

VASAS:

Visuell analog
selvaktelses-
skala

*Shelagh Brumfitt &
Paschal Sheeran*

Innhold:

VASAS: Visuell analog selvaktelsesskala - Brukerveiledning 3 - 27

VASAS Skåringsark 28

VASAS Demo-oppgave 29

VASAS Oppgaver 30 - 39

VASAS:

Visuell analog selvaktelses- skala

BRUKERVEILEDNING

*Shelagh Brumfitt &
Paschal Sheeran*

This translation of VASES (Visual Analogue Self-Esteem Scale), first published in 1999, is published by arrangement with Speechmark Publishing Ltd.

Denne oversettelsen av VASES (Visual Analogue Self-Esteem Scale), publisert første gang i 1999, er publisert i henhold til avtale med Speechmark Publishing Ltd

© Shelagh Brumfitt & Paschal Sheeran, 1999

Oversatt av Eli Qvenild, Bredtvet kompetansesenter 2005
© Bredtvet kompetansesenter, 2005 (nå Statped)

ISBN 82-92725-01-6

Innhold

Forord til den norske utgaven	v
Takk	vi
Innledning	1
Begrepet ”selvaktelse”	2
Selvaktelse, depresjon og angst	5
Selvaktelse og språk-vansker	6
Utvikling av VASAS	9
♦ Reliabilitet og validitet av <i>VASAS</i> (med 10 oppgaveledd)	9
Administrering av VASAS	12
♦ Fremgangsmåte	12
♦ Skåring	13
♦ Tolkning av skåren	14
♦ Bruk av <i>VASAS</i>	14
Referanser	15

SHELAGH BRUMFITT er senior lecturer ved Department of Human Communication Sciences ved University of Sheffield, hvor hun har vært i 20 år. Hun er studieleder for logopedutdanningen. Hennes forskningsinteresse har alltid vært knyttet til mennesker med kommunikasjonsvan-
sker og deres emosjonelle og personlige erfaringer . Hun underviser innen flere temaer, blant annet de psykososiale følgene av afasi, taleflytvansker og psykologiske aspekter ved kommunikasjonsvan-
sker.

PASCHAL SHEERAN er senior lecturer ved Department of Psychology ved University of Sheffield. Han er sosial-
psykolog med bred forskningsinteresse, blant annet ka-
rakteristika og påvirkningsfaktorer ved selvbildet, selv-
regulering av adferd, og sosialpsykologiske aspekter ved
forebygging av HIV. Han underviser i sosialpsykologi.

ELI QVENILD (Cand.paed.spec./logoped) er seniorrådi-
ver ved Bredtvet kompetansesenter (nå Statped). Hun har
mer enn 30 års erfaring fra arbeid innen afasifeltet og
undervisning av afasirammede. Hun har tidligere vært med
på oversettelse og tilrettelegging av IKM-permen (Illustrert
kommunika-sjonsmateriell) til norsk, for bruk i samtale
med afasiram-mede. Hun har utviklet dataprogrammet
BRA til bruk i afasiundervisningen.



Forord til den norske utgaven

Senere års forskning innenfor afasifeltet har i stadig større grad satt fokus på de *psykososiale* virkningene av afasi. Mye av denne forskningen har imidlertid vært basert på intervjuer med afasirammedes pårørende og ikke med de afasirammede selv, blant annet fordi det ikke har foreligget egnet kartleggingsmaterieill for denne gruppen. I 1999 ble *Visual Analogue Self-Esteem Scale (VASES)* utgitt på forlaget Winslow Press Ltd. (senere Speechmark Publishing Ltd.). *VASES* var det første britiske kartleggingsmateriellet hvor en person med afasi *selv* fikk mulighet til å vurdere virkningene av sine språkvanser i forhold til sitt syn på seg selv og på sine relasjoner til andre mennesker. Dette var mulig fordi materiellet består av enkle og klare tegninger som illustrerer en persons tanker og følelser, i tillegg til en vurderingsskala som er enkel å bruke selv for personer med omfattende språkvanser.

VASES foreligger nå i norsk utgave under navnet *Visuell analog selvaktelsesskala (VASAS)*. Materiellet er direkte oversatt, og vi har ikke funnet det nødvendig med noen norsk utprøving ettersom tegningene ikke er kulturspesifikke. Det har heller ikke vært nødvendig å ta spesielle lingvistiske hensyn ved oversettelsen. Brukerveiledningen er også en direkte oversettelse av den britiske, bortsett fra at vi har benyttet den norske tittelen.

Jeg takker mine kolleger på afasiteamet, Margit Corneliussen, Line Haaland-Johansen og Marianne Lind, for verdifull hjelp med oversettelsen, og bibliotekarene Vibeke Saltveit og Kristin Østerholt for deres utmerkede arbeid med layout og ferdigstillelse av den norske utgaven.

Bredtvet kompetansesenter, Oslo
Oktober 2005
Eli Qvenild

Takk

Vi vil takke for bidrag fra Diana Syder, logoped og kunstner, som har laget illustrasjonene til dette kartleggingsmateriellet. Dessuten vil vi takke de mange logopedene som har støttet dette prosjektet, spesielt Sara Ross fra Slagenheten, Royal Hallamshire Hospital, Sheffield. Til slutt vil vi rette en takk til lege Alan Anderson, Slagenheten, Royal Hallamshire Hospital, Sheffield for hans støtte i dette arbeidet.

Shelagh Brumfitt & Paschal Sheeran

Innledning

Denne brukerveiledningen er utarbeidet for praktikere og forskere innen logopedi og psykologi som har til hensikt å bruke *Visuell analog selvaktelsesskala* (heretter kalt *VASAS*). Brukerveiledningen har fire formål:

- ◆ Å gi en kort introduksjon til gjeldende syn på selvaktelse som egenskap og forholdet mellom selvaktelse, depresjon og angst.
- ◆ Å beskrive betydningen av selvaktelse i forskning eller arbeid med personer som har språkvansker.
- ◆ Å diskutere måling av selvaktelse og gi en oversikt over hvordan vi utviklet *VASAS*, og belegget vi har på materialets reliabilitet og validitet.
- ◆ Å gi en veiledning i hvordan *VASAS* bør brukes, det vil si hvordan man skal administrere, skåre og tolke svarene på *VASAS*.

Begrepet ”selvaktelse”

De to største problemene med begrepet ”selvaktelse” er for det første at personer kan mene forskjellige ting når de bruker dette begrepet, og for det andre at det er så mange andre begreper som ligner på selvaktelse, for eksempel selvoppfattelse. Det er derfor nyttig å starte med å prøve å definere ”selvoppfattelse” og deretter ”selvaktelse”.

Rosenberg (1979) definerte *selvoppfattelse* som ”summen av en persons tanker og følelser om seg selv”. Selvoppfattelsen refererer med andre ord til alle måter som mennesker kan beskrive seg selv på – det er oppfattelsen eller ideen som en person har om seg selv. Når man spør mennesker om å beskrive seg selv, vil de tre vanligste typene svar ha å gjøre med gruppemedlemskap (for eksempel ”Jeg er kvinne”, ”Jeg er logoped”), personens fysiske kjennetegn (for eksempel ”Jeg er høy/tiltrekkende”), og hvordan man typisk tenker og føler (for eksempel ”Jeg er trygg/selvstendig/optimistisk”).

Selvaktelsen er den delen av selvoppfattelsen som har å gjøre med hvordan personen *evaluerer* sitt gruppemedlemskap, fysiske egenskaper og typiske tanker og følelser. Selvaktelse kan derfor bli definert som måten mennesker bedømmer seg selv på i positive eller negative termer. Selvaktelse er kanskje den viktigste idé som har blitt utviklet innen psykologien, og de fleste psykologer er enige om at ønsket om å beskytte eller forbedre et gunstig syn på seg selv, er et av de kraftigste motivene som styrer vår oppførsel.

Selv om selvaktelsen for de fleste generelt er positiv og stabil over tid, er det mange faktorer som kan virke inn

på hvor positivt eller negativt vi ser på oss selv på et gitt tidspunkt. To av de viktigste innflytelsene på selvaktelsen, er *sosial tilbakemelding* og *sosiale sammenligninger*. *Sosial tilbakemelding* viser til den informasjonen vi får om oss selv fra mennesker rundt oss. Denne tilbakemeldingen kan være verbal (for eksempel å få ros for oppførselen vår) eller ikke-verbal (for eksempel det at andre mennesker ønsker å være sammen med oss). Når det gjelder negativ informasjon, er tilbakemeldingen som oftest ikke-verbal fordi sosiale høflighetsnormer tilsier at vi sjelden åpent forteller mennesker at vi ikke liker dem (Blumberg, 1972). Hvem tilbakemeldingen kommer fra, er viktig, fordi det er sannsynlig at informasjon vil påvirke selvaktelsen først og fremst når den kommer fra noen vi liker, eller noen vi tror og stoler på.

Den andre faktoren som bestemmer nivået av selvaktelse, er *sosial sammenligning* (Festinger, 1954). Sosial sammenligning viser til prosessen med å sammenligne aspekter ved sitt eget selv (for eksempel ens profesjonelle evner) med andre menneskers egenskaper. Morse og Gergen (1970) har gitt en klassisk demonstrasjon på den innflytelsen sosial sammenligning har på selvaktelsen i et eksperiment med et (falskt) jobbintervju. Deltakerne møtte enten en svært kompetent og attraktiv søker til jobben ("herr Ren") eller en tilsynelatende uskikket og lite attraktiv søker ("herr Skitten"). Som sosial sammenligningsteori ville forutsi, viste selvaktelsesskårene til deltakerne som møtte "herr Ren" en nedgang, mens selvaktelsen økte hos deltakerne som møtte "herr Skitten".

Sosial sammenligning med andre mennesker (interpersonlige sammenligninger) påvirker naturligvis ikke alltid selvaktelsen vår. Hvor nær vi står den personen som vi sammenligner oss med, og hvilken del av oss selv som vi sammenligner, er vesentlig når det gjelder å bestemme om

og hvor mye vår selvaktelse blir påvirket. For eksempel blir vanligvis ikke selvaktelsen påvirket av ferdighetene til mennesker som vi ikke kjenner godt. Likeledes må det bestemte trekket ved selvoppfattelsen som vi bruker i sammenligningene, være viktig for oss for at akkurat den sammenligningen skal påvirke selvaktelsen vår.

Selvaktelse er alminnelig antatt å være et ”karaktertrekk”, dvs. en egenskap som er relativt stabil over tid hos et individ. Men sosiale tilbakemeldinger og sosiale sammenligninger fører til at det oppstår midlertidige endringer i hvordan vi betrakter oss selv på en positiv eller negativ måte. Det er også slik at selvaktelsen kan bli dramatisk redusert som et resultat av betydningsfulle begivenheter i livet, som arbeidsledighet, skilsmisse eller det som er viktigst i denne sammenhengen, å bli rammet av afasi. Slike begivenheter i livet kan ha en direkte innvirkning på menneskers selvaktelse fordi muligheten for å vurdere seg selv positivt innenfor et viktig område blir borte (for eksempel gjør arbeidsledighet det umulig å tenke på seg selv som vellykket i en jobb). Disse livsbegivenhetene virker også inn på de sosiale tilbakemeldingene som mennesker mottar, og de sosiale sammenligningene som de gjør. Sheeran og Abraham (1994) fant for eksempel at arbeidsledige personer trodde at de ble betraktet mer negativt enn mennesker som var i arbeid. Disse negative oppfatningene var dessuten sterkt relatert til selvaktelsen. På samme måte var de sosiale sammenligningene som arbeidsledige mennesker gjorde mellom nåværende og tidligere status, sterkt relatert til deres selvaktelsesnivå (Sheeran et al., 1995).

Selvaktelse, depresjon og angst

Selvaktelse er sterkt relatert til, men ikke ensbetydende med, depresjon og angst. Ifølge Shaver og Brennan (1991) er korrelasjonen mellom selvaktelse og depresjon vanligvis omkring -0.60 (det er en høy, negativ korrelasjon). Det viktigste skillet som må påpekes her, er at depresjon og angst er medisinsk definert, mens selvaktelse ikke er det. For eksempel er depresjon en diagnostisk kategori i The American Psychiatric Association's *Diagnostic and Statistical Manual*. Ifølge denne definisjonen er depresjon et syndrom eller en samling symptomer, som inkluderer dårlig appetitt, søvnløshet, tap av interesse eller glede i vanlige aktiviteter og tilbakevendende tanker om døden. Dersom en person rapporterer at han/hun har opplevd minst fire av åtte spesifikke symptomer hver dag i minst to uker, leder det til diagnosen "depresjon".

Mennesker som er deprimerte, vil dermed nesten uvilkarlig ha lav selvaktelse, og det er særdeles usannsynlig at mennesker med høy selvaktelse er deprimerte. Det er en ganske stor diskusjon om endringer i selvaktelse forårsaker depresjon, eller om lav selvaktelse er et resultat av depresjon. Avveiningene i bevisføringen tenderer mot det syn at selvaktelse kommer forut for depresjon, men denne konklusjonen er kontroversiell, og det kan være tilfellet at de gjensidig påvirker hverandre. Selvaktelse vil uansett være viktig i seg selv fordi selvaktelse har dyptgående innvirkning på en persons sosiale funksjon, så vel som på hans/hennes velvære.

Selvaktelse og språk- vansker

Det er først i de siste årene at det har begynt å komme litteratur som omhandler de *psykososiale* virkningene av afasi; det vil si, de virkningene språkvanskene har på personens syn på seg selv og på hans/hennes forhold til andre mennesker. En grunn til denne forsømmelsen kan være at forskning på afasi, rent historisk, har vært begrenset av en medisinsk modell som forklarer følelsesmessige reaksjoner ved afasi utelukkende som del av symptom mønsteret ved hjerneskade. Goldstein (1939) forklarte for eksempel den følelsesmessige reaksjonen ved å bli afasirammet som en katastrofereaksjon, som skyldtes den reelle dysfunksjonen i hjernen. Code & Müller (1983) har imidlertid senere henledet oppmerksomheten på mangelen på tilgjengelig dokumentasjon når det gjelder psykososiale følger av afasi, og de har satt sådd tvil om den medisinske forklaringen er tilstrekkelig. For eksempel peker Währborg (1991) på en forskjell mellom emosjonelle reaksjoner som er relatert til hjerneskadens lokalisering og type (disse er klassifisert som primære), og reaksjoner som er assosiert med dramatiske endringer i menneskers liv (disse kan bli klassifisert som sekundære).

En sosial modell (Jordan & Kaiser, 1996) har gitt logoped en annen måte å se på erfaringene ved å ha afasi. Nyere forskning har vist at afasirammede virkelig opplever spesifikke vansker knyttet til kommunikasjonshandikappet sitt. Et eksempel på det er en kvalitativ studie av Parr (1994), som undersøkte hvordan 20 afasirammede og deres slektninger mestret mild afasi. Parr beskriver afasi i termer som en "biografisk forstyrrelse" (Burry 1991, i Parr, 1994).

19 av 34 deltakere (20 afasirammede og 14 slektninger) følte at deres tilfredshet med livet var blitt ødelagt. Begrunnelsene som ble gitt, omfattet fysiske faktorer som tretthet, materielle faktorer som tap av arbeid, sosiale faktorer som begrensninger i sosialt liv og personlige faktorer som tap av tillit og trygghet.

Le Dorze & Brassard (1994) analyserte kvalitative intervjuer med 18 afasirammede ved bruk av WHO-modellen for klassifisering av funksjon, funksjonshemming og helse. Deres funn viste at språksvikten var den viktigste årsaken til vanskene. Deltakernes språkproblemer ble sagt å ha en negativ effekt på alle situasjoner som omfatter kommunikasjon, på mellommenneskelige forhold og på måten personen ble oppfattet av andre på.

Fordi kommunikasjonsvansker rammer alle aspekter i en afasirammet persons liv, vil personens selvaktelse nesten alltid bli påvirket. Det er nå flere personlige beskrivelser av opplevelsen av å være afasirammet, som tyder på at dette er tilfellet:

”I mer enn tre måneder var jeg i en trist grå (*sic*) svart ørken, goldt, ingen lyd, ingen farger ... åndsforlatt, endeløst, alt var dødt.” (Joanette, Lafone & Lecours, 1993, s. 30).

”Det er så vanskelig å prøve å bli en person igjen.”
(Brumfitt, 1984)

Glozmann & Tsyganok (1982) undersøkte selvaktelse blant afasirammede gjennom å sammenligne hvordan deltakerne rapporterte å se på seg selv før de hadde et hjerneslag, med hvordan de så på seg selv nå. Det ble observert tydelige avvik mellom det synet de hadde på seg selv nå, sammenlignet med det de hadde hatt før de ble syke, noe som er in-

dikasjoner på lav selvaktelse (Sheeran, et al, 1995). Brumfitt (1985) undersøkte også synet på tidligere jeg ("meg selv før hjerneslaget"), nåværende jeg ("hvordan jeg ser på meg selv nå") og ideal-jeget ("meg selv slik jeg ville likt å være") blant sju afasirammede ved å bruke en rutesystemteknikk (*repertory grid*) (Kelly, 1955). Resultatene viste at alle deltakerne så på seg selv på en mer negativ måte nå, sammenlignet med tidligere. Tre afasirammede bygde også opp sitt tidligere jeg og sitt ideal-jeg på lignende måte, og avslørte dermed hvordan de som afasirammede lengter etter å vende tilbake til å se seg selv som de hadde gjort før hjerneslaget.

Det er en økende anerkjennelse av at menneskers syn på seg selv i høy grad påvirkes av deres erfaringer med afasi, og forskning har nylig begynt å fokusere på dette temaet (for eksempel Parr, Byng, Gilpin & Ireland, 1997). Mens forståelsen vår av afasi som språkvanske er meget godt beskrevet gjennom utviklingen av kognitive nevropsykologiske tester (Lesser, 1995) og funksjonelle kommunikasjonstester (Frattali, 1996), så har utforskning av den afasirammedes personlige vansker vært begrenset på grunn av mangel på tilgjengelig kartleggingsmateriell. Som Herrman (1997) peker på, er psykososial forskning "bare ved begynnelsen av sin metodiske og begrepsmessige orientering" (s. 717).

Det meste av den psykososiale forskningen på afasi er basert på intervjuer med afasirammedes pårørende, istedenfor med de afasirammede selv. Tradisjonelle målinger av selvaktelse, depresjon og angst som er anvendt på andre populasjoner, har av og til blitt brukt på afasirammede med et visst hell (for eksempel Brumfitt & Sheeran, 1997). Tradisjonelle blyant-og-papir-tester er imidlertid ikke særlig velegnet for afasirammede. Det er fordi afasirammede har så omfattende vansker med lesning og auditiv forståelse,

at svarene deres i standardmålinger kan være upålitelige – eller ikke-eksisterende dersom oppgaven viser seg å være for vanskelig. Det var derfor vi bestemte oss for å utvikle et system for å måle selvaktelse som ikke forutsatte raffinerte lingvistiske evner – *VASAS*.

Utvikling av *VASAS*

Vi har forsøkt å omgå de afasirammedes språkvansker ved å bruke bildemateriell for å representere tanker og følelser som er relevante i forhold til selvaktelse. De spesielle kravene for å utvikle en visuell analog skala for å måle selvaktelse var at: (a) det var vesentlig å bruke bilder så vel som ord i målingen, (b) disse bildene måtte være relevante for deltakerne og på en klar måte vise tanker og følelser, (c) vurderingsprosedyren var enkel nok å hanskes med for en person med språkvansker, og (d) målingen måtte være kort og enkel å administrere.

Oppgaveleddene (*items*) som er brukt for å representere tanker og følelser omkring ”jeget” er hentet fra: (a) de personlige egenskaper som har kommet frem i en studie av velrehabiliterte afasirammede og afasirammede med moderate språkvansker (Brumfitt, 1985), (b) intervjuer med afasirammede foretatt av logopeder, og (c) undersøkelser av standardmålinger av selvaktelse. Vi begynte med 24 oppgaveledd og brukte statistiske analyser for å velge ut 10 oppgaveledd i den endelige versjonen av skalaen.

Reliabilitet og validitet av *VASAS* (med 10 oppgaveledd)

Undersøkelser som har vært gjennomført for å fastsette reliabiliteten og validiteten av *VASAS* er beskrevet i detalj i

Brumfitt & Sheeran, 1997. Vi skal derfor bare kort beskrive de viktigste reliabilitets- og validitetsdataene her.

I denne sammenhengen refererer reliabilitet til i hvilken grad en skala er en nøyaktig måling av selvaktelse. Reliabiliteten av *VASAS* ble fastsatt på to måter:

- ① **Intern reliabilitet:** De individuelle oppgaveleddene som utgjør skalaen, skulle ha sterke forbindelser (høy korrelasjon) med hverandre. Vi brukte statistisk alfa for å måle intern reliabilitet og fant verdier som varierte fra 0.78 til 0.89 blant afasirammede og normalspråklige (når alfa er større enn 0.70, vil skalaen bli vurdert til å være reliabel).
- ② **Test-retest reliabilitet:** Personene skulle ha like skårer på *VASAS* dersom de ble testet ved to anledninger med mindre enn to måneders mellomrom (forutsatt at ingen større begivenhet i deres liv fant sted i mellomtiden). Vi fant en korrelasjon på 0.73 mellom skårene på *VASAS* over en periode på én måned (igjen; korrelasjonen skal være større enn 0.70).

Kort sagt er *VASAS* et høyst reliabelt mål på selvaktelse.

Validitet refererer til hvorvidt skalaen måler det den er ment å måle. Vi ønsket å være sikre på at *VASAS* målte selvaktelse og ikke depresjon, angst eller vekslende humør. Vi brukte først faktoranalyse for å fastslå om *VASAS* hører sammen med andre mål på selvaktelse, og ikke sammen med mål på depresjon, angst og vekslende humør.

Tabell 1: Validitet på VASAS: Faktoranalyse som viser at VASAS erladet på mål på selvaktelse og ikke med mål på depresjon, angst eller humør

	Faktor 1	Faktor 2	Faktor 3
VASAS	0.14	-0.05	0.98
RSE	-0.15	0.07	0.76
Semantisk differensial	-0.11	0.05	0.87
Depresjon (GHQ)	0.92	-0.13	0.05
Depresjon (HADS)	0.77	-0.01	-0.13
Angst (GHQ)	0.74	0.24	-0.01
Angst (HADS)	0.52	0.29	-0.26
VAMS	0.01	0.96	0.04

Merknad: VASAS = Visuell analog selvaktelsesskala, RSE = Rosenberg Self-Esteem Scale, GHQ = General Health Questionnaire, HADS = Hospital Anxiety and Depression Scale, VAMS = Visual Analogue Mood Scale.

Som det fremgår av tabell 1, er VASAS ladet på faktor 3 sammen med to andre mål på selvaktelse (RSE, Semantic differential), mens depresjon og angst er ladet på faktor 1, og et mål på vekslende humør (VAMS) er på faktor 2.

Tabell 2: Korrelasjoner mellom VASAS og mål på selvaktelse, depresjon og angst på tvers av tre undersøkelser

	r+	95% CI
Selvaktelse	0.69	[0.62, 0.75]
Depresjon	-0.48	[-0.57, -0.38]
Angst	-0,51	[-0.59, -0.41]

I en annen analyse undersøkte vi korrelasjonene mellom VASAS og andre mål på selvaktelse, depresjon og angst. Som det fremgår av tabell 2, var VASAS høyere korrelert med selvaktelse enn med depresjon og angst. Gransking av konfidensintervallene viser at det ikke er noe overlapping mellom verdiene for selvaktelse (0.62 til 0.75) og verdiene for depresjon og angst (henholdsvis -0.57 til -0.38 og

-0.59 til -0.41), noe som indikerer at *VASAS* er signifikant sterkere knyttet til selvaktelse enn til de andre målene.

Totalt sett er det svært godt dokumentert at *VASAS* er et nøyaktig måleredskap, og at den måler det den er ment å måle. *VASAS* har en meget god reliabilitet og validitet.

Administrering av *VASAS*

VASAS er ment å være rask og enkel å administrere. Den kan bli brukt på en afasirammert person i nesten enhver sammenheng så fremt brukeren og logopeden ikke blir forstyrret.

Fremgangsmåte

Først bør man fastslå om personen har tilstrekkelig evne til å lese og forstå *VASAS* på egen hånd. Hvis det er tilfelle, kan *VASAS* bli brukt som et selvverderingsinstrument uten noe støtte fra logopeden.

Dersom den afasirammede trenger hjelp, kan følgende fremgangsmåte brukes. Begynn med å forsøke å orientere bruker om oppgaven. Du kan si noe slikt som:

”Jeg vil bruke disse bildene for å hjelpe deg til å tenke på deg selv etter at du har blitt syk og opplevd vansker med å snakke. Hver side har et par bilder som beskriver hvordan du kanskje tenker eller føler deg. Her er et bilde som vi kan bruke som eksempel.”

Eksempelbildene på instruksjonsarket er utarbeidet for at brukeren skal bli kjent med oppgaven. Det er viktig å gi tilstrekkelig tid på denne første deloppgaven for å sikre at brukeren forstår hva du ber ham/henne om å gjøre.

Vi foreslår at du bruker følgende prosedyre:

- ① Se på de to bildene sammen med brukeren og forklar hva hvert bilde representerer. Vis brukeren betegnelse over bildene slik at han/hun kan lese dem dersom vedkommende har evne til å gjøre det.
- ② Vis brukeren skalaen under bildene. Forklar hva hvert symbol betyr.
- ③ Be brukeren om å se på de to bildene igjen og vurdere hvilket av dem som passer best.
- ④ Når brukeren har bestemt seg for hvilket bilde som passer best, ber du ham/henne om å se på måleskalaen. Forklar den igjen og be om svar.
- ⑤ Noter resultatet på skåringsarket.
- ⑥ Det vil vanligvis ikke være nødvendig å gå igjennom hvert bildesett med samme detaljerte instruksjon. De fleste afasirammede forstår poenget ganske raskt og konsentrerer seg om å svare.

Skåring

Skåringsarket viser hvordan hvert oppgaveledd skal skåres. Legg merke til at positive responser noen ganger refererer til bildet til venstre og noen ganger til bildet til høyre. Det er gjort for å unngå at den afasirammede skal bli forutinn-

tatt i forhold til hvordan han/hun responderer til *VASAS* (dvs. at brukerne ikke lærer å bruke bare den venstre eller bare den høyre siden av skalaen).

Når brukeren har fullført alle de 10 deloppgavene, kan svarene på hver oppgave bli lagt sammen for å lage en totalskåre. Den høyest mulige skåren som en person kan oppnå, er 50, mens den lavest mulig skåren er 10.

Tolkning av skåren

Det er viktig å være klar over at *VASAS* ikke er ment å gi en diagnostisk klassifisering (i motsetning til skårene på en depresjonsskala for eksempel). Derfor er det ingen *normer* for skårene på *VASAS*. Skårene på *VASAS* skal heller bli tolket med én ting i minnet, det er at *de fleste mennesker har et positivt syn på seg selv*. Derfor er skårene under midtpunktet en indikasjon på lav selvaktelse. Det kan også være til hjelp å se på de spesielle deloppgavene som er vurdert mest negativt. På tilsvarende måte bør imidlertid svært positive skårer vurderes med forsiktighet fordi det er mulig at slike skårer viser mangel på innsikt i afasiproblemene eller forsvar som en beskyttelse av selvaktelsen.

Bruk av *VASAS*

VASAS er ment å gi et samlet syn på hvordan en person betrakter seg selv, og den er best brukt som en mulighet til å begynne å utforske temaet selvaktelse i samtale med brukeren. Fordi *VASAS* er så kort og lett å administrere, kan den bli brukt til å spore endringer over tid hos brukeren. Derfor kan en bruker som akkurat har blitt innlagt på sykehus, bli vurdert på nytt en måned senere, for eksempel ved utskriving til hjemmet.

VASAS kan også bli administrert i tradisjonell logopedundervisning. Indikasjoner på at denne praksisen kan være nyttig, finnes hos Brumfitt og Sheeran (1997). De fant at aktiviteter utviklet for å forbedre kommunikativ kompetanse indirekte hadde svært positiv effekt på selvaktelse. For eksempel var det en svært høy korrelasjon mellom deltakernes skåre på selvaktelse og skåren deres på The Functional Communication Profile (Sarno, 1975) før undervisning. Ved undervisningens slutt var det imidlertid ingen sammenheng mellom selvaktelse og kommunikativ kompetanse. Disse funnene tyder på at et spesielt utbytte av undervisningen var at den reduserte brukerens avhengighet av kommunikativ evne som en kilde til selvaktelse.

Referanser

Blumberg, H.H. (1972). Communications and interpersonal evaluations. *Journal of Personality and Social Psychology* 23, s. 157-62.

Brumfitt, S.M. (1984). *A psychosocial case discussion*. Proceedings of the British Aphasiology Conference, University of Cambridge.

Brumfitt, S.M. (1985). *The use of repertory grids with aphasic people*. Bail, N. (red). Repertory grid technique and personal constructs. London, Croom Helm.

Brumfitt, S.M. & Sheeran P. (1997). An evaluation of short term group therapy for people with aphasia. *Disability and Rehabilitation* 19, s. 221-31.

- Bury, M.** (1991). The sociology of chronic illness: A review of research and prospects. *Sociology of Health and Illness* 13, s. 451-68.
- Code, C. & Müller, D. (red)** (1983). *Aphasia therapy: From theory to practice*. London: Edward Arnold.
- Festinger, L.** (1954). A theory of social comparison processes. *Human Relations* 7, s. 117-40.
- Frattali, C.M.** (1996). *Functional assessment of communication: Merging public policy with clinical views*. London, Whurr.
- Goldstein, K.** (1939). *The organism: A holistic approach to biology derived from pathological data in man*. New York, American Books.
- Glozman, Z.M. & Tsyganok, A.A.** (1982). Some aspects of personality change in aphasia, *Soviet Neurology and Psychiatry* 16, s. 15-26.
- Herrman, M.** (1997). Studying psychosocial problems in aphasia: some conceptual and methodological considerations. *Aphasiology* 11, s. 717-25.
- Joanette, Y., Lafond, D. & Lecours, A.R.** (1993). The person with aphasia. Lafond, D., Degiovani, R., Joanette, Y., Ponzio, J. & Taylor Sarno, M. (red). *Living with aphasia*. California, Singular Publishing Group.
- Jordan, L. & Kaiser, W.** (1996). *Aphasia: A social approach*. London: Chapman & Hall.
- Kelly, G.** (1955). *The psychology of personal constructs*. New York, Norton.

Le Dorze, G. & Brassard, C. (1994). A description of the consequences of aphasia on aphasic persons and their relatives and friends, based on the WHO model of chronic diseases. *Aphasiology* 8, s. 239-55.

Lesser, R. (1995). Making psycholinguistics assessments accessible. Code, C. & Müller, D. (red.) *Treatment of aphasia: From theory to practice*. London, Whurr.

Morse, J. & Gergen, K.J. (1970). Social comparison, self-consistency and the concept of self. *Journal of Personality and Social Psychology* 16, s. 874-84.

Parr, S. (1994). Coping with aphasia: conversations with twenty aphasic people. *Aphasiology* 8, s. 457-66.

Parr, S., Byng, S., Gilpin, S. & Ireland, C. (1997). *Talking about aphasia*. Buckingham, UK, Open University Press.

Rosenberg, M.J. (1979). *Conceiving the self*. New York, Basic Books.

Sarno, M.T. (1975). *The Functional Communication Profile*. Texas, Psychological Corporation.

Shaver, P.R. & Brennan, K.A. (1991). Measures of depression and loneliness. Robinson, J.P., Shaver, P.R. & Wrigthsman, L.S. (red). *Measures of personality and social psychological attitudes*. San Diego, CA, Academic Press.

Sheeran, P. & Abraham, C. (1994). Unemployment and self-conception: A symbolic interactionist analysis. *Journal of Community and Applied Social Psychology* 4, s. 115-29.

Sheeran, P., Abrams, D. & Orbell, S. (1995). Unemployment, self-esteem and depression: A social comparison theory approach. *Basic and Applied Social Psychology* 17, s. 65-82.

Währborg, P. (1991). *Assessment and management of emotional and psychosocial reactions to brain damage and aphasia*. Kibworth, Far Communications.

VASAS:

Visuell analog selvaktelsesskala

Shelagh Brumfitt & Paschal Sheeran

Logopedi har i lang tid tatt i betraktning at et individs selvaktelse er viktig for rehabiliteringsprosessen, men dette har sjelden blitt undersøkt på en formell eksplisitt måte. Det er fordi det kan være vanskelig å måle selvaktelse hos personer med kommunikasjonsvansker ettersom de høyst sannsynlig vil ha problemer med å utfylle en selvvrderingsskala på grunn av lese- og skrivevansker. Det britiske kartleggingsmateriellet Visual Analogue Self-Esteem Scale (VASES) ble utviklet som et svar på denne situasjonen og var den første vurderingsskala som er utarbeidet spesielt for afasirammede.

Skalaen foreligger nå i norsk utgave under navnet Visuell analog selvaktelsesskala (VASAS). Den kan også brukes i forhold til andre mennesker som har en ervervet kommunikasjonsvanske, for eksempel dysartri. Den består av ti oppgaveledd, og skalaens validitet har blitt fastslått gjennom en rekke tester som indikerer at målene er både nøyaktige og stabile. VASAS gir et reliabelt og valid mål på selvaktelse hos voksne med språk- og kommunikasjonsvansker.

ISBN 82-92725-01-06



Statped

VASAS

Skåringsark

blir ikke forstått - blir forstått

1 2 3 4 5

utrygg - trygg

1 2 3 4 5

munter - ikke munter

5 4 3 2 1

utadvendt - ikke utadvendt

5 4 3 2 1

forvirret - ikke forvirret

1 2 3 4 5

intelligent - ikke intelligent

5 4 3 2 1

sint - ikke sint

1 2 3 4 5

fanget - ikke fanget

1 2 3 4 5

ikke optimistisk - optimistisk

1 2 3 4 5

frustrert - ikke frustrert

1 2 3 4 5

VASAS

Demo-oppgave

deprimert



++

Stemmer helt for meg

+

Stemmer for meg

0

Midt i mellom

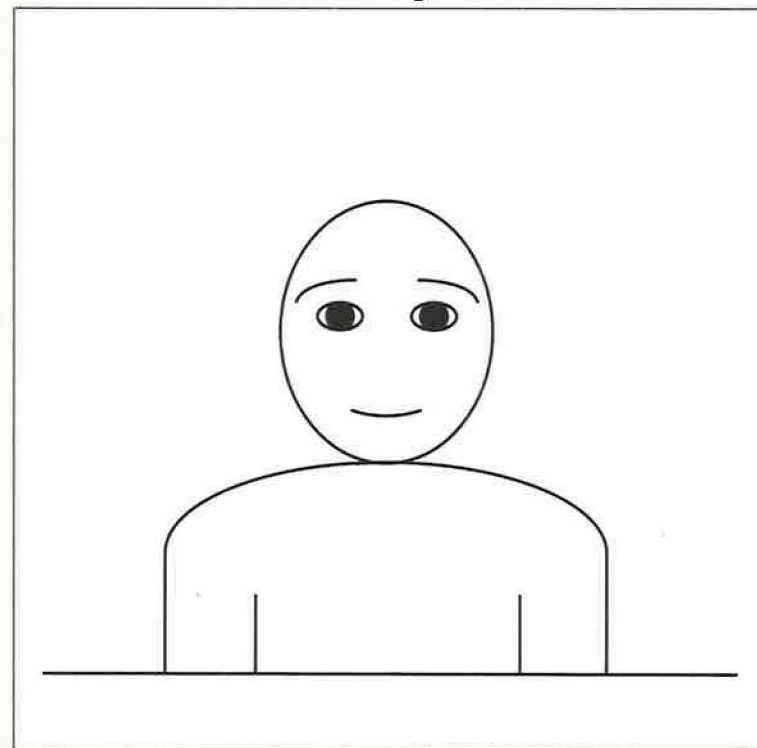
+

Stemmer for meg

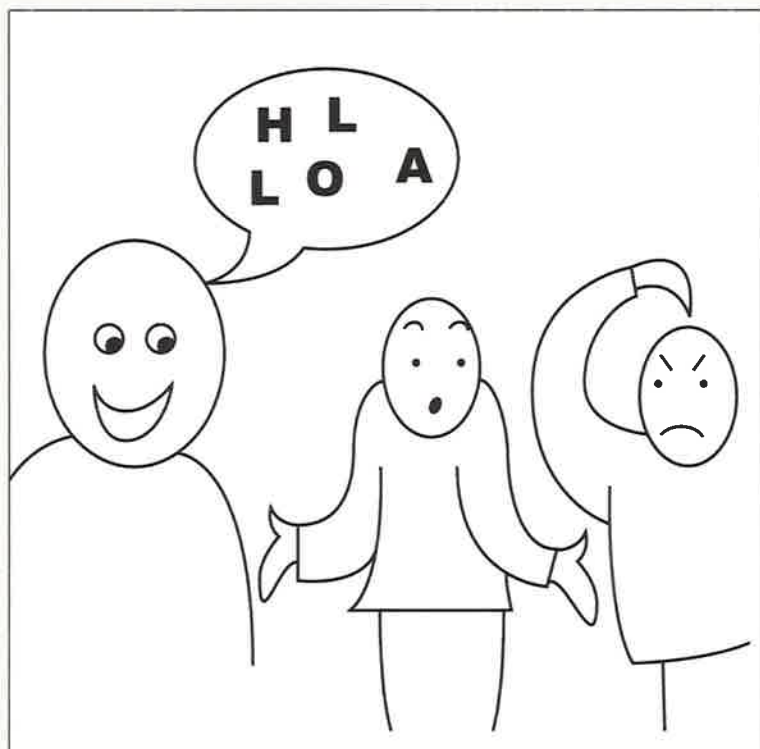
++

Stemmer helt for meg

ikke deprimert



blir ikke forstått

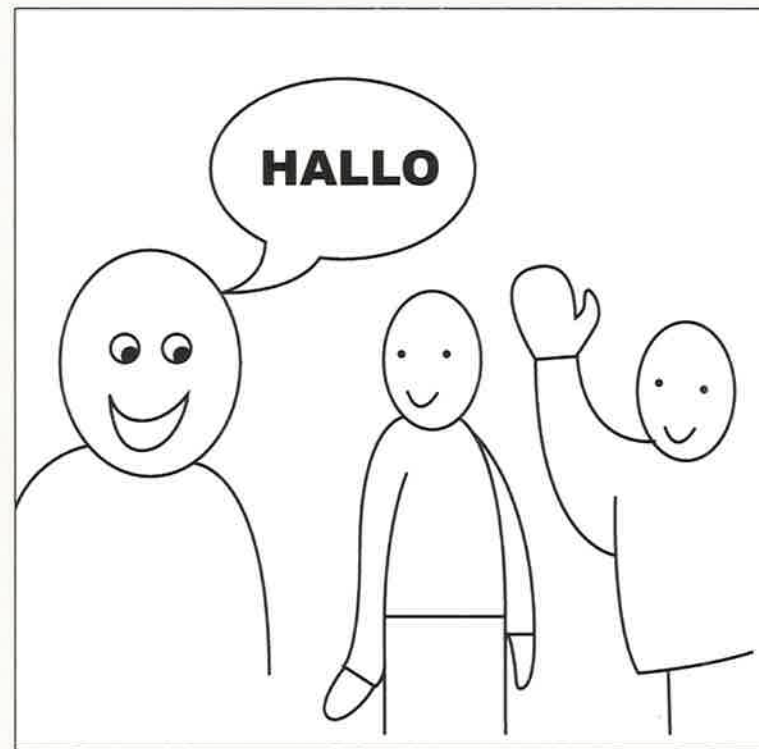


++

+

0

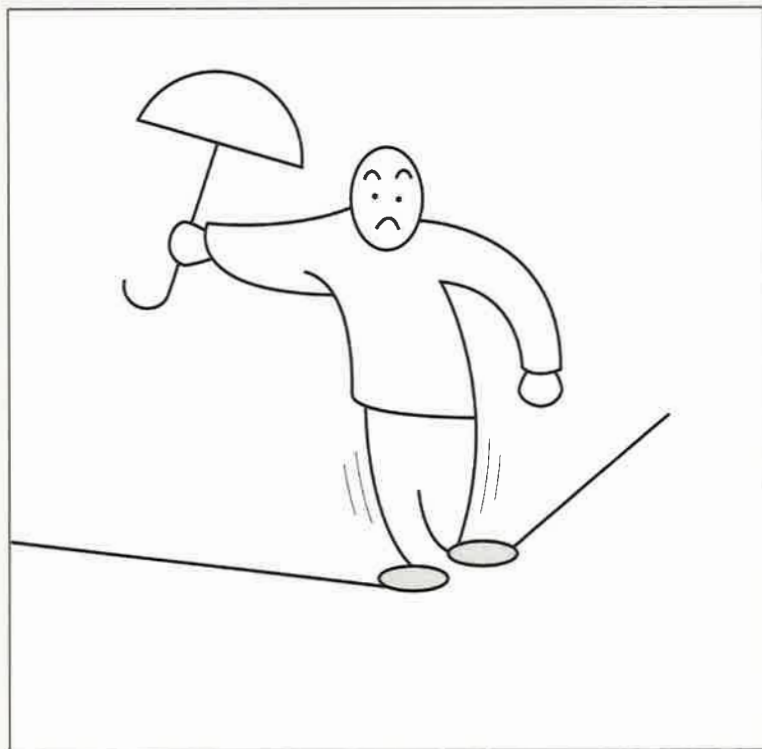
blir forstått



+

++

utrygg



trygg



++

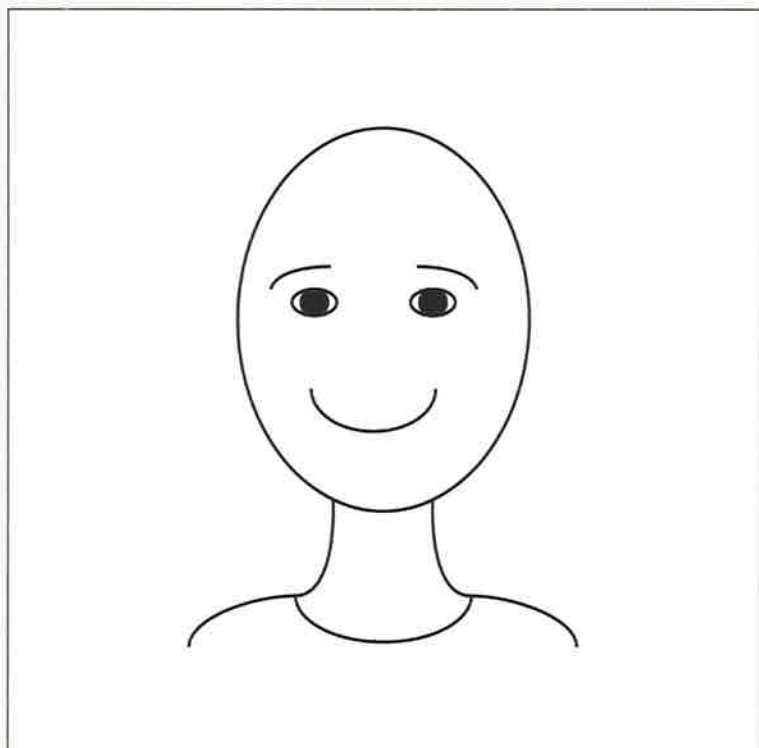
+

0

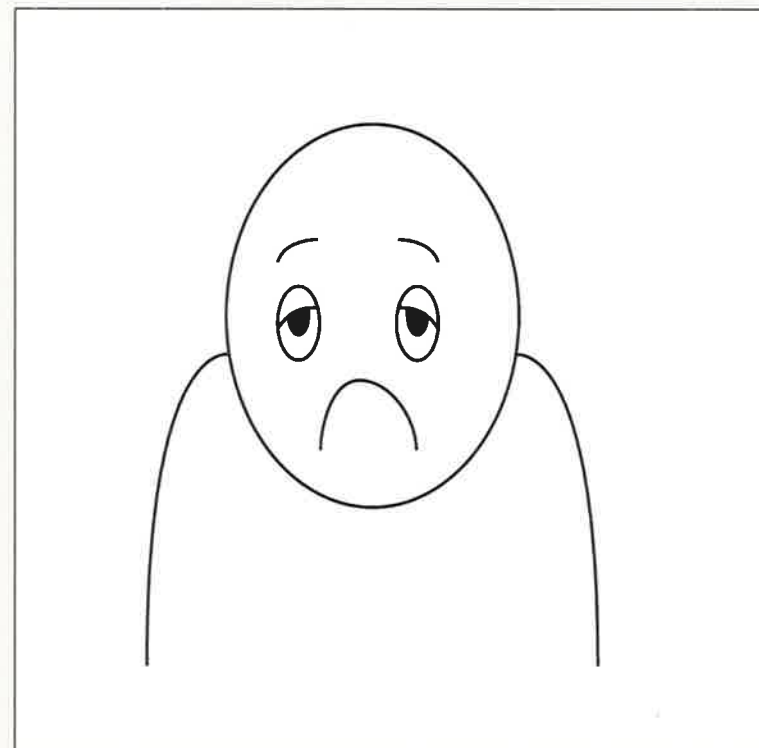
+

++

munter



ikke munter



++

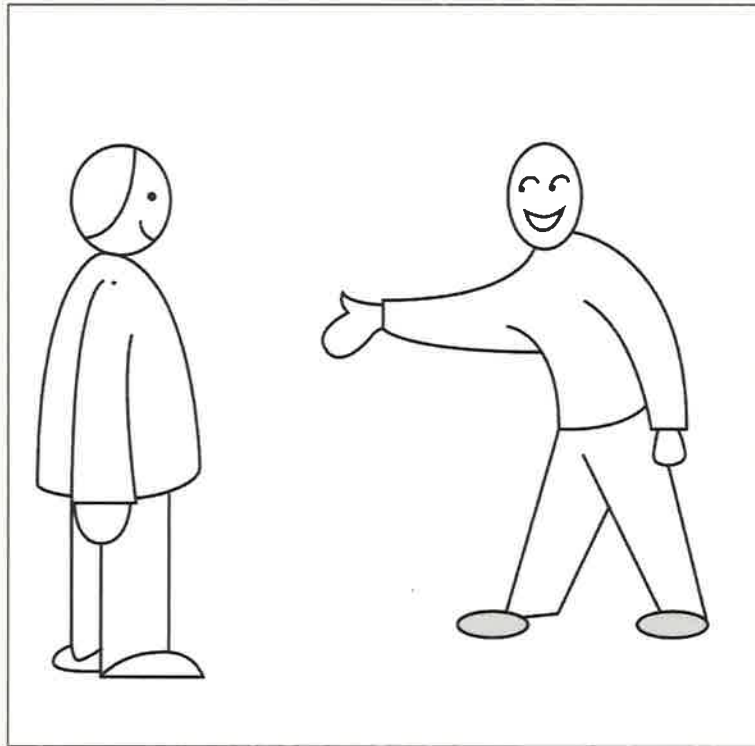
+

0

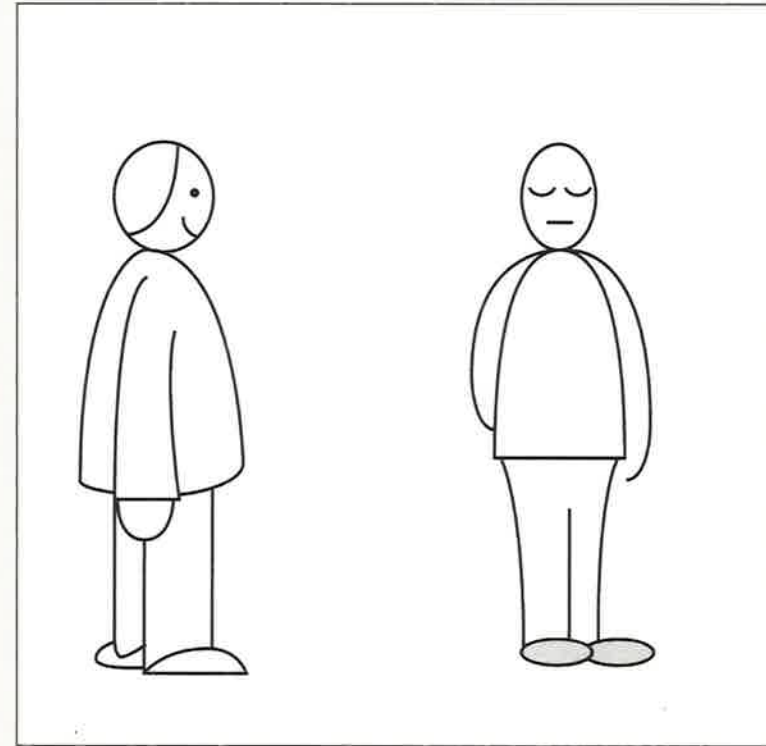
+

++

utadvent



ikke utadvent



++

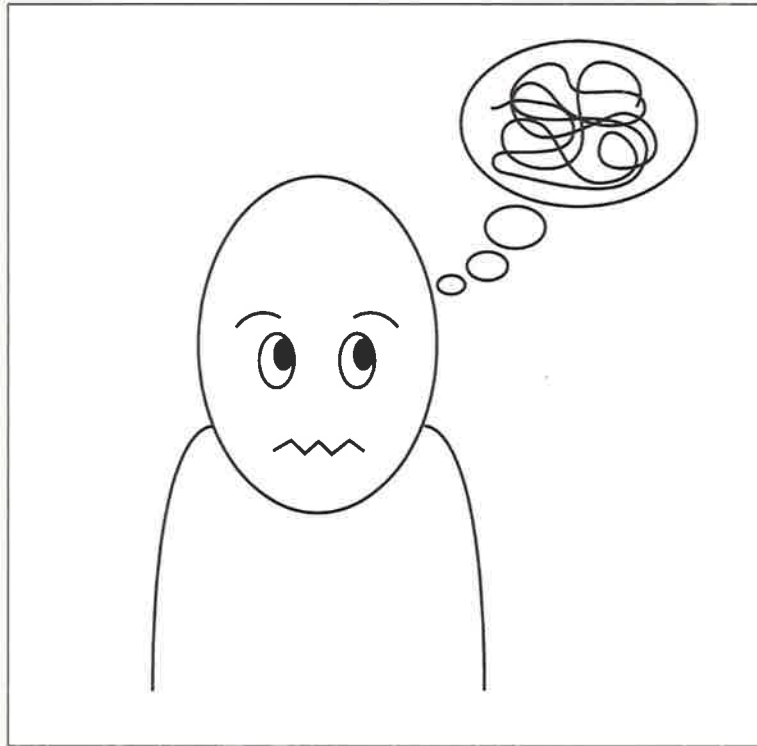
+

0

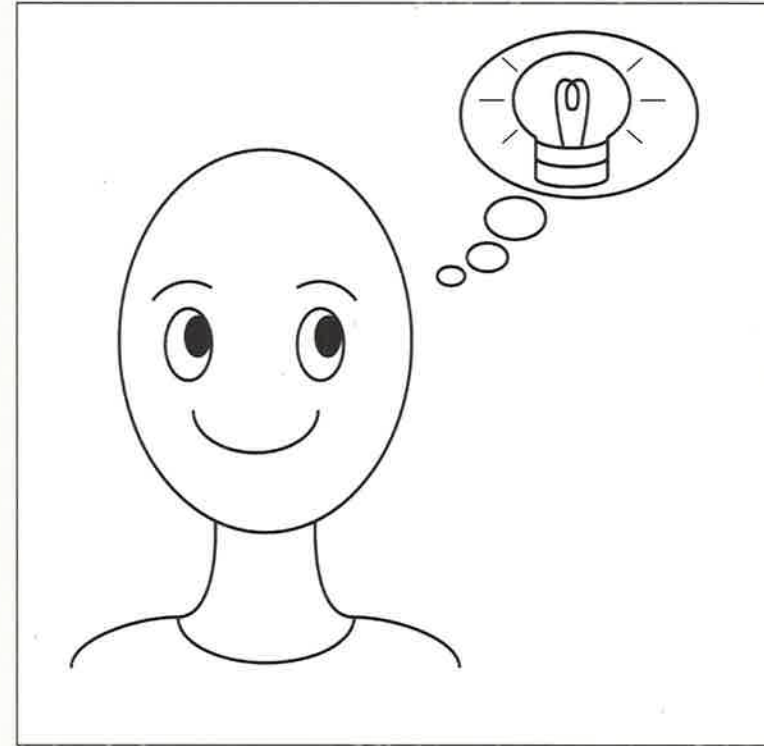
+

++

forvirret



ikke forvirret



++

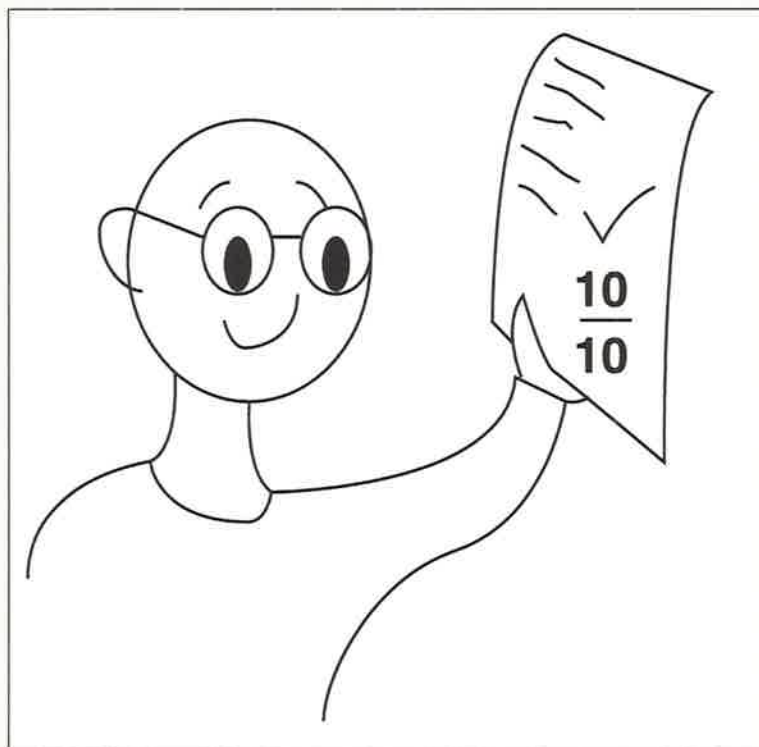
+

0

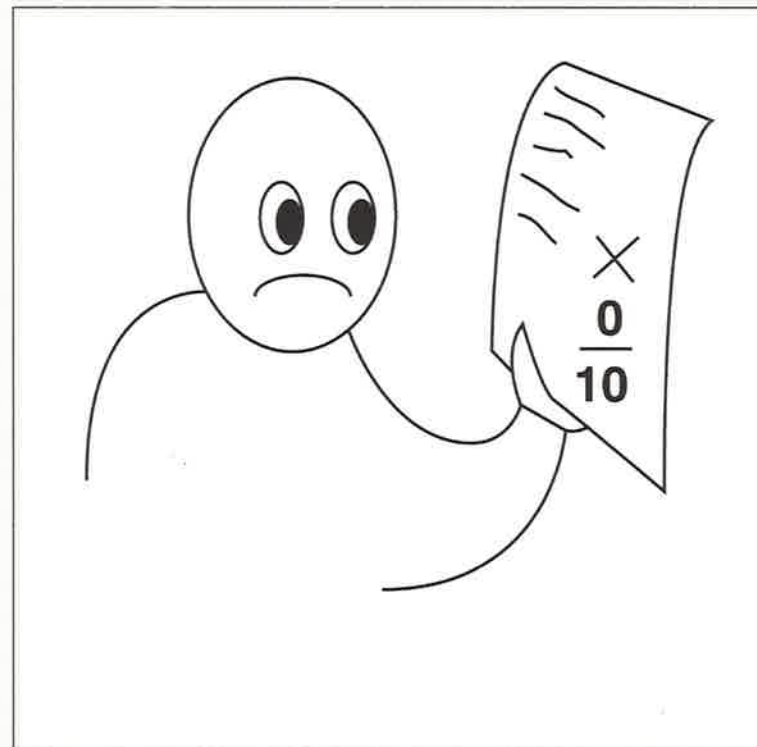
+

++

intelligent



ikke intelligent



++

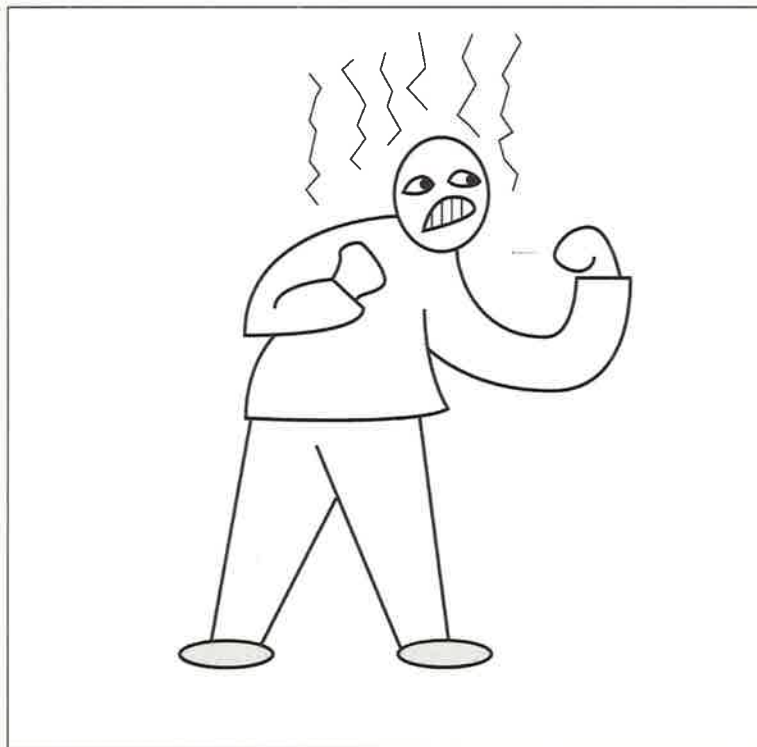
+

0

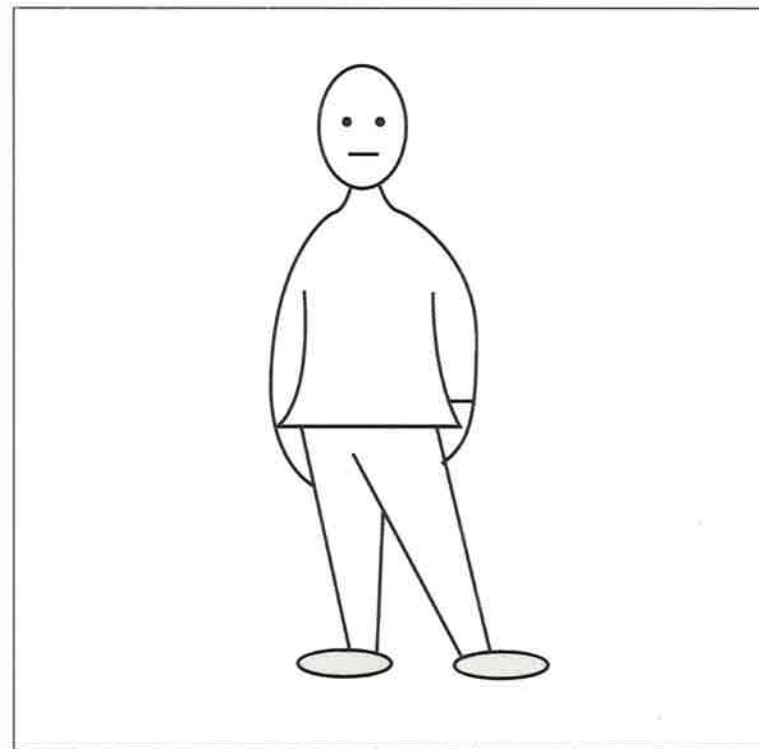
+

++

sint



ikke sint



++

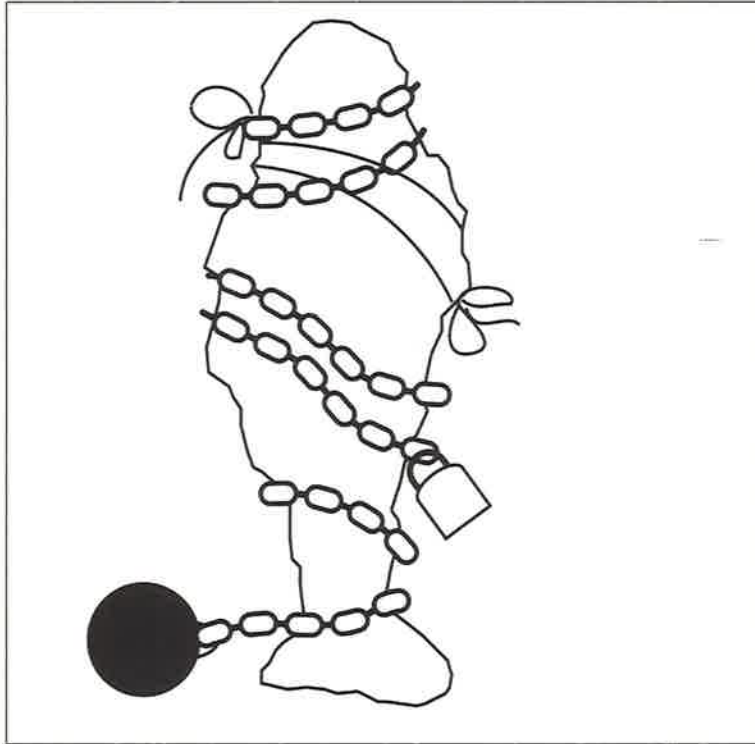
+

0

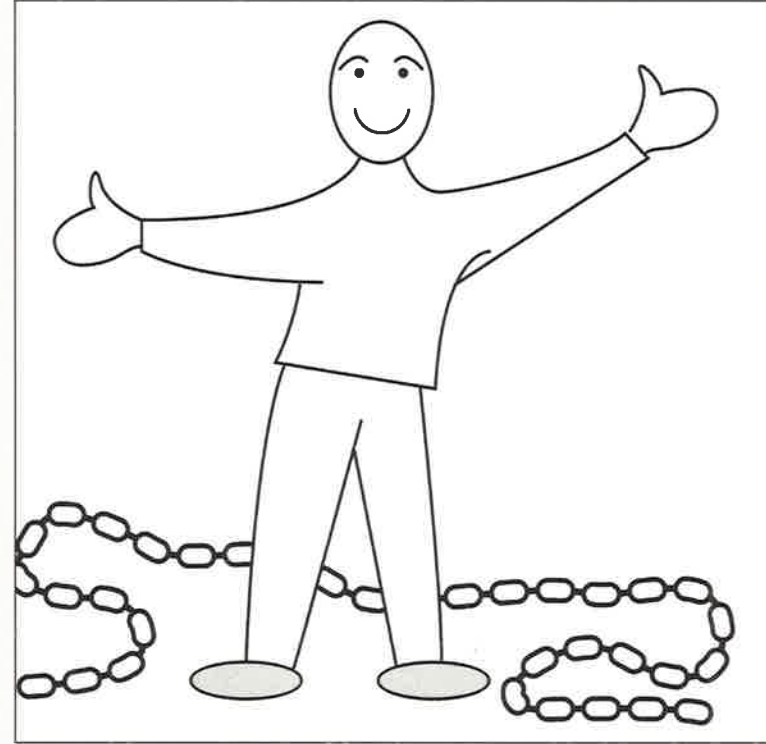
+

++

fanget



ikke fanget



++

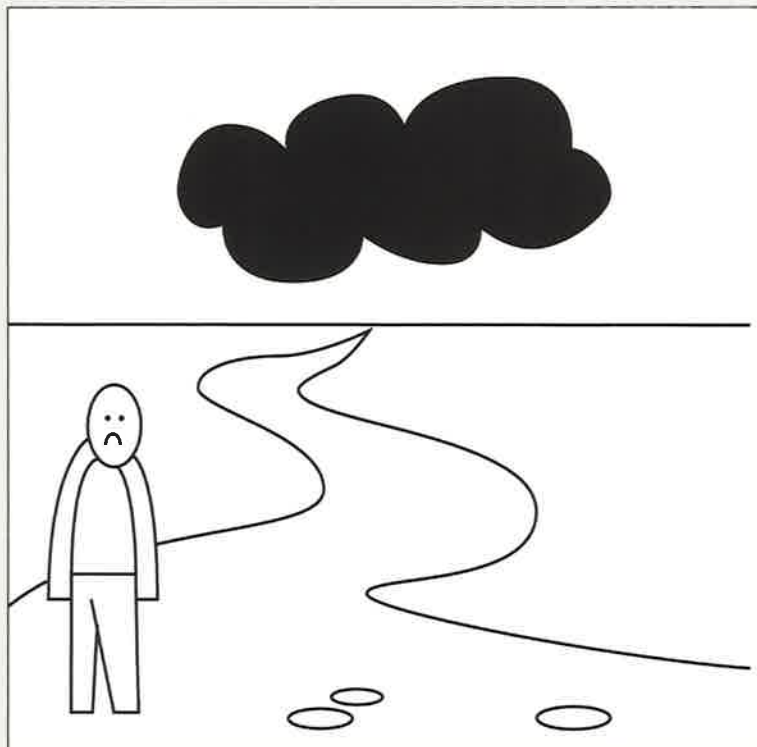
+

0

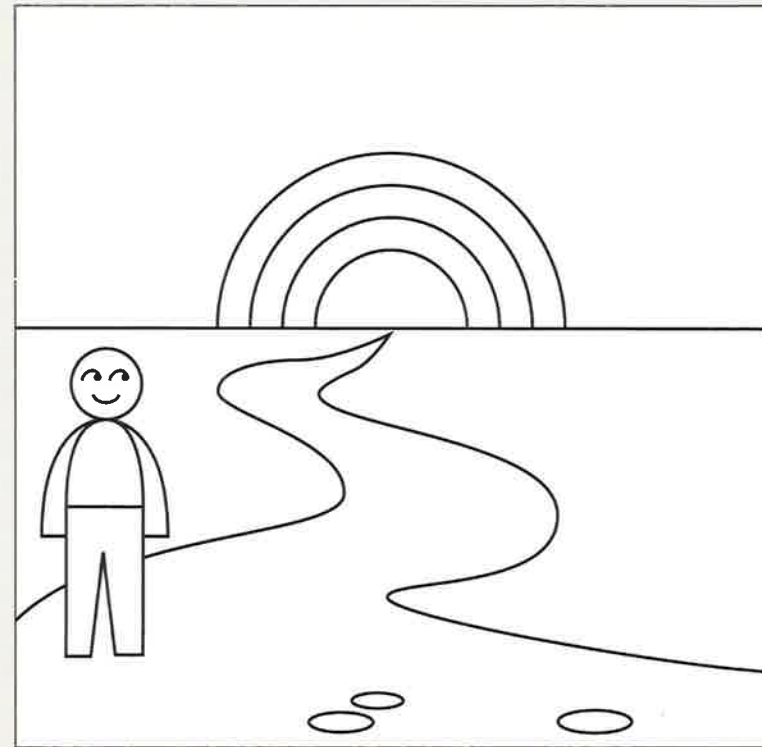
+

++

ikke optimistisk



optimistisk



++

+

0

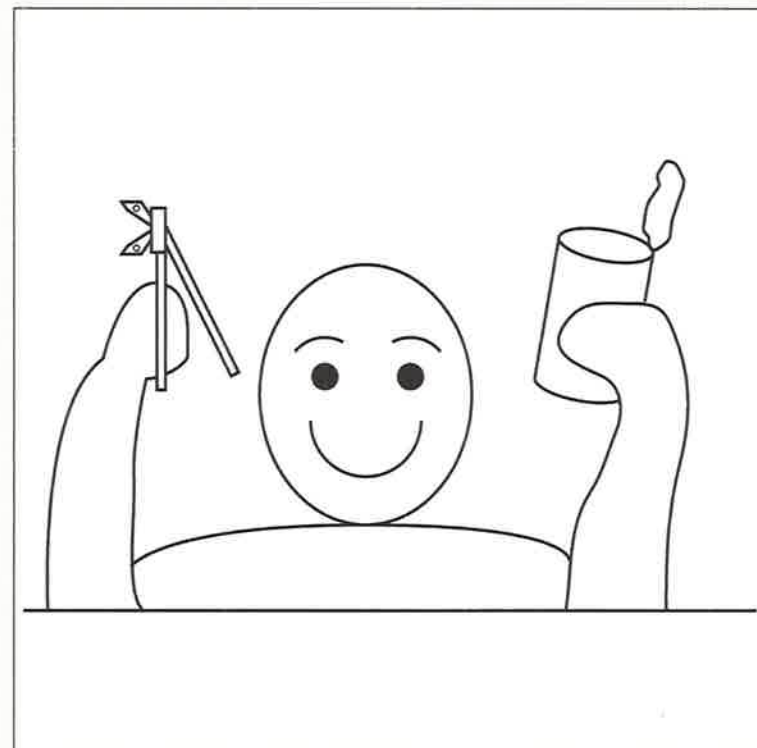
+

++

frustrert



ikke frustrert



++

+

0

+

++

VASAS:

Visuell analog selvaktelsesskala

Shelagh Brumfitt & Paschal Sheeran

Logopedi har i lang tid tatt i betraktning at et individs selvaktelse er viktig for rehabiliteringsprosessen, men dette har sjelden blitt undersøkt på en formell eksplisitt måte. Det er fordi det kan være vanskelig å måle selvaktelse hos personer med kommunikasjonsvansker ettersom de høyst sannsynlig vil ha problemer med å utfylle en selv vurderingsskala på grunn av lese- og skrivevansker. Det britiske kartleggingsmateriellet Visual Analogue Self-Esteem Scale (VASES) ble utviklet som et svar på denne situasjonen og var den første vurderingsskala som er utarbeidet spesielt for afasirammede.

Skalaen foreligger nå i norsk utgave under navnet Visuell analog selvaktelsesskala (VASAS). Den kan også brukes i forhold til andre mennesker som har en ervervet kommunikasjonsvanske, for eksempel dysartri. Den består av ti oppgaveledd, og skalaens validitet har blitt fastslått gjennom en rekke tester som indikerer at målene er både nøyaktige og stabile. VASAS gir et reliabelt og valid mål på selvaktelse hos voksne med språk- og kommunikasjonsvansker.

ISBN 82-92725-01-6