



**INTÉZMÉNYI TUDOMÁNYOS DIÁKKÖRI KONFERENCIA
2023.**

AFÁZIA A TÁRSADALMI MEGÍTÉLÉS TEKINTETÉBEN

Public awareness of aphasia in Hungary

Készítette: **Tamása Róza**
Gyógypedagógia, BA
Magyar Agrár- és Élettudományi Egyetem Ka-
posvári Campus

Témavezető: **Dr. Szili Katalin** PhD adjunktus
Magyar Agrár- és Élettudományi Egyetem Ka-
posvári Campus
Neveléstudományi Intézet
Gyógypedagógiai Tanszék

OTDK szekció: Pedagógiai, Pszichológiai, Andragógiai és Könyv-
tártudományi

**Kaposvár
2022.**

Tartalom

1. Bevezetés	4
2. Elméleti rész	5
2.1. Afázia.....	5
2.1.1. Történelmi áttekintés az afázia vonatkozásában.....	5
2.1.2. Az afázia értelmezései.....	7
2.1.3. Az afázia oki háttere.....	7
2.1.4. Az afáziaformák és tüneteinek ismertetése	8
2.1.5. Mai értelmezés, avagy a lokalizációs értelmezés negálása	11
2.1.6. Diagnosztikai vizsgálatok.....	12
2.1.7. Az afáziaterápiák	13
2.2. Az afáziás emberek helyzete a társadalomban	15
2.2.1. Az afáziás emberek társadalomba való reintegrálódása	15
2.2.2. Az afázia ismeretének hiánya.....	17
2.2.3. A média hatása az afázia széleskörű ismeretére	18
3. Kutatás bemutatása	20
3.1. Kutatás célja	20
3.2. Kutatási kérdések.....	20
3.3. Kutatás módszere.....	21
3.4.1. Minta.....	21
3.4.2. Eszköz	22
3.4.3. Eljárás	22
4. Az eredmények bemutatása	24
5. Kutatási kérdések, hipotézisek megválaszolása.....	25
6. Összefoglalás.....	31
5.1. Limitáció.....	33

7. Kitekintés	35
8. Szakirodalom	37
9. Ábrajegyzék	40

1. Bevezetés

Dolgozatom témája az afázia, illetve annak társadalmi megítélése, ismerete, a betegséghez való hozzáállás vizsgálata. Napjainkban egyre jelentősebb kutatási területet képez az előbb említett betegség, mivel évente körülbelül tízezer embert diagnosztizálnak afáziával Magyarországon, sőt, ha a morálitást és a regenerálódást is figyelembe vesszük, akkor akár harmincezer főről is beszélhetünk. (Fekete, 2015) Az agyvérzés, a különböző agyi sérülések száma folyamatosan egyre gyakoribb előfordulást mutatnak külföldön és Magyarországon egyaránt, ezért a társadalom ismerete, tudása az afázia, az afáziával élő emberek tekintetében kiemelt jelentőségű. A társadalmi megítélés, a társadalom afáziáról szerzett tudása számottevően hozzájárul az afáziával élő emberek társadalmi reintegrációjához, gyógyulásához, pszichés jóllétéhez, így kutatásomban átfogóan ismertetem az afáziát, valamint annak társadalmi vonatkozásait.

Az elméleti megalapozás során szeretném bemutatni az afáziát, annak történelmi áttekintését, okait, formáit, a lokalizációs elméletek ellentmondásait, tüneteit, a diagnosztikus, valamint a terápiás lehetőségeit. Ezt követően a társadalmi reintegrációt, az ismeretszerzés lehetőségeit, módjait, valamint a média kiemelkedő szerepét az információközvetítésben. Az elméleti megalapozás után a kutatás kérdéseit, a kutatásom fő célját fogom szemléltetni. A kapott eredmények részletes leírása, illetve statisztikai elemzése képezi a dolgozat következő nagy egységét. Az összegzés, valamint a kitekintés során céloom rávilágítani az afáziával kapcsolatos ismeret, ismeretterjesztő módok jelentőségére, a tényre, mennyi mindent tehetünk, akár csak egy-egy mondatattal a fejlődés, a betegek jólléte érdekében. Elöljáróban az Aphasia Recovery Connection egy idézetével szeretnék rávilágítani az afázia valós képére, komolyságára; „*Az afázia magányos. Frusztráló. Szívet tépő. Gyakran félreértett.*” Remélem, az olvasó számára is érzékelhető, hogy a továbbiakban bemutatott nyelvi zavar nem köznapi témát fed le, azonban kifejezett jelentőséggel bír a társadalmunkban élő afáziások megsegítésének, reintegrálódásának szempontjából egyaránt.

2. Elméleti rész

2.1. Afázia

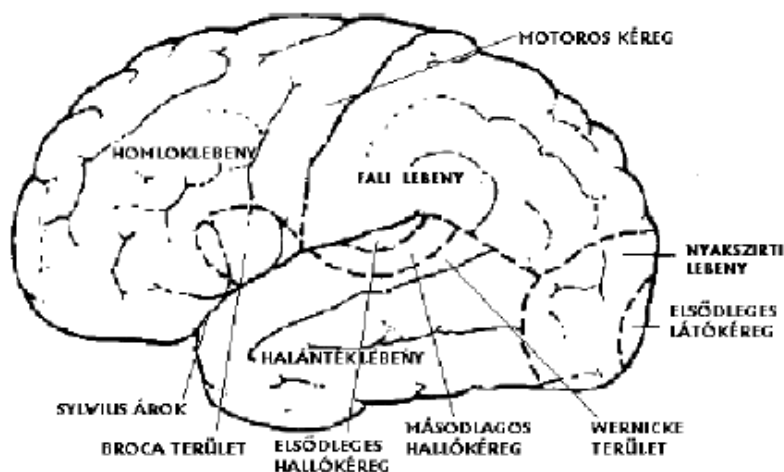
2.1.1. Történelmi áttekintés az afázia vonatkozásában

A történelmi áttekintés során hosszadalmasan lehetne taglalni az afáziát, mivel bár szakszerűen megfogalmazott, kórként, állapotként, betegségként tekintett voltja 1861-ben Paul Brocanak köszönhető, azonban már a Krisztus előtti időkben is számoltak be kutatók a „jelenségről”. Az úgynevezett klasszikus osztályozás előtti értelmezések időszakából számos kutató nevét ki lehet emelni, akik említést tettek az akkor még nem körbe határolt problémáról, úgymint Papyrus, Hippokratész, Girolamo Mercuriale és Antonio Guaneiro. (Ardila, 2014) Habár a kiváltó okokat, az érintett agyi területeket homály fedte, a régi időkben élt tudósok számára is világossá vált a probléma súlyossága, összetettsége. Franz Joseph Gall 1810 és 1819 között végzett vizsgálatokat, antropometriai méréseket a koponyacsonton, hogy megállapíthassa a különböző központok lokációit, amely által megszületett a frenológia, vagyis a mentális funkciók kapcsolatát ismertető gondolatrendszer. Bár az előbb említett kutatási eredményeket a későbbi vizsgálatok dementálták, ám maga a lokalizációs osztályozás, gondolkodásmód tovább erősödött. (Kállai és Karádi, 2008)

Az afázia klasszikus értelmezésének időszaka 1861-hez tehető, amikor Paul Broca, francia neurológus a Francia Antropológiai Társaság előtt bemutatta egy betegének leletét, aki baloldali fokális agysérülést szenvedett, a jobb testfele lebénult, valamint a tan-tan szó, illetve néhány káromkodáson kívül mást nem tudott mondani, azonban beszédértése, intellektusa sértetlen maradt. (Bánréti, 2014) A beteg halála után Broca felboncolta; az eredmények alapján pedig arra következtetett, hogy jobb kezes emberek esetében a bal agyfélteke harmadik frontális barázda hátsó harmadának sérülése okozza a szerzett beszédprodukciós zavarokat. (Kállai és Karádi, 2008) Ezzel ellentétben Carl Wernicke 1874-ben doktori disszertációjában az afázia két típusát különböztette meg, a motoros, illetve a szenzoros afáziát. (Ardila, 2014) Első két betegnek beszéde bár fluens volt, azonban sokszor érthetetlen, nehezen érthető is volt egyben, neologizmusokat használtak. Wernicke ezért úgy gondolta, hogy a hangalakot tároló terület, vagyis a halántéklebeny felső tekervényének sérülése állhat a probléma hátterében. (Bánréti, 2014) Wernicke és Lichteim nevéhez kapcsolódik továbbá a nyelvi kompetencia általános modellje is, anatómiai megközelítésből, vagyis az afázia klasszikus modelljei, osztályai. (Ardila, 2014) Az afázia leírásában ugyancsak tevékenykedő, bár valójában a kollektív emlékezetet

vizsgáló Halbwachs szerint fontos kiemelni, hogy az érintett személy esetében nem az emlékek eltűnése a probléma, hanem az előhívó, egységbe foglaló képességük sérülése. Az első világháború sérültjein végzett vizsgálatain alapján az elsődlegesen szimbolikus reprezentáció, valamint a konvencionális szimbolicitás sérülését fogalmazta meg az afázia mögöttes okaként. (Halbwachs, 1925)

A második világháború utáni időszaktól beszélhetünk a modern értelmezésről. 1965-ben Norman Geschwind a korábbi afázia modelleken dolgozott, továbbfejlesztve azokat. A Wernicke-Geschwind modellt megalkotva, Geschwind *„az egyes afáziás nyelvi tünetcsoportokat rávetítette a sérült Brodmann területekre”*. (Bánréti, 2014, 1191. o.) (1. ábra) A klinikai nyelvészet alapítójaként is említhető Lurija szerint *„nem izolált szerepű központok, hanem a tág kapcsolati hálóval rendelkező működési kör sérülése képezi a diszfunkció alapját”*. (Kálai és Karádi, 2008, 217. o.)



1. ábra: A nyelv és a beszéd szempontjából legfontosabb agykérgi területek (Bánréti, 2014, 1191. o.)

A kortárs periódusról, értelmezésről az 1970-es évektől, a modern diagnosztikai eszközök, illetve a fejlődő neurolingvisztikai vizsgálatok megjelenésének kezdetétől beszélhetünk. Három nagy szakaszra oszthatjuk az időszakot, az első fázisban a statikus képalkotás a CAT, az MRI, és a dinamikus képalkotó vizsgálatok az fMRI és a PET megjelenése, fejlődése történt. A második szakasz a különböző tesztek, diagnosztikai eljárások széleskörű használatát jelenti, míg a harmadik szakaszban a különböző terápiás gyakorlatok, módszerek bővülése jelenik meg. (Ardila, 2014) Az előbb leírtak a dolgozat későbbi fejezeteiben részletesebb bemutatást kapnak.

2.1.2. Az afázia értelmezései

Bár 1861-től, Paul Broca által publikált motoros afázia és 1874-től, Carl Wernicke által megjelentett szenzoros afázia leírásától beszélhetünk az afáziakutatás kezdetéről, ám a mai napig vannak megválaszolatlan kérdések a témakörben, a fogalom meghatározásában. A leginkább általánosan elfogadott „álláspont”, definiálás szerint *„az afázia a nyelvre domináns agyfélteke meghatározott kérgi és kéreg alatti területeinek organikus eredetű, fokális sérülése következtében kialakult nyelvhasználati zavar, olyan multimodális diszfunkció, amely a különböző nyelvhasználati módokban (hangzó beszéd, jelnyelv, olvasás, írás) eltérő mértékben érintheti a nyelvi kifejezések produkcióját és/vagy megértését”*. (Nagy, 2013, 103. o.) Tehát az afázia alatt olyan nyelvi korlátozottságot értünk, amelynek okai az agyi területek sérülésében fedezhetőek fel. (Bánréti, 2014) Fontos kiemelni, hogy nyelvi zavarról, nem beszédzavarról beszélünk. (Kas és Mészáros, 2013)

2.1.3. Az afázia oki háttere

Az oki háttérhez többféle tényező, betegség, trauma is társítható. A legismertebb ok a stroke, amely hazánkban évente körülbelül 40 000 esetet jelent, minden negyedik pedig afáziához vezet. A stroke alatt olyan zavart értünk, amely az agy vérkeringését érinti, valamint a neurológiai szimptómák 24 óránál tovább állnak fent. Felosztása lehetséges genezisük és patológiás következményeik szerint, úgymint agyi ischaemiák és agyvérzés. (Mészáros és Nagy, 2013) Az agyi ischaemiák közé tartozik az embólia és a trombózis. Az agyvérzés két nagy csoportba sorolható, az egyik a szubarachnoideális vérzés, amelyet gyakran lehet tapasztalni fiatalok esetében motorbalesetnél, idősök esetében pedig esés utáni fejsérülésnél. Az agyvérzés másik csoportjába tartozik az intracerebrális vérzés, amely fejsérülés, illetve magasvérnyomás esetén jelenhet meg. (Ardila, 2014) További okai lehetnek az agy területén keletkező, létrejövő sérülések, érelzáródások, tumorok, azonban általában ekkor nem beszélhetünk súlyos nyelvi zavarról. A cerebroveszkuláris sérülés esetén – mint a stroke is – a beszédközpont területének nagyobb százaléka sérül, így a károsodás a nyelvi képességek nagy vagy teljes részének elvesztését is eredményezheti. (Kállai és Karádi, 2008) A traumás agyi sérülés (TBI), vagyis szerzett agysérülés baleset következtében jelenik meg, mikor a fej erősebb ütés éri, tünetei lehetnek enyhék, de súlyosak is, annak függvényében, mekkora sérülés keletkezett az agy területén. Mindazonáltal az afázia hátterében akár fertőzések is állhatnak. Az idegrendszeri fertőzések tünetei közé tartozik a túlműködő pszichomotorium, illetve a szótalálási nehézség. A fertőzések egyik fajtája lehet a herpeszvírus okozta agyvelőgyulladás, amelynél fennállhat a károsodás

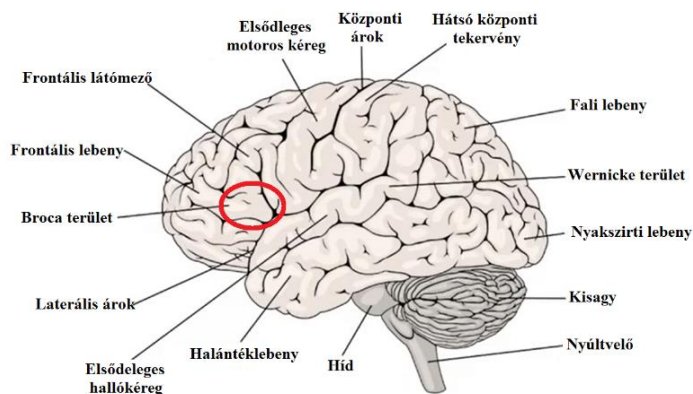
esélye a nyelvi szintek tekintetében. A fertőzések másik fajtája az agyvelői tályog, amely, ha a beszédközpont területét érinti, akkor szintén nyelvi zavart okozhat. Ugyanakkor különböző degeneratív állapotok során is előfordulhatnak afáziás tünetek, bár ott az afázia komorbid állapotként írható le, illetve nem beszélhetünk az oki háttér relevanciája szerint valós afáziáról. A progresszív afázia, valamint a primer progresszív afázia (PPA) egy olyan ritka neurológiai szindróma, amely a nyelvi feldolgozás, -rendszer folyamatos romlását, sorvadását idézi elő. (Ardila, 2014) A betegek agrammatizmust, valamint anomia jellegű tüneteket produkálhatnak. A CT vizsgálatok általában a nyelvi központok sorvadását mutatják ki, a betegséget az Alzheimer-kór „nyelvi formájának” is szokták nevezni. (Gósy, Gyarmathy és Horváth, 2014)

2.1.4. Az afáziaformák és tüneteinek ismertetése

Az afázia formáinak osztályozása több szempont szerint is lehetséges. A „legelfogadottabb”, a klinikumban is használt, a terápia kialakítására szolgáló diagnosztikai tesztekben a klasszikus osztályozás a követendő. A klasszikus osztályozás az afázia történeti áttekintésében is megjelent már említésszintén. Mielőtt magukat a formákat tárgyalnánk fontos, hogy a különböző anatómiai bázisokat is ismertessük. A klasszikus leírások szerint a Brodmann (ezenül Br.) 45, 46 mező, a bal – amennyiben jobb kezes a beteg – félteke inferior frontális lebeny, a Broca terület a beszéd motoros produkciójáért, amíg a Br. 22 mező, a superior temporális lebeny, vagyis a Wernicke terület a beszédértésért felel. A későbbi képalkotó vizsgálatok alapján kiderült, hogy további területek is hozzájárulnak az ép nyelvi kompetenciához. (Kállai és Karádi, 2008)

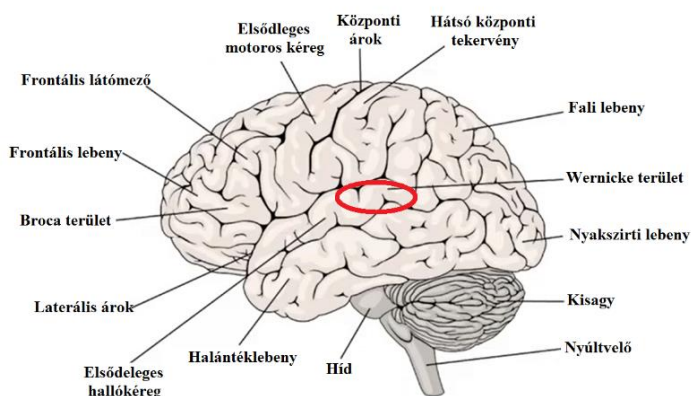
Klasszikus osztályozás:

A *Broca-afázia* a frontális lebeny harmadik agytekervényének hátsó területének sérülése miatt jön létre, amelyhez a pericentrális gyrus azzal szomszédos alsó területei is károsodnak. (2. ábra) A legjellemzőbb tünetek csoportjába tartozik a beszédprodukció kifejezett zavara, az agrammatizmus, a fragmentált kifejezések használata, a beszéd fluenciájának sérülése, a monoton intonáció, illetve a viszonylag ép beszédértés. A sérülés a beszédtervező, valamint a kivitelező rendszert érinti. (Bánréti, 2014)



2. ábra: Broca-afázia, a sérülés léziója

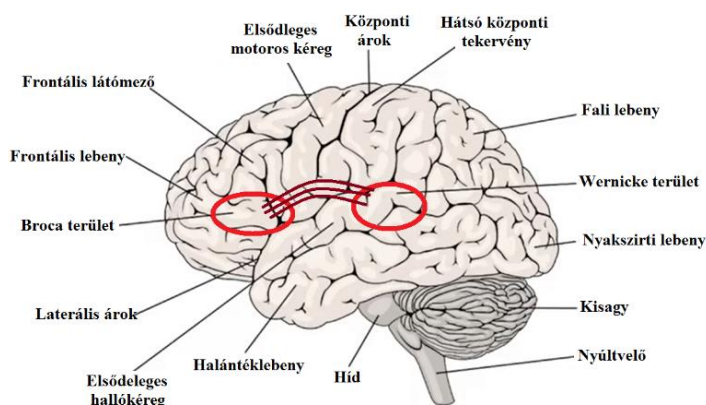
A *Wernicke-afázia* a temporális lebeny első gyrusának hátsó területének, valamint az azmelletti kérgi területnek a sérülése miatt jelenhet meg. (3. ábra) A legáltalánosabb tünetei közé tartozik a fluens beszéd, amely gyakran „halandzsaszerű” kifejezéseket, neologizmákat, parafáziákat tartalmaz fonológiai, morfológiai, szemantikai jellegű tévesztésekkel egyetemben. Beszédértésük kifejezett zavara a jellemző, a beszédkényszer, logorrhea gyakori társuló tünet lehet. A sérülés a szavak hangalakjának reprezentációs ismeretét, készségét érinti. (Bánréti, 2014)



3. ábra: Wernicke-afázia, a sérülés léziója

Az *anomikus afázia* a temporális lebeny hátsó részének, illetve a temporális lebeny, parietális lebeny és occipitális lebeny határos területeinek sérülése miatt alakulhat ki. Tünetei közé tartozik a szótalálási nehézség, amely gyakran a közneveket érinti, valamint a beszédmegértés nehezítettsége. A sérülés a hangalak reprezentációjának és a szavak jelentésreprezentációjának összekapcsolásában jelenik meg. (Bánréti, 2014)

A *vezetési afázia*, másnéven *konduktív afázia* a „*parietális (fali lebenyi) területeknek vagy a Wernicke-területet és a Broca-területet összekötő asszociatív pályáknak a sérülése*” (Bánréti, 2014, 1192. o.) miatt jön létre, vagyis a beszédmezők szenzoros, illetve motoros területét összekötő régió sérül. (4. ábra) A tünetek közé sorolható a nehezített szó- és mondatismétlés, utánmondás, fonémikus parafáziák, téves fonémacserék, perszeveráció, anomia és magas-számú fonológiai hibák. Bár a beszéd fluens, a beszédmegértés többnyire ép, ám az összetett mondatok értelmezése gátolt. (Nagy, 2013) A sérülés a szavak hangalakjainak kifejeződésében, a beszédprodukció szétválásában jelenik meg. (Bánréti, 2014)



4. ábra: Vezetési afázia, a sérülés léziója

A *transzkortikális afáziának* több „csoportja” is ismert. A *transzkortikális motoros afázia* a Broca-terület előtti fehérállomány károsodása miatt jön létre. Legfőbb tünetei többnyire megegyeznek a Broca-afáziánál leírtakkal, mint a beszédprodukció kifejezett zavara, az agrammatizmus, a fragmentált kifejezések használata, a beszéd fluenciájának sérülése, a monoton intonáció, azonban az utánmondás képessége viszonylag megtartott, artikulációjuk jobb, beszédértésük bizonyos szinten ép, írásuk viszont gátolt. (Bánréti, 2014) A sérülés a „*jelentésrepresentáció és a motoros beszédprodukció disszociációjában*” jelentkezik. (Kállai és Karádi, 2008, 224. o.) A *transzkortikális szenzoros afázia* a parietális lebeny és a temporális lebeny által fedett területek, illetve ezek fehérállományainak, a „*parieto-temporo-occipitális junkciónak*” a károsodása miatt jelenik meg. A tünetek körébe tartozik a gátolt szótalálás, olvasás, írás, valamint a viszonylag fluens beszéd és a többnyire ép utánmodási képesség. A beszédértés, a szavak megértése nehezített. (Nagy, 2013) A sérülés a szavak jelentésének aktivizálásában mutatkozik meg. (Bánréti, 2014) A *kevert transzkortikális afázia* az előbb említett két afáziaforma jellemzőit egyaránt tartalmazza. A tünetek a károsodás helyétől, mértékétől függenek, csakúgy,

mint az utánmondás képességének mértéke, valamint a megnevezés, a szótalálás, az olvasás károsodásának szintje.

A szubkortikális afázia a „basalis ganglionok, a thalamus, a bal oldali nucleus caudatus és a putamen károsodása következtében alakulhat ki”. (Nagy, 2013, 104. o.) A tünetei a sérülés helyétől függenek, azonban kifejezetten jól rehabilitálhatóak. (Nagy, 2013)

A globális afázia a Sylvius-árok, illetve az akörüli kérgi lokációk sérülése miatt jön létre. Tünetei között szerepel a súlyos nyelvi zavar, a beszédprodukciónak hiánya, vagy csekély jelenléte, illetve a beszédmegértés súlyos gátoltsága. A sérülés a nyelvi produkció, valamint feldolgozó rendszer kollapszusa. (Bánréti, 2014)

Az aprozódia a szubdomináns félteke sérülése miatt alakul ki. Tünetei a monoton intonáció, a beszéd dallamosságának hiánya, a beszéd prozódiai elemeinek elvesztése. (Nagy, 2013)

2.1.5. Mai értelmezés, avagy a lokalizációs értelmezés negálása

Bár a mai napig a klinikumban a klasszikus osztályozás általi afáziaformák szolgálnak az afázia típusának megállapítására, ám a képalkotó vizsgálatok adta lehetőségek által kiderült, hogy csak a lokalizáció szerint nem lehet beazonosítani pontosan egy-egy afáziát. A nyelvi feldolgozás folyamatát sem teljesen ismerjük, sőt Chomsky szerint *„az agyi képalkotó eljárások további támogatást nyújtanak ahhoz a hipotézishez, miszerint létezik az emberi agyban olyan szövet, amely az emberi nyelv szerkezetének a beszédétől és a hangtól független funkcióját szolgálja”.* (Bánréti, 2014 idézi: Chomsky, 2007, 1214. o.) Más kutatók, úgymint Jackson és Head, úgy gondolták, hogy a beszédfunkciót működtető terület nem lokalizálható, mivel maga az agy végzi a „feladatot”. (Kas és Mészáros, 2013)

Az előbb említett unitárius szemlélet, illetve a lokalizációs értelmezés közötti átmenet Lurija meghatározásán alapszik, vagyis a nyelv egy összetett funkcionális rendszer, a nyelvi feldolgozáshoz egyidejűleg több agykérgi részvétel is elengedhetetlen. (Ardila, 2014) Lurija mindemellett hat afáziaformát izolált: az artikulációk artikulációjának zavarát, a Broca-afáziát, a Wernicke-afáziát, az akusztikus amnéziát, a szemantikus afáziát, valamint a dinamikus afáziát. (Bánréti, 2014) Ugyancsak a lokalizációs szemlélettel ellentétes nézeteket vallott Jakobson (1941), aki a *Gyermeek nyelv, afázia és fonológiai univerzálék* című tanulmányában a gyermeknyelv fejlődésének, illetve az afázia során elveszett komponenseket hasonlította össze. Eszerint azok a területek vesznek el először az afáziás betegeknél, amelyeket a gyermekek a

legkésebb sajátítanak el. Az előbb említett aspektus, vagyis a Regressziós Hipotézis a mai napig „érvényes”, bár kutatásokkal egyértelműen nem lehetett eddig még teljeskörűen bebizonyítani. Mindemellett Jakobson is összekötötte a különböző agyi területek sérüléseit, a paradigmaticus szerveződés és a szintagmikus szerveződés károsodásával. Míg az előbbi szerveződés a szenzoros dekódolás zavarához vezethet, valamint a Wernicke-területet érinti, addig az utóbbi szerveződés a motoros kódolás károsodását okozhatja, a Broca-terület taktusával. Jakobson magyarázatain alapultak Pinker két utas hozzáférési modelljei és Ullmann procedurális emlékezeti rendszer modellje is. (Bánréti, 2014)

Összességében jól látható, hogy bár a klasszikus afáziaformák osztályozása a közismert, ám rengeteg megválaszolatlan kérdés szerepel a témakörben, számos különböző elmélettel, amelyek egyrésze a jelen dolgozatban nem került bemutatásra. A klasszikus osztályozás igazságtartalma, relevanciája a mai napig is érvényes, kiváltképpen a diagnosztikai módszerekben.

2.1.6. Diagnosztikai vizsgálatok

A diagnosztikus eszközök tárházát tekintve széleskörű a választék. A diagnosztikai eszközök bemutatása során két nagy csoportot ismertettek, melynek első „tagja” a számítógépes vizsgálati eljárásmódok, képalkotóvizsgálatok, amelyek mind a lokalizációt, mind a neurolingvisztikai kutatások alapját képezik. A statikus képalkotás módszerei, úgymint a CT, komputer tomográfia és az MRI, vagyis a mágneses rezonanciavizsgálat szignifikánsan hozzásegítették a kutatókat a sérülés helyének definiálásához. A dinamikus képalkotó vizsgálatok kategóriájába tartozik a PET, vagyis a pozitronemissziós tomográfia és az fMRI, a funkcionális mágneses rezonanciavizsgálat. (Kas és Mészáros, 2013) A modern elektrofiziológiai eljárások (EEG) során az agyban zajló változásoknak, a koponyára tett elektródák által az EKP-nak, vagyis az eseményhez kötött potenciálok változásának vizsgálata történik. (Bánréti, 2014)

A diagnosztikai eljárások másik csoportjában a különböző tesztek, teszthatériák, vizsgálóeljárások jelennek meg. Az afázia vizsgálata több típusú, fajtájú is lehet, annak függvényében, hogy elsődlegesen mit szeretne diagnosztizálni. Célként jelenhet meg az afázia típusának megítélése, súlyosságának mértéke, de arra is irányulhat, hogy a nyelvi feldolgozás, nyelvi rendszer mely szintje sérült, vagy mely szintje maradt ép. A diagnosztikus eljárás megjelenhet egy nagyobb kiterjedésű neuropszichológiai vizsgálaton belüli részből, mint például Lurija vizsgálata, de olyan is előfordulhat, hogy az afázia mellett a perceptuális, valamint a motoros folyamatok sérülésének vizsgálatára is alkalmas eljárás áll a rendelkezésre. (Osmánné Sági, 2007)

Másfajta csoportosítás szerint, beszélhetünk szűrővizsgálatokról, mint a Wepman-próba és a Token-teszt, diagnosztikai tesztbateriákról, mint Lurija vizsgálati módszere vagy a Boston Veteran Hospital Aphasia Test. A speciális próbákhoz, egy-egy verbális funkció vizsgálatára alkalmas tesztekhez tartozik a szófolyékonyság-próba és az elbeszélés-tesztek. A funkcionális beszédtesztek, amik a kommunikációs készséget vizsgálják, a Porch-index, valamint a CADL. A Magyarországon használt tesztek közül a Token-teszt és egy differenciáldiagnosztikai batéria, a Western Aphasia Battery teszt adaptálására került sor. (Osmánné Sági, 2007) A klinikumban a spontán beszédet, az utánmondás képességét és a beszédpercepciót a Western Aphasia Battery (WAB) diagnosztikus teszt segítségével végzik. (Nagy, 2013) Jelenleg sztenderdizálás alatt áll a CAT-H (Comprehensive Aphasia Test) magyar változata, amely a nyelvi területek vizsgálata mellett egy kognitív szűrővizsgálattal, illetve egy életminőségi kérdőívvel is rendelkezik. (Zakariás, Rózsa és Lukács, 2020)

2.1.7. Az afáziaterápiák

A terápia megtervezése

Az afázia terápiajának megtervezése igencsak összetett feladat, amely több tényezőtől is függ. Számos szakember kollaborációját igényli multidiszciplináris volta miatt, úgymint neurológus, (neuro)pszichológus, gyógytornász, nővér, zeneterapeuta és logopédus. A terápia sikeressége függ az érintett területek sérülésének fajtájától, súlyosságától, a beteg életkorától, nemétől, a kollaborációs képességétől, az afázia fázisától, valamint a terápia típusától, gyakoriságától is. A terápiát nehezíthetik a megjelenő neuropszichológiai komorbid zavarok, mint az akalkulia, agnózia, apraxia és egyéb funkciózavarok. (Nagy, 2013) A lokális kérgi zavar elmélete, a nyelvi funkciók elvesztése, illetve a megőrzött nyelvtudáshoz való hozzáférés a terápia alapjául szolgálhatnak. (Szentkúti-Kiss, 2006) A terápia különböző nyelvi szintekre koncentrálnálható, a percepció szintje és a maradványtünetek felhasználásának mentén. (Nagy, 2013)

A logopédiai terápia szükségessé nyilvánuló, valamint kutatásokkal igazolható, ám intenzitásának, időtartamának intervalluma kulcsfontosságú. A leginkább bevált módszer az intenzív, öt hónapon át tartó, heti minimum három óra, amelynek megkezdése már az akut fázisban megtörtént. Mindemellett a logopédiai tanácsadás, szupervízió is sokat segíthet a betegekben, mivel a családtagok általi foglalkozások is fejlesztő hatásúak. (Kas és Mészáros, 2013)

A gyakorlatban használt terápiák

A terápiás lehetőségek bemutatása előtt fontos tisztázni, hogy a nyelvi folyamatok felépülésének, regenerálódásának három szakasza van, melyek átfedésben lehetnek egymással. A stroke utáni 0–3 hét az akut, azaz a korai szakasz, amelyet ismételten három fontos tényező jellemez. Az első komponens a károsodást elszenvedett agyterületek szöveteinek a helyreállítása a vértermelés szintjén. A második komponens a keletkezett ödéma felszívódása, míg a harmadik komponens pedig a diaschisis helyreállása. Amennyiben mindhárom tényező megvalósul, akkor a nyelvi rendszer rekonstruálja önmagát, így esetleg stimulációs terápiákra lehet szükség, ahol a kiemelt cél a sérült, gátolt funkciók normalizálódásának elősegítése. Az előbb említett stimulációs terápiák közé tartozik a Shuell-féle stimulációs terápia, a Weigh-féle közvetett stimulációs terápia és a kontextualapú terápia. (Kas és Mészáros, 2013)

A felépülés késői szakaszában, vagyis a stroke utáni 2–12 hónapban az afázia stabilizálódik, így lehetőség van a differenciáldiagnosztikus vizsgálatok alkalmazására. A második szakaszban a terápiák közül a szimptómaspecifikus terápiák által lehet szignifikáns fejlődést elérni, azonban ehhez a kognitív neuropszichológiai szemléletű elméletek ismerete is fontos; tehát, ha a szemantika szintjén áll fent a probléma, akkor annak a közvetlen stimulációjára van szükség. Mindemellett a neurolingvisztikai alapú kezelések csoportjába tartozik a Language Oriented Treatment (LOT) és a Constraint-Induced Aphasia Therapy (ezen túl CIAT), amelyek a nyelvi feldolgozó rendszer egészét stimulálják. (Kas és Mészáros, 2013)

A nagyon késői szakasz során, amely esetében súlyos nyelvi zavarról beszélhetünk, a fő terápiás irányvonalat a kompenzációs stratégiai lehetőségek adják, úgymint a Bliss-nyelv vagy a gesztushasználat. Sokáig úgy tartották, hogy a késői szakaszban már érdemleges javulás nem következik be, ám ezt a longitudinális vizsgálatok több esetben is megcáfolták, ezért, valamint a gyógyulás fázisaiban elsajátítottak szinten tartása érdekében fontos lehet a csoportterápiás foglalkozás. (Kas és Mészáros, 2013)

Az előbb ismertetett terápiák mellett azonban még számos gyógyító eljárásról beszélhetünk, mint a „*Beszélek, hogy beszéljek*” módszer. A módszer alapja az előbbieken említett CIAT, amely mind az akut, mind a krónikus afáziás személyeknél használható, valamint effektív hatást gyakorolhat a károsodott nyelvi képességek visszaszerzésére. A terápia folyamán a terapeuta a kezdeti időszakban több segítséget nyújt a paravánnal elválasztott afáziás betegek számára, ám a későbbiek során a pácienseket többnyire önmagukra hagyja, így elősegítve a releváns verbális elemek előhívásának és produkciójának létrejöttét. (Ivaskó, Tóth, Jakab és

Vécsei, 2016) A *deblokkoló módszer* Weigl nevéhez köthető, aki szerint az afáziások esetében a nyelv zárt állapotban van, így a terápia célja a zárt állapot deblokkolása, nem auditív, hanem vizuális módon, az olvasás segítségével. (Ardila, 2014)

A terápiák további lehetőségeihez tartozik a *Melodikus Intonációs Terápia* is. A terápia lényege egy didaktikusan felépített módszer, ahol egy egyszerűsített kottával dolgozik a terapeuta, melynek segítségével a rövid két szótagos szavaktól egészen az összetett kifejezésekig mindent kettő-három hangból álló dallammal elénekel a beteg. (Fekete, 2016) A terápia többlépcsős. Először a dallamot csak a terapeuta dúdolja, majd segít a páciensnek a ritmusütésben, míg második lépésként a beteg csak a dallamot dúdolja. Harmadik lépésként a szöveg-dallam kombinációjának ismétlése jelenik meg, ahol a terapeuta fokozatosan magára hagyja a beteget; a negyedik lépésnél, vagyis a folyamat végén pedig a sok gyakorlás után a beteg bár kissé túlzott intonációval, de képes a beszédhang általi kifejezésre. (Ardila, 2014) A módszer a szavak, rövid mondatok ismétlésére egyaránt alkalmas, Juhos-Kiss Eszter pedig kiemeli, hogy az esetleges dallamvariációk által további javulás tapasztalható. (Juhos-Kiss, 2020) A terápia, protokoll rengeteg türelmet, szaktudást, odafigyelést, ismeretet igényel a terapeuta oldaláról. További kiegészítő terápiaként jelen lehet, főleg külföldön, a művészetterápia is.

2.2. Az afáziás emberek helyzete a társadalomban

2.2.1. Az afáziás emberek társadalomba való reintegrálódása

Az afáziások társadalomba való reintegrációjáról, a társadalomban betöltött szerepükről, valamint a társadalmi megítélésükről kevés szakirodalom található, kiváltképpen magyarul. Holott az afázia velejáróinak csoportjába tartozik a társadalmi, valamint pszichológiai feszültségek a közvetlen kapcsolatokban, illetve a társadalomban való beilleszkedés. (Andersson és Fridlund, 2002) Ennek okán a terápiának nem csak a megfelelő kommunikációs képességek visszaállítása, fejlesztése a célja, hanem a társadalomban elvárt funkciókhoz szükséges képességek fejlesztése. Az afáziás beteg számára problémát jelent a különböző szerepeknek való megfelelés, úgymint házastárs, szülő, alkalmazott vagy barát. (Elman, 2005) Külföldi kutatások között fellelhető néhány, amely az adott témában tárgyalja az afáziát. Dalemans és mtsai (2009) interjút készítettek afáziás felnőttekkel a társadalmi részvételükkel, pozíciójukkal kapcsolatban. A kérdések között szerepelt, az afázia előtti személyiségük, viselkedési jellemzőik. Sokan arról számoltak be, hogy extrovertáltak, a társaság viccmesterei, míg néhányan inkább tartózkodóak voltak, azonban mindkét csoportban ugyanaz lett a személyiségük leírásának a vége; miszerint afáziájuk után esetenként nem ismernek magukra, sokan otthonukat sem hagyják el szívesen.

Az interjú során szinte az összes alany egyöntetűen kijelentette, bár a társadalmi részvételükről beszéltek, valamint tevékenységeikről, a céljuk, hogy ne jelentsenek terhet a számukra fontos környezetnek, a társadalomnak. A beszélgetés, szociális eseményeken való részvétel ismételten inkább problémát, nehézséget, kirekesztettség érzetet okozott a betegek számára, mint sem pozitív tapasztalatot. Beszédük nehézsége, diszgrammatizmusa miatt sokszor félbeszakítják őket, átveszik tőlük a szót. Másrészről azonban a közeli barátok által való kommunikációra való készítés, a probléma negálásának elutasítása, a segítő hozzáállás sokat segíthet az afáziával küzdők kommunikációs helyzetén, a kifejezőképesség fejlesztésén. Az interjúalanyok egy része inkább a szociális deprivációt választja a társadalmi teher helyett, néhányuk ugyanebből az okból kifolyólag hagyta ott munkáját. A beszélgetőpartner ismerete, képességei, empátiája, türelme alappillére az afázias személlyel történő kommunikációnak. (Dalemans és mtsai, 2009)

Dalemans és munkatársainak újabb kutatása 150 afázias beteggel zajlott, kérdőív segítségével. A vizsgálat ismét alátámasztotta a tényt, miszerint az afázia hosszú távon negatívan befolyásolja a társadalmi berendezkedést, nemtől, életkortól függetlenül. (Dalemans és mtsai, 2010) A logopédiai terápia fő célja közé tartozik a beszéd patológiás voltának javítása, a sikeres kommunikáció létrehozásának elősegítése, azonban a környezet, társadalom oldaláról érkező negatív és pozitív hatások szignifikánsan megváltoztathatják az afázias beteg kommunikációs szituációkban betöltött szerepét.

Az előbbi kijelentésből indult ki Howe, Worrall és Hickson (2010) is, akik a környezeti faktorokat vizsgálták az afázias személyek tekintetében. A kutatás módszerül a mélyinterjú technika szolgált, amely három tényező köré épült. A környezeti tényezők általi akadályozottság szempontjából beszélhetünk az embertársakkal kapcsolatos, a pszichikai és a szociális szinten lévő problémákról. Az interjúalanyok többsége a beszélgető partner tevékenységeiben, viselkedésében, jellemzőiben és a betegség ismeretének hiányában látja az akadályozottság megjelenését. A szociális szinten ért gátoltság kiváltó okai többek között a társadalmi tudás, a rehabilitációs szolgáltatások és a pénzügyi támogatás hiánya. Az afázias betegek közösségi, társadalmi integrációjának támogatása képezte a második kérdéskört, míg a harmadik az akadályozottság vagy támogatás háttérében álló környezeti tényezőkre fókuszált. Az afázia tudatosítása, szélesebb körben való bemutatása, ismertetése jelentősen hozzájárul a betegek életminőségének, kapcsolati rendszerének, társadalmi helyzetének javulásához. A különböző eseményeken való részvétel, különböző klubtagságok, az ismerősök mennyisége, a kommunikációs támogatás komplexitása, letisztultsága, valamint a párbeszéd ideje szintén szignifikánsan befolyásolhatja az afázias beteg életét. (Howe, Worrall és Hickson, 2010)

Tehát kijelenthetjük, hogy a beszélgetőpartner viselkedése, az afáziához való hozzáállása, ismerete jelentősen befolyásolhatja a gyógyuló félben lévő beteg életét, élethelyzetét, kommunikációs szándékainak fejlődését. A külvilágtól, társadalomtól kapott visszacsatolások, úgymint, „*azt hittem meggyógyultál az agyvérzésből*” tovább rontanak az afáziás betegek önértékelésén, a társadalmi reintegrációs folyamataikon. (Flynn, Cumberland és Marshall, 2009, 399. o.)

2.2.2. Az afázia ismeretének hiánya

Az információ hiányát jelzi Flynn és munkatársai vizsgálata is, akik a Parkinson-kór, valamint az afázia ismeretét hasonlították össze. Míg a Parkinson-kór esetében a munka, a média, a személyes kötődés mutatott informatív mutatót, addig az afázia esetében csak a személyes kötődés vonatkozásában ismerték meg a betegség jellemzőit. (Flynn, Cumberland és Marshall, 2009) A különböző médiai színtereket átnézve a betegség súlyosságához, gyakoriságához mérten kevés cikk, könyv és film található, magyarul alig néhány. A vizsgálat rávilágított arra, hogy vannak olyan esetek, mikor a kórképpel, a sokszor stroke utáni beszédképtelenséggel, kommunikációs deficittel tisztában vannak a kitöltők, ám pontos meghatározását, nevét nem tudják, így nem beszélhetünk teljes mértékben a betegség ismeretének hiányáról, inkább a definíció ismeretlenségéről. Érdekes tény, hogy a gondozók által kitöltött kérdőívek, bár szignifikánsan nagyobb ismeretet mutattak esetükben, ám közel sem egyenértékűt a Parkinson-kór jártasságával. (Flynn, Cumberland és Marshall, 2009)

Az afázia, mint betegség ismeretének a vizsgálatát több kutató, vizsgálat is bemutatta az elmúlt évtizedekben. 2002-ben Simmons-Mackie, Code, Armstrong, Stiegler, és Elman Mi az afázia? címmel végzett kutatást a területen. Eredményeik bizonyították a betegség ismeretének súlyos hiányát, mivel a válaszadók 13,60 % ismerte a kifejezést, valamint mindössze csak 5,40 % tudta a betegség, kórkép jellemzőit. Mavis, aki a különböző neurológiai betegségek ismeretét vizsgálta ugyancsak gyenge tudásszintet kapott kutatása során, a válaszadók 34,20%-a tudott helyesen válaszolni a kérdésekre, ám a többi betegség esetében ez a szám nagyobb volt. (Mavis, 2007) McCann és munkatársai, 2013-ban ugyancsak a tudásszintet mérték az afázia vonatkozásában Új-Zélandon. A különböző kérdésekre, mint a hallott-e már az afáziáról, illetve honnan hallott az afáziáról, kapott válaszok alapján eredményeik az eddig bemutatott vizsgálatok során a legelszomorítóbbak; a megkérdezett lakosság csupán 11%-a hallott a betegségről, illetve mindössze 1,50%-a rendelkezett biztos ismeretekkel, mindazonáltal az egészségügyi

dolgozók körében is ez a szám csak 21%. (McCann, Tunnicliffe és Anderson, 2013) Az előbbieken ismertetett vizsgálatok alapján jól látható, hogy bár jelentős idő telt el a különböző kutatások között, ám sajnos sem az afázia ismertetése, sem az emberek tudásszintje nem változott, holott egyre több és több stroke esetet diagnosztizálnak napjainkban, amellyel egyenes arányossággal az afáziás betegek száma is növekvő tendenciát mutat.

Az afázia tudásszintjének legnagyobb, legösszefüggőbb vizsgálatát Code és munkatársai (2016) végezték. Alkalmazott interjútechnikájuk során bevásárlóközpontokban, kávézókban, könyvtárakban, állomásokon véletlenszerűen választották ki az interjú résztvevőit Buenos Airesben, Torontóban, Zágrábban, Athénban, Osloban, Lillehammerben és Ljubljanában. Eredményeik korrelálnak az előbbieken bemutatott eredményekkel, miszerint a lakosság tudásszintje az afáziával kapcsolatban számottevően alacsony. A média hatását, információs voltjának erősségét alátámasztotta a vizsgálat, valamint tézisük szerint, a magasabb társadalmi-gazdasági helyzetben levő populáció, illetve az egészségügyben, szociális szférában dolgozók között az afázia ismeretének száma magasabb, mint az eltérő helyzetben, szakmában lévőkénél. A kulturális különbségek, a demográfiai adatok szignifikáns variabilitást mutattak az eltérő országokban. (Code és mtsai, 2016)

2.2.3. A média hatása az afázia széleskörű ismeretére

Az előbbieken ismertetett kutatások, vizsgálatok többször is kiemelték, hogy a saját tapasztalattal nem rendelkező személyek, illetve a nem szociális vagy egészségügyi szférában dolgozó populáció körében a fő ismeretszerzési terület a média. (Flynn 2009; McCann, Tunnicliffe és Anderson, 2013; Code és mtsai 2016) Flynn (2009) vizsgálata reprezentálta a tényt, hogy míg a Parkinson-kór esetében a média ismeretszerző hatása magas, széleskörben eléri a különböző populációkat, addig az afázia esetében e szám számottevően alacsony, mely a tudásszinten is megmutatkozik.

Az afázia megjelenése az írott médiában sem túl ígéretes, e tekintetben Sherratt (2010) kutatása nyújt információt. A legtöbb erről szóló írott adat tanulmányok, illetve tankönyvek formájában jelenik meg, amelyet az átlagember, a társadalom nagyrésze szabadidős tevékenységként nem olvas. Bár 1999-hez képest a dokumentumok száma növekvő tendenciát mutatott 2009-re, ám a Parkinson-kórhoz, illetve demenciához képest számuk így is elenyésző. A leggyakrabban előforduló variáns a cikkek, interjúk, amelyek egyfajta csodaként állítják be a gyógyulást, akár a zene pozitív hatásának hangsúlyozásával – amelyet ténylegesen több kutató

is bizonyított (Raglio és mtsai, 2017; Yang és mtsai, 2019), ám ez esetben nem, mint kidolgozott terápiás módszerként említve. A különböző dokumentumok által keltett kép az afázias személyek, illetve családjuk, közeli környezetük számára demoralizáló lehet a gyógyulás szempontjából. A terápia nehézségei, magának a betegségnek a pontos meghatározása, tüneteinek, megjelenési okainak ismertetése a társadalmi platformokon, az írott médiában nem jelenik meg számottevően. (Sherratt, 2010) A reintegráció vonatkozásában az írott média ismeretterjesztő hatása negatívan pedesztálhatja az afázias személyt.

Kiegészítésként a filmek, különböző sorozatok vonatkozásában sajnos releváns szakirodalmat, kutatást nem találtam, ám mindenképpen jelzésértékű az a tény, hogy háttértudással, illetve konkrét kereséssel alig jelent meg olyan film, illetve sorozat, amely az afáziáról szólna, kiváltképpen magyarul. A „legtöbbet látott”, magyar nyelvűre is lefordított film, a port.hu nevű oldal szavazatai alapján, a Szakfander és pillangó, a Szavak nélkül és a Végtelen lehetőségek című film; számuk megdöbbentően kevés.

Összeségében tehát elmondható, hogy a társadalom ismerete az afázia tekintetében a többi betegséghez képest szignifikánsan eltér, negatív irányban. A média hatása, illetve a megfelelő tájékoztatás hiánya szintén egyértelműen megállapítható a szakirodalmi áttekintés során, melyek nélkül az emberek többsége csupán tanulmányai, valamint személyes kapcsolatait által szerezhet információt a betegségről.

3. Kutatás bemutatása

3.1. Kutatás célja

Kutatásom során célom volt, hogy betekintést nyerhessek a társadalom afáziával kapcsolatos ismeretrendszerébe, az afázia jellemzőivel, tüneteivel kapcsolatos, illetve a médiában megjelenő ismeretanyag minőségébe, mennyiségébe. Az afáziás emberek reintegrációjának elfogadása, az empátikus hozzáállás, a segítő attitűdök vizsgálata ugyancsak a kutatás szerves részét képezte. Az afázia ismertetése, jellemzőinek leírása mögöttes célként jelent meg a kutatási kérdések segítségével.

3.2. Kutatási kérdések

Az afázia témában számottevően kevés szakirodalom, tanulmány található ahhoz képest, hogy évente, akár 30 000 főt is érinthet a probléma. (Fekete, 2015) A legtöbb e témában írott kutatás az átlag népesség számára érthetetlen „szakzsargonból” áll, amelyek bár szemléletesen, részletesen leírják a betegség voltját, tüneteit, ám nyelvezetük miatt nehezen érthetőek. Holott a népesség általi tudásszint az afáziás betegek szociális visszailleszkedését pozitív irányba segítheti mindazonáltal, hogy a kezdeti „sokk” helyett a segítő magatartási forma már a párbeszéd, kommunikáció elejétől megjelenik. A szakirodalom átolvasása során, illetve a saját tapasztalataim miatt felmerült bennem a kérdés, különösképpen, hogy magyar kutatást nem találtam a témában, vajon a társadalom mennyire ismeri az afáziát, mennyire tudja annak tüneteit, okait, kezelésének menetét, annak tekintetében, hogy sajnos egyre több esetben lesz a különböző agyi sérülések, agyvérzések következménye az afázia. A különböző médiai platformok hozzájárulása az ismeretszerzéshez ugyancsak érdekes kérdés, mivel a mai globális világban az internet, a tv által nyújtott lehetőségek, információk az egész világot áthatják. Azonban a legfontosabb témakör számomra a helyi tudásszint megismerése volt. Vajon Magyarországon, ahol évente több, mint 30 000–40 000 ember kap stroke-t, milyen szintű tudásszinttel rendelkezik a népesség az afáziával kapcsolatban?

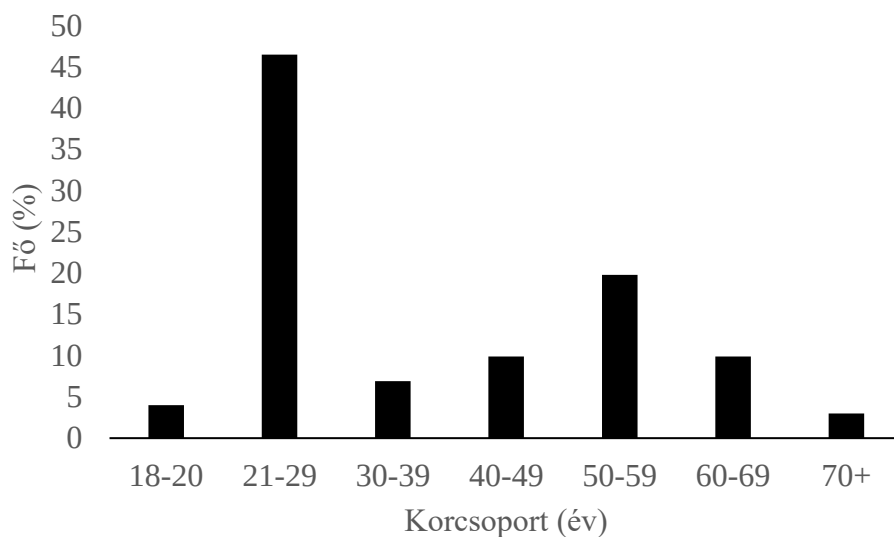
Howe, Worrall és Hickson (2010) eredményei szerint az afáziások szociális gátoltságának oka a társadalmi tájékozottság hiánya, melyet Flynn, Cumberland és Marshall (2007) kutatása is bizonyít, kiegészítve a médiában megjelenő ismeretek hiányosságával. A médiai ismeretterjesztés deficitje Sherratt (2010) kutatásában is felvetődik. Dalemans és munkatársai (2009) a segítő hozzáállás, mint megjelenő magatartásformát emelték ki. Összességében, kutatásomat a következő kérdések megválaszolására építettem fel:

1. Milyen ismeretekkel rendelkeznek a válaszadók az afáziáról? Milyen mértékben hasonlít ismeretük a nemzetközi kutatási eredményekhez?
2. Milyen összefüggés tapasztalható az iskolázottsági szint és az afázia ismerete között?
3. Van-e kapcsolat az afáziával kapcsolatos ismeretek és a betegséghez fűződő hozzáállás között?
4. Az afáziával kapcsolatos információk közvetítésében részt vevő média platformok száma hatással lehet a tudásszintre?

3.3. Kutatás módszere

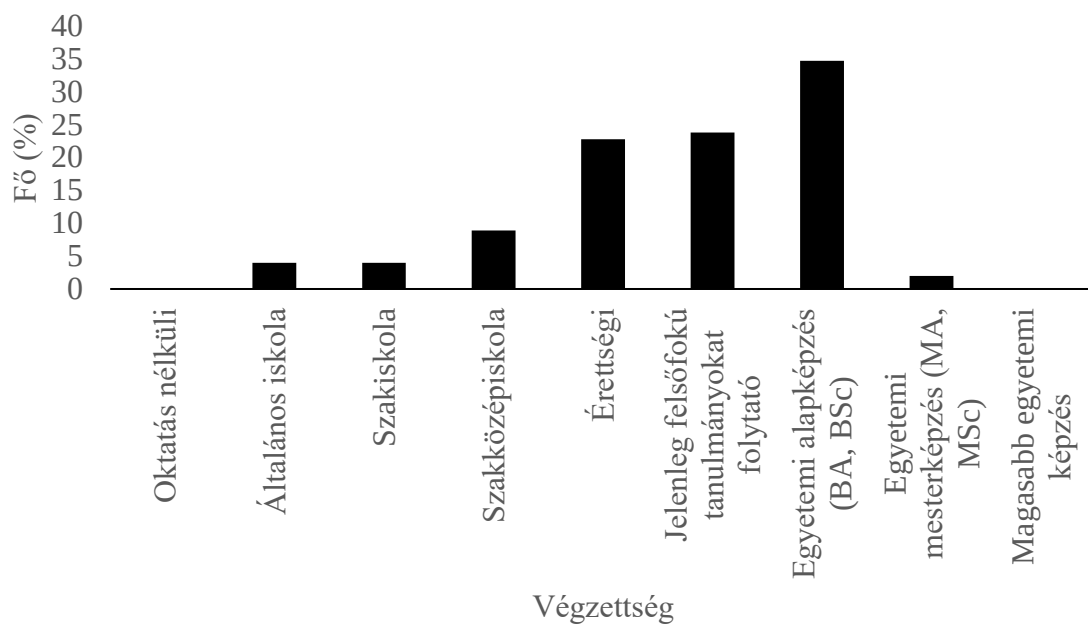
3.4.1. Minta

Kutatásomban a mintavételi szám 101 fő volt, a nemek eloszlása nem befolyásolta a kutatás kimenetelét. A koronavírus, illetve a minél nagyobb társadalmi átfedés miatt a kutatásom interneten zajlott, a Google Űrlap segítségével. A kérdőív kitöltése körülbelül 15–20 percet vett igénybe, annak függvényében, mennyire ismeri a kitöltő az afáziát. Az életkori megoszlás szórt eredményt mutatott, nagy eltérésekkel, a legtöbben a 21–29 éves korosztályból kerültek ki. (5. ábra)



5. ábra: Életkori megoszlás

A végzettség kutatásomban fontos demográfiai adatként szolgált, mivel két kérdésem is ráirányult. A jelenleg tanulmányokat folytatók, valamint az egyetemi alapképzéssel rendelkezők csoportja túlsúlyos volt a többi kategóriához képest, de egyaránt jelent meg diplomával nem rendelkező kitöltő is. (6. ábra)



6. ábra: Végzettség szerinti eloszlás

3.4.2. Eszköz

A kutatás eszköze kérdőíves formátum volt, amelyhez a Google Űrlap volt segítségemre. A kérdőívet 2021. december 6., illetve 2022. január 8-a között lehetett elérni. A célcsoport minden 18. életévét betöltő személy, függetlenül nemtől, végzettségtől. A kérdőív kérdéseinek megfogalmazásában Dalemans és munkatársai (2009) kutatásában szereplő tematikát vettem alapul a társadalmi megítélés szemszögéből. (1. melléklet) A kérdőív 30 kérdést tartalmazott, ebből az első négy kérdés a demográfiai adatokra vonatkozott. Az ötödik, illetve hatodik kérdés adatait kutatásomban nem használtam fel. A kérdőív kulcsfontosságú része volt a 7., 8., a 10–18. valamint a 28. kérdés, mivel a pontszámítás alapjait képezte az adott válasz. Az előbb említett kérdések által összesen 25 pontot lehetett szerezni, minden helyes válasz egy pontot ért, a többfélelelválasztós kérdéseknél értelemszerűen több pont is kiosztható volt. A 19–23. kérdések a médiahasználatra, híres afáziával élő emberekre, illetve filmekre irányultak. A 24–30. kérdéskör, a 28-as pontot leszámítva, a szociális helyzetet, a társadalmi elfogadást, a társadalom által kiváltott reakciók értelmezését hivatott bemutatni.

3.4.3. Eljárás

A kérdőív elején, mint ahogy már az előbbieken említettem, a demográfiai adatok felvételére szolgáltak a kérdések. A 7. és 8. feladatban 1-1 szöveget kellett a kitöltőknek elolvas-

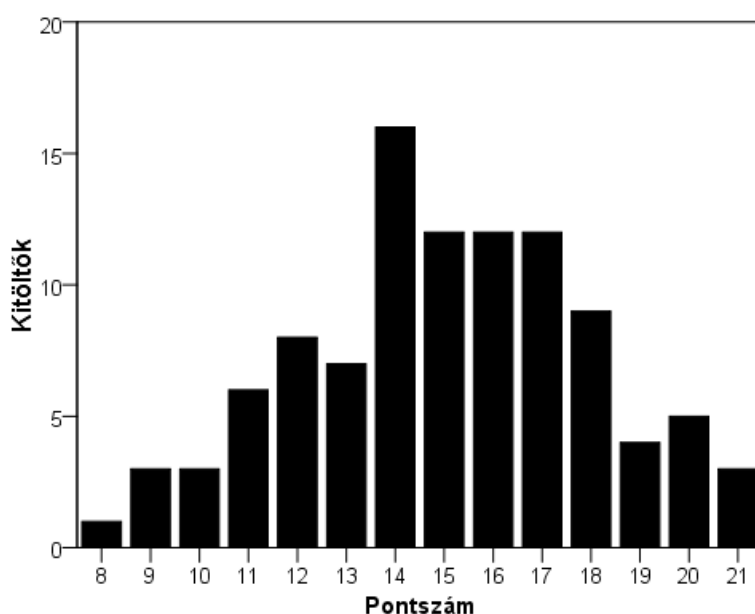
niuk, amelyekben Bánréti (2014) idézi: Mészáros Éva Országos Orvosi Rehabilitációs Intézetben végzett kutatását. Mindkét szöveg afáziás emberek beszédét illusztrálta, a válaszadóknak el kellett dönteniük, milyen problémával küzdhet az olvasottakban megjelenő beteg. Ezután következett egy rövid ismertető az afáziáról, annak definíciójáról. „*Afáziának nevezzük az agyi sérülés után fellépő kommunikációs deficitet, nyelvi zavart.*” (Kas és Mészáros, 2013, 106. o.) A 10–18. kérdések az afázia ismeretének vizsgálatát szolgálták. A feladatok témakörébe tartozott az afázia kezelésének történelmi vonatkozása, a gyógyíthatóság, a magyarországi betegek száma, az oki tényezők, az afázia következtében jelentkező problémák, részképességzavarok, a diagnosztika, illetve a terápiát végző szakemberek, valamint a társadalombiztosításnak kérdése a kezelés tekintetében. Ezt követően a különböző médiai színterekre irányult a témakör, ahol a válaszadók az általuk ismert filmet, könyvet, híres embert is megemlíthették.

Az afázia jellemzését olvashatták ezt követően a válaszadók, miszerint „*Az afázia olyan nyelvi zavar, amely a sérülés helyének függvényében különböző eltéréseket mutat a hangzó beszéd, az olvasás, az írás és a jelnyelv területén, akár a kifejezés, akár a megértés tekintetében. A különböző formákat különböző tünetek jellemzik, úgymint a beszédflowékonyág akadályozottsága, vagy a folyamatos, több helyen értelmetlen beszéd.*” (Nagy, 2013, 103. o.) A 24. kérdéstől a feladatok a társadalmi elfogadást mérték, azonban végül az ezekből származó adatok egyrészét nem használtam fel a kutatás kiértékelésében. Az utolsó kérdések a kitöltő véleményére irányultak, mely az afáziás emberhez való viszonyulást mutatta be. Az ezzel kapcsolatos témák között szerepelt az afáziás ember reintegrációja a társadalmi-gazdasági helyzetbe, valamint a kórusban való beilleszkedés támogatása vagy elutasítása, kórusvezetői szerepből tekintve. (1. melléklet)

4. Az eredmények bemutatása

Az eredményeket a SPSS Statistic program 26-os verziójával számoltam, illetve értékeltem, valamint a Microsoft Office Excel táblázatkezelő programja volt segítségemre az adatok minősítésében, kiértékelésében.

Az első kutatási kérdésem a társadalom tudásszintjére irányult az afázia tekintetében. Az adatok az előbb említett, a betegség kóroki szempontjából releváns kérdésekre adott válaszok pontszámából származtak, vagyis az összpontszám 25 pont volt. Vizsgálatom során a kapott eredményt az összpontszám 36%-val, 9 ponttal hasonlítottam össze, Mavis (2007) eredménye alapján, hogy megtudjam, a kitöltők mennyire ismerik az afáziát. Skála mérési szinttel dolgoztam, egymintás t próbát alkalmaztam, a kapott eredmény szerint $t = 20,44$, $p < 0,01$, vagyis az átlagpontszám 15 pont volt, amely 60%-os tudásszintre enged következtetni. (7. ábra)



7. ábra: Az eredmények pontszámai

Második kutatási kérdésem során a magasabb végzettséggel rendelkező emberek és az afázia ismeretének magasabb arányának vizsgálatát végeztem. Az adatokat ordinális mérési szinttel, független t próbával értékeltem, ahol az elért összpontszámhoz, vagyis a 25 ponthoz rendeltem hozzá az iskolai végzettség adatait. Az iskolai végzettség adatait 2 csoportba soroltam, a diplomával nem rendelkezők, illetve a diplomával rendelkezők, ebbe a csoportba került a jelenleg is tanulmányokat folytatók csoportja. A kapott eredmények szerint szignifikanciáról

nem beszélhetünk, azonban jelentős eltérést mutatnak a diplomával rendelkezők vonatkozásában a diplomával nem rendelkezőkkel szemben ($t = -4,27$, $p < 0,01$). A kiértékelés során kiderült, hogy a diplomával nem rendelkezők, vagyis 40 fő, pontszámának átlaga 13,60 volt, míg a diplomával rendelkezőké, 61 fő, 15,90. A második kérdésemhez szorosan kötődő témakör az iskolázottsági szint és az afázia ismerete közötti kapcsolatra vonatkozott. Az iskolázottsági szintet ez esetben is két részre osztottam. Az első csoportba a diplomával nem rendelkezők, míg a második csoportba a diplomával rendelkezők, valamint a jelenleg felsőfokú tanulmányokat folytató kitöltők kerültek. Az adatokat ordinális mérési szinttel, illetve Spearman-féle korrelációval értékeltem. A kapott eredmény szerint elmondható, hogy pozitív közepes kapcsolat van ($r = 0,44$, $p < 0,01$) az iskolai végzettség és az afázia ismerete között.

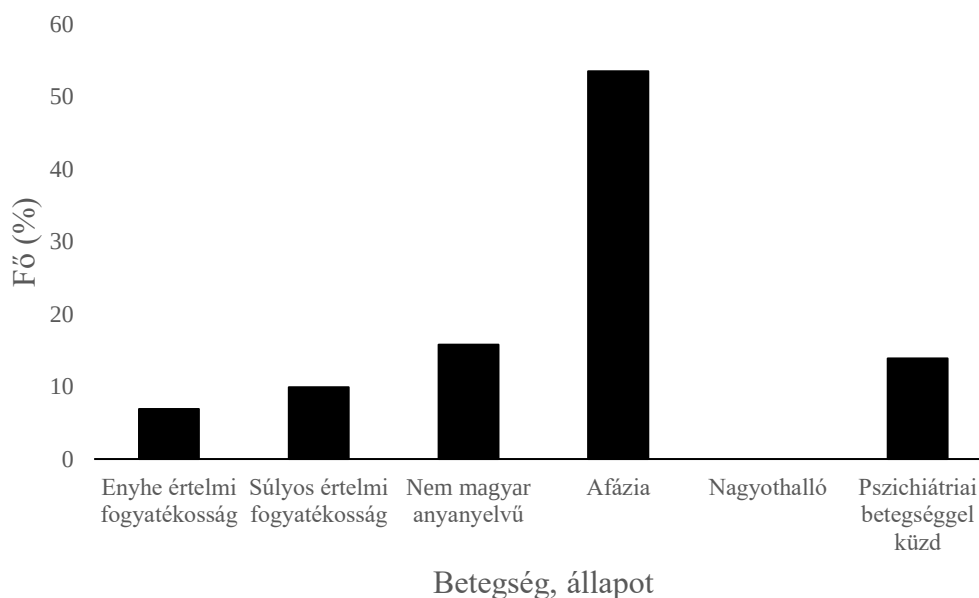
A harmadik kutatási kérdésben az afáziával kapcsolatos ismeret és a betegséghez fűződő empátikus hozzáállás közötti kapcsolatot vizsgáltam. Az adatok egy részét ugyancsak a 25 pontos összpontszám jelentette, míg a másik értéket a 25. kérdésre adott válaszok adták. A 25. kérdés összpontszáma maximum 2, míg a minimum pont -2 volt, annak függvényében, mely viselkedési módokat jelölte meg a kitöltő. Az adatokat Spearman-féle korrelációval értékeltem, amelynek eredménye alapján kijelenthető, hogy pozitív gyenge korreláció ($r = 0,24$, $p = 0,17$) van a több ismerettel rendelkezők, illetve az afáziás személyek felé tanúsított empátikus hozzáállás között.

A negyedik, utolsó kérdés értékelésénél az afáziára vonatkozó tudás és az afáziával kapcsolatos médiumok száma közötti korrelációt tanulmányoztam. A vizsgált adatok egyrészét az előbbiekben bemutatott 25 pontos összpontszám adta, amelyhez hozzárendeltem a 21. kérdés válaszait. A 21. kérdés pontszáma a megjelölt válaszok mennyiségétől függött. Minél több médiumot jelölt meg a kitöltő, mint tévé, cikk, közösségi média, annál több pontot kapott, tehát a maximum pontszám 7 volt, míg a nem hallottam az afáziáról válasz 0 pontot ért. Az adatokat ordinális mérési szinttel, valamint Spearman-féle korrelációval értékeltem. A kapott eredmény alapján kijelenthető, hogy pozitív, közepes korreláció ($r = 0,38$, $p < 0,01$) áll fent az afáziával összefüggő magasabb tudásszint, valamint az afáziával kapcsolatos médiumok száma között.

5. Kutatási kérdések, hipotézisek megválaszolása

Az első kutatási kérdésem megválaszolásához, amely a társadalom tudásszintjére irányult, vagyis az afáziára és annak jellemzőire, a továbbiakban oly sokszor bemutatott 25 pontos

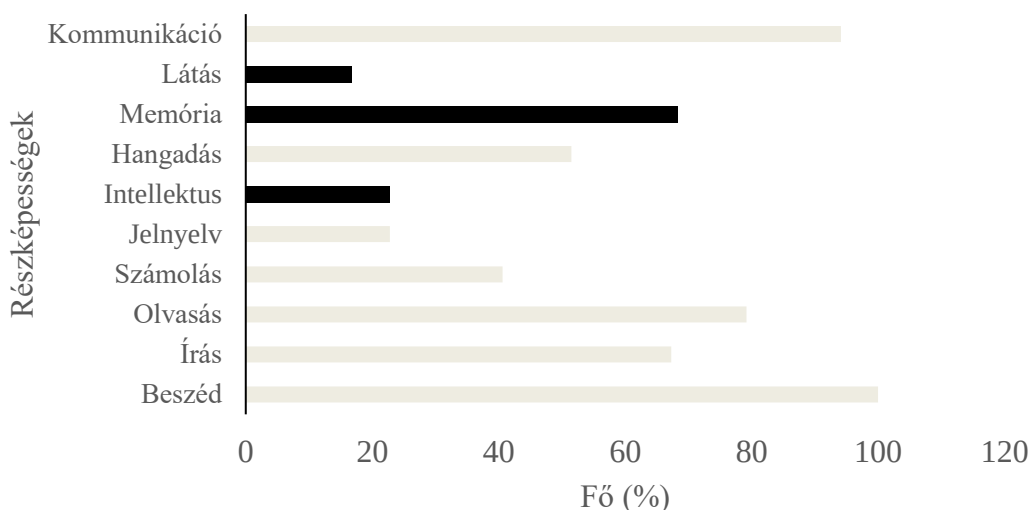
összpontszám képezte az alapját. A kapott adatok, mint ahogy az előbb ismertettem a 25 összpontszámú adatbázis kiértékeléséből tevődtek össze. Az első két pontszámot érő kérdés az afázias betegek beszédének felismerésére irányult. Az első, a Broca-afáziával küzdő beteg esetében a válaszadók 73,30%-a, míg a Wernicke-afázias beteg (2. szöveg) esetében 53,50%-a válaszolt helyesen. A második eredmény érdekességét adja, hogy a kitöltők 15,80%-a gondolta, hogy nem magyar anyanyelvű, míg 13,90%-a pszichiátriai betegségre szavazott. (8. ábra)



8. ábra: Wernicke-afázia

Az afázia által érintett emberek csoportját a válaszadók 88,10%-a jól határozta meg, azonban az afázia megjelenésének korszakát, mint betegség, csupán a kitöltők 22,80%-a tudta. Az afázia gyógyíthatóságának, valamint az afázias emberek munkába való reintegrálódásának kérdéseire a válaszadók több mint 88%-a válaszolt helyesen. Az agyvérzés következményeként Magyarországon élő afáziasok számára vonatkozó kérdés bizonyult a legnehezebbnek, mivel a válaszadók csupán 26,70%-a tudott helyesen válaszolni. Az afázia mögött álló okok tekintetében az agyvérzés, valamint az agyi sérülés jelent meg legtöbbször, több mint 95 alkalommal a beérkezett 101 válasz közül. A részképességsérülések vonatkozásában az adatok megoszlóak voltak. A válaszadók 100%-a sorolta a beszédet a sérülés területe közé. A diagrammon látható szürke színű oszlopok jelölik a helyes, míg a feketék a helytelen válaszokat. (9. ábra) Az afázia kezelésével kapcsolatban a kitöltők közül mindössze négyen érték el a maximális 6 pontot. A társadalombiztosításra, illetve a beszéd vizsgálatának kérdésére a résztvevők körülbelül fele, 50,50%-uk tudott helyesen válaszolni.

Az előbbieken már említett átlagpontszám, az SPSS program által kapott érték szerint 15 pont volt. A kapott érték magasan eltér a külföldi vizsgálatoktól, leginkább Mavis kutatásának összegéhez közelít, amely 34,20%-os tudásszintet mért. (Mavis, 2007) A válaszadók afáziával kapcsolatos ismerete mindenképpen pozitív eredményt mutat, kiváltképpen, hogy évente körülbelül tízezer embert diagnosztizálnak afáziával Magyarországon. (Fekete, 2015)

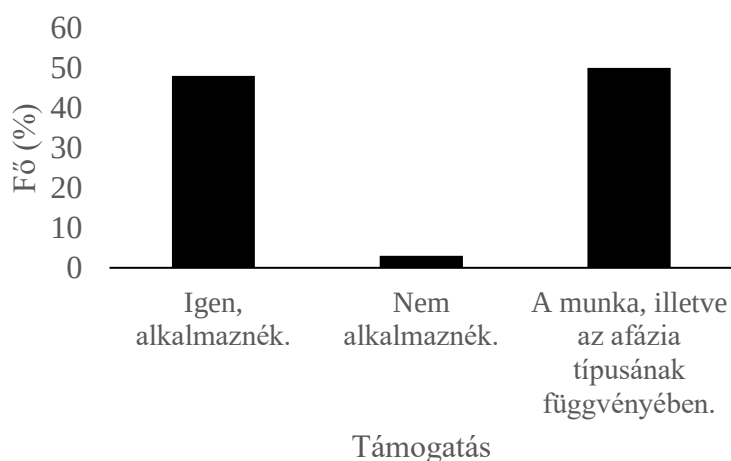


9. ábra: Részképességsérülés

A második kérdésnek, mely a magasabb végzettséggel rendelkező emberek és a magasabb tudásszintet feltételezésén alapult, az előbbieken bemutatott összpontszám adta az adatok egyrészét, amelyhez hozzárendeltem a végzettség szerinti két csoportot; a diplomások, jelenleg felsőfokú tanulmányokat folytatók, illetve a diplomával nem rendelkezők csoportját. A kapott eredmény szerint a diplomával rendelkezők átlagpontszáma 15,90 volt, amely körülbelül 64%-os átlag tudásszintet jelent esetükben, míg a diplomával nem rendelkezők átlagpontszáma 13,6 pont, amely 54,40%-os teljesítményt mutat. Azonban a diplomával nem rendelkezők csoportjának adatai is határozottan pozitívként szolgálnak a külföldi kutatásokhoz képest, ahol az összköltők mindössze 11%-a hallott a betegségről, valamint 1,50%-a rendelkezett biztos ismeretekkel. (McCann, Tunnicliffe és Anderson, 2013) A kapott eredmény alátámasztja Cole és munkatársainak kutatását, amelyben a magasabb társadalmi-gazdasági helyzethez, magasabb tudásszintet feltételeztek vizsgálatukban. (Code és mtsai, 2016) A magasabb végzettség és a magasabb tudásszint közötti korrelációnak vizsgálata során ismételten az adatokat az összpontszám, valamint a diplomával rendelkezők, illetve nem rendelkezők csoportja adta.

A harmadik kutatási kérdésben az afáziával kapcsolatos ismeretet és a betegséghez fűződő empátikus hozzáállás közötti kapcsolatot vizsgáltam. A 25 pontos összpontszámot vettem össze a 25. kérdésre, vagyis a válaszadókból kiváltott érzelmekre adott válaszok pontjával. Az empátia, valamint a segíteni akarás érzete 1-1, a zavarodottság 0, míg a türelmetlenség, illetve az elidegenedés válasz -1- -1 pontot ért, ezáltal a maximum 2, a minimum pontszám -2 volt. Lehetőség volt saját válaszadásra is, ám a saját, beérkező válaszok százaléka elenyésző volt, mindössze három érkezett, amelyek az előzőekben ismertetett hozzáállások szinonimájaként tekinthetők, mint frusztráció, együttérzés.

Az empátikus hozzáállás meglétét mutatja a 27., illetve a 30. kérdés is; míg az elsónél a kórusba való integrációra irányult a tematika, addig az utóbbinál a munkába való reintegrálódáson volt a fő hangsúly. A kórusba való integrációt 78 válaszadó támogatta, 11 ember felelt nemmel, míg 12 kitöltő az afázia típusától, jellegétől tette függővé. A munkába való reintegrálódás során a kitöltők majdnem 50%-a munka, illetve az afázia típusának függvényében alkalmaznák az afáziás személyeket, ám a válaszok többsége az afáziás ember fejlődésének, integrációjának, emocionális helyzetének figyelembevételét érti a válasz alatt. (10. ábra) Például egy pedagógus kitöltő úgy fogalmazott, hogy *„Igen, de csak olyan munkakörben, ahol keveset kell kommunikálni. A legtöbb ember sajnos nem empátikus embertársaival. Úgy gondolom, hogy ez gátolná a felépülésben.”*, míg egy katonatiszt kitöltő szerint *„Kérdés, milyen munkakörben tudom alkalmazni. Ha nem okoz a betegség nehézséget, el tudja végezni a munkát, a kommunikáció hiánya és minősége nem okoz problémát, félreértést, akkor mindenképpen megadnám a lehetőséget.”*.

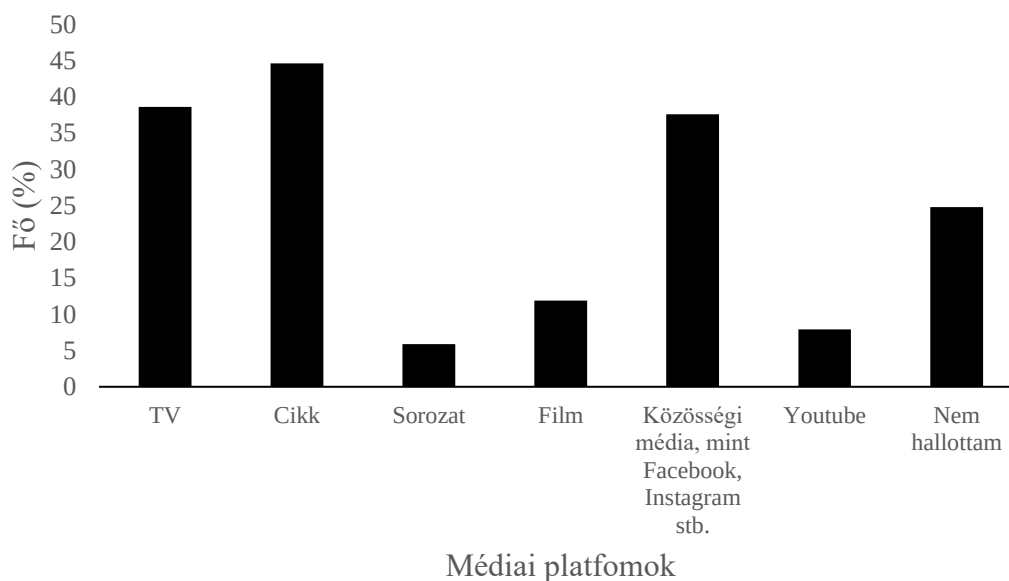


10. ábra: Munkába való reintegrálódás

A bemutatott kitöltők általi válaszok alapján jól megfigyelhető, hogy a segíteni akarás, az empátia, az együttérzés egyaránt megjelenik visszajelzéseikben, amely alátámasztja Dalemans és munkatársai (2009) kutatási eredményét, melyből kiderül, hogy az afáziás személyek számára is kiemelten fontos a segítő, valamint az empatikus hozzáállás a gyógyulásuk, integrációjuk szempontjából.

A 26. kérdés a gyógyulófélben lévő afáziás emberekkel való kommunikációra irányult, saját válasz alapján. A válaszok számottevő része kiemelte a türelmet, az empátiát, az együttérzést, valamint a betegség, kór jellemzésének, a terápiás lehetőségeknek további átböngészését. A visszajelzések között számos vélemény, szemlélet megjelenik, többek között egy jelenleg is óvópedagógiai tanulmányokat folytató válaszoló azt írta, *„Próbálnék teljes odafordulással kommunikálni vele, egyenlő félként kezelni őt, még ha nem is menne gördülékenyen a kommunikáció közöttünk. Türelmes lennék és empatikus, ugyanakkor biztosan kiváltana belőlem egy kis szorongást is a helyzet. De arra törekednék, hogy a kommunikáció összességében pozitív élmény legyen.”*, míg egy gyógypedagógus szerint *„Türelmesen hallgatnám, segítő és tisztázó kérdéseket tennék fel amelyekre egyszerű válaszokat lehet adni, felnőttként kezelném, visszajelezném hogy értem-e vagy nem, igyekeznék meggyőződni arról, hogy ő pontosan ért-e engem, egyszerűen, de nem infantilisen fogalmaznék, bátorítanám a kommunikációra, mert valószínűleg szégyelli magát, elfogadást sugároznék, röviden beszélnék vele, vagy szünetet tartanék időnként, mert kimerülhet, figyelnék a szükségleteire, kínálnám vízzel, ha lehet akkor négy szemközt beszélnék vele, észrevenném a haladását és értékelném, miközben figyelnék arra, hogy ez szintén ne legyen lealacsonyító.”* A bemutatott válaszok jól tükrözik az afáziás betegekhez fűződő empatikus hozzáállást, amely úgyszintén szorosan kapcsolódik Dalemans és munkatársai (2009) kutatásához, ahol az afáziás személyek is kiemelik a segítő szándék szerepét.

A negyedik, utolsó kutatási kérdésben az afáziával kapcsolatos tudás és a médiumok száma közötti korrelációt, összefüggést vizsgáltam. Az adatokat a 25 pontos összpontszám, valamint a 21. kérdésre adott válaszok adták. A 21. kérdés az afáziával kapcsolatos médiafelületekre vonatkozott, a kitöltők több választ is megjelölhettek a tévé, a cikk, a sorozat, a film, a közösségi média, illetve a Youtube válaszlehetőségek közül. A hetedik választási lehetőség a *nem hallottam* volt, amelyet a válaszadók 24,80%-a jelölt meg. 0 pontot jelentett az előbbieken említett válasz, míg a többi pont egyenes arányosságban nőtt a válaszok mennyiségével, így a maximum pontszám 6 pont volt. A legtöbb szavazatot kapott médium a cikk volt, amely alátámasztja Sherratt (2010) kutatását, amelyben szintén a cikkek, tanulmányok képezték a médiumok domináns részét. (11. ábra)



11. ábra: Médiumok az afáziával kapcsolatban

A fő ismeretszerzési forrást több kutató is alátámasztotta, mind az afázia, mind a Parkinson-kór tekintetében, amely a média volt (Flynn 2009; McCann, Tunnicliffe és Anderson, 2013; Code és mtsai 2016), tehát a kapott eredmények kapcsolatba hozhatók az említett kutatók vizsgálatával, mivel a médiában megjelenő afázia jelenségének, illetve a tudásszintnek korrelációja kijelenthető. A kérdőív 19., illetve 20. kérdése olyan színészre, híres emberre irányult, aki küzdött afáziával. A válaszadók közül huszonhat fő jelölte azt, hogy ismer híres embert, aki egyöntetűen Kulka János volt. A kérdőív 22. és 23. kérdése az afáziával kapcsolatos filmekre, könyvekre irányult, ám a válaszok eredménye drasztikusan alacsony számot mutatott. A kérdezők mindössze 11,80%-a látott filmet vagy olvasott könyvet az afáziával kapcsolatban. A legtöbbször látott film a Szavak nélkül volt, melyet három személy jelölt meg, Az Esőembert két fő, a Szkafander és pillangót, az X – A rendszerből törölvét, valamint Adrian Mole naplóját mindössze 1-1 fő jelölte. Ahogy dolgozatom elméleti részében említettem az afáziával kapcsolatos filmek, könyvek száma, kiváltképpen magyarul, csekély számot mutat, amelyet a válaszok is tükröznek.

6. Összefoglalás

„*Azt hittem meggyógyultál az agyvérzésből.*” (Flynn, Cumberland és Marshall, 2009, 399. o.) A mondat, amely egy afáziás beteg számára, ki éppen első szárnycsapásait próbálgatja felépülése után, oly sokat jelent; természetesen nem effektív módon. Gondolkodhatnánk a frázis valódi értelmén, ám még ha jóindulatból is származott a felvetés, akkor sem segít egy afáziával élő személy társadalomba való reintegrálódásán. A betegséggel kapcsolatos tudatlanság, a nem megfelelő odafigyelés mind-mind tanúbizonyságot nyer a mondat során. Feltételezhetjük, hogy az afáziával kapcsolatos ismeretek hiányából eredeztethető a mondat, amely számos kutató által bizonyított tény, akár Új-Zélandon, akár Buenos Airesben, Torontóban, Zágrábban, Athénban, Osloban, Lillehammerben és Ljubljánában, ahol a kutatásban résztvevők afáziával kapcsolatos tudásszintje számottevően alacsony szintet mutatott. Új-Zélandon mindössze a kitöltők 1,50%-a rendelkezett biztos tudással, amely rendkívül depresszív eredmény. (McCann, Tunnicliffe és Anderson, 2013; Code és mtsai, 2016) Ezzel szemben a Magyarországon végzett, dolgozatomban bemutatott kutatás joviális összegzést reprezentált. A kérdőívkitöltők 60%-os tudásszintet prezentáltak, amely az előbbi vizsgálatok, illetve külföldi kutatásokhoz képest számottevő eltérést mutat, pozitív irányban. Az eredmény még inkább meghatározó annak tekintetében, hogy Magyarországon évente, a moralitás és regenerálódás figyelembevételével, akár harmincezer afáziás személyről is beszélhetünk. (Fekete, 2015) Azonban fontos megjegyezni, hogy az elmúlt években Magyarországon, az afázia, mint betegség nagyobb visszhangot kapott Kulka János színművész felépülésének, interjúinak köszönhetően, amelyet az előbbieken bemutatott kutatás is bizonyít, ahol a válaszadók 25,70%-a nevezte meg a színészt. Számos média platformon elérhetőek voltak a vele kapcsolatos interjúk, cikkek, televíziós műsorok.

A kutatás során lehetőségem nyílt a különböző végzettséggel rendelkező kitöltők ismeretét összehasonlítani, vagyis a diplomával nem rendelkezők, valamint a diplomával rendelkezők és jelenleg felsőokú tanulmányokat folytatók tudásszintjét elemezni. A kapott adatok jól demonstrálják, hogy a magasabb végzettségű csoport afáziával kapcsolatos tudása, ismerete magasabb szintet ér el, amely alátámasztja Cola és munkatársainak (2016) vizsgálatát is; a magasabb társadalmi-gazdasági helyzet, magasabb tudásszintet valószínűsít; tehát gyenge korrelációról ($r=0,44$) beszélhetünk.

Ha tovább gondoljuk az előbbieken említett afáziásokhoz szóló mondatot, könnyedén átérezhetjük a sérülékenységet, az elszigetelődés iránti késztetést, amelyet egyetlen mondat is kiválthat. Az empatikus hozzáállás az emberi lét minden területén, szintjén nélkülözhetetlen,

kiváltképpen, ha a kommunikációs mód sérül. Gondoljunk bele, milyen érzés lehet, az afázia típusától függően, a saját „börtönünkben” élni, ahol bár tökéletesen tisztában vagyunk mondanivalónkkal, gondolatainkkal, ám a külvilág számára képtelenek vagyunk azt megfelelő módon közölni. A kirekesztettség érzése, a folyamatos félbeszakítás az afáziásokkal készített interjúk szerint az egyik leglényegesebb probléma, amely számos esetben a szociális deprivációhoz vezet. (Dalemans és mtsai, 2009)

Azonban az afázia, mint betegség ismertetése jelentősen hozzájárulhat a kórkép megértéséhez, a betegek életminőségének javításához, mivel a megfelelő kommunikációs mód, a türelem, az empátikus hozzáállás mind-mind jelentősen elősegítheti az afáziával élők fejlődését, akár nyelvi, akár pszichés szinten. (Howe, Worrall és Hickson, 2010) Kutatásom ugyancsak alátámasztja Howe, Worrall és Hickson (2010) eredményét, mivel az afáziával kapcsolatos ismeretszint magasabb voltja, valamint a betegséghez fűződő empátikus hozzáállás pozitív ($r=0,24$) korrelációt mutat. Jól látszik tehát, hogy számottevő jelentősége van a prevenciónak, az ismeretető anyagok összeállításának. Egy óvodapedagógus úgy fogalmazott az afáziás ismerőssel való kommunikációval kapcsolatban, *„Igyekeznek minél többet beszélgetni vele, beszéltetni őt, türelmesen, segítve, amikor úgy látom, hogy igényli. Törekednék arra, hogy ne érezze magát kellemetlenül, ha nem tudja kifejezni magát.”* Érzékelhető tehát, hogy az emberek, a társadalom hozzáállása kiemelkedően fontos a fejlődés, a regenerálódás tekintetében; értve ezt más betegségekre, akár fogyatékosságra egyaránt.

Végül kulcsfontosságú kiemelni a média platformok szerepét. Számos műsorban, cikkben, filmben láthatjuk az érzékenyítés, mint módszer effektív, ismertető hatását kórképekre, különböző élethelyzetekre, szituációkra. Gondoljunk csak a különböző demenciával kapcsolatos kórképekre, mint Parkinson-kór, Alzheimer-kór, amelyekből megannyi film, szórakoztató irodalmi alkotás született. A médiumok a fő ismeretszerzési ráta legmagasabb fokát képviselik, kiváltképpen azok esetében, akik nem rendelkeznek a betegséget átélt ismerőssel, valamint tanulmányaik, munkájuk során nem találkoztak az afáziával, mint nyelvi zavarral. (Flynn 2009; McCann, Tunnicliffe és Anderson, 2013; Code és mtsai, 2016) Kutatásom alátámasztja az előbbieken megfogalmazott állítást, mivel a magasabb tudásszint, valamint az afáziával kapcsolatos médiumok között pozitív korreláció ($r=0,38$) feltételezhető, amely a kérdőív eredményeiben is tükröződik. Azonban az írott sajtóban, a köznapi témákat érintő média platformokon csekély számban jelennek meg afáziát érintő témák. (Sherratt, 2010) Különösképpen a magyarul elérhető médiumok száma képviseli a tényt, melyből alig néhány filmet, könyvet találhatunk a témakörrel kapcsolatban. A vizsgálat is rámutatott, hogy a cikkek, mint ismeretterjesztő források

jelentik a média platformok jelentős részét. Az írott sajtó szerepének lényegessége alapvető, ám sajnos nemegyszer inkább, mint csodát reprezentálják a gyógyulás lehetőségét, holott ez deprimált perspektívából közelíti meg az afáziával küzdő személyeket. (Sherratt, 2010)

Összességében, tehát kijelenthető, hogy a kutatás a válaszadók eredménye szerint joviális összegzést reprezentált, mind a tudásszint, mind az empatikus hozzáállás tekintetében. A magasabb végzettség jelentősége számottevő a betegség ismeretében, mivel a legtöbb e témában íródott kutatás, tanulmány szakmai nyelvezetű, így kevésbé olvastatja magát, mint egy könnyebb témával kapcsolatos alkotás. Az együttérző, az empatikus hozzáállás is korrelációt mutat a végzettséggel, amely által az afázias személyek reintegrálódását jelentősen megkönnyíthetjük.

5.1. Limitáció

Dolgozatom során igyekeztem a valódi, reális eredmények kutatására, bemutatására. A választott minta, a véletlenszerű kitöltések eshetősége miatt kissé egysíkú volt, mivel a kitöltők 23,80%-át a jelenleg felsőfokú tanulmányokat folytatók csoportja képezte. A diplomával nem rendelkezők száma 40 fő volt, amely szám bár a releváns statisztikai értékeléshez elég volt, ám úgy gondolom nagyobb szám, illetve nagyobb mintavétel alkalmával a kutatás markánsabb eredményt mutatott volna.

A vizsgálat nehézségét jelentette a COVID időszak, amely következtében a személyes felvétel megvalósíthatatlan volt, így lényeges kiemelni, hogy a kapott adatok relevanciáját az internet, a kereső alkalmazások, mint segítő platformok könnyedén befolyásolhatták pozitív irányba, mivel lehetősége nyílt a kitöltőnek a különböző kérdések válaszainak ellenőrzésére. A kérdőív címe, amely az Afázia volt, ugyancsak jelzésértékkel bírt a kitöltők számára, mivel a két afázias ember által bemutatott szöveg helyes válaszára könnyebben következtethettek. Érdeemes lenne személyes felvétellel kitölteni a tesztet, segítő platformoktól mentes környezetben.

A médiára, illetve az empatikus hozzáállásra irányuló kérdések száma kissé kevésnek bizonyult a kiértékelés során, attól függetlenül, hogy mindkét esetben pozitív korreláció ($r=0,24$ és $r=0,38$) mutatható ki. Az előbb említett indok miatt nem beszélhetünk szimplán empátiáról, mivel a kérdések száma azon a szinten nem enged következtetni. Lényeges megemlíteni, hogy számos pszichológiai vizsgálat bizonyítja, hogy a kitöltők által írt, jelölt válaszok nem feltétlenül tükrözik a valóságot, hiszen míg ez esetben a képzelőerejükre van bízva a válaszadás, tetteik,

cselekedeteik módja, szintje, addig valós helyzetben közel sem biztos, hogy azonos magatartásformát alkalmaznának.

7. Kitekintés

Dolgozatom készítése során igyekeztem valós, releváns módon bemutatni mind az afáziát, mind pedig a társadalmi tudásszintet, a média, illetve az empátikus hozzáállás tekintetében, kiváltképpen, hogy magyarul nem találtam ehhez hasonló kutatást a témakörben. Az elméleti rész, valamint a kapott eredményeim értékelése, összevetése során számos kérdés merült fel bennem. Az afázia ismeretének 60%-os tudásszintje kifejezetten ideális érték a többi, külföldi kutatásokban szemléltetett adatokhoz képest, azonban milyen eredményt kapnánk, ha más betegséggel kapcsolatos ismerettel vetnénk össze az összehasonlítást? Akár legyen az demencia, Parkinson-kór, mint Flynn és munkatársai (2009) kutatásában, Alzheimer-kór, vagy éppen a stroke. Vajon ugyanilyen szintű tudásszintet mérnénk, vagy kiderülne, hogy az afázia ismerete a többi betegséghez képest alacsonyabb számban jelenik meg, mint Mavis (2007) tanulmányában? Ha a mintavétel szempontjából vizsgálnánk tovább a kutatást, vajon a nagyobb számnak eredmény-módosító hatása lenne, bebizonyosodna az előbb említett kutatók eredménye, miszerint a társadalom nem ismeri kellőképpen a kórképet?

Az afáziával kapcsolatos hozzáállást akár empátikus, akár elutasító jellegében kifejezetten érdemes lenne vizsgálni célzott, nondirektív kérdések által, ahol a válaszadó nem csak a saját képzelőereje révén gondolhatja bele magát a segítő, kommunikációs partner szerepbe. Vajon a kutatásban közölt empátikus hozzáállás mértéke megegyező lenne, vagy a helyzet nehézsége miatt, inkább elutasító? A számomra legfontosabb kérdés azonban az, ha az emberek nem tudnák, hogy éppen milyen betegséggel kapcsolatos a kérdőív, vajon akkor is az afáziát választák volna a kérdőívben bemutatott párbeszédre? Az afáziával kapcsolatos kezelések, kezelési módok, lehetőségek ismerete ugyancsak képezhetné egy kutatás alapját, hiszen a válaszadók többsége maximális pontszámot nem tudott elérni a kérdőívben.

Jól látható tehát, hogy rengeteg kutatási területet képezhet az afázia a társadalom vonatkozásában, számos témakörben. A médiumok száma, azok minősége, az afáziásokhoz való hozzáállás, a tudásszint mind-mind olyan kérdéskört foglalnak magukba, melyek kutatása proponált jelentőségű, főleg magyarul, hiszen az afáziával kapcsolatos szakirodalom mennyisége is csekély mértékű az említett témakörökben.

Végezetül, a médiának kulcsfontosságú szerepe van az afázia, mint nyelvi zavar megismerésének, prevenciójának elősegítésében, kezelési lehetőségeinek tudatosításában, nem csak az ismeretszerzés, de az afáziával küzdő emberek fejlődésének, életének szempontjából is. To-

vábbá tartsuk szem előtt, hogy az „*azt hittem meggyógyultál az agyvérzésből*” jellegű mondatok sokféle hatást fejtenek ki, ám pozitívat egészen biztosan nem. (Flynn, Cumberland és Marshall, 2009, 399. o.) Az afáziás, agyvérzésen átesett emberek túlélők, akiknek fejlődését, szárnycsapásait támogatnunk kell, akár ismereteink bővítésével, akár a megfelelő, empatikus, türelmes kommunikációs hozzáállással.

8. Szakirodalom

- Andersson, S. és Fridlund, B. (2002): The aphasic person's views of the encounter with other people: a grounded theory analysis. *J Psychiatric Ment Health Nurs*, **9**. 3.sz. 285–92.
- Ardila, A. (2014): *Aphasia Handbook*. Florida International University, Miami.
- Bánréti Zoltán (2014): Az afázia. In: Pléh Csaba és Lukács Ágnes (szerk.): *Pszicholingvisztika 1-2: Magyar pszicholingvisztikai kézikönyv*. Akadémiai Kiadó, Budapest. 1167–1241.
- Chomsky, N. (2007): *Approaching UG from below*. In: U. Sauerland és H. M. Gärtner (szerk.): *Interfaces + recursion = language? Chomsky's minimalism and the view from syntax–semantics*. Berlin & New York: Mouton de Gruyter. 1–29.
- Code, C., Papahanasiou, I., Rubio-Bruno, S., de la Paz Cabana, M., Villanueva, M. M., Haaland-Johansen, L., és Robert, A. (2016): International patterns of the public awareness of aphasia. *International journal of language & communication disorders*, **51**. 3.sz. 276–284.
- Cruice, M., Hill, R., Worrall, L. és Hickson, L. (2010). Conceptualising quality of life for older people with aphasia. *Aphasiology*, **24**. 3.sz. 327–347.
- Cséfalvay Zsolt (2006): Aphasiatherapia. In: Nagy Zoltán (szerk.) *Vascularis neurológia*. BV Medical Technical Lap és Könyvkiadó KFT, Budapest. 490–496.
- Dalemans, R., Wade, D. T., van den Heuvel, W. J. és de Witte, L. P. (2009): Facilitating the participation of people with aphasia in research: a description of strategies. *Clin Rehabil*, **23**. 10.sz. 948–59.
- Dalemans, R. J., de Witte, L., Wade, D. és van den Heuvel, W. (2010): Social participation through the eyes of people with aphasia. *Int J Lang Communication Disorders*, **45**. 5.sz. 537–50.
- Elman, R. (2005): Social and life participation approaches to aphasia intervention. In: L. LaPointe (szerk.): *Aphasia and related neurogenic language disorders*. Thieme Medical Publishers, New York. 39–50.
- Fekete Zsófia (2015): Az afázia zeneterápiája, rehabilitációja és ennek zenepedagógiai vetületei. In: Arató Ferenc (szerk.): *Horizontok II. a pedagógusképzés reformjának folytatása* Pécsi Tudományegyetem Bölcsészettudományi Kar Neveléstudományi Intézet, Pécs. 177–188.
- Fekete Zsófia (2016): Zeneterápia a neurorehabilitációban. In.: Falus András (szerk.): *Zene és egészség*. Kossuth Kiadó, Budapest. 117–135.

- Flynn, L., Cumberland, A. és Marshall, J. (2009): Public knowledge about aphasia: A survey with comparative data. *Aphasiology*, **23**. 3.sz. 393–401.
- Gósy Mária, Horváth Viktória, Gyarmathy Dorottya és Lengyel Zsolt (2014): Beszédelemzés az afázia egy ritka típusában. *Gyógypedagógiai Szemle: A magyar gyógypedagógusok egyesületének folyóirata*, **42**. 2.sz. 85–96.
- Halbwachs, M. (1925): *Az emlékezet társadalmi keretei*. Atlantisz Könyvkiadó, Budapest.
- Howe, T. J., Worrall, L. E. és Hickson, L. M. H. (2010): Interviews with people with aphasia: Environmental factors that influence their community participation. *Aphasiology*, **22**. 10.sz. 1–29.
- Ivaskó Livia, Tóth Alinka, Jakab Katalin és Vécsei László (2016): A "Beszélek, hogy beszéljek!" afáziaterápiás eljárás magyar kidolgozásáról. *Rehabilitációs: A Magyar Rehabilitációs Társaság Folyóirata*, **26**. 1.sz. 188–194.
- Juhos-Kiss Eszter (2020): Népdalénekléssel az afáziás betegek beszédtanításának szolgálatában. *Parlando: Zenepedagógiai Folyóirat*.
- Kas Bence és Mészáros Éva (2013): Az afázia neurolingvisztikai és logopédiai vonatkozásai. In: Hirschberg Jenő, Hacki Tamás és Mészáros Krisztina (szerk.): *Foniatríia és társtudományok A hangképzés, a beszéd és a nyelv, a hallás és a nyelés élettana, kórtana, diagnosztikája és terápiája*. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest. 106–115.
- Kállai János és Karádi Kázmér (2008): Afáziák. In.: Kállai János, Bende István, Karádi Kázmér, és Racsmány Mihály (szerk): *Bevezetés a neuropszichológiába*. Medicina Kiadó, Budapest. 216–228.
- Mavis, I. (2007): Perspectives on public awareness of stroke and aphasia among Turkish patients in a neurology unit. *Clinical Linguistics & Phonetics*, **21**. 55–70.
- McCann, C., Tunnicliffe, K. és Anderson, R. (2013): Public awareness of aphasia in New Zealand. *Aphasiology*, **27**. 5.sz. 568–580.
- Nagy Zoltán (2013): Afázia. In: Hirschberg Jenő, Hacki Tamás és Mészáros Krisztina (szerk.): *Foniatríia és társtudományok A hangképzés, a beszéd és a nyelv, a hallás és a nyelés élettana, kórtana, diagnosztikája és terápiája*. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest. 103–106.
- Osmánné Sági Judit (2007): Az afázia vizsgálata. In: Juhász Ágnes (szerk): *A logopédiai vizsgálatok kézikönyve*. Logopédia Kiadó, Budapest. 139–155.
- Pataky István (2008): Terápia és rehabilitáció a neuropszichológia területén In: Kállai János, Bende István, Karádi Kázmér és Racsmány Mihály (szerk): *Bevezetés a neuropszichológiába*. Medicina Kiadó, Budapest. 330–342.

- Raglio, A., Zaliani, A., Baiardi, P., Bossi, D., Sguazzin, C., Capodaglio, E., ... és Imbriani, M. (2017): Active music therapy approach for stroke patients in the post-acute rehabilitation. *Neurological Sciences*, **38**. 5.sz. 893–897.
- Sherratt, S. (2011): Written media coverage of aphasia: A review. *Aphasiology*, **25**. 10.sz. 1132–1152.
- Simmons-Mackie, N., Code, C., Armstrong, E., Stiegler, L., és Elman, R. J. (2002): What is aphasia? Results of an international survey. *Aphasiology*, **16**. 837–848.
- Szentkúti-Kiss Katalin (2006): Az aphasia vizsgálata stroke-syndromában. In: Nagy Zoltán (szerk): *Vascularis neurológia*. BV MedicalTechnical Lap és Könyvkiadó KFT, Budapest. 90–100.
- Szentkúti-Kiss Katalin (2010): A verbális kommunikáció zavarai felnőttkori, szerzett agysérülés következtében. In: Vekerdy-Nagy Zsuzsanna (szerk.): *Rehabilitációs orvoslás*. Medicina Könyvkiadó. Budapest. 412–419.
- Ullman, M.T., Pancheva R., Love T., Yee E., Swinney D. és Hickok G. (2004): Neural correlates of lexicon and grammar: Evidence from the production, reading and judgement of inflection. *Brain and Language*, **93**. 185–238.
- Yang, Y., Fang, Y. Y., Gao, J., és Geng, G. L. (2019): Effects of Five-Element Music on Language Recovery in Patients with Poststroke Aphasia: A Systematic Review and Meta-Analysis. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, **25**. 10.sz. 993–1004.
- Zakariás Lilla, Rózsa Sándor és Lukács Ágnes (2020): CAT-H – új eljárás az afázia magyar nyelvű diagnosztikájában. *Ideggyógyászati Szemle*, **73**. 11-12.sz. 405–416.

9. Ábrajegyzék

1. ábra: A nyelv és a beszéd szempontjából legfontosabb agykérgi területek (Bánréti, 2014, 1191. o.)

Bánréti Zoltán (2014): Az afázia. In: Pléh Csaba és Lukács Ágnes (szerk.):

Pszicholingvisztika 1-2: Magyar pszicholingvisztikai kézikönyv. Akadémiai Kiadó, Budapest.

1191. o.....**Hiba! A könyvjelző nem létezik.**

2. ábra: Broca-afázia, a sérülés léziója

Forrás: Aphasia for the USMLE Step 1 <https://www.youtube.com/watch?v=R9GechNl6Gw>

(2021. 11. 02.) 9

3. ábra: Wernicke-afázia, a sérülés léziója

Forrás: Aphasia for the USMLE Step 1 <https://www.youtube.com/watch?v=R9GechNl6Gw>

(2021. 11. 02.) 9

4. ábra: Vezetékes afázia, a sérülés léziója

Forrás: Aphasia for the USMLE Step 1 <https://www.youtube.com/watch?v=R9GechNl6Gw>

(2021. 11. 02.) 10

5. ábra: Életkori megoszlás 21

6. ábra: Végzettség szerinti eloszlás..... 22

7. ábra: Az eredmények pontszámai..... 24

8. ábra: Wernicke-afázia..... 26

9. ábra: Részképességsérülés..... 27

10. ábra: Munkába való reintegrálódás 28

11. ábra: Médiumok az afáziával kapcsolatban..... 30