

2020



University Of Patras

School of Health Rehabilitation Sciences

Department Of Speech And Language Therapy

MEASURING QUALITY OF LIFE IN PEOPLE WITH APHASIA IN AN INPATIENT
REHABILITATION UNIT.

SUPERVISOR: Efstratiadou Evangelia-Antonia PhD.



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΑΤΡΩΝ**
UNIVERSITY OF PATRAS

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΑΤΡΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΜΕ ΤΙΤΛΟ:

**«Μέτρηση της ποιότητας ζωής ατόμων με αφασία σε κέντρο
αποκατάστασης κλειστής νοσηλείας»**

**«Measuring quality of life in people with aphasia in an inpatient
rehabilitation unit»**

ΜΑΡΓΑΡΙΤΗ ΕΛΕΝΗ

A. M.:1447

ΚΑΛΑΜΠΡΕΖΟΥ ΧΡΙΣΤΙΝΑ

A. M.:1469

ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ:

Ευστρατιάδου Ευαγγελία-Αντωνία PhD

ΙΟΥΝΙΟΣ 2020

Η παρούσα εργασία με τίτλο «Μέτρηση της ποιότητας ζωής ατόμων με αφασία σε κέντρο αποκατάστασης κλειστής νοσηλείας», πραγματοποιήθηκε στο πλαίσιο εκπόνησης της πτυχιακής εργασίας του τμήματος Λογοθεραπείας ,του Πανεπιστημίου Πατρών το έτος 2019-2020.

Η ερευνητική αυτή εργασία είναι το αποτέλεσμα μιας σειράς ευχάριστων αλληλεπιδράσεων με διάφορα άτομα, τα οποία συντέλεσαν στην ολοκλήρωση και την ομαλή εκπόνηση της εργασίας αυτής. Είναι σημαντικό επομένως να αφιερωθεί αυτή η σελίδα στα άτομα αυτά που πρόσφεραν απλόχερα την στήριξη την βοήθεια και φυσικά τις γνώσεις τους στο απαιτητικό αυτό έργο.

Σε αυτό το σημείο, νιώθουμε πραγματικά την ανάγκη να εκφράσουμε τις ειλικρινείς ευχαριστίες μας και τον σεβασμό μας πρώτα απ' όλους στην επιβλέπουσα καθηγήτρια της πτυχιακής εργασίας ,στην κυρία Ευστρατιάδου Ευαγγελία-Αντωνία ,η οποία με χαρά προσφέρθηκε να μας βοηθήσει στο έργο μας, ήταν συνεχώς δίπλα μας σε οτιδήποτε χρειαστήκαμε ,μας παρείχε χρήσιμες και ουσιώδεις συμβουλές που μας βοήθησαν πολύ στην ολοκλήρωση της εργασίας μας και τις οποίες σίγουρα θα έχουμε και σαν εφόδια στο μέλλον. Την ευχαριστούμε επίσης για την ευγένειά της ,την υπομονή της, τον χρόνο της και την αδιάκοπη καθοδήγησή της αλλά και την ενθάρρυνση που μας παρείχε όλο αυτό το χρονικό διάστημα.

Επίσης θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε όλα αυτά τα άτομα του κέντρου αποκατάστασης και αποθεραπείας που διευκόλυναν το έργο μας και με χαρά μας παρείχαν την πρόσβαση στο δείγμα πληθυσμού που έπρεπε να συλλέξουμε ,αλλά και τους ασθενείς που με σεβασμό στο έργο μας, βοήθησαν στην διεξαγωγή της έρευνας . Ένα μεγάλο ευχαριστώ και αμοιβαίος σεβασμός στα άτομα αυτά.

Ακόμα θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε όλους αυτούς που μας έμαθαν να προσπερνάμε τα εμπόδια και να τα μετατρέπουμε σε δύναμή, να κρατάμε ψηλά το κεφάλι, να αγωνιζόμαστε κάθε μέρα για τα όνειρά μας , να μην το βάζουμε κάτω και πάνω απ' όλα να έχουμε πίστη στον εαυτό μας .Ένα μεγάλο ευχαριστώ στην οικογένειά μας για όλα τα παραπάνω εφόδια , αλλά και σε ορισμένα πολύ αγαπητά πρόσωπα στην ζωή μας που μας στήριξαν πίστεψαν σε μας και αποτέλεσαν συνοδοιπόροι στο ταξίδι ολοκλήρωσης των σπουδών μας.

Περιεχόμενα

Περίληψη.....	5
Abstract.....	6
Κεφάλαιο 1: Εισαγωγή.....	7
Αγγειακά Εγκεφαλικά Επεισόδια(AEE).....	8
Αφασία.....	8
Τύποι Αφασίας.....	13
Αιτιολογία.....	12
Συμπτώματα.....	13
Διάγνωση της Αφασίας.....	14
Κεφάλαιο 2: Ποιότητα ζωής ασθενών γενικά.....	15
Ποιότητα ζωής ατόμων με αφασία.....	15
Βιβλιογραφική ανασκόπηση.....	17
Ποιότητα ζωής σε κέντρα αποκατάστασης.....	26
Κεφάλαιο 3: Μεθοδολογία.....	29
Σκοπός.....	29
Δείγμα.....	29
Διαδικασία.....	29
Εργαλεία.....	31
Montreal Cognitive Assessment(MOCA).....	32

Barthel Index(BI).....	33
Stroke Social Network Scale(SSNS).....	35
Frenchay Aphasia Screening Test(FAST).....	35
General Health Questionnaire(GHQ-12).....	36
Social Support Survey Instrument(MOS).....	37
SAQOL-39g.....	37
Κεφάλαιο 4 : Αποτελέσματα.....	39
Δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος.....	39
Περιγραφική στατιστική.....	43
Συσχετίσεις.....	50
Συσχέτιση του κάθε εργαλείου με τα υπόλοιπα.....	55
Κεφάλαιο5 : Συμπέρασμα.....	59
Περιορισμοί της έρευνας.....	61
Προτάσεις για μελλοντική έρευνα.....	62
Βιβλιογραφία.....	63

Περίληψη

Η παρούσα εργασία πραγματεύεται την ποιότητα ζωής ατόμων με αφασία. Χωρίζεται σε δύο κύρια μέρη: στο πρώτο που είναι το θεωρητικό μέρος, πραγματοποιείται αναφορά στα Αγγειακά Εγκεφαλικά Επεισόδια (ΑΕΕ) γενικά, στη συνέχεια γίνεται επισκόπηση στην αφασία, όπου αναφέρονται οι τύποι της, τα συμπτώματα της και άλλα στοιχεία γύρω από τη νόσο αυτή. Παρακάτω αναλύεται η έννοια της ποιότητας ζωής ασθενών γενικά, με παράθεση επιπρόσθετων στοιχείων για την ποιότητα ζωής ατόμων με αφασία. Ακολουθεί βιβλιογραφική ανασκόπηση, με αναφορά σε ορισμένες μελέτες σχετικά με την ποιότητα ζωής ατόμων με αφασία και τέλος παρουσιάζονται πληροφορίες σχετιζόμενες με την ποιότητα ζωής σε κέντρα αποκατάστασης.

Στο τελευταίο κομμάτι του θεωρητικού μέρους περιγράφεται αναλυτικά η μεθοδολογία, δηλαδή ο σκοπός της έρευνας, το δείγμα που επιλέχθηκε, η διαδικασία που ακολουθήσαμε, καθώς και τα αξιολογητικά εργαλεία που χρησιμοποιήσαμε για την έγκυρη και αξιόπιστη διεξαγωγή των αποτελεσμάτων.

Στο δεύτερο μέρος της εργασίας, παρουσιάζεται η κυρίως έρευνα που διεξήχθη. Ο σκοπός της έρευνας, είναι η διεξαγωγή συμπερασμάτων σχετικά με την ποιότητα ζωής ατόμων κλειστής νοσηλείας που έχουν διαγνωσθεί με αφασία, δηλαδή, εάν το εγκεφαλικό επεισόδιο που έχουν υποστεί επιφέρει αλλαγές στην ποιότητα ζωής τους. Πρόκειται για μια ποσοτική μελέτη όπου οι 10 συμμετέχοντες αξιολογήθηκαν με τη χρήση 7 ερωτηματολογίων (FAST, SAQOL39g, BI, MOCA, SSNS, GHQ-12, MOS). Τα αποτελέσματα καθενός από τα 7 τεστ κατέδειξαν ένα χαμηλό επίπεδο ποιότητας ζωής για τα άτομα που πάσχουν από αφασία, το οποίο είναι απόρροια του αποκλεισμού τους από δραστηριότητες στις οποίες είχαν συνηθίσει να συμμετέχουν αλλά και λόγω της μειωμένης δυνατότητας κοινωνικοποίησης. Επίσης, ανεξάρτητα από την αιτιολογία, η πλειοψηφία των συμμετεχόντων έδωσε απαντήσεις που περιγράφουν μειωμένη κοινωνική ζωή, γεγονός που ενδέχεται να δημιουργεί θλίψη, ανασφάλεια και σοβαρό κίνδυνο κατάθλιψης.

Abstract

This dissertation evaluates the quality of life of people with aphasia. It is divided into two main sections: in the first, which is the theoretical part, reference is made to the Cerebrovascular accidents in general, followed by an overview of aphasia, where its types, symptoms and other data about this disease are reported. The following is an overview about the quality of life of patients in general, with additional data about the quality of life in people with aphasia. Following is a literature review, with reference to some studies on the quality of life in people with aphasia and finally information, related to the quality of life in rehabilitation centers.

The last section of the theoretical part describes in detail the methodology, the purpose of the research, the sample selected, the process we followed, as well as the evaluation tools we used to validate the results.

In the second survey part of the work, the main research is presented. The purpose of the research is to draw conclusions about the quality of life of people in hospital units who have been diagnosed with aphasia, that is, if the stroke they have suffered causes changes in their quality of life. This is a quantitative study where the 10 individuals were evaluated using 7 questionnaires (FAST, SAQOL39g, BI, MOCA, SSNS, GHQ-12, MOS). The results of each of the 7 tests showed a low quality of life for people with aphasia, which is the result of their exclusion from activities in which they were accustomed to participate but also due to the reduced ability to socialize. Also, regardless of the reason, the majority of individuals gave answers describing reduced social life, which may cause sadness, insecurity and some serious risk of depression.

Κεφάλαιο 1: Εισαγωγή

1.1 Αγγειακά Εγκεφαλικά Επεισόδια (ΑΕΕ)

Τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια (ΑΕΕ) καταγράφονται διεθνώς ως η τρίτη μεγαλύτερη απειλή για την υγεία μας, μετά τις καρδιακές παθήσεις και τον καρκίνο. Οι νεότερες εξελίξεις στην ιατρική επιτρέπουν πλέον την αντιμετώπισή τους με καλύτερα αποτελέσματα, όμως παράγοντας-κλειδί παραμένει η ταχύτητα στη διάγνωση και στη θεραπευτική αγωγή.

Ο όρος αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο (ΑΕΕ) δηλώνει εστιακή βλάβη του εγκεφάλου, οποιασδήποτε αγγειακής αιτιολογίας, αιφνίδιας εγκατάστασης και διάρκειας μεγαλύτερης των 24 ωρών. Ο όρος ΑΕΕ δεν είναι ειδικός, καθώς περιλαμβάνει ετερόκλητες παθοφυσιολογικές αιτίες, όπως εμβολή-θρόμβωση ή αιμορραγία. Τα ΑΕΕ επομένως διακρίνονται σε ισχαιμικά (δηλαδή απόφραξη αγγείων), σε ποσοστό περίπου 85% περίπου, και σε αιμορραγικά.(δηλαδή ολική ρίξη αγγείου)

Το οξύ ΑΕΕ χαρακτηρίζεται από αιφνίδια απώλεια της κυκλοφορίας αίματος σε μια περιοχή του εγκεφάλου, με συνέπεια τη σύστοιχη απώλεια της νευρολογικής λειτουργίας. Μια οξεία αγγειακή απόφραξη δημιουργεί ανομοιογενείς περιοχές ισχαιμίας, με αποτέλεσμα τα κύτταρα στις περιοχές χωρίς αιμάτωση να νεκρωθούν εντός λεπτών, ενώ στις περιοχές με οριακή αιμάτωση τα κύτταρα είναι βιώσιμα για αρκετές ώρες. Το οξύ ισχαιμικό ΑΕΕ οφείλεται σε θρόμβωση ή εμβολή, ενώ το αιμορραγικό σε ενδοπαρεγχυματική ή υπαραχνοειδή αιμορραγία.

Τα εμβολικά ΑΕΕ αποτελούν το 20% των ισχαιμικών ΑΕΕ και είναι καρδιακής ή αρτηριακής προέλευσης. Τα θρομβωτικά ΑΕΕ αποτελούν το 60% των ισχαιμικών ΑΕΕ, αφορούν κυρίως σε μεγάλα (70%) και λιγότερο σε μικρά αγγεία (30%) και οφείλονται σε αθηρωμάτωση καρωτίδων-σπονδυλικών και ενδοκράνιων αρτηριών, καθώς και σε νόσο των μικρών αγγείων και σε υπερπηκτικά σύνδρομα.

Το υπόλοιπο 20% αποτελούν τα κενотоπιώδη ισχαιμικά ΑΕΕ (Lacunar strokes) και οφείλονται σε αποκλεισμό διατριαινοσών αρτηριών του εξαγώνου του Willis, της βασικής και σπονδυλικής αρτηρίας και κλάδων της μέσης εγκεφαλικής αρτηρίας. Το κύριο αίτιο είναι η υπερτασική κρίση και έχουν την καλύτερη πρόγνωση και έκβαση.

Τα αιμορραγικά ΑΕΕ οφείλονται κυρίως σε υπερτασική αγγειακή νόσο, σε εγκεφαλικά ανευρύσματα και σε αρτηριοφλεβώδεις δυσπλασίες, σε αιμορραγική διάθεση και σε δευτερογενείς αιμορραγίες από όγκο ή έμφρακτο.

Τα ΑΕΕ βρίσκονται στην πρώτη θέση μεταξύ των νευρολογικών νοσημάτων. Διεθνώς αποτελούν την πιο συχνή αιτία μόνιμης αναπηρίας και ταυτόχρονα την τρίτη αιτία θανάτου μετά τις καρδιακές παθήσεις και τον καρκίνο. Στη χώρα μας πρόσφατες επιδημιολογικές

μελέτες έδειξαν ότι η ετήσια επίπτωσή τους κυμαίνεται περίπου στους 310/100.000, στις ηλικίες 45-85 ετών. Οι άνδρες προσβάλλονται πιο συχνά (362/100.000) από τις γυναίκες (271/100.000). Ένα μήνα μετά το ΑΕΕ, το 26% των ασθενών έχει ήδη πεθάνει. Ένα χρόνο μετά το ΑΕΕ, η θνησιμότητα έχει φθάσει στο 37% και από τους επιζώντες το ένα τρίτο περίπου παρουσιάζουν κάποια αναπηρία και χρειάζονται συνεχή βοήθεια, υποστήριξη και επίβλεψη.

1.2 Αφασία

Η αφασία είναι μια διαταραχή της επικοινωνίας που προκύπτει από βλάβη ή τραυματισμό των γλωσσικών τμημάτων του εγκεφάλου. Από νευρολογική άποψη, η αφασία αποτελεί μια επίκτητη διαταραχή του λόγου που είναι αποτέλεσμα εστιακής εγκεφαλικής βλάβης χωρίς την παρουσία άλλων γνωστικών, κινητικών ή αισθητηριακών διαταραχών. Μπορεί να εμφανίζεται σε όλα τα επίπεδα της γλώσσας (μορφή-περιεχόμενο-χρήση)/(φωνολογία-σημασιολογία-πραγματολογία-μορφολογία-σύνταξη), σε όλες τις τροπικότητες (ακοή, ομιλία, ανάγνωση, γραφή) καθώς επίσης να επηρεάσει πολύ σημαντικά την κατανόηση και την παραγωγή της ομιλίας. Είναι συνηθέστερη στους ηλικιωμένους και ενήλικες, ιδιαίτερα εκείνους που έχουν υποστεί εγκεφαλικό επεισόδιο. Η αφασία παρεμποδίζει την ικανότητα ενός ατόμου να χρησιμοποιεί ή να κατανοεί το λόγο και την ομιλία αν και δεν επηρεάζει τη νοημοσύνη του ατόμου. Οι άνθρωποι που έχουν αφασία μπορεί να έχουν δυσκολία να μιλήσουν και να βρουν τις κατάλληλες λέξεις για να ολοκληρώσουν τις σκέψεις τους (ανομία). Μπορεί επίσης να έχουν προβλήματα στην κατανόηση της συνομιλίας, στην ανάγνωση και κατανόηση γραπτών λέξεων, στη σύνταξη λέξεων και στη χρήση αριθμών (Clark, 2013). Η Διεθνής Ταξινόμηση της Λειτουργικότητας, της Αναπηρίας και της Υγείας του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHO, 2001) εστιάζει την προσοχή στις συνέπειες που έχουν αυτές οι διαταραχές στην επικοινωνιακή και κοινωνική λειτουργικότητα του ατόμου και στην ποιότητα ζωής (Martin, Thompson & Worrall, 2008).

Η αφασία προκαλείται συνήθως από εγκεφαλικό επεισόδιο ή εγκεφαλικό τραυματισμό με βλάβη σε ένα ή περισσότερα μέρη του εγκεφάλου που ασχολούνται με τη γλώσσα. Σύμφωνα με την Εθνική Ένωση Πασχόντων από Αφασία περίπου το 25% έως 40% των ανθρώπων που επιβιώνουν από ένα εγκεφαλικό επεισόδιο παθαίνουν αφασία (Worrall et al, 2013).

Η αφασία μπορεί επίσης να προκληθεί από όγκο στον εγκέφαλο, από εγκεφαλική λοίμωξη ή από άνοια όπως η νόσος του Alzheimer. Σε ορισμένες περιπτώσεις, η αφασία είναι σύμπτωμα επιληψίας ή άλλης νευρολογικής διαταραχής (Goodglass, 2013).

1.3 Τύποι Αφασίας

Οι τύποι της αφασίας θα κατηγοριοποιηθούν σύμφωνα με την νεοκλασική κατηγοριοποίηση που στηρίζεται στο μοντέλο ανατομικής κατηγοριοποίησης. Σύμφωνα με το μοντέλο αυτό, βλάβη σε μια συγκεκριμένη περιοχή του εγκεφάλου επιφέρει ένα σχετικά καλά καθορισμένο σύνδρομο.

Συγκεκριμένα οι αφασίες διαχωρίζονται στις παρακάτω κατηγορίες με βάση αν τα χαρακτηριστικά των αφασικών συνδρόμων παράγουν ρέοντα λόγο ή δεν παράγουν. Συγκεκριμένα οι αφασίες που διαπιστώνεται εκφραστικός λόγος (**ρέουσες αφασίες**) είναι οι εξής:

- Αφασία Wernicke

Συσχετίζεται συνήθως με βλάβες στην οπίσθια αριστερή περισουλβιανή περιοχή και συγκεκριμένα στο οπίσθιο μέρος της άνω κροταφικής περιοχής και ενίοτε σε γειτονικές περιοχές του βρεγματικού και κροταφικού φλοιού. Η λεκτική παραγωγή έχει καλή ροή, αν και χαρακτηρίζεται από φωνημικές και σημασιολογικές παραφασίες, νεολογισμούς και κενό λόγο. Η επανάληψη, η κατονομασία, η προφορική ανάγνωση και η γραφή είναι διαταραγμένες. Τέλος, η ιδεοκινητική απραξία και η ημιανοψία (Basso, 2003) ή η άνω δεξιά τεταρτοκυκλική ανομία (Adam, Victor, Ropper, 1997) συνυπάρχουν συχνά με την αφασία Wernicke

- Διαφλουική Αισθητηριακή Αφασία

Συσχετίζεται με βλάβες στην οπίσθια περισουλβιανή και τη βρεγματοϊνιακή περιοχή (Adams et al., 1997). Η ομιλία είναι ρέουσα αλλά πολλές φορές χωρίς νόημα ή ακατάληπτη με πολλές παραφασίες και νεολογισμούς. Η κατανόηση του προφορικού και γραπτού λόγου, η κατονομασία, η ανάγνωση και η γραφή είναι σοβαρά διαταραγμένες ενώ διατηρημένη είναι η επανάληψη λέξεων ή προτάσεων. Τέλος, μπορεί να παρατηρηθεί ηχολαλία.

- Αφασία Αγωγής

Η βλάβη που σχετίζεται με αυτό το αφασικό σύνδρομο τυπικά εντοπίζεται στην αριστερή κροταφοβρεγματική περιοχή. Ωστόσο, έχει προταθεί ότι η αφασία αγωγής είναι

αποτελέσμα πολύ πιο εκτενούς βλάβης που περιλαμβάνει δομές, όπως η νήσος, ο πρωτεύων ακουστικός φλοιός και η υπερχειλία έλικα. Η επανάληψη είναι διαταραγμένη αν και η ομιλία διατηρεί μια σχετικά καλή ροή, μολονότι χαρακτηρίζεται από φωνημικές παραφασίες και δυσκολίες στην ανάκτηση λέξεων. Η κατανόηση παραμένει σχετικά άθικτη, με κάποιους ασθενείς να παρουσιάζουν προβλήματα στην κατανόηση σύνθετων συντακτικών δόμων (Basso, 2003). Επίσης, ελλείμματα στην κατονομασία και τη γραφή είναι συνήθη. Η προφορική ανάγνωση είναι διαταραγμένη και περιέχει σημασιολογικές και φωνημικές παραλεξίες. Τέλος, μπορεί να συνυπάρχει με ιδεοκινητική απραξία και κινητικά ή/και αισθητηριακά ελλείμματα.

- Ανομική Αφασία

Μπορεί να συσχετιστεί με βλάβες που επηρεάζουν οπίσθιες περιοχές του λόγου, συμπεριλαμβανομένης της γωνιώδους έλικας ή της μέσης κροταφικής έλικας. Η λεκτική παραγωγή έχει καλή ροή, αν και χαρακτηρίζεται από δυσκολίες στην ανάκληση λέξεων, συχνές παύσεις και περιφράσεις ενώ οι φωνημικές και σημασιολογικές παραφασίες είναι σπάνιες. Τέλος, η επανάληψη, η κατονομασία και η προφορική ανάγνωση παραμένουν άθικτες.

Οι αφασίες στις οποίες ο εκφραστικός λόγος παρουσιάζει διαταραχή (**μη ρέουσες αφασίες**) παρατίθενται παρακάτω:

- Αφασία Broca

Συσχετίζεται τυπικά με βλάβη στο οπίσθιο μέρος της κάτω μετωπιαίας έλικας, της νήσου και της μετωπιαίας καλύπτρας. Η ομιλία είναι κοπιώδης, μη ρέουσα και αποτελείται από μικρές φράσεις ή μεμονωμένες λέξεις. Η κατανόηση παραμένει άθικτη. Η επανάληψη λέξεων ή φράσεων, η προφορική ανάγνωση, η κατονομασία και η γραφή επηρεάζονται. Επιπλέον, παρατηρούνται φωνημικές παραφασίες. Τέλος, τα άτομα με αφασία Broca συνήθως εμφανίζουν απραξία της ομιλίας (Basso, 2003), ιδεοκινητική απραξία (Benson, 1993) και δεξιά ημιπληγία.

- Διαφλουική Κινητική Αφασία

Οι βλάβες που προκαλούν αυτό τον τύπο αφασίας βρίσκονται σε διάφορες θέσεις: α) στη μετωπιαία περιοχή πρόσθια ή άνω της περιοχής Broca (Benson, 1993), β) στη

συμπληρωματική κινητική περιοχή ή στην έλικα του προσαγωγίου (Cummings & Mega, 2003). Σε κάποιες περιπτώσεις, η βλάβη είναι υποφλοιώδης και επηρεάζει τη λευκή ουσία κάτω από τους μετωπιαίους λοβούς (Damasio & Geschwing, 1984). Η ομιλία είναι μη ρέουσα με καλή κατανόηση και σχετικά καλή κατονομασία. Η προφορική ανάγνωση και η γραφή είναι διαταραγμένες και κάποιες φορές παρατηρούνται φωνημικές παραφασίες. Η ικανότητα επανάληψης είναι διατηρημένη και μερικές φορές παίρνει τη μορφή παθητικής μίμησης όλων όσων ακούν οι ασθενείς (ηχολαλία). Τέλος, ανάλογα με τη θέση και την έκταση της βλάβης, ήπια δυσαρθρία και αισθητηριακές και κινητικές διαταραχές μπορεί να συνυπάρχουν.

- Διαφλουική Μικτή Αφασία

Η βλάβη τυπικά εντοπίζεται στην περιοχή οριακής αιμάτωσης. Η ομιλία δεν είναι ρέουσα ενώ η κατανόηση, η κατονομασία, η γραφή και η ανάγνωση είναι σοβαρά διαταραγμένες. Τέλος, διατηρημένη είναι η ικανότητα επανάληψης λέξεων και προτάσεων, συχνά με τη μορφή της ηχολαλίας (Alexander, 2000).

- Ολική Αφασία

Είναι αποτέλεσμα βλάβης που καλύπτει ένα μεγάλο μέρος της περισυλβιανής περιοχής και συχνά προκαλείται από ολική απόφραξη της αριστερής μέσης εγκεφαλικής αρτηρίας. Η ομιλία είναι μη ρέουσα και συχνά περιορίζεται σε στερεοτυπικές εκφράσεις. Η κατανόηση, η κατονομασία, η επανάληψη, η ανάγνωση και η γραφή είναι σοβαρά διαταραγμένες (Alexander, 2000). Οι αυτοματοποιημένες ακολουθίες μερικές φορές διατηρούνται. Τέλος, συνυπάρχει με σοβαρά κινητικά και αισθητηριακά ελλείμματα στο δεξί ήμισυ του σώματος και ενίοτε διαταραχές στα οπτικά πεδία (οφθαλμοκινητική απραξία) και στοματική, ιδεοκινητική και ιδεατή απραξία (Cummings & Mega, 2003).

Πίνακας 1. Συνήθη Χαρακτηριστικά των Αφασικών Συνδρόμων

Τύπος Αφασίας	Ροή	Κατανόηση	Επανάληψη	Κατονομασία
Ολική	Κακή	-	-	-
Broca	Κακή	+	-	-
Διαφλοοική κινητική	Κακή	+	+	-
Διαφλοοική μικτή	Κακή	-	+	-
Wernicke	Καλή	-	-	-
Διαφλοοική αισθητηριακή	Καλή	-	+	-
Αγωγής	Καλή	+	-	-
Ανομία	Καλή	+	+	-
Σημείωση: - = πλέον διαταραγμένο χαρακτηριστικό, + = πλέον διατηρημένο χαρακτηριστικό				

1.4 Αιτιολογία

Κύρια αιτία των αφασιών είναι οι αγγειακές βλάβες, οι οποίες είναι συνηθέστερες στους ενήλικους πληθυσμούς. Αυτός ο όρος όμως περιλαμβάνει μια πληθώρα παθολογικών καταστάσεων όπως είναι η θρόμβωση, η εμβολή ή κάποια ανωμαλία στα τοιχώματα του εγκεφάλου με αποτέλεσμα να αποτρέπεται και να ελαττώνεται σημαντικά η κανονική ροή του αίματος προς τον εγκέφαλο ή να επέλθει απότομη πτώση της αρτηριακής πίεσης. Αυτό μπορεί να οδηγήσει σε εγκεφαλικό επεισόδιο δηλαδή είτε σε έμφραξη μιας αρτηρίας είτε σε ρήξη και να προκληθεί εγκεφαλική αιμορραγία. Άλλες αιτίες που μπορούν να προκαλέσουν αφασία είναι επίσης τραύμα, όγκος ή λοίμωξη στον εγκέφαλο. Ο εγκέφαλος μας τρέφεται με γλυκόζη και οξυγόνο, αν κάποιες από τις παραπάνω αιτίες επηρεάσει την κυκλοφορία του αίματος προς τον εγκέφαλο, προκαλείται ισχαιμική βλάβη δημιουργώντας αμέσως νέκρωση της περιοχής του εγκεφάλου και συγκεκριμένα του αριστερού ημισφαιρίου που είναι υπεύθυνο για την περιοχή της γλώσσας. Στην κλινική Mayo, ο Frederic Darley επεσήμανε τα θεμελιώδη διαγνωστικά χαρακτηριστικά της αφασίας σε έναν ορισμό: Επηρεασμός (διαταραχή), ως αποτέλεσμα εγκεφαλικής βλάβης, της ικανότητας ερμηνείας και σχηματισμού γλωσσικών συμβόλων. Απώλεια της πολυτροπικότητας ή μείωση της ικανότητας αποκωδικοποίησης και κωδικοποίησης τυπικών γλωσσικών στοιχείων (μορφημάτων ή μεγαλύτερων συντακτικών μονάδων). Δυσανάλογη σε σχέση με

τη φθορά άλλων νοητικών λειτουργιών. Μη αποδιδόμενη σε άνοια, σύγχυση, απώλεια αισθήσεων ή κινητική δυσλειτουργία. Εκδηλούμενη με μειωμένη διαθεσιμότητα λεξιλογίου, μειωμένη ικανότητα εφαρμογής συντακτικών κανόνων, μειωμένο εύρος ακουστικής προσοχής και μειωμένη απόδοση στην επιλογή διόδων εισαγωγής και εξαγωγής.

1.5 Συμπτώματα

Η γλωσσική ευαισθησία ενισχύει την ακρίβεια της εύρεσης συμπτωμάτων παράλειψης και προσθήκης στην γλωσσική έκφραση.

Τα κύρια συμπτώματα της αφασίας αφορούν στην :

- **Εύρεση λέξεων** που είναι το πιο κοινό πρόβλημα στην αφασία , το οποίο εκδηλώνεται μέσω της γραφής και μέσω της ομιλίας. Ο όρος αυτός βιβλιογραφικά αναφέρεται ως **ανομία** και είναι ένας ευρύς όρος για την εύρεση λέξης. Τα άτομα με αφασία μπορεί επίσης να πραγματοποιούν σφάλματα αντικατάστασης λέξεων, τα οποία είναι συμπτώματα προσθήκης και καλούνται **παραφασίες**. Οι παραφασίες παράγονται ακούσια και διαφέρουν ανάλογα με την γλωσσική σχέση μεταξύ της σκοπούμενης λέξης και του σφάλματος. Οι παραφασίες μπορεί να είναι φωνημικές: (τίγρη-τίγρη/tiger-kiger), σημασιολογικές: (τίγρη-λιοντάρι/tiger-lion), μικτές: (τηλέφωνο-τηλέγραφος/telephone-telegraph), ασύνδετες: (τίγρη-σημαία /tiger-flag), νεολογιστικές: (τίγρη-φλόμα/tiger-floosis).(Cuetow, Izura et al.2002).

- **Παραγωγή προτάσεων**. Τα άτομα με αφασία διαφέρουν ανάλογα με τα δύο είδη αυθόρμητης λεκτικής παραγωγής, την μη ρέουσα αφασία και την ρέουσα αφασία. Στην **μη ρέουσα αφασία**, οι ασθενείς παράγουν λιγότερες λέξεις απ' ότι συνήθως. Οι δυσχερείς μη ρέουσες αφασίες συχνά περιλαμβάνουν δυσκολία με τη γραμματική. Η συμπεριφορά είναι συνήθως ένα σύμπτωμα παράλειψης που ονομάζεται **αγραμματισμός**. Το άλλο γενικό είδος καλείται **ρέουσα αφασία**, στην οποία οι ασθενείς μιλούν με συνεχείς πλήρεις προτάσεις. Το πρόβλημα εντοπίζεται περισσότερο στην επιλογή των λέξεων. Οι ασθενείς είτε δυσκολεύονται να βρουν τη λέξη που θέλουν να χρησιμοποιήσουν ή κάνουν πολλά λάθη στην εύρεση της λέξης.

- **Επαναλαμβανόμενη ή στερεοτυπική έκφραση**. Κάποια άτομα με σοβαρή αφασία αδυνατούν να πουν οτιδήποτε πέρα από κάποιες ακούσια επαναλαμβανόμενες και φαινομενικά υποπροτασιακές εκφράσεις. Αυτές οι στερεοτυπικές εκφράσεις εμφανίζονται με την εκδήλωση της αφασίας και παραμένουν για μήνες.

Οι δυσκολίες προκύπτουν ιδιαίτερα όταν το άτομο είναι κουρασμένο ή σε ένα πολυπληθές ή έντονο περιβάλλον. Η αφασία δεν επηρεάζει τις δεξιότητες σκέψης, αλλά το άτομο μπορεί να έχει προβλήματα με την κατανόηση γραπτού υλικού και δυσκολίες χειρογράφου. Μερικοί άνθρωποι έχουν πρόβλημα να χρησιμοποιούν αριθμούς ή ακόμα και να κάνουν απλούς υπολογισμούς (Worrall et al, 2013) .

1.6 Διάγνωση της αφασίας

Συνήθως, ένας νευρολόγος διαγιγνώσκει την αφασία για πρώτη φορά όταν εξετάζει έναν ασθενή για ένα εγκεφαλικό επεισόδιο, εγκεφαλικό τραύμα ή όγκο, χρησιμοποιώντας μια σειρά από νευρολογικές εξετάσεις. Οι πρώτες ευθύνες του θεράποντος ιατρού είναι να αξιολογήσει τη προφορική (αρθρωτική) λειτουργία και την επικοινωνιακή του ικανότητα. Τα αποτελέσματα των εξετάσεων βοηθούν τον ιατρό να προσδιορίσει εάν το άτομο έχει αφασία. Επίσης βοηθούν στον προσδιορισμό της σοβαρότητας της αφασίας.

Η θεραπεία για κάποιον πάσχοντα με αφασία εξαρτάται από τους παρακάτω προγνωστικούς παράγοντες όπως:

- Ηλικία
- Αιτία τραυματισμού εγκεφάλου
- Τύπος αφασίας
- Θέση και μέγεθος της βλάβης του εγκεφάλου

Για παράδειγμα, ένα άτομο με αφασία μπορεί να έχει έναν όγκο στον εγκέφαλο που επηρεάζει το γλωσσικό κέντρο του εγκεφάλου. Η χειρουργική επέμβαση για τη θεραπεία του όγκου στον εγκέφαλο μπορεί επίσης να βελτιώσει την αφασία.

Ένα άτομο με αφασία που έχει υποστεί εγκεφαλικό επεισόδιο μπορεί να επωφεληθεί από συνεδρίες με λογοθεραπευτή. Οι λογοθεραπευτικές συνεδρίες πρέπει να είναι τακτικές με το άτομο προκειμένου να αυξηθούν οι επικοινωνιακές του δεξιότητες. Εκείνος θα διδάξει επίσης στο άτομο που πάσχει από αφασία κάποιους τρόπους επικοινωνίας που δεν περιλαμβάνουν ομιλία (εξωλεκτική επικοινωνία). Αυτό θα βοηθήσει το άτομο να αντισταθμίσει τις γλωσσικές δυσκολίες (Goodglass, 2013).

Κεφάλαιο 2

2.1 Ποιότητα ζωής ασθενών γενικά

Η ποιότητα ζωής, η οποία σχετίζεται με την υγεία (Health-related quality of life [HRQL]), είναι μια σχετική αλλά στενότερη έννοια. Ασχολείται με την επίδραση της κατάστασης υγείας στην ικανότητα ενός ατόμου να έχει μια ικανοποιητική ζωή. (Bullinger, Anderson, Cella & Aaronson, 1993). Ενσωματώνει την υποκειμενική εκτίμηση του ατόμου για την σωματική, ψυχική/συναισθηματική, οικογενειακή και κοινωνική λειτουργία του. (Berzon, Hays & Shumaker, 1993, de Hann, Aaronson, Limburg, Langton Hewer & van Crevel. 1993, Hays, Anderson & Revicky, 1993).

Το 1975, η Madline εισήγαγε ως τίτλο την ποιότητα ζωής και έγινε δεκτή ως έννοια στο Index Medicus το 1977 (Bowling, 1995). Από τότε υπήρξε μια έκρηξη ενδιαφέροντος στον τομέα με πάνω από 20.000 νέα άρθρα καταχωρισμένα υπό τον όρο (ποιότητα ζωής), που εκδόθηκαν από το 2000 έως το 2009. Η Bowling (1995), λέει ότι ποιότητα ζωής είναι «μία όμορφη έννοια που έχει χρήση σε πολλούς επιστημονικούς κλάδους... και θεωρητικά ενσωματώνει όλες τις πλευρές της ζωής ενός ατόμου» (σελ. 2).

Ο παγκόσμιος οργανισμός υγείας (ΠΟΥ), ορίζει την ποιότητα ζωής ως: την αντίληψη ενός ατόμου για τη θέση του στη ζωή, στο πλαίσιο του πολιτισμού και των συστημάτων αξίας στα οποία ζει και σε σχέση με τους στόχους, τις προσδοκίες, τα κριτήρια και τις ανησυχίες του. Είναι μια ευρεία έννοια που επηρεάζεται με σύνθετους τρόπους από την σωματική υγεία του ατόμου, την ψυχολογική κατάσταση, το επίπεδο ανεξαρτησίας, τις κοινωνικές σχέσεις και τις σχέσεις του με προεξέχοντα στοιχεία του περιβάλλοντός τους (WHOQOL Group, 1995, σελ. 1405).

Με τον ορισμό της υγείας επομένως ως σωματικής, πνευματικής και κοινωνικής ευημερίας, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) παρείχε τους λόγους για την εισαγωγή της έννοιας της ποιότητας ζωής στην υγεία (Quality of Life - QoL).

2.2 Ποιότητα ζωής ατόμων με αφασία

Η ποιότητα ζωής των ατόμων με αφασία διακρίνεται από αυτή των ατόμων χωρίς εγκεφαλικό και αφασία ως προς την ανεξαρτησία, τις κοινωνικές σχέσεις και την πρόσβαση σε πτυχές του περιβάλλοντος. (Ross & Wertz, 2003).

Η ικανότητα λειτουργικής επικοινωνίας και σε μικρότερο βαθμό το ατομικό επίπεδο γλωσσικής ικανότητας, προβλέπει την ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία και την

ευημερία του ατόμου με αφασία (Cruise, Worrall, Hickson & Murison,2003, Hilary Wiggins, Roy, Byng & Smith,2003).

Τα άτομα με σοβαρή αφασία έχουν σημαντικά χαμηλότερη ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία ,σε σχέση με τα άτομα με ηπιότερη αφασία (Hilary & Byng,2009).

Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την ψυχολογική έκπτωση των ατόμων που πάσχουν από αφασία, καθώς η μειωμένη ποιότητα στην ζωή τους, σταδιακά οδηγεί σε συναισθηματική θλίψη με σοβαρό κίνδυνο κατάθλιψης μεταγενέστερα. Συνεπώς η αναγνώριση των παραγόντων που προβλέπουν τη συναισθηματική θλίψη μετά το εγκεφαλικό είναι σημαντική για την ανίχνευση των ατόμων που έχουν κίνδυνο κατάθλιψης και για την κατάλληλη παρέμβαση.

Στο πεδίο του εγκεφαλικού επεισοδίου, ωστόσο, η αξιολόγηση του HRQOL αποτελεί πρόκληση, καθώς ορισμένοι άνθρωποι μετά από εγκεφαλικό επεισόδιο πάσχουν από προβλήματα στην ομιλία και τη γλώσσα ή / και από γνωστικές δυσκολίες. Συνεπώς έχουν δυσκολία να ολοκληρώσουν τις αξιολογήσεις και τα ερωτηματολόγια τους. Ως αποτέλεσμα αυτού, παρόλο που υπάρχουν σημαντικά ευρήματα από έρευνες που διερευνούν τα συναισθηματικά αποτελέσματα και την HRQOL σε άτομα που έζησαν μετά από εγκεφαλικό επεισόδιο, υπάρχουν ακόμα περιορισμένες πληροφορίες για την ευάλωτη ομάδα των ανθρώπων με διαγνωσμένη αφασία (Hilari et al, 2013).

Μερικές φορές τα άτομα αυτά αποκλείονται από τις μελέτες αλλά και στις μελέτες που περιλαμβάνουν άτομα με αφασία συχνά η εγκυρότητα των αξιολογήσεων είναι αμφίβολη. Τα άτομα με αφασία θα είχαν δυσκολία να κατανοήσουν ορισμένα από τα ερωτήματα που τίθενται στα ερωτηματολόγια που χρησιμοποιούν και εκφράζουν τις απαντήσεις τους. Θα απαιτούσαν τουλάχιστον κάποια τροποποίηση των υλικών δοκιμής και των ειδικών δεξιοτήτων για λογαριασμό του ερευνητή, προκειμένου να περιγράψουν την εμπειρία τους μετά από ένα εγκεφαλικό επεισόδιο (Ross et al, 2013).

Χρησιμοποιώντας γενικές μετρήσεις της ποιότητας ζωής που σχετίζονται με την υγεία και την ευημερία, τα μέλη της οικογένειας που δρουν ως πληρεξούσιοι απαντώντας εκ μέρους των ατόμων με αφασία, βαθμολογούν την ποιότητα ζωής του ατόμου (σε γενικές ή συγκεκριμένες ερωτήσεις για την σωματική κατάσταση), προβλέψιμα και σημαντικά χαμηλότερα απ' ότι θα βαθμολογούσε τον εαυτό του το άτομο με αφασία (Cruise, Worrall, Hickson & Murison, 2005). Αντιθέτως, όταν χρησιμοποιήθηκε μια μέτρηση για την ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία, ειδικά για το εγκεφαλικό και την αφασία , τα

μέλη της οικογένειας έκριναν καλύτερη την ποιότητα ζωής των συγγενών τους.(Hilari, Owen & Farrelly, 2007).

2.3 Βιβλιογραφική ανασκόπηση

Η αφασία μετά από βλάβη στο αριστερό ημισφαίριο έχει γνωστές συνέπειες για την επεξεργασία της γλώσσας και την καθημερινή επικοινωνία (Davis, 2000). Έχει επίσης ένα εύρος από αρνητικές επιπτώσεις σχετικά με την ποιότητα της ζωής, το άτομο με αφασία μπορεί να αντιμετωπίζει κατάθλιψη, επικοινωνιακή και κοινωνική απομόνωση, κοινωνικούς και επικοινωνιακούς φραγμούς, επαγγελματικές απογοητεύσεις καθώς και μειωμένη συμμετοχή στις καθημερινές δραστηριότητες διαβίωσης και αναψυχής (Code, Hemsley & Herrmann, 1999; Code & Herrmann, 2003; Friedland & McColl, 1987; Herrmann & Wallesch, 1989; Parr, Byng, Gilpin & Ireland, 1977; Taylor Sarno, 1997).

Η συναισθηματική κατάσταση μπορεί να περιγράφει ως συναισθηματική υγεία ή συναισθηματική θλίψη, δυσθυμία, κατάθλιψη και άγχος. Είναι δύσκολο να ορίσουμε τη συναισθηματική κατάσταση: στο πλαίσιο του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, η συναισθηματική κατάσταση θεωρείται κλάδος της ψυχολογικής υγείας που περιλαμβάνει αρνητικά και θετικά συναισθήματα (WHOQOL Group, 1993). Άλλοι τη θεωρούν κατάθλιψη και την ορίζουν ως μια καθολική συνθήκη που υπάρχει σε ένα συνεχές από φυσιολογικές αλλαγές στη διάθεση μέχρι παθολογικές καταστάσεις (Zung, McDowell & Newel, 1996). Μολονότι η συναισθηματική υγεία είναι πιο ουδέτερος όρος, η κατάθλιψη είναι ευκολότερα κατανοητή.

Η κατάθλιψη μετά το εγκεφαλικό ενδέχεται να παρουσιαστεί στο 62-70% των ατόμων με αφασία (Kauhanen et al., 2000) και είναι ένα από τα τρία βασικά ζητήματα στην ποιότητα ζωής μετά το εγκεφαλικό (Bays, 2011), η κατάθλιψη αποτελεί βασική έννοια της κλινικής πρακτικής σε ενήλικες. Η συναισθηματική θλίψη ή δυσθυμία επίσης προβλέπει σε μεγάλο βαθμό την ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία και την ευημερία στη χρόνια αφασία (Cruice et al., 2003; Hilari, Wiggins, et al., 2003): όσο υψηλότερος ο βαθμός θλίψης, τόσο χαμηλότερη η ποιότητα ζωής του ατόμου. Το έργο της Parr και των συνεργατών της (1977) με 50 άτομα με αφασία απεικονίζει ένα εύρος ανταποκρίσεων στην αφασία, όπως

φόβος, άγχος, αγριότητα, απόγνωση, σοκ, ντροπή, κατάθλιψη και καθώς περνάει ο καιρός, παραίτηση ή αυξανόμενη αυτοπεποίθηση.

Σε μία ανασκόπηση της βιβλιογραφίας (Hackett & Anderson, 2005), οι πιο σταθερές μεταβλητές που συνδέονται με συμπτώματα κατάθλιψης μετά από εγκεφαλικό είναι η σωματική ανικανότητα (σε 9 από τις 11 μελέτες), η σοβαρότητα του εγκεφαλικού (σε 5 στις 5 μελέτες) και η γνωστική δυσλειτουργία (σε 4 από τις 5 μελέτες). Λιγότερες έρευνες διερευνούν τους κοινωνικούς παράγοντες, αλλά όταν κοινωνικοί παράγοντες, όπως το αν ζει το άτομο μόνο, ο τόπος κατοικίας, η κοινωνική υποστήριξη και η κοινωνική απομόνωση ελήφθησαν υπόψη από κοινού, ήταν επίσης σημαντικοί. Τα άτομα με αφασία αποκλείστηκαν στις περισσότερες από τις έρευνες που περιλαμβάνονται σε αυτή την ανασκόπηση που διερευνά τους κοινωνικούς παράγοντες (σε 17 από τις 20 μελέτες). Ωστόσο, περιλαμβάνονται σε μία πρόσφατη έρευνα που διερευνά τους προγνωστικούς δείκτες συναισθηματικής θλίψης σε 1 και 6 μήνες μετά το εγκεφαλικό (Thomas & Lincoln, 2008). Ο τύπος της αφασίας που επηρεάζει πιο πολύ την παραγωγή λόγου και η εξάρτηση για τις προσωπικές καθημερινές δραστηριότητες προβλέπουν κατάθλιψη σε 1 μήνα μετά το εγκεφαλικό. Η σοβαρότητα του εγκεφαλικού, η αφασία που επηρεάζει πιο πολύ την παραγωγή λόγου και η κατάθλιψη στον 1 μήνα μετά το εγκεφαλικό προβλέπουν συναισθηματική θλίψη στους 6 μήνες.

Μία έρευνα εξετάζει τη συναισθηματική θλίψη σε ένα δείγμα ανθρώπων που επέζησαν από το εγκεφαλικό και περιλαμβάνει άτομα με αφασία (Hilari et al., 2010). Οι ερευνητές συνάντησαν ανθρώπους λίγο μετά το εγκεφαλικό τους και έπειτα 3 και 6 μήνες μετά. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι σημαντικότεροι προγνωστικοί δείκτες συναισθηματικής θλίψης ήταν η σοβαρότητα του εγκεφαλικού ως σημείο αναφοράς, η χαμηλή κοινωνική συμμετοχή στους 3 μήνες, καθώς και η μοναξιά και η χαμηλή ικανοποίηση με το κοινωνικό δίκτυο στους 6 μήνες μετά το εγκεφαλικό. Αν και η αφασία δεν αποτέλεσε προγνωστικό δείκτη σε κανένα χρονικό σημείο, ωστόσο, στους 3 μήνες μετά το εγκεφαλικό, τα άτομα με αφασία ήταν πολύ πιο πιθανό να παρουσιάζουν συναισθηματική θλίψη (93%) απ' ότι τα άτομα χωρίς αφασία (50%) (Hilari et al., 2010).

Η ευημερία είναι μία έννοια που συνδέεται με την ποιότητα ζωής. Όλοι οι ορισμοί της υποκειμενικής ευημερίας επικεντρώνονται στη γνωστική και συναισθηματική εκτίμηση του ατόμου σχετικά με τις εμπειρίες της ζωής του, οι οποίες εκτείνονται σε ένα συνεχές και

μπορεί να είναι είτε θετικές είτε αρνητικές και αναπαριστούν τα απόλυτα κριτήρια του ατόμου (Fuhrer, 1994). Η υποκειμενική ευημερία συνήθως αποτελείται από τρεις διαφορετικές δομές: την ικανοποίηση από τη ζωή, το θετικό συναίσθημα και το αρνητικό συναίσθημα. Η ικανοποίηση από τη ζωή είναι μια γνωστική εκτίμηση του επιπέδου που βρίσκεται κάποιος στη ζωή του τώρα σε σύγκριση με τις φιλοδοξίες του. Το θετικό συναίσθημα είναι η βίωση θετικών συναισθημάτων και είναι περισσότερο εξαρτημένο από εξωτερικά ερεθίσματα παρά από τον εσωτερικό έλεγχο. Τέλος, το αρνητικό συναίσθημα είναι η βίωση αρνητικών συναισθημάτων, όπως άγχος ή λύπη και εξαρτάται περισσότερο από τον εσωτερικό έλεγχο.

Οι κοινωνικές σχέσεις που έχει ένα άτομο μπορούν να επηρεάσουν πολύ τη διάθεση, την ικανοποίηση της ζωής και τη σωματική υγεία. Μία μετά-ανάλυση, εξέτασε τον κοινωνικό αντίκτυπο των κοινωνικών σχέσεων στις ασθένειες που σχετίζονται με τη θνησιμότητα (Holt-Lunstad & Smith, 2012). Η ανάλυση περιελάμβανε 148 έρευνες 308,849 συμμετεχόντων οι οποίες παρακολούθηθηκαν κατά μέσο όρο για 7,5 έτη. Κατά μέσο όρο, τα άτομα με ισχυρότερα κοινωνικά δίκτυα είχαν αυξημένη πιθανότητα επιβίωσης κατά 50%. Το αποτέλεσμα ήταν ισχυρότερο σε εκείνες τις έρευνες που χρησιμοποίησαν πολύπλοκα μέτρα κοινωνικής ένταξης (για παράδειγμα, τη μέτρηση της συχνότητας και της πυκνότητας της κοινωνικής επαφής) και όχι εκείνων των ερευνών που χρησιμοποιούν δυαδικά μέτρα (π.χ. εάν ζουν μόνοι). Επιπλέον, η ποιότητα των κοινωνικών σχέσεων σχετίζεται σταθερά με την ικανοποίηση της ζωής (Pinquart & Sorensen, 2000), ενώ όσοι θεωρούν ότι δεν υποστηρίζονται όπως θα επιθυμούσαν έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο κατάθλιψης (Teo, Choi & Valenstein, 2013). Αυτά τα μοτίβα έχουν επίσης παρατηρηθεί στον πληθυσμό με εγκεφαλικά επεισόδια. Μία πρόσφατη συστηματική ανασκόπηση (n=4.816) διαπίστωσε ότι τόσο η χαμηλή αντίληψη της κοινωνικής υποστήριξης όσο και το μειωμένο κοινωνικό δίκτυο ήταν συνδεδεμένα σταθερά με την κατάθλιψη, τη χειρότερη ποιότητα ζωής και τη χειρότερη φυσική ανάρρωση (Northcott, Moss et al., 2015). Είναι επομένως ανησυχητικό ότι εκείνοι που έχουν ένα εγκεφαλικό επεισόδιο είναι σε κίνδυνο να απομονωθούν.

Η ισχυρή κοινωνική υποστήριξη είναι συνδεδεμένη σταθερά με την υψηλότερη υποκειμενική ευημερία (Pinquart & Sorensen, 2000) και το μειωμένο κίνδυνο για κατάθλιψη (Teo, Choi & Valenstein, 2013). Επίσης, υπάρχει ισχυρή ένδειξη ότι εκείνοι με ποικίλα κοινωνικά δίκτυα που λειτουργούν καλά, έχουν αυξημένη μακροβιότητα (Holt-Lunstad & Smith, 2012) και υψηλότερο ηθικό (Litwin, 2001). Αυτά τα μοτίβα βρίσκονται επίσης σε

έρευνες που διερευνούν την κοινωνική υποστήριξη και τα κοινωνικά δίκτυα μετά από ένα εγκεφαλικό επεισόδιο. Εκείνοι με μειωμένη κοινωνική υποστήριξη ή που είναι κοινωνικά απομονωμένα είναι πιο πιθανό να πάσχουν από κατάθλιψη (Northcott, Moss, Harrison & Hilari, 2015) και να βιώσουν ένα ανεπιθύμητο συμβάν, όπως για παράδειγμα ένα δεύτερο εγκεφαλικό επεισόδιο (Boden-Albala, Litwak, Elkind, Rundek & Sacco, 2005). Υπάρχει λοιπόν ανησυχία πως υπάρχει σημαντική ένδειξη ότι ένα εγκεφαλικό επεισόδιο δοκιμάζει την ικανότητα του ατόμου να διατηρεί ένα ισχυρό κοινωνικό δίκτυο. Μία πρόσφατη συστηματική επανεξέταση, διερευνώντας την κοινωνική υποστήριξη μετά από εγκεφαλικό επεισόδιο βρέθηκε ότι οι επιζήσαντες από εγκεφαλικό επεισόδιο είναι σε κίνδυνο για να χάσουν την επαφή με φίλους και γνωστούς, να συμμετέχουν σε λιγότερες κοινωνικές δραστηριότητες, η οικογενειακή λειτουργία τίθεται υπό πίεση και το συνολικό μέγεθος του δικτύου τους γίνεται μικρότερο (Northcott, Moss et al., 2015).

Τα χαμηλά επίπεδα λειτουργικής υποστήριξης έχουν συσχετιστεί με τα αρνητικά αποτελέσματα μετά το εγκεφαλικό επεισόδιο, όπως για παράδειγμα η ψυχολογική δυσχέρεια, η χειρότερη ποιότητα ζωής και η χειρότερη ανάκαμψη στην αποκατάσταση (Northcott, Moss et al., 2015). Η βιβλιογραφία, περιγράφει διάφορες λειτουργίες υποστήριξης, συμπεριλαμβανομένου: συναισθηματική υποστήριξη (παροχή υποστήριξης που κάνει ένα άτομο να αισθάνεται αγαπημένο και αποδεκτό), πληροφοριακή υποστήριξη (παροχή ανατροφοδότησης, καθοδήγησης, συμβουλών ή πληροφοριών), απτή υποστήριξη (συμπεριλαμβανομένης της οικονομικής ενίσχυσης ή της πρακτικής βοήθειας όπως για παράδειγμα η πραγματοποίηση αγορών ή βοήθειας με δραστηριότητες καθημερινής δουλειάς) και στήριξη της κοινωνικής συντροφιάς (ξοδεύοντας χρόνο με κάποιον σε αναψυχή ή ψυχαγωγικές δραστηριότητες, διασκέδαση με άλλους) (Berkman et al., 2000).

Μέσα στο πλαίσιο της Διεθνούς Ταξινόμησης της Λειτουργικότητας, της Αναπηρίας και της Υγείας του ΠΟΥ (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, 2002), η συμμετοχή ορίζεται ως η ανάμειξη σε μία δραστηριότητα της καθημερινής ζωής, επομένως η κοινωνική συμμετοχή μπορεί να ιδωθεί ως η ανάμειξη σε δραστηριότητες της καθημερινής κοινωνικής ζωής. Άτομα μεγαλύτερης ηλικίας με αφασία αναφέρουν ένα εύρος δραστηριοτήτων ως σημαντικές για την ποιότητα ζωής και κάποιες από αυτές είναι συγκεκριμένες κοινωνικές δραστηριότητες (όπως το δείπνο ή η βόλτα με φίλους), ενώ άλλες περιλαμβάνουν άλλους ανθρώπους υπό μια κοινωνική έννοια (όπως η εκμάθηση μίας ξένης γλώσσας ή ένα παιχνίδι γκολφ, Cruice et al., 2010). Η έρευνα αποκαλύπτει ότι τα άτομα με αφασία έχουν λιγότερες

τακτικές κοινωνικές δραστηριότητες σε σχέση με τους συνομηλικούς τους που δεν έχουν αφασία και ότι θα εκτιμούσαν να κάνουν περισσότερες κοινωνικές δραστηριότητες (Cruise, Worrall & Hickson, 2006). Επιπρόσθετα, η έρευνα σε άτομα με σοβαρή αφασία δείχνει ότι είναι σε σημαντικό βαθμό επιρρεπή στην κοινωνική απομόνωση και τον αποκλεισμό (Parr, 2007).

Η κοινωνική συμμετοχή συνδέεται με τα κοινωνικά δίκτυα και την κοινωνική υποστήριξη. Γνωρίζουμε ότι τα άτομα επηρεάζονται από την ποιότητα και ποσότητα των κοινωνικών τους σχέσεων. Τα άτομα με ισχυρές κοινωνικές σχέσεις έχουν λιγότερη νοσηρότητα και θνησιμότητα (House, Robbins & Metzner, 1982), μεγαλύτερη πιθανότητα ανάρρωσης ή επιβίωσης μετά από ασθένεια (Glass & Maddox, 1992) και καλύτερη ψυχολογική υγεία, ευημερία και ποιότητα ζωής (Aneshensel & Frerichs, 1982; Billings & Moos, 1982; Turner, 1981).

Ένα κοινωνικό δίκτυο μπορεί να χαρακτηριστεί ως «ο ιστός των αναγνωρισμένων κοινωνικών σχέσεων που περιβάλλουν ένα άτομο και τα χαρακτηριστικά αυτών των δεσμών» (Bowling, 1997). Οι Cohen και Wills (1985) προτείνουν ότι ο ρόλος του κοινωνικού δικτύου είναι να παρέχει μία αίσθηση κοινωνικής ενσωμάτωσης. Η λειτουργική κοινωνική υποστήριξη, από την άλλη πλευρά, συνίσταται στην υποκειμενική εμπειρία υποστήριξης ενός ατόμου και στο βαθμό που οι διαπροσωπικές σχέσεις υπηρετούν συγκεκριμένες ανάγκες (Hilari & Northcott, 2006). Τα κοινωνικά δίκτυα μπορούν να χαρακτηριστούν ως η δομή με την οποία παρέχεται η κοινωνική υποστήριξη (Lin, Dean & Ensel, 1981). Έχει διαπιστωθεί ότι τα άτομα με αφασία έχουν μικρότερα κοινωνικά δίκτυα, δηλαδή λιγότερες κοινωνικές επαφές στο δίκτυο τους και ιδιαιτέρως λιγότερες φιλίες απ' ό,τι οι συνομηλικοί τους χωρίς αφασία (Cruise et al., 2006; Hilari & Northcott, 2006).

Είναι καθιερωμένο ότι οι άνθρωποι είναι σε κίνδυνο να χάσουν τους φίλους τους μετά από ένα εγκεφαλικό επεισόδιο (Astrom et al., 1992). Η κατάσταση αυτή είναι ιδιαίτερα καλά τεκμηριωμένη για εκείνους που έχουν αφασία (Cruise et al., 2006; Davidson et al., 2008). Σε μία έρευνα 83 ατόμων με χρόνια αφασία, το 64% ανέφερε ότι είδαν τους φίλους τους λιγότερο σε σχέση με πριν από το εγκεφαλικό επεισόδιο και το 30% ανέφερε ότι δεν είχαν καθόλου στενούς φίλους (Hilari & Northcott, 2006). Για εκείνους που χάνουν την επαφή με τους φίλους τους, αυτοί φαίνεται να είναι σε μεγαλύτερο κίνδυνο για κατάθλιψη, ιδιαίτερα μακροπρόθεσμα μετά από ένα εγκεφαλικό επεισόδιο. Σε μία τριετή έρευνα 80

ασθενών, ο σημαντικότερος προγνωστικός παράγοντας για κατάθλιψη από 12 μήνες και μετά ήταν ο ασθενής που είχε λίγες κοινωνικές επαφές πέρα από το στενό οικογενειακό περιβάλλον (Astrom et al., 1993). Άλλες έρευνες έχουν βρει ότι η μοναξιά (Hilari et al., 2010), η κοινωνική απομόνωση (Appelros & Viitanen, 2004) και η αποτυχία να συνεχιστούν οι κοινωνικές δραστηριότητες (Angeleri et al., 1993) είναι όλα σχετιζόμενα με την κατάθλιψη στη χρονική περίοδο μετά το εγκεφαλικό επεισόδιο.

Υπάρχει ένδειξη ότι η ανεπαρκής κοινωνική υποστήριξη, η απώλεια των φίλων και η μειωμένη κοινωνική συμμετοχή μετά από εγκεφαλικό επεισόδιο είναι συνδεδεμένη με μια σειρά από αρνητικά ψυχοκοινωνικά αποτελέσματα. Σε μία πρόσφατη συστηματική ανασκόπηση αναζήτησης σε προγνωστικούς παράγοντες της ποιότητας ζωής που σχετίζεται με την υγεία για ανθρώπους με αφασία, οι κοινωνικοί παράγοντες όπως για παράδειγμα η ανεπαρκής υποστήριξη και το μειωμένο κοινωνικό δίκτυο βρέθηκε ότι συμβάλλουν στην κακή ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία σε 3/4 έρευνες (Hilari, Needle & Harisson, 2012). Αρκετές έρευνες εγκεφαλικού επεισοδίου έχουν τεκμηριώσει μια σημαντική σχέση ανάμεσα στην κατάθλιψη και στους κοινωνικούς παράγοντες όπως για παράδειγμα η μοναξιά και η χαμηλή ικανοποίηση με το κοινωνικό δίκτυο (Hilari et al., 2010), οι λίγες κοινωνικές επαφές έξω από το σπίτι (Astrom, Adolfsson & Asplund, 1993), η κακή οικογενειακή λειτουργία (King et al., 2002) και η χαμηλή αντίληψη της κοινωνικής υποστήριξης (Chau et al., 2010; Townend et al., 2007).

Αρκετές έρευνες έχουν υποδείξει σημαντικές ηλικιακές και γενετικές διαφορές σε περιορισμένους τομείς των κοινωνικών σχέσεων. Ωστόσο, δεν ήταν εφικτό να βρεθεί μια πιο διεξοδική περιγραφή της δομής και της λειτουργίας των κοινωνικών σχέσεων μεταξύ ατόμων σε διαφορετικές ηλικιακές ομάδες και μεταξύ αντρών και γυναικών. Τέτοιες πληροφορίες είναι σημαντικές για μελλοντικές έρευνες των συσχετίσεων μεταξύ των κοινωνικών σχέσεων και της υγείας.

Σε μία έρευνα συγκρίνοντας τα άτομα με και χωρίς αφασία σε περίπου ένα χρόνο μετά το εγκεφαλικό επεισόδιο, ήταν τεκμηριωμένο ότι ενώ όλοι οι επιζήσαντες από το εγκεφαλικό επεισόδιο ήταν σε κίνδυνο να χάσουν την επαφή με τους φίλους τους, η αφασία έθετε συγκεκριμένες προκλήσεις (Hilari & Northcott, 2011). Συγκεκριμένα, εκείνοι με αφασία βίωσαν τις πιο οδυνηρές αρνητικές αντιδράσεις από τους άλλους και ήταν πιο

πιθανό να αναφέρουν ότι αισθάνονται εγκαταλελειμμένοι ή μη αποδεκτοί από τους φίλους που είχαν πριν το εγκεφαλικό επεισόδιο (Dalemans et al., 2010; Parr, 2007).

Σε μία έρευνα, ένα άτομο κατονόμασε μόνο 5 κοινωνικές επαφές που ήταν σημαντικές στη ζωή του και ένα άλλο άτομο κατονόμασε 51 άτομα (Cruise et al., 2006). Συνεπώς, δεν είναι δυνατό να υποθέσουμε ότι τα άτομα με αφασία έχουν ομογενή μοτίβα κοινωνικής συμμετοχής.

Η μοναξιά και η χαμηλή ικανοποίηση από το κοινωνικό δίκτυο του ατόμου συμβάλλουν στη μακροπρόθεσμη συναισθηματική θλίψη μετά το εγκεφαλικό και την αφασία (Hilari et al., 2010). Τα άτομα με αφασία που εμπλέκονται σε περισσότερες δραστηριότητες έχουν πιο ευνοϊκή ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία (Hilari, Wiggins et al., 2003), ενώ έχει αποδειχτεί ότι η κοινωνική αλληλεπίδραση και οι δραστηριότητες εκτός σπιτιού βελτιώνουν τα μακροχρόνια προγράμματα αποκατάστασης (Sarno, 1997).

Ενώ πολλές έρευνες έχουν τεκμηριώσει ότι οι επιζήσαντες από το εγκεφαλικό επεισόδιο αναφέρουν ότι οι κοινωνικές τους σχέσεις έχουν αλλάξει εξαιτίας του εγκεφαλικού επεισοδίου (Dalemans, de Witte, Wade & van den Heuvel, 2010; Haun, Rittman & Sberna, 2008; Vickers, 2010), λιγότερες έρευνες έχουν τοποθετήσει αυτές τις παρατηρήσεις στο πλαίσιο ενός υγιούς πληθυσμού που αντιστοιχεί στην ηλικία. Εκείνοι έχουν διαπιστώσει σταθερά ότι οι φίλιες και οι κοινωνικές δραστηριότητες φαίνεται να είναι ευάλωτες. Οι Cruise, Worrall and Hickson (2006) διερεύνησαν τα κοινωνικά δίκτυα και τις κοινωνικές δραστηριότητες των ανθρώπων με αφασία μετά από εγκεφαλικό επεισόδιο σε σύγκριση με τους υγιείς ηλικιωμένους παρόμοιας ηλικίας και εκπαίδευσης. Αυτοί διαπίστωσαν ότι εκείνοι με αφασία έλαβαν μέρος σε σημαντικά λιγότερες κοινωνικές δραστηριότητες και ήταν λιγότερο ικανοποιημένοι με τις κοινωνικές δραστηριότητες από τα άτομα ελέγχου. Όσον αφορά το μέγεθος του δικτύου, αυτοί είχαν σημαντικά μικρότερα δίκτυα από τους υγιείς ελέγχους, με λιγότερες φιλικές σχέσεις.

Οι Ross and Wertz (2003) επίσης σύγκριναν τους ανθρώπους με αφασία με τα υγιή άτομα ελέγχου για να διαφοροποιήσουν ποιες πτυχές της ποιότητας ζωής, όπως μετράτε από τη σύντομη μορφή του WHO-QOL, είναι πιο ξεκάθαρα διαφοροποιημένες μεταξύ των δύο ομάδων. Μία από τις τρεις διακριτικές πτυχές ήταν στον τομέα των κοινωνικών σχέσεων,

συγκεκριμένα η ικανοποίηση για υποστήριξη που έλαβαν από τους φίλους. Ένα παρόμοιο μοτίβο, διαπιστώθηκε σε μία γενική μελέτη του αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου: οι Astrom, Adolfsson, Asplund and Astrom (1992) συνέκριναν τις πτυχές του κοινωνικού δικτύου εκείνων που ήταν τρεις μήνες μετά από το εγκεφαλικό επεισόδιο με δεδομένα από μία εθνική έρευνα. Αναφέρουν ότι η επαφή με φίλους και συγγενείς μειώθηκε σημαντικά σε σύγκριση με τα άτομα ελέγχου, παρόλο που η επαφή με τα παιδιά ήταν συγκρίσιμη.

Αυτές οι έρευνες, υποδεικνύουν σημαντικές διαφορές στον τρόπο με τον οποίο λειτουργούν τα κοινωνικά δίκτυα όταν συγκρίνονται υγιείς ηλικιωμένοι ενήλικες και άτομα που είχαν εγκεφαλικό επεισόδιο. Θέλαμε να διερευνήσουμε περαιτέρω εάν οι διαφορές αυτές προκαλούνται από την αφασία ή εάν οι επιζήσαντες από το εγκεφαλικό επεισόδιο με ή χωρίς αφασία αναφέρουν παρόμοια μοτίβα αλλαγής στα κοινωνικά τους δίκτυα. Θέλαμε επίσης να διερευνήσουμε εάν η χρήση ενός σύνθετου μέτρου λειτουργίας του κοινωνικού δικτύου θα μπορούσε να μας βοηθήσει να το κατανοήσουμε περαιτέρω και να επιτρέψει μία συστηματική εξέταση ποιες πτυχές του δικτύου διακρίνουν τις τρεις ομάδες. Ο Bowling (1997) ορίζει ένα κοινωνικό δίκτυο ως τον «ιστό των προσδιορισμένων κοινωνικών σχέσεων που περιβάλλουν ένα άτομο και τα χαρακτηριστικά αυτών των δεσμών». Μέτρα για τη λειτουργία του κοινωνικού δικτύου μπορεί να περιλαμβάνουν το μέγεθος και τη σύνθεση του δικτύου (για παράδειγμα, αν τα μέλη είναι οικογένεια, φίλοι, γείτονες, άλλοι γνωστοί), τη συμμετοχή σε κοινοτικές δραστηριότητες, τη συχνότητα επαφής μεταξύ των μελών και η εγγύτητα (πόσο κοντά τα μέλη του δικτύου ζουν ο ένας στον άλλον) (Berkman, Glass, Brissette & Seeman, 2000; Bowling, 1997). Τα συγκριτικά μέτρα κοινωνικού δικτύου αποδείχθηκαν πιο προγνωστικά για τα αποτελέσματα όπως η μακροβιότητα από ότι τα απλούστερα μέτρα όπως η οικογενειακή κατάσταση ή οι συνθήκες διαβίωσης (Holt-Lunstad & Smith, 2012).

Ο κοινωνικός αντίκτυπος ενός εγκεφαλικού επεισοδίου είναι σημαντικός. Οι επιζήσαντες από εγκεφαλικό επεισόδιο συμμετέχουν σε λιγότερες κοινωνικές δραστηριότητες, διαταράσσεται η οικογενειακή ζωή και η επαφή με τους φίλους και το ευρύτερο δίκτυο είναι ευάλωτα. Η κοινωνική απομόνωση είναι μία συνήθης αναφερόμενη επίπτωση και μπορεί να επηρεάσει δυσανάλογα τα άτομα με αφασία (γλωσσικές δυσκολίες). Οι δύο πιο σχετικές συστηματικές ανασκοπήσεις στη βιβλιογραφία των εγκεφαλικών επεισοδίων, επικεντρώθηκαν σε συγκεκριμένες πτυχές της κοινωνικής υποστήριξης μετά από εγκεφαλικό επεισόδιο: τη σχέση με την ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία και

το αντίκτυπο στους ενήλικες σε ηλικία εργασίας. Μία περιεκτική ανασκόπηση που διερεύνησε όλους τους παράγοντες που συνδέονται με την κοινωνική υποστήριξη μετά από εγκεφαλικό επεισόδιο, συμπεριλαμβανομένης της αποκατάστασης και της κατάθλιψης και ο οποίος αναλύει τον τρόπο με τον οποίο οι αλλαγές στην κοινωνική υποστήριξη αντιλήφθηκαν από τον επιζήσαντα εγκεφαλικού επεισοδίου, μπορεί να διευκολύνει τον πιο αποτελεσματικό σχεδιασμό των υπηρεσιών εγκεφαλικού επεισοδίου.

Η αφασία φαίνεται ότι δημιουργεί ιδιαίτερες προκλήσεις στη διατήρηση ισχυρών κοινωνικών σχέσεων. Σε μία συνοδευτική ποιοτική έρευνα που συνέκρινε τις εμπειρίες εκείνων με και χωρίς αφασία ένα χρόνο μετά το εγκεφαλικό επεισόδιο, εκείνοι με αφασία ήταν πιο πιθανό να βιώσουν οδυνηρές αρνητικές αντιδράσεις από άλλους, να αναφέρουν ότι η ουσία από τις φιλίες τους είχαν αλλάξει (π.χ. οι συνομιλίες ήταν λιγότερο πιθανό να είναι αμφίδρομες, ήταν πιο δύσκολο να συμμετέχουν σε ομαδικές συνομιλίες) και ήταν πιο πιθανό να αναφέρουν ότι χάνουν ολόκληρους φιλικούς κύκλους (Northcott & Hilari, 2011).

Τα κοινωνικά δίκτυα μετά το εγκεφαλικό επεισόδιο φαίνεται να είναι ευάλωτα. Μελέτες έχουν βρει ότι οι άνθρωποι χάνουν την επαφή με τους φίλους, είναι λιγότερο πιθανό να μπουν σε ομάδες και συμμετέχουν σε λιγότερες κοινωνικές δραστηριότητες. Αυτή η μείωση στο ευρύτερο κοινωνικό δίκτυο συνδέεται με τη σειρά της με χειρότερα ψυχολογικά αποτελέσματα. Η κοινωνική απομόνωση και οι λιγότερες επαφές έξω από την άμεση οικογένεια ήταν και οι δύο σημαντικοί παράγοντες πρόβλεψης της κατάθλιψης από τους 12 μήνες και μετά. Η κοινωνική απομόνωση έχει επίσης συνδεθεί με χειρότερα σωματικά αποτελέσματα μετά από εγκεφαλικό επεισόδιο.

Τα άτομα με αφασία (γλωσσικές δυσκολίες) μετά από το εγκεφαλικό επεισόδιο, φαίνεται να βρίσκονται ιδίως σε κίνδυνο δυσμενών κοινωνικών αποτελεσμάτων. Οι φιλίες έχουν βρεθεί να είναι ιδιαίτερα ευάλωτες. Σε σύγκριση με τους υγιείς συμμετέχοντες ελέγχου, οι ασθενείς με αφασία έχουν λιγότερους φίλους και ασχολούνται με λιγότερες δραστηριότητες αναψυχής. Σε μία πρόσφατη συστηματική ανασκόπηση των παραγόντων της ποιότητας ζωής που σχετίζεται με την υγεία για τα άτομα με αφασία, τρεις από τις τέσσερις ποσοτικές μελέτες και τρεις από τις τρεις ποιοτικές μελέτες ανέφεραν ότι οι κοινωνικοί παράγοντες συνέβαλαν περισσότερο στην σοβαρότητα της ποιότητας ζωής που σχετίζεται με την υγεία.

Μέχρι σήμερα δεν υπάρχει μέτρο κοινωνικού δικτύου που να έχει επικυρωθεί για όσους έχουν πάθει εγκεφαλικό επεισόδιο και αφασία. Τα σημερινά μέτρα κοινωνικού δικτύου είναι γλωσσικά πολύπλοκα και δεν έχουν προσαρμοστεί ώστε να είναι αποδεκτά σε αυτούς με γλωσσικές δυσκολίες. Πράγματι, προκαλεί ανησυχία το γεγονός ότι πολλές έρευνες εγκεφαλικού επεισοδίου που εξετάζουν τους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες μετά το εγκεφαλικό επεισόδιο αποκλείουν τους ανθρώπους με αφασία, αν και περίπου το 30% των ανθρώπων θα έχουν αφασία μετά από ένα εγκεφαλικό επεισόδιο, με περίπου το 15% να βιώνει μακροχρόνιες γλωσσικές δυσκολίες. Λαμβάνοντας υπόψη τις δυσκολίες που αναφέρθηκαν που αντιμετωπίζουν οι άνθρωποι με αφασία μετά από ένα εγκεφαλικό επεισόδιο, η εξαίρεση τους θα μπορούσε να οδηγήσει σε θετικά προκατειλημμένα αποτελέσματα. Επιπλέον, χωρίς μία κλίμακα που να ισχύει τόσο για εκείνους με αφασία όσο και εκείνους χωρίς, δεν είναι δυνατόν να συγκρίνουμε τις δυνητικά διαφορετικές εμπειρίες τους.

Ένας βασικός στόχος της αποκατάστασης μετά το εγκεφαλικό επεισόδιο είναι η επίτευξη μιας καλής ποιότητας ζωής, συμπεριλαμβανομένης της αντιμετώπισης των κοινωνικών και ψυχολογικών συνεπειών. Έχοντας ένα εργαλείο για να διερευνήσουμε λεπτομερώς το πως τα κοινωνικά δίκτυα αλλάζουν μετά το εγκεφαλικό επεισόδιο μπορεί συνεπώς να είναι χρήσιμο τόσο για τους κλινικούς ιατρούς όσο και για τους ερευνητές. Έτσι τα ευρήματα της παρούσας έρευνας θα συμβάλλουν στην δημιουργία του μέτρου αναφοράς από τον ασθενή για τη λειτουργία της κοινωνικής δικτύωσης, ειδικά για τον πληθυσμό με εγκεφαλικό επεισόδιο, που είναι έγκυρο και αποδεκτό τόσο για τους ασθενείς με αφασία όσο και χωρίς.

2.4 Ποιότητα ζωής σε κέντρα αποκατάστασης

Οι επαγγελματικοί φορείς στον κλάδο υγείας στα περισσότερα κράτη του κόσμου προσδιορίζουν την ενισχυμένη ποιότητα ζωής ως βασικό στόχο της νοσηλευτικής παρέμβασης. Για παράδειγμα, το έγγραφο πρακτικής εξάσκησης του ASHA (American Speech and Hearing Association) αποτελεί τον γενικό στόχο των υπηρεσιών παθολογίας γλώσσας και ομιλίας για τη βελτιστοποίηση της ικανότητας των ατόμων να επικοινωνούν και να εκφράζονται, κάτι που βελτιώνει την ποιότητα ζωής τους. Ομοίως, στο Ηνωμένο Βασίλειο, οι Κλινικές Κατευθυντήριες Οδηγίες του Βασιλικού Κολλεγίου Ιατρών (RCP)

έθεσαν ως βασικούς στόχους της αποκατάστασης του εγκεφαλικού επεισοδίου και της αφασίας την μεγιστοποίηση της αίσθησης ευεξίας και ποιότητας ζωής του ασθενούς (Lata-Caneda, 2019).

Μια πρόσφατη μελέτη σχετικά με την ποιότητα ζωής ατόμων με αφασία που ζουν σε εγκαταστάσεις μακροχρόνιας φροντίδας στον Καναδά συνέκρινε τον αντίκτυπο 60 έγκλειστων ασθενών σε σχέση με 60 ασθενείς που ζουν στο σπίτι τους. Μετά τις απαραίτητες προσαρμογές για την ηλικία, το φύλο και άλλα δημογραφικά στοιχεία, φάνηκε ότι η αφασία εμφάνισε μεγαλύτερη αρνητική επίδραση στην ποιότητα ζωής των ατόμων που ζουν έγκλειστοι σε σχέση με τους ασθενείς που δεν είναι έγκλειστοι, χωρίς όμως η διαφορά να χαρακτηρίζεται ως μεγάλη. Επίσης, φάνηκε ότι όσο μεγαλύτερη η ηλικία των ασθενών, τόσο καλύτερο αντίκτυπο στην ποιότητα ζωής έχει για τους ασθενείς που ζουν σε κέντρα αποκατάστασης. Αυτό είναι εύλογο, καθώς τα ενδιαφέροντα και οι επιθυμίες του ανθρώπου όσο παρέρχονται τα χρόνια, είναι μειωμένα σε σχέση με τις μικρότερες ηλικίες. Τέλος, άλλες έρευνες έχουν αναφέρει ότι η ποιότητα ζωής επηρεάζεται αρνητικά από συναισθηματικές διαταραχές / κατάθλιψη, σοβαρότητα της αφασίας και αναπηρία επικοινωνίας, από άλλα ιατρικά προβλήματα, από τους περιορισμούς της δραστηριότητας και τις πτυχές του κοινωνικού δικτύου και της υποστήριξης (Ross et al, 2013).

Για την ποιότητα ζωής των ατόμων με αφασία είναι σημαντικές οι ψυχαγωγικές δραστηριότητες, η λεκτική επικοινωνία, οι άνθρωποι (συντροφιά), η λειτουργία του σώματος, η κινητικότητα, η εξωτερική εμφάνιση, η ανεξαρτησία, η κατοικία και η υγεία. Οι συζητήσεις με τα μέλη της οικογένειας αποκαλύπτουν ότι οι συναισθηματικές συνέπειες, η ικανότητα κοινωνικοποίησης, ο ψυχολογικός αντίκτυπος, τα οικονομικά ζητήματα και η ανάγκη ύπαρξης ενός σκοπού είναι επίσης σημαντικά θέματα. (Cruise, Hill, Worrall, & Hickson, 2010).

Δεδομένου ότι η κατάθλιψη μετά το εγκεφαλικό ενδέχεται να παρουσιαστεί στο 62-70% των ατόμων με αφασία (Kauhanen et al.,2000) και ότι είναι ένα από τα τρία βασικά ζητήματα στην ποιότητα ζωής μετά το εγκεφαλικό (Bays,2001), η κατάθλιψη αποτελεί βασική έννοια της κλινικής πρακτικής σε ενήλικες. Η συναισθηματική θλίψη ή δυσθυμία ,επίσης προβλέπει σε μεγάλο βαθμό την ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία και την ευημερία στην χρόνια αφασία (Cruise et al.,2003, Hilary, Wiggins, et al., 2003): όσο υψηλότερος ο βαθμός θλίψης, τόσο χαμηλότερη η ποιότητα ζωής του ατόμου. Οι συναισθηματικές ανταποκρίσεις στην αφασία αλλάζουν με τον καιρό.

Για να βελτιωθεί επομένως η ποιότητα ζωής στην αφασία, οι παρεμβάσεις μέσα στα κέντρα αποκατάστασης πρέπει να επικεντρωθούν όχι μόνο στην αφασία και την επικοινωνία, αλλά και στην προώθηση της συναισθηματικής ευεξίας, τη διευκόλυνση των δραστηριοτήτων και την ενίσχυση των κοινωνικών δικτύων και της κοινωνικής συμμετοχής.

Κεφάλαιο 3 : Μεθοδολογία

Στο δεύτερο μέρος της πτυχιακής εργασίας, παρουσιάζονται ο σκοπός, το δείγμα, η διαδικασία, τα αξιολογητικά εργαλεία, τα αποτελέσματα και το τελικό συμπέρασμα της έρευνας, η οποία έλαβε χώρα με τη συμμετοχή 10 ατόμων που πάσχουν από αφασία, οι οποίοι κλήθηκαν να συμπληρώσουν 7 διαφορετικά ερωτηματολόγια, από ισάριθμα τεστ αξιολόγησης της ποιότητας ζωής.

3.1 Σκοπός

Ο σκοπός της έρευνας, που πραγματοποιήθηκε στα πλαίσια κέντρου αποκατάστασης και αποθεραπείας, είναι η διεξαγωγή συμπερασμάτων σχετικά με την ποιότητα ζωής ατόμων κλειστής νοσηλείας που έχουν διαγνωσθεί με αφασία, δηλαδή, εάν το εγκεφαλικό επεισόδιο που έχουν υποστεί επιφέρει αλλαγές στην ποιότητα ζωής τους.

3.2 Δείγμα

Το δείγμα πληθυσμού αποτελείται από 10 άτομα με αφασία και συλλέχθηκε στο «Μεσογειακό κέντρο Αποκατάστασης και Αποθεραπείας» από 02/09/2019 έως 12/09/2019, με τα άτομα να πληρούν τα εξής κριτήρια: 1) οι συμμετέχοντες στην έρευνα να έχουν διαγνωσθεί με αφασία κατά το εγκεφαλικό, 2) να έχουν περάσει τουλάχιστον 4 μήνες από το εγκεφαλικό, 3) να έχουν σκοράρει στην δοκιμασία FAST τουλάχιστον 7/15, 4) να είναι μεγαλύτεροι ηλικιακά των 18 ετών, 5) να μην υπάρχουν συνοδές γνωστικές - ψυχιατρικές διαταραχές, 6) να τους επισκέπτονται οι οικείοι τους τουλάχιστον 2 φορές την εβδομάδα. Στο ηλικιακό φάσμα του δείγματος, περιέχονται ηλικίες από 53 έως 89 ετών.

3.3 Διαδικασία

Για την διεξαγωγή της έρευνας ακολουθήθηκε συγκεκριμένο πρωτόκολλο με σκοπό την ολοκληρωμένη συλλογή στοιχείων του δείγματος. Αρχικά δημιουργήθηκε με την καθοδήγηση του επόπτη καθηγητή ένα έντυπο συναίνεσης, το οποίο χορηγήθηκε στο

επιλεγμένο δείγμα πληθυσμού σαν πρώτο βήμα συμμετοχής στην έρευνα. Το συγκεκριμένο έντυπο συναίνεσης είναι ανώνυμο και περιλαμβάνει τον τίτλο της πτυχιακής εργασίας, τον επόπτη καθηγητή, τις φοιτήτριες που συμμετέχουν, συνοπτική περιγραφή της έρευνας, όπως και ορισμένων όρων-κανονισμών προς γνώση των δοκιμαζομένων. Στο εν λόγω έντυπο αναγράφεται η ημερομηνία συμμετοχής στην έρευνα, καθώς και η υπογραφή του εκάστοτε δοκιμαζομένου. Σε αυτό το σημείο αξίζει να αναφερθεί πως για να διαπιστωθεί εάν ο υποψήφιος κατανοεί επαρκώς τους όρους συμμετοχής στην έρευνα χορηγήθηκε σαν πρώτο βήμα πριν από το έντυπο συναίνεσης ένα μέρος του αξιολογητικού εργαλείου για την αφασία FAST που σχετίζεται με την κατανόηση. Αν η βαθμολογία στο κομμάτι της κατανόησης ήταν επαρκής σημαίνει πως ο εκάστοτε υποψήφιος κατανοεί το περιεχόμενο του εντύπου και επομένως μπορεί να προχωρήσει σε επόμενα βήματα. Το επόμενο βήμα αφορά στην συλλογή ιστορικού των υποψηφίων, το ιστορικό είναι αναλυτικό και περιλαμβάνει: όνομα/ επίθετο / ημερομηνία γεννήσεως/ ηλικία/ επάγγελμα/ οικογενειακή κατάσταση / αριθμός τέκνων/ μητρική γλώσσα/ άλλη γλώσσα/ επίπεδο άλλης γλώσσας/ αριστερόχειρας ή δεξιόχειρας/ ηλικία ολοκλήρωσης σπουδών/ ημερομηνία εξέτασης/ ημερομηνία εγκεφαλικού επεισοδίου/ είδος ημιπληγίας/ είδος ημιανοψίας/ προηγούμενες ασθένειες /νοσηλείες σε νοσοκομείο/ εξετάσεις που έχουν γίνει/ φαρμακευτική αγωγή.

Ύστερα από την συλλογή του ιστορικού ακολουθεί η χορήγηση των αξιολογητικών εργαλείων. Τα αξιολογητικά εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν για την διεξαγωγή της έρευνας, είναι συγκεκριμένα και χορηγήθηκαν με καθορισμένη σειρά σε διάρκεια δύο 45λεπτων συνεδριών με σκοπό την ομαλή διεξαγωγή της έρευνας και την αποφυγή πρόσθετης πνευματικής και συναισθηματικής φόρτισης των συμμετεχόντων. Αρχικά στην πρώτη συνεδρία χορηγήθηκαν τα γνωστικά αξιολογητικά εργαλεία, FAST (French Aphasia Screening Test), το οποίο σχεδιάστηκε για να παρέχει απλή και τυποποιημένη μέθοδο αναγνώρισης και μέτρησης του γλωσσικού ελλείμματος, το MOCA, το οποίο είναι μια ευρέως χρησιμοποιούμενη αξιολόγηση για την ανίχνευση της γνωστικής εξασθένησης, στην οποία εμπίπτει και η νόσος της αφασίας. Κατά την διάρκεια της πρώτης συνεδρίας χορηγήθηκε επίσης και το Barthel Index(BI), που αφορά στην δραστηριότητα και χρησιμοποιείται για τη μέτρηση της απόδοσης στις καθημερινές δραστηριότητες (ADL). Για την ολοκλήρωση του FAST χρειαστήκαμε περίπου δώδεκα με δεκαπέντε λεπτά, για το MOCA χρειαστήκαμε δέκα με δώδεκα λεπτά και για το BI πέντε λεπτά, συνολικά χρησιμοποιήσαμε τριαντατρία (33) με τριανταπέντε (35) λεπτά στην πρώτη συνεδρία. Μετά το πέρας των δοκιμασιών αυτών ήταν εμφανής η πνευματική κόπωση των ασθενών,

επομένως ο χρόνος που απέμεινε χρησιμοποιήθηκε για χαλάρωση και ευχάριστη αλληλεπίδραση με σκοπό την νοητική αποφόρτιση των συμμετεχόντων. Στην δεύτερη συνεδρία πραγματοποιήθηκε η χορήγηση και των υπόλοιπων αξιολογητικών εργαλείων, αρχικά χορηγήθηκε το Stroke Social Network Scale (SSNS) που αφορά στην κοινωνική δικτύωση των ατόμων με αφασία μετά από ένα εγκεφαλικό επεισόδιο, η οποία φαίνεται να είναι ευάλωτη. Η συμμετοχή σε αυτό το ερωτηματολόγιο ενδεχομένως να προκαλέσει συναισθηματική φόρτιση επομένως επιλέξαμε να το χορηγήσουμε πρώτο στην δεύτερη συνεδρία μας. Συνεχίσαμε με το Social Support Survey Instrument (MOS), το οποίο είναι ένα πολυδιάστατο, εργαλείο που καλύπτει και τις πέντε λειτουργίες μιας διαπροσωπικής σχέσης για να αξιολογήσει τις διάφορες λειτουργικές διαστάσεις της Νοσηλευτικής Έρευνας συμπεριλαμβανομένης της συναισθηματικής, ενημερωτικής, απτής, στοργικής και θετικής αλληλεπίδρασης. Στην συνέχεια χορηγήσαμε το SAQOL-39g, το οποίο αξιολογεί την υποκειμενική εκτίμηση των ατόμων για τη λειτουργία σε τέσσερις τομείς: σωματικός, ψυχοκοινωνικός, επικοινωνία και ενέργεια. Περιέχει 39 τεμάχια, το καθένα από τα οποία βαθμολογείται σε μία κλίμακα 5 πόντων και παρέχει μία συνολική βαθμολογία και τέσσερις βαθμολογίες τομέων (εύρος βαθμολόγησης από 1 έως 5). Τελικά ολοκληρώσαμε την έρευνά μας με το ερωτηματολόγιο γενικής υγείας GHQ-12 το οποίο ήταν και το λιγότερο συναισθηματικά φορτικό ,με σκοπό την αποφυγή έντονων συγκινησιακών καταστάσεων μετά το πέρας της δεύτερης συνεδρίας. Το Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας GHQ-12 είναι ένα εργαλείο διαλογής για τον εντοπισμό μικρών ψυχιατρικών διαταραχών στον γενικό πληθυσμό και σε κοινοτικά ή μη ψυχιατρικά κλινικά περιβάλλοντα όπως η πρωτοβάθμια φροντίδα ή οι εξωτερικοί ασθενείς των γενικών γιατρών. Είναι κατάλληλο για όλες τις ηλικίες, από τους εφήβους και πάνω (δεν ενδείκνυται για χρήση από παιδιά) και αξιολογεί την τρέχουσα κατάσταση του ερωτώμενου, καλώντας τον να απαντήσει αν αυτή διαφέρει από τη συνήθη κατάσταση του. Για την ολοκλήρωση της έρευνας στην δεύτερη συνεδρία, αξιοποιήσαμε όλο τον χρόνο που είχαμε στην διάθεσή μας έχοντας πάντα ως προτεραιότητα την όσο το λιγότερο συναισθηματική επιβάρυνση των δοκιμαζομένων.

3.4 Εργαλεία

Σε αυτή την ενότητα, παρουσιάζουμε ένα εύρος κλιμάκων μέτρησης που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής, της ποιότητας ζωής που σχετίζεται με την υγεία της κοινωνικής συμμετοχής, της κοινωνικής υποστήριξης και της

συναισθηματικής θλίψης για τα άτομα με αφασία και τις οικογένειές τους. Παρουσιάζουμε με μεγαλύτερη λεπτομέρεια τις κλίμακες μέτρησης που έχουν χρησιμοποιηθεί στην συγκεκριμένη έρευνα σε άτομα με αφασία. Στην επιστημονική βιβλιογραφία συναντάται ένα μεγάλο πλήθος εγκεκριμένων τεστ που χρησιμοποιούνται για να μετρηθεί και να ποσοτικοποιηθεί η ποιότητα ζωής των ασθενών. Ορισμένα από αυτά, τα οποία χρησιμοποιήθηκαν και στα πλαίσια της έρευνας της συγκεκριμένης εργασίας, είναι τα εξής:

Montreal Cognitive Assessment (MoCA)

Η αξιολόγηση της γνωστικής συμπεριφοράς του Μόντρεαλ (MoCA) είναι μια ευρέως χρησιμοποιούμενη αξιολόγηση για την ανίχνευση της γνωστικής εξασθένησης, στην οποία εμπίπτει και η νόσος της αφασίας. Η δοκιμασία Montreal Cognitive Assessment αναπτύχθηκε το 1996 από τον Nasreddine στο Μόντρεαλ του Κεμπέκ, στον Καναδά και στη συνέχεια σταθμίστηκε από τους Chertknow, Phillips, Whitehead, Bergman, Collin, Cummings και Hébert το 2004-2005. Η επιμέλεια – μετάφραση στην Ελληνική γλώσσα, πραγματοποιήθηκε από την Κουντή & Τσολάκη το 2006. Έχει επικυρωθεί για την ανίχνευση της Ήπιας Νοητικής Διαταραχής στους ηλικιωμένους καθώς και την διάκρισή τους από τους φυσιολογικούς (Nasreddine et al., 2005) και έχει υιοθετηθεί κλινικά σε πολλές άλλες περιπτώσεις (Nasreddine et al, 2015).

Η δοκιμασία MoCA είναι ένα τεστ 30 ερωτήσεων μιας σελίδας. Η διάρκεια της δοκιμασίας αυτής κυμαίνεται περίπου στα δέκα (10) λεπτά, γεγονός που εξαρτάται από το νοητικό επίπεδο του εξεταζομένου. Τα διαδοχικά αποτελέσματα διεξαγωγής του τεστ σε πάσχοντες είναι ικανά να δείξουν αν υπάρχει επιδείνωση της ικανότητας επεξεργασίας προτύπων σε έναν ασθενή, καθώς προχωρά από ήπια γνωστική εξασθένηση (MCI) έως σοβαρή νόσο του Alzheimer .

Το MoCA αξιολογεί τους ακόλουθους γνωστικούς τομείς (Mesulam, 2011) :

- Βραχυπρόθεσμη μνήμη:
Η δοκιμασία ανάκλησης βραχυπρόθεσμης μνήμης (5 βαθμοί) περιλαμβάνει δύο επιμέρους δοκιμασίες μάθησης πέντε ουσιαστικών και καθυστερημένης ανάκλησης μετά από περίπου πέντε λεπτά.
- Οπτικο-κατασκευαστικές ικανότητες

Οι οπτικο-κατασκευαστικές ικανότητες αξιολογούνται θέτοντας τον συμμετέχοντα να σχεδιάσει ένα ρολόι (3 βαθμοί) και ένα τρισδιάστατο αντίγραφο κύβου (1 βαθμός).

- Πολλαπλές εκτελεστικές λειτουργίες

Οι πολλαπλές πτυχές των εκτελεστικών λειτουργιών αξιολογούνται χρησιμοποιώντας μια εργασία εναλλαγής προσαρμοσμένη από το έργο B (1 βαθμός), ένα έργο φωνητικής ευελιξίας (1 βαθμός) και μια λεκτική αφαίρεση δύο γραμμάτων – φωνημάτων (2 βαθμοί).

- Προσοχή, συγκέντρωση και μνήμη εργασίας

Η προσοχή, η συγκέντρωση και η μνήμη εργασίας αξιολογούνται χρησιμοποιώντας μια εργασία διαρκούς προσοχής (ανίχνευση στόχου), μια εργασία αφαίρεσης σειρών (3 βαθμοί) και μετακύλιση ψηφίων προς τα εμπρός και προς τα πίσω (1 βαθμό το καθένα).

- Γλώσσα

Η γλώσσα αξιολογείται χρησιμοποιώντας μια δοκιμασία τριών αντικειμένων για την ονομαστική συσχέτιση με ζώα που δεν συναντώνται στο οικείο περιβάλλον του πάσχοντα (λιοντάρι , καμήλα , ρινόκερος, 3 πόντους) και επανάληψης δύο συντακτικά σύνθετων προτάσεων (2 βαθμοί).

- Χρονικός και χωρικός προσανατολισμός

Τέλος, ο προσανατολισμός στον χρόνο και στον χώρο αξιολογείται ζητώντας από τον συμμετέχοντα να καταγράψει την ημερομηνία και την πόλη στην οποία λαμβάνει χώρα η δοκιμασία(6 βαθμοί).

Barthel Index (BI)

Η κλίμακα / δείκτης Barthel (BI) είναι μια κλίμακα που χρησιμοποιείται για τη μέτρηση της απόδοσης στις καθημερινές δραστηριότητες (ADL). Βαθμολογούνται δέκα μεταβλητές που περιγράφουν τις καθημερινές δραστηριότητες και την κινητικότητα. Ο χρόνος που λαμβάνεται και η σωματική βοήθεια που απαιτείται για την εκτέλεση κάθε δοκιμασίας χρησιμοποιούνται για τον καθορισμό της τιμής κάθε αντικειμένου. Ο δείκτης Barthel μετράει το βαθμό αρωγής που απαιτείται από ένα άτομο σε 10 είδη κινητικότητας και αυτονομίας σε καθημερινές δραστηριότητες.

Ο πληθυσμός στον οποίο απευθύνεται το τεστ είναι άτομα:

- Με εγκεφαλικό επεισόδιο
- Με άλλες νευρομυϊκές ή μυοσκελετικές διαταραχές
- Με ογκολογία

Ο χρόνος για τη διεξαγωγή του τεστ είναι 2 - 5 λεπτά και αντίστοιχα, ο χρόνος άμεσης παρατήρησης είναι 20 λεπτά. Οι χρόνοι μπορεί να ποικίλουν ανάλογα με την ανοχή και τις ικανότητες των πελατών (Ross et al, 2013).

Το συγκεκριμένο τεστ είναι απλό στη διαχείριση, ωστόσο απαιτείται μια ενδεδειγμένη κατάρτιση εάν χορηγείται με άμεση παρατήρηση. Έχει αναπτυχθεί σε πολλές μορφές / εκδόσεις που μπορούν να χορηγηθούν σε ποικίλες καταστάσεις και μπορούν να χρησιμοποιηθούν για διαχρονική αξιολόγηση. Το τεστ Barthel περιλαμβάνει 10 προσωπικές δραστηριότητες: τη σίτιση, την εξυπηρέτηση στην τουαλέτα, το λούσιμο, το ντύσιμο, την είσοδο και έξοδο από την τουαλέτα, τον έλεγχο της ουροδόχου κύστης, τον έλεγχο του εντέρου, τη μετακίνηση από την αναπηρική καρέκλα στο κρεβάτι και την επιστροφή, το βάδισμα σε επίπεδη, ανηφορική και κατηφορική επιφάνεια και το βάδισμα σε σκάλες.

Ο αρχικός δείκτης είναι μια κλίμακα ομαδικής βαθμολόγησης τριών σημείων που συμπληρώνεται από έναν θεραπευτή ή κάποιον άλλο παρατηρητή σε 2-5 λεπτά. Κάθε στοιχείο αξιολογείται ως προς το αν ο ασθενής μπορεί να εκτελέσει την εργασία ανεξάρτητα, με κάποια βοήθεια ή εξαρτάται από τη βοήθεια που βασίζεται στην παρατήρηση. Η κλίμακα αξιολόγησης είναι η παρακάτω:

- 0 = πλήρης αδυναμία,
- 1 = ανάγκη βοήθειας
- 2 = πλήρης ανεξαρτησία

Το τελικό σκορ είναι οι βαθμοί που συγκεντρώθηκαν επί 5 για να συγκεντρωθεί ένα άθροισμα με άριστα τους 100 βαθμούς. Οι κατευθυντήριες γραμμές που ακολουθούνται για την ερμηνεία των αποτελεσμάτων του τεστ Barthel είναι οι εξής:

- Βαθμολογία 0-20: αδυναμία για ανεξαρτησία και ανάγκη βοήθειας από άλλους,
- Βαθμολογία 21-60: σοβαρή εξάρτηση από άλλους

- Βαθμολογία 61-90: μέτριος βαθμός εξάρτησης από άλλους, με δυνατότητα για αυτοεξυπηρέτηση
- Βαθμολογία 91-99: ελαφρά εξάρτηση από άλλους, οι περισσότερες λειτουργίες γίνονται άνετα.

Stroke Social Network Scale (SSNS)

Η κοινωνική δικτύωση των ατόμων μετά από ένα εγκεφαλικό επεισόδιο φαίνεται να είναι ευάλωτη. Οι μελέτες που καταλήγουν σε αυτές τις διαπιστώσεις βασίζονται σε ορισμένα εργαλεία που έχουν αναπτυχθεί, όπως είναι το Stroke Social Network Scale ή το Social Support Survey Instrument. Με τα όργανα αυτά, οι ερευνητές έχουν διαπιστώσει ότι οι άνθρωποι χάνουν επαφή με τους φίλους και είναι λιγότερο πιθανό να παρακολουθήσουν ομάδες και σελίδες, συμμετέχοντας σε λιγότερες κοινωνικές δραστηριότητες. Αυτή η μείωση στην ευρύτερη κοινωνική ζωή συνδέεται στη συνέχεια με χειρότερα ψυχολογικά αποτελέσματα. Η κοινωνική απομόνωση και η ύπαρξη μειωμένων επαφών εκτός της άμεσης οικογένειας είναι οι δύο σημαντικότεροι παράγοντες που λειτουργούν ως πρόδρομοι της κατάθλιψης, η οποία συνήθως ξεκινάει μετά από ένα διάστημα 12 μηνών ή παραπάνω (Lata-Caneda et al, 2019).

Η κοινωνική απομόνωση έχει επίσης συνδεθεί με χειρότερα αποτελέσματα φυσικής κατάστασης μετά από εγκεφαλικό επεισόδιο. Συγκεκριμένα για τα άτομα που έχουν αφασία δηλαδή γλωσσικές δυσκολίες, μετά από το εγκεφαλικό επεισόδιο, φαίνεται να διατρέχουν τον κίνδυνο ιδιαίτερα δυσμενών, κοινωνικών αποτελεσμάτων.

Frenchay Aphasia Screening Test (FAST)

Το τεστ FAST (Frenchay Aphasia Screening Test) είναι ένα ανιχνευτικό εργαλείο και σχεδιάστηκε για να παρέχει σε όσους εργάζονται με άτομα με αφασία, αλλά δεν έχουν εκπαιδευτεί στη θεραπεία ομιλίας και γλώσσας, μια σύντομη, απλή και τυποποιημένη μέθοδο αναγνώρισης και μέτρησης του γλωσσικού ελλείμματος. Μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να βοηθήσει στην διαγνωστική ακρίβεια και να δώσει πληροφορίες σχετικά με τις

αποφάσεις διαχείρισης στις οποίες θα μπορούσαν να βασιστούν τα κοντινά πρόσωπα πασχόντων με αφασία.

Το FAST είναι αρκετά απλό στη διαχείριση, μπορεί να χρησιμοποιηθεί με ευκολία και έχει καλή αξιοπιστία ακόμα και όταν χρησιμοποιείται από μη ειδικούς. Υπάρχουν μελέτες που καταδεικνύουν ότι το εργαλείο αυτό μπορεί να εντοπίσει τους ασθενείς με αφασία και να περιγράψει τις αδυναμίες που εκείνη τη στιγμή παρουσιάζουν.

Το FAST χρησιμοποιείται σήμερα εκτενώς, ιδιαίτερα όσο ενισχύεται η πεποίθηση ότι, σε ορισμένες περιπτώσεις, οι διαδικασίες προσυμπτωματικού ελέγχου είναι πολύτιμες. Η δοκιμή έχει σχεδιαστεί για να αξιολογήσει τις εξής τέσσερις πτυχές της γλώσσας που μπορεί να έχουν διαταραχθεί στον ασθενή με αφασία:

1. κατανόηση
2. έκφραση
3. ανάγνωση
4. γραφή.

General Health Questionnaire (GHQ-12)

Το Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας(GHQ-12) είναι ένα εργαλείο διαλογής για τον εντοπισμό μικρών ψυχιατρικών διαταραχών στον γενικό πληθυσμό και σε κοινοτικά ή μη ψυχιατρικά κλινικά περιβάλλοντα όπως η πρωτοβάθμια φροντίδα ή οι εξωτερικοί ασθενείς των γενικών γιατρών. Είναι κατάλληλο για όλες τις ηλικίες, από τους εφήβους και πάνω (δεν ενδείκνυται για χρήση από παιδιά) και αξιολογεί την τρέχουσα κατάσταση του ερωτώμενου, καλώντας τον να απαντήσει αν αυτή διαφέρει από τη συνήθη κατάσταση του. Για το λόγο αυτό και είναι ευαίσθητο σε βραχύχρονες ψυχιατρικές διαταραχές και όχι σε μακρόχρονες που μπορεί να οφείλονται σε παρουσία ψυχολογικού – ψυχιατρικού προβλήματος που δεν έχει ανιχνευθεί στο παρελθόν.

Το Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας επικεντρώνεται σε δύο βασικούς τομείς:

- Στην αδυναμία εκτέλεσης κανονικών λειτουργιών
- Στην εμφάνιση νέων και δυσάρεστων φαινομένων

Διατίθεται στις ακόλουθες εκδόσεις:

- GHQ-60: λεπτομερές ερωτηματολόγιο 60 ερωτήσεων
- GHQ-30: μια σύντομη φόρμα χωρίς ερωτήσεις σχετικά με τη σωματική ασθένεια
- GHQ-28: έκδοση 28 ερωτήσεων με κλιμάκωση. Στην έκδοση αυτή, το ερωτηματολόγιο αξιολογεί τα σωματικά συμπτώματα, το άγχος την αϋπνία, την κοινωνική δυσλειτουργία και την μείζονα κατάθλιψη
- GHQ-12 : Αποτελεί μια γρήγορη, αξιόπιστη και ευαίσθητη σύντομη μορφή - ιδανική για ερευνητικές μελέτες.

Η τελευταία έκδοση είναι και αυτή που χρησιμοποιήθηκε στα πλαίσια της έρευνας της παρούσας εργασίας.

Social Support Survey Instrument (MOS)

Το Social Support Survey Instrument είναι ένα πολυδιάστατο, αυτοδιαχειριζόμενο εργαλείο που καλύπτει και τις πέντε λειτουργίες μιας διαπροσωπικής σχέσης για να αξιολογήσει τις διάφορες λειτουργικές διαστάσεις της Νοσηλευτικής Έρευνας συμπεριλαμβανομένης της συναισθηματικής, ενημερωτικής, απτής, στοργικής και θετικής αλληλεπίδρασης. Η αξιοπιστία και η εγκυρότητα της έρευνας έχει πιστοποιηθεί από τη χρήση του εργαλείου σε ασθενείς με χρόνιες ασθένειες στις Ηνωμένες Πολιτείες. Επειδή οι ψυχομετρικές ιδιότητες εξαρτώνται από το δείγμα, η απόδοση ενός μέτρου σε μια συγκεκριμένη εφαρμογή είναι ιδιαίτερα σημαντική. Για μια περαιτέρω σύγκριση της φύσης και του ρόλου της κοινωνικής υποστήριξης στα αποτελέσματα της υγείας στα έθνη και τους πολιτισμούς, είναι απαραίτητο να καθιερωθεί η εγκυρότητα και η αξιοπιστία του Social Support Survey μεταξύ των ενηλίκων που έχουν διέλθει από εγκεφαλικό επεισόδιο και που πάσχουν από αφασία. Με τη χρήση του εργαλείου αυτού, συνεπώς, μπορούν οι ερευνητές να περιγράψουν τις ψυχομετρικές ιδιότητες σε έναν ευρύτερο πληθυσμό (Nasreddine, 2015).

SAQOL-39g

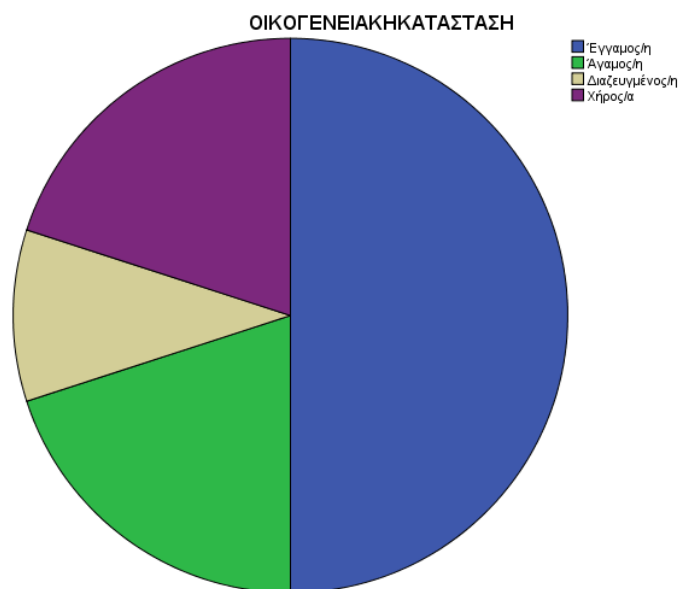
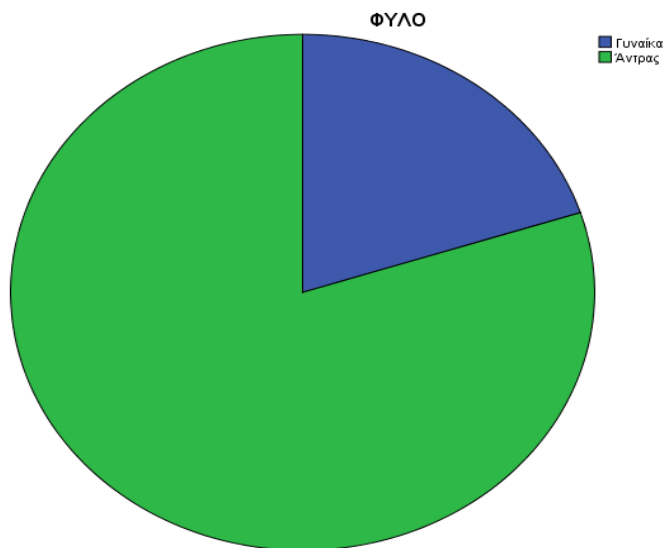
Η κλίμακα SAQOL-39 αναπτύχθηκε μέσω της προσαρμογής της κλίμακας SS-QOL για χρήση σε άτομα με αφασία (Hilari & Bung, 2001). Σχεδιάστηκε από Hilari, Bung, Lamping & Smith, 2003; Hilari et al., 2009. Η αξιοπιστία και η εγκυρότητα της Ελληνική έκδοση έγινε από Efstratiadou et al., 2012. Αξιοποιεί την υποκειμενική εκτίμηση των ατόμων για τη

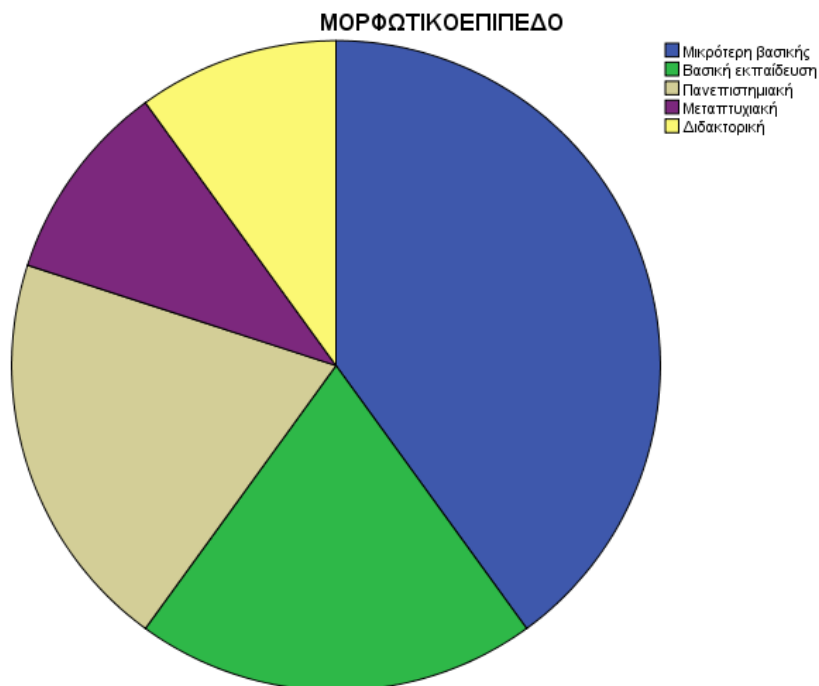
λειτουργία σε τέσσερις τομείς: σωματικός, ψυχοκοινωνικός, επικοινωνία και ενέργεια. Περιέχει 39 τεμάχια, το καθένα από τα οποία βαθμολογείται σε μία κλίμακα 5 πόντων και παρέχει μία συνολική βαθμολογία και τέσσερις βαθμολογίες τομέων (εύρος βαθμολόγησης από 1 έως 5). Η υψηλή βαθμολογία υποδεικνύει καλύτερη ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία. Αυτό το εργαλείο χρησιμοποιήθηκε για να αξιολογηθεί η ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία (HRQL). Η βαθμολογία του SAQOL-39g υπολογίζεται αθροίζοντας τις τιμές των απαντήσεων για όλες τις ερωτήσεις και διαιρώντας το άθροισμα αυτό με τον αριθμό των ερωτήσεων.

Κεφάλαιο 4 : ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

4.1 Δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος

Τα δημογραφικά στοιχεία για τους 10 συμμετέχοντες, απεικονίζονται στα παρακάτω διαγράμματα:





Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων φαίνονται συγκεντρωτικά στους παρακάτω πίνακες:

ΦΥΛΟ		ΠΟΣΟΣΤΟ
Άντρας	8	80,00%
Γυναίκα	2	20,00%
ΣΥΝΟΛΟ	10	100,00%

Οι άντρες της έρευνας ήταν αρκετά περισσότεροι από τις γυναίκες (80% έναντι 20%), κάτι που ήταν αναμενόμενο καθώς οι άντρες έχουν μεγαλύτερη συχνότητα εμφάνισης αφασίας.

ΗΛΙΚΙΑ	
51	51
53	53
59	59
68	68
72	72
74	74
75	75

82	164
89	89

Η ηλικία των συμμετεχόντων, ήταν αρκετά υψηλή, ωστόσο είναι φανερό ότι η έρευνα κατάφερε να καλύψει ικανοποιητικά το ηλικιακό φάσμα, καθώς υπήρχαν συμμετέχοντες σε όλες τις δεκαετίες του εύρους 51 – 89 ετών.

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	ΠΛΗΘΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Άγαμος/η	2	20,00%
Διαζευγμένος/η	1	10,00%
Έγγαμος/η	5	50,00%
Χήρος/α	2	20,00%
ΣΥΝΟΛΟ	10	100,00%

Παρά το μικρό δείγμα της έρευνας, υπήρχαν άτομα όλων των οικογενειακών καταστάσεων, στοιχείο σημαντικό για την αξιοπιστία της έρευνάς. Οι περισσότεροι και μισοί από τους συμμετέχοντες (5 από τους 10) ήταν έγγαμοι.

ΕΤΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ		ΠΟΣΟΣΤΟ%
6	6	4,69%
7	7	5,47%
9	18	14,06%
12	24	18,75%
16	32	25,00%
20	20	15,63%
21	21	16,41%
ΣΥΝΟΛΟ	128	100,00%

Τα έτη εκπαίδευσης ήταν ένας ακόμα παράγοντας όπου υπήρχε ποικιλομορφία, με τους συμμετέχοντες να διακυμαίνονται από απόφοιτους δημοτικού έως κατόχους μεταπτυχιακών ή και διδακτορικών τίτλων σπουδών, εικασία που δικαιολογεί τα 20 και 21 χρόνια εκπαίδευσης.

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ		ΠΟΣΟΣΤΟ%
Δημόσιος τομέας	2	20,00%
Ιδιωτικός τομέας	7	70,00%
Οικιακά (ασχολίες σπιτιού)	1	10,00%
ΣΥΝΟΛΟ	10	100,00%

Η πλειοψηφία του δείγματος εργάζεται στον ιδιωτικό τομέα, με το ποσοστό να αγγίζει το 70%, ένα ποσοστό του 20% απασχολείται στον δημόσιο τομέα και έχουμε και ένα 10% που ασχολείται με οικιακά.

ΕΙΔΟΣ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΥ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟΥ		ΠΟΣΟΣΤΟ%
Αιμοραγικό Α.Ε.Ε	3	30,00%
Ισχαιμικό Α.Ε.Ε	7	70,00%
ΣΥΝΟΛΟ	10	100,00%

Τα ισχαιμικά εγκεφαλικά επεισόδια είναι πιο συνηθισμένα από τα αιμορραγικά, οπότε φυσιολογικά και στο δείγμα μας υπήρχε αντίστοιχη συχνότητα (7 έναντι 3).

ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ		ΠΟΣΟΣΤΟ%
0	0	0,00%
2	4	16,00%
3	21	84,00%
ΣΥΝΟΛΟ	25	100,00%

Η πλειοψηφία των ατόμων του δείγματος παρουσίασαν συννοσηρότητα, κάτι το οποίο θα μπορούσαμε να χαρακτηρίσουμε σύνηθες, δεδομένης της ηλικίας των συμμετεχόντων.

ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΗΝΩΝ ΑΠΟ ΤΟ ΑΕΕ		ΠΟΣΟΣΤΟ%
5	10	12,50%
6	12	15,00%
7	28	35,00%
14	14	17,50%
16	16	20,00%

Για τους περισσότερους συμμετέχοντες (4) καταγράφηκε ότι είχε διέλθει ένα διάστημα 7 μηνών από το εγκεφαλικό επεισόδιο (35%). Για δύο συμμετέχοντες είχε διέλθει διάστημα 5 μηνών (12,50%), για δύο ακόμα, διάστημα 6 μηνών (15%), για ένα συμμετέχοντα είχαν ολοκληρωθεί 14 μήνες μετά το Ε.Ε (17,50%) και για έναν ακόμα 16 μήνες μετά το Ε.Ε (20%).

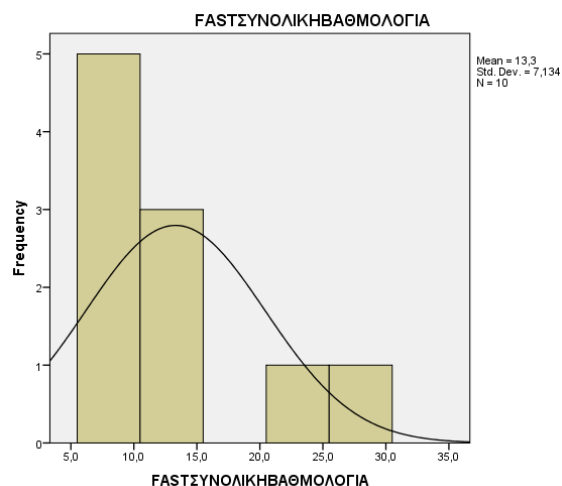
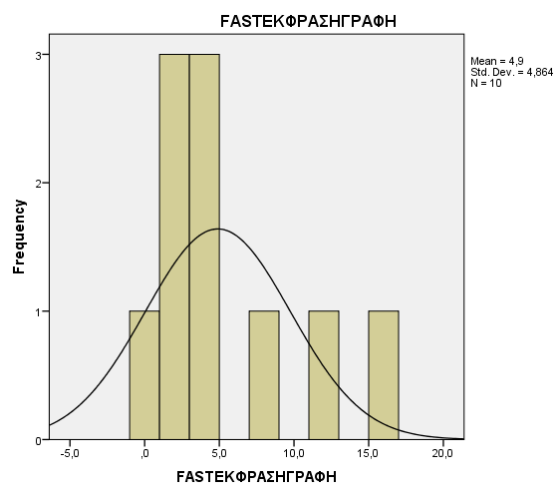
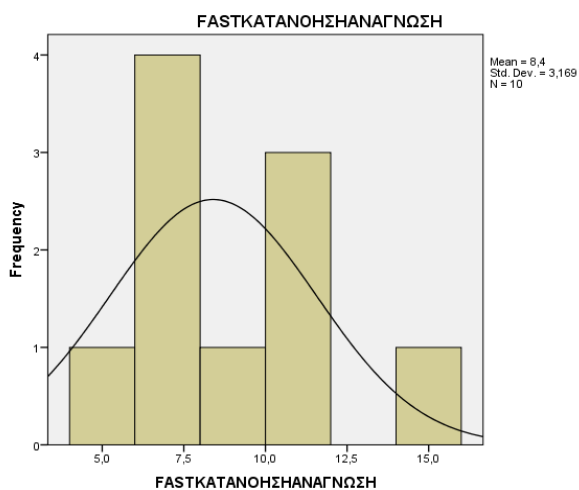
4.2 Περιγραφική στατιστική

Συνεχίζοντας, με την περιγραφική στατιστική της έρευνας μας, στον παρακάτω πίνακα φαίνονται συγκεντρωτικά η μέση τιμή, η τυπική απόκλιση και το εύρος κάθε εργαλείου που χρησιμοποιήθηκε.

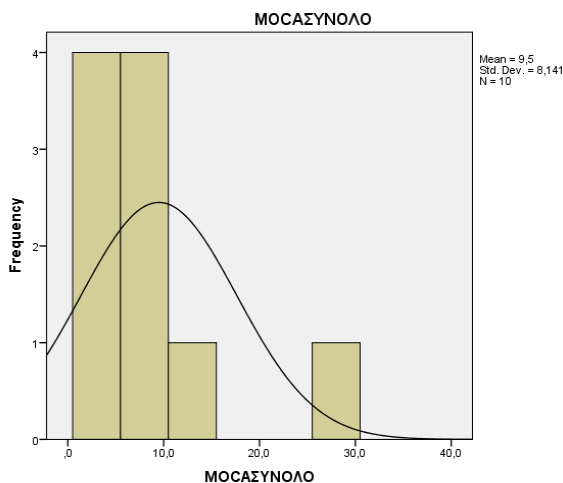
Τεστ	N	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση	Εύρος Τιμών
FAST Κατανόηση	10	8.4	3.2	0-15
FAST Έκφραση	10	4.9	4.86	0-20
FAST Συνολική Βαθμολογία	10	13.3	7.13	0-35
MoCA	10	9.5	8.14	0-30
Barthel Index (BI)	10	34	33.4	0-100
GHQ-12	10	7.9	1.79	0-12
SAQOL-39g Physical	10	2.12	0.72	0-39
SAQOL-39g Communication	10	2.31	0.59	0-39
SAQOL-39g Psychosocial	10	2.07	0.59	0-39
SAQOL-39g Mean Score	10	2.12	0.48	0-39
SSNS CH	10	54.1	28.4	0-100
SSNS REL	10	38.6	23.5	0-60
SSNS FR	10	26.6	11.3	0-50
SSNS SAT	10	51.2	14.8	0-80
SSNS GR	10	28.1	24.9	0-100
SSNS OVS	10	42,2	12.1	0-60

MOS EM	10	2.6	0.52	0-35
MOS TANG	10	4.7	0.94	0-60
MOS AD	10	2.7	0.82	0-45
MOS AF	10	2.8	0.72	0-40
MOS POS	10	2.6	0.77	0-45
MOS OVS	10	3.0	0.58	0-40

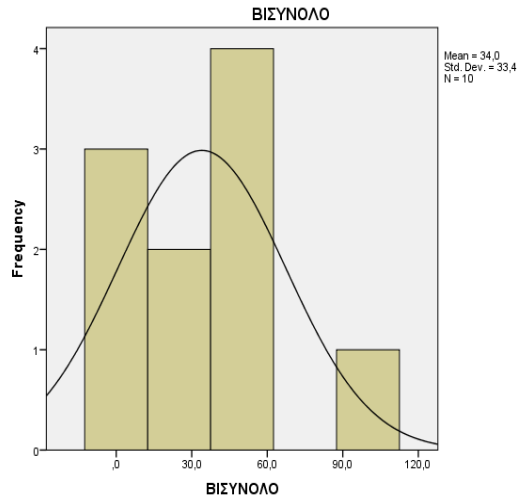
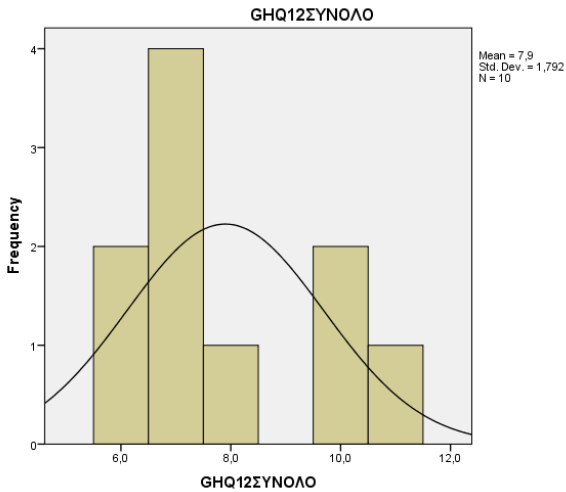
Πιο αναλυτικά, όπως φαίνεται από τα διαγράμματα του FAST, μόνο ένας από τους 10 συμμετέχοντες απάντησε σωστά σε όλες τις ερωτήσεις της κατηγορίας Κατανόησης και Ανάγνωσης, με τη μέση τιμή να είναι λίγο πάνω από τις 8 σωστά απαντημένες ερωτήσεις, από τις 15 του συνόλου, δηλαδή οριακά παραπάνω από τις μισές. Λιγότερο καλά ήταν τα αποτελέσματα των ερωτηθέντων στις απαντήσεις της κατηγορίας Έκφραση - Γραφή, όπου η μέση τιμή ήταν 4,9, επί συνόλου 20 ερωτήσεων, με μόνο δύο συμμετέχοντες να απαντούν σωστά σε πάνω από τις μισές ερωτήσεις, δηλαδή πάνω από 10. Ως εκ τούτου, χαμηλή ήταν η συνολική βαθμολογία του τεστ FAST, με τους μισούς συμμετέχοντες να συγκεντρώνουν βαθμολογία κάτω από 10 / 35. Αξίζει να αναφερθεί ότι το σκορ της συνολικής βαθμολογίας ακολουθεί πολύ ικανοποιητικά την καμπύλη της κανονικής κατανομής, στα σκορ 10 έως 35.



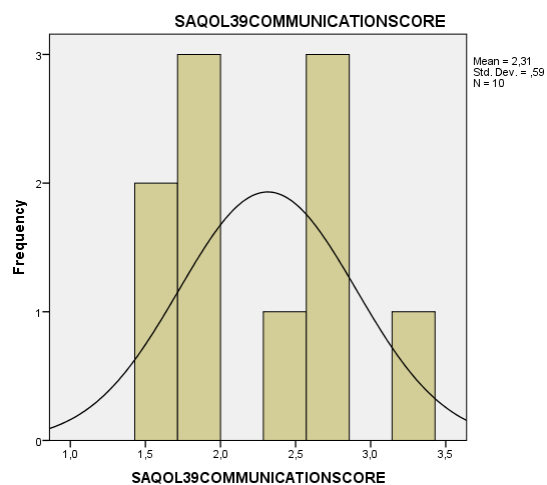
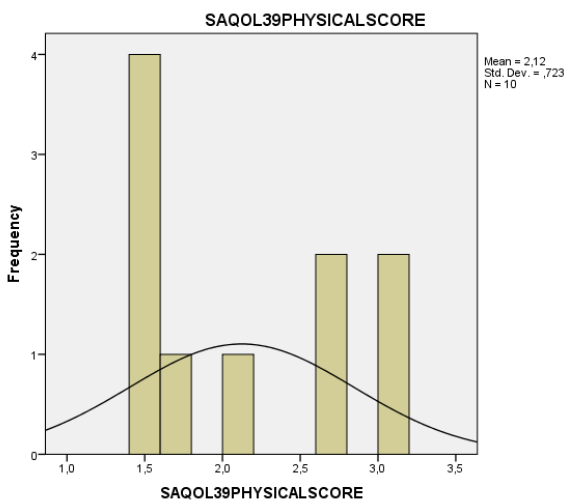
Συνεχίζοντας με το MOCA το οποίο αξιολογεί την γενικευμένη γνωστική λειτουργία του ασθενούς μετά το εγκεφαλικό, παρατηρήθηκε όπως αναμενόταν χαμηλά αποτελέσματα, καθώς το 80% των ερωτηθέντων δεν συγκέντρωσε σκορ πάνω από 25%.

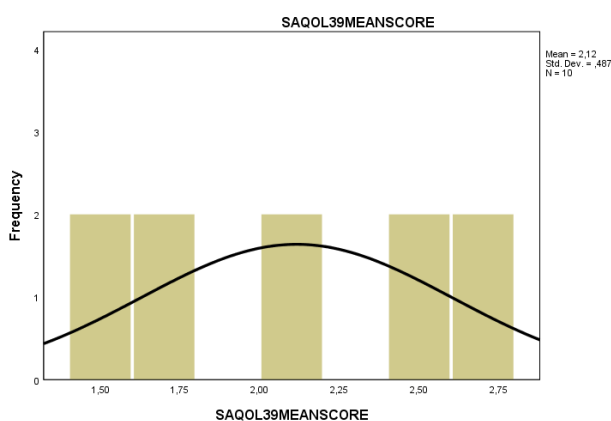
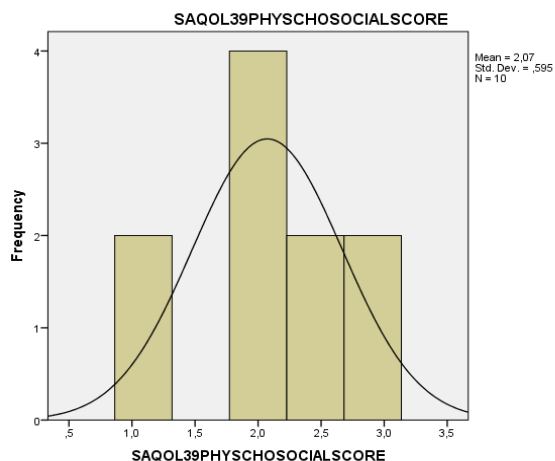


Αρκετά παρεμφερή είναι μεταξύ τους τα αποτελέσματα του Ερωτηματολογίου Γενικής Υγείας (GHQ-12) και του Barthel Index (BI), παρόλο που το πρώτο προσανατολίζεται σε ερωτήσεις που αφορούν τη λειτουργικότητα του ασθενούς ενώ το δεύτερο την απόδοση στις καθημερινές δραστηριότητες και κατά πόσο ο ασθενής μπορεί να είναι αυτόνομος μετά το νοσοκομείο. Οι απαντήσεις στα δύο τεστ ακολουθούν σχετικά καλά την κανονική κατανομή, με μόνη σημαίνουσα διαφορά στις μεσαίες τιμές, όπου στο Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας οι απαντήσεις που κυμάνθηκαν εκεί ήταν ελάχιστες (μόλις μία από τις 10) ενώ αντίθετα, στο BI οι απαντήσεις στις μεσαίες τιμές ήταν (34).

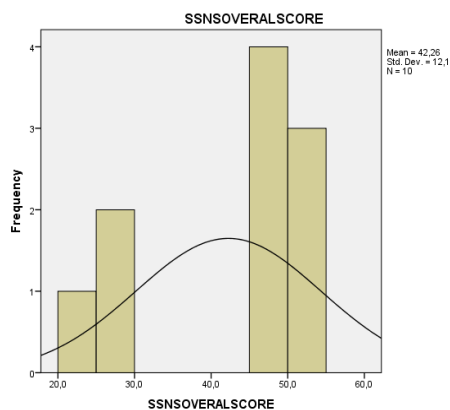
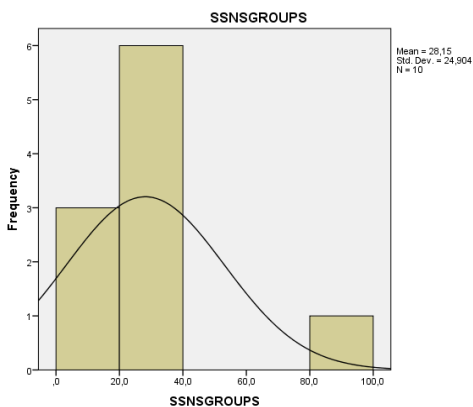
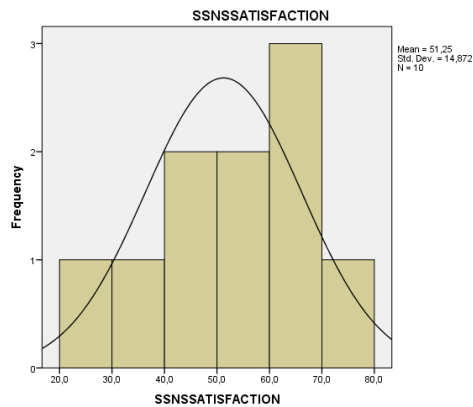
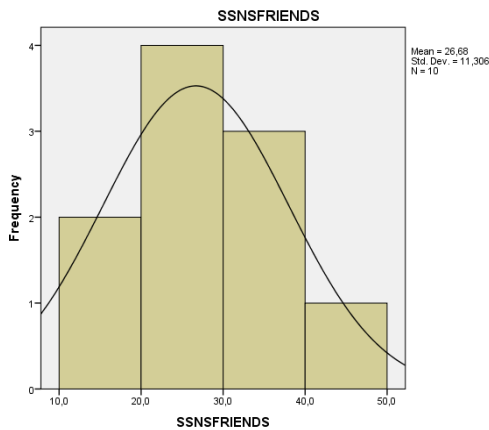
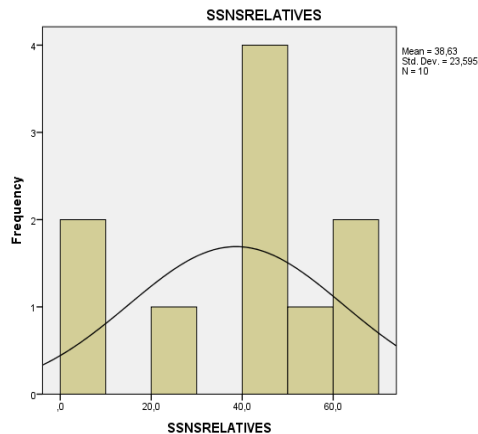
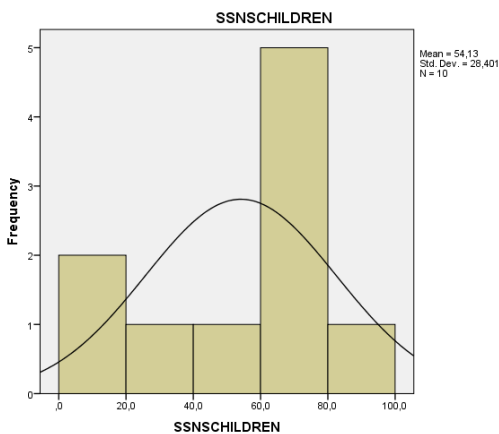


Προχωρώντας στο τεστ που μετράει την ποιότητα ζωής των ατόμων με αφασία, δηλαδή στο SAQOL – 39g, ενδιαφέρον έχει η ποικιλία αποτελεσμάτων που υπάρχει μεταξύ των επιμέρους υπο - δοκιμασιών του ερωτηματολογίου. Η πρώτη δοκιμασία μετράει την κινητικότητα των ερωτηθέντων και έδειξε μοιρασμένα αποτελέσματα, μέση τιμή (2,12) και τυπική απόκλιση (0,72) που πιθανότατα δεν είναι αντιπροσωπευτικά για μια γενίκευση σε μεγαλύτερο πληθυσμό. Αντίθετα, οι ερωτήσεις που αφορούν την ικανότητα επικοινωνίας των ατόμων, ακολουθούν πιο ικανοποιητικά την κανονική κατανομή, παρουσιάζοντας μικρότερη τυπική απόκλιση (0,59), όπως επίσης και οι ερωτήσεις που αφορούσαν τη φυσικοκοινωνική λειτουργικότητα των ατόμων, που είχαν ακριβώς ίδια τυπική απόκλιση (0,59) με την κατανομή του δείγματος να πλησιάζει ακόμα περισσότερο την κανονική κατανομή.



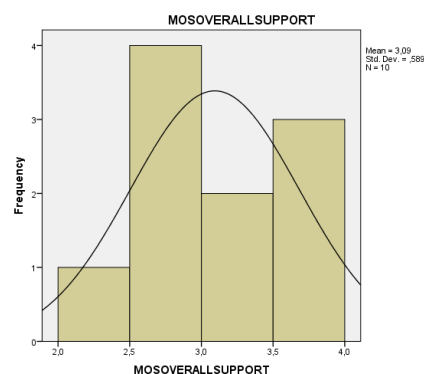
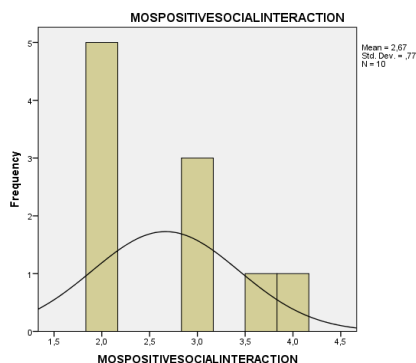
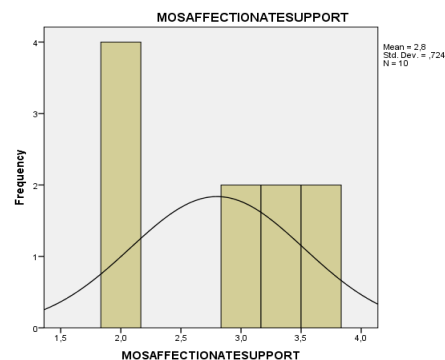
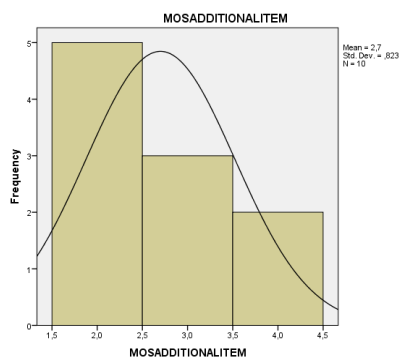
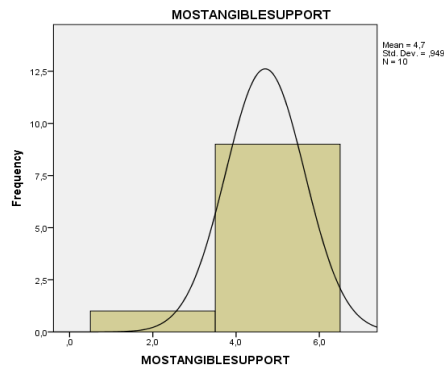
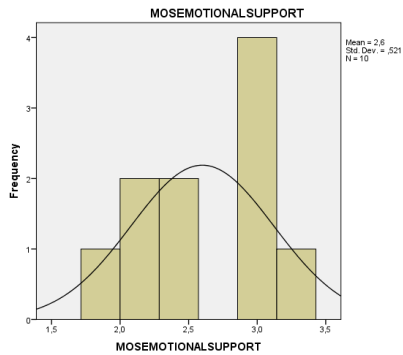


Το τεστ SSNS σχετίζεται με την κοινωνική δικτύωση των ατόμων μετά το εγκεφαλικό, δηλαδή τις σχέσεις με τον κοινωνικό περίγυρο, με την απουσία αυτού να επιδρά καταλυτικά στην ψυχολογική κατάσταση των ασθενών. Όπως βλέπουμε, η σύγκριση των τριών πινάκων για τα παιδιά, τους συγγενείς και τους φίλους τους, συμφωνεί με το αρκετά αναμενόμενο εύρημα, ότι δηλαδή συχνότερη επικοινωνία υπάρχει πρώτα με τα παιδιά με την μέση τιμή να είναι (54,1) και τυπική απόκλιση (28,4), έπειτα με τους συγγενείς με μέση τιμή (38,6) και τυπική απόκλιση (23,5), ακόμα μικρότερη με τους φίλους, με μέση τιμή (26,6) και τυπική απόκλιση (11,3). Ειδικά στην τελευταία μέτρηση, εντύπωση προκαλεί η ιδιαίτερα μικρή τυπική απόκλιση (λίγο πάνω από 11). Η κατάσταση των ατόμων όπως φάνηκε και από το τεστ FAST, δεν τους επιτρέπει να ενταχθούν εύκολα σε κάποια δραστηριότητα, με μόλις έναν συμμετέχοντα να έδωσε ικανοποιητικές απαντήσεις. Στην υπο - κατηγορία του SSNS για τις ομάδες βλέπουμε πως η μέση τιμή φτάνει στο (28,1) και η τυπική απόκλιση στο (24,9). Από όλα τα παραπάνω, παρατηρούμε ότι η ικανοποίηση που νιώθουν από τις συνθήκες της ζωής τους παρουσιάζει μέση τιμή (51,2) και τυπική απόκλιση (14,8). Φαίνεται λοιπόν πως η επικοινωνία με τους οικείους τους σε συνδυασμό με την λειτουργικότητά τους μετά από το κρίσιμο επεισόδιο, τους κάνει να νοιώθουν μετρίως ικανοποιημένοι από τη ζωή τους. Το συνολικό σκορ του SSNS τεστ, ακολουθεί την κανονική κατανομή, με μικρή τυπική απόκλιση (12,1) και μέση τιμή (42,2), παρόλη την απουσία δειγμάτων που βρίσκονται στη μέση τιμή, τα οποία πιθανόν να υποδηλώνουν την ανεπάρκεια του δείγματος για τις ανάγκες του τεστ.



Οι απαντήσεις που αφορούν τη συναισθηματική στήριξη των ατόμων με αφασία, δείχνουν τυπική απόκλιση στο (0,52) και μέση τιμή στο (2,6). Οι ερωτήσεις που αφορούν την απτή στήριξη των ατόμων, παρουσιάζουν μέση τιμή (4,7) και τυπική απόκλιση (0,94). Οι απαντήσεις που αφορούν το Additional Item δείχνουν πως η τυπική απόκλιση είναι (0,82) με την μέση τιμή (2,7). Λιγότερα συμπεράσματα μπορεί να προκύψουν από τις ερωτήσεις του σετ Affectionate Support και Positive Social Interaction, που αν και λίγες για να θεωρηθεί

κάτι έγκυρο, υπάρχει ένα ίχνος κανονικότητας και στα δύο, με τυπική απόκλιση στο πρώτο είναι (0,72) με μέση τιμή (2,8), η τυπική απόκλιση στο δεύτερο είναι (0,77) και η μέση τιμή στο (2,67), όπως μπορούμε να διαπιστώσουμε από τα αντίστοιχα γραφήματα, τα συνολικά αποτελέσματα, ήταν όπως αναμενόταν από τις επιμέρους υπο - κατηγορίες του τεστ τέτοια ώστε να έχουν μέση τιμή (3,09) και τυπική απόκλιση (0,58).



4.3 Συσχετίσεις

Α. Συσχετίσεις των δημογραφικών στοιχείων μεταξύ τους:

		ΦΥΛΟ	ΗΛΙΚΙΑ	ΟΙΚ. ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	ΜΟΡΦΩΣΗ	ΕΤΗ ΕΚΠ.	ΕΠΑΓΓ.	ΕΙΔΟΣ Ε. Ε.	ΣΥΝΝΟΣΗΡΟ ΤΗΤΑ	ΜΗΝΕΣ ΑΙΟ ΤΟ Α. Ε.
ΦΥΛΟ	Correlation Coefficient	1,000	-,131	-,748*	,090	,220	-,538	- ,764*	,161	-,181
	Sig. (2-tailed)		,718	,013	,804	,542	,109	,010	,656	,617
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10
ΗΛΙΚΙΑ	Correlation Coefficient	-,131	1,000	-,238	-,657*	-,721*	,180	-,152	-,541	,388
	Sig. (2-tailed)	,718		,507	,039	,019	,618	,674	,106	,268
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	Correlation Coefficient	-,748*	-,238	1,000	,362	,223	,366	,857*	-,205	,064
	Sig. (2-tailed)	,013	,507		,304	,535	,298	,002	,570	,860
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10
ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ	Correlation Coefficient	,090	- ,657*	,362	1,000	,972**	-,292	,197	,070	-,170
	Sig. (2-tailed)	,804	,039	,304		,000	,413	,585	,848	,639
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10
ΕΤΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ	Correlation Coefficient	,220	-,721*	,223	,972**	1,000	-,340	,077	,170	-,133
	Sig. (2-tailed)	,542	,019	,535	,000		,336	,833	,638	,713
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	Correlation Coefficient	-,538	,180	,366	-,292	-,340	1,000	,516	-,472	,622
	Sig. (2-tailed)	,109	,618	,298	,413	,336		,126	,168	,055
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10
ΕΙΔΟΣ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΥ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟΥ	Correlation Coefficient	- ,764*	-,152	,857**	,197	,077	,516	1,000	0,000	0,000
	Sig. (2-tailed)	,010	,674	,002	,585	,833	,126		1,000	1,000
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10

		ΦΥΛΟ	ΗΛΙΚΙΑ	ΟΙΚ. ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	ΜΟΡΦΩΣΗ	ΕΤΗ ΕΚΠ.	ΕΠΑΓΓ.	ΕΙΔΟΣ Ε. Ε.	ΣΥΝΝΟΣΗΡΟ ΤΗΤΑ	ΜΗΝΕΣ ΑΠΟ ΤΟ Α. Ε.
ΣΥΝΝΟΣΗΡΟ ΤΗΤΑ	Correlation Coefficient	,161	-,541	-,205	,070	,170	-,472	0,000	1,000	-,735*
	Sig. (2-tailed)	,656	,106	,570	,848	,638	,168	1,000		,015
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10
ΜΗΝΕΣ ΑΠΟ ΤΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ	Correlation Coefficient	-,181	,388	,064	-,170	-,133	,622	0,000	-,735*	1,000
	Sig. (2-tailed)	,617	,268	,860	,639	,713	,055	1,000	,015	0,335
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10

Η συσχέτιση του φύλου με τα υπόλοιπα δημογραφικά στοιχεία αποκαλύπτει μια σημαντική συσχέτιση με την οικογενειακή κατάσταση (0,74) και το είδος του εγκεφαλικού επεισοδίου (0,76) με όλα τα υπόλοιπα δημογραφικά στοιχεία να φαίνονται ως ανεξάρτητα. Η συσχέτιση του φύλου ήταν αναμενόμενη, λόγω του ότι οι περισσότεροι συμμετέχοντες ήταν άνδρες. Η ηλικία φαίνεται να έχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μόνο με τη μόρφωση (0,65*) και ακόμα περισσότερο, με τα έτη εκπαίδευσης (0,72*). Η οικογενειακή κατάσταση έχει πολύ μεγάλη συσχέτιση με το είδος του εγκεφαλικού επεισοδίου (0,85**), ενώ επίσης σημαντική αλλά με μονό αστέρι (0,74*), ήταν η συσχέτιση με το φύλο. Πέρα από τη συσχέτιση μεταξύ μορφωτικού επιπέδου και μόρφωσης (0,97**) αναφέρεται και συσχέτιση μεταξύ της ηλικίας, (0,65*). Τα έτη εκπαίδευσης έχουν υψηλή συσχέτιση με τη μόρφωση (0,97**) και με την ηλικία (0,72*). Το επάγγελμα, λόγω της ποικιλομορφίας που παρουσίασε, δεν έδειξε για το δείγμα της έρευνάς μας κάποια σημαντική συσχέτιση με τους υπόλοιπους δημογραφικούς παράγοντες, με όλες τις συσχετίσεις να είναι κάτω από 0,62. Το είδος του εγκεφαλικού επεισοδίου φάνηκε ότι συσχετίζεται σημαντικά με το φύλο (0,76*) αλλά πολύ περισσότερο με την οικογενειακή κατάσταση (0,85**). Η μόνη σημαντική συσχέτιση που προκύπτει για τους παράγοντες της συννοσηρότητας και των ετών που παρήλθαν από το εγκεφαλικό επεισόδιο σε σχέση με τους υπόλοιπους δημογραφικούς παράγοντες είναι η μεταξύ τους σχέση (0,73*), όπως απεικονίζεται από τους δύο τελευταίους πίνακες.

Β. Συσχέτιση του κάθε εργαλείου με τα δημογραφικά στοιχεία

		ΦΥΛΟ	ΗΛΙΚΙΑ	ΟΙΚ. ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	ΜΟΡΦΩΣΗ	ΕΤΗ ΕΚΠ.	ΕΠΑΓΓ.	ΕΙΔΟΣ Ε. Ε.	ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤ ΗΤΑ	ΜΗΝΕΣ ΑΠΟ ΤΟ Α. . Ε.
FAST ΚΑΤΑΝΟΗΣΗ ΑΝΑΓΝΩΣΗ	Correlation Coefficient	,151	-,545	-,143	,599	,631	,323	-,138	,184	-,333
	Sig. (2-tailed)	,686	,101	,724	,063	,039	,388	,605	,476	,403
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10
FAST ΕΚΦΡΑΣΗ ΓΡΑΦΗ	Correlation Coefficient	,175	-,497	-,113	,623	,617	,297	-,145	,175	-,426
	Sig. (2-tailed)	,639	,133	,744	,042	,063	,399	,623	,484	,312
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10
FAST ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ	Correlation Coefficient	,171	-,502	-,123	,568	,612	-,313	-,158	,196	-,326
	Sig. (2-tailed)	,635	,133	,757	,074	,065	,396	,593	,464	,415
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10
MoCA ΣΥΝΟΛΟ	Correlation Coefficient	,177	-,509	-,112	,588	,602	-,289	-,193	,262	-,291
	Sig. (2-tailed)	,625	,133	,757	,074	,065	,418	,593	,464	,415
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10
BI ΣΥΝΟΛΟ	Correlation Coefficient	,398	-,238	-,083	,476	,466	-,129	-,424	-,422	,153
	Sig. (2-tailed)	,255	,508	,820	,164	,175	,722	,222	,224	,672
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10
GHQ12 ΣΥΝΟΛΟ	Correlation Coefficient	,090	-,259	,122	-,023	-,029	,537	,276	-,047	,013
	Sig. (2-tailed)	,804	,470	,738	,950	,938	,110	,440	,898	,971
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10
SAQOL39 MEAN SCORE	Correlation Coefficient	,348	,292	-,462	-,283	-,232	,434	-,342	-,405	,478
	Sig. (2-tailed)	,324	,413	,179	,428	,518	,210	,334	,246	,162
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10
		ΦΥΛΟ	ΗΛΙΚΙΑ	ΟΙΚ. ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	ΜΟΡΦΩΣΗ	ΕΤΗ ΕΚΠ.	ΕΠΑΓΓ.	ΕΙΔΟΣ Ε. Ε.	ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤ ΗΤΑ	ΜΗΝΕΣ ΑΠΟ ΤΟ Α. . Ε.
SAQOL39 PHYSICAL	Correlation Coefficient	,307	,439	-,338	-,108	-,142	,200	-,422	,669*	,445

SCORE										
	Sig. (2-tailed)	,388	,205	,339	,767	,696	,579	,225	,034	,198
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10
SAQOL39 COMMUNICAT ION SCORE	Correlation Coefficient	,044	-,252	-,299	,162	,185	,166	-,230	,091	-,016
	Sig. (2-tailed)	,904	,483	,401	,655	,609	,646	,523	,803	,965
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10
SAQOL39 PHYSCHOSOCI AL SCORE	Correlation Coefficient	,087	,116	-,042	-,322	-,282	,624	,267	-,113	,281
	Sig. (2-tailed)	,810	,750	,907	,364	,430	,054	,456	,757	,432
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10
MOS EMOTIONAL SUPPORT	Correlation Coefficient	,181	-,145	-,395	-,147	-,054	,463	0,000	,210	,163
	Sig. (2-tailed)	,617	,689	,258	,685	,882	,178	1,000	,560	,652
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10
MOS TANGIBLE SUPPORT	Correlation Coefficient	-,167	,524	-,125	-,542	-,527	,574	,218	-,215	,482
	Sig. (2-tailed)	,645	,120	,732	,105	,117	,083	,545	,551	,158
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10
MOS AFFECTIONAT E SUPPORT	Correlation Coefficient	,272	-,038	-,549	-,321	-,217	,421	-,237	,140	,164
	Sig. (2-tailed)	,447	,917	,100	,365	,548	,225	,509	,699	,651
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10
MOS POSITIVE SOCIAL INTERACTION	Correlation Coefficient	,471	-,059	-,599	-,095	,053	,203	-,288	,170	,218
	Sig. (2-tailed)	,170	,871	,067	,793	,885	,575	,420	,638	,545
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10
		ΦΥΛΟ	ΗΛΙΚΙΑ	ΟΙΚ. ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	ΜΟΡΦΩΣΗ	ΕΘΝ.ΕΚΠ.	ΕΙΔΑΓΓ.	ΕΙΔΟΣ Ε. Ε.	ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤ ΗΤΑ	ΜΗΝΕΣ ΑΙΟ ΤΟ Α. Ε.
MOS ADDITIONAL	Correlation Coefficient	,472	-,254	-,403	,348	,425	-,089	-,289	,134	-,038

ITEM										
	Sig. (2-tailed)	,168	,479	,248	,324	,221	,806	,419	,712	,918
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10
MOS OVERALL SUPPORT	Correlation Coefficient	,175	,049	-,415	-,196	-,101	,477	-,038	,068	,300
	Sig. (2-tailed)	,629	,894	,233	,588	,781	,163	,917	,853	,400
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10
SSNS RELATIVES	Correlation Coefficient	,569	-,113	-,652*	-,459	-,354	-,320	-,612	,441	-,399
	Sig. (2-tailed)	,086	,756	,041	,182	,316	,367	,060	,202	,253
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10
SSNS SATISFACTIO N	Correlation Coefficient	,437	-,665*	-,085	,177	,233	-,293	-,038	,631	-,688*
	Sig. (2-tailed)	,207	,036	,816	,625	,517	,411	,917	,050	,028
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10
SSNS CHILDREN	Correlation Coefficient	- ,175	,116	-,065	-,458	-,512	,473	,305	,203	-,265
	Sig. (2-tailed)	,629	,750	,858	,183	,130	,167	,392	,574	,459
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10
SSNS FRIENDS	Correlation Coefficient	,088	,135	-,216	-,576	-,603	,109	-,229	0,000	-,225
	Sig. (2-tailed)	,810	,711	,549	,081	,065	,764	,524	1,000	,532
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10
SSNS GROUPS	Correlation Coefficient	- ,199	-,376	,555	,616	,567	-,009	,261	-,257	,122
	Sig. (2-tailed)	,581	,285	,096	,058	,087	,981	,467	,473	,736
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10
SSNS OVERAL SCORE	Correlation Coefficient	,261	-,219	-,273	-,403	-,355	,225	-,038	,360	-,321
	Sig. (2-tailed)	,466	,544	,445	,248	,314	,532	,917	,307	,366
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10

Τα αποτελέσματα του τεστ FAST δεν παρουσιάζουν κάποια στατιστικά σημαντική συσχέτιση με οποιονδήποτε εκ των δημογραφικών παραγόντων, κάτι το οποίο μπορεί να οφείλεται στο μικρό μέγεθος του δείγματος της έρευνας. Δεν αναδείχθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των δημογραφικών παραγόντων και του συνολικού σκορ του τεστ SAQOL - 39, καθώς καμία δεν ήταν σε καθαρή τιμή, πάνω από 0,5. Το Physical Score του SAQOL - 39 έχει σημαντική συσχέτιση με τη συννοσηρότητα (0,669*) κάτι που είναι λογικό, αφού οι περισσότεροι από τους ασθενείς με συννοσηρότητα έχουν μεγαλύτερα

κινητικά προβλήματα, τα οποία διερευνώνται στον συγκεκριμένο τομέα του SAQOL - 39. Το σκορ στις επικοινωνιακές δεξιότητες του SAQOL39 δεν εμφανίζει στατιστικά σημαντική συσχέτιση με κανέναν από τους δημογραφικούς παράγοντες, καθώς δεν υπάρχει τιμή που να πλησιάζει τη σημαντικότητα 0.5 (όλες είναι κάτω από 0.3). Το σκορ στις κοινωνικο ψυχολογικές δεξιότητες του SAQOL39 επίσης δεν εμφανίζει στατιστικά σημαντική συσχέτιση με κάποιον δημογραφικό παράγοντα, σύμφωνα με τον πίνακα Spearman. Οι επιμέρους συνιστώσες αλλά και αναμενόμενα, το τελικό σκορ του τεστ MOS, δεν έχουν καμία στατιστικά σημαντική συσχέτιση με τους δημογραφικούς παράγοντες, όπως φαίνεται στους πίνακες. Στατιστικά σημαντική συσχέτιση (-0,652*) βρέθηκε μεταξύ του δημογραφικού παράγοντα της οικογενειακής κατάστασης και της πτυχής SSNS Relatives, η οποία είναι αναμενόμενη λόγω της εγγενούς σχέσης των δύο στοιχείων. Σε μια άλλη πτυχή του τεστ SSNS, που μετράει την ικανοποίηση, βρέθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ δύο δημογραφικών παραγόντων, της ηλικίας (-0,655*) και των ετών από το εγκεφαλικό επεισόδιο (-0,688*). Αυτό είναι λογικό, καθώς όσο νεότεροι και όσο περισσότεροι μήνες απόστασης χωρίζουν τον ασθενή από το εγκεφαλικό επεισόδιο η ζωή έχει επανέλθει πιο κοντά στα φυσιολογικά επίπεδα, με αποτέλεσμα την υψηλότερη ικανοποίηση. Όλες οι υπόλοιπες πτυχές του τεστ SSNS δεν έχουν κάποια στατιστικά σημαντική συσχέτιση με τους δημογραφικούς παράγοντες, όπως φαίνεται από τους επόμενους πίνακες. Τέλος, τα τρία τελευταία τεστ, BI, MOCA και GHQ-12, δεν έχουν στατιστικά σημαντική συσχέτιση με οποιονδήποτε εκ των δημογραφικών παραγόντων, κάτι το οποίο μπορεί να οφείλεται στο μικρό μέγεθος του δείγματος της έρευνας.

4.4 Συσχέτιση του κάθε εργαλείου σε σχέση με τα υπόλοιπα:

	SAQOL39	SSNS	BI	MOCA	GHQ	MOS
FAST ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ	-,142	-,234	,300	,859**	,125	,093
FAST ΚΑΤΑΝΟΗΣΗ ΑΝΑΓΝΩΣΗ	-,257	-,182	,118	,608	,186	,091
FAST ΕΚΦΡΑΣΗ ΓΡΑΦΗ	-,250	-,244	,276	,533	-,215	-,324

Σε αυτό το σημείο δε θα γίνει συσχέτιση μόνο του τελικού αποτελέσματος του κάθε τεστ με τα τελικά αποτελέσματα των υπολοίπων, δηλαδή τα επιμέρους τμήματα θα αναλυθούν σε σχέση και με τα άλλα τεστ, καθώς κάποιο από αυτά, όπως το τεστ MOCA με το FAST ίσως να μπορεί να υποκαταστήσει ικανοποιητικά ορισμένες υποκατηγορίες του αντίστοιχου εργαλείου. Η συνολική βαθμολογία του τεστ FAST έχει στατιστικά πολύ σημαντική συσχέτιση με το τεστ MOCA (0,859 με διπλό αστέρι), το οποίο δείχνει ότι τα δύο τεστ μπορούν να λειτουργήσουν ως υποκατάστατα το ένα του άλλου, ακριβώς γιατί το FAST περιέχει υποκατηγορίες δοκιμασιών (FAST κατανόηση-ανάγνωση), οι οποίες μετράνε το επίπεδο της κατανόησης των δοκιμαζομένων όπως και το τεστ MOCA. Το εύρημα αυτό

είναι ακόμα πιο ενδιαφέρον, δεδομένου ότι οι επιμέρους συνιστώσες του FAST τεστ δεν έχουν στατιστικά σημαντική συσχέτιση με το MOCA, αλλά ούτε και με κάποιο άλλο από τα υπόλοιπα τεστ.

	FAST	SSNS	BI	MOCA	GHQ	MOS
SAQOL39 PHYSICAL SCORE	-,211	-,190	,630	,221	,213	,322
SAQOL39 COMMUNICATION SCORE	,575	,098	,429	,742*	,286	,546
SAQOL39 PSYCHOSOCIAL SCORE	-,275	,541	-,167	-,296	,811**	,698*
SAQOL39 MEANSORE	-,142	,176	,419	,185	,560	,760*

Η υπο – δοκιμασία του τεστ SAQOL – 39 που εξετάζει τις επικοινωνιακές ικανότητες των ασθενών παρατηρούμε ότι έχει μεγάλη συσχέτιση με το MOCA (0,74*). Επίσης, με δύο άλλα τεστ υπάρχει σημαντική στατιστικά συσχέτιση μιας άλλης πτυχής του τεστ SAQOL – 39, αυτής που αξιολογεί την ψυχοκοινωνική συμπεριφορά. (0,69*) τιμή Spearman έχει η συσχέτισή της με το MOS τεστ και ακόμα πιο σημαντική συσχέτιση υπάρχει με το Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας, (0,81**). Γεγονός που δεν προκαλεί εντύπωση, λόγω του αμέσως προηγούμενου πίνακα, είναι ότι το συνολικό σκορ του SAQOL -39 έχει σημαντική συσχέτιση με το MOS (0,76*) αντίθετα με τα άλλα τεστ που δεν έχει τέτοια συσχέτιση. Το ίδιο ισχύει και για όλα τα τελευταία επιμέρους τμήμα ερωτήσεων του τεστ (Physical Score), καθώς όπως προκύπτει από τον παρακάτω πίνακα, δεν σημειώνεται κάποια άλλη στατιστικά σημαντική συσχέτιση.

	FAST	SAQOL39	BI	MOCA	GHQ	MOS
BI ΣΥΝΔΑΘ	-,034	,365	-,330	-,046	,653*	,343
SSNS CHILDREN	,419	-,258	,606	,221	-,037	
SSNS FRIENDS	-,498	-,030	-,158	-,449	,130	-,187
SSNS RELATIVES	-,223	,122	-,068	-,077	,044	,040
SSNS GROUPS	,190	-,451	,317	,032	-,083	-,470

SSNS SATISFACTION	,333	-,055	,111	,281	,552	,055
SSNS OVERAL SCORE	-,234	,176	-,258	-,252	,573	,322

Η μόνη στατιστικά σημαντική συσχέτιση οποιουδήποτε τμήματος του τεστ SSNS με τα άλλα 6 τεστ είναι αυτή του SSNS Children με το Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας (0,65*), όπως φαίνεται και από τους 5 επόμενους πίνακες, στους οποίους δεν υπάρχει τιμή Spearman με μονό ή διπλό αστεράκι.

	FAST	SAQOL39	BI	SSNS	MOCA	GHQ	MOS
BI ΣΥΝΟΛΟ	,300	,419	,630	-,258	,606	,221	-,037
MOCA ΣΥΝΟΛΟ	,859**	,185	,630	-,252	,606	,128	,210
GHQ12 ΣΥΝΟΛΟ	,125	,560	,219	,573	,221	,128	,556

Το BI τεστ δεν έχει καμία σημαντική στατιστικά συσχέτιση με τα άλλα 6 τεστ, αφού η τιμή Spearman για καθένα από αυτά είναι κάτω από 0,61. Στον παραπάνω πίνακα βλέπουμε το εύρημα που είχαμε αναλύσει στον πρώτο πίνακα συσχετίσεων μεταξύ των τεστ, δηλαδή την πολύ σημαντικά στατιστική συσχέτιση μεταξύ του MOCA και του FAST (0,85**). Παρόλο που είδαμε κάποιες ενότητες των τεστ να έχουν σημαντική συσχέτιση με το Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας, κανένα δεν έχει συνολικά αντίστοιχη συσχέτιση, κάτι λογικό αφού οι ερωτήσεις του εν λόγω τεστ δεν είναι στοχευμένες για ασθενείς συγκεκριμένα με προβλήματα βλάβης στον εγκέφαλο, όπως στα υπόλοιπα τεστ.

	FAST	SAQOL39	SSNS	BI	MOCA	GHQ
MOS AFFECTIONATE SUPPORT	,064	,745*	,568	,038	,218	,577
MOS POSITIVE SOCIAL INTERACTION	,093	,715*	,321	,087	,266	,477
MOS ADDITIONAL ITEM	,504	,605	-,020	,528	,748*	,451
MOS OVERALL SUPPORT	,093	,760*	,322	-	,210	,556

				,037		
MOS EMOTIONAL SUPPORT	,061	,579	,535	- ,153	,134	,500
MOS TANGIBLE SUPPORT	-,530	,406	,174	- ,530	-,530	,121

Η ενότητα Affectionate Support του τεστ MOS έχει σημαντικά στατιστική συσχέτιση με το SAQOL- 39 (0,74*). Σχεδόν ίδια σημαντικότητα (0,71*) και μάλιστα με το ίδιο τεστ SAQOL- 39, έχει και η ενότητα Positive Social Interaction του τεστ MOS. Η ενότητα Additional Item του ίδιου τεστ έχει σημαντική συσχέτιση με ένα άλλο τεστ αυτή τη φορά, το τεστ MOCA (0,74*). Τελευταία από τις σημαντικές συσχετίσεις που παρατηρήθηκαν στις ενότητες του MOS είναι αυτή της ενότητας Overall Support, για άλλη μια φορά με το τεστ SAQOL – 39 (0,76*). Οι τελευταίες δύο ενότητες του τεστ, Emotional και Tangible Support, δεν σχετίζονται βάσει του πίνακα Spearman με κανένα άλλο τεστ, όπως δείχνουν οι επόμενοι δύο πίνακες.

Κεφάλαιο 5: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Η ποιότητα ζωής των ασθενών είναι μία από τις προτεραιότητες που θέτει η κάθε κοινωνία και αποτελεί την πεμπουσία του σεβασμού στην ίδια τη ζωή. Η καθημερινότητα των ανθρώπων που λόγω εγκεφαλικής βλάβης ή λόγω της επίδρασης κάποιου άλλου παράγοντα παρουσιάζουν αφασία, έχει πολλούς περιορισμούς λόγω των πρακτικών δυσκολιών στην επικοινωνία με τα άτομα του περιγύρου τους. Αυτό πολλές φορές μεταφράζεται σε αποξένωση των ασθενών, και ειδικά στις περιπτώσεις που η κοινωνική ζωή τους ήταν ενεργή.

Η έρευνα που διεξήχθη στην οποία συμμετείχαν 10 ασθενείς, μπορεί να δώσει απαντήσεις τόσο για την ποιότητα ζωής των ασθενών όσο και για τη σχέση και την επικάλυψη που δημιουργείται σε 7 τεστ που αξιολογούν αυτή τη μεταβλητή, τα οποία χρησιμοποιούν συχνά οι επιστήμονες και οι ερευνητές.

Τα γενικά αποτελέσματα ως προς την ποιότητα ζωής των ασθενών δείχνουν ένα χαμηλό επίπεδο ποιότητας ζωής το οποίο είναι αποτέλεσμα της μεγάλης δυσκολίας σε πολλά πρακτικά ζητήματα, δηλαδή σε καθημερινές ενέργειες και δραστηριότητες οι οποίες είναι δύσκολο να ολοκληρωθούν αποκλειστικά από τους ασθενείς χωρίς κάποια εξωτερική βοήθεια. Επίσης, ανεξάρτητα από την αιτιολογία, η πλειοψηφία των συμμετεχόντων έδωσε απαντήσεις που περιγράφουν μία μειωμένη κοινωνική ζωή, γεγονός που δημιουργεί δυστυχία.

Παρόλο που τα 7 τεστ, εξετάζουν διαφορετικές πτυχές που έχουν να κάνουν με την καθημερινότητα και την ποιότητα ζωής των ασθενών, η στατιστική ανάλυση κατέδειξε μία ισχυρή συσχέτιση μεταξύ ορισμένων τεστ ή μεταξύ ενοτήτων των τεστ αυτών, η οποία δεν μπορεί να αγνοηθεί παρά το μικρό πλήθος του δείγματος. Για παράδειγμα, το τεστ FAST και το τεστ MOCA φαίνεται πως καταλήγουν σε παρόμοια συμπεράσματα, με τη συσχέτιση Spearman να είναι παραπάνω από (0.85**). Αυτό συμβαίνει διότι αυτές οι δύο αξιολογητικές κλίμακες MOCA και FAST, μοιράζονται και μετρούν αντίστοιχα κάποιους ίδιους τομείς. Το ίδιο παρατηρείται σε έναν ελαφρώς μικρότερο βαθμό και με τα τεστ MOS και SAQOL - 39 (0.76* συσχέτιση Spearman).

Ενδεικτικά παραδείγματα των ισχυρών συσχετίσεων μεταξύ ενοτήτων, αποτελούν αυτές μεταξύ του physical score του τεστ SAQOL - 39 με το ερωτηματολόγιο γενικής υγείας (0.81**), και της ενότητας additional item του τεστ MOS, με το MOCA (0.74*). Επίσης η ενότητα Affectionate Support του τεστ MOS έχει ισχυρή στατιστική συσχέτιση με το SAQOL- 39 (0.74*), η υπο - κατηγορία MOS overall support του MOS επίσης παρουσιάζει σημαντική συσχέτιση με το SAQOL-39 (0.76*). Ακόμα ένα παράδειγμα ισχυρής συσχέτισης αποτελεί και η πτυχή του τεστ SAQOL – 39 που εξετάζει τις επικοινωνιακές ικανότητες των ασθενών, όπου παρατηρούμε ότι έχει μεγάλη συσχέτιση με το MOCA (0.74*). Η σημαντικότητα των συσχετίσεων αυτών είναι εύλογη, καθώς υπάρχει ομοιότητα μεταξύ των

επιμέρους ενοτήτων τους και των αντίστοιχων τεστ, κάτι το οποίο οδηγεί σε στατιστικά ισχυρές συσχετίσεις.

Τα αποτελέσματα από το τεστ FAST, έδειξαν αδυναμία στον τομέα κατανόηση/ανάγνωση με την μέση τιμή να είναι 8,4 σωστά απαντημένες ερωτήσεις επί του συνόλου 15 ερωτήσεων. Επίσης μεγάλη αδυναμία φάνηκε και στον τομέα έκφραση/γραφή με τη μέση τιμή να είναι 4,9 σωστά απαντημένες ερωτήσεις επί του συνόλου 20 ερωτήσεων.. Αντίστοιχα με το τεστ MOCA, το οποίο αξιολογεί τη γενικευμένη γνωστική λειτουργία των ασθενών μετά το εγκεφαλικό, φάνηκε να συμφωνεί με το τεστ FAST καθώς, τα δύο αυτά τεστ μοιράζονται κοινούς τομείς αξιολόγησης, όπως ο τομέας της κατανόησης. Το τεστ MOCA που αξιολογεί την γενικευμένη γνωστική λειτουργία των ατόμων μετά το εγκεφαλικό επεισόδιο, έδωσε όπως αναμενόταν φτωχά αποτελέσματα, καθώς το 80% των ερωτηθέντων δεν συγκέντρωσε σκορ πάνω από 25%.

Το τεστ SAQOL-39, έδειξε ότι η επικοινωνία και οι κοινωνικές δεξιότητες των ανθρώπων με αφασία είναι σε καλύτερο επίπεδο, ενώ αντίστοιχα αποτελέσματα έδειξε και το τεστ SSNS, λόγω της καλής σχέσης και επικοινωνίας των ατόμων με αφασία με τα παιδιά τους σε μεγαλύτερο βαθμό, με την μέση τιμή στο (54,1) και με τους υπόλοιπους οικείους τους στη συνέχεια (συγγενείς 38,6 και φίλους 26,6). Το ίδιο τεστ (SSNS) έδειξε ένα μετρίως ικανοποιητικό αποτέλεσμα στην ικανοποίηση της ποιότητας ζωής τους (SATISFACTION), με την μέση τιμή στο (51.2) και τυπική απόκλιση (14.8).

Η ποιότητα της ζωής τους βάσει του BI τεστ έδειξε επίσης αποτέλεσμα χαμηλότερο από την μέση τυπική τιμή, καθώς οι απαντήσεις στις μεσαιές τιμές ήταν (34) επί του συνόλου 100. Στο ερωτηματολόγιο γενικής υγείας (GHQ-12) οι απαντήσεις που κυμάνθηκαν εκεί, ήταν ελάχιστες (1/10). Στο τεστ MOS, τα συνολικά αποτελέσματα δηλώνουν ικανοποιητική μέση τιμή, (3.0) αλλά πολύ μεγάλη τυπική απόκλιση (0.58). Με βάση αυτά τα αποτελέσματα συμπαίρνουμε πως τα τεστ BI, MOS, GHQ-12, δείχνουν ένα μειωμένο αποτέλεσμα στην ποιότητα ζωής των ατόμων με αφασία, λόγω της μειωμένης λειτουργικότητάς τους και της δραστηριότητάς τους σε καθημερινές δραστηριότητες.

Με βάση τα αποτελέσματα το FAST και το MOCA έδειξαν μειωμένη γνωστική ικανότητα με εμφανείς προεκτάσεις στην κοινωνική ζωή, το οποίο συμφωνεί και με μια έρευνα, όπου συγκρίθηκαν τα άτομα με αφασία και αυτά χωρίς αφασία, σε περίπου ένα χρόνο μετά το Ε.Ε, ήταν σαφές ότι ενώ όλοι οι επιζήσαντες από το Ε.Ε ήταν σε κίνδυνο να χάσουν την επαφή με τους φίλους τους, συγκεκριμένα τα άτομα με αφασία βίωσαν τις πιο οδυνηρές και αρνητικές αντιδράσεις από τους άλλους, λόγω του αντίκτυπου της αφασίας στην κοινωνική ζωή.

Τα τεστ SAQOL-39 και SSNS , έδειξαν καλύτερες κοινωνικές δεξιότητες, λόγω της καλής σχέσης και επικοινωνίας των ατόμων με αφασία με τους οικείους τους, (πρώτα με τα παιδιά τους με την μέση τιμή στο (54.1) και λιγότερο με συγγενείς (38.6) και φίλους (26.6) κάτι το οποίο αποδεικνύεται και σε μία άλλη έρευνα, σύμφωνα με την οποία τα άτομα με ισχυρότερα κοινωνικά δίκτυα είχαν αυξημένη πιθανότητα επιβίωσης κατα 50% , κάτι το οποίο σχετίζεται άμεσα με την ικανοποίηση της ζωής(Pinquarts & Sorensen 2000).

Το ίδιο τεστ (SSNS) κατέδειξε μετρίως ικανοποιητικό αποτέλεσμα στην ικανοποίηση ποιότητας ζωής (SATISFACTION) με την μέση τιμή στο (51.2), η οποία έγκειται τόσο στην ηλικία των ατόμων αυτών, καθώς η μέση τιμή του δείγματος είναι πάνω από τα 70 έτη (70,5 για την ακρίβεια), όσο και στη φύση της ασθένειας, που αλλάζει καθοριστικά τη ζωή των πασχόντων. Κάτι το οποίο και πάλι αποδεικνύεται, καθώς πολλές έρευνες έχουν τεκμηριώσει ότι οι επιζήσαντες από το Ε.Ε αναφέρουν ότι οι κοινωνικές σχέσεις τους έχουν αλλάξει εξαιτίας της κατάστασής τους (Dalemans, de Witte, Wade & van den Heuvel, 2010; Haun, Rittman & Sberna 2008; Vickers, 2010).

Τα τεστ BI MOS και GHQ-12 έδειξαν μειωμένο αποτέλεσμα στην ποιότητα ζωής, λόγω της χαμηλής λειτουργικότητας που παρουσιάζουν τα άτομα με αφασία, κάτι το οποίο αποκαλύπτει μια άλλη έρευνα σύμφωνα με την οποία τα άτομα με αφασία έχουν λιγότερες τακτικές κοινωνικές δραστηριότητες (λόγω της μειωμένης λειτουργικότητάς τους), σε σχέση με τους συνομηλίκους τους που δεν έχουν αφασία και ότι θα εκτιμούσαν να συμμετέχουν σε περισσότερες κοινωνικές δραστηριότητες (Cruise, Worall & Hickson 2006).

Οι πτυχές της ποιότητας ζωής των ατόμων με αφασία όπως παρατηρούμε, είναι πάρα πολλές, ωστόσο οι πληροφορίες που πρέπει να συγκεντρώνονται για να εξάγονται χρήσιμα συμπεράσματα δεν πρέπει να ανακυκλώνονται καθώς αυτό περιπλέκει ή και αποπροσανατολίζει τους ερευνητές. Οι συσχετίσεις μεταξύ των 7 τεστ μπορούν να δώσουν κάποιες κατευθύνσεις ώστε οι επόμενες μελέτες πάνω στην ποιότητα ζωής των ατόμων με αφασία να γίνουν λιγότερο περίπλοκα αλλά να καταλήξουν σε εξίσου αξιόπιστα αποτελέσματα.

5.2 ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Η έρευνα υπόκειται σε ορισμένους μεθοδολογικούς περιορισμούς. Οι περιορισμοί αυτοί σχετίζονται με ζητήματα όπως :

- **Η πλήρης κατανόηση των ερωτήσεων των ερωτηματολογίων από τους συμμετέχοντες.** Στην έρευνά μας τα άτομα στα οποία χορηγήθηκαν τα αξιολογητικά εργαλεία, ήταν άτομα με αφασία (δυσκολίες λόγου), κάτι το οποίο μειώνει τη δυνατότητα πλήρους κατανόησης των ερωτηματολογίων και επομένως των ορθών απαντήσεων. Στην παρούσα έρευνα έγινε προσπάθεια να ελαχιστοποιηθούν οι δυσκολίες αυτές μέσω διευκρινήσεων και εναλλακτικών επικοινωνιακών μοτίβων. Ωστόσο από την επεξεργασία των απαντήσεων φάνηκε, ότι κάποιες ερωτήσεις δεν έγιναν εντελώς κατανοητές από ορισμένα άτομα του δείγματος.
- **Η ανεπάρκεια του εκπαιδευτικού επιπέδου και της ικανότητας χειρισμού της γλώσσας από ομάδες πληθυσμού.** Ο περιορισμός αυτός, εκτός από το ζήτημα της κατανόησης των ερωτήσεων, θέτει και το πρόβλημα ορθών απαντήσεων με βάση τις ερωτήσεις που τέθηκαν, για παράδειγμα κάποια άτομα του δείγματος δεν ήταν σε θέση να κατανοήσουν καλά τις ερωτήσεις και επομένως να απαντήσουν ορθά σε αυτές.

- **Ο βαθμός ανταπόκρισης του δείγματος.** Η έρευνα που πραγματοποιήσαμε έθετε ορισμένα κριτήρια, τα οποία θα έπρεπε να πλήρουν οι συμμετέχοντες. Τα άτομα τα οποία πληρούσαν τα κριτήρια αυτά ήταν μόλις 10 επομένως μιλάμε για έναν χαμηλό βαθμό ανταπόκρισης του δείγματος.

5.3 ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ

Στην προηγούμενη παράγραφο έγινε αναφορά στους περιορισμούς της έρευνας. Οι περιορισμοί αυτοί μπορεί να αποτέλεσαν εμπόδιο στην ακόμα πιο ολοκληρωμένη προσέγγιση του ερευνητικού μας θέματος, αυτό όμως το εμπόδιο μπορεί να λειτουργήσει και σαν κίνητρο για μελλοντικές έρευνες, δηλαδή οι έρευνες που θα πραγματοποιηθούν μελλοντικά:

- Να περιέχουν ειδικά προσαρμοσμένο υλικό, το οποίο θα είναι κατανοητό, ακόμα και σε άτομα με σοβαρές δυσκολίες κατανόησης.
- Το υλικό που θα χρησιμοποιηθεί για την αξιολόγηση των συμμετεχόντων να είναι περισσότερο προσβάσιμο ακόμα και σε άτομα χαμηλού μορφωτικού επιπέδου.
- Να γίνει αναπροσαρμογή των κριτηρίων έτσι ώστε να δημιουργηθούν λιγότερα κριτήρια και να αυξηθεί επομένως το φάσμα των συμμετεχόντων, τα κριτήρια τα οποία θα τεθούν θα πρέπει να είναι εξίσου αξιόπιστα και να οδηγούν σε αντιστοίχως έγκυρα συμπεράσματα.
- Να πραγματοποιηθεί εκ νέου χόρηγηση των ίδιων αξιολογητικών εργαλείων μετά το πέρας ενός εύλογου διαστήματος 8-12 μηνών προκειμένου να εξάγουμε αποτελέσματα από άτομα περισσότερο σταθερής σωματικής και ψυχικής υγείας.

Βιβλιογραφία

- Anderson, B.N. & Shames, H.G. (2011). Εισαγωγή στις διαταραχές επικοινωνίας. Αθήνα: Εκδόσεις Broken Hill Publishers LTD.
- Goodglass, H. (2013). Understanding aphasia. Academic Press.
- Clark, D. G., & Cummings, J. L. (2013). Aphasia. In Neurological Disorders (pp. 265-275). Academic Press.
- Mesulam, M. M. (2011). Primary progressive aphasia. *Annals of neurology*, 49(4), 425-432.
- Code, C. (2003). The quantity of life for people with chronic aphasia. *Neuropsychological rehabilitation*, 13(3), 379-390.
- Hilari, K., Byng, S., Lamping, D. L., & Smith, S. C. (2013). Stroke and aphasia quality of life scale-39 (SAQOL-39) evaluation of acceptability, reliability, and validity. *Stroke*, 34(8), 1944-1950.
- Efstratiadou, E.A. Chelas, E.N. Ignatiou, M. Christaki, V. Papathanasiou, I. & Hilari, K. (2012). Quality of Life after Stroke: Evaluation of the Greek SAQOL-39g. *Folia Phoniatica et Logopaedica*, 64(4), 179-186.
- Due, P. Holstein, B. Lund, R. Movdvig, J. & Avlund, K. (1999). Social relation: networks, support and relational strain. *Social science and medicine*, 4(8), 661-673.
- Ross, K., & Wertz, R. (2013). Quality of life with and without aphasia. *Aphasiology*, 17(4), 355-364.

- Ignatiou, M. Christaki, V. Chelas, E.N. Efstratiadou, E.A. & Hilari, K. (2012). Agreement between people with aphasia and their proxies on health-related quality of life after stroke, using the Greek SAQOL-39g. *Psychology*, 3(9), 686-690(4), 355-364.

-Fotiadou, D. Northcott, S. Chatzidaki, A. & Hilari K. (2014). Aphasia blog talk: How does stroke and aphasia affect a person's social relationships. *Aphasiology*, 28(11), 1281-1300.

- Λογοθέτη, I. & Μυλωνά, I. (2016). *Νευρολογία: Λογοθέτη*. Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις University Studio Press.

- Worrall, L., & Holland, A. (2013). Quality of life in aphasia. *Aphasiology*, 17(4), 329-332.

- Northcott, S. & Hilari, K. (2011). Why do people lose their friends after a stroke. *International journal of language and communication disorders*, 46(5), 524-534

- Γεωργοπούλου, Σ. (2013). *Μεθοδολογία Έρευνας και Ανάλυση Δεδομένων στη Λογοπαθολογία: Εφαρμογή στην Τεκμηριωμένη Πρακτική*. Πάτρα.

- Nasreddine, Z. S., Phillips, N. A., Bédirian, V., Charbonneau, S., Whitehead, V., Collin, I., ... & Chertkow, H. (2015). The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53(4), 695-699.

- Northcott, S. & Hilari, K. (2013). Stroke Social Network Scale: development and psychometric evaluation of a new patient-reported measure. *Clinical rehabilitation*, 0(0), 1-11.

-Northcott, S. & Hilari, K. (2011). Why do people lose their friends after a stroke. *International journal of language and communication disorders*, 46(5), 524-534.

-Northcott, S. Hirani, S.P. & Hilari, K. (2017). A typology to explain changing social networks post stroke. *Gerontologist*, 58(3), 500-511.

-Northcott, S. Moss, B. Harrison, K. & Hilari, K. (2016). A systematic review of the impact of stroke on social support and social networks: associated factors and patterns of change. *Clinical Rehabilitation*, 30(8), 811-831.

- Lata-Caneda, M. C., Pineiro-Temprano, M., García-Fraga, I., Garcia-Armesto, I., Barrueco-Egido, J. R., & Mejjide-Failde, R. (2019). Spanish adaptation of the stroke and aphasia quality of life scale-39 (SAQOL-39). *European journal of physical and rehabilitation medicine*, 45(3), 379-384.

- Papathanasiou, I. Coppens, P. & Potagas, C. (2014). Αφασία και Συναφείς Νευρογενείς Διαταραχές Επικοινωνίας Τόμος Ι. Αθήνα: Εκδόσεις Κωνσταντάρας.

-Due, P. Holstein, B. Lund, R. Movdvig, J. & Avlund, K. (1999). Social relation: networks, support and relational strain. *Social science and medicine*, 4(8), 661-673.

- Posteraro, L., Formis, A., Grassi, E., Bigli, M., Nati, P., Proietti, C. B., & Franceschini, M. (2016). Quality of life and aphasia. Multicentric standardization of a questionnaire. *Europa medicophysica*, 42(3), 227-230.

-Albyn Davis. University of Massachusetts at Amherst, *Aphasiology disorders and clinical practice second edition*, Επιμέλεια Ελληνικής Έκδοσης, Γρηγόριος Νάσιος, Εκδόσεις Π.Χ Πασχαλίδης, Ιατρική Βιβλιοθήκη.

-Brust, C.M.J. (2016). *Current Σύγχρονη Νευρολογία: Διάγνωση και Θεραπεία*. Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις Broken Hill Publishers LTD.

-Fuller, G. & Manford, M. (2011). *Νευρολογία: Έγχρωμο Εικονογραφημένο Εγχειρίδιο*. Αθήνα: Εκδόσεις Παρισιάνου.

-Hilari, K. & Northcott, S. (2016). Struggling to stay connected: comparing the social relationships of healthy older people and people with stroke and aphasia. *Aphasiology*, 31(6), 674-687.

-Kartsona, A. & Hilari, K. (2007). Quality of life in aphasia: Greek adaptation of the stroke and aphasia quality of life scale-39 item (SAQOL-39). *Europa Medicophyica*, 43(1), 27-35.

-Kruithof, W.J. Post, M.W.M. van Leeuwen, C.M. Schepers, V.P.M. van den Bos, G.A.M. & VisserMeily, J.M.A. (2015). Course of social support and relationships between social support and patients depressive symptoms in the first 3 years post-stroke. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 47(7), 599-604.