dorze, 2006). Võib tekkida olukord, kus suhtlusprobleem sellise käitumise tulemusena hoopis süveneb (Manzo & Blonder, 1995). Seetõttu on afaasiaga isiku vestluspartneril väga oluline roll kommunikatsiooni toimimisel: tema käitumine võib vestlust kas soodustada või pidurdada (Howe, Worrall, & Hickson, 2008).

Keeleliste oskuste defitsiit võib põhjustada märkimisväärseid tegutsemis- ja osaluspiiranguid erinevates eluvaldkondades: katkevad sõprussuhted, sotsiaalne elu, töö ja hobidega tegelemine, võimalus olla aktiivne kodanik. On leitud, et afaasia põhjustab frustratsiooni, üksinduse-, võõrandumise- ja tühisusetunnet. Olenevalt afaasiaga isiku suhtlemisharjumustest- ja vajadustest, võib isegi kerge defitsiit põhjustada märkimisväärseid osaluspiiranguid. Silmnähtavate probleemide puudumisel võivad aga samas vestluspartnerid eeldada, et afaasiaga inimese kõnevõime ei ole häiritud. Kui inimene ei suuda järsku oma tundeid ja mõtteid väljendada ning keskkonna vastuseid tõlgendada, on see väljakutseks erinevat laadi suhetele. Ebakindlus eneseväljendamisel ja eneseväljenduse häiritud selgus võivad viia võõrandumiseni sotsiaalsest elust. Ainult vähesed afaasiat põdenud inimestest naasevad tagasi tööle ja needki madalamale positsioonile kui enne haigust (Johansson, 2012).

Kui ajalooliselt on nii afaasia hindamisel kui ka teraapias keskendunud enam just keeleliste oskustele (kuidas nende säilimist hinnata ja taastamist toetada), siis nüüd pööratakse järjest enam tähelepanu suhtlusoskustele - kuidas suhtlemist hinnata (milliste vahenditega ja kelle vahel) ning kuidas viia läbi suhtlemise parandamisele suunatud teraapiat (Doedens & Meteyard, 2020).

1.3 Suhtlemise hindamine

Kirjeldamiseks afaasiaga inimese ja vestluspartneri suhtlust ning hindamiseks selle edukust, on võimalik kasutada erinevaid hindamisstrateegiaid ja -vahendeid. Afaasiaga inimese suhtlemisoscuse adekvaatseks hindamiseks on vajalik kaasata protsessi ka lähedane, kellega ta igapäevaselt suhtleb. Suhtlemine logopeediga on küll informatiivne, kuid ei anna suhtlemisprobleemist terviklikku ülevaadet (Wilkinson, 2014).

Järgnevalt kirjeldatakse lühidalt mõningaid levinumaid ja käesoleva uurimistöök kontekstis aktuaalsemaid võimalusi suhtlemisele hinnangu andmiseks.

1.3.1 Sisuühikute (SÜ) leidmine ja loendamine (ingl *correct information unit* ehk CIU)

Correct Information Unit ehk sisuühikute loendamine on süsteem, mille abil saab koguseliselt väljendada afaasiaga isiku kõne informatiivsust ja efektiivsust (Nicholas & Brookshire, 1993). Süsteem põhineb kindlatel reeglitel. Esiteks määratletakse, millist verbalisatsiooni on võimalik nimetada sõnaks, jättes välja nt täitesõnad (nagu “uh“) ja neologismid. Seejärel leitakse sõnadest need, mis on teemat arvestades täpsed ja asjakohased (st infot kandvad). Just neid nimetataksegi sisuühikuteks (SÜ). Sisuühikuid loendades räägitakse tavaliselt kolmest erinevast skaalast: sõnade hulk minutis, sisuühikute hulk minutis ja sisuühikute protsent sõnade koguhulgast (Leaman & Edmonds, 2019).

1.3.2 Suhtlemisel kasutatavate modaalsuste määratlemine (vt lisa 1)

Suhtlemisel saab kasutada erinevaid modaalsusi ehk kommunikatsiooni meetodeid: eristatakse verbaalset ja mitteverbaalset suhtlemist (Johansson, 2012). Mitteverbaalsed suhtlusvahendid on näiteks kehakeel, näoilmed, joonistamine, piltidele osutamine. Mitteverbaalsete suhtlusvahendite kasutamise hindamine muutub eriti oluliseks just mõõduka ja raske afaasia puhul ehk olukorras, kus verbaalsete suhtlusvahendite kasutamine on olulisel määral häiritud, kuid ei saa välistada teiste modaalsuste paremat säilimist. Keskendudes vaid verbaalsele kõnele, võivad olulised aspektid tähelepanuta jääda (Pierce *et al.*, 2019; Wallace, Purdy & Skidmore, 2014).

1.3.3 Partnerite käitumise kirjeldamine suhtlusprobleemi tekkides (vt lisa 2)

Vestluses võib mõlemal osapoolel tekkida erinevaid probleeme ning üks võimalus probleeme ja nende ületamiseks kasutatavaid strateegiaid lahti mõtestada on analüüsida mõlema vestluspartneri puhul suhtlusprobleemidest märku andmisi ja parandusstrateegiaid (Schegloff, Jefferson, & Sacks, 1977).

Suhtlusprobleemidest märku andmine

Ferguson (1994) järgi kasutavad vestluspartnerid suhtluses tekkinud probleemidest teada andmiseks spetsiifilisi käitumismustreid. Suhtlusprobleemidest märku andmised võivad olla nii interaktiivsed (eeldavad partnerilt vastust) kui mitteinteraktiivsed.

Interaktiivsed suhtlusprobleemist märku andmised

Interaktiivsed suhtlusprobleemist märku andmised näitavad, et suhtlusprobleem on tekkinud ning eeldavad partnerilt vastust.

- ***Lühikesed üldsõnalised mittemõistmist väljendavad kommentaarid (minimaalsed päringud)***, mis väljendavad küll mittemõistmist, kuid ei identifitseeri probleemi täpselt (nt “Ah?”, “Mida?” jt). Selliseid minimaalseid päringuid kasutatakse näiteks siis, kui öeldut ei ole täpselt kuulnud, öeldu ei olnud arusaadav või jäi mingi osa sõnumist arusaamatuks.
- ***Üldsõnalised mittemõistmist väljendavad kommentaarid*** annavad märku, et eelmisest ütluse osast ei ole aru saadud (“Oota. Räägi uuesti. Ma ei saanud aru.”).
- ***Konkreetse info küsimine***. Tegemist on küsimusega, mis viitab selgelt, millisest ütluse osast ei ole aru saadud (Kõneleja 1: “Ma tulen töölt.” Kõneleja 2: “Kust Sa tuled?”).
- ***Osaline kordamine***, mille puhul korratakse ühte väikest osa probleeme tekitanud ütlusest. Sageli kasutatakse ütluse kordamiseks tõusvat intonatsiooni (Kõneleja 1: “Ma käisin täna trennis.” Kõneleja 2: “Trennis?”).
- ***Täies mahus kordamine***. Sellise käitumise puhul, kordab kõneleja probleeme tekitanud originaalütlust täies mahus ning tõusva intonatsiooniga (Kõneleja 1: “Ma käisin täna trennis.” Kõneleja 2: “Sa käisid täna trennis?”). Kui sellised küsimused täidavad nt umbusu või halvakspanu väljendamise funktsiooni, siis neid arvesse ei võeta.
- ***Kinnituse otsimine (täies mahus kordamine + info lisamine)***, mille korral kõneleja kordab täiel määral kuuldu ja lisab semantilist infot (Kõneleja 1: “Ma käisin täna trennis.” Kõneleja 2: “Sa käisid täna trennis...Mustamäel?”).
- ***Hüpoteeside püstitamine***. Sellisel puhul sõnastab kõneleja ümber või täpsustab partneri eelnevat ütlust, öeldes, mida vestluspartner tema arvates mõtles (Kõneleja 1: “Ma tegin...ma tegin...köök.” Kõneleja 2: “Sa küpsetasid?”). Kinnituse saamiseks kasutatakse tõusvat intonatsiooni. Hüpoteeside püstitamisel on 3 alamkategoriat: 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 suhtlusprobleemist märku andmised

Tegemist on käitumistega, mis küll näitavad, et suhtlusprobleem on tekkinud, kuid arusaamatuse lahendamiseks abi ei otsita.

- ***Vähene vooru ülevõtmine/jätkamine***, mida kasutatakse siis, kui kuulaja ei vasta küsimusele/lausele, olukorras kus see oleks vajalik (Kõneleja 1: “Kust sa tuled?” Kõneleja 2: “Mmmm.”). Kuulaja kas ei vasta üldse (tekib pikk paus) või vastus on väga minimaalne ega vasta küsimusele.
- ***Puudulik jätk***. Sellise käitumise korral on vastus teemast väljas ja viitab vestluse mittemõistmisele (Kõneleja 1: “Mida sa täna tegid?” Kõneleja 2: “Kus mu prillid prillid on?”).
- ***Küsimusega väheseotud vastus***, mille puhul vastus küll haakub teemaga, kuid ei vasta täpselt esitatud küsimusele või väljendab vastuse sisu eelnevalt küsitud mittemõistmist (Kõneleja 1: “Mis su lemmiksöök on?” Kõneleja 2: “Ma pean poodi minema.”).
- ***Metalingvistilised kommentaarid*** ehk ütlused (tegu ei ole küsimustega), mis viitavad sõnumi mittemõistmisele (“Ma saan aru, mida sa mõtled.” “Mul on kahju, ma ei saa aru.”).

Parandusstrateegiad

Sluis jt (2019) järgi kasutatakse vestluses tekkinud probleemide lahendamiseks parandamisstrateegiaid, mis jagunevad tüüpilisteks ja hõlbustavateks strateegiateks.

Tüüpilised parandusstrateegiad

- ***Kordamine***. Et suhtlusprobleemi ületada, võib probleemset kohta kas täies mahus või osaliselt korrata, ilma sellele uut infot lisamata (Kõneleja 1: “Ma olen väsinud.” Kõneleja 2: “Mida?” Kõneleja 1: “Ma olen väsinud.”).
- Vestluse taastamiseks võidakse kasutada ka ***ümbersõnastamist***, mille korral ütluse sisu jääb samaks, kuid vorm muutub (Kõneleja 1: “Kas sa täna õues käisid?” Kõneleja 2: “Mida?” Kõneleja 1: “Läksid sa täna kodust välja??”).
- Ka ***lisamine*** või ***täpsustamine***, mille korral kas probleemsele ütlusele lisatakse informatsiooni või täpsustatakse termineid, võivad aidata suhtlusprobleemist üle saada (Kõneleja 1: “Me läheme ujuma.” Kõneleja 2: “Mida? Kuhu?” Kõneleja 1: “Me läheme järve äärde suplema.”).

- Parandustrateegia võib olla ka **ebasobilik**. Sel juhul on tegemist mittesobivate ütlustega, kus kõneleja ei ole aru saanud, mida on vestluspartner eelneva suhtlusprobleemist märku andmisega küsinud/vajanud (Kõneleja 1: “Kes seda ütles?” Kõneleja 2: “Ei.”).
- Probleemi lahendamiseks võidakse kasutada ka **kinnitamist** või **ümberlükkamist**, mille korral segaduse lahendamiseks kasutatakse kas jah/ei vastuseid (nt Kõneleja 1: “Aa, sa mõtlesid, et poest on vaja seepi osta.” Kõneleja 2: “Jah.”).

Hõlbustavad parandustrateegiad

- Suhtlusprobleemi lahendamiseks võidakse kasutada ka **kohanemist**, mille puhul teemaga mittehaakuva ütluse peale ei pööra vestluspartner enam eelmisele teemale/küsimusele tähelepanu - Kõneleja 1: “Mis on sinu lemmiksöök?” Kõneleja 2: “Mulle meeldib laulda.” Kõneleja 1: “Aa. Mis laule sa laulad?”).
- Võib kasutada ka **abistamist/julgustamist**, mille korral vastuseks ebapiisavale vastusele, proovib partner teda vastuse andmisel julgustada, aidata, suunata (“Ei? On sul meeles?”).
- Ka **uue teema sissetoomine** võib kaasa aidata tekkinud suhtlusprobleemi ületamisele. Sel puhul toob vestluspartner vestluse jätkamiseks sisse täiesti uue teema (Kõneleja 1: “Mis sinu lemmiksöök on?” Kõneleja 2: “...(paus)” Kõneleja 1: “Mis ilm homme tuleb?”).
- **Lahenduse pakkumist** kasutades pakub vestluspartner ise võimaliku vastuse (aitamaks partneril küsimusele vastata - Kõneleja 1: “Kus sa eile käisid?” Kõneleja 2: “Ei tea.” Kõneleja 1: “Kas sa käisid suusatamas?”).
- Vestluse võimalikuks parandamiseks võidakse kasutada ka **teema jätkamist**. Sellisel juhul jätkab vestluspartner sama teemaga (pakub teemaga haakuvaid kommentaare, küsib lisaküsimusi - Kõneleja 1: “Mis sinu lemmiksöök on?” Kõneleja 2: “...(paus)” Kõneleja 1: “Minu lemmiksöök on kartulipuder.”).

1.3.4 CETI küsimustik

Suhtluse hindamiseks on võimalik kasutada ka lähedasele ja/või afaasikule suunatud küsimustikke. Üks võimalusi on CETI küsimustik (vt lisa 3), mille eesmärk on hinnata afaasia tõttu tekkinud muutusi inimese igapäevases funktsionaalses suhtluses (Lomas *et al.*, 1989).

Kirjeldatud mõõtevahend tõlgiti ja valideeriti (lingvistiline valideerimine) eesti keelde magistritöö „Afaasiaga isiku funktsionaalne kommunikatsioon lähedasega kolme uuritava näitel“ (L. Sass, M. Vigel; 2021) raames. Afaasiaga katseisikute jaoks pandi kokku kohandatud CETI versioon (vt näidet lisa 4), kus esitatud väidete/olukordade tähendust illustreerisid fotod ning hindamisskaala tähenduse selgitamiseks kasutati emotikone.

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. Igat väidet hinnatakse skaalal 0-100. CETI lõplik indeks tähendab 16 väite pealt saadud skooride keskmist. Kõrgemad skoorid näitavad edukamat suhtlust.

1.4 Kommunikatsioonile suunatud teraapiad

Afaasia teraapia kasutegur on uuringutega tõendatud, teraapias osalevate afaasikute paranemisvõimalused/-tulemused on paremad. Paremaid tulemusi on näidanud suurema sageduse ja intensiivsusega teraapia (Pulvermüller, 2008; Basso, 2005; Bhogal, Teasell, & Foley, 2003).

Afaasia teraapia võib olla suunatud kas keeleliste oskuste taastamisele või suhtlemisoskuse parandamisele. Mõlema suuna puhul on oluline nõustada patsiente ja lähedasi keeleliste ja kommunikatiivsete puuete ja nende tagajärgede osas (Lloyd-Jones *et al*, 2009).

Traditsiooniliselt on afaasia teraapia olnud keskendunud pigem keelelistele oskustele, kuid on leitud, et üksnes keeleline võimekus ei taga head suhtlemisoskust ja vastupidi (Marshall, 2002). Sellest lähtuvalt koguvad järjest enam populaarsust just kommunikatsioonile suunatud teraapialähenedused.

Kommunikatsioonile suunatud teraapia on traditsiooniliselt mõeldud ennekõike kroonilise afaasiaga inimestele (ja nende lähedastele) ehk neile, kel afaasia tekkest möödab enam kui 6 kuud. Just siis saadakse teadlikuks, et tegemist on pikaajalise probleemiga ning ootus tavapärase elu juurde naasmisest väheneb (Marshall, 2002).

Olulist rolli hakkavad mängima afaasiaga inimese perekond, eriti abikaasa, kes võivad oma teadmatusega suhtluspartneri tegelikke võimeid pärssida ja seeläbi negatiivseid tagajärgi võimendada (Croteau & Le Dorze, 2006). Suhtluspartneri rolli olulisust kirjeldab Laakso

(1999) järgmiselt: “Suhtluse ebaõnnestumisel algab „vihja ja arva“ etapp. Afaasiaga inimene proovib midagi väljendada ja tema suhtluspartner proovib seda ära arvata. Mida võimekam suhtluspartner keeleliselt on, seda suurem on tema roll vestluse ja interaktsiooni loomisel.“ Seega, kuna afaasiaga inimene ja tema suhtluspartner teevad suhtlemisel koostööd, ei peaks ka teraapia keskenduma vaid afaasiaga inimesele. Vastav teadmine on viinud suhtluspartnereid kaasavate teraapiametoodikate loomiseni (Wilkinson *et al*, 2010).

Suhtluspartnereid on mitmeid, kuid kõige rohkem suhtleb inimene oma kodustega. Sellest tulenevalt on teraapiate seas olulisel kohal lähedasi kaasavad sekkumised ning nende peamine eesmärk on afaasiaga patsiendi sotsiaalse osaluse parandamine ja suhtlusvõimaluste suurendamine (Nykänen *et al*, 2013).

Kommunikatsioonile suunatud teraapiameetodeid rakendatakse ja uuritakse järjest rohkem (Taylor-Rubin *et al*, 2020; Barnes, 2019; Van der Gaag *et al*, 2004). Järgnevalt kirjeldatakse lühidalt mõningaid tuntumaid ja käesoleva töö kontekstis olulisemaid.

Meetod **APPUTE** (*Afasiain paripuheterapian*) on mõeldud raske afaasiaga ja nende suhtluspartneritele, kusjuures mõlemad saavad teraapiat võrdsel määral. Suhtlemisstrateegiaid harjutatakse nii igapäevaste kui ka keerulisemate sõnumite edastamiseks inimestele. APPUTE keskendub funktsionaalsete kommunikatsioonistrateegiate õppimisele, kus mõlemal osapoolel on oma kindel roll ning vajadus mõista partnerit. Logopeed juhendab partnereid erinevates suhtlusülesannetes, kuid nendevahelises suhtluses ise ei osale (Nykänen *et al*, 2013). On leitud, et pärast teraapiasessiooni paranesid nii afaasiku kui tema suhtluspartneri kommunikatsioonioskused ja -efektiivsus ning omandatud oskused olid jäänud püsima ka 6 kuud peale sekkumist (Nykänen *et al*, 2013).

PACE (*Promoting Aphasics' Communicative Effectiveness*) meetod seevastu on suunatud ainult afaasiaga isikule ning selle peamine eesmärk on parandada tema vestlusoskusi. Harjutamisel suhtlevad afaasiaga isik ja logopeed, vahetades kordamööda sõnumeid. Suhtlemisel on lubatud kasutada mistahes modaalsust. Teraapias peetakse kinni loomuliku suhtluse põhimõtetest: logopeedi ja afaasiku võrdne osalus; uue info vahetamine; infovahetusel lubatud kasutada mistahes modaalsusi; loomulik tagasisidestamine rõhuga suhtlemise õnnestumisel ja adekvaatsusel, mitte korrektsusel. Õppimine toimub läbi jälgimise ja tegutsemise (Davis & Wilcox, 1985).

SCA (*Supported conversation for adults with aphasia*) ehk toetatud vestlus afaasiaga täiskasvanutele on mõeldud aga afaasiku suhtluspartnertitele (Kagan, 1998). Siin tegeletakse

nende koolitamise, sobivate materjalide kasutamise ja suhtlusvõimaluste pakkumisega (Simmons-Mackie, 1998). Selle lähenemisviisi puhul rõhutatakse just seda, mida on võimalik saavutada afaasikul ja suhtluspartneril koos (Kagan, 1998). SCA-s on fookus sellel, et suhtluspartner aitaks afaasiaga inimesel teisi paremini mõista ja vestluse käigus oma sõnumeid edastada. On leitud, et afaasiku suhtlusoskused paranevad, kui nende vestluspartner on saanud vastava koolituse (Simmons-Mackie *et al*, 2010).

Just afaasiaga inimese lähedastele/vestluspartneritele on suunatud ka ***Communication Partner Training*** (*Suhtluspartneri juhendamine*). Suhtluspartneritele jagatakse infot afaasia ja sellest taastumise kohta. Samuti õpetatakse neile strateegiaid suhtluse edukuse parandamiseks – selleks kasutatakse rollimänge, refleksioone, tagasisidestamist (Simmons-Mackie *et al*, 2010). Suhtluspartnerite teadlikkuse ja oskuste kasvu seda meetodit kasutades on tõestanud mitmed uuringud (Tessier *et al*, 2023; Tessier, Power, & Croteau, 2020).

Conversational Coaching (*Juhendatud vestlus*) meetod julgustab kasutama erinevaid suhtlusvahendeid, nii verbaalseid kui mitteverbaalseid. Afaasik ise otsustab, milliseid suhtlusviise- ja strateegiaid kasutada (Holland, 1991). Hopper jt (2020) uuringu tulemused kinnitasid SCA efektiivsust, paranesid osalejate suhtlusoskused ning vähenes nende frustratsioon.

Eelpoolt nimetatud meetodid erinevad üksteisest peamiselt selle poolest, keda teraapiasse kaasatakse – kas harjutamine toimub afaasiaga isiku ja logopeedi või afaasiaga isiku ja lähedase või kõigi nende kolme vahel. Kuna perekond on see, kes afaasiaga isiku kojunaasmisel peab hakkama saama uue olukorraga, siis on lähedaste kaasamine teraapiasse igati õigustatud.

1.5 Olukord Eestis

Teadaolevalt ei ole Eestis kommunikatsioonile suunatud lähedasi kaasava sekkumise efektiivsust kroonilise afaasia teraapias varem uuritud. 2021. aastal Tartu Ülikooli eripedagoogika osakonnas valminud magistritöös „Afaasiaga isiku funktsionaalne kommunikatsioon lähedasega kolme uuritava näitel“ (Sass & Vigel, 2021) keskenduti kommunikatsiooni hindamisele. Hindamise järel viidi läbi ka nõustamised, kuid sekkumist/teraapiat ei rakendatud. Hindamine ei olnud eesmärk omaette, vaid esimene etapp

suuremast projektist. Seega on käesolev uurimus jätk 2021. aastal kaitstud magistritööle “Afaasiaga isiku funktsionaalne kommunikatsioon kolme uuritava näitel”.

Kommunikatsioonile suunatud teraapiat viiakse Eestis läbi näiteks Eesti Afaasialiidu taastuskodus Pesarimaja, kus keskmiselt kaks korda kuus toimuvad suunatud tegevustega sisustatud kohtumised, kus afaasiaga inimesed saavad suhelda nii omavahel kui juhendajatega. Samuti on sinna oodatud lähedased.

2. Tegevusuuring

2.1 Uurimistöö eesmärk ja uurimisküsimused

Käesoleva uurimuse **eesmärk** oli töötada välja ja viia ühe uuritavate paari peal ellu kommunikatsioonile suunatud ja lähedasi kaasav afaasia teraapiakava ning hinnata teraapia tulemuslikkust.

Eesmärgist lähtuvalt püstitati **uurimisküsimused**:

1. Millised muutused toimuvad läbiviidava sekkumise tulemusel afaasiaga inimese ja lähedase omavahelises suhtluses (kas ja kuidas muutuvad afaasiaga uuritava poolt edasiantud sisuühikute hulk, afaasiaga uuritava ja lähedase poolt suhtlemisel kasutatud modaalsused, suhtlusprobleemist märku andmised, parandamisstrateegiad)?
2. Kas ja mil määral paraneb läbiviidava sekkumise tulemusel afaasiaga isiku igapäevane funktsionaalne kommunikatsioon tema enda ja lähedase hinnangul?
3. Millise hinnangu annavad läbiviidud sekkumisele afaasiaga inimene ja tema lähedane?

2.2 Metoodika

2.2.1 Valim

Töö valim oli eesmärgipärane. Valimi moodustasid üks kroonilise afaasiaga isik (edaspidi A) ja tema lähedane (edaspidi L), kes värvati uuringusse Eesti Afaasialiidu kaudu (kontaktisik Raili Vaidlo). Uuringusse sobimise kriteeriumid olid järgnevad:

- Afaasia tekkest oli möödas vähemalt 6 kuud;
- afaasia raskusaste oli patsiendiga tegeleva logopeedi hinnangul raske või mõõdukas (mistõttu oli igapäevane suhtlus oluliselt häiritud);
- tegemist oli motoorse ülekaaluga afaasiaga (primaarselt on häiritud kõneloome, kõne mõistmine oli proportsionaalselt paremini säilinud, mis võimaldab teraapiaülesandeid ning nende eesmärke mõista).

Valimist välistati Afaasialiidu kontaktisiku ja lähedase hinnangul koostöövoimetud, raske nägemis- ja/või kuulmisprobleemiga, väljendunud dementsusega isikud ning inimesed, kelle kõne mõistmise tase ei võimalda uurimisülesannetest aru saada.

A puhul oli tegemist 78-aastase kroonilise afaasiaga mehega. Katseisiku afaasia oli tekkinud 2019. aastal põetud ajuinfarkti tagajärjel. Afaasia raskusastet hindas katseisikuga kokkupuutuv logopeed jätkuvalt raskeks. Domineerisid probleemid kõneloomes, häiritud oli ka kõne mõistmine. Afaasiavormi määramine ei olnud käesoleva töö seisukohast oluline.

Uuringus osalemine toimus vabatahtlikkuse alusel.

2.2.2. Protseduur

Uurimistöö läbiviimiseks taotleti Tartu Ülikooli inimuuringute eetikakomitee luba (loa nr 369/T-7).

Meetodina kasutati tegevusuuringut, kuna selle uurimisviisiga on võimalik hinnata loomulikus keskkonnas läbiviidava sekkumise mõju. Tegevusuuringu abil püütakse lahendada tegelikke probleeme, mõista inimese sotsiaalset praktikat ja käitumist. Pedagoogikas kasutatakse seda viisi uute õppematerjalide mõju testimisel (Laherand, 2004). Tegevusuuring on loomult tsükliline ning koosneb uuringu kavandamisest, andmete kogumisest ehk

eelhindamisest, tegevusest ehk sekkumisest, andmete kogumisest ehk järelhindamisest ning andmete analüüsist ja aruandlusest.

Kogu uurimuse vältel pidas uurija uurijapäevikut. Tegemist on vahendiga, mis aitab päevikupidajal oma mõtteid struktureerida, selgitada ja kontseptualiseerida, samuti on see uurimisprotsessi dokumenteerimise viis (Löfström, 2011). Uurijapäevikusse koondas töö autor kogu info läbiviidud hindamis- ja teraapiaseansside kohta, kirjutades üles nii kogutud andmed kui ka enese mõtted ja tähelepanekud. Iga läbiviidava tegevuse /teraapia kohta pandi kirja 1) tegevusplaan (fookus, eesmärgid, kasutatavad võtted) 2) teraapiajärgsed vahetud mõtted 3) põhjalik analüüs/refleksioon edasiste plaanide jaoks. Samuti toimus uurijapäeviku kaudu infovahetus töö autori ja juhendaja vahel. Näide uurijapäevikust on toodud lisas 5.

Tegevusuuringu etapid:

I etapp uuringu kavandamine - kirjandusega tutvumine: aprill-mai 2022; uuringukavade koostamine: juuni, august 2022; uuritavate värbamine: september 2022

II etapp andmete kogumine ja analüüs ehk eelhindamine - eelhindamine: oktoober 2022; andmete analüüs: november 2022

III etapp sekkumise planeerimine: detsember 2022

IV etapp sekkumise läbiviimine: jaanuar-veebruar 2023

V etapp andmete kogumine ja analüüs ehk järelhindamine: märts 2023

VI etapp aruandlus: aprill-mai 2023

2.2.3 Mõõtevahendid

Peamise andmekogumismeetodina kasutati nii eel- kui järelhindamisel filmimist (osalejate loal).

Hindamisprotseduur koosnes kahest osast:

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

Spontaanse kõne näidete saamiseks kasutati suunatud ülesandeid, mis olid ette valmistatud kolmel erineval raskusastmel. Uuritavatega viidi läbi kõik ülesanded, alustades kergemast ja liikudes edasi raskematele.

- 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 lühiuudist “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.

Afaasiaga uuritavale ja tema lähedasele oli 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. Uurija roll hindamise ajal oli anda ja selgitada ülesandeid ning jälgida nende täitmist. Muul moel uurija hindamisprotseduuri ei sekkunud. Hindamisprotseduuri salvestise pikkuseks kujunes eelhindamisel 25.43 minutit ja järelhindamisel 20.15 minutit.

Kogutud videosalvestusi analüüsiti kolmest aspektist lähtuvalt:

1. Eneseväljendamisel kasutatavad modaalsused (nii afaasiaga uuritava kui lähedase puhul).
2. Suhtlusprobleemist märku andmised ja kasutatavad parandusstrateegiad (nii afaasiaga uuritava kui lähedase poolt).
3. Suhtluses edasiantud sisuühikud (afaasiaga isiku poolt).

2. CETI küsimustik

Lisaks kasutati andmekogumises ka CETI küsimustikku (vt lisa 3), mille täitsid nii afaasiaga isik kui lähedane.

2.2.4 Andmeanalüüs

Tegevusuuring võib olla nii kvalitatiivne kui kvantitatiivne (Löfström, 2011). Käesolevas kombineeriti andmete analüüsiks kvalitatiivset ja kvantitatiivset andmeanalüüsi.

Videod transkribeeriti käsitsi. Saadud transkriptsioone kontrolliti töö autori poolt korduvalt, võrreldes neid salvestisega. Salvestise transkribeerimine, sh selle ülekontrollimine, võttis aega eelhindamisel 6 tundi, järelhindamisel 5 tundi. Saadud transkriptsiooni pikkus oli eelhindamisel 14 lehekülge, järelhindamisel 11 lehekülge.

Transkriptsioonide kvalitatiivseks analüüsimiseks kasutati kvalitatiivset sisuanalüüsi toetavat keskkonda QCMap (a software for Qualitative Content Analysis). Suhtlusprobleemist märku andmiste ja parandamisstrateegiate analüüsimisel kasutati deduktiivset sisuanalüüsi.

Deduktiivse sisuanalüüsi puhul leidub uuritava nähtuse kohta juba varasemaid uurimusi, mida soovitatakse edasi arendada (Laherand, 2008) ning analüüsikategooriad 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, kuhu Sass ja Vigel (2021) magistritöö raames tehti mõningad lisandused (märgitud tärniga). Ka käesoleva uuringu autor viis sisse minimaalsed muudatused (märgitud ¹). Kategooriate jaotus on toodud lisa 3.

Eneseväljendamisel kasutatavate suhtlusmodaalsuste analüüsimisel kasutati deduktiivset meetodit. Suhtlusmodaalsuste kategooriate jaotuses lähtuti magistritöö „Afaasiaga isiku funktsionaalne kommunikatsioon lähedasega kolme uuritava näitel“ (L. Sass, M. Vigel; 2021) raames koostatud jaotusest. Ülevaade kategooriate jaotusest on lisa 1.

Sisuühikute arvestamisel lähtuti protokolliga koostamisel Leamani ja Edmondsi poolt tehtud uurimusest (Leaman & Edmonds, 2019). Täenduslikke üksusi loeti vaid A kõnevoorudest. Loendati kokku kõik sõnad ja tähenduslikku üksust kandvad sõnad ning tulemuseks saadi tähenduslikku üksust kandvate sõnade protsent (SÜ%). Videolõigu edasiandmise, situatsioonipildi kirjeldamise ja eseme/tegevuspiltide selgitamise puhul loeti kokku kõik tähenduslikku üksust väljendavad sõnad või žestid.

Kodeerimise usaldusväärsuse tagamiseks kasutati ka kaaskodeerijat, kelleks oli uuritavate paariga kokkupuudet mitte omav logopeed. Kvalitatiivsele andmeanalüüsile iseloomulikult oli

uurija ja kaaskodeerija tulemuste kattuvus ebaühtlane (näiteks parandusstrateegiate puhul esialgselt 74%, sisuühikute loendamisel 82%). Erimeelsuste osas jõuti konsensusele.

Kvantitatiivsed andmed, milleks olid käesolevas töös suhtlusprobleemist märku andmiste ja parandamisstrateegiate sagedused, erinevate suhtlusmodaalsuste kasutussagedused, sisuühikute hulk ja CETI skoorid, sisestati objekt-tunnus vormis Exceli programmi. Andmete esitlemiseks kasutati kirjeldavat statistikat.

2.3 Alghindamise tulemused

2.3.1 Eneseväljendamisel kasutatud modaalsused

Lähedase (L) ja afaasiaga isiku (A) repliigid kodeeriti vastavalt kasutatud suhtlusmodaalsustele. Jooniselt 1 on näha, et afaasiaga isik (A) kasutas kõigist modaalsustest enim *lauselist kõnet* (70,4% repliikide koguhulgast). Vähem kasutas ta *minimaalset verbaalset eneseväljendust* (24,6%), *arusaamatut verbaalset eneseväljendust* (1,4%), *raskestimõistetava funktsiooni/eesmärgiga umbmäärast žestikuleerimist* (1,4%), *žestidega toetatud lauselist kõnet* (1,4%) ning *žestidega saadetud minimaalset verbaalset eneseväljendust* (0,7%).

Minimaalne verbaalne eneseväljendus oli kasutusel just olukordades, kus L esitas suhtlusprobleemi lahendamiseks hüpoteese. Alljärgnevalt toodud näide 1 iseloomustab A käitumist kirjeldatud situatsioonis.

Näide 1¹

L: *naine on väljas jah?*

A: *(.) jah*

L: *kas ta riides on kergelt või on mantel ja?*

A: *ei*

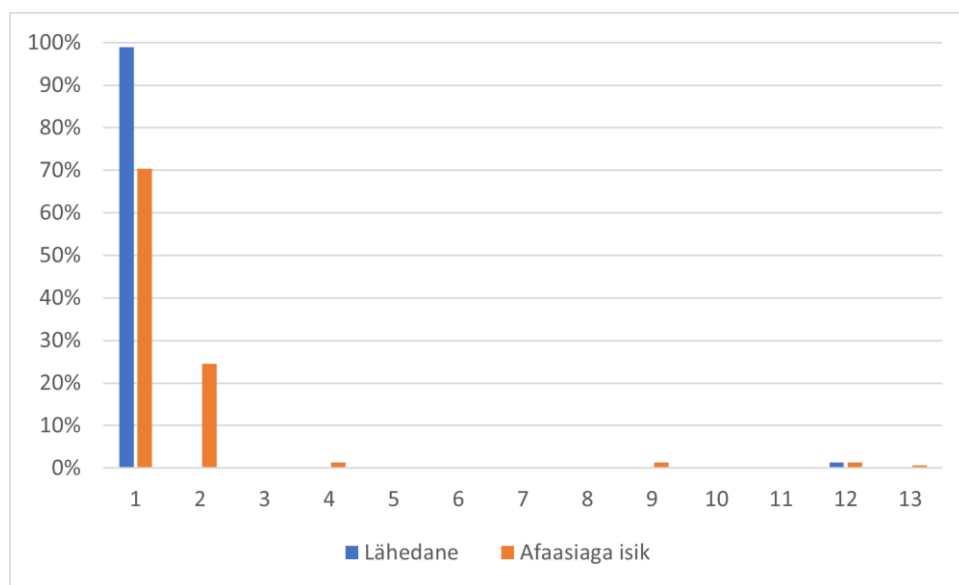
L: *[lihtsalt ee kergelt riides?*

A: *jah*

¹Transkriptsioonimärgid lisas 5

Lähedase (L) kasutatud suhtlusmodaalsuste variatiivsus oli afaasiaga isikuga võrreldes kitsam, mitteverbaalsete suhtlusvahendite kasutus oli minimaalne. Suhtluses domineeris ülekaalukalt *lauseline kõne* (99% repliikide koguhulgast) ning *žestidega toetatud lauseline kõne moodustas* 0,8%. Teisi suhtlusviise lähedane ei kasutanud.

Kokkuvõtte A ja L kasutatud suhtlusmodaalsustest on näha joonisel 1.



Joonis 1. Ülevaade afaasiaga isiku ja lähedase poolt kasutatud suhtlusmodaalsustest enne sekkumist.

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

Suhtlusmapp

Käesoleva tegevusuuringu protsessi arvestades on oluline märkida, et A-l on olemas ka suhtlusmapp, mida ta aga alghindamisel kordagi ei kasutanud. Põhjalik ja käepärane suhtlusmapp on koostatud 3 aastat tagasi A-ga tegelenud logopeedi poolt. Selle

mittekasutamise põhjusena tõid A ja L välja suhtlusmapi liiga suure mahu ja ebafunktsionaalsuse.

2.3.2 Suhtlusprobleemist märku andmised

Eraldi kodeeriti suhtlusprobleemist märku andmised (edaspidi SM), sedagi nii A kui L kõnes. voorudest SM-d esinesid ning milliseid SMde tüüpe vestluspartnerid kasutasid.

Kokku kodeeriti uuritavate omavahelises vestluses 137 suhtlusprobleemist märku andmist, nendest 27 A ja 110 L-i kõnevoorudes. A voorudest sisaldasid SM-d 19,7% ja L-i voorudest 88,7%.

Järgnevalt suhtlusprobleemidest märku andmiste analüüs alaliikide kaupa. Nagu nähtud jooniselt 2, andis A suhtlusprobleemist märku vaid mitteinteraktiivselt, st ei otsinud arusaamatuste tekkimisel abi. Kõige sagedasem SM A poolt oli *vähene vooru ülevõtmine/jätkamine* (74% SM-de koguhulgast). Kasutussageduselt järgmine SV oli *küsimusega väheseotud vastus* (18,5% SM-de koguhulgast), kahel korral esines *puudulik jätk*.

L vastupidiselt kasutas üksnes interaktiivseid suhtlusprobleemist märku andmisi. Sellise käitumisega väljendatakse, et suhtlusprobleem on tekkinud ja oodatakse suhtluspartnerilt vastust. Suurima kasutussagedusega SM oli *konkreetselt info küsimine* (32% SM koguhulgast), sellele järgnes *hüpoteeside püstitamine* (28,6%), *pikem üldsõnaline mittemõistmist väljendav kommentaar* (13%), *öeldu osaline kordamine* (10,8%), *öeldu täies mahus kordamine* (7%) ning *kinnituse palumine (täies mahus kordamine + info palumine)* (7,7%).

SM-de kasutamist iseloomustab allolev näide 2, kus A kasutab vähest vooru ülevõtmist ja L lahendab seda konkreetse info küsimisega.

Näide 2

L: kas see on mööbel või?

A: ei ole ei ole praegu on see (0.7) (vähene vooru ülevõtmine)

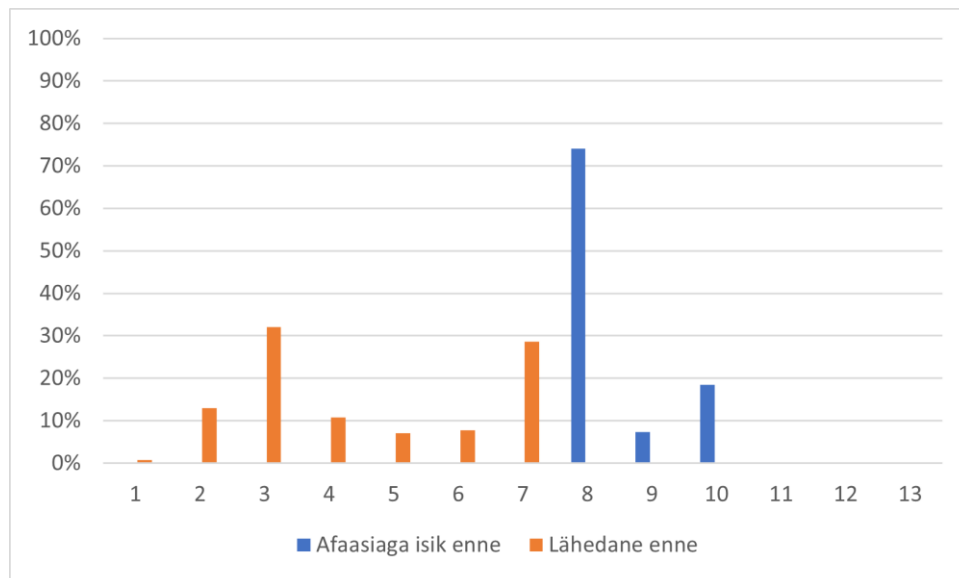
L: mingi ese?(konkreetselt info küsimine)

A: see (0.5) (vähene vooru ülevõtmine)

L: mis sellega tehakse? (konkreetselt info küsimine)

A: oli see see mmmm (0.6) (vähene vooru ülevõtmine)

L: näita mis sellega tehakse istutakse selle peal? (konkreetse info küsimine)



Joonis 2. Ülevaade afaasiaga isiku ja lähedase poolt kasutatud suhtlusprobleemist märku andmistest enne sekkumist.

Märkus. Interaktiivsed suhtlusprobleemidest märku andmised (1-7): 1 – lühike üldsõnaline mittemõistmist väljendav kommentaar (minimaalsed päringud), 2 – pikem üldsõnaline mittemõistmist väljendav kommentaar, 3 – konkreetse info küsimine, 4 – öeldu osaline kordamine, 5 – öeldu täies mahus kordamine, 6 – kinnituse otsimine (öeldu täies mahus kordamine + info lisamine), 7 – hüpoteeside püstitamine. Mitteinteraktiivsed suhtlusprobleemist märku andmised (8-11): 8 – vähene voo ülevõtmine/jätkamine, 9 – puudulik jätk, 10 – küsimusega väheseotud vastus, 11 – metalingvistilised kommentaarid

2.3.3 Parandamisstrateegiad ja nende edukus

Parandamisstrateegiateks määratleti käitumised, mille abil püüti suhtlusprobleem ületada ja ühine arusaamine taastada. Parandus oli edukas, kui sellele järgnenud kõnevoorus sai vestlus edukalt jätkuda. Edutu paranduse korral ei leidnud probleem lahendust ja vestlus ei saanud adekvaatselt jätkuda.

Nii A kui L-i kõnevoorudes kodeeriti kõik parandused, määrati nende tüübid ja edukus.

A ja L kasutasid parandusstrateegiaid vestluses kokku 186 korral, A 106 korral ja L 88 korral. A voorudest sisaldasid parandusstrateegiaid 74,6 % ja L-i voorudest 70,9%.

A ja L-i poolt kasutatud parandusstrateegiaid on näha jooniselt 3. Selgub, et A kasutas ainult tüüpilisi parandusstrateegiaid. Suurima esinemissagedusega oli *kinnitamine/ümberlükkamine*, mis osutus edukaks 74,5 % juhtudest. Kasutussageduselt järgnes *kordamine* (25%),

mitteverbaalse tegevuse kordamine (10,9%), kasutatava modaalsuse muutmine (5,6%), ebasobilik vastus (1,8%) ja ümbersõnastamine (0,9%). Hõlbustavad parandusstrateegiad A ei kasutanud.

Erinevalt A-st kasutas L enamasti hõlbustavaid parandusstrateegiaid. L-i poolt tehtud parandustest olid edukad 89,7%. Kõige rohkem kasutas L *teema jätkamist*, millest olid edukad 61,3%. Kasutussageduselt järgnes *lahenduse pakkumine* (23,8%). Oluliselt vähem kasutas L *kordamist*, *ümbersõnastamist* ja *uue teema sissetoomist* (kõiki 2,3%), *kasutatava modaalsuse muutmist* 1%. *Abistamist/julgustamist* L ei kasutatud. Näide 3 iseloomustab L-i parandusstrateegiana kasutatud *hüpoteeside esitamist*.

Näide 3

L: [see on toit tähendab?

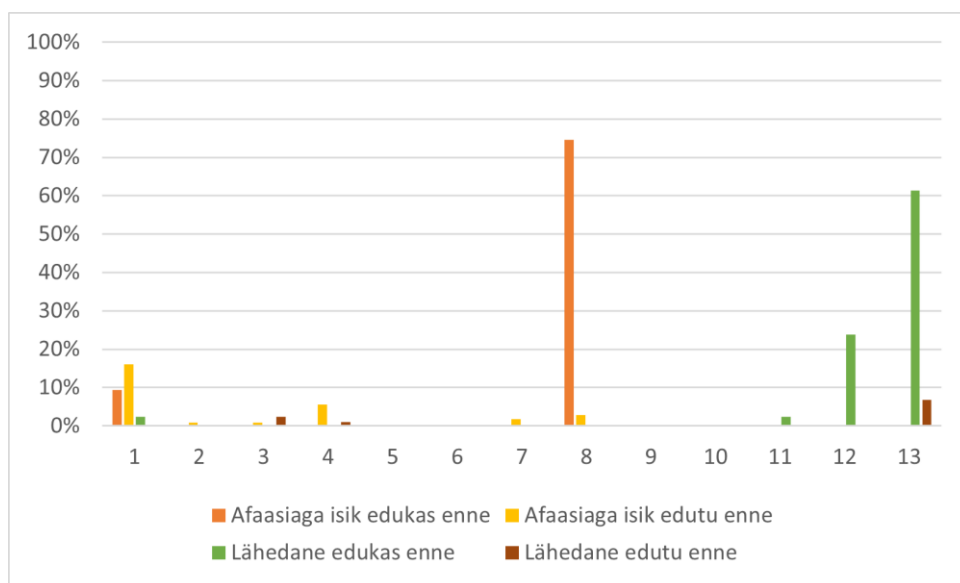
A: jah

L: oli *moosid*?

A: ei olnud

L: *konservid*?

A: see oli see mm



Joonis 3. Afaasiaga isiku ja lähedase poolt kasutatud parandamisstrateegiad ning nende edukus enne sekkumist.

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.

2.3.4 Sisuühikud (SÜ)

Erinevalt muudest andmetest, peeti SÜ arvestust ainult A kõnevoorude kohta. Videolõigu edasiandmises ja situatsioonipildi kirjeldamises loeti kokku kõik tähenduslikku üksust väljendavad sõnad või žestid. Lisaks tähenduslikku üksust kandvatele sõnadele loendati kokku kõik kasutusel olnud sõnad ning tulemuseks saadi tähenduslikku üksust kandvate sõnade protsent.

Tabel 1. Sisuühikute hulk ja protsent alghindamisel.

Ülesanne	Sõnade hulk	Sisuühikute hulk	Sisuühikute % sõnade koguhulgast
Situatsioonipilt	126	7	5,5
Videolõigu sisu edasiandmine	238	10	4,2
Eseme- ja tegevuspildid	582	20	3,4
Kokku	946	37	3,9

2.3.5 CETI skoorid

CETI küsimustiku täitsid nii afaasiaga isik kui tema lähedane. Lähedase poolt täidetud CETI skoor oli võrrelduna afaasiaga isiku omaga madalam (vastavalt 76 ja 115). Afaasiaga isik hindas 10 olukorra puhul oma võimekust endiseks või peaaegu endiseks, samas kui lähedane andis sellise hinnangu kahel korral (asjakohaste jah/ei vastuste andmine ja kirjutatu mõistmine). Afaasiaga isik jättis vastamata kolmel korral, kuna ei suutnud neid olukordi eelnevatest eristada. Hinnanguid on täpsemalt (väidete kaupa) kirjeldatud lõpphindamise tulemuse peatükis (tabel 3).

2.4 Teraapia planeerimine ja läbiviimine

Teraapiaplaani koostamisel lähtuti eespool kirjeldatud alghindamise tulemustest ja uurija poolt hindamise ajal tehtud märkmetest.

Esmalt antakse ülevaade üldistest põhimõtetest ja meetodikatest, millele teraapiat planeerides ja läbiviies toetuti. Seejärel kirjeldatakse teraapiat valdkondade kaupa.

2.4.1 Teraapia üldpõhimõtted

Läbiviidud sekkumine järgis APPUTE ja PACE meetodika põhimõtteid:

- 1) Teraapia suunatakse võrdselt nii afaasikule kui lähedasele. Eesmärged püstitatakse mõlemale suhtluspartnerile
- 2) Logopeed soovib ja tutvustab suhtlusstrateegiaid, mis konkreetsetele uuritavatele alghindamise tulemuste põhjal sobivad. Võtete/strateegiate valikul lubatakse kaasa rääkida ka uuritavatel endal.
- 3) Esmalt harjutab A uusi suhtlusstrateegiaid logopeediga, seejärel oma lähedasega (logopeedi rolliks jääb vaid jälgimine-juhendamine). Tegemist on kombinatsiooniga APPUTE ja PACE meetodika põhimõtetest.
- 4) Tagasisidestamisel lähtutakse PACE meetodika põhimõttest, mille kohaselt on rõhk kommunikatsiooni õnnestumisel mitte korrektsusel.
- 5) PACE meetodikale iseloomulikult lubatakse infovahetusel üldiselt kasutada mistahes modaalsusi.

6) Toetudes APPUTE ja PACE metoodikatele, kasutatakse teraapias läbivalt uue info edastamisele suunatud suhtlusülesandeid. Järgnevalt mõned näited:

- eseme-ja tegevuspiltide selgitamine
- lühikese ütluse sisu edasiandmine
- situatsioonipiltide kirjeldamine
- soovide/vajaduste väljendamine

7) Raskusastme tõstmisel lähtutakse APPUTE metoodikast. Kui A on mingil tasemel kindluse saavutanud, liigutakse edasi järgmisele tasemele (nt harjutati logopeediga suhtlusmapis üksikute esemete/kohtade/tegevuste leidmist. Kui A orienteerus mapis piisavalt, hakati samade elementidega moodustama lühikesi lauseid. Seejärel edastati need lausungid L-le).

2.4.2 Teraapia kirjeldus valdkondade kaupa

Järgnevalt antakse ülevaade läbiviidud teraapiast valdkondade kaupa. Esmalt kirjeldatakse antud valdkonna primaarsemaid probleeme, misjärel püstitatakse eesmärk ja antakse ülevaade eesmärgi saavutamiseks läbiviidud teraapiast. Järeelhindamise tulemusi käsitletakse järgmises peatükis.

Eneseväljendamisel kasutatavad modaalsused

Probleem

A kasutab suhtlemisel ülekaalukalt lauselist kõnet. Mitteverbaalsetest suhtlemisvahenditest kasutab A vähesel määral vaid žeste, mis aga infovahetusele üldjuhul olulist lisaväärtust ei andnud. Muid mitteverbaalseid modaalsusi (nt joonistamine, esemeline suhtlemine vms) A ei kasuta. Samas on raske kroonilise afaasia puhul verbaalset kõnet toetavast vahendist suhtlemisel kasu (Rose et al, 2013). On leitud, et afaasiaga inimene suudab õppida oma keelelist defitsiiti kompenseerima – žestide, joonistamise ja kirjaliku kõne abil suudab ka raske afaasiaga inimene võõrale isikule vajalikku informatsiooni edastada (Marshall, 2002).

Eesmärk/eesmärgid

- Teraapia lõpuks leida A jaoks sobivaim verbaalselt suhtlemist toetav vahend, mida ta suudab suunamisel/juhendamisel ka vestlusolukorras kasutada (muutliku edukusega)
- Lähedane märkab suhtluses tekkivaid probleemolukordi, kus võiks suhtlemist toetavast vahendist abi olla, ning suunab A-d vahendit kasutama.

Teraapia läbiviimine

Alghindamise põhjal nähti võimalike suhtlemist toetavate viisidena järgmisi:

- Lihtsad žestid
- Joonistamine
- Uue ja vähem mahuka suhtlusmapi kokkupanekut ning kasutamine

Žestid

Kuna žestide kasutamine on raske afaasiaga patsientide puhul nende eneseväljendusele positiivselt mõjunud (Rose, 2013), võeti esmaseks eesmärgiks selle modaalsuse katsetamine ja harjutamine. Lisaks toetas žestidele keskendumist ka asjaolu, et tegemist oli ainsa mitteverbaalse modaalsusega, mida A ka alghindamisel vähesel määral ise kasutas.

Teraapiates harjutatud stiimulid jagunesid raskusastmete põhjal järgmiselt:

1. Pildil olevate objektide väljendamine žestide abil: *võtmed, telefon, kahvel, õun, käärid, tool, pliiats, kamm, tass.*
2. Pildil olevate igapäevaste tegevuste väljendamine žestide abil: *hammaste/käte/näo pesemine, magamine, riidesse panemine, õue minemine, poodi minemine, tableti võtmine, arvutis olemine, ajalehe lugemine, autoga sõitmine.*
3. Lühikeste lausungite väljendamine žestide abil: *Kus mu võtmed on? Kus mu telefon on? Kus mu prillid on? Pliiats on nüri. Tee aken lahti! Ma lähen arvutisse. Reha on katki. Kus pult on? Taldrik läks katki. Pane üks lukku!* (Lauses kasutatavad stiimulid olid eelnevalt üksikžestina läbi harjutatud).

Teraapia esimeses osas harjutas afaasiaga isik žestide kasutamist uurijaga, teises pooles suhtlesid omavahel afaasiaga isik ja lähedane, samal ajal kui uurija jälgis ning vajadusel juhendas.

Sarnane järk-järguline raskusastme tõstmine on omane ka APPUTE teraapiale, mis näeb ette, et esmalt on oluline saavutada kindlus üksikute objektide/tegevuste väljendamisel, misjärel on

võimalik liikuda edasi järgmise taseme juurde, harjutada komplekssema/keerukama info väljendamist (Nykänen *et al*, 2013).

Kindluse saavutamiseks arvestati PACE metoodikas olulisel kohal oleva „jälgimise-tegutsemise“ printsiibiga (Davis & Wilcox, 1985). Selleks loodi uurija poolt teraapiate raames maksimaalselt olukordi, kus afaasiaga isik sai lähedase/uurija tegutsemist jälgida ning ise tegutseda.

Läbivalt kujunes žestide kasutamise puhul probleemiks liigutuste ebatäpsus (nt stiimulite *jäätis* ja *õun* väljendamiseks kasutas afaasiaga isik ühesugust ebamäärast *söömise* žesti). Eneseväljenduse täpsuse suurendamiseks kasutati kombinatsiooni VAT-teraapiast (Helm-Estabrooks *et al*, 1982) ja teatripedagoogikas kasutusel olevat võtet *tegutsemine kujuteldavate esemetega* (Stanislavski, 2021), mille puhul sooritatakse tegevusi esmalt reaalsete esemetega. Uurija suunas afaasiaga isiku tähelepanu tema liigutuste nüanssidele ning piisava kordade arvu järel eemaldati reaalne objekt. Järgnevalt oli abiks uurijapoolne žestinäidis. Teraapiasessiooni keskpaigaks oli ilmne, et apraksia (sh tegevusliku apraksia) mõju žestide abil eneseväljendamiseks on liiga suur, kuna liigutuste sooritamise arengus puudus piisav dünaamika. Lisaks ilmnis žestide kasutamisel mõtte edasiandmiseks väga ilmekalt afaasiaga isiku suutmatus muuta suhtlemise käigus modaalsusi. Multimodaalsuse kasutamine oli keeruline, üleminek žestidelt verbaalsele kõnele ja vastupidi ei õnnestunud ka suunatud ülesannetes. Seetõttu jäeti see valdkond teraapia piiratud mahtu arvestades kõrvale.

Joonistamine

Järgmisena katsetati joonistamise kui verbaalset kõnet toetava võtte kasutamist. Selleks hinnati esmalt A võimekust paberil erinevaid objekte kujutada (nt *pall*, *tee*, *lill*, *lumememm*). Selgus, et A poolt kujutatud objektide omadused ja tunnused olid objektide äratundmiseks piisavalt täpsed, detailsed. Seetõttu leiti, et joonistamine kui modaalsus võiks sobida. Mitte vähetähtis oli ka asjaolu, et tulenevalt oma varasemast elukutsesest (insener) pakkus see tegevus afaasiaga isikule eduelamuse.

Teraapiates harjutatud stiimulid jagunesid raskusastme alusel järgnevalt: Objektide joonistamine (nt *päike*, *õun*, *auto*, *buss*, *troll*, *tabletid*)

1. Lühikeste lausete väljendamine joonistuse abil (nt *Õues paistab päike. Tahan õuna. Lähen autosse. Tabletid on otsas*). Antud suhtlusvahendi kasutuselevõtmine osutus keeruliseks peamiselt kahel põhjusel. Joonistamine kujunes afaasiaga isiku puhul ajamahukaks tegevuseks, seda nii joonistuse planeerimise kui teostamise etapis. Joonistamise kui iseseisva tegevuse juures ei oma selleks kulutatud aeg tähendust, kuid suhtlemisprotsessis osalemist takistab see märkimisväärselt. Samuti oli ilmne, et arusaamine võimalusest joonistamist oma mõtte väljendamiseks kasutada, nõuab rohkem ajaressurssi kui antud teraapia võimaldas. Abistava võttena kasutati uurijapoolseid näidiseid, koostegemist, kuid piisava dünaamika puudusel jäeti see valdkond peale kolmandat teraapiatundi kõrvale.

Suhtlusmapp

Koostöös juhendaja ja lähedasega otsustati suhtlusmodaalsuste valdkonnas keskenduda suhtlusmapi loomisele ja kasutamise harjutamisele.

Suhtlusmapi kokkupanek

Kuna kolm aastat tagasi koostatud suhtlusmappi hindasid nii A kui L liialt mahukaks ning keeruliselt kasutatavaks, otsustati ühiselt uue mapi loomise kasuks. Sisendit selleks küsiti uuritavatel, kes said ülesandeks nädala jooksul fikseerida järgmised teemad: *Millised keerulised suhtlusolukorrad tekivad? Kas sellises olukorras oleks abi suhtlusmapist? Millised pildid/sõnad võiks abiks olla?*

Saadud info põhjal valmis kolm esimest suhtluslehte, millest esimesel oli kujutatud afaasiaga isiku poolt enim otsitavad/ära kaotatud esemed. Lähedase hinnangul oli taoline olukord (nt *afaasiaga isik otsib prille, ei leia, kaotab enesevalitsuse*) viljakas pinnas terava suhtlusprobleemi tekkimiseks. Esimesele suhtluslehele sai paigutatud järgmiste esemete pildid: *võtmed, prillid, telefon, pult, tabletid*. Teisel lehel olid kirjas kohad, kus afaasiaga isik igapäevaselt viibib ja mida oli suhtlusolukordades sagedasti vaja nimetada (*kodu, Viimsi, Afaasialiit, pood, Nõmme* – nimed muudetud). Kolmas leht sisaldas tegevusi, mida uuritavad olid vajalikena ära märkinud (*magan, söön, tulen, lähen, tahan, anna, keedan, praen*). Viimasena lisandus mappi lehekülg afaasiaga isiku perekonda, haridusteed ja töökohti sisaldava infoga. Suhtlusmapp oli vormistatud paber kandjal, formaadis A5, köidetud kiirkõitjaga. Näide suhtlusmapist on leitav lisas 6.

Suhtlusmapi kasutamise harjutamine

Teraapiatundides toimus harjutamine esmalt uurija ja afaasiaga isiku vahel, seejärel edastas afaasiaga isik läbiharjutatud lausungid lähedasele. Harjutati suhtluslehtedes orienteerumist (*leia üles Nõmme, prillid, keedan jne*), seejärel lühikeste lausungite koostamist suhtlusmappi kasutades (*Anna prillid! Tahan Viimsisse! Lähen poodi! Tulen Afaasialiidust. Lähen magama. Tulen poest. Tahan tablette. Anna võtmed!*). Perekonda ja tööelu sisaldava suhtluslehe abil harjutati vastamist küsimustele a la *Millal su abikaasa sündis? Mis kooli sa lõpetasid? Mis su lapselaste nimed on? Kus sa töötasid? Mis elukutse sul oli?* Harjutamine L-ga toimus põhimõttel, et L küsis A-lt küsimusi, millele oli võimalik vastata suhtlusmappi kasutades. Mõned küsimuste variandid oli uurija näidiseks L-i jaoks valmis kirjutanud. Afaasiaga isik kas osutas vastusele või ütles kirjpildi abi kasutades vastuse verbaalselt välja. Viimane teraapia toimus kodusest keskkonnast väljaspool, Afaasialiidus. Seal viidi läbi uurija poolt suunatud vestlus erinevate liidu töötajate/liikmete ja afaasiaga isiku vahel. Küsimused, mida afaasiaga isikult küsiti, olid uurija poolt eelnevalt küsijate jaoks kirja pandud ja afaasiaga isikul oli neile võimalik vastata suhtlusmappi kasutades.

Uuritavad said lisaks sisendi andmisele ülesandeks suhtluslehtede töövariante pidevalt teraapiatundide vahele jäävatel perioodidel kasutada ja testida. Sellest tegevusest saadud info põhjal muutusid suhtluslehed teraapiasessiooni käigus oluliselt.

Teraapiaseansside vahepealne iseseisev harjutamine

Logopeediga koos toimunud teraapiate vahel oli uuritavate ülesandeks suhtlusmappi ka iseseisvalt kasutada. Lähedase ülesanne oli märgata olukordi, kus mapist võiks abi olla ning need fikseerida. Järgmisel kohtumisel kirjapandut analüüsid tehti mappi vajadusel muudatusi ja täiendusi. Samuti oli lähedase ülesandeks kirja panna, mis olukordades mapist abi oli.

Suhtlusprobleemidest märku andmine

Probleem

Tekkinud suhtlusprobleemist andis A märku peamiselt vähese voo ülevõtmise/jätkamisega ehk ei vastanud/rääkinud, kui tema kord oli. Lähedane seevastu kasutas probleemist märku andmiseks rohkesti küsimist, hüpoteeside püstitamist, esitades sageli ka mitu

küsimust/hüpoteesi korruga (jätmata A-le aega reageerida). Lähedasepoolne sage hüpoteeside püstitamine tekitas ka olukorra, kus L rääkis A eest.

Kuna teraapiaaeg oli piiratud, keskenduti antud valdkonna puhul peamiselt lähedase käitumisele.

Eesmärk

- Suhtlusprobleemi tekkides küsib lähedane korruga ühe küsimuse/esitab ühe hüpoteesi ning jätab A-le vastamiseks rohkem aega (loendab vastust oodates mõttes aeglaselt viieni).

Teraapia läbiviimine

Alguses vajas lähedane nende ülesannete täitmiseks korduvalt uuripoolset meeldetuletust. Põhjuseks oli ilmselt väljakujunenud käitumismuster ning ka isiksuslikud omapärad. Teraapia lõpuosas suutis lähedane vastuse ootamist iseseisvalt teha.

Harjutamine toimus suhtlusmodaalsuste teemat käsitlevate tegevuste raames. Kui A sai erinevates ülesannetes juhise kasutada eneseväljendamiseks käsi/joonistamist/suhtlusmappi, siis L sai korralduse anda A-le vastamiseks aega: *Enne kui reageerid, loenda mõttes viieni!*

Teraapiavaheliseks ajaks sai L ülesandeks seda põhimõtet (enne vastamist/reageerimist loendada mõttes viieni) päevas minimaalselt kolm korda järgida.

Parandusstrateegiad

Probleem

Parandusstrateegiatest kasutas A ülekaalukalt enim kinnitamist/ümberlökkamist ning kordamist. Arvestades afaasiaga isiku keelelisi võimeid, ei saanud talle pakkuda selliste strateegiate kasutuselevõtmist, mis eeldavad verbaalset võimekust. Kasutatava modaalsuse muutmine (mitteverbaalse suhtlemist toetava vahendi kasutamise näol) võiks olla A-le jõukohane parandusstrateegia ning sellele keskenduti eelnevalt käsitletud suhtlusmodaalsuse valdkonnas.

Lähedane kasutas suhtlusprobleemi tekkimisel enamasti teema jätkamist, kasutussageduselt järgmisena tuli lahenduse pakkumine. Mõlemad strateegiad tekitasid taaskord olukorra, kus

lähedane rääkis afaasiaga isiku eest. Mitte kordagi ei kasutanud lähedane abistamist/julgustamist, mis tähendaks raske afaasiaga isiku eneseväljendamisel toetava keskkonna loomist ning aitaks seeläbi kaasa suhtlusprobleemi lahenemisele.

Eesmärk

Teraapia sisuks sai lähedase poolt kasutatavate parandusstrateegiatega osakaalude muutmine. *Teema jätkamise, lahenduste pakkumise* asemel võeti eesmärgiks suurendada *abistamise/julgustamise* kasutamist (sh julgustamine kasutatava suhtlusmodaalsuse muutmisel).

Lähtuvalt eelpoolmainitud püstitati parandusstrateegiatega valdkonnas järgmine eesmärk:

- Teraapiaperioodi lõpuks kasutab lähedane vestluses protsentuaalselt vähem teema jätkamist, lahenduste pakkumist ning enam abistamist/julgustamist.

Teraapia läbiviimine

Lähedane sai uurijalt teraapiatundides ülesande „*Kui näed, et A püüab kasutada vaid lauselist kõnet, tõsta käed üles ja liiguta neid!*“ või „*Kui näed, et A püüab kasutada vaid lauselist kõnet, osuta käega suhtlusmapile!*“ Ka selle valdkonna puhul oli takistavaks asjaoluks väljakujunenud käitumis- ja suhtlemismustrid. Kui teraapiasessiooni alguses vajas lähedane uuripoolset suunamist, siis lõpus sai ta sellega teraapiatunni kontekstis iseseisvalt hakkama.

2.4.3 Teraapiate korraldus

Teraapiate ajaline jaotus

14. jaanuar 2023 – tagasiside andmine

19. jaanuar 2023 – 1. teraapia

27. jaanuar 2023 – 2. teraapia

1. veebruar 2023 – 3. teraapia

10. veebruar 2023 – 4. teraapia

23. veebruar 2023 – 5. teraapia

Kohtumine	Fookus
14.01.2023	Täpsustav hindamine (žestid, joonistamine, kirjalik kõne)
19.01.2023	<p>A: žestide kasutamise harjutamine</p> <p>L: abistamise/julgustamise harjutamine (suunamine modaalsuse vahetamisele)</p> <p>Esimese teraapia tulemuste kirjeldamiseks väljavõte uurijapäevikust („Mõtted teraapia järgselt“):</p> <p><i>A-d tuli suunata liigutust täpsemalt tegema, kasutab väga üldisi žeste. A-l võtab liigutuse planeerimine aega. L ei jaksa ära oodata. A mõtlemist iseloomustab inertsus, üleminekud ühelt mõttelt, tegevuselt või modaalsuselt on väga vaevalised. Kas žestidega tegelemine on ikka õigustatud? Kas apraksia mõju on sellise tegevuse jaoks liiga tugev? Kui ehk võtta ja harjutadagi ainult mingeid üksikuid žeste? Mõelda läbi, mis võiksid olla need nt 3-4 asja, keskenduda kindlatele stiimulitele, mitte taotleda üldistamist - et fikseerime koos L-ga need olukorrad nädala jooksul, kus neil tekkis suhtlusprobleem. Et sealt saaks need konkreetset stiimulid kätte, mida harjutada. Või millised alternatiivid on?</i></p> <p><i>Joonistamine on piiratud võimalustega. Kirjutamine ei ole A puhul variant. Suhtlusmapp - seda proovin teha, aga on ka teatud piiratud kasutusala. Mulle praegu tundub, et võiks ikkagi kombineerida neid kõiki kolme - žestid, joonistamine, mapp.</i></p>
27.01.2023	<p>A: žestide ja joonistamise kasutamise harjutamine + sisend suhtlusmapile</p> <p>L: abistamise/julgustamise harjutamine (modaalsuse vahetamisele) + sisendi andmine suhtlusmapile</p> <p>„Mõtted teraapia järgselt“:</p> <p><i>Teraapia käigus tekkis meil suhtlusprobleem, mille oleks väga lihtsalt saanud lahendada suhtlusmapi abiga. Teraapia lõpus küsitlesin neid ja sain kinnitust, et sellisest mapist võiks kasu olla. Mingid kohad, kus ta on töötanud, lähedasemad töökaaslased, tegevused, mida tööl palju tegi vms.</i></p>
1.02.2023	<p>A: suhtluslehtede kasutamine</p> <p>L: abistamise/julgustamise harjutamine (suunamine suhtlusmapi kasutamisele)</p>

	<p>„Mõtted teraapia järgselt“:</p> <p><i>Saadud infot arvestades võiks suhtlusmapp koosneda: 1. Peret puudutav leht (tema ja naise nimed, sünnipäevad, laste nimed ja sünnipäevad, lastelaste nimed ja sünnipäevad) 2. Tööd puudutav leht 3. Olulised kohad 4. Igapäevased tegevused.</i></p>
10.02.2023	<p>A: suhtlusmapi kasutamine</p> <p>L: suunamine suhtlusmapi kasutamisele</p>
23.02.2023	<p>A: suhtlusmapi kasutamine</p>
<p>Toimumiskoht</p> <p>Afaasialiit</p>	<p>(„Mõtted teraapia järgselt“):</p> <p><i>Jälgisin A-d selles minu jaoks uues olukorras ja sain aru, et ta suhtleb oluliselt vähem, kui teised kohalviibijad. Vastas nii palju kui vajalik ja nii vähe kui võimalik, kuid ise vestlusvooru üle ei võtnud. Suhtlusmapi kasutusele suunatud ülesannete abil tekkis A-l kontakt oma vestluspartneritega, temast sai osaleja, mitte pelgalt vaatleja.</i></p>

2.5 Järeldamine

Järeldamise protsess oli analoogne alghindamisega, kasutati võrdväärset materjali. Ainus muudatus oli uurija poolt koostatud tagasisideküsimustik, kus A ja L said anda hinnangu toimunud sekkumisele.

Järeldamine koosnes järgnevatest osadest:

1. Suunatud ülesanded ehk uurijate poolt loodud suhtlusolukorrad: viie eseme- ja viie tegevuspildi edasiandmine; situatsioonipildi kirjeldamine (foto „Perekonna kohtumine“); videoklipi sisu edasiandmine (AK lühiuudis „Viljandi linn kinkis noorele perele korteri“).
2. CETI küsimustiku (vt lisa 1) täitmine

3. Tagasisideküsimustiku (vt lisa 8) täitmine nii A kui L-i poolt. Küsimustik koosnes neljast punktist ning sisaldas nii suletud kui avatud küsimusi. Selle eesmärk oli saada uuritavate hinnang lõppenud sekkumisele.

Järeldamise tulemused

2.5.1 Eneseväljendamisel kasutatud modaalsused

A kasutas suhtlusmodaalsusest enim *lauselist kõnet* (61,3% repliikide koguhulgast).

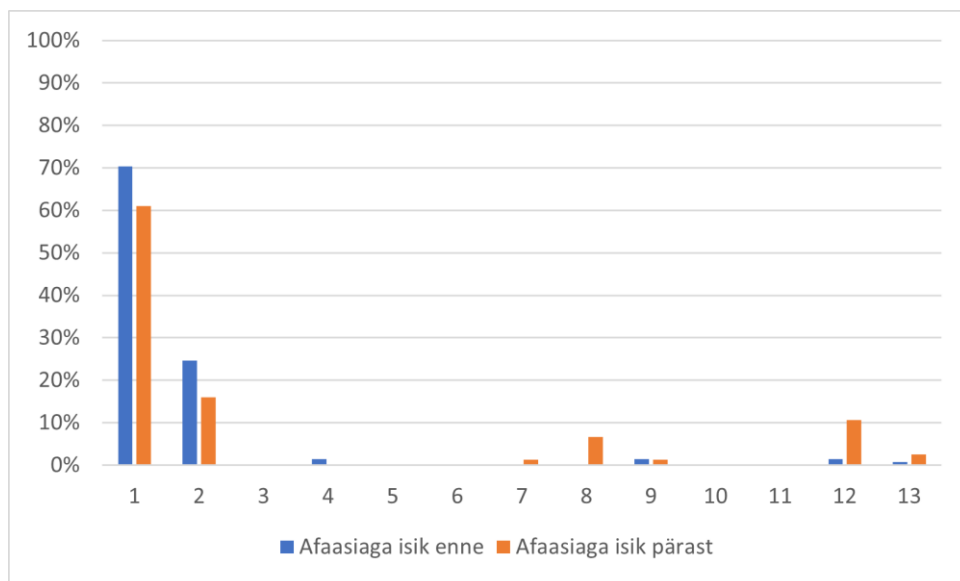
Kasutussageduselt järgmised modaalsused olid *minimaalne verbaalne eneseväljendus* (16%), *žestidega toetatud lauseline kõne* (10,6%) ning *arusaadava eesmärgiga žestid* (6,6%).

Kasutatud oli ka *žestidega saadetud minimaalne verbaalne eneseväljendus* (2,6%), *esemeline suhtlus* (1,3%) ja *umbmäärane žestikuleerimine* (1,3%). Võrreldes alghindamisega vähenes *lauselise kõne, minimaalse verbaalse eneseväljenduse ja arusaamatu verbaalse eneseväljenduse* osakaal. Suurenes *žestidega toetatud lauselise kõne ja žestidega toetatud minimaalse verbaalse eneseväljenduse* kasutamine. Uue modaalsusena lisandus *arusaadava eesmärgiga žestid*.

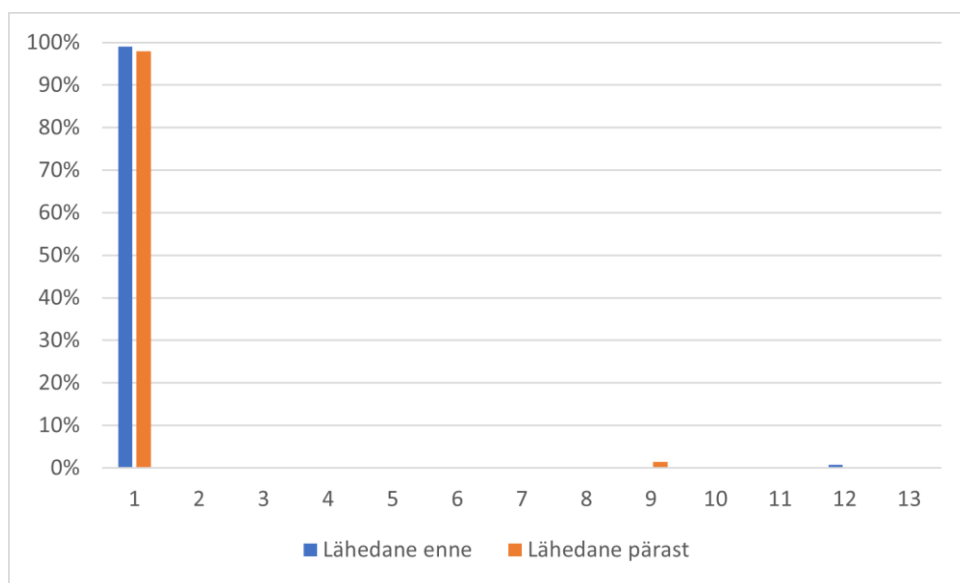
A poolt kasutatud suhtlusmodaalsused enne ja pärast sekkumist on näha joonisel 4.

L kasutas 98,6% *lauselist kõnet*, üks kord oli kasutusel ka *umbmäärane žestikuleerimine*.

Võrreldes alghindamisega jäi endiselt domineerivaks *lauselise kõne* osakaal, lisandus *umbmäärane žestikuleerimine*. L-i kasutatud suhtlusmodaalsused enne ja pärast sekkumist on näha joonisel 5.



Joonis 4. Afaasiaga isiku poolt kasutatud suhtlusmodaalsused enne ja pärast sekkumist.



Joonis 5. Lähedase poolt kasutatud suhtlusmodaalsused enne ja pärast sekkumist.

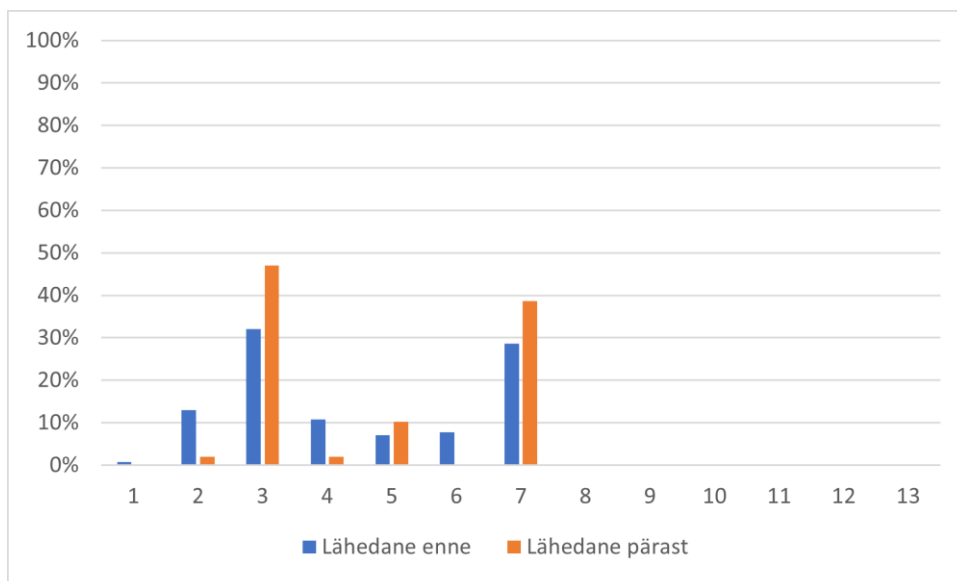
Märkus. Verbaalne suhtlus (1-6): 1 - lauseline kõne (suuline), 2 - minimaalne verbaalne eneseväljendus (suuline), 3 - kajakõne elementidega vastused, 4 - arusaamatu verbaalne eneseväljendus, 5 - kirjalik kõne, 6 - kirjaliku ja suulise kõne kombineerimine. Mitteverbaalne suhtlus (7-11): 7 - esemeline 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

2.5.2 Suhtlusprobleemist märku andmised

Kokku kodeeriti uuritavate omavahelises suhtluses 51 suhtlusprobleemist märku andmist, kõik toimusid L kõnevoorudes. A järelhindamisel SM-i ei kasutanud. L-i puhul olid suures ülekaalus endiselt interaktiivsed suhtlusprobleemist märku andmised. Suurenenud kasutussagedusega SM oli *konkreetse info küsimine* (45% SV koguhulgast), samuti *hüpoteeside püstitamine* (37%) ning *õeldu kordamine täies mahus* (9,8%). *Pikem üldsõnaline mittemõistmist väljendav kommentaar* ja *õeldu osaline kordamine* olid kasutusel 2%-l kordadest. Ülevaade afaasiaga isiku suhtlusprobleemidest märku andmistest on näha joonisel 6.



Joonis 6. Afaasiaga isiku suhtlusprobleemidest märku andmine enne ja pärast sekkumist.



Joonis 7. Lähedase poolt kasutatud suhtlusprobleemidest märku andmine enne ja pärast sekkumist

Märkus. Interaktiivsed suhtlusprobleemid märku andmised (1-7): 1 – lühike üldsõnaline mittemõistmist väljendav kommentaar (minimaalsed päringud), 2 – pikem üldsõnaline mittemõistmist väljendav kommentaar, 3 – konkreetse info küsimine, 4 – öeldu osaline kordamine, 5 – öeldu täies mahus kordamine, 6 – kinnituse otsimine (öeldu täies mahus kordamine + info lisamine), 7 – hüpoteeside püstitamine. Mitteinteraktiivsed suhtlusprobleemid märku andmised (8-11): 8 – vähene voo ülevõtmine/jätkamine, 9 – puudulik jätk, 10 – küsimusega väheseotud vastus, 11 – metalingvistilised kommentaarid

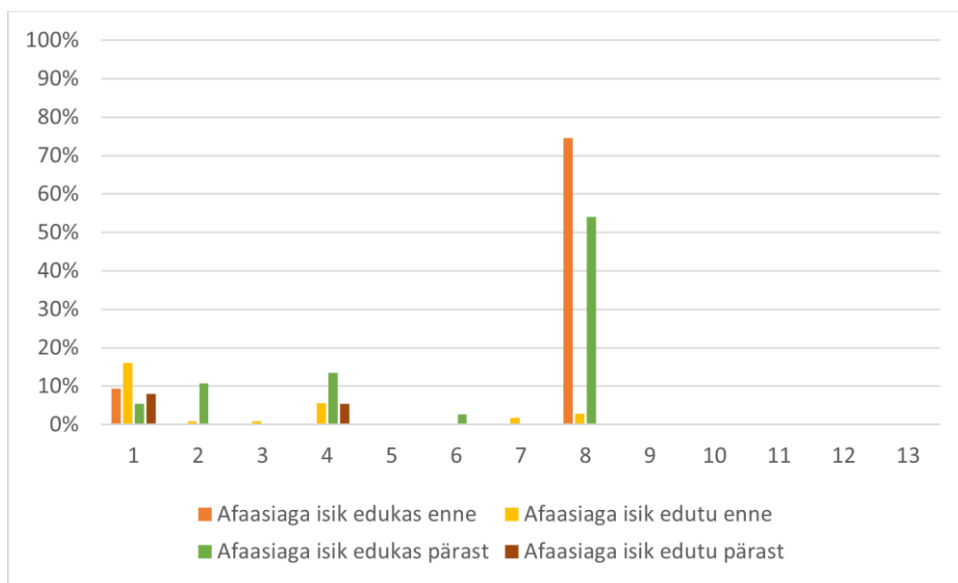
2.5.3 Parandamisstrateegiad ja nende edukus

A ja L kasutasid parandusstrateegiaid vestluses kokku 65 korral, A 37 korral ja L 28 korral. Afaasiaga isiku voorudest sisaldasid parandusstrateegiaid 49% ja tema lähedase voorudest 39,4%.

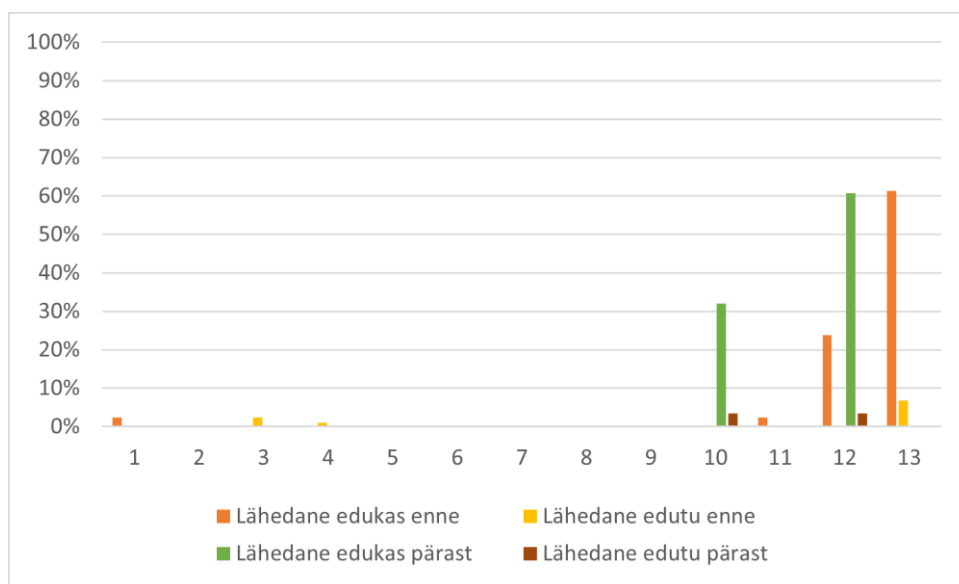
A kasutas endiselt ainult tüüpilisi parandusstrateegiaid, suurim kasutussageduselt oli endiselt *kinnitamine/ümberlükkamine* (54% parandustest). Peamised muudatused olid mitteverbaalse suhtlemisvahendite kasutamise osas: uue modaalsusena tuli *ümbersõnastamine kasutatavat modaalsust muutes* (19%), suurenenud kasutussagedusega oli *mitteverbaalse tegevuse kordamine* (10,8%) ning *lisamine/täpsustamine mitteverbaalne* (2,7%). Vähenenud oli *kordamise* (13,5%) osakaal.

A poolt kasutatud parandusstrateegiad enne ja pärast sekkumist on näha jooniselt 8.

L kasutas järelhindamisel üksnes hõlbustavaid parandusstrateegiaid, suurenenud oli lahenduse pakkumine (64,5%), uue käitumisena oli lisandunud abistamine/julgustamine (35,5%). L-i kasutatud parandusstrateegiad enne ja pärast sekkumist on näha jooniselt 9.



Joonis 8. Afaasiaga isiku poolt kasutatud edukad ja edutud parandamisstrateegiad enne ja pärast sekkumist.



Joonis 9. Lähedase poolt kasutatud edukad ja edutud parandamisstrateegiad enne ja pärast sekkumist.

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.

2.5.4 Sisüühikud (SÜ)

Järeelhindamise puhul olid tulemused järgmised:

Eseme- ja tegevuspildid – SÜ 11, sõnad 40, SÜ% 27,5

Situatsioonipildi kirjeldamine – SÜ 12, sõnad 69, SÜ%17; videolõigu sisu edasiandmine – SÜ 8, sõnad 194, SÜ% 4. Kokku: SÜ 15, sõnad 260, SÜ% 5,8%.

Allolevas tabelis on näha kasutatud sõnade, SÜ-de ja SÜ protsendi hulk.

Tabel 2. Sõnade ja SÜ hulk, SÜ% enne ja pärast sekkumist.

Ülesanne	Sõnade hulk enne/pärast	Sisüühikute hulk enne/pärast	Sisüühikute % sõnade koguhulgast enne/pärast
Situatsioonipilt	126/69	7/12 Muutus: +5 sisüühikut	5,5/17 Muutus: +11,5%
Videolõigu sisu edasiandmine	238/194	10/8 Muutus: +2 sisüühikut	4,2/4 Muutus: -0,2%
Eseme- ja tegevuspildid	582/40	37/11 Muutus: -26 sisüühikut	3,9/27,5 Muutus: +23,6%
Kokku	946/303	37/31 Muutus: -6	3,9/10,2 Muutus +6,3%

2.5.5 CETI skoorid

Võrreldes alghindamisel A poolt antud punktidega olulisi erinevusi ei olnud. L seevastu hindas edasiminekut järgmistes olukordades: osalemine rühmavestluses, kus räägitakse

temast; osalemine vestluses, kui see on kiire ja sellest võtab osa palju inimesi; osalemine vestluses võõraste inimestega.

A poolt täidetud CETI küsimustiku skoor püsis muutumatuna (nii alg-kui järelhindamisel skoor 115). L hindas aga A toimetulekut erinevates olukordades alghindamisega võrreldes kõrgemalt. CETI koondskoor tõusis 12 võrra. Hinnangud tõusid järgmiste väidete kohta: osalemine rühmavestluses, kus räägitakse temast; spontaanne vestlemine; osalemine vestluses, kui see on kiire ja sellest võtab osa palju inimesi; osalemine vestluses võõraste inimestega.

Uuritavate hinnangud enne ja pärast sekkumist on ära toodud tabelis 3.

Tabel 3. CETI skoorid enne ja pärast sekkumist.

Olukorrad	Lähedane alghindamine	Lähedane järelhindamine	Afaasiaga isik alghindamine	Afaasiaga isik järelhindamine
1. Kellegi tähelepanu saavutamine	5	5	6	5
2. Osalemine rühmavestluses, kus räägitakse temast	3	5	9	8
3. Asjakohaste jah-ei vastuste andmine	7	7	8	8
4. Enese emotsioonide väljendamine	4	5	8	9
5. Talle räägitust arusaamise väljendamine	8	5	10	10
6. Sõprade/naabritega seltskondlikes vestlustes osalemine (haiglavoodi ääres või kodus)	4	5	8	8
7. Teiega üks-ühele vestlemine	6	7	6	7

8. Tema ees seisva inimese nime ütlemine	3	3	4	4
9. Füüsiliste probleemide väljendamine (nt ebamugavustundest või valust teadaandmine)	5	6	9	9
10. Spontaanne vestlemine (nt vestluse alustamine ja/või teema vahetamine)	3	6	8	7
11. Ilma sõnadeta vastamine või enese väljendamine (sealhulgas jah/ei väljendamine)	7	7	9	8
12. Vestluse alustamine inimestega, kes ei ole lähedased pereliikmed	4	5	3	3
13. Kirjutatu mõistmine	8	8	9	9
14. Osalemine vestluses, kui see on kiire ja sellest võtab osa mitmeid inimesi	3	5	6	6
15. Osalemine vestluses võõraste inimestega	3	5	4	5
16. Millegi üksikasjalik kirjeldamine või sügavuti arutamine	3	4	8	9
Kokku	76	88	115	115

2.5.6 Tagasiside küsimustik

A hindas teraapia tulemuslikkust skaalal 1-5 3-ga. Ta soovitaks seda teraapiat teistele sarnases seisus inimestele kindlasti (5). Samas ei ole A arvates õpitu igapäevaelus rakendamine õnnestunud ning midagi uut ta iseenda ja L vahelises suhtlemises ei ole märganud. Tabelis 3 on ära toodud mõlemat uuritava vastused.

Tabel 3. Tagasiside küsimustik

	Afaasiaga isik	Lähedane
Teraapia tulemuslikkus (skaalal 1-5)	3	4 Iga samm edasi on igati tulemuslik
Soovitamine teistele	5	4 Jah, kindlasti. Minu abikaasa on 78-aastane. Samas seisus nooremaid inimesi see aitaks kindlasti rohkem.
Mida uut teraapia käigus õppisid?		Žestid ja sümbolid aitavad inimestel paremini suhelda.
Kuidas on õnnestunud õpitu igapäevaelus rakendamine?	Vaevalt.	Püüame iga päev.
Mida uut oled märganud omavahelises suhtlemises?	Ei oska öelda.	Midagi.

2.6 Arutelu

Käesoleva magistritöö eesmärk oli töötada välja ja viia ühe uuritavate paari peal ellu kommunikatsioonile suunatud ja lähedasi kaasav afaasia teraapiakava ning hinnata teraapia tulemuslikkust.

Eesmärgist lähtuvalt püstitati kolm uurimisküsimust. Järgnevalt arutletakse saadud tulemuste üle uurimisküsimuste kaupa.

Esimesele uurimisküsimusele *Millised muutused toimuvad läbiviidava sekkumise tulemusel afaasiaga inimese ja lähedase omavahelises suhtluses (kas ja kuidas muutuvad afaasiaga*

uuritava poolt edasiantud sisuühikute hulk, afaasiaga uuritava ja lähedase poolt suhtlemisel kasutatud modaalsused, suhtlusprobleemist märku andmised, parandamisstrateegiad)? vastamiseks hinnati uuritavaid kõikide sulgudes toodud aspektide osas nii enne kui pärast teraapiaperioodi. Sisuühikute leidmiseks kodeeriti SÜ-na kõik tähendust kandvad sõnad, sõnade koguarvu ja SÜ-de suhtest saadi SÜ-de protsent. Selgus, et afaasiaga isiku kõnevoorudes kodeeritud sisuühikute arv kasvas sekkumise tulemusena 6,3%. Ka Murray & Ray (2000) leidis oma uuringus afaasiaga isiku kõnes informatiivsuse ja efektiivsuse positiivset dünaamikat. Käesolevas uuringus tuli muutus eelkõige eseme- ja tegevuspiltide selgitamise voorust, kus A kasutas verbaalse kõne asemel edukalt žeste: antud ülesandes oli A poolt kasutatud oluliselt vähem sõnu, kuid L arvas öeldu palju edukamalt ära. See tähendab, et tähendust kandvate sõnade ja žestide hulk oli oluliselt suurenenud.

Lisaks loendati kodeeriti nii A kui L poolt kasutatud suhtlusmodaalsused. Verbaalse suhtluse alla kuulusid lauseline kõne, minimaalne verbaalne eneseväljendus (üksikud sõnad, jah-ei vastused), kajakõne elementidega vastused, arusaamatu verbaalne eneseväljendus (nt indifferentsed häälitsused, 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 kasutamise ja suulise kõne kombineerimist. A suhtlusmodaalsustes oli kõige suuremad muutused seotud žestide kasutamisega. Kategooriad *žestidega toetatud lauseline kõne ja arusaadava eesmärgiga žestid* olid kõige suurema kasvuprotsendiga, vähenes *minimaalne verbaalne eneseväljendus, arusaamatu verbaalne eneseväljendus ning umbmäärane žestikuleerimine*. Tulemused olidki üllatavad ja ootamatud just A suhtlusmodaalsuste dünaamika osas. Käesolevas uuringus toimunud edasimineku žestidega eneseväljenduse osas on seletatav faktiga, et esimesel sekkumisperioodi poolel olid teraapiate keskmes ja fookuses just žestid, milledest aga kaasuva apraksia tõttu üsna varsti loobuti. Apraksiat iseloomustab võimetus teha õpitud liigutusi ning see defitsiit võib avalduda erinevates olukordades erinevalt (Goldenberg & Hagmann, 1998). Ehkki apraksiaga isikute žestide kasutamine on uuringute järgi olnud edukas, on tegemist olnud pikaajalisemate sekkumistega (Willms *et al.*, 2021). Võimalik, et käesolevas uuringus tegi uurija ennatlikke järeldusi žestide kasutamise

perspektiivtuse osas ning selle modaalsuse harjutamine oleks võinud paralleelselt jätkuvate teraapiate eesmärkidesse sisse jääda. Ei saa välistada, et pikema teraapiaperioodi vältel oleks võimalik mõningaid žeste omandada. Ehkki raske apraksia puhul on sihipäraste liigutuste sooritamine raskendatud ning isegi äraõpitud liigutuste puhul on oskuse üldistamine keeruline (Goldenberg & Hagmann, 1998). Uurimisperioodi ajaline limiit oli kindlasti takistav asjaolu võimaluste katsetamiseks ja otsuste põhjalikuks läbikaalutlemiseks. Suhtlusmapi mittekasutamine lõpphindamisel oli ettearvatav, sest mapi sisu on esialgu veel piiratud ja mõeldud kasutamiseks eelkõige konkreetsetes elulistes situatsioonides. AAC vahendi kasutuselevõtmine on pikaajaline ja keerukas protsess (Lasker & Garrett, 2008) ning uuringu ajalistesse raamidesse mapi täiendamine ja kasutamise kinnistamine ei mahtunud. Samuti ei oleks uurija hinnangul suhtlusmappi lõpphindamise ülesannetes kasutada saanudki, kuna mapp on alles loomisjärgus ja sisu hetkel väga piiratud. Paraku ei olnud hindamisülesandeid võimalik mapi kasutamise võimaluse järgi kohandada, sest siis ei oleks lõpphindamine olnud võrreldav alghindamisega.

Lähedase suhtlusmodaalsuses olulisi muutusi ei olnud ning ülekaalukalt valdav suhtumodaalsus oli lauseline kõne.

Samuti kodeeriti kõikides A ja L voorudes esinenud suhtlusprobleemist märku andmised (SM). SM-de koguarv vähenes, mis näitab, et lõpphindamisel tekkis uuritavate vahel suhtlusprobleeme vähem. Suurim muutus oli toimunud A vooru ülevõtmise osas – kui alghindamisel kasutas ta suhtlusprobleemist märku andmiseks ülekaalukalt *vähemast vooru ülevõtmist*, siis järelhindamisel ei esinenud olukorda, kus A ei vasta/räägi reaktsiooniks L repliigile. Nii teraapiaeelset kui ka -järgset andis suhtlusprobleemidest enam märku just lähedane ning kasutas selleks interaktiivseid märguandeid (ehk püüdis leida probleemidele ka lahendust). Suurenes nii *konkreetses info küsimise*, kui *hüpoteeside püstitamise* osakaal. Lähedase oluliselt aktiivsemat suhtlusprobleemidest märku andmist on leidnud ka Sass ja Vigel (2021). Vastupidisele tulemusele jõudsid aga Taylor-Rubin jt (2021) primaarse progresseeruva afaasiaga isikuid uurides, leides, et suhtlusprobleemist annavad märku enam just afaasiaga isikud.

Eraldi analüüsiti suhtlusprobleemidest märku andmise viiside muutust. Selgus, et lähedane kasutas jätkuvalt interaktiivseid ning afaasik mitteinteraktiivseid viise. Tulemused kinnitavad varasemaid uurimusi, et suhtlusprobleemi identifitseerimine jääb enamasti just lähedase kanda, sest keelepuudega inimene ei ole selleks suuteline (Sluis *et al*, 2019; Taylor *et al*, 2014).

Kodeeriti ka mõlema suhtluspartneri voorudes kõik esinenud parandamisstrateegiad ja hinnati nende edukust. Eduka paranduse järel sai vestlus adekvaatselt jätkuda, samas kui edutu paranduse järel oli vestlus endiselt häiritud.

Ehkki on leitud, et parandamisstrateegiaid kasutab peamiselt afaasiaga isiku suhtluspartner (Perkins, 2003), oli käesolevas uurimistöös aktiivne parandamisstrateegiate kasutaja ka afaasiaga isik. Tulemustest selgus, et nii eel- kui järelhindamise ajal kasutas A ainult tüüpilisi parandamisstrateegiaid, enamasti oli selleks edukaks kujunenud kinnitamine/ümberlükkamine. Sarnasele tulemusele jõudis ka Sluis (2019), leides, et afaasiaga katseisikud kasutasid valdavalt lihtsaimat parandamisstrateegiat, mille puhul piisab enamasti jah/ei vastusest. Märkatav muutus oli teraapiaperioodi järel toimunud mitteverbaalsete suhtlusvahendite kasutamises – A kasutas eneseväljenduseks rohkem žeste ning see aitas edukalt kaasa suhtlemises tekkinud probleemide lahendamisele. Mitteverbaalse tegevuse sissetoomine vestlusesse tähendas antud juhul. Arutelu žestide kasutamise dünaamikast on toodud eelpool suhtlusmodaalsuste teema all.

Lähedane kasutas mõlema hindamise ajal enim hõlbustavaid parandamisstrateegiaid ning suurim muutus oli abistamise/julgustamise osakaalu suurenemine. Julgustamine oli suunatud žestide kasutamisele ja see osutus enamasti edukaks. Sekkumisperioodi esimeses pooles oli fookuses just žestide, teises pooles suhtlusmapi kasutama suunamine. Lõpphindamisel julgustas L vestluspartnerit just žeste rohkem kasutama, suhtlusmapile ta tähelepanu ei suunanud, sest seda polnud A-l antud olukorras otstarbekas kasutada. Arvestades A ja L-i kooselatud aastate jooksul väljakujunenud käitumismustreid, oli uurija jaoks L-i dünaamika parandamisstrateegiate kasutuses üllatav.

Kokkuvõttes olid muutused suhtlusmodaalsustes ja parandamisstrateegiates uurija jaoks üllatavad. Erinevate parameetrite dünaamikat on näha järgnevas tabelis.

Tabel 5. Erinevate parameetrite dünaamika.

	Alghindamine	Teraapia eesmärk	Lõpphindamine, eesmärgi täidetud
Modaalsused	A: kasutab valdavalt lauselist kõnet (70,4%)	A: kasutab suhtlemist toetavaid vahendeid L: julgustab kasutama suhtlemist toetavaid vahendeid	Eesmärgid täidetud. A: kasutab žeste/žestidega toetatud lauselist kõnet (19,9% voorudest; enne 2,1%) L: julgustab žeste kasutama (35,5% voorudest; enne 0%)
Suhtlusprobleemist märku andmised	A: ei võta vooru (74% SM-de koguhulgast) L: esitab palju hüpoteese, sageli mitu korruga	L: küsib ühe küsimuse korruga/jätab vastamiseks aega	Eesmärk ei ole täidetud. L: esitab endiselt palju küsimusi, sageli mitu korruga
Parandamisstrateegiad	A: kasutab palju kinnitamist/ümberlukkamist L: kasutab palju teema jätkamist-räägib A eest	A: kasutab suhtlemist toetavaid vahendeid L: kasutab vähem teema jätkamist, lahenduste pakkumist ning enam abistamist/julgustamist	Eesmärk täidetud. A: kasutab žeste L: julgustab žeste kasutama (+35,5%; enne 0%)

Teisele uurimisküsimusele *Kas ja mil määral paraneb läbiviidava sekkumise tulemusel afaasiaga isiku igapäevane funktsionaalne kommunikatsioon tema enda ja lähedase hinnangul?* vastamiseks analüüsiti afaasiku ja lähedase poolt täidetud CETI küsimustikku. Kohandatud CETI-küsimustiku varianti on kasutatud mitmetes uuringutes (Moretta *et al*, 2020; Van der Gaag *et al*, 2004; Rautakoski *et al*, 2008). Käesoleva uuringu puhul selgus, et afaasiaga isik hindab oma kommunikatsioonioskusi oluliselt kõrgemaks kui lähedane. Ka Rautakoski (2008) ja Engell jt (2003) uuringutes hindasid afaasiaga isikud oma suhtlemist paremaks kui nende lähedased (Rautakoski *et al*, 2008; Engell *et al*, 2003). Samuti võimaldas käesolev uuring võrrelda CETI skoori logopeedi poolt hinnatud afaasia raskusastmega. Logopeedi hinnangul oli tegemist raske afaasiaga ja ka lähedane hindas kommunikatsiooni toimimist oluliselt häirituks.

Afaasiaga isiku poolt täidetud CETI koondskoor ei muutunud, antud punktides olulisi muutusi ei olnud. Nykanen et al (2013) poolt läbiviidud uuringus seevastu CETI skoorid paranesid oluliselt. Käesoleva töö autori tähelepanekute järgi oli, vaatamata kasutusel olnud kohandatud ja illustreeritud variandile ning uurijapoolsetele selgitustele, A-l raskusi kujutatud olukordade mõistmise ja eristamisega, samuti ülekandmisega oma piiratud suhtluskontaktidega igapäevaellu. See omakorda võis segada ka usaldusväärse ja tõese info edastamist. Sarnaseid tähelepanekuid on teinud ka Rautakoski jt (2008), kogudes uuringu raames afaasiaga isikute enesehinnanguid (Rautakoski et al, 2008). Leiti, et vastuse usaldusväärstust võisid mõjutada just keelelised probleemid, eelkõige mõistmisega seotud probleemid (Rautakoski et al, 2008). Kuna afaasia mõjutab kõiki kõnevaldkondi, siis on ka primaarse kõneloome kahjustuse korral kahjustatud ka mõistmise tasand (Barnes, Bobkin, & Bogousslavsky, 2005).

Lähedase poolt täidetud küsimustiku koondskoor oli lõpphindamisel 12 punkti kõrgem. Lähedane hindas teraapia järgselt kõrgema skooriga näiteks füüsiliste probleemide väljendamist, spontaanset vestlust võõrastega, osalemist kiires ja võõraste inimestega vestluses. Afaasiaga isikute suhtluspartnerite poolt antud hinnangute dünaamikat on leidnud oma uuringus ka Rautakoski (2008), kes leidis, et sekkumise tulemusena muutusid just lähedaste/partnerite poolt antud hinnangud, samas kui afaasiaga isik oma oskustes muutusi ei näinud.

Kolmandale uurimisküsimusele ***Millise hinnangu annavad läbiviidud sekkumisele afaasiaga inimene ja tema lähedane?*** saadi vastus teraapiaperioodi lõpus täidetud küsimustikust. A hindas teraapia tulemuslikkust skaalal viiepallisel skaalal hindega 3-ga. Ta soovitaks seda teraapiat teistele sarnases seisus inimestele kindlasti. L hindas teraapia tulemuslikkust 4 punktiga ning põhjendas seda väitega, et *iga samm edasi on igati tulemuslik*. L soovitaks seda teraapiat teistele sarnases seisus inimestele ning lisas, et *samas seisus nooremaid inimesi aitaks see kindlasti rohkem*. L-i hinnangul õppis ta teraapia käigus seda, et *žestid ja sümbolid aitavad inimestel paremini suhelda*. A hinnangul ei ole õpitu igapäevaelus rakendunud ning midagi uut ta enda ja L suhtlemises ei ole märganud. L väitel püüavad nad teraapias õpitud igapäevaselt rakendada, kuid midagi uut ei ole ka tema nendevahelises suhtlemises.

Ehkki hindamistulemuste järgi on muutused märgatavad, uuritavad neid ise pigem ei tajunud. See on seletatav sekkumisperioodi ajalise piiratusega, kus uute oskuste omandamiseks on liiga vähe aega ning õpitu ei ole jõudnud üle kanduda teraapiaruumist väljapoole.

Kommunikatsioonile suunatud teraapia efektiivsust on tõestatud siiski pikaajalisemate ja suurema intensiivsusega sekkumiste puhul (Goldenberg & Hagmann, 1998; Rose et al

2013). Käesoleva töö peamiseks suunaks kujunenud suhtlusmapi kasutuselevõtmise puhul on pikaajaline lähenemine eriti oluline. AAC igapäevaelu kandmine on keeruline protsess, mis sõltub mitmetest faktoritest ega pruugi alati õnnestuda (Lasker & Garrett, 2008).

Üks põhjuseid, miks uuritavad omavahelises suhtlemises midagi uut ei märganud, võib olla ka asjaolu, et inimesed ootavad teraapia tulemuseks enamasti suurt ja silmnähtavat muutust.

Väikeseid muutusi on keerulisem tähele panna.

Vaatamata sellele, et suurt muutust igapäevaelus ei toimunud, hindasid mõlemad uuritavad teraapiat ikkagi pigem kasulikuks.

2.6.1 Kokkuvõte, soovitused uuritavatele

Teraapiaperioodi lõppedes selgus, et mõlemal uuritaval oli märgatav areng just žestide kasutamise osas – A-l žestide kasutamise ja L-il sellele suunamise osas. Uuritavatele sai rõhutatud, et õpitu ja meeldetuletatu ei peaks jääma passiivse teadmisenä mällu, vaid et jätkuks selle igapäevane kinnistamine ja arendamine. Selleks soovitati mängida meelelahutuslikke Aliase-tüüpi äraarvamismänge, mis teraapia ajal mõlemale palju rõõmu ja eduelamust pakkus. Samuti märgata ja ära kasutada igapäevaseid žestide kasutamist võimaldavaid olukordi.

Jätkuv ja järjepidev suhtlusmapi täiendamine ja kasutama suunamine on pikaajaline protsess. Afaasiaga isiku motiveeritus ja vajadus selle kasutamiseks sõltub suuresti lähedasest. Tema ülesandeks jääb lisaks kasutama suunamisele ka fikseerida järjepidevalt olukorrad ja teemad, kus ACC vahendit vaja oleks ja seda vastavalt täiendada. Lisaks kodusele keskkonnale on antud uuritavate paari puhul hea võimalus mapi kasutamiseks Afaasialiidu Pesarimajas.

2.6.2 Kokkuvõte ja järeldused

Käesoleva uurimistöö raames rakendati ühe kroonilise afaasiku ning tema abikaasaga kommunikatsioonile suunatud ja lähedasi kaasavat afaasia teraapiat ning hinnati sekkumise tulemuslikkust. Eestis ei ole kommunikatsioonile suunatud teraapia efektiivsust varem hinnatud ning käesoleva töö puhul oli tegemist jätkuga 2021. aastal kaitstud magistritööle “Afaasiaga isiku funktsionaalne kommunikatsioon kolme uuritava näitel” (Sass & Vigel,

2021). Uuringu tulemusel selgus, et afaasiaga isiku puhul suurenes eneseväljenduseks kasutatavate žestide hulk ning lähedane suunas teda rohkem žeste kasutama. Samuti tõusis edasiantavate sisuühikute protsent. Žestide kasutamise sageduse suurenemine afaasiaga isiku poolt viitab sellele, et intensiivne tähelepanu suunamine sellele suhtlusvahendile teraapiasessiooni esimeses pooles oli viljakas. Võimalik, et uurija tegi ennatlikke järeldusi žestide kasutamise perspektiivi osas apraksiaga isiku puhul. Samas oli suhtlusmapile keskendumine käesoleva uurimistöö ajalisi raame silmas pidades kõige optimaalsem lahendus antud uuritavate paari juures. Uurija hindamistulemuste, tähelepanekute ja juhendajaga arutelude tulemusena kujunes töö peamiseks suunaks suhtlusmapi kasutamine eneseväljenduseks.

Mõlemad uuritavad soovitsid sellist teraapiat teistele samas seisus olevatele inimestele, ehkki nendevahelises suhtluses nad teraapia tulemusel muutusi ei märganud. Lähedane tõi välja afaasiaga isiku kõrge vanuse, mis võib olla takistavaks teguriks uute suhtlusvahendite kasutuselevõtmisel.

Tööl oli ka mõningaid piiranguid. Kuna tegemist oli vaid ühe uuritavate paariga läbi viidud tegevusuuringuga, ei saa antud töö tulemusi arusaadavalt üldistada kõikidele afaasiaga isikutele ja nende lähedastele. Töö autor peab uuringu oluliseks piiranguks ka ajalisi limiiti, viiest teraapiast koosnev sekkumine oli kindlasti liiga lühike periood uuritavate jaoks uute oskuste arendamiseks ja kinnistamiseks. Järgnevates uuringutes võiks planeerida pikemat teraapiaperioodi.

Küll aga usub uurija, et sekkumismetoodika oma ülesehituse ja põhimõtetega sobib laiemale ringile (kroonilised afaasiaga patsiendid, kes vastavad meie valimi osas toodud kriteeriumitele). Iga konkreetse juhtumi puhul tuleb sekkumist küll individualiseerida ja kohendada, aga üldised põhimõtted jäävad samaks.

Tänuõnad

Täna oma magistritöö juhendajat Merje Viigandit toetava suhtumise ja edasiviivate nõuannete eest.

Olen väga tänulik oma peamistele koostööpartneritele – afaasiaga isikule ja tema abikaasale.

Täna Raili Vaidlot ja Kadri Taimi igakülgse abi eest.

Suur tänu.

Autorsuse kinnitus

Kinnitan, et olen koostanud käesoleva lõputöö ise ning toonud korrekselt välja teiste autorite ja toetajate panuse. Töö on koostatud lähtudes Tartu Ülikooli haridusteaduste instituudi lõputöö nõuetest ning on kooskõlas heade akadeemiliste tavadega.

Anneli Tuulik

16.05.2023

Kasutatud kirjandus

- Alexander, R. (2005). Culture, dialogue and learning: notes on an emerging pedagogy. *International Association for Cognitive Education and Psychology (IACEP), 10th International Conference, University of Durham, UK.*
- Barnes, M., Bobkin, B., & Bogousslavsky, J. (2005). *Recovery After Stroke*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Barnes, S. (2019). "Accountability" in interaction-focused intervention for aphasia: a conversation-analytic study of therapeutic effects. *Aphasiology*, 2019, VOL. 33, NO. 2, 163–186.
- Croteau, C., & Le Dorze, G. (2006). *Overprotection, "speaking for", and conversational participation: A study of couples with aphasia*. *Aphasiology*, 20:02-04, 327-336.
- Davis, A. G. (2005). PACE revisited. *Aphasiology*, 19, 21–38.
- Davis, G., & Wilcox, M. (1985). *Adult aphasia rehabilitation: Applied pragmatics*. San Diego: College-Hill Press.
- Doedens, W. J., & Meteyard, L. (2020). *Measures of functional, real-world communication for aphasia: a critical review*. *Aphasiology*, 2020, VOL. 34, NO. 4, 492–514.
- Ferguson, A. (1994). *The influence of aphasia, familiarity and activity on conversational repair*. *Aphasiology*, 8, 143–157.
- Goldenberg, G., & Hagmann, S. (1998). *Therapy of Activities of Daily Living in Patients with Neuropsychological Rehabilitation*, 1998, 8 (2), 123–141.
- Goldenberg, G., & Hagmann, S. (1998). *Therapy of Activities of Daily Living in Patients with Apraxia*. *Neuropsychological Rehabilitation*, 1998, 8 (2), 123–141.
- Helm-Estabrooks, N., Fitzpatrick, P. M., & Barresi, B. (1982). *Visual Action Therapy for Global Aphasia*. *Ashawire*.

- Helm-Estabrooks, N., Fitzpatrick, P. M., & Barresi, B. (1982). *Visual Action Therapy for Global Aphasia*. *Ashawire*.
- Holland, A. (1991). *Pragmatic aspects of intervention in aphasia*. *Journal of Neurolinguistics*, 6, 197–211.
- Hopper, T., Holland, A., & Rewega, M. (2002). *Conversational coaching: Treatment outcomes and future directions*. *Aphasiology*, 16, 745–761.
- Howe, T. J., Worrall, L. E., & Hickson, L. M. (2008). *Interviews with people with aphasia: Environmental factors that influence their community participation*. *Aphasiology*, 2008, 22 (10), 1092–1120.
- Johansson, M. B. (2012). *Aphasia and Communication in Everyday Life. Experiences of persons with aphasia, significant others, and speech-language pathologists*. Uppsala: Acta Universitatis Upsaliensis.: Digital Comprehensive Summaries of Uppsala Dissertations from the Faculty of Medicine. Uppsala: Acta.
- Kagan, A. (1998). *Supported conversation for adults with aphasia: methods and resources for training conversation partners*. *Aphasiology*, 12(9), 816-830.
- Kidron, A. (2004). *Suhtlemine*. Tallinn: Mondo.
- Laherand, M.-L. (2004). *Kvalitatiivne uurimisviis*.
- Lasker, J. P., & Garrett, K. L. (2008). *Aphasia and AAC: Enhancing Communication Across*. *The ASHA Leader*, 13(8).
- Leaman, M. C., & Edmonds, L. A. (2019). *Revisiting the Correct Information Unit: Measuring Informativeness in Unstructure Conversations in People With Aphasia*. *American Journal of Speech-Language Pathology* • Vol. 28 • 1099–1114.
- Leaman, M. C., & Edmonds, L. A. (2019). *Revisiting the Correct Information Unit: Measuring Informativeness in Unstructured Conversations in People With Aphasi*. *American Journal of Speech-Language Pathology* • Vol. 28 • 1099–1114 • August 2019.
- Lloyd-Jones, D., Robert, A., Carnethon, M., & al, e. (2009). *Circulation 119:e21–e181*.
- Löfström, E. (2011). <https://www.digar.ee/arhiiv/nlib-digar:103280>. Allikas: Tegevusuuringu käsiraamat.

- Löfström, E. (2011). *Tegevusuuringu käsiraamat*. Allikas: külastatud aadressil: <https://www.digar.ee/arhiiv/nlib-digar:103280>.
- Manzo, J., & Blonder, L. (1995). *The social-interactive organisation of narrative and narrating among stroke patients and their spouses*. *Sociology of Health & Illness*, June 1995, 17(3):307-327).
- Marshall, R. C. (2002). Having the courage to be competent: persons and families living with aphasia. *Journal of Communication Disorders*, 35 (2002).
- Marshall, R. C. (2002). *Having the courage to be competent: persons and families living with aphasia*. *Journal of Communication Disorders*, 35(2), 139-152. .
- Marshall, R. C., Freed, D. B., & Phillips, D. S. (1997). Communicative efficiency in severe aphasia. *Aphasiology*, 11, 373-384.
- Murray, L. L., & Ray, H. A. (2000). *A comparison of relaxation training and syntax stimulation for chronic nonfluent aphasia*. *Journal of Communication Disorders*, 34 (2001) 87 ± 113.
- 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, Language and Hearing Research*, 36.
- Norrving, B., Barrick, J., Davalos, A., & al, e. (2018). Action Plan for Stroke in Europe.
- Norrving, B., Barrick, J., Davalos, A., & al, e. (2018). Action Plan for Stroke in Europe 2018–2030.
- Nykänen, A., Nyrkkö, H., Nykänen, M., Brunou, R., & Rautakoski, P. (2013). Communication therapy for people with aphasia and their partners (APPUTE). *Aphasiology* 10, 1159–1179.
- Palmer, R., Dimairo, M., & Cooper, C. e. (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, 821-833.

- Perkins, L. (2003). Negotiating repair in aphasic conversation. rmt: C. Goodwin, *Conversation and brain damage* (lk 147–162). New York: NY: Oxford University Press.
- 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.
- Rose Miranda, L. (2013). American Journal of Speech Language Pathology, 22, S227–S239.
- Saat. (2005). *Sotsiaalsed oskused: kontseptsioon ning arendamise ja hindamise võimalused koolis*. Tartu: Tartu Ülikooli kirjastus.
- Sass, L., & Vigel, M. (2021). Afaasiaga isiku funktsionaalne kommunikatsioon kolme uuritava näitel. *Magistritöö*. Tartu Ülikool.
- 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.
- Sharma, V. K., & Wong, L. Y. (2016). Middle Cerebral Artery Disease. rmt: J. C. Grotta, G. W. Albers, J. P. Broderick, & e. al, *Stroke: pathophysiology, diagnosis, and management* (lk 362–392). Philadelphia: Elsevier.
- Simmons-Mackie, N., Kagan, A., Armstrong, E., Holand, A., & Cherney, L. (2010). *Communication partner training in aphasia: A systematic review*. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 91, 1814–1837.
- Simmons-Mackie, N., Raymer, A., Armstrong, E., Holland, A., & Cherney, L. (2010). *Communication Partner Training in Aphasia: A Systematic Review*. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 91, 1814–1837.
- Stanislavski, K. (2021). *Näitleja töö endaga*. Tallinn: Eesti Teatriliit.
- Taylor-Rubin, K., Karen, C., Power, E., & al, e. (2020). *Communication behaviors associated with successful conversation in semantic variant primary progressive aphasia*. International Psychogeriatrics (2017), 29:10, 1619–1632.
- Tervisekassa*. (2. aprill 2023. a.). Allikas: www.tervisekassa.ee.

- Tessier, A., Croteau, C., Le Dorze, G., Power, E., & Weiss, M. (2023). *Exploring the effects of a communication partner training programme for adapted transport drivers*. *Aphasiology*, 2023, VOL. 37, NO. 2, 179–204.
- Tessier, A., Power, E., & Croteau, C. (2020). *Paid worker and unfamiliar partner communication training: A scoping review*. *Journal of Communication Disorders*, 83.
- Wallace, S. E., Purdy, M., & Skidmore, E. (2014). *A multimodal communication program for aphasia during inpatient rehabilitation: A case study*. *NeuroRehabilitation* 35 (2014) 615–625.
- Wilkinson, R., Bryan, K., Lock, S., & Sage, K. (2010). *Implementing and evaluating aphasiatherapy targeted at couples' conversation: A single case study*. *Aphasiology*, 24, 869–886.

Lisad

Lisa 1. Eneseväljendamisel kasutatud modaalsuste kodeerimine

Eneseväljendamisel kasutatud modaalsuste kodeerimine (Sass&Vigeli (2021) poolt 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 indiferentsed hääletsused, silbikombinatsioonid, sõnasalat)	{—} Inimene püüab end küll 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 funktsiooni/eesmärgiga umbmäärane žestikuleerimine	Žestid, mille funktsioon/eesmärk jääb 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 2. Suhtlusprobleemist märkuandmist ja parandamisstrateegiate kodeerimine
(Sass&Vigeli (2021) poolt teooria ja kogutud andmete baasil tuletatud koodid ja kategooriad).

Interaktiivsed suhtlusprobleemist märku andmised

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

Nr.	Suhtlusprobleemist märkuandmine/koodi nimetus	Definitsioon	Näide
1	Lühike üldsõnaline mittemõistmist väljendav kommentaar (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 kuulnud, öeldu ei olnud arusaadav või mingist sõnumi osast ei ole hoolimata selle kuulmisest aru saadud.	Mida? Ah? Mida sa ütlesid?
2	Pikem üldsõnaline mittemõistmist väljendav kommentaar <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	Konkreetselt info küsimine <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	Öeldu osaline kordamine <i>Repetition With Reduction</i>	Öeldu osaline kordamine. Sageli kasutatakse tõusvat intonatsiooni.	KÕNELEJA 1: Ma käisin eile õhtul peol. KÕNELEJA 2: Eile õhtul

5	<p>Õeldu täies mahus kordamine <i>Complete Repetition</i></p>	<p>Probleeme tekitanud originaalütluse täielik kordamine (sh probleemse osa) tõusva intonatsiooniga. 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 viimaseid funktsioone, siis neid arvesse ei võeta</p>	<p>KÕNELEJA 1: Ma käisin eile õhtul peol. KÕNELEJA 2: Sa käisid eile õhtul peol?</p>
6	<p>Kinnituse palumine - täies mahus kordamine + info lisamine <i>Repetition With Elaboration</i></p>	<p>Kuuldu täiel määral kordamine + semantilise info lisamine</p>	<p>KÕNELEJA 1: Ma käisin eile õhtul peol. KÕNELEJA 2: Sa käisid eile õhtul peol...restoranis?</p>
7	<p>Hüpoteeside püstitamine <i>Hypothesis Formation</i></p>	<p>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: Sisutäpsustatakse/arendatakse edasi.</p>	<p>KÕNELEJA 1: Ma olin...ma olin...õpetasin KÕNELEJA 2: Sa töötasid õpetajana?</p>

Mitteinteraktiivsed suhtlusprobleemist märkuandmsed

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	Suhtlusprobleemist märkuandmine/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: mmm
2	Puudulik jätk <i>Lack of Continuation</i>	KÕNELEJA 1: Mida Sa täna teed? KÕNELEJA 2: mmmm 2 Puudulik jätk <i>Lack of Continuation V</i>	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, kuhu 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.

Tüüpilised parandusstrateegiad

Käitumised, mille eesmärk on probleem ületada ja ühine arusaamine taastada

Nr	Paranduse tüüp	Definitsioon	Näide
1	Kordamine Repetition	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	Mitteverbaalse tegevuse kordamine	Mitteverbaalse väljenduse kordamine muutmata kujul	KÕNELEJA 1: Osutab aknale KÕNELEJA 2: Ma ei saa aru KÕNELEJA 1: Osutab uuesti aknale
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 sama	KÕNELEJA 1: Osutab aknale KÕNELEJA 2: Ma ei saa aru KÕNELEJA 1: Läheb akna juurde
3	Lisamine/täpsustamine <i>Addition/Specification</i>	Probleemsele ütlusele lisatakse informatsiooni, täpsustatakse originaalütlust	KÕNELEJA 1: Me läheme hiljem KÕNELEJA 2: Mida? Kõhu? KÕNELEJA 1: Me läheme poodi hiljem
*3.3	Lisamine/täpsustamine (mitteverbaalne)	Probleemsele mitteverbaalsele väljendusele lisatakse uut infot, täpsustatakse	KÕNELEJA 1: Osutab aknale KÕNELEJA 2: Ma ei saa aru KÕNELEJA 1: Osutab uuesti aknale ja teeb lisaks käega akna avamise liigutuse
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

* Sass&Vigel (2021) poolt 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. ¹ Sh suunata suhtlusmodaalsuste vahetamisele.	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.

¹Käesoleva töö käigus tehtud lisandus.

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 3. Kommunikatsiooni efektiivsuse indeks (CETI), täitmiseks afaasiaga isiku lähedasele ja afaasiaga isikule.

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 Võimekus võimeline -----	endine
4. Enese emotsioonide väljendamine	Pole üldse võimeline -----	Võimekus endine
5. Talle räägitust arusaamise väljendamine	Pole üldse Võimekus võimeline -----	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 väljendamine (nt ebamugavustundest või valust teadaandmine)	Pole üldse võimeline -----	Võimekus endine
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 Võimekus võimeline -----	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 Võimekus võimeline -----	endine

Lisa 4. Näide kohandatud CETI küsimustikust

7. Lähedasega üks-ühele vestlemine



Pole üldse võimeline



Võimekus endine



Lisa 5. Näide uurijapäevikust. TERAAPIA 01.02.2023

TEGEVUSPLAAN

TERAAPIA FOOKUS:

A: Suhtlusmapi kasutamise harjutamine

L: Suhtlusmapi kasutamisele suunamine, abistamine/julgustamine

TERAAPIA EESMÄRGID:

- A kasutab uurija ja L-i suunamisel teraapia käigus eneseväljendamiseks olemasolevaid suhtluslehti (või varasemalt õpitud žeste)
- L suunab A-d mappi või žesti kasutama (uurija juhendamisel, teraapia lõpuosas vähemalt mõned korrad ka iseseisvalt)
- Suhtlusprobleemi tekkides võib L küll küsimusi/hüpoteese esitada, kuid uurijapoolse vähese meeldetuletamise toel annab A-le vastamiseks aega (loeb enne järgmise küsimuse/hüpoteesi esitamist mõttes 5ni).
- Lisaeesmärk: L-lt suhtlusmapi edasiarenduste osas sisendi kogumine

TERAAPIA PLAANKONSPEKT:

1. Sissejuhatus:

- eesmärkide tutvustamine
- vahepealsel nädalal toimunu analüüs

2. Töö suhtluslehtedega (uurija ja A vahel)

1. Suhtluslehtedega tutvumine (Uurija ja A)

Kolm suhtluslehte: igapäevased esemed (piltide kujul: ravimid, telefon, võtmed, prillid, rahakott) igapäevased tegevused (kirjalikult: 9 tegusõna), olulised kohad (sõnad kirjalikult)

2. Suhtluslehtedes orienteerumine – küsitud pildile/sõnale osutamine

Laual on kolm lehte. Korraldus: *Leia üles prillid, keedan jne.!*

3. Lausete moodustamine suhtluslehtede abil

Stiimulid: *Anna prillid! Tahan Muugale! Lähen poodi! Tulen Afaasialiidust. Lähen magama. Tulen poest. Tahan tablette. Anna võtmed!*

3. Töö suhtluslehtedega A ja L-i vahel (uurija jääb suunavasse rolli)

PS! Kõikide järgnevate harjutuste puhul pidevalt taustal:

- L-i suunamine andma A-le vastamiseks aega mitte küsida liialt kiiresti uut küsimust/esitada hüpoteesi.

Uuriija tuletab seda vajadusel meelde, annab märku liiga kiiresti pakutud hüpoteesist/küsitud küsimusest

- Uuriija tuletab vajadusel L-le meelde, et suunaks A-d suhtluslehtede (või ka žestide) kasutamisel. PS! Suunamine mitte õpetamine! Suunata L-i kasutama parandusstrateegiana rohkem julgustamist/abistamist.

1. Lausete moodustamine suhtluslehtede abil (A moodustab, L arvab)

Kui L ära ei arva, siis korraldus L-le: "Suuna A-d kasutama käsi või keha või mappi! Julgusta teda! Ütle: proovi veel!" Või "Paku veel variante! Et A saaks kinnitada või ümber lükata". Nende korraldustega püüab uurija vältida olukorda, kus L reageerib raskustele "No kuidas sa ei oska?!"

2. Lausete moodustamine suhtluslehtede abil (A ülesanne ära arvata)

Eesmärk normaliseerida suhtluslehtede kasutamist, vähendada rollide vahetusega pinget, pakkuda A-le eduelamust

L moodustab suhtluslehtede abil laused ja A arvab ära. Kui uurija näeb, et A on aru saanud, siis pakub talle kirjalikult vastusevariandid. A saab õiget näidata.

Korraldus L-le: "Proovi käte, jonistamise või mapi abil A-le midagi selgeks teha! Lühike, 2-3-sõnaline lause."

3. Kinnistamine. Lausete moodustamine suhtluslehtede abil (taaskord A moodustab, L arvab)

Uuriija esitab A-le olukordi,

4. Suhtluslehtede arendamiseks sisendi kogumine

Millised tegusõnad peaks olema lisaks? Millised kohad? A varasem tööelu - elukutse, töökoht, töökaaslased, tegevused. Kas ka neid lisada? Mitu lehte võiks olla optimaalne?

5. Kokkuvõtte. Iseseisev töö

L: Panna kirja suhtlusmapi täiendamise osas tekkivad mõtted

L: Nähes, et suhtlusprobleemi näol võiks olla tegu sellisega, kus A-le võiks olla jõukohane kasutada olemasolevaid suhtluslehti/žeste, suunata teda seda tegema (kui võimalik märkida need olukorrad ka üles)

A: Proovida iga päev vähemalt ühel korral kasutada ühe suhtlusprobleemi lahendamiseks mõnd verbaalset kõnet toetavat viisi (suhtluslehed, žest).

II VAHETUD MÕTTED 1.02 KOHTUMISE JÄREL

Sain kinnitust, et suhtlusmapp on A jaoks nõ reaalne arenguvald. Laste puhul on oluline potentsiaalne arenguvald, aga antud juhul on ilmselt vaja keskenduda olemasolevatele oskustele ja õppida neid enda kasuks kasutusele võtma. A orienteerus lehtedes hästi, üksikute objektide/sõnade leidmine ei valmistanud üldse probleeme. Lausete puhul pidi mõtlema. Tegusõnad *tulen* ja *lähen* jäid segaseks.

Sain infot ka A mineviku kohta. Tekitan juurde vastava suhtluslehe.

L vajab A-le vastamiseks aja andmisel ning AAC kasutamisele suunamisel uurijapoolset tuge. Kuidas saaks seda L-i puhul paremini toetada?

III TOIMUNU ANALÜÜS, REFLEKSIION, EDASISED PLAANID

Suhtluslehtedega tutvumine ja nendes orienteerumine läks edukalt. Alustuseks oli paras hulk materjali. Esemete pildid pole head, liiga väikesed ja tumedad. A pidas telefoni puldiks. Peab need pildid ümber vahetama!

Suhtluslehtede abil lausete moodustamine. See oli A jaoks raskem. Tegusõnad *tulen*, *lähen*, *anna* olid kõige keerulisemad lausesse panna. *Anna* ajas segamini *tahan*-ga. Ilmselt jätan *anna* välja, sest *tahan*-ga saab sama väljendada. Mitu korda jäi A kinni tegusõnasse *tahan*. Juba oli järgmine lause, aga tema korrutas ja näitas ikka *tahan*-t. Hästi läks siis, kui tegin mitu korda ühe tegusõnaga järjest: nt *söön kodus*, *söön Afaasialiidus*.

A moodustab lauseid, L arvab ära. A sooritus oli võrreldes eelmise harjutamisega rabadam, oli ärevam ja eksis rohkem. L sai ülesande anda A-le aega ja suunata suhtluslehti kasutama, aga ikkagi esines palju valjuhäälsel ja kärsitult "õpetamist".

L moodustab lauseid, A arvab ära. See läks rahulikumalt. L tegi kahesõnalisi lauseid, valdavalt kasutas suhtluslehti. Korra ka žesti (*tahan jäätist*). A andis märku, kui oli aru saanud. Andsin A-le ka valiku kirjalikult, et millise vastuse ta valib, aga see oli natuke keeruline lahendus sellele võttele. A puhul piisab sellest, kui ta annab märku, et ta sai aru, eriti sellisest lühikesest lausest. Pole vaja kontrollida.

Läbivalt. L vajab A-le vastamiseks aja andmisel ning AAC kasutamisele suunamisel uurijapoolset tuge ja suunamist. Vajab veel harjutamist!! Mõelda, kuidas suunata L-i võimalikult delikaatselt kui arusaadavalt kasutama rohkem julgustamist/abistamist. Tekitada teraapias ise selliseid olukordi, kus abistamist/julgustamist vaja läheks. Õnnestumise korral tunnustada, rõhuda positiivsele tulemusele.

Info kogumine suhtluslehtede täiendamiseks. Nii L kui A olid koostanud nimekirja tegusõnadest, 23 tükki. Valisime koos olulisemad välja, sest kõike pole mõtet kirja panna. On keeruline orienteeruda. Jäävad: *söön*, *joon*, *magan*, *ostan*, *helistan*, *keedan*, *praen*, *pesen*, *ütlen*, (*tulen*, *lähen*?).

Kohad: lisanduvad *arst* ja(poja elukoht).

Asjad: lisandub *pult*.

A tööelu kohta sain teada järgmised olulisemad märksõnad:

- Amet -
- Lõpetasaastal(mis kooli)
- Töökohad:
- Olulised inimesed:

töökaaslased

vend

lapselapsed

Plaan enne järgmist kohtumist:

- Täiendan vastavalt kogutud infole suhtluslehti. Jätame fookusesse just suhtluslehed, žestid pigem taustal

Järgmine kohtumine 10.02.2023

Lisa 6. 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 7. Näited uurimuse raames koostatud suhtlusmapist

TEGEVUSED

SÖÖN

JOON

MAGAN

HELISTAN

PRAEN

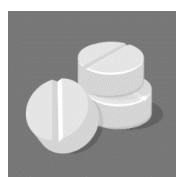
KEEDAN

PESEN

ÜTLEN

OSTAN

ASJAD



Lisa 8. Tagasisideküsimustik.

I Hinda teraapia tulemuslikkust skaalal 1-5

1 Ei andnud mingit tulemust	2	3	4	5 Igati tulemuslik, saavutasime seatud eesmärgid
---------------------------------------	----------	----------	----------	--

Palun põhjenda antud hinnangut!

.....
.....
.....
.....

II Kas soovitaksid sarnast teraapiat ka teistele sarnases seisus inimestele?

1 Ei soovita üldse	2	3	4	5 Soovitan väga
------------------------------	----------	----------	----------	---------------------------

Palun põhjenda antud hinnangut!

.....
.....
.....
.....

III Mida uut teraapia käigus õppisid?

.....
.....
.....
.....

IV Kuidas on õnnestunud õpitu igapäevaelus rakendamine?

.....
.....
.....
.....

Lisa 9. Sõnade ja sisuühikute loendamise juhend. Nicholas&Brookshire (1993) järgi koostanud töö autor.

	LUGEDA	MITTE LUGEDA
SÕNAD	<ul style="list-style-type: none"> - Arusaadavad sõnad - Ülesandega mitteseonduvad kommentaarid - Täitesõnad ja -fraasid (<i>tead küll, mu meelest, okei</i>) - Hüüatused (<i>oh, ahaa, hurraa</i>) - Liitsõna on üks sõna - Arvsõnas puhul iga numbri kohta üks sõna (<i>kakssada nelikümmend viis – 4 sõna</i>) - Pärinimede puhul iga nimi üks sõna (<i>Mari Mustikas – 2 sõna</i>) 	<ul style="list-style-type: none"> - Arusaamatud sõnad - Üneemid (<i>ee, uh, hm</i>)
SISUÜHIKUD	<ul style="list-style-type: none"> - Informatsiooni kandvad arusaadavad sõnad - Infot edasi andvad hüüatused (<i>ta ütles „<u>jehuu</u>“ ja hakkas sõitma</i>) - Sõna korduse puhul viimane (<i>ta läks poo poo pooki <u>poodi</u></i>) 	<ul style="list-style-type: none"> - Sõnad, mis ei edasta õiget informatsiooni - Sõna kordused - Täitesõnad ja -fraasid (<i>tead küll, mu meelest, okei</i>) - Sidesõnad <i>ja, ning</i> - Ülesandesse mittepuutuvad kommentaarid

Lihtlitsents lõputöö reprodutseerimiseks ja üldsusele kättesaadavaks tegemiseks

Mina, Anneli Tuulik

1. annan Tartu Ülikoolile tasuta loa (lihtlitsentsi) minu loodud teose „Kommunikatsioonile suunatud lähedasi kaasav sekkumine kroonilise afaasia teraapias“, mille juhendaja on Merje Viigand, reprodutseerimiseks eesmärgiga seda säilitada, sealhulgas lisada digitaalarhiivi DSpace kuni autoriõiguse kehtivuse lõppemiseni.
2. Annan 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. Olen teadlik, et punktides 1 ja 2 nimetatud õigused jäävad alles ka autorile.
4. Kinnitan, et lihtlitsentsi andmisega ei riku ma teiste isikute intellektuaalomandi ega isikuandmete kaitse õigusaktidest tulenevaid õigusi.

Anneli Tuulik, 16.05.2023