



UPPSALA
UNIVERSITET

Institutionen för neurovetenskap
– enheten för logopedi

Mötesplatser för personer med afasi

– om avbrott i språkstimulering.

Sofia Lindström och Susanna Lysén Åberg

Examensarbete i logopedi – 30 hp
VT/HT 2012
Nr 077

Handledare:
Monica Blom Johansson,
Institutionen för neurovetenskap,
logopedenheten, Uppsala universitet



INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1. BAKGRUND	6
1.1. Afasi	6
1.1.1. Psykosociala följder	6
1.1.2. Återhämtning och kronisk afasi	7
1.1.3. Brist på kunskap om afasi	7
1.2. Behandling av afasi	8
1.2.1. Afasibehandling på funktionsnivå	8
1.2.2. Afasibehandling i Sverige	9
1.2.3. Språkstimulering	10
1.3. Afasiföreningar	10
2. SYFTE	11
3. METOD	12
3.1. Urval	12
3.2. Procedur och material	12
3.2.1. Lexia 4	13
3.2.2. Intervju och bedömning av spontantal	13
3.2.2.1 Mean Length of Utterance	14
3.2.3. Språkstimulering under sommaruppehållet	15
3.2.4. A-ning	15
3.3. Analys	16
3.4. Etiska aspekter	17
3.5. Artikelsökning	17
4. RESULTAT	18
4.1. Deltagare	18
4.2. Sammanfattning av förändringar för alla bedömningar	18
Lexia 4	18
4.2.1. Lexia-poäng	18
4.2.2. Lexia-tid	19
4.3. Intervju och bedömning av spontantal	20
4.3.1. Mean Length of Utterance	20
4.3.2. Kvalitativ jämförelse	20
4.3.2.1 Kvalitativ jämförelse av MLU-värden	21
4.4. Språkstimulering under sommaruppehållet	21
4.5. A-ning	22
5. DISKUSSION	23

5.1.	Metoddiskussion.....	23
5.1.1.	<i>Lexia 4</i>	23
5.1.2.	<i>Bedömning av spontantal</i>	23
5.1.3.	<i>Utformning av frågeformuläret</i>	24
5.1.4.	<i>Utformning av skrivuppgifter i Lexia och A-ning</i>	25
5.1.5.	<i>A-nings bedömning av verbal förmåga</i>	25
5.1.6.	<i>Oberoende variabler</i>	25
5.1.7.	<i>Test-retest effekt</i>	26
5.2.	Resultatdiskussion	27
5.2.1.	<i>Lexia, tid- och poängförändring</i>	27
5.2.2.	<i>Intervju och bedömning av spontantal</i>	27
5.2.3.	<i>Aktiviteter under sommaruppehållet</i>	28
5.2.4.	<i>A-ning</i>	28
5.2.5.	<i>Uttröttbarhet</i>	29
5.2.6.	<i>Psykosociala aspekter och social delaktighet</i>	29
5.3.	Slutsats och fortsatt forskning	30
6.	TACKORD	31
7.	REFERENSER	32
8.	BILAGOR	36

SAMMANFATTNING

Bakgrund: Språkstimulering (ej logopedledd språkträning) är ett alternativ för personer med afasi som vill fortsätta träna sin språkförmåga efter avslutad logopedkontakt. Språkstimulering ges bland annat genom olika afasiföreningars Mötesplatser. På en av dessa Mötesplatser har personalen uppgett att de upplever sina medlemmar vara försämrade språkmässigt efter det sommaruppehåll Mötesplatsen har. Syftet med föreliggande studie är att undersöka om uppehåll i språkstimulering påverkar språklig förmåga. *Metod:* Åtta personer med kronisk afasi (afasi 6 månader efter stroke), alla medlemmar av samma Mötesplats, deltog i föreliggande studie. Bedömning av språkförmåga utfördes före och efter Mötesplatsens sommaruppehåll (7-8 veckor långt), genom övningar i datorprogrammet Lexia, MLU-värde (antal morfem per yttrande) utifrån en intervju, bedömning med A-ning - Neurolingvistisk afasiundersökning, samt ett frågeformulär gällande språkstimulering under sommaruppehållet. Wilcoxons teckenrangtest användes för beräkning av eventuell statistisk signifikans. *Resultat:* Efter sommaruppehållet observerades lägre poäng och längre tidsintervaller gällande Lexia-övningen. Hälften av deltagarna hade lägre och hälften högre totalpoäng för A-ning efter sommaruppehållet. MLU-värdena som beräknats från intervjuerna var lägre efter sommaruppehållet, men validiteten av MLU som bedömningsmetod för spontantal ifrågasattes. Ingen statistisk signifikant skillnad kunde påvisas av den språkliga förmågan före och efter sommaruppehållet, utifrån resultaten från bedömning med A-ning och förändring av tidsintervallerna i Lexia. Statistisk signifikant skillnad kunde påvisas av poängförändringen i Lexia-övningarna från första till andra bedömningstillfället. *Diskussion:* Utifrån bedömningsresultaten går det inte att dra slutsatser om deltagarnas språkförmåga försämrades efter sommaruppehållet eller ej. Resultaten gällande Lexia pekar på att deltagarna hade svårigheter med utförandet av Lexia-övningar efter sommaruppehållet. En större studie bör göras för att utröna om dessa svårigheter berodde på försämrad språkförmåga eller på att deltagarna efter sommaruppehållet var ovana vid att använda datorprogrammet. För att underlätta eventuell ovana gällande användningen av Lexia skulle personal på Mötesplatsen kunna ge medlemmarna en kort, individuell introduktion till programmet efter sommaruppehållet.

Nyckelord: afasi, Afasiföreningar, Lexia, språkstimulering

ABSTRACT

Background: Language stimulation (language training not led by a speech-language pathologist) is an option for people with aphasia who wish to continue their language training after they've been discharged from language therapy led by a speech-language pathologist. One way to receive language stimulation is through the Meeting Places of different aphasia organizations. At one of these Meeting Places the staff has stated that they experienced the language skills of their members as deteriorated after the Meeting Places' summer break. The purpose of the present study is to examine if interruption of language stimulation affects language ability. *Method:* Eight persons with chronic aphasia (aphasia 6 months post-stroke), all members of the same Meeting Place, participated in the present study. Evaluation of language ability was carried out before and after the Meeting Place's summer break (7-8 weeks long), through exercises in the computer program Lexia, MLU-value (number of morphemes per utterance) based on an interview, A-ning (material for evaluation of aphasia), as well as a questionnaire regarding language stimulation during the summer break. Wilcoxon signed-rank test was used for calculating possible statistical significance. *Results:* After the summer break lower scores and longer time per exercise were observed regarding Lexia. Half of the participants had lower and half had higher score on A-ning after the summer break. The MLU values were lower after the summer break, but the validity of MLU as a method of evaluating speech was questioned. No statistical significance was indicated regarding the participants' language ability before and after the summer break, based on the results from the evaluation with A-ning and the time intervals in Lexia. A statistically significant difference was indicated regarding the change in total points for the Lexia-exercises from the first to the second evaluation. *Discussion:* Based on the evaluation results no conclusions can be drawn regarding whether or not there was a decline in the participants' language ability. The results regarding Lexia indicate that the participants had difficulties carrying out the exercises in Lexia after the summer break. A larger study should be undertaken to determine if these difficulties were caused by deteriorated language ability or by the participants being unused to using the computer program after the summer break. To ease the possible unfamiliarity with using Lexia, the staff at the Meeting Places could give the members a short, individual introduction to the program after the summer break.

Keywords: aphasia, aphasia associations, language stimulation, Lexia

1. Bakgrund

1.1. Afasi

Afasi definieras som en "språkstörning efter förvärvad hjärnskada" (Ahlsén, 2008, s. 187). Orsaker till språkstörningen är fokala hjärnskador, t.ex. stroke; generella hjärnskador, t.ex. skador orsakade av syrebrist; och hjärnskador som progredierar, t.ex. Alzheimer-demens (Ahlsén, 2008). Att språkstörningar som uppstår i samband med generella hjärnskador och hjärnskador som progredierar ska diagnostiseras som afasi är dock omdiskuterat (Ahlsén, 2008).

En typisk fokal hjärnskada som orsakar afasi är stroke (infarkt, emboli eller blödning i hjärnan), traumatiska hjärnskador och hjärntumörer (Ahlsén, 2008). Enligt en studie av Appelros, Nydevik, Seiger och Terént (2002) beräknades antalet insjuknade i stroke år 1999 vara 314 per 100 000, i Sverige, och antalet insjuknade förväntades öka. Av personerna som insjuknar är ca 80 % äldre än 65 år (Socialstyrelsen, 2011, s. 170). Förekomsten av afasi bland personer med akut stroke uppskattas till 21-38% (Brust, Shafer, Richter & Bruun, 1976; Pedersen, Jørgensen, Nakayama, Raaschou & Olsen, 1995; Wade, Hower, David & Enderby, 1986). I en studie av Laska, Kahan, Hellblom, Murray och von Arbin (2008), undersöktes 106 personer med akut stroke, och 33% av dem fick diagnosen afasi. 18 månader senare hade 24% av personerna med afasi återhämtat sig helt, medan 43% fortfarande hade signifikanta afasisymptom, och 21% hade avlidit.

Afasisymptomen yttrar sig i form av nedsättningar i språkförståelse, språkproduktion och läs- och skrivförmåga. Hur nedsättningen ter sig inom varje språkområde varierar från individ till individ (Ahlsén, 2008). Vissa personer drabbas av omfattande nedsättningar i talproduktion och kan endast uttrycka enstaka ord, medan andra får en överdriven talproduktion karakteriserad av ovanligt långa meningar som bland annat innehåller parafrasier (Sinanović, Mrkonjić, Zukić, Vidović och Imamović, 2011).

1.1.1. Psykosociala följder

De språkliga förändringar som afasi kan innebära leder för många till stora svårigheter med den vardagliga kommunikationen (Brown, Davidson, Worrall & Howe, 2012). En oerfaren kommunikationspartner kan i vissa fall till och med hindra den sociala kommunikationen för en person med afasi, t.ex. genom att tala för personen, korrigera misstag, avbryta eller undvika vissa ämnen (Rautakoski, 2011). Problematiken med att samtalspartnern inte vet hur denne ska understödja kommunikationen, eller att samtalspartnern känner sig obekvämt, leder ofta till minskat antal sociala kontakter och aktiviteter för personer med afasi, jämfört med personer i samma ålder som inte har afasi (Cruice, Worrall & Hickson, 2006; Brown et al. 2012). Oförmågan att som samtalspartner understödja en konversation med en person med afasi kan leda till vänskapsförlust och social isolering. I en studie av Brown et al. (2012) uppgav 60 % av deltagarna att de ett år efter sin stroke tappat kontakten med flera vänner och bekanta. 30 % uppgav att de inte hade några vänner alls. Deltagarna i studien av Brown et al. (2012) uppgav att den främsta orsakerna till vänskapsförlusten var att de varken kunde föra samtal eller delta i samma aktiviteter som tidigare.

Ytterligare följder av afasi som orsakats av stroke inkluderar depression (Kauhanen et al., 2000), socialt utanförskap (Parr, 2007; Wallace, 2010) och minskad belåtenhet med

den egna livsstilen, framförallt för personer i yrkesverksam ålder (Hinckley, 1998). Faktorer som negativt påverkar social aktivitetsnivå är svåra afasisymptom, hög ålder och motoriska svårigheter (Code, 2003). En annan följd av stroke är uttrötthet, 'fatigue' på engelska, som yttrars sig som brist på mental och fysisk energi (Vuletić, Ležaić & Morović, 2011), även definierat som "a feeling of early exhaustion, developing during mental activity, with weariness, lack of energy and aversion to effort" (Staub & Bogousslavsky, 2001, s. 75). Bristen på energi leder till nedsatt kapacitet till fysisk och mental aktivitet (Vuletić et al., 2011).

1.1.2. Återhämtning och kronisk afasi

Återhämtning för den som drabbats av afasi varierar beroende på skadelokalisation och skadans utbredning (Plowman, Hentz & Ellis, 2012). Spontan återhämtning uppges vara som störst under de första veckorna efter att patienten fått sin stroke (Maas et al., 2010).

Definitionen av när afasin övergår från att vara akut till kronisk är omdiskuterad. I artiklar som definierar kronisk afasi uppges inte hur definitionen tagits fram och ingen källhänvisning finns. Kronisk afasi har definierats som kvarstående afasisymptom 3 månader (Laska et al. 2008; Linebaugh, Baron & Corcoran, 1998) till 24 månader efter stroke (Szaflarski et al., 2008). Kvarstående afasisymptom 6 månader efter stroke tas upp som gräns för kronisk afasi i ett flertal studier (Basso & Macis, 2011; Hilari, Owen & Farrelly, 2007; Hinckley & Craig, 1998; Manheim, Halper & Cherney, 2009; Ross, Winslow, Marchant & Brumfitt, 2006; Ross & Wertz, 2002). Författarna till föreliggande studie har därför valt att definiera kronisk afasi som kvarstående afasisymptom 6 månader efter stroke.

Ett antal möjliga prognostiska faktorer för afasi har identifierats; hur svåra afasisymptomen är direkt efter stroke (Lazar et al., 2010; Liang et al., 2001; Pedersen, Vinter & Olsen, 2004; Plowman et al., 2012), generell svårighetsgrad av stroke (Pedersen et al., 2004; Plowman et al., 2012) och hjärnskadans lokalisation (Liang et al., 2001; Plowman, 2012). Hachioui et al. (2012) visade i sin studie på att en prognos kunde sättas för den verbala förmågan hos personer med afasi ett år framåt i tiden, räknat från personens insjuknande. Prognosen baserades på personens fonologiska prestation, ålder, typ av stroke, utbildningsnivå och den övergripande funktionsnedsättningen personen fått p.g.a. sin stroke.

1.1.3. Brist på kunskap om afasi

Allmänhetens kunskap om afasi har visat sig vara eftersatt. Vid en undersökning av Simmons-Mackie, Code, Armstrong, Stiegler och Elman (2002) tillfrågades 978 personer om de visste vad afasi var. Av dessa sade sig 133 ha hört talas om afasi, men efter att de ombetts definiera afasi utifrån en lista av möjliga symptom (t.ex. "kommunikationssvårigheter" som ett korrekt symptom och "problem med att tänka och nedsatt intelligens" som ett felaktigt symptom) mötte endast 5,4 % (53 st) kriterierna för grundläggande kunskap om afasi. Allmänhetens bristande afasikunskaper kan leda till att afasirelaterad forskning, kvalitén på tjänster och acceptans för personer med afasi, påverkas negativt (Simmons-Mackie et al., 2002). Vid en uppföljning av studien visade sig allmänhetens kunskap om afasi fortfarande vara låg (Flynn, Cumberland & Marshall, 2009).

1.2. Behandling av afasi

Enligt hälso- och sjukvårdslagen ska landstingen erbjuda vårdgaranti för boende inom landstinget (Notisum, 2010). Vårdgarantin innebär att en enskild person är försäkrad om att få vård inom en viss tidsram (Notisum, 2010). Vårdgarantin reglerar dock inte vilken slags vård som patienten har rätt till (Landgren, 2011). I ett svenskt landsting som publicerat sina riktlinjer för afasivård, fick patienter inom slutenvården år 2009 - 2011 träffa logoped för afasibedömning inom 1-2 veckor. Personer med afasi prioriterades inom sagda landstings logopedenhet och personer med misstänkt afasi fick inom öppenvården oftast tid för bedömning inom en månad (Ivarsson, Kindberg, Sundin & Åkerman, 2009).

1.2.1. Afasibehandling på funktionsnivå

Många olika inriktningar finns för intervention vid afasi, t.ex. sociala åtgärder som ökar livskvalitén för personer med afasi genom mer information och utbildning till personernas nätverk (Ahlsén, 2008). Andra exempel på insatser för personer med afasi är tillgång till hjälpmedel som t.ex. alternativ och kompletterande kommunikation (Jacobs, Drew, Ogletree & Pierce, 2004), och tolk (Larsson & Thorén-Jönsson, 2007).

En underkategori till afasiintervention är afasibehandling på funktionsnivå. Studier har visat att funktionsinriktad afasibehandling (av författarna definierat som "logopedledd språkträning") har positiva effekter på språkförmågan hos personer med afasi (Basso & Macis, 2011; Godecke, Hird, Lalor, Rai & Philips, 2011; Meinzer, Djundja, Barthel, Elbert & Rockstroh, 2005). En evidensbaserad form av funktionsinriktad afasibehandling är användandet av olika datorbaserade språkträningsprogram (Behrns, Hartelius & Wengelin, 2009; Cherney, Halper & Kaye, 2011; Choe & Stanton, 2011; Mannheim et al., 2009). En annan evidensbaserad funktionsbehandling för afasi är "constraint-induced aphasia therapy", även kallat CIAT, där patienterna intensivt övar sin språkförmåga genom endast kommunicera verbalt; inga hjälpmedel eller gester får användas (Szaflarski et al., 2008).

Ett antal studier har gjorts där hjärnaktivitet hos personer med afasi undersökts före och efter olika slags afasibehandling. Studierna har visat på att en förändring sker i hjärnaktivitet för deltagare som uppvisat språklig förbättring, vilket stödjer att afasibehandling ger positiv effekt (Kurland, Baldwin & Tauer, 2010; Meinzer et al., 2008; Turkeltaub, Messing, Norise & Hamilton, 2011; Vitali et al., 2007). Olika hjärnregioner kan vara involverade i språkförbättring på kort och lång sikt (Menke et al., 2009). Enligt en studie av Menke et al. (2009) förefaller bilateral aktivering av områden som har att göra med minne, uppmärksamhet och multimodal integrering vara viktiga under första stadiet av inläring. Vid inläring över längre tid förefaller däremot ökad aktivitet i området som är Wernicke's högersidiga motsvarighet, samt språkområden i vänster temporallob, vara av större vikt för framgång (Menke et al., 2009).

Hong, Shin, Lim, Lee och Huh (2012) refererar till Berthier (2005) som uppgav att hjärnstimulerande läkemedel i första hand utvecklats för behandling av motoriska nedsättningar, eftersom dessa är mer högfrekventa symptom efter stroke än språkliga nedsättningar. Metoder som läkemedel, transkraniell elektrisk stimulering och magnetstimulering har dock börjats undersökas som en möjlig behandlingsmetod även för afasi (Berthier, Pulvermüller, Dávila, Casares & Gutiérrez, 2011; Crinion, 2012).

Positiva effekter av olika former av hjärnstimulering har påvisats både vid akut och kronisk afasi (Basso & Macis, 2011; Hong et al, 2012). I sin studie om afasibehandling vid kronisk afasi uttrycker Basso och Macis (2011) förhoppningar om att man framöver ska kunna kombinera funktionsinriktad och farmaceutisk afasibehandling, för att åstadkomma en ännu effektivare språkbehandling.

Någon universellt accepterad metod för afasibehandling och språkstimulering (i föreliggande studie definierat som "språkträning ledd av någon som inte är logoped, samt språkträning som personen med afasi utför på egen hand utan regelbunden kontakt med logoped,") finns inte (Crinion, 2012).

I fråga om durationen av funktionsinriktad afasibehandling jämförde Bhogal, Teasell och Speechley (2003) olika afasibehandlingsstudier. De drog slutsatsen att fler terapitimmars per vecka (5 till 10 h) under ett kortare antal veckor (8 till 12 v.) gav bättre lingvistisk återhämtning, än behandling med färre terapitimmars per vecka (2 till 3.8 h) fördelat över längre tid (20 till 26 veckor). Cherney, Patterson och Raymer (2011) tog upp att det kan finnas en skillnad i hur akut och kronisk afasi bör behandlas, vad det gäller antal timmar i veckan en person med afasi bör träna. Studier har visat att intensiv träning förefaller ge positivt resultat för personer med kronisk afasi, men få studier har genomförts med deltagare som har akut afasi, och det går därför inte att uttala sig om intensiv träning ger positiv effekt för dessa patienter (Cherney et al., 2011). Inte alla studier som jämfört intensiv och icke-intensiv afasibehandling har sett någon skillnad vad gäller effekt (Hinckley & Carr, 2005).

1.2.2. Afasibehandling i Sverige

Den person som diagnostiseras med afasi i Sverige erbjuds oftast afasibehandling, men behandlingen skiljer sig åt ifråga om utformning och tidsåtgång mellan olika landsting och regioner (Blom Johansson, Carlsson & Sonnander, 2011). Ett landsting som har publicerat sina riktlinjer för afasibehandling erbjöd mellan år 2009-2011 logopedkontakt 1-2 gånger i veckan för både patienter inom slutenvård och dagrehabilitering (Ivarsson et al., 2009). Afasiförbundet i Sverige anser dock att rehabiliteringen för personer med afasi har många brister (Åkerlund & Månsson, 2003). Sjukvårdens brister beror, enligt förbundet, inte enbart på ekonomiska resurser, utan även på otillräcklig kunskap och erfarenhet av afasi (Åkerlund & Månsson, 2003).

Logopedisk utformning av afasibehandling i Sverige undersöktes i en studie av Blom Johansson et al. (2011), där tvåhundra svenska logopeder medverkade. Erbjuden afasibehandling varierade mellan individuell behandling (92%), självträning (52%), gruppbehandling (42%) och annan form av behandling (14%), t.ex. med hjälp av närstående. Val av behandlingsmaterial skilde sig också åt mellan landets olika regioner, men 84,5 % av de tillfrågade uppgav att de använde det datorbaserade språkträningsprogrammet Lexia. I studien uppskattade man även att den genomsnittliga logopedkontakten för afasipatienter varade från 6,9 månader till 19,7 månader, beroende på landsting. Logopedkontakt betyder dock inte att patienten tränar dagligen eller veckovis hos logopeden under denna tid, utan att behandlingsuppehåll förekommer anpassat till individen och befintliga resurser.

Anledningarna till avslutande av afasibehandling var flera; t.ex. uppgav 45,7 % av de tillfrågade logopederna att en "platå" i språkförmågan uppnåtts (Blom Johansson et al., 2011). Förekomsten av denna "språkplatå" har dock ifrågasatts. Basso och Macis (2011)

utförde en studie där en positiv effekt av kontinuerlig afasibehandling uppmättes med Token test. Studiens deltagare hade tidigare fått sin afasibehandling avslutad eftersom deras logopeder upplevt att de nått en "platå" i sin språkförmåga. Patienterna troddes därför inte kunna rehabilitera sina språkförmågor ytterligare. Resultaten av Basso och Macis (2011) studie pekar åt att existensen av en "språkplatå" behöver studeras vidare. Stödet för avsaknaden av "språkplatån" går ihop med Afasiförbundet i Sveriges syn på afasirehabilitering som en livslång process (Åkerlund & Månsson, 2003).

1.2.3. Språkstimulering

Föreliggande studies författare definierar språkstimulering för personer med afasi som: intervention för afasi ledd av personer som inte är utbildade logopeder, samt självträning utan regelbunden logopedkontakt. De studier som finns pekar på att lekmän som fått en introduktion till hur intervention för afasi går till kan leda sådan intervention och uppnå resultat likvärdiga med de som uppnås av erfarna terapeuter (Meikle et al., 1979; David, Enderby & Bainton, 1982; Meinzer, Streiftau & Rockstroh, 2007)

Meikle et al. utförde 1979 en studie där både lekmän och logopeder, som skulle leda språkträning för personer med afasi, utgick från samma språkträningsmaterial. En kort introduktion av materialet gavs till lekmännen. Lekmännen uppmanades att utifrån materialet utvecklas sina egna tekniker för språkstimuleringen. Resultaten av språkstimuleringen och afasibehandlingen tedde sig jämlika, i de att deltagarna i båda grupperna förbättrade sin språkförmåga. David et al. genomförde 1982 en studie där två grupper av personer med afasi jämfördes. Den ena gruppen erhöll språkstimulering och den andra afasibehandling. Båda grupper uppnådde likartade resultat efter avslutad träning.

Ännu en studie rörande språkstimulering genomfördes 2007 av Meinzer et al. De undersökte om lekmän kunde tränas till att ge språkträning likvärdig med den ledd av erfarna terapeuter. Lekmännen hade ingen tidigare erfarenhet av språkträning. De fick en 2 timmar lång introduktion till metoden CIAT av en erfaren terapeut, och fick sedan leda behandlingen för en grupp av personer med afasi. Behandlingen bestod av tio behandlingstillfällen, och en erfaren terapeut närvarade under de första två. En jämförelse gjordes sedan mellan resultaten för lekmännens behandlingsgrupp och resultaten för en grupp ledd av en erfaren terapeut. Båda gruppernas deltagare förbättrades och ingen signifikant skillnad i förbättring mellan grupperna observerades (Meinzer et al., 2007).

1.3. Afasiföreningar

Den afasipatient som i Sverige önskar fortsatt språklig träning efter avslutad logopedkontakt, kan i vissa regioner vända sig till ideella organisationer för språklig stimulering (Åkerlund & Månsson, 2003). Ideella organisationer som erbjuder språkstimulering är bland annat Afasilinjen vid Forsa Folkhögskola och Mötesplats Afasi i Gävleborgs län.

En ideell sammanslutning är Afasiförbundet i Sverige, som bildades 1981 (Åkerlund & Månsson, 2003). I jämförelse med de synskadades och dövas riksförbund, vilka grundades i slutet av 1800-talet, är Afasiförbundet i Sverige en ung organisation (Åkerlund & Månsson, 2003). Anledningen till förbundets ringa ålder grundar sig, enligt förbundet själva, i det faktum att afasi är ett dolt handikapp (Åkerlund &

Månsson, 2003). Den som inte är personligen berörd är enligt Afasiförbundet i Sverige ofta okunnig om vad afasi är och vad det innebär att ha afasi (Åkerlund & Månsson, 2003). Även närstående förefaller ha bristande afasikunskap och kan associera afasi till kognitiv nedsättning (Brown et al., 2012). Afasiförbundet i Sverige ser det därför som sin viktigaste uppgift att väcka opinion för afasiproblematiken och belysa de behov som afasidrabbade och deras anhöriga har inom olika samhällsområden (Åkerlund & Månsson, 2003).

Ideella afasiorganisationer har också den viktiga funktionen att erbjuda socialt stöd för personer med afasi och deras anhöriga (Åkerlund & Månsson, 2003). I en afasiförening kan personer med afasi och deras anhöriga få möjlighet att umgås med andra människor som har kunskap om afasi, samt göra nya bekantskaper med personer i samma situation (Åkerlund & Månsson, 2003).

Under den verksamhetsförlagda utbildningen på Uppsalas logopedprogram år 2011 kom författarna till den föreliggande studien i kontakt med en ideell afasiförening. Denna förening har en Mötesplats där de tar emot personer med afasi som inte längre har kontinuerlig logopedkontakt. Föreningens medlemmar har kommit i kontakt med Mötesplatsen antingen genom sin logoped, genom sin anhöriga eller på eget initiativ.

Mötesplatsen erbjuder, enligt dess personal, sina medlemmar språkstimulering. Språkstimuleringen sker 1 timme, 1-2 gånger per vecka, främst i form av övningar i datorprogrammet Lexia. Annan språkstimulering som erbjuds är individuellt anpassade verbala övningar, läs- och skrivövningar, samt gemensam fikastund. Det finns ingen logoped som är verksam på Mötesplatsen. Personalen uppger att de deltagit i ett antal kurser om afasi, bland annat en kurs om datorprogrammet Lexia, och att de har nära samarbete med lokala logopedier.

Mötesplatsen har sommaruppehåll, då det inte är möjligt för medlemmarna att erhålla språkstimulering från Mötesplatsen. De anställda i föreningen har upplevt att medlemmars språkförmåga försämrats efter detta sommaruppehåll. De anställda uppger att denna försämring främst syntes under utförandet av övningar i datorprogrammet Lexia.

Det har hittills inte utförts några studier kring hur språkförmågan hos personer med kronisk afasi påverkas av uppehåll i språkstimulering. Föreliggande studie kommer därför att bidra med information om uppehåll i språkstimulering och förhoppningsvis motivera och inspirera till kommande större studier rörande språkstimulering för personer med kronisk afasi.

2. Syfte

Syftet med den föreliggande studien är att utröna om uppehåll i kontinuerlig språkstimulering påverkar språkförmågan hos personer med kronisk afasi.

Hypotesen är att en språkförsämring bör inträffa efter uppehåll i språkstimulering och därmed vid afasibedömning visa sig som svårare afasisymptom, jämfört med före stimuleringsuppehållet. Hypotesen baseras på Mötesplatspersonalens upplevelse av en försämring gällande språkförmågan hos medlemmarna, efter att Mötesplatsen hållit

sommarstängt.

3. Metod

3.1. Urval

Urvalskriterierna var kronisk afasi (av författarna definierats som kvarvarande afasisymptom sex månader efter stroke) med svårigheter att uttrycka sig i tal och skrift som huvudsakliga symptom.

Exlusionskriterier var mycket nedsatt språkförståelse, eftersom sådan problematik skulle innebära en ökad risk för missförstånd kring studiens innebörd. Informerat samtycke från personer med afasi som har svårt nedsatt språkförståelse skulle inte varit helt tillförlitligt, eftersom de har stora svårigheter att tillägna sig muntlig, och ofta även skriftlig, information (Goodglass, 1993, s. 210-213; Goodglass & Kaplan, 1983, s. 8-9).

Nio medlemmar i afasiföreningen, som enligt personalen stämde in på inklusionskriterierna, informerades om studien samt tillfrågades av personalen om att delta i studien, varav åtta valde att tacka ja. Anledningen till att den nionde personen tackade nej är okänd.

Deltagarna rekryterades från en Mötesplats som är en del av den lokala afasiföreningens verksamhet, där alla medlemmarna har diagnosen afasi. Urvalet var med andra ord ett bekvämlighetsurval. Mötesplatsens personal uppgav att den deltagare som varit medlem kortast tid på Mötesplatsen hade varit där i ca nio månader.

Under rekrytering av deltagare var målet 10-15 personer. Målet sattes för att bedömningarna skulle hinna genomföras inom tidsramen för uppsatsen, med möjlighet till bearbetning av skillnader i språkförmåga före och efter sommaruppehållet.

3.2. Procedur och material

Författarna kontaktade Mötesplatsens personal via telefon och e-post, och informerade om studiens syfte och utformning. Författarna besökte sedan Mötesplatsen och gav personalen vidare information (se Bilaga B), samt information till möjliga deltagare (se Bilaga A och C). Deltagarna rekryterades sedan genom muntlig förfrågning utifrån informationsblanketter (se Bilaga A, B och C), av Mötesplatsens personal. En av informationsblanketterna utformades med bildstöd (se Bilaga C), eftersom studier visat att personer med afasi själva upplever att de förstår skriven information bättre om den understöds med bilder (Rose, Worrall, Hickson & Hoffman, 2011).

Deltagarna genomgick under studiens gång sammanlagt två bedömningar vid två olika tillfällen. De båda bedömningarna genomfördes i Mötesplatsens lokaler, där deltagarna erhåller sin ordinarie språkstimulering. Deltagarnas första bedömningstillfälle genomfördes år 2012 under vecka 21 och 22. Sex av åtta deltagare genomförde sina sista ordinarie språkstimuleringsessioner vecka 22. Deltagare Nr 3 och Nr 5 erhöll sin sista språkstimulering i början av vecka 23. Deltagarnas andra bedömningstillfälle genomfördes vecka 31, samma vecka som afasiföreningen öppnade efter sommaruppehållet. Sommaruppehållet hade då varat sju respektive åtta veckor för deltagarna.

Varje bedömningstillfälle tog ca 2 timmar i anspråk per deltagare, inklusive paus. Bedömningen bestod av följande moment:

1. **Genomförandet av en för deltagaren välkänd Lexia-övning.**
2. **Intervju.**
3. **Vid det andra bedömningstillfället fick deltagarna även besvara frågor om vad de gjort under sommaruppehållet (se Bilaga F).**
4. **Bedömning av språkförmåga genom afasibedömningsmaterialet A-ning - Neurolingvistisk afasiundersökning (här efter refererat till som A-ning).**

3.2.1. Lexia 4

Dataprogrammet Lexia är utformat för behandling av både afasi och dyslexi (Gunnilstam & Mårtens, 2010). "Lexia 4 är utformat med hänsyn tagen till den senaste kunskapen inom dyslexiforskningen vad gäller själva läsprocessen, och till de vedertagna kunskaperna inom afasiologin" (Gunnilstam & Mårtens, 2010, s. 15). Programmet innehåller 94 övningar fördelade i följande kategorier: *Insikt* (språklig medvetenhet), *Ljud* (fonemnivå), *Oord* (stavelser och nonsens), *Ord* (morfemnivå), *Begrepp* (ordbetydelse), *Mening*, *Text*, *Rymd* (spatial förmåga), *Klocka*, *Räkning*, samt kategorin *Övrigt*, vilken bland annat inrymmer ordbehandling. Övningarna kan ställas in efter olika svårighetsgrad, i form av vilka ordlistor, olika antal svarsalternativ, osv. Det finns också möjlighet att lägga till egna ordlistor och bilder i programmet. Användarens resultat lagras, vilket möjliggör utvärdering över tid (Gunnilstam & Mårtens, 2010).

Lexia avser att passa alla personer med afasi, dyslexi eller språkligt betingade inlärningssvårigheter, oavsett ålder. "Syftet med datorprogrammet är att åstadkomma en ökning av elevens eller patientens behandlingstid och effektivisera dennes rehabilitering eller träning", (Gunnilstam & Mårtens, 2010, s. 15).

Programutvecklingen startade 1987 vid neurologiska rehabiliteringskliniken vid Stora Sköndals sjukhus. Lexia har stor nationell spridning och användes 2010 av ca 95 % av de logopedier i Sverige som arbetar inom afasi- och dyslexibehandling (Gunnilstam & Mårtens, 2010). Denna siffra grundas på hur många licenser som sålts till logopedmottagningar (O. Gunnilstam, personlig kommunikation, 13 november 2012). I en studie av Blom Johansson et al. (2011), där 206 svenska logopedier tillfrågades, uppgav 84,5% att de använde Lexia under afasibehandlingar.

Övningarna valdes ut av personalen på Mötesplatsen, utifrån de övningar deltagaren utför vid ordinarie språkstimuleringsessioner. Övningen utfördes i det rum och vid den dator deltagaren använde vid ordinarie språkstimuleringsessioner. Exakt vilka uppgifter deltagarna gjorde i den utvalda övningen gick inte att kontrollera för, då Lexia automatiskt slumpar fram uppgifter.

Författarna satt med under övningen; den ena tog tid och den andra noterade antal korrekta och icke-korrekta övningssvar. Samma person tog tid, respektive förde noteringar, vid båda bedömningstillfällena.

3.2.2. Intervju och bedömning av spontantal

Intervjuerna spelades in på audioband och transkriberades av författarna.

Transkriberingen utfördes med ortografisk skrift (det latinska alfabetets bokstäver). Deltagarna intervjuades av samma person vid båda bedömningstillfällena. Kommunikationsstrategier utöver talat språk, såsom gester och eventuellt användandet av kommunikativa hjälpmedel, analyserades ej, eftersom en sådan analys inte ansågs rymmas inom ramen för föreliggande studie.

Deltagarna i studien intervjuades en gång före och en gång efter sommaruppehållet. Intervjun hade två syften. Det första syftet var att undersöka om deltagarna själva upplevde sin språkförmåga som förändrad vid det andra intervjutillfället, efter sommaruppehållet. Det andra syftet var att undersöka om det förekom någon skillnad i spontantal mätt med MLU- värde (Mean Length of Utterance, se nedan) mellan första och andra intervjun.

Utformningen av intervjufrågorna har inspirerats av Aphasia Bank, en databas av multimediaminteraktioner skapad i syfte att studera kommunikation hos personer med afasi (Fromm et al., 2011). Till databasen har ett protokoll sammanställts med olika frågeställningar för att inleda olika typer av diskurs. Protokollet skapades som kontrast till att majoriteten av den diskurs som involverar personer med afasi fokuserar på att beskriva bilder och återberättande. Bildbeskrivande och återberättande förekommande sällan i vanliga samtal, vilket gör dem till en onaturlig diskurssituation (Fromm et al., 2011). Protokollets första fråga lyder: hur tycker du att ditt tal är idag? Frågan har tre syften:

- 1) Interaktionen inleds med deltagarens egen värdering av ett för honom eller henne relevant ämne.
- 2) Personen i fråga får bedöma sin egen kommunikationsförmåga utifrån sina egna kommunikationsmöjligheter.
- 3) Att skapa ett delat perspektiv för deltagare och bedömare när man går igenom resten av bedömningsuppgifterna.

Analys av frågans svar kan ge en indikation av deltagarens förmåga att använda elaborerat språk för att uttrycka åsikter och attityder (Fromm et al., 2011).

I den föreliggande studien har Aphasia Banks inledningsfråga varit utgångspunkt för intervjufrågor om hur deltagarna upplever sin språkförståelse ("Hur tycker du att det går att förstå andra?"), sin möjlighet att bli förstådd ("Hur tycker du att andra förstår dig?") och till sist sin egen förmåga till verbal kommunikation ("Hur tycker du att ditt tal är idag?"). Eftersom frågorna är öppna har de i vissa intervjuer lett till följdfrågor och frågor om hur deltagaren upplever sin läs- och skrivförmåga. Samma frågor ställdes före och efter sommaruppehållet.

3.2.2.1 *Mean Length of Utterance*

MLU beräknar det genomsnittliga antalet morfem (språkets minsta betydelsebärande enhet) i en persons yttranden (Williamson, 2009). MLU-beräkningar har tidigare använts som metod i afasistudier vid mätning av talflyt och grammatisk kompetens, t.ex. i en studie av Thompson et al. (2012). Thompson et al. (2012) undersökte genom berättande till bilder förekomsten av talflyt och agrammatism hos personer med icke-flytande och progressiv afasi. I en studie av Borovsky, Saygin, Bates & Dronkers (2007) korrelerade ett lågt MLU-värde vid intervju av personer med afasi, med förekomsten av skada i anterior insula efter stroke.

I föreliggande studie jämfördes intervjuarens MLU-värde före och efter sommaruppehållet, för att se om märkbar förändring i värdet hade skett. En MLU-uträkning går till på följande sätt: antalet morfem i ett yttrande räknas. Summan av morfemen i alla yttranden divideras med antalet yttranden (Williamson, 2009). Yttranden definieras som “[A] group of words expressing a complete thought and/or a syntactically complete sentence... falling intonation and/or pauses often suggested its end... both grammatical and ungrammatical strings of words... and pauses alone were not used to segment utterances” (Thompson et al., 2012, s. 9-13). I den bedömning som gjorts i den föreliggande studien räknades uppbackningar (hm, mm, eller jaha) som intervjuledaren gav under intervjun inte som avbrott av deltagarnas yttranden, eftersom avsikten inte var att försöka överta samtalsturen, utan istället endast att understryka aktivt lyssnande (Norrby, 2004, s.142). Oidentifierbara ord och yttranden (markerade xxx), interjektioner (mm, ehh) och repetition av ord och fraser (javisst, javisst, javisst) togs inte med i MLU-beräkningen. Författarna genomförde varsin självständig MLU-uträkning av varje intervju och jämförde resultaten. Eventuella diskrepanser diskuterades och resulterade i ett MLU-värde per deltagare. Utifrån definition av ett yttrande nämnt av Thompson et al. (2012) upplevde författarna inga svårigheter med att avgränsa deltagarnas yttranden i intervjuerna.

3.2.3. *Språkstimulering under sommaruppehållet*

För att utröna hur mycket språkstimulering deltagarna erhöll under sommaruppehållet, fick deltagarna efter uppehållet svara på ett frågeformulär (kallat "Vad har du gjort under sommaruppehållet?", se Bilaga F), med svarsalternativ och bildstöd. Frågorna i formuläret lästes även upp högt av en av föreliggande studies författare, för att underlätta förståelse. Frågeformuläret innehöll fem frågor:

1. Hur ofta har du talat i telefon under sommaruppehållet? (Verbal kommunikation)
2. Hur ofta har du haft besök av släkt och vänner? (Verbal kommunikation)
3. Hur ofta har du tittat på TV? (Läs- och hörförståelse)
4. Hur ofta har du gjort övningar på dator? (Språkstimulering i olika form)
5. Hur många dagar har du varit bortrest? (Verbal kommunikation)

Frågorna utformades för att undersöka i vilken form och under vilka omständigheter, som språkstimulering skett. Fråga Nr 5 åsyftar att resor iväg från hemmet involverar interaktion med andra människor i någon form.

Alla frågor utom fråga nr 2 hade 5 svarsalternativ, medan fråga nr 2 hade 4 alternativ. Varje svar hade ett värde på 0-4 poäng och frågeformuläret hade en totalpoäng på 19. Högre poäng tolkades som att deltagaren erhölet mer språkstimulering.

Frågorna ställdes för att utröna hur mycket språkstimulering deltagarna erhölet under uppehållet. Frågorna om sommaruppehållet ställdes efter intervjun.

3.2.4. *A-ning*

Bedömningsmaterialet A-ning är inspirerat av Lurias neurolingvistiska teori (Lindström & Werner, 2006) och är det mest använda bedömningsmaterialet för afasi i Sverige (Blom Johansson et al., 2011). A-ning har en totalpoäng på 220. Bedömningsmaterialet är standardiserat (Lindström & Werner, 2006). A-ning är ett reliabelt test, som

klarlägger kvalitativa skillnader mellan olika afasidiagnoser samt utskiljer afasins olika svårighetsgrader (Lindström & Werner, 2006). Materialet består av följande delar: *informativ tal* (maxpoäng 40), *repetition* (maxpoäng 40), *hörförståelse* (maxpoäng 40), *läsförståelse* (maxpoäng 40), *högläsning* (maxpoäng 20), *diktamen* (maxpoäng 20) och *informativ skrift* (maxpoäng 20) (Lindström & Werner, 2006).

För den person som inte kan skriva för hand med papper och penna ges alternativ; läggbokstäver eller att välja mellan olika färdigskrivna lappar som personen lägger i rätt ordning. Denna alternativa diktamens poäng räknas enligt manualens föreskrifter ej med i totalpoängen (Lindström & Werner, 2006).

Vid båda bedömningstillfällena närvarade två bedömare (författarna); den ena ställde frågorna och den andra noterade svaren. Deltagarna fick själva under bedömningen föreslå när de ville ta paus. I flera fall föreslog en av bedömarna att paus skulle tas, eftersom deltagaren föreföll vara uttröttad. Endast en paus per bedömningstillfälle förekom.

3.3. Analys

Bedömningar, resultatsammanställningar och analys genomfördes alla av författarna. Författarna delade upp rättningen så att de sammanställde data de själva samlat in och kontrollrättade den andres sammanställningar.

För statistisk analys av studiens insamlade data användes icke-parametriska test, eftersom studien endast hade 8 deltagare. Vid uträkningar på resultat av bedömningar före och efter sommaruppehållet jämfördes, användes Wilcoxons teckenrangtest som bygger på rangordnad data. Det enda krav som ställs på data vid Wilcoxons teckenrangtest är att fördelningsformerna för data ska vara symmetriska (Borg & Westerlund, 2011), vilket stämmer in på ovan nämnda övningsdata från Lexia, MLU-värden, samt studiens sista bedömningsmoment: A-ning.

Signifikansvärdet sattes till $p = \leq .05$

Transkriptionerna av intervjuerna jämfördes kvalitativt och analyserade kvantitativt. I den kvalitativa jämförelsen jämfördes innehållet i deltagarnas utsagor angående den egna språkförmågan, före respektive efter sommaruppehållet. Den kvantitativa analysen bestod av att Wilcoxons teckenrangtest och beräkandes på skillnaden i MLU-värde före och efter sommaruppehållet.

Kvartiler kommer att uppges för data gällande Lexia, A-ning, MLU-värden och frågeformuläret. Resultat som ligger under den nedre kvartilen mer än 1.5 multiplicerat med kvartilavståndet eller mer än 1.5 multiplicerat med kvartilavstånd över den övre kvartilen kommer betraktas som milda extremvärden, på engelska 'mild outliers' (Engineering Statistics Handbook, 2003). Resultat som ligger under den nedre kvartilen mer än 3.0 multiplicerat med kvartilavståndet eller mer än 3.0 multiplicerat med kvartilavstånd över den övre kvartilen kommer betraktas som avlägsna extremvärden, på engelska 'extreme outliers' (Engineering Statistics Handbook, 2003).

Data från första och andra bedömningstillfället analyserades samtidigt, efter att den sista bedömningen utförts. Detta för att författarna vid genomförandet av den andra bedömningen inte skulle veta hur deltagarna tidigare presterat i studiens olika moment och därmed medvetet eller omedvetet kunnat påverka deltagarna.

3.4. Etiska aspekter

För att göra deltagandet så anonymt som möjligt har varje deltagares namn kodats om till en siffra från 1 till 8. Namn, yrken och andra möjliga identifierade markörer i de transkriberade intervjuerna har utelämnats och pronomen "hen" används för samtliga deltagare av samma anledning.

Insamlad data förvarades inlåsta på Institutionen för neurovetenskap vid Uppsala universitet. Information gällande deltagarnas identitet (namn) förvarades på en separat plats av sekretesskäl, för att ingen obehörig skulle ha möjlighet att koppla deltagarnas namn till kodnamnen. Deltagarna informerades om hur deras personinformation och bedömningsdata skulle hanteras i samband med att de fick information om studien (se Bilaga A, B och C). Deltagande i den föreliggande studien var frivilligt.

Ett problem som förekommer för personer med afasi är att förstå skriftlig information. Problematiken med för komplicerade texter togs upp i en studie av Aleligay, Worrall och Rose (2008), vilken visade på ett behov av förenklad medicinsk information till personer med afasi. På grund av denna problematik valde författarna till den föreliggande studien att utforma all information med förenklad text (se Bilaga D), alternativt bildstöd (se Bilaga E).

3.5. Artikelsökning

Artiklar söktes i databasen PubMed (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>) och arkivet för tidskriften *Aphasiology* (<http://www.tandfonline.com/loi/paph20>). Sökorden som användes i PubMed var: aphasia (12 843 träffar), aphasia fatigue (28 träffar), aphasia rehabilitation (2 098 träffar), aphasia rehabilitation laypersons (1 träff), aphasia rehabilitation volunteers (27 träffar), aphasia therapy (4 252 träffar), aphasia therapy laypersons (1 träff), aphasia therapy volunteers (34 träffar), aphasia treatment (4 623 träffar), aphasia treatment laypersons (1 träff), aphasia treatment volunteers (34 träffar), chornic aphasia (1 160 träffar), chornic aphasia rehabilitation (258 träffar), chornic aphasia therapy (421 träffar), chronic aphasia treatment (459 träffar i PudMed), chornic aphasia rehabilitation volunteers (3 träffar), chornic aphasia therapy volunteers (3 träffar), chronic aphasia treatment volunteers (3 träffar), stroke fatigue (834 träffar). Titlar och sammanfattningar för alla tillgängliga utgåvor av *Aphasiology* lästes igenom utifrån samma sökord (95 träffar). Av dessa valdes 39 artiklar från PubMed och 21 artiklar från arkivet för *Aphasiology* ut. En artikel publicerad i tidskriften *Logopednytt* till om också.

4. Resultat

4.1. Deltagare

Åtta personer med afasi orsakad av stroke deltog i studien; fyra män och fyra kvinnor i åldrarna 48-83 år (medelålder: 67,4 år och medianålder: 66,5 år). Deras expressiva språkförmåga varierade från lätt anomi till att endast kunna uttrycka enstaka ord. Stor variation fanns också i hur länge de erhållit språkstimulering på Mötesplatsen, från nio månader till elva år. Deltagarna erhöll vanligtvis språkstimulering 1-2 dagar i veckan, 1 timme per besök. Den språkliga träningen genomfördes enligt Mötesplatsens personal oftast med hjälp av datorprogrammet Lexia 4 (Gunnilstam & Mårtens, 2010).

4.2. Sammanfattning av förändringar för alla bedömningar

Nedan i Tabell 1 presenteras alla observerade resultatförändringar från första till andra bedömningstillfället. För mer detaljerad information och signifikansvärden, se bedömningsmaterialens individuella rubriker.

Tabell 1 – Förändringar och totalpoäng för alla bedömningsmaterial

Deltagar-Nr	Förändring i procenenheter för poäng i Lexia	Förändring i tid i sek, Lexia	Förändring i MLU-värde	Poäng frågeformulär (totalpoäng 19)	Förändring i poäng, A-ning
1	-10	15,01	-0,51	7	17
2	-5	15,93	-1,24	7	-7
3	30Δ	16,99	-4,13	14	-1
4	4	411,26 Ω	3,66Δ	11	-6
5	-10	150,91	-1,09	6	4
6	-20	-38,99	-0,88	17	-3
7	-5	54,98	-1,17	11	3
8	-10	-9,08	-5,42	9	1

Ω Extremvärde

Demografin vad gäller deltagarnas ålder sammanföll inte med antal poäng-, tids- eller MLU-värdesförändringar i de olika bedömningsmaterialen. Till exempel förbättrade sig inte den yngsta deltagaren mest, ej heller försämrade deltagaren med svårast afasisymptom sina resultat mest av deltagarna.

Lexia 4

4.2.1. Lexia-poäng

Den poängmässiga förändringen i resultatet i Lexiaövningen var oftast en försämring på mellan 1-3 poäng efter sommaruppehållet. Två deltagare förbättrade sina poängmässiga resultat (se Tabell 2).

Tabell 2 – Lexia-poäng

DeltagarNr	Antal rätt (tillfälle 1)	Antal rätt (tillfälle 2)	Antal rätt i % (tillfälle 1)	Antal rätt i % (tillfälle 2)	Förändring i antal poäng	Förändring i procentenheter
1	19	17	95	85	-2	-10
2	17	16	85	80	-1	-5
3	7 Ψ	1 Ψ	70	100	3	30 Ω
4	8	8 Φ	40	44	0	4
5	18	16	90	80	-2	-10
6	17	12	85	65	-5	-20
7	19	18	95	90	-1	-5
8	20	18	100	90	-2	-10

6 av deltagarna utförde totalt 20 uppgifter i Lexia. Antalet uppgifter för deltagare Nr 3 var 10 (markerat Ψ) och deltagare Nr 4 genomförde endast 18 uppgifter vid tillfälle 2 (markerat Φ). Extremvärde markeras Ω .

Wilcoxons teckenrangtest beräknades på skillnaden i poäng-värde före och efter sommaruppehållet. Ingen signifikans erhöles ($p = .205$).

Nedre kvartilen för förändringen i procentenheter är -10. Medianen är -7.5. Övre kvartilen är -0.5. Kvartilavståndet är därmed 9.5, vilket innebär att resultatet för deltagare Nr 3 bör anses vara ett avlägset extremvärde (Engineering Statistics Handbook, 2003). En Wilcoxon-uträkning gjordes utan detta extremvärde med signifikant skillnad som resultat ($p = .027$).

Då deltagare Nr 4 hade genomfört olika antal uppgifter under de två bedömningstillfällena, samt att resultat blev ett extremvärde (se Tabell 2), gjordes även en Wilcoxon-uträkning utan detta värdet. Ingen signifikans erhöles ($p = .233$).

4.2.2. Lexia-tid

Alla deltagare utom två tog längre tid på sig att göra sin Lexia-övning vid bedömningstillfälle 2 (se Tabell 3).

Tabell 3 – Lexia-tid

Deltagar-Nr	Tid i sek (tillfälle 1)	Tid i sek (tillfälle 2)	Förändrad tid i sek
1	185	200,01	15,01
2	165,07	181	15,93
3	193,01	210	16,99
4	190,04	601,3	411,26 Ω
5	365,09	516	150,91
6	315,01	276,02	-38,99
7	150,09	205,07	54,98
8	128,09	119,01	-9,08

Ω Extremvärde

Wilcoxons teckenrangtest beräknades på skillnaden i tids-värde före och efter sommaruppehållet. Ingen signifikans erhöles ($p = .093$).

Nedre kvartilen för tidförändring är 2.97. Medianen är 16.46. Övre kvartilen är 102.95. Kvartilavståndet är därmed 99.98, vilket innebär att resultatet för deltagare Nr 4 anses vara ett avlägset extremvärde (Engineering Statistics Handbook, 2003). En Wilcoxon-uträkning gjordes utan detta extremvärde. Ingen signifikans erhöles ($p = .176$).

4.3. Intervju och bedömning av spontantal

4.3.1. Mean Length of Utterance

Språkbedömning gjordes med MLU-beräkningar (Williamson, 2009), utifrån de transkriberade intervjuerna (se Bilaga G). Resultaten kan ses i Tabell 4.

Tabell 4 – Mean Length of Utterance

Deltagar-NR	Antal yttranden (tillfälle 1)	MLU (tillfälle 1)	Antal yttranden (tillfälle 2)	MLU (tillfälle 2)	Förändring i MLU
1	34	1,38	15	0,87	-0,51
2	47	2,55	16	1,31	-1,24
3	14	20,93	10	16,80	-4,13
4	9	2,56	9	6,22	3,66 Ω
5	27	3,59	16	2,50	-1,09
6	19	4,21	15	3,33	-0,88
7	10	6,30	8	5,13	-1,17
8	12	7,75	6	2,33	-5,42

Ω Extremvärde

Wilcoxons teckenrangtest beräknades på skillnaden i MLU-värde före och efter sommaruppehållet. Ingen signifikans erhöles ($p = .093$).

Nedre kvartilen för förändring i MLU-värde är -2.69. Medianen är -1.13. Övre kvartilen är -0.70. Kvartilavståndet är därmed 1.99, vilket innebär att resultatet för deltagare Nr 4 bör anses vara ett milt extremvärde (Engineering Statistics Handbook, 2003). En Wilcoxon-uträkning gjordes utan detta extremvärde med signifikant skillnad som resultat ($p = .018$).

4.3.2. Kvalitativ jämförelse

Ingen av deltagarna uppgav i intervjun efter sommaruppehållet svar som indikerade att de upplevde att deras språkförmåga förändrats (se Bilaga G). Exempel:

Första intervjutillfället, deltagare Nr 6:

T: Hur tycker du att det går att förstå vad andra säger?

6: Jodå, det går bra det

Andra intervjutillfället, deltagare Nr 6:

T: Hur tycker du att det går att förstå andra?

6: Jora aora men, ja, ja

T: Det går, rätt bra?

6: Bra a

4.3.2.1 Kvalitativ jämförelse av MLU-värden

Hur deltagarna valde att besvara frågorna vid de olika intervjutillfällena gav olika MLU-värden, även om deltagaren uttryckte samma åsikt. Exempel:

Första intervjun:

T: Hur tycker du att det går att förstå andra idag?

Nr3: Ja skapligt tror jag. Antal morfem [4]

Andra intervjun:

T: Hur tycker du att de går att förstå andra?

Nr 3: Ja, hälften tror ja, (skratt) ja tror de, ibland e de fel å sen de väldigt bra. Antal morfem [18]

Vissa deltagaresom upplevde svårigheter i sin språkförmåga uttryckte sig i längre meningar än deltagare som inte upplevde sig ha problem med språkförmågan. Exempel:

T: Hur tycker du att andra förstår dej?

Nr 3: Jaaa, ehm, du förstår, ehm, okänt det vet jag inte, men ehh, allihopa för mej, då vet man, där och där och där då är det skapligt, förstår du. Allihopa, då, släkten, å de mycket bättre. Så är de ju. Antal morfem [41]

T: Hur tycker du att andra förstår dej?

Nr 8: Jo de e väl ganska bra. Antal morfem [6]

4.4. Språkstimulering under sommaruppehållet

Totalpoängen för deltagarna vad det gällde frågeformuläret skilde sig åt (se Tabell 5).

Tabell 5 - Poäng från frågeformuläret "Vad har du gjort under sommaruppehållet?"

Deltagar-NR	Telefonsamtal	Släkt & vänner	TV	Språkövningar	Resdagar	Totalpoäng
1	1	1	4	0	1	7
2	2	2	2	0	1	7
3	1	3	3	3	4	14
4	3	3	4	0	1	11
5	0	2	4	0	0	6
6	4	2	4	3	4	17
7	2	3	3	2	1	11
8	2	3	3	0	1	9

0 = ingen eller låg grad av språkstimulering; 4 = hög grad av språkstimulering.

Nedre kvartilen för totalpoängen på frågeformuläret är 7. Medianen är 10. Övre kvartilen är 12.5. Kvartilavståndet är därmed 5.5, vilket innebär att inga extremvärden förekom (Engineering Statistics Handbook, 2003).

3 av de 8 deltagarna uppgav att de utfört språkövningar under sommaruppehållet. Till dessa tre ställdes följdfrågor om vilken form av språkövningar de utfört. Alla 3 deltagarna uppgav att de inte utfört några övningar i Lexia, utan att de använt andra övningsmaterial, t.ex. korsord.

4.5. A-ning

Fyra av åtta deltagare försämrade sina resultat vid det andra bedömningstillfället jämfört med det första. Försämringen i resultatpoäng rörde sig om en nedgång med 1-7 poäng. Av de fyra deltagare vars resultat förbättrades vid andra bedömningsomgången rörde sig förbättringen för tre av deltagarna om 1-4 poäng, samt deltagare Nr 1 som förbättrade sitt resultat med 17 poäng (se Tabell 6).

Tabell 6 – Resultat av A-ning

Deltagar-Nr	Totalpoäng (tillfälle 1)	Totalpoäng (tillfälle 2)	Förändring
1	39	56	17
2	40	33	-7
3	81	80	-1
4	85	79	-6
5	34	38	4
6	131	128	-3
7	187	190	3
8	217	218	1

Wilcoxon's teckenrangtest beräknades på skillnaden i poäng-värde före och efter sommaruppehållet. Ingen signifikans erhöles ($p = 1$).

Nedre kvartilen för förändringen i totalpoäng är -4.5. Medianen är 0. Övre kvartilen är 7. Kvartilavståndet är därmed 11.5, vilket innebär att inga extremvärden förekom (Engineering Statistics Handbook, 2003).

Då författarna av misstag hoppat över delövningar under bedömning med A-ning för deltagare Nr 1 (Läsförståelse: 5 ord av 10 i övning D4) och deltagare Nr 3 (Informativt tal, övning: A3, A4 och A5), räknades deras slutresultat om (överhoppade delövningar togs bort ur slutsumman) för att slutsummorna skulle kunna jämföras före och efter sommaruppehållet. På grund av detta gjordes även en Wilcoxon-uträkning utan dessa värden. Ingen signifikans erhöles ($p = .528$).

5. Diskussion

De poängmässiga resultaten för Lexia försämrades för 6 av 8 deltagare efter sommaruppehållet (deltagare Nr 3 och 4 förbättrade sina resultat). De tidmässiga resultaten för Lexia försämrades för 6 av 8 deltagare (deltagare Nr 6 och 8 förbättrade sin tid). Vad gäller MLU-värde försämrades 7 av 8 deltagare efter sommaruppehållet (deltagare Nr 4 förbättrade sitt MLU-värde). Utifrån den kvalitativa jämförelsen förefaller det som att inga deltagare upplevde sin språkliga förmåga som förändrad efter sommaruppehållet. Ingen av deltagarna hade tränat med Lexia under sommaruppehållet. Vid bedömning med A-ning hade 4 deltagare förbättrats sina resultat efter sommaruppehållet och fyra hade försämrats sina resultat (se Tabell 6).

Efter som demografiska faktorer som ålder och svårighetsgrad av afasisymptom inte föreföll ha samstämt med resultatförändringarna, valde författarna att inte redovisa dessa faktorer, för att göra deltagandet så anonymt som möjligt.

5.1. Metoddiskussion

5.1.1. Lexia 4

En fördel med att inkludera Lexia-övningar som bedömningsmaterial i föreliggande studie var att sådana övningar ingick i deltagarnas ordinarie språkstimulering och därför väl representerade den språkstimulering Mötesplatsen erbjuder.

En nackdel var att det inte gick att kontrollera vilka exakta uppgifter i övningarna som deltagarna fick utföra, eftersom Lexia är programmerat att slumpa fram uppgifter. Några av deltagarna kan därför slumpmässigt fått svårare uppgifter att utföra vid det andra bedömningstillfället.

5.1.2. Bedömning av spontantal

MLU-beräkningar har som tidigare nämnts använts vid afasistudier för att bedöma spontantal (Thompson et al., 2012; Borovsky et al., 2007). MLU- metoden används dock oftast för att beräkna ifall barn befinner sig på åldersadekvat språklig nivå avseende meningslängd. I detta avseende har metoden kritiserats som bedömningsmått. MLU ser endast till antal morfem och inte högre grammatisk kompetens, t.ex. *sprang* räknas som ett morfem, medan *hoppade* räknas som två: *hoppa + de*. Trots att *sprang* tyder på en högre grad av språklig utvecklingen förbises detta i MLU-värdet (Norrby, 2004). Att MLU-beräkningar endast fokuserar på antal morfem och inte högre grammatiks kompetens, samt att det inte finns några riktlinjer gällande adekvat meningslängd för vuxna, gör att metodens lämplighet även kan ifrågasättas gällande spontantal hos vuxna personer med afasi.

Användandet av MLU som metod för att bedöma spontantal gjordes utifrån hypotesen att deltagarnas expressiva afasisymptom skulle kunna resultera i en markant nedgång i yttrandelängd efter sommaruppehållet. Deltagarnas expressiva svårigheter varierade dock inom gruppen. Vissa deltagare med anomi och ordmobiliseringssvårigheter var tvungna att formulera sig i längre meningar för att uttrycka specifika ord, medan andra deltagare kunde uttrycka sina svar i korta och koncisa yttranden.

Författarna spekulerar kring huruvida MLU-beräkningarna kunnat visa på högre validitet om intervjufrågorna formulerats annorlunda. Alla frågor som ställdes under

intervjun gick att besvara med "bra" eller "dåligt". Denna möjlighet till kortfattade svar kan ha gjort att deltagare med god verbal förmåga valt att kortfattat svara "bra" på frågor som "Hur tycker du att ditt tal är idag?", vilket i sådana fall gett dem ett MLU-värde som inte speglar deras verbala förmåga. I jämförelse kan de deltagare som ansett sig ha problem med språket i sin vardag uttryckte sig, som tidigare nämnts, i längre meningar när de förklarade hur problematiken såg ut.

Frågan är dock om intervjufrågorna rörande språkförmågan hade kunnat utformas annorlunda utan att de blivit för abstrakta. Däremot hade frågor rörande deltagarnas livssituation i allmänhet kunnat ställas, vilket kunnat visat prov på grammatisk kompetens och talflyt i en MLU-mätning. Frågor av sådant slag skulle dock kunna ge ett sämre MLU-värde vid en andra bedömnings, eftersom deltagarna redan besvarat frågorna. Vid ett andra bedömningstillfälle är det då risk att deltagarna uttrycker sig mer kortfattat, eftersom frågeställaren redan hört svaren tidigare. Utformning av likvärdiga frågor, med olika innehåll, vore därför att rekommendera för genomförandet av liknande intervjuer.

5.1.3. Utformning av frågeformuläret

Utformningen av frågeformuläret innehöll missvisande svarsalternativ i 3 av 5 frågor, där två av svarsalternativen angav alternativen: 1-2 gånger i veckan och 2-3 gånger i veckan (se Bilaga F). I valet mellan dessa svarsalternativ kan deltagarna ha blivit förvirrade av de snarlika svarsmöjligheterna.

Frågorna rörande aktiviteter under sommaruppehållet var generella (se Bilaga F) och skulle ge en antydning om hur mycket språkstimulering deltagarna tillägnat sig under denna tid. Mer detaljerade frågor gällande aktiviteter deltagarna tog del av under sommaruppehållet hade lett till en bättre förståelse av den språkstimulering deltagarna erhållit under frånvaron från Mötesplatsen. Utformningen av ett mer detaljerat formulär ansågs dock inte vara tidmässigt möjligt inom ramen för den föreliggande studien. Bedömningstillfällena tog ca 2 timmar per person och det fanns inte möjlighet att dela upp bedömningarna på fler tillfällen. Ett längre, mer detaljerat frågeformulär skulle ha utökat bedömningstiden ytterligare, vilket hade kunnat lett till missvisande resultat på grund av uttröttnings hos deltagarna.

Att inkludera frågor som mer ingående undersökte läs- och skrivaktiviteter under sommaruppehållet hade gett en bättre bild av deltagarnas egenhändiga språkstimulering under sommaruppehållet, till exempel: *Läste du under sommaren? Vad läste du då?, Vad såg du på TV?, var det utländska program med textremsa eller program på svenska?*

Om varje fråga hade haft samma antal svarsalternativ skulle alla svarsalternativ som ansågs motsvara högsta språkstimulering inom var och en av de fem frågorna vägt lika tungt. En av frågorna i frågeformuläret hade dock, som nämnts, bara fyra alternativ, vilket betydde lägre maxpoäng. Därför kunde deltagare som arbetat mycket med språkstimulering gällande just den frågan få missvisande slutpoäng. Antalet svarsalternativ och frågeformulärets längd bör hållas i åtanke vid eventuella uppföljande studier. En mer experimentellt utplagd studie, där experimentledarna kan kontrollera typ och grad av språkstimulering deltagarna erhåller under uppehåll i regelbunden språkstimulering, skulle förmodligen ge säkrare resultat, men skulle inte vara etiskt hållbar.

Fokus bör därför ligga på att utforma ett mer detaljerat frågeformulär. Alternativt skulle en kvalitativ bedömning av deltagarnas språkstimulering under sommaruppehållet kunna ha genomförts, utifrån intervjufrågor som baserats på frågeformuläret. En intervjusituation skulle ge deltagarna möjlighet att berätta om aktiviteter de anser är värdefulla för deras språkförmåga, som intervjuledaren kanske inte skulle komma att tänka på själv.

5.1.4. Utformning av skrivuppgifter i Lexia och A-ning

Stavning, vilket flera deltagare övade i någon form i Lexia, skilde sig på flera punkter mellan Lexia och A-ning. I A-ning sker stavningen antingen med papper och penna, via läggbokstäver eller via färdigskrivna lappar, bland vilka man får välja alternativ. Stavning i Lexia utförs via tangentbord. Stavningen i A-ning skilde sig därmed motoriskt från stavningsövningarna i Lexia.

De deltagare som av olika anledningar inte hade möjlighet att använda papper och penna under diktamensuppgifterna i A-ning, var tvungna att välja mellan läggbokstäver och färdigskrivna lappar, så kallad alternativ diktamen. I övningar med färdigskrivna lappar lades flera liknande stavningsalternativ samt associerade ord fram. Författarna upplevde därför övningen mer som en läsövning än en faktisk diktamen. Dessutom räknades poängen vid alternativ diktamen, enligt instruktioner i A-ning-manualen, inte med i totalpoängen. Stavningsförmågan hos de deltagare som inte kunde skriva för hand räknades med andra ord inte med. Det kan finnas en möjlighet att användandet av A-ning för att bedöma skrivförmåga som endast tränats via datorprogram ger missvisande resultat, och framtida forskning gällande kompatibiliteten mellan Lexia och A-ning vore därför av intresse.

5.1.5. A-nings bedömning av verbal förmåga

A-ning har två delmoment inriktade på verbal förmåga: *informativt tal* och *repetition*. Eftersom den verbala stimuleringen deltagarna fått på Mötesplatsen endast var i form av samtal under fikapauser och de verbala övningarna i A-ning mer går ut på att beskriva bilder och återberättande, funderade författarna om A-ning skulle kunna uppmäta en försämring av deltagarnas verbala förmåga. Författarna kom slutligen fram till att A-ning var ett adekvat bedömningsmaterial ifråga om bedömning av verbal förmåga, då det används för att diagnostisera afasi. Personer som precis fått afasi har förmodligen ej heller övat på att beskriva bilder och återberätta innan de bedöms med A-ning, men deras försämrade verbala förmåga ger utslag vid dessa övningar. Denna slutsats är baserat på att A-ning är standardiserat (Lindström & Werner, 2006).

5.1.6. Oberoende variabler

Flera oberoende variabler, som deltagarnas ålder, deras varierande grad av språkstimulering under sommaruppehållet, samt deltagarnas varierande grad av afasiproblematik, kan ha påverkat resultaten i föreliggande studie. En annan variabel är att deltagarrekruterande gjordes utifrån Mötesplatspersonalens subjektiva upplevelse av vilka av deras medlemmar som passade in på urvalskriterierna. Författarna har varit medvetna om flera av dessa och har i den mån det varit möjligt inom ramarna för föreliggande studie kontrollerat för dem.

Att utifrån en enskild Mötesplats rekrytera deltagare ur en viss ålderskategori och med en mer specifik expressiv afasiproblematik var inte genomförbart. Föreliggande studie hade inte möjlighet att rekrytera deltagare ifrån olika Mötesplatser, vilket begränsade urvalet. Deltagarnas varierande ålder kan ha påverkat deras datorvana, vilket författarna tror kan haft inverkan på Lexia-resultaten. Åldersvariationen kan också ha inverkat på deltagarnas allmäntillstånd som kan påverka huruvida äldre deltagare orkar med ett bedömningstillfälle, som tog ca 2 timmar i anspråk.

Variation inom afasiproblematiken kan påverka hur stort behovet av språkstimulering är för de olika deltagarna. Ett uppehåll i språkstimulering kan därför påverka deltagarna i varierande grad. I en mer homogen grupp hade troligen dessa skillnader inte varit lika stora.

Gällande aktiviteter under sommaruppehållet hade det inte varit etiskt att styra dessa i avseende att uppnå likande språkunderhåll för alla deltagare. Det hade i föreliggande studie inte heller varit etiskt om författarna fått tillgång till tidigare journaldata om Mötesplatsens medlemmar, för att utifrån dessa kunnat tillfråga de medlemmar som bäst stämde in på urvalskriterierna.

5.1.7. Test-retest effekt

Upphållet på sju respektive åtta veckor mellan bedömningarna kan ha varit för kort och en test-retest effekt kan ha uppstått. Med andra ord kan deltagarna ha känt igen bedömningsmaterialet (A-ning) och detta kan ha lett till en träningsseffekt (Graziano & Raulin, 2010, s. 166). I en statistisk utvärdering av A-ning genomförde bedömningsmaterialets skapare en studie där 84 patienters afasi bedömdes vid två tillfällen med 16 veckors mellanrum. Mellan bedömningstillfällena erhöll patienterna afasibehandling. Resultaten tydde på att A-ning kunde mäta en positiv effekt av afasibehandling (Lindström & Werner, 2006). Någon tidsangivelse för minsta möjliga uppehåll mellan bedömningar med A-ning, i avseende att undvika en test-retest effekt, uppger manualen för A-ning dock inte (Lindström & Werner, 2006).

Vid utformandet av den föreliggande studien var författarna medvetna om att test-retest effekten skulle kunna inverka på resultatet. Möjliga sätt att gardera sig mot test-retest effekten är att utöka tiden mellan bedömningstillfällena, samt att använda olika bedömningsmaterial för att mäta samma företeelse, i detta fall flera bedömningsmaterial för afasi. Användning av olika bedömningsmaterial har dock nackdelen att det ger en ökad risk för mätfel (Graziano & Raulin, 2010, s. 166). Det var dessutom inte möjligt att utöka tidsintervallen mellan bedömningstillfällena inom ramen för denna uppsats.

En möjlig lösning till detta skulle kunna vara att använda 'social validation' (Cupit, Rochon, Leonard & Laird, 2010), istället för ett standardiserat bedömningsmaterial. Cupit et al. (2010) gjorde en undersökning där grupper av lekmän och logopedier fick utvärdera personer med afasi som genomgått afasibehandling, före och efter behandlingen. Både lekmännen och logopederna visade sig väl kunna uppskatta förändringar i språklig förmåga hos personerna med afasi (Cupit et al., 2010). Eftersom afasibehandling genomförs för att underlätta kommunikationssvårigheter för personer med afasi, bör andra människors uppskattning av personens språkförmåga vara relevant. 'Social validation' skulle på grund av sin koppling till vardagslivet också kunna ersätta MLU som bedömningsmått vad det gäller verbal förmåga i intervjusituationer.

5.2. Resultatdiskussion

5.2.1. Lexia, tid- och poängförändring

Det som Mötesplatsens personal främst upplevt som tecken på språklig tillbakagång hos föreningsmedlemmarna var försämrade Lexia-resultat. En försämring i Lexia-resultat fanns hos alla deltagare, antingen tidsmässigt eller poängmässigt; för fyra deltagarna både försämrade tid och poäng. Statistisk signifikans för försämringarna kunde endast uppmätas för poängförändringen, och då endast när det extremvärde som poängförändringen för deltagare Nr 3 utgjorde inte togs med i beräkningarna ($p = .027$). Att bortse från extremvärden kan ge missvisande resultat (Borg & Westerlund, 2011, s. 379-381) och författarna håller sig därför skeptiska till detta resultat.

Bristen på signifikans gällande förändringarna i Lexia när extremvärdet togs med i beräkningarna kan bero på Typ II-fel. Typ II-fel innebär att det finns en egentlig skillnad mellan det första och andra bedömningstillfället, men att denna skillnad inte kunde påvisas vid den statistiska beräkningen (Borg & Westerlund, 2011). En anledning till att Typ II-fel uppkommer är ett lågt antal deltagare (Borg & Westerlund, 2011), vilket förekom i den föreliggande studien. En större studie med fler deltagare vore därför av intresse.

Det är osäkert om de lägre totalpoäng och längre tidsintervaller som observerades i Lexia orsakats av en språknedsättning eller av att deltagarna efter sommaruppehållet var ovana att använda Lexia. Vid det andra bedömningstillfället behövde vissa deltagare en kort introduktion till hur övningen skulle utföras, innan de kunde ta sig an uppgiften, vilket antydde att de hade svårigheter med att komma ihåg hur övningen skulle utföras.

Deltagarnas ålder, 48-83 år, skulle kunna vara en bidragande faktor till att en introduktion till Lexia behövdes efter sommaruppehållet. Studier har visat att personer med afasi kan behöva träning i hur datorprogrammen fungerar, eftersom de oftast är äldre och har begränsad datorvana (Fink, Brecher, Sobel & Schwartz, 2005). Även om deltagarna fått en introduktion till Lexia när de började använda programmet, samt var vana vid övningen de genomförde i den föreliggande studien, kan brist på datorvana bidra till att den vanan inte håller i sig över sommaruppehållet.

I hänsyn till detta kan det vara fördelaktigt att Mötesplatsens personal ger en kort introduktion till hur övningen i datorprogrammet ska utföras efter uppehåll i språkstimuleringen. En kort introduktion skulle kunna förhindra att träningstid för personen med afasi tas upp av att de på egen hand måste lära om hur uppgifterna ska genomföras.

5.2.2. Intervju och bedömning av spontantal

Resultatet av Wilcoxon-uträkningen på MLU-förändringen erhöll, när extremvärdet inte togs med i uträkningen, statistiskt signifikant ($p = .018$), vilket skulle kunna tyda på att sommaruppehållet haft en negativ inverkan på deltagarnas verbala förmåga.

Under arbetet med MLU-beräkningarna ifrågasatte författarna MLU-värdenas validitet gällande mätning av uttrycksförmågan. Ifrågasättandet baserades bland annat på att vissa deltagare som upplevde svårigheter i sin språkförmåga uttryckte sig i längre meningar än deltagare som inte upplevde sig ha problem med språkförmågan. Anledningen till detta var antingen att deltagare som upplevde sig ha

kommunikationssvårigheter ville förklara hur problematiken tedde sig eller att de var tvungna att formulera om sitt budskap p.g.a. anomi eller ordmobiliseringsproblem. Detta genererade i vissa fall mycket långa meningar.

Hur deltagarna valde att besvara frågorna vid de olika intervjutillfällena gav också olika utslag i MLU-beräkningarna, eftersom korta svar kunde vara lika adekvata som långa. Kortare svar, vilka innebar lägre MLU-värde, visade då inte på nedsatt verbal förmåga, enligt författarna.

Hade en standardisering av MLU-värden för vuxna funnits, hade denna kunna fungera som ett utgångsvärde och deltagarnas yttranden kunde ha jämförts i förhållande till detta. Att ett yttrande innehåller många morfem behöver inte innebära god verbal förmåga, eftersom vissa afasisymptomen yttrar sig som en överdriven språkproduktion (Sinanović et al., 2011).

Ett fynd som ligger utanför studiens ramar är att även om MLU-mätningarna av intervjuerna tydde på låg validitet, så upplevde författarna att intervjuerna i sig gav en bild av deltagarnas förmåga att föra samtal. Flera av deltagarna som hade stora svårigheter med A-nings muntliga uppgifter: *berätta till bild* och *återberättande* (vilka i vissa fall gav noll poäng eller fick hoppas över) uppvisade i intervjun, enligt författarnas subjektiva bedömning, en förmåga att föra adekvata samtal, om än med vissa svårigheter och med AKK-stöd. Mer forskning bör ske inom detta diskursområde och inte kring att berätta till bild och återberättande, som nämnts i Fromm et al., (2011). Hur en person med afasi klarar att föra adekvata samtal kan ge en större indikation på hur personen klarar sig i sin vardag.

5.2.3. *Aktiviteter under sommaruppehållet*

Utifrån siffervärdena från frågeformulären skulle det kunna antas att deltagare med hög totalpoäng (se Tabell 6) fick med språkstimulering under sommaruppehållet. Det är dock svårt att uttala sig om mängden språkstimulering deltagarna erhallit baserat på dessa siffror, eftersom utformningen av frågeformuläret innehöll flera brister (se 5.1.3. *Utformning av frågeformuläret*). Vad som tydligt framgick av svaren på frågeformuläret var att deltagarna inte utförde Lexia-övningar under sommaruppehållet. Detta visade på att ett avbrott i denna form av språkstimulering faktiskt förekom för alla deltagare.

5.2.4. *A-ning*

Totalpoängen för A-ning försämrades för hälften av deltagarna, och förbättrades för den andra hälften, efter sommaruppehållet. Resultaten var inte statistiskt signifikanta. Bristen på signifikans kan, precis som med Lexia, bero på ett Typ II-fel. Orsaken till det ojämna resultat efter sommaruppehållet är svår att fastställa. A-ning är ett mått på flera aspekter av en persons språkförmåga. Det är möjligt att sommaruppehållet var för kort för att uppehåll i träning av en aspekt av språket ska ha kunnat påverka deltagarnas förmåga inom mer än just den aspekten. Eftersom alla deltagarna hade olika språkliga svårigheter och därför övade på olika uppgifter i Lexia, kan en försämring av deras totalpoäng för A-ning gällande just deras övning ha förekommit. En sådan försämring skulle då kanske inte ha syntts vid en statistisk beräkning av förändring i totalpoäng för A-ning, speciellt då en del av deltagarna använde Lexia för att övade på aspekter av språkförmåga som A-ning inte innefattar. På grund av både sommaruppehållets längd och bristen på överensstämmande övningar i Lexia och A-ning är det svårt att säga vad

förändringen i totalpoängen för A-ning verkligen betyder för deltagarnas språkliga förmåga.

De olika graderna av språkstimulering som deltagarna erhöll under sommaruppehållet kan också haft inflytande på totalpoängen för A-ning efter sommaruppehållet. Mängden av språkstimulering var olika för varje deltagare och vissa av deltagarna kan dessutom ha fått språkstimulering under sommaruppehållet inom områden de inte arbetar med på Mötesplatsen.

5.2.5. *Uttröttbarhet*

Eftersom alla deltagare i föreliggande studie har afasi orsakad av stroke, kan uttröttbarhet (Staub & Bogousslavsky, 2001; Vuletić et al., 2011) ha påverkat deltagarna vid de olika bedömningstillfällena. En deltagare visade tecken på distraktion under Lexia-övningen varje gång ett fordon passerade byggnaden. Deltagaren släppte fokus från övningen och tittade vid dessa tillfällen mot fönstret, samt kommenterade händelsen.

Deltagare Nr 1, som fick 17 poäng mer i A-ning efter sommaruppehållet, hade vid första bedömningstillfället mycket svårt att producera tal. Uppgifter i *informativt tal* (t.ex. *benämning av bilder*, *benämning efter beskrivning* och *satskomplettering*) och *repetition* var svåra att utföra och genererade inte några poäng. Vid andra bedömningstillfället lyckades deltagaren producera tal inom bägge uppgiftsområden. Det ökande antalet poäng vid andra bedömningstillfället skulle kunna bero på spontan språkförbättring, eller möjligen på mindre eller utebliven uttröttbarhet vid denna bedömning.

En annan möjlig orsak till det förbättrade resultatet gällande deltagare Nr 1 skulle kunna härledas till ökad språkstimulering från deltagarens omgivning och språkstimulering i hemmet. Intervjufrågorna rörande sommaruppehållet utesluter dock ökad språkstimulering som orsak till poäng-ökningen, då svaren varken visade på utförda språkövningar eller hög grad av socialt umgänge. Tvärtom sa deltagare Nr 1 i en paus att personalen på deltagarens boende inte interagerade nämnvärt med de boende.

Flera bedömningar innan sommaruppehållet hade kunnat visa om eventuell förekomst av uttröttbarhet kunnat inverka på deltagarnas bedömningsresultat. Bedömningsmaterial för afasi skulle dock behöva anpassas till att användas vid upprepade bedömningar under kort tid, för att undvika en test-retest effekt. Däremot skulle flera bedömningar med träningsprogrammet Lexia kunna utföras, då Lexia-uppgifter är träningsmaterialet för deltagarna och något de ändå utför kontinuerligt.

5.2.6. *Psykosociala aspekter och social delaktighet*

Deltagarna uttryckte både i intervjusituation och under pauser i bedömningarna att de ansåg att deras tid på Mötesplatsen var viktig, inte bara på grund av språkövningarna utan även för att de fick möjlighet att spendera tid med andra. Psykosocial hälsa ligger i riskzonen att försämrans för personer som får afasi och social delaktighet tenderar att minska (Brown et al., 2012; Code, 2003; Cruice et al., 2006; Parr, 2007).

5.3. Slutsats och fortsatt forskning

Föreliggande studie har undersökt huruvida den generella språkförmågan hos åtta personer med kronisk afasi förändrats efter sommaruppehåll i deras kontinuerliga språkstimulering eller ej. Den ordinarie språkstimuleringen på Mötesplatsen har för studiens deltagare bestått av träning med datorprogrammet Lexia 4, samt samtal med personal och andra personer med afasi. Deltagarnas språkförmågan bedömdes med genomförandet av en för deltagarna välkänd Lexia-övning, en intervju, samt A-ning. Sex av åtta deltagarna hade lägre poäng och sex av åtta deltagare behövde längre tid vid övning med Lexia efter sommaruppehållet. Lexia-resultaten överlappade så att alla deltagare antingen hade lägre poäng, längre tidsintervaller eller både och, efter sommaruppehållet.

Ingen statistisk signifikant skillnad kunde påvisas av den språkliga förmågan före och efter sommaruppehållet, utifrån resultaten från bedömning med A-ning och förändring av tidsintervallerna i Lexia. Förändringen i MLU-värde och poäng i Lexia före och efter sommaruppehållet var dock statistiskt signifikant. MLU-beräkningen anser författarna saknar validitet och tillför därför ingen relevant information gällande språkförmåga. Förändringen i poäng för Lexia före och efter sommaruppehållet kan däremot tyda på att en språkförsämring skett, men det kan även finnas andra orsaker till förändringen.

Möjlig förklaring till bristen på signifikans är en för liten försöksgrupp. En liknande studie bör därför genomföras i större skala. Flera bedömningar av Lexia-övningarna, före uppehåll i språkstimuleringen, bör också utföras för att utröna huruvida andra orsaker, såsom eventuell uttrötthet hos deltagarna, inverkar på resultaten. En större studie skulle kunna bidra till kunskap om uppehåll i kontinuerlig språkstimulering leder till problematik i form av svårigheter med Lexia-övningar för fler personer med afasi än föreliggande studies deltagare. Om så är fallet, vore det av intresse att undersöka hur långa avbrott som orsakar nedsatt förmåga gällande utförande av Lexia-övningar, och om svårigheterna beror på nedsatt språkförmåga, nedsatt vanan att använda datorer eller annan orsak.

För att få en säker bild av hur uppehåll i språkstimulering påverkar språkförmåga bör bedömningsmaterial speciellt utformat för att bedöma spontantal och de aspekter av språk Lexia-övningar fokuserar på användas. En mer homogen grupp deltagare, med liknande grad av språkliga svårigheter och språkstimuleringsövningar, som rekryterats från flera olika orter i Sverige, skulle också bidra till säkrare resultat.

Ett möjligt sätt att utröna om svårigheterna med Lexia beror på nedsatt språkförmåga eller nedsatt vanan att använda datorer, vore att genomföra en andra bedömning av Lexia efter sommaruppehållet. På så sätt skulle den första bedömningen efter sommaruppehållet utgöra en återintroduktion till Lexia. Om nedsatta resultat för Lexia uppmäts vid första bedömningstillfället efter sommaruppehållet, men ej vid det andra, skulle detta kunna tyda på att de lägre resultaten beror på nedsatt vanan att använda programmet Lexia. Ett annat sätt att undersöka detta vore att göra en jämförelse mellan två grupper av personer med afasi som alla erhåller språkstimulering med sommaruppehåll. Av dessa skulle då endast den ena gruppen få en introduktion till språkstimuleringsmaterialet efter uppehållet. Jämförelsen skulle kunna leda till bättre förståelse för hur mycket av den observerade problematiken med Lexia beror på att deltagarna har svårt att komma ihåg hur övningarna ska utföras och hur mycket som

beror på nedsatt språkförmåga.

Den föreliggande studien har bidragit till att belysa Mötesplatsers arbete med språkstimulering av personer med afasi, samt undersökt hur en Mötesplats sommaruppehåll påverkar språkförmågan hos dess medlemmar. Huruvida de lägre totalpoäng och längre tidsintervaller som observerades i Lexia orsakats av en tillbakagång av språkförmågan eller av att medlemmarna har problem att minnas hur övningarna ska utföras är svårt att avgöra utifrån föreliggande studie. Mötesplatser för afasi skulle kunna ta för vana att efter längre uppehåll i språkstimulering ge instruktioner till hur språkträningsmaterialen ska användas. En introduktion skulle kunna motverka att medlemmarna måste lägga tid för språkstimulering på att lära om hur Lexia eller andra träningsmaterial fungerar. Hur tillgång till en Mötesplats, och avbrott i denna tillgång, påverkar psykosocial hälsa och social delaktighet för personer med afasi vore också av intresse att studera närmare.

6. Tackord

Vi vill tacka alla som har bidragit till denna studie; både vad det gäller deltagare, personalen på Mötesplatsen och vår handledare som gav noggrann och utförlig feedback. Utan er hade denna uppsats inte varit möjlig!

7. Referenser

- Ahlsén, E. *Språkstörningar hos vuxna (förvärvade språkstörningar) – allmän del.* (2008). Hartelius, L., Nettelbladt, U. & Hammarberg, H. (Red.). I *Logopedi*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Aleligay, A., Worrall, L. E. & Rose, T. A. (2008). Readability of written health information provided to people with aphasia. *Aphasiology*, 22(4), 383-407.
- Appelros, P., Nydevik, I., Seiger, Å. & Terént, A. (2002). High Incidence Rates of Stroke in Örebro, Sweden: Further Support for Regional Incidence Differences within Scandinavia. *Cerebrovascular Diseases*, 14(3-4), 161-168.
- Basso, A. & Macis, M. (2011). Therapy efficacy in chronic aphasia. *Behavioural Neurology*, 24, 317-325. doi: 10.3233/BEN-2011-0342
- Behrns, I., Hartelius, L. & Wengelin, Å. (2009). Aphasia and computerised writing aid supported treatment. *Aphasiology*, 23(10), 1276-1294.
- Berthier, M. L., Pulvermüller, F., Dávila, G., Casares, N. G. & Gutiérrez, A. (2011). Drug Therapy of Post-Stroke Aphasia: A Review of Current Evidence. *Neuropsychology Review*, 21(3), 302-317.
- Bhogal, S. K., Teasell, R. & Speechley, M. (2003). Intensity of aphasia therapy, impact on recovery. *Stroke; a journal of cerebral circulation*, 34(4), 987-993.
- Blom Johansson, M., Carlsson, M. & Sonnander, K. (2011). Svenska logopeders insatser till personer med afasi. *Logopednytt*, 3, 18-23.
- Borg, E. & Westerlund, J. (2011). *Statistik för beteendevetare*. Stockholm: Liber.
- Borovsky, A., Saygin, A. P., Bates, E. & Dronkers, N. (2007). Lesion correlates of conversational speech production deficits. *Neuropsychologia*, 45(11), 2525-2533.
- Brown, Y., Davidson, B., Worrall, L. E. & Howe, T. (2012). "Making a good time": The role of friendship in living successfully with aphasia. *International Journal of Speech-Language Pathology*. Doi: 10.3109/17549507.2012.692814
- Brust, J. C., Shafer, S. Q., Richter, R. W. & Bruun, B. (1976). Aphasia in acute stroke. *Stroke; a journal of cerebral circulation*, 7(2), 167-174.
- Cherney, L. R., Halper, A. S. & Kaye, R. C. (2011). Computer-based script training for aphasia: Emerging themes from post-treatment interviews. *Journal of Communication Disorders*, 44(4), 493-501.
- Cherney, L. R., Patterson, J. P. & Raymer, A. M. (2011). Intensity of aphasia therapy: evidence and efficacy. *Current Neurology and Neuroscience Reports*, 11(6), 560-569.
- Choe, Y-K. & Stanton, K. (2011). The effect of visual cues provided by computerised aphasia treatment. *Aphasiology*, 25(9), 983-997.
- Code, C. (2003). The quantity of life for people with chronic aphasia. *Neuropsychological Rehabilitation: An International Journal*, 13(3), 379-390.
- Crinion, J. (2012). Shocking Speech. *Aphasiology* 26(9), 1077-1081.
- Cruice, M., Worrall, L. & Hickson, L. (2006). Quantifying aphasic people's social lives in the context of non-aphasic peers. *Aphasiology*, 20(12), 1210-1225.
- Cupit, J., Rochon, E., Leonard, C. & Laird, L. (2010). Social validation as a measure of improvement after aphasia treatment: Its usefulness and influence in factors. *Aphasiology*, 24(11), 1486-1500.
- David R., Enderby P., & Bainton D., (1982). Treatment of acquired aphasia: speech therapists and volunteers compared. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 45(11), 957-961.
- Engineering Statistics Handbook. (2003). *What are outliers in the data?* Hämtad 5

- december, 2012, från
<http://www.itl.nist.gov/div898/handbook/prc/section1/prc16.htm>
- Fink, R., Brecher, A., Sobel, P. & Schwartz, M. (2005). Computer-assisted treatment of word retrieval deficits in aphasia. *Aphasiology*, 19(10-11), 943-954.
- Flynn, L., Cumberland, A. & Marshall, J. (2009). Public knowledge about aphasia: A survey with comparative data. *Aphasiology*, 23(3), 393-401.
- Fromm, D., Holland, A., Armstrong, E., Forbes, M., MacWhinney, B., Risko, A. & Mattison, N. (2011). Better but no cigar: Persons with aphasia speak about their speech. *Aphasiology*, 25(11), 1431-1447.
- Godecke, E., Hird, K., Lalor, E.E., Rai, T. & Philips, M.R. (2011). Very early poststroke aphasia therapy: a pilot randomized controlled efficacy trial. *International Journal of stroke*. doi: 10.1111/j.1747-4949.2011.00631.x
- Goodglass, H. (1993). *Understanding Aphasia*. San Diego: Academic Press, Inc.
- Goodglass, H. & Kaplan, E. (1983). *The Assessment of Aphasia and Related Disorders* (2. upplagan). Philadelphia: Lea & Febiger.
- Graziano, A. M. & Raulin, M. L. (2010). *Research Methods: A Process of Inquiry* (7. upplagan). Boston: Allyn & Bacon.
- Gunnilstam, O. & Mårtens, M. (2010). *Handbok Lexia 4*. Fagersta: Stora Sköndals sjukhus.
- Hachioui, H. E., Lingsma, H. F., van de Sandt-Koenderman, M. W. M. E., Dippel, D. W. J., Koudstaal, P. J. & Visch-Brink, E. G. (2012). Long-term prognosis of aphasia after stroke. doi: 10.1136/jnnp-2012-302596
- Hilari, K., Owen, S. & Farrelly, S. J. (2007). Proxy and self-report agreement on the Stroke and Aphasia Quality of Life Scale-39. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 78(10), 1072-1075.
- Hinckley, J. J. (1998). Investigating the predictors of lifestyle satisfaction among younger adults with chronic aphasia. *Aphasiology*, 12(7-8), 509-518.
- Hinckley J. & Carr, T. (2005). Comparing the outcomes of intensive and non-intensive context-based aphasia treatment. *Aphasiology*, 19(10-11), 965-974.
- Hinckley, J. J. & Craig, H. K. (1998). Influence of rate of treatment on the naming abilities of adults with chronic aphasia. *Aphasiology*, 12(11), 989-1006.
- Hong, J. M., Shin, D. H., Lim, T.S., Lee, J. S. & Huh, K. (2012). Galantamine administration in chronic post-stroke aphasia. *Journal of neurology, neurosurgery and psychiatry*, 83(7), 675-680.
- Ivarsson, A-C., Kindberg, H., Sundin, L. & Åkerman, L. (2009). *Afasi - logopediska åtgärder*. Hämtad den 20 november, 2012, från www.liv.se/sidkat/11213/Afasi-logopediska%20atgärder.pdf
- Jacobs, B., Drew, R., Ogletree, B. T. & Pierce, K. (2004). Augmentative and Alternative Communication (AAC) for adults with severe aphasia: where we stand and how we can go further. *Disability and Rehabilitation*, 26(21-22), 1231-1240.
- Kauhanen, M. L., Korpelainen, J. T., Hiltunen, P., Määttä, R., Mononen, H., Brusin, E., Sotaniemi, K. A. & Myllylä, V. V. (2000). Aphasia, Depression, and Non-Verbal Cognitive Impairment in Ischaemic Stroke. *Cerebrovascular Diseases*, 10(6), 455-461.
- Kurland, J., Baldwin, K. & Tauer, C. (2010). Treatment-induced neuroplasticity following intensive naming therapy in a case of chronic Wenicke's aphasia. *Aphasiology* 24(6-8), 737-751.
- Landgren, P. (2011). *Vårdgaranti: Vård inom viss tid*. Hämtad 26 november, 2012, från <http://www.1177.se/Uppsala-lan/Regler-och-rattigheter/Vardgarantier/?ar=True>
- Larsson, I. & Thorén-Jönsson, A-L. (2007). The Swedish Speech Interpretation Service:

- An Exploratory Study of a New Communication Support Provided to People with Aphasia. *Augmentative and Alternative Communication*, 23(4), 312-322.
- Laska, A.C., Kahan, T., Hellblom, A., Murray, V. & von Arbin, M. (2008). Design and Methods of a Randomized Controlled Trial on Early Speech and Language Therapy in Patients with Acute Stroke and Aphasia. *Topics in stroke rehabilitation*, 15(3), 256-261. doi: 10.1310/trs1503-256
- Lazar, R. M., Minzer, B., Antonello, D., Festa, J. R., Krakauer, J. W. & Marshall, R. S. (2010). Improvement in aphasia scores after stroke is well predicted by initial severity. *Stroke*, 41(7), 1485-1488.
- Liang, C. L., Chang, H. W., Lu, K., Lee, T. C., Liliang, P. C., Lu, C. H. & Chen, H. J. (2001). Early prediction of aphasia outcome in left basal ganglia hemorrhage. *Acta Neurologica Scandinavica*, 103(3), 148-152.
- Lindström, E. & Werner, C. (2006). *A-ning - Neurolingvistisk Afasiundersökning, Standardisering* (2. upplagan). Stockholm: Ersta sjukhus.
- Linebaugh, C. W., Baron, C. R. & Corcoran, K. J. (1998). Assessing treatment efficacy in acute aphasia: Paradoxes, presumptions, problems and principles. *Aphasiology*, 12(7-8), 519-536.
- Maas, M. B., Lev, M. H., Ay, H., Singhal, A. B., Greer, D. M., Smith, W. S, Harris, G. J., Halpern, E. F., Koroshetz, W. J. & Furie, K. L. (2010). The prognosis for aphasia in stroke. *Journal of stroke and cerebrovascular diseases: the official journal of National Stroke Association*, 21(5), 350-357.
- Manheim, L. M., Halper, A. S. & Cherney, L. (2009) Patient-Reported Changes in Communication After Computer-Based Script Training for Aphasia. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 90(4), 623-627.
- Meikle, M., Wechsler E., Tupper A., Benenson M., Butler J., Mulhall D., & Stern G. (1979). Comparative trial of volunteer and professional treatments of dysphasia after stroke. *British Medical Journal*, 2(6182), 87-89.
- Meinzer, M., Djundja, D., Barthel, G., Elbert, T. & Rockstroh, B. (2005) Long-Term Stability of Improved Language Functions in Chronic Aphasia After Constraint-Induced Aphasia Therapy. *Stroke*, 36(7), 1462-1466. doi: 10.1161/01.STR.0000169941.29831.2a
- Meinzer, M., Flaisch, T., Breitenstein, C., Wienbruch, C., Elbert, T. & Rockstroh, B. (2008). Functional re-recruitment of dysfunctional brain areas predicts language recovery in chronic aphasia. *NeuroImage*, 39(4), 2038-2046.
- Meinzer, M., Streiftau, S. & Rockstroh, B. (2007). Intensive language training in the rehabilitation of chronic aphasia: Efficient training by laypersons. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 13(5), 846-853.
- Menke, R., Meinzer, M., Kugel, H., Deppe, M., Baumgärtner, A., Schiffbauer, H., Thomas, M., Kramer, K., Lohmann, H., Flöel, A., Knecht, S. & Breitenstein, C. (2009). Imaging short- and long-term training success in chronic aphasia. *BMC Neuroscience*, 10(118). doi:10.1186/1471-2202-10-118
- Norrby, C. (2004). *Samtalsanalys: så gör vi när vi pratar med varandra*. Lund: Studentlitteratur.
- Notisum. (2010). *Förordning (2010:349) om vårdgaranti*. Hämtad 26 november, 2012, från <http://www2.notisum.com/rnp/sls/lag/20100349.htm>
- Parr, S. (2007). Living with severe aphasia: Tracking social exclusion. *Aphasiology*, 21(1), 98-123.
- Pedersen, P.M., Jørgensen H. S., Nakayama, H., Raaschou, H. O. & Olsen, T. S. (1995). Aphasia in acute stroke: incidence, determinants, and recovery. *Annals of neurology*, 38(4), 659-666.
- Pedersen, P. M., Vinter, K. & Olsen, T. S. (2004). Aphasia after stroke: type, severity and prognosis. *Cerebrovascular Diseases*, 17(1), 35-43.

- Plowman, E., Hentz, B. & Ellis C. Jr. (2012). Post-stroke aphasia prognosis: a review of patient-related and stroke-related factors. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 18(3), 689-694.
- Rautakoski, P. (2011). Partners' self-perceptions of the use of different communication strategies during total communication intervention. *Aphasiology*, 25(12), 1523-1542.
- Rose, T. A., Worrall, L. E., Hickson, L. M. & Hoffman, T. C. (2011). Exploring the use of graphics in written health information for people with aphasia. *Aphasiology*, 25(12), 1579-1599.
- Ross, A., Winslow, I., Marchant, P. & Brumfitt, S. (2006). Evaluation of communication, life participation and psychological well-being in chronic aphasia: The influence of group intervention. *Aphasiology*, 20(5), 427-448.
- Ross, K. B. & Wertz, R. T. (2002). Relationships between language-based disability and quality of life in chronically aphasic adults. *Aphasiology*, 16(8), 791-800.
- Simmons-Mackie, N., Code, C., Armstrong, E., Stiegler, L. & Elman, R. J. (2002). What is aphasia? Results of an international survey. *Aphasiology*, 16(8), 837-848.
- Sinanović, O., Mrkonjić, Z., Zukić, S., Vidović, M., & Imamović, K. (2011). Post-stroke language disorders. *Acta clinica Croatica*; 50(1), 79-94.
- Szaflarski, J. P., Ball, A. L., Grether, S., Al-fwaress, F., Griffith, N. M., Neils-Strunjas, J., Newmeyer, A. & Reichhardt, R. (2008). Constraint-induced aphasia therapy stimulates language recovery in patients with chronic aphasia after ischemic stroke. *Medical Science Monitor: international medical journal of experimental and clinical research*, 14(5), 243-250.
- Socialstyrelsen. (2011). *Nationell utvärdering 2011: Strokevård*. Hämtad 7 november 2012, från Socialstyrelsen: <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2011/2011-11-2/sidor/default.aspx>
- Staub, F. & Bogousslavsky, J. (2001). Fatigue after Stroke: A Major but Neglected Issue. *Cerebrovascular diseases*, 12(2), 75-81.
- Thompson, C.K., Cho, S., Hsu, C., Wieneke, C-J., Rademaker, A., Weitner, B.B., et al. (2012). Dissociations between fluency and agrammatism in primary progressive aphasia. *Aphasiology*, 26(1), 20-43.
- Turkeltaub, P. E., Messing, S., Norise, C. & Hamilton, R. H. (2011). Are networks for residual language function and recovery consistent across aphasic patients? *Neurology*, 76(20), 1726-1734.
- Vitali, P., Abutalebi, J., Tettamanti, M., Danna, M., Ansaldi, A-I., Perani, D., Joannette, Y. & Cappa, S. F. (2007). Training-Induced Brain Remapping in Chronic Aphasia: A Pilot Study. *Neurorehabilitation and Neural Repair*, 21(2), 152-160.
- Vuletić, V., Lezaić, Z. & Morović, S. (2011). Post-stroke fatigue. *Acta clinica Croatica*, 50(3), 341-344.
- Wade, D. T., Hewer, R. L., David, R. M. & Enderby, P. M. (1986). Aphasia after stroke: natural history and associated deficits. *Journal of neurology, neurosurgery, and psychiatry*, 49(1), 11-16.
- Wallace, G. (2010). Profile of Life Participation After Stroke and Aphasia. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 17(6), 432-450.
- Williamson, G. (2009). *Mean Length of Utterance*. Hämtad 4 oktober, 2012, från STIR! Speech Therapy Information and Resources, <http://www.speech-therapy-information-and-resources.com/mean-length-of-utterance.html>
- Åkerlund, M. & Månsson, B. (2003). *Att inte kunna tala är inte detsamma som att inte ha något att säga*. Afasiförbundet i Sverige.

8. Bilagor

Bilaga A. Information om Afasistudie (information till deltagare, förenklad text)

Bilaga B. Information om afasistudie (information till personal)

Bilaga C. Till dig som har afasi (information till deltagare, bildstöd)

Bilaga D. SAMTYCKE – Afasistudie 2012 (informerat samtycke, förenklad text)

Bilaga E. INFORMERAT SAMTYCKE (informerat samtycke, bildstöd)

Bilaga F. Frågeformulär

Bilaga G. Transkriptioner av intervjuer



UPPSALA
UNIVERSITET

Institutionen för Neurovetenskap

Information om Afasistudie

Till dig som har afasi

Vi är logopedstudenter som skriver en uppsats om personer med afasi. Vi vill undersöka effekten av uppehåll i språkträning. Vi är vana att prata med personer som har afasi.

Det vi vill göra:

- Vi kommer be dig att
 1. göra en övning i Lexia
 2. intervjua dig om ditt språk
 3. göra en afasibedömning.
- Under intervjun får du, om du vill, använda hjälpmedel.
- Vi tar paus när du behöver. Vi slutar om du blir trött.
- Allt spelas in på ljudband.

Vad handlar intervjun om?

- Hur det går att prata

Vad handlar afasibedömningen om?

- Hur det går att prata
- Hur det går att lyssna och förstå
- Hur det går att skriva
- Hur det går att läsa

Viktig information:

- Det är helt **frivilligt** att delta i studien. Du kan säga nej utan att förklara varför.
- Du kan låta bli att svara på en eller flera frågor.
- Du kan avbryta bedömningen när du vill.
- Dina svar förvaras inlåsta och behandlas med sekretess enligt lag (9 kap. 4§ sekretesslagen (1980:100) samt personuppgiftslagen (1998:204)).

- Du har rätt att få se dina uppgifter som vi samlar in och registrerar. Du har rätt att ändra om du tycker att det står fel.

Om du vill vara med i studien:

- Vi kommer att göra samma bedömning två gånger – en gång före sommaren och en gång efter.
- Vi anpassar oss till datum som passar dig.
- Bedömningen tar ungefär 2-4 timmar per gång.

Om du vill veta mer...

1. Fråga personalen på mötesplatsen om det är något som du vill veta mer om eller inte förstår.
2. Om du vill kan du eller någon anhörig till dig också ringa oss:
Sofia Lindström: 076 – 77 08 619
Susanna Lysén Åberg: 070 – 49 75 284

Sofia Lindström
Logopedstudent, Uppsala

Susanna Lysén Åberg
Logopedstudent, Uppsala

Monica Blom Johansson
Leg logoped och doktorand,Handledare

Uppsala Universitet
Institutionen för folkhälso-
och vårdvetenskap
Box 564
751 22 Uppsala

Information om afasistudie

Syfte

Vi vill se hur det avbrott i språkträningen som er organisations sommaruppehåll innebär, påverkar era medlemmars språkförmåga. Genom att bedöma personernas språkförmåga före och efter sommaruppehållet vill vi mäta om det går att se en försämring av språkförmågan.

Bedömningsinnehåll och omfattning

Deltagarna genomgår sammanlagt två bedömningsomgångar. Det första bedömningstillfället sker i slutet av maj ca en månad innan er föreningen stänger för sommaruppehåll. Det andra bedömningstillfället äger rum samma vecka som er förening öppnar efter sommaruppehållet. Vi beräknar att båda bedömningarna kommer ta ca 2-4 timmar i anspråk per person och bedömningstillfälle.

Båda bedömningstillfällena spelas in på ljudband och innehåller följande:

3. Personen med afasi får först fritt redogöra för hur denne upplever sitt tal idag.
4. Deltagaren genomför en för personen välkänd Lexiaövning.
5. Heltäckande språkförmåga mäts genom afasitestet A-ning.

Vid det andra bedömningstillfället får deltagaren även besvara ytterligare frågor om vad de gjort under sommaruppehållet. Detta för att utröna hur mycket språkstimulering de erhållit under uppehållet

Information till deltagare

Vi kommer dela ut en informationsblankett, anpassad till de språkliga svårigheter som personerna ifråga har, där all information om studien finns med. Denna informationsblankett går vi igenom tillsammans med de tillfrågade personerna, så att inga missförstånd uppstår.

Informationen kommer att ges när vi söker efter deltagare och ytterligare en gång inför den första bedömningen. Informationen kommer även repeteras innan den andra bedömningen utförs. Efter delgivande av informationen får deltagarna ge sitt skriftliga samtycke. De som har svårigheter att skriva sin namnteckning kommer kunna underteckna med ett kryss.

Anonymitet och lagring av persondata

Alla deltagare i vår studie kommer att vara kodade i den slutgiltiga rapporten av vårt arbete och vi kommer endast dela patienternas personinformation med behöriga personer, såsom handledare.

Utöver namn kommer även andra personuppgifter som ålder och kön att ändras, för att medlemmarna av den ideella afasiföreningen vi rekryterar från, samt deras anhöriga, inte ska kunna känna igen deltagarna i slutrapporten.

Beroende på de resultat vi får kan kön och ålder dock komma att vara av betydelse och därför kan behöva tas med i resultatredovisningen för att stödja studiens slutsatser. Helt anonymt deltagande går därför inte att garantera.

All personinformation (så som namn), alla bedömningsresultat och allt inspelat material kommer att förvaras inlåsta på Institutionen för neurovetenskap. Kodnycklarna kommer att förvaras inlåsta på annan plats.

Sofia Lindström
Logopedstudent, Uppsala
Tel. 076 – 77 08 619
E-post: s.m.m.lindstrom@gmail.com

Susanna Lysén Åberg
Logopedstudent, Uppsala
Tel. 070-497 52 84
E-post: susanna.lysen@gmail.com



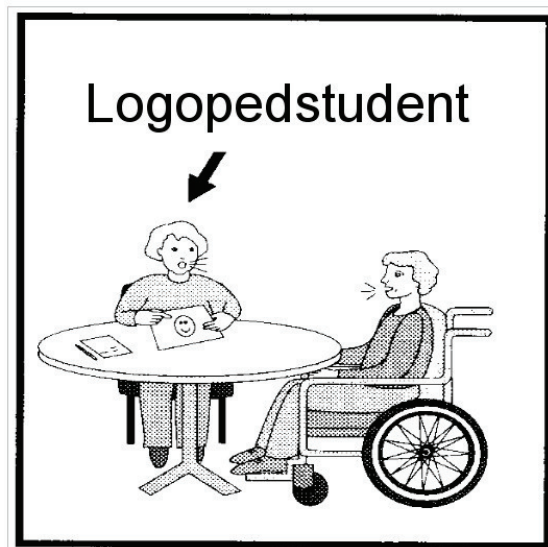
UPPSALA
UNIVERSITET

Institutionen för Neurovetenskap

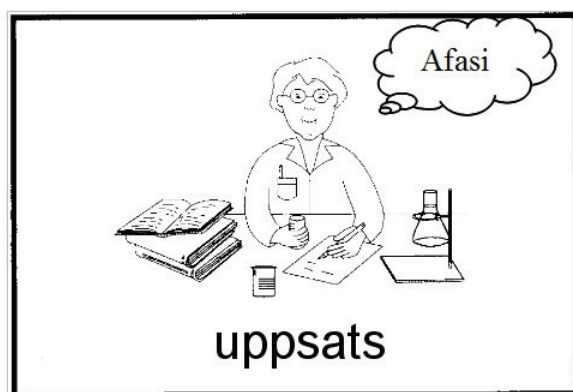
Till dig som har afasi

Vi heter Sofia Lindström
och Susanna Lysén Åberg.

Vi är logopedstudenter.

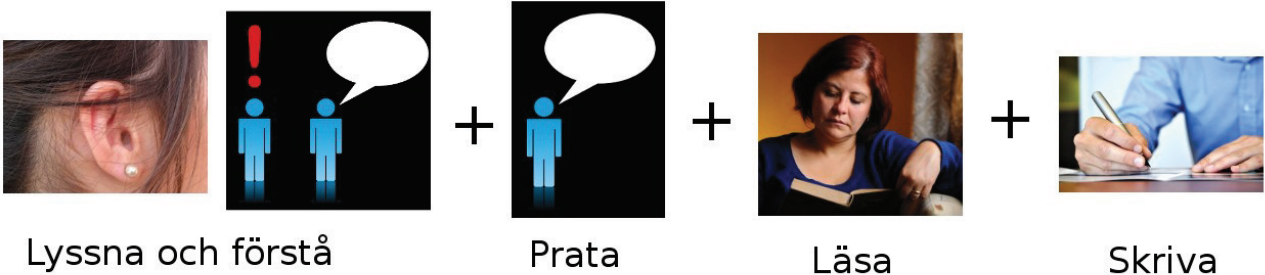


Vi skriver en uppsats
om afasi.



Vi skulle vilja göra en bedömning av hur det går för dig att:

- Lyssna och förstå
- Prata
- Läsa
- Skriva

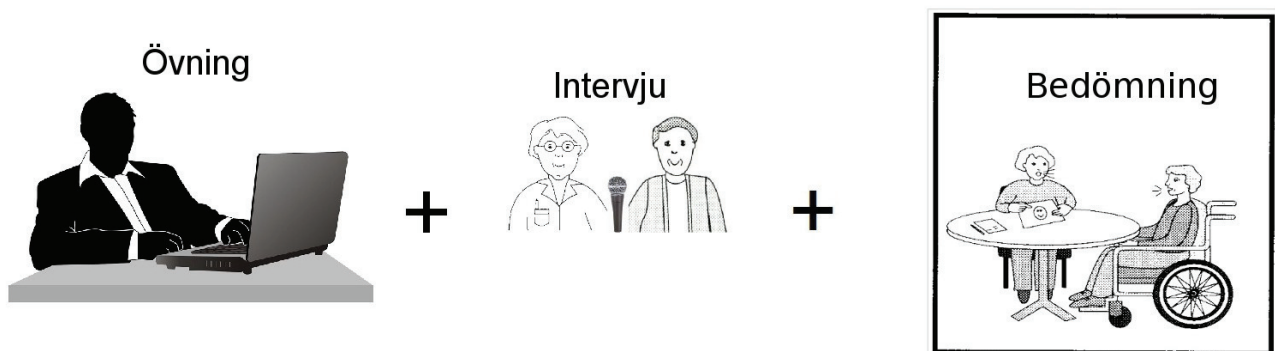


Bedömningen går till så här:

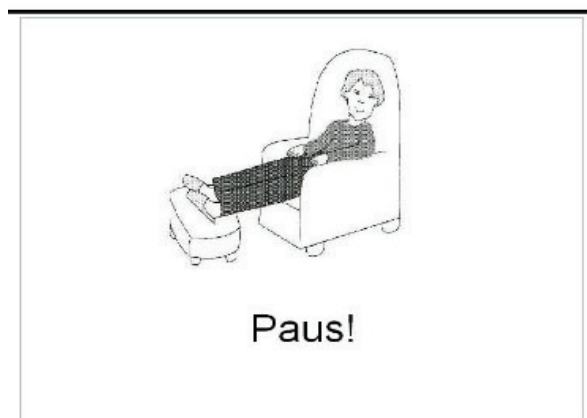
1) Övning

2) Intervju

3) Bedömning



Vi kommer att ta pauser.

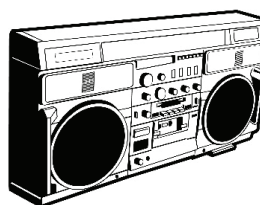


Du får använda **hjälpmedel** under intervjun.



Hjälpmedel

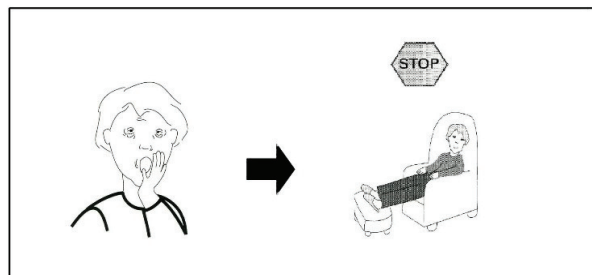
Allt kommer att spelas in på band.



OBS! Svvara inte innan du läst detta:

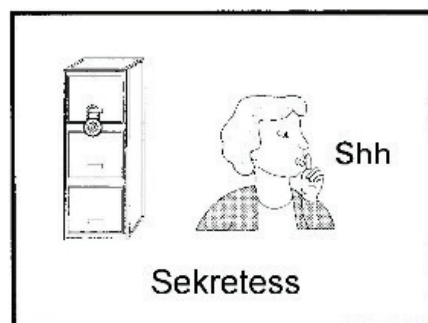
1. Det är helt frivilligt
2. Det är ok att säga nej

Vi slutar om du blir trött



3. Du får ångra dig

4. Allt behandlas med sekretess



Lagar:

Sekretesslag
1980:100

Personuppgiftslag
1998:204



Fler frågor?

SAMTYCKE – Afasistudie 2012

Samtycke till att delta i testning vid två tillfällen 2012

1. Jag har fått information om studien.
2. Jag har fått information om hur bedömningen ska gå till.
3. Jag vet att bedömningen kommer att spelas in på ljudband.
4. Jag har haft tillfälle att ställa frågor.
5. Jag har förstått att...
 - ... det är frivilligt att delta
 - ... jag kan avbryta mitt deltagande om jag vill
 - ... om jag avbryter påverkar det inte min kontakt med logoped och annan sjukvård
 - ... det jag säger behandlas med sekretess enligt lag

Jag ger mitt samtycke till deltagandet.

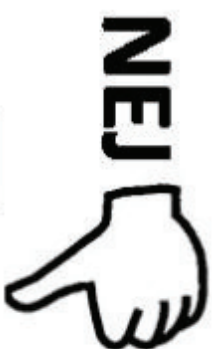
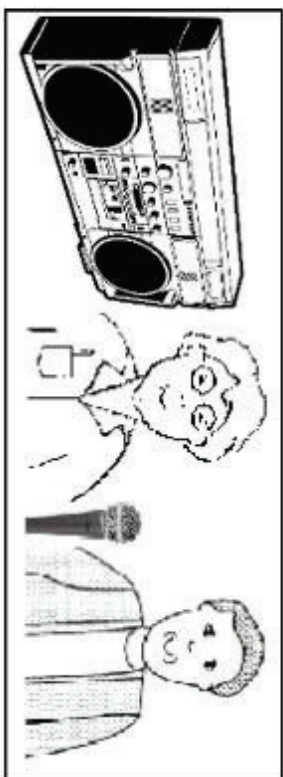
Datum

Underskrift

Namnförtydligande

INFORMERAT SAMTYCKE

DU



NAMN _____

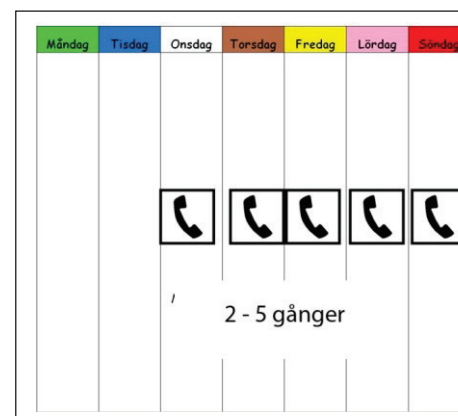
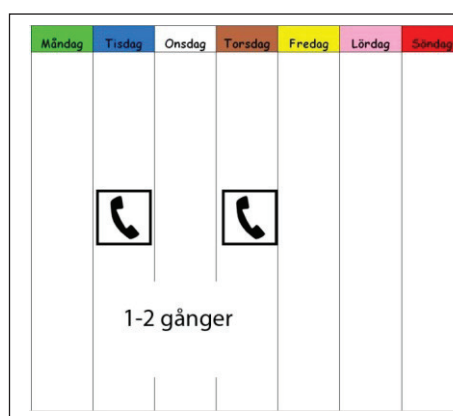
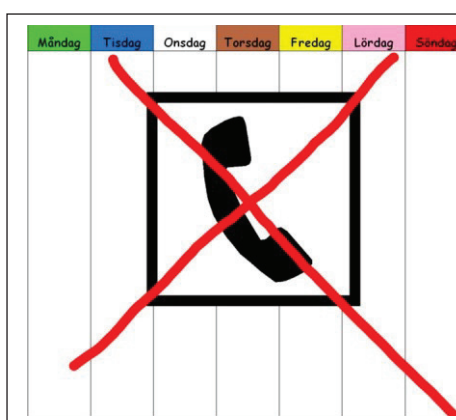
1. Hur många gånger talade du i telefon under sommaruppehållet?



1) Aldrig

2) 1-2 gånger i veckan

3) 2-5 gånger i veckan



4) Minst 1 gång per dag

5) Flera gånger per dag



2. Hur många gånger hade du besök av släkt eller vänner under sommaruppehållet?

- ❖ 0-1 gång
- ❖ 2-4 gånger
- ❖ 5 eller fler gånger
- ❖ 10 eller fler gånger



3. Hur många dagar såg du på TV under sommaruppehållet?

- ❖ Aldrig
- ❖ 1-2 gånger i veckan
- ❖ 2-5 gånger i veckan
- ❖ Minst 1 gång om dagen
- ❖ Flera gånger om dagen



4. Hur många dagar gjorde du språkövningar under sommaruppehållet?



© Calogréa.be

- ❖ Aldrig
- ❖ 1-2 gånger i veckan
- ❖ 2-5 gånger i veckan
- ❖ Minst 1 gång om dagen
- ❖ Flera gånger om dagen

5. Hur många dagar var du bortrest under sommaruppehållet?



- ❖ Aldrig
- ❖ 1 -2 dagar
- ❖ 2-4 dagar
- ❖ 5 eller fler dagar
- ❖ 10 eller fler dagar

Transkriptioner av intervjuer

Nr 1 – första bedömningen

T: Hur tycker du det går det går att förstå andra

1: Xxx

T: Mm till exempel om du pratar?

1: mm ja

T: precis å du lyssnar

1: mm xxx mm där. (pekar på samtals kartan)

T: mm brukar du hälsa på folk?

1: Ja, det

T: Din son

1: [namn]

T: Och din dotter

1: Mm

T: Linnea, Nea

1: M xxx Xxx

T: Ja här också brukar du vara på mötesplatsen

1: Ja xxx.

T: Är det viktigt att vara här

1: Ja. Det é de.

T: Skrivit in det i din kalender

1: Ja Xxx

T: mm

1: xxxJa xxx

T: brukar du prata i telefon?

1: Ja, aaa xxxxx

T: Du säger aaa lite grann?

1: Jora, jora,xxxx

T: Hur går det att prata i telefon å lyssna, går det bra eller dåligt.

1: jara Det går fint. XXXX Men xxxxx ja xxxxx

T: Så det är mest dom som pratar

1: Ja

1: Ahe

T: Elle ja, mm

1: Jaha xxx

T: mm

T: Pratar du mycket med [namn]?

1: Näe xxx

T: Lite grann

1: De (pekar på tidning i samtalskarta)

T: Läser tidningen

1: Ja

T: Är det lätt att förstå vad som står i tidningen?

1: Ja de xxxxx Men XXXX

T: M tidigare

1: Nu ja

Mhm

1: Men då

T: Så det var svårare förrut?

1: Nä

T: Ungerfär lika?

1: ja

T: Va de tröttsamt att läsa tidningen förrut? Kunde du bli trött?

1: Ja ee nä

T: Utan det funkar, funkar bra å läsa

1: Jadå men xxxx

T: A det är svår å se på sidan, kanske

1: Näe xxxxxx

1: Xxxxxxxx men

1: Å men

T: Mm

T: Har du en kontakt bok? E de din?

1: Ja, xxxx

T: A, å den e bra å ha

1: O ja xxxx

T: Våldigt viktig

1: Xxxx

T: Mm

Nr 1 – andra bedömningen

T: Hur tycker du att det går att förstå andra?

1: Xxxxx

T: Mmm

1: Xxxx

T: Sådär

1: jaja

T: är det nån du förstår bättre än nån annan?

1: Näe

T: Näe. Alla e lika

1: Ja

T: Hur tycker du att de går att bli förstådd av andra?

1: Eee

T: Sådär

1: Ja

T: Är det nån som förstår dej bättre än nån annan?

1: Xxxx

T: Sådär

1: Ja

T: Tycker du att familjen förstår dej bättre än dom som jobbar på boendet där du bor?

1: Aa

T: Mm

1: Xxxx A de to ja

T: Mm e är de personalen?

1: näe

T: Är de familjen?

1: Ja xxxxx

T: De hör bättre va du säger?

1: Ja

T: Mm

Nr 2 – första bedömningen

T: Ja, hur tycker du det går att gö- att förstå andra?

2: Ja mm

T: Det går bra

2: mm

T: Alla?

2: Ja men a, den där, den här ja.

T: Så vissa är lite mera

2: Ja mm

T: Lite mer pratar lite mer, kanske lite mer tydliga. De vänder sig liksom inte bort å tittar i marken å?

2: näe

T: Är det krångligare då när förstå folk tittar bort å förstå vad dom säger?

2: Näe, näe, näe

T: Är det lättare att förstå nära vänner?

2: Ja

T: Helt okända människor-

2: den här, den xxxxx den

T: Brukar du skriva?

2: Ja

T: Du har ju din kalender å de

T: Hur tycker det går att andra ska förstå dig? Vi?

2: Xxxx Näe xxx nej fö de xxxx

T: Är det mycke?

2: Nej xxxx va fan xxx nej uuu xxxx den här (visar att orden ej kommer ut ur munnen)

T: Att det tar stopp

2: Ja här

T: Vad gör du när det tar stopp?

2: Här

T: Å du har din

2: ja

T: Använder du den dära datorn?

2: Ja

T: Använder du den mycket

2: Ja

T: Använder du den hemma?

2: Nä

T: På stan?

2: Ja

T: På stan?

2: Å den där den

T: Och din kommunikationsbok

2: Ja

T: Va hjälpsamt me små

2: M den där ja

T: Praktiskt, m va den lätt att lära sig

2: Ja de du åh, mmm eee hon där

T: Hon som gav dig den?

2: Ja den där mm den där

T: Hon é bra?

2: Ja den å den där, ehm du här, ee hon, den, här, hon här

T: Ja

2: eee, denna här duttduttdutt här

T: a Din adress

2: Nej

T: nån som skrev på en dator

2: hon, där

T: Logopeden?

2: Ja mm, eehm ,ehhm, ehmm , hon ,ehm hon, den här, nej fan

T: Ja, den e igång nu

2: Hon

T: Bil

2: ja han den här, eh den här, här

T: Du skrev den

2: Nej, nä, näe , den här, den här, här

T: Datorn

2: Ja

T: Din datorn

2: Ja

T: Kom dom hem till dig och fixade

2: Ja! Ja, mmm

T: Så dom åkte hem, fick du va me å välja bilder

2: Näe du, hallå. Ehhe, den här, den här,

T: [ortnamn]? Förbi?

2: Nej Näe neje xxx, här, här, den

T: Nu ska vi se mm

2: Ja, här

T: [ortnamn], [ortnamn]

2: Ja

T: Där på [ortnamn] där du gick

2: Ja, eh den här, den ö, ja, den här, den här

T: [ortnamn]?

2: Nej, nej mm jaaa, hmm före åh ee, aa

2: Här (skriver)Hon, den, de här, här

T: Åkte fram å tillbaka

2: Ja, den här, ja

T: Så du åkte emellan då, pendlade

2: Dära den härdå den där

T: Mmm aaa

2: xxxxxxxxxxxx Ååhhh xxxx nejää

T: Har den stängt av sig?

2: Nä

(Skriver)

2: Hallå, hallå, hallå hallå. Nejnäe (Rolltalken fungerar inte)

T: Den vill inte

2: Näe

T: Ja, det är alltid-

2: Ja, den här

Nr 2 – andra bedömningen

T: Hur tycker du det går att göra dig förstådd?

2: Jaa

T: Det går bra?

2: Ja

T: Andra förstår dig?

2: Ja

T: Mmm

2: Här (Visar upp afasi id)

T: Du har den där lappen å visa

2: Ja

T: å då vet dom

2: Ja

T: Är det nån som förstår dej bättre än nån annan?

2: Näe

T: Alla förstår lika bra?

2: Ja

T: Mm Så bra

2: Den här, den, å den här

T: Benet?

2: Ja (lång paus)

2: Xxx här

T: Om nån frågar så kan du peka?

2: Ja

T: Så bra

T: Hur tycker du att det går- Hur tycker du att du förstår andra va dom säger?

2: aaa

T: Du förstår?

2: Ja ja

T: Är det nån som är lättare att förstå än nån annan?

2: Näe

T: Alla är lika?

2: Ja, ja, mm

Nr 3 – första bedömningen

T: Hur tycker du att det går att förstå andra idag.

3: Ja skapligt tror jag.

T: M

3: Kanske, ehhe ska vi se, först det va ju så där så, 50 %, jag tror det är bättre lite grann.

T: Okej

3: Ja jag tror det

T: Mm. Men du, Känner du någon gång att du inte förstår vad folk säger?

3: Oj ja

T: Vad går du då?

3: Då eh, xxx [namn], om de, igen, igen, de e bättre, om de e fel

T: Så då ber du folk att upprepa sig

3: Ja

T: Hur trycker du att andra förstår dig?

3: Jaaa, ehm, du förstår, ehm, okänt det vet jag inte, men ehh, allihopa för mig,

då vet man, där och där och där då är det skapligt, förstår du. Allihopa, då, slakten, å de e mycket bättre. Så är de ju.

T: Så de som känner dig

3: Ja

T: Vet du att dom förstår

3: Ja

T: Mm

T: Men de är osäkert är du träffar nya människor

3: Ja, just det

T: Hur skulle du beskriva ditt tal idag, ditt prat?

3: Hm ja egentligen den där 50 procent men ja vet inte, ja vet inte. De dä först då va de ju xxx nu ska vi se först då va de ju nästan ingenting benet där å där bara va säger man bara sådär förstår du en, en för mig rullade för mig lite grann, de va ju sådär, det va ju eeh nu ska vi se det började [land] å de va ju konstigt jag försökte, tal nej ingenting, åå de va ju eeh [namn] och [namn] gifte sig å de va bra å sen förstår du, å sen eee först [land] och en bössa å de va bra å sen då ere där talet, nej ingenting absolut ingenting, ja så e det ju. (Skrattar)

T: Ja

T: Å efter de har det gått framåt?

3: Oja, det tror ja, det va ju [ortnamn] först en plan å så [ortnamn] å de va ju, uu lite bättre i alla fall å så ee [siffra] där e ju sjukhuset där, [ortnamn]

T: Ja, Avdelning [siffra]?

3: Ja, Å det va sen blev de bättre å bättre å bättre tror ja, tre år nu ska vi ses näe fem år nu nära i alla fall

T: Bra, här du nåt att tillägga [namn]

S: Nee

S: Eller tycker du att det gått bättre och bättre att förstå andra också?

3: Ja, det tror jag också, jaa, tror i alla fall ja vet inte.

S: Både prat och lyssna har blivit bättre?

3: Ja, aa

Nr 3 – andra bedömningen

T: Hur tycker du att de går att förstå andra?

3: Ja, hälften tror ja, (skratt) ja tror de, ibland e de fel å sen de väldigt bra

T: Okej, Finns det nån som du förstår bättre?

3: Lillemor e mycket bättre, då vet mycke xxxx de ju ganska, jaha pang i bygget fort å bra, konstigt, de väldigt bra.

T: Okej å de för att ni känner varandra

3: Ja visst oja

T: Hur tycker du att andra förstår dig

3: (gestikulerar under tiden) Ja, ja försöker och eeh ja, du förstår om de é bra då é de bra. Men kanske där å de kommer så å där också det kommer sen ere ibland ingenting, men varje gång de e möjligt så, aha eller eller där e möjligt så å den där också så, aha det kommer det kommer förstår du lite grann.

T: (gestikulerar under tiden) Så här det här är om man förstår på en gång och det här är om man måste förklara?

3: Ja, Ja varför inte

T: Finns det nån som förstår dig bättre?

3: Ja de ju bara [namn] förstås, hmm, men kanske ja allt e ja ja vet att bland så é de ju.

T: Ibland så blir det rätt på en gång?

3: Ja

T: Hur tycker du att ditt tal är idag?

3: Jaaa, ah du förstår att förr va det ju väldigt bra men nu e de ju ja hälften eller kanske minus, ja vet inte, de inte bra

T: När du säger förr menar du innan du fick stroke?

3: Ja, javisst men de é sådär.

T: Ja, det var alla frågor

3: (skratt) Ja, okej

Nr 4 – första bedömningen

T: Hur det går att förstå andra personer?

4: Jaa, jaa

T: Går det bra?

4: inge inge xxxx är inget

T: Det inga problem

4: Ja jaa

T: Hur tycker du det går för andra att förstå dej?

4: Me va

T: Tycker du att andra förstår dej bra?

4: Jaha jaa, ja, näe, ja näe, näe

T: De, du kan ha svårt att göra dej förstådd

4: Ja ja, men sen med hö-högern xx med sen så, så me tal de ing-

T: Hur tycker du att ditt till è idag?

4: Ja, ja, fifty-fifty

T: Finns det nån som förstår dej bättre, din man till exempel?

4: Näe, näe

T: De é lika svårt för honom?

4: Ja, ja

Nr 4 – andra bedömningen

T: Hur tycker du att det går att förstå andra?

4: Ja lite, ja de e ja me de me de här att förstå men sen så ja me näe men näe, de é inte bra

T: De é svårt?

4: Ja ja inte, me du de här att bra me bra eftersom de här me å xxxx

T: Det går att förstå vad andra säger?

4: Ja men sen sen så

T: Är det svårt när du ska prata

4: Ja, ja

T: Finns det nån som du tycker att du förstår bättre, när den personen pratar?

4: Ja ja, ingen

T: Näe é de samma?

4: Ja ja näe

T: Ja då har vi tredje frågan då som vi lite har varit inne på redan, Hur tycker du att andra förstår dej?

4: Ja inte, inte

T: Inte bra?

4: Ja

T: Finns det nån som du tycker förstår dej bättre?

4: Ja, ja jag vet inte

T: Hur tycker du att ditt tal é idag

4: Ja sådär, sådär

Nr 5 – första bedömningen

T: Hur du tycker att det går att förstå andra?

5: Ja xxxxx de dårare merere xxxxx

T: Ja nu ställer vi frågorna i intervjun

5: Jo xxxxx

T: Men går det bra å lyssna och förstå?

5: Ja de xxx a de skulle väl ja xxxxxx inte xxxx

T: Å hörapparaterna funkar bra?

5: Näe

T: Dom gör inte de?

5: Näj Ne de går inte xxxxxxxx

T: Dom tjuter lite?

5: Näe de går inte

T: Men när dom fungerar hörapparaterna, går det att förstå då?

5: Ja de to ja, de to ja de gå joda de gå

T: Din fru Margareta är det lättast att förstå henne?

5: Näe jo a xxxxx de korrerrexix ja vet att nä hon nä hon

T: Du kan få skriva om du vill.

5: xxxx a korrorre xxxxxxxjja vet att xxxxx ja ve inte faktiskt ja xxxx hon xxxxxx

T: Är din barn å barnbarn, förstår dom dej bra?

5: Näe a inte xxxx för helvette xxxxxx de gå inte xxxxx näe ingen xxxxx

T: Är dom bra på lyssna familjen?

5: Ja me ååå xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

T: Mm

5: xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

T: Är det svårt att prata?

5: Näe, xxxxxx

T: Inte nu?

5: Näe.

T: Var det svårare att prata förut?

5: Näe, ja, xxxxx

T: Hur går det å läsa?

5: Va?

T: Läsa, går det bra?

5: Näe, inte, inte, xxx, inte, xxx, jodå, går, xxxx, inte xxx bra, nej inge går e bra xxxxx

T: Ja, det där är våra namn

5: Jaa, xxxx

T: [namn] e ja

5: xxxx

T: Det kan du läsa och förstå menar du?

5: Ja, xxxx, ja

T: Å att vi skriver en uppsats om afasi

5: Ja, xxxx Näe, xxxx

T: Så det går bra att läsa till en viss del, alltså?

5: Jaa, lite lite bara

T: Är svårare att läsa böcker?

5: Va?

T: Är det svårare att läsa böcker?

5: Ja, de gå inte, xxxxx

T: De går inte.

5: Näe, xxxxx, näe de gå int xxxxx

T: Men såna här, små rader är lättare?

5: xxxxx

T: Då var vi klara med intervjun.

5: Jaså?

Nr 5 – andra bedömningen

T: Hur tycker du att det går att förstå andra?

5: Jo de gårer

T: De e bra de?

5: Ja ja

T: Finns det nån som du förstår bättre

5: Näe näj jo xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

T: Din fru förstår du henne bättre än någon annan?

5: Xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

T: Hur tycker du att andra förstår dej?

5: Ingen de

T: Ingen förstår dig?

5: Nej, nej

T: Din fru förstår hon dej då?

5: Näe xxxxxxxxxxxxxxxxxxx de går inte

T: Finns de nån som du tycker förstår dej?

5: Näe

T: Går det bra att läsa?

5: Näh, jo de kxxxxx

T: Om du läser kortare meningar går de bra?

5: Ja xxxxxxxxxxxxxxxxxxx

T: Förstår du vad det står här?

5: Javisst javisst seru (läser högt)

XX

T: Okej

5: Javisst seru xxxxxxxxxxxxxxxxxxx

T: Men du läser inte längre texter, läser du inte böcker?

5: Näe

T: Hur tycker du att ditt tal är idag?

5: Are ingexxxxxxxxxxxx de gå xxxxxxxxxxxxxxxxxxx näe a de gå inte nu

T: Nej, det går inte nu

5: Näe

Nr 6 – första bedömningen

T: Om du vill kan du få papper och penna

6: Eeeh, ja, mm

T: Hur tycker du att det går att förstå vad andra säger?

6: Jodå, det går bra det

T: Det funkar bra?

6: Ja

T: Hur trycker du att andra förstår dig?

6: Näe men det tycker jag inte går bra

T: Näe de lite svårare

6: Ja

T: Är det nån som förstår dig bättre än någon annan?

6: Ja, men eh, men eh sys, eh eh [namn] å [namn]

T: [namn] å [namn] är det syskon?

6: Ja visst, näe de är

T: Barn?

6: Barn, barn, aa

T: Så dina barn förstå dig bättre?

6: Javisst aa javisst

T: De känner dig bättre?

6: Javisst ja

T: Hur tycker du att det går att läsa?

6: Näe det går inte bra

T: Inge bra

6: Nej

T: Å skriva?

6: Skriva det går bra

T: Mm

6: Vänster hand (skratt)

T: De lite ombyte

6: Ja

T: Hur tycker du att det är med ditt tal idag?

6: Jo, men det går bra de, ja.

T: Det é som det é?

6: Ja visst ja. De é som de é. Jag har varit försäljare, ja.

T: Då är du van att prata mycket, alltså?

6: Va?

T: Då är du van att prata mycket?

6: Javisst, ja

Nr 6 – andra bedömningen

T: Hur tycker du att det går att förstå andra?

6: Jora aora men, ja, ja

T: Det går, rätt bra?

6: Bra a

T: Hur tycker du att andra förstår dig?

6: Ja jora men, de går bra

T: För dom att förstå dig?

6: Javisst ja

T: Är det nån som förstår dig bättre än nån annan?

6: Ja, va heter [namn]

T: [namn]

6: A visst ja

T: é de dotter?

6: Ja, dotter

T: Hon känner dig bra,

6: Javisst, ja

T: Hon förstår dej då

6: ja

T: Hur tycker du att det går att läsa?

6: Nej de går sämre

T: De går sämre

6: ja

T: Skriva?

6: Skriva, de går sämre

T: Sämre

6: Javisst

T: E de mycke att handen, de blir fel hand?

6: Ja

T: Sista frågan hur tycker du att ditt tal är idag?

6: Eeh ja tycker de é bra

Nr 7 – första bedömningen

T: Hur tycker du att det går att förstå va andra säger

7: Inte alls, ja har svårt för att förstå de

T: Är det nån dej förstår bättre?

7: Kanske om dom pratar lite högt

T: Om dom höjer volymen lite?

7: Ja

T: Är det lättare att förstå vänner och släktingar?

7: Ja de é de dom har man träffat oftare

T: Så du vet va dom brukar säga

7: Ja, just

T: precis

T: Hur tycker du att det går å prata?

7: Ja, ja tycker väl att det går skapligt

T: Tycker du att andra förstår dej

7: Jaa kanske

T: Så det svåraste är att förstå vad dom säger?

7: Mm

T: Får jag fråga, beror de också på att du har nedsatt hörsel?

7: Ja, de gör de väl, för att ja har ju förstärkare på båda öronen.

T: Ja, tack så mycke

Nr 7 – andra bedömningen

T: Hur tycker du de går att förstå va andra säger?

7: Ja jag tycker de går bra

T: Nån som är lättare att förstå än nån annan?

7: Nä ja vet inte

T: Alla é ungefär lika

7: Ja

T: Hur tycker du att det går att göra dej förstådd?

7: Ja, de går nog lika bra

T: Lika bra?

7: mm

T: È de nån som förstår dig bättre?

7: Nej jag vet inte om man kan säga de

T: Tror du familjen kanske?

7: Ja man tycker de men de e ändå inte så

T: Så de kanske upplevs så?

7: Ja

Nr 8 – första bedömningen

T: Hur du tycker att det går att förstå andra?

8: Näe de e inga problem

T: Inte?

8: Näe

T: Finns det nån som är svårare att förstå än nån annan?

8: Näe

T: Nej

T: Nån som é lättare?

8: Näe de tycker jag inte, de é som förut de

T: Va skönt å höra

T: Hur tycker du att andra förstår dej?

8: Du (skratt)har inte sagt nånting. Näe ja vet inte

T: Brukar du känna att du inte blir förstådd?

8: Näe men att man xx svårt att hitta ord ibland, de kan ja känna

T: Hur tycker att det går att läsa och skriva?

8: Läsa é inga problem, skriva de gör ja ju inte nå ofta nu

T: Brukade du skriva mycke tidigare?

8: De gjorde man ju inte genom att man skrev på datorn

T: Brukar du använda datorn mycke nu?

8: Näe de gö ja inte

T: Varför använder du inte datorn?

8: Ja tycke inte att de roligt längre

T: Vad ska du göra i sommar?

8: Ja vet inte, xxx vi ska måla om huse, håller vi på me nu

T: Nån annan plan?

8: Näe

Nr 8 – andra bedömningen

T: Hur tycker du att de går att förstå andra?

8: Jo de går bra

T: Finns de nån du förstå bättre

8: Näe

T: Alla samma?

8: Ja

T: Hur tycker du att andra förstår dej?

8: Jo de e väl ganska bra

T: Finns de nån som förstår dig bättre än nån annan?

8: xxxxx

T: Inte som du märkt själv heller?

8: Näe