بررسی اثرات دو روش آموزشی بر روی بیماران آفازیک[۱] ناشی از سکته مغزی

زهرا اشرفی
دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری

ناتوانی در خواندن بعد از سکته مغزی، مشکلی است که کمتر به آن توجه شده و کسانی که فعالیتهای طبیعی زندگی روزانه آنان به این مهارت بستگی دارد، بسیار متأثر می سازد.

پرستارانی که مراقبت از بیماران دچار اختلال گویایی را بعهده دارند، باید آگاه باشند که نقص گویایی می تواند بر روی چگونگی خواندن بیمار تأثیر بگذارد. اختلال در توانایی خواندن، حتی تحصیل کرده ترین افراد را عملاً به یک بیسواد مبدّل می کند.

در مرحله بازتوانی سکته مغزی، بیماری که زندگی روزانهٔ وی به مکالمه بستگی داشته، به جایی می رسد که این نقص را فقدان دیگری برای خود تلقی خواهد کرد. شدت فقدان احساس شده توسط بیمار، نسبت مستقیم با میزان وابستگی وی به این مهارت در مرحله قبل از بیماری دارد. بعضی افراد هیچگونه محرومیتی حس نمی کنند، در حالیکه برخی دیگر احساس می کنند که در کسب اطلاعات معمول ویا لذت بردن از منابع قبلی ناتوانند.

به منظور تعیین ومعرفی روشی برای کمک به افراد مبتلا به آفازی، به ویژه آفازی بروکا[۲] دریادگیری خواندن کلمات، تحقیقی انجام شده است. **آفازی، اختلالی ادراکی است که در اثر صدمه سمت چپ مغز پدید می آید.** (انجمن قلب آمریکا ، ۱۹۹۱، هارپر[۳] وگلیستا[۴] ۱۹۸۱). سیفر[۵] (۱۹۷۸) آفازیای بروکا را **به عنوان کاهش حافظه کلامی در تمامی ابعاد گویایی، مانند خواندن، نوشتن، درك شنوایی وصحبت کردن تعریف کرده است.** ناتوانی در خواندن بعد از سکته مغزی، یک نقص گویایی است که مربوط به اختلال حسی یا از دست دادن حافظه نبوده ودر اثر آن بوجود نمی آید.

با وجود اینکه مشخص نیست چه تعداد از بیماران سکته مغزی از ناتوانی در خواندن رنج می برند، اما کاملاً واضح است که این ناتوانی آنها را از شرکت در فعالیتهای تفریحی واطلاعاتی محروم ساخته ومی تواند به بروز افسردگی که غالباً با سکته مغزی همراه است کمک کند. (گروتا[۶] ۱۹۹۱، ریت[۷] ومک کولی[۸]، ۱۹۸۱)

بازنگری متون:

مرور متون مربوط به اختلالات اکتسابی خواندن، نشانگر آنست که مطالعات اندکی در مورد روشهای درمانی انجام شده است. برعکس، اطلاعات بسیار مفیدی در مورد : مان بررسی ومعالجه این اختلال موجود است. مطالعات بیسو[۹] (۱۹۷۸) کاپیتانی[۱۰] ووینولو[۱۱] (۱۹۷۹) نشان داد که **بازتوانی خواندن برخلاف بازتوانی سایر فعالیتهای گویایی، حتماً نباید بلافاصله بعد از سکته مغزی آغاز گردد.** مطالعاتی که توسط کارامازا[۱۲] وهیلیس[۱۳] (۱۹۹۰) در مورد فرایند بررسی زبان شناسی انجام گرفته، منجر به ایجاد یک مدل نوروسایکولوژیکی در سازمان گویایی شده که اساس ساختاری برای انتخاب کلمات بکار گرفته شده در این تحقیق را فراهم آورده است.

زمان بازتوانی خواندن: در بازتوانی، عقیده بر این است که معالجه نقایص اکتسابی در صورت امکان باید هر چه زودتر پس از فقدان فعالیت شروع شود. تصور بر این بوده است که این موضوع در بازتوانی گویایی نیز صدق می کند. اما بیسو وهمکارانش (۱۹۷۹) مشاهدات شگفت انگیزی را در یک مطالعهٔ مقایسه ای بهبود توانایی گویایی، با طول مدت ناتوانی، گزارش کردند. آنها در مورد سه بیمار گزارش نمودند که توانایی خواندن آنها علیرغم تأخیر درمانی تا ۱۱ سال، ۷/۵ ماه و ۲۶ ماه، پیشرفت کرده بود. این نتایج، نشانگر آن بود که **امکان بهبودی توانایی خواندن در بیماران، تا سالها پس از سکتهٔ مغزی نیز وجود دارد.**

طبقه بندی لغات: تحقیق دیگری که بر روی اختلالات خواندن انجام شده بر کاربرد بررسی نقایص گفتاری در یک مدل نوروسایکولوژیکی شامل دستور زبان و چگونگی درك مبانی لغات در مغز تمرکز داشت. (کارامازا وهیلیس، ۱۹۹۰) این مدل از نظر روش شناسی تأثیر مستقیمی بر روی تحقیق ندارد، اما جنبه های خاصی از آن مرتبط با تحقیق است. متخصصین اعصاب وزبان، گفتار را به دو نوع کلی کلمات تقسیم می کنند: لغاتی که به معنا دادن ارتباطات کمک می کنند ولغاتی که ساختار گفتار را تشکیل می دهند. کلماتی که معنی را می رسانند، تصاویر ویژه ای را مجسم می کنند که شامل اسامی هستند، مانند: صندلی، تخت وپرتغال. برعکس لغاتی که به ساختار گفتار کمک می کنند، بیشتر حالت انتزاعی داشته و در سیستم شناختی فرد، نمایش عینی کمتری دارند وشامل افعال و اجزاء ارتباطی جملات، مانند «بوسیله»، «برای»، «درطی» و«مابین» هستند. (براون[۱۴] وبلوگ[۱۵]، ۱۹۸۰) در کل بیماران مبتلا به آفازی در لغات طبقه اول بیش از دسته دوم دارای مشکل می باشند. بنابراین لغات برگزیده در این تحقیق، لغات دسته دوم بوده ونمونه های مورد تحقیق را بیمارانی تشکیل می دادند که بدون توجه به مدت ناتوانی آنها، مایل به فراگیری مجدد مهارت خواندن بودند.

روش پژوهش:

این پژوهش، یک طرح درمانی متناوب یک متغیری بود. درمانها در روزهای متناوب و در فاصله زمانی یکسان بین جلسات درمانی انجام می شد.

طرح درمانی متناوب یک متغیری، یکی از چندین طرح تدابیر مقایسه ای است که به محققین فرصت

می دهد تا اثرات دو یا چند تدبیر را در مورد افراد مورد مطالعه، مقایسه نمایند. (تاونی[16] وگاست[17]، ۱۹۸۴) در هنگام استفاده از این طرح، محقق باید دارای برنامه ای برای ایجاد تعادل در ارائه تدابیر در جلسات و در فواصل روزها باشد. در این بررسی از برگه های مخصوص کار استفاده شد که حالت تناوب در کاربرد روشهای مختلف را القا می کرد. طوری که اگر یک روش ابتدا در یکروز ارائه می شد، در روز بعد، ابتدا روش دوم مورد استفاده قرار می گرفت. سپس اگر روشی بطور قابل ملاحظه، ارجح تر از روش دیگر بود، آن روش در مرحله نهایی تحقیق، منحصراً مورد استفاده قرار می گرفت.

تناوب روشها، فواید وزیانهای متعددی دارد. این روش بدون نیاز به وضعیت پایه ای خاص، مقایسه سریع تأثیر تدابیر را میسر می سازد. عدم توانایی بیماران مبتلا به آفازی در استفاده مناسب از لغات، وضعیتی دائمی نیست و با وجود اینکه در بررسی اولیه ناتوانی بیمار در خواندن لغات به روشنی مورد تأیید بود، ولی همیشه صدق نمی کند. طرح درمانی متناوب، با این عدم ثبات تطابق می یابد، در مقابل برای اینکه این طرح مفید واقع شود، مستلزم وابستگی زیادی به تغییر و درجه بالایی از قابلیت اعتماد روش آن می باشد. علاوه بر این، از این نظر که روش درمانی بیشتر از طریق روش تحقیق دیکته شده، تا نیازهای بیمار، یک حالت ساختگی وصناعی دارد. بهرجهت در موارد مقایسه تدابیر، این روش یک طرح انتخابی است(تاونی وگاست۱۹۸۴)

۴ نفر از بیماران سکته مغزی مبتلا به آفازی کتباً موافقت خود را برای شرکت در تحقیق اعلام نمودند. سه نفر از آنها زن و یک نفر مرد بودند. مدت زمان ابتلا به سکته، از یک تا ۸ سال، سطح تحصیلات آنها از کلاس هشتم تا درجه فوق لیسانس و مشاغل قبل از بیماری آنها، شامل: منشی گری، مهندس قطار، روانشناس مدرسه وکارمندی بود. یک نفر برای مطالعه از عینک استفاده می کرد وهیچیک از آنان همی آنوپسی[18] نداشتند. همهٔ نمونه ها قبل از سکته، مطالعه می کردند و از زمان سکته مغزی دچار مشکلاتی در خواندن شده بودند.

به منظور معتبر ساختن آموزش خواندن، به یک بیمار مبتلا به آفازی، لازم است که ابتدا توانایی وی در درك بخش های گفتاری ازقبیل لغات وجملات محرز گردد. به همین جهت از این بیماران تست سریع(QT)[19] به عمل آمد. (آمونز، آمونز[20] ۱۹۶۲). این تست، یک تست هوشی انفرادی وکوتاه است که خیلی سریع وآسان انجام می شود و در سه برگ ارائه می گردد و می توان آن را درعرض ۳ تا ۱۰ دقیقه تکمیل کرد. اوگیلوی[21] (۱۹۶۵) تست سریع را با مقیاس هوشی بالغین و شلر[22] (WAIS) در بیماران روانی عصبی یک بیمارستان مقایسه نمود و همبستگی معادل ۰/۷۵ را در بین امتیازات این دو تست به دست آورد که بیش از آن مقداریست که بتوان اسم شانس را روی آن گذاشت. تست سریع مقاطع ویژه ای از توانایی را ارزیابی نمی کند، بلکه این تست روشی سریع وقابل اعتماد برای سنجش هوش افراد است. امتیازات بیماران، نشانگر بهره هوشی کلامی به میزان ۸۰ تا ۱۰۰ بود(بهره هوشی نرمال معادل ۱۰۰ است). توانایی خواندن بیماران با تست شناسایی ۲۰۰ لغت از دسته دوّم که روی کارتهای فایل ارائه می شد، مورد ارزیابی قرار گرفت (دالخ[23]، ۱۹۵۲) سپس کلماتی را که نمی شناختند، در بخش درمان مورد استفاده قرار می گرفت.

درمان:

دو روش آموزش بازآموزی خواندن برای ارزیابی انتخاب شد. کاربرد این دو روش بسیار آسان بوده و نیاز به تخصص خاصی نداشت.

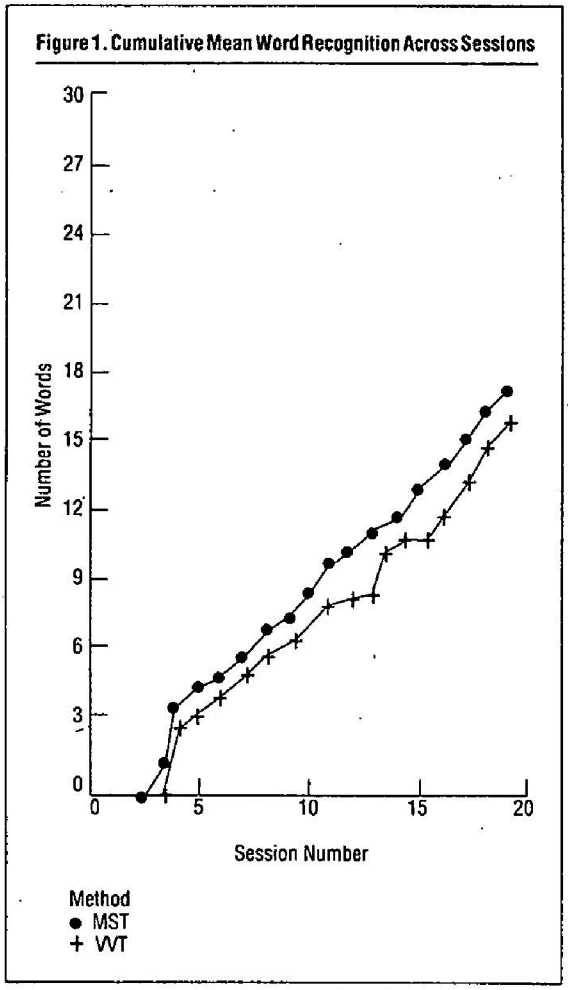
تکنیک چند حسی(MST)[24]: تکنیک اول شامل

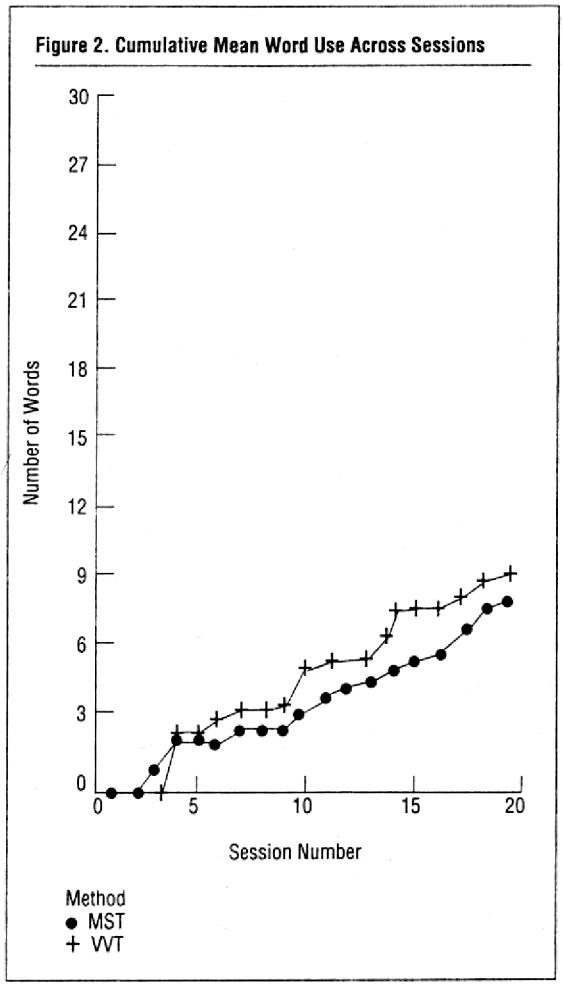
بکارگیری و ایجاد تحریکات در چند حس بود. در این روش لغت مورد نظر تلفظ می شد و سپس ضمن نوشتن آن توسط محقق، مجدداً تلفظ می شد. بیمار مبتلا به آفازی ضمن تکرار کلمه، نوشته محقق را تعقیب می کرد. این کار به دفعاتی که بیمار لازم می دانست تکرار می گردید. بیمار برای تعقیب کلمه از انگشت اشاره وانگشت سوّم دست مسلط خود استفاده می کرد و در صورت لزوم محقق به او کمک می کرد. چون دست مسلط بیمار معمولاً درطرف مبتلا به سکته مغزی است، ممکن است ضعیف و یا کاملاً فلج باشد. در هر حال باید از این دست استفاده شود، مگر آنکه فاقد حس ویا توانایی حرکت باشد. توانایی حسی بیماران مورد مطالعه، طبیعی، ولی توانایی حرکت آنها ضعیف بود. بدین لحاظ برای تکمیل حرکات کمک دریافت می کردند. بیماران خود حرکت را شروع کرده و به تنهایی آن را هدایت می کردند وفقط برای تکمیل حرکات به آنها کمک می شد.

بعد از نوشتن کامل یک کلمه، از بیمار خواسته شد که آن کلمه را در یک جمله یا عبارت ساده بکار ببرد. روزانه ۵ لغت توسط این روش آموزش داده می شد. این روش آموزشی چند حسی، برای یادگیری از حس های چند گانه بینایی، کلامی، لامسه و حرکتی استفاده می کرد. این روش بر اساس یک تکنیک خواندن بود که در ابتدا توسط گریس فرنالد[۲۵] (۱۹۴۳) برای آموزش کودکان مبتلا به ناتوانی یادگیری مورد استفاده قرار گرفته بود.

تکنیک بینایی ـ کلامی (V.V.T)[۲۶] : روش دوّم شبیه روش اول است، با این تفاوت که مرحله رسم کلمات در آن حذف شده است. دراین تکنیک که آن را تکنیک بینایی ـ کلامی نامیده اند، بیمار فقط به لغت نگاه کرده وسعی در تلفظ آن دارد. سپس باید آنقدرآن را تکرار کند تا یاد بگیرد. آنگاه، محقق توضیحات مربوط به لغت را از یک فرهنگ لغت برایش خوانده وبعد از تلفظ لغت، همانند روش اول از وی می خواهد که لغت را در یک جمله یا عبارت بکار برد. هر روز پنج لغت با این روش به بیمار آموزش داده می شد.

نتایج هر دو روش آموزشی، بلافاصله بعد از ارائه آن، در شروع وپایان تحقیق مورد بررسی قرار گرفت. این آموزش در کل در ۱۹ جلسه انجام و در هر جلسه ۱۰ لغت آموزش داده شد. (باهر روش پنج لغت). لغاتی را که بیمار در جلسه قبلی فرانگرفته بود، در جلسات بعدی تکرار می شد تا فرا گرفته شود. ۲ ماه بعد از خاتمه درمان، یک آزمایش پیگیری با نشان دادن کلمات روی کارتهای قبلی انجام شد که از بیمار خواسته شد تا لغات را تکرار کرده ومورد استفاده قرار دهد. لغاتی که فراگرفته شده بود ۳۸ تا ۴۵ لغت بود.





نتایج :

نتایج انفرادی و دسته جمعی، حاکی از آن بود که تفاوتی بین دو روش آموزشی در بهبود فوری توانایی بیماران برای شناخت واستفاده لغات وجود نداشت. تفاوت میانگین لغات شناخته شده در درمان، فقط یک لغت بود. بیماران تحت درمان با روش چند حسی، ۱۶ لغت و بیماران تحت آموزش با روش بینایی - کلامی ۱۵ لغت را فرا گرفته بودند.

از نظر بکارگیری روزانه لغات، بهبودی چندانی حاصل نشد و ظاهراً نتایج این دو روش تفاوتی با هم نداشتند. تفاوت کاربرد لغات ۰/۵ بود. افراد تحت آموزش با روش M.S.T بطور متوسط ۷/۷۵ لغت و بیماران تحت آموزش با V.V.T، ۸/۲۵ لغت را مورد استفاده قرار دادند. به مرور نتایج تحقیق با تصاویر مختلف، مشهود می شد. در بررسی مجدد در ۲ ماه بعد، کارآموزان روش چند حسی، لغات بیشتری از کارآموزان تکنیکV.V.T را مورد شناسایی قرار دادند. معذالک، بررسی آخر نشان داد که کاربرد لغات آموزش داده شده از طریق روش چند حسی، فقط در افرادی دیده شده که بر اساس نظرمتخصصین گفتار درمانی در طبقه آفازیای متوسط قرار داشتند. بیماران دچار آفازی شدید از لغات آموخته شده استفاده نمی کردند.

کاربرد در پرستاری :

کاربرد این پژوهش برای پرستاران آن است که در واقع بیماران مبتلا به آفازی ناشی از سکته مغزی که قادر به خواندن نیستند، می توانند سالها بعد از سکته برای شناخت لغات، آموزش دیده وبا کمک، آنها را یاد بگیرند. علاوه بر این، روشهای آموزشی مورد استفاده برای بهبود توانایی خواندن بیماران، تکنیک های ساده ای هستند که نیاز به تجربه زیادی ندارند. در این روشها از بیمار می خواهیم که به لغات نگاه کرده و آنها را تلفظ کند و در برخی موارد از روی لغت نوشته شده قبلی، بنویسد.

اگر یک پرستار، کمک پرستار و یا درمانگر بطور مداوم با بیمار کار کند، می تواند به وی کمک نماید تا دوباره بتواند بخواند.

بر اساس نتایج حاصله از این پژوهش، می توان در بازآموزی وکاربرد لغات وکلمات به بیمار کمک نمود. از آنجائیکه بیماران مبتلا به آفازی در بخاطر سپردن لغات دسته دوّم مشکل بیشتری دارند، روش آموزشی چند حسی که لغات را به مدت طولانی تری در حافظه فرد نگه می دارد، بهترین روش مورد استفاده خواهد بود. این روش شامل ترسیم لغات است. از طرف دیگر لغاتی مانند لغات دسته اول که حفظ کردن آنها آسانتر است را می توان از طریق روش آسان تر یعنی روش کلامی - بینایی آموزش داد.

آموزش خواندن یک وظیفه پرستاری نیست. معذالک، پرستاران باید آگاه باشند که وجود این نقص ممکن است فردی را که قبلاً باسواد بوده، کاملاً ویران کند. یک طرح مراقبتی جامع می تواند این فقدان را بررسی واصلاح نماید. درصورت حضور یکی از اعضای خانواده و یا یک دوست وداشتن وقت کافی، بازآموزی خواندن مزایای بیشماری برای بیمار خواهد داشت. مشکل می توان از احساسات یک فرد درمانده بعد از سکته مغزی آگاه شد، ولی آگاهی پرستاران از این نقص می تواند بیمار را قادر سازد تا در بهبود وکسب استقلال پیشرفت نماید. رفع این محرومیت در بیماران مبتلا به آفازی قطعاً هدفی مهم در پرستاری بازتوانی است.

1.Aphasic.

2.Broc a's aphasia

بیمار می داند که چه می خواهد بگوید اما قادر به بیان کلمات نیست.

3.Harper.

4.Glista.

5.Safer.

6.Grotta

7.Ritt.

8.Mc coley.

9.Basso.

10.Capitani.

11.Vignolo.

12.Caramazza.

13.Hillis.

14.Brown.

15.Belluge.

16.Tawney.

17.Gast.

18.Hemianopsia.

19.Quich-test.

20.Amons, Amons.

21.Ogilvie.

22.Wechsler Adult intelligence scale.

23.Dolch.

24.Multi sensory technique.

25.Grace fernald.

26.Visual-verbal technique.

Refrence:

Loughrey,Linda."The Effects of two teaching techniques on Recognition and use of function words by Aphasic stroke patients".

Rehabilitaion Nursing.Vol:17,No:3,May-Jun 1992.PP:134-137