



توصیه‌هایی با هدف عملکرد بالینی بهتر برای زبان‌پریشی

مقدمه

زبان‌پریشی نوعی کم‌توانی ارتباطی اکتسابی است که در نتیجه آسیب به نواحی زبانی مغز، اغلب به دلیل سکته مغزی، ایجاد می‌شود. علت‌شناسی‌های دیگری نیز مانند ضربه مغزی یا تومور نیز می‌توانند زبان‌پریشی ایجاد کنند. مشخصه بارز زبان‌پریشی، اختلال در مدالیته‌های^۱ زبانی از جمله صحبت کردن، درک کردن، خواندن و نوشتن است. به دلیل اهمیت فراگیر ارتباط در زندگی روزمره، زبان‌پریشی معمولاً تأثیر منفی بر روابط، مشارکت اجتماعی، و رفاه فرد دارد. در افراد دارای زبان‌پریشی، هوش قبل از آغاز ابتلای^۲ حفظ می‌شود، اما مشکل در برقراری ارتباط، ممکن است مانع از بروز هوش فرد شود. هرگز نباید تصور کرد که فرد دارای زبان‌پریشی از نظر ذهنی ناتوان است. اگر اطلاعات یا فعالیت‌ها از نظر ارتباطی در دسترس قرار گیرند، افراد دارای زبان‌پریشی معمولاً قادر به تصمیم‌گیری و مشارکت در فعالیت‌ها خواهند بود.

افراد دارای زبان‌پریشی این حق را دارند که با وقار و احترام با آن‌ها رفتار شود و در همان سطحی از مراقبت‌های سلامت شرکت کنند که افراد غیرزبان‌پریش شرکت می‌کنند (از جمله کسب اطلاعات و شرکت در تصمیم‌گیری‌های شخصی مربوط به خودشان). افراد دارای زبان‌پریشی و اعضای خانواده آن‌ها حق دارند خدمات مرتبط در نظر گرفته شده برای فرد به منظور افزایش ارتباطات و مشارکت در فعالیت‌های زندگی مدنظرشان را داشته باشند. خدمات مراقبت‌های سلامت برای افراد دارای زبان‌پریشی باید فردمحور و مشارکتی باشد.

در زیر «توصیه‌های عملکرد بالینی بهتر» برای مراقبت‌های سلامت یا خدمات اجتماعی مرتبط با افراد دارای زبان‌پریشی آمده است. این توصیه‌ها از منابع مختلف در سراسر جهان گردآوری شده‌اند. منابع به همراه سطح توصیه‌ها/شواهد ذکر شده در آن منبع آمده‌اند. مطالب مستقیماً از منابع نقل نشده‌اند، در عوض مضامین آن‌ها به گونه‌ای بیان شده‌اند که معرف باشند. برای جزئیات بیشتر درباره سطوح شواهد، لطفاً به منابع اصلی آن‌ها مراجعه

¹ modalities

² pre-onset intelligence

Persian Translation of Best Practice Recommendations for Aphasia

(Translated by Mohammad Hassan Torabi, Ph. D. in Linguistics)

کنید. لازم به ذکر است که بیشتر توصیه‌ها از دستورالعمل‌های کلی سکتة مغزی گرفته شده‌اند و نه از دیگر علت‌شناسی‌ها یا دستورالعمل‌های خاص زبان‌پریشی.

افیزا یونایتد^۱

توصیه‌هایی با هدف عملکرد بالینی بهتر برای زبان‌پریشی

۱. همه بیماران دارای آسیب مغزی یا بیماری مغزی پیش‌رونده^۲ باید از نظر نقایص ارتباطی غربالگری شوند.^[۱,۲,۳,۵,۷,۸,۹] (سطح C)
۲. افرادی که مشکوک به نقایص ارتباطی هستند باید توسط یک متخصص واجد شرایط (که توسط آن کشور تعیین می‌شود) ارزیابی شوند؛ ارزیابی باید از غربالگری فراتر برود تا ماهیت، شدت و پیامدهای فردی نقص ارتباطی احتمالی تعیین شود.^[۱,۲,۳,۴,۵,۶,۸,۹] (سطح B, C)
۳. افراد دارای زبان‌پریشی باید درباره زبان‌پریشی، علت‌شناسی‌های زبان‌پریشی (مانند سکتة مغزی)، و گزینه‌های درمان اطلاعاتی دریافت کنند.^[۱,۵,۶,۷,۸,۹] (سطح A - C) این اصل باید در تمام مراحل مراقبت سلامت، از حاد^۳ گرفته تا مزمن^۴، اعمال شود.
۴. هیچ فرد دارای زبان‌پریشی نباید بدون ابزاری برای بیان نیازها و خواسته‌هایش (مانند استفاده از ارتباط مکمل و جایگزین [AAC]^۵، حمایت، شریک ارتباطی آموزش‌دیده) یا یک برنامه مشخص برای چگونگی و زمان دستیابی به آن، از خدمات سلامت ترخیص شود. (سطح: سطح عملکرد بالینی خوب^۶)
۵. افراد دارای زبان‌پریشی باید درمان فشرده و فردی‌شده زبان‌پریشی دریافت کنند که به‌گونه‌ای طراحی شده باشد که تأثیر معناداری بر ارتباط و زندگی آنان داشته باشد.^[۱,۲,۳,۴,۵,۶,۷,۸,۹] (سطح A-GPP بسته به رویکرد، شدت، زمان‌بندی). این مداخله باید تحت نظارت یک متخصص واجد شرایط طراحی و اجرا شود.

^۱ Aphasia United - اتحادیه جهانی زبان‌پریشی، سازمانی که قصد دارد با گرد هم آوردن جامعه جهانی زبان‌پریشی (پژوهشگران، درمانگران، و بیماران و خانواده‌های آنان) تغییر ایجاد کند.

^۲ progressive

^۳ acute

^۴ chronic

^۵ augmentative and alternative communication (AAC)

^۶ Good Practice Point

Persian Translation of Best Practice Recommendations for Aphasia

(Translated by Mohammad Hassan Torabi, Ph. D. in Linguistics)

الف. مداخله ممکن است درمان اختلال محور^۱، آموزش جبرانی^۲، مکالمه درمانی^۳، درمان مبتنی بر عملکرد/مشارکت^۴، مداخله محیطی^۵ و/یا آموزش حمایت‌های ارتباطی^۶ یا ارتباط مکمل و جایگزین (ACC) را شامل شود.

ب. روش‌های ارائه درمان ممکن است شامل درمان فردی، گروه درمانی، توانبخشی از راه دور^۷ و/یا درمان به کمک رایانه باشد.

پ. افراد دارای زبان‌پریشی ناشی از انواع پایدار^۸ (مانند سکته مغزی) و همچنین انواع پیش‌رونده آسیب مغزی می‌توانند از مداخله سود ببرند.

ت. افراد دارای زبان‌پریشی ناشی از سکته مغزی و سایر انواع پایدار آسیب مغزی می‌توانند در هر دو مرحله بهبودی حاد و مزمن از مداخله بهره‌مند شوند.

۶. به منظور بهبود ارتباط فرد دارای زبان‌پریشی، شریک ارتباطی باید آموزش ببیند.^[۱,۲,۳,۵,۸] (سطح B,A)
۷. خانواده یا مراقبان افراد دارای زبان‌پریشی باید در روند توانبخشی مشارکت داشته باشند.^[۱,۲,۳,۴,۵,۷,۸,۹] (سطح A-C)

○ خانواده و مراقبان باید درباره علل و پیامدهای زبان‌پریشی آموزش و حمایت دریافت کنند. (سطح A)
○ خانواده و مراقبان باید یاد بگیرند که چگونه با فرد دارای زبان‌پریشی ارتباط برقرار کنند. (سطح B)
۸. خدمات برای افراد دارای زبان‌پریشی باید از نظر فرهنگی مناسب و متناسب برای فرد باشد.^[۱,۲,۵,۸] (سطح: سطح عملکرد بالینی خوب)

۹. همه ارائه‌دهندگان مراقبت‌های سلامت و مراقبت‌های اجتماعی که در سراسر پیوستار مراقبت^۹ (یعنی مراقبت از مرحله حاد تا پایان زندگی) با افراد دارای زبان‌پریشی کار می‌کنند، باید درباره زبان‌پریشی آموزش دیده باشند و برای حمایت از برقراری ارتباط در زبان‌پریشی تعلیم ببینند.^[۲,۳] (سطح C)
۱۰. اطلاعاتی که برای استفاده افراد دارای زبان‌پریشی در نظر گرفته شده است باید در قالب‌هایی قرار گیرند که برای افراد زبان‌پریش مناسب و از نظر ارتباطی برای آن‌ها قابل فهم باشند.^[۱,۳,۵,۷,۸] (سطح C)

¹ impairment-oriented therapy

² compensatory training

³ conversation therapy

⁴ functional/participation oriented therapy

⁵ environmental intervention

⁶ training in communication supports

⁷ telerehabilitation

⁸ stable

⁹ continuum of care

Persian Translation of Best Practice Recommendations for Aphasia

(Translated by Mohammad Hassan Torabi, Ph. D. in Linguistics)

سطوح توصیه / شواهد

- سطح A: می‌توان به شواهد تحقیقاتی برای هدایت عملکرد بالینی اعتماد کرد
- سطح B: می‌توان به شواهد تحقیقاتی برای هدایت عملکرد بالینی در بیشتر موقعیت‌ها اعتماد کرد
- سطح C: مجموعه شواهد تحقیقاتی، توصیه‌ها را تا اندازه‌ای پشتیبانی می‌کنند
- سطح D: مجموعه شواهد تحقیقاتی ضعیف است
- سطح عملکرد خوب: توصیه بر اساس نظر یا اجماع نظر متخصصان است

منابع دست اول توصیه‌هایی با هدف عملکرد بالینی بهتر برای زبان‌پریشی افژیا یونایتد

1. National Health and Medical Research Council Clinical Centre for Research Excellence in Aphasia Rehabilitation (CCRE) (2014). Australian Aphasia Rehabilitation Pathway. <http://www.aphasiapathway.com.au/>
2. Intercollegiate Stroke Working Party. *National clinical guideline for stroke*, 4th edition. London: Royal College of Physicians, 2012.
3. Lindsay MP, Gubitz G, Bayley M, Hill MD, Davies-Schinkel C, Singh S, and Phillips S. Canadian Best Practice Recommendations for Stroke Care (Update 2012). On behalf of the Canadian Stroke Strategy Best Practices and Standards Writing Group. Ottawa, Ontario Canada: Canadian Stroke Network
4. Miller, E., Murray, L., Richards, L., Zorowitz, R., Bakas, T., Clark, P. Billinger, S. (2010). Comprehensive Overview of Nursing and Interdisciplinary Rehabilitation Care of the Stroke Patient: A Scientific Statement from the American Heart Association. *Stroke*. 2010;41:2402-2448. Downloaded from <http://stroke.ahajournals.org/>
5. National Stroke Foundation Australia (2010) Clinical guidelines for stroke prevention and management. Melbourne Australia. http://strokefoundation.com.au/site/media/clinical_guidelines_stroke_managment_2010_inte_ractive.pdf
6. Royal College of Speech & Language Therapists (2005). RCSLT Clinical Guidelines
7. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (2010) Management of patients with stroke: Rehabilitation, prevention and management of complications, and discharge planning A national clinical guideline. Edinburgh, Scotland. <http://www.sign.ac.uk/pdf/sign118.pdf>
8. Stroke Foundation of New Zealand and New Zealand Guidelines Group. Clinical Guidelines for Stroke Management 2010. Wellington: Stroke Foundation of New Zealand; 2010. <http://www.stroke.org.nz/resources/NZClinicalGuidelinesStrokeManagement2010ActiveContents.pdf>
9. US Veteran's Administration / Department of Defense (2010). Management of Stroke: VA/DoD Clinical Practice Guideline. <http://www.healthquality.va.gov/guidelines/Rehab/stroke/online/>