



Aphasia United
www.aphasiaunited.org
অ্যফেশিয়া ইউনাইটেড

Best Practice Recommendations for Aphasia

বাকরোধের ভূমিকায় সর্বশ্রেষ্ঠ সুপারিশ

Preamble

ভূমিকা

Aphasia is an acquired communication disability resulting from damage to the language areas of the brain, most often due to stroke, although other etiologies such as brain trauma or tumor can also cause aphasia.

বাকরোধ হোল এক অর্জিত যোগাযোগের অক্ষমতা। স্ট্রোকে আক্রান্ত হওয়ার পর মস্তিষ্কের ক্ষতি থেকেই বাকরোধ সৃষ্ট হয়। যদিও অন্যান্য কারণ (যেমন মস্তিষ্কের আঘাত বা টিউমার ও) বাকরোধ হওয়ার কারণ হতে পারে।

Aphasia is characterized by impairments in language modalities including speaking, understanding, reading and writing.

বাকরোধ বোঝা যায় কথা বার্তা বলার ও বোঝার অক্ষমতায়, পঠন ও লিখনে ভাষাগত তারতম্যের মাধ্যমে। কেননা দৈনন্দিন জীবনে সামাজ্যে সম্পর্ক বজায় রাখায় ও অংশ গ্রহণে এবং কুশল বিনিময়ে বাকরোধ ভিন্ন পরিচয় বহন করে।

Because of the pervasive importance of communication in daily life, aphasia typically has a negative impact on social relationships, participation and wellbeing.

কেননা দৈনন্দিন জীবনে সমাজে সম্পর্ক বজায় রাখায় ও অংশগ্রহণে এবং কুশল বিনিময়ে বাকরোধ ভিন্ন পরিচয় বহন করে।

People with aphasia have preserved pre-onset intelligence, but intelligence can be masked by difficulty in communicating.

বাকরোধ আক্রান্ত ব্যক্তি এক সংরক্ষিত ও পূর্বঅর্জিত বুদ্ধিরঅধিকারী। কিন্তু যোগাযোগে অসুবিধার জন্য বুদ্ধি হ্রাস পায়।

It should never be assumed that a person with aphasia is mentally incompetent.

এইটা ধারণা করা উচিত নয় যে বাকরোধের রোগী মানসিক বিচারে অযোগ্য।

People with aphasia are typically able to make decisions and participate in activities if information or activities are made communicatively accessible.

বাকরোধের রোগী বিভিন্ন ক্ষেত্রে সিদ্ধান্ত গ্রহণ ও বিভিন্ন কাজকর্মে যোগদান করায় সক্ষম হতে পারে, যদি ঐ সমস্ত প্রক্রিয়া বা তথ্য তাকে আগে থেকে জানানো যায়।

People with aphasia have the right to be treated with dignity and respect and to participate in the same level of health care as nonaphasic individuals (including obtaining information and participating in personally relevant decision making).

বাকরোধের রোগীর মর্যাদা ও সম্মানের সংগে চিকিৎসা পাবার অধিকার আছে এবং অবাকরোধের ব্যক্তির মত তথ্য জানার বা সিদ্ধান্ত গ্রহণের অধিকার থাকে।

People with aphasia and their family members have the right to relevant services designed for the individual to enhance communication and participation in life activities of choice.

ব্যক্তিগত ভাবে ও প্রয়োজনীয় সামাজিক কাজকর্মে যোগাযোগে উন্নতি করার ক্ষেত্রে অন্যদের সঙ্গে যোগ দেওয়ারও অধিকার থাকে।

Health care services for people with aphasia should be person-centered and collaborative.

বাকরোধের রোগীর শুশ্রূষাকারীদের ব্যক্তিকেন্দ্রিক ও সহযোগী হওয়া উচিত।

Following are “best practice recommendations” for health care or community services involving people with aphasia.

বাকরোধের রোগীর স্বাস্থ্য সম্বন্ধীয় ও সামূহিক কাজকর্মে জন্য কয়েকটি উত্তম সুপারিশ নীচে দেওয়া হল:

These have been compiled from a variety of sources around the world.

সারা বিশ্বের বিভিন্ন উৎস থেকে এই গুলি সংগ্রহ করা হয়েছে।

Sources are cited along with the level of recommendations/evidence cited in the source.

প্রকৃত প্রমাণ ও তথ্যের সংগে সমতা রেখেই এই সুপারিশ করা হয়েছে।

Sources have not been directly quoted; rather, themes across cited sources have been worded to be representative.

উৎস গুলির নাম সরাসরি উল্লেখ করা হয়নি, বরং উৎস গুলির প্রসঙ্গ বিস্তৃত ভাবে বলা হয়েছে।

For more details on the levels of evidence please refer to the original source documents.

প্রকৃত তথ্যের বিবরণ জানার জন্য মূল নথিপত্র বিশেষ ভাবে দেখা উচিত।

It should be noted that most recommendations draw from general stroke guidelines, rather than other etiologies or aphasia specific guidelines.

এটা জানা দরকার যে সমস্ত সুপারিশ সাধারণ স্ট্রোকের নির্দেশনামা থেকে নেওয়া হয়েছে, বাকরোধ সংক্রান্ত কোন বিশেষ নির্দেশনামা থেকে নয়।

Aphasia United

অ্যফেশিয়া ইউনাইটেড

Best Practice Recommendations for Aphasia

বাকরোধের ভূমিকায় সর্বশ্রেষ্ঠ সুপারিশ

1. **All patients with brain damage or progressive brain disease should be screened for communication deficits.**^{1,2,3,5,7,8,9} (Level C)
যোগাযোগের ঘাটতির পরিমাপের জন্য বৃদ্ধিমান মস্তিষ্কের ক্ষতি সংক্রান্ত রোগীদের পৃথক করা দরকার।
2. **People with suspected communication deficits should be assessed by a qualified professional (determined by country);**
সন্দিগ্ধ যোগাযোগের ঘাটতিযুক্ত রোগীদের মূল্যায়ন দেশে স্বীকৃত কোন পেশাদারের দ্বারা করা উচিত।
Assessment should extend beyond the use of screening measures to determine the nature, severity and personal consequences of the suspected communication deficit.^{1,2,3,4,5,6,8,9} (Level B,C).
সন্দিগ্ধ যোগাযোগের প্রকৃতি, তীব্রতা, গুরুত্ব নির্ধারণ করার ক্ষীণিং পদ্ধতিরও বাইরে গিয়ে মূল্যায়ন করা উচিত।^{1,2,3,4,5,6,8,9}
(Level B,C)
3. **People with aphasia should receive information regarding aphasia, etiologies of aphasia (e.g. stroke) and options for treatment.**^{1,5,6,7,8,9} (Level A- C)
বাকরোধের রোগীদের বাকরোধ সংক্রান্ত তথ্য, বাকরোধের কারণ (যেমন স্ট্রোক) ও চিকিৎসার বিভিন্ন পদ্ধতি সংক্রান্ত তথ্য জানা দরকার।^{1,5,6,7,8,9} (Level A- C)
This applies throughout all stages of health care from acute to chronic stages.
এই পদ্ধতি রোগীর স্বল্পমেয়াদী পর্যায় থেকে দীর্ঘমেয়াদী পর্যায় পর্যন্ত সবরকম শুশ্রূষাই প্রয়োজন।
4. **No one with aphasia should be discharged from services without some means of communicating his or her needs and wishes (e.g. using AAC, supports, trained partners) or a documented plan for how and when this will be achieved. (Level: Good Practice Point)**
বাকরোধ রোগীকে চাকরি থেকে বরখাস্ত করার আগে, তাঁর বিভিন্ন প্রয়োজন ও ইচ্ছা (AAC ব্যবহার, সহযোগী ও ট্রেনিংপ্রাপ্ত সাথী পাওয়া) বা কখন ও কেমন ভাবে সেই ইচ্ছা পূরণ হবে, তার লিখিত plan ইত্যাদি জানানো দরকার (Level: Good Practice Point)।
5. **People with aphasia should be offered intensive and individualized aphasia therapy designed to have a meaningful impact on communication and life.**^{1,2,3,4,5,6,7,8,9} (Level A-GPP depending on approach, intensity, timing).
বাকরোধ রোগীকে intensive ও individualized বাকরোধ থেরাপির প্রস্তাব দেওয়া উচিত, যাতে তাঁর যোগাযোগ ও জীবনধারণের উপর গুরুত্বপূর্ণ প্রভাব পড়ে।^{1,2,3,4,5,6,7,8,9} (Level A-GPP depending on approach, intensity, timing)
This intervention should be designed and delivered under the supervision of a qualified professional.
এ ব্যাপারে হস্তক্ষেপের (intervention) জন্য একজন উপযুক্ত চিকিৎসকের পরামর্শের প্রয়োজন।
 - a. **Intervention might consist of impairment-oriented therapy, compensatory training, conversation therapy, functional/participation oriented therapy, environmental intervention and/or training in communication supports or augmentative and alternative communication (AAC).**

এই হস্তক্ষেপের মধ্যে থাকে বিকলতা সম্পর্কীয় থেরাপি, ক্ষতিপূরক ট্রেনিং, কথোপকথনের থেরাপি, কার্যকরী / অংশগ্রহণ সংক্রান্ত থেরাপি, পরিবেশীয় হস্তক্ষেপ এবং / বা যোগাযোগ সমর্থকের ট্রেনিং বৃদ্ধি ও বিকল্প যোগাযোগের ট্রেনিং।

b. Modes of delivery might include individual therapy, group therapy, telerehabilitation and/or computer assisted treatment.

বিতরণ প্রণালীর (delivery modes) মধ্যে ব্যক্তিগত থেরাপি, দলগত থেরাপি, টেলিপুনর্বাসন (telerehabilitation) ও কম্পিউটার সহায়ক চিকিৎসা থাকতে পারে।

c. Individuals with aphasia due to stable (e.g. stroke) as well as progressive forms of brain damage benefit from intervention.

বাকরোধ রোগীর মস্তিষ্কের ক্ষতি স্থির (যেমন স্ট্রোক) এবং প্রগতিশীল প্রকারের ক্ষতি – হস্তক্ষেপ দ্বারা উপকৃত হতে পারে।

d. Individuals with aphasia due to stroke and other static forms of brain damage can benefit from intervention in both acute and chronic recovery phases.

বাকরোধ রোগীর মস্তিষ্কের ক্ষতি (স্ট্রোক বা অন্য প্রকারের) স্বল্পকালীন ও দীর্ঘমেয়াদী হস্তক্ষেপের মাধ্যমে উপকৃত হতে পারে।

6. Communication partner training should be provided to improve communication of the person with aphasia. ^{1,2,3,5,8} (Level A,B)

বাকরোধ রোগীর যোগাযোগ প্রক্রিয়ার উন্নতির জন্য যোগাযোগ সহায়কের ট্রেনিং প্রয়োজন।

7. Families or caregivers of people with aphasia should be included in the rehabilitation process. ^{1,2,3,4,5,7,8,9} (Level A-C)

বাকরোধ রোগীর পুনর্বাসন প্রক্রিয়ায় রোগীর পরিবারের সদস্য বা শুশ্রূষাকারীদের অন্তর্ভুক্ত করা উচিত। ^{1,2,3,4,5,7,8,9} (Level A-C)

- **Families and caregivers should receive education and support regarding the causes and consequences of aphasia.** (Level A)
- বাকরোধ রোগের কারণ ও গুরুত্ব বোঝার ব্যাপারে পরিবার ও শুশ্রূষাকারীদের শিক্ষা ও সহায়তা প্রয়োজন। (Level A)
- **Families and caregivers should learn to communicate with the person with aphasia.** (Level B)
- বাকরোধ রোগীর সঙ্গে যোগাযোগ করার জন্য পরিবার ও শুশ্রূষাকারীদের শিক্ষালাভ করা প্রয়োজন। (Level B)

8. Services for people with aphasia should be culturally appropriate and personally relevant. ^{1,2,5,8} (Level: Good Practice Point)

বাকরোধ রোগীর জন্য সংস্কৃতির দিক থেকে যথোচিত ও ব্যক্তি-প্রাসঙ্গিকতা সম্পন্ন পরিষেবা প্রয়োজন। ^{1,2,5,8} (Level: Good Practice Point)

9. All health and social care providers working with people with aphasia across the continuum of care (i.e., acute care to end-of-life) should be educated about aphasia and trained to support communication in aphasia. ^{2,3} (Level C)

বাকরোধ রোগীর শুশ্রূষাকারীদের রোগীর শেষ দিন পর্যন্ত শুশ্রূষার জন্য বাকরোধ সম্বন্ধে জ্ঞানলাভ ও যোগাযোগের সহায়তার ট্রেনিং প্রয়োজন। ^{2,3} (Level C)

10. Information intended for use by people with aphasia should be available in aphasia-friendly / communicatively accessible formats. ^{1,3,5,7,8} (Level C)

বাকরোধ রোগীদের জন্য বাকরোধ অনুকূল বা যোগাযোগের সুলভ প্রক্রিয়ার তথ্য প্রয়োজন। ^{1,3,5,7,8} (Level C)

Levels of Recommendation / Evidence

- Level A: Body of research evidence can be trusted to guide practice
 Level B: Body of research evidence can be trusted to guide practice in most situations
 Level C: Body of research evidence provides some support for recommendation
 Level D: Body of research evidence is weak
 Good Practice Point: Recommendation is based on expert opinion or consensus

Sources for Aphasia United Best Practice Recommendations for Aphasia

1. National Health and Medical Research Council Clinical Centre for Research Excellence in Aphasia Rehabilitation (CCRE) (2014). Australian Aphasia Rehabilitation Pathway. <http://www.aphasiapathway.com.au/>
2. Intercollegiate Stroke Working Party. *National clinical guideline for stroke*, 4th edition. London: Royal College of Physicians, 2012.
3. Lindsay MP, Gubitz G, Bayley M, Hill MD, Davies-Schinkel C, Singh S, and Phillips S. Canadian Best Practice Recommendations for Stroke Care (Update 2012). On behalf of the Canadian Stroke Strategy Best Practices and Standards Writing Group. Ottawa, Ontario Canada: Canadian Stroke Network
4. Miller, E., Murray, L., Richards, L., Zorowitz, R., Bakas, T., Clark, P. Billinger, S. (2010). Comprehensive Overview of Nursing and Interdisciplinary Rehabilitation Care of the Stroke Patient: A Scientific Statement from the American Heart Association. *Stroke*. 2010;41:2402-2448. Downloaded from <http://stroke.ahajournals.org/>
5. National Stroke Foundation Australia (2010) Clinical guidelines for stroke prevention and management. Melbourne Australia. http://strokefoundation.com.au/site/media/clinical_guidelines_stroke_managment_2010_interactive.pdf
6. Royal College of Speech & Language Therapists (2005).RCSLT Clinical Guidelines
7. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (2010) Management of patients with stroke: Rehabilitation, prevention and management of complications, and discharge planning A national clinical guideline. Edinburgh, Scotland. <http://www.sign.ac.uk/pdf/sign118.pdf>
8. Stroke Foundation of New Zealand and New Zealand Guidelines Group. Clinical Guidelines for Stroke Management 2010. Wellington: Stroke Foundation of New Zealand; 2010. <http://www.stroke.org.nz/resources/NZClinicalGuidelinesStrokeManagement2010ActiveContents.pdf>
9. US Veteran's Administration / Department of Defense (2010). Management of Stroke: VA/DoD Clinical Practice Guideline. <http://www.healthquality.va.gov/guidelines/Rehab/stroke/online/>