

2014/2015 Ikasturtea

Defentsa data (2015/06/22)

ERIZAINAREN ROLA PAZIENTE HELDU AFASIKOEN ONGIZATE PSIKOSOZIALEAN

Egilea: Ane García Jurado

Zuzendariak: Carmen Asurabarrena Iraola eta Asier Iriondo Etura

LABURPENA

Afasia, garuneko lesio baten ondorioz sortzen den lengoai edo mintzamenaren asaldura da, espresio eta ulermen arazo larriak sortzen dituena. Mintzamina gizaki interakzioaren, esku-hartze sozialaren eta komunitatearen instrumentu garrantzitsuenetako bat da. Hortaz afasiak eragin negatiboak sor ditzake pertsonaren zein gertuko egoera psikosozialean.

Honen aurrean planteatu den helburua, afasia eta honen ondorio psikosozialak ezagutu eta afasiadun paziente helduen ongizate psikosoziala hobetzeko erizainak egin beharreko rola zehaztea izan da.

Bilaketa bibliografiko bat eraman da aurrera, ondoren errebisio narratiboa garatzeko. Informazioa datu-base ezberdinetako 24 artikulutan, 5 liburutan eta 5 web orrialdetan aurkitu da.

Emaitzek adierazten dute afasiaren intzidentzia altua dela mundu mailan, kausa nagusia garuneko istripu baskularrak (GIBAS) izanik. Mintzamenaren ematen diren asaldurek depresioa zein isolamendu soziala moduko ondorio psikosozialak sor ditzakete. Hauek prebenitzeko, erlazio terapeutikoaren bidez, erizainak identitate berria bilatzen, segurtasuna eskaini, talde terapia sustatu eta inguru soziala zein fisikora moldatzen lagundu beharko dio pazienteari. Honen errekupeazioan, zaintzailea elementu garrantzitsua dela kontuan izan beharko du erizainak.

Eztabaidan honakoak izan dira puntu garrantzitsuenak: erizain interbentzioen inguruko ebidentzia falta, afasian zentratutako interbentzio zein balorazio eskalen garapenaren beharra, gaur egun erizainek afasiari buruzko duten ezagutza falta, afasiadun pazienteen abordai psikosozialari begira erizainak duen jarrera desegokia eta osasun profesionalen komunikazio estrategien inguruko heziketa falta.

Ondorio gisa ikusi da, pertsona afasikoek bizi dituzten ondorio psikosozialak gutxitzeko erizainak gainontzeko osasun profesionalekin batera errehabilitazio sozialean eta psikologikoan parte hartuz aurrerapenak ikusi daitezkeela. Horretarako, lehenengo pausua osasun profesionalek afasia tratatzeko ikuspuntua aldatzea izango da, ikuspuntu biomedikotik biopsikosozialera aldatuz. Ondoren komunikazio estrategien inguruan trebatu beharko dira, komunikazio eraginkor bat funtsezkoa baita afasikoekin lan egiteko.

Hitz gakoak: *nursing, aphasia, quality of life, intervention, psychosocial*

AURKIBIDEA

SARRERA	1
HELBURUAK	2
METODOLOGIA	2
BILAKETA INSTRUMENTUAK.....	2
BARNERATZE ETA BAZTERTZE IRIZPIDEAK.....	3
BILAKETA ESTRATEGIA.....	4
EMAITZAK	5
BILAKETA BIBLIOGRAFIKOAREN EMAITZAK ETA INFORMAZIOAREN HAUTAKETA.....	5
AFASIAREN OINARRIZKO KONTZEPTUAK.....	6
<i>Epidemiologia</i>	6
<i>Asaldatuak izan daitezkeen lengoairen oinarrizko ezaugarriak</i>	7
<i>Akats linguistiko nagusiak</i>	7
<i>Afasien sailkapena</i>	8
AFASIAREN ERAGIN PSIKOSOZIALA.....	10
<i>Egoera emozionala</i>	10
<i>Ongizatea eta bizitzarekin asebetetzea</i>	11
<i>Esku-hartze soziala eta laguntza</i>	11
PAZIENTE HELDU AFASIKOEN ONGIZATE PSIKOSOZIALA BERMATZEKO ERIZAINAREN ROLA.....	12
<i>Errehabilitazio psikologikoa</i>	14
<i>Errehabilitazio soziala</i>	15
<i>Komunikazio estrategien erabilpena</i>	16
<i>Zaintzaile eta familiaren zaintza</i>	18
<i>Erizaintza interbentziorako zailtasunak</i>	19
EZTABAIDA	20
ONDORIOAK	22
GOGOETA PERTSONALA	23
BIBLIOGRAFIA	26
ERANSKINAK	31

TAULEN AURKIBIDEA

1. taula: PIO estrukturaren atal bakoitzaren DeCS/MeSH deskriptoreak eta hitz gakoak	3
2. taula: afasia mota garrantzitsuenetan ematen diren akats linguistikoak	10

ERANSKINEN AURKIBIDEA

1. eranskina: bilaketaren emaitzak, <i>PubMed</i> datu-basean	31
2. eranskina: bilaketaren emaitzak <i>La Biblioteca Cocharane Plus, Cuiden UpToDate</i> eta <i>Wiley Online Library</i> datu-baseetan	32
3. eranskina: bilaketaren emaitzak, <i>Google scholar</i> datu-basean.....	33
4. eranskina: garunean hizkuntzaren prozesamenduaz arduratzen diren gune nagusiak	34
5. eranskina: erizaintzaren interbentzioak afasikoen ongizate psikosoziala lortzeko <i>Human Scale Development</i> teorian oinarrituz	35
6. eranskina: afasikoen abordai multidiziplinarrean parte hartzen duten profesionalen eskema.....	36
7. eranskina: <i>International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)</i> , osasun profesionalak gaixotasunen aurrean helburu bio-psiko-sozialak finkatzeko egitura eskematikoa.....	36
8. eranskina: <i>Human Scale Development</i> teoriaren bertsio eskematikoa	37
9. eranskina: A-FROM (<i>Living with aphasia: Framework for Outcome Measurement</i>) egitura	38
10. eranskina: A-FROM egituraren bertsio piktografikoa	38
11. eranskina: etorkizunean erizainek afasikoekin lan egiteko pausoak, piramide eran	39
12. eranskina: komunikazio liburua piktograma, argazki, balorazio linea eta gizakiaren gorputzaren argazkia konbinatzen dituena.....	39
13. eranskina: gailu teknologikoak. <i>Tablet</i> eta <i>Smartphone</i> -eko aplikazioak dituztenak	40
14. eranskina: komunikazio koaderno egutegi, balorazio linea, erloju, mapa eta oroitzapenekin	40
15. eranskina: hiztegi bisuala, komuneko testuinguruaren barruan dauden ohiko elementuekin	41
16. eranskina: afasiari buruzko web gune eta elkarteak.....	41

SARRERA

Afasia, garuneko lesio baten ondorioz sortzen den, mintzamenaren asaldura da, lengoaiaren espresio eta ulermen arazo larriak sortu ahal dituen. Hitzaren jatorria grekotik dator: a- (falta) eta –phasia (hitza) da.

Mundu mailan, afasia kasuen intzidentzia altua da, kausa nagusia garuneko istripu baskularrak (GIBAS) izanik (1-3). GIBAS dutenen %21-38 geratzen da afasiko (1,4). Espainian urtero 120.000-130.000 GIBAS kasu ematen dira (1).

Lengoaia gizaki interakzioaren, esku-hartze sozialaren eta komunitatearen instrumentu garrantzitsuenetarikoa da. Bizitzako esperientzia zein gertaerei zentzua ematen zaie lengoaiaren bitartez (5). Ahozko komunikazioaren edo ez ahozkoaren bitartez erlazionatzen da gizakia. Hala ere pertsona gehienek mintzamina erabiltzen dute espresio bide bezala (6). Hortaz afasiak, esku-hartze sozialean eta egoera psikologikoan eragin negatiboak sortzen ditu, depresioa eta isolamendu soziala moduko ondorioen kausa bihurtuz.

Munduko Osasun Erakundeak (MOE) honela definitzen du bizi kalitatea (7): *“gizabanako bakoitzak bizitzan duen posizioari buruzko pertzepzioa, bizi den kultura eta balio sistemen testuingurua kontuan hartuz eta bere helburu, itxaropen, irizpide eta ardurekin erlazioan egonez. Kontzeptu zabala da modu konplexuan eraginda dagoena, pertsonaren osasun fisiko, egoera psikologiko, independentzia maila, erlazio sozial eta ingurumeneko ezaugarri garrantzitsuen arteko erlazioengandik”*.

Argi ikusten da, pertsonaren egoera psikologikoa eta erlazio sozialak bizi kalitatearen elementu kontsideratzen dituela, hortaz afasiak bizi kalitatean eragin nabarmena du (8,9).

Erizaina ospitale zein osasun sistemako beste edozein eremutan aurki daiteke afasia duten pertsonekin (10). Afasia akutua (<3hilab) edota kronikoa (>3hilab) izan daiteke (8). Paziante hauei euren egoera berrira egokitzen lagundu eta ondorio psikosozialak murrizteko, erizain eta pazientearen arteko erlazio interpertsonalak izango dira zainketaren oinarri (11,12). Beraz paziente hauei zainketa holistikoa eman ahal izateko, afasikoen lengoai asaldurei egokitutako komunikazio eraginkorra lortzea ezinbestekoa izango da (13).

Esperientzia pertsonaletan oinarrituz gizartean zein erizainen artean afasiari buruzko ezagutza urria dagoela pentsatzen dut, gainera praktikan afasikoekin lan egitean zailtasunak izan ditut hauekin komunikatzeko. Guzti hau dela eta, egoera hau hobetzeko erizaintza eta afasia bateratzen dituen lana aurrera eramatea erabaki nuen.

HELBURUAK

HELBURU OROKORRA

Afasia eta honen ondorio psikosozialak ezagutu eta afasiadun paziente helduen ongizate psikosoziala lortzeko erizainak egin beharreko interbentzioak zehaztu.

HELBURU ZEHATZAK

- Lehenengoa:** Afasiaren oinarritzko kontzeptuak deskribatu.
- **Bigarrena:** Afasiaren eragin psikosoziala aztertu.
- **Hirugarrena:** Erizainak afasiko helduen ongizate psikosoziala lortzeko jokatu beharreko rola zehaztu.

METODOLOGIA

Erabili den ikerketa mota errebisio narratiboa izan da. Bilaketa bibliografikoa aurrera eramateko, finkatutako helburuak erabili dira gida gisa, helburu bakoitzarentzat bilaketa zehatz bat eginez.

BILAKETA INSTRUMENTUAK

Datu-baseak, erizaintzako aldizkariak, liburuak eta web orriak erabili dira, bilaketa prozesu osoan zehar. Ebidentzian oinarritutako meta-bilatzaile eta datu-baseak *UpToDate*, *PubMed*, *Google scholar*, *La Biblioteca Cochrane Plus*, *Wiley Online Library* eta *Cuiden Plus* izan dira.

Helburu orokorrean oinarrituta PIO/PICO (14) estrategia erabiliz, hitz gakoak finkatu dira eta bilaketa fidagarriago bat egiteko hauen DeCS (*Descriptores en Ciencias de la Salud*) eta MeSH (*Medical Subject Headings*) deskriptoreak bilatu dira (*ikus 1.taula*) datu-baseetan erabiltzeko.

1. taula: PIO estrukturan atal bakoitzaren DecSH/MeSH deskriptoreak eta hitz gakoak

PIO estrategia	DeCS	MeSH	Hitz gakoak
P:Paziente afasiko helduak	<i>Afasia</i>	<i>Aphasia Adult</i>	<i>Aphasic Classification Clasificación</i>
I:Erizain zainketak	<i>Enfermería Enfermera Comunicación</i>	<i>Nursing Nurse Communication Caregiver Spouse Family</i>	<i>Técnicas de comunicación Cuidador Relación terapéutica Therapeutic relationships Therapeutic interview Intervención</i>
O: Ongizate psiko-soziala	<i>Calidad de vida Psicosocial</i>	<i>Quality of life Psychosocial</i>	

Datu-baseak kontsultatzeaz gain, hainbat web orri eta neurologiako zein afasiari buruzko liburuak ere kontsultatu dira.

American Speech-Language-Hearing Association (ASHA), Aphasia Institute (Torontoko Afasia Institutua, ingelesez), MOE-ren web gunea, Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO) eta The Aphasiology archive (Pittsburgh unibertsitateko afasiologiako artxiboa, ingelesez) izan dira erabilitako web orriak.

Donostiako erizaintza eskolako liburutegian honako liburuak kontsultatu dira: *Neurología para el logopeda, Neurología eta Pautas básicas y sistemas alternativos de comunicación.*

Metas de enfermería eta *ROL enfermería* erizaintza aldizkariak ere kontsultatu dira.

BARNERATZE ETA BAZTERTZE IRIZPIDEAK

Honako irizpideak hartu dira kontutan artikuluen aukeraketa egitean; hala ere emaitza faltaren aurrean batzuetan, denbora irizpideak aldatu behar izan dira hamar urteko tartera zabalduz. Barneratze irizpideen artean honakoak finkatu dira: argitalpen data, 2010tik aurrera (5 urteko tartea) izatea, informazioa ingelesez, gaztelaniaz, italieraz edota euskaraz idatzita egotea, testu osoak eskuragarri egotea eta artikuluei begira errebisioei lehentasuna eman zaie. Baztertze neurriak bi izan dira 2010. urtea baino lehenengo argitaratua izana eta testu osoa erabilgarri ez egotea.

BILAKETA ESTRATEGIA

Behin deskriptore, hitz gako eta baztertze zein barneratze neurriak finkatuta bilaketa bibliografikoa aurrera eraman da, bilaketa guztietan honako prozesua erabiliz. Helburu bakoitzean aipatutako deskriptore zein hitz gakoek konbinazio ezberdinak egin dira, AND edota OR operatzaile boolearrarekin lotuz. Bilaketa mugatzeko NOT operatzaile boolearra erabili da batzuetan.

Konbinazio hauek eraikitzean, emaitzak lortzeko deskriptore eta hitz gakoak artikuluen tituluaren edo artikuluen hitz gako moduan agertzen diren artikulua bilatu nahi izan dira. Horretarako honako lehentasuna jarraitu da: hasierako bilaketa formularen *title* gehitu zaie eta emaitza gabeko edo emaitza gutxiko kasuetan *MeSH major topic* gehitu zaie.

Iragazkiekin ere lehentasun irizpide bat jarraitu da, testu osoa, urte tartea eta errebisioa direnei lehentasuna emanez. Emaitza gabeko kasuetan errebisioaren iragazkia kendu da lehenengo, oraindik emaitza falta izatean urte tartea luzatu da. Aldizkari eta web orrietan bilaketa sinpleak egin dira *aphasia*, *afasia* eta *nursing* deskriptoreak erabiliz.

Artikuluetakoa hainbat kontzeptu eta informazioa sakontzeko bilaketa gehigarri batzuk egin dira. Hainbat kasutan egileek euren artikulua edo ikerketa gauzatzeko erabilitako bibliografia ere kontsultatu da.

“Afasiaren eragin psikosoziala aztertu” helburuari begira, bizi kalitatearen informazioa sakondu da, Munduko Osasun Erakundeko (MOE) web orrian *Quality of life* (MeSh) deskriptorearen bitartez.

Hirugarren helburu zehatzerako, hau da “erizainak afasiko helduen ongizate psikosoziala lortzeko jokatu beharreko rola zehaztu”, bilaketa gehigarri bat egin da komunikazioa eta erlazio terapeutikoa kontzeptuak sakontzeko. Horretarako honako deskriptore eta hitz gakoak erabili dira datu-baseetan: *communication* (MeSH), *comunicación* (DeCS), *técnicas comunicación* (hitz gakoa), *caregiver* (MeSH), *spouse* (MeSH), *family* (MeSH), *cuidador* (hitz gakoa), *relación terapéutica* (hitz gakoa) eta *therapeutic relationship* (hitz gakoa). Horretaz aparte RNAO web orria kontsultatu da, *therapeutic relationships* hitz gakoa erabiliz.

Bilaketa prozesuan, aurkitutako artikuluen titulu eta laburpenak irakurri dira lehenik eta behin, helburuekin erlazio zuzena ez zutenak baztertzeko. Ondoren gainontzeko artikuluen baliagarritasuna baloratzeko, artikulua irakurri eta ikerketaren mugak baloratu dira, artikuluen aukeraketa kritikoa egiteko.

EMAITZAK

BILAKETA BIBLIOGRAFIKOAREN EMAITZAK ETA INFORMAZIOAREN HAUTAKETA

Egindako bilaketen ondoren barneratze irizpideak betetzen dituzten 24 artikuluetako, 5 liburuetako eta internazionalak zein nazionalak diren adituen 5 web guneetako informazioa erabili da.

Datu-base ezberdinetan egindako bilaketen ondorioz lortutako emaitzak 1-3. eranskinetan azaltzen dira. Hauetan, bilaketan erabilitako hitz gako, deskriptore, iragazki eta hauek lotzeko erabilitako operatzaile boolearrak agertzen dira. Ondoren denbora tarte, aurkitutako emaitzak eta aukeratutakoen kopurua adierazi da. Kopuruaz gain, emaitzak liburuak, artikulua edota errebisioak diren zehaztu da.

Datu-base ezberdinetan bilaketa egitean, bibliografiak errepikatu direnean baztertuak izan dira. Emaitza kopuru altua bilatzean errebisioak begiratu dira bakarrik. Afasiaren oinarriko kontzeptuen bilaketa egitean, *afasia* edota *aphasia* bakarrik jarrita emaitza kopuru altua lortu da. Hala ere hauetatik ez da artikulurik aukeratu, tituluak irakurtzean afasiaren inguruko kontzeptu oso zehatzei buruzkoak zirelako edota eskusio neurriak betetzen zituztelako. Afasia kontzeptuari *classification* gehitzean arazo berdina aurkitu da.

Psychosocial Well-Being in Persons with Aphasia Participating in a Nursing Intervention after Stroke artikuluko bibliografiatik *Counting what counts: A framework for capturing real-life outcomes of aphasia intervention* artikulua aukeratu da, afasikoekin helburuak finkatzeko eskaintzen dituen instrumentu eta urratsak baliagarriak izan daitezkeela ikusi delako. *La afasia. Características comunicativas para la intervención enfermera* artikulutik *Las Afasias* liburua aukeratu da.

The Aphasiology archive web orrialdean bilaketa sinplea egin da *nursing* eta *aphasia* MeSh-ak erabiliz, 5 artikulua aurkitu dira eta hauetatik bik betetzen zituzten barneratze neurriak. Hauetatik bat emaitza errepikatua zen beraz *A teaching model to improve nursing assistants knowledge of aphasia and communication strategies* aukeratu da. Torontoko Afasia Institututik, komunikazio estrategiei buruzko *Communication tools: communicative access & sca™* atala kontsultatu da. ASHA web

gunean *aphasia* bilaketa sinplea egin da eta afasiaren inguruko intzidentzia eta prebalentzia datuak kontsultatu dira.

MOE-en bizi kalitateari buruz 42 emaitza aurkitu dira eta hauetatik *WHO Quality of Life-BREF* atala kontsultatu da. Bilaketa zehazteko honako filtroak erabili dira: *Quality of life* tituluaren egotea eta hizkuntza gaztelera. RNAO-ren giden barruan, erlazio terapeutikoei buruzko hiru gida aurkitu dira eta hauetatik gaztelera argitaratutakoa aukeratu da, *Establecimiento de la relación terapéutica*

Kontsultatuko aldizkarietan bilaketa sinplea egin da *afasia* deskriptorearekin. *ROL enfermería* aldizkarian ez dira emaitzarik aurkitu eta *Metas de Enfermería*-an berriz 3 aurkitu diren arren ez dira aukeratu, baztertze neurriengatik eta helburuak garatzeko baliagarriak ez zirelako.

Liburuei dagokionez, *Neurología para el logopeda*, *Neurología* eta *Las afasias* liburuetan, afasiaren klinika, sailkapen eta epidemiologiaren inguruko informazioa aurkitu da. *Aphasia and Related Neurogenic Communication Disorders* liburuan afasikoen bizi kalitatearen inguruko kapitulu bat aukeratu da. Azkenik *Pautas básicas y sistemas alternativos de comunicación* liburutik komunikazioaren inguruko informazioa aukeratu da.

AFASIAREN OINARRIZKO KONTZEPTUAK

Afasia, garunaren lesio baten ondorioz ematen den, lengoaiaren ulermen eta espresio ahalmenaren asaldura da. Garunean mintzamenaz arduratzen diren eremu nagusiak Broca eremua (lobulu frontalean) eta Wernike eremua (lobulu tenporalean) dira (*ikus 4. eranskina*). Broca eremuak hitzen artikulazioaren programazio motorraz arduratzen da eta Wernike eremuak berriz lengoaiaren ulermenaz (1-3,15). Lesioaren kokapenaren eta tamaianaren arabera, afasia mota ezberdina izango da, lengoaiaren gutxiegitasun ezberdinak sortuz (15).

Epidemiologia

Garunaren funtzionamendu normala, patologia neurologiko ezberdinen ondorioz egon daiteke erasanda. Gehienetan, nahiz eta kausa ezberdina izan, oxigeno falta ematen da gune zehatz batean, ehunaren nekrosia emanez. Ondorioz garun eremu horren funtzioak galtzen dira (15).

Mintzamenean asaldurak sortzen dituzten kausen artean honakoak daude: garuneko istripu baskularrak (GIBAS), buruko traumatismoak, nerbio sistema zentralako infekzioak, tumoreak eta neuro-endekapenezko gaixotasunak (1-3,15). Elikadura eta metabolismoaren gaixotasunek ere eragina dute (2,3). Guztietatik istripu baskularrak dira afasiaren eragile nagusienak (1-3).

Espanian, 120.000-130.000 garuneko istripu baskular ematen dira urtero eta kalkulatu da GIBAS kasuen %21-38ak jasaten duela afasia (1). *National Stroke Association*-en arabera (17) kalkulatu da 80.000 afasia kasu berri daudela urtero Amerikako Estatu Batuetan eta honen prebalentzia milioi batekoa zen 2008. urtean.

Asaldatuak izan daitezkeen lengoaiaren oinarriko ezaugarriak

Afasiak lengoia izan duen eragina ikusteko, hurrengo ezaugarriak hartu beharko dira kontuan (1-3,16):

- Hizketaldiaren jariakortasuna edo arintasuna: hitzak sekuentzia elkartu baten sortzeko gaitasuna. Ezaugarri honen barruan: gramatika, artikulazioa (praxia), esaldien luzera, hitz kopurua/mintutuko eta espontaneotasuna hartzen dira kontuan.
- Irakurketa: hemen eman daitezkeen asaldurak pertsonaren ulermenaren araberakoak izango dira.
- Idazketa: ahozko ahalmen eta trebetasunarekin egoten da erlazionatuta, afasietan.
- Ulermena: entzundako soinuak hitzen esanahiarekin erlazionatzeko gaitasuna.
- Izendatzea: objektu edo espresatu nahi denerako hitz egokia aurkitzeko ahalmena.

Akats linguistiko nagusiak

Aipatutako lengoaiaren ezaugarriak eraginda badaude, honako akats linguistikoak eman ahal dira (1-3,16):

- Apraxia: hitzak artikulatzeko zailtasuna.
- Agramatismoa: hizkuntza “telegrafikoa” ere esaten zaio. Artikulu, preposizio eta aditzen konjugazioaren galera (2).
- Anomia: objektu zehatz bati dagokion izena bilatzeko zailtasuna.

- Zirkunlokiak: zerbait espresatzeko hitz askoren erabilera, hitz gutxi edo bat nahikoa izaten denean.
- Automatismoak: bakoitzaren eguneroko bizitzan arruntak diren espresio emozionalak edo lengoaiaren elementu automatikoak.
- Ekolalia: pertsonak, hizketakideak esan duena automatikoki errepikatzean.
- Disprosodia: mintzamenaren erritmo, tonu eta kronologiaren asaldura.
- Parafasiak: pertsonak esan nahi duen hitzaren silabak aldatu edo hitza osorik ordezkatzean. Honetan bi mota daude. Batetik semantikoak, hau da, pentsatzen duen hitza erlazioa duen beste batekin ordezkatzean, adib: *chair, table*. Bestetik fonetikoak daude, hauetan soinu berdintsua duen beste hitz batengatik aldatzea, adib: *cable, table (2)*. Batzuetan hitza horrenbeste aldatzen da, hitz berriak sortzen direla (neologismoak) eta bestetan parafasien pilaketaren ondorioz, espresio ulertezinak ematen dira (jergafasia) (1).
- Alexia: irakurtzeko zailtasuna edo ezintasuna.
- Agrafia: idazteko zailtasun edo ezintasuna.

Afasien sailkapena

Afasia motak sailkatzeko modu ezberdin asko existitzen dira, ikertzaileek aztertzen dutenaren arabera egiten baitute sailkapena. Klinikari erabiliena Bostonen klasifikazio sistema da, hau lesioaren kokapenaren araberrako sailkapenean oinarritzen da (3,16).

Ezagutzen diren afasia mota nagusienak, bi talde nagusitan banatuta daude, afasia perisilbianoak (Broca, Wernike, globala eta kondukziozko afasia) eta extrasilbianoak (transkortikalak) (1-3,15). Gune perisilvanoko afasietan errepikapen gaitasuna erasanda egoten da eta afasia extrasilbiano edo transkortikaletan berriz errepikapena kontserbatzen da. Afasia subkortikalak ere existitzen dira, baina ez dute hainbesteko intzidentzia (15).

- Broca afasia edo motorea: lobulu frontaleko lesioen ondorioz ematen da, hizketaldi ez-jariakorra da bere ezaugarri nagusia, esaldi laburrak eta agramatismoarekin batera. Askotan hemiparesia eta apraxia ikusten dira pertsona hauetan, ahoskapena ere zailduz. Ulermena kontserbatuta dago gutxi gorabehera baina batzuetan arazoak izaten dituzte hizketaldi konplexuetan. Disprosodia eta automatismoak ere hauen akats linguistikoen barruan sartzen dira.

- Wernike afasia edo sentsitiboa: lesioa lobulu tenporalean ematen da, ulermenaren asaldura da bere bereizgarria, hizketaldi arina, parafasiekin eta neologismoak ere egiten dituzte. Aipatutako guztia dela eta hizketaldi logorreikoa dutela esaten da, gainera izendapenean ere arazoak dituzte. Euren zailtasunen kontzientziario eskasa dute, normalean.
- Afasia globala: lengoaiaren ezaugarri guztien asaldura. Ulermena hobetua izaten da espresioa baino, hasieran mutismoa dute eta automatismoak izaten dira askotan euren hizketaldiaren oinarri.
- Kondukziozko afasia: lesioa Broca eta Wernike eremuak konektatzen dituen egituran ematen da, faszikulu arkeatuan. Ulermena eta espresioa normala dira, baina errepiken ahalmena erasanda dago. Parafasiak egiten dituzte eta hauetaz konturatu direnez, arintasuna normala den arren batzuetan eraginda egoten da, euren hizketaldian egindako akatsak zuzentzeko denbora behar izaten dutelako.
- Afasia anomikoa: sindrome isolatu bezala ager daiteke edo beste afasien errekuperazio aldiaren. Lesioaren kokapena ez da zehatza eta mota honen ezaugarri nagusia hitzak bilatzeko zailtasuna da. Ondorioz, zirkunlokiak eta anomia pairatzen dute, akatsen kontzientzia izanik. Hori dela eta, espresioa eta ulermena egokia duten arren, batzuetan arintasuna oztopatua geratzen da hitzak bilatzeko duten zailtasunagatik.
- Afasia transkortikal motorea: lesioa Broca eremuaren goialdean edo aurrealdean eman daiteke eta Broca afasiaren errekuperazio aldiaren ere eman daiteke. Mintzamina ez da arina, baina ulermena eta errepikapena egokiak dira.
- Afasia transkortikal sentsitiboa: lesioa Wernike eremuaren atzealdean kokatzen da, Wernike afasiaren oso antzekoa da baina errepikapena kontserbatuta dago.
- Afasia transkortikal mistoa: ez da maiz gertatzen, mintzamenaren ezaugarri guztiak daude erasanda, errepikapena izan ezik. Ekolalia ematen da.
- Afasia subkortikalak: egitura subkortikalekin zerikusia dutenak dira (talamoa edo gongoil basalekin). Honetan lau sindrome ezberdin dituzte, kokapena izendapen irizpidetzat erabiliz. Hala ere sindrome afasiko hauek, lengoaiaren gune kortikalen odol perfusioren gutxitzen denean gertatzen dira. Hori dela eta afasia kortikal moduan kontsidera daitezke, lesio edo kausa gune subkortikalean gertatzen den arren (13).

Afasia mota garrantzitsuenetan ematen diren akats linguistiko nagusienak 2. taulan adierazi dira.

2. taula: afasia mota garrantzitsuenetan ematen diren akats linguistikoak (15etik moldatua).

Afasia klasiko garrantzitsuenak	Bat-bateko Hizketaldia	Ulermena	Errepikapena	Irakurketa	idazkera
Broca	Ez arina	+	-	±	-
Wernike	Arina	-	-	-	Paragrafikoa
Kondukziozkoa	Arina	+	-	+	-
Globala	Mutismoa	-	-	-	-
Anomikoa	Hitzen oroitzapenean asaldurak	+	+	+	+
Transkortikalak					
motorea	Ez arina	+	+	+	-
sentsitiboa	Arina	-	+	+	-
mistoa	Ez arina	-	+	-	Paragrafikoa

+ normala, - asaldatua, ± aldakorra

AFASIAREN ERAGIN PSIKOSOZIALA

Afasia mota eta kausa ezberdinak egon arren, ondorioz ematen diren egoera guztiek pertsonen komunikazio ahalmenean eragina izaten dute. Komunikatzea gizartean parte hartzeko oinarrizko elementua denez, eguneroko bizitzan aldaketa nabarmenak sortzen ditu. Egoera berri honek bizi kalitatearen dimentsio guztietan eragina du (5,7,9,13). Egokitze psikosoziala luzea eta zaila denez, afasiadun pertsonen ondorio nabarmenak izaten dituzte, bai eremu psikologikoan, bai sozialean (*ikus 5. eranskina*) (5).

Ondorio psikologiko eta sozialak elkar lotuta daudenez, ondorioak hiru bloke ezberdinetan banatu dira (7): egoera emozionala, ongizate eta bizitzarekin asebetetzea eta esku-hartze soziala eta laguntza.

Egoera emozionala

Gizabanako baten egoera emozionalean sentimendu positibo nahiz negatiboak existitzen dira, konstanteki aldatzen direnak. Afasiko geratzeak umore aldaketa, independentzia galera, antsietatea, beldurra, frustrazioa, isolamendu soziala, etsipen sentimendua edota lotsa moduko sentimenduak sor ditzake (5,7-9,13,18-21). Ondorioz pertsonaren osasun psikologikoa apurtu eta depresioa ager daiteke (8,9,18,19,21). Aipatzekoa da GIBAS baten ondorioz afasiko geratzen diren pertsonetan depresioa

%62-70ean ematen dela. Bakarrik bizitzeak, bere bizileku zein ingurumen soziala eta dituen laguntzak moduko faktore sozialek ere eragina izango dute (7).

Ongizatea eta bizitzarekin asebetetzea

Bizitzaren asebetetzeaz hitz egiten denean, pertsona bakoitzak bere bizitzarekiko eta egoera pertsonalarekiko duen kontzeptuaz hitz egiten da. Honetan bai norberaren, bai kanpotik jasotzen duen ebaluazio eta sentimenduek eragina izango dute (7).

Afasiaren inpaktuak, pertsonaren identitate edo norbere irudiaren garapenean eragin zuzena du (5,7-9,13,18-21). Mintzamenaren bidez pentsamendu, ezagupen eta izaera defendatzen dira, horrela identitatea garatuz eta sozietate baten partez sentituz (18). Hortaz ahalmen hau galtzean gizartean pertsonak esku-hartzea murrizten du, ondorioz gizartearen kolaboratzaile bezala ikusi beharrean, oztopo bat bezala ikusten du bere burua, identitate galera emanez (13). Gainera komunikatze ezintasunak autonomia galera sortzen du, egunerokotasuneko aktibitateetan (19).

Guzti honek afasikoak beregan zuen kontrol, konfiantza eta segurtasuna galtzea dakar. Horretaz aparte komunikazio asaldura dela eta zituen rol sozial eta familiarren galera ematen dira (5,7-9,13,18-21). Hauen barruan aipatzekoa da lan galera, honek maila sozialean eragina, sare sozial baten galera eta ekonomikoki ere ondorio negatiboak suposatzen baititu (7).

Esku-hartze soziala eta laguntza

Pertsona baten esku-hartze sozialak bere bizitza sozialean eragina du, gainera erlazio sozialak laguntza iturri sinonimo dira. Frogatuta dago geroz eta jarduera sozial gehiago izan pertsonaren bizi kalitatea hobetuko dela (7).

Hala ere paziente afasikoek euren ingurugiroan oztopo handiekin aurkitzen dira, askotan isolamendu sozialean eta bakardadean jausiz (5,7-9,13,18,19,21). Komunitateko pertsonekin edota lagunekin hitz egiteko zailtasunak dituzte, ondorioz komunitate zein aisialdi jarduerak alde batera utzi eta sare sozialen murrizketa ematen da (5,13). Familiarekin ere harremana ezberdina izaten da (5), espresatzeko zailtasunek maitasunean eragina izaten dute, intimitate gutxiago baitago (13).

Ondorio guzti hauen eragite maila ezberdina izango da, afasia maila, komunikazio ezintasuna eta duen laguntza edo euskarri sozialaren arabera (7). Azken hau faktore garrantzitsu kontsideratzen da (8,21).

PAZIENTE HELDU AFASIKOEN ONGIZATE PSIKOSOZIALA BERMATZEKO ERIZAINAREN ROLA

Aipatutako ondorio psikosozialak, interbentzio egoki baten ondorioz, prebenitu, gutxitu edo hobetu daitezke. Ondorioak ezberdinak direnez, abordai multidiziplinar baten beharra dago, tratamendu holistiko, integratzaile eta pertsonalizatu bat lortzeko (1).

Erizaina pertsona afasikoarekin fase guztietan dago kontaktuan: hasierako momentuan (urgentzietan, neurologiako plantan), errehabilitazioan eta etxean (10).

Erizainak, bai zaintzaile nagusiak, bai pazientearen arazo psikosozialak identifikatu eta ondoren beharko duten laguntza eskaini beharko die (22). Hau aurrera eramateko paziente, familiar eta osasun profesionalen arteko komunikazio efektibo bat sortu beharko da, afasiaren hizkuntza asaldurak kontuan hartuz (19). Identifikatzen dituen arazoak konpetentzia autonomo edo interdependente diren ezberdintzeko gai izan beharko da erizaina, gainerako osasun profesionalekin batera (mediku, psikologo, logopeda, fisioterapeuta, terapeuta okupazional eta langile sozialak) lan multidiziplinar egokia aurrera eramateko (*ikus 6. eranskina*) (10).

Arazo psikosozialak erizainaren konpetentzien barruan badaude, modu autonomoan jardunez, paziente eta familiarrekin batera lehenetsunak finkatu, interbentzioak zehaztu eta kontrol bat eramango du (8). Aldiz ondorio psikosozial larriak identifikatzen baditu medikuari jakinaraziko dizkio, lan interdependente bihurtuz (10).

Aipatutako guztia efektiboa izateko lehenengo pausua balorazioa da. Egun afasiaren inpaktua neurtzeko bi modu existitzen dira. Lehena ikuspuntu kualitatiboa erabiliz, paziente afasikoaren esperientziak jasoz eta bigarrena modu kuantitatiboaren bitartez, eskala ezberdinak erabiliz (8).

Pazientea psikosozialki baloratzen hasi baino lehen, afasia mota eta komunikazio gaitasuna baloratuko dira, komunikazio estrategia finkatzeko. Erizaintzat espezifikoki egindako eskala existitzen da *Ullevaal aphasia Screening* (UAS) izenekoa. Bestalde paziente eta bere elkarrizketa bikotearen arteko

komunikazio kalitatea neurtzeko, *Measure of Skill in Supported Conversation and the Measure of participation in Conversation* (MSC/MPC) gomendatzen da (23).

Bizi kalitatea baloratzeko erabiltzen diren eskalek, osasun fisikoa, psikologikoa, erlazio soziala eta inguru soziala baloratzen dituzte. Bibliografian honakoak aurkitu dira: *WHOQOL-BREF* (7,24), *Cantril's Ladder Scale*, *Hopkins Symptom Check List* (bertsio motza, *HSCL-8*), *The Faces Scale* eta *The stroke and aphasia quality of life* (SAQOL-39) (5). Azken honek GIBAS-ak bizi kalitatean duen eragina neurtzen du, komunikazioaren inguruko itemak dituen arren, ez da afasiarekiko zehatza (5,8).

Egun afasiarekiko zehatzak diren balorazio eskalak existitzen dira, baina oraindik ikerketa prozesuan daude (8,20). Horien artean *QL questionnaire for aphasic* (QLQA) eta *Assesment for living with aphasia* (ALA) daude. Lehenengoa SAQOL-39 eskalan oinarrituta dago eta bere fidagarritasuna ona dela frogatu da (8). Bigarrena berriz instrumentu piktografikoa da eta aurrerago azaltzen den *Living with aphasia* estrukturan oinarrituta dago (20). Aipatzekoa da eskalak pertsonaren egoera fisiko eta komunikazio trebetasunetara moldatu beharra daudela. Hauek balorazioan zein helburuen ebaluazioan erabilgarriak izango dira (8).

Balorazioaren ostean osasun profesionalek pazientearekin elkarlanean egoera hobetzeko helburuak finkatu behar dituzte (8,20). Helburuak finkatzen laguntzeko hainbat egitura existitzen dira, guztiak bizi kalitatearen kontzeptua eta erlazonatuta dauden faktoreak hartzen dituzte oinarritzat, hau da: egoera emozionala, ongizatea, esku-hartze soziala, bizitzarekin asebetetzea eta euskarri soziala (7).

Egindako bilaketa bibliografikoan *International Classification of Functioning, Disability and Health* (ICF) (ikus 7. eranskina) (24), *Human Scale Development* (ikus 8. eranskina) eta *Living with aphasia: Framework for Outcome Measurement* (A-FROM) (ikus 9. eranskina) aurkitu dira. Lehenengo biak ez dira afasiarekiko zehatzak, hala ere egun ICF internazionalki nahiko erabilia da gaixotasunen kontzeptu bio-psikosozialak hartzen baititu kontuan (20).

“Afasiarekin bizitzen” (A-FROM) egitura berriz, zehazki afasikoen bizitza hobetzeko helburuak antolatzeko sortua izan da. Pazienteekin batera helburuak finkatzeko bertsio eskematiko eta piktografiko bat eskaintzen du prozesua erraztu eta afasikoen esku-hartzea gehiago sustatzeko (ikus 10. eranskina). Afasiaren inguruko bizipenetan eta MOE-ren aktibitate, ezgaitasun eta osasunaren sailkapen internazionalaren egituran (ICF) dago oinarritua nagusiki, honek sinesgarritasun handiagoa emanez.

Egitura honetan honako domeinuak ezberdintzen dira: afasia gradua, faktore pertsonalak (jarrera, identitatea eta sentimenduak barne), esku-hartzea bizitzako egoeretan eta komunikazioa ingurunearekin. Hauek guztiak elkarlotuta daude guztien sinergia adierazteko eta bizi kalitatea guztien batura dela erakusteko (*ikus 9. eranskina*). Domeinu bakoitzaren barruan kontzeptu zehatzagoak daude, helburu zehatzagoak planteatzen laguntzeko, hauek pertsonaren arabera moldatuko dira (20).

Behin helburuak finkatuak daudela erizainak errehabilitazio psikologiko zein sozialarekin hasiko da (*ikus 5. eranskina*). Dokumentatua dago afasikoetan laguntza emozionala, informazioa eskaintzea eta asistentzia garrantzitsuak direla (5). Bibliografietan oinarrituz hauek izan dira erizainak pazientearekin batera landu beharko dituenak, ongizate psikosoziala lortzeko: errehabilitazio psikologikoa eta soziala, komunikazio estrategien erabilpena eta zaintzaileen zaintza.

Errehabilitazio psikologikoa

Erizainak rol garrantzitsua du errehabilitazio psikologikoan, euren pazienteak denboran zehar jarraitzeko aukera baitute, kontrol jarraitua izanez (5). Pertsonak jasaten duen identitate galeraren aurrean erizainak pazienteari bere aurreko identitatea eta afasiaren ostean eraikiko duen identitatea aurkitzen lagunduko dio. Lehenengo pertsona ezagutu beharko du eta ondoren pertsonari laguntza eskainiko dio konfiantza eta askatasuna berrirabazten, horrela bere bizitzaren kontrola berriz lortuz. Horretarako segurtasuna transmititzea oinarrizkoa izango da (13).

Identitate berriaren bilaketa: pertsonaren biografia pertsonalaren berri izateak zainketa individualizatu, holistiko eta komunikazio terapeutiko eraginkor bat lortzeko osagai da. Erizainak aurreko identitatearen berri jakiteko bere interesak, trebetasunak eta progresioa esploratzeko galderak egingo dizkio eta, hauetan oinarrituz, bere identitate berria bilatzen lagunduko dio (5,13,25). Horretarako pazienteak bere momentuko egoera onartu behar du, ondoren etorkizun ezberdin bat sortzeko, erizainarekin helburuak planteatuz. Familia zein lagunek paziente eta erizainaren arteko interakzioan elementu garrantzitsuak dira. Hauek bere eremu sozialaren parte dira eta bere ez ahozko estrategiak hobeto edo errazago ulertzen dituzte (13).

Segurtasuna transmititzea: orokorrean erizainaren oinarrizko estrategia pazientearen egoera hobetzeko, ezer egin ezingo denaren beldurra edo sentsazioa arintzea da. Honetarako zainketetan espresiboa izatea garrantzitsua izango da, honek segurtasuna ematen duela frogatua baitago, pazientearen esperantza, motibazio eta

“borroka espiritua” handituz (13). Horretaz aparte paziente zein familiarrei bere gaixotasunaren inguruko informatzeak ere segurtasuna emango die (5).

Errehabilitazio soziala

Nahitaezkoa da erizaina erlazioen eraikuntza prozesuaren euskarri izatea, isolamendu sozialarekin erlazionatutako arazoak gutxitzeko. Erlazioen eraikuntza eta integrazio soziala emateko ingurunea sortzen lagundu behar du erizainak. Horretarako honakoak dira gomendagarri: inguru fisiko zein soziala moldatzen lagundu eta talde terapia sustatzea (13,26).

Inguru fisiko zein soziala (komunitatea) moldatzen lagundu: honen helburua, komunikazio kalitatea hobetzea da, komunikazio estrategien bidez eta ingurune fisikoa moldatuz (soinua gutxitu, hizketaldi abiadura, etab) (9,13).

Talde terapia sustatzea: Talde baten partaide sentitzeak, norbere buruaren irudian eta motibazioan eragin positiboa eta segurtasun sentimendua sortzen ditu. Errehabilitazio prozesuan laguntzeko talde terapien erabilera gomendatzen da (13,26). Erizainek taldeen partaide eta hauen promozioan esku hartu behar du. Indibiduo bakoitzaren komunitatean existitzen diren errekurtsoei buruzko informazioa eskaintzea gomendatzen da (13).

Bai errehabilitazio psikologiko, bai sozialerako paziente-erizain arteko erlazio estua sortu behar da. Honen bidez lotura emozionalak eman eta gaixotasuna bion erantzukizun moduan ikustea lortu behar da (13). Honetarako erlazio terapeutikoaren erabilera egokia aurrera eramatea oinarritzkoa izango da (5,9).

Erlazio edo elkarrizketa terapeutikoa erlazio profesionala da, eragin sozialean eta interakzioan oinarritzen dena. Honetan pazientearen interes eta helburuak ahal diren neurrian lortzen lagunduko dio erizainak, pazientearen ongizate edo sendatzea lortzeko (9,25). Frogatuta dago erlazio terapeutiko eraginkor batek antsietatea jaitsi, errekupeazio aldia gutxitu eta tratamenduarekiko atxikidura handitzen duela (12). Erizainak jarrera enpatikoa, errespetua, begikotasuna, adeitasuna eta solidaritatea erakutsi behar du horretarako (12,13,25). Erlaziozko laguntza hau sortzeko ezagutza eta trebetasun sozialak lortu beharko ditu, hezkuntzaren bidez (12,25).

Afasia eta elkarrizketa terapeutikoari erreparatuz, elkarrizketa terapeutikoak zer nolako efektua izan zuen ikusteko GIBAS ostean afasiko geratu ziren 7 pertsonekin Norvegian ikerketa bat burutu zen. Bertan ondorioztatu zen euren sentimendu eta

esperientziak kontatzea errazteak, errekupeazio aldian laguntza psikologikoa eskaintzeak eta ezagutza zein informazioa elkartrukatzeko eragin positiboa zutela pertsonaren umorean (5).

Komunikazio estrategien erabilpena

Balorazioa, helburuak finkatu eta interbentzio egoki bat aurrera eramateko, lehenik eta behin afasikoekin komunikazio eraginkor bat lortu beharko da (*ikus 11. eranskina*) (4,19). Kontsultatutako bibliografietan (1,6,10,18,23,27-30) komunikazio-sistema ordezkakoak eta handigarriak (*Augmentative and Alternative Communication*, AAC, ingelesez) gomendatzen dira erizain zein gertuko pertsonak, afasiadun pertsonarekin komunikazioa hobetzeko, hau da, bere ohiko solaskideentzat (27). AAC sistemak mintzamina edota idazmina ordezkatu edo handitzeko teknika bezala definitzen dira, estrategia eta sinboloz osatuta. Hauek aurrerapauso nabarmena suposatuta dute afasikoen tratamenduan, hala ere argitzekoa da hauek ez direla errehabilitazioaren ordezkari, hizkuntza asalduren konpentsatzaile baizik (28).

Hiru multzotan banatu dira strategiak: pertsona afasikoak erabiltzekoak, solaskideak erabili beharrekoak eta komunikazioan laguntzeko materiala.

Pertsona afasikoentzat: solaskidea afasiadun pertsonak erabiltzen dituen honako estrategietara adi egon beharko da: aurpegi espresioak (egoera emozionala komunikatzeko), begiradak (kontaktu sozial azkarra sortzeko, interesen berri emateko, etab.), zeinuak (egunerokotasunean erabiltzen direnak edo mimika), pertsonaren ohiko soinu edo onomatopeiak, idazten dituen mezu edo hitzak eta erabiltzen dituen eskema zein irudiak, objektu, pertsona edota lekuak irudikatzen.

Elkarrizketa bikotearentzat: lehenik eta behin afasiadun pertsonak mezuari erantzuteko modua duela eta aipatutakoa ulertzen duela ziurtatu behar du (28,29). Horretarako inguru egokiena lortzea garrantzitsua izango da dagoen zarata gutxituz edo ezabatuz. Ondoren elkarrizketa aurrera eramateko honakoak gomendatzen dira: esaldi sinple eta motzak (1) (hitz gakoak gailenduz) keinu eta aurpegi espresioak, errepresentazio bisualak seinalatzea (argazkiak, letrak, irudiak, etab.), bai edo ez galderak (erantzun konkretu eta azkarrak lortzeko), denbora ematea erantzuteko, hitz egitean abiadura gutxitzea (10), erantzunerako aukerak edo pistak ematea, ideia garrantzitsuak errepikatzea (1) marrazten animatu, etab.

Teknika hauetan afasikoen autoestimua zaintzeko kontuz ibili beharko da solaskidea. Esaten ari dena ulertzen ez bada, errepikatzea eska daiteke, eta akatsak

egiten baditu hauek zuzendu daitezke. Hala ere bi hauek ezin dira konstanteki errepikatu, pazientearen frustrazioa sor dezakeelako (1,10).

Elkarrizketa denbora kontrolatu beharko da, afasikoek esfortzu handia egiten baitute, nekea sortuz (1). Autoestimua handitzen duten elkarrizketak eramango dira aurrera, hau da, berak kontrolatzen dituen gai konkretuen inguruan (familiaz, inguruko jendeaz, etab). Bestalde egiten dituen esfortzu eta lorpenetan animatzea funtsezkoa izango da (1,10).

Laguntza teknikoak: egun laguntza teknologiko zein ez teknologikoak existitzen dira (28,30). Komunikazioan laguntzeko taula eta liburu espezifikoak daude, sinbolo grafikoen (marrazki, argazki edo piktogramak) bidez osatuak daudenak (*ikus 12. eranskina*). Elementu bakoitzak hitz, espresio edo esaldi bat irudikatzen du. Komunikatzaile elektronikoak ere existitzen dira, aipatutako antolaketa modua jarraitzen dutenak. Hauetan kutxatila ukitzean, mezua grabatutako ahots baten bidez emititua izaten da. Azken urte hauetan *Smartphone* eta *Tablet* moduko gailuen gorakadak, abantaila handia ekarri du AAC-ekin erlazionatutako aplikazioen inguruan. Aipatzekoak dira *CPA*, *Baluh*, *PictoDroid*, *Speak It* edo *Small Talk Aphasia* (*ikus 14. eranskina*) (28).

Pertsonalagoak eta hain linguistikoak ez diren beste elementu batzuk ere badaude, horien artean (*ikus 14. eranskina*): egutegiak, balorazio marrak (mina, kantitate, gozamena, etab adierazteko), erlojuak, eguneroko bizitzako lekuen mapa eta planoak, oroitzapen pertsonalak (ezagunen artean elkarrizketa bat hasteko erabilgarriak, adibidez argazkiak, postalak, etab.) (27), logotipoak eta eszena bisualak (*ikus 15. eranskina*) (28).

Arrakastaren gakoa, aipatutako teknikak batera erabiltzea eta paziente zein solaskideei hauei buruzko hezkuntza ematea izango da. Kontuan hartu beharko da pertsona afasiko bakoitzaren ezaugarriak oso ezberdinak direla, ondorioz erabiliko diren estrategiak ere aldatu egingo dira. Aipatu beharra dago pertsona afasiko batzuk ez direla bere asalduraz konturatzen, beraz ez dute AAC beharrik ikusten. Hau aldatzeko pertsonaren gertuko pertsonen interbentzioak ere paper garrantzitsua izango dute. Estrategiak aukeratzean kontuan izan behar dira, pertsonak teknologia berrien inguruan dituen ezagutzak eta ikasteko trebetasunak (28).

Zaintzaile eta familiaren zaintza

Afasiak ere zaintzaileengan ondorio psikosozialak eragiten ditu (31). Hasierako momentutik beldurra (13,32) eta antsietatea ematen dira, gertukoaren osasun egoera berria huts egingo duelakoan (32).

Erizaina errehabilitazio prozesuan zehar familiekin elkarrekintzan dago, beraz laguntza jarraitua eskaini behar die (20). Zaintzaileen balorazioa egiteko gehien erabiltzen direnak, *Zarit* (ZBI) eta *Caregiver Strain Index* (CSI) dira, egoera psikologikoa, soziala, emozionala, ekonomikoa eta fisikoa batera neurtzen baitute (32). Honakoak ere erabiltzen dira zaintzaileen depresioa, helburu edota beharrak neurtzeko: *Patient health questionnaire Depression Scale* (PHQ-9) *Bakas caregiving outcomes Scale* (BCOS) eta *Caregiver Needs and Concerns Checklist* (CNCC) (20).

Gertukoaren egoera kontrolatzea funtsezkoa izango da, zaintzaileak afasikoaren errehabilitazio prozesuan erresponsabilitate handia baitu (31). Batetik sostengu emozionala eskaini eta komunikazio gutxiegitasunaren ondorioz ematen diren portaera eta jokabide zailak maneiatu behar dituzte (20). Bestetik ematen den isolamendu soziala ekiditeko, pertsona afasikoari komunitatean integratzen lagunduko dio (31).

Honek estresa, zama eta nekea modukoak eragiten ditu, psikologikoki (13, 32). Gainera bat-bateko rol aldaketa honek, askatasuna kentzen dio zaintzaileari, zituen jarduera sozialak gauzatzeko, denbora falta dela eta (30,31).

Zaintzaileari buruz aurkitutako bibliografia guztiak bat datoz (20,27,31,32) depresioaren prebalentzia oso altua dela esaterakoan. GIBAS jasan ondoren afasiko geratu diren pertsonen zaintzaileetan %34-54 dela kalkulatu da (20), gutxi gorabehera %50koa (27).

Bai zaintzaile, bai pertsona afasikoaren ondorio psikosozialen kausa garrantzitsuenetarikoa komunikazio ezintasunak bikotekidearekiko sortzen duen dependentzia da. Pazientearen independentzia lortu eta hizkuntza trebetasunak hobetzeko, zaintzailearen entrenamendua aholkatzen da. Ebidentziaren arabera afasikoaren komunikazio jarduerak hobetu eta esku-hartzea handitzen ditu, ongizate psikosozialean eragin positiboa sortuz (27).

Erizaintza interbentziorako zailtasunak

Aurkitutako bibliografia gehienetan, erizain taldea edota osasun profesionalak orokorrean hartuta, komunikazio estrategien inguruan ezagutza falta eta ondorioz hauen erabilera eskasa dela azpimarratu da. Erizainen aldetik ezagutza eta erabilera falta honako arrazoiengatik justifikatuak izan dira: aspektu biomedikoei garrantzi gehiago ematen zaien kultura, profesionalentzat dauden entrenamendu eta hezkuntza programen falta, garapen profesionalean ez zutela komunikazioaren inguruko hezkuntza bat jaso (4,33), ez dela erizainen konpetentzia (jarrera defentsiboa), lan karga eta denbora falta (9,13,19).

Aipatzeko da gaur egun hezkuntza gutxi dagoela AAC-ren inguruan eta gutxiago pertsona afasikoen komunikazioaren inguruan (4). Aurkitutako ikerketa batean, erizaintzako ikasleei afasiaren inguruko hezkuntza bat eman zitzairen, non afasikoek ere parte hartzen zuten, eta emaitzak positiboak izan ziren (34).

Osasun profesionalek aitortzen dute frustrazioa sentitzen dutela pazienteak ez ulertzeaz gain, pazienteek euren ez dietelako ulertzen. Pazienteek egiaztatzen dute antsietatea, ulertzeko arazoak, estresa eta asegabeatasun sentimenduak bizitzen dituztela kontsultetan. Honek ondorioak ekarri dizkion pertsonan eta osasun profesional-pazienteen erlazioan (33).

Osasun profesionalek komunikazio berrak hautsi behar dituzte, komunikazio efektiboaren inguruko formakuntza jasoz. Modu honetan konfiantza gehiago lortuko dute euren komunikazio trebetasunekin eta ondorioz pertsona hauekin komunikazioan ematen diren zailtasunei aurre egiteko konfiantza lortuko dute (9).

EZTABAIDA

Erabilitako artikuluak bat etorri dira afasiak sortzen dituen ondorio psikosozialekin (5,7-9,10,13,18,20,26). Gainera *What Are the Important Factors in Health-Related Quality of Life for People With Aphasia?* errebisio sistematikoan aipatzen diren ondorioekin bat egiten dute (21).

Artikulu gehienak afasiaren ondorio psikologiko zein sozialen inguruan hitz egiteko bizi kalitatearen kontzeptuan oinarritu dira (7,13,18,20,21,26). Hori dela eta afasiaren bizi kalitateari buruzko artikuluak erabili dira, informazioa lortzeko. Izan ere bizi kalitatearen definizioan egoera emozionala eta soziala elementu garrantzitsuak dira (13).

Erizainak afasiko helduen ongizate psikosoziala lortzeko interbentzioei buruzko bibliografia eskasa eta ebidentzia falta dagoela ikusi da. Lortutako artikuluak, afasiaren arloan erizaintzan zentratutako ikerketa gutxi daudela aipatu eta ikerketa beharra azpimarratzen dute (5,9,23). Izan ere ikerketa gehienek muga nagusia, laginaren tamaina txikia zela izan da (4,5,9,18). Erizaintzako ikerketa gehienetan, afasikoekin ongizate psikosoziala lortzen laguntzeko elkarrizketa edo erlazio terapeutikoak eragin positiboa duela egiaztatzen dute, baina populazio lagina oso mugatua edo txikia denez, ebidentzia maila galtzen dute (5,9).

Erizaintzako artikuluak bat datoz, elkarrizketa terapeutikoa eraginkorra izan dadin, afasikoaren zein zaintzaileekin komunikazio eraginkor bat sortu behar dela esaterakoan (4,9,13). Afasia kasuetan komunikazio-sistema ordezeko eta handigarrien erabilpena aholkatzen da gehienetan (1,5,13,18,23,27,28). Gainera hainbat artikulutan aipatzen da ongizate psikosozialean zein hizkuntzaren errehabilitazioan eragin positiboak dituztela AAC-ak (13,28). Hala ere ebidentziak dauden arren, gutxi erabiltzen dira, teknika hauei buruzko formazio falta eta errehabilitazio klasikoaren indarra (27,28) arrazoi nagusiak izanik.

Erizain eta gainontzeko osasun profesionalek komunikazio sistemen erabilera eza, lan karga, denbora falta eta aspektu biomedikoan zentratutako zainketekin justifikatzen dute (4,19,33). Hori dela eta, artikuluak bat datoz aitortzean osasun profesionalen aldetik hezkuntza beharra dagoela, bai elkarrizketa terapeutiko eraginkor bat aurrera eramateko, bai afasikoekin komunikatzeko estrategien inguruan (4,5,9,19,23,25,28).

Afasikoen zaintzaile edota familiaren inguruko informazioa eskasa izan da. Hauen inguruko artikuluetan esaten da, ikerketak paziente afasikoetan zentratzen direla eta ez zaintzaileetan (32). Hala ere zaintzaileak funtsezkoak dira sostengu emozional eta sozialaren aldetik, beraz garrantzi handiagoa eman behar zaiela azpimarratzen da (13,18,27,30,31,32).

Pertsona afasikoekin erizain interbentzioen inguruko artikuluetan, pazientearen balorazioa eta berarekin elkarlanean helburuak planteatzea azpimarratzen dira (13,20). Helburuak planteatzeko egituren inguruko informazio eskasa aurkitu da. Afasikoentzat moldatu eta afasian espezifikoki zentratzen den egitura bat aurkitu da soilik: A-FROM: *Living with aphasia* (20).

Afasiaren ondorio psikosozialak baloratzeko balorazio eskalen falta dagoela egiaztatzen da hainbat artikuluetan (8,20). Bilaketaren ostean afasiarekiko espezifikoak diren bi balorazio eskala aurkitu dira QLQA eta ALA, baina hauek ikerketa prozesuan daude (8,20). Egun, erizain zein osasun profesionalek orokorrean bizi kalitatea neurtzeko instrumentu eta eskalak erabiltzen dituzte, afasiaren ondorio psikosozialak neurtzeko (5,7,20,21). Osasun profesionalek, zailtasunak izaten dituzte egokiena aukeratzeko, nahiko baliagarriak izan arren inespezifikoak baitira afasiarekiko (20). ICF egituraren balorazio eskala behin baino gehiagotan aipatzen da, internazionala eta osasun egoerak pazientearengan sortzen duen eragin bio-psiko-soziala aztertzen duelako (20,26). Nahiz eta GIBAS osteko bizi kalitatean oinarritzen den, SAQOL-39 ere erabiltzen dela aipatua izan da behin baino gehiagotan, komunikazioaren inguruko itemak dituelako (5,8,20). Bi hauek nahiz eta erabilienak izan, ez daude afasikoen hizkuntza asalduretara moldatuta. Hainbat artikuluek afasiari buruzko itemak dituzten eta ulermen eta espresio arazoei egokitutako eskalak sortu behar direla azpimarratzen dute (8,20).

Erizainak afasian aurrera eramaten duen lan interdependeteari buruz bibliografia oso gutxi aurkitu da. Afasian gauzatzen den lan interdependenteaz hitz egiten duten hainbat artikuluetan baztertuak izan dira, erizainaren interbentzioa ez delako aipatzen.

Bukatzeko, aipatzekoa da bilaketan aurkitutako hainbat artikuluetan baztertuak izan direla, deskribatzen zituzten ondorio psikosozial zein erizain interbentzioak GIBAS-ak eragindako beste ondorio fisikoei buruzkoak zirelako. GIBAS baten ondorioz sortu daitekeen hemiplegia izan da horren adibideetako bat.

Honi lotuta esan beharra dago, hainbat bibliografiak aipatzen dutela GIBAS-a pairatu duten pertsonen bizi kalitateari buruz ikerketak egiterakoan afasikoak euren komunikazio arazoengatik baztertuak izaten direla (8,18,21).

ONDORIOAK

- Afasia prebalentzia nabarmena duen lengoaiaren asaldura neurologikoa da, ulermenean eta adierazpenean eragiten duena, akats linguistikoak sortuz.
- Asaldurak komunikazio ezintasun edota zailtasunak sortzen ditu, pertsonaren egoera psikologiko zein sozialean eragin nabarmena izanez. Ematen diren ondorio psikosozial nagusienak umore aldaketa, antsietatea, beldurra, frustrazioa, isolamendu soziala, etsipen sentimendua, lotsa, depresioa, identitate galera, autonomia galera, konfiantza eta segurtasuna galera, rol sozial eta familiarren galera, aisialdi jarduerak alde batera uzte eta sare sozialen murrizketa dira. Hauek pertsonaren eta gertukoaren bizi-kalitatea aldatzen dute.
- Erizainak pertsona afasikoaren eta gertukoekin batera egoera psikosoziala baloratu eta hauek gutxitu edota ezabatzeko helburuak planteatuko ditu. Ostean erizainak elkarrizketa terapeutikoaren bidez honako interbentzioak eraman ahal ditu aurrera pertsona bakoitzaren beharretara moldatuz: errehabilitazio psikologikoa, errehabilitazio soziala eta zaintzaile eta familiarren zaintza. Erlazio terapeutikoa eraginkorra izateko afasikoekin komunikazio estrategiak erabiliko ditu erizainak.
- Afasikoen ongizate psikosoziala lortzeko, gainontzeko osasun profesionalekin lan multidiziplinar eraginkor bat aurrera eramatea, egun erizainek afasikoekin komunikatzean duten jarrera ezkorra aldatzea eta ezagutza handitzea ezinbestekoa izango da.
- Interbentzio on baten arrakasta balorazioan dago, beraz afasikoen ondorio psikosozialak prebenitzeko, ezinbestekoa izango da afasian zentratutako eta afasikoen hizkuntza asaldurei egokitutako balorazio eskala eraginkorren garapena ematea.

GOGOETA PERTSONALA

Erlazioak bizipen estresagarrien amortiguatzaile dira, hau da funtsezkoak dira ongizate emozional zein soziala mantentzeko. Erlazio sozial baten oinarria komunikazioa da, hortaz erizain zein gainontzeko osasun profesionalek komunikazioa aprobetxatu beharko dute, afasikoen ongizate psikosoziala hobetzeko.

Afasian garrantziko instrumentua izango den erlazio terapeutiko on bat lortzeko, osasun profesionalek egun afasiaren inguruan duten jarrera iheskor edo negatiboa aldatu, eskura dauden errekurtsoen erabilera egokia egin eta afasiak sortzen dituen hizkuntza asalduren inguruan prestakuntza jaso beharko dute.

Pertsonalki, aipatutakoetatik garrantzitsuena afasiaren inguruko aurreiritziak alde batera uztea eta mentalitatea aldatzea dela uste dut. Afasia beti egon da erlazionatua neurologia eta garuneko istripu baskularrekin, ondorioz soilik zainketa biomedikoak eskaintzeko joera egon da. Egia da GIBAS-a afasia kausa nagusia dela, baina ez da kausa bakarra. Osasun profesionalek argi izan behar dute urgentzietan, osasun zentro edo ospitaleko edozein unitateetan topa daitezkeela pertsona afasikoekin. Bestetik argi izan behar dute, kausa edozein izanda ere, afasiaren kausa fisikoa tratatzeaz gain, afasiaren ondorio psikosozialak ere tratatu beharko direla, egoera emozionala eta soziala bizi kalitatearen alderdi garrantzitsu baitira. Beraz zainketa holistiko eta integrala lortzeko alderdi biologika, psikologikoa eta soziala modu berean hartu beharko dira kontuan.

Horretaz gain, afasian duen eginkizunaren garrantziaz konturatu behar da erizaina, erlazio terapeutikoaren kalitatea hobetu eta afasikoen abordai multidiziplinarrean indarra hartzeko. Bibliografiaren arabera, erizainaren lan interdependentearen eginkizun nagusia besteen kompetentzia izan ahal diren egoerak detektatzea da. Hala ere ikusi da erizaina depresioa edo isolamendu soziala moduko ondorioen prebentziorako laguntza instrumentu garrantzitsuagoa bihurtu daitezkeela. Ongizate psikosoziala hobetzeko aurkitu diren interbentzioez gain bibliografietan aipatuak izan ez diren arren, egun existitzen diren *Diagnósticos enfermeros, definiciones y clasificación* (NANDA) (35), *Clasificación de resultados de enfermería* (NOC) (36) eta *Clasificación de intervenciones de enfermería* (NIC) (37) erizainen zainketetan oinarritutako liburuak erabil ditzake, paziente eta familiarekin elkarlanean helburuak eta interbentzio psikosozialak martxan jartzeko.

Hala ere erizainak, afasikoen ongizate psikosoziala bermatzeko, erizain eta beste osasun profesionalen esku-hartzeaz gain, funtsezkoa den zaintzaile eta gertuko parte hartzea ezinbestekoa dela argi eduki beharko du. Zaintzailea da afasikoen euskarri sozial nagusia, hortaz prozesu psikosozialean izango duen garrantzia aitortu beharko dio erizainak. Horregatik, zaintzaileari, behar izanez gero, zainketa jarraitu eta kalitatezkoak eskaini zaizkio.

Bai zaintzailean bai pertsona afasikoengan zentratutako interbentzio indibidualizatuak finkatzeko, balorazio on bat egin beharko du erizainak lehenengo. Egun afasikoen ongizate psikosoziala neurtzeko ez dira eskala zehatzak erabiltzen, ikerketa prozesuan baitaude. Hau aldatzeko osasun profesional guztiek taldean lan eginez, afasikoen ongizatea baloratzeko ikerketa prozesuan dauden eskalak erabili eta hauei buruzko azterketak egin ahal dituzte. Modu honetan baliagarriak direla frogatu ahalko da, paziente afasikoei egokitutako balorazio eskala psikosozialen erabilera posible bihurtuz.

Bibliografietan interbentzio indibidualizatuak aipatzeaz aparte, talde terapiak ere aipatzen dira. Frogatuta dago talde terapiak ondorio positiboak dituztela, euskarri eta jarduera sozialak baitira egoera emozionalaren eta identitatearen oinarri. Osasun profesional taldeak Euskal Autonomia Erkidego mailan (Osakidetzan), jadanik indarra hartzen ari den “Paziente bizia” (38) programaz baliatuz, afasiko zein hauen gertuko pertsonentzat talde terapiak ezartzea positiboa izango litzateke. Proiektu honetarako afasia elkarteei laguntza eta informazio eskatzea gomendagarria izango litzateke. Gaur egun hauek baitira afasikoen talde terapien iturri garrantzitsua, beraz hauen esperientzia aberasgarria izango da.

Heziketarekin lotuta, gizartean zein osasun profesionalen aldetik afasiari buruz dagoen ezjakintasunaren aurrean ere zerbait egin ahal daiteke. Izan ere ezagutza falta hori, afasikoentzat arazo bat gehiago da. Honen aurrean, populazioa kontzientziatzeko programak eraman daitezke aurrera.

Hala ere aipatutako interbentzio indibidualizatu zein taldekoak aurrera eramateko, osasun profesionalek afasikoekin komunikatzeko tekniken inguruan duten hezkuntza faltaren aurrean ere zerbait egin beharko litzateke. Egindako bilaketa pertsonalaren ostean ikusi da guztion eskura dagoen informazio dezente dagoela (*ikus 16. eranskina*) erizain laguntzaile, erizain, mediku edota psikologo bakoitzak autonomoki edo taldean komunikazio estrategien inguruko ezagutza minimo bat garatzeko, ondoren esperientziarekin eta logopedaren laguntzarekin hobetu ahal dutena. Informazioaz gain zaintzaile nagusientzako antolatzen diren “elkarrizketa-

bikotearen entrenamendua” deritzon programak existitzen dira, osasun profesionalentzat ere baliagarriak izan daitezkeenak.

Hala ere heziketa autonomoaz gain, osasun instituzio publiko zein pribatuek teknika hauetan sakontzeko heziketa eskaintzea garrantzizkoa da. Osasun profesionalen komunikazio estrategien erabilera handitzeak, osasun zerbitzuen kalitatearen handitzea ekarriko baitu. Etorkizunera begira, erizainak zein gainontzeko osasun profesionalak graduko ikasketetan zehar formatzea izango litzateke egokiena. Horrela komunikazio estrategien inguruko programak suposatzen duten kostua gutxitu eta aldi berean osasun zainketa kalitatea bermatuko litzateke. Esperientzia pertsonalean oinarrituz, egun erizaintzako graduan komunikazioaren inguruko irakasgaiak dauden arren, ahozko komunikazioan arazoak dituzten pertsonekin komunikatzeko estrategiak ez dira tratatzen. Hortaz irakasgaiaren barruan komunikazio asaldurei buruzko teoria eta maneiatzeko estrategiak lantzea izango litzateke aukera bat.

Lengoai eta komunikazio asalduren inguruko hezkuntza programak efektiboak aurrera eramaten badira, erizaina hezitua izatetik afasiko eta familiaren hezitzaile izatera pasatu ahal izango da. Modu honetan logopedak, familiar zein pazienteekin lantzen dituen estrategiak indartuko lituzke erizainak, errehabilitazioaren abiadura handituz eta horrela modu ez zuzenean afasikoaren birgizarteratzea azkartuz.

Egia da osasun profesionalen lan karga eta denbora faltak afasikoen ongizate psikosoziala lortzea atzeratzen duela. Hala ere osasun profesionalak elkar lan egiten badute, osasun instituzio publikoek komunikazioaren inguruko heziketa eskaini eta osasun profesionalak dauden errekurtsu guztiak aplikatzen badituzte, aldaketa positibo bat egon daitekeela seguru nago.

Bukatzeko esan beharra dago, egun afasia duten pertsonen gain, komunikatzeko arazoak dituzten pertsona gehiago ere badaudela, hala nola: garun paralisia duten pertsonak, pertsona autistak, gormutuak, eztarriko kirurgia jasan dutenak, disartrikoak, etab. Osasun profesional guztiek azaldutako komunikazio estrategiez baliatu daitezke, hauekin komunikazio efektibo bat sortuz, pazienteen ongizate eta zainketa kalitate gorenak lortzeko.

BIBLIOGRAFIA

- (1) Martín Dorta W, Sicilia Sosvilla I. La afasia: características comunicativas para la intervención enfermera. Rev ENE Enferm [internet]. 2012 Dic [Kontsulta-data: 2015/01/30]; 6(3): 1-10. Eskuragarri: <http://www.index-f.com/ene/6pdf/6305.pdf>
- (2) UpToDate [internet]. Approach to the patient with aphasia. Clark DG.[Azken eguneratzea 2014/11/21, kontsulta 2015/02/06]. Eskuragarri: http://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-patient-with-aphasia?source=search_result&search=aphasia&selectedTitle=1~116.
- (3) Ardilla A. Las Afasias [internet]. Florida International University: Department of Communication Sciences and Disorders; 2006 [Kontsulta-data: 2015/02/08]. 248p. Eskuragarri: http://medina-psicologia.ugr.es/moodle/file.php/7/Documentos/Libros/Ardila_2006_-Las_Afasias.pdf
- (4) Silva Souza RC, Moura Arcuri EA. Communication strategies of the nursing team in the aphasia after cerebrovascular accident. Rev Esc Enferm USP -Bra- [internet]. 2014 [Kontsulta-data: 2015/01/30]; 48(2): 292-298. Eskuragarri: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n2/0080-6234-reeusp-48-02-292.pdf>
- (5) Bronken BA, Kirkevold M, Martinsen R, Wyller TB, Kvigne K. Psychosocial well-being in persons with aphasia participating in a nursing intervention after stroke. Nurs Res Pract [internet]. 2012 March [Kontsulta-data: 2015/02/04]; 2012: 1-14 Eskuragarri: <http://www.hindawi.com/journals/nrp/2012/568242/>
- (6) Rosa M, Olivares JS, Esteva MJ, Gómez M. Pautas básicas y sistemas alternativos de comunicación. 1 ed.Barcelona: Altamar; 2004. 191p.
- (7) Hilari K, Cruice M. Quality-of-Life Approach to Aphasia. En: Birtcher K, Gartside m, Rely T, Sekerak R, editors. Aphasia and Related Neurogenic Communication Disorders [internet]. Burlington, Massachusetts: Jones & Bartlett Learning; 2011 [Kontsulta-data: 2015/02/11]. p.233-241. Eskuragarri: https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=ZvN3wHnyiYQC&oi=fnd&pg=PA233&dq=+Approach+to+Aphasia+Quality+of+Life%22&ots=9KEB0Kk7wN&sig=kiOT5_ykTc1JW2fUDq1SCGRHt68#v=onepage&q=Approach%20to%20Aphasia%20Quality%20of%20Life%22&f=false

- (8) Spaccavento S, Craca A, Del Prete M, Falcone R, Colucci A, Di Palma A, et al. Quality of life measurement and outcome in aphasia. *Neuropsychiatr Dis Treat* [internet]. 2014 [Kontsulta-data: 2015/02/08]; 10: 27-37. Eskuragarri: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3869916/>
- (9) Gordon C, Ellis-Hill C, Ashburn A. The use of conversational analysis: nurse-patient interaction in communication disability after stroke. *J Adv Nurs* [internet]. 2009 [Kontsulta-data: 2015/02/10]; 65(3): 544-553. Eskuragarri: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2648.2008.04917.x/epdf>
- (10) Campos Palomo AD, Campos Palomo, LD. Abordaje de Enfermería al paciente afásico en urgencias. *Pag Enferurg* [internet]. 2011-2012 [Kontsulta-data: 2015/01/30]; 3(12): 14-18. Eskuragarri: <http://paginasenferurg.com/revistas/paginasenferurgn12.pdf>
- (11) Campos Palomo AD, Campos Palomo LD. Introducción a las técnicas de comunicación terapéuticas y no terapéuticas en enfermería. *RECS* [internet] 2012 [Kontsulta-data: 2015/02/20]; 3(2): 133-146. Eskuragarri: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4059309>
- (12) Vidal Blan, R, Adamuz Tomás, J, Feliu Baute, P. Relación terapéutica: el pilar de la profesión enfermera. *Enferm Global -Esp-* [internet]. 2009 oct [Kontsulta-data: 2015/03/18]; 8(17): 1-8. Eskuragarri: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/75311/73051>
- (13) Thompson J, McKeever M. The impact of stroke aphasia on health and well-being and appropriate nursing interventions: an exploration using the Theory of Human Scale Development. *J Clin Nurs* [internet]. 2012 [Kontsulta-data: 2015/02/04]; 23: 410-420. Eskuragarri: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2702.2012.04237.x/pdf>
- (14) Mamédio da Costa C, Andruccioli de Mattos Pimenta C, Cuce Nobre MR. Estrategia PICO para la construcción de la pregunta de investigación y la búsqueda de evidencias. *Rev Latino-am Enfermagem* [internet]. 2007 maio-junho [Kontsulta-data: 2015/01/16]; 15(3). Eskuragarri: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n3/es_v15n3a23.pdf
- (15) Wanda Gw, Adler RK. *Neurología para el logopeda*. 5a ed. Barcelona: Elsevier Masson; 2010. 311p.
- (16) Zarranz JJ, Somme J. *Transtornos de las funciones cerebrales superiores*. Neurología. 5a ed. Barcelona: Elsevier; 2013. p. 172-174

- (17) American Speech- Language-Hearing association (ASHA) [internet]. RockVilje (Maryland): ASHA; c1997-2015. Aphasia; [Kontsulta-data: 2015/02/08]. Eskuragarri: http://www.asha.org/PRPSpecificTopic.aspx?folderid=8589934663§ion=Incidence_and_Prevalence
- (18) Johansson MB, Carlsson M, Sonnander K. Communication difficulties and the use of communication strategies: from the perspective of individuals with aphasia. *Int J Lang Commun Disord* [internet]. 2012 march-april [Kontsulta-data: 2015/02/10]; 47(2): 144-155. Eskuragarri: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1460-6984.2011.00089.x/pdf>
- (19) Osei A, Mwangi L. Promoting Aphasia Patients' Communication in Nursing Care [Tesia]. Otaniemi: Laurea University of Applied Sciences; 2013 [Kontsulta-data: 2015/02/11]. Eskuragarri: http://theseus32-kk.lib.helsinki.fi/bitstream/handle/10024/69410/FINAL_THESIS.pdf?sequence=1
- (20) Kagan A, Simmons-Mackie N, Rowland A, Huijbregts M, Shumway E, McEwen S, et al. Counting what counts: A framework for capturing real-life outcomes of aphasia intervention. *Aphasiology* [internet]. 2008 [Kontsulta-data: 2015/02/24]; 22(3): 258-280. Eskuragarri: http://www.researchgate.net/profile/Nina_Simmons-Mackie/publication/228339715_Counting_what_counts_A_framework_for_capturing_real-life_outcomes_of_aphasia_intervention/links/09e41512b84fa44bc6000000.pdf
- (21) Hilari K, Needle JJ, Harrison KL. What Are the Important Factors in Health-Related Quality of Life for People With Aphasia? A Systematic Review. *Arch Phys Med Rehabil* [internet]. 2012 Jan [Kontsulta-data: 2015/02/04]; 93(1Suppl): s86-95. Eskuragarri: [http://www.archives-pmr.org/article/S0003-9993\(11\)00797-0/fulltext](http://www.archives-pmr.org/article/S0003-9993(11)00797-0/fulltext)
- (22) Bakas T, Kroenke K, Plue LD, Perkins SM, Williams LS. Outcomes Among Family Caregivers of Aphasic Versus Nonaphasic Stroke Survivors. *Rehabil Nurs* [internet]. 2006 Jan-Feb [Kontsulta-data: 2015/02/08]; 31(1): 33-42. Eskuragarri: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/j.2048-7940.2006.tb00008.x/epdf>
- (23) Poslawsky IE, Schuurmans MJ, Lindeman E, Hafsteinsdóttir TB. A systematic review of nursing rehabilitation of stroke patients with aphasia. *J Clin Nurs* [internet]. 2010 Jan [Kontsulta-data: 2015/02/04]; 19(1-2): 17-32. Eskuragarri: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2702.2009.03023.x/epdf>
- (24) World Health Organization (WHO) [internet]. Geneva: WHO; c1948-2015. WHO Quality of Life-BREF; [Kontsulta-data: 2015/03/04]. Eskuragarri: http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/whoqolbref/en/

- (25) Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO) [internet]. Toronto: RNAO; c1925-201. Establecimiento de la relación terapéutica; [Kontsulta-data: 2015/03/18]. Eskuragarri: http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/2014_RTerapeutica_spp_022014_-_with_supplement.pdf
- (26) Denes G. Il Ruolo delle Associazioni e dei Gruppi di Auto-Aiuto nell'Afasia [internet]. L'afasia, la persona afasica, la rehabilitazione 1. kongresu zientifikoaren aktak. 2012 ottobre 13; Centro Congressi IRCCS Fondazione Santa Lucia. Roma: A.IT.A.; c2012 [Kontsulta-data 2015/02/11]. p.78-82. Eskuragarri: <http://www.aitafederazione.it/docs/Atti%20del%20Convegno%20A.IT.A.%20-%202013%20ottobre%202012.pdf>
- (27) Simmons-Mackie N, Raymer AF, Armstrong E, Holland A, Cherney LR. Communication partner training in aphasia: a systematic review. Arch Phys Med Rehabil [internet]. 2010 Dec [Kontsulta-data: 2015/02/10]; 91(12): 1814-1837. Eskuragarri: [http://www.archives-pmr.org/article/S0003-9993\(10\)00771-9/pdf](http://www.archives-pmr.org/article/S0003-9993(10)00771-9/pdf)
- (28) Coronas Puig-Pallarols M, Basil Almirall C. Comunicación aumentativa y alternativa para personas con afasia. Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología [internet]. 2013 [Kontsulta-data: 2015/02/11]; 33(3): 126-135. Eskuragarri: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0214460312000940>
- (29) Aphasia institute [internet]. Toronto: Aphasia institute; [Kontsulta-data: 2015/02/08]. Eskuragarri: <http://www.aphasia.ca/>
- (30) Arroyo CG, Goldfarb R, Sands E. Caregiver Training in an AAC Intervention for Severe Aphasia. JSLP-ABA [internet] 2012 [Kontsulta-data: 2015/02/11]; 5(3-4): 59-64. Eskuragarri: http://www.baojournal.com/SLP-ABA%20WEBSITE/SLP-ABA%20VOL-5/SLP-Vol-5-3-4%20Condensed/JSLP-ABA_5-1-3.pdf#page=62
- (31) Franzén-Dahlin Å, Laska AC, Larson J, Wredling R, Billing E, Murray V. Predictors of life situation among significant others of depressed or aphasic stroke patients. J Clin Nurs [internet]. 2008 [Kontsulta-data: 2015/02/08]; 17(12): 1574-1580. Eskuragarri: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2702.2007.02216.x/epdf>
- (32) Rombough RE, Howse EL, Bartfay WJ. Caregiver strain and caregiver burden of primary caregivers of stroke survivors with and without aphasia. Rehabil Nurs [internet]. 2006 Sep-Oct [Kontsulta-data 2015/02/08]; 31(5): 199-209. Eskuragarri: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/j.2048-7940.2006.tb00136.x/epdf>

- (33) Castillo Montes FJ. ¿Qué barreras perciben las personas con problemas de comunicación en la relación con el personal sanitario? Rev Paraninfo Digital [internet]. 2011 [Kontsulta-data: 2015/01/30]; 12: 1-6. Eskuragarri: <http://www.index-f.com/para/n11-12/pdf/pdf.php?p=174d>
- (34) Welsh JD, Szabo GB. A teaching model to improve nursing assistants' knowledge of aphasia and communication strategies [internet]. Clinical Aphasiology Conference 40.edizioaren aktak; 2010 May 23-27; Isle of Palms, SC: /; 2010 [Kontsulta-data: 2015/03/02]. p.1-5. Eskuragarri: <http://aphasiology.pitt.edu/archive/00002115/01/viewpaper.pdf>
- (35) Heather T, editorea. NANDA International. Diagnósticos enfermeros, definiciones y clasificación : 2012-2014. Barcelona : Elsevier España; 2012.
- (36) Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E, editorea. Clasificación de resultados de enfermería (NOC): medición de resultados en salud . 5a ed. Barcelona: Elsevier; 2013.
- (37) Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner CM. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 6ª ed. Barcelona: Elsevier; 2013
- (38) Osakidetza [internet]. Gasteiz; Osakidetza. c2011-2015. Objetivos y líneas de actuación Osasun-Eskola (OE); [Azken eguneratzea: 2013/11/9, kontsulta-data: 2015/05/24]. Eskuragarri: http://www.osakidetza.euskadi.eus/r85-ckpaes04/eu/contenidos/informacion/osapa_escuela_salud/eu_objetivo/eoe.html

ERANSKINAK

1. eranskina: bilaketaren emaitzak, *PubMed* datu-basean

<i>Pubmed</i>			
Bilaketa estrategia	Denbora tarte	Emaitzak	Aukeratutako emaitzak
(adult[Title] AND aphasia[Title] OR aphasic[Title] NOT dementia [Title] NOT alzheimer [Title] NOT children [Title])	2010-2015	98 (7errebisio)	0
aphasia AND classification	2010-2015	29 errebisio	0
((aphasia[Title] AND psychosocial[Title])	2010-2015 2006-2015	1 2	0
(aphasia[MeSH Major Topic] AND psychosocial[MeSH Major Topic])	2006-2015	0	0
((aphasia[Title] AND quality of life[Title])	2010-2015	7 (errebisio1)	1
(aphasia[MeSH Major Topic] AND quality of life[MeSH Major Topic])	2010-2015	20	0
((nursing[Title] OR nurse[Title]) AND aphasia[Title])	2010-2015	5(errebisio1)	4 (errebisio1)
((nursing[MeSH Major Topic] OR nurse[MeSH Major Topic]) AND aphasia[MeSH Major Topic])	210-2015	2	0
aphasia AND nursing AND intervention	2006-2015	14 (3 errebisio)	0
family OR spouse OR caregiver AND aphasia AND nursing	2010-2015 2006-2015	5 14(3errebisio)	0 3 (errebisio 1)
((caregiver[MeSH Major Topic] OR spouse[MeSH Major Topic] OR family[MeSH Major Topic]) AND aphasia[MeSH Major Topic])	2010-2015	13	0
(communication[Title] AND aphasia[Title])	2010-2015	28	3 (errebisio 1)
((therapeutic interview[Title] OR therapeutic relationship[Title]) AND nursing[Title])	2006-2015	6(2errebisio)	0

2. eranskina: bilaketaren emaitzak *La Biblioteca Cocharane Plus*, *Cuiden UpToDate* eta *Wiley Online Library* datu-baseetan

<i>La Biblioteca Cocharane Plus, Cuiden, UpToDate, Wiley Online Library</i>				
	Bilaketa estrategia	Denbora tartea	Emaitzak	Aukeratutako emaitzak
La Biblioteca Cochrane Plus	Afasia(titulu,laburpena)	2010-2015	1	0
Cuiden	[tit=afasia]	2010-2015	4(1errebisio)	2 (errebisio1)
	[cla=afasia]	2010-2015	7(2errebisio)	2 errebisio
	[res=afasia]	2010-2015	4	0
	[(tit=relación)]AND([tit=terapéutica])	2006-2015	22 (3errebisio)	1 errebisio
UpToDate	Aphasia (adult)	----	150	1
Wiley Online library	<i>aphasia in Keywords AND nursing in Keywords</i>	2006-2015	6	1
	aphasia in Keywords AND quality of life in Keywords	2006	4	0

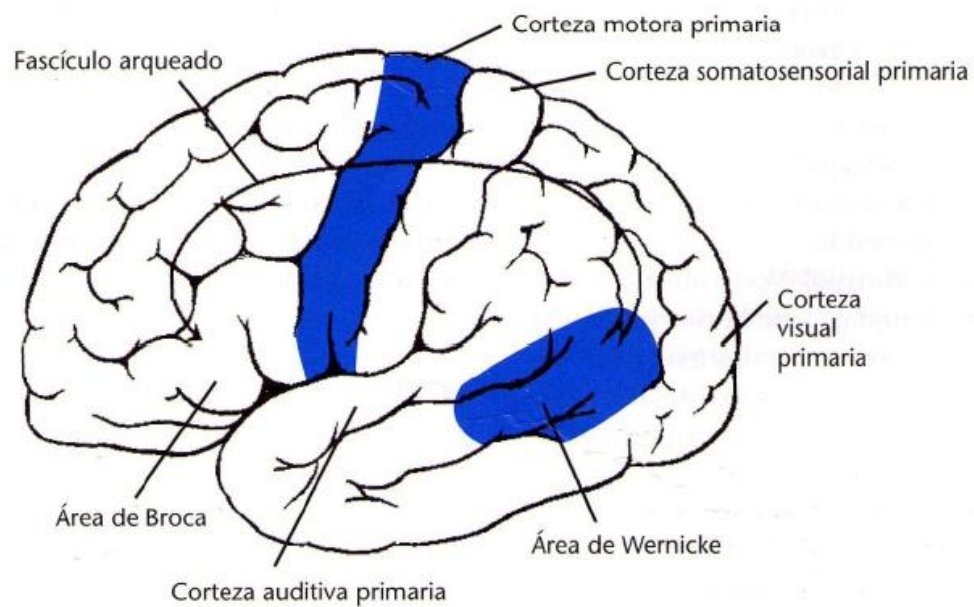
3. eranskina: bilaketaren emaitzak, *Google scholar* datu-basean.

<i>Google scholar</i>			
Bilaketa estrategia	Denbora tarte	Emaitzak	Aukeratutako emaitzak
allintitle: afasia -anciano -demencia -alzheimer -niño –infantil	2010-2015	61	1
allintitle: afasia clasificación	2006-2015	1	0
allintitle: afasia psicosocial	2010-2015	0	0
Allintitle: afasia enfermería	2010-2015	0	0
allintitle: afasia enfermera	2010-2015	1	0
afasia enfermera intervención revisión -anciano -demencia -alzheimer -niño -infantil	2010-2015	54	0
allintitle: afasia comunicación	2006-2015	6	0
allintitle: técnicas comunicación enfermería	2010-2015	3	1
allintitle: afasia cuidador	2006-2015	1	0
Allintitle: aphasia review –older – children	2010-2015	64	0
Allintitle: aphasia classification	2006-2015	5	0
Allintitle: aphasia nursing	2010-2015	12	2
allintitle: aphasia psychosocial	2010-2015	2	0
allintitle: aphasia nursing intervention	2006-2015	3	0
allintitle: aphasia caregiver	2010-2015	5	0
allintitle: quality of life aphasia -older –children	2010-2015	27	1 Liburu baten kapitulua *
Allintitle: afasia (italianoz)	2010-2015	17	1

Allintitle: bakarrik tituluari agertzea esan nahi du, ingelesez (-) zeinua hitzaren aurrean : NOT esan nahi du

* *Aphasia and Related Neurogenic Communication Disorders liburuaren 12.kapitulua: Quality-of-Life Approach to Aphasia*

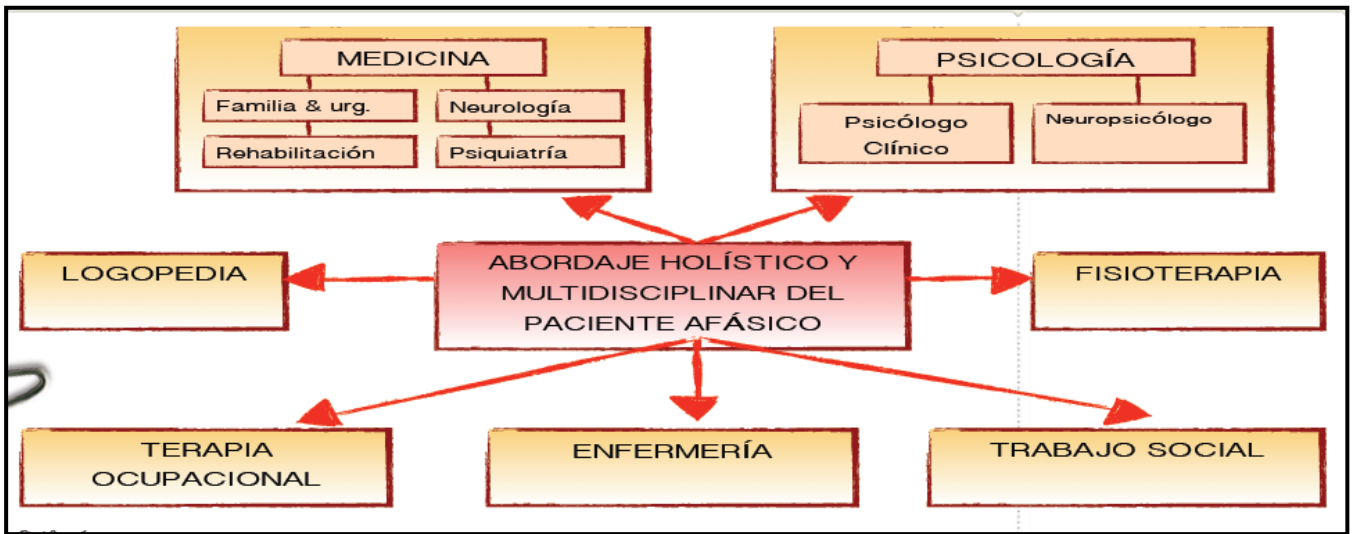
4. eranskina: garunean hizkuntzaren prozesamenduaz arduratzen diren gune nagusiak (15).



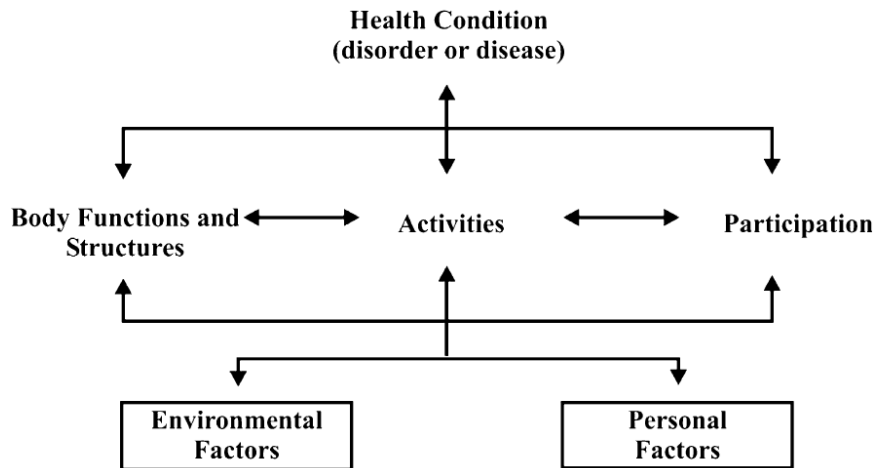
5. eranskina: erizaintzaren interbentzioak afasikoen ongizate psikosoziala lortzeko *Human Scale Development* teorian oinarrituz (13)

		Impact of aphasia on fundamental human needs, and associated nursing synergic interventions								
Psychological needs and self-actualisation		← →						Social needs and relationships		
		Freedom	Creation	Identity	Understanding	Protection	Leisure	Participation	Affection	Subsistence
Impact of aphasia	Less choice. Less control. Rights denied. Entrapment Less autonomy.	Less control. Less confidence. Less opportunity for self-expression. Non-productivity.	Identify the fi. Poor self-esteem. Poor self-concept. Lose social position. Exclusion. Negative reactions.	Capacity hidden. Intellect hidden. Poor information. Support buffer reduced.	Rights denied. Support buffer reduced.	Temporal and environmental barriers.	Temporal and environmental barriers. isolation.	Less bonding. Less intimacy. Loneliness.	Lose speech	
Destructive interventions	Nurse-controlled conversation. Slanted family perspectives.	Nurse-controlled conversation Dependency over-accommodation	Talking-over. Task-orientated communication. Communication filters. Hidden violence	Eiderspeak. Communication filters. Temporal and environmental barriers	Slanted family perspectives. Communication filters. Hidden violence. Poor advocacy skills.	Solitude.	Temporal and environmental barriers. Communication filters. Solitude.	Rejection. Solitude. Hidden violence. Unpopular patient.		
Synergic interventions	Family advocates.	Re-construct biography.	Re-construct biography.	Translation.	Family advocates.					
Competence	Explore potential & limitations.	Motivation	Explore interests.	Language therapy/ AAC training	Patient feels secure.				MDT collaboration Language therapy/ AAC training	
Compassion		Explore interests.	Self-awareness exercises.	Non-verbal displays. Concept analysis. Self-awareness exercises. Humility.	Reassurance.		Joint responsibility.	Non-verbal displays. Concept analysis. Self-awareness exercises. Humility.		
Environment			Physical adaptations.	Physical adaptations.	Advocacy training	Physical adaptations.	Physical adaptations. Temporal adaptations.	Kindness.		
Community			Social comparison. Belonging.	Common experience.	Support. Advocacy.	Group activity	Belonging.	intimacy.		

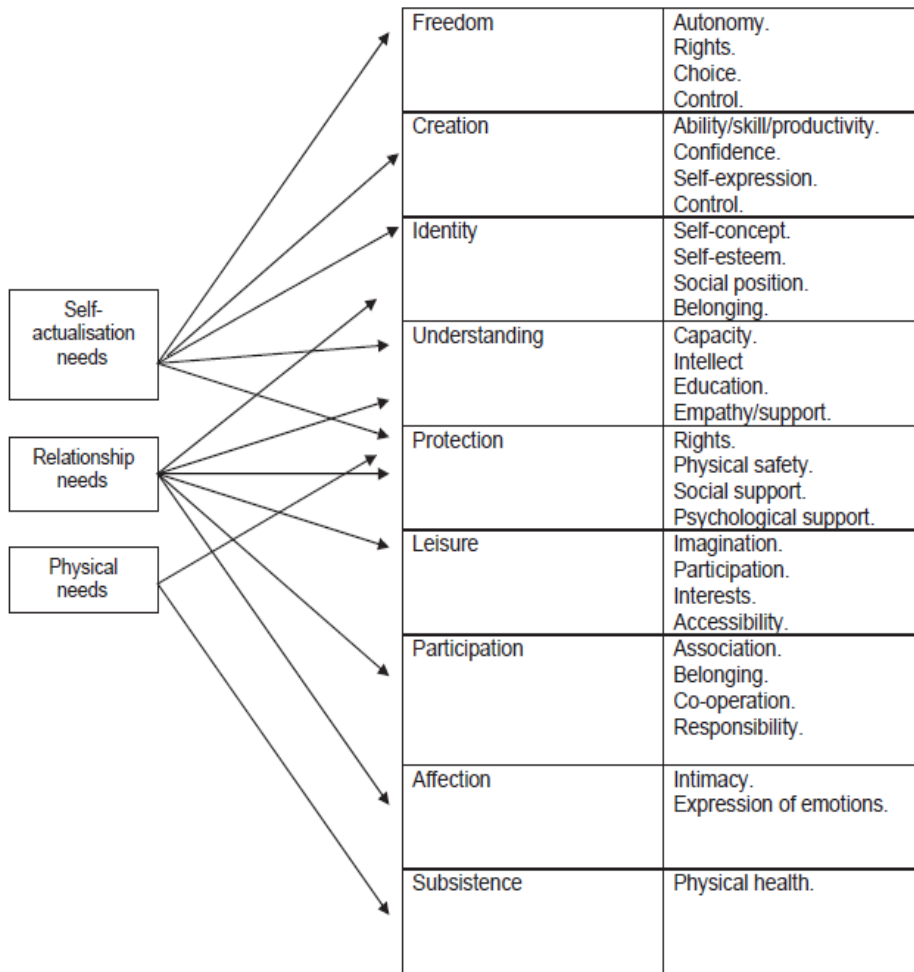
6. eranskina: afasikoen abordai multidiziplinarrean parte hartzen duten profesionalen eskema (10).



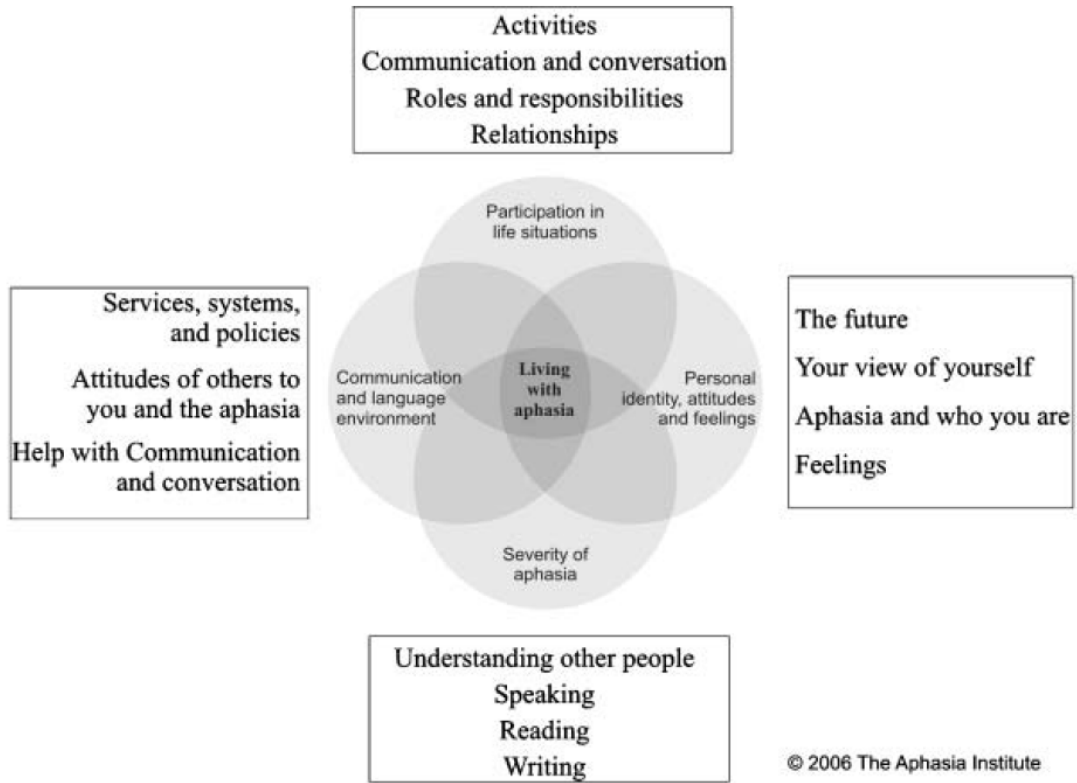
7. eranskina: *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*, osasun profesionalak gaixotasunen aurrean helburu biopsikosozialak finkatzeko egitura eskematikoa (20).



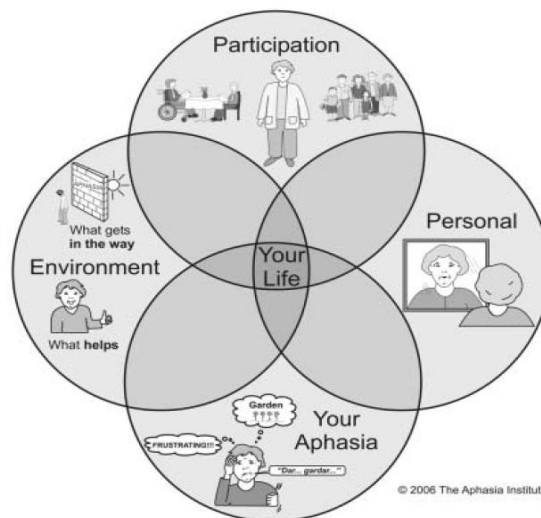
8. eranskina: *Human Scale Development* teoriaren bertsio eskematikoa (13).



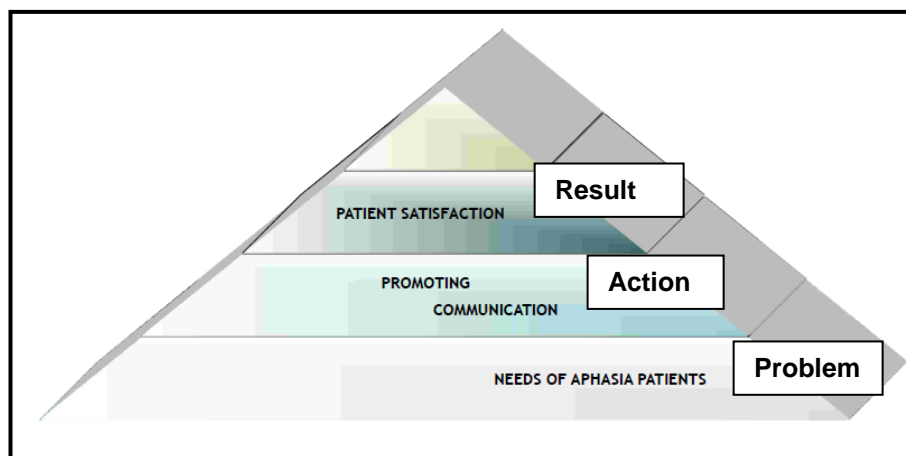
9. eranskina: A-FROM (*Living with aphasia: Framework for Outcome Measurement*) egitura (20).



10. eranskina: A-FROM egituraren bertsio piktografikoa (20).



11. eranskina: etorkizunean erizainek afasikoekin lan egiteko pausoak, piramide eran (19tik moldatua).



12. eranskina: komunikazio liburua piktograma, argazki, balorazio linea eta gizakiaren gorputzaren argazkia konbinatzen dituen (28).



13. eranskina: gailu teknologikoak. *Tablet* eta *Smartphone*-eko aplikazioak dituztenak (28).



14. eranskina: komunikazio koadernoak egutegi, balorazio linea, erloju, mapa eta oroitzapenekin (28).



15. eranskina: hiztegi bisuala, komuneko testuinguruaren barruan dauden ohiko elementuekin (28).



16. eranskina: afasiari buruzko web gune eta elkarteak.

Egun, afasiari buruzko informazioa duten eta afasia elkarten web guneak existitzen dira, afasiari buruzko kontzeptu teorikoak, komunikazio estrategiak edota afasikoentzat laguntza eskaintzen dutenak. Hona hemen batzuen **URL-a**

- FEATECE *Federación de Asociaciones de Daño Cerebral Adquirido de Euskadi* <http://www.featece.org/>
- *Federación Española de Daño cerebral* <http://fedace.org/>
- *Asociación ayuda afasia* (Espainia) <http://www.afasia.org/index.php>
- *National aphasia association* (Scarsdale, NY) <http://www.aphasia.org/>
- *American speech-language-hearing association* <http://www.asha.org/>
- *Aphasia institute* (Toronto, Canada) <http://www.aphasia.ca/>