



Τεχνολογικό
Πανεπιστήμιο
Κύπρου

Σχολή Επιστημών
Υγείας

Πτυχιακή εργασία

**Η ΜΕΤΡΗΣΗ ΤΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΗΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ
ΧΟΡΗΓΩΝΤΑΣ ΤΟ ΔΕΙΚΤΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΚΗΣ
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑΣ (CETI) ΣΕ ΕΠΙΖΩΝΤΕΣ
ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΥ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟΥ**

Κυριακή Αντωνίου

Λεμεσός, Μάιος 2020

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΥΠΡΟΥ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

Πτυχιακή εργασία

Η ΜΕΤΡΗΣΗ ΤΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΗΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ
ΧΟΡΗΓΩΝΤΑΣ ΤΟ ΔΕΙΚΤΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΚΗΣ
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑΣ (CETI) ΣΕ ΕΠΙΖΩΝΤΕΣ
ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΥ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟΥ

της

Κυριακή Αντωνίου

Επιβλέπων Καθηγητής

Δρ. Κώστας Χριστοφή

Λεμεσός, Μάιος 2020

Πνευματικά δικαιώματα

Copyright © Κυριακή Αντωνίου, 2020

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

Η έγκριση της πτυχιακής εργασίας από το Τμήμα Επιστημών Αποκατάστασης του Τεχνολογικού Πανεπιστημίου Κύπρου δεν υποδηλώνει απαραίτητως και αποδοχή των απόψεων του συγγραφέα εκ μέρους του Τμήματος.

Θα ήθελα να ευχαριστήσω ιδιαίτερα τους Δρ. Κώστα Χριστοφή, Δρ. Μαρία Καμπανάρου και κ. Μαρίνα Χαραλάμπους για την πολύτιμη βοήθεια που παρείχαν σε όλη τη διαδικασία που ακολουθήθηκε για να ολοκληρωθεί η μελέτη αυτή. Από την αρχή βρίσκονται εκεί για να βοηθήσουν τόσο στις διαδικασίες που έπρεπε να ακολουθηθούν όσο και στην εξεύρεση ατόμων για να συμμετέχουν στη μελέτη αυτή. Επίσης, θα ήθελα να ευχαριστήσω τις συμφοιτήτριες μου Συμώνη Συμεού και Νάταλυ Κωνσταντή για τη βοήθεια που παρείχαν στη διαδικασία της αντίστροφης μετάφρασης του Δείκτη Επικοινωνιακής Αποτελεσματικότητας (CETI). Επιπλέον, θα ήθελα να ευχαριστήσω τα κέντρα αποκατάστασης Μέλαθρον Αγωνιστών ΕΟΚΑ, Κέντρο Διαβίωσης και Αποκατάστασης Άγιος Βασίλειος και Παναγία Ελεούσα κέντρο φροντίδας και αποκατάστασης, που επέτρεψαν αλλά και βοήθησαν στη συλλογή δείγματος για τη μελέτη αυτή. Ιδιαίτερες ευχαριστίες θα ήθελα να δώσω στους επιζώντες εγκεφαλικού επεισοδίου και στους φροντιστές των κέντρων αποκατάστασης, οι οποίοι πρόθυμα συμμετείχαν στη μελέτη αυτή. Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω τους επιζώντες εγκεφαλικού επεισοδίου και τους φροντιστές τους που ζουν στην περιοχή όπου κατοικώ και οι οποίοι δέχτηκαν να συμμετέχουν.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η λειτουργική επικοινωνία χαρακτηρίζεται ως ένα μέσο κοινωνικά κατάλληλο που το άτομο χρησιμοποιεί για να επικοινωνήσει τις ανάγκες, τα θέλω, τα ενδιαφέροντα και τα συναισθήματα του. Σκοπός της παρούσας μελέτης, είναι η χορήγηση του Δείκτη Επικοινωνιακής Αποτελεσματικότητας (Communicative Effectiveness Index – CETI), σε επιζώντες εγκεφαλικού επεισοδίου με χρόνια αφασία καθώς και στους φροντιστές των ατόμων αυτών για τη μέτρηση της λειτουργικής επικοινωνίας. Στη μελέτη αυτή, συμμετείχαν συνολικά δεκαπέντε επιζώντες εγκεφαλικού επεισοδίου με χρόνια αφασία και οκτώ φροντιστές. Τους επιζώντες εγκεφαλικού επεισοδίου αποτελούν δώδεκα άνδρες και τρεις γυναίκες, με μέσο όρο ηλικίας 67,4 έτη. Όσον αφορά τα ευρήματα, δεν παρατηρήθηκε σημαντική στατιστική διαφορά σε κανένα από αυτά. Το φύλο και η ηλικιακή ομάδα που φαίνεται να επηρεάστηκε η λειτουργική επικοινωνία είναι οι άνδρες 61-70 ετών. Ωστόσο, φάνηκε σύμφωνα με τους ίδιους τους επιζώντες εγκεφαλικού επεισοδίου πως η λειτουργική τους επικοινωνία δεν έχει επηρεαστεί σε βαθμό που να μην μπορούν να επικοινωνήσουν τις ανάγκες τους, τα θέλω τους, τα συναισθήματα τους, ακόμη και να κοινωνικοποιηθούν.. Τέλος, είναι αναγκαία η περαιτέρω και εις βάθος διερεύνηση του θέματος αυτού.

Λέξεις κλειδιά: επιζώντες εγκεφαλικού επεισοδίου, αφασία, λειτουργική επικοινωνία, δείκτης επικοινωνιακής αποτελεσματικότητας

ABSTRACT

Functional communication is characterized as a socially suitable way that the individual uses to communicate his needs, wants, interest and emotions. The purpose of the present study is to administer the Communicative Effectiveness Index (CETI) to stroke patients with chronic aphasia as well as to caregivers of these individuals to measure functional communication. A total of 15 stroke survivors with chronic aphasia and 8 caregivers participated in this study. The survivors of the stroke are twelve men and three women, with an average age of 67.4 years. As for the findings, no significant statistical difference was observed in any of them. The gender and age group in which functional communication appears to be affected are men aged 61-70. However, according to the survivors of the stroke themselves, their functional communication has not been affected to the extent that they are unable to communicate their needs, wants, feelings and even socialize. Stroke survivors rated themselves more positively than their caregivers. Finally, further investigation into this issue is needed.

Keywords: stroke patients, aphasia, functional communication, communicative effectiveness index

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	v
ABSTRACT.....	vi
ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ	vii
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ	viii
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ	ix
ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ	x
ΑΠΟΔΟΣΗ ΟΡΩΝ	xi
1 Εισαγωγή	1
2 Μεθοδολογία Έρευνας.....	9
2.1 Δείγμα	9
2.2 Μέσα συλλογής δεδομένων	9
2.3 Σχεδιασμός Έρευνας.....	10
2.4 Διαδικασία συλλογής δεδομένων.....	11
3 Αποτελέσματα.....	15
4 Συζήτηση	23
5 Συμπεράσματα	28
ΕΠΙΛΟΓΟΣ	30
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	31
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι	34
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ.....	35

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1: Η μέση κατάταξη της σοβαρότητας της αφασίας.	18
Πίνακας 2: Η μέση κατάταξη των ηλικιακών ομάδων,	20
Πίνακας 3: Η μέση κατάταξη των ηλικιακών ομάδων και της ομάδας που επηρεάστηκε η λειτουργική επικοινωνία καθώς και της ομάδας που δεν επηρεάστηκε η λειτουργική επικοινωνία.	21
Πίνακας 4: Η μέση κατάταξη του φύλου και της ομάδας που επηρεάστηκε η λειτουργική επικοινωνία καθώς και της ομάδας που δεν επηρεάστηκε η λειτουργική επικοινωνία.	22

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

Διάγραμμα 1: Οι άνδρες και οι γυναίκες του δείγματος των επιζώντων εγκεφαλικού επεισοδίου σε ποσοστά.	15
Διάγραμμα 2: Οι τρεις ηλικιακές ομάδες και ο αριθμός των ατόμων που ανήκουν σε αυτές.	16
Διάγραμμα 3: Το Boxplot A των απαντήσεων των επιζώντων εγκεφαλικού επεισόδιο και το Boxplot B των απαντήσεων των φροντιστών.	16
Διάγραμμα 4: Η κατανομή A των επιζώντων εγκεφαλικού επεισόδιο και η κατανομή B των φροντιστών.	17
Διάγραμμα 5: Οι θετικές και αρνητικές διαφορές στους μέσους όρους των δύο ομάδων.	17
Διάγραμμα 6: Το κυκλικό διάγραμμα που απεικονίζει την σοβαρότητα της αφασίας. Το 33% ήπια, το 44% μέτρια και το 20% σοβαρή.	18
Διάγραμμα 7: Ο αριθμός των ανδρών και των γυναικών καθώς και η μέση βαθμολογία των δυο φύλων σχετικά με τη λειτουργική επικοινωνία.	19
Διάγραμμα 8: Τα ποσοστά των συμμετεχόντων που επηρεάστηκε η λειτουργική επικοινωνία.	20

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

ΚΝΣ:	Κεντρικό Νευρικό Σύστημα
ΜΟ:	Μέσος όρος
ΕΕΕ:	Επιζώντες Εγκεφαλικού Επεισοδίου
Φ:	Φροντιστές
ΤΟΜ	Therapy Outcome Measure

ΑΠΟΔΟΣΗ ΟΡΩΝ

Smilegram

Φατσούλες

1 Εισαγωγή

Το εγκεφαλικό επεισόδιο ορίζεται "ως ένα νευρολογικό έλλειμα που αποδίδεται σε οξεία εστιακή βλάβη του κεντρικού νευρικού συστήματος (ΚΝΣ) από αγγειακή αιτία, συμπεριλαμβανομένου του εγκεφαλικού εμφράγματος, της ενδοεγκεφαλικής αιμορραγίας και της υποαραχνοειδούς αιμορραγίας" (Sacco et al., 2013). Παγκοσμίως, το εγκεφαλικό επεισόδιο αποτελεί μια από τις κύριες αιτίες θνησιμότητας και αναπηρίας (Dalemans et al., 2010; Sacco et al., 2013). Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας κατέταξε το εγκεφαλικό επεισόδιο ως τη δεύτερη αιτία θανάτου στην Κύπρο (OECD and European Observatory on Health Systems and Policies, 2019). Συνήθως, το εγκεφαλικό επεισόδιο θεωρείται ως μια κατάσταση που αφορά τους ηλικιωμένους, όμως αυτό δεν ισχύει αφού το 20% με 25% των ατόμων που έχουν υποστεί εγκεφαλικό επεισόδιο είναι κάτω των 65 ετών, μπορεί ακόμη, να συμβεί στη βρεφική και παιδική ηλικία, στην εφηβεία αλλά και στην πρώιμη ενηλικίωση (Carlan, 2006b; Dalemans et al., 2010). Το εγκεφαλικό επεισόδιο επηρεάζει και τα δύο φύλα. Υπάρχουν διαφορές σχετικά με το πιο φύλο επηρεάζεται περισσότερο. Συγκεκριμένα, οι Haast, Gustafson και Kiliaan αναφέρουν πως ο κίνδυνος να υποστούν εγκεφαλικό επεισόδιο οι γυναίκες στην ηλικία πριν από την εμμηνόπαυση είναι μειωμένος, ενώ για τους άνδρες όμοιας ηλικίας, ο κίνδυνος είναι αυξημένος (Haast et al., 2012). Όταν, οι γυναίκες βρίσκονται στην ηλικία μετά την εμμηνόπαυση ο κίνδυνος να υποστούν εγκεφαλικό επεισόδιο αυξάνεται και ίσως να είναι και πιο αυξημένος ο κίνδυνος από αυτόν των ανδρών (Haast et al., 2012). Επίσης, γίνεται αναφορά στο γεγονός ότι οι γυναίκες υφίστανται εγκεφαλικό επεισόδιο σε μεγαλύτερη ηλικία και πιο σοβαρό λόγω του μεγάλου προσδόκιμου ζωής τους (Haast et al., 2012).

Το εγκεφαλικό επεισόδιο αποτελεί μια σύνθετη κατάσταση με διαφορετικές αιτίες και επιπτώσεις. Οι δυσλειτουργίες που θα εμφανίσουν οι επιζώντες εγκεφαλικού επεισοδίου, διαφέρουν από άτομο σε άτομο και αυτό οφείλεται, στην περιοχή που έχει υποστεί την βλάβη ο εγκέφαλος (Carlan, 2006c). Γενικότερα, το πλήγμα μιας λειτουργίας μπορεί να είναι προσωρινό ή μόνιμο, ήπιο ή σοβαρό μέχρι και καταστροφικό ενώ υπάρχουν και περιπτώσεις όπου οι λειτουργίες μπορούν να βελτιωθούν ή να παραμείνουν στάσιμες (Carlan, 2006a). Οι επιζώντες εγκεφαλικού επεισοδίου εμφανίζουν σωματικές, γνωστικές, γλωσσικές, ψυχολογικές και κοινωνικές επιπτώσεις. Συγκεκριμένα, τα άτομα με εγκεφαλικό επεισόδιο μπορεί να παρουσιάζουν

ημιπληγία, τετραπληγία, σπαστικότητα (Carlan, 2006c). Ακόμη, παρουσιάζουν απώλεια αίσθησης των άκρων και του σώματος, μη φυσιολογική όραση, ακράτεια και σεξουαλική δυσλειτουργία (Carlan, 2006c). Επιπλέον, παρουσιάζουν γνωστικά και συμπεριφορικά προβλήματα, προβλήματα στη μνήμη τους και δυσκολία στην εκτέλεση πολύπλοκων εργασιών όπως, το μαγείρεμα (Carlan, 2006c). Η δυσαρθρία, η δυσφαγία, η αφασία, η αλεξία, η δυσγραφία και η δυσαριθμησία είναι επίσης, επιπτώσεις που εμφανίζονται σε αυτά τα άτομα (Carlan, 2006c). Παρουσιάζουν κατάθλιψη, άγχος, μείωση των πρωτοβουλιών που παίρνουν, καθώς και των κινήτρων να συμμετέχουν σε δραστηριότητες (Carlan, 2006c). Τέλος, οι επιζώντες εγκεφαλικού επεισοδίου χρειάζονται περισσότερο χρόνο να εκτελέσουν δραστηριότητες και τα περισσότερα άτομα δεν μπορούν να επιστρέψουν στην εργασία τους (Carlan, 2006c). Το γεγονός της μη επιστροφής στην εργασία, τους επηρεάζει τόσο ψυχολογικά όσο και οικονομικά.

Μια από τις κύριες και συχνές επιπτώσεις του εγκεφαλικού επεισοδίου είναι η αφασία (Dalemans et al., 2010). Η αφασία ορίζεται ως μια "νευρολογική διαταραχή που προκαλείται από βλάβες σε περιοχές του εγκεφάλου που είναι υπεύθυνες για τη γλώσσα" (Dalemans et al., 2010; National Institute on Deafness and Other Communication Disorders, 2015). Η αφασία προκαλεί δυσκολία έκφρασης, δυσκολία κατανόησης της ομιλίας, δυσκολία στην ανάγνωση και στη γραφή (Dalemans et al., 2010). Η αφασία χωρίζεται σε δύο μεγάλες κατηγορίες, στη μη ρέουσα και στη ρέουσα. Στη ρέουσα, ανήκει η αφασία Wernicke, η ανομική αφασία και η αφασία αγωγής. Στη μη ρέουσα αφασία, ανήκει η αφασία Broca, η ολική αφασία και η μικτή μη ρέουσα αφασία (National Institute on Deafness and Other Communication Disorders, 2015). Η αφασία Broca αποτελεί την πιο συνήθης μη ρέουσα αφασία είναι ενώ η αφασία Wernicke αποτελεί την πιο συνήθης μη ρέουσα αφασία. Τα άτομα που έχουν διαγνωστεί με αφασία Wernicke δημιουργούν ολοκληρωμένες προτάσεις που δεν έχουν κάποιο νόημα, παρουσιάζουν δυσκολίες να κατανοήσουν την ομιλία, δεν αντιλαμβάνονται τις δυσκολίες που παρουσιάζουν κατά την ομιλία και προσθέτουν στις προτάσεις που δημιουργούν λέξεις που είναι αχρείαστες ή λέξεις που δεν υπάρχουν και απλά τις δημιούργησαν τη δεδομένη στιγμή. Στην αφασία Broca τα άτομα καταβάλουν μεγάλη προσπάθεια να παράγουν ομιλία, συχνά παραλείπουν λέξεις ή συνδέσμους ή άρθρα, κατανοούν την ομιλία και αντιλαμβάνονται τις δυσκολίες που παρουσιάζουν. Η ολική αφασία προκαλεί σοβαρές δυσκολίες στην επικοινωνία, η ικανότητα των ατόμων

στην ομιλία και στην κατανόηση είναι πολύ περιορισμένη, δεν μπορούν να παράγουν λέξεις και δεν μπορούν να κατανοήσουν απλές λέξεις και προτάσεις. Στην αφασία αγωγής τα άτομα κατανοούν και έχουν ροή στο λόγο τους, αλλά δεν μπορούν να επαναλάβουν λέξεις ή προτάσεις. Τέλος, στην ανομική αφασία τα άτομα αντιλαμβάνονται ποιο αντικείμενο έχουν μπροστά τους και ποια είναι η λειτουργία του, αλλά δεν μπορούν να το κατονομάσουν (National Institute on Deafness and Other Communication Disorders, 2015).

Έχει βρεθεί ότι στο μέλλον, τα εγκεφαλικά επεισόδια θα αυξηθούν και κατά συνέπεια θα αυξηθεί και ο αριθμός των ατόμων που θα παρουσιάζει αφασία (Dalemans et al., 2010). Το 10-38% των ατόμων που έχει υποστεί εγκεφαλικό επεισόδιο, συνεχίζει να παρουσιάζει αφασία στη χρόνια φάση του εγκεφαλικού επεισοδίου (Dalemans et al., 2010; Lee et al., 2015). Η χρόνια φάση αρχίζει στους 6 μήνες μετά το εγκεφαλικό επεισόδιο (Dalemans et al., 2010; Kiran, 2012). Η φάση αυτή μπορεί να συνεχιστεί για χρόνια αλλά και για την υπόλοιπη ζωή των ατόμων (Dalemans et al., 2010 & Kiran, 2012).

Η απώλεια των γλωσσικών δεξιοτήτων που προκαλεί η αφασία, περιορίζει την επικοινωνία των ατόμων αυτών. Υπάρχουν στοιχεία, πως οι επιζώντες εγκεφαλικού επεισοδίου με αφασία σπάνια θα ξεκινήσουν μια συζήτηση, δυσκολεύονται να δώσουν λεπτομερείς απαντήσεις, δυσκολεύονται να συνεχίσουν μια συζήτηση και δίνουν σύντομες απαντήσεις στις ερωτήσεις που τους γίνονται (Dalemans et al., 2010). Άρα, η επικοινωνία συνδέεται άρρηκτα με την αφασία αλλά και με τη σοβαρότητα της αφασίας (Mazaux et al., 2013). Σύμφωνα με τους Anderson και Shames (2011), η επικοινωνία ορίζεται ως η διεργασία ανταλλαγής πληροφοριών και ιδεών και κατά τη διαδικασία αυτή γίνεται κωδικοποίηση, μετάδοση και αποκωδικοποίηση των μηνυμάτων.

Οι επιπτώσεις στην ικανότητα επικοινωνίας, προκαλούν αλλαγές στη ζωή των επιζώντων εγκεφαλικού επεισοδίου με αφασία και πιο συγκεκριμένα, επηρεάζεται η προσωπική και κοινωνική ζωή των ίδιων των ατόμων, αλλά και του στενού περιβάλλοντος τους (Dalemans et al., 2010). Συνήθως, οι σύζυγοι είναι αυτοί που παίρνουν το ρόλο του φροντιστή και αυτό το γεγονός, επηρεάζει τη σχέση των δύο συζύγων. Αφού, εκείνος που αναλαμβάνει το ρόλο του φροντιστή, αναλαμβάνει όλες τις αποφάσεις, έχει νέους ρόλους που προηγουμένως, δεν χρειαζόταν να αναλάβει και αυτό συνήθως οδηγεί σε άγχος και προβλήματα στις διαπροσωπικές τους σχέσεις

(Caplan, 2006a). Στην έρευνα του Threats (2010), οι σύζυγοι των ατόμων με αφασία, θεωρούσαν πως οι επικοινωνιακές δεξιότητες των συζύγων τους, δηλαδή των ατόμων με αφασία, είχε ελαχιστοποιηθεί, από τότε που τερματίστηκε η θεραπεία τους και επίσης, ανέφεραν ότι, η συζήτηση μεταξύ τους ήταν ελάχιστη κατά τη διάρκεια της μέρας.

Οι δραστηριότητες και οι επαφές των ατόμων με αφασία είναι λιγότερες από αυτές των συνομήλικων τους, που δεν παρουσιάζουν αφασία και τα κοινωνικά τους δίκτυα είναι μικρότερα, αφού παρατηρείται η απώλεια φίλων από τα δίκτυα αυτά (Cruise et al., 2006). Επίσης, τα άτομα με αφασία αναφέρουν το γεγονός ότι αισθάνονται κοινωνικό αποκλεισμό, νιώθουν ότι παρεμποδίζεται η εκπαίδευση τους, η συμμετοχή στην εργασία τους, αλλά και η συμμετοχή τους σε δραστηριότητες που τους ικανοποιούσαν (Dalemans et al., 2010). Η αίσθηση του κοινωνικού αποκλεισμού, φαίνεται να μη την αισθάνονται συνεχώς τα άτομα με σοβαρή αφασία αλλά σε κάποιες καταστάσεις και κάποιες στιγμές (Parr, 2007). Επίσης, τον κοινωνικό αποκλεισμό δεν τον αισθάνεται μόνο το άτομο με αφασία αλλά και οι φροντιστές (Parr, 2007). Επιπλέον, οι παροχές και τα οφέλη που δικαιούνται, είναι περιορισμένα ή ανύπαρκτα και νιώθουν τη διάκριση που γίνεται εις βάρος τους (Dalemans et al., 2010).

Το σημαντικότερο εμπόδιο που παρατηρείται στη διατήρηση και εδραίωση των επαφών και δραστηριοτήτων των ατόμων με αφασία είναι οι σωματικές επιπτώσεις (Cruise et al., 2006). Σύμφωνα με τη μελέτη των Cruise, Worrall και Hickson (2006) διαπιστώθηκε πως τα άτομα με χρόνια αφασία δεν είναι ικανοποιημένα με τις κοινωνικές δραστηριότητες που συμμετέχουν διότι, η διαθεσιμότητα τέτοιων δραστηριοτήτων είναι περιορισμένη στην κοινωνία. Είναι θετικό να παροτρύνονται να αναζητούν δραστηριότητες αναψυχής και οργανισμούς υποστήριξης στην κοινότητα (Dalemans et al., 2010).

Οι φροντιστές των ατόμων με αφασία και τα άτομα με αφασία δηλώνουν πως δυσκολεύονται να επιτελούν πράγματα και να κοινωνικοποιηθούν (Dalemans et al., 2010). Ο αντίκτυπος των κοινωνικών συνεπειών είναι πιο φανερός όταν τα άτομα με εγκεφαλικό επεισόδιο επιστρέφουν στα σπίτια τους μετά από το κέντρο αποκατάστασης (Dalemans et al., 2010). Επιπλέον, οι κοινωνικές σχέσεις των ατόμων με αφασία επηρεάζονται αρκετά από την έλλειψη κατανόησης της κατάστασης τους από τους ανθρώπους γύρω τους, αλλά και από το γεγονός ότι τους αγνοούν (Cruise et al., 2006).

Όμως, αυτά που αναφέρθηκαν δεν αποτελούν τον κανόνα, αφού υπάρχουν κάποια άτομα με χρόνια αφασία που κοινωνικοποιούνται και δεν νιώθουν απομονωμένοι (Dalemans et al., 2010). Τέλος, ο κύριος παράγοντας για επανένταξη των επιζώντων με εγκεφαλικό επεισόδιο στην κοινωνία είναι η σοβαρότητα της επικοινωνιακής ικανότητας (Code, 2003). Στην κοινωνική ένταξη των ατόμων με αφασία διαδραματίζει σημαντικό ρόλο το περιβάλλον του ατόμου, αφού είναι αυτό που είτε θα ενισχύσει είτε θα υπομονεύσει το άτομο αυτό (Parr, 2007).

Τα τελευταία χρόνια άρχισε να δίνεται περισσότερη προσοχή στα άτομα που ζουν με αφασία αντί στη διαταραχή και ο λόγος είναι η αυξανόμενη επίγνωση των επιπτώσεων της χρόνιας αφασίας στην ποιότητα ζωής (Anderson & Shames, 2011). Ο τρόπος που επηρεάζει η αφασία την ποιότητα ζωής των ατόμων είναι πολυπαραγοντικός και διαδραστικός, αφού όπως αναφέρθηκε, η απώλεια γλωσσικών δεξιοτήτων οδηγεί σε μειωμένη διάθεση και κοινωνικότητα (Doogan et al., 2018). Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας η ποιότητα ζωής είναι η αντίληψη που έχει ένα άτομο για τη θέση του στη ζωή σύμφωνα, με τις αξίες και το πολιτισμό μέσα στις οποίες ζει και σε σχέση με τους στόχους, προσδοκίες, πρότυπα και ανησυχίες (World Health Organization, 1995). Η ποιότητα της ζωής είναι μια ευρεία έννοια (World Health Organization, 1995). Η φυσική υγεία, η ψυχολογική κατάσταση, οι προσωπικές πεποιθήσεις, οι κοινωνικές σχέσεις και το περιβάλλον του ατόμου είναι παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής ενός ατόμου (World Health Organization, 1995).

Οι επαγγελματίες υγείας συλλέγουν πληροφορίες για την ποιότητα ζωής και τη θεωρούν αρκετά σημαντική λόγω της ανάγκης για μια αποτελεσματική περίθαλψη με επίκεντρο τον ασθενή, αλλά και για τις κοινωνικές επιπτώσεις που προκαλούνται από τις διαταραχές (Cruise et al., 2005). Η έρευνα των Cruise et al. (2005) αναφέρει ότι είναι σημαντικό να μετρηθεί η ποιότητα ζωής των ατόμων με εγκεφαλικό επεισόδιο, όμως πρέπει να οριστεί και να συμφωνηθεί τι αξιολογείται στην ποιότητα ζωής. Χρειάζονται πληροφορίες που αφορούν τον τρόπο που λειτουργούν τα άτομα με αφασία στην καθημερινή τους ζωή, έτσι ώστε τα άτομα αυτά να υποστηριχθούν κοινωνικά και να τους παρέχονται υπηρεσίες (Kiran, 2012).

Παρόλα αυτά η αξιολόγηση της ποιότητας ζωής των ατόμων με αφασία έχει επιδείξει πρόοδο (Hilari et al., 2015). Η αξιολόγηση της ποιότητας ζωής, απαιτεί συνήθως από τα άτομα που αξιολογούνται να εκτελούν μια πολύπλοκη γνωστική και γλωσσική

λειτουργία (Cruise et al., 2005). Τα άτομα με ήπια ή μέτρια αφασία μπορούν να αξιολογήσουν μόνοι τους την ποιότητα ζωής τους (Hilari et al., 2009). Άτομα όμως με σοβαρή αφασία υπάρχει πιθανότητα να μην μπορούν να απαντήσουν ή οι απαντήσεις τους να μην θεωρηθούν αξιόπιστες και έτσι, η οικογένεια και οι επαγγελματίες υγείας αναλαμβάνουν να αποφασίζουν οι ίδιοι για τα άτομα αυτά (Cruise et al., 2005; Hilari & Byng, 2009). Η ποιότητα ζωής των ατόμων με σοβαρή αφασία είναι σημαντικά χειρότερη, από αυτή των ατόμων με ήπια ή μέτρια αφασία, όσο αφορά τους τομείς της επικοινωνίας και της σωματικής υγείας (Hilari & Byng, 2009).

Στη βιβλιογραφία έχει αναφερθεί πως οι επιζώντες εγκεφαλικού επεισοδίου που βρίσκονται σε ένα πρόγραμμα αποκατάστασης σε νοσοκομεία ή κέντρα αποκατάστασης, η ποιότητα ζωής τους ωφελείται σημαντικά από την ποιότητα ζωής εκτός του κέντρου και προγράμματος αποκατάστασης (Code, 2003; Horman & Verner, 2003). Κλείνοντας, για να βελτιωθεί σημαντικά η ποιότητας ζωής είναι σημαντικό να επικεντρωθεί στην ενίσχυση των κοινωνικών δικτύων και της κοινωνικής ζωής των ατόμων καθώς και στη συναισθηματική ευεξία, όχι μόνο στην επικοινωνία και στην αφασία (Hilari et al., 2015).

Η επικοινωνία παίζει σημαντικό ρόλο στη ζωή του ανθρώπου. Πιο συγκεκριμένα, η λειτουργική επικοινωνία είναι πολύ σημαντική για κάθε άνθρωπο. Οι ορισμοί για τη λειτουργική επικοινωνία διαφέρουν (Fridriksson et al., 2006). Παρόλα αυτά, η λειτουργική επικοινωνία ορίζεται ως ένα μέσο κοινωνικά κατάλληλο που το άτομο χρησιμοποιεί για να επικοινωνήσει τις ανάγκες, τα θέλω, τα ενδιαφέροντα και τα συναισθήματα του (Gregg, 2017). Σύμφωνα με τους Fucetola et al. (2006) η πρόβλεψη της εξέλιξης της λειτουργικής επικοινωνίας μετά το εγκεφαλικό επεισόδιο είναι σημαντικό, όμως εμπειρικά είναι δύσκολο να κατανοηθεί. Ένα άλλο σημαντικό σημείο που αξίζει να αναφερθεί, είναι ότι η λειτουργική επικοινωνία σε ένα άτομο με αφασία μετά από εγκεφαλικό επεισόδιο, είναι πιο επηρεασμένη όταν η εκτελεστική λειτουργία έχει επηρεαστεί, παρά όταν υπάρχουν επιπτώσεις στη γλώσσα (Fridriksson et al., 2006). Με άλλα λόγια, η εκτελεστική λειτουργία επηρεάζει περισσότερο τη λειτουργική επικοινωνία παρά η γλωσσικής δυσλειτουργία. Επιπρόσθετα, η σοβαρότητα της γλωσσικής δυσλειτουργίας είναι ένας ασαφής δείκτης για τη μέτρηση της λειτουργικής επικοινωνίας.

Η λειτουργική επικοινωνία είναι ένα σημαντικό κομμάτι της επικοινωνίας που πρέπει να λαμβάνεται υπόψη τόσο στην αξιολόγηση όσο και στη θεραπεία των ατόμων με αφασία. Οι Lomas et al. (1989) δημιούργησαν το Δείκτη Επικοινωνιακής Αποτελεσματικότητας (Communicative Effectiveness Index – CETI) για τη μέτρηση της λειτουργικής επικοινωνίας αλλά και για τη μέτρηση της αλλαγής στην επίδοση των ατόμων με αφασία με την πάροδο του χρόνου. Αυτό έγινε για το λόγο ότι, τα υπάρχοντα εργαλεία δεν μετρούν τη λειτουργική επικοινωνία και την επίδοση των ατόμων (Lomas et al., 1989). Δημιούργησαν εν τέλει δεκαέξι καταστάσεις επικοινωνίας που είναι σημαντικές στην καθημερινή ζωή ενός ατόμου και αυτές οι καταστάσεις είναι αξιόπιστες (Lomas et al., 1989). Τα δεκαέξι στοιχεία που υπάρχουν στο Δείκτη Επικοινωνιακής Αποτελεσματικότητας, εντάσσονται σε κατηγορίες, τα οκτώ ανήκουν στην κατηγορία της κοινωνικής ανάγκης, τα τρία στην κατηγορία δεξιότητες ζωής, τα τέσσερα στις βασικές ανάγκες και μόνο το ένα στην κατηγορία απειλή για την υγεία (Lomas et al., 1989). Επιπρόσθετα, τα στοιχεία του Δείκτη Επικοινωνιακής Αποτελεσματικότητας σχεδιάστηκαν με στόχο τη γενίκευση σε όλα τα φύλα, σε όλα τα μέρη και στην πάροδο του χρόνου.

Επίσης, το Δείκτη Επικοινωνιακής Αποτελεσματικότητας συμπληρώνουν και οι φροντιστές των ατόμων με αφασία για να αξιολογήσουν και αυτοί την επίδοση του ατόμου. Υπάρχουν μελέτες, που αναφέρονται στο γεγονός της αξιολόγησης από τους φροντιστές. Στη βιβλιογραφία οι απόψεις που υπάρχουν σχετικά με την αξιολόγηση που γίνεται από τους φροντιστές δίστανται. Συγκεκριμένα, στην έρευνα των Cruice et al. (2005) έχει φανεί ότι τα μέλη της οικογένειας και οι φίλοι των ατόμων με αφασία αξιολογούν με επιτυχία τα συναισθήματα, τους περιορισμούς στην καθημερινή ζωή και τη γενική ευημερία, όμως, δεν αξιολογούν με επιτυχία την κοινωνική υγεία κι αυτό φυσικά χρειάζεται περαιτέρω διερεύνηση. Σε άλλες μελέτες έχει διαπιστωθεί ότι οι σύζυγοι υπερεκτιμούν τις επιδόσεις των ατόμων με αφασία σε σχέση με τους επαγγελματίες κλινικούς (Lomas et al., 1989). Στην έρευνα των Hillari και Byng (2009) έχει διαπιστωθεί πως οι επιζώντες εγκεφαλικού επεισοδίου με ήπια ή μέτρια αφασία αξιολογούνται από τους φροντιστές όπως θα αξιολογούσαν τον εαυτό τους και όχι πιο σοβαρά.

Σύμφωνα, με τα αποτελέσματα της μελέτης των Pedersen et al. το 2001, ο Δείκτης Επικοινωνιακής Αποτελεσματικότητας μπορεί να προσαρμοστεί σε άλλες γλώσσες

χωρίς σημαντικά προβλήματα, είναι εύκολος στην κατανόηση του και από μη επαγγελματίες και δεν είναι χρονοβόρος (Fyrberg et al., 2016; Pedersen et al., 2001). Πρέπει να τονιστεί ότι ο Δείκτης Επικοινωνιακής Αποτελεσματικότητας δεν υποκαθιστά τις παραδοσιακές γλωσσικές αξιολογήσεις, δεν σχεδιάστηκε ως εργαλείο διάκρισης μεταξύ ατόμων με αφασία και ατόμων χωρίς αφασία ή για να διακρίνει τους τύπους αφασίας (Lomas et al., 1989). Οι Pedersen et al. (2001) επίσης, υποστηρίζουν πως ο Δείκτης Επικοινωνιακής Αποτελεσματικότητας δεν μπορεί να συσχετιστεί με τη σοβαρότητα του εγκεφαλικού επεισοδίου και κατά συνέπεια δεν μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως εργαλείο μέτρησης της σοβαρότητας του εγκεφαλικού επεισοδίου. Παρόλο, που δεν σχεδιάστηκε για τη μέτρηση της σοβαρότητας, οι Lomas et al. (1989) διαπίστωσαν εν τέλει το γεγονός πως θα ήταν χρήσιμο εργαλείο και για τη μέτρηση της σοβαρότητας της αφασίας.

Ο Δείκτης Επικοινωνιακής Αποτελεσματικότητας είναι μια προσπάθεια να διατεθεί ένα εργαλείο που θα μετρά μερικές από τις λειτουργικές αλλαγές που θα συμβαίνουν κατά τη διάρκεια της αποκατάστασης του ατόμου με αφασία (Lomas et al., 1989). Τέλος, έχει μεγάλη αξία αφού μετρά την αλλαγή στην επικοινωνιακή αποτελεσματικότητα (Lomas et al., 1989).

Ο σκοπός της μελέτης αυτής είναι η χορήγηση του μεταφρασμένου Δείκτη Επικοινωνιακής Αποτελεσματικότητας, σε επιζώντες εγκεφαλικού επεισοδίου με χρόνια αφασία καθώς και στους φροντιστές των ατόμων αυτών για μέτρηση της λειτουργικής επικοινωνίας. Το βασικό ερώτημα είναι εάν στους επιζώντες εγκεφαλικού επεισοδίου με χρόνια αφασία επηρεάζεται η λειτουργική τους επικοινωνία σύμφωνα με τους ίδιους τους επιζώντες εγκεφαλικού επεισοδίου αλλά και τους φροντιστές τους. Κάποια άλλα ερωτήματα που τέθηκαν είναι εάν η σοβαρότητα της αφασίας επηρεάζει την λειτουργική επικοινωνία και αν οι ηλικίες και το φύλο επηρεάζουν τη λειτουργική επικοινωνία των επιζώντων εγκεφαλικού επεισοδίου με χρόνια αφασία.

2 Μεθοδολογία Έρευνας

2.1 Δείγμα

Το δείγμα αποτελείται από δεκαπέντε επιζώντες εγκεφαλικού επεισοδίου και οκτώ φροντιστές. Τα κριτήρια συμπερίληψης και αποκλεισμού των επιζώντων εγκεφαλικού επεισοδίου είναι, πρώτο, τα άτομα να έχουν διαγνωστεί με χρόνια αφασία από ένα ειδικό. Τη χρόνια αφασία την ορίζουμε από έξι μήνες μετά το εγκεφαλικό επεισόδιο και πάνω (Dalemans et al., 2010; Kiran, 2012). Δεύτερο, να μην παρουσιάζουν άλλη συνοδή διαταραχή και τρίτο, να έχουν συμπληρώσει οι ίδιοι ή το πληρεξούσιο άτομο το δελτίο συναίνεσης που θα έχει δοθεί από το υπεύθυνο άτομο της μελέτης. Το κριτήριο συμπερίληψης και αποκλεισμού των φροντιστών είναι να έχουν επαφή με τον επιζώντα εγκεφαλικού επεισοδίου τουλάχιστον τρεις φορές την εβδομάδα. Η μελέτη αυτή, έχει πάρει έγκριση από την Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής Κύπρου με αριθμό ΕΕΒΚ/ΕΠ/2017/37. Η σκόπιμη δειγματοληψία αποτελεί τη μέθοδο δειγματοληψίας που χρησιμοποιήθηκε, αφού το δείγμα το αποτελούν επιζώντες εγκεφαλικού επεισοδίου με χρόνια αφασία δηλαδή, επιλέχθηκαν συγκεκριμένα άτομα με συγκεκριμένα χαρακτηριστικά και η επιλογή αυτή έγινε συνειδητά.

2.2 Μέσα συλλογής δεδομένων

Η μέτρηση της λειτουργικής επικοινωνίας, πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του εργαλείου Communication Effectiveness Index. Το εργαλείο αυτό, είναι διαθέσιμο στο διαδίκτυο, στην Αγγλική γλώσσα, και χρειάστηκε να γίνει μετάφραση του, στα ελληνικά έτσι ώστε, να ανταποκρίνεται στη γλώσσα των συμμετεχόντων. Για τη μετάφραση ακολουθήθηκε η διαδικασία της αντίστροφης μετάφρασης (Schrauf, 2006). Αυτό σημαίνει ότι αρχικά πραγματοποιήθηκε μετάφραση του αγγλικού δείκτη στα ελληνικά από μια φοιτήτρια λογοθεραπείας. Έπειτα, δύο άλλες φοιτήτριες λογοθεραπείας πήραν το μεταφρασμένο ελληνικό δείκτη και χωρίς να έχουν δει ή μελετήσει καθόλου τον αγγλικό δείκτη, το μετέφρασαν ξανά στα αγγλικά. Στη συνέχεια, έγινε μια σύγκριση με τον πρωτότυπο αγγλικό δείκτη, έτσι ώστε, να διαπιστωθεί εάν υπάρχουν αποκλίσεις στους όρους που χρησιμοποιούνται στο δείκτη. Τέλος, έγιναν οι απαραίτητες διορθώσεις και δημιουργήθηκε το τελικό ερωτηματολόγιο (βλ. Παράρτημα 1). Το εργαλείο Communication Effectiveness Index στα ελληνικά

ονομάζεται Δείκτης Επικοινωνιακής Αποτελεσματικότητας. Επίσης, μαζί με το ερωτηματολόγιο δημιουργήθηκε μια κλίμακα που είναι βασισμένη στην κλίμακα Likert, (Lomas et al., 1989; Schrauf, 2006). Συγκεκριμένα, το εύρος της κλίμακας είναι 0 – 4. Ο αριθμός 0 αντιστοιχεί το "καθόλου ικανός", το 1 "φανερή δυσκολία αλλά ο ασθενής μπορεί να εκτελέσει δραστηριότητα", το 2 "κάποια δυσκολία", το 3 "ήπια δυσκολία που παρατηρείται από εξειδικευμένο άτομο" και το 4 αντιπροσωπεύει το "όσο ικανός ήταν πριν". Επίσης, χρησιμοποιούνται τα "smilegram" της κλίμακα TOM (βλ. Παράρτημα 2), τα οποία δεν βρίσκονται πάνω στην κλίμακα αλλά τα κρατά το υπεύθυνο άτομο της μελέτης και τα βάζει στην κλίμακα όποτε κρίνει ότι θα βοηθήσουν το άτομο που έχει απέναντι του, να κατανοήσει την κλίμακα. Το άτομο αυτό μπορεί να είναι είτε επιζώντας εγκεφαλικού επεισοδίου είτε ο φροντιστής.

2.3 Σχεδιασμός Έρευνας

Η εξαρτημένη μεταβλητή της μελέτης αυτής είναι η λειτουργική επικοινωνία. Οι ανεξάρτητες μεταβλητές είναι η ηλικία, το φύλο και η σοβαρότητα της αφασίας. Τα δεκαέξι στοιχεία του Δείκτη Επικοινωνιακής Αποτελεσματικότητας βαθμολογούνται από το 0 μέχρι το 4 σύμφωνα με την κλίμακα που δημιουργήθηκε. Θα δοθεί σημαντικότητα και στα δεκαέξι στοιχεία κατά τη στατιστική ανάλυση και δεν θα υπάρξει ομαδοποίηση τους. Θα υπολογιστεί το άθροισμα και ο μέσος όρος του κάθε Δείκτη Επικοινωνιακής Αποτελεσματικότητας που χορηγήθηκε σε επιζώντες εγκεφαλικού επεισοδίου και στους φροντιστές τους. Έπειτα θα υπολογιστεί ο συνολικός μέσος όρος, η διάμεσος καθώς και η μικρότερη και η μεγαλύτερη τιμή των απαντήσεων των επιζώντων εγκεφαλικού επεισοδίου και των φροντιστών. Επίσης, θα πραγματοποιηθεί σύγκριση των μέσων όρων των φροντιστών και των επιζώντων εγκεφαλικού επεισοδίου για να διαφανεί εάν υπάρχει διαφορά στις απαντήσεις τους και κατά πόσο είναι σημαντική αυτή η διαφορά. Επιπλέον, θα ομαδοποιηθούν οι επιζώντες εγκεφαλικού επεισοδίου ανάλογα με τη σοβαρότητα της αφασίας δηλαδή, σε ήπια, μέτρια, σοβαρή, για να απαντηθεί το ερώτημα εάν η σοβαρότητα επηρεάζει τη λειτουργική επικοινωνία. Θα πραγματοποιηθεί σύγκριση της ηλικίας και του φύλου με τη λειτουργική επικοινωνία έτσι ώστε να διαπιστωθεί εάν υπάρχει συσχέτιση δηλαδή σε ποιο φύλο ή ηλικία διαπιστώνεται να είναι πιο επηρεασμένη η λειτουργική επικοινωνία και σε ποια όχι. Το φύλο θα ομαδοποιηθεί σε τρεις κατηγορίες, στην κάτω των 60 ετών,

στην 61-70 ετών και στην άνω των 71 ετών. Τέλος, θα γίνει περιγραφή των ποσοστών του δείγματος των επιζώντων εγκεφαλικού επεισοδίου που έχει επηρεαστεί η λειτουργική επικοινωνία. Τα άτομα που θα έχουν σκοράρει στο δείκτη, σε τουλάχιστον δώδεκα ερωτήσεις από τις δεκαέξι, μεταξύ του 3 (ήπια δυσκολία που παρατηρείται από εξειδικευμένο προσωπικό) και του 4 (όσο ικανός ήταν πριν), σύμφωνα με την κλίμακα που δημιουργήθηκε, θα θεωρούνται ως άτομα που δεν έχει επηρεαστεί η λειτουργική τους επικοινωνία.

2.4 Διαδικασία συλλογής δεδομένων

Η συλλογή του δείγματος πραγματοποιήθηκε τη δεύτερη εβδομάδα του Φεβρουάριου μέχρι την πρώτη εβδομάδα του Μαρτίου. Η συλλογή έγινε κυρίως από κέντρα αποκατάστασης αλλά, και από επισκέψεις σε σπίτια συμμετεχόντων. Στους συμμετέχοντες που η επίσκεψη έγινε στο σπίτι, οι ίδιοι είχαν αναφέρει ότι είχαν νοσηλευτεί σε κέντρα αποκατάστασης τα προηγούμενα χρόνια. Το Μέλαθρον Αγωνιστών ΕΟΚΑ, το Κέντρο Διαβίωσης και Αποκατάστασης Άγιος Βασίλειος και η Παναγία Ελεούσα κέντρο φροντίδας και αποκατάστασης, ήταν τα κέντρα αποκατάστασης που έδωσαν την έγκριση τους ώστε να πραγματοποιηθεί η συλλογή συμμετεχόντων για το δείγμα. Οι περιοχές από όπου συλλέχθηκε το δείγμα ήταν από επαρχία Λεμεσού και επαρχία Λευκωσίας, όμως υπήρχαν άτομα που νοσηλεύονταν στα κέντρα αποκατάστασης που δεν ήταν από την επαρχία που βρισκόταν το κέντρο αποκατάστασης αλλά από άλλες επαρχίες και πιο συγκεκριμένα από την επαρχία Αμμοχώστου.

Στα κέντρα αποκατάστασης αρχικά γινόταν επικοινωνία με το υπεύθυνο άτομο και πληροφόρηση του, σχετικά με την έρευνα έτσι ώστε εάν επιθυμούσε να δώσει την έγκριση του για τη διεξαγωγή της. Μετά, την έγκριση του υπεύθυνου ατόμου πραγματοποιούνταν επισκέψεις στα κέντρα αποκατάστασης έτσι ώστε να γίνει η χορήγηση του Δείκτη Επικοινωνιακής Αποτελεσματικότητας στα άτομα που ταίριαζαν με τα κριτήρια που ορίστηκαν. Οι επισκέψεις γίνονταν από τις 9:30 το πρωί μέχρι τις 12:00 το μεσημέρι, αφού εκείνες τις ώρες ήταν δυνατό να είναι διαθέσιμα τα άτομα που θα μπορούσαν να συμπεριληφθούν στο δείγμα. Ο επιζώντας εγκεφαλικού επεισοδίου ενημερωνόταν από το υπεύθυνο άτομο της μελέτης για την έρευνα και αν συμφωνούσε να συμμετέχει τότε του δινόταν το έντυπο συγκατάθεσης να το συμπληρώσει. Εάν το

άτομο αυτό δεν μπορούσε να το συμπληρώσει λόγω κινητικών προβλημάτων, το συμπλήρωνε ο φροντιστής και το υπέγραφε το άτομο. Εάν δεν ήταν παρόν κάποιος φροντιστής, συμπλήρωνε τα στοιχεία η υπεύθυνη φοιτήτρια με τη βοήθεια του ίδιου του ατόμου και το υπέγραφε το ίδιο το άτομο. Σε σοβαρές περιπτώσεις που δεν μπορούσαν καθόλου να υπογράψουν ή να συμφωνήσουν ή να κατανοήσουν το σκοπό της μελέτης, τότε τα πληρεξούσια άτομα ή τα κέντρα αποκατάστασης, ενέκριναν τη συμμετοχή των επιζώντων εγκεφαλικού επεισοδίου, στη μελέτη και υπόγραφαν το έντυπο συγκατάθεσης.

Συνεχίζοντας, στα σπίτια των ατόμων γινόταν αρχικά τηλεφωνική επικοινωνία με τους φροντιστές - συζύγους που ενημερώνονταν για την έρευνα. Εάν το άτομο με το εγκεφαλικό επεισόδιο ταίριαζε με τα κριτήρια συμπερίληψης και δεχόταν να συμμετέχει τόσο το άτομο με εγκεφαλικό επεισόδιο όσο και ο φροντιστής - σύζυγος, τότε οριζόταν ημέρα και ώρα επίσκεψης. Οι επισκέψεις γίνονταν απογεύματα διότι εκείνες τις ώρες επιθυμούσαν να γίνει η επίσκεψη. Δίνονταν τα έντυπα συγκατάθεσης για να τα συμπληρώσουν και εάν τα άτομα με εγκεφαλικό επεισόδιο δεν μπορούσαν να το συμπληρώσουν τότε το συμπλήρωναν οι φροντιστές - σύζυγοι τους και υπέγραφαν τα άτομα με εγκεφαλικό επεισόδιο.

Υπήρχε το δικαίωμα να αρνηθούν να συμμετέχουν, χωρίς να υποστούν καμία συνέπεια, οι συμμετέχοντες. Συγκεκριμένα, υπήρξε μια περίπτωση όπου ένα άτομο αρνήθηκε να συμμετάσχει.

Αφού, συμπληρωνόταν η συγκατάθεση τότε ξεκινούσε η χορήγηση του Δείκτη Επικοινωνιακής Αποτελεσματικότητας. Συγκεκριμένα, το υπεύθυνο άτομο της μελέτης έβαζε μπροστά από τα άτομα την κλίμακα που δημιουργήθηκε και έλεγε στο άτομο ένα στοιχείο από τα δεκαέξι του δείκτη κάθε φορά, και το άτομο έπρεπε να δείξει ή να πει τον αριθμό που τον αντιπροσωπεύει καλύτερα, σύμφωνα πάντα με τους αριθμούς της κλίμακας (Lomas et al., 1989). Το ίδιο συνέβη και με τους φροντιστές, αλλά οι φροντιστές έδειχναν ή έλεγαν τον αριθμό της κλίμακα που πιστεύουν οι ίδιοι ότι αντιπροσωπεύει καλύτερα το άτομο με εγκεφαλικό επεισόδιο (Lomas et al., 1989). Κατά την εκτέλεση του Δείκτη Επικοινωνιακής Αποτελεσματικότητας το υπεύθυνο άτομο της μελέτης μπορούσε να δώσει βοήθεια εάν αυτή ζητηθεί ή θεωρείτο αναγκαία (Lomas et al., 1989). Επίσης, τα "smilegram" που δημιουργήθηκαν, τοποθετούνταν

πάνω στην κλίμακα στις περιπτώσεις που θεωρείτο βοηθητικό και αναγκαίο για το άτομο που βρισκόταν απέναντι.

Η αφασία, στη μελέτη αυτή, μετρήθηκε σε σοβαρότητα και όχι σε τύπο. Έχει ταξινομηθεί σε ήπια, μέτρια και σοβαρή αφασία. Η ταξινόμηση οριζόταν με βάση τις πληροφορίες που έδιναν οι λογοθεραπευτές και άλλα υπεύθυνα ή ειδικά άτομα που υπήρχαν στα κέντρα αποκατάστασης, αλλά και από συνομιλία που πραγματοποιείτο μεταξύ του ατόμου με εγκεφαλικό επεισόδιο και του υπεύθυνου ατόμου της μελέτης αυτής (Mazaux et al., 2013).

Ο χρόνος χορήγησης του δείκτη ήταν περίπου 10 λεπτά (Lomas et al., 1989). Χρειάζονταν επίσης, 5 λεπτά για τη συμπλήρωση του έντυπου συγκατάθεσης έτσι, ο συνολικός χρόνος υπολογιζόταν στα 15 λεπτά. Υπήρχαν περιπτώσεις που οι συμμετέχοντες χρειάζονταν λιγότερο χρόνο από τα 15 λεπτά.

Η χορήγηση του Δείκτη Επικοινωνιακής Αποτελεσματικότητας έπρεπε να γίνει σε ήσυχο περιβάλλον (Lomas et al., 1989). Στα κέντρα αποκατάστασης, δεν υπήρχε πάντα η δυνατότητα ενός ήσυχου περιβάλλοντος. Επίσης, δεν υπήρχε ένας συγκεκριμένος διαθέσιμος χώρος που να ήταν ήσυχος. Γίνονταν οι κατάλληλες προσαρμογές, στο χώρο που ήταν διαθέσιμος έτσι ώστε να επιτευχθεί ένα ήσυχο περιβάλλον κατά τη χορήγηση του δείκτη. Οι ήσυχοι χώροι που εκμεταλλευτήκαν κατά τη χορήγηση ήταν τα δωμάτια των ατόμων στα κέντρα αποκατάστασης και η αυλή των κέντρων αποκατάστασης. Αυτοί οι χώροι πάντα είχαν ήσυχο περιβάλλον. Επίσης, η χορήγηση έγινε και στα σαλονάκια που έχουν τα κέντρα αποκατάστασης. Αυτοί οι χώροι χρησιμοποιούνταν σε περιπτώσεις που δεν μπορούσε να γίνει χρήση στο δωμάτιο ή στην αυλή. Φυσικά γινόταν προσπάθεια να υπάρχει ήσυχο περιβάλλον. Αυτό πραγματοποιήθηκε σε μερικές περιπτώσεις, όμως σε πέντε δεν έγινε κατορθωτό. Στα σπίτια η χορήγηση γινόταν σε ένα από τα δωμάτια του σπιτιού και υπήρχε πάντα ένα ήσυχο περιβάλλον.

Οι φροντιστές που συμπεριλήφθηκαν στο δείγμα ήταν οι σύζυγοι των ατόμων, νοσηλευτές, ένας φυσιοθεραπευτής και ένας λογοθεραπευτής. Όλοι τηρούσαν το κριτήριο συμπερίληψης και αποκλεισμού που ορίστηκε. Υπήρξαν δυσκολίες στον εντοπισμών φροντιστών στα κέντρα αποκατάστασης. Συγκεκριμένα, οι φροντιστές δεν μπορούσαν, λόγω άλλων υποχρεώσεων που είχαν, να διευθετήσουν τις ώρες που έγιναν οι επισκέψεις, από το υπεύθυνο άτομο της μελέτης. Άλλα άτομα δεν επιθυμούσαν να

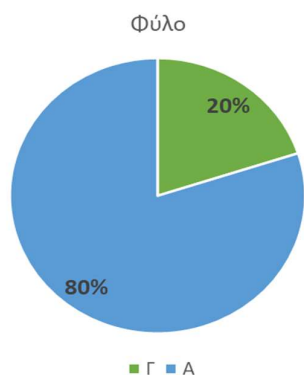
συμμετέχουν και δεν μιλούσαν ελληνικά με αποτέλεσμα να υπάρχει ασυνεννοησία και από τις δύο μεριές. Επίσης, δεν ήταν δυνατό να υπάρχει ένας φροντιστής για κάθε άτομο, έτσι στο δείγμα υπάρχει ένας φροντιστής για τρία με τέσσερα άτομα με εγκεφαλικό επεισόδιο.

Κατά τη συλλογή των δεδομένων, γινόταν η καταγραφή τους στην Excel λόγω της εύκολης πρόσβασης. Στη συνέχεια, μεταφέρθηκαν και στη SPSS Statistics.

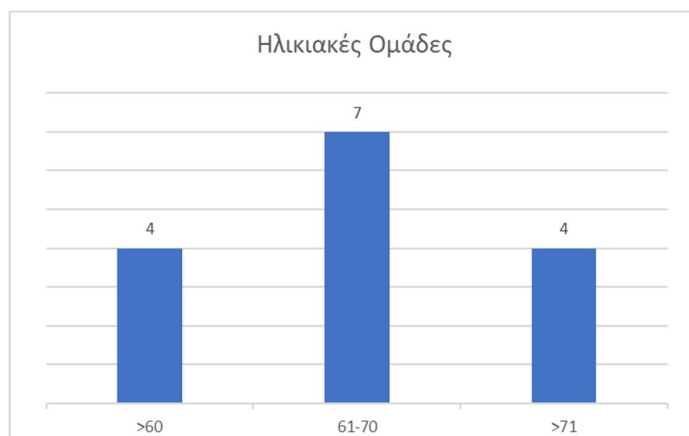
Πραγματοποιήθηκαν στατιστικές αναλύσεις και στα δύο προγράμματα όπου τα αποτελέσματα που προέκυψαν και από τα δυο θα χρησιμοποιηθούν στο κεφάλαιο με τα αποτελέσματα και θα βοηθήσουν στην εξαγωγή συμπερασμάτων.

3 Αποτελέσματα

Το δείγμα των επιζώντων εγκεφαλικού επεισοδίου το αποτελούν δεκαπέντε άτομα. Τα δώδεκα από τα δεκαπέντε άτομα είναι άνδρες ενώ τρία από τα δεκαπέντε είναι γυναίκες. Σε ποσοστά οι άνδρες αποτελούν το 80% του δείγματος των επιζώντων εγκεφαλικού επεισοδίου ενώ οι γυναίκες αποτελούν το 20% (βλ. Διάγραμμα 1). Η διάμεσος του δείγματος είναι 49, η μικρότερη τιμή 13 και η μεγαλύτερη τιμή 58. Συνεχίζοντας, ο μέσος όρος ηλικίας του δείγματος είναι 67,4. Το δείγμα των επιζώντων εγκεφαλικού επεισοδίου ομαδοποιήθηκε σε τρεις ηλικιακές ομάδες (βλ. Διάγραμμα 2), στην ομάδα των κάτω των 60 ετών, στην ομάδα των 61-70 ετών και στην ομάδα των άνω των 70 ετών. Στην πρώτη ομάδα ανήκουν 4 άτομα, στη δεύτερη ανήκουν 7 άτομα και στην τρίτη 4 άτομα. Φαίνεται πως στη δεύτερη ομάδα, δηλαδή στις ηλικίες 61 με 70 να βρίσκονται τα περισσότερα άτομα που έχουν υποστεί εγκεφαλικό επεισόδιο και να παρουσιάζουν χρόνια αφασία.

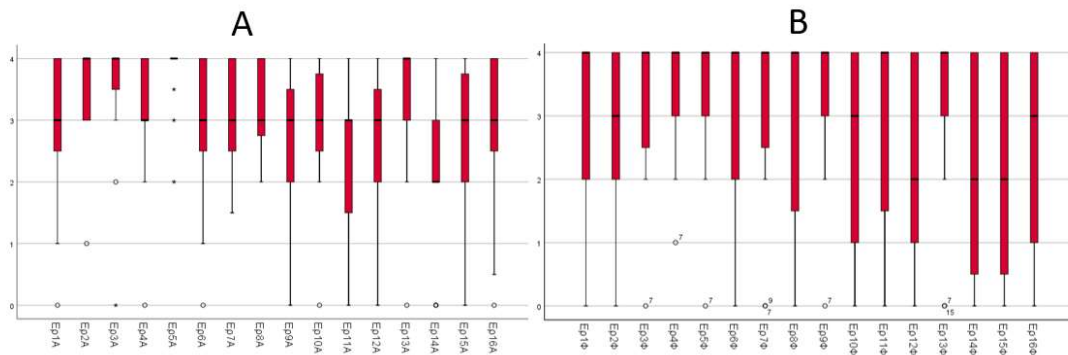


Διάγραμμα 1: Οι άνδρες και οι γυναίκες του δείγματος των επιζώντων εγκεφαλικού επεισοδίου σε ποσοστά.

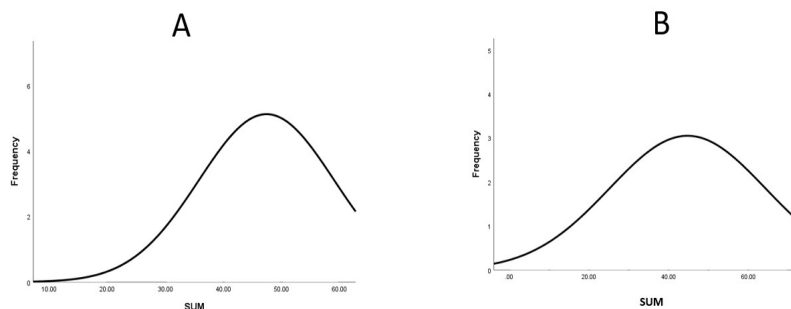


Διάγραμμα 2: Οι τρεις ηλικιακές ομάδες και ο αριθμός των ατόμων που ανήκουν σε αυτές.

Πριν ξεκινήσει η διαδικασία ανάλυσης των αποτελεσμάτων με τις διάφορες στατιστικές μεθόδους που θα χρησιμοποιηθούν, έγινε έλεγχος των δεδομένων έτσι ώστε, να διαφανεί εάν οι απαντήσεις στην κάθε ερώτηση ακολουθούν κανονική κατανομή. Ο λόγος που πραγματοποιήθηκε αυτό ήταν για να φανεί ποιες στατιστικές δοκιμασίες χρειάζεται να χρησιμοποιηθούν για την εξαγωγή των αποτελεσμάτων. Ένας τρόπος για να διαπιστωθεί εάν η κατανομή είναι κανονική ή μη κανονική είναι η χρήση των boxplot. Έτσι, δημιουργήθηκαν δύο ομάδες με boxplots (βλ. Διάγραμμα 3), μια για τα δεδομένα των επιζώντων εγκεφαλικού επεισοδίου και ένα για τα δεδομένα των φροντιστών. Επίσης, (βλ. Διάγραμμα 4) δημιουργήθηκαν οι κατανομές των δύο ομάδων για να είναι πιο ξεκάθαρη η κατανομή. Σύμφωνα με αυτά τα δύο boxplot καθώς και τις δυο κατανομές, η κατανομή του δείγματος είναι μη κανονική. Λόγω του ότι το δείγμα έχει μη κανονική κατανομή, οι στατιστικές αναλύσεις των δεδομένων γίνονται με τη χρήση μη παραμετρικών μεθόδων έτσι ώστε να πραγματοποιηθεί εξαγωγή των αποτελεσμάτων.

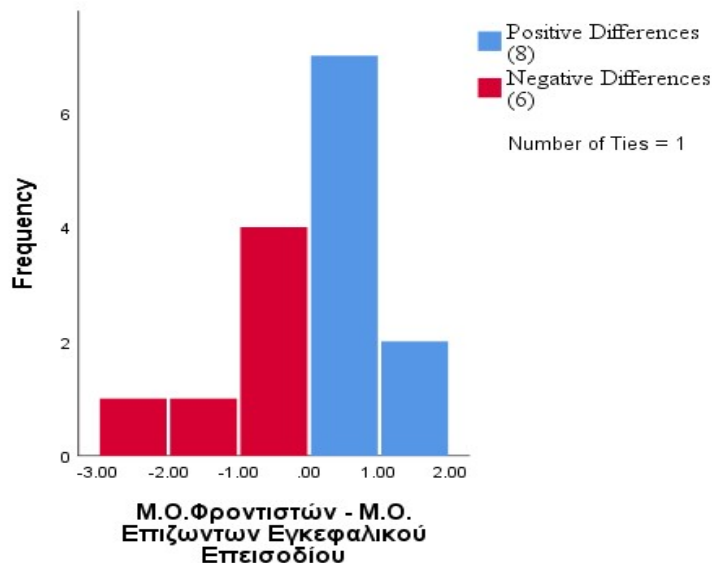


Διάγραμμα 3: Το Boxplot A των απαντήσεων των επιζώντων εγκεφαλικού επεισοδίου και το Boxplot B των απαντήσεων των φροντιστών.



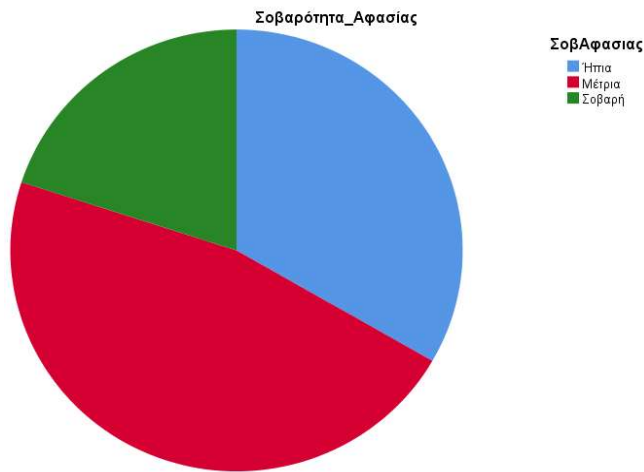
Διάγραμμα 4: Η κατανομή Α των επιζώντων εγκεφαλικού επεισοδίου και η κατανομή Β των φροντιστών.

Έπειτα, πραγματοποιήθηκε η σύγκριση των μέσων όρων των επιζώντων εγκεφαλικού επεισοδίου με τους μέσους όρους των φροντιστών έτσι ώστε να διαφανεί εάν υπάρχει συσχέτιση ή διαφορά μεταξύ αυτών των δύο ομάδων. Για τη σύγκριση αυτή χρησιμοποιήθηκε η SPSS Statistics όπου έγινε η χρήση, της μη παραμετρικής δοκιμασίας Wilcoxon signed rank test. Συγκεκριμένα, στη δοκιμασία αυτή έγινε σύγκριση των μέσων όρων των απαντήσεων των δύο ομάδων δηλαδή, των επιζώντων εγκεφαλικού επεισοδίου και των φροντιστών, δίνοντας στα αποτελέσματα τη θετική και αρνητική διαφορά. Η θετική διαφορά του συγκεκριμένου δείγματος προκύπτει όταν ο μέσος όρος του επιζώντα εγκεφαλικού επεισοδίου είναι μεγαλύτερος από το μέσο όρο του φροντιστή ($MO_EEE > MO_Φ$). Η αρνητική διαφορά προκύπτει όταν ο μέσος όρος του επιζώντα εγκεφαλικού επεισοδίου είναι μικρότερος από το μέσο όρο του φροντιστή ($MO_EEE < MO_Φ$). Το αποτέλεσμα ήταν ότι στο δείγμα οι θετικές διαφορές είναι 8 και οι αρνητικές 6, ενώ υπήρχε και μια περίπτωση όπου ο μέσος όρος του ατόμου με εγκεφαλικό επεισόδιο και του φροντιστή ήταν ο ίδιος (βλ. Διάγραμμα 5). Επίσης, υπολογίστηκε η στατιστική σημαντικότητα (p-value) που είναι 0,826 καθώς και το τυπικό σφάλμα που είναι 15,918. Το αποτέλεσμα της στατιστικής σημαντικότητας αποδεικνύει ότι δεν υπάρχει σημαντική στατιστική διαφορά ($p > 0.05$).



Διάγραμμα 5: Οι θετικές και αρνητικές διαφορές στους μέσους όρους των δύο ομάδων.

Στη συνέχεια, ομαδοποιήθηκαν οι επιζώντες εγκεφαλικού επεισοδίου σε τρεις κατηγορίες, σύμφωνα με τη σοβαρότητα της αφασίας που παρουσιάζουν. Οι κατηγορίες που δημιουργήθηκαν σύμφωνα με τη σοβαρότητα ήταν της ήπιας, της μέτριας και της σοβαρής. Η ήπια σοβαρότητα αποτελεί το 33% του δείγματος, η μέτρια το 44% και η σοβαρή το 20% (βλ. Διάγραμμα 6). Αφού, έγινε η ομαδοποίηση, πραγματοποιήθηκε σύγκριση των τριών κατηγοριών με το μέσο όρο των απαντήσεων που έδωσαν σχετικά με τη λειτουργική επικοινωνία. Η σύγκριση έγινε με τη μη παραμετρική δοκιμασία Kruskal - Wallis test. Η δοκιμασία αυτή, έδειξε πως δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά της λειτουργικής επικοινωνίας μεταξύ των τριών ομάδων σοβαρότητας, το Kruskal - Wallis h είναι 4,904 και η στατιστική σημαντικότητα (p-value) είναι 0,086 με μέση βαθμολογία στην ήπια 8,60, στη μέτρια 9,71 και στη σοβαρή 3,00 (βλ. Πίνακα 1).

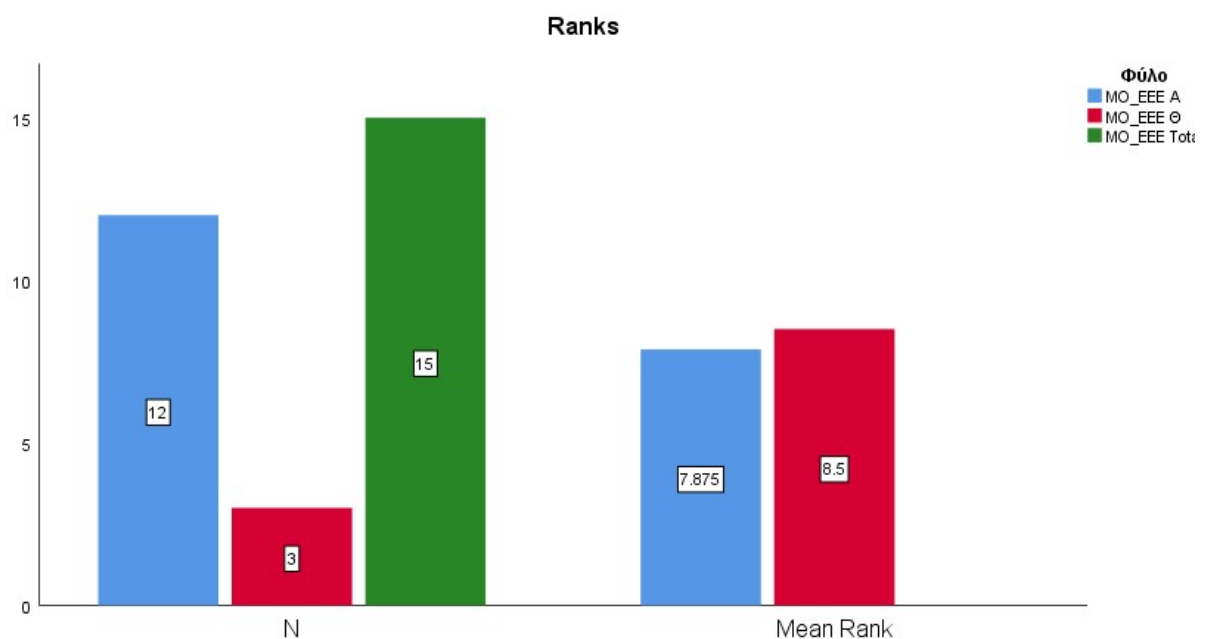


Διάγραμμα 6: Το κυκλικό διάγραμμα που απεικονίζει τη σοβαρότητα της αφασίας. Το 33% ήπια, το 44% μέτρια και το 20% σοβαρή.

Πίνακας 1: Η μέση κατάταξη της σοβαρότητας της αφασίας.

Σοβαρότητα Αφασίας	Αριθμός Ατόμων	Μέση Κατάταξη
Ήπια	5	8.60
Μέτρια	7	9.71
Σοβαρή	3	3.00
Σύνολο	15	-

Στο επόμενο βήμα, χρησιμοποιήθηκε η μη παραμετρική δοκιμασία Mann - Whitney U test, στην SPSS. Αυτή η δοκιμασία πραγματοποιήθηκε για να εξάγει αποτελέσματα στο ερώτημα ποιο από τα δύο φύλα επηρεάζεται περισσότερο η λειτουργική επικοινωνία. Σύμφωνα με την ανάλυση και τα αποτελέσματα της δοκιμασίας αυτής (βλ. Διάγραμμα 7), φαίνεται πως η λειτουργική επικοινωνία επηρεάζεται στις γυναίκες ελάχιστα πιο πολύ σε απόλυτη τιμή και όχι στατιστικά αφού η μέση βαθμολογία (mean rank = 8.5) είναι ελάχιστα μεγαλύτερη από αυτή των ανδρών (mean rank = 7.875). Όμως, η στατιστική σημαντικότητα (p-value) είναι 0,855 που υποδηλώνει μη στατιστικά σημαντική διαφορά ($p > 0.05$).



Διάγραμμα 7: Ο αριθμός των ανδρών και των γυναικών καθώς και η μέση βαθμολογία των δυο φύλων σχετικά με τη λειτουργική επικοινωνία.

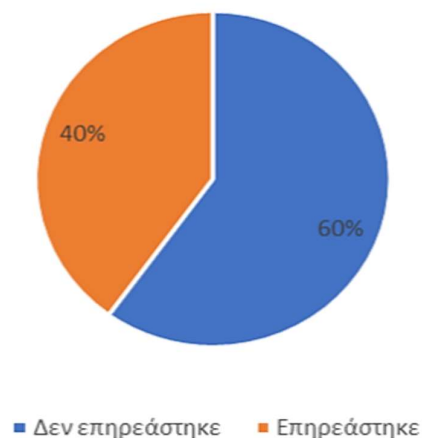
Για να απαντηθεί το ερώτημα σε ποια ηλικιακή ομάδα η λειτουργική επικοινωνία επηρεάζεται περισσότερο, χρησιμοποιήθηκε ξανά η μη παραμετρική δοκιμασία Kruskal - Wallis h test. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα (βλ. Πίνακα 2) η ηλικιακή ομάδα με την υψηλότερη μέση κατάταξη είναι η ομάδα των 61-70 ετών. Αυτό σημαίνει ότι η ηλικιακή ομάδα των 61-70 ετών έχει τις περισσότερες σε αριθμό υψηλές βαθμολογίες. Ενώ, η ηλικιακή ομάδα <71 έχει τη χαμηλότερη μέση κατάταξη, δηλαδή έχει τις περισσότερες σε αριθμό χαμηλές βαθμολογίες. Η στατιστική σημαντικότητα (p-value) είναι 0,255 που αποδεικνύει μη στατιστικά σημαντική διαφορά ($p > 0.05$).

Πίνακας 2: Η μέση κατάταξη των ηλικιακών ομάδων,

Ηλικία	Αριθμός Ατόμων	Μέση Κατάταξη
>60	4	8,75
61-70	7	9,36
<71	4	4,88
Σύνολο	15	-

Τέλος, είχε οριστεί πως ένα άτομο που θα απαντήσει τα 12 από τα 16 στοιχεία του δείκτη με τους αριθμούς 3 (ήπια δυσκολία που παρατηρείται από εξειδικευμένο προσωπικό) και 4 (όσο ικανός ήταν πριν) σύμφωνα με την κλίμακα που δημιουργήθηκε, δεν έχει επηρεαστεί η λειτουργική επικοινωνία. Έτσι, σύμφωνα με τα αποτελέσματα το 60% των επιζώντων εγκεφαλικού επεισοδίου δεν επηρεάστηκε η λειτουργική τους επικοινωνία, αυτό μεταφράζεται στα 9 άτομα από τα 15. Το 40% των επιζώντων εγκεφαλικού επεισοδίου έχει επηρεαστεί η λειτουργική επικοινωνία δηλαδή τα 6 άτομα από τα 15 (βλ. Διάγραμμα 8).

Λειτουργική Επικοινωνία



Διάγραμμα 8: Τα ποσοστά των συμμετεχόντων που επηρεάστηκε η λειτουργική επικοινωνία.

Ως αποτέλεσμα της πιο πάνω ανάλυσης δημιουργήθηκαν δύο ομάδες, η ομάδα με τα άτομα που δεν επηρεάστηκε η λειτουργική επικοινωνία και η ομάδα που επηρεάστηκε η λειτουργική επικοινωνία. Έπειτα, αυτές οι δύο ομάδες συγκρίθηκαν με το φύλο και την

ηλικία για να διαπιστωθούν διαφορές που προκύπτουν. Για τη σύγκριση με την ηλικία χρησιμοποιήθηκε η μη παραμετρική δοκιμασία Kruskal - Wallis h test, ενώ για τη σύγκριση με το φύλο η δοκιμασία Mann -Whitney U test. Η στατιστική σημαντικότητα (p-value) στη δοκιμασία Kruskal - Wallis h test στην ομάδα που δεν επηρεάστηκε η λειτουργική επικοινωνία είναι 0,292 ενώ για την άλλη ομάδα 0,885. Αυτό σημαίνει ότι και στις δύο ομάδες δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική η διαφορά ($p > 0.05$). Η ηλικιακή ομάδα με την υψηλότερη μέση κατάταξη στην ομάδα που δεν επηρεάστηκε η λειτουργική επικοινωνία (mean rank: 6,67) είναι των κάτω των 60 ετών, με τρία άτομα από τα εννιά, ενώ με τη χαμηλότερη μέση κατάταξη (mean rank:2,00), με ένα άτομο από τα εννιά, είναι η άνω των 70 ετών. Όσο αφορά την ομάδα που επηρεάστηκε η λειτουργική επικοινωνία, η ηλικιακή ομάδα με την υψηλότερη μέση κατάταξη είναι των 61-70 ετών (mean rank: 4,00), με δύο άτομα από τα έξι ενώ με τη χαμηλότερη μέση κατάταξη (mean rank: 3,17) με τρία άτομα από τα έξι, είναι η άνω των 70 ετών.

Πίνακας 3: Η μέση κατάταξη των ηλικιακών ομάδων και της ομάδας που επηρεάστηκε η λειτουργική επικοινωνία καθώς και της ομάδας που δεν επηρεάστηκε η λειτουργική επικοινωνία.

	Ηλικία	Αριθμός Ατόμων	Μέση Κατάταξη
Δεν Επηρεάστηκε	>60	3	6.67
	61-70	5	4.60
	<71	1	2.00
	Σύνολο	9	
Επηρεάστηκε	>60	1	3.50
	61-70	2	4.00
	<71	3	3.17
	Σύνολο	6	

Η στατιστική σημαντικότητα (p - value) στην δοκιμασία Mann-Whitney U test (βλ. Πίνακα 4) στην ομάδα που δεν επηρεάστηκε η λειτουργική επικοινωνία είναι 0,172 ενώ για την άλλη ομάδα 0,240. Αυτό σημαίνει ότι και στις δύο ομάδες δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ($p > 0.05$). Σύμφωνα με τα αποτελέσματα φαίνεται ότι στην ομάδα που δεν επηρεάστηκε η λειτουργική επικοινωνία οι γυναίκες έχουν την υψηλότερη μέση κατάταξη ενώ οι άνδρες τη χαμηλότερη. Ενώ στην ομάδα που

επηρεάστηκε η λειτουργική επικοινωνία οι γυναίκες έχουν τη χαμηλότερη μέση κατάταξη και οι άνδρες έχουν την υψηλότερη μέση κατάταξη.

Πίνακας 4: Η μέση κατάταξη του φύλου και της ομάδας που επηρεάστηκε η λειτουργική επικοινωνία καθώς και της ομάδας που δεν επηρεάστηκε η λειτουργική επικοινωνία.

	Φύλο	Αριθμός Ατόμων	Μέση Κατάταξη
Δεν	A	8	4.56
Επηρεάστηκε	Θ	1	8.50
	Σύνολο	9	
Επηρεάστηκε	A	4	4.13
	Θ	2	2.25
	Σύνολο	6	

4 Συζήτηση

Η λειτουργική επικοινωνία είναι πολύ σημαντικό να αξιολογείται αφού αποτελεί το μέσο που το άτομο χρησιμοποιεί για να εκφράσει τις ανάγκες, τα θέλω, τα ενδιαφέροντα και τα συναισθήματα του (Gregg, 2017). Ο Δείκτης Επικοινωνιακής Αποτελεσματικότητας που μεταφράστηκε στα ελληνικά χορηγήθηκε στους επιζώντες εγκεφαλικού επεισοδίου και στους φροντιστές τους. Με το δείκτη πραγματοποιήθηκε η μέτρηση της λειτουργικής επικοινωνίας και έγιναν οι στατιστικές αναλύσεις για να την εξαγωγή των αποτελεσμάτων και των συμπερασμάτων. Είναι γεγονός, ότι η λειτουργική επικοινωνία επηρεάζεται στους επιζώντες εγκεφαλικού επεισοδίου. Σε κάποιους θα επηρεαστεί λιγότερο και σε κάποιους περισσότερο.

Ένα από τα ερωτήματα που τέθηκε μετά τη μελέτη της βιβλιογραφίας και συγκεκριμένα των Lomas et al. ήταν κατά πόσο η λειτουργική επικοινωνία επηρεάζεται στους επιζώντες εγκεφαλικού επεισοδίου με χρόνια αφασία. Οι επιζώντες εγκεφαλικού επεισοδίου βαθμολόγησαν τον εαυτό τους, στις δεκαέξι καταστάσεις του Δείκτη Επικοινωνιακής Αποτελεσματικότητας που αφορούν γενικότερα τη λειτουργική επικοινωνία και επιπρόσθετα, βαθμολόγησαν και οι φροντιστές τους επιζώντες εγκεφαλικού επεισοδίου. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της σύγκρισης, έχει διαπιστωθεί ότι οι επιζώντες εγκεφαλικού επεισοδίου βαθμολόγησαν τον εαυτό τους πιο θετικά από ότι οι φροντιστές. Το συμπέρασμα αυτό βγήκε από το γεγονός ότι, οι οκτώ από τους δεκαπέντε συμμετέχοντες με εγκεφαλικό επεισόδιο βαθμολόγησαν τον εαυτό τους πιο θετικά από τους φροντιστές ενώ αυτοί που βαθμολόγησαν πιο αρνητικά τον εαυτό τους από ότι οι φροντιστές ήταν έξι από τους δεκαπέντε. Κάποιος θα μπορούσε να βγάλει ως γενικό συμπέρασμα πως η λειτουργική επικοινωνία σύμφωνα με τους επιζώντες εγκεφαλικού επεισοδίου δεν είναι επηρεασμένη. Αυτό έρχεται σε αντίθεση με την άποψη των φροντιστών αφού τους βαθμολόγησαν πιο χαμηλά. Οι επιζώντες εγκεφαλικού επεισοδίου φαίνεται ότι τείνουν να βαθμολογούν τους εαυτούς τους πιο θετικά, όμως αυτοί που βαθμολογούν τον εαυτό τους πιο αρνητικά σε αριθμό ήταν ελάχιστα πιο κάτω. Με άλλα λόγια, αυτοί που βαθμολόγησαν πιο θετικά ήταν οκτώ ενώ αυτοί που βαθμολόγησαν πιο αρνητικά ήταν έξι, η διαφορά δεν είναι μεγάλη. Συμπερασματικά, τα ίδια τα άτομα με εγκεφαλικό επεισόδιο πιστεύουν ότι δεν είναι επηρεασμένη η λειτουργική επικοινωνία όμως οι φροντιστές πιστεύουν το αντίθετο. Αξίζει να σημειωθεί πως υπήρχε μια περίπτωση, όπου ο φροντιστής και ο επιζώντας

εγκεφαλικού επεισοδίου βαθμολόγησαν το ίδιο. Αυτή η σύγκριση που πραγματοποιήθηκε μεταξύ των φροντιστών και των επιζώντων εγκεφαλικού επεισοδίου δεν είναι ξεκάθαρη ως προς ποια άτομα, η λειτουργική επικοινωνία έχει επηρεαστεί ή όχι. Μπορεί να παρατηρηθεί μόνο η βαθμολόγηση της λειτουργικής επικοινωνίας από τους επιζώντες εγκεφαλικού επεισοδίου και από τους φροντιστές και ποια είναι η σχέση μεταξύ αυτών των δύο.

Παράλληλα, διερευνήθηκε με ένα άλλο τρόπο η λειτουργική επικοινωνία και κατά πόσο έχει επηρεαστεί ή όχι στους επιζώντες εγκεφαλικού επεισοδίου. Ορίστηκε ένα κριτήριο, το οποίο εάν παρουσιάσει ο επιζώντας εγκεφαλικού επεισοδίου, στις απαντήσεις που έδωσε στα στοιχεία του δείκτη, τότε δεν έχει επηρεαστεί η λειτουργική του επικοινωνία. Το κριτήριο ήταν το άτομο να απαντήσει τα 12 από τα 16 στοιχεία του δείκτη με τους αριθμούς 3 (ήπια δυσκολία που παρατηρείται από εξειδικευμένο προσωπικό) και 4 (όσο ικανός ήταν πριν) σύμφωνα με την κλίμακα. Συγκεκριμένα, εννιά από τα δεκαπέντε (60%) άτομα δεν έχει επηρεαστεί η λειτουργική τους επικοινωνία, ενώ έξι από τα δεκαπέντε (40%) έχει επηρεαστεί η λειτουργική τους επικοινωνία. Με άλλα λόγια, δημιουργήθηκαν δυο ομάδες, όπου οι περισσότεροι επιζώντες εγκεφαλικού επεισοδίου του δείγματος, ανήκουν στην ομάδα που η λειτουργική τους επικοινωνία δεν έχει επηρεαστεί. Συμπληρωματικά, οι συμμετέχοντες της ομάδας που δεν επηρεάστηκε η λειτουργική επικοινωνία και οι συμμετέχοντες της ομάδας που επηρεάστηκε η λειτουργική επικοινωνία, παρουσιάζουν μεγαλύτερη μέση κατάταξη στην ηλικιακή ομάδα των 61-70 ετών. Επίσης, διαπιστώθηκε ότι οι γυναίκες παρουσιάζουν το κριτήριο περισσότερο από τους άνδρες και έτσι ανήκουν στην ομάδα που δεν επηρεάστηκε η λειτουργική επικοινωνία. Αντίθετα, στην ομάδα που επηρεάστηκε η λειτουργική επικοινωνία, ανήκουν οι άνδρες με λιγότερη παρουσία του κριτηρίου, επομένως η βαθμολογία είναι ψηλότερη αφού επηρεάστηκε η λειτουργική επικοινωνία.

Η χρόνια αφασία που παρουσιάζουν οι επιζώντες εγκεφαλικού επεισοδίου του δείγματος διαφέρει ως προς τη σοβαρότητα. Οι πέντε από τους δεκαπέντε (33%), επιζώντες εγκεφαλικού επεισοδίου παρουσιάζουν ήπια αφασία, οι επτά από τους δεκαπέντε (44%), παρουσιάζουν μέτρια αφασία και οι τρεις από τους δεκαπέντε (20%), σοβαρή αφασία. Το ερώτημα που προέκυψε ήταν εάν η λειτουργική επικοινωνία επηρεάζεται περισσότερο ανάλογα με τη σοβαρότητα της αφασίας που παρουσιάζουν οι

επιζώντες εγκεφαλικού επεισοδίου. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η λειτουργική επικοινωνία είναι πιο επηρεασμένη στους συμμετέχοντες με μέτρια αφασία, ενώ στους συμμετέχοντες με σοβαρή αφασία η λειτουργική επικοινωνία φαίνεται να είναι η λιγότερη επηρεασμένη. Η ήπια αφασία τοποθετείται στο ενδιάμεσο της μέτριας και της σοβαρής αφασίας.

Οι ηλικιακές ομάδες που υπήρχαν στο δείγμα ήταν αυτές των κάτω 60 ετών, των 61-70 ετών, και των άνω 71 ετών. Διερευνήθηκε, εάν η λειτουργική επικοινωνία επηρεάζεται περισσότερο σε κάποιες ηλικίες αλλά και σε πιο φύλο επηρεάζεται περισσότερο. Η ηλικιακή ομάδα που επηρεάζεται περισσότερο η λειτουργική επικοινωνία σύμφωνα με τα αποτελέσματα είναι των 61-70 ετών. Ενώ το φύλο που η λειτουργική επικοινωνία επηρεάζεται περισσότερο είναι των γυναικών.

Οι φροντιστές στη μελέτη αυτή, πιστεύεται ότι δεν υπερεκτίμησαν αλλά ούτε υποτίμησαν τους επιζώντες εγκεφαλικού επεισοδίου με τις βαθμολογίες που έδωσαν κατά την αξιολόγηση της λειτουργικής επικοινωνίας χρησιμοποιώντας το Δείκτη Επικοινωνιακής Αποτελεσματικότητας. Όμως, το γεγονός ότι οι οκτώ επιζώντες εγκεφαλικού επεισοδίου αξιολόγησαν πιο θετικά από ότι οι φροντιστές και οι έξι αξιολόγησαν πιο αρνητικά έρχεται σε αντίθεση με αυτό που αναφέρθηκε πιο πάνω. Επίσης, στην έρευνα των Hilari και Byng (2009) οι φροντιστές αξιολογούν τους επιζώντες εγκεφαλικού επεισοδίου το ίδιο και όχι πιο σοβαρά από ότι θα αξιολογούσαν οι ίδιοι οι επιζώντες εγκεφαλικού επεισοδίου τον εαυτό τους. Δεν συμβαίνει όμως το ίδιο στη μελέτη αυτή αφού, οι φροντιστές των οκτώ συμμετεχόντων, τους βαθμολόγησαν πιο χαμηλά. Υπήρχε, μόνο μια περίπτωση που ο φροντιστής αξιολόγησε το ίδιο με τον επιζώντα εγκεφαλικού επεισοδίου. Επιπρόσθετα, το γεγονός ότι τα στοιχεία του Δείκτη Επικοινωνιακής Αποτελεσματικότητας αφορούν, την κοινωνική ανάγκη, τις δεξιότητες ζωής, τις βασικές ανάγκες και την απειλή για την υγεία, διαπιστώνεται μέσα από την έρευνα των Cruice et al. (2005) ότι η αξιολόγηση των επιζώντων εγκεφαλικού επεισοδίου από τους φροντιστές εν μέρη είναι επιτυχής (Lomas et al., 1989). Πιο συγκεκριμένα, στην έρευνα των Cruice et al. (2005), τα μέλη της οικογένειας αλλά και οι φίλοι, αξιολογούν επιτυχώς τα συναισθήματα, τους περιορισμούς της καθημερινότητας και την ευημερία των επιζώντων εγκεφαλικού επεισοδίου, στοιχεία που υπάρχουν στο Δείκτη Επικοινωνιακής Αποτελεσματικότητας και οδηγούν στο συμπέρασμα ότι οι φροντιστές έχουν αξιολογήσει επιτυχώς αυτά τα

στοιχεία. Όμως, αυτό δεν είναι απόλυτο γιατί υπήρχαν φροντιστές που ήταν νοσηλευτές και όχι μέλη της οικογένειας όπως στην έρευνα των Cruice et al. (2005). Διαπιστώνεται ότι, υπάρχουν διαφορετικές απόψεις σχετικά με την αξιολόγηση που εκτελούν οι φροντιστές στους ασθενείς, γι' αυτό το λόγο χρειάζεται περαιτέρω διερεύνηση.

Το γεγονός ότι, η λειτουργική επικοινωνία είναι πιο επηρεασμένη στη μέτρια αφασία από ότι στη σοβαρή ήταν κάτι που δεν αναμενόταν. Συγκεκριμένα, η επικοινωνία συνδέεται άρρηκτα με τη σοβαρότητα της αφασίας (Mazaux et al., 2013). Επομένως, όταν ένα άτομο παρουσιάζει σοβαρή αφασία τότε αναμένονται και σοβαρές δυσκολίες στην επικοινωνία του ατόμου ενώ όταν παρουσιάζει ήπια αφασία τότε ήπιες δυσκολίες στην επικοινωνία. Το ίδιο ισχύει και για τη λειτουργική επικοινωνία αφού, είναι μέρος της επικοινωνίας. Ακόμα ένα στοιχείο που αποδεικνύει τη σύνδεση της επικοινωνίας με τη σοβαρότητα της αφασίας είναι ότι ένα άτομο παρουσιάζει σοβαρές δυσκολίες στις επικοινωνιακές ικανότητες που οφείλονται σε σοβαρή αφασία υπάρχει δυσκολία στην ένταξη του στην κοινωνία (Code, 2003). Εν μέρη το συμπέρασμα που μπορεί να εξαχθεί είναι ότι, οι επιζώντες εγκεφαλικού επεισοδίου του δείγματος που παρουσιάζουν μέτρια αφασία και η λειτουργική τους επικοινωνία είναι πιο επηρεασμένη, από ότι αυτή των επιζώντων εγκεφαλικού επεισοδίου που έχουν σοβαρή αφασία φαίνεται να είναι αντίθετη με τη βιβλιογραφία. Ένας λόγος που μπορεί να εξηγήσει το αποτέλεσμα αυτό είναι ότι, το δείγμα της μελέτης είναι μικρό και τα άτομα που αποτελούν τη μέτρια αφασία είναι περισσότερα από αυτά που αποτελούν τη σοβαρή αφασία. Πιο συγκεκριμένα, επτά συμμετέχοντες παρουσιάζουν μέτρια αφασία και μόνο τρεις σοβαρή αφασία.

Στην ηλικιακή ομάδα των 61-70 ετών παρουσιάζεται η λειτουργική επικοινωνία πιο επηρεασμένη από ότι στις άλλες ηλικιακές ομάδες. Όμως, όταν ομαδοποιήθηκαν οι συμμετέχοντες στις δυο ομάδες δηλαδή, σε αυτούς που δεν επηρεάστηκαν και σε αυτούς που επηρεάστηκαν, διαφάνηκε ότι και στις δυο ομάδες η ηλικιακή ομάδα είναι 61-70 ετών. Αυτό εξηγείται από το γεγονός ότι το δείγμα είναι μικρό και οι περισσότεροι επιζώντες εγκεφαλικού επεισοδίου του δείγματος ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα 61-70 ετών. Γενικότερα, στη βιβλιογραφία γίνεται αναφορά πως τα περισσότερα άτομα που παρουσιάζουν εγκεφαλικό επεισόδιο είναι σε ηλικία άνω των 65 ετών ενώ υπάρχει ένα 20% με 25% των ατόμων που έχουν υποστεί εγκεφαλικό επεισόδιο να είναι κάτω των 65 ετών. Στη μελέτη αυτή οι εννιά από τους δεκαπέντε συμμετέχοντες ήταν

κάτω των 65 ετών άρα το 60%, όμως αυτό δεν είναι αντιπροσωπευτικό για το λόγο ότι το δείγμα είναι μικρό.

Επιπρόσθετα, έχει διαφανεί πως οι γυναίκες που αποτελούν το δείγμα της μελέτης αυτής, η λειτουργική τους επικοινωνία έχει επηρεαστεί περισσότερο. Στη βιβλιογραφία, σχετικά για το φύλο δεν υπάρχει συγκεκριμένα, για το πιο επηρεάζεται περισσότερο αφού διερευνώνται πολλοί παράγοντες που παίζουν ρόλο. Οι γυναίκες παρουσιάζουν μειωμένο κίνδυνο πριν την εμμηνόπαυση ενώ μετά την εμμηνόπαυση αυξάνεται ο κίνδυνος και αναφέρεται πως υπάρχει πιθανότητα να είναι πιο αυξημένος από των ανδρών (Haast et al., 2012). Όταν πραγματοποιήθηκε η ομαδοποίηση, οι άνδρες ήταν περισσότεροι στην ομάδα που επηρεάστηκε η λειτουργική τους επικοινωνία και οι γυναίκες στην ομάδα που δεν επηρεάστηκε η λειτουργική επικοινωνία. Δεν μπορεί να εξαχθεί συμπέρασμα για το λόγο ότι το δείγμα των συμμετεχόντων είναι μικρό και πιο συγκεκριμένα ο αριθμός των γυναικών, που το αποτελούν είναι τρεις από τους δεκαπέντε συμμετέχοντες.

Εν κατακλείδι είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι δεν υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά σε κανένα από τα αποτελέσματα αφού η στατιστική σημαντικότητα ήταν μεγαλύτερη του 0.05 ($p - value > 0.05$). Το μέγεθος του δείγματος είναι μικρό αφού στη βιβλιογραφία αναφέρεται ότι το ιδανικό δείγμα πρέπει να είναι το 1%-10% του πληθυσμού και επίσης, από στατιστικής άποψης το δείγμα θα πρέπει να είναι 30 άτομα και πάνω για να επιτευχθεί μια κανονική κατανομή (Schrauf, 2006). Επομένως, στην μελέτη αυτή τα ευρήματα δεν μπορούν να γενικευτούν και μερικές φορές δεν είναι βέβαιο εάν τα αποτελέσματα ισχύουν. Συμπερασματικά, χρειάζεται περαιτέρω διερεύνηση σε όλα τα ερωτήματα με περισσότερο δείγμα συμμετεχόντων.

5 Συμπεράσματα

Ένα από τα συμπεράσματα που προέκυψε από τη μελέτη αυτή είναι ότι η λειτουργική επικοινωνία των επιζώντων εγκεφαλικού επεισοδίου δεν είναι επηρεασμένη σε βαθμό που να μην μπορούν να επικοινωνήσουν τις ανάγκες τους, τα θέλω τους, τα συναισθήματα, να επικοινωνήσουν με άλλα άτομα. Αυτό το συμπέρασμα προκύπτει από τις βαθμολογίες που έδωσαν στον εαυτό τους σύμφωνα με την κλίμακα που δημιουργήθηκε για το Δείκτη Επικοινωνιακής Αποτελεσματικότητας. Επίσης, οι επιζώντες εγκεφαλικού επεισοδίου βαθμολόγησαν πιο θετικά τον εαυτό τους από τους φροντιστές. Ένα άλλο συμπέρασμα που προκύπτει είναι ότι η ηλικιακή ομάδα που επηρεάστηκε περισσότερο η λειτουργική επικοινωνία είναι των 61-70 ετών, ενώ η ηλικιακή ομάδα που δεν επηρεάστηκε ήταν αυτή των κάτω των 60 ετών. Επιπλέον, οι περισσότεροι συμμετέχοντες του δείγματος άνηκα στην ηλικία των 60-70 ετών, γεγονός που αποδεικνύει ότι οι ηλικίες που έχουν υποστεί εγκεφαλικό επεισόδιο είναι κάτω των 70 ετών και όχι άτομα μεγαλύτερης ηλικίας που πολλοί πιστεύουν. Το φύλο που η λειτουργική επικοινωνία έχει επηρεαστεί είναι αυτή των ανδρών, ενώ το φύλο που η λειτουργική επικοινωνία δεν έχει επηρεαστεί σε μεγάλο βαθμό είναι αυτή των γυναικών. Τα ευρήματα αυτά δεν παρουσιάζουν σημαντική στατιστική διαφορά. Επόμενος, είναι σημαντικό να διευκρινιστεί το γεγονός πως τα συμπεράσματα αυτά αφορούν το συγκεκριμένο δείγμα της μελέτης αυτής και δεν μπορούν να γενικευτούν στο συγκεκριμένο πληθυσμό με τα συγκεκριμένα χαρακτηριστικά.

Οι περιορισμοί της έρευνας ήταν αρκετοί, με αποτέλεσμα να υπάρχει δυσκολία στη εξαγωγή συμπερασμάτων που να μπορούν να γενικευτούν. Αρχικά, το χρονικό διάστημα που δόθηκε για να ολοκληρωθεί η μελέτη αυτή ήταν περιορισμένο. Υπήρχε ιδιαίτερη δυσκολία με το χρονικό διάστημα που δινόταν για τη διαδικασία συλλογής του δείγματος αφού ήταν περιορισμένο. Ο λόγος ήταν πως τα κέντρα αποκατάστασης χρειάζονταν χρόνο για να ενημερώσουν τόσο τους επιζώντες εγκεφαλικού επεισοδίου όσο και την οικογένεια σχετικά με την έρευνα και έπειτα να δώσουν την έγκρισή τους για τη λήψη τους δειγμάτων. Ένας άλλος παράγοντας, που περιόρισε τη δυνατότητα για περαιτέρω λήψη δειγμάτων ήταν η πανδημία του κορονοϊού, η οποία ανάγκασε την κυβέρνηση να κλείσει τα πάντα επομένως, σταμάτησε η οποιαδήποτε ενέργεια για συλλογή δειγμάτων. Ακόμη, ένας περιορισμός ήταν η δυσκολία να βρεθούν άτομα που επιθυμούσαν να συμμετέχουν, όπως επίσης, και η δυσκολία να βρεθούν κέντρα

αποκατάστασής που θα δώσουν την έγκριση τους για να πραγματοποιηθεί η χορήγηση του Δείκτη Επικοινωνιακής Αποτελεσματικότητας στους επιζώντες εγκεφαλικού επεισοδίου του κέντρου αποκατάστασης. Άλλοι περιορισμοί ήταν η δυσκολία να βρεθούν φροντιστές στα κέντρα αποκατάστασης, που να επιθυμούν να συμμετέχουν στη μελέτη. Αφού σε τέσσερις περιπτώσεις, συμμετείχαν φυσιοθεραπευτές ή λογοθεραπευτές ως φροντιστές λόγω της μη επιθυμίας των φροντιστών να συμμετέχουν. Εδώ να σημειωθεί ότι τηρούσαν το κριτήριο που τέθηκε. Επιπλέον, υπήρξαν περιπτώσεις που ο Δείκτης Επικοινωνιακής Αποτελεσματικότητας χορηγήθηκε σε χώρους που το περιβάλλον δεν ήταν ήσυχο λόγω έλλειψης διαθέσιμων χώρων ιδιαίτερα, στα κέντρα αποκατάστασης. Αυτός ο περιορισμός πιθανόν να επηρέασε το αποτέλεσμα. Το γεγονός της συμπερίληψης ενός λογοθεραπευτή ως φροντιστή ίσως να επηρέασε το αποτέλεσμα της σύγκρισης των απαντήσεων μεταξύ των επιζώντων εγκεφαλικών επεισοδίων και των φροντιστών. Οι δύο τελευταίοι περιορισμοί ίσως να επηρέασαν τα ευρήματα, γεγονός που δεν είναι βέβαιο. Τέλος, όλοι οι πάρα πάνω περιορισμοί οδήγησαν στη συγκέντρωση μικρού δείγματος συμμετεχόντων με αποτέλεσμα σύμφωνα με τη βιβλιογραφία να μην επιτευχθεί κανονική κατανομή και να μην υπάρχει γενίκευση των αποτελεσμάτων. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία το ιδανικό δείγμα αποτελεί το 1% - 10% του πληθυσμού που επιθυμεί ένα άτομο να μελετήσει.

Κλείνοντας, σίγουρα είναι σημαντικό να πραγματοποιηθεί μια μελλοντική έρευνα σχετικά με τη λειτουργική επικοινωνία και τους επιζώντες εγκεφαλικού επεισοδίου με χρόνια αφασία με μεγαλύτερο δείγμα. Ακόμη, μπορεί να διερευνηθεί μελλοντικά, πως η σοβαρότητα της αφασίας επηρεάζει τη λειτουργική επικοινωνία στους επιζώντες εγκεφαλικού επεισοδίου με χρόνια αφασία χρησιμοποιώντας το Δείκτη Επικοινωνιακής Αποτελεσματικότητας σε μεγαλύτερο δείγμα. Ένα άλλο σημείο διερεύνησης για το μέλλον είναι κατά πόσο η εκτελεστική λειτουργία επηρεάζει περισσότερο τη λειτουργική επικοινωνία από ότι η γλωσσικές διαταραχές. Τέλος, ο Δείκτης Επικοινωνιακής Αποτελεσματικότητας μπορεί να χρησιμοποιηθεί για τη μέτρηση της λειτουργικής επικοινωνίας έτσι ώστε να βοηθηθούν ακόμη περισσότερο τα άτομα με εγκεφαλικό επεισόδιο, έχοντας γνώση οι κλινικοί σχετικά με τη λειτουργικής τους επικοινωνίας.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Καθίσταται λοιπόν σαφές ότι ο Δείκτης Επικοινωνιακής Αποτελεσματικότητας μπορεί να βοηθήσει στη μέτρηση της λειτουργικής επικοινωνίας έτσι ώστε να υπάρχει μια πιο ξεκάθαρη εικόνα του επιζώντα εγκεφαλικού επεισοδίου στους τομείς της κοινωνικής ανάγκης, των δεξιοτήτων ζωής, των βασικών αναγκών και της απειλής για την υγεία. Η λειτουργική επικοινωνία στους συμμετέχοντες της μελέτης αυτής δεν έχει επηρεαστεί σε μεγάλο βαθμό. Επίσης, διαφάνηκε ότι η λειτουργική επικοινωνία των συμμετεχόντων με μέτρια αφασία επηρεάστηκε περισσότερο από ότι αυτών με σοβαρή αφασία. Οι άνδρες είναι αυτοί, που επηρεάστηκε περισσότερο η λειτουργική τους επικοινωνία. Σχετικά με την ηλικία η λειτουργική επικοινωνία επηρεάζεται περισσότερο στις ηλικίες των 61-70. Συμπερασματικά, είναι σημαντικό να διατυπωθεί πως τα πιο πάνω αποτελέσματα χρειάζονται περαιτέρω διερεύνηση. Τα ευρήματα αυτά δεν μπορούν να γενικευτούν, δεν αντιπροσωπεύουν το συγκεκριμένο πληθυσμό με τα συγκεκριμένα χαρακτηριστικά. Εν κατακλείδι, η μέτρηση της λειτουργικής επικοινωνίας δίνει στοιχεία χρήσιμα για τους κλινικούς έτσι ώστε, η παρέμβαση να είναι πιο αποτελεσματική. Οι κλινικοί λαμβάνουν στοιχεία για την επικοινωνία των επιζώντων εγκεφαλικού επεισοδίου με άλλα άτομα, πως λειτουργούν στην καθημερινή ζωή τους, τις βασικές ανάγκες και γενικότερα τις δεξιότητες για επικοινωνία στην καθημερινή τους ζωή. Έτσι, οι κλινικοί θα έχουν γνώση σχετικά με τους τομείς αυτούς, και θα μπορούν να υποστηρίξουν, να ενισχύσουν και να παρέχουν υπηρεσίες στους επιζώντες εγκεφαλικού επεισοδίου με χρόνια αφασία, διότι είναι ένα σημαντικό κομμάτι της ζωής αυτών των ατόμων.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Caplan, L. R. (2006a). How does one person's stroke affect others? In *Stroke* (pp. 167–172).
<http://web.b.ebscohost.com/ehost/ebookviewer/ebook/ZTAwMHh3d19fMTU3MjM2X19BTg2?sid=851ec49e-f667-442a-a4e3-30af7c48bb18@pdc-v-sessmgr06&vid=3&format=EB&rid=2>
- Caplan, L. R. (2006b). Introduction: Why is stroke so important? In *Stroke* (pp. 1–8).
<http://web.b.ebscohost.com/ehost/ebookviewer/ebook/ZTAwMHh3d19fMTU3MjM2X19BTg2?sid=851ec49e-f667-442a-a4e3-30af7c48bb18@pdc-v-sessmgr06&vid=3&format=EB&rid=2>
- Caplan, L. R. (2006c). What are some of dysfunctions, disabilities and handicaps that remain after a stroke? In *Stroke* (pp. 139–154).
<http://web.b.ebscohost.com/ehost/ebookviewer/ebook/ZTAwMHh3d19fMTU3MjM2X19BTg2?sid=522ccf7b-78bf-4723-a2bf-21f6bcc03f94@pdc-v-sessmgr06&vid=2&format=EB&rid=3>
- Code, C. (2003). The quantity of life for people with chronic aphasia.
Neuropsychological Rehabilitation, 13(3), 379–390.
<https://doi.org/10.1080/09602010244000255>
- Cruice, M., Worrall, L., & Hickson, L. (2006). Quantifying aphasic people's social lives in the context of non-aphasic peers. *Aphasiology*, 20(12), 1210–1225.
<https://doi.org/10.1080/02687030600790136>
- Cruice, M., Worrall, L., Hickson, L., & Murison, R. (2005). Measuring quality of life: Comparing family members' and friends' ratings with those of their aphasic partners. *Aphasiology*, 19(2), 111–129.
<https://doi.org/10.1080/02687030444000651>
- Dalemans, R. J., de Witte, L. P., Beurskens, A. J., van den Heuvel, W. J., Wade, D. T., & Daelmans, R. (2010). Stroke survivors with aphasia and their social participation. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 91(3), 395–399.
<https://doi.org/10.1016/j.apmr.2009.10.021>
- Doogan, C., Dignam, J., Copland, D., & Leff, A. (2018). Aphasia recovery: when, how

- and who to treat? *Current Neurology and Neuroscience Reports*, 18(12), 1–7.
<https://doi.org/10.1007/s11910-018-0891-x>
- Fridriksson, J., Nettles, C., Davis, M., Morrow, L., & Montgomery, A. (2006). Functional communication and executive function in aphasia. *Clinical Linguistics and Phonetics*, 20(6), 401–410. <https://doi.org/10.1080/02699200500075781>
- Fyrberg, Å., Strid, K., Ahlsén, E., & Thunberg, G. (2016). Everyday communication in adolescents after acquired brain injuries – A comparative study of self-ratings and parent evaluations using the CETI. *Journal of Interactional Research in Communication Disorders*, 8(1), 44–71. <https://doi.org/10.1558/jircd.30904>
- Gregg, K. (2017). Communication disorders and challenging behaviors: Supporting children’s functional communication goals in the classroom. *Early Childhood Education Journal*, 45(4), 445–452. <https://doi.org/10.1007/s10643-016-0789-7>
- Haast, R. A. M., Gustafson, D. R., & Kiliaan, A. J. (2012). Sex differences in stroke. *Journal of Cerebral Blood Flow and Metabolism*, 32(12), 2100–2107.
<https://doi.org/10.1038/jcbfm.2012.141>
- Hilari, K., & Byng, S. (2009). Health-related quality of life in people with severe aphasia. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 44(2), 193–205. <https://doi.org/10.1080/13682820802008820>
- Hilari, K., Cruice, M., Sorin-Peters, R., & Worrall, L. (2015). Quality of life in aphasia: state of the art. *Folia Phoniatrica et Logopaedica*, 67(3), 114–118.
<https://doi.org/10.1159/000440997>
- Hilari, K., Lamping, D. L., Smith, S. C., Northcott, S., Lamb, A., & Marshall, J. (2009). Psychometric properties of the stroke and aphasia quality of life scale (SAQOL-39) in a generic stroke population. *Clinical Rehabilitation*, 23(6), 544–557.
<https://doi.org/10.1177/0269215508101729>
- Hopman, W. M., & Verner, J. (2003). Quality of life during and after inpatient stroke rehabilitation. *Stroke*, 34(3), 801–805.
<https://doi.org/10.1161/01.STR.0000057978.15397.6F>
- Kiran, S. (2012). What is the nature of poststroke language recovery and reorganization? *ISRN Neurology*, 2012, 1–13. <https://doi.org/10.5402/2012/786872>

- Lee, H., Lee, Y., Choi, H., & Pyun, S. B. (2015). Community integration and quality of life in aphasia after stroke. *Yonsei Medical Journal*, *56*(6), 1694–1702. <https://doi.org/10.3349/ymj.2015.56.6.1694>
- Lomas, J., Pickard, L., Bester, S., Elbard, H., Finlayson, A., & Zoghaib, C. (1989). The communicative effectiveness index: Developmental and psychometric evaluation of a functional communication measure for adult aphasia. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, *54*(1), 113–124. <https://doi.org/10.1044/jshd.5401.113>
- Mazaux, J. M., Lagadec, T., De Sèze, M. P., Zongo, D., Asselineau, J., Douce, E., Trias, J., Delair, M. F., & Darrigrand, B. (2013). Communication activity in stroke patients with aphasia. *Journal of Rehabilitation Medicine*, *45*(4), 341–346. <https://doi.org/10.2340/16501977-1122>
- OECD and European Observatory on Health Systems and Policies. (2019). *State of health in the EU Κύπρος προφίλ υγείας 2019*. https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/2019_chp_cyprus_cypriot.pdf
- Parr, S. (2007). Living with severe aphasia: tracking social exclusion. *Aphasiology*, *21*(1), 98–123. <https://doi.org/10.1080/02687030600798337>
- Pedersen, P. M., Vinter, K., & Olsen, T. S. (2001). The communicative effectiveness index: Psychometric properties of a Danish adaptation. *Aphasiology*, *15*(8), 787–802. <https://doi.org/10.1080/02687040143000195>
- Sacco, R. L., Kasner, S. E., Broderick, J. P., Caplan, L. R., Connors, J. J., Culebras, A., Elkind, M. S. V., George, M. G., Hamdan, A. D., Higashida, R. T., Hoh, B. L., Janis, L. S., Kase, C. S., Kleindorfer, D. O., Lee, J. M., Moseley, M. E., Peterson, E. D., Turan, T. N., Valderrama, A. L., & Vinters, H. V. (2013). An updated definition of stroke for the 21st century: A statement for healthcare professionals from the American heart association/American stroke association. *Stroke*, *44*(7), 2064–2089. <https://doi.org/10.1161/STR.0b013e318296aeca>
- Schrauf, R. W. (2006). Questionnaires in second language research: construction, administration, and processing. In *Journal of Linguistic Anthropology* (Vol. 16, Issue 2). <https://doi.org/10.1525/jlin.2006.16.2.294>

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι

Ο Δείκτης Επικοινωνιακής Αποτελεσματικότητας (CETI) στα ελληνικά όπως χρησιμοποιήθηκε στη χορήγηση

16 Στοιχεία του Δείκτη Επικοινωνιακής Αποτελεσματικότητας (CETI) The Communicative Effectiveness Index

from Lomas, J., Pickard, L., Bester, S., Elbard, H., Finlayson, A., & Zoghaib, C. (1989). The Communicative Effectiveness Index: Development and psychometric evaluation of a functional communication measure for adult aphasia. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 54, 113-124. As cited in Chapey, R. (Ed.). (2008). *Language intervention strategies in aphasia and related neurogenic communication disorders* (5th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Williams.

Παρακαλώ αξιολογήστε _____ την απόδοση για κάθε συγκεκριμένη επικοινωνιακή κατάσταση.

Κερδίζει τη προσοχή του άλλου.	Καθόλου ικανός ----- όσο ικανός ήταν πριν
Συμμετέχει σε ομαδικές συζητήσεις που τον/την αφορούν.	Καθόλου ικανός ----- όσο ικανός ήταν πριν
Απαντάει ΝΑΙ και ΟΧΙ κατάλληλα.	Καθόλου ικανός ----- όσο ικανός ήταν πριν
Εκφράζει τα συναισθήματα του/της.	Καθόλου ικανός ----- όσο ικανός ήταν πριν
Δείχνει ότι αυτός/αυτή καταλαβαίνει τι του/της λένε.	Καθόλου ικανός ----- όσο ικανός ήταν πριν
Συμμετέχει σε επισκέψεις και συζητήσεις με φίλους και γείτονες.	Καθόλου ικανός ----- όσο ικανός ήταν πριν
Συζητάει μαζί σας.	Καθόλου ικανός ----- όσο ικανός ήταν πριν
Λέει το όνομα του ατόμου που είναι μπροστά του/της.	Καθόλου ικανός ----- όσο ικανός ήταν πριν
Εκφράζει προβλήματα όπως πόνοι στο σώμα.	Καθόλου ικανός ----- όσο ικανός ήταν πριν
Ξεκινάει μια συζήτηση ή αλλάζει το θέμα της συζήτησης.	Καθόλου ικανός ----- όσο ικανός ήταν πριν
Ανταποκρίνεται ή εκφράζεται (συμπεριλαμβανομένων το ναι και όχι) χωρίς λέξεις.	Καθόλου ικανός ----- όσο ικανός ήταν πριν
Ξεκινά μια συζήτηση με άτομα τα οποία δεν είναι στενοί συγγενείς.	Καθόλου ικανός ----- όσο ικανός ήταν πριν
Κατανοεί την γραφή.	Καθόλου ικανός ----- όσο ικανός ήταν πριν
Λαμβάνει μέρος σε μια γρήγορη συζήτηση με πολλά άτομα.	Καθόλου ικανός ----- όσο ικανός ήταν πριν
Συμμετέχει σε μια συζήτηση με ξένους.	Καθόλου ικανός ----- όσο ικανός ήταν πριν
Περιγράφει ή συζητά κάτι εις βάθος.	Καθόλου ικανός ----- όσο ικανός ήταν πριν

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ

Η κλίμακα και τα "smilegram" που δημιουργήθηκαν για τη βαθμολόγηση του Δείκτη Επικοινωνιακής Αποτελεσματικότητας



0	1	2	3	4
Καθόλου ικανός	Φανερή δυσκολία αλλά ο ασθενής μπορεί να εκτελέσει την δραστηριότητα	Κάποια δυσκολία	Ήπια δυσκολία που παρατηρείται από εξειδικευμένο προσωπικό	Όσο ικανός ήταν πριν

